

مقایسه توانایی تخیل در والدین کودکان مبتلا به اوتیسم و والدین کودکان بهنجار

مریم صادقی

کارشناسی ارشد روانشناسی عمومی.

نام نویسنده مسئول:

مریم صادقی

چکیده

پژوهش حاضر با هدف توانایی تخیل در والدین کودکان اوتیسم و بهنجار صورت گرفته است. پژوهش حاضر علی-مقایسه ای است. جامعه آماری تحقیق شامل کلیه والدین کودکان و نوجوانان زیر ۱۸ سال مبتلا به اختلال در خودماندگی در سال ۱۳۹۳ شهر تبریز می باشد. تعداد ۱۶۰ نفر از هر دو والدین (۸۰ مادر و ۸۰ پدر) کودکان مبتلا به اوتیسم انتخاب و با ۱۶۰ نفر از والدین (۸۰ مادر و ۸۰ پدر) کودکان عادی با در نظر گرفتن، سن، جنسیت و وضعیت اقتصادی هم‌تاسازی گردیدند. از آزمون علائم مرضی کودکان فرم والدین (CSI-4، ۱۹۸۴) برای تشخیص قطعی ابتلا به اوتیسم کودکان استفاده شد. از مقیاس در خودماندگی بهر بزرگسال (AAQS، ۲۰۰۱) برای سنجش صفات در خودمانده گونه والدین استفاده گردید. داده های تحقیق، با نرم افزار آماری SPSS.21 و روش های آماری تحلیل واریانس چندمتغیری مانوا و آزمون تی مستقل ارزیابی شد. یافته های تحقیق نشان داد که والدین کودکان اوتیسم از علائم بیشتری در کل اوتیسم بهر ونقص در مهارت های اجتماعی، ارتباطی و تخیل برخوردارند ($P < 0/05$). دو گروه از مادران و پدران کودکان اوتیستیک در کل مقیاس اوتیسم بهر و زیرمقیاس های جایابی توجه تفاوت آماری معنی داری باهم دارند ($P < 0/05$). به طوری که پدران کودکان اوتیستیک علائم بیشتری در کل مقیاس و زیرمقیاس های تخیل و جایابی توجه گزارش کرده اند. **واژگان کلیدی:** صفات در خود مانده گونه والدین، تخیل، کودکان اوتیستیک، کودکان بهنجار.

مقدمه

اوتیسم^۱ ناتوانی کودک در برقراری ارتباط با مردم و یا موقعیت ها است. اصطلاح اوتیستیک به کودکانی اطلاق می شود که در آنها مجموعه ای از اختلالات رشدی، وابسته به سیستم اعصاب مرکزی دیده می شود (فارل، ۱۳۹۳). این اختلال عصب شناختی توانایی فرد برای برقراری ارتباط و نحوه ارتباط وی با دیگران و پاسخ های او نسبت به محیط بیرون را تحت تاثیر یک معلولیت رشدی قرار می دهد. فرد اوتیستیک به رفتارهای تکراری یا تکرار الگو های ذهن خود علاقمند است. اوتیسم یک معلولیت رشدی است که بر نحوه روابط فرد با افراد پیرامون خود تاثیر می گذارد (طلعت راضی، ۱۳۸۶). کودکان و بزرگسالانی که اوتیسم دارند برای ایجاد یک رابطه قابل فهم با دیگران مشکل دارند. توانایی آنها برای ایجاد دوستی معمولاً به اندازه قابلیت آنها برای فهم اظهارات عاطفی دیگران محدود است (نسخه پنجم راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانپزشکی آمریکا، ۱۳۹۳). دامنه و شدت اوتیسم بسیار وسیع است. بعضی از این افراد می توانند در سطح بالایی با اطرافیان خود ارتباط برقرار کنند و گفتاری خوب و هوش قابل قبولی دارند. دسته ای دیگر آسیب شناختی^۲ و توانایی کلامی بالایی دارند ولی برخی حتی قادر به صحبت کردن نیستند. ممکن است یک کودک اوتیستیک از برقراری تماس چشمی خود داری نماید و یا به نظر برسد که ناشنوا است. همچنین رشد زبان و مهارت های اجتماعی^۳ وی متوقف گردد (کاکاوند، ۱۳۸۸). گزارش شده که حدود ۲۰ درصد کودکان اوتیستیک نوعی برگشت نورولوژیک را تجربه می کنند. این اختلال عموماً در کودکان ۳ ساله ظاهر و در بعضی بچه ها در سنین بالا تشخیص داده می شود (سیمپسون، میلز، ساسو و کمپز، ۱۳۸۸). همچنین این اختلال با آسیب شدید و گسترده در زمینه های گوناگون رشد مشخص می شوند و جنبه های مختلف زندگی بیماران را تحت تاثیر قرار می دهد. نشانه های کیفی مشخص کننده این بیماری ها باتوجه به سطح رشد و سن عقلی فرد، تفاوت های آشکاری دارند. این دسته از اختلال ها نیز به صورت پیوستاری بوده، از نظر شدت نشانه ها، سن شروع و ارتباط با سایر اختلال ها (مانند عقب ماندگی ذهنی، تأخیر ویژه زبان و صرع) با یکدیگر متفاوتند (خانجانی، هداوندخانی، هاشمی نصرت آباد، محمود علیلو و بخشی پور رودسری، ۱۳۹۲). همچنین مسایلی چون مشکلات رفتاری، عقب ماندگی ذهنی و سایر اختلال های روانی، شرایط همراه این اختلال را وخیم تر می نماید. پرخاشگری، تخریب اشیاء، کج خلقی و آسیب به خود از دیگر رفتارهای چالش برانگیز عمده ای است که در عوامل گوناگون همراه است که از جمله آن ها می توان عفونت، اختلال متابولیک، ژنتیک، عوامل نورولوژیک و عوامل محیطی مانند کودکان در خودمانده اشاره کرد (نسخه پنجم راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانپزشکی آمریکا، ۱۳۹۳). شیوع اختلالات طیف اوتیسم از ۰/۶ الی ۲/۶۴ درصد در جمعیت عمومی گزارش شده است (کیم^۴، لونتال^۵، کوه^۶، فومبیم^۷، لاسکا^۸ و همکاران، ۲۰۱۱؛ فومبونه^۹، ۲۰۰۹). در نمونه بزرگسالان ۹/۸ درصد در هر ۱۰۰۰ نفر گزارش شده است (بروگا^{۱۰}، مک منوس^{۱۱}، بانکارت^{۱۲}، اسکات^{۱۳}، پوردون^{۱۴} و همکاران، ۲۰۱۱). بواسطه وجود مشکلات شدید کودکان اوتیسم، شناخت جنبه های علت شناسی این اختلال همراه با مشکلات پژوهشی زیادی همراه است.

1- autism

2 - Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition (DSM-5)

3- cognitive

4 -Social skills

5 -Kim

6 -Leventhal

7 -Koh

8 - Fombonne

9 - Laska

10- Fombonne

11 -Brugha

12 - McManus

13 - Bankart

14 - Scott

15 - Purdon

تحقیقات قبلی نشان می دهد فرزندان دارای اختلالات روانی، دارای والدینی هستند که از مسایل و اختلالات روانی زیادی رنج می برند (گوتسمن^{۱۶}، لارسن^{۱۷}، برتلسن^{۱۸}، مرتسن^{۱۹}، دیان^{۲۰}، استیونس^{۲۱}، مورتسن^{۲۲}، مورای^{۲۳}، والش^{۲۴} و همکاران، ۲۰۱۰؛ سینگ^{۲۵}، دبلو^{۲۶}، استنفورد^{۲۷}، سوتولو^{۲۸}، مک دونوگ-ریان^{۲۹} و همکاران، ۲۰۰۷) دارای استرس فراوان تری نسبت به (از دست دادن شغل و مرگ همسر) قبل از تولد کودکان هستند (بوردورف^{۳۰}، مانینگ^{۳۱}، هیلر^{۳۲}، آندرسون^{۳۳}، موردگرن^{۳۴} و همکاران، ۲۰۰۵).

از آنجائی که صفات درخودمانده گونه می تواند به صورت پیوستار و علایم خفیف تری از اختلال اوتیستیک مطرح باشد. لذا رویکرد پیوستاری، تشخیص را از رویکرد طبقه ای دور کرده و به سمت رویکرد کمی هدایت می کند (بارون-کوهن^{۳۵}، ویلرایت^{۳۶}، اسکینر^{۳۷}، مارتین^{۳۸} و کلوبلی^{۳۹}، ۲۰۰۱). بر این اساس بنظر می رسد والدین کودکان اوتیسم هر چند که ممکن است فاقد اختلال اوتیسم باشند اما از صفات در خودمانده گونه بیشتری برخوردار باشند. چنان که گزارش شده است افرادی که نمره بالایی در این صفات می گیرند، به رغم قرار داشتن در طیف عادی جامعه، برخی ویژگی مشابه با افراد مبتلا به اوتیسم دارند (بارون-کوهن، ۱۳۸۹). از آنجائی که اختلال اوتیسم تا حد زیادی ارثی محسوب می شود بنابراین صفات درخودمانده گونه نیز می تواند تا حدودی زیادی ارثی باشد البته و تاخیرات محیطی غیرمشترک متوسطی را نشان دهد (هوکسترا^{۴۰}، بارتلز^{۴۱}، کات^{۴۲} و بومسما^{۴۳}، ۲۰۰۷). به همین دلیل در سال های گذشته مطالعات زیادی در حیطه اثرات داشتن یک فرزند اوتیستیک انجام شده است اما علی رغم این تحقیقات هنوز پژوهش های زیادی در زمینه های متفاوت دیگری در این حوزه انجام نشده است که نیاز به فراهم کردن بستر لازم برای این پژوهش وجود دارد.

اختلالات طیف اوتیسم^{۴۴} اختلالاتی را در بر می گیرد که قبلاً با عنوان مختلفی مانند اوتیسم بچگانه اولیه، اوتیسم کودکی، اوتیسم کانر، اوتیسم با کارکرد بالا، اوتیسم نامتعارف، اختلال از هم پاشیدگی کودکی و اختلال آسپرگر به آنها اشاره می شد (کاکاوند، ۱۳۸۸). ویژگی های ضروری اختلال طیف اوتیسم عبارتند از: اختلال مداوم در ارتباط اجتماعی و تمایل اجتماعی (ملاک A) و الگوهای رفتاری، تمایلات یا فعالیت های محدود و تکراری (ملاک B). این نشانه ها از اوایل کودکی وجود دارند و عملکرد روزانه را محدود یا مختل می سازد (ملاک های C و D). جلوه های این اختلال نیز به مقدار زیاد بسته به شدت اختلال اوتیستیک، سطح رشد و سن تفاوت دارند. از این رو اصطلاح طیف به کار برده شده است (نسخه پنجم راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانپزشکی امریکا، ۱۳۹۳).

در سال های اخیر، فراوانی گزارش شده برای اختلال طیف اوتیسم در آمریکا و کشورهای دیگر به ۱ درصد جمعیت رسیده و برآوردها در نمونه های کودک و بزرگ مشابه هستند (جلالی مقدم، ۱۳۸۶).

16 - Gottesman

17 - Laursen

18 - Bertelsen

19 - Mortensen

20 - Dean

21 - Stevens

22 - Mortensen

23 - Murray

24 - Walsh

25 - Singh

26 - DelBello

27 - Stanford

28 - Soutullo

29 - McDonough-Ryan

30 - Beversdorf

31 - Manning

32 - Hillier

33 - Anderson

34 - Nordgren

35 - Baron-Cohen

36 - Wheelwright

37 - Skinner

38 - Martin

39 - Clubley

40 - Hoekstra

41 - Bartels

42 - Cath

43 - Boomsma

44 - autism spectrum disorder

بر طبق رویکردهای زیستی، از آنجائی که اختلال اوتیسم در اوایل زندگی در کودکان بروز می کند لذا انتظار می رود عوامل ژنتیکی در ابتلا به این اختلال دخالت داشته باشد (چاست^{۴۵} و لیوی^{۴۶}، ۲۰۱۲). برآوردهای توارث پذیری برای اختلال طیف اوتیسم بر اساس میزان همگامی دو قلوبی، ۳۷-۹۰ درصد است. در حال حاضر به نظر می رسد که ۱۵ درصد موارد اختلال طیف اوتیسم با جهش ژنتیکی شناخته شده ارتباط دارد. به نظر می رسد میزان خطر برای باقی موارد، چند ژنی باشد طوری که شاید صدها منبع ژنتیکی مشارکت نسبتاً کمی داشته باشند (نسخه پنجم راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانپزشکی آمریکا، ۱۳۹۳). اساساً تشابه ژنتیکی والدین با فرزندان می تواند استعداد ابتلا به اختلال روانی را در هر دو مورد به صورت نسبتاً زیادی هماهنگ گرداند. به طوری که فرزندان دارای اختلالات روانی، دارای والدینی هستند که از اختلالات روانی زیادی رنج می برند (گوتسمن و همکاران، ۲۰۱۰؛ دیان و همکاران، ۲۰۱۰).

این احتمال وجود دارد که برخی از والدین کودکان اوتیستک خود در گذشته و در کودکی و یا در نوجوانی اوتیسم خفیف را دارا بوده اند اما به مرور زمان از شدت علائم آن کاسته شده است چرا که اختلال طیف اوتیسم اختلال تکانشی نیست و معمولاً یادگیری و جبران در طول زندگی ادامه می یابد. نشانه ها اغلب در اوایل کودکی برجسته هستند اما به مرور پیشرفت های رشدی در اواخر کودکی حداقل در برخی زمینه ها مثل افزایش علاقه به تعامل اجتماعی عادی است. برخی از افراد در بزرگسالی بهبود نسبی دارند و به طور مستقل زندگی و کار می کنند، توانائی های کلامی و عقلی برخوردارند و می توانند موقعیت های مناسبی را پیدا کنند که با تمایلات و یا مهارت های خاص آنها همسو باشد. افرادی که اختلال سطح پایین تری دارند بهتر می توانند به طور مستقل عمل کنند با این همه از لحاظ اجتماعی آسیب پذیر هستند و در تشخیص ضروریات عملی بدون کمک مشکل دارند و مستعد اضطراب و افسردگی هستند. خیلی از بزرگسالان از به کارگیری راهبردهای جبرانی و مکانیزم های کنار آمدن برای پوشاندن مشکلات خود در انتظار استفاده می کنند اما از استرس و تلاش برای حفظ ظاهر جامعه پسند رنج می برند (فارل، ۱۳۹۳).

در بزرگسالانی که دارای علائم خفیف صفات در خود ماندگی هستند کمبودها در رفتار متقابل اجتماعی-هیجانی، وجود مشکلاتی در پردازش و پاسخ به نشانه های اجتماعی پیچیده آشکار است. آنها ممکن است مشکلاتی در هماهنگ کردن ارتباط غیر کلامی با گفتار هنگام تعامل، جلوه های صورت برای ارتباط اجتماعی، تماس چشمی نامناسب، درک طعنه ها، دروغ های مصلحت آمیز، تمایل به فعالیت های تنها یا تعامل با افراد بسیار کوچکتر یا بزرگتر از خود و روابط دوستی مبتنی بر تمایلات خاص و یا روابط دوستی یک طرفه داشته باشند (نسخه پنجم راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانپزشکی آمریکا، ۱۳۹۳).

با اینکه جنبه های نمود اختلال اوتیسم در والدین کودکان اوتیسم، جهت تشخیص اختلال اوتیسم به طور آشکار وجود ندارد ولی با توجه به رویکردهای زیستی، می توان انتظار داشت که صفات درخودمانده گونه در والدین کودکان اوتیسم متفاوت از سایر افراد باشد. همچنین از منظر نظریه سیستمی^{۴۷} به خانواده، رفتار هر یک از اعضاء خانواده (مخصوصاً والدین) موجب تاثیر در رفتار سایر افراد خانواده (به ویژه کودکان) می شود لذا وجود هر گونه اختلال روانی والدین، موجب تاثیرگذاری بر رفتار کودکان و حتی ابتلا آنان به مشکلات روانی می گردد (جورنستاد^{۴۸} و مونتگومری^{۴۹}، ۲۰۰۵). در همین راستا، تحقیق نشان می دهد که مادران کودکان مبتلا به اختلالات طیف اوتیسم نسبت به مادران کودکان فاقد اختلالات طیف اوتیسم خلق افسرده، استرس والدینی، فنوتیپ گسترده اوتیسم^{۵۰} بیشتری دارند (اینگرسول^{۵۱}، مایر^{۵۲} و بکر^{۵۳}، ۲۰۱۱).

این سوال مطرح شده است که به احتمال زیاد آنچه در اوتیسم به ارث برده می شود شامل یک سبک شخصیت یا اختلالی است که شباهت زیادی به علایم سندرم اسپرگر دارد یا سندرم اسپرگر همراه با اختلال اوتیسم می باشد لذا بین اوتیسم و سندرم اسپرگر تقریب فنوتیپی و ژنوتیپی وجود دارد (بارون کوهن، ۱۳۸۹). امروزه، مشخص شده است که اوتیسم حداقل تا حدودی یک اختلال ژنتیک بوده و بستگان نزدیک افراد اوتیسم ممکن است برخی صفات در خود مانده گونه را داشته باشند. تفاوت در صفات خود مانده گونه ضعیف که در والدین کودکان مشاهده می شود را به عنوان ابتلای فرزندان به در خود ماندگی تعبیر کرده اند که ماهیت ژنتیکی دارد. در والدین با انزوای اجتماعی ذهنی می تواند منجر به نشانه هایی مشابه نشانه های اوتیسم شود (ناصح، ۱۳۷۵).

45 -Chaste

46 - Leboyer

47 - family system

48 - Bjornstad

49 - Montgomery

50 - broader autism phenotype

51 -Ingersoll

52 -Meyer

53 - Becker

پیون^{۵۴}، زورک^{۵۵}، لند^{۵۶}، لینهارت^{۵۷} و فلستیم^{۵۸} (۱۹۹۴) در بررسی خصوصیات شخصیتی والدین افراد درخودمانده گونه دریافتند که ویژگی های شخصیتی چون کناره گیری^{۵۹}، بی کفایت بودن^{۶۰}، انفعالی بودن^{۶۱} و بی مسئولیتی^{۶۲}، در والدین کودکان درخودمانده، بیشتر از والدین کودکان عادی و با نشانگان داون^{۶۳} دیده شود. همچنین یافته های پژوهش گری^{۶۴} (۲۰۰۲) نشان داد که مادران کودکان با اختلالهای گسترده درخودماندگی در رویارویی با حوادث، آسیب پذیرتر از پدران هستند و برای کنار آمدن با ناتوانی فرزندان خود از راهبردهای متفاوتی استفاده می کنند. کانستاتاریس^{۶۵} و هماتیدیس^{۶۶} (۲۰۰۵) بیان می کند که احساس عصبانیت و درخواست کمک از همسر، در مادران کودکان درخودمانده بیشتر از مادران کودکان عادی دیده شده است. جلالی مقدم (۱۳۸۶) دریافت که با افزایش توانایی والدین در مهارتهای درون فردی، استفاده از راهبردهای مقابله ای مبتنی بر حل مساله، بیشتر می شود و با کاهش توانایی والدین در سازگاری، استفاده از راهبردهای جلب حمایت اجتماعی، بیشتر می شود و نیز متغیر مهار فشارهای روانی با استفاده از راهبردهای مقابله ای مبتنی بر مهار هیجانی، رابطه معکوس دارد.

هر چند که ویژگی های مختلف والدین کودکان اوتیستیک مانند سلامت روانی (ریاحی^{۶۷} و ایزدمزیدی^{۶۸}، ۲۰۱۲)، استرس مادر (هرینق^{۶۹}، گری^{۷۰}، ناف^{۷۱} و همکاران، ۲۰۰۶)، ویژگی های شخصیتی (یامادا^{۷۲}، سوزوکی^{۷۳}، کاتو^{۷۴} و همکاران، ۲۰۰۷؛ جوکیرواوانتا^{۷۵}، براون^{۷۶}، هنیما^{۷۷} و همکاران، ۲۰۱۳) مورد بررسی قرار گرفته است. اما از نظر صفات در خود مانده گونه والدین کودکان اوتیستیک تحقیقات بسیار اندکی وجود دارد. بر این اساس پژوهش حاضر با هدف مقایسه توانایی تخیل از جمله صفات در خودمانده گونه در والدین کودکان اوتیستیک و بهنجار صورت گرفت.

بنابراین بررسی و شناسایی عوامل موثر برای اختلال یکی از موارد قابل توجه است. بدیهی است بررسی و تدوین عوامل زمینه ساز و آسیب ساز کودکان در برابر این اختلال و سایر اختلالات دوره کودکی با تاکید بر عوامل مهمی مانند ویژگی های شخصیتی والدین و اختلالات روانشناختی و صفات شخصیتی نابهنجار در والدین بر شفافیت مشکلات موجود در حیطه آسیب شناسی، درمانی و در راس آن پیشگیری کمک خواهد کرد. تاکید بر نقش آسیب های والدین ضرورتی بسیار برجسته دارد که در فضای علمی کشور توجه مهمی بدان مبذول نگردیده است. مروری به مطالعات مختلف نشان می دهد که اختلالات طیف اوتیسم صرفاً از برخی جنبه های محدود مورد توجه قرار گرفته و کمتر به نقش آسیب های پیشنهادی در والدین پرداخته شده است.

این پژوهش در بعد نظری به افزایش دانش در حوزه اختلالات دوره کودکی و تاثیر پذیری آن از عوامل مرتبط با والدین منجر می گردد. در ایران پژوهشی در حیطه نقش صفات در خود مانده گونه والدین در کودکان اوتیستیک صورت نگرفته است که چنین پژوهشی بدیع بودن این پژوهش را مبرهن می سازد. از سوی دیگر چنانچه مشخص شود که توانایی تخیل در والدین کودکان طیف اوتیسم پایین تر است می توان پژوهش های علمی پیشگیرانه درمانی مناسبی را طراحی نمود.

54 - Piven

55 - wzorek

56 - land

57 - lainhart

58 - folsteim

59 -aloof

60 -untactful

61 -undemonstrative

62 -unresponsive

63 -down syndrome

64 - Gray

65 - Konstantareas

66 - Homatidis

67 - Riahi

68 - Izadi-mazidi

69 -Herring

70 -Gray

71 -Taffe

72 - Yamada

73 -Suzuki

74 - Kato

75 -Jokiranta

76 -Brown

77 - Heinimaa

با توجه به اینکه مشکلات متعددی در کودکان اوتیستیک وجود دارد. پاسخ به عدم وجود دتوانایی تخیل در والدین کودکان اوتیستیک می تواند جنبه کاربردی نیز داشته باشد. از این رو نتایج این تحقیق می تواند در بخش های روانشناسی بالینی، مشاوره خانواده و مداخلات روانپزشکی جهت کمک به خانواده ها و بیماران اوتیستیک مورد استفاده قرار گیرد.

روش پژوهش

تحقیق حاضر علی- مقایسه ای است. از نظر اهداف آن تحقیق کاربردی می باشد و به لحاظ مدت زمان انجام مطالعه تحقیق به صورت مقطعی است.

جامعه آماری شامل کلیه والدین کودکان و نوجوانان زیر ۱۸ سال مبتلا به اختلال درخودماندگی در سال ۱۳۹۳ شهر تبریز که تحت پوشش شامل بهزیستی قرار دارند. بر اساس اطلاعات موجود تعداد ۱۵۰ کودک و نوجوان تحت حمایت سازمان بهزیستی استان قرار دارند. همچنین برای انتخاب نمونه آماری برای گروه کنترل از جامعه آماری دانش آموزان مدارس دولتی استفاده شد. روش نمونه گیری به صورت در دسترس و با در نظر گرفتن رضایت والدین برای شرکت در مطالعه از بین مرکز آموزشی و خدمات حمایتی کودکان و نوجوانان مبتلا به اوتیسم صورت گرفت بدین ترتیب با درخواست همکاری از همه افراد جامعه آماری تعداد ۸۰ نفر از والدین (پدر و مادر) برای شرکت در تحقیق اعلام آمادگی کردند و با تکمیل پرسشنامه وارد مطالعه شدند. روش نمونه گیری برای گروه کنترل (کودکان بهنجار) به صورت تصادفی ساده و از بین مدارس و کلاس های درس دانش آموزان زیر ۱۸ سال دختر و پسر انتخاب گردید. بدین ترتیب ۱۶۰ نفر گروه نمونه را تشکیل می دهد که شامل ۸۰ نفر والدین بهنجار و ۸۰ نفر والدین کودکان اوتیستیک می باشد.

در این پژوهش برای جمع آوری اطلاعات از دو آزمون شامل آزمون علائم مرضی کودکان فرم والدین و معلم و مقیاس درخودماندگی بهر بزرگسال استفاده شد:

آزمون علائم مرضی کودکان فرم والدین (CSI-4)^{۷۸}

این مقیاس توسط اسپیرافکین^{۷۹} و گادو^{۸۰} (۱۹۸۴) و بر اساس طبقه بندی DSM-III و به منظور غربال اختلالات رفتاری و هیجانی کودکان سنین ۱۲-۵ سال طراحی شده است و در سال ۱۹۹۴ همزمان با چاپ چهارم DSM-IV مورد تجدید نظر قرار گرفت. این پرسشنامه دارای دو فرم والد- معلم است که بر اساس مقیاس چهار درجه ای لیکرت پاسخ داده می شود. فرم والدین دارای ۹۷ سوال است به منظور غربال ۱۸ اختلال رفتاری و هیجانی تنظیم شده و فرم معلم دارای ۸۷ سوال است که جهت غربال ۱۳ اختلال رفتاری و هیجانی طراحی شده است.

مقیاس درخودماندگی بهر بزرگسال (AAQS)^{۸۱}

مقیاس درخودماندگی بهر بزرگسال (AAQS) توسط بارون کوهن^{۸۲}، ویل رایت^{۸۳}، اسکینر^{۸۴}، مارتین^{۸۵} و کلوبلی^{۸۶} (۲۰۰۱) ساخته شده است. مقیاس درخودماندگی بهر بزرگسال ابزار خودگزارشی و دارای 50 گویه است که ترجیح ها و عادت های شخصی را ارزیابی می کند. AAQS پنج خرده مقیاس و هر خرده مقیاس 10 گویه دارد که روی مقیاس لیکرت چهار درجه ای پاسخ داده می شوند. خرده مقیاس ها عبارتند از مهارت اجتماعی (SS)، ارتباط (Co)، تخیل (Im)، توجه به جزئیات (AD)، جابجایی توجه (AS).

78 - Child Symptom Inventory-4 (CSI-4)

79 - Spirafkin

80 - Gadoo

81 - Adault Autism Quotient Spectrum (AAQS)

82 - Baron-Cohen

83 - Wheelwright

84 - Skinner

85 - Martin

86 - Clubley

یافته ها

میانگین، انحراف استاندارد صفات در خود مانده گونه والدین کودکان اوتیستیک و والدین کودکان بهنجار

والدین گروه اوتیستیک				والدین گروه بهنجار				متغیر
کشیدگی	کجی	انحراف استاندارد	میانگین	کشیدگی	کجی	انحراف استاندارد	میانگین	
-۰/۰۳	۰/۵۲	۱/۶۳	۳/۹۵	-۰/۷۲	۰/۲۰	۱/۶۲	۳/۰۸	مهارت اجتماعی
۱/۰۷	۰/۹۰	۱/۵۶	۲/۹۳	۰/۵۱	۰/۷۵	۱/۴۶	۲/۳۲	ارتباط
۱/۰۳	۰/۰۱	۱/۵۴	۴/۲۱	۰/۱۶	۰/۲۰	۱/۵۲	۳/۶۰	تخیل
-۰/۱۱	-۰/۳۰	۱/۵۴	۵/۴۳	-۰/۵۳	-۰/۱۳	۱/۶۹	۵/۲۱	توجه به جزئیات
۰/۱۱	-۰/۴۷	۱/۸۹	۵/۷۳	-۰/۲۹	-۰/۳۱	۱/۴۶	۵/۵۸	جابجایی توجه
-۰/۱۱	۰/۰۲	۴/۱۴	۲۲/۲۷	-۰/۷۷	-۰/۲۳	۳/۳۶	۱۹/۸۱	کل مقیاس

میانگین، انحراف استاندارد و نتایج کشیدگی و چولگی نمرات آزمودنی ها ارائه شده است. مطابق با معیار کشیدگی و چولگی برای تعیین نرمال بودن داده های تحقیق، چنان که مقدار کشیدگی و چولگی ما بین ۲+ الی ۲- قرار داشته باشد فرض نرمال داده های تحقیق تائید می شود. با توجه به معیار فوق داده های تحقیق از توزیع نرمال برخوردار هستند.

نتایج آزمون لون برای فرض همگنی واریانس نمرات اوتیسم بهر در والدین کودکان اوتیسم و عادی

نمرات	آماره لون	درجه آزادی ۱	درجه آزادی ۲	سطح معنی داری
مهارت اجتماعی	۰/۱۰	۱	۱۵۸	۰/۷۵
ارتباط	۰/۳۸	۱	۱۵۸	۰/۵۳
تخیل	۰/۰۹	۱	۱۵۸	۰/۷۶
توجه به جزئیات	۰/۲۷	۱	۱۵۸	۰/۶۰
جابجایی توجه	۳/۰۲	۱	۱۵۸	۰/۰۸
کل مقیاس	۱/۵۸	۱	۱۵۸	۰/۲۰

بر اساس نتایج آزمون لون، با توجه به سطح معنی داری بیشتر از ۰/۰۵ برای مقادیر آماره لون، فرض همگنی واریانس کل مقیاس اوتیسم بهر و همچنین زیرمقیاس های آن (مهارت اجتماعی، ارتباط، تخیل، توجه به جزئیات و جابجایی توجه) تائید می گردد

نتایج جدول آنوای تاثیرات بین گروهی

متغیر	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	مقدار F	سطح معنی داری
مهارت اجتماعی	۲۹/۷۵	۱	۲۹/۷۵	۱۱/۱۸	<۰/۰۰۱
ارتباط	۱۵	۱	۱۵	۶/۵۴	۰/۰۱
تخیل	۱۵	۱	۱۵	۶/۳۶	۰/۰۱
توجه به جزئیات	۲/۰۲	۱	۲/۰۲	۰/۷۶	۰/۳۸
جابجایی توجه	۰/۹۰	۱	۰/۹۰	۰/۳۱	۰/۵۷
کل مقیاس	۲۴۲/۵۵	۱	۲۴۲/۵۵	۱۷	<۰/۰۰۱
مهارت اجتماعی	۴۲۰/۱۸	۱۵۸	۲/۶۵		
ارتباط	۳۶۲/۲۳	۱۵۸	۲/۲۹		
تخیل	۳۷۲/۵۸	۱۵۸	۲/۳۵		
توجه به جزئیات	۴۱۷/۰۷	۱۵۸	۲/۶۴		
جابجایی توجه	۴۵۲/۸۷	۱۵۸	۲/۸۶		

کل مقیاس	۲۲۵۴/۱۳	۱۵۸	۱۴/۲۶
مهارت اجتماعی	۲۴۳۱	۱۶۰	
ارتباط	۱۴۸۵	۱۶۰	
تخیل	۲۸۲۹	۱۶۰	
توجه به جزئیات	۴۹۵۶	۱۶۰	
جابجایی توجه	۵۵۸۴	۱۶۰	
کل مقیاس	۷۳۳۵۱	۱۶۰	

بر اساس نتایج تحلیل واریانس 2×6 و نتایج تاثیرات بین گروهی، مقدار F حاصل از تحلیل در نمرات دو گروه والدین کودکان اوتیسم و کنترل در کل مقیاس و سه زیرمقیاس (مهارت اجتماعی، ارتباط و تخیل) در سطح معنی داری کمتر از 0.05 خطا قرار دارد. بنابراین بین دو گروه والدین کودکان اوتیسم و کنترل در کل مقیاس و سه زیرمقیاس (مهارت اجتماعی، ارتباط و تخیل) تفاوت آماری معنی داری وجود دارد ($P < 0.05$). به طوری که بر اساس والدین کودکان اوتیسم از نمرات بیشتری در علایم کل اوتیسم بهر و علایم مهارت اجتماعی، ارتباط و تخیل برخوردار هستند. اما در زیرمقیاس های توجه به جزئیات و جابجایی توجه تفاوتی بین دو گروه از والدین کودکان اوتیسم و کنترل بهنجار وجود ندارد.

نتایج آزمون تی مستقل تفاوت میانگین نمرات توانایی تخیل دو گروه والدین کودکان اوتیستیک و بهنجار

بر اساس نتایج تحلیل، مقدار تی برابر $2/52$ در سطح خطای آماری 0.01 قرار دارد. بنابراین با توجه به سطح معنی داری کمتر از 0.05 بین دو گروه والدین کودکان مبتلا به اوتیسم و کنترل در تخیل تفاوت وجود دارد. به طوری که بر اساس میانگین نمرات، والدین کودکان اوتیسم علایم نقص بیشتری در تخیل گزارش کرده اند.

نتایج جدول آنوای تاثیرات بین گروهی

متغیر	مجموع مجزورات	درجه آزادی	میانگین مجزورات	مقدار F	سطح معنی داری
مهارت اجتماعی	۸/۴۵	۱	۸/۴۵	۳/۲۴	۰/۰۷
ارتباط	۲/۸۱	۱	۲/۸۱	۱/۱۵	۰/۲۸
تخیل	۱۵/۳۱	۱	۱۵/۳۱	۶/۸۶	۰/۰۱
توجه به جزئیات	۰/۱۱	۱	۰/۱۱	۰/۰۴	۰/۸۳
جابجایی توجه	۲۳/۱۱	۱	۲۳/۱۱	۶/۹۲	۰/۰۱
کل مقیاس	۱۶۸/۲۰	۱	۱۶۸/۲۰	۱۱	۰/۰۰۱
مهارت اجتماعی	۲۰۳/۳۵	۷۸	۲/۶۰		
ارتباط	۱۸۹/۸۷	۷۸	۲/۴۳		
تخیل	۱۷۴/۰۷	۷۸	۲/۲۳		
توجه به جزئیات	۱۸۹/۵۷	۷۸	۲/۴۳		
جابجایی توجه	۲۶۰/۳۷	۷۸	۳/۳۳		
کل مقیاس	۱۱۹۱/۷۵	۷۸	۱۵/۲۷		
مهارت اجتماعی	۱۴۶۰	۸۰			
ارتباط	۸۸۳	۸۰			
تخیل	۱۶۰۹	۸۰			
توجه به جزئیات	۲۵۵۵	۸۰			
جابجایی توجه	۲۹۱۷	۸۰			
کل مقیاس	۴۱۰۵۴	۸۰			

بر اساس نتایج جدول تحلیل واریانس 6×2 و نتایج تاثیرات بین گروهی، مقدار F حاصل از تحلیل برای کل مقیاس و زیرمقیاس تخیل در سطح معنی داری کمتر از $0/05$ قرار دارد. با توجه به سطح معنی داری کمتر از $0/05$ بنابراین میانگین نمرات دو گروه مادران و پدران در کل مقیاس و زیرمقیاس تخیل تفاوت آماری معنی داری دارد. به طوری که بر اساس میانگین نمرات، پدران کودکان اوتیسم علائم بیشتری در کل مقیاس و زیرمقیاس های تخیل توجه گزارش کرده اند.

نتایج تحقیق نشان داد که بین دو گروه والدین کودکان اوتیسم و کنترل در کل مقیاس و زیرمقیاس (تخیل) تفاوت آماری معنی داری وجود دارد ($P < 0/05$). به طوری که والدین کودکان اوتیسم از علائم بیشتری در کل اوتیسم بهر و علائم تخیل برخوردارند.

بخش دیگری از یافته های تحقیق نشان داد که بین دو گروه مادران و پدران اوتیسم در کل مقیاس اوتیسم بهر و زیرمقیاس های تخیل و جابجایی توجه تفاوت آماری معنی داری دارد ($P < 0/05$). به طوری که پدران کودکان اوتیسم علائم بیشتری در کل مقیاس و زیرمقیاس های تخیل و جابجایی توجه گزارش کرده اند.

یافته های تحقیق، حاکی از آن بود که از بین پنج صفت در خود مانده گونه یعنی مهارت های اجتماعی، ارتباط، تخیل، توجه به جزئیات و جابجایی توجه والدین کودکان اوتیستیک نسبت به والدین کودکان بهنجار در سه صفت یعنی نقص در مهارت های اجتماعی، توانایی ارتباط و تخیل نمرات بیشتری بدست آوردند و تفاوت معنی داری دارند اما در دو صفت یعنی توجه به جزئیات و جابجایی توجه تفاوت معنی داری بین دو گروه بدست نیامد. این یافته هم در تحلیل واریانس چند متغیره تأیید شده اما در آزمون t هنگامی که تفاوت دو گروه به صورت تک تک صفات در خود مانده گونه بررسی می شد تأیید می گردد.

درباره این یافته از تحقیق، با توجه به دانش موجود در رابطه با اوتیسم و ریسک فاکتورهای ابتلا به آن درباره وجود اوتیسم بهر و نقص در صفات مهارت اجتماعی، ارتباط و تخیل در والدین کودکان اوتیستیک چنین استنباط می شود که وجود تشابه ژنتیکی در والدین و کودکان می تواند از علل احتمالی و زیستی در وجود صفات در خود مانده گونه بیشتری در والدین کودکان اوتیسم باشد (تامسون و همکاران، ۲۰۱۰؛ تیپ و همکاران، ۲۰۱۴).

در کل یافته فوق بر وجود صفات درخودمانده گونه بیشتر در والدین کودکان اوتیستیک دلالت دارد. در همین راستا تحقیق کوزلواسکیف^{۸۷}، ماستون^{۸۸} و ورل^{۸۹} (۲۰۱۲) در بررسی تاثیر تشخیص اختلالات طیف اوتیسم خانوادگی بر علائم اوتیسم در کودکان نشان داد که ارتباط زیستی زیادی با تشخیص اوتیسم خانوادگی بر علائم اوتیسم در کودکان وجود دارد.

بخش دیگری از یافته پژوهش نشان داد که پدران کودکان اوتیستیک در دو صفت یعنی تخیل و جابجایی توجه نقص بیشتری از مادران اوتیستیک دارند. این یافته ها هم در تحلیل واریانس چند متغیره و هم در آزمون t تأیید گردید. لازم به ذکر است که مطالعاتی نشان داده اند که پدران کودکان اوتیستیک در برخی صفات در خود مانده بالاتر هستند و لزوماً در همه آنها بالاتر نیستند. به عبارت دیگر ممکن است در برخی بالاتر و در برخی دیگر تفاوت آشکاری با مادران نداشته باشند. بر این اساس، به نظر می رسد اوتیسم به شکل صفاتی سطحی تر در جمعیت عادی مشاهده می شود. این صفات که مشابه با نشانه های اوتیسم اند، شامل "مهارت های اجتماعی"، "توجه به جزئیات"، "جابجایی توجه"، "ارتباط" و "تخیل" اند. افرادی که نمره بالایی در این صفات می گیرند، به رغم قرار داشتن در طیف عادی جامعه، برخی ویژگی مشابه با افراد مبتلا به اوتیسم دارند. این موضوع لزوماً چیز بدی نیست، پدران افراد اوتیسم مشاغلی مانند مهندسی کارهای کامپیوتری و سایر حوزه های عددی و تکنیکی را ترجیح می دهند (بارون-کوهن، ۱۳۸۹). ممکن است "اندکی اوتیسم"^{۹۰} چیز خوبی باشد افراد اوتیسم همان طور که نقایصی دارند، نقاط قوتی نیز دارند. علاوه بر توانایی دانشوری^{۹۱}، یکی دیگر از توانایی های افراد اوتیسم، این است که می توانند به جزئیات توجه کرده و آن ها را جدا از هم ببینند. این افراد در منظم کردن و سازمان دهی اطلاعات نیز خیلی خوب عمل می کنند. بستگان افراد اوتیسم ممکن است برخی از این قدرت ها را بدون داشتن ضعف های خاص اوتیسم داشته باشند. یا این که نقاط ضعف اوتیسم را به صورت خیلی خفیف دارند (بارون-کوهن و همکاران، ۲۰۰۱). پیشنهاد می شود که قبل از ازدواج، حتماً مشاهده های قبل از ازدواج صورت گیرد و این مسأله به صورت یک الزام برای خانواده ها وجود آنها مطرح می شود تا در صورتی که آزمون های روان شناختی و یا گزارشات خود فرد حاکی از وجود صفات در خود مانده گونه بود باید اولاً از ازدواج فامیلی صورت نگیرد و ثانیاً خود فرد تشویق شود که تحت مشاوره و درمان قرار گیرد تا آموزش های روزانه را برای مهارت های اجتماعی و ارتباط بدست آورد تا از شدت مشکلات او بعد از ازدواج کاسته شود و ثالثاً

87 -Kozłowski

88 -Matson

89 - Worley

90 - Alittle bit of autism

91-savant ability

هنگامی که تصمیم به بچه دار شدن کردند حتماً در جریان بارداری آزمایشات ژنتیکی لازم صورت گیرد تا در صورت امکان بتوان از تولد یک کودک اوتیستیک ممانعت به عمل آورد.

محدودیت های این تحقیق عبارتند از:

۱- استفاده از ابزار خودگزارشی پرسشنامه به جهت ممکن است واکنش در برابر خودافشاگری را داشته باشد از محدودیت های این تحقیق محسوب می شود.

۲- تشخیص اوتیسم کودکان بر اساس پرسشنامه از محدودیت های دیگر مربوط به ابزار پژوهشی محسوب می شود.

۳- این تحقیق صرفاً بررسی والدین کودکان و نوجوانان اوتیستیک زیر ۱۸ اجرا شده است و سنین بالاتر را در بر نگرفته است.

۴- یافته های تحقیق محدود به جامعه آماری کودکان اوتیسم تحت پوشش بهزیستی تبریز است.

۵- در تحقیق حاضر ارتباط متغیرهای فردی و اجتماعی و همچنین وضعیت اجتماعی- اقتصادی با صفات درخودمانده گونه والدین مورد بررسی قرار نگرفته است.

۶- وجود مشکلات روانپزشکی همراه با اختلال اوتیسم ممکن است در شدت اختلال اوتیسم و جنبه ارثی آن و حتی در نتایج یافته ها تاثیرگذار باشد که در این پژوهش لحاظ نشده است. لذا نتایج این پژوهش را به والدین کودکان اوتیستیک که دارای علایم روانپزشکی دیگری هستند نمی توان تعمیم داد.

پیشنهادهای کاربردی

۱- از آنجائی که پدران کودکان اوتیسم از شدت بیشتری در صفات درخودمانده گونه برخوردارند لذا پیشنهاد می شود از برنامه های مداخلات رفتاری برای پدران این کودکان نیز استفاده شود تا مشکلات مربوط به صفات درخودمانده گونه آنها سایر اعضای خانواده را تحت استرس قرار ندهد.

۲- پیشنهاد می شود به منظور کنترل شدت اوتیسم کودکان، برنامه های ویژه مداخلاتی برای والدینی که صفات درخودمانده گونه زیادی دارند در نظر گرفته شود.

۳- پیشنهاد می شود که قبل از ازدواج، حتماً مشاوره های قبل از ازدواج صورت گیرد و این مساله به صورت یک الزام برای خانواده ها و جوانان مطرح شود. تا در صورتی که آزمون های روانشناختی و یا گزارشات خود افراد در مصاحبه حاکی از وجود صفات درخودمانده گونه بود اولاً ازدواج فامیلی صورت نگیرد و ثانیاً خود فرد تشویق شود که تحت مشاوره و روان درمانی قرار گیرد تا آموزش های لازم را برای مهارت های اجتماعی و ارتباطی بدست آورد تا از شدت مشکلات او بعد از ازدواج کاسته شود و ثانیاً هنگامی که تصمیم به بچه دار شدن کردند حتماً در جریان بارداری آزمایشات ژنتیکی لازم صورت گیرد تا در صورت امکان بتوان از تولد یک کودک اوتیستیک ممانعت کرد.

پیشنهادهای تحقیقی

۱- پیشنهاد می شود در مطالعات آتی از سایر ابزارهای سنجش صفات درخودمانده گونه نیز استفاده گردد تا دقت نتایج در قالب یافته های مطالعات مختلف نیز مشخص گردد.

۲- پیشنهاد می شود مشابه این پژوهش در سایر گروه های سنی بیماران اوتیسم انجام گیرد.

۳- در تحقیق آتی ارتباط متغیرهای فردی و اجتماعی و همچنین وضعیت اجتماعی- اقتصادی با شدت صفات درخودمانده گونه والدین کودکان اوتیسم نیز مورد بررسی قرار گیرد تا نقش متغیرهای فردی و اجتماعی و اجتماعی- اقتصادی مشخص گردد.

منابع و مراجع

- [۱] انجمن روانپزشکی امریکا. (۱۳۹۳). راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانپزشکی امریکا DSM-5. ترجمه یحیی سیدمحمدی. تهران: روان.
- [۲] بارون کوهن، سایمون. (۱۳۸۹). اوتیسم و سندرم اسپرگر. ترجمه مهدی گنجی. تهران: ساوان.
- [۳] خانجانی، زینب؛ هداوندخانی، فاطمه؛ هاشمی نصرت‌آباد، تورج؛ محمود علیلو، مجید؛ بخشی‌پور رودسری عباس. (۱۳۹۲). رابطه ساختاری
- [۴] جلالی مقدم، نیلوفر. (۱۳۸۶). مقایسه هوش هیجانی و راهبردهای مقابل‌های در والدین کودکان مبتلا به اختلالات فراگیر تحولی و والدین کودکان عادی. پایان‌نامه کارشناسی ارشد منتشر نشده دانشگاه شهید بهشتی.
- [۵] سیمپسون، ریچاردال؛ میلز، برندااسمیت؛ ساسو، گری ام؛ کمپز، دبرام. (۱۳۸۸). رویکردهای آموزش مهارت‌های اجتماعی به دانش‌آموزان مبتلا به اوتیسم. ترجمه علیرضا کاکاوند. تهران: سرافراز.
- [۶] طلعت راضی. (۱۳۸۶). اوتیسم و ارزیابی درمان. تهران: دانژه.
- [۷] فارل، میخائیل. (۱۳۹۳). درخودماندگی و مشکلات ارتباطی، ترجمه احمد به پژه. تهران: آوای نور.
- [۸] کاکاوند، علیرضا. (۱۳۸۸). اوتیسم، بازی و تعامل اجتماعی. تهران: سرافرا.
- [۹] ناصح، هما. (۱۳۷۵). همراه با اوتیسم از تشخیص تا درمان. تهران: دانژه.
- [10] Baron-Cohen, S., Wheelwright, S., Skinner, R., Martin, J., & Clubley, E. (2001). The autism-spectrum quotient (AQ): evidence from Asperger syndrome/high-functioning autism, males and females, scientists and mathematicians. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 31(1), 5-17.
- [11] Baron-Cohen S, Scott FJ, Allison C, Williams J, Bolton P, Matthews FE, Brayne C. (2009). Prevalence of autism-spectrum conditions: UK school-based population study. *British Journal of Psychiatry*, 194(6), 500-9.
- [12] Beversdorf, D. Q., Manning, S. E., Hillier, A., Anderson, S. L., Nordgren RE, Walters SE, & et al. (2005). Timing of prenatal stressors and autism. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 35 (4), 471-478.
- [13] Brugha TS, McManus S, Bankart J, Scott F, Purdon S, Smith J, Bebbington P, Jenkins R, Meltzer H. (2011). Epidemiology of autism spectrum disorders in adults in the community in England. *Archives of General Psychiatry*, 68(5), 459-65.
- [14] Chaste, P., Leboyer, M. (2012). Autism risk factors: genes, environment, and gene-environment interactions. *Dialogues Clinical Neuroscience*, 14(3), 281-292.
- [15] Fombonne, E. (2009). Epidemiology of pervasive developmental disorders. *Pediatric Research*, 65, 591-598.
- [16] Dean, K., Stevens, H., Mortensen, P. B., Murray, R. M., Walsh, E., Pedersen, C. B. (2010). Full spectrum of psychiatric outcomes among offspring with parental history of mental disorder. *Archives of General Psychiatry*, 67(8), 822-9.
- [17] Gottesman, I. I., Laursen, T. M., Bertelsen, A., Mortensen, P. B. (2010). Severe mental disorders in offspring with 2 psychiatrically ill parents. *Archives of General Psychiatry*, 67(3), 252-7.
- [18] Gray, D. E. (2002). Gender and coping: the Parents of children with high functioning autism. Retrieved from: <http://www.sciencedirect.com>
- [19] Herring, S., Gray, K., Taffe, J., Tonge, B., Sweeney, D., Einfeld, S. (2006). Behaviour and emotional problems in toddlers with pervasive developmental disorders and developmental delay: associations with parental mental health and family functioning. *Journal of Intellect Disabil Research*, 50, 874-82.
- [20] Ingersoll, B., Meyer, K., Becker, M. W. (2011). Increased rates of depressed mood in mothers of children with ASD associated with the presence of the broader autism phenotype. *Autism Research*, 4(2), 143-8.
- [21] Jokiranta, E., Brown, A. S., Heinimaa, M., Cheslack-Postava, K., Suominen, A., Sourander, A. (2013). Parental psychiatric disorders and autism spectrum disorders. *Psychiatry Research*, 207(3), 203-11.

- [22] Kim, Y. S., Leventhal, B. L., Koh, Y. J., Fombonne, E., Laska, E., Lim, E. C., Cheon, K. A., Kim, S. J., Kim, Y. K., Lee, H., Song, D.H., Grinker, R. R. (2011). Prevalence of autism spectrum disorders in a total population sample. *American Journal of Psychiatry*, 168(9), 904-12.
- [23] Konstantareas, M., & Homatidis, S.(2005). Assessing child symptom severity and stress in parents of Autistic children. *Journal Child Psychology & Psychiatry*, 30(3), 459 – 470.
- [24] Kozlowski, AM., Matson , JL., Worley, JA. (2012). The impact of familial autism diagnoses on autism symptomatology in infants and toddlers. *Research in Autism Spectrum Disorders*, 6(1), 151–157
- [25] Thorsen P, Mortensen PB. (2005). Risk factors for autism: perinatal factors, parental psychiatric history, and socioeconomic status. *American Journal of Epidemiology.*, 161(10),916-25; discussion 926-8.
- [26] Piven, j; wzorek, M; land,R; lainhart, j; folsteim , S. (1994). Personality characteristics of the parents of autistic individuals. *Journal of Psychological Medicine*, 24(3), 783- 795.
- [27] Yamada, A., Suzuki, M., Kato, M., Suzuki, M., Tanaka, S., Shindo, T., Taketani, K., Akechi, T.,