

کودکان و مهارت های اجتماعی

منصوره بهرامی پور^۱

چکیده

از جمله ویژگی های کودکان فاقد مهارت های اجتماعی؛ همکاری محدود با دیگران، انعطاف ناپذیری، محدودیت در نشان دادن استقلال، فقدان یا ضعف مهارت های خودابرازی و فقدان یا ضعف در فهم تفاوت انواع روابط اجتماعی می باشد. بر طبق نظام DSM-IV-TR اشکال در مهارت های اجتماعی را در اختلالهایی از قبیل: اوتیستیک، رت، اسپرگر، انواع عقب ماندگی ذهنی با شدت های متفاوت می توان مشاهده نمود. به لحاظ بالینی اهداف آموزشی و درمانی بلند مدت و کوتاه مدت برای بهبود مهارت های اجتماعی این کودکان طراحی می شود که با استفاده از مداخلات درمانی مناسب مانند: آموزش مهارت های حل مسأله در موقعیت های اجتماعی، تشویق مراجع و خانواده وی به انجام فعالیت های ورزشی، مذهبی و فرهنگی؛ آموزش مهارت های شنیداری و آموزش رابطه متقابل بین احساسات و افکار امکان تحقق این اهداف عملی تر می باشد.

واژه های کلیدی: مهارت های اجتماعی، مهارت های خود ابرازی، مداخله های درمانی

^۱. عضو هیأت علمی دانشگاه آزاد خوراسگان (اصفهان)

تعریف

مطابق تعاریف موجود کودکانی که در گفتگوی با دیگران، شروع کردن صحبت، نشان دادن واکنش های مناسب به احساسات، رفتارها و گفتار دیگران مشکل دارند فاقد مهارت های لازم ارتباطی هستند. از لحاظ رفتاری مشکل در مهارت های ارتباطی یا به عبارتی مهارت های اجتماعی را می توان این گونه تعریف کرد.

۱- مشکل در شروع صحبت، حفظ گفتگو با دیگران و فقدان وضعف مشارکت در تعاملات اجتماعی.

۲- در تعامل با دیگران واکنش های اغراق آمیز عاطفی و احساسی نشان دادن.

۳- انعطاف ناپذیری و فقدان یا ضعف در مسئولیت پذیری شخصی در روابط اجتماعی.

۴- محدودیت هایی در نشان دادن استقلال و مهارت های حل مسئله و وابستگی به دیگران برای اینکه آنها در حل مسأله شان مداخله نمایند.

۵- فقدان صداقت و برخورد صحیح با ضعف های خود و منفی گرائی در روابط بین فردی.

۶- همکاری محدود با دیگران، داوطلب نشدن برای انجام کارها، وابستگی در انجام کارها، پیرو بودن و تمایل فزاینده برای تنها بودن و دوری از کار گروهی.

۷- فقدان یا ضعف مهارت های خود ابرازی و فقدان توانایی برای دوری از موقعیت های ناراحت کننده و منفی.

۸- فقدان یا ضعف در فهم تفاوت انواع روابط اجتماعی (سلاگرت و همکاران، ۲۰۰۰).

مطابق راهنمای آماری اختلالات روانی *DSM-IV-TR* (2000) اشکال در مهارت های اجتماعی را در دسته ای از کودکان و نوجوانان دارای مشکلات روانی و عقب مانده های ذهنی می توان ملاحظه کرد:

محور ۱	← اختلال در خود فرورفتگی (اوتیستیک) با کد ۲۹۹/۰۰
	اختلال رت با کد ۲۹۹/۸۰
	اختلال اسپرگر با کد ۲۹۹/۸۰
	اختلال فرو پاشیدگی کودکی با کد ۲۹۹/۸۰
	اختلال فراگیر رشدی که در جای دیگری نیامده است <i>Nos</i> با کد ۲۹۹/۱۰
	موارد نامشخص که قابل تشخیص نیست با کد <i>V۷۱/۰۹</i>

محور ۲	← عقب مانده ذهنی خفیف با کد ۳۱۷
	عقب مانده ذهنی متوسط با کد ۳۱۸/۰
	عقب مانده ذهنی شدید با کد ۳۱۸/۱
	عقب مانده ذهنی عمیق با کد ۳۱۸/۲
	عقب مانده ذهنی نامشخص با کد ۳۱۹
	کودکانی با عملکرد مرزی هوشی و عقلانی با کد <i>V۶۲/۸۹</i>
	مواردی از مشکل که قابل تشخیص نیست با کد <i>V۱/۰۹</i>

درمان

به لحاظ بالینی اهداف آموزشی و درمانی فقدان یا ضعف در مهارت های اجتماعی کودکان عادی و با شرایط ویژه عبارتند از:

اهداف بلند مدت:

- نمایش مهارت های مکالمه ای پایه
- حفظ ارتباط با دیگران متناسب با سطح شناختی فرد
- بهبود کیفیت روابط بین فرد با افراد خانواده، دوستان و همکاران

- یادگیری روال عادی نتیجه گیری از گفتگوها و درخواست از دیگران
- پذیرش مسئولیت برای انتخابهای شخصی
- یادگیری و توسعه مهارت های اجتماعی برای کنترل و بیان مناسب هیجانها
- نمایش مهارت های حل مسئله در موقعیت هایی که منجر به افزایش خودکفائی می شود.
- ارزش نهادن و تمرین کردن برای راستگویی و صداقت در فعالیت های روزانه
- تسلط و توسعه حس همکاری در روابط بین فردی
- اظهار و ابراز خود در موقعیتهایی که همکلاسان برای انجام کاری که دلخواه فرد نیست فشار وارد می نمایند.
- کمک به افزایش حس خودمختاری در گزینش های مستقلانه

اهداف کوتاه مدت

- مشارکت در ارزیابی مهارت های اجتماعی
- پیگیری توصیه های صورت گرفته برای ارزیابی صحیح تر از مهارت های اجتماعی
- کسب حداکثر منفعت از آموزش های مرتبط با مهارت های اجتماعی
- تهیه فهرستی از تقویت کننده های بالقوه اثر بخش
- تعیین پاداشهای مرتبط با فراگیری مهارت های اجتماعی
- جلب همکاری فرد برای انجام ارزیابیهای روانشناختی و پزشکی
- جلب همکاری فرد برای خوردن دارو (در صورت ضرورت)
- مشارکت در فعالیتهای درمانی، بخصوص شرکت در فرایند بازی نقش
- مشارکت در فعالیتهای درمانی، مرتبط با افزایش تعاملات کلامی

- توسعه مهارت های ارتباطی بصورت جفتی در کارهای گروهی با نظارت درمانگر
- توسعه مهارت های یادگرفته شده در فرایند درمان به موقعیتهای دیگر زندگی
- تشخیص هیجانها در شرایط مختلف
- نشان دادن توانایی کنترل هیجانها در شرایط مختلف بصورتی قابل قبول از نظر اجتماعی
- افزایش حس استقلال طلبی
- افزایش حس خودمختاری در حل مسائل مختلف
- کمک کردن اعضاء خانواده به حمایت از خودمختاری فرد مراجع
- افزایش مشارکت در فعالیت های تفریحی گروهی

مداخلات درمانی

- ۱) انجام یک ارزیابی جامع از مسائل و مشکلات مراجعین (مصاحبه بالینی کامل امکان فراهم آوردن اطلاعات مورد نیاز را فراهم می نماید. برای آگاهی از چنین مصاحبه ای فرم کاملی از آن در ضمیمه شماره ۱ آورده شده است. همچنین استفاده از درخت تصمیم گیری برای تعیین مشکلات رفتاری کودکان و نوجوانان کمک کننده است. نگاه کنید به فرست و همکاران، ۱۳۸۰)
- ۲) پرسش از اطرافیان برای تکمیل اطلاعات در موقعیت های بعدی و مقایسه وضعیت قبل و بعد از درمان مراجع (برای کسب اطلاعات بیشتر در مورد مشکلات کودکان آزمون آی برگ یک فرم کامل از مشکلات کودکان را در اختیار درمانگران قرار می دهد. ضمیمه شماره ۲).
- ۳) انجام یک ارزیابی دقیق از مهارت های اجتماعی مراجعین (تهیه لیستی از موضوعات اجتماعی مرتبط با مسائل کودکان کمک کننده خواهد بود. ضمیمه شماره ۳ لیستی از موضوعات مورد نظر را به زبان انگلیسی فراهم آورده است، پژوهشگران و درمانگران می توانند به فراخور موضوع مورد نظر خود از این لیست استفاده کنند).
- ۴) ایجاد توافق درمانی بین فرد و مراجع (کودک)، اعضاء خانواده و مسئولین آموزشی مدرسه به منظور رفع مشکلات و نقطه ضعف های موجود.

- ۵) آگاهی دادن به والدین و معلمان از آیت‌های مهم مهارت‌های اجتماعی
- ۶) بسط و توسعه آموزش های ویژه در زمینه مهارت‌های اجتماعی، توافق بر سر زمان برنامه ها، وسایل لازم و چگونگی انجام کار.
- ۷) مشارکت مراجع و تعیین تقویت های بالقوه برای موفقیت در هر گام آموزش.
- ۸) توضیح ارزشها و فواید یادگیری مهارت‌های اجتماعی به مراجعین
- ۹) تشویق به بازی نقش با کودک یا مراجع و مشخص کردن جنبه های مثبت و منفی هر رفتار و نشان دادن جایگزین های موجود.
- ۱۰) تشویق به شروع گفتگو، تداوم آن و حفظ تماس چشمی لازم در بازی نقش با مراجع.
- ۱۱) تشویق به خود گزارش دهی و ثبت هیجانات خود و نامگذاری صحیح هیجانات در مراجعین (نگاه کنید به پروژه مهارت‌های اجتماعی، ۲۰۰۰).
- ۱۲) تدارکات تکالیف خانگی برای مراجع از قبیل صحبت با افراد غریبه، دعوت از یک دوست به منزل و یا بی توجهی به آزار و اذیت دیگران.
- ۱۳) تدارک شرایطی کاملا زنده و واقعی برای مواجه شدن با موقعیت و بکارگیری عملی مهارت های اجتماعی.
- ۱۴) آموزش مهارت‌های شنیداری (گوش دادن فعال)
- ۱۵) استفاده از فعالیت های تفریحی، مانند نقاشی، شکار، تهیه تمبرو عکس، برای بسط مهارت‌های بین فردی مراجعین (نگاه کنید به فوکس و مک مورو، ۱۹۸۳)
- ۱۶) ترتیب شرایطی واقعی برای انجام کاری گروهی یا تفریحی مانند انجام کشیدن یک تصویر بر روی دیوار بصورت مشارکتی و گروهی.
- ۱۷) آموزش رابطه متقابل بین احساسات و افکار و تاثیر هریک بر دیگری و کنترل دوجانبه آنها.
- ۱۸) درک رابطه بین محرکها (راه اندازها) و احساسات مشکل ساز و آموزش کنترل هیجانات و شناسایی راههای سالم بروز احساسات.
- ۱۹) آموزش مهارت‌های حل مسئله در موقعیت‌های اجتماعی (نگاه کنید به فوکس و بیتل، ۱۹۸۹)

۲۰) تشویق مراجعین و خانواده آنها به انجام فعالیتهای ورزشی، مذهبی و کتابخوانی مشترک برای بسط مهارتهای بین فردی.

منابع

فرست، مایکل ب. آلن. و پنیگوس، هارولد آلان. (۱۳۸۰). *تشخیص افتراقی DSM-IV*.

ترجمه مروّنه واقعی و آرش میراب زاده، تهران: نشر سالمی.

American Psychiatric Association. (2000). *Diagnostic and statistical Manual of mental Disorders*. R.4ed. Washington, DC. APA.

Foxx, R., & M. Mcmorrow. (1983). *Stacking the Deck: A Social skills Game for adults with developmental disabilities*. Champagin. IL: Research press.

Foxx, R., & Bittel, R. (1989). *Thinking it through: Teaching a problem solving strategy For community living*. Champaign, IL: Research press.

Orr, j.E. (2000). *Project social skills*. <http://www.Internet.book.htm>.

slaggert, K.H., & jongsma, A.E. (2000). *The mental retardation and development disability*. John wiley & sons. Inc.