# - اتیسم

# 2-1-1- ویژگی¬های اصلی اختلال درخودماندگی

# 2-2- مهارت¬های اجتماعی:

# 2-2-1- انواع مهارت¬های اجتماعی

# 2-2-2- نقص مهارت¬های اجتماعی:

# 2-3- هیجان های بنیادی:

# 2-3-1- شادی:

# 2-3-2- غم:

# 2-3-3- تعجب:

# 2-3-4- نفرت:

# 2-3-5- خشم:

# 2-3-6- ترس:

# 2-4- نقایص زبانی:

# 2-5- رفتار کلیشه ای

# 2-6- سبب شناسی

# 2-6-1- عوامل ژنتیکی

# 2-6-2- عوامل محیطی

# 2-6-3- عوامل روانی

# 2-6-4- عوامل عصب شناختی

# 2-6-5- عوامل شناختی

# 2-7- روش¬های درمانی برای کودکان درخودمانده

# 2-7-1- مداخلات جامع بهنگام رفتاری

# 2-7-2- آموزش و تربیت کودکان دارای اختلال درخودماندگی و ناتوانی¬های ارتباطی

# 2-7-3- سیستم مبادله تصویر

# 2-7-4- داستان¬های اجتماعی

# 2-8- مداخلات تکمیلی

# 2-8-1- مداخلات غذایی

# 2-8-2- روش دی.آی.آر

# 2-8-3- برنامه¬سان رایز

# 2-8-4- روش یکپاچگی حسی

# 2-9- بازی درمانی:

# 2-9-1- نظریات مختلف در خصوص بازی درمانی:

# 2-9-2- ارزش درمانی بازی و بازی درمانی

# 2-9-3- رویکردهای مختلف در بازی درمانی

# رویکرد روان تحلیل گری

# تحلیل بازی از دیدگاه ملانی کلاین

# کاربرد بازی درمانی از سوی آنافروید

# رویکرد ارتباطی

# درمان بی رهنمود و یرجینیا اکسلاین

# رویکردهای ساختارمند

# 2-9-4- بازی درمانی شناختی-رفتاری

# مزایای بازی درمانی وبازی درمانی شناختی-رفتاری

# منابع فارسی

# منابع لاتین

# - اتیسم

اتیسم از ریشه یونانی، اتوس[[1]](#footnote-1)به معنای خود یا درخود گرفته شده است(وینگ[[2]](#footnote-2)،1989). اتیسم از سوی انجمن روان پزشکی امریکا به عنوان یک اختلال رشدی عمیق دسته بندی شده است و سه ویژگی اصلی دارد که همگی باید قبل از سه سالگی در کودک ظاهر شوند که عبارتند از:

1-آسیب کیفی در عملکرد متقابل اجتماعی

2- آسیب در ارتباط و فعالیت های ذهنی

3- محدودیت های فوق العاده در زمینه ی علایق و فعالیت ها

اختلال درخودماندگی در سنین پیش دبستانی یعنی هنگامی که آسیب های زبان و شناخت قابل شناسایی هستند تشخیص داده می شوند. نشانه های درخودماندگی را می­توان در 2 سال اول زندگی مشاهده کرد(استون[[3]](#footnote-3)، 1997).

# 2-1-1- ویژگی­های اصلی اختلال درخودماندگی

 با وجود دامنه­ی وسیع نشانه­های درخودماندگی، تقریبا سه نشانه نقص در مهارت­های اجتماعی، نقایص زبانی و رفتارهای کلیشه­ای و یک نواخت مورد تاکید است( اکوسلیا، 1999؛ ترجمه کاکاوند، 1388)

# 2-2- مهارت­های اجتماعی:

مهارت­های اجتماعی مهارت­هایی هستند که به افراد اجازه می­دهند تا تعاملات مثبتی را با دیگران شروع کرده و ادامه دهند و شامل مهارت­هایی مانند برقراری ارتباط، حل مساله، تصمیم گیری، خودمدیریتی و روابط با همسالان می­باشد(دفن بیکر[[4]](#footnote-4)،2000)

مهارت­های اجتماعی بر رفتارهای فراگیرفته مطلوبی اشاره دارد که فرد را قادر می­سازد با دیگران رابطه مناسبی داشته و از واکنش­های نامعقول اجتماعی خودداری کند. مهارت­های اجتماعی طیف گسترده­ای از رفتارها از قبیل توانایی شروع ارتباط موثر و منتسب با دیگران، ارائه پاسخ­های مفید و شایسته، تمایل به رفتارهای سخاوتمندانه، همدلانه و یاریگرانه، پرهیز تمسخر، قلدری و زورگویی به دیگران را شامل می­شود(کامپز و کای[[5]](#footnote-5)، 2002 به نقل از گلزاری، 1389). این مهارت­ها مجموعه رفتارهای آموخته شده­ای است که فرد را قادر می­سازد با دیگران رابطه­ی اثر بخش داشته باشندو همکاری، مشارکت با دیگران، کمک کردن، آغازگر رابطه بودن، تقاضای کمک کردن، تعریف و تمجید از دیگران و قدردانی کردن مثال­هایی از این نوع رفتار است( گرشام و الیوت[[6]](#footnote-6)، 1999؛ به نقل از بیابانگرد، 1384).

شناخت­ مهارت­های اجتماعی فرآیندی است که کودکان و نوجوانان را قادر می­سازد تا رفتار دیگران را درک و پیش بینی کنند. رفتار خود را کنترل نمایند و تعاملات اجتماعی خود را تنظیم کند. این مهارت­ها مجموعه­ای از رفتارهای اکتسابی هستند که از طریق مشاهد، الگودهی، تمرین و بازخورد آموخته می­شوند ودر برگیرنده رفتارهای کلامی و غیرکلامی هستند و بیشتر جنبه تعاملی دارند(کارتلج و میلبرن[[7]](#footnote-7)، ترجمه نظری نژاد، 1369).

در تعریفی دیگر مهارت­های اجتماعی اغلب به عنوان مجموعه­ی پیچیده­ای از مهارت­ها در نظر گرفته شده است که شامل ارتباط، حل مساله، تصمیم­گیری، جرات­ورزی، تعاملات با همسالان و گروه و خودمدیریتی می­شود(گرشام و الیوت،1990؛ به نقل از فریمن،2003 ).

در کودکان درخودمانده مهارت های اجتماعی و ارتباطی و مراقبت از خود معمولا با افزایش سن سیر صعودی را طی می کند ولی درمقایسه با کودکان بهنجار همواره تاخیر وجود دارد. گاهی ممکن است این پیشرفت تا بزرگسالی ادامه یابد و با رفتارهای پرخاشگرانه، اضطراب و افسردگی همراه شود. تعداد محدودی از کودکان دارای اختلال درخودماندگی می توانند زندگی مستقلی داشته باشند(نلسون و ایزراییل[[8]](#footnote-8)، 2000).

# 2-2-1- انواع مهارت­های اجتماعی

مهارت­های اجتماعی به شیوه­های گوناگونی دسته­بندی می­شود که یکی از این دسته­بندی­ها به شرح زیراست:

1)مهارت­های روابط با همسالان

2) مهارت­های خودمدیریتی

3) مهارت­های تحصیلی

4) مهارت­های ارتباطی

5) مهارت­های جرات ورزی( کامپز و کای، 2002؛ به نقل از جلیلی آبکار، 1389)

 مهارت­های روابط با همسالان شامل تعریف و تمجید از دیگران، کمک کردن، بازی و تعامل با همسالان و مکالمه با همسالان می­باشد. بعد مهارت­های خودمدیریتی شامل کنترل خود، پیروی از قوانین، انتقادپذیری و مشارکت در امور مختلف بر طبق توانایی­ها می­باشد. بعد مهارت­های تحصیلی مانند انجام تکالیف و پیروی از دستورات معلم می­باشد. بعد مهارت­های اطاعت و پیروی شامل اطاعت از دستورات، پاسخ­دهی مناسب به قواعد و قوانین می­باشد. بعد مهارت­های جرات­ورزی شامل دعوت از دیگران برای برقراری ارتباط و اعتماد به نفس و معرفی خود در جمع دوستان(کامپز و کای، 2002 به نقل از جلیلی آبکار، 1389).

# 2-2-2- نقص مهارت­های اجتماعی:

 یکی از نابهنجاری رایج و قابل توجه در افراد درخودمانده، نقص در مهارت­های اجتماعی است. این کودکان با وجود حضور دیگران ممکن است طوری رفتار نمایند که به نظر برسد که واقعا کسی وجود ندارد( اسکاتون[[9]](#footnote-9) و همکاران، 2006).

از همان مراحل اولیه رشد فرد مبتلا به اختلال درخودماندگی نشانه­های نقص در زمینه­های اجتماعی را نشان می­دهد. در کل کودکان درخودمانده در درک احساسات دیگران مشکل دارند و قادر به هم دلی با دیگران نیستند و چنین نقصی باعث می­شود که این افراد در دوست یابی موفق نباشند و این امر باعث انزواطلبی و ناتوانی این افراد در برقراری ارتباط می­شود (صمدی، 1390). کودکان درخودمانده در مقایسه با کودکان عادی که باهم بازی می­کنند اغلب به صورت تنها و انفرادی بازی می­کنند و در حالی که کودکان عادی علاقه­ی شدیدی به کودکان دیگر دارند، این افراد علاقه­ی شدیدی به اشیای اطراف خود نشان می­دهند( اکسکورن[[10]](#footnote-10)، 2005).

کودکان درخودمانده ممکن است بخواهند کل روز را تنها باشند و اگر هم بخواهند ارتباط برقرار کنند با شکست مواجه می­شوند و یا علاقه­ای به برقراری ارتباط با افراد دیگر نشان نمی­دهند. به طور معمول کودک معمولی که در حال رشد است به محیط اطراف خود علاقه­ی زیادی دارد و کودک درخودمانده بیشر علاقمند است در یک محیط غیر اجتماعی باشد و با هر تغییر در محیط شدیدا پریشان می­شود. کودکان درخودمانده بزرگ­تر اغلب برای برقراری تعامل اجتماعی از خود علاقه نشان می­دهند ولی به دلیل اینکه نمی­توانند احساسات و افکار دیگران را درک و پیش­بینی کنند دچار شکست می­شوند و ارتباط ضعیفی را برقرار می­کنند و همین امر که نمی­توانند افکار دیگران را درک کنند باعث می­شود که موضوع مشترک برای تعامل و برقراری ارتباط پیدا نکنند. این افراد در نشانه­های غیر کلامی نیز مشکل دارند همچنین نشانه­های صورت طرف مقابل را درک نمی­کنند و این مشکلات باعث اجتناب از رشد اجتماعی این افراد می­شود. درکل کانر تاکید می­کند که اختلال در عملکرد اجتماعی یک از مشخصات اصلی کودکان درخودمانده است(کوهن[[11]](#footnote-11)، 2005).

علاوه بر نقص در مهارت­های اجتماعی، کودکان درخودمانده از لحاظ پردازش اطلاعات هیجانی که به شکل زبان بدن ایما و اشاره، حالت­های چهره یا لحن صدا، جلو می­کنند نیز مشکل دارند. کودکان درخودمانده در پی ابراز علائم عاطفی نیستند و به علائم دیگران نیز توجه نمی­کنند.( برای مثال آیا طرف مقابل شاد، غمگین یا دلخور است؟)(مش و وولف[[12]](#footnote-12)، 2008؛ ترجمه مکی­آبادی، 1391).

افراد در خودمانده دشواری هایی در شناسایی، ابراز و نظم دهی هیجان دارند( انجمن روان پزشکی امریکا، 1994). زمانی که از آنها خواسته می شود احساسات خودشان را شناسایی کند، یک شخص درخودمانده اغلب نمی داند که درحال تجربه چه هیجانی است( پاکسون[[13]](#footnote-13)، 2007). کودکان درخودمانده به طور جالب توجه ای در درک حالت ذهنی دیگران با دشواری مواجهند( باران کوهن[[14]](#footnote-14)، 1990، 1993، 1995).

 با وجود تفاوت قابل ملاحظه ای که از نظر شدت و نشانه ها بین افراد در خود مانده وجود دارد، تمامی آنها دشواری هایی در تعامل های اجتماعی مثل استفاده از تماس چشمی، تعامل های دوطرفه و پاسخ گویی به سرنخ های اجتماعی دیگران دارند( داوسون و همکاران[[15]](#footnote-15)، 2005). بسیاری از نقایص اولیه در درخودماندگی مثل تماس چشمی، توجه مشترک، پاسخ گویی به هیجان ها و ... نیازمند اطلاعاتی هستند که از طریق چهره بدست می آیند و جلو های چهره ای گویای حالات ذهنی هستند( باران کوهن و همکاران، 1997). بدین ترتیب ما بر این باوریم که نقایص پردازش چهره در افراد در خودمانده ممکن است ریشه در بدکاری سیستم های مغزی زیربنایی شناختی اجتماعی داشته باشد. سیستم های عصبی که میانجی پردازش چهره هستند در زندگی خیلی زود فعال می شوند، بنابراین نقایص در پردازش چهره ممکن است به دلیل نابهنجاری رشد در یکی از میانجی های اولیه مغزی در این افراد باشد(داوسون و همکاران، 2005)

مطالعات حافظه چهره ای در افراد درخودمانده نشان داده اند که آنها در اواسط کودکی عملکرد بدتری نسبت به سن عقلی و تقویمی اشان در تکالیف پردازش چهره داشته اند. این تکالیف شامل بازشناسی چهره ای و بازشناسی چهره ها بوده است( بوچر و لویس[[16]](#footnote-16)، 1992؛ کپنر و همکاران[[17]](#footnote-17)، 1996؛ کلین و همکاران[[18]](#footnote-18)، 1999)

چهره انسان ها اطلاعات اجتماعی برای سایر انسان ها فراهم می کند( مریل[[19]](#footnote-19)2007 ). ما انسان ها نسبت به سایر موجودات در پردازش صورت، دقیق تر و سریع تر عمل می کنیم (هرشلرو و هوچستین[[20]](#footnote-20) ). حرکات چشم و عضلات صورت اطلاعاتی را پیرامون حالات هیجانی و توجه، بیان می کنند (مریل[[21]](#footnote-21)، 2007). صورت ما در بیشتر وقت ها در حال حرکت است این حرکات دو نوع اند : نوع اول شامل حرکاتی غیر اعضای صورت مثل حرکات سر است که توجه را نشان می دهد. نوع دوم شامل حرکات اعضای صورت مثل چشم ها، دهان و ... است که هیجان ها، عواطف و خلق ما را نشان می دهد (بروس و یانگ [[22]](#footnote-22)، 2012 ). والر[[23]](#footnote-23) و همکاران( 2008) نشان دادن که عضلات درگیر در هیجان های بنیادی بین تمامی انسان ها و نخستی ها مشابه اند و تفاوت های اندکی میان آنها وجود دارد حال آن که سایر عضلاتی که در هیجان های غیر بنیادی درگیرند بسته به فرهنگ و ... در میان انسان ها متفاوت اند اما توان تشخیص شش هیجان بنیادی شادی، غم، خشم، تعجب، نفرت و ترس فارغ از فرهنگ برای تمامی افراد قابل شناسایی هستند (اکمن، 1993؛ اکمن و فریزن [[24]](#footnote-24)، 1971).

جلوه های چهره ای هیجان ها یکی از تظاهرات بیرونی حالات هیجانی درونی است که برای ارتباطات میان افراد کاراست (بلپر[[25]](#footnote-25)، 2003) به دلیل اهمیت چهره در ارتباطات انسانی، اکثریت مطالعات روی صورت متمرکز شده اند (اکمن، 1933).

# 2-3- هیجان های بنیادی:

هیجان های بنیادی هیجان هایی هستنند که نشانه های متمایزی داشته و در سراسر جهان و تمامی فرهنگ ها به یک شکل برداشت می شوند (اکمن و فریزن، 1971، 1972؛ اکمن، 1992 )

اگرچه هیجان های بنیادی جهانی هستند اما درک آنها تا حدودی نیز تحت تاثیر فرهنگ ها قرار دارد. مثلا در مطالعات اکمن ( 2003 ) ژاپنی ها در 90% موارد خشم را صحیح تشخیص دادند، حال آنکه این میزان در میان آمر یکایی ها 67% بود. باتوجه به مطالعات انجام شده هیجان های بنیادی مجموعه ای از ملاک ها را دارا بوده و دارای ارزش تکاملی هستند (اکمن، 1992 ).

ریو[[26]](#footnote-26) (2009) و کالات[[27]](#footnote-27) (2007 ) هیجان های بنیادی را چنین معرفی کرده اند:

# 2-3-1- شادی:

شادی هیجانی است که همه مردم خواهان تجربه آن هستند. شادی موجب علاقه می شود. این هیجان از نظر شدت متفاوت و از لبخند تا لذت را دربر می گیرد. نشانه های جهره ای آن شامل چروک های اطراف جشم، گونه هایی بالا کشیده شده، گوشه های لب بالا و عقب کشیده شده.

# 2-3-2- غم:

غم منفی ترین و ازارنده ترین هیجان است که معمولا از تجارب فقدان ناشی می شود و دقیقا نقطه مقابل هیجان شادی است. این هیجان فرد را برمی انگیزاند تا برای رفع هیجان نامطلوب اقدامی نماید. جلوه های هیجانی آن شامل، گوشه داخلی ابرو رو به بالا می رود، پلک بالا حالت افتاده داشته و گوشه لبهای پایین کشیده می شود.

# 2-3-3- تعجب:

تعجب هیجانی است که به طور ناگهانی اتفاق می افتد. اگر زمانی برای تفکر وجود داشته باشد، هیجان تجربه شده، تعجب نخواهد بود. شما هرگز در طول زمان متعجب نمی ماند مگر آنکه مولفه های جدی از واقعه متعجب کننده را دریابید. این هیجان تنها در مواردی که جیزی غیر منتظره است روی می دهد. هیجان تعجب پس از ادراک، به هیجان دیگری مثل ترس یا شادی تبدیل می شود. جلوه های هیجانی تعجب شامل ابرو های بالا رفته، چشم های گشاد و دهان نیمه باز می باشد.

# 2-3-4- نفرت:

نفرت همان حالت بیزاری است. این هیجان معمولا فعال کننده پاسخ خاصی است و وظیفه آن رد کردن است. این هیجان شدت های متفاوت دارد. در حالت ملایم ما تنها خواهان خلاصی از آن شی یا موقعیت هستیم اما در حالت شدید، برای مثال تهوع را شاهد هستیم. جلوه های هیجانی تنفر شامل چروک روی بینی است. لب ها و گونه ها به سمت بالا و ابرو ها به سمت پایین کشیده می شود.

# 2-3-5- خشم:

خشم خطرناک ترین و پرشور ترین هیجان است. این هیجان بسیار فراگیر است و فرد را نیرومند می سازد. خشم دلایل متعددی دارد که از جمله آنها ناکامی، تهدید جسمانی، تهدید روانی به دلیل رفتار یا گفتار فردی دیگر و مشاهده ی خشونت علیه دیگران است.جلوه های هیجانی خشم شامل چشم هایی گشاد، پلک های پایین کشیده شده به سمت بالا، لب ها به هم فشرده، یا دندان های نمایان و ابرو های دارای حالت خشم است.

# 2-3-6- ترس:

افراد از آسیب می ترسند. هر چیزی که به نوعی سلانت آنها را تهدید نماید منجر به ترس در آنها خواهد شد. این آسیب ها می تواند جسمی، روانی یا هر دو آنها باشد. جلو هیجانی ترس شامل پیشانی چروک خورده، بالا و درهم رفتن ابرو ها، چشم هایی گشاده و پر تنش، دهان نیمه باز و لبهای عقب کشیده شده است.

چندین روش برای آموزش فرد درخودمانده برای شناسایی هیجان ها در خودشان و دیگران وجود دارد. اگرچه سهم عمیقی از فهم هیجان ها امکان پذیر نخواهد بود. هیجان ها، معنایشان و پاسخ های ممکن بایدبه دقت به افراد درخودمانده آموزش داده شود(پاکسون و ایستی[[28]](#footnote-28)، 2007). افراد درخودمانده جلوه های چهره ای هیجان های مختلف را شکل یک به یک می آموزند اما درنمی یابند که جلوه های هیجانی شکلی قدرتمند از ارتباطات اجتماعی هستند( دنیس و همکاران[[29]](#footnote-29)، 2000).

یادگیری ابراز هیجان ها تنها شامل کلمات نیست، این مهارت ها باید طی جلسات و بین آنها تمرین شود تا فرد درخودمانده در آنها ماهر شود( پاکسون و ایستی، 2007). شاید آمزش هیجان ها بتواند راهبرد های فرعی را به کودکان درخودمانده برای کدگذاری هیجان ها بیاموزد( هامس[[30]](#footnote-30) و همکاران، 2010). آنچه درمورد کودکان درخودمانده به اثبات رسیده این است که آموزش آنها باید درمحیطی ساختدار و با تکیه بر محرک های دیداری صورت گیرد(صمدی و مک کانکی، 1390).

# 2-4- نقایص زبانی:

 اکثر افراد درخودمانده یا قادر به صحبت کردن نیستند یا در فراگیری زبان تاخیر خیلی زیادی نشان می­دهند. زبانی که آنها به کار می­برند و سبک گفتاری آنها بسیار عجیب است. این افراد گفتارشان به صورت تکرار عبارت­ها است(هالجین[[31]](#footnote-31)، 1948؛ ترجمه سیدمحمدی، 1390). برآوردها حاکی از این است که 50 درصد از کودکان درخودمانده در تکلم کارکردی ناموفق دارند. در واقع اگرچه بعضی از کودکان از نظر فیزیولوژیکی دارای اجزای سالم برای تکلم هستند اما فقط اصواتی محدود را از خود تولید می­کنند و قادر به تکلم نیستند. شایان ذکر است که در کودکانی که قادر به تکلم هستند، تمایل به پژواک­گویی دارند و لغات و عبارت­های بیان شده­ی دیگران را تکرار می­کنند. به طور کلی کودکان درخودمانده دو نوع پژواک­گویی را بروز می­دهند که پژواک­گویی آنی و پژواک­گویی تاخیری نامیده می­شوند. پژواک­گویی آنی هنگامی رخ­ می­دهد که کودک به تکرار چیزی می­پردازد که در همان لحظه شنیده است. احتمالا در موقعیت­های یادگیری ناآشنا در برخورد با تکالیف ناآشنا، پژواک­گویی آنی کودکان درخودمانده افزایش می­یابد. در پژواک­گویی تاخیری، کودک لغات و عباراتی را که در چند ساعت، چند روز یا ماه­های قبل شنیده است را تکرار می­کند. این تکلم پژواک گویانه عموما بی ربط و از لحاظ مضمون نامناسب است( کرانوچیل[[32]](#footnote-32)، 1949؛ ترجمه نائنیان، 1388).

# 2-5- رفتار کلیشه ای

برخی از کودکان درخودمانده تمایل دارند که تعداد محدودی از حرکات را به طور بی پایان، تشریفاتی و بدون هدفی مشخص، تکرار کنند. اطوار قالبی حرکتی تنها حوزه ای نیستند که کودک درخودمانده تمرکز شدید و محدودی بر روی آنها دارند. آنها ممکن است یک فعالیت اختصاصی داشته باشد. برای مثال کاغذ را پاره پاره کنند، چرخ­های یک ماشین اسباب بازی را بچرخاند و ساعت­ها مشغول انجام رفتار های کلیشه ای باشند. آنها همچنین در مقابل تغییر در محیط و کارهای روزمره خود مقاومت نشان می­دهند( کاکاوند، 1388).

کودکان در خودمانده در حیطه­ی رفتار کلیشه ای چهار رفتار شایع را بروز می­دهند. نخست اینکه کودکان در خودمانده ممکن است از خود بازی ضعیف یا انعطاف ناپذیری را نشان دهند. یعنی آنها ممکن است به گونه ای تکراری قطعات و لوازم منزل را ردیف کنند. دوم اینکه کودکان درخودمانده غالبا وابستگی­های شدیدی به اشیای خاصی پیدا می­کنند. سوم اینکه کودکان درخودمانده ممکن است ذهن­شان شدیدا به مفاهیمی نظیر رنگ­ها، مسیر اتوبوس­ها، اعداد و الگوهای هندسی مشغول باشند. چهارم اینکه بیشتر کودکان درخودمانده امور روزمره یک نواختی را نظر دارند که باید دنبال شوند( کرانوچیل، 1949؛ ترجمه نائینیان، 1388).

این رفتارها برای کودکان درخودمانده می­توانند به شدت مخرب باشند و به عنوان مانعی برای رشد همه جانبه فرد در نظر گرفته شوند. زیرا الزام کودک به انجام این فعالیت ها باعث می­شود که انجام بسیاری دیگر از فعالیت های مورد نیاز به تاخیر بیافتد( صمدی و مک کانکی، 1390).

حوزه درخودماندگی، موضوع مهم مطالعه و پژوهش در زمینه سلامت روان و آموزش در سطح جهان است. مشکلات فرد درخودمانده مستلزم این است که در طولانی مدت به آنها رسیدگی شود تا بهبود یابند. ثابت شده است که این مسیر طولانی به مداخلات روان شناسی، امثال مداخلات یادگیری بر اساس تحلیل رفتار کاربردی، درمان رفتاری، اصلاح رفتار و درمان شناختی – رفتاری نیاز دارد (آدکوک و کیووو[[33]](#footnote-33)، 2009؛ بهومیک و همکاران[[34]](#footnote-34)، 2010؛ بریم، تاون سند، دکونیز و پلسون[[35]](#footnote-35)، فرنل و کیلبرگ[[36]](#footnote-36)، 2010؛ اسمیث و ماتسون[[37]](#footnote-37)، 2010 به نقل از ماتسون، ریسکی[[38]](#footnote-38) و تیورک[[39]](#footnote-39)، 2011).

اسچرودر، دیسروچر، بیکووکاپاسیا[[40]](#footnote-40) (2010) ویژگی افراد درخودمانده را در سه الگو بیان میکند. اولین الگوی آنها ضعف در یکپارچگی مرکزی است. این الگو اولین بار توسط فریپث و هپ[[41]](#footnote-41) (1994) عنوان شد. این الگو ادعا می کند که افراد درخودمانده تمایل شناختی برای پردازش محلی[[42]](#footnote-42) در مقایسه با پردازش کی دارند. به عبارتی پردازش محلی آنها به پردازش کلی غلبه دارد و لذا در دستیابی به فهم محیطشان شکست می خورند و نمی توانند اطلاعات را در سطح معنایی و ادراکی یکپارچه کنند.

دومین الگوی، الگوی تئوری ذهن است که اولین بار توسط بارون\_کوهن، لسلی[[43]](#footnote-43) و فریث (1985) مطرح شد. این الگو پیشنهاد می کند که نقایص اولیه در میان افراد در خودمانده شامل نقایص در تئوری ذهن و توانایی فهم حالات ذهنی دیگران است که این نقص موجب مشکلات اجتماعی می شود. محققان به این نتیجه رسیده اند که بسته به سطح هوشی آنها، افراد درخودمانده مشکلات بیشتری نسبت به هم سن و سالانشان در تکالیف ذهن گرایی دارند.

سومین الگو، الگوی سیستم نورون آینه ای است که اولین بار توسط ریزولاتی و همکاران[[44]](#footnote-44) (1996) وطرح شد. در این الگو گفته شده که نورون های آینه ای مانند یک مقلد عمل می کنند.یعنی هنگامی که عمل شخص دیگری را نگاه می کنند آن نورنها فعال می شوند، که این عمل در افراد درخودمانده دیده نمی شود. طبق این تئوری، این سیستم ارتباط هایی از نواحی عصب شناختی را دربر می گیرد که زیربنای رفتارهای پیچیده ای مانند تقلید، مشاهده، عمل، شناخت اجتماعی، همدلی و حتی زبان می باشد.

باتوجه به تحقیقات انجام شده، چودلی و روتر(2004، 2005 به نقل از اسچرودر) بیان کردند که تقریبا 70% از دلایل درخودماندگی توسط عامل ارث تیین می شود. به عبارتی آنها گفته اند که درخودماندگی چند ژنی است و بیش از بیست کروموزم را شامل می شود که بیشتر، کروموزم های 1و 2و 4و 7و 13و 15و 16 درگیرند و اما عامل های محیطی را تاثیر والدین الکلی، تالیدومیک و فشارهای درون رحمی عنوان کرده اند.

گیلبرگ[[45]](#footnote-45)( 1991 به نقل از اسچرودر، 2010) درباره رشد گذرگاههای عصبی یک کودک درخود مانده پیشنهاد می کند که دو گذرگاه عصبی رشد سبب شناسی را تحت تاثیر قرار می دهد. اولین گذرگاه در زمان بارداری رشد می کند( بین هفته 4 و8) که شامل ارتباط های مخ، ساقه مغز و مخچه است.گذرگاه دوم، گیجگاهی – پیشانی است که این گذرگاه درنقایص اجتماعی و ارتباطی فرد درخودمانده نقش داشته است.

تشخیص درخودماندگی 5 ماه زودتر از دیگر اختلالات فراگیر رشد مشخص می شود، به این دلیل که نشانه های درخودماندگی نسبت به دیگر نشانه ها شدیدتر بوده و لذا آسان تر می توان آن را تشخیص داد. تعداد نمونه های استاندارد شده ای که از طریق ابزار شناسایی اختلال طیف درخودماندگی به دست آمده، تقریبا نسبت مرد و زن را 3 به 1 دانسته است(ماتسون[[46]](#footnote-46)، 2011). نشانه های طیف درخودماندگی معمولا در دوران نوزادی و اوایل دوران کودکی آشکارتر می شود( جنسدوتیر، سیموندسن، آنتوسدوتیر، سیگیرداردوتیر، السون[[47]](#footnote-47)، 2011). انجمن روان پزشکی آمریکا(2000) اولین آسیب مشاهده شده در کودک را قبل از سه سالگی عنوان کرده است. والدین گرایش دارند که به نشانه های درخودماندگی در سنین خیلی پایین توجه کنند. اکثر والدین (2/76%) نگرانی هایی قبل از سه سالگی داشته اند. 2/83% تصور می کردند که فرزندشان نشانه ها را قبل از دو سالگی داشته اند( کیشور و باسو[[48]](#footnote-48)، 2011 به نقل از ماتسون، 2011).

از سال 1943 تاکنون روش های درمانی متفاوتی همچون روش های زمان چیرگی[[49]](#footnote-49) (شکست)، داستان های اجتماعی[[50]](#footnote-50)، روش ارتباطی تبادل تصویر[[51]](#footnote-51)، روش دالاکتو[[52]](#footnote-52)، روش یکپارچگی حواس[[53]](#footnote-53)، دارودرمانی و ویتامین درمانی،هیگاشی[[54]](#footnote-54) و روش لوواس[[55]](#footnote-55) و... مورد آزمون قرار گرفته و هرکدام به نحوی در درمان این کودکان موثر بوده است، و وجه ای از این اختلال را بهبود بخشیده است. باتوجه به پیشرفت علم روان شناسی و حیطه های درمانگری، تکالیف تازه ای ابداع می شود که تجربه و آزمون آن در تایید یا عدم تایید کارایی آن ها می تواند موثر باشد که یکی از این تکالیف بازی درمانی شناختی رفتاری است.

# 2-6- سبب شناسی

عوامل متعددی منجر به درخودماندگی می­شود که از جمله آنها می­توان به عوامل ژنتیکی، عوامل محیطی، عوامل روانی، عوامل عصب شناختی و عوامل شناختی اشاره کرد.

# 2-6-1- عوامل ژنتیکی

 اکنون بسیاری از محققان معتقدند که درخودماندگی به دلیل تعاملات ژن­های مختلف و ترکیب­های متفاوت آنها بوجود می­آید و نوع ترکیب ژن­ها خفیف و یا شدید بودن درخودماندگی را مشخص می­سازد. تحقیقات اخیر احتمال تعامل 10 تا 15 ژن را عامل به­وجود آمدن درخودماندگی می­دانند. معتبرترین مدارک برای وراثتی بودن درخودمانگی، از بررسی درقلوها و خانواده­ی این افراد به­دست آمده اند. دربررسی دوقلوها، شیوع درخودمانگی در 60 درصد و شیوع طیف درخودماندگی در 90 درصد دوقلوهای همسان دیده می­شود. در حالی که کمترین میزان بین 0 تا 10 درصد میان دوفلوهای دو تخمکی دیده می­شود. بررسی خانواده­ها نشان می­دهد که 3 تا 7 درصد کودکان ازدواج های خانوادگی و 8 درصد خانواده­هایی که سابقه درخودمانگی در فامیل داشتند، کودکانشان در طیف درخودمانگی قرار می­گرفتند( مش، 2006).

پژوهش های موجود سرنخ­های امیدوارکننده­ای در مورد ژن­های احتمالی درگیر در بروز درخودمانگی بدست داده­اند. این تحقیقات نشان می­دهند که مناطقی از کروموزوم­های 7، 2، 4، 15 و 19 احتمالا در ژنتیک درخودماندگی نقش دارند( ساودک، 2007؛ ترجمه رضاعی، 1388).

شواهدی نیز در دست است که نشان می­دهد خانواده­های دارای کودک درخودمانده ممکن است صفات کودکان درخودمانده مانند انزواطلبی یا گرایش به رفتارهای تکراری را داشته باشند( لندریگن[[56]](#footnote-56)، 2010).

# 2-6-2- عوامل محیطی

درحال حاضر دانشمندان بر این باورند که هم ژن­ و هم محیط در ارتباط با یکدیگر علت درخودماندگی هستند. براساس این نظریه، کسی که مبتلا به درخودماندگی است باید در معرض برخی از ژن­های درخودماندگی و همچنین برخی از عوامل محیطی قرار گرفته باشد. برای مثال یک محیط سمی شامل مسمومیت­هایی و یا ضربه­های شدید در دوران جنینی می­باشد. ادوین کوک[[57]](#footnote-57) در دانشگاه شیکاگو معتقد است که محیط قبل از تولد و همجنین عوارض ناشی از هنگام تولد بعد از تولد ممکن است یک عاملی برای رشددرخودماندگی باشد. بر طبق گفته دکتر کوک تعامل پویا بین ژن و محیط می­تواند یک پایه­ای برای درخودماندگی باشد طبق نظر وی علت اتیسم را می­توان به دو قسمت تقسیم کرد. علت اول ایدیو پاتیک به این معنی که علت آن ناشناخته است و دوم عامل محیط و ژنتیک و تعامل بین آنها بیشتر افراد درخودمانده با عامل ایدیو پاتیک این اختلال شناسایی می­شود(هیدر بانت[[58]](#footnote-58)، 2010).

در حال حاضر بسیاری از تحقیقات نقش محیط که شامل عفونت­ها، آنی­بیوتیک­ها، واکسن­ها، آلرژی و سموم است را در بروز درخودماندگی دخیل می­دانند. اگه چه عفونت­ها به طور مستقیم باعث درخودماندگی نمی­شود، ولی درمان این عفونت­ها به وسیله­ی آنتی بیوتیک برای از بین بردن بعضی از عفونت­ها باعث تخریب فلور مفید در دستگاه گوارش شده است و این باعث به وجود آمدن نشانه­های درخودماندگی در بعضی افراد می­شود(یاپکو[[59]](#footnote-59)،2003).

بر اساس مطالعات متیل مرکوری که بر روی مواد سمی داشت به این نتیجه رسید که این مواد بر روی مغز انسان به خصوص در دوران جنینی و به خصوص در سه ماه اول خیلی خطرناک است و آسیب جدی را بر روی مغز انسان می­گذارد. از جمله این مواد می­توان به سرب، بی فنیل­های پلی کلرینه و جیوها اشاره کرد(لندریگن[[60]](#footnote-60)، 2010).

به تازگی توجه زیادی به واکسن­ها به عنوان ایجاد کننده­ی اختلال در افراد درخودمانده شده است. این مسئله از سال 1990 ناشی می­شود که یک متخصص گوارش به نام اندرو واکفلد[[61]](#footnote-61) در لندن بر روی 12 کودک مبتلا به درخودماندگی تحقیقی انجام داد، این کودکان تا 18 ماهگی رشد عادی داشتند پس از دریافت واکسن سه گانه(آبله، اوریون و سرخک) به التهاب روده ای مبتلا شدند و همچنین پس­رفت در توانایی­هایشان نشان دادند و بعد از آن به این کودکان تشخیص درخودمانده داده شد. وی تحقیقات خود را در یک مجله­ی پزشکی چاپ کرد وبعد از آن والدین گزارش­های مشابهی دادند و بحث و تحقیق در مورد این موضوع آغاز شد( یاپکو، 2003).

برخی از تحقیقات نشان­دهنده­ی این است که واکسن­های سه­گانه در به وجود آمدن طیف درخودمانده نقش دارند و همچنین اضافه کردن یک ماده­ی نگهدارنده واکسن به نام تیمورسال[[62]](#footnote-62) که 50 درصد آن جیوه است که برای جلوگیری از آلودگی­ها و قارچ­ها استفاده می­شود، می­تواند عاملی برای به وجود آمدن نشانه­های درخودماندگی باشد( یاپکو[[63]](#footnote-63)، 2003).

# 2-6-3- عوامل روانی

زمانی که کانر درخودماندگی را توصیف کرد این نکته را عنوان کرد که ویژگی­های شخصیتی والدین کودکان درخودمانده در این اختلال نقش دارد. متاسفانه در زمان­های قدیم که درخودماندگی خوب شناخته نشده بود این تصور رایج بود و بر این باور بودند که مادران یخچالی باعث این اختلال می­شوند. اصطلاح مادران یخچالی به این اشاره دارد که این مادران هیچ عاطفه­ایی به فرزندان خود ندارند و با آنها سرد برخورد می­کنند و روش فرزندپروری آنها باعث شده که نشانه­هایی مانند انزواطلبی و گوشه­گیری در این کودکان رشد پیدا کند. در حال حاضر بدن شک می­دانیم که شیوه­های فرزند پروری علت درخودماندگی نیست(یاپکو، 2003).

# 2-6-4- عوامل عصب شناختی

اکثر پژوهشگران معتقدند که درخودماندگی ناشی از دامنه­ای از نقایص مغزی است. زیرا بیشتر علایم میزه درخودماندگی مثل نقص در رشد زبان، کم توانی ذهنی، رفتارهای حرکتی غیر معمول، واکنش افراطی و عدم واکنش به درون دادهای حسی، حساس بودن به لمس و جابه­جایی و تحریک بینایی و شنوایی در ارتباط با کارکرد سیستم عصبی مرکزی هستند. همچنین 25 درصد افراد درخودمانده به ویژه نوجوانان، مبتلا به اختلال­های صرع می­شوند که ریشه این مشکل نیز در سیستم عصبی مرکزی قابل ردیابی است. افزون بر موارد مذکور، مطالعات جدید نشان می­دهند که فعالیت الکتروآننسفالوگرام در نواحی پیشانی و گیجگاهی مغز کودکان درخودمانده نسبت به کودکان عادی کمتر است( کاکاوند، 1388).

تحول عمده فناوری، پژوهش از طریق کالبدشکافی را میسر ساخته و نشان می­دهد که افرار درخودمانده در قسمتی از مغز خود نابهنجاری دارند. یکی از بخش­های نابهنجار که میان مخچه یا ورمیس[[64]](#footnote-64) نامیده می­شود و درمخچه قرار دارد ممکن است با بدکاری­های شناختی که کودک درخودمانده دارد در ارتباط باشد( هاردمن و همکاران، 1948؛ ترجمه علیزاده و همکارانف 1388). مطالعات MRI افراد درخودمانده نشانگر افزایش حجم کلی مغز آنها می­باشد. بیشترین اندازه در لوب پس سری، آهیانه و گیجگاهی روی می­دهد. علت افزایش حجم مغز را در سه دلیل احتمالی می­دانند.

1)افزایش احتمالی بافت غیر نورونی مغز

2) کاهش مرگ نورون­ها

3) افزایش عصب­زایی(کورچن و همکاران، 1995 به نقل از مش و وولف، 2008؛ ترجمه مکی آبادی 1389)

یکی از مهم­ترین یافته­های 10 سال اخیر تخریب سیستم لیمبیک بخصوص آمیگدال و هیپوکامپ در کودکان درخودمانده است. این یافته نتیجه تحقیقات دکتر مارگارت بامن و دکتر توماس است. طبق شواهد این محققین تراکم نورون­های آمیگدال و هیپوکامپ زیاد بوده و این نورون­ها در مقایسه با افراد طبیعی کوچکتر است. آنچه در مورد آمیگدال و هیپوکامپ می­دانیم بر اساس تحقیقات انجام شده بر روی حیوانات است. تجربیات نشان داده که با برداشتن آمیگدال و آسیب به آن در حیوانات، رفتارهای مشابه کودکان درخودمانده نظیر کناره­گیری و انزوا، رفتارهای وسواس جبری، مشکل در بازخوانی اطلاعات از حافظه، اختلال در تطبیق با موقعیت و یا رویدادهای جدید به وجود می­آید. علاوه بر آن آمیگدال مسئول پاسخ­گویی به تحریکات حسی نظیر صدا، نور، بوها و همچنین هیجانات می­باشد( سالمون و همکاران، 2003 به نقل از همان منبع)

هیپوکامپ در امر یادگیری و حافظه نقش دارد. آسیب به هیپوکامپ و یا برداشتن آن باعث اختلال در ذخیره اطلاعات جدید در حافظه و رفتارهای کلیشه­ای، خودتحریکی و بیش­فعالی خواهد شد. بنابراین باید رابطه سیستم لیمبیک و رفتارهای درخودماندگی را مد نظر قرار داد(رافعی، 1385).

 آسیب عصب شناختی ممکن است بر اثر برخی مشکلات در دوره­ی رشد پیش از تولد مانند عفونت­های مادر در هنگام بارداری، سومصرف الکل و سایر مشکلات دوران بارداری و همچنین مشکلاتی مربوط به فرآیند تولد نظیر خونریزی غیر طبیعی، زایمان دشوار و نبود اکسیژن از جمله عوامل بروز آسیب­های عصب شناختی در نوزادان شناخته شده است( هاردمن[[65]](#footnote-65) و همکاران، 1948؛ ترجمه علیزاده و همکاران، 1388).

# 2-6-5- عوامل شناختی

زندگی اجتماعی روزانه و ارتباط موفق با افراد اجتماع بستگی زیادی به توانایی ارزیابی رفتار دیگر مردم بر اساس حالت­های روحی آنها مانند احساسات و افکار و اعتقادشان دارد. همه­ی این توانایی به تئوری ذهن برمی­گردد. در دو دهه­ی پیش بارون کوهن و همکارانش انقلابی را در تحقیقات اختلال درخودماندگی به ­وجود آوردند آنها نشان دادند که کودکان درخودمانده حتی آنهایی که توانایی ذهنی و کلامی بالایی داشتند وبالاتر از 4 سال داشتند نمی­توانند تکلیف تئوری ذهن را با موفقیت انجام دهند و به این نتیجه رسیدند که نقص در تئوری ذهن یکی از نشانه­های اصلی در کودکان درخودمانده است(تاگر[[66]](#footnote-66)، 2007).

همه افراد این درک را دارند که دیگران احساساتی و افکاری متفاوت از خودشان دارند و می­توانند رفتار دیگران را براساس این توانایی پیش­بینی کنند و رفتار خودشان را تعدیل کنند. ولی کودکان درخودمانده فاقد این توانایی هستند. آزمایش کلاسیک تئوری ذهن به نام تکلیف اشتباه[[67]](#footnote-67) برای اولین بار توسط هاینز ویمر و جوزف برنر و جوزف برنر در سال 1983 انجام شد. این آزمایش که به نام بازی سالی و آنه معروف است به این گونه است که به کودک می­گویند دختری به نام سالی یک شکلاتی را در داخل کشوی میزی قرار می­دهد و اتاق را ترک می­کند دختری دیگری به نام آنه وارد اتاق می­شود و جای شکلات را تغییر می­دهد و شکلات را داخل کمد قرار می­دهد. سالی وارد اتاق می­شود از کودک سوال می­شود که سالی در کجا به دنبال شکلات می­گردد. هر فردی که تئوری ذهن داشته باشد می­گوید در داخل کشو یعنی در جایی که شکلات را گذاشته است. چون سالی هرگز ندیده است که مکان شکلات تغییر کرده است، در نتیجه بر اساس باورش باید رفتار کند. کودکانی که تئوری ذهن ندارند نمی­توانند چنین باوری داشته باشند و معتقد هستند که چون ای شکلات تغییر کرده و داخل کمد گذاشته شده پس سالی نیز باید همان جا به دنبالش بگردد. کودکان درخودمانده این تکلیف را با موفقیت انجام نمی­دهند و با شکست مواجه می­شوند، زیرا فاقد تئوری ذهن هستند( بارنت[[68]](#footnote-68)، 2010).

برای افراد درخودمانده درک احساسات و افکار دیگران واقعا مشکل و سخت است. آنها فقط جهانی را با چشمان خود می­بینند را درک می­کنند و همین امر باعث مشکل در ارتباطات اجتماعی افراد می­شود( یاپکو، 2003).

 یکی دیگر از مشکلات این کودکان نقص در انسجام مرکزی[[69]](#footnote-69) می­باشد. فریت[[70]](#footnote-70) 1991 بیان می­کند که افراد مبتلا به درخودماندگی فاقد انسجام مرکزی هستند. به این معنی که افراد درخودمانده قادر نیستند معانی را از اطلاعات استخراج کنند و در یک مفهوم کلی و منسجم یکپارچه کنند و با آموخته­های قبلی تعمیم دهند. افراد درخودمانده قادر نیستند یک تصورکلی و کامل ببینند و اغلب به جزئیات نامربوط تمرکز می­کنند و نشانه­های مهم و مرتبط را که اهمیت دارند را از دست می­دهند. برای مثال یک فرد درخودمانده نمی­تواند حالت صورت دیگران را بفهمد، مثلا حالت های عصبانی، ناراحت و خوشحال را نمی­تواند درک کند. به همین دلیل نمی­تواند رفتارش را با رفتار طرف مقابل تطابق دهد و همین باعث بروز رفتارهای نامناسب می­شود. در نتیجه ضعف در انسجام مرکزی افراد درخودمانده را در انجام دادن رفتار مناسب در شرایط خاص و تغییر رفتارشان با توجه به تغییر شرایط و محیط، ناتوان می­کند و باعث می­شود که این افراد نتوانند در شرایط متفاوت رفتارشان را سازگار و تعمیم دهند. گری بیان می­کند که فقدان در تئوری ذهن و انسجام مرکزی باعث می­شود این افراد اطلاعات ضروری در شرایط اجتماعی را از دست بدهند. همچنین اضافه می­کند که توانایی خواندن ذهن وآگاهی از دیدگاه دیگران و توانایی انسجام مرکزی به این معنی است که همه­ی افراد یک سری نشانه­های غیر کلامی دارند که اطلاعات خیلی ضروری را به همراه خود حمل می­کنند که افراد درخودمانده قادر به درک این نشانه­ها نیستند و همین باعث می­شود نتوانند اطلاعات اجتماعی به خوبی درک کنند. به همین دلیل گری یک تکنیک به نام داستان­های اجتماعی ابداع کرده است که به این افراد کمک می­کند در زمینه­های خاص اجتماعی چگونه رفتار کنند و مهارت­های اجتماعی را به این افراد آموزش دهد( هالی و آرنولد[[71]](#footnote-71)، 2005).

# 2-7- روش­های درمانی برای کودکان درخودمانده

درمان­های متعددی برای کاهش نشانه­های درخودماندگی وجود دارد. اگرچه برای اختلال درخودماندگی درمان قطعی وجود ندارد اما درصورت آموزش مستمر و با کیفیت بالا سطح عملکرد این افراد افزایش می­یابد(یاپکو، 2003).

باید توجه داشته باشیم که موثرترین راهبردهای مداخله، راهبردهایی هستند که بسیار ساختارمند و مستمر هستند و آموزش باید به صورت گام­های کوچک و براساس ارزیابی سطح رشد فعلی، مهارت­ها و پاسخ­های موجود کودک طرح ریزی شده باشد( میرندا و اسکولر[[72]](#footnote-72)، 1988).

روش­های درمانی که برای کودکان درخودمانده است به دو دسته­ی کلی تقسیم می­شود که شامل مداخلات روانی-آموزشی و مداخلات تکمیلی که هر کدام از این مداخلات شامل زیر مجموعه­هایی هستند( صمدی و مک کانکی، 1390).

مداخلات روانی-آموزشی شامل چهار روش مداخله­ای است که این روش­ها شامل :

1)مداخلات جامع بهنگام رفتاری

2) آموزش و تربیت کودکان دارای اختلال درخودماندگی و ناتوان یادگیری

3) نظام برقراری ارتباط با استفاده از تبادل تصویر

4) داستان­های اجتماعی

در زیر توضیح کاملی در ارتباط با هر کدام از این روش­ها آورده شده است.

# 2-7-1- مداخلات جامع بهنگام رفتاری

پیش از هر چیز باید توضیح داده شود که این روش با عناوین و اسامی مختلفی از قبیل روش تحلیل رفتار کاربردی[[73]](#footnote-73) نیز معرفی شده است( صمدی و مک کانکی، 1390).

این شیوه یکی از معروف­ترین روش­های درمانی برای کودکان درخودمانده می­باشد. این روش به صورت آموزش انفرادی یک به یک است و تقویت به عنوان یکی از عناصر بسیار مهم این برنامه رفتاریدر نظر گرفته می­شود( تورکینگتون[[74]](#footnote-74)، 2007).

این روش برگرفته از فلسفه اسکینر می­باشد. اسکینر یک رفتارگرا است و معتقد است که فقط رفتار قابل مشاهده ارزش علمی دارد نه احساسات و افکاری که مشاهده نمی­شود. روش مداخلات جامع بهنگام رفتاری به دنبال این موضوع است که چگونه محیط باعث تغییر رفتار می­شود. یکی از پیشگامان این روش دکتر لوواس در دانشگاه کالیفرنیا است. این روش برای کودکان 2 تا 8 سال پیشنهاد می­شود و به صورت فشرده روزی 8 ساعت و 5 تا 6 روز در هفته ارائه می­شود. این روش مبتنی بر تقویت رفتار­های مثبت و تنبیه رفتار­های منفی است و هدف اصلی آن رشد مهارت­های اجتماعی، واکنش حسی مناسب و تشویق به تعامل با دیگران است(بارنت[[75]](#footnote-75)، 2010).

# 2-7-2- آموزش و تربیت کودکان دارای اختلال درخودماندگی و ناتوانی­های ارتباطی

 این روش که اغلب به برنامه آموزش ساختار مشهور است در سال 1972 توسط اریک اسکاپلر تهیه شده است. این برنامه به عنوان برنامه جامع مبتنی بر جامعه ایالتی به منظور ارائه خدمات و آماده سازی کودکان دارای اختلال درخودماندگی و سایر اختلال­های وابسته به آن به منظور انجام فعالیت­های موثر در خانه، مدرسه و جامعه توصیف شده است( صمدی و مک کانکی، 1390). این روش بر اساس نشانه­های بصری به منظور تکمیل گفتار فرد استفاده می­شود و این روش بر روی محیط ساختار یافته تاکید زیادی دارد و کودکان را تشویق می­کند تا مستقل­تر در محیط عمل کنند. این روش به صورت فرد به فرد است و قبل از شروع کار، ارزیابی دقیقی از مهارت­های فرد و شیوه­ی یادگیری کودک، نیازها و علایق­اش صورت می­گیرد( تورکینگتون، 2007).

# 2-7-3- سیستم مبادله تصویر

این روش در سال 1994 توسط فراست و باندی پایه گذاری شده است و از طریق تصویر به کودکان درخودمانده که نمی­توانند صحبت کنند، کمک می­کند آغازگر ارتباط باشند و بتوانند از طریق این روش نیازهای خود را در محیط بر طرف کنند.این برنامه برگرفته از دیدگاه رفتاری است و به فرد آموزش می­دهد که با استفاده از تصویر شی یا خوراکی مورد علاقه بتوانند آن را در محیط به دست آورند و این روش دارای شش مرحله است که هر مرحله بر اساس مرحله قبل پایه­گذاری شده است( سالزر[[76]](#footnote-76)، 2009).

# 2-7-4- داستان­های اجتماعی

داستان­های اجتماعی که برای اولین بار توسط کارول گری در سال 1991 پایه­گذاری شد، نوعی ابزار آموزشی برای کودکان و بزرگسالان درخودمانده و طیف درخودمانده است که اطلاعاتی را از محیط اطراف در اختیار کودکان قرار می­دهد و شرایط و مفاهیمی که در محیط وجود دارد را برای آنها توضیح می­دهد. هر داستان اجتماعی به صورت انفرادی و بر اساس مشکلات فردی و شخصیتی هر فرد نوشته می­شود. داستان های اجتماعی بر نیازهای افراد درخودمانده تمرکز دارد. در واقع افراد درخودمانده در رفتارهای اجتماعی مشکلاتی دارند و این مشکلات باعث به­جود آمدن چالش­های برای این افراد می­شود. به همین دلیل داستان­های اجتماعی به افراد درخودمانده کمک می­کند تا این مشکلات را در محیط اطرافشان کاهش دهند و به آنها آموزش می­دهد تا چگونه با افراد دیگر ارتباط برقرار کنند.هدف از داستان­های اجتماعی در اختیار قرار دادن اطلاعات مرتبط با محیط به افراد درخودمانده است. اطلاعاتی مانند اینکه این افراد درکجا، چه موقع، درچه شرایطی وچه کسی و چه اتفاقی چه دلیلی می­افتد است. زیر بنای این رویکرد تئوری ذهن است. افراد درخودمانده درتئوری ذهن نقص جدی دارند و افکار و احساسات دیگران را درک نمی­کنند. به همین دلیل گری یک ارتباطی بین داستان­های اجتماعی و تئوری ذهن ایجاد کرده است و داستان­های اجتماعی می­تواند سبب بهبود این نقص در کودکان درخودمانده شود. داستان اجتماعی به کودک کمک می­کند تا افکار و احساسات و حالت­های چهره افراد دیگر را درک کنند و همین درک سبب می­شود که رفتاری مناسب با شرایط اجتماعی داشته باشند. آشکار است که داستان اجتماعی سبب افزایش درک و شناخت اجتماعی می­شود. داستان­های اجتماعی مبتنی بر سبک یادگیری افراد درخودمانده است، و از طریق دیداری آموزش می­دهد. روش داستان­های اجتماعی به این گونه است که افراد درخودمانده را قادر می­سازد که قضاوت اجتماعی را در خود رشد دهند و قدرت پیش­بینی پذیری و درک و فهم اجتماعی­شان را افزایش می­دهد. گری بیان می­کند که موقعیت­های قابل پیش­بینی می­تواند برای رفتارها و واکنش­های اجتماعی کودکان درخودمانده مناسب­تر باشد و داستان­های اجتماعی این امکان را فراهم می­کند تا فرد بتواند قبل از وارد شدن به آن موقعیت اجتماعی مورد نظر آن موقعیت را پیش بینی کند و خودش را برای روبرو شدن با موقعیت جدید آماده کند. برای مثال در موقعیتی که اولین بار برای فرد درخودمانده رخ می­دهد( مانند سفر کردن با قطار)، داستان­های اجتماعی موقعیت و شرایطی را که برای فرد درخودمانده گیج کنند است را معرفی می­کند. به طوری که در حالت عادی افراد درخودمانده قادر نیستند آن را درک کنند و این کار باعث کاهش اضطراب افراد درخودمانده و افزایش درک و فهم اجتمتعی­شان می­شود. اسکاپلر بیان می­کند برای رسیدگی به مشکلات رفتاری کودکان درخودمانده باید بر مشکلات پایه­ای این افراد که باعث بروز رفتارهای نامناسب آنها می­شود تمرکز داشت. بر همین اساس داستان­های اجتماعی بیشتر بر مشکلات شناختی تمرکز دارد تا بر روی خود رفتار، یعنی بیشتر تمرکز بر روی این دارد که چه چیزی باعث وقوع چنین رفتاری می­شود(هالی و آرنولد[[77]](#footnote-77)، 2005).

# 2-8- مداخلات تکمیلی

دسته­ای دیگر از مداخلات وجود دارند که به مداخلات تکمیلی مشهور هستند که شامل روش­های زیر هستند:

1)مداخلات غذایی

2) روش دی.آی.آر

3) برنامه­سان رایز[[78]](#footnote-78)

4) درمان به شیوه یکپارچگی حسی

در زیر توضیح کامل در ارتباط با هر کدام از این روش­ها آورده شده است.

# 2-8-1- مداخلات غذایی

این روش بر اساس این دو دیدگاه است که حساسیت­های غذایی عاملی برای ایجاد علائم درخودماندگی است و اینکه کمبود یک ماده غذایی ویژه و یا نوعی از ویتامین­ها می­تواند عاملی برای ایجاد دسته­ای از علائم اختلالات طیف درخودماندگی باشد( صمدی و مک کانکی، 1390).

رژیم غذایی که برای این افراد تایید شده برنامه­ی غذایی عاری از گلوتین که در مواد غذایی مانند غلات وجود دارد و کازوئین نیزکه پروتئین موجود در شیر است. اغلب والدین ویتامین ب 6 با منیزیوم را برای فرزندانشان مفید گزارش دادند. البته نتایج پژوهش همگی مفید بودن این ویتامین را گزارش نکرده و دسته­ای دیگر منفی بودن این روش را گزارش کرده­اند. سکرتین نیز یک ماده دارویی است که برای کمک به مشکل دستگاه گوارش افراد درخودمانده که توسط مرکز فرآورده­های دارویی و غذایی آمریکا مورد تایید قرار گرفته و تحقیقات گزارش­هایی را در مورد بهتر شدن الگوی خواب، ارتباط چشمی­، مهارت­های زبانی و گفتاری داده­اند(تورکینگتون، 2007).

ماده­ای دیگر به نام سالیسات تشدید کننده­ی فعالیت­های کودک هستند و خوراکی­های حاوی این ماده باید از لیست غذایی ک.دک حذف شوند. این خوراکی­ها مانند( خشکبار، توت، مرکبات و داروهایی مانند آسپرین) می­باشد( صمدی و مک کانکی، 1390).

# 2-8-2- روش دی.آی.آر

به این روش رویکرد رشدی مبتنی بر ارتباط انفرادی نیز گفته می­شود. پایه و اساس این رویکرد بر اساس روش بازی درمانی است و این روش برای اولین بار توسط دکتر استانلی گریسپان و سرنا ویدر به کار برده شد است. فلسفه این روش این است که به کودک کمک می­کند تا بتواند با جهان اطراف خود ارتباط برقرار کند( یاپکو، 2003). این روش که به روش فلور تایم نیز معروف است. روش فلور تایم به جلسه­ی غیر رسمی افراد بر روی موکت اشاره دارد که در این جلسه کودک و بزرگسال از طریق فعالیت­های بازی متناسب با سطح رشد کودک به طور طبیعی باهم ارتباط برقرار می­کنند. این رویکرد به طور عمده توسط والدین در خانه اجرا می­شود، اما می­تواند توسط معلمان و متخصصان در مراکز پیش­دبستانی نیز مورد استفاده قرار گیرد(وستوود[[79]](#footnote-79)، 2009؛ ترجمه همتی علمدارلو و شجاعی، 1391).

# 2-8-3- برنامه­سان رایز

این روش نوعی برنامه مبتنی بر خانه است که برای کودکان با اختلال­های طیف درخودماندگی و سایر ناتوانایی­های رشدی توسط باری نیل کافمن[[80]](#footnote-80) و سماهاریا کافمن[[81]](#footnote-81) تهیه شده است. در واقع نوعی برنامه بازی درمانی مبتنی بر ارتباط است که توسط والدین اجرا می­شود( وستوود، 2009؛ ترجمه همتی علمدارلو و شجاعی، 1391)

روش سان رایز شامل پنج مرحله است و هر مرحله خود به چندین زیر بخش تقسیم می­شود. بخش­های موجود در سه مرحله اولیه عبارتند از ارتباط چشمی، ارتباط کلامی، توجه دوجانبه، انعطاف و مدارا و آمادگی برای آموزش. مرحله چهارم و پنجم علاوه بر پنج بخش ذکر شده پیشین هر یک دارای یک بخش اضافی هستند. بخش اضافی مرحله چهارم امل آمادگی برای رفتن به مدرسه است و بخش اضافی مرحله پنجم شامل آغاز مدرسه می­شود( صمدی و مک کانکی، 1390).

# 2-8-4- روش یکپاچگی حسی

این روش در دهه­ی 1960 میلادی توسط جین آیرس[[82]](#footnote-82) ارائه شد. این روش می­توان با افراد دارای اختلال ذهنی و جسمی نیز مورد استفاده قرار داد و روشی خاص برای افراد درخودمانده نیست(صمدی و مک کانکی، 1390).

هدف این روش کمک به کودک درخودمانده به منظور پردازش کارآمدتر درونداد حسی و جلوگیری از واکنش­های افراطی به صداهای بلند یا نورهای روشن و توانمندسازی آنها برای تعامل بهتر با محیطاست. این روش برنامه فعالیت­های حسی و فعالیت­های حرکتی درشت و ظریف است. این برنامه معمولا توسط کاردرمانگر و هفته­ای سه یا چهار بار ارائه می­شود( وستوود، 2009؛ ترجمه همتی علمدارلو و شجاعی، 1391).

# 2-9- بازی درمانی:

بازی درمانی یک تعامل کمکی بین کودک و بزرگسال آموزش دیده است که از طریق ارتباط نمادین در بازی، در جستجوی راه هایی برای ایجاد ارتیاط و کاهش آشفتگی های هیجانی کودک است. به طوری که کودک در طی تعاملات بین فردی با درمانگر، پذیرش، تخلیه هیجانی، کاهش اثرات رنج آور، جهت دهی مجدد تکانه ها و تجربه هیجانی تصحیح شده راتجربه می کند( محمداسماعیلی، 1382).

بازی درمانی رویکرد فعالی است که می توان آن را بطور انفرادی یا گروهی به کار برد، به گونه ای که به کودکان اجازه می دهند تا به واسطه بازی، در ابتدا با درمانگر ارتباط برقرار کرده و احساسات هوشیار و ناهوشیارشان را آشکار سازند( الکیند[[83]](#footnote-83)، 1981). نظریه های که تبیین بازی کودکان می پردازند، از لحاظ نوع تببین، بسیار متفاوتند، به طور مثال، بازی را به عنوان مولفه ای از تحول شناختی و عقلانی مورد توجه قرار می دهند، یا آن را فرایندی برای رها سازی استرس های مرتبط با رشد و بزرگ شدن می دانند، یا بازتابی از فشار های فرهنگی است، و وسیله ای برای مهارت های تازه می باشد( اسلاتر[[84]](#footnote-84) و دامبروسکی[[85]](#footnote-85)، 1981). مع ذلک هیچ یک از این نظریه ها تضادی در استفاده از بازی به عنوان یک روش درمانی ندارند. اگر چه افراد مختلف ممکن است درباره علت بازی کردن کودکان اختلاف نظر داشته باشند، ولی بااین نکته موافقند که بازی از مولفه های ضروری زندگی کودکان است، چرا که آنها به هنگام بازی معمولا در طبیعی ترین و راحت ترین وضعیت هستند، و به همان راحتی که بزرگسالان احساساتشان را از طریق گفتار ابراز می کنند، آنها نیز همین کار را به وسیله بازی انجام می دهند. بنابراین بازی وسیله فوق العاده کارآمد و موثری است که با کمک آن می توان وارد دنیای درونی کودکان شد( اسلاتر[[86]](#footnote-86) و دامبروسکی[[87]](#footnote-87)، 1981)..

زمینه آغاز این دیدگاه که بازی درمانی را به عنوان یک رویکرد درمانی مورد توجه قرار داده است، می توان به درمانگران دارای جهت گیری روان تحلیلگرانه نسبت داد. یکی از تاثیر گذارترین این افراد ملانی کلاین است، او بازی نمادین را به عنوان وسیله ای جایگزین برای ابراز کلامی و همچنین شیوه آشکار سازی خیالپردازی های کودک و احساسات ناهوشیارانه به طریق تداعی آزاد می دید که باید توسط درمانگر مورد تعبیر و تفسیر قرار گیرد( سگال[[88]](#footnote-88)، 1972).

یکی دیگر از پیشکسوتان، آنافروید[[89]](#footnote-89)(1947) است، که بازی برای ایجاد رابطه مثبت با کودکان و نهایتا ابزار کلامی معنادار استفاده می کرد. برخلاف کلاین او معتقد بود که بازی کودکان اساسا بیشتر نمایانگر تجاربی است که از زندگی روزمره نشات می گیرد تا آنکه تداعی آزاد افکار ناهوشیار باشد. تفسیر درمانگرانه تعارضات شخصیت اساسا مبتنی بر بیان کلامی کودک است. یکی دیگر از تئوری های روان تحلیل گری تاثیر گذار که در بازی درمانی استفاده می شود، تئوری ارتباط است، که از طریق کارهای اوتورنک[[90]](#footnote-90)(1936) توسعه یافت. تاکید این شیوه ی درمانی متمرکز بر ارتباطی است که بین درمنگر و کودک برقرار می شود. بازی وسیله ای برای ایجاد ارتباط است، و بخش عمده تفسیر بالینی از شیوه ی ارتباطی کودک با درمانگر نشات می گیرد. به منظور تشویق کودک به ابراز احساسات واقعی اش، محیط درمانی باید ساده و آزادانه باشد، چنین محیطی به کودک اجازه می دهد تا انچه را که می خواهد، انجام دهد مانند انجام فعالیت هایی که خطرناک نیستند(محمد اسماعیلی، 1382).

در گذر زمان تئوری ارتباطی، به طور فزاینده به صورت یکی از مولفه های مهم رویکردهای بازی درمانی درآمد که توسط درمانگران با جهت گیری روان تحلیل گری استفاده می شد. گینات[[91]](#footnote-91)( 1961)، در ابتدای کار با به کارگیری راهبرد های بازی درمانی با گروه ها، یک ارتباط بسیار مستقیم را بین درمانگر و کودک ترسیم کرد. او طرفدار استفاده از محدودیت به جای آزادی، به عنوان شیوه ضروری برای تحول ایگو و برقراری یک ارتباط توام با اعتماد بود( ایسمن[[92]](#footnote-92)، 1983 به نقل از محمد اسماعیلی، 1383).

رویکرد نظری دیگری در بازی درمانی از کارهای ویرجینیااکسلاین[[93]](#footnote-93) (1947) شکل گرفته است، اویک نظریه پرداز پدیدار شناختی است که بسیاری از راهبردها و فنون را به شکل منطقی با کار کارل راجرز(1951)، در درمان غیر مستقیم یا مراجع محور بنا نهاد. او معتقد است عوامل محیطی منفی موجب افت خود پنداره کودکان می شود و تلاش سالم آنها برای خودشکوفایی خنثی می کند، و بازی آنها بازتابی از محرومیت و فقدان آگاهی شخصی است. به جای تفسیر رفتار یا بیانات کودک، (دراین شیوه)، درمانگر باید محیطی آزاد و راحت ایجاد می کند، نسبت به کودک پذیرشی کامل داشته باشد، و از طریق انعکاس احساسات کودک به او امکان داده می شود تا نسبت به رفتارش ینش پیدا کند.

نظریه ها اخیر درمورد بازی درمانی، اصول منسجمی را در ارتباط با روانشناسی رفتاری و تحولی ارائه داده اند. نظریه پردازان رفتاری و رفتاری-شناختی، بازی کودک را به صورت بازتابی از الگو های خاص رفتار ناسازگارانه و تفکر غیر منطقی می بینند. درمانگران دارای این گرایشات، فعالیت های بازی را به عنوان وسیله ای که نمایانگر احساسات ناهوشیار است، تفسیر نمی­کنند. درمقابل، در طی فعالیت های بازی از راهبردهای تغییر و اصلاح رفتار بهره می گیرند تا رفتارهای سازگارانه تقویت مثبت نمایند یا از موقعیت های بازی استفاده کنند تا مهارت های حل مسئله ساختاری یا مهارت های مقابله ای و کنار آمدن را تعلیم دهند. همچنین موقعیت هایی را برای بازی تدارک می بینند تا فعالیت هایی را برای کودکان فراهم نمایند که هماهنگ بارفتارهای اجتماعی باشد، همانند مشارکت و رعایت نوبت. اکنون افرادی که بازی درمانی را به کار می برند پذیرای تمامی این 4 دیدگاه نظری متفاوت هستند. لیکن بدون درنظر گرفتن نوع جهت گیری، آنها تحت نفوذ حجم وسیعی از اطلاعات حاصل از پژوهش هایی قرار می گیرند که به مطالعه بازی های متداول کودکان می پردازد، و عین حال به همان میزان به تحقیقاتی توجه دارندکه الگوهای متنوع بازی را مشخص می کنند(محمد اسماعیلی، 1382).

.

**2-9-1- نظریات مختلف در خصوص بازی درمانی:**

به راستی بازی چیست؟ در واقع تعریف ساده ای برای بازی وجود ندارد، با این وجود روان شناسان عناصر معین از بازی را شناسایی کرده اند. برای این که بتوان فعالیتی را بازی نامید، باید دارای پنج ویژگی اساسی باشد: اول این که بازی دارای انگیزه درونی است. هدف آن در خودش نهفته است، و تنها به خاطر رضایت حاصل از انجام آن صورت می پذیرد. دومین ویژگی بازی این است که به صورت آزادانه انتخاب شوند و کودکان برای انتخاب آن تحت فشار قرار نگیرند. سومین ویژگی اساسی بازی این است که باید خوشایند باشد. کودکان بایستی از انجام آن لذت ببرند وگرنه نمی توان آن را به عنوان بازی درنظر گرفت. چهارمین ویژگی بازی، واقعیت گریزی[[94]](#footnote-94) است. به این معنی که با عناصر وانمودسازی[[95]](#footnote-95) به معنای برهم ریختن واقعیت برای انطباق با رغبت های بازیکن همراه است. این امر به ویژه در بازی های نمادین که ویژگی اصلی دوره پیش دستانی است، مصداق دارد؛ یعنی هنگامی که کودکان مدت زیادی از وقت خود را برای آزمودن نقش های جدید و بازی کردن در صحنه های تخیلی صرف می کنند. سرانجام این گه بازیکن باید در بازی شرکت داشته باشد. کودک باید از لحاظ جسمانی، روانی یا هر دو درگیر بازی باشد ، نه این که منفعل، یا نسبت به آنچه روی می دهد بی تفاوت باشد( روبین[[96]](#footnote-96)، فاین[[97]](#footnote-97) و واندنبرگ[[98]](#footnote-98)، 1983؛ به نقل از هیوز، 1984).

تا کنون نظریات گوناگون و بسیاری از سوی صاحب نظران در خصوص بازی مطرح شده است و هر کدام سعی نموده اند تا هدف بازی را شرح و توضیح دهند که در این قسمت به اختصاص به آنها می پردازیم ( قزوینی نژاد، 1385).

1) نظریه انرژی اضافی: این نظریه را اسپنسر[[99]](#footnote-99) و شیلر[[100]](#footnote-100) نسبت می دهند. طبق این نظریه، بازی صرفا برای تخلیه انرژی بدن انجام می شود و هدفی را دنبال نمی کند.

2) نظریه پیش تمرین: این نظریه را به کارل گروس[[101]](#footnote-101)نسبت می دهند. وی معتقد است بازی یک سلسله پیش تمرین است که هدف آن ساختن رفتار های است که کودک در بزرگسالی خود به انجام آن می پردازد.

3) نظریه استراحت و رفع خستگی: این نظریه را به لازاروس[[102]](#footnote-102) نسبت می دهند. طبق این نظریه بازی به منظور استراحت ورفع خستگی انجام می شود.

4) نظریه تکرار فعالیت های اجدادی: بانی این نظریه استانلی هال[[103]](#footnote-103) است. وی معتقد است کودکان به بازی می پردازند تا محتوا و صحنه هایی را که اجدادشان ایجاد کرده بودن را تجدید کنند. استانلی هال معتقد بود که کودکان ویژگی بازی را به ارث می برند.

5) نظریه سوزان اساکس[[104]](#footnote-104): ایساکس تحت نظریه فروبل قرار داشت و بازی را روشی برای بیان احساس می دانست. او همچنین معتقد بود که بیشتر یادگیری از سن 7 سالگی آغاز می شود.

6) نظریه لو ویگوتسکی[[105]](#footnote-105): ویگوتسکی معتقد بود که کودک از بازی کردن لذت می برد زیرا در بازی می تواند دست به فعالیت هایی بزند که در واقعیت برایش امکان پذیر نیست مانند به پرواز درآوردن یک هواپیما.

7) نظریه دی. وی. وینی کوت[[106]](#footnote-106): وی نی کوت معتقد بود بازی در رشد عاطفی و اجتماعی کودک نقش مهمی ایفا می کند و با یادگیری رابطه ای بسیار نزدیک دارد.

8) نظریه جرومی برونر[[107]](#footnote-107): برونرمعتقد بود که فعالیت های فیزیکی برای رشد ذهنی کودکان ضروری است و زمینه مناسبی برای فکر کردن ایجاد می کند.

9) نظریه اریک اریکسون[[108]](#footnote-108): اریکسون نظریه فروید، درباره شخصیت و ذهن را کامل کرد. او به ارتباط میان بازی تخیلی نیز علاقمند بود. در واقع کار او مقایسه بازی بزرگتر ها با بازی کودکان بود.

10) نظریه کریست آتی[[109]](#footnote-109): آتی نظریه طرح و برنامه ریزی آموزشی در بازی را مطرح کرده است.

11) نظریه ژان ژاک روسو[[110]](#footnote-110): روسو بر اهمیت نقش بازی در درک کودک تاکید داشت. وی معتقد بود که باید به کودک احترام گذاشت و از شتابزدگی در داوری پرهیز کرد. بنابر توصیه رسو، معلم برای همبازی شدن با بازی کودکان، باید خود نیز کودکانه رفتار کند تا بتواند ارتباط مناسبی با آنها برقرار سازد.

12) نظریه زیگموند فروید[[111]](#footnote-111): فروید بر خلاف روسو، معتقد بود برای درک کودک نیازی به کودکانه رفتار کردن نیست، بلکه معتقد است راهی بایستی پیدا کرد تا کودک را به دوران بزرگسالی رساند. وی معتقد بود که بازی فعالیتی است برای تخلیه روانی، و کودک ضمن بازی خود را با شرایط دشوار مواجه می کند.

13) نظریه آنافروید[[112]](#footnote-112): آنافروید به ناخودآگاه اهمیت می داد و بر اساس همدلی تاکید داست، علاوه بر آن، به نقاشی و رنگ آمیزی کودکان در حین بازی نیز بسیار توجه می کرد. پس از آنافروید، ملانی کلاین[[113]](#footnote-113) هم با تاکید بر ناخودآگاه، معتقد بود که باید فعالیت خود به خودی را جایگزین تداعی آزاد کرد. بر اساس نظریه ملانی کلاین برخوردهای احساسی و نگرانی های کودک در بازی آشکار می شود.

14) کارل راجرز[[114]](#footnote-114): راجرز معتقد به مراجع محوری یا درمان غیرمستقیم بود.او اعتقاد داشت که باید شرایط درمانی را ایجاد کرد تا مراجع خودش شخصا تجربه و تغییر کند و در انتخاب نوع بازی آزاد باشد. بطور کلی کارل راجرز معتقد بود که به منظور کنترل رفتار کودک نباید هیچ گونه تلاشی انجام داد زیرا مراجع خودش توانایی حل مسائل را دارد و تنها لازم است که شرایط فراهم باشد. بنابر نظریه راجرز اصل پایه در درمان غیرمستقیم عبارتند از:

1-ایجاد رابطه گرم و صمیمی با کودک؛

2- پذیرش کامل کودک همانگونه که هست؛

3- ایجاد آزادی عمل در کودک به طوری که در ابراز احساسات خود آزاد باشد؛

4- شناخت احساسات کودک و منعکس کردن احساسات کودک به او، به صورتی که از رفتار خود، آگاه شود؛

5- احترام گذاشتن به کودک؛

6- جهت ندادن به رفتار کودک( کودک رهبر و درمانگر پیرو او باشد)؛

7- شتاب نکردن در درمان ( درمان فرایند تدریجی است)؛

8- توجه درمانگر به محدودیت های کودک؛

16) نظریه ژان پیاژه: پیاژه معتقد بود بازی راهی برای دسترسی به جهان بیرون و لمس آن به گونه ای است که با وضعیت کنونی فرد مطابقت داشته باشد.

**2-9-2- ارزش درمانی بازی و بازی درمانی**

رویکردهای متفاوتی در روان درمانی کودکان مورد استفاده قرار گرفته است. اما صرفه نظر از جهت گیری خاص آن ها، تقریبا همه آنها دارای یک باور مشترک هستند: استفاده از بازی یا محیط بازی، به عنوان ویژگی اجتناب ناپذیر تشخیص و درمان برای کودکانی است که مشکل دارند. به این دلیل که:

1-بازی به کودکان اجازه می دهد تا احساسات خود را به صورتی کارآمد بیان کنند و برای انجام این کار، بازی راهی طبیعی است.

2- بازی به بزرگسالان اجازه می دهد که وارد دنیای کودکان شوند و به کودکان نشان دهند که آنها را به رسمیت می شناسد و می پذیرد. وقتی یه بزرگسال با یک کودک بازی می کند، نوعی تساوی قدرت موقتی وجود دارد و کمتر احتمال دارد که کودک از جانب بزرگسال احساس تهدید کند.

3- مشاهده کودکان در حین بازی، به بزرگسالان کمک می کند تا آن ها را بهتر درک کنند.

4- از آنجا که بازی برای کودکان لذت بخش است، کودکان را ترغیب می کند تا آرام باشند و از این رهگذر اضطراب و حالت دفاعی آنان را کاهش می دهند.

5- بازی فرصت هایی را برای کودکان فراهم می سازد تا مهارت های اجتماعی را که ممکن است در سایر موقعیت ها سودمند باشند، به دست آورند.

7- بازی به کودکان فرصت می دهد تا نقش های جدید را بازی کنند و در محیطی ایمن رویکردهای گوناگون حل مسئله را مورد آزمایش قرار دهند( هیوز، 2005)

بازی در درمان کودکان همیشه یک وسیله ارتباطی است، که با کلمات یعنی وسیله ارتباطی بزرگسالان قابل مقایسه می باشد. همه درمان ها به یک رابطه و وسیله ارتباطی نیاز دارند. بنابراین بازی به عنوان یک وسیله با بازی به عنوان یک تکنیک متفاوت است. بازی، زمانی که برای اهداف تشخیصی و درمانی به کار می رود یک تکنیک است. بازی امکان عملکرد های مختلفی را برای کودکان فراهم می کند، کودک می تواند نقش های جدیدی را تمرین کند، سعی می کند تجارب جدیدی را کسب کند، هیجانات را ابراز کند، و یاد بگیرد که چگونه با خیالات و واقعیات روبرو شود. این موارد بازی را به یک ابزار درمانی فوق العاده مبدل می کند(اورسبرن[[115]](#footnote-115)، 2002). بازی درمانی، استفاده از بازی در طول جلسات درمان است. بازی درمانی به عنوان یک فرآیند بین فردی است که در آن درمانگر آموزش دیده به طور سیستماتیک قدرت های شفا بخش بازی را برای کمک به مراجعانش در حل مشکلات روانشناختی شان به کار می برد( شفر، 1993 به نقل از اورسبرن، 2002).

**2-9-3- رویکردهای مختلف در بازی درمانی**

اولین مدافع مطالعه بازی کودکان جهت درک و آموزش آنها روسو[[116]](#footnote-116) بود. او در کتاب امیل عقایدش را در مورد اهداف آموزش کودک بیان نمود. او این واقعیت را تشخیص داد که ایام کودکی مرحله ای از رشد است و کودکان، مردان و زنان کوچک نیستند. به علاوه او متوجه ارزش زیاد دوران کودکی و بازی های کودکانه شد. با این حال تعاریف روسو در مورد بازی بیشتر در خط اهداف تعلیم و تربیت بود تا منطبق بر کاربرد های تحقیقاتی و درمانی( لندرث[[117]](#footnote-117)، 1991).

**رویکرد روان تحلیل گری**

ریشه های بازی درمانی همانند بسیاری از مداخلات روان شناختی دیگر، زاییده ی تئوری روان تحلیلی فروید و رویکرد وی به درمان است. بیشتر کارهای اولیه با کودکان بر اساس روش های فروید انجام گرفت تا پیشنهادات روسو. اولین مورد استفاده واقعی از بازی در درمان مربوط است به پسری پنج ساله – هانس کوچولو – مبتلا به بیماری هراس که ماجرایش ثبت گردیده است. زمانی که فروید با هانس کوچولو کار می کرد،هیچ یک از پیشنهادهای روسو را تعقیب ننمود و برای درک هانس، خود یک کودک نگردید، بلکه بیشتر از طریق پدر هانس عمل می کرد تا راهی بیابد که کودک را به دوران بزرگسالی عقلی برساند. این میل و علاقمندی به روانکاوی در سال های اولیه کودکی مهم ترین منبع درمانی در بازی درمانی مدرن است( اورسبرن، 2002).

 برای درک این نکته که چرا درمانگران روان تحلیل­گر، در درمان کودکان از بازی استفاده می کنند، ابتدا باید آگاه باشیم که برای موفقیت در روان تحلیل گری سه شرط اساسی وجود دارد:

نخست این که بیماران باید انگیزه بسیار زیادی برای تغییر داشته باشند.

دوم اینکه بیماران باید بتوانند با درمانگر خود به انتقال[[118]](#footnote-118) دست یابند.

سوم اینکه بیماران باید بتوانند به فرایند تداعی آزاد بپردازند. آن ها باید آنقدر از لحاظ کلامی مسلط باشند که افکار و احساس های درونی و عمیق خود را در حضور درمانگر در قالب واژه ها بیان کنند، آن ها باید بتوانند به طور آزادانه درباره­ی هر چیزی که در هر لحظه به ذهنشان خطور می­کند، صحبت کنند( هیوز، 2005).

بهتر است این گونه گفته شود که در رویکرد روان تحلیل­گری به بازی درمانی، قوانین و مقررات درمان بزرگسالان در مورد کودکان به کار گرفته شد، در نتیجه مشکلات قابل توجهی را نیز موجب گردید. زیرا در این رویکرد شیوه های روانکاوی بزرگسالان به طور وسیعی متکی به تداعی آزاد است اما کودک از تداعی آزاد امتناع می ورزد و همین روانکاو را دچار درماندگی می کند. ضمن این که کودکان اغلب بر خلاف میالشان برای روانکاوی آورده می شود. به دلیل کمبود تکنبک های روانکاوی برگسالان که برای استفاده با کودکان مناسب باشد، بیشتر روانکاوان خود را با جمع آوری مشاهدات رفتارهای کودکان قانع می­نموند. بنابراین اکثر پیشرفتهای اولیه در به کارگیری متدهای روانکاوی ناشی از مشاهدات غیر مستقیم، به همراه تفسیر آن بر اساس معیار های بزرگسالان بود. جالب بود که فروید بعدها متوجه گردیدکه به کارگیری تئوری روانکاوی درمورد کودکان دارای نقایص بسیاری است و دیگران نیز به لزوم تغییر برخورد روانکاوان با کودکان پی می برند( اورسیرن، 2002).

به گفته آنافروید( 1968) نخستین مشکل در زمینه تحلیل کودکان این است که آن ها اغلب از انگیزه لازم برای تغییر برخوردار نیستند. دومین منبع بالاقوه در روان تحلیلگری کودکان این است که دستیابی به انتقال اغلب دشوار است. سرانجام اینکه کودکان اغلب به آسانی تداعی آزاد که سومین مولفه اصلی در درمان بزرگسالان است، نمی پردازند. کودکان، فاقد خودآگاهی و نیز توانایی های کلامی لازم برای انجام تداعی آزاد همانند بزرگسالان هستند( هیوز، 2005)

**تحلیل بازی از دیدگاه ملانی کلاین**

ملانی کلاین در سال 1927 اصول روانشناسی تحلیلی کودک را تدوین نمود. کلاین معتقد بود که فراخود کودک تقریبا رشد یافته است. وی تاکید می نمود که لازم است تعبیر و تفسیر رفتار کودک بلافاصله به وی گفته شود زیرا این کار اضطراب ناشی از فراخود کاملا رشد نیافته را در کودک کاهش می دهد. او بازی درمانی را وسیله ای برای دسترسی مستقیم به ناخودآگاه کودک می دانست و آنها را جانشینی برای تداعی آزاد محسوب می نمود( دادستان، 1382).

ملانی کلاین برای کاوش عمیق ذهن ناهشیار کودک، استفاده گسترده از بازی را در سال 1919 آغاز کرد. بازی برای کلاین، به معنای معادلی برای تداعی آزاد در کودکی بود. یکی از فرض های زیر بنایی که کلاین در تحلیل بازی[[119]](#footnote-119) خود به آن اشاره می کند، این است که بسیاری از بازی های کودک، بیان نمادین تعارض های جنسی یا پرخاشگری است که به رابطه بین کودک و والدینش مربوط می شود( لندرث، 1987؛ شفر، 1985؛ به نقل از هیوز، 2005).

بنابراین برای یک کودک درک آنها و بیان کردنشان در قالب کلمه­ها تقریبا ناممکن می­نماید. با وجود این، کودک می تواند این احساسات پیچیده را در شکل بازی با عروسک، عروسک های خیمه شب بازی، قطارهای اسباب بازی و کامیون بیان کند. کوتاه سخن اینکه هر عملی در بردارنده معنایی نمادین بود. موفقیت تفسیر های کلاین، بر اساس دو فرض قابل پیش بینی بود: نخست اینکه اگر نمادگرایی به روشنی برای آنها خاطر نشان شود، کودکان بینشی برای تشخیص معنای رفتار خود خواهند داشت. که این فرض به راستی بحث انگیز است. از یک سو بسیاری تحلیل گران کودک بر این باورند که توانایی کودکان برای دستیابی به بینش، حتی بیش از بزرگسالان است. از سوی دیگر، منتقدان رویکرد کلاین اظهار می کنند که کودکان قادر به درک معنای نهفته در بازی های خود نیستند، حتی هنگامی که این معانی به آنها خاطر نشان شود، و حتی درصورتی که بتوانند به چنین درکی برسند، بینش به تنهایی برای حل مشکلات آنها کافی نیست( شفر، 1985؛ به نقل از هیوز).

دومین فرض کلاین این بود که وقتی بیماران خردسال او احساسات و نیازهای خود را بهتر درک کردند، بهتر از کسانی که در نخستین وهله در پی کمک گرفتن از درمانگر هستند، شروع به کسب رفتارهای سازشی جدید می کنند(هیوز، 2005).

**کاربرد بازی درمانی از سوی آنافروید**

حتی درمیان درمانگران روان تحلیلگر نیز، ارزش رویکرد تفسیری ملانی کلاین در بازی کودکان، مورد پذیرش کامل نیست( هیوز، 2005). آنافروید از بازی کودکان به گونه ای شبیه به روش خواب برای بزرگسالان استفاده نموده و در ورای بازی تخیلی، نقاشی و رنگ کردن به دنبال انگیزه های ناخودآگاه بود. وی فراخود کودک را رشد نایافته تلقی می نمود و بر رفتار های هیجانی بین کودک و درمانگر تاکید می نمود. به اعتقاد او احساس همدلی باید قبل از اینکه محتوای پنهان بازی کودک برای خود وی تعبیر و تفسیر شود،پایه گذاری گردد( لندث، 1991). آنافروید می خواهد بگوید، از آنجا که بازی فاقد نگرش هدفمندی است که درتداعی آزاد شاهد آن هستیم، دلیلی وجود ندارد که این دو، ارزش درمانی یکسانی داشته باشند. و چنانچه این دو به راستی معادل یک دیگر نیستند، پس تفسیر های ارائه شده از سوی کلاین از هدف اصلی دور افتاده اند. او تصور می کردکه مهم ترین ارزش درمانی بازی کودکان، این است که به درمانگر اجازه می دهد تا اطلاعات ارزشمندی درباره کودک به دست آورد. آنافروید معمولا در نخستین مراحل درمان کودک، از بازی به عنوان شیوه ی دستیابی به اطلاعات استفاده می کرد، که می توانست با اطلاعات ارائه شده از سوی والدین در حین مصاحبه تکمیل شود( هیوز، 2005).

دو نوع بازی درمانی بر اساس نظریه روانکاوی منعشب گردید: بازی درمانی فعال[[120]](#footnote-120) و بازی درمانی نافعال[[121]](#footnote-121). دربازی درمانی فعال، درمانگر به جهت تشویق کودک برای به نمایش درآوردن صحنه های آسیب زای شخصی وارد بازی می گردد و تعدادی اسباب بازی انتخاب شده به کودک داده می شود. این رویکرد از این جهت ادامه دهنده­ی طرح آنافروید است. بازی درمانی نافعال همزمان با نوع فعال بازی درمانی رشد یافت. در این روش درمانگر بازی کودک را محدود نمی کند، فقط در اتاق با کودک می نشیند بعد به تدریج تلاش می کند که بخشی از بازی کودک گردد. کودک همیشه اجازه دارد که بازی را رهبری کند و لازم نیست که همه­ی بازی های کودک سمبلیک و دارای ارزش عاطفی باشد( لندرث، 1991). دربازی درمانی نافعال کودک در هنگام بازی آزاد است که درمانگر را به بازی خود وارد کند یا نه، اگر درمانگر از سوی کودک به بازی وارد می شد، با حفظ سنت روان تحلیل گرانه خود می توانست به طور آزادانه تفسیرها و تشویق های مناسب ارائه دهد(هیوز، 2005). بازیگر غیر فعال معتقد است که مهم ترین عامل برای تغییراختلال عاطفی کودک قبول همراه با درک بیانات و احساسات کودک است( لندرث، 1991).

بعدها بازی درمانی نافعال، تاکیدهای روان تحلیل گرانه خود را نشان داد( مانند استفاده از بازی به عنوان اساسی برای تفسیر رویاها، تحلیل ها و تجربه های گذشته)، و در دهه 1940 و 1950 به چیزی تبدیل شد که امروزه درمان ارتباط بی رهنمود[[122]](#footnote-122) نامیده می شود( هیوز، 2005).

در مقابل کسانی که طرفدار بازی درمانی نافعال بودند؛ بسیاری از درمانگران درباره نیاز به بازی درمانی فعال بحث می کردند، که در آن درمانگر پیشاپیش مشکل کودک راتعیین می کرد و سپس درمان را با نیازهای خاص کودک منطبق می ساخت. تفاوت چشمگیر این رویکرد نافعال و نامحدود که در آن درمانگر هیچ نوع اسباب بازی را برای بازی کردن به کودک پیشنهاد نمی کرد، این بود که اینجا درمانگر اسباب بازی های خاصی را به کودک می داد و برای فعالیت های بازی پیشنهادهایی ارائه می کرد( هیوز، 2005)

**رویکرد ارتباطی**

نظریه اتورانگ[[123]](#footnote-123) به درمان ارتباطی معروف است. رویکرد ارتباطی در بازی درمانی در طول دهه 1940، از تحول بازی درمانی نافعال که در دهه قبل وجود داشت و با الهام از کارهای کارل راجرز پدید آمد( قزوین نژاد، 1385). رویکرد ارتباطی در روان درمانی کودکان، بر کیفیت تعامل بین درمانگر و کودک، تاکید زیادی داشت. اتورانگ بیشتر به وضعیت فعلی کودک توجه داشت تا به گذشته او. در این بازی درمانی تعدادی اسباب بازی در اختیار کودک قرار می گیرد و درمانگر نیز جهت تشویق کودک، خودش وارد بازی می شود. درمانگر تلاش می کند تا فضایی بسیار پذیرنده را به وجود آورد. درمانگر از کودک انتقاد نمی کند و سعی ندارد تا به زور فرآیند درمان را به سمت و سوی خاصی هدایت کند؛ در مقابل، او بی رهنمود است و تلاش می کند تا احساس محبت، صداقت و احترام را به کودک انتقال دهد. درمانگران ارتباطی بی رهنمود سعی دارند تا در جلسه های درمانی خود، عناصری را فراهم سازد که در سایر حیطه های زندگی کودک وجود ندارد( هیوز، 2005)

**درمان بی رهنمود و یرجینیا اکسلاین**

هیوز( 2005) هشت اصل بنیادینی را که اکسلاین برای درمان ارتباطی خود بیان کرده است، چنین بر می شمرد: نخست اینکه درمانگر باید با کودک ارتباطی گرم و دوستانه برقرار سازد و کودک باید اتاق درمان را به چشم مکانی راحت و جالب برای بازی نگاه کند. دومین اصل این است که درمانگر باید بدون تحسین و بدون سرزنش، کودک به طور کامل آن گونه که هست، بپذیرد. سومین اصل اکسلاین این است که درمانگر باید فضایی سهل گیرانه به وجود آورد. نباید برای واداری کردن کودکبه استفاده از وسایل به شیوه ای خاص تلاش کند. همچنین نباید سوالهای بازجویانه مربوط به تجربه های زندگی کودک مطرح شوند.

چهارمین اصل این است که درمانگر احساسات کودک را تشخیص دهد و سعی کند تا آن­ها را به کودک برگرداند. پنجمین اصل بازی درمانی ارائه شده از سوی اکسلاین این است که درمانگر همواره به کودک احترام می گذارد و معتقد است که کودک برای حل مشکلات خود توانایی دارد. مسئولیت موفقیت درمان بر عهده کودک است و بدین ترتیب درمان بر حول محور کودک قرار دارد، نه درمانگر. اصل ششم این است که درمانگر تشخیص می دهد که در درمان، کودک راه را نشان می دهد و درمانگر آن را دنبال می کند. هفتمین اصل این است که درمان نباید با شتاب صورت پذیرد. سرانجام یک اصل مهم در درمان بی رهنمود است که باید محدودیت هایی تعیین کرد.

محدودیت های درمان بی رهنمود معمولا بر سه نوع هستند. نخست اینکه کودکان اجازه ندارند به خود یا درمانگر آسیب برسانند. دوم اینکه آنها اجازه ندارند به وسایل اتاق بازی صدمه بزنند. سوم اینکه، هرچند آنها ممکن است از وقت خود به همراه درمانگر به هر صورتی که دلشان می خواهد استفاده کنند، اما باید هنگامی که جلسه درمان به پایان می رسد، اتاق بازی را ترک کنند.

**رویکردهای ساختارمند**

همانگونه که دیدیم، رویکرد اولیه روان تحلیل گری در بازی درمانی از نظر گرایش به تفسیر تا اندازه ای مستقیم بود، در حالی که رویکرد ارتباطی به طور جدی در این اصل ریشه داشت که این کودک است که راه را نشان می دهد نه درمانگر. با این همه، روند جاری در تفکر درباره کاربرد های بازی در درمان، بیانگر نوعی سازش بین این دو رویکرد بسیار متفاوت است. این گرایش جدید در جستجوی حد وسط در روان درمانی کودکان را می توان در تغییراتی که در رویکرد روان تحلیل گری از دوران ملانی کلاین به وقوع پیوسته است، مشاهد کرد.

1-تاکید بر درمان های کوتاه مدت، با هدف های ویژه و خط مشی های روشن که در ابتدای درمان مشخص می شوند.

2- تاکید بر واقعیت موجود به جای مکانیسم های ناهشیاری که در گذشته ریشه دارند.

3- خوداری در استفاده بیش از اندازه از تفسیر نمادین.

4- تاکید بر اهمیت ارتباط بین درمانگر و کودک.

5- گرایش روزافزون به استفاده از هنرهای بیانی از جمله موسیقی، ادبیات، تئاتر، نمایش عروسکی، و بازی آزادانه.

به طور خلاصه، چنین به نظر می رسد که در مورد اثر درمانی بازی تردید اندکی وجود دارد. بازی تنش را برطرف کرده و عواطف سرکوب شده را رها می کند. به کودک اجازه می رهد که در عالم خیال، تجربه های آزار دهند دنیای واقعیت را جبران کند. خودکاوی را ترغیب می­کند. امکان یادگیری روش های جایگزین و موفقیت آمیزتر برای مقابله با مشکلات را برای کودکان فراهم می سازد. سرانجام، بازی واسطه طبیعی کودک برای ارتباط است و بدین سبب تقریبا در هر نوع روان درمانی که امروزه بر روی کودکان انجام می شود، به طور موفقیت آمیزی به کار برده می شود( شفر، 1985؛ به نقل از هیوز، 2005). انواع دیگری از بازی درمانی نیز وجود دارد که بازی درمانی شناختی-رفتاری یکی از جدید ترین رویکردهای آن است.

**2-9-4- بازی درمانی شناختی-رفتاری**

از میانه دهه­ی هشتاد، درمان شناختی[[124]](#footnote-124)(CT) آرون بک[[125]](#footnote-125) یک سیستم شناخته شده­ی روان درمانی شد و با یافته های مطالعات بالینی سودمندی آن مورد حمایت قرار گرفت. دیدگاه های نظری و اصول شناخت درمانی، به طور نسبی از آغاز تا کنون ثابت و استوار باقی مانده اند. بااین حال تئوری های بک، گروهی از رویکردهای مرتبط را ایجاد کرده است که در آنها تکنیک های مشترک به درمانهای شناختی-رفتاری بر می گردند. سی بی پی تی نیز یکی از رویکرد های این نسل و شاید جدیدترین و جوان­ترین آنها است.

از آنجایی که درمان شناختی به همان شکلی که با بزرگسالان کار و تمرین شده بود نمی توانست به سادگی و بدون تغییرات برای کار با نوجوانان مورد استفاده قرار گیرد. تقریبا اقتباس هایی از درمان شناختی برای کار با نوجوانان و کودکان سنین مدرسه ایجاد شدند( نل، 1993؛ به نقل از نل، 1998).

برخی چنین فرض می­کنند که انطباق درمان شناختی با جمعیت کودکان غیر ممکن است. اما نشان داده شده که سطح رشدی کودکان پیش دبستانی و مطالعات CT در عین مرتبت بودن از هم جدا هستند( نل، 1998). آموزش بالینی پیشنهاد می کند، که درمان فردی یا پیش دبستانی ها باید سطوحی از بازی درمانی را نیز شامل شود، که این به توانایی محدود پیش دبستانی ها برای قرار گرفتن در یک مکالمه کلامی انحصاری بر می گردد. در نگاه اول PT و CTممکن است ناسازگار به نظر برسند با این حال اقتباسی از CT که مرکب از درمان های شناختی-رفتاری و بازی درمانی های سنتی است، پیچیدگی CT را اصلاح می کند تا سطح رشدی کودکان را با سطح مداخلات هماهنگ نماید.CBPT مبتنی بر تئوری شناختی اختلالات هیجانی و اصول شناختی درمان است و این ها را در مسیری مناسب اصلاح نموده است. همانند سایر اشکال قابلیت اجرایی مداخلات تاکید دارد( نل، 1998).

 درمانگر شناختی به تاثیر باور­ها و نگرش­های ناسازگارانه یا ناکارآمد روی رفتار و چگونگی عکس العمل های یک شخص به رویداد­ها، تحت تاثیر معنادهی شخصی علاقمند است. با این وجود فرایند های تفکر که به صورت انحرافات شناختی در یک بزرگسال مورد توجه هستند، بخشی طبیعی از تکامل فرآیند تفکر در کودکان پیش دبستانی می باشند. بنابراین مهم است که توجه کنیم بچسب تحریف شناختی برای بچه های کوچک مشکل آفرین است. زیرا این حقیقت که چنین شناخت هایی در این مرحله رشدی، نرمال و معمول می باشند را نادیده می گیرد. علاوه بر این ممکن است مثال هایی ذکر شود که به سادگی برای نسبت دادن مجموعه ای از باور و معانی به یک رویداد کفایت نکنند. در اینجا نگرانی، وجود باورهای مختل نیست بلکه بیشتر عدم حضور باورها و عقاید سازگارانه است که کودک را در مهارت های مقابله­ای کمک نماید. در چنین مواردی کودک ممکن است در عملکرد خلاق به برخی کمک ها و مساعدت ها نیاز داشته باشد بیانات مقابله ای مثبت می­تواند برای کودک چشم اندازه ای مثبتی از تجارب جدید فراهم کند. بنابراین تغییر شناختی سازگارانه و موثر نه تنها برای یک بچه­ی کوچک ممکن است، بلکه به عنوان یک ابزار درمانی اگر با حساسیت بسیار بالا به فرایند­های رشدی نزدیک شود، آماده استفاده خواهد بود( نل، 1998).

شواهد بسیاری وجود دارند تا نشان دهند توانایی کودکان پیش دبستانی برای فهم مشکلات پیچیده می تواند توسط رویکردهای ویژه ای( از قبیل: فراهم نمودن مثالهایی واقعی و استفاده کمتر از پرسشهای با پاسخ ) افزایش یابد. از طریق استفاده از بازی، تغییر شناختی می تواند به طور غیر مستقیم به کودکان منتقل شود. توانایی درمانگر برای انعطاف پذیر بودن، کاهش انتظار برای مکالمات کلامی، و تکیه و اعتماد بیشتر به راههای تجربی می­تواند به طور معناداری در موفقیت این رویکرد­ درمانی سهیم باشد( نل، 1998).

با اعتقاد بر این موضوع بازی درمانی شناختی-رفتاری، با ترکیب اقدامات شناختی و رفتاری در یک الگوی بازی درمانی ایجاد شده، توسط نل( 1995) به ادبیات روان درمانی معرفی شد(مارک­ای، 1998). بازی درمانی شناختی رفتاری یک درمان نفوذ پذیر توسعه یافته است که بر قابلیت انعطاف کودکان کوچکتر تکیه می­کند، انتظار برای بیانات شفاهی با کودکان را کاهش داده و اعتماد به رویکرد تجربی را افزوده است. بازی درمانی شناختی رفتاری اقتباس نسبتا منحصر به فردی از درمان شناختی-رفتاری ویژه بزرگسالان است که برای کودکان پیش دبستانی و سال­های اول مقطع دبستانی توسعه یافته است. پیش از آغاز آن، بیشتر تکنیک های بازی ردمانی یا مبتنی بر تئوریهای روان پویشی یا درمانجو محور بودند. با هر دو دیدگاه نظری پیشین، بازی درمانی ساختار نیافته و توسط کودک هدایت می شد. بازی درمانی شناختی-رفتاری یک دیدگاه نظری جدید در روان درمانی کودک فراهم می کند، که در آن­ها مهم ترین تفاوتها بین این نوع بازی درمانی و بازی درمانی های دیگر شامل ساختار آن، اجرا روانی-تربیتی، و دیدگاه های معطوف بر هدف و مشارکتی می باشد فیعنی، هم توسط کودک و هم درمانگر هدایت می شود( نل، 2006). چارچوب نظری این درمان شناختی مبتنی بر مدل شناختی اختلالات هیجانی است. این مدل بر پایه­ی تعامل شناخت، هیجانات و رفتار قرار دارد. رفتار آشفته بیانگر تفکر غیر منطقی است و درمان بر اساس تغییر شناختی است. در زمان کار با کودکان با استفاده از این مدل، مداخلات متمرکزند بر کمک به کودک برای فرمول بندی تفکراتی که باید با موقعیتشان سازگار شوند، نه این کودک را وادار کند همانند یک بزرگسال بیاندیشد.(امجدی فر، 1385). بازی درمانی شناختی-رفتاری به طور شاخص یک مدل سازی ترکیبی از مهارتهای مقابله ای سازگارانه است. در طول استفاده از بازی، تغییر شناختی به طور غیرمستقیم مورد مکالمه قرار می گیرد و بیشتر رفتارهای سازگارانه به کودکان معرفی می شود. این طرح برای استفاده با بسیاری از مداخلات شناختی و رفتاری ویژه فراهم آمده است. در ترکیب های این نوع بازی، نتیجه کلی و پیشگیری از عود، از ویژگی های مهم به شمار می­روند. با اصلاحات و تغییرات جزئی بسیاری از اصول درمان شناختی همانند آنجه برای استفاده با بزرگسالان طراحی شده برای بچه های کوچکتر هم قابل استفاده است( نل، 1998).

 نل( 1998) معتقد است درمان های شناختی-رفتاری برای کودکان و بزرگسالان از دو جهت"ارزیابی" و "مداخله" باهم متفاوتند:

1-ارزیابی: همانند تمامی رویکردهای درمانی، اولین تکلیفی که توجه درمانگر را به خود جلب می کند "ارزیابی" است. اساسا ارزیابی در بازی درمانی شناختی-رفتاری متفاوت از سایر ارزیابی های بالینی کودک نیست. باید بررسی شود که کجا کودک در مسیر رشد نرمال و کجا رشد نرمال به انحراف کشیده می شود. اما تعیین انحرافات، کمبودها و نواقص شناختی در کودکان نسبت به بزرگسالان دشوارتر است و در این خصوص توجه به حساسیت مراحل و فرآیندهای رشدی نکته ای بسیار ظریف است. توانایی کودک برای انتقال آشفتگی و پریشانی­اش با مصاحبه­ی مستقیم با او مشخص نمی شود، اما از طریق یک مصاحبه والدینی، مشاهده رفتار کودک، آشکارسازی غیر مستقیم احساسات در طول بازی مشخص می­گردد.

تفاوت دیگر در ارزیابی کودکان، نیاز به جمع آوری اطلاعات از منابع متعدد است. از یک دیدگاه شناختی چه برای کودکان و چه برای بزرگسالان به تعیین خود بیانگری ها، اسنادها، باورها وفرضیات شخصی تاکید زیادی دارد. این اطلاعات در خصوص بزرگسالان با استفاده مستقیم از مصاحبه، خودبازنگری، خودسنجی و تکنیک های نمونه برداری و یادداشت افکار به دست می­آید. درمورد کودکان اطلاعات مشابه به صورت اندکی استنباطی تر، از طریق مشاهده و گزارش والدین و مصاحبه با بزرگسالانی که در تعامل نزدیک با کودک هستند، ارزیابی بازی، آزمون های روان شناختی سنتی، و آزمون­های خلق شده توسط درمانگر جمع­آوری می شود.

2- مداخله: ارزیابی، با معرفی مداخلات طراحی شده برای افزایش قابلیت های رفتاری، اصلاح شناخت­های ناسازگارانه، و فراگیر نمودن انواع سازگارانه­ی شناخت ها دنبال می­شود. در این بخش مداخلات درمان شناختی-رفتاری باید همانند تکنیک­های ارزیابی برای بازی درمانی شناختی-رفتاری در کودکان تعدیل یابند. با این حال برقراری هماهنگی بین سطح رشدی کودک و پیچیدگی مداخله های مورد نظر بسیار دشوار است و توانمندی های کودک باید در نظرگرفته شوند. بر همین اساس بازی درمانی شناختی-رفتاری بر استفاده­ی تکلیف های زبانی پیچیده تاکید نمی کند.

بازی درمانی شناختی-رفتاری برای درمان کودکان دارای اختلالات هیجانی، کوتاه مدت، محدود به زمان، دارای ساخت رهنمودی، مشکل مدار و وابسته به رابطه درمانی بی عیب و نقص است. در این رویکرد هر دو روش استقرایی و سقراطی حائز اهمیت هستند و استفاده از فعالیت های بازی به عنوان وسیله­ی ارتباطی بین درمانگر و کودک استوار است. بازی درمانی شناختی-رفتاری به سایر بازی درمانی ها شبیه است اما ازنظر فلسفه­ی مربوطه به تشکیل اهداف وانتخاب مواد و فعالیت های بازی و کاربرد درمان به منظور آموزش و بهره گیری از تحسین و تفسیر با سایرین فرق دارد. و در حکم مداخله­ی فعالی است که درمانگر و کودک جهت تشکیل اهداف و انتخاب مواد و فعالیت های بازی با هم کار می­کنند( نل، 1998).

انواع تکالیفی که می توان مورد استفاده قرار داد، بسیار است و به قوه­ی ابتکار درمانگر بستگی دارد. هنر، موسیقی، اسباب بازی ها و سایر ابزار های غیر کلامی استفاده می­شوند. مثالها شامل: الف) تصاویری از صورت ها که احساسات مختلف را بیشتر از اصطلاحات کلامی نمایش می دهد، ب) موسیقی که خلق های مختلف را مجسم می کند، و ج) عروسک های خیمه شب بازی و عروسک های خزی که در نقش احساسات و رفتارهای مختلف، نمایش اجرا می­کنند. با این حال تمرکز بر ابزار کلامی نمایش گرچه کمتر صورت می­گیرد، اما رشد زبان باید در سطح متناسب سنی تشویق و تقویت شود. توجه نمودن به عاطفه نیز می تواند کودک را در هماهنگی بین احساسات و یادگیری ابراز رفتارهای ناسازگارانه در مسیرهای سازگارانه – هم به صورت کلامی و هم غیر کلامی – یاری دهد(نل، 1933، به نقل از نل، 1998). همانند درمانهای شناختی رفتاری، بازی درمانی مبتنی بر این رویکرد، نیز مولفه های ضروری برای درمان اختلالات اضطرابی را شامل می­شود(آموزش روانی، مدیریت و کنترل جسمانی یا تن آرامی، بازسازی شناختی، آشکار سازی احساسات و جلوگیری از عود) و می­توانند با جرح و تعدیل مورد استفاده قرار گیرند. سایر مداخلات رفتاری در بازی درمانی شناختی-رفتاری عبارتنند از: حساسیت زدایی منظم، کنترل وابستگی، تقویت مثبت، شکل دهی، خاموش سازی و تقویت سایر رفتارها، ضعیف کردن محرک ها، مدل سازی، کنترل خود، و درگیر ساختن والین در درمان( نل، 2006).

در عمل بازی درمانی شناختی-رفتاری اغلب شامل یک مدل سازی ترکیبی است زیرا مدل سازی یک راه موثر برای به دست آوردن، تحکیم کردن یا ضعیف کردن رفتارها است. یادگیری از طریق مدل سازی یک راه موثر و کارآمد برای کودکان به منظورکسب مهارت ها و رفتارهای جدید است. همچنان که درمان پیشرفت می کند، مدل رفتارها و فرآیندهای تفکر سازگارانه­تر، را رشد می­دهد و کودک را قادر می سازد تا آنها را به مجموعه­ی رفتاری خویش پیوند دهد. این مدل سازی می تواند به طور موثری برای کودکان سنین پیش دبستانیموثر واقع شود و به درمانگر امکان می دهد که توجه خود را متمرکز کند تا مطمئن شود که مدل به لحاظ سطح رشدی متناسب است( بندورا[[126]](#footnote-126)، 1977؛ به نقل از نل،1998).

در بازی درمانی شناختی-رفتاری نسبت به سایر بازی درمانی ها برای کودکان بر درگیر ساختن کودک در درمان بیشتر تاکید می شود. در این خصوص شش خصوصیت ویژه مرتبط با این نوع بازی درمانی وجود دارد:

1-این نوع بازی درمانی، کودک را در فرایند درمان درگیر می کند، کودک یک شرکت کننده­ی فعال است، بنابراین موضوعات مقاومت و عدم پذیرش می تواند مرتفع شوند.

2- این نوع بازی درمانی متمرکز بر افکار، احساسات، تخیلات و محیط کودک است. به این ترتیب، تمرکز یافتن بر ترکیبی از موضوعاتی شبیه وسواس آلودگی، فوبی، و ... به اندازه­ی احساسات کودک در خصوص مشکل، ممکن است.

3- این نوع بازی درمانی، یک یا چند نوع استراتژی برای رشد و توسعه­ی افکار و رفتارهای سازگارانه تر را فراهم می­نماید. کودک به راهکارهای جدیدی برا مقابله با موقعیت ها و احساسات می اندیشد.

4- این نوع بازی درمانی نسبت به بازی آزاد، ساختار یافته، مستقیم و هدفدار است. درمانگر با کودک و خانواده برای دست یابی به اهداف کار می کند و به کودک کمک می کند که برای دست یابی به این اهداف تلاش نماید.

5- این نوع بازی درمانی، که تکنیک هایی را ازلحاظ آزمایشی به اثبات رسیده اند را با یکدیگر ترکیب می کند. برای مثال، الگو سازی رفکار با استفاده از عروسکهای خزی و اسباب بازی هایی که توسط درمانگر به کار برده می­شوند.

6- این نوع بازی درمانی اجازه­ی آزمایش تجربی از درمان را فراهم می­آورد وتکنیکهای استفاده شده می­توانند ارزیابی شوند. و توضیح می­دهد که چه درمانی، با چه کسی، برای این فرد و با این مشکل ویژه اثر بخش­تر است( کاتاناچ، 2009).

**مزایای بازی درمانی وبازی درمانی شناختی-رفتاری**

فری[[127]](#footnote-127)(2009)، در بررسی ویژگی ها و مزایای بازی درمانی و بازی درمانی شناختی رفتاری چنین عنوان می­کند که بازی درمانی یک مدل موثر برای تعامل با درمانجویان در تمام سنین با دیدگاه های درمانی نظری مختلف می­باشد. بازی درمانی با زبانی بیانگر و پذیرا به افراد کمک می­کند. بازی، زبان کودک است اما برخی اوقات زبان نوجوانان و بزرگسالان نیز می­باشد. بیشتر نوشته ها درباره­ی بازی درمانی شناختی-رفتاری بر کودکان پیش دبستانی متمرکز است. این نوشته­ها سطح رشد این کودکان و تناسب شیوه­های بازی درمانی با رده­ی سنی آنها را نشان می­دهد.وقتی بزرگسالان در سطح رشدی-شناختی­شان هستند. این غیر همزمانی رشد در افراد، بازی درمانی را برای درمانجویان در تمام سنین موثر می­کند)احمدی، 1389).

بعلاوه این نوع بازی درمانی برای تمام درمانجویان مقاوم در همه­ی سنین موثر است. پیش دبستانی ها و همچنین نوجوانان و بزرگسالان ممکن است نسبت به گفتگوی درمانی سنتی مقاومت نشان دهند، به این علت که قبلا مورد سو استفاده قرار گرفته­اند یا آموزش دیده اند که اطلاعات خاصی را به کسی نگوید، و یا سیستم عقیدتی خاصی دارند که تاثیر درمان را مخدوش می­کند. اینها تنها معرفی تعداد کمی از دلایل مقاومت است. همینطور، این نوع بازی درمانی می تواند برای درنمانجویان در تمام سنین بسیار مفید باشد. درمانجویان درتمام سنین اغلب مشکلاتشان را انکار می کنند. متخصصین بالینی اغلب با درمانجویانی سروکار دارند که از لحاظ روانشناسی از اینکه چه جیزی باعث پریشانی آنها می شود ناآگاهند. این مسئله به ویژه برای کودکان کوچکتر و پیش دبستانی نیز صحت دارد، اغلب برای نوجوانان و بزرگسالان نیز صحیح است. یک دانش­آموز کلاس پنجم که ممکن است نداند سواستفاده­های فیزیکی در خانه یک شیوه­ی نامناسب تربیتی است و آن را عادی تلقی می­کند، در درمان آن را ذکر نمی­نماید. از طریق بازی درمانی شناختی-رفتاری و استفاده از نقاشی ها، خاک رس، یا کتاب درمانی این مسائل اغلب ظاهر می­شوند، بنابراین به درمانگر و درمانجو، در کشف راههای جدید برای درمان کمک می­کند( فری، 2009؛ به نقل از احمدی، 1389).

اثربخشی بازی درمانی شناختی-رفتاری، اغلب به درمانجویانی نسبت داده می­شود که بنابر شرایط مختلف از لحاظ کلامی دچار مشکل هستند. یک درمانجوی بزرگسال ممکن است از نظر رشدی تاخیر داشته باشد. یک درمانجوی مدرسه ای، می­تواند گنگی انتخابی داشته باشد. درمانجویان بزرگتر از سنین پیش دبستانی ممکن است از استرس پس از سانحه رنج ببرند و زمان صحبت درمورد آسیب ها از لحاظ کلامی مشکل داشته باشند. تمام این درمانجویان می­توانند از مزایای این نوع بازی درمانی بهره ببرند. با این وجود، برخی درمانجویان بزرگتر می­توانند به خوبی با گفتگوی درمانی سنتی، دغدغه­های خود را بیان کنند، اما برخی اوقات دچار تنگنا می­شوند. اینجاست که بازی درمانی شناختی-رفتاری می­تواند مفید باشد. شاید درمانجو بتواند ناخشنودی­اش را در خصوص برخی مسائل آشکارا مطرح کند، اما مسائل جنسی را نمی­تواند. این نوع بازی درمانی همچنین می­تواند برای طرح مسائل پیش بینی نشده، فرصتی را فراهم می­کند که گفتگوی درمانی سنتی نمی­تواند. اغلب درمانگران آنچنان بر اهداف درمانی تمرکز می­کنند که از دغدغه های دیگری که ممکن است درمانجو داشته باشد و قبلا در برنامه درمانی منظور نشده، غافل می­مانند. در واقع کاربرد بازی درمانی شناختی-رفتاری منحصر به پیش دبستانی نیست، بلکه درمانجویان در سنین 2 تا 90 سال را می­توان شامل گردد. شیوه­های بازی درمانی شناختی-رفتاری برای مقابله با دغدغه هایی نظیر خشم، اضطراب، کمال گرایی، پرخاشگری، جدایی، مهارت های اجتماعی، سواستفاده و اعتماد به نفس ارائه می­شود. تحقیقات مختلف کاربرد های این نوع بازی درمانی را برای درمانجویان در تمام سنین نشان می­دهد( فری، 2009؛ به نقل از همان منبع).

# منابع فارسی

احمدی، فاطمه، (1389)، مقایسه تاثیر نظام ارتباطی مبادله تصویری و گفتار درمانی بر رشد ارتباط کودکان 4-8 ساله در خودمانده ، دانشگاه علوم بهزیستی و توان بخشی.

اسپادک، برنارد، (بی تا)، آموزش در دوران کودکی، مترجم، نظری نژاد، محمد حسین، (1380)، تهران: انتشارات نشر.

اصغری نکاح، سیدمحمد، (1390)، مجله اصول بهداشت روانی، سال 13(1).

اریک جی، مش و دیوید­ای، وولف، ( 2008). ترجمه مکی­آبادی، محمد مظفر و فروغ الدین عدل، اصغر(1391)، تهران: رشد.

اکسلاین، ویرجینیا، (1373)، بازی درمانی، مترجم احمد حجاریان، تهران: کیهان.

ام آکسالین، ویرجینیا، (1369)، بازی درمانی، ترجمه احمد حجاریان، تهران: کیهان.

امجدی­فر، رضا، (1385)، اثر بخشی بازی درمانی شناختی-رفتاری به شیوه گروهی بر کاهش پرخاشگری دانش­آموزان دبستانی، پایان نامه کارشناسی ارشد، دانشگاه علامه طباطبایی تهران.

انجمن روان پزشکان آمریکا، (2000)، متن تجدید نظر شده راهنمایی تشخیص و آماری اختلالات روانی، ترجمه نیکخو، (1381)، تهران: سخن.

اوزونف، سالی، ( 2002)، راهنمای والدین کودکان آسپرگر و اوتیسم با عملکرد بالا، مترجم شریفی­درآمدی، پرویز( 1385)، انتشارات سپاهان.

ایزرائیل، آلن، (1381)، کودکان آسیب شناسی روانی، ترجمه محمد تقی منشی طوسی، مشهد: شرکت به نشر.

باچر، جیمز؛ مینکا، سوزان؛ هولی، جیل (1388)، آسیب شناسی روانی جلد دوم، مترجم یحیی سید محمدی، تهران: انتشارات ارسباران.

برنشتان، فیلیپ اچ، (1380)، زناشویی درمانی از دیدگاه رفتاری – ارتباطی، ترجمه حسن پور عابدی نائینی، تهران: رشد.

بیابانگرد، اسماعیل (1384)، مقایسه مهارت های اجتماعی دانش آموزان دختر دبیرستان نابینا، ناشنوا و عادی شهر تهران، فصلنامه پژوهش در حیطه کودکان استثنایی، شماره 15، ص 68-55.

توماس، آر. چویل، کواتول، جی، ریچارد، (بی تا)، روانشناسی بالینی کودک (روشهای درمان گری)، مترجم: نائنیان، محمد رضا، تهران: رشد.

جلیل آبکنار، سیده سمیه (1386)، از عادی سازی تا آموزش فراگیر، تحولی در نظام آموزشی، پایان نامه کارشناسی ارشد، تهران.

دادگران، سید محمد، ( 1384)، مبانی ارتباط جمعی، چاپ هفتم، تهران: فیروزه

دریوز، آنتا، (2007)، ترکیب بازی درمانی با رفتار درمانی شناختی. ترجمه رمضانی، غزل(1389)، تهران: وانیا.

دلاور، علی، (1388)، روش تحقیق در روان شناسی علوم تربیتی، تهران: ویرایش.

رافعی، طلعت، ­­(1385). اتیسم ارزیابی و درمان، چاپ دوم. تهران: دانژه.

رامشینی، مریم، (1390)، بررسی اثر بخشی آموزش داستان اجتماعی بر افزایش تماس چشمی کودکان درخودمانده، پایان نامه کارشناسی ارشد، تهران.

رضا مهجور، سیامک، (1384)، روان شناسی بازی، تهران: انتشارات ساسان.

زاده هفت تنانیان، عصمت، ( 1386). مقایسه اثر بخشی آموزش مهارت­های ارتباطی( به شیوه­ی گروهی با الگوی گوردون)، پایان نامه کارشناسی ارشد، دانشگاه علامه طباطبایی تهران.

سادات سجادی­پور، فریده، ( 1386)، اثر بخشی آموزش مهارت­های ارتباطی بر اساس برنامه سازمان بهداشت جهانی بر میزان سازگاری دانش­آموزان، پایان نامه کارشناسی ارشد، دانشگاه علامه طباطبایی تهران

سادوک، بنیامین جیمز؛ سادوک، ویرجینیا آلکوت، (2007)، خلاصه روان پزشکی، ترجمه فرزین رضاعی، انتشارات ارجمند.

شفر، چالز و کداسن، هایدی، (2000). برگزیده­ای از روش­های بازی درمانی، ترجمه صابری، سوسن و وکیلی، پریوش( 1382). تهران: ارجمند

صمدی، سید­علی، ( 1389)، بازی درمانی­ (نظریه­ها، انجام پژوهش و روش­های مداخله). تهران: دانژه.

صمدی، علی و مک کانکی، روی، (1390)، اختلالات طیف اوتیسم، تهران: نشر دوران.

قزوینی نژاد، حمیرا­، ( 1385)، کلیات بازی­درمانی، تهران: آییژ.

کاکاوند، علیرضا، (1388)، روان شناسی مرض کودک، تهران: نشر ویرایش.

کارتلج، ج ؛ میلبرن، اف، (1980)، آموزش مهارت­های اجتماعی به کودکان، ترجمه محمد حسین نظری نژاد، چاپ اول(1369). مشهد: آستان قدس رضوی.

کراتوچویل، توماس­آر، ­(2002)، روانشناسی بالینی کودک ترجمه ناینیان، محمدرضا (1388)، تهران: رشد.

کوانوچیل، توماس آر، موریس، ریچارد جی، (1949)، روانشناسی بالینی کودک، ترجمه محمد رضا نائنیان، (1388)، تهران: انتشارات رشد.

لندرت، گری، ( 2002)، بازی درمانی­( هنر برقراری ارتباط). ترجمه داورپناه، فروزنده­، (1390)، تهران: رشد.

مارک­ای، آمولفین،­ (1998)، شناخت درمانی در کودکان و نوجوانان؛ ترجمه علاقبند راد، جواد و فرهی تازه کنده، حسن( 1379)، تهران: بقعه.

محمد اسماعیل، الهه، (1382)، بازی درمانی، نظریه ها و روش ها، تهران: انتشارات دانژه.

ملکی، حسن،­ (1386)،30 مهارت زندگی­( ویژه نوجوانان و جوانان)، تهران: آییژ.

هاردمن، مایکل، ام، وینستون، اگن، کیلفورد جی، درو، (1948)، روان شناسی، آموزش کودکان اسنثنایی در جامعه، مدرسه، خانواده، مترجم حمید علیزاده، کامران گنجی، مجید یوسفی لویه و فریبا یادگاری، (1387)، دانژه.

هیوز، فرگاس، ­(1384)، روانشناسی بازی: کودکان، بازی و رشد؛ ترجمه گنجی، کامران. تهران: دانژه.

هیوز، جان( 1384). درمان شناختی-رفتاری کودکان در مدارس. ترجمه توزنده­جانی، حسن و کمال­پور، نسرین. مشهد: نشر سنبله-آیین تربیت.

# منابع لاتین

Barneh, H. (2010), Psyological disorder. New York: Chelsea House.

Baron-Cohen S, Wheelwright S. The friendship questionnaire: An investigation of adults with Asperger syndrome or high-functioning autism, and normal sex differences. Journal of Autism and Developmental Disorders 2003: 33(5): 509–17.

Bavon-chon, S & Cross, P, (1992). Reading the eyes: Evidence for the role of perception in the development of a theory of mind. Mind and language, 6, 173-186.

Baron- chon, S, (1990), Autism. A Specific cognitive disorder of mind – blindness, international review of psychiatry, 2, 79-88.

Baron- chon, S, Leslie, A. M &Frith, U. (1985), Dose the autistic child have a " theory of mind "? Conition, 21, 37-64.

Barnett, H, (2010). Psychological disorder. New york. Chelsea House.

Dawson, G, Webb, S.D & Mc Partland, D, (2005), Understanding the nature of face processing impairment in austim: insights from behavioral and electrophysiological studies. Developmental neuropsychology, 27(3), 403-424.

Deffenbacher, Jerry Lee, (2000). Social skills training In: Encyclopedia of psychology, Alan E. Kazdin Ed. Vol.7, Oxford university PRESS.

Ekman, P &Friesen, W, (1971), constants across cultures in the face and emotion, journal of personality and social physic ology, 17, 124-129.

Ekman, P & Friesen, W, (1972), constants across cultures in the face and emotion, journal of personality and social physic ology, 17, 124-129.

Ekman, P (1992), are there basic emotion? Psychological review, 99, 550-553.

Ekman, P (2003), emotions revealed. London: weidenfeld& Nicolson.

Freeman, Gregory D; Sullivan, Kathleen; Fulton, C. Ray(2003). Effects of creative Drama on self-concept, social skills, and problem behavior. Journal of Educational Research; Jan/Feb, Vol. 96, Issue 3, P 131.

Gerald, G.( 1999) short termplay therapy. Newyork: Allynbucon

Gohnng, L. Matson, Megan, A. Hattier, Brian Belva. (2011), Treatingadaptive living skills of persons with autism using applied behavior analysis: a review researching autism spectrum disorder

Harms, M, Martin, A., Wallace, G. (2010), Facialemotion recognition in autism spectrum disorder: a review of behavioral and neuroimaging studies. Neuropsychology review, 20 (3), 290-322.

Jones, C, (2004), using the picture exchange communication system and time elay to enchance the spontaneous speech of children with autism.

Kalat, J, Shiota, M, N, (2007), emotion, thamsonwadsworth publisher.

Kef, S., Dekovic, M. (2004), the role of being a comparison adolescents with and without a visual impairment. Journal of adolescence, 27, 435-466.

Knell, S. M.­(1999). Cognitive-behavioral play therapy. In S. W. russ& T. Ollendick­(Eds), Hand book of psychotherapier with children and families­( pp. 385-404). New York: kluwer Academic/plenum publishers.

Landrigan, P. (2010), What causes autism exploring the environmental contribution. Department of community and prentive medicine, (22), 219-225.

Landerth, G. Bratton, S. (2002), play therapy. Counseling and human development.

Meirsschaut M, Roeyers H, Warreyn P. Parenting in families with a child with autism spectrum disorder and a typically developing child: Mothers’ experiences and cognitions. Res Autism Spectrdisord 2010; 4(4): 661-9.

Mirenda, P,& Schuler, A. L( 1988). Augmenting communication for personswithautuism 193: issues and strategies. Topics in language disorders, 9(1), 24-43.

Nelson, R. W. & Israel**,** A. C. (2000). *Behavior disorders of childhood*. Newjersey: Prentic-Halline.

Orsbern, M, L.(2002). Cognitive-behavioral play therapy: A survey of play therapists know ledge and use of a new approach to child therapy. A clinical Dissertation Submitted in Partial satisfactial of the Requirements for the Degree of psychology. Pepperdine University.

Paxton. K &Estay, I. A. (2007). Counselling people on the Austin spectrum: A practical manual – dessicakingsley publishers London and Philadelphia .p 171-184.

Paxton, K, Estay, L, A.(2007), counseling people on the autism spectrum: a practical manual. Jessica kingsley publishers London and Philadelphia, p 171-184.

Reere, J, M, (2009), understanding motivation and emotion, 5th edition, New York, wily.

Shopler, E. (1989). *Teaching spontaneous communication to autistic and mentally hadicapped children*. USA. Univ. of San Diego.

Sigridurloajonsdottir, Evddseamundsen, ingibjorjsifantonsdottir, solveigsigardordottir, denielolason. (2011), children diagnosed with autism spectrum disorder before after the age of 6 years. Research in autism spectrum disorder, 5, 175-184.

Stone,W. L. (1997). *Autism in infancy and early childhood*. In D. J. Cohen& F.R. Volkmar (Eds.), Handbook of autism and pervasive developmental disorders. NEW YORK:johnwiley.

Sulzer- Azarof, B., Hoffman, A, Horton, C, B, Bondy, A, Frost, L. (2009), The picture exchange communication system (PECS). Journal of focus on autism and other developmental disabilities, 24, (2), 89-103.

Symons DK, Peterson CC, Slaughter V, Roche J, and Doyle E. Theory of mind and mental state discourse during book reading and story-telling tasks. British Journal of Developmental Psychology 2005: 23(1): 81-102.

Tager, H. (2007), evaluation the theory of mind hypothesis of autism. Association for psychological science, 160(6).

Tarkington, c, (2007), the encyclopedia of autism spectrum disorder. New york.

Wing, Lo. (1989) ‘The continuum of autistic characteristics.’ In E. Schopler and G. Mesibov (Eds) *Diagnosis and Assessment in Autism*. New York: Plenum Press.

Yapko, D, (2003). Understanding autism spectrum. London: Penton Ville.

Yeargin-Allsopp M, Rice C, KarapurkarT,Doernberg N, Boyle C, Murphy C(2000). Prevalence of autism in a United States metropolitan area. J Am Med Assoc 2008; 121(3): 547-54

1. Athos [↑](#footnote-ref-1)
2. Wing [↑](#footnote-ref-2)
3. Aston [↑](#footnote-ref-3)
4. Deffenbacher [↑](#footnote-ref-4)
5. Kampz and Kai [↑](#footnote-ref-5)
6. Gersham and Elliott [↑](#footnote-ref-6)
7. Cartledge & Milburn [↑](#footnote-ref-7)
8. Nelson and Azrael [↑](#footnote-ref-8)
9. Eskaton [↑](#footnote-ref-9)
10. Exkoren [↑](#footnote-ref-10)
11. Cohen [↑](#footnote-ref-11)
12. Mash and Wolfe [↑](#footnote-ref-12)
13. Paxton [↑](#footnote-ref-13)
14. Baron - Chon [↑](#footnote-ref-14)
15. Dawson [↑](#footnote-ref-15)
16. Boucher and lewis [↑](#footnote-ref-16)
17. Kepner at al [↑](#footnote-ref-17)
18. Klein at al [↑](#footnote-ref-18)
19. Merrill [↑](#footnote-ref-19)
20. Hershler & Hochstein [↑](#footnote-ref-20)
21. Merrill [↑](#footnote-ref-21)
22. Bruce & Young [↑](#footnote-ref-22)
23. Waler [↑](#footnote-ref-23)
24. Ekman & friesen [↑](#footnote-ref-24)
25. Belper  [↑](#footnote-ref-25)
26. Rio [↑](#footnote-ref-26)
27. Kalat [↑](#footnote-ref-27)
28. Paxton. K & Estay [↑](#footnote-ref-28)
29. Dennis at al [↑](#footnote-ref-29)
30. Harms [↑](#footnote-ref-30)
31. Halgin  [↑](#footnote-ref-31)
32. Kratochwill [↑](#footnote-ref-32)
33. Adcock and Cuvo [↑](#footnote-ref-33)
34. Bhaumik [↑](#footnote-ref-34)
35. Brim, Townsend, Dequinzio-Poulson [↑](#footnote-ref-35)
36. Fernell and Gillberg [↑](#footnote-ref-36)
37. Smith and Motson [↑](#footnote-ref-37)
38. Rieske [↑](#footnote-ref-38)
39. Tureck [↑](#footnote-ref-39)
40. Schroeder, Derocher, Bebko, Cappadocia [↑](#footnote-ref-40)
41. Frith and Happe [↑](#footnote-ref-41)
42. Local processing [↑](#footnote-ref-42)
43. Leslie [↑](#footnote-ref-43)
44. Rizzolatti etal [↑](#footnote-ref-44)
45. Gillberg [↑](#footnote-ref-45)
46. Matson [↑](#footnote-ref-46)
47. Jonsdotir, Seamundsen, Antonsdoti, Sigurdotir, Olson [↑](#footnote-ref-47)
48. Kishore and Basu [↑](#footnote-ref-48)
49. Floor time [↑](#footnote-ref-49)
50. Social stories [↑](#footnote-ref-50)
51. Picture Excange Communication System (PECS) [↑](#footnote-ref-51)
52. Delacalo [↑](#footnote-ref-52)
53. Sensory Integration [↑](#footnote-ref-53)
54. Higashi Method [↑](#footnote-ref-54)
55. Loras [↑](#footnote-ref-55)
56. Landrigan [↑](#footnote-ref-56)
57. Edwin cook [↑](#footnote-ref-57)
58. Barnett [↑](#footnote-ref-58)
59. Yapko [↑](#footnote-ref-59)
60. Landrigan [↑](#footnote-ref-60)
61. Andrew wakefield [↑](#footnote-ref-61)
62. Thimerosal [↑](#footnote-ref-62)
63. Yapko [↑](#footnote-ref-63)
64. Vermis [↑](#footnote-ref-64)
65. Hardman [↑](#footnote-ref-65)
66. Tager [↑](#footnote-ref-66)
67. False-belife [↑](#footnote-ref-67)
68. Barnett [↑](#footnote-ref-68)
69. Central coherence [↑](#footnote-ref-69)
70. Frith [↑](#footnote-ref-70)
71. Holly and Arnold [↑](#footnote-ref-71)
72. Schuler [↑](#footnote-ref-72)
73. Applied behavior analysis( ABA) [↑](#footnote-ref-73)
74. Turkington [↑](#footnote-ref-74)
75. Barneh [↑](#footnote-ref-75)
76. Sulzer [↑](#footnote-ref-76)
77. Holly and Arnold [↑](#footnote-ref-77)
78. Son-Rise programme [↑](#footnote-ref-78)
79. Westwood [↑](#footnote-ref-79)
80. Barry neil kaufman [↑](#footnote-ref-80)
81. Samaharia kaufman [↑](#footnote-ref-81)
82. Jean ayres [↑](#footnote-ref-82)
83. Elkind [↑](#footnote-ref-83)
84. Slaughter [↑](#footnote-ref-84)
85. Dombrowski [↑](#footnote-ref-85)
86. Slaughter [↑](#footnote-ref-86)
87. Dombrowski [↑](#footnote-ref-87)
88. Segal [↑](#footnote-ref-88)
89. Ana. Freud [↑](#footnote-ref-89)
90. Otto Rank [↑](#footnote-ref-90)
91. Ginott [↑](#footnote-ref-91)
92. Esman [↑](#footnote-ref-92)
93. Virginia  Axline [↑](#footnote-ref-93)
94. nonliteral [↑](#footnote-ref-94)
95. Make- believe [↑](#footnote-ref-95)
96. Rubin [↑](#footnote-ref-96)
97. Fein [↑](#footnote-ref-97)
98. Vandebenberg [↑](#footnote-ref-98)
99. Espenser [↑](#footnote-ref-99)
100. Sheller [↑](#footnote-ref-100)
101. Carl Groos [↑](#footnote-ref-101)
102. Lazarus [↑](#footnote-ref-102)
103. Estanly hall [↑](#footnote-ref-103)
104. Susan. Issacs [↑](#footnote-ref-104)
105. Lev. Vygotsky [↑](#footnote-ref-105)
106. D. W. Winnocott [↑](#footnote-ref-106)
107. Jerome. Bruner [↑](#footnote-ref-107)
108. Erikh. Athry [↑](#footnote-ref-108)
109. Chris Athey [↑](#footnote-ref-109)
110. Jan Jak. Roso [↑](#footnote-ref-110)
111. Sigmund. Freud [↑](#footnote-ref-111)
112. Ana. Freud [↑](#footnote-ref-112)
113. Melanie. Klein [↑](#footnote-ref-113)
114. Carl Regers [↑](#footnote-ref-114)
115. Orsbern [↑](#footnote-ref-115)
116. Rousseau [↑](#footnote-ref-116)
117. Landerth [↑](#footnote-ref-117)
118. transference [↑](#footnote-ref-118)
119. Play analysis [↑](#footnote-ref-119)
120. Active play therapy [↑](#footnote-ref-120)
121. Passive play therapy [↑](#footnote-ref-121)
122. Nondirective relationship therapy [↑](#footnote-ref-122)
123. Otto rung [↑](#footnote-ref-123)
124. Cognitive thrapy [↑](#footnote-ref-124)
125. Aron Beck [↑](#footnote-ref-125)
126. Bandura [↑](#footnote-ref-126)
127. Frey [↑](#footnote-ref-127)