

# بچہ های آسمان

فصلنامہ علمے داخلے کودکان انیسٹیک  
سال سیزدہم، شمارہ چہل و سہ، بہار و تابستان ۱۴۰۳

نائبہ درمان تننائے رفتاری بر اختلالات اضطرابے

بازی درمانے و انیسم

مداخلہ رفتاری فلتزده اولیہ

بچه های آسمان

فصلنامه علمی داخلی کودکان اتیستیک

سال سیزدهم، شماره چهل و سه، بهار و تابستان ۱۴۰۳

مرکز آموزش و توانبخشی کودکان اتیسم پرنیان اصفهان

وابسته به خیریه یاوران حضرت زینب(س)

زیر نظر سازمان بهزیستی استان اصفهان

صاحب امتیاز: خیریه یاوران حضرت زینب(س)

مدیر مسئول: طیبه صفری

سردبیر: نفیسه خدادادی

هیات تحریریه:

ندا ایزدی

زهرا حبیبی

فاطمه حسن زاده

رضا دواساز ایرانی

ایران رضایی اشیانی

رعنا صالحی

ندا قاسمی

فاطمه کیخائی

بیبا هاشمی

صفحه آرایی و گرافیک:

گرافیک سیب SibGFX.IR

با سپاس فراوان از: سازمان بهزیستی استان اصفهان

و

جناب آقای دکتر حسین سعیدی

آدرس الکترونیکی:

Autism.esf.mag@gmail.com

www.iranautism.ir

## فهرست

۱ / سرمقاله

۲ / مداخله رفتاری فشرده اولیه

۴ / تاثیر تاب آوری بر استرس والدین

۸ / تاثیر درمان شناختی رفتاری بر اختلالات اضطرابی اتیسم

۱۱ / پیشنهادهایی به والدین کودک اتیسم

۱۴ / بازی درمانی و اتیسم

۱۷ / نقش والدین در تحول روانشناختی اتیسم

۲۱ / هویت جنسی و ناهنجاری جنسیت

۲۵ / مشکلات فرزندپروری والدین کودکان مبتلا به اختلال طیف اتیسم

۲۹ / بگذار صدایت را بشنوم

در قلب دنیای اتیسم، جهانی پر از رنگ ها و  
صداهاى خاص و منحصر به فرد وجود دارد.  
ارتباط با افراد اتیسم، سفرى است به اعماق  
احساسات و تجربه هاى انسانی که شاید برای  
بسیاری ناشناخته باشد. آنان با چشمانى متفاوت  
به زیبایی هاى دنیا نگاه می کنند و برای برقراری  
ارتباط نیاز به صبر، فهم عمیق و عشق بی پایان  
دارند. هر کلمه و حرکت ، برای آن ها ممکن  
است معنای عمیقی داشته باشد. با احترام به  
تفاوت هایشان و تلاش برای درک دنیای درونی  
شان، می توانیم پیوندی حقیقی و ارزشمند  
بسازیم که در آن، احساس ارزشمندی و پذیرش  
کنند.



## مداخله رفتاری فشرده اولیه (EIBI)

زهرا حبیبی / کارشناسی ارشد روانشناسی بالینی

عملکرد شناختی، خودیاری، تعامل اجتماعی و مهارت های حرکتی با استفاده از آموزش آزمایشی گسسته (DTT) طراحی شده است که از اصول تحلیل رفتار کاربردی (ABA) پیروی می کند. این خدمات توسط تیمی از درمانگران حرفه ای ارائه می شود و به مدت چند سال به صورت چهره به چهره با کودک در محیطی ساختاریافته به مدت چند ساعت در روز اجرا می شود و مشارکت فعال والدین الزامی است.

مداخله رفتاری فشرده اولیه (EIBI) برای کمک به کودکان اوتیستیک در یادگیری مهارت ها و رفتار جدید استفاده می شود. این مهارت ها و رفتارها جای رفتار چالش برانگیز را می گیرند.

مداخله رفتاری فشرده اولیه نوعی تحلیل رفتار کاربردی (ABA) برای کودکان بسیار کوچک مبتلا به اختلال طیف اتیسم است که معمولاً برای کودکان کمتر از ۵ سال و اغلب کمتر از ۳ سال استفاده می شود. مداخله رفتاری فشرده اولیه یک روش آموزشی بسیار ساختاریافته برای ایجاد رفتارهای مثبت (مانند ارتباطات اجتماعی) و کاهش رفتارهای ناخواسته (مانند احساسات خشن، پرخاشگری و آسیب به خود) است. این روش درمانی در یک محیط مخصوص بزرگسالان و کودکان و تحت نظارت یک متخصص آموزش دیده انجام می شود.

مداخله رفتاری فشرده اولیه (EIBI) شامل کار با کودکان زیر ۵ سال است. هدف این نوع مداخله، آموزش مهارت های یادگیری زود هنگام از قبیل؛ راه هایی برای برقراری ارتباط، بازی و یادگیری از دیگران است. این درمان می تواند در محیط های خانه، مهد کودک، مدرسه و جامعه انجام شود تا به بهترین نحو مهارت هایی را آموزش دهد که معنادار، هدفمند و قابل تعمیم است و به طور طبیعی در همه محیط ها رخ می دهد.

اهداف پس از ارزیابی اولیه در سطح قابل دستیابی تعیین می شوند و به دقت نظارت می شوند تا اطمینان حاصل شود که پیشرفت مداوم به سمت بالاترین پتانسیل کودک انجام می شود.

مداخله رفتاری فشرده اولیه (EIBI) برای آموزش مهارت های خاص در زبان،



دهند و بازی را ترویج دهند. درمان مداخله رفتاری فشرده اولیه (EIBI) استراتژی‌هایی را برای آموزش رفتارهای طرفدار اجتماعی و در عین حال کاهش موانع یادگیری، مانند کاهش انگیزه و رفتارهایی که کودکان را از دسترسی به حمایت‌های اصلی یا درگیر شدن با جامعه خود باز می‌دارد، ترویج می‌کند.

یکی از اهداف اولیه ما این است که کودکان یاد بگیرند که انتخاب کنند، مستقل باشند. ما دوست داریم به آن‌ها یاد دهیم که از خودشان دفاع کنند و این موضوع را به طور موثر بیان کنند.

درمانگر ابتدا ارزیابی‌های رفتاری عملکردی (FBA) را با مراجعان خود انجام می‌دهد تا اطلاعاتی در مورد رفتار کودک، محرک‌ها و پیامدهای آن جمع‌آوری کند. از طریق این فرآیند، درمانگر یاد می‌گیرد که چگونه و چرا موانع یادگیری رخ می‌دهد. با این دانش، همراه با خانواده‌ها، درمانگر می‌تواند استراتژی‌های مداخله رفتاری مثبت را برای دستیابی به بهترین نتایج ممکن برای کودک توسعه دهد.

#### منابع

Weitlauf, A.S., McPheeters, M.L., Peters, B., Sathe, N., Travis, R., Aiello, R., Williamson, E., Veenstra-VanderWeele, J., Krishnaswami, S., Jerome, R., & Warren, Z. (2014). Therapies for children with autism spectrum disorder: Behavioral interventions update. Comparative Effectiveness Review no. 137 [AHRQ Publication No. 14-EHC036-EF]. Agency for Healthcare Research and Quality. Retrieved 17 May 2022 from <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK241444>

Steinbrenner, J.R., Hume, K., Odom, S.L., Morin, K.L., Nowell, S.W., Tomaszewski, B., Szendrey, S., McIntyre, N.S., Yücesoy-Özkan, S., & Savage, M.N. (2020). Evidence-based practices for children, youth, and young adults with autism. The University of North Carolina at Chapel Hill, Frank Porter Graham Child Development Institute & National Clearinghouse on Autism Evidence and Practice Review Team. Retrieved 17 May 2022 from <https://naep.fpg.unc.edu/sites/naep.fpg.unc.edu/files/imce/documents/EBP%20Report%202020.pdf>

زمان زیادی می‌برند - ممکن است ۲۰ ساعت در هفته یا بیشتر باشد. والدین مستقیماً در برنامه‌های کودکان مشارکت دارند که باید هر چه زودتر درمان شروع شود. بسته به ارائه دهنده، کودکان ممکن است درمان را در یک مرکز، خانه، کلینیک، مدرسه یا مکان‌های دیگر دریافت کنند.

برنامه کودک باید به جای‌هایی از رفتارهایی مانند تکان دادن، چرخیدن یا تلنگر زدن، بر ایجاد مهارت تمرکز کند. بسیاری از کودکان اوتیستیک این رفتارها را آرامش بخش می‌دانند.

برنامه‌های تحلیل رفتار کاربردی ABA و رفتاری فشرده اولیه EIBI باید شامل اوقات فراغت، فعالیت‌های آرامش بخش و فرصت‌هایی برای کودکان باشد تا کودکان نیازهای عاطفی خود را برآورده کنند. این برنامه‌ها نباید تنبیه داشته باشند.

مداخله رفتاری فشرده اولیه (EIBI) بر ایجاد ارتباط متمرکز است و از انگیزه برای ترویج رفتارها و مهارت‌های طرفدار اجتماعی استفاده می‌کند که استقلال و انتخاب را آموزش می‌دهد. رویکرد مداخله رفتاری فشرده اولیه (EIBI) به کودکان اوتیسم کمک می‌کند توجه خود را متمرکز کنند، تقلید کنند، مهارت‌های زبانی خود را توسعه

همچنین به کودکان کمک می‌کند: یاد بگیرند که تقلید کنند توجه آن‌ها بیشتر متمرکز می‌شود. درک و استفاده آن‌ها از زبان بهبود یابد.

مهارت‌های بازی و زندگی روزمره خود (مانند مسواک زدن) را توسعه دهد.

اصول تحلیل رفتار کاربردی (ABA) و مداخله رفتاری فشرده اولیه (EIBI) می‌تواند به کودکان اوتیستیک کمک کند تا استقلال خود را توسعه دهند.

به طور کلی، برای استفاده از درمان مداخله رفتاری فشرده اولیه (EIBI) از مراحل زیر استفاده کنید:

مهارت‌ها و مشکلات فعلی کودک را ارزیابی کنید.

یک برنامه فردی برای کودک تهیه کنید.

برنامه را با استفاده از روش‌های تدریس خاص برای ایجاد مهارت‌ها اجرا کنید.

مهارت‌هایی را که روی آن‌ها تمرکز می‌کنید اندازه‌گیری کنید تا ببینید آیا طبق برنامه کار می‌کنند یا خیر. پیشرفت را ارزیابی کنید، در صورت نیاز تغییرات ایجاد کنید.

برنامه‌های رفتاری فشرده اولیه (EIBI)



## تأثیر تاب آوری بر استرس والدین

ندا ایزدی / دکتری روانشناسی

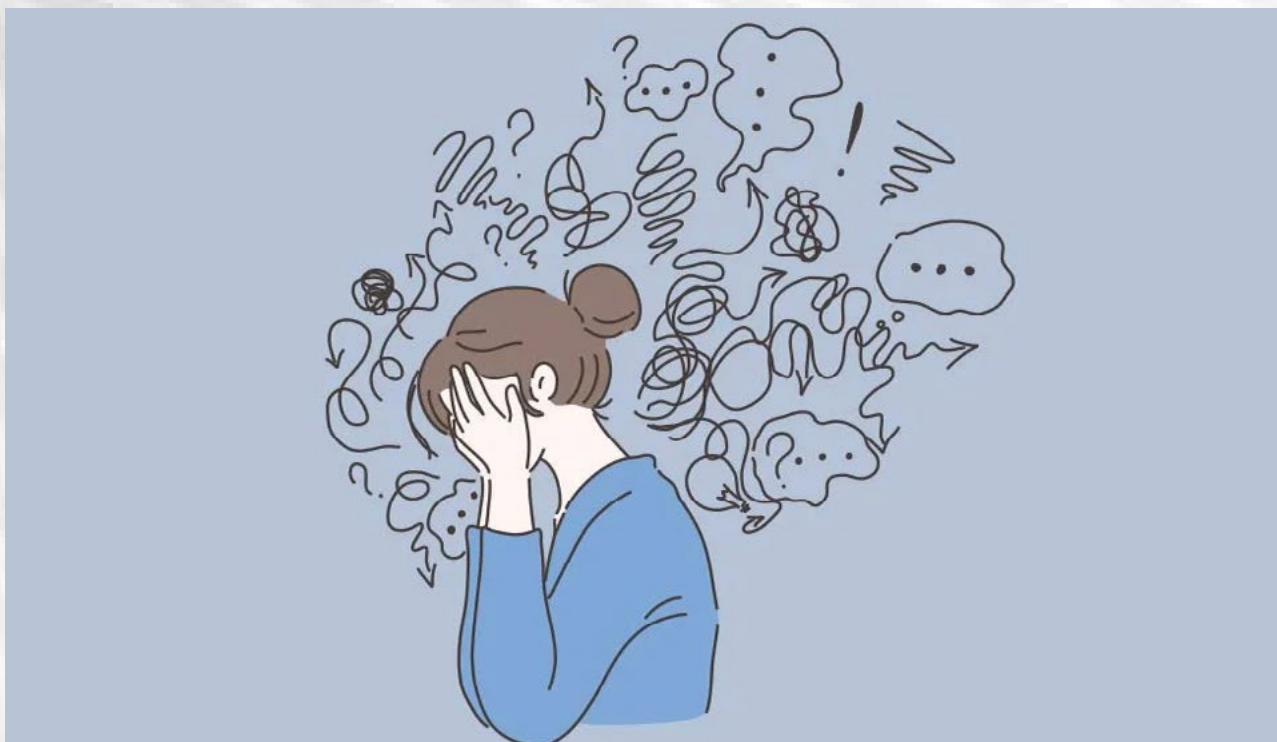
مالی، درک والدین نسبت به اتیسم، اضطراب و نگرانی والدین در مورد آینده فرزندشان و عدم باورهای مذهبی بود. ویژگی‌های این اختلال و همچنین گاهی تشخیص دیر هنگام و دشوار، فقدان درمان‌های قطعی و موثر و پیش‌آگهی نه‌چندان مطلوب، می‌تواند فشار روانی شدیدی را بر خانواده و والدین کودک تحمیل کند. بررسی‌ها نشان می‌دهند که والدین کودکان مبتلا به اختلال طیف اتیسم بیش از والدین کودکان مبتلا به اختلال‌های روان‌شناختی دیگر، در معرض فشارهای روانی و اضطراب ناشی از داشتن کودک اتیسم قرار دارند. وجود کودک اتیسم، سازش‌یافتگی و سلامت جسمی و روانی خانواده را تهدید می‌کند و غالباً

مشکلات رفتاری در کودکان مبتلا به اختلال طیف اتیسم (ASD) ممکن است استرس والدین را تشدید کند. خودکارآمدی والدین و خانواده ممکن است بر این ارتباط تأثیر بگذارد. خودکارآمدی والدین نقش واسطه‌ای در رابطه بین استرس والدین و مشکلات رفتاری و عاطفی فرزندان اتیسم دارد. سطوح بالای استرس والدین نیز می‌تواند بر کیفیت تعامل والد-کودک تأثیر بگذارد، که برای توسعه اولیه ارتباطات اجتماعی بسیار مهم است (ادموندز و همکاران، ۲۰۱۹، وارن و همکاران، ۲۰۱۰).

والدین کودکان اتیستیک سطوح بالاتری از استرس والدین را نسبت به سایر ناتوانی‌های مرتبط با کودک گزارش می‌کنند و رفتار غیر معمول کودک به عنوان عامل اصلی استرس شناخته می‌شود. از آنجایی که استرس باعث بسیاری از مشکلات سلامتی می‌شود، مهم است که بفهمیم چه مداخلاتی برای کاهش استرس والدین موثر است.

والدین کودکان مبتلا به اختلال طیف اتیسم سطوح بالایی از استرس را تجربه می‌کنند و مطالعات تحقیقاتی متعددی از استفاده از تکنیک‌های ذهن‌آگاهی برای کاهش سطح استرس در بزرگسالان حمایت می‌کند.

علل رایج استرس فقدان حمایت‌های اجتماعی، شدت علائم اتیسم، مشکلات



تأثیر منفی بر آن می‌گذارد. در واقع رفتارهای مخرب و غیرعادی کودک به عنوان منبع اصلی استرس برای والدین کودکان اتیستیک به خصوص مادر محسوب می‌شود. مطالعات نیز نشان داده‌اند که مادران کودکان مبتلابه اتیسم، استرس و نگرانی بیشتری از سایر بیماری‌های مزمن تجربه می‌کنند. بر این اساس به نظر می‌رسد که اجرای مداخلات مناسب برای کاهش استرس والدین ضروری است. بر اساس تحقیقات انجام شده تاب آوری نقش مهمی در کاهش استرس والدین دارد. فواید تاب آوری

ارزش و اهمیت تاب آوری موارد زیر می‌باشد:

تاب آوری باعث کاهش استرس می‌شود.

تاب آوری به فرد کمک می‌کند تا ثبات عاطفی خود را تقویت کند.

به او می‌آموزد که تغییرات قابل مدیریت هستند.

در مقابله با چالش‌های روزانه به فرد

کمک می‌کند.

تاب آوری منجر به انعطاف‌پذیری بهتر می‌شود؛ در نتیجه کار تیمی بهبود می‌یابد.

تاب آوری با افزایش عواطف مثبت و کاهش عواطف و احساسات منفی مقابله با شرایط دشوار زندگی را آسان تر کرده و توانایی چیره شدن بر مشکلات را افزایش می‌دهد که این عامل می‌تواند استرس را کاهش دهد.

پژوهش‌ها نیز نشان داده‌اند که توانایی تاب آوری می‌تواند به افراد کمک کند تا هیجانات مثبت بیشتری را تجربه کنند.

تجربه هیجانات مثبت به مادران کمک می‌کند تا تعامل مثبت تری نیز با کودک خود داشته باشند.

همچنین تجربه هیجان‌های مثبت به این مادران کمک می‌کند تا بتوانند با استرس والدگری بهتر مقابله کنند.

از دلایل اثربخشی آموزش تاب آوری بر کاهش استرس ممکن است ایجاد راهبردهای کنار آمدن و ساز و کارهای دفاعی بهتر در افراد باشد. افراد با تاب

آوری بالا در مقابل رویدادهای استرس زا با خوش بینی، ابراز وجود و اعتماد به نفس برخورد می‌کنند در نتیجه این رویدادها را قابل کنترل می‌بینند. نگرش‌های خوش بینانه، پردازش اطلاعات را موثرتر می‌سازد و فرد راهبردهای مقابله‌ای فعال بیشتری را به کار می‌گیرد و توان کنار آمدن با شرایط دشوار افزایش می‌یابد و تنش را کاهش می‌دهد. توانایی حل کردن مشکلات و مهارت‌های حل تعارض یکی از ویژگی‌های بارز در افراد تاب آور است.

به منظور افزایش تاب آوری مراحل زیر باید انجام شود:

آشنایی با استرس و استرس‌های ناشی از داشتن فرزند با ناتوانی یادگیری و مفهوم تاب آوری

آشنایی با راهبردهای کنار آمدن و مقابله با استرس و تأکید بر نقش آن‌ها در تاب آوری بیان نقش باورها و افکار در رفتار و هیجانات و تاب آوری و آشنایی با خطاهای شناختی و بازسازی شناختی



در مواجهه با شرایط سخت دارد و به جای تبدیل کردن آن مشکل به یک غول دو سر، به خود و توانایی‌هایش توجه بیشتری می‌کند.

یعنی تاب آورها ذهن‌شان را به گونه ای تنظیم کرده اند که بعد از هر موقعیت استرس‌زایی به دنبال رشد خودشان هستند و تسلیم آسیب‌های روانی که ممکن است پیش آید، نمی‌شوند. حالا سوال اینجاست که چطور مهارت تاب آوری را افزایش دهیم؟

قدم اول: بالا بردن آگاهی شما باید نسبت به این که که چرا شرایط غیرقابل پیش بینی و استرس زا شما را به هم می‌ریزد، آگاهی پیدا کنید. از طرفی بفهمید که مغز شما مشکلات را چطور تجزیه و تحلیل می‌کند.

وقتی شما این نکات را متوجه شوید، بهتر می‌توانید در جهت بهبود اوضاع قدم بردارید چون دیگر می‌دانید مشکل از کجاست و مستقیماً به سراغ راه حل می‌روید.

قدم دوم: هدف گذاری در زندگی یک شاخص مهم در تاب آوری، هدف گذاری در زندگی است. کسی که هدفمند عمل می‌کند، کسی که لیست اهداف دارد و برای رسیدن به آن‌ها تلاش می‌کند، جهت گیری آینده خود را افزایش می‌دهد و کمتر مانعی می‌تواند او را از مسیر منحرف کند.

قدم سوم: نگرش مثبت به توانایی‌های خود

از دیگر شاخص‌های تاب آوری داشتن اعتماد به نفس و اعتماد به قابلیت‌های شخصی است. یعنی شما قبل از

و می‌توانند در هنگام مواجهه با شرایط بحرانی، ذهن خود را آرام کرده و احساسات خود را مدیریت کنند. همچنین درک می‌کنند که ناملایمات و احساسات دشوار همیشگی نیستند. ۳. تاب آوری فیزیکی

تاب آوری فیزیکی، به نحوه برخورد بدن با تغییرات و به میزان سازگاری بدن با چالش‌ها اشاره دارد. این نوع تاب آوری نقش مهمی در سلامت فیزیکی دارد و افراد تا حدودی می‌توانند با انتخاب سبک زندگی سالم آن را بهبود دهند. با داشتن خواب کافی، خوردن یک رژیم غذایی مغذی و انجام ورزش منظم، می‌توان این نوع تاب آوری را در خود تقویت کرد.

۴. تاب آوری اجتماعی مهارت تاب آوری اجتماعی، ارتباط افراد با دیگران و توانایی‌های آن‌ها برای تحمل، مقابله و سازگاری با تهدیدات و موقعیت‌های دشوار محیطی و اجتماعی و کار با یکدیگر برای حل مشکلاتی که افراد را هم به صورت فردی و هم به صورت جمعی را تحت تأثیر قرار می‌دهد.

راهکارهای افزایش تاب آوری ممکن است پیرسید در تاب آوری دقیقاً چه کاری باید انجام داد؟ در واقع فردی با مهارت تاب آوری، نگرش متفاوتی

آشنایی با نقش تفاوت‌های فردی در ادراک، تأکید بر اهمیت نقش افکار و خودگویی‌ها

بازسازی شناختی چالش با خودگویی‌های منفی و جایگزینی آن‌ها با خودگویی‌های مثبت و سازنده

آشنایی با سبک‌های تفکر و تأکید بر نقش تفکر خوش‌بینانه در تاب آوری

تأکید بر اهمیت روابط مثبت با دیگران و نگرش مثبت نسبت به آن‌ها

جستجوی معنا، معنا خواهی، معرفی رویکرد معنای درمانی و آشنایی با تجارب فرانکل

جستجوی معنا، معنا خواهی و تأکید بر اهمیت معنا بخشیدن به مشکل‌های غیر قابل تغییر

۱. تاب آوری روانی تاب آوری روانی نحوه برخورد و حل مسئله شما با موقعیت‌های دشوار زندگی و بهبود آن‌ها می‌باشد. تاب آوری روانی به شما کمک می‌کند تا در زمان‌های سخت، همانند یک فرد قدرتمند از آن‌ها گذر کنید.

۲. تاب آوری عاطفی تاب آوری عاطفی، یعنی فردی که توانایی تنظیم احساسات در زمان‌های استرس‌زا و غیرمنتظره را دارد. در این نوع تاب آوری، افراد انعطاف‌پذیر از واکنش‌های عاطفی خود آگاه می‌باشند

James, J. (2024). Impact of Mindfulness Education and Resources on Stress in Parents of Children with Autism Spectrum Disorder.

Curley, K., Colman, R., Rushforth, A., & Kotera, Y. (2023). Stress Reduction Interventions for Parents of Children with Autism Spectrum Disorder: A Focused Literature Review. *Youth*, 3(1), 246-260.

Stephenson, K. G., Fenning, R. M., Macklin, E. A., Lu, F., Norris, M., Steinberg-Epstein, R., & Butter, E. M. (2023). Child behavior problems and parenting stress in underserved families of children with ASD: Investigation of family resources and parenting self-efficacy. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 53(10), 3787-3798.

کاوه، منیژه، & کرامتی، هادی. (1396). اثربخشی آموزش تاب‌آوری بر استرس والدینی، رضایت زناشویی و تاب‌آوری والدین کودکان مبتلا به ناتوانی‌های یادگیری. ناتوانی‌های یادگیری، 6(3)، 69-91. doi: 10.22098/jld.2017.520

کرد، نوشین و بزازیان، سعیده، 1398، استرس در خانواده‌های دارای فرزند اوتیسم: یک مطالعه مروری، پنجمین کنفرانس بین‌المللی پژوهش در روانشناسی، مشاوره و علوم تربیتی، <https://civilica.com/doc/1011254>

ربیعی کناری فاطمه، جدیدیان علی، & سلگی محمد. (1393). اثربخشی آموزش تاب‌آوری بر کاهش استرس والدگری مادران دارای فرزند مبتلا به مجله علمی دانشگاه. اختلال اوتیسم علوم پزشکی ایلام، 22(4)، 22



برای عمل جسورانه در موقعیت‌های نامطلوب به منظور حل مسائل می‌تواند شاخصی از تاب‌آوری باشد.

پس باید تردید را کنار بگذارید تا هم درست تصمیم‌گیری کنید و هم قاطعانه در پی حل مشکل تان برآیید. قدم ششم: اهمیت به سلامت جسمی و روحی

از دیگر شاخص‌های مهم تاب‌آوری مراقبت از خود است. این شاخص با حساسیت نسبت به هیجانات و نیازهای شخصی، صرف‌زمان برای خود، حفظ سلامت جسمانی و مشارکت در فعالیت‌هایی که فرد از آن لذت می‌برد، مشخص می‌شود.

کسی که شرایط جسمانی و روانشناختی خودش را متناسب نگه دارد، اشتیاق بیشتری برای حل مشکلات از خود نشان خواهد داد.

قدم هفتم: حفظ روابط با خانواده و دوستان

حفظ روابط خوب با اعضای خانواده و دوستان واقعی، این ذهنیت را در شما ایجاد می‌کند که تنها نیستید و کسانی هستند که هنگام مواجه شدن با سختی‌ها می‌توانید روی کمکشان حساب کنید.

منابع

این که برای حل مسائل اقدام کنید بهتر است باور به توانایی‌های تان را بالا ببرید. دقت کنید فرد باید به توانایی خود برای انجام آن باور داشته باشد.

بهتر است بدانید هیچ شخصی بدون این باور نمی‌تواند گام‌های ضروری را برای حل مسائل بردارد. این مورد امکان‌پذیر نیست مگر با داشتن یک دیدگاه مثبت نسبت به خودتان.

قدم چهارم: مثبت‌اندیشی در برخورد با سختی‌ها

سختی‌ها و مشکلات زندگی قابل‌انکار نیستند و ما هم نمی‌توانیم حقیقت این مشکلات را تغییر دهیم، اما می‌توانیم ذهنیت خودمان را از شرایط تغییر دهیم.

اگر شما موقعیت‌های نامطلوب زندگی را به صورت مسائلی بزرگ و پیچیده ببینید، افکار مثبت و در نتیجه گام‌های مثبتی که در ادامه آن‌ها خواهند بود، حذف می‌شوند و جایی در ذهن تان نخواهند داشت.

قدم پنجم: تصمیم‌گیری و عمل قاطعانه

اگر جز افرادی هستید که هنگام مواجهه با مشکلات منتظر می‌مانید تا خودشان حل شوند، یعنی شما تاب‌آوری ندارید. در مقابل، توانمندی



## تأثیر درمان شناختی رفتاری بر اختلالات اضطرابی اتیسم

بیبا هاشمی / دکتری روانشناسی

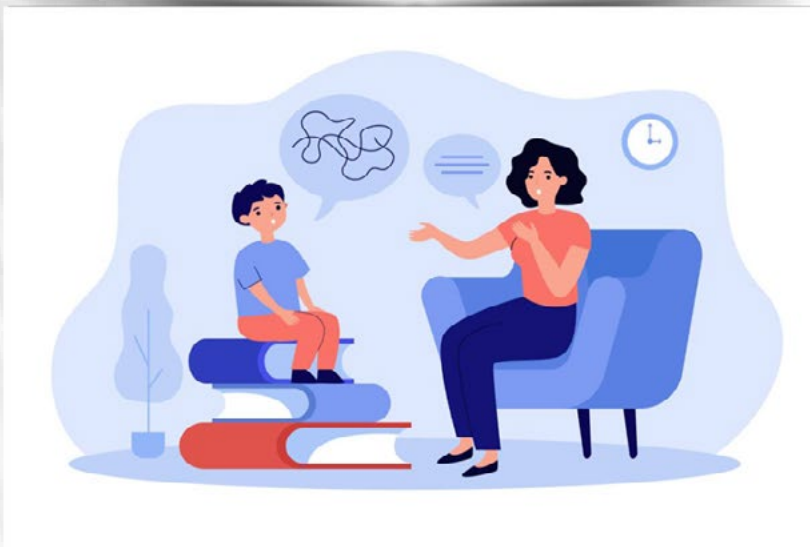
اختلالات اضطرابی اصلی (مانند فوبیاهای خاص، اختلال اضطراب جدایی، اختلال اضطراب اجتماعی و اختلال اضطراب فراگیر) در کودکان و جوانان مبتلا به اتیسم شایع هستند (ون استینسل و همکاران، ۲۰۱۱). در جوانان مبتلا به اتیسم سردرگمی اجتماعی، علایق محدود و تغییرات جزئی در محیط نسبت به جوانان مضطرب غیر اوتیستیک شایع‌تر است (کرنز و همکاران، ۲۰۱۴، کرنز و همکاران، ۲۰۱۷).

تفاوت در ویژگی‌های اصلی اضطراب همراه با ویژگی‌ها و مشکلات مشخصه اتیسم (به عنوان مثال، مشکلات در تعامل اجتماعی و ارتباطات) منجر به تلاش‌هایی برای اصلاح درمان شناختی رفتاری CBT برای جوانان و کودکان اتیسم شده است تا کودکان و جوانان مضطرب مبتلا به اتیسم سازگاری بیشتری داشته باشند. اصلاحات عمدتاً مبتنی بر تئوری یا بالینی بوده و معمولاً شامل رسیدگی به کاستی‌ها در مهارت‌های اجتماعی، رفتارهای مخرب و استفاده از علایق ویژه در طول درمان می‌شود. یکی از راه‌های ارائه پیشنهادات مبتنی بر شواهد برای اصلاحات درمان شناختی رفتاری (CBT) این است که بررسی کنیم که آیا استفاده از درمان شناختی رفتاری (CBT) روی جنبه‌های خاصی از اتیسم (ASD) به منظور درمان اضطراب کودکان و جوانان مبتلا به اتیسم موثر است؟.

درمان شناختی رفتاری (CBT)

برای افراد مبتلا به اختلال اتیسم ارتباط گرفتن با محیط پیرامون و ادراک محرک‌های بیرونی برایشان کاری دشوار است و منجر به اضطراب آنان می‌شود. در چنین مواقعی درمان شناختی رفتاری درمانی موثر است. در بسیاری مواقع رفتارهای





اجتنابی بسیار دیده می شود. رفتارهای اجتنابی به مرور به سیکلی از رفتارهای منفی اجتماعی تبدیل می شوند که به شکل خودکار درمی آیند.

محرك بیرونی اضطراب رفتار اجتنابی خاموشی عاطفی دیگرام بالا نشان می دهد که کودکان اوتیسم زنادانی مهارت های محدود خود و وابسته به تغییرات محیطی هستند. رفتارهای اجتنابی آن ها کمک می کند تا برای مدت زمان کوتاهی به آرامش برسند. اما زندگی برای آن ها همچنان با اضطراب و شرایط غیرقابل پیش بینی عاطفی همراه است. درمان شناختی رفتاری در جنبه های اصلی اضطراب برای جوانان مبتلا به اوتیسم مؤثر است، اما پیامدهای تداخل مرتبط با اضطراب، به ویژه برای کسانی که ویژگی های اوتیسم بارزتر دارند، ممکن است ضعیف تر از جوانان بدون اوتیسم باشد. برای درک بهتر این که چگونه اضطراب بر زندگی روزمره جوانان مضطرب مبتلا به اوتیسم تأثیر می گذارد و چه مداخلات و حمایتی لازم است، به کار بیشتری نیاز است.

درمان شناختی رفتاری برای درمان اختلالات خلقی و اضطرابی برای کودکان در حال رشد (اولندیک، کینگ و چورپیتا، ۲۰۰۶) استفاده می شود. مداخلات معمول، مهارت های خاصی را هدف قرار می دهند تا نقص در

این مهارت ها را رفع کنند مثلاً روی بهبود ارتباط چشمی، بهبود آگاهی فرد از معنای حالات چهره و بهبود تعاملات اجتماعی تأثیر می گذارند. آموزش چنین مهارت هایی به کودک در زندگی روزانه اش کمک می کند. این آموزش ها اعتماد به نفس کودک اوتیسم را بالا می برد و آن ها را به مستقل شدن تشویق می کند تا چرخه ی منفی ای که پیش تر به آن اشاره شد را بشکند.

هیچ انتظاری احساس خوبی داشته باشم.

۲- افکار دو قطبی (برای مثال مردم بهترین دوست من یا بدترین دشمن من هستند).

۳- افکار جبری (برای مثال کارها بدتر خواهد شد مهم نیست من چه کار می کنم).

۴- نسبت نادرست (برای مثال شخص دیگری همیشه مسئول مشکلات من است).

اختلال طیف اوتیسم اغلب با علائم افسردگی و استرس مخصوصاً در مدت نوجوانی و بزرگسالی همراه است. افراد مبتلا به اوتیسم، درست مثل بقیه افراد به راهی فکر می کنند که آن ها را در موقعیت های روزانه متوقف می کند که به عنوان انحراف شناختی تعریف می شود. نمونه های انحراف شناختی عبارتند از:

۱- نوعی تفکر همه یا هیچ چیز (برای مثال من باید همیشه بدون

نحوه ی اجرای شناختی درمانی (CBT) روی کودکان اوتیسم برای رفع بهتر اضطراب کودکان و نوجوانان مبتلا به اوتیسم ASD پیشنهاد شده است، از وسایل کمک بصری، ادغام علایق خاص فردی و مشارکت والدین در درمان شناختی رفتاری استفاده شود.

در جلسات اول ارتباط با کودک ایجاد شود و بر شناخت افکار و احساسات تمرکز شود. به منظور شناخت افکار

تغییر رفتار ما و یادگیری خود تنظیمی شود. ترکیب آموزش‌های سنتی با روش‌های شناختی - رفتاری به کودکان اوتیسم کمک می‌کند که مهارت‌های خودتنظیمی خود را پرورش دهند.

منابع

.Van Steensel, F. J. A., & Bögels, S. M. CBT for anxiety disorders in (۲۰۱۵) children with and without autism spectrum disorders. Journal of consulting and clinical psychology ۵۱۲, (۳)۸۳

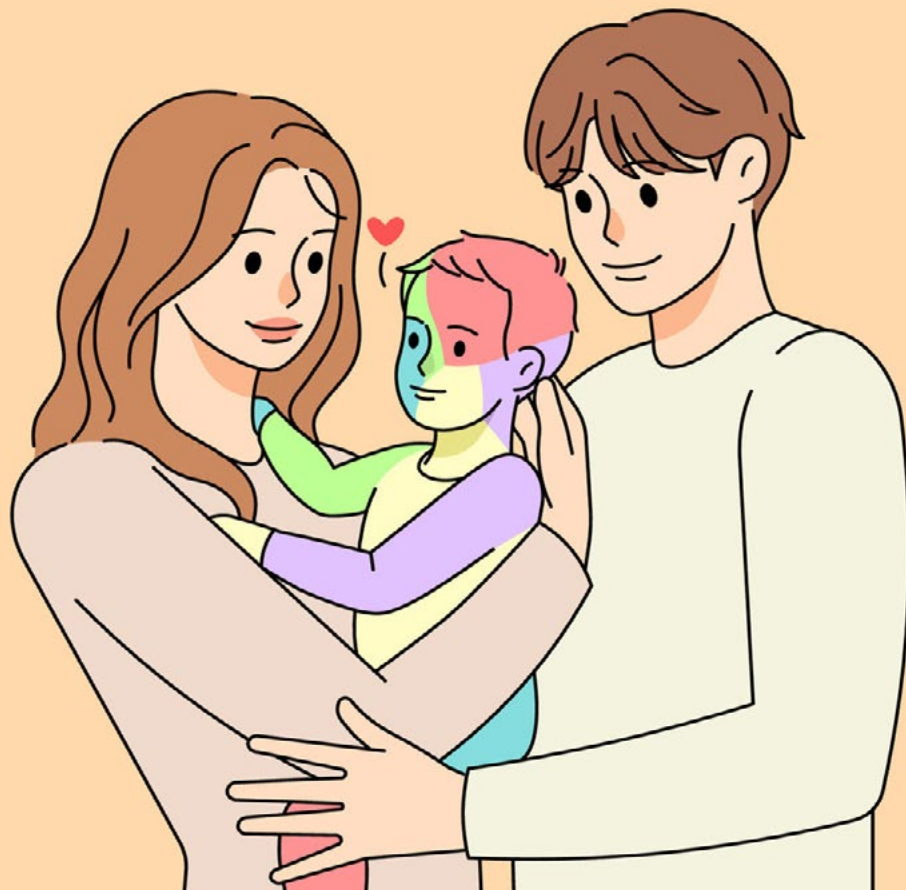
Sukhodolsky, D. G., Bloch, M. H., Panza, K. E., & Reichow, B. Cognitive-behavioral therapy for anxiety in children with high-functioning autism: A meta-analysis. Pediatrics, ۱۳۲(۵), e۱۳۴۱-e۱۳۵۰. Sze, K. M., & Wood, J. J. Enhancing CBT for the treatment of autism spectrum disorders and concurrent anxiety. Behavioural and Cognitive Psychotherapy, ۳۶(۴), ۴۰۳-۴۰۹.



و احساسات از وسایل کمک بصری و ایفای نقش استفاده می‌شود. از داستان‌های اجتماعی تصویری به منظور اصلاح خطای شناختی استفاده شود. استفاده از تکنیک‌های آرامش با استفاده از فعالیت‌های فیزیکی و بازی و وارد کردن والدین برای درمان نیز می‌تواند موثر باشد. در درمان شناختی رفتاری برای کودکان اوتیسم می‌توانید از طریق داستان‌های اجتماعی افکار و باورهای غیر مفید را شناسایی کنید. هیجان‌ات و رفتار و واکنش آن‌ها را در نظر بگیرید و ثبت کنید و روش‌های مفیدتر و واقع بینانه‌تری را برای فکر کردن و واکنش نشان دادن به کودک نشان دهید تا امتحان کند.

درمان شناختی رفتاری یا به اصطلاح CBT به جلساتی گفته می‌شود که در آن به فرد مبتلا به اوتیسم آموزش‌هایی درباره ارتباط تنگاتنگ افکار و رفتارها





## پیشنادهایی به والدین کودکان طیف اتیسم

فاطمه حسن زاده کارشناسی ارشد روانشناسی بالینی / رضا دواساز ایرانی / پسا دکتری تخصصی روانشناسی

موارد زیر برخی از توصیه هایی است که والدین کودکان طیف اتیسم می توانند از آن استفاده کنند. این توصیه ها به آن ها کمک می کند مشکلاتی که در ارتباط با کودکشان دارند، برطرف شود.

۱. به محیط و عادت های کودک توجه کنید.

محیط را برای وی قابل پیش بینی و آشنا نگه دارید.

برنامه منظمی داشته باشید که اهالی خانه از آن پیروی کنند و آن را روی درب یخچال یا یک مکان در دسترس بچسبانید.

کودک را برای تغییرات آماده کنید. به منظور پیش بینی وقایع قریب الوقوع و کمک به کودک، از تصاویر و تقویم استفاده کنید.

زمان رفتن به دندان پزشک یا متخصص اطفال را به طور واضح روی تقویم علامت

بزنید.

به کودک توضیح دهید که قرار است چه اتفاقی روی دهد و قول پاداش را در قبال رفتار مطلوب وی بدهید.

کتاب های کودکانه بسیاری با

موضوعاتی مانند رفتن به دندان پزشک، پزشک یا خانه مادر بزرگ وجود دارد که

می توانید برای کودک بخوانید و برایش توضیح دهید تا اولین ملاقات را پیش بینی کند.

در هنگام جابه جایی کودک از فعالیتی لذت بخش به فعالیتی دیگر، به او شمارش

معکوس بدهید. این شمارش معکوس به

کودک می فهماند که باید فعالیتش را در عرض چند دقیقه عوض کند؛ مثلاً بگویید:

«۱۵ دقیقه فرصت داری و پس از آن

تلویزیون خاموش می شود یا سی دقیقه

تا زمان خواب باقی مانده است. سپس

تغییر در فعالیت ها را هر چند دقیقه

یک بار به وی یادآوری کنید تا زمانی که فعالیت تغییر کند. استفاده از ساعت شنی یا ساعت شماطه دار برای تقویت فعالیت مفید است. رویکرد شمارش معکوس بد خلقی های کودک را به طور چشمگیری کاهش می دهد.

ساختار و برنامه ای روزمره تهیه کنید: کودکان اتیستیک نیازمند ساختار و برنامه ای روزمره هستند و ممکن است با بروز کوچکترین تغییراتی کاملاً آشفته شوند.

فهرستی از وقایع روزانه و فعالیت هایی که از کودک انتظار می رود تهیه کنید.

از این فهرست روزانه می توان کپی گرفت و هر روز از آن استفاده کرد.

به کودک اجازه دهید فعالیت هایی را

که تمام کرده است علامت بزند.

علاوه بر مواردی مانند زمان بازی و



زمان خواب فهرست فعالیت های روزانه باید شامل وظایف کار منزل، حمام کردن و فعالیت های مربوط به بهداشت شخصی باشد. فهرست فعالیت های روزانه نه تنها باعث آرامش کودک می شود بلکه رفتارهای مناسب را در وی تقویت می کند.

اطمینان حاصل کنید که وقفه بی دلیلی در روال روزمره کودک ایجاد نمی شود و این روال، ترس و اضطراب و رفتار ناخواسته وی را کاهش می دهد.

تا جایی که امکان دارد، روال روزمره کودک را در هنگام سفر هم رعایت کنید. مطمئن شوید که مراقبان کودک یا خدمتکاران، از فهرست فعالیت های روزانه آگاهی دارند و هر پاداشی که به کودک می دهند، منطبق بر رفتار مطلوب او است. این امر وظیفه مراقبان را ساده تر می سازد و اضطراب کودک را کاهش می دهد.

مواظب محرک های حسی نشات گرفته از محیط باشید، این محرک ها می توانند کودک را آشفته سازند و بر رفتارشان تأثیر بگذارند. برخی از این محرک ها عبارت اند از:

صدا: این محرک حسی می تواند صدایی واضح مانند صدای ساخت و ساز در خیابان یا صدایی نامحسوس مانند صدای وزوز لامپ مهتابی یا فشار هوا از مجرای دستگاه تهویه مطبوع باشد. نسبت به تمامی تغییرات آگاه باشید و در صورت امکان آن ها را اصلاح کنید.

دما: در صورت امکان دمای اتاق خواب و محل بازی کودک را کنترل کنید. آگاه باشید که ممکن است برخی از داروها مانند داروهای آرام بخش یا سولفا حساسیت کودک را در برابر گرمای بیش از حد یا مواجهه با خورشید افزایش دهند.

بو: برخی از بوها کودکان ایتستیک را اذیت می کنند. نسبت به وجود بوهای جدید در محیط آگاه باشید. این بوها شامل مواد تمیز کننده، رنگ ها، حلال ها، چسب ها، عطرها و خوشبو کننده ها می باشند. در صورت امکان زمانی از مواد تمیز کننده استفاده کنید که کودک در مدرسه است و به هنگام رنگ آمیزی اتاق وی تختش را به اتاق خواب خود یا به زیرزمین انتقال دهید.

افراد غریبه: کودکان ایتستیک ممکن است در هنگام حضور افراد جدید تحریک شوند یا گوشه گیری اختیار کنند بنابراین در صورت امکان، هنگامی که قرار است دوست یا خویشاوندی به دیدنتان بیاید، کودک را از این امر مطلع سازید.

در صورت امکان عکس فرد ملاقات کننده را روی یخچال بچسبانید تا کودک آن را ببیند. قبل از ملاقات، بارها به عکس اشاره کنید.

با گفتن این که چه چیزی روی خواهد داد. کودک را برای ملاقات با پزشک، دندان پزشک یا آرایشگر آماده کنید. از ترسش بکاهید و به وی قول بدهید که در مقابل انجام رفتار مطلوب، پاداش خواهد گرفت.

۲. پیشنهادی کاربردی در زمانی که دارید با کودکان صحبت می کنید:

واضح و با جملات کامل سخن بگویید. دستوری که می دهید، تا حد امکان سازماندهی شده و مختصر باشد. از پرسیدن سؤال های بی محتوا یا اظهارات طعنه آمیز اجتناب کنید. کودک احتمالاً آن ها را درک نخواهد کرد و این امر تمایل وی را به بی اعتنایی افزایش خواهد داد.

از بحث درباره مفاهیم انتزاعی بپرهیزید تا حد امکان با استفاده از واژه های عینی حرف بزنید.

سعی کنید در هنگام ارتباط با کودک به سؤال ها یا سایر تلاش های وی درباره یک موضوع به صورت منسجم و بدون تناقض پاسخ دهید.

نادیده گرفتن تلاش های کودک در هنگام ارتباط، تمایل وی را به گوشه گیری تقویت خواهد کرد.

۳. به کودکان کمک کنید رفتارشان را اصلاح کند:

به کودکان کمک کنید نحوه برقراری ارتباط را بیاموزد.

روی برقراری ارتباط، به کرات کار کنید؛ در تلاش های خود ثابت قدم باشید. این امر به بهبود کودکان کمک خواهد کرد.

ارتباط بهتر به کاهش ناکامی کودک کمک می کند و ممکن است به رفتار بهتر

مطلوب تشویق کند اندک است؛ بنابراین، توصیه نمی شود.

پاداش هایی انتخاب کنید که می دانید کودک دوست دارد و شما می توانید تهیه کنید.

یکی از اشتباهات شایع والدین این است که در قبال رفتار مطلوب قول پاداش ویژه ای به کودک می دهند و پس از این که کودک تکلیف خود را انجام داد نمی توانند بلافاصله به قول خود عمل کنند پیامدهای ناگوار این کار بدخلقی و از دست دادن فرصت تقویت رفتار مطلوب است.

۴. قبل از دادن قول اهدای پاداشی ویژه به کودک باید اقدامات زیر را انجام دهید: اسباب بازی ها یا تنقلاتی را که می خواهید به عنوان پاداش به کودک بدهید از قبل تهیه کنید.

قبل از دادن وعده گردش پارک، استخر، مرکز خرید یا سینما به کودک از تعطیل نبودن آن جا اطمینان حاصل کنید.

منابع

هالچین، ریچارد پی و ویببورن، سوزان (۱۴۰۰). آسیب شناسی روانی. ترجمه ی یحیی سید محمدی. تهران: انتشارات روان.

– کوئین، کمپیون (۱۳۹۹). صد پرسش و پاسخ درباره اوتیسم. ترجمه شهلا پاکدامن، حسین زیرک و حسین حیدری. تهران: انتشارات دانشگاه شهید بهشتی.  
– گنجی، مهدی (۱۴۰۲). آسیب شناسی روانی کودک و نوجوان. تهران انتشارات ساوالان.



در وی بینجامد.

عبارت های ساده ای مانند «امکان هست که ... را به من بدهید» یا «من... می خواهم» را تکرار کنید تا کودکان از شما الگوبرداری کند. قبل از این که او خواسته اش را مطرح کند، کاری کنید که آن عبارت ها را تکرار کند.

در خصوص کودکانی که توانایی گفتاری ندارند، از حرکت ها، زبان اشاره، تابلوی تصاویر و وسایل ارتباطی استفاده کنید. انتخاب کردن را به کودکان بیاموزید. ناتوانی در تصمیم گیری یا انتخاب، یکی از ویژگی های اُتِسم است.

فراهم آوردن فرصت های روزمره برای انتخاب، ممکن است به انجام این کار کمک کند. برخی از انتخاب هایی که می توانید در اختیار کودک بگذارید، شامل این موارد است: «چه لباسی می پوشی؟ کدام بازی کامپیوتری را می خواهی؟ دوست داری کدام شبکه تلویزیونی را ببینی؟ دوست داری کدام غذا را بخوری؟».

در پاداش دهی به رفتار مثبت ثابت قدم و بی تناقض عمل کنید.

رفتار مثبتی را که دوست دارید کودکان در آن پیشرفت کند، شناسایی کنید.

رفتار را در هر زمان و تا حد امکان

بلافاصله پاداش دهید.

پاداش ها ممکن است شامل تمجید کلامی، چسباندن یک ستاره در فهرست موفقیت های روزانه، تنقلات یا یک اسباب بازی باشد.

رفتار نامطلوب باید به سرعت شناسایی و بدان توجه شود.

همواره به رفتار نامطلوب توجه کنید. اجازه ندهید برخی از رفتارهای نامطلوب کودک نادیده گرفته شوند. توجه نکردن به رفتار نامطلوب تکرار آن را تضمین خواهد کرد.

اغلب کودکان مبتلا به اُتِسم نمی توانند نشانه های هیجانی مانند لحن عصبانی صدا یا حالت چهره خشمگین را تشخیص دهند؛ بنابراین توجه کودک را جلب کنید و با واژه های واضح و مختصر، به وی اجازه دهید رفتاری را که از وی انتظار می رود، درک کند.

فعالیتی مطلوب را جایگزین رفتار ناخواسته کنید؛ به عبارت دیگر از توجه برگردانی استفاده کنید.

هر چند خودداری از پاداش دادن به رفتاری ناخواسته، مناسب است احتمال اینکه تنبیه بدنی کودک را به انجام رفتار



## بازی درمانی و اختلال طیف اتیسم

نقیسه خدادادی / دکتری روانشناسی

رفتار با بازی غیر معمول در اوایل زندگی ظاهر می شود و به شدت ویژگی های اتیسم بستگی دارد. با افزایش سن، برخی از کودکان مبتلا به اتیسم ممکن است مهارت های بازی خود را بهبود بخشند و برخی از قوانین بازی را درک کنند. با این حال، رفتار آنها در طول بازی هنوز با همسالان در حال رشد آن ها متفاوت است. آن ها ممکن است به شدت به قوانین بازی پایبند باشند، بنابراین ممکن است نتوانند با تغییرات منطقی در بازی کنار بیایند. آن ها همچنین ممکن است نسبت به بازی های ویدیویی خاصی که بازی انفرادی را فراهم می کنند، وسواس پیدا کنند. همچنین ممکن است تمرکز بیش از

خردسال مبتلا به اتیسم است. آن ها همچنین در درک نشانه های غیرکلامی زبان بدن، مانند حالات چهره، حرکات و آهنگ های صدا مشکل دارند. در کپی کردن اقدامات ساده یا کاوش در محیط مشکل دارند. با بازی تخیلی و وادودی مشکل دارند. بعید است آن ها در بازی هایی که نیاز به تصمیم گیری، همکاری یا ارتباطات اجتماعی دارند سهیم شوند. کودکان مبتلا به اتیسم معمولاً در اولین شکل بازی های انفرادی "گیر" می کنند و کارهای بی هدف، بی معنا و تکراری را بدون این که برای افراد معمولی اطرافشان معنی داشته باشد ترجیح می دهند. کودکان مبتلا به اتیسم علائم و رفتار محدود و تکراری را نشان می دهند.

بازی یک فعالیت جسمی یا ذهنی لذت بخش است که مهارت های کودک شامل توانایی های مذاکره، حل مسئله، مهارت دستی، اشتراک گذاری، تصمیم گیری و کار در گروه را افزایش می دهد. بازی بر تمام نواحی، ساختارها و عملکردهای مغز تأثیر می گذارد.

کودکان مبتلا به اتیسم رفتار و پاسخ انطباقی کم و محدودیت های تعامل اجتماعی دارند و در یادگیری مهارت های جدید بازی از طریق مشاهده یا ارتباط با چالش هایی روبرو هستند و ممکن است از کودکان اطراف بی خبر باشند. آن ها فاقد بازی نمادین و توجه مشترک هستند که نشان دهنده دو چالش حیاتی رشد در کودکان



شدید، بسیار چالش برانگیز است، ما باید راهی برای جلب علایق کودکان و در عین حال کمک به بیرون کشیدن آن ها از پوسته خود پیدا کنیم. این روش رویکرد غیر رهنمودی نامیده می شود که در آن درمانگر از انتخاب های کودک پیروی می کند و ابزارها و محیط را برای خدمت به اهداف درمانی تطبیق می دهد. ژنکس و همکاران اثربخشی یک بسته درمانی پاسخ محور (PRT-P) را برای کودکان مبتلا به اتیسم نشان دادند. درمان پاسخ محور یک درمان مبتنی بر بازی است که توسط کودک آغاز شده است. آن ها ۴۸ کودک مبتلا به اتیسم با درمان پاسخ محور را به مدت ۲۴ هفته مورد بررسی قرار دادند. درمان پاسخ محور بهبود قابل توجهی در مهارت های ارتباط اجتماعی کودک و آموزش به والدین نشان داده است. بازی درمانی روی زمین یکی از معروف ترین بازی درمانی برای درمان کودکان مبتلا به اختلال طیف اتیسم است که توسط ویدر و گرینسپن در سال ۱۹۸۰ کشف شد. این روش را می توان در خانه و در مطب درمانگر، در یک محیط آرام برای یک جلسه بین دو نفر انجام داد. این روش دو تا پنج ساعت می تواند توسط روانشناسان کودک، کاردرمانگران، گفتاردرمانگران، معلمان آموزش ویژه، والدین یا مراقبان با آموزش کافی ارائه شود. اساساً، درمانگر یا یک مراقب روی زمین می نشیند تا طبق شرایط خود کودک با کودک بازی کند. در این درمان، درمانگر یا مراقب با پیروی از شیوه بازی کودک (غیر دستوری؛ درمانگر

منحصر به فرد است و واکنش های متفاوتی نشان می دهد. بنابراین، انواع مختلف مداخله، مانند بازی درمانی، می تواند با تفاوت های کودکان مبتلا به اتیسم مطابقت داشته باشد. ارزیابی صحیح کودک برای ارزیابی این که کدام نوع بازی برای او بیشتر از بقیه مناسب است، الزامی است.

کودکان مبتلا به اتیسم در بازی درمانی برای به اشتراک گذاشتن تجربیات با دیگران، درک احساسات و افکار دیگران، توجه کردن، پاسخ دادن به دیگران و رعایت نوبت تلاش می کنند.

بازی تحت رهبری کودک رویکردی است که به کودک امکان می دهد فعالیتی را که دوست دارد انجام دهد انتخاب کند و درمانگر به آن ها ملحق شود. بازی درمانی به رهبری کودک معمولاً برای کودکان مبتلا به اتیسم که به شدت آسیب دیده اند مفید است و مهارت های اجتماعی و ارتباطی کودکان مبتلا به اتیسم شدید را بهبود بخشیده است، اما زمان بیشتری طول می کشد تا دستاوردهای قابل توجهی مشاهده شود. در بازی درمانی به رهبری کودک از آن جایی که سوق دادن کودکان مبتلا به اتیسم به انجام اقدامات خاص، به ویژه در موارد

حد و پایبندی به یک نقطه بازی خاص را نشان دهند. به عنوان مثال، آن ها ممکن است روی رنگ تی شرت بازیکن فوتبال تمرکز کنند بدون اینکه واقعاً بازی را انجام دهند. این علائم در صورت عدم درمان طولانی مدت ممکن است به اختلال وسواس تبدیل شود.

بازی معمولاً در کودکان مبتلا به اتیسم به طور قابل توجهی مختل می شود. بازی درمانی عمدتاً برای کمک به کودکان در جهت ارج نهادن به توانایی های ذهنی منحصر به فرد و سطوح رشدی آنان است. هدف اصلی بازی درمانی پیشگیری یا حل مشکلات روانی اجتماعی و دستیابی به رشد و تکامل مطلوب کودک است. بازی درمانی به کودکان مبتلا به اتیسم کمک می کند تا در بازی مورد علاقه و انتخاب خود شرکت کنند و خود را با راحت ترین راه ها ابراز کنند. این شیوه، بیان خود را از رفتارهای ناخواسته به رفتار بیانی غیرآسیب پذیرتر با استفاده از اسباب بازی ها یا فعالیت های انتخابی خود به عنوان کلمات تغییر می دهد. بازی درمانی همچنین به آن ها کمک می کند تا سبک های مختلف تعامل را تجربه کنند. هر کودک مبتلا به اتیسم

تعامل یک به یک را ارائه دهند. آن‌ها دریافتند که ۴۵/۵ درصد از کودکان با افزایش قابل توجه نمرات خرده مقیاس کودک، پیشرفت خوب تا عالی در رشد عملکردی خود داشتند. پیجریا و نوپمنجرلس دریافتند که ۱۴ ساعت در هفته در طول یک سال بازی والدینی در زمین با کودکانشان، بهبود در رشد و کاهش علائم اتیسم را در ۴۷٪ از ۳۱ کودک مبتلا به اتیسم نشان دادند. علاوه بر این، لیائو و همکاران در یک مطالعه آزمایشی شامل ۱۱ کودک مبتلا به اتیسم دریافتند که برنامه مداخله مبتنی بر والد به مدت ۱۰ هفته به طور قابل توجهی میانگین نمرات ارتباط، عملکرد عاطفی و مهارت‌های زندگی روزمره کودکان را بهبود بخشید. تغییر در تعاملات والدین و فرزند و موفقیت بازی در زمانی که در زمین هستند به عوامل زیادی از جمله تعامل والد کودک و روش‌های فرزندپروری بستگی دارد. آن‌ها همچنین دریافتند که هرچه ادامه درمان طولانی‌تر، مشارکت والدین بیشتر باشد رشد کودک بهبود می‌یابد.

منبع

Elbeltagi, R., Al-Beltagi, M., Saeed, N. K., & Alhawamdeh, R. (2023). Play therapy in children with autism: Its role, implications, and limitations. *World Journal of Clinical Pediatrics*, 12(1), 1.



دنبال می‌کند و کودک رهبری می‌کند) شروع به بازی می‌کند. سپس، درمانگر عناصر جدیدی را معرفی می‌کند، مانند اسباب بازی‌های جدید، اعمال یا برخی کلمات (دستورالعمل پنهان). این شیوه بازی با گفتگوهای رفت و برگشتی بین کودک و درمانگر در نهایت به کودک کمک می‌کند تا تفکر خود را متمرکز کند، مهارت‌های عاطفی خود را بهبود بخشد و دایره‌های ارتباطی خود را گسترش دهد. با پیشرفت کودک، زمانی که در یک محیط پیش دبستانی انجام می‌شود، می‌توان بازی در زمین را نیز با همسالان در حال رشد تمرین کرد. هدف اصلی بازی درمانی در زمین، رسیدن به سطح رشد کودک، ایجاد راحتی، علایق و نقاط قوت کودک و ایجاد روابط در طول دوره بازی است. بازی در زمین می‌تواند به کودک کمک کند تا نقاط عطف مختلف رشد را بهبود بخشد و ارتباط دو طرفه را برای او فراهم کند که ممکن است ارتباطات پیچیده‌تر پیشرفت کند. این روش به او کمک می‌کند تا ایده‌های الهام بخش و تفکر عاطفی را توسعه دهد، که او را قادر می‌سازد از صمیمیت لذت ببرد و در روابط شرکت کند. در نهایت، به کودک کمک می‌کند تا خودتنظیمی خود را بهبود بخشد، رشد عاطفی و عقلانی خود و علاقه او به دنیا را تقویت کند.

مطالعات نشان می‌دهد که کودکان مبتلا به اتیسم به طور قابل توجهی رشد کلی خود را با ۲۵ ساعت بازی روی زمین در هفته برای حداقل دو سال بهبود می‌بخشند. ویدر و همکاران نشان دادند که جلسات بازی خود به خودی به مدت سه سال به یک پسر جوان کمک می‌کند تا توجه، درگیر شدن در حرکات ساده و پیچیده و مهارت‌های حل مسئله را بهبود بخشد و کودک را با ایده‌های زیادی به دنیای بیرون هدایت کند و تفکر انتزاعی را بهبود بخشد. سولومون و همکاران تأثیرات ۸ تا ۱۲ ماه بازی درمانی را روی ۶۸ کودک مبتلا به اختلال طیف اتیسم مطالعه کردند. آن‌ها والدین را تشویق کردند که ۱۵ ساعت در هفته



## نقش والدین در تحول روانشناختی کودک طیف اتیسم

رعنا صالحی کارشناسی ارشد مشاوره

والدین نقش مهمی در تحول روانشناختی کودکان ایفا می کنند. والدین زمان و انرژی زیادی را صرف ارتباط مثبت با فرزندش دارد و آن را حفظ می کند. کودکان به عشق و گرمی والدین نیاز دارند و این به طور مثبتی با سازگاری روانشناختی آن ها همراه است. کودکانی که گرمی از والدین دریافت می کنند احساس می کنند که مورد پذیرش آن ها قرار دارند.

4 نوع سبک های فرزندپروری عبارتند از:

سبک فرزندپروری مقتدرانه  
سبک فرزندپروری مستبدانه  
سبک فرزندپروری سهل گیرانه  
سبک فرزندپروری طردکننده (بی تفاوت)

سبک فرزندپروری مقتدرانه والدین زمان و انرژی زیادی را صرف ارتباط مثبت با فرزندش دارد و آن را حفظ می کند. دلایل قانونهایی را که می گذارند را توضیح می دهند. برای فرزندشان حد و مرز می گذارند و قانونهای موردنظرشان را اجرا می کنند و برای نقض کردن آن ها هم عواقبی تعیین می کنند، ولی به نظر و احساس فرزند خود هم توجه دارند. پدر و مادرهایی که این سبک را به کار می گیرند، قوانین و مقررات مشخصی برای کودک و کلا خانواده دارند و برای نقض کردن آن ها هم پیامدهایی را در نظر می گیرند، ولی نظرات بچه ها را هم در تصمیم گیری هایشان لحاظ می کنند. چنین والدینی به احساسات فرزندانشان بها می دهند و درعین حال نشان می دهند که تصمیم نهایتاً با بزرگ ترها است. والدین مقتدر زمان و توان خود را صرف پیشگیری از مشکلات رفتاری می کنند تا اصلاً کار به جاهای باریک نکشد. آن ها برای تقویت رفتارهای درست در بچه ها بیشتر از روش های تربیتی مثبت، مانند تعریف و تمجید و پاداش، استفاده می کنند. ویژگی کودکان تربیت شده با سبک فرزندپروری مقتدرانه

ممکن است به پرخاشگری و رفتارهای کینه‌توزانه دست بزنند.

احتمالا دچار خشم دائمی نسبت به خودشان و والدینشان می‌شوند.

به دلیل احساس خشم مداوم، ممکن است از آینده خود غافل شوند.

ممکن است برای فرار از تنبیه، به دروغ‌گویی عادت کنند و در بزرگسالی

هم این رفتار را ادامه دهند

سبک فرزندپروری سهل‌گیرانه

والدین قانون‌های مختلف می‌گذارند،

ولی به ندرت آن‌ها را اجرا می‌کنند.

بیشتر اوقات عواقبی برای

قانون‌هایشان در نظر نمی‌گیرند یا آن

عواقب را عملی نمی‌کنند.

فکر می‌کنند که اگر در تربیت

فرزندتان دخالت کمی داشته باشند، او

مهارت‌های زندگی را بهتر یاد می‌گیرد.

اگر این‌طور است، احتمالا جزو

والدین سهل‌گیر هستید. این پدر و

مادرها اغلب تنها وقتی وارد صحنه

می‌شوند و دست به تربیت کودک

می‌زنند که پای مشکلی جدی در میان

باشد. آن‌ها معمولا کوتاه می‌آیند

و از اشتباهات بچه‌ها چشم‌پوشی

می‌کنند. از نظرشان «بچه‌ها بچه

هستند دیگر!». در اجرای عواقب برای

کارهای فرزندانشان سخت نمی‌گیرند.

اگر کودک گریه‌وزاری و التماس راه

بیندازد ممکن است از خیر تنبیه یا

محروم کردن او بگذرند و اگر بچه قول

داد که رفتار خوبی داشته باشد، کوتاه

بیایند و او را از تبعیدگاهش آزاد کنند.



به پرسش درباره دلیل تصمیمات و مقرراتشان چنین جملاتی بگویند: «چون من می‌گویم!» و «همینه که هست!».

آن‌ها به مذاکره و تبادل نظر علاقه‌ای ندارند و تاکیدشان روی اطاعت بی‌چون

و چرا از حرف‌ها و خواسته‌هایشان است. آن‌ها همچنین به بچه‌ها اجازه

نمی‌دهند که خودشان مهارت‌های حل مسئله و چیره شدن بر مشکلات را یاد

بگیرند؛ درعوض قانونی می‌گذارند و با کم‌ترین اهمیت به نظر و احساسات

آن‌ها، عواقب نقض آن را اجرا می‌کنند. ویژگی کودکان تربیت شده با سبک

فرزندپروری مستبدانه

کودکانی که با این سبک سخت‌گیرانه تربیت شده‌اند معمولا چنین

خصوصیاتی دارند:

بیشتر اوقات مقررات خانواده را رعایت می‌کنند، اما بهای سنگینی برایشان

دارد.

احتمال ضعف عزت‌نفس در آن‌ها بالا است.

بچه‌هایی که با این سبک پرورش پیدا کرده‌اند معمولا:

شادتر و موفق‌تر هستند.

احساسات و نظراتشان را راحت‌تر ابراز می‌کنند.

تصمیم‌گیری درست‌تری دارند.

به بزرگسالانی مسئولیت‌پذیر تبدیل می‌شوند.

در آینده به‌خوبی می‌توانند به خودشان تکیه کنند و حقشان را بگیرند.

سبک فرزندپرورانه مستبدانه

صحبت قانون و مقررات خانه که پیش می‌آید، حرف فقط حرف والدین

است و اگر کسی موافق نیست می‌تواند بگذارد و برود.

در تصمیم‌گیری‌ها احساسات فرزندتان را در نظر نمی‌گیرند.

پدر و مادرهای مستبد اغلب بسیار سخت‌گیر هستند و عقیده دارند که

بچه‌ها باید بدون هیچ اما و آگری از اصول و قوانین پیروی کنند. این دسته

از والدین عادت دارند که در پاسخ



والدین سهل گیر معمولاً بیشتر «دوست فرزندشان هستند تا والد او». آنها اغلب دلبندها را تشویق می کنند که درباره مشکلاتش با آنها صحبت کند، ولی معمولاً از سرزنش کودک به خاطر رفتار بد یا بازخواست کردن او بابت تصمیمات نادرستش دوری می کنند. ویژگی کودکان تربیت شده با سبک فرزندپروری سهل گیرانه این دسته از کودکان به احتمال زیاد:

در تحصیل دچار مشکل می شوند.  
 به قوانین و سلسله مراتب احترام نمی گذارند.  
 دچار مشکلات رفتاری خواهند شد.  
 عزت نفس پایینی دارند و بعضاً غم شدیدی را تجربه می کنند.  
 سلامتی شان بیشتر از دیگران به خطر می افتد و به مشکلاتی مانند اضافه وزن دچار می شوند.  
 از نظر بهداشت دهان و دندان وضعیت مناسبی ندارند.  
 سبک فرزند پروری طردکننده (والدین بی تفاوت)  
 از فرزندشان چیزی درباره مدرسه یا تکالیفش نمی پرسند.  
 کم پیش می آید که بدانند او کجا است یا پیش چه کسی است؟  
 زمان زیادی برای کودک نمی گذارند.

پدر و مادرهای طردکننده، سهل انگار یا بی تفاوت اغلب چندان در جریان وضعیت و احوال فرزندشان نیستند و رغبتی هم به این مسئله نشان نمی دهند. معمولاً در این

سبک فرزندپروری قوانین کم و انگشت شماری بر فضای خانه حاکم است. بعضاً در این خانواده ها بچه ها خیلی تحت راهنمایی و مراقبت والدین قرار نمی گیرند و از سوی آنها توجه کافی دریافت نمی کنند.  
 این گروه از پدر و مادرها انتظار دارند که بچه ها خودشان بزرگ شوند. آنها حتی برای اساسی ترین نیازهای فرزندانشان زمان و انرژی چندان نمی گذارند. البته غفلت والدین از آنها همیشه عمدی نیست و مشکلاتی مانند اعتیاد به موادمخدر و ناراحتی های روحی روانی ممکن است باعث شوند که پدر یا مادری از رسیدگی به نیازهای دلبندها بازمانند.  
 در مواردی نیز ممکن است والدین طردکننده از اصول تربیت بچه ها و روند رشد آنها اطلاعات کافی نداشته باشند یا عقیده داشته باشند که فرزندشان بدون دخالت آنها عملکرد بهتری خواهد داشت. گاهی هم مشکلاتی مانند مشغله کاری، مسائل اقتصادی و مدیریت خانواده مانع از رسیدگی آنها به وضعیت بچه ها می شود.  
 توجه داشته باشید معمولاً آسیب فیزیکی، کتک و تنبیهات بدنی، تهدید و ترساندن و احساس شرم و حقارت بخشیدن به فرزند برخوردهای روحی و روانی اطلاق می شود.  
 فقدان آگاهی های روانشناسانه عمومی و اولیه در شیوه های تربیتی فرزندان از سوی پدران و مادران یکی از عمده ترین دلایل این نوع برخوردهای روحی و روانی محسوب می شود.  
 برخی از شایع ترین برخوردهای روحی و روانی که آثار مخربی به کودک می گذارد عبارتند از:  
 الف. تهدید و ترساندن کودک با بیان جملاتی چون: اگر این کار را بکنی می کشمت/ خفه ات می کنم/ و.....  
 ب. احساس گناه دادن به فرزند با بیان جملاتی چون: تمام بیماری های من به خاطر رفتار شماست.  
 ج. احساس شرم و حقارت بخشیدن به



فرزند با بیان جملاتی چون: این چه لباسی است که پوشیدی آبروی مرا می بری.

فرزندی که دچار احساس شرم از خود می شود حس حقارت، کمبود، ناتوانی و ضعف خواهد کرد. او به تدریج خواهد پذیرفت که آدم بدی است و لایق داشتن یه زندگی خوب و رابطه ای موفق نیست و در نتیجه حس شرم و فقدان حرمت نفس در کودکان از آنان بچه هایی گوشه گیر، منزوی، خجالتی، و غیر اجتماعی خواهد ساخت.

مواردی مثل ارتکاب به پرخاشگری در بزرگسالی، پایین بودن عزت نفس، وابستگی، خود کفایتی منفی، غیر پاسخگو بودن عاطفی، بی ثباتی هیجانی و توسعه یک دیدگاه منفی به زندگی از پیامد های منفی روانشناختی در دوران کودکی است

پرخاشگری: کودکانی که از لحاظ جسمی و کلامی مورد آزار قرار بگیرند رفتارهای پرخاشگرانه و خشونت آمیز بیشتری را نسبت به دیگران نشان

می دهند . همچنین این کودکان در آینده با کودکان دیگر با خشونت رفتار می کنند.

نداشتن مهارت های اجتماعی :

کودکان آزار دیده مهارت های اجتماعی لازم برای برقراری ارتباط با دیگران را ندارند و اغلب از طرف همکلاسی هایشان طرد می شوند.

بزهکاری: کودکانی که والدین سخت گیر یا آسان گیر دارند یا این که مورد غفلت واقع می شوند احتمال رفتارهای بزهکارانه مثل دزدی و اعتیاد به مواد مخدر در آن ها دیده می شود.

فرار از خانه: پرخاشگری و آزار والدین کودکان را در معرض فرار از خانه قرار می دهد.

از جمله کارهایی که والدین نباید انجام دهند:

هرگز کودکان را با اسم های نفرت انگیز صدا نزنید.  
هرگز کودک خود را تهدید به رها کردن نکنید.

هرگز نگو، کاش به دنیا نیامده بودی.  
هنگامی که کنترل خود را از دست می

دهید هرگز مجازات نکنید.  
به طور کلی کودک آزاری می تواند تاثیر قابل توجهی بر ذهن و سلامت کودک داشته باشد. برای درمان و کمک به کودکان بد سرپرست درمان حرفه ای مورد نیاز است. اگر کودکی نشانه ایی از آزار را نشان می دهد حمایت و درمان فوری با ارجاع کودک به متخصصان مربوطه و دستگیری مناسب ضروری است.

منابع

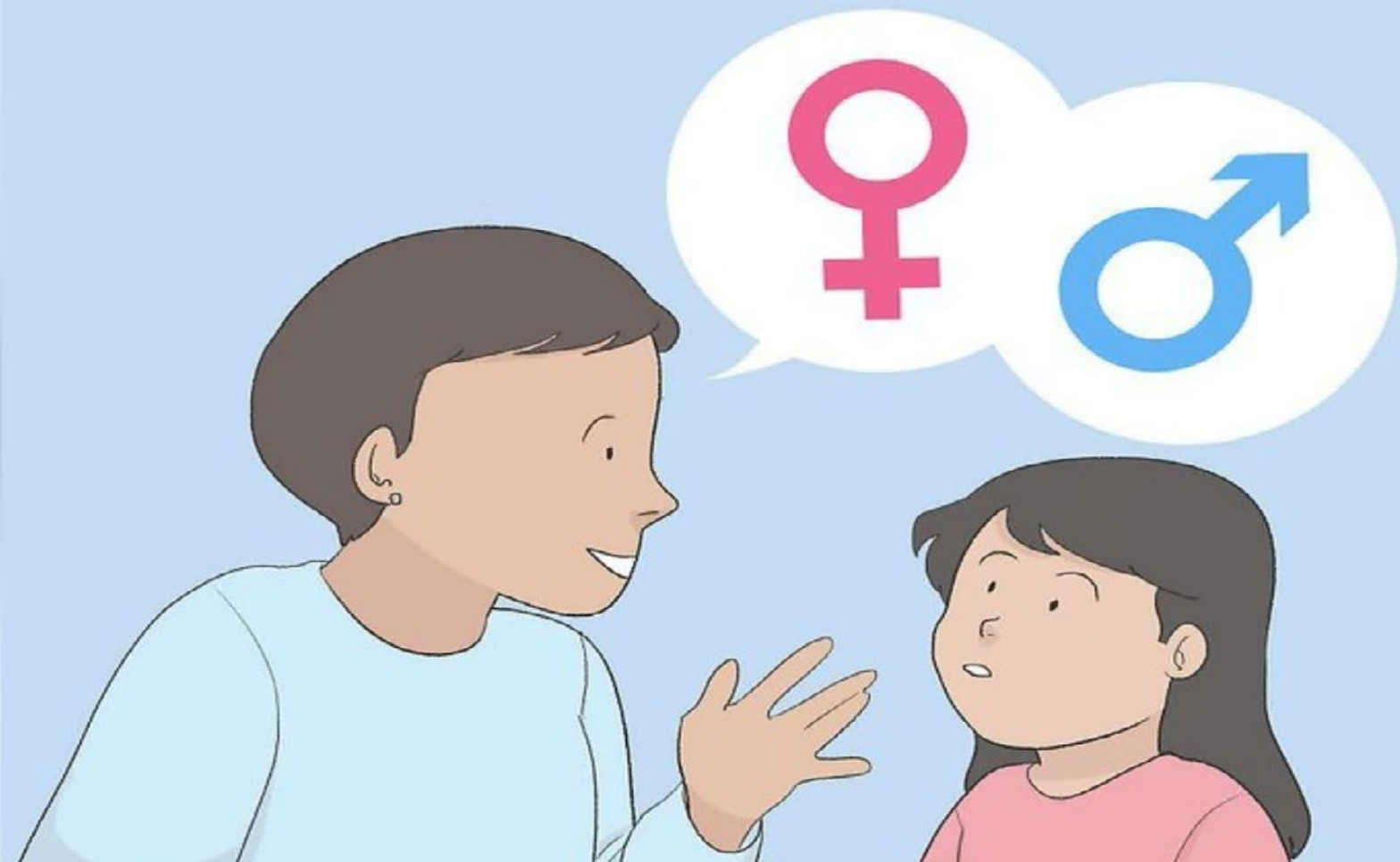
<http://wikipedia.org>

<http://www.heyvafamily.com>

Rohner, R. P., Khaleque, A., Cournoyer, D. E. (). Parental acceptance-rejection theory, methods, evidence, and implications. In Rohner, R. P., Khaleque, A. (Eds.), Handbook for the study of parental acceptance and rejection (4th ed., pp. 1-35). Storrs, CT: Rohner Research Publications. Google Scholar

چگونه پدر و مادر موثری باشیم؟  
آزار روانی از سوی والدین و پیامدهای  
ویرانگر؛ نویسنده شیرین نوروی





## هویت جنسی و ناهنجاری جنسیت

فاطمه کیخائی / کارشناسی ارشد روانشناسی

جنسیت بر اساس آناتومیک در زمان تولد با توجه به استعداد ژنتیکی جنسی تعیین می شود، یعنی براساس نحوه ی حضور اندام های تناسلی خارجی است. جنسیت همیشه با هویت جنسی منطبق نیست که نشان دهنده این تصور است که همه از خود به عنوان مرد یا زن یا گاهی اوقات عنوان متعلق به دسته های غیر از مرد یا زن دارند. در واقع نارسایی جنسیتی یعنی ناراحتی عاطفی و شناختی در رابطه با جنسیتی که از نظر تشریحی به ما اختصاص داده می شود می تواند رخ دهد. این شامل شرایط جدایی بین جنسیت و هویت جنسی است. بنابراین احساس تعلق به جنسیت متفاوت

از جنسیت تشریحی یا احساس عدم تعلق کامل به جنسیت زن یا مرد یا جنسیت سیال را در برمی گیرد. هویت در طول زمان بین مونث و مذکر در نوسان است. مفهوم ناهماهنگی جنسیتی در dsm5 برای نشان دادن پدیده ناسازگاری جنسیتی معرفی شد. به ویژه معیارهای شناسایی نارسایی جنسیتی، ناسازگاری آشکار بین جنسیت تجربه شده و ویژگی های جنسی اولیه ثانویه است. میل شدید به خلاص شدن از خصوصیات جنسی اولیه و یا ثانویه میل شدید به خصوصیات جنسی مخالف، تعلق داشتن به جنس مخالف و رفتار با شما به عنوان عضوی از جنس مخالف

وجود این باور قوی مبنی بر این که احساسات و عکس العمل های خاص جنس مخالف دارید که در نهایت این وضعیت باید با رنج بالینی قابل توجه همراه باشد. در سال های اخیر برخی از نویسندگان به رابطه بین اتیسم و تنوع جنسیتی و نارسایی پرداخته اند. برخی محققان همزمانی نارسایی جنسی و اتیسم را ارزیابی کردند که نشان می دهد نارسایی جنسیتی و اتیسم ممکن است همزمان باشند. سایر نویسندگان خاطر نشان کردند که وجود همزمان نارسایی جنسی و اتیسم ممکن است به دلیل علائق غیرعادی افراد اتیسم یا به عنوان بیان اختلال وسواس فکری اجباری باشد. در هر صورت نتایج این



مطالعات باید با احتیاط برخورد شود زیرا بسیاری از آن‌ها به مطالعات موردی مراجعه می‌کنند و محدودیت‌هایی در نمونه‌گیری و ارزیابی وجود دارد. با این وجود ادبیات کنونی نشان می‌دهد که نوجوانان اتیسم تمایل بیشتری به تعلق داشتن به جنسیتی غیر از جنسیت تشریحی خود در مقایسه با نوجوانان غیر اتیسم دارند. بژروت و اریکسون در مطالعه‌ای که روی ۵۰ بزرگسال مبتلا به اتیسم و ۵۳ فرد کنترل انجام شد مشاهده کردند که مردان و زنان مبتلا به اتیسم با نقش جنسیتی کمتر مردانه نسبت به گروه کنترل طبقه‌بندی می‌شوند. علاوه بر این افراد مبتلا به اتیسم هویت جنسیتی غیر معمول را در مقایسه با گروه کنترل گزارش کردند. مطابق با این نتایج یک متاآنالیز انجام شده توسط کالسیونکی و ویلیامز رابطه بین صفات اتیسم و نارسایی جنسیتی را در جمعیت عمومی نشان داد.

#### گرایش جنسی:

در حالی که هویت جنسی در مورد ادراک فرد از خود است، گرایش جنسی شامل راه‌های ارتباط با دیگران و احساس جذابیت عاشقانه جنسی برای افراد یک جنسیت است تا جنسیت دیگر. جهت‌گیری جنسی با جنسیت منطبق نیست. آن‌ها دو چیز متفاوت هستند که می‌توانند به طرق مختلف و درجات مختلف با یکدیگر ترکیب شوند. جهت‌گیری جنسی توسط ترکیبی از عوامل بیولوژیکی، محیطی و روانی تعیین می‌شود و در

طول زمان ادامه می‌یابد اما گرایش جنسی و هویت جنسی ماهیتی سیال دارند. در واقع درک یا تجربه فرد از تمایلات جنسی خود ممکن است تغییر یا تکامل یابد و جهت‌گیری و هویت جنسی با آن تغییر کند. بسیاری از افراد تمایلات جنسی خود را در سنین جوانی، به طور معمول در دوران بلوغ کشف می‌کنند. برای برخی، الگوی جذب، رفتار و شناسایی خود در طول زندگی ثابت می‌ماند و برای برخی دیگر این الگوها کندتر توسعه می‌یابند. بنابراین گرایش جنسی ساختار پیچیده‌ای است که شامل سه حوزه‌ی اصلی جاذبه، تماس و هویت متمایز از یکدیگر و تحت تاثیر عوامل اجتماعی و فرهنگی گوناگونی قرار می‌گیرد. روش‌های بشماره‌ی برای توصیف گرایش جنسی وجود دارد اما رایج‌ترین آن‌ها عبارتند از: دگر جنس‌گرایی، جذب شدن به جنس مخالف، همجنس‌گرایی و دو جنسه (جذب شدن به بیش از یک جنسیت). افرادی که جاذبه جنسی را تجربه نمی‌کنند گاهی اوقات غیرجنسی نامیده می‌شوند. به افرادی که جذابیت رمانتیک را تجربه

نمی‌کنند، معطر می‌گویند. با این حال از آن‌جایی که گرایش جنسی پیچیده و چندوجهی است، برخی متوجه می‌شوند که یک اصطلاح برای توصیف تجربه آن‌ها کافی نیست و اصطلاحات یا ترکیبات جدیدی را ارائه می‌دهند که احساس می‌کنند بهترین توصیف آن‌ها است. به علاوه اطلاق اصطلاح آماری نرمال بودن برای جهت‌گیری صحیح نیست. ما ترجیح می‌دهیم از نظر تمایلات جنسی رایج و اوضاع فیزیولوژیکی آن صحبت کنیم. گیلومر و همکاران مشاهده کردند که افراد مبتلا به اتیسم نسبت به افراد کنترل‌کننده غیر اتیسم دارای نرخ بالاتری از بی‌جنس‌گرایی و همچنین میزان دگرجنس‌گرایی پایین‌تری هستند. یک یافته جالب این بود که زنان مبتلا به اتیسم نسبت به مردان جهت‌گیری دگرجنس‌گرا کمتری داشتند. اخیراً جورج استوکس مطالعه‌ای را برای ارزیابی گرایش جنسی بین افراد با و بدون اتیسم انجام دادند. نویسندگان دریافتند که در تمام زمینه‌های مربوط به گرایش جنسی، مردان و زنان مبتلا به اتیسم میزان دگرجنس



گرایان کمتری داشتند و همجنس گرایی، دوجنس گرایی و غیرجنس گرایی بیشتر از همتایان غیراتیسم همجنسشان را گزارش کردند. علاوه بر این در این مطالعه نویسندگان گزارش می دهند که دگرجنس گرایی در میان زنان بیشتر از مردان مبتلا به اتیسم است. مطالعه دیگری که توسط همان نویسندگان انجام شد. این یافته ها را تایید کرد و تاکید کردند که افراد اتیسم افزایش همجنس گرایی، دوجنس گرایی و بی جنس گرایی را گزارش می کنند اما دگرجنس گرایی کاهش یافته است. به طور خاص موضوع غیرجنسی بسیار جالب است. غیرجنسی فقدان جذابیت جنسی برای هر جنسیتی است. برخی از نویسندگان دریافته اند که بسیاری از افراد اتیسم خود را غیرجنسی معرفی می کنند که احتمالاً ناشی از نقص در تعامل اجتماعی و ارتباطات است. بررسی اخیر نشان داد که غیرجنسی و اتیسم جنبه های مشابهی دارند، مانند درک ابعاد رمانتیک، کشش جنسی، گرایش جنسی و میل جنسی غیر شریک گرا. علی رغم یافته های مختلف رونیس و همکاران نشان می دهند که محققان باید با ارزیابی دقیق هویت جنسی در مورد نسبت دادن نرخ های غیرجنسی بالاتر در میان افراد مبتلا به اتیسم نسبت به جمعیت عمومی محتاط باشند. علاوه بر این تحقیقات اخیر گرایش های جنسی خاص را نیز پیدا کرده است مانند کشش عاطفی، عاشقانه و یا گرایش جنسی به اشیای بی جان که

به آن شی دوستی می گویند. رفتار جنسی افراد مبتلا به اتیسم ممکن است در حوزه های اجتماعی متعددی مانند تماس فیزیکی درک خود و تعامل اجتماعی دچار مشکلاتی شوند که منجر به رفتارهای کلیشه ای یا تشریفاتی می شود. با این حال مطالعات مختلف نشان داده اند که بسیاری از بزرگسالان اتیسم ممکن است عملکرد جنسی سالمی از خود نشان دهند و صمیمیت جنسی را تجربه کنند. با این وجود مطالعات رفتار جنسی افراد مبتلا به اتیسم اغلب نادیده گرفته می شود. معمولاً احساسات جنسی از طریق خودارضایی به تنهایی یا در حضور افراد دیگر ابراز می شود. در عوض فعالیت جنسی نسبت به یک شخص با لمس کردن یا بوسیدن شریک، اغلب به روشی ناخواسته نشان داده می شود. مطالعه ای که توسط هلمنز و همکاران انجام شد نشان داده که افراد مبتلا به اتیسم با عملکرد بالا ممکن است هم علاقه جنسی و هم رفتارهای جنسی مختلف را ابراز کنند. در واقع نویسندگان علاقه زیادی به روابط و برقراری روابط با رفتار جنسی مناسب سن شناسایی کردند. به طور خاص خودارضایی در ۸۰ درصد از نوجوانان پسر گروه سنی ۱۴ تا ۱۵ ساله و در ۹۰ درصد در گروه سنی ۱۶ تا ۱۹ ساله رخ داده است. هارتمی دریافت که بزرگسالان جوان اتیسم به دنبال حفظ حریم خصوصی بیشتری هستند و در رفتارهای جنسی معمولی تر و قربانی شدن جنسی بالاتری نسبت به آن چه که والدینشان گزارش کرده اند درگیر می شوند. جنبه ی دیگری که در برخی مطالعات برجسته شده است این است که افراد اتیسم تمایل دارند رفتار جنسی انحرافی بیشتری نسبت به همتایان غیر اتیسم خود نشان دهند. در این موارد، تفکیک رفتارهای جنسی معمولی مانند کنجکاوی عمومی جنسی، خودارضایی و علاقه به اندام تناسلی همسالان یا خواهر و برادر از رفتارهای غیرمعمول، مانند تقلید صریح از اعمال جنسی و درخواست برای شرکت در فعالیت جنسی، مهم است. قراردادن اشیا

در اندام تناسلی و رفتارهای جنسی مکرر که در برابر حواس پرتی مقاوم هستند به ویژه خودارضایی بیش از حد، رفتارهای نمایشگاه گرایانه، فانتزی ها یا رفتارهای پدوفیلیک، توهمات یا رفتارهای فتیشیستی، سادومازوخیسم یا سایر اشکال پارافیلیا و بیش از حد جنسی گزارش شده است.

رفتار جنسی پرخطر و عفونت مقاربتی برخی از نویسندگان تاکید کردند که اگرچه افراد دارای معلولیت، در مقایسه با همسالان خود ممکن است روابط جنسی کمتر و تاخیری داشته باشند، اما احتمال بیشتری دارد که رفتارهای جنسی پرخطر شرکت کنند. از آن جایی که نوجوانان فعال از نظر جنسی ممکن است در معرض افزایش خطر ابتلا به بیماری های مقاربتی باشند، ترویج استفاده از موانع محافظتی مفید خواهد بود. متأسفانه این موضوع در ادبیات مربوطه به نوجوانان مبتلا به اتیسم به خوبی مورد توجه قرار نگرفته است. لی و همکاران یک مطالعه ی طولی بین سال های ۲۰۰۱، ۲۰۰۹ روی ۵۰۷۶ نوجوان و جوان مبتلا به اتیسم و ۵۷۰۶۰ فرد همسن و جنس بدون اتیسم انجام داد. نتایج نشان داد که بیماران مبتلا به اتیسم نسبت به گروه کنترل تمایل بیشتری به بروز عفونت های مقاربتی داشتند. فرصت های مختلفی ممکن است برای ارتقای امنیت جنسی و آموزش فردی مبتنی بر گرایش جنسی و جلوگیری از رفتار جنسی مشکل ساز وجود داشته باشد. از این دیدگاه نشان داده شده است

که آموزش جنسی معمولی ممکن است برای افراد مبتلا به اتیسم کافی نباشد، اما روش های خاصی برای برآوردن نیازها در روش های شخصی سازی شده مورد نیاز است. یافته ها نشان داده است که بزرگسالان اتیستیک به روابط جنسی و فعالیت جنسی علاقه مند هستند. نویسندگان دریافته اند که اکثر نوجوانان در گروه کنترل و اتیسم گزارش خودارضایی و تجربه ارگاسم را داشتند. نوجوانان مبتلا به اتیسم تجربیات جنسی کمتری را به صورت جفتی نسبت به گروه کنترل گزارش کردند. این نتایج اهمیت تحقیق و آموزش جنسی برای افراد مبتلا به اتیسم را برای افزایش رفاه جنسی برجسته می کند. نویسندگان بر اهمیت والدین به عنوان منبع اصلی آموزش جنسی برای نوجوانان مبتلا به اتیسم تاکید می کنند. آن ها تاکید کردند که آموزش جنسی باید با سطح رشد کودک تطبیق داده شود. در واقع باید توجه داشت که برخی از ویژگی های رفتاری و پردازش اطلاعات در افراد مبتلا به اتیسم می تواند به طور مستقیم بر تجربه جنسی تاثیر بگذارد. علاوه بر این همانطور که قبلاً گفته شد دانش و تجربه جنسی محدود همراه با کمبودهای اجتماعی می تواند افراد مبتلا به اتیسم را در معرض خطر بالای قربانی شدن قرار دهد.

نتیجه گیری

این بررسی سیستماتیک نشان می دهد که افراد مبتلا به اتیسم شیوع

بالایی از انواع گرایش جنسی، رفتارهای نامناسب و نارسایی جنسیتی در مقایسه با همسالان دارند. اگر چه این افراد علایق و تمایلات جنسی متعددی برای روابط صمیمانه دارند اما بدیهی است که بیان رضایت بخش و سالم تمایلات جنسی آن ها تحت تاثیر عوامل مختلفی قرار می گیرد. در واقع جنسیت و هویت اتیسم می تواند تحت تاثیر نقص در ارتباطات و تعامل اجتماعی و همچنین محدودیت های موجود در خود محیط اجتماعی باشد که اجازه نمی دهد تجربیات و تماس های اجتماعی کافی در مقایسه با همسالان غیراتیسم وجود داشته باشد. به این ترتیب هم موانع اجتماعی و هم آموزش جنسی ضعیف به جوانان و بزرگسالان مبتلا به اتیسم اجازه نمی دهد تا بدون توجه به گرایش جنسی خود به راحتی روابط جنسی خود را انجام دهند. بنابراین آموزش جنسی کافی، شخصی و زمینه ای متناسب با ویژگی ها و نیازهای افراد طیف اتیسم نیاز است.

منابع:

Maggio, M. G., Calatozzo, P., Cerasa, A., Pioggia, G., Quartarone, A., & Calabrò, R. S. (2022). Sex and Sexuality in Autism Spectrum Disorders: A Scoping Review on a Neglected but Fundamental Issue. *Brain Sciences*, 12(11), 1427.



## مشکلات فرزندپروری والدین کودکان با اختلال طیف اتیسم

ایران رضائی اشیانی / دانشجو دکتری روانشناسی کودکان استثنایی

بسیاری مواجه هستند (دیچس، ویلدر، سادوکس، ایباکور و الگوژین، ۲۰۰۴؛ به نقل از شجاعی، ۱۳۹۴). اختلال اتیسم، اثرات چند وجهی و فراگیری بر والدین کودکان مبتلا به اتیسم دارد. از نظر ولکمار و پاتولز حدود ۸۵٪ کودکان مبتلا به اتیسم به سبب محدودیت های شناختی یا انطباقی، توانایی محدودی برای زندگی مستقل دارند و این مسأله موجب شده است که والدین در طول دوره زندگی خود زمان بسیاری را به رفع نیازهای فرزندشان اختصاص دهند (واکمار و پیولس، ۲۰۰۳؛ به نقل از عالی و همکاران، ۱۳۹۴). عوامل احتمالی بسیاری وجود دارد که می تواند منجر به تنیدگی و ضربه

کرده اند. در تعریفی دیگر کوپلان و همکاران، ۲۰۰۲؛ به نقل از دسجاردینز و همکاران، شیوه فرزند پروری را به الگوهای تربیت کودک نسبت دادند که فعالیت ها و پاسخ های والدین به رفتارهای کودک را مشخص می سازد. اختلال طیف اتیسم به دلیل اثرهای شدید مستمری که بر افراد و خانواده شان دارد، جزء ناتوانایی های شدید به حساب می آید. والدین کودک با اختلال طیف اتیسم در مدیریت رفتارهای مشکل آفرین، آموزش مهارت های ارتباطی به کودک خود، آموزش مهارت های زندگی پایه، حفظ ایمنی کودک شان از خطر و آماده کردن کودک شان برای زندگی بزرگسالی با مشکلات

شیوه های فرزندپروری، روش هایی است که والدین برای تربیت فرزندان خود به کار می گیرند و بیانگر نگرش هایی است که آن ها نسبت به فرزندان خود دارند و همچنین شامل معیارها و قوانینی است که برای فرزندان خویش وضع می کنند (همتی علمدارلو، ۱۳۹۳؛ به نقل از شجاعی، ۱۳۹۴). شیوه فرزندپروری بیانگر روابط عاطفی و نحوه ارتباط کلی والدین با فرزندپروری است و عامل مهمی برای تحول و یادگیری کودکان به حساب می آید. دارلینگ و استنبرگ، ۱۹۹۳؛ به نقل از زرویدز و نالز، شیوه فرزند پروری را به صورت الگوی نگرش والدین نسبت به تربیت کودکان شان تعریف



های حاد یا مزمن در والدین کودکان با اختلال طیف ایتیسیم گردد و این امر نیز به نوبه خود منجر به فرزندپروری ناکارآمد می شود. از جمله این عوامل می توان به ابهام در تشخیص، شدت و طول دوره اختلال کودک، هوشبهر بسیار پایین، فقدان هماهنگی با هنجارهای جامعه و انواع رفتارها و روش های ارتباطی عجیب و غریب و رفتارهای آشفته و اخلال گرانه اشاره کرد. خانواده های کودکان با اختلال های طیف ایتیسیم به شیوه های متفاوتی از سوی جامعه شان پذیرفته می شوند که این امر به نوبه خود باعث شکل گیری نظام اعتقادی ویژه ای در خانواده های کودکان با اختلال طیف ایتیسیم نسبت به جامعه شان می شود. به دلیل داغ دیدگی اجتماعی نه تنها در مورد کودک با اختلال طیف ایتیسیم بلکه در مورد خانواده های آن ها نیز تبعیض بسیاری وجود دارد. ترس از تبعیض و داغ دیدگی مربوط به ناتوانی ها باعث می شود که بسیاری

از خانواده ها از مراجعه به متخصصان و دریافت برای تشخیص کودکان شان خودداری کنند. در واقع خانواده ها با خودداری از تشخیص کودک شان، می توانند از برجسب و داغ گذاشتن ناتوانی بگریزند (اکر، ۲۰۱۰؛ به نقل از شجاعی، ۱۳۹۴). شجاعی و همکاران در سال ۱۳۹۵، تحقیقی را با هدف مقایسه سبک فرزند پروری والدین کودکان با و بدون ایتیسیم انجام داده اند. سبک فرزند پروری استبدادی والدین کودکان با اختلال طیف ایتیسیم نسبت به والدین کودکان بدون اختلال ایتیسیم و سبک فرزندپروری اقتداری والدین کودکان بدون ایتیسیم به طور معنی داری بالاتر است. همین طور بین سبک فرزند پروری سهل گیرانه والدین کودکان با و بدون اختلال ایتیسیم تفاوت معنی داری مشاهده نشد. آن ها در این مطالعه نتیجه گیری می کنند که با توجه به وجود تفاوت بین سبک های فرزندپروری دو گروه، طراحی و اجرای برنامه های آموزش

فرزندپروری برای والدین کودکان با اختلال طیف ایتیسیم ضروری به نظر می رسد. همچنین نتایج پژوهشی که حسین زاده و همکاران (۱۳۹۸)، در رابطه با سبک های فرزند پروری ارتباط آن با مشکلات هیجانی رفتاری در کودکان طیف ایتیسیم انجام دادند نشان داد که، والدین از هر سه سبک فرزندپروری استفاده نمودند. اما شیوه غالب فرزندپروری مقتدرانه

است. و این شیوه فرزند پروری با اضطراب، مشکلات رفتاری و پرخاشگری در کودکان ایتیسیم رابطه منفی دارد. یافته های این پژوهش همچنین نشان داد مشکل غالب کودکان ایتیسیم نقص توجه و نقص در عملکرد اجرایی است. نشانه های دشواری از قبیل کج خلقی، خود آسیبی و سایر رفتارهای نامطلوب همراه با اختلال طیف ایتیسیم باعث می شود که کنار آمدن با این کودکان برای والدین بسیار دشوار باشد. در نتیجه، والدین کودکان با اختلال طیف ایتیسیم به طور مستمر به ویژه به دلیل رفتارهای نامطلوب کودکان شان از سوی جامعه و عموم مردم با واکنش های خصمانه و غیرمسئولانه روبرو می شوند. واکنش عمومی به این قبیل خانواده ها اغلب کلیشه ای و منفی است (گری، ۲۰۰۸؛ به نقل از شجاعی، ۱۳۹۴).

والدین کودکان با اختلال طیف ایتیسیم ممکن است به این نتیجه برسند که کودکان شان از نظر خلق و خو



بدون قید و شرط و زیستن در زمان حال را نسبت به فرزندان خود پیدا می‌کند. برنامه‌های آموزشی ذهن آگاهی منجر به مزایای مثبت زیادی از جمله دل‌بستگی سالم‌تر در کودکان و تاب‌آوری بیشتر در والدین می‌شود. والدینی که می‌خواهند ذهن آگاه باشند، باید سعی کنند همواره در لحظه حال حضور داشته باشند. این حضور می‌تواند با توجه به فرزندان،

توجه به بدن و احساسات خود و فعالیت‌های ساده دیگری باشد. در استفاده از اصول ذهن آگاهی برای فرزندپروری، فرصتی ایجاد می‌شود که والدین پاسخگوتر و پربازده‌تر باشند و کمتر با فرزندان خود درگیری و تعارض داشته باشند.

فرزندپروری ذهن آگاهانه دارای ۴ مولفه است:

- ۱- آگاهی وسیع از ماهیت منحصر به فرد کودک، احساسات و نیازهایش
  - ۲- توانایی برای حضور داشتن و گوش دادن با توجه کامل
  - ۳- تشخیص، شناسایی و پذیرش همه‌ی مسائل چه خوشایند و چه ناخوشایند
  - ۴- شناسایی، واکنش‌ها و یادگیری و پاسخ و عکس‌العمل درست و صحیح به صورت مهربانانه و شفاف
- ذهن آگاهی به معنی توجه کردن به زمان حال به شیوه‌ای خاص، هدفمند و خالی از قضاوت است. والدینی که ذهن آگاه بمانند می‌توانند نیازهای فرزندان را با استفاده از شیوه‌ی

فرزندپروری، ذهن آگاهانه بودن یعنی آوردن توجه و آگاهی متمرکز بر زمان حال، نگرش باز و پذیرا نسبت به احساسات و افکار و رفتارها، عکس‌العمل‌های مناسب در موقعیت‌های تنش‌زای زندگی است.

فرزندپروری ذهن آگاهانه می‌تواند استرس و تنیدگی والدین را کاهش داده و فرزندپروری مثبت را ارتقا دهد. پژوهش‌ها نشان داده است که فرزندپروری ذهن آگاهانه با سطح بالاتری از ذهن آگاهی، خودشفقتی و سبک فرزندپروری مقتدرانه و میزان کمتری از تنیدگی والدین و سبک فرزندپروری سلطه‌گرایانه همراه است.

هدف برنامه مبتنی بر ذهن آگاهی بهبود تاثیر استرس مرتبط با چالش‌های فرزندپروری، با استفاده از تمرین مراقبه ذهن آگاهی با هدف نهایی ارتقای سلامت روان و بهزیستی خانواده است. معمولا والدین با رعایت اصول ذهن آگاهی از احساسات، افکار و رفتارهای خود آگاه‌تر شده و نگرشی غیرقضاوتی

نسبت به سایر کودکان بسیار دشوارتر هستند و در نتیجه از راهبردهای کنترلی بیشتری برای کودکان‌شان استفاده می‌کنند. بنابراین ادراک والدین از ویژگی‌های کودکان‌شان، روش‌های تعامل آنها با کودکان‌شان را تحت تأثیر قرار می‌دهد (کسری و سیگمان، ۱۹۹۷؛ به نقل از شجاعی، ۱۳۹۴).

تحقیقات نشان داده است آموزش فرزندپروری ذهن آگاهانه تاثیر بیشتری بر بهبود تنیدگی و رابطه مادر-کودک مادران کودکان اوتیسم داشت. ذهن آگاهی، تجربه سرکوب نکردن یا غلو نکردن احساسات، افکار و هیجانات منفی با گشودگی و آگاهی و حضور پویا در لحظه است که با اجتناب تجربه‌ای و خودشفقتی رابطه تنگاتنگ دارد. در واقع ذهن آگاهی حالت غیر قضاوتی و پذیرا از ذهن است که در این حالت افراد افکار و احساسات خود را همان‌گونه که هستند بدون تلاش برای سرکوبی یا انکار آن‌ها مشاهده می‌کنند. در موقعیت

ذهن آگاهانه بپذیرند و می توانند بافتی خانواده ای ایجاد کنند که فرصت رضایت و لذت بادوام بیشتری را در رابطه ی والد فرزندی به آن ها بدهد.

وقتی با فرزند خود وارد بحث و گفتگویی شدید که باعث عصبانیت شما می شود یا رفتاری از او می بیند که خلاف نظر و دیدگاه شماست، قبل از هر پاسخ و رفتاری، می توانید تمرین چند مرحله ای ساده زیر را انجام دهید.

یک نفس عمیق بکشید. به ورود و خروج نفس توجه کنید. ترس، اضطراب و ناراحتی خود را ببینید و اجازه ندهید این مسئله شما را تحت تاثیر قرار دهد.

در تلاش برای از بین بردن احساسات و هیجانات خود نباشید. فقط آنها را مشاهده کنید. با این کار شما در لحظه حال هستید.

هر جا دیدید درگیر احساسات و هیجانات شدید توجه را به ورود و خروج نفس ببرید.

پس از چند دقیقه می بینید که خیلی آرامتر شده اید و می توانید تصمیم درست تری بگیرید.

تمرین ساده دیگری که در فرزندپروری می تواند بسیار مفید باشد، مکث قبل از عمل کردن می باشد.

با مکث کردن می توان عمیق تر به نیازهای فرزند پی برد.

مثلاً مکث کنیم و ببینیم گریه کودک

بخاطر گرسنگی، خواب، ترس یا چیز دیگری است.

و بعد از آن بطور مناسب و مهربانانه نیاز کودک را پاسخ دهیم.

برای تقویت فرزندپروری ذهن آگاهانه، در هر کاری که انجام می دهید و در هر جایی که هستید، با توجه به آن کار و توجه به بدن و محیط اطراف خود می توانید، در لحظه حال حضور داشته باشید.

کسب مهارت بودن در لحظه حال و ذهن آگاه بودن نیاز به تمرین مداوم و مستمر دارد.

تمرینات زیادی برای فرزندپروری ذهن آگاهانه وجود دارد که شما می توانید براحتی یاد بگیرید و استفاده نمایید.



منابع  
شجاعی، ستاره (1394). مشکلات خانواده های کودکان با اختلال های طیف اتیسم. فصلنامه تحول روان شناختی کودک. (1): 2:74-78.

عالی، شهربانو، امین یزدی، سیدامیر، عبدخدایی، محمدسعید، غنایی، علی، محرری، فاطمه (1394). کارکرد تحولی خانواده های دارای فرزند مبتلا به اختلال طیف اتیسم در مقایسه با خانواده های دارای فرزند سالم. مجله دانشکده پزشکی دانشگاه علوم پزشکی مشهد. (1): 58: 33-36.

Gouveia, M. J., Carona, C., Canavarro, M. C., & Moreira, H. (2016). Self-compassion and dispositional mindfulness are associated with parenting styles and parenting stress: The mediating role of mindful parenting. *Mindfulness*, 7, 700-712.

Cowling, C., & Van Gordon, W. (2022). Mindful parenting: Future directions and challenges. *International Journal of Spa and Wellness*, 5(1), 50-70.

Moreira, H., Gouveia, M. J., & Canavarro, M. C. (2018). Is mindful parenting associated with adolescents' well-being in early and middle/late adolescence? The mediating role of adolescents' attachment representations, self-compassion and mindfulness. *Journal of youth and adolescence*, 47, 1771-1788.

Lönnerberg, G., Jonas, W., Unternaehrer, E., Bränström, R. N & Niemi, M. (2020). Effects of a mindfulness based childbirth and parenting program on pregnant women's perceived stress and risk of perinatal depression-Results from a randomized controlled trial. *Journal of Affective Disorders*, 26(21), 133-142.

Goodman, L. C., Roberts, L. T., & Musher-Eizenman, D. R. (2020). Mindful feeding: A pathway between parenting style and child eating behaviors. *Eating behaviors*, 36, 101335.



## بگذار صدایت را بشنوم فصل سی و هشتم

ندا قاسمی

تشخیص احساسات: "آیا او خوشحال/ غمگین/ و غیره است؟" تشخیص اشیا: آیا این کامیون است یا یک هویچ؟ شروع برنامه های متقابل هدف این است که او را متقاعد به گفت و گو با دیگران کنید. در ابتدا، همه چیز از روی عادت است، به طور معمول، اما وقتی مفهوم را می گیرد، طبیعی تر و کودکانه تر می شود. این یکی از مهم ترین برنامه هایی است که توسط افراد لوواس به ما داده شد. به محض این که این مفهوم را به دست آوردیم، برای دو فرزندمان آن را بسیار موفقیت آمیز اجرا کردیم، به نظر می رسید از ارائه ی اطلاعات در مورد خودشان لذت می برند.

Sd: "من با یک مداد رنگی آبی رنگ

شما" مشکل زیادی دارد. ما باید برنامه ی «مال او» را متوقف کنیم زیرا او گیج شده است. سپس یک راهنمایی کلامی برای کمک به او برای تمایز بین "مال من" و "مال شما" اضافه می کنیم. ما این برنامه را این گونه ساختیم. «به من کفش بریجت را بده/ کفش های میشل را به من بده» که در آن "مال من" و "مال شما" با صدای خیلی بلند گفته می شود و نام صاحب بسیار یواش گفته می شود و سپس به تدریج راهنمایی ها را حذف می کنیم. تمرین برنامه ی بله و خیر ویژگی ها: "آیا شما خیس/ خشک/ سرد، و غیره هستید؟". هویت: "آیا شما قورباغه/ پسر هستید؟ فعالیت: "آیا شما خواب هستید/ آیا من دست می زنم؟"

از ۱۵ نوامبر ۱۹۹۰ تا ۱۵ ژانویه ۱۹۹۱ از طبقه بندی حیوانات/ مواد غذایی/ پوشاک، اسباب بازی/ غذا/ نوشیدنی استفاده از حروف اضافه در حین جلسه، نه فقط در تمرین شروع استفاده ی کاربردی از اشیا ازاشیای واقعی استفاده کنید.سه یا چهار شی روی میز بگذارید. سوال: با چه چیزی کاغذ را می برید؟ "چیچی". تمرین برنامه "من نمی دانم/ این چیست؟" با اشیای واقعی آموزش "مال من/ مال شما را ادامه دهید، آموزش «مال او» را شروع کنید. عروسک را روی صندلی بنشانید "نام من چیست؟ / اسم شما چیست؟ / نام او چیست؟" داده ها نشان می دهد که میشل هنوز با برنامه ی "مال من" و "مال

آمیزی می کنم. مربی، مدل جواب می دهد:

"من با یک مداد رنگی قرمز رنگ می کنم."

Sd: "من کفش های سفید پوشیده ام."

Sd: من دوست دارم صبحانه بخورم" و غیره

آموزش چه کسی، کجا، چه کاری انجام می دهد، چه چیزی

در سرتاسر جلسات سوال پرسید.

معرفی مفهوم اول، آخر، بعدی

Sd: "چه چیزی اول می آید؟ / چه چیزی بعد می آید؟ / چه چیزی آخر می آید؟" مربی از پازل اعداد استفاده می کند، این برنامه امکان پذیر است حتی اگر میشل هنوز مفهوم اساسی ریاضی را درک نمی کند که دو "بیشتر از" سه نیست.

برای لحظه ای، اول و آخر، تنها به عنوان یک رابطه ی فضایی آموزش داده می شود. بعد آن ها را به عنوان روابط موقتی آموزش خواهند داد:

Sd: "اولین وعده غذا چیه؟"

پاسخ: "صبحانه"

Sd: "بعدا چی می خورید؟"

پاسخ: "ناهار"

Sd: "آخرین وعده غذایی چیه؟"

پاسخ: "شام" و غیره

سوالات مختلف و نمونه های مختلفی پیدا کنید.

از ۱۵ ژانویه تا ۳۰ مارس ۱۹۹۱

ادامه ی "مال من/ مال تو" (تنها آموزش)

بازیابی سه شی

با اشیای نزدیک به او شروع کنید.

مرتب کردن سه بعدی با کارت های متوالی

هدف: تدریس مفهوم روایت کردن و

داستان سرایی و نیز تسهیل در جهت رسیدن به هدف گسترش زبانی به صورت خود به خود را شروع کنید. روی "ابتدا... و سپس... پایان" تاکید کنید. با مفاهیم بسیار ابتدایی (یک پسر شیشه را پر شیر کرد و سپس نوشید) شروع کنید. فرم صحیح فعل برای هر کارت: "رفتار برای نوشیدن.. نوشیدن... نوشید" به این شکل زبان خود را بهبود می بخشد. "داستان" بیشتر نحوی و مفهومی می شود. (این یک برنامه است که ما در طی چند ماه استفاده کردیم). "کارت های متوالی" را می توان در فروشگاه های اسباب بازی آموزشی یا کاتالوگ های آموزشی پیدا کرد. به عنوان مثال یک بازی به نام «یک داستان بگو» است کودک باید مجموعه ای از کارت های تصویر را در ترتیب منطقی مرتب کند و سپس یک داستان در حول آن ها ایجاد کند.

یک کارت ممکن است یک دختر با یک بادکنک را نشان دهد، کارت دوم نشان می دهد که بادکنک او می ترکد. کارت سوم بادکنک را بسیار بزرگ نشان می دهد، چهارمین کارت بادکنک در حال بادشدن است. ما به میشل گفتیم که "آن ها را مرتب کن" سپس به او کمک کردیم تا "داستان را بگوید". همانطور که او توانمندتر می شد، ما کمک مان را کم می کردیم. کارت های متوالی در سه، چهار و پنج صحنه وجود دارد.

۴. شروع بیان دسته بندی ها

Sd: "چاقو چیست؟" مدل: "چیزی که با آن برید." (و غیره). به محض این که این مفهوم را درک کرد فوراً تمرین را قطع کنید. با نگه داشتن یک چاقو، این برنامه را شروع کنید. بعد از مدتی،

تمام نشانه های بصری را رها کنید و به سادگی پرسید «ژاکت چیست؟ ماشین چیست؟» و غیره

۵. کاربرد اشیا (بیانی)

"با چاقو چه کار می کنی؟" «با چاقو می برید».

۶. اتاق ها و مبلمان

ما از یک بازی که در کاتالوگ منابع یادگیری پیدا کردیم استفاده می کنیم: یک تابلو با تصاویری از اتاق های مختلف، اتاق خواب، حمام و غیره و کارت های کوچک با انواع مختلف مبلمان و وسایل. میشل باید کارت های مناسب را در اتاق های مناسب قرار دهد. آغاز شناخت دنیای واقعی.

۷. تقلید کلامی

هدف صداها و کلمات مشکل است.

۸. چرا / چون که

شروع استنتاج با داستان گفتن، در ابتدا درمانگر او را برای دلیل آوردن سوق می دهد: «چرا سگ پارس می کند؟ چون او گربه دیده است».

۹. سوال های اجتماعی

نام، سن، نام برادر، نام خواهر، «شما کجا زندگی می کنید» «چند سال دارید».

۱۰. چه کسی، چه چیزی، کجا، چه کاری (ادامه)

۱۱. شروع مقایسه

کدام یک بزرگ تر؟ بلندتر؟ کوتاه تر و غیره

۱۲. ادامه ی تمرین ضمایر

او، من، شما، بیان.

برای «من» و «شما». مربی، می پرسد «من چه کاری انجام می دهم» او کارهایی مثل پریدن، نوشتن و غیره را انجام می دهد. پاسخ باید جمله ی کامل باشد «شما...»

۱۳. علائم زمان (درکی)

«بعد» به «زودی»

«بعدا» «سپس» «حالا» «قبل از». مربی بر این علائم در طول داستان گفتن و بازی کردن تاکید می کند.

۱۴. ادامه دادن زمان

۱۵. مرور حروف اضافه، رنگ ها، حرف تعریف، صفت ها. مربی انتخاب های بیشتری را می دهد هم واقعی و هم غیر دیداری. اکثر برنامه ها تا حالا کمتر ساختار یافته و کمتر رسمی بودند. مواد آموزشی اصلی، کتاب های کودکان و کارت های تصویری و بازی های آموزشی هستند.

۱۶. آموزش جمع بستن

۱۷. آموزش برنامه ی تفاوت / تشابه

با «تشابه» شروع کنید. دو لگو مثل هم و یکی متفاوت را روی میز بگذارید. Sd: «مثل هم را به من بده». راهنمایی کنید پاداش بدهید و توضیح بدهید. «آفرین، شما مشابه ها را به من دادی، آن ها رنگشان مثل هم است». مثال های دیگر: دو قاشق، یک چنگال.

۱۸. آموزش شناخت اعداد و حروف

با ۱، ۲، ۳، الف، ب، پ شروع کنید.

۱۹. آموزش درک مفهوم عدد

به من یکی، دو تا، سه تا، چهار تا بده

۲۰. شروع بیشتر/ کمتر

دو گروه بندی ایجاد کنید، یکی زیاد، یکی کم.

Sd: "به من بیشتر بده/کمتر به من بده".

۲۱. یادآوری رویداد گذشته

مدل: دو یا سه وسیله انتخاب شود و پس از ترک اتاق چند چیز را تغییر دهید یا جابه جا کنید و بپرسید "چه اتفاقی افتاده؟"

پاسخ مناسب مدل: "من مامان را دیدم، من چنگال گرفتم".

مهم نیست از چه زمانی برای فعل استفاده می کند ما این جا هیچ قاعده ی گرامری را آموزش نمی دهیم. ما در صدد تمرین زبان با هدف کلی تعریف و شناخت گذشته هستیم.

۲۲. مال من / مال شما (آموزش)

Sd: پیراهن/ کفش / بینی، مال چه کسی است و غیره؟"

(تلاش کنید تفاوت مال من / مال شما را یاد بگیرد).

۲۳. چه چیزی گم شده است؟ بازی

با حالت بازی سه شی مختلف را به میشل نشان دهید و سپس چشم های او را ببندید و بخواهید که تشخیص دهد چه چیزی گم شده است. پاسخ مدل میشل. گفتن این که "چه چیزی گم شده است؟ بازی را می توان با نقاشی نیز انجام داد. تصویر یک چهره را بکشید شامل بینی، دهان، مو و غیره اما فقط یک چشم ندارد. یک جدول طراحی کنید، شامل تنها سه پا و غیره بپرسید "چه چیزی گم شده است؟"

۲۴. نوبت چه کسی است؟

بازی نوبت من / نوبت تو (درک و بیان)

۲۵. عمل متقابل را گسترش دهید.

مربی: من یک گربه را می بینم که می گوید "میو"

میشل: من یک گربه را می بینم و او شیر می خورد.

( میشل باید همچنان به اضافه کردن اطلاعات جدید ادامه دهد). ابتدا

مدل، و سپس با "و..." جمله را کامل تر کند.

۲۶. وقتی در "من هستم" به مهارت کافی دست پیدا کرد، روی "شما

هستید" کارکنید (بیانی).

۲۷. دلیل آوردن را با شرایط معمولی و

کتاب های داستان شروع کنید.

"چرا این دختر غذا می خورد؟"

"چون او گرسنه است."

"چرا ما به دکتر می رویم؟"

"چرا پسر خواب است؟"

"چرا پدر به فروشگاه می رود؟"

۲۸. توضیح دادن

بحث های نامربوط را محدود کنید. از او درخواست ساختار جملات متنوع در طول جلسه بکنید. روش های مختلف صحبت کردن در مورد یک چیز را تمرین کنید. (به عنوان مثال: "شما با اسباب بازی به دستت آسیب زدی، زخم شده است و درد می کند. بگذارید من به شما یک چسب زخم بدهم. ما از شما مراقبت می کنیم).

ادامه دارد

منبع

Let Me (۱۹۹۳) Catherine Maurice

Hear Your Voice





قصه حسنی غذا نمی خورد رشتن یک سبک با  
الایع، لوبه، کوباله، جوج، مرغ، آقا کوسند یا قلقلی در قلقلی،  
ولی حسن فقط یک دونه امار خورد.  
سپهریان



شماره حساب خیریه یاوران حضرت زینب (س)

بانک ملی ایران شعبه امام خمینی

۰۱۰۵۷۸۳۷۷۰۰۰۳

شماره کارت

۶۰۳۷۹۹۱۸۹۹۵۰۴۵۹۵