فصلنامه پژوهش های مدیریت در جهان اسلام

شماره مجوز: ۸۵۴۹۵ شماره استاندارد بین المللی: ۶۰۹۴-۲۶۷۶ شماره چهاردهم (بهار ۱۴۰۲)

بررسی تاثیر بازی درمانی بر رشد اجتماعی کودکان مبتلا به اختلالات فراگیر رشدی

(تاریخ ارسال ۱۴۰۲/۰۴/۰۴ تاریخ پذیرش ۱۴۰۲/۰۵/۲۰)

مریم جمشیدیان[۱]

کارشناسی ارشد روانشناسی دانشگاه پیام نور بافت

میلاد خلیلی

کارشناسی ارشد حقوق عمومی دانشگاه آزاد اسلامی میبد یزد

چکیده

پژوهش حاضر با هدف بررسی تاثیر بازی درمانی بر رشد اجتماعی کودکان مبتلا به اختلالات فراگیر رشدی صورت گرفت. طرح پژوهش از نوع نیمه آزمایشی با گروه کنترل بود. نمونه شامل:۳۰ نفر از کودکان مبتلابه اختلالات فراگیر رشدی بود که از بین کودکان ثبت نام شده در مرکز آموزشی و توانبخشی کودکان اوتیسم نیکو, شهرستان نجف آباد به صورت در دسترس انتخاب شدند و به صورت تصادفی به دو گروه آزمایش و کنترل قرارداده شدند. این۳۰ کودک مبتلا به اختلال فراگیر رشدی با میانگین سنی۶ سال و۶ ماه (حداقل ۲سال و۴ ماه و حداکثر ۹ سال و ۸ماه) بودند. از این تعداد ۱۹ کودک پسر و۱۱ کودک دختر بود. مداخله به صورت هفته ای دو بار ودر هر جلسه طی ۱ ساعت در مجموع ۳۶ جلسه اجرا شد. پرسشنامه اجتماعی واینلند در دو نوبت (پیش آزمون و پس آزمون) توسط مادران تکمیل شد. داده ها توسط پژوهشگر نمره گذاری و با آزمون آماری تحلیل کوواریانس مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت، که نتایج اثر بخشی بازی درمانی بر رشد اجتماعی کودکان مبتلا به اختلالات فراگیر رشدی رانشان میدهد. بدین صورت که بین

---

[۱] نویسنده مسئول

گروه های آزمایش و کنترل در پس آزمون رشد اجتماعی و خرده مقیاس های(۶مورد انتخابی از۸خرده مقیاس) با کنترل پیش آزمون در سطح p<۰۰۰۱/۰ تفاوت معنا داری وجود دارد. بر این اساس می توان بیان داشت که دربیشترمتغیرهای وابسته رشد اجتماعی و خرده مقیاس های آن شامل خودیاری عمومی، خود فرمانی، جا به جایی, مشغولیات، ارتباط زبانی، اجتماعی بودن، در پس آزمون بین دو گروه اختلاف معنی داری وجود دارد. ضریب اندازه اثر نشان می دهد۷۶ درصد تفاوت دو گروه مربوط به مداخله آزمایش است.

واژگان کلیدی: بازی درمانی, اختلالات فراگیر رشدی, رشد اجتماعی

مقدمه

انسان امروز در زمانه ای به سر می برد که حساسیت به بیماری های رفتاری نوین در کودکان بیشتر از هر دوره‌ی زمانی دیگر خود نمایی می کند و متخصصان مربوطه به فکر راه کار های تازه برای کمرنگ شدن این عوارض این رفتارها در کودکان می باشند. به منظور تامین جامعه ای سالم نیازمند انسان سالم هستیم، و به همین دلیل پژوهش های متعددی درزمینه شناخت اختلالات و همچنین رویکردهایی برای درمان ویا جلوگیری از پیشرفت این اختلالات انجام گرفته است. (رافعی,۱۳۸۵)

هنری مودزلی[۱] (به نقل از، سادوک[۲]، ۲۰۰۳) اولین متخصص روان است که مشکلات کودکانی که محدودیت رفتار های اجتماعی دارند را مورد نظر قرار داده است. در گذشته همه ی اختلالات دوران کودکی در طبقه عقب ماندگان ذهنی ویا اسکیزوفرنی کودکی جای می گرفتند. بعدها مشخص شد که اگرچه اختلالات رشدی می تواند همراه با این مشکلات باشد اما این ها پدیده های مجزا هستند. محققان چندین اختلال را که برخی از نشانه های

[۱] Henry Moseley

[۲] Zadok

مشترک داشتندودر همه ی آنها تعاملات اجتماعی مختل بود را ارائه دادند اختلال اوتیسم، اختلال رت[۱]، اختلال فروپاشی کودکی[۲] اختلال آسپرگر[۳] و اختلال فراگیر رشدی[۴]، محققان همه ی این اختلالات را تحت عنوان اختلالات فراگیر رشدی، که پژوهش گران این حوزه همه ی این موارد را اختلالات فراگیر نام گذاری کرده اند و به این علت عنوان فرا گیر را انتخاب کرده اند که چند مسئله توام از نقص های رفتاری را در بر می گیرد. ویژگی مشترک همه این۵ اختلال رشدی بنیان واساسش نقص درروابط اجتماعی در این سه زمینه تجلی می کند:

۱. عدم توانایی در فهم کنایه ها، نشانه ها و علامت های هیجان زا و برخورد های اجتماعی که از طرف آنها بی پاسخ می ماند.

۲. نقص در توجه به چیزهایی که دیگران به آن مشغول هستند.

۳. عدم درک و دریافت بدون واسطه‌ی تفکرات و احساسات فرد متقابل.

باتوجه به نشانگانی که برای این اختلالات شناسایی شده است به نظر می رسد هرگونه رویکردی دربهبود یا جلوگیری از پیشرفت این اختلالات، می بایستی موضوع رشد اجتماعی این گونه مبتلایان را سرلوحه عمل قرار دهد. مزید بر کمبود در برخورد های اجتماعی، نقص گفتار و بیان با تاخیر در زبان آموزی به صورت درک و کاربرد و همچنین رفتار های کلیشه ای و نشانه هایی از بیش فعالی، کم توجهی و نشانه های اضطرابی و وسواس اجباری در اکثر طیف های اختلالات فراگیر رشدی دیده می شود. ناتوانی ذهنی در این اختلالات از درجات کم تا شدت ناتوانی دیده می شود سطح شروع این بیماری ها معمولا از سن شش ماهگی تا سه سالگی بیشترین شیوع را دارد که چون والدین در ابتدای تولد کودک خود را

---

[۱] Rett

[۲] Childhood disintegrative disorder

[۳] Aspeger

[۴] Pervasive developmental disorder not otherwise spesified

سالم دیده اند نمی توانند به این باور برسند که کودک آنها با یک مشکل جدی روبه رو است. (رافعی,۱۳۸۵) رشد اجتماعی آمادگی برای به دست آوردن آنچه در روابط اجتماعی به آن نیاز مندیم می باشد که شامل به دست آوردن آگاهی برای ارتباط با همنوع در موقعیت های مختلف، شناخت ارزش های اجتماعی متعارف، تعاملات متناسب با افراد و مهارت های شناخته شده‌ی جامعه می باشد. رشد اجتماعی یکی از نیاز های پر اهمیت برای رشد واقعی انسان است که بر تمامی ابعاد زندگی می تواند اثر گذار باشد. افرادی که از رشد اجتماعی خوبی بهره می برند در تمام مراحل زندگی به راحتی می‌توانند با مسئله های گوناگون خود را هماهنگ کنند و پیروزی بیشتری کسب می کنند. رشد اجتماعی وابسته به رفتار های تطبیقی با محیط و افراد است که منجر به تولید رفتار های مطلوب مورد پسند جامعه و مسئولیت پذیری فرد می شود. (ستوده، ۱۳۹۳).

بخش اول: کلیات و بررسی مبانی نظری موضوع

بازی درمانی[۱] یکی از روش های طراحی شده برای بهبود و ارتقای انواع وضعیت های ذهنی و روانی کودکان است. از آنجایی که کودکان ظرفیت کمتری برای پردازش هیجانات خود دارند، بازی درمانی بستری برای آن‌ها فراهم می‌کند تا بتوانند به روش های سالم احساسات هیجانات خود را کشف کرده و آن‌ها را ابراز کنند. اختلالات فراگیر رشد آسیب رشدی عصبی می باشد که با تغییر شکل مغز آسیب هایی به وجود می آید که می تواند موجب نقص فراوان در تعامل گرایی و ارتباط متقابل با افراد و موقعیت ها می‌شود. این اختلال بر خلاف آنچه به نظر می رسد هنوز ناشناخته های فراوانی دارد که به علت پیچ و خم های عجیبی که در مسیر آن قرار دارد مبحم باقی مانده است که نیاز است تحقیقات بیشتری انجام شود تا نتایج و تاثیرات مثبت انواع درمان ها بر بهبود این اختلال شناسایی و به کار گرفته شود. اختلالات فرا گیر رشدی شرایطی را ایجاد می کند که باعث اختلال در تعامل های اجتماعی متقابل و مهارت های ارتباطی و رفتار وعلایق کلیشه ای می باشد که به پنج

[۱] Play Therapy

زیر مجموعه تقسیم مشود که شامل: اختلال اتیستیک[۱], اختلال رت, اختلال فرو پاشی کودکی,اختلال آسپرگر واختلال فراگیر رشدی می باشد. (رافعی,۱۳۸۵) به طورکلی می توان اختلالات فراگیر رشدی را دارای سه نوع شروع کلینیکی دانست. :

نوع اول: کودک علائم را در بدو تولد بروز می دهد. کودک در برابر واکنش هایی مانند: گرفته شدن، لبخند زدن وارتباط چشمی احساسی از خود نشان نمی دهد.

نوع دوم: بروز این نوع اختلالات بعد از سن دو تا سه سالگی بروز پیدا می کند و کودک قبل از آن طبیعی به نظر می رسد و بعد از این سن در موقعیت هایی مثل: گفتار، خود اتکایی و توجه به محیط پسرفت نشان می دهد تا آنجا که بعضی از این مهارت ها را کامل از دست می دهد.

نوع سوم: شیوع آن بین سه تا هفت سالگی است که منجر به شروع تاخیری می شود.

اوتیسم[۲] نخستین آشفتگی شخصیتی شدید است، که دردومین سال زندگی بروز پیدا می کند. (کرین[۳]، ترجمه خویی نژاد ورجایی,۱۳۶۳).

اختلال اوتیسم یک نوع اختلال فراگیر رشد است که قبل از سه سالگی شروع می شود. رفتارهای نابهنجار معمولا درسنین اولیه، شاید حتی در شش ماه اول زندگی تا سه سالگی ظاهر می شود. که اغلب دردومین سال زندگی بروز پیدامی کند. اوتیسم یک اختلال طولانی مدت است که منشا زیست شناختی و عصب شناختی در مغز دارد. (کرین، ترجمه خویی نژاد ورجایی,۱۳۶۳).

در سال ۱۹۱۲ اصطلاح اوتیسم توسط بلولر برای مشخص کردن نشانه های بنیادی روان گسیختگی "قطع تماس با واقعیت" وهمچنین توصیف فرایندهای "فکری وصوری" بیماران

---

[۱] Autistic

[۲] Autism

[۳] creen

به کار گرفته شد و برای اولین بار توسط کانر[۱] در سال ۱۹۴۷ شناخته ونامگذاری شد. اوتیسم شایع ترین نوع ازبین ۵ نوع اختلال فراگیر رشد می باشد و هیچ تفاوت فرهنگی، اجتماعی، رتبه اقتصادی ونژادی در بروز وشدت آن دخالت ندارد در بسیاری از موارد سابقه قبلی این اختلال گزارش شده است که حاکی از ژنتیکی بودن اوتیسم است. تقریبا ۷۵٪ کودکان اوتیسم دچار عقب ماندگی ذهنی هستند. بنا بر عقیده دلاکاتو[۲](ترجمه فتاحی ۱۳۷۳) بیماری روانی نبوده ونتیجه آسیب مغزی است وافرادی را شامل می شود که حداقل دو نشانه در بخش روابط متقابل اجتماعی، ویک نشانه در بخش برقراری ارتباط ویک نشانه در بخش رفتارهای محدود شده تکراری وحداقل یک نشانه قبل از سه سال گی بروز کرده باشد. در اوتیسم رفتار های نابهنجار قبل از سه سالگی ودر بعضی موارد قبل از ۶ماهگی بروز می کند. کودکان مبتلا به اوتیسم کودکان سرکشی نیستند که رفتارهای خود را انتخاب کرده باشند، اوتیسم به علت داشتن والدین بد ایجاد نمی گردد هیچ عامل روان شناختی خاصی برای تاخیر در رشد کودک مشخص نگردیده است. اختلال اوتیستیک در ۵تا۱۰مورد در هر۱۰۰۰۰تولددیده می شود. (کندال[۳]، ترجمه کلانتری و همکاران، ۱۳۸۲). و نیز از ۲ تا ۲۰ در ۱۰۰۰۰ نفر متغیر است. بررسی های اخیر بیشتر تمایل دارند که برآورد شیوع یک تا ۲ مورد در ۱۰۰۰ نفر را برای درخودماندگی (اوتیسم)، و نزدیک به ۶ در هزار برای همه اختلالات فراگیر رشد در نظر بگیرند (نیوشافر[۴]و همکاران، ۲۰۰۷). رشد اجتماعی یعنی هر فردی متناسب با سن توقعاتی را که افراد با او سر و کار دارند را بپذیرند و در کنار او احساس آرامش بیابند و به مرور زمان متناسب با رشد جسمی و سن تقویمی توسعه یابد. (امیرتاش و همکاران، ۱۳۸۵). مفهوم رشد و تکامل اجتماعی این است که فرد بتواند ارتباط اجتماعی سالم با هم سن و سالان خود برقرار کند، یا رشد و نمو لازم برای برقراری با روابط

---

[۱] Canner

[۲] Delacatu

[۳] Kendal

[۴] Newschaffer

مناسب را به دست آورده باشد. به تعبیردیگر وقتی فرد آموخت، که با معیارهای جمع، رفتارها و اعتقادهای دیگران سازگاری وهمنوایی کند و به مرحله ای برسد که بتواند با جامعه اش برخورد عادی داشته باشد گفته می شود که از نظر اجتماعی رشد و تکامل قابل قبولی بدست آورده است، اینجاست که فرد احساس هماهنگی اجتماعی با دیگران را متوجه می شود و به این مفهوم می رسد که برقراری روابط متقابل میان افراد یک اجتماع و همکاری با دیگران از جمله ویژگی های رشد اجتماعی است که برای انسان که یکی از ملزومات زندگی اش زیستن جمعیست به طور کامل ضرورت پیدا می کند که رفتار جمعی نامیده می شود؛رفتار جمعی بیانگر تمایل شدید موجودات زنده به زندگی در میان همنوعان خود و انزجار از تنهایی می باشد که چنین رفتاری وابستگی اجتماعی هر موجود در گروه خود را نشان می دهد، موجودات اجتماعی همین که خود را در میان گروه خود بیابند، هر چند به طور کامل رابطه برقرار نکنند، غریزه جمع خواهی آنها ارضاء می شود. در رفتار اجتماعی، موجود زنده علاوه بر تمایل به حضور در میان جامعه مورد علاقه، با آنها ارتباط برقرار کرده و به شرکت در یاری کردن با آنها می پردازد. بعد از مطالعه‌ی این بحث این نتایج به دست می آید:

۱- هر موجودی به دلیل داشتن زندگی تکاملی در کنار فرد دیگر، موجود اجتماعی تلقی نمیشود.

۲- رفتار اجتماعی که بر اساس آن هر موجود با دیگری ارتباط برقرار کرده، همیاری می کند و اهداف مشترک پیدا می کنند.

۳- رفتار اجتماعی از ویژگی های شاخص جانداران برتر و به طور ویژه مخصوص نوع انسان است. اما رفتار جمعی فقط شامل جانوران پست تر می باشد. رشد اجتماعی گونه دیگری از رشد است که درک آن از رشد فکری هم دشوارتر است. انسان وقتی از لحاظ اجتماعی رشد می یابد که به سطحی از شکوفایی در روابط اجتماعی دست یافته باشد که بتواند با دیگران

به سهولت زندگی کند و سازگاری اجتماعی با کیفیت قابل قبول داشته باشد (احدی و همکاران، ۱۳۸۸).

بخش دوم: تحلیل و شناسایی رشد اجتماعی

رشد اجتماعی عبارت است از خود پنداری، برداشت به نفع خود از روابط با دیگران و درک اجتماعی هنجار های جامعه که در واقع هدف از تغییر اجتماعی به وجود آوردن تعادل میان کارکرد های خود با دیگران نسبت به خود است(کلبرگ[۱]، ۱۹۷۶). تمایز رشد اجتماعی نسبت به رشد فکری سخت تر به نظر می رسد زیرا معیار سنجش آن میزان توانایی در برقراری روابط اجتماعی می باشد این روابط باید به گونه ای باشد که در کنار گروه همنوع راحت و سازگار باشد شاخه های رشد اجتماعی شامل خود اتکایی، مسئولیت پذیری، آینده بینی، تعادل روانی و مثبت نگری می باشد. همچنین داشتن انگیزه های گروهی، میزان مشارکت، سازگاری با گروه، همیاری، ایثار، قانون مندی، مقاوم بودن در برابر شکست ها، فروتنی، انتقاد پذیر بودن، عدم خودخواهی و اعتماد به نفس می باشد. (آلیس وایتزمن[۲]، ۱۹۸۱) یکی از ملزومات زندگی انسان، رشد روانی، بهره مندی از توانایی های اجتماعی، عزت نفس و میزان سازگاری با اجتماع است. از مسیر رشد اجتماعی هر فرد، می تواند روابط بین فردی را ایجاد کند، شخصیت جنسی متناسب به دست آورد و قانون های اجتماعی که مرتبط با وجدان است را در آن پرورش دهد (افروز، ۱۳۸۵). کارتلج[۳] و میلبرن[۴] معتقدند که روند رشد اجتماعی اتفاقی است که در آن قانون ها، توانایی ها، اشتیاق ها و برخوردهای فردی تشکیل می شود تا به نقش پردازی و آینده‌ی فرد در جامعه ای که مورد پسند است کمک کند(کرمانی ۱۳۷۸). افراد اجتماعی به این موضوع آگاهند که چه

---

[۱] Kolberg

[۲] Alice Whitzman

[۳] Cartelge

[۴] Milburn

موقع از کنش های مناسب زمان و مکان استفاده کنند تا برای دیگران قابل قبول باشد و همین نکته به آنها کمک می کند تا نیرو و توانمندی های افراد گروه را به نفع خود جذب کنند اما افرادی که نتوانسته اند مهارت لازم برای عملکرد های بین فردی را کسب کنند تندخو، پرخاشگر و گوشه گیر هستند و باعث می شوند دیگران از آنان متنفر و دور شوند که منجر به لطمه‌ی روحی و جسمی در این افراد می شود. فردی که اجتماع را برای زندگی کردن انتخاب می کند در واقع رفتار هایش دو سویه می شود یعنی رفتار هایش در تنهایی بسیار متفاوت تر از رفتار های اجتماعی او می باشد. رفتار اجتماعی به این معنی است که هر برخورد شامل تبادل کنش بین چند فرد است که نیاز به حمایت از سوی همه‌ی افراد گروه دارد تا این اجتماع پایدار باقی بماند. انسان بدوی و غار نشین نیز تنها زندگی کردن را نپسندیده و به صورت های گروهی با هم زندگی می کردند و این نشان می دهد تنهایی گرایی در فطرت انسان جایی ندارد مراقبت شدید یک مادر از فرزندانش نیاز به حمایت را نشان می دهد و این حمایت نخستین نشانه‌ی نیاز فرد به عوامل بیرونی است. لبخند زدن یک نوزاد سه ماهه اولین علامت اجتماعی بودن او را نشان می دهد چرا که نوزاد توقع دارد لبخندش بی پاسخ نماند و این روند روز به روز درجات بیشتری پیدا می کند. کودک با این شیوه ها جلب توجه می کند و با این ارتباط ساده اطرافیان بیشتر به او توجه می کنند. آغاز زود هنگام این چنین رفتار ها اهمیت روابط و رشد آن برای همه‌ی افراد را نشان می دهد. در حدود ۳-۴ سالگی کودک توجه ویژه ای به همسن و سالان خود نشان می دهد و علاقمند است زمان زیادی را با آنها سپری کند این رویه به تدریج گسترش می یابد و در اوایل دوره‌ی دبستان اوج می گیرد این رفتار ها از راه بازی کردن به دست می آید. با رشد سنی کودک گروه های جدید تری وارد ارتباطات او می شود که تنوع طلبی را در این زمینه نمایان می کند. یک کودک در مرحله‌ی رشد اجتماعی مانند دیگر ویژگی های رشدی مرحله به مرحله وسعت می یابد وعملکرد های او از دیگران تاثیر می پذیرد به همان اندازه که کودک هیته های حرکتی و هوشی به کمال میرسد، تکامل اجتماعی او نیز شکل می گیرد و خودکفایی او زیادتر می شود، می تواند فرمانده خود باشد و نقش های اجتماعی متنوعی را ایفا می کند و در مراحل مختلف در خانواده، مدرسه، مسابقات و دیگر فعالیت

های جمعی حضور می یابد. رسیدن به تکامل اجتماعی تحولاتی در رفتار کودک را ایجاد می کند که عبارت است از:

۱) کودک به مرور زمان فرا می گیرد که در گروه هایی که اثر تقابلی پیچیده ای دارند بیشتر شرکت کند.

۲) برخورد ها و رفتار های اجتماعی خود را از والدین و خانواده به دیگر اجتماعات و دوستان انتقال می دهد.

۳) به محرک های متفاوت پاسخ های مثبت و منفی می دهد.

۴) به نقش خود در روابط با خانواده و گروه های بازی پی می برد و آن را متناسب با گروه توسعه می دهد.

۵) به شکوفایی خوبی در زمینه‌ی مسئولیت پذیری می رسد و به مراقبت از دیگر اعضای گروه می پردازد (گانس[۱]، ۱۹۵۰).

کودکانی که از فعالیت در موقعیت های اجتماعی بی بهره مانده اند به مراتب از رشد کمتری در اجتماع بر خوردار می شوند که منجر به ضعف در خلاقیت و حل مسئله در آنها می شود که در آینده می تواند آنها را در بعضی از پیشرفت ها ناتوان نشان دهد. عدم رشد اجتماعی مناسب در هر فرد از جهت نوع رفتاری که انتخاب می کند و نیز از معاشرانی که برای خود بر می گزیند می تواند تاثیرات منفی جبران ناپذیری داشته باشد در طی این محرومیت، در سنین خاص و مراحل معین میزان این تاثیر گذاری می تواند متفاوت باشد. خجالتی بودن در کودکی و عدم درمان آن توسط والدین یکی از معضلاتی است که می تواند رشد اجتماعی کودک را در آینده زایل کند. (احدی و همکاران، ۱۳۸۵). بازی می تواند تبدیل به وسیله ای برای بیان احساسات و نیاز های کودک شود و به اعتقاد محققان بخش مهمی از هر مرحله درمان را تشکیل می دهد و می تواند یکی از بهترین راه های

[۱] Gunsan

تخلیه هیجانی در کودک و رسیدن به حل مسئله‌ی مناسب در بحران مشکلات پیش آمده برای کودک، باشد. بازی دنیای درونی کودکان را به دنیای بیرون متصل می کند و به کودک کمک می کند وسایل اطرافش را به مالکیت خود در آورد و تجربه های جدید، فکر های نو، تخیلات، احساسات و امیال را که برای وی ترسناک هستند را در بازی به صورت حل مسئله با آنها کنار بیاید و خود را در موقعیت هایی که از آن هراس دارد خود را محک بزند و از فشار های غالب شده بر خود با نقش هایی که به خود تلقین می کند بکاهد. (وتینگتون[۱] و همکاران، ۲۰۰۸) تقریبا تاثیر بازی درمانی در بهبود همه‌ی بیماری های کودکان، اختلالات رفتاری که ریشه در اضطراب دارند مانند: وسواس اجباری، دروغ گویی، شب‌ادراری، جویدن لب و ناخن، لجبازی، پرخاش و در بسیاری از موارد مشابه دیگر مؤثر ارزیابی شده است. بازی درمانی "بدون دخالت در آموزش و سنجش" نوعی درمان است که کودک در محیط بازی رها می شود و بدون هیچ قانون و محدودیت در استفاده از وسایل به او اجازه داده می شود بازی کند. کودک با این روش درمانی به خود شکوفایی و استقلال عمل دست می یابد و به این نتیجه می رسد تنش های درونی خود را می تواند با بازی تسکین دهد. (گراهام[۲]، ۱۹۹۸). ترکیب بازی با درمان، یک پروسه روانشناسی- اجتماعی است که در آن کودکان از پل ارتباطی با یکدیگر در یک اتاق بازی به چیزهایی را در مورد زندگی و مشکلات خودشان یاد می گیرند و طی آن به حل مسئله با انجام آزمون و خطا می پردازند. بازی‌درمانی به روش گروهی برای بسیاری از درمانگران فرصتی را فراهم می کند تا به کودکان کمک کند یاد بگیرند مشکلات روحی خود را حل کنند و به پیشرفت هایی که در طول بیماری از آن باز مانده اند بپردازند این پیشرفت ها می تواند در زمینه‌ی رشد اجتماعی باشد، زیرا بیماری های روان شناختی بیشترین تاثیر منفی را بر نمو اجتماعی کودکان با اختلالات روانی دارد. (اصغری نکاح، ۱۳۹۲) آکسلاین معتقد است بازی می تواند تبدیل به یک وسیله‌ی کاملا طبیعی برای آشکار نمودن احساسات پنهان در

[۱] Wethinton

[۲] Graham

کودکان شود این حق هر کودک در این دنیای پر از سردرگمی های عجیب است که از بازی برای درمان نهفتگی های آسیب زا بهره ببرد (حجاران ۱۳۸۶). کارشناسان و مربیانی که با کودکان دارای اختلال فراگیررشدی سر وکار دارند براین عقیده هستند که بازی درمانی می تواند در رشد اجتماعی این کودکان موثر باشد اما بنابر اطلاعات بدست آمده از این روش کمتر برای درمان کودکان مبتلا به اختلالات فراگیر رشدی استفاده شده است. واز آنجا که بسیاری از کودکان مبتلا به این اختلالات آفریدگان حسی دیداری هستند و نشان داده است که از طریق دیداری بهتر یاد میگیرند. (هاجدن[۱] ترجمه محمد اسماعیل و رحمانی آسا ۱۳۸۵) با توجه به این مطالعه" آیا بازی درمانی بر رشد اجتماعی کودکان اختلال فراگیر رشدی تاثیر دارد؟"

بخش سوم: واکاوی و شناسایی تعاریف عملیاتی پژوهش

بازی درمانی: بازی درمانی، مداخله ای است که طی ۳۶ جلسه ۶۰ دقیقه ای، دوازده هفته و هرهفته دو جلسه بر روی گروهی از کودکان مبتلا به اختلالات فراگیر رشدی اجرا شدکه برگرفته از برخی شیوه های بازی درمانی به روش های اکسلاین و فلورتایم[۲]می باشد.

رشد اجتماعی: معنای رشد اجتماعی میانگین عددی است که فرد مبتلا به اختلال فراگیر رشدی در آزمون رشد اجتماعی واینلند کسب می کند.

خودیاری عمومی: منظوراز خودیاری عمومی نمره ای است که کودک مبتلا به اختلال فراگیر رشدی درمقیاس خودیاری عمومی آزمون رشد اجتماعی واینلند کسب می کند.

خودفرمانی: منظوراز خودفرمانی نمره ای است که کودک مبتلا به اختلال فراگیر رشدی درمقیاس خودفرمانی آزمون رشد اجتماعی واینلند[۳] کسب می کند.

---

[۱] Hodgdon

[۲] Flurtime

[۳] vilande

جابه جایی: منظوراز جنب و جوش نمره ای است که کودک مبتلا به اختلال فراگیر رشدی درمقیاس جابجایی آزمون رشد اجتماعی واینلند کسب می کند.

مشغولیات: منظوراز مشغولیات نمره ای است که کودک مبتلا بـه اخـتلال فراگیـر رشـدی درمقیاس مشغولیات آزمون رشد اجتماعی واینلند کسب می کند.

ارتباط زبانی: منظوراز ارتباط نمره ای است که کودک مبـتلا بـه اخـتلال فراگیـر رشـدی درمقیاس ارتباط زبانی آزمون رشد اجتماعی واینلند کسب می کند.

اجتماعی بودن: منظور از اجتماعی بودن نمره ای است که کودک مبتلا به اختلال فراگیـر رشدی درمقیاس اجتماعی بودن آزمون رشد اجتماعی واینلند کسب می کند.

بخش چهارم: تحلیلی بر نشانه های درخودماندگی و تنهایی گرایی

اختلالات فراگیررشدی [۱] به حالت های وخیمی گفته می شـود کـه مشخصـه آنهـا "آسـیب شدید وفراگیر"درحداقل یک سوم حوزه های کارکردی باشد:

(۱) عدم تعامل های اجتماعی متقابل که کودک اخـتلال فراگیـر رشـدی، ارتبـاط چشـمی محدود بر قرار می کند و هیجان های نامتناسب در برخورد با محیط دارد و دیگران بـرایش وجود خارجی ندارند.

(۲) عدم ارتباط بهنجار، که فرد اتیستیک رابطه‌ی طبیعی و معمول ندارد، وابستگی افراطی به اشیاء پیدا می کند و بدون دلیل از افراد منزجر می شـود و بـه صـورت فوبیـا از محـیط وحشت می کند.

(۳) وجود رفتار های کلیشه ای، وابستگی های نا معقول و رفتار های آشفته محور، وسـواس اجباری و بی میلی به افراد و اطراف خود نشان می دهد. (دادستان، ۱۳۷۸).

[۱]-Pervasive Developmental Disorders(PDDs)

بند اول: بررسی و شناخت تنهایی گرایی

بررسی سوابق بیمار اغلب به رگه هایی اشاره دارد که وجود آن‌ها باید بـه منزلـه هشـداری برای متخصص بالینی باشد. کودکان درخودمانده را کودکانی بسـیار آرام وبـی آزار توصـیف کرده اند. ارتباط تنودی دراین کودکان وجود ندارد، یعنی موقعی که درآغوش بـزرگ سـال هستند احساس یک وزنه بی جان یا یک کیسه آرد را ایجاد می کنند. آنهـا مـی تواننـد در یک بازی ثابت مدت طولانی بازی کنند. بدون این که اندک شکایتی در این زمینـه داشـته باشند. این کودکان ساعت ها می توانند سر گرم نقاشی کشیدن باشند اما در پایان فقط یک نقاشی واحد از آنها دریافت می شود که فقط در نقطه‌ی خاصی از این ترسـیم تاکیـد ویـژه داشته است که به خوبی قابل مشاهده است (رافعی، ۱۳۸۶).

بخش پنجم: تحول روانی-حرکتی

مشخصات بنیانی تغییرات روانی و حرکتی در سـال اول زنـدگی کـودک دیـده نمـی شـود. فقدان لبخند (ماه سوم) وفقدان اضطراب درمقابل غریبه(ماه هشتم). تنهایی گرایی درخـلال دومین وسومین سال زندگی به شکل وجود مشکلات کـودک دربرقـراری روابـط اجتمـاعی کاملا آشکار می شود. تمامی اطرافیان از جمله مادر وجود ندارند ویا واجد کیفیتـی عجیـب است واین احساس را درمادر ایجاد می کند که کـودک وی را نمـی شناسـد. امـا مشـکلات تعامل های اجتماعی دربسیاری از افراد درخودمانده بیش از اینکه کمی باشد، جنبه کیفـی دارد. این بیماران می توانند به اندازه دیگران تماس برقرار کنند، اما شـیوه برقـراری تمـاس آنها غیر عادی است. برای نمونه، برخی از این کودکان دوست دارنـد روی زانـوی مادرشـان بنشینند، اما برخلاف کودکان بهنجار، چهره خودرا از او برمی گردانند ویا آنکه پس از مـدت زمان کوتاهی که تنها گذاشته شده اند، نشستن نزدیک مادرشان را به نشستن نزدیـک یـک غریبه ترجیح می دهند، اما مانند کودکان بهنجار به وی نگاه نمی کنند ولبخند نمی زننـد. بنابراین می توان گفت که آنها مادررا ازغریبه متمایز مـی کننـد وخواهـان نزدیکـی بـه وی درموقعیت های تنیدگی زا هستند. این مشاهدات مبین این نکته است که افراد اوتیسم بـه

محیط خود نا هوشیار نیستند بلکه متفاوت عمل می کنند و از مواردی که دیگران لذت می برند نمی توانند برداشت عالی داشته باشند (دادستان، ۱۳۷۸).

الف) تماس جسمی محدود

کودک اوتیستیک ارتبط جسمانی بر قرار نمی کنند از لمس شدن ولمس کردن دیگران به شدت دوری می کنند آنها مانع می شوند برای مدت طولانی دستشان گرفته شود، از نوازش تنفر دارند وکناره گیری می کنند اما باید این نکته اساسی را در نظر داشت که حس لامسه در این کودکان عملکرد ضعیف دارد به این صورت که این کودکان در موقع آسیب درد رابه اندازه ی دیگران احساس نمی کنند به گونه ای که حتی در برابر فشار شدید نیز واکنش درد ندارند اما درباره همه این کودکان صدق نمی کند زیرا بعضی از این کودکان کاملا برعکس هستند وبه کوچکترین تماس عکس العمل منفی نشان می دهندومانع می شوند در حین احساس درد واکنش شدید نشان می‌دهند. در بسیاری از موارد این نکته دیده شده که تماس جسمی کودکان با افراد واشیا آشنا بهتر برقرار می شود که می توان به این نتیجه رسید که تماس جسمی محدود را می توان نوعی خود مراقبتی محسوب کرد. کودکان اوتیستک معمولا با اشیا عجیب تر انس، ویژه ای دارند به طوری که اصرار دارند آن را با خود حمل کنند ومعمولا همیشه یک شی کوچک در مشت خود دارند وحتی در موقع خواب نیز آن را از خود چدا نمی کنند. (دادستان، ۱۳۷۸).

ب) مهارت های ارتباطی محدود

برای ایجاد یک ارتباط نیاز به مهارت و توانایی های گوناگون است تا بتوان یک ارتباط معقول به وجود آورد که نیاز اساسی به بیان و گفتار دارد که یکی از محدودیت های اصلی در کودکان اتیستیک محدودیت در ارتباط بیانی می باشد. وقتی کودک برای مدت طولانی نتواند با دیگران سخنی رد و بدل کند خود به خود به حالت درخودماندگی پناه می برد. در بعضی موارد نمی تواند خواسته هایش را بیان کند و انتقال دهد و در بسیاری مواقع بیان دیگران را درک کند و به آن جامع عمل بپوشاند و همین باعث می شود ترجیح دهدچیزی

نخواهد و از او چیزی خواسته نشود. کودکان استیک کودکان سخت محسوب می شوند و ارتباط داشتن با آنها نیاز به صبر و حوصله فراوان دارد که هرکسی قادر به تحمل آن نیست بنابراین این کودکان در بسیاری از موارد کنار گذاشته می شوند ونیز خودشان توانایی تلاش فردی برای ایجاد ارتباط ندارند و نمی توانند آنرا در خود تقویت کنند به این صورت است که حالت های در خود ماندگی شدت می یابد و کودک محدود به یک سری رفتارهای تکراری می شود که کمبودهای خود را با آن جبران می کند. براساس نظر وینار[1] (۱۹۸۲) کودک درخودمانده دنیارا ذاتا ناراحت کننده می داند(کندال، ترجمهنجاریان و داودی، ۱۳۸۴). عضی از کودکان توانایی گفتار و بیان کلمات را دارند اما موقع صحبت کردن با دیگران نمی‌توانند مکالمه داشته باشند و سکوت اختیار می‌کنند، معمولاً کنایه ها و اشاره ها را متوجه نمی شوند بنابراین باید برای صحبت کردن با این کودکان از جمله های مستقیم و کاربردی استفاده کرد این کودکان به اشاره های دست و چشم پاسخ نمی‌دهند. تشویق و تنبیه برای آنها تحریک کننده نیست و کارایی ندارد اما با آموزش این موضوع کمی تقویت می شود و ب مرور زمان واکنش اندکی از طرف کودک نشان داده می شود داد و ستد برای فرد اوتیستیک چندان مفهومی ندارد و مالکیت را در وابستگی میداند. (دادستان، ۱۳۷۸).

ج) رفتارهای کلیشه ای

رفتارهای تکراری کودکان مبتلا به اختلالات فراگیر رشدی در دو طبقه کلی قرار می گیرد: (۱) رفتارهای کلیشه ای وتکراری. (۲) اصراردر انجام امور روزانه به شیوه ی ناهنجار. شایع ترین رفتارهای غالبی کودکان اختلالات فراگیر رشدی، حرکت دادن دست ها، چرخاندن سر، حرکات چرخشی، بازی با انگشتان به صورت تلنگر زدن و حرکات تکانشی وجنبشی می باشد کودک اوتیستیک مایل است محیط خود را بدون تغییر و یکنواخت نگه دارد و در برابر کوچکترین تغییر حساس شده و مضطرب می شود و در حفظ عادت ها پا فشاری می کند. در بعضی از طیف ها حرکت‌های اطوار گونه در راه رفتن دیده می شود(مانند

[1]-Wenar

چرخاندن پاها و راه رفتن روی پنجه پا). در گروهی از این اختلالات بیماری هـای گـوارش ورفلکس دیده می شود که به صورت واکنش منفی به امور این حالت بـه صـورت عـق زدن نشان می دهد. کودک اوتیسم علاقه ی زیادی به چـرخش اشـیادارد اومیتوانـد سـاعت بـه چرخش پروانه ی یک پنکه نگاه کند وچرخش ماشین لباسشویی را تـا پایـان دنبـال کنـد. (دادستان، ۱۳۷۸).

بخش ششم: نگاهی به نظریه روانپویشی

الگوی روانپویشی فروید نشان می دهد فهم آسیب های روانی برای تجزیه‌ی تضاد های بین بنیان های ذهنی سطح خود آگاهی، مکانیزم های دفاعی و مرحله های رشد روانی جنسـی اهمیت بسیاری دارد نهاد قسمتی از وجود است که مربوط به ارضای سریع خواسته ها است، که لزوم واقعیت، منطق و قوانین را نادیده می گیرد و خود قسمتی از وجود است که تـنش اصلی آن تعادل میل های نهاد است براساس این نظریه فروید وقتی خود، به صورت مطلوب میانجی گری نمی کند، تعارض به وجود می آید و مشکلات روان شناختی بـروز پیـدا مـی کند در قدیم دلایل روانشناختی اوتیستیک، بر الگوهای روانپویشی توجه داشتند کـه اصـل این اختلال را توجه و دلبستگی بیش از حد کودک به والدینش می دانستند که بـرای حـل این مشکل به شیوه‌ی سخت و سرد کودک را از والدینش جـدا مـی کردنـد کـه منجـر بـه تشدید این اختلال در این کودکان می شد روان شناسان امـروز توجـه ویـژه ای بـه دلایـل محیطی دارند زیرا معتقدند اختلال اوتیستیک بر اثر کمبود رابطه بـا محـیط و اجتمـاع بـه وجود می آید و مشغله‌های ذهنی در باره‌ی محرک های درونی به عنوان مرحلـه‌ی ابتـدایی رشد طبیعی، به وجود می آید. خودشیفتگی اولیه مانع ارتباط با اشیاء می شود که با انتقال از راه امور پرورشی حل می شود در نتیجه پیروزی ها و شکست هـا بـه نحـوه‌ی پـرورش و مادری کردن بستگی دارد. (آزاد، ۱۳۸۶). فردی به نـام مـاهلر کـه از روانپزشـکان و و روان تحلیلگران کودک می باشد، از روشی بسیار دقیق و پیچیده بـه تحلیـل تعامـل هـای مـادر وکودک در سال های اولیه‌ی زندگی پر داخت. او تحولات بهنجار در ابتدای زندگی را شامل این چند مرحله می داند: مرحلـه اول، درخودمانـدگی بهنجـار(۴ هفتـه اول)، مرحلـه دوم،

همزیستی(۲ تا ۹-۱۲ ماهگی)، مرحله سوم، جدایی گرایی(از ۸-۱۰ ماهگی تا حدود ۲-۳ سالگی). بر مبنای این نظریه اوتیسم بر اثر شکست در عبور از مرحله اول به مرحله دوم است. در زمان درخودماندگی، ناتوانی کودک به حدی است که مانع ادراک مادر از بین دیگر افراد می شود. به بیان دیگر، کودک درخودمانده مادرش را نمی شناسد و این عدم باز شناسی یک رفتار توهمی منفی می باشد که در آن ادراک بیرونی وجود ندارد تا تفاوت بودن و نبودن مادر را درک کند که این مرحله در واقع شکست در مسیر عبور از مرحله دوم به مرحله سوم می باشد.

نتیجه گیری

باتوجه به اینکه به کارگیری شیوه درمانی درمورد کودکانی که در مجتمع ها ومراکز درمان اختلالات فراگیر رشدی مستقر هستند به دلیل امکان عدم حضورو غیبت های چند جلسه ای آنان درمحل درمان ممکن است با اشکالاتی مواجه شود، بهتر است با مراجعه به خانواده ها ودرمحل زندگی آنها و یا محل دیگری که امکان مداخله درآنجا فراهم باشد، انجام پذیرد. پیشنهاد می شود برای پژوهش های آتی، برنامه های پژوهشی از طرف به گونه ای باشد که پژوهش های انجام شده در پژوهش های آینده پیگیری شوند تا هر مداخله درمانی درطول زمان تکامل یافته و به راهنمای تجربی درمان درکشور تبدیل گردند. با توجه به کمبود مطالعات درمانی درمورد مبتلایان به اختلالات فراگیر رشدی بهتر است درراستای ادامه پژوهش هایی دراین زمینه، برنامه های مدونی برای این گونه مطالعات برای آینده درنظر گرفته شود. با نگاهی گذرا به پیشینه پژوهش می توان دریافت که مطالعات برروی مبتلایان به اختلالات فراگیر رشدی با نمونه های کوچک و و بیشتر فقط روی اختلال اوتیسم بوده وبه دیگر اختلالات فراگیر رشدی توجه نشده است با توجه به این مطلب پیشنهاد می شود پژوهش های بعدی بر روی هریک از اختلالات فراگیر رشدی دیگر مانند رت، فروپاشی کودکی، آسپرگر و اختلال فراگیر رشدی نیز پژوهش ها ادامه یابد.

پیشنهاد می شود در پژوهش های بعدی برای رسیدن به نتایج بهتر بابه کارگیری خلاقیت وابداع بازی های متنوع ترو استفاده از تکنیک های نوین بازی، پژوهش انجام گیرد. بر پایه‌ی نتایج به دست آمده از موثر بودن شیوه‌ی بازی درمانی بر رشد مهارت های اجتماعی کودکان با اختلالات فراگیر رشدی پیشنهاد می شود مربیان، مددکاران و روانشناسان به اصول و تکنیک های بازی درمانی در آموزش این کودکان توجه ویژه ای داشته باشند. پیشنهاد می شود اصول و تکنیک های بازی درمانی به والدین این کودکان نیز آموزش داده شود.

پیشنهاد می شود به منظور بهبود خودیاری این کودکان وارتقاء روابط اجتماعی آنها, علاوه بر بازی درمانی از آموزش های ویژه در قالب فیلم و اسلاید های جذاب برای این کودکان استفاده شود.

با توجه به تخصصی بودن اجرای بازی درمانی پیشنهاد می شود والدین این کودکان به منظور ارتقاء مهارت های اجتماعی کودکان خود، در مراحل اولیه بازی درمانی را با افراد متخصص شروع کنند ودر مراحل بعد خودشان ادامه دهنده باشند.

پیشنهاد می شود نتایج این پژوهش در قالب تکنیک های آموزشی و علمی در اختیار دانشجویان، اساتید ومتخصصان قرار گیرد تا با مقایسه این نتایج با سایر روش ها یک بسته آموزشی مدون و جامع برای درمان این کودکان طراحی کنند.

منابع ماخذ

- فاطمه(۱۳۹۴) زیر چاپکارکرد تحولی خانوادۀ کودکان مبتلا به اختلال های طیف اوتیسم. مجله دانشکده پزشکی مشهد.
- رضایی، سعید؛ افروز، غلامعلی؛ حسنزاده، سعید؛ حجازی، الهه و سیدکمال خرازی ۱۳۹۳)طراحی برنامه آموزش شناخت اجتماعی و بررسی اثربخشی آن بر توانایی و مهارت های تشخیص، درک و ابراز حالات هیجانی کودکان مبتلا به اختلال اتیسم با عملکرد بالا، فصلنامه علمی پژوهشی آموزش و یادگیری، سال اول، شماره دوم، بهار. ۲۱
- کیانی، آرزو؛ شهریور، زهرا؛ تهرانی دوست، مهدی و غلامرضا مختاری حبشی (۱۳۹۲) توانایی بازشناسی
- چهره در همشیرهای کودکان مبتلا به اوتیسم، مجله پزشکی ارومیه، دوره بیست و چهارم، شماره. ۲۰۲۱، دی۸۱۰-۸۰۳ دهم، ص۵۴
- خداشهری پوشنه، کامبیز و امیرهمایون جعفری (۱۳۹۱)تأثیر استفاده از روبات انسان نما در بهبود تماس چشمی کودکان با اختلال درخودماندگی (اوتیسم)، تحقیقات علوم رفتاری، دوره، ۲۳شماره. ۰/۲۰۲۲
- جلالی، فاطمه؛ بهرامی، هادی وحید نجاتی (۱۳۹۱)مقایسه توانایی بازشناسی حالات هیجانی پایه در کودکان مبتلا به اختلال اوتیسم با عملکرد بالا با همتایان عادی، مجله تحقیقات علوم پزشکی زاهدان (طبیب شرق): دوره، ۲۴
- علی اکبری دهکردی، مهناز؛ علیپور، احمد؛ چیمه، نرگس و محتشمی، طیبه (۱۳۹۱) اثر روش درمانی پاسخ محور مبتنی بر والدین در بهبود کودکان دارای اتیسم، فصلنامه ایرانی کودکان استثنائی
- بارون، کوهن(۲۰۰۸)، اوتیسم و سندرم آسپرگر، ترمه مهدی گنجی(۱۳۸۹)تهران، نشر ساوالان

- خوشابی، کتایون؛ فرزادفرد، سیدهزینب؛ کاکاسلطانی، بابک؛ پوراعتماد، حمیدرضا و نیکخواه، حمیدرضا(۱۳۸۹)بررسی راهبردهای مقابلهای و میزان تنیدگی در مادران کودکان مبتلا به اوتیسم و مقایسهی آن با مادران کودکان عادی. فصلنامهی خانوادهپژوهی، . ۸۷-۹۷ (۲۱)، ۶
- نرگس (۱۳۸۶)راهبردهای مقابلهای والدین کودکان مبتلا به اختلالات فراگیر تحولی. فصلنامه خانواده پژوهی، . ۷۷۴-۷۶۱، (۱۲) ۳
- رافعی، طلعت، (۱۳۸۵)اوتیسم، ارزیابی و درمان تهران نشر دانژه
- قزوینی نژاد، حمیرا(۱۳۸۵)کلیات بازی درمانی تهران نشر آییژ
- کندال فیلیپ سی(۱۳۸۴)، روشناسی مرضی کودک، ترجمه بهمن حجاریان و ایران داوودی، تهران، انتشارات رشد
- کندال فیلیپ سی(۱۳۸۲)، اختلالات کودکی ترجمه مریم کلانتری و مریم گوهری انارکی، اصفهان. انتشارات جهاد دانشگاهی
- حدایی، خیاووی، سیامک(۱۳۸۰)روانشناسی بازی، تبریز، نشر احرار
- لندرث. گ. ل بازی درمانی دینامیسم، مشاوره با کودکان ترجمه خدیجه آرین(۱۳۷۴)تهران انتشارات اطلاعات
- آکسلاین و م(۱۳۶۵)بازی درمانی، ترجمه احمد حجاران، تهران، انتشارات کیهان.