

اختلال طیف اوتیسم: بازی های حسی و حرکتی کودک محور

دکتر تورج هاشمی

استاد گروه روان شناسی دانشگاه تبریز (نویسنده مسئول)

دکتر نعیمه ماشینچی عباسی

عضو هیئت علمی، استادیار گروه روان شناسی، پسادکتری علوم اعصاب شناختی دانشگاه تبریز

معصومه عیوض زاده

دانشجوی ارشد روان شناسی بالینی کودک و نوجوان دانشگاه تبریز

چکیده

با توجه به دنیای پرتنش کنونی، بررسی اختلالات روانی و عصب تحولی اهمیت ویژه ای پیدا کرده است که در این بین، اختلال طیف اوتیسم از تاریخچه ای طولانی برخوردار است. براساس تعریف پنجمین راهنمای تشخیصی آماری اختلالات روانی، این اختلال عبارت است از: داشتن اختلال کیفی در روابط اجتماعی، اختلال در ارتباط کلامی و غیرکلامی، خزانه محدود علائق و فعالیت ها، بروز حرکات قالبی و کلیشه ای، داشتن واژگان لغوی محدود در فرد در نظر می گیرد که متناسب با سطح تحول فرد نیست و این علائم در سه سال اول زندگی نمایان می شوند. پسران معمولاً بیشتر از دختران با نسبت ۴ به ۱، به این اختلال مبتلا می شوند. در طی دو دهه گذشته، محققان پیشرفت هایی در زمینه شناسایی درمان های کارآمد، مشتمل بر روان درمانی، دارودرمانی و درمان های ترکیبی داشته اند. در راستای مداخلات درمانی اختلال طیف اوتیسم روش های درمانی غیردارویی متعددی در عرصه روان شناسی ارائه گردیده است که در این میان می توان به بازی درمانی اشاره نمود. بازی یکی از راه هایی است که کودک به کمک آن سخن می گوید، درست مثل بزرگسالان. بازی روشی است که در آن، کودک احساسات خود را نشان می دهد، روابط خود را گسترش می دهد، تجربیات خود را به نمایش می گذارد، آرزوهایش را فاش می سازد و به خودشکوفایی می رسد. مشکلات ارتباطی و نقص در برقراری ارتباط از زیربنایی ترین و اصلی ترین خصیصه های اختلال است و توجه به آن در طراحی مداخلات درمانی از اولویت عمده ای برخوردار است، از طرفی نقص در مهارت های بازی کردن به ویژه کاستی در بازی نمادین و بازی های ابداع گرایانه نیز از جمله خصیصه های کودکان با اختلال اوتیسم است، لیکن با توجه به ظرفیت بازی در برانگیختن حسی و تحریک حواس کودک، مداخلات بازی محور برای کودکان با اختلال اوتیسم می تواند زمینه تعامل و غنی سازی فعالیت های ارتباطی را فراهم آورد.

واژگان کلیدی: اختلال طیف اوتیسم، بازی های حسی، بازی های حرکتی

تعریف اختلال طیف اوتیسم

در طول تاریخ تعاریف بسیاری برای اختلال اوتیسم مطرح شده است. اولین تعریف اوتیسم به Conner (۱۹۴۳) اختصاص دارد. کانر اوتیسم را، داشتن اختلال کیفی در روابط اجتماعی، اختلال در ارتباط کلامی و غیرکلامی، خزانه محدود علائق و فعالیت‌ها، بروز حرکات قالبی و کلیشه‌ای، داشتن واژگان لغوی محدود در فرد در نظر می‌گیرد، که متناسب با سطح تحول فرد نیست و این علائم در سه سال اول زندگی نمایان می‌شوند (Frith, 2003). همچنین راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی در تعریف اوتیسم به سه مشخصه اصلی اشاره دارد که عبارتند از: ۱- نقص کیفی در تعامل اجتماعی، ۲- نقص در برقراری ارتباط، ۳- الگوهای رفتاری محدود، تکراری و کلیشه‌ای که این علائم قبل از ۳۶ ماهگی در فرد ظاهر می‌شوند (انجمن روانپزشکی آمریکا، ۲۰۲۲). گرچه برخی معتقدند که در یک مفهوم کمی، اوتیسم یک بیماری و یا یک اختلال کیفی تحولی نیست، اما یک افراط گرایی رفتاری و دگرگونی رفتاری است (Ijichi, 2007). از نظر اجتماعی، کودکان با اختلال اوتیسم به ندرت به کودکان دیگر علاقه نشان می‌دهند، از رفتار افرادی که در اطراف آنها هستند، کمتر تقلید می‌کنند و از پاسخ دادن به هنگامی که نام آنها را صدا می‌زنند اجتناب می‌ورزند (Robins et al, 2001). در بخش آسیب‌های ارتباطی اکثر افراد با اختلال اوتیسم در برقراری ارتباط کلامی و غیر کلامی با چالش روبرو هستند، بنابراین رفتارهای غیرمعمولی نشان می‌دهند، پرخاشگری می‌کنند، قشقرق به راه می‌اندازند و به خودشان آسیب می‌رسانند (Torn et al, 2010). کودکان با اختلال اوتیسم از تخیل محدود برخوردارند که این محدودیت باعث اقداماتی مانند اعمال تکراری، چرخش‌ها و دست زدن‌های مکرر می‌شود (Lord, 1995). افراد با اختلال اوتیسم اغلب در انعطاف‌پذیری شناختی و رفتاری مشکلاتی را تجربه می‌کنند، حساسیت‌های حسی آنها تغییر می‌کند و پردازش حسی و تنظیمات هیجانی آنها نیز با مشکلات زیادی همراه است، نشانه‌های اوتیسم از خفیف تا عمیق گسترده است و ممکن است در طول زمان یا در پاسخ به شرایط محیطی تغییر پیدا کند (موسسه ملی ارتقا بالینی و سلامت^۱، ۲۰۱۲).

ملاک‌های تشخیصی اختلال طیف اوتیسم بر اساس DSM-5-TR

جدول ۱: ملاک‌های تشخیصی اختلال طیف اوتیسم بر اساس DSM-5-TR

الف: مجموعه ای ۶ یا بیش از ۶ مورد از موارد ۱ و ۲ و ۳ با حداقل ۲ مورد از هر یک از موارد ۲ و ۳:
۱: اختلال کیفی در تعامل اجتماعی که با حداقل ۲ مورد از موارد زیر نمایان می‌شود:
الف: اختلال جدی در رفتارهای غیرکلامی چندگانه مانند نگاه رودررو، حالت چهره ای، اطوار و حرکات بیانگر بدنی برای تنظیم تعامل اجتماعی .
ب: ناتوانی در ایجاد روابط با همسالان متناسب با سطح تحول.
پ: فقدان تلاش خودانگیخته برای سهیم شدن در سرگرمی‌ها، علایق یا پیشرفت‌های دیگران (به عنوان مثال چیزهای مورد علاقه خود را نشان نمی‌دهند، آن‌ها را نزد دیگران نمی‌آورند و به آن‌ها اشاره نمی‌کنند).
ت: فقدان تقابل هیجانی و اجتماعی
۲: اختلال‌های کیفی در ارتباطات که با حداقل یکی از موارد زیر نمایان می‌شود:
الف: تاخیر یا فقدان کامل تحول زبان محاوره ای (که با تلاش برای جبران از طریق شیوه‌های جایگزین ارتباطی مانند حرکات اشاره ای یا لال‌بازی همراه نیست).
ب: در افرادی که گفتار مناسب دارند، اختلال قابل ملاحظه ای در توانایی شروع مکالمه با دیگران و حفظ تداوم آن وجود دارد.
پ: کاربرد کلیشه‌ای و تکراری زبان و زبان مخصوص به خود.
ت: فقدان بازی‌های متنوع وانمودی خودانگیخته و بازی اجتماعی تقلیدی متناسب با سطح تحول.

¹ National Institute for Health & Clinical Excellence.

سبب شناسی اختلال طیف اوتیسم

پژوهش های زیادی در مورد علل ایجاد اختلال طیف اوتیسم انجام شده اند که در این راستا نتایج حاکی از آن است که علل زیست-شناختی متعدد همراه با تاثیر عوامل روانی- اجتماعی مختلف به طیف گسترده رفتارهای نامعمول افراد با اختلال اوتیسم منجر می شوند (دادستان، ۱۳۹۰).

■ عوامل ژنتیکی

عوامل ژنتیکی و خانوادگی به طور حتم یکی از عوامل موثر در ابتلا به اختلال اوتیسم هستند (Bailey et al, 1995). در خانواده ها موارد متعددی گزارش شده است، فراوانی افراد اوتیسم در خواهران و برادران بیشتر در حدود ۱٪ تا ۲٪ تخمین زده شده است (Bartak, 1973). هنگامی که فنوتایپ^۲ اوتیسم در نظر گرفته می شود، احتمال ابتلای دوقلوهای همسان به ۹۰٪ می رسد. در خانواده هایی که یکی از فرزندان آنها به اوتیسم مبتلا است، احتمال داشتن فرزندی دیگر با اختلال اوتیسم، بین ۳٪ تا ۵٪ است، مقایسه این رقم با فراوانی اوتیسم در جمعیت کلی که تقریباً بین ۱۱ تا ۱۲ در هزار است می تواند دلیلی بر وجود مولفه ژنتیک اختلال باشد (Smalley, 1991). در واقع، در بین بیماری های روانی، اوتیسم تاثیر بیشتری را در قبال ژنتیک پذیرفته است یعنی چیزی در حدود ۹۰٪. از سوی دیگر گفته می شود که از هر ۵ کودک با اختلال اوتیسم ۴ نفر پسر و ۱ نفر دختر هستند، این نسبت جنسی نشان می دهد که اوتیسم دارای یک منشا ژنتیکی موثر (وابسته به کروموزوم Y) است، که در پسران احتمال بیشتری برای ابتلا به وجود می آورد (Caprino et al, 2010).

■ عوامل زیستی-شیمیایی

شاید بتوان مهمترین علت اختلال اوتیسم را به عوامل زیستی- شیمیایی^۳ نسبت داد، زیرا در بسیاری از اختلالات جسمی مانند آنسفالیت^۴، اسکروز توبروزیس^۵، فنیل کتونوریا^۶ و غیره که نشانگر ضایعه در مغز است، دیده می شود (فولادگر و همکاران، ۱۳۸۸). مطالعات در سال های اخیر افزایش میزان سروتونین پلازما را در بسیاری از افراد با اختلال اوتیسم نشان داده است. در برخی از کودکان با اختلال اوتیسم دیده شده که افزایش همووانیلیک اسید^۷ (HVA) و متابولیک عمده دوپامین در مایع مغزی نخاعی با رفتارهای کناره گیری آنها ارتباط دارد (رافعی، ۱۳۸۷).

■ عوامل عصب شناختی

تصویربرداری با طنین مغناطیسی^۸ (MRI). مورفومتری^۹ نشان می دهد در حجم ماده سفید مغز تفاوت های منطقه ای وجود دارد، مطالعات MRI کاربردی نشانگر کاسته شدن ارتباط موثر میان مناطق قشری مربوط به زبان، کارکردهای اجرایی و شناخت اجتماعی هستند که یک مشکل اساسی داخل قشری برای کم ارتباطی کودکان با اختلالات طیف اوتیسم است (Robert et al, 2011). مطالعات نورواناتومیک قویاً حاکی از آن است که تغییر یا اختلال در تحول مغز افراد با اختلال اوتیسم در هفته های اول

² Phenotype

³ Biochemistry

⁴ Encephalitis

⁵ Sclerosis Tuberosus

⁶ Phenylketonuria

⁷ Homovanillic Acid

⁸ Magnetic resonance imaging

⁹ Morphometry

بارداری شروع می‌شود. ظاهراً این تغییرات تحولی، حوادثی پاتولوژیک در مغز پدید می‌آورند که مغز را به شدت تحت تاثیر عوامل محیطی قرار می‌دهد. با توجه به اینکه اغلب مطالعاتی که پس از مرگ مبتلایان به اوتیسم روی مغز آن‌ها صورت گرفته به مواردی مربوط می‌شود که درخودماندگی با کم‌توانی هوشی همراه بوده است نتیجه‌گیری قطعی از آنها دشوار است. از آنجایی که وزن و حجم مغز کودکان با اختلال اوتیسم بیشتر از همتایان سالم است ولی اساس سلولی و مولکولی این تحول بیش از اندازه شناخته شده نیست.

علاوه بر این، فرضیه‌هایی در زمینه ساختار مغز افراد با اختلال اوتیسم مطرحند (نقل از رفیعی، ۱۳۸۷).

- (۱) افزایش وزن و حجم مغز ناشی از افزایش تعداد نورون‌ها در نواحی مهم مغز است که این افزایش، الگوی ارتباط نورونی را تغییر می‌دهد.
- (۲) افزایشی در تعداد نورون‌ها وجود ندارد، بلکه مهاجرت توزیع یافته نورون‌ها علت بروز علائم اوتیسم است.
- (۳) علت بروز علائم اوتیسم، عدم تعادل در شبکه‌های عصبی تحریکی - مهارتی است.
- (۴) شکل‌گیری غیرعادی سیناپس‌ها و خارهای دندریتی علت بروز اوتیسم است.

■ عوامل محیطی

از آغاز کشف اوتیسم به منزله یک ماهیت مرضی متمایز، بسیاری از نظریه‌پردازان عوامل محیطی را عامل اصلی بروز این اختلال تلقی کرده‌اند و تاکنون نیز پژوهش‌های متعدد به بررسی تاثیر این عوامل پرداخته‌اند. نظریه‌ها و پژوهش‌ها در قلمرو تاثیر عوامل محیطی بر سه زمینه متمرکز شده‌اند: ویژگی‌های والدین، تعامل‌های خانوادگی و تنیدگی‌های محیط (دادستان، ۱۳۸۹). کانر در گزارش اولیه خود توجه به این موضوع را ذکر کرده است که معدودی از والدین کودکان با اختلال اوتیسم واقعا خونگرم بودند و به طور کلی والدین و سایر اعضا خانواده غالباً سرگرم انتراعات عقلانی بوده و علاقه خالصانه اندکی نسبت به کودک ابراز می‌کردند. مع هذا، قرائن این فرضیه را تأیید نکرده است. سایر فرضیه‌ها، مثل خشم و طرد والدین و تقویت علائم اوتیسم به وسیله پدر و مادر نیز به تأیید نرسیده است. مطالعات اخیر در مقایسه والدین کودکان با اختلال اوتیسم و کودکان طبیعی تفاوت‌های مهمی در مهارت‌های تربیتی کودکان نشان نداده است. کودکان با اختلال اوتیسم، نظیر کودکان مبتلا به اختلالات دیگر، ممکن است به عوامل استرس‌زای روانی - اجتماعی از جمله ناهماهنگی خانوادگی، تولد خواهر یا برادر یا نقل مکان خانواده با تشدید علائم پاسخ دهند (کاپلان و سادوک، ۱۳۸۵).

روش‌های درمانی اختلال طیف اوتیسم

در دهه‌های ۱۹۵۰ و ۱۹۶۰ اوتیسم نوعی اسکیزوفرنی تلقی می‌شد و معمولاً این افراد به متخصصین روانپزشک مراجعه می‌کردند و تحت درمان‌های دارویی که به نظر روش ارجح بودند قرار می‌گرفتند و اگر فرد در جامعه یا در خانه، غیر قابل کنترل به نظر می‌رسید در بیمارستان‌های روانی نگهداری می‌شد. در دهه ۱۹۶۰ و پس از آن همانطور که علم رو به پیشرفت بود، از روش‌های رفتاری بیشتر برای تامین نیازهای بزرگسالان و کودکان با اختلال اوتیسم استفاده می‌شد، این نوع درمان عمدتاً تاکید کامل بر حذف رفتارهای غیر قابل قبول و یا ناخواسته داشت، رفتارهایی از قبیل پرخاشگری و تهاجم، بدخلقی، خودآزاری و حتی تکان

خوردن و دست زدن. در طول دهه‌های ۱۹۷۰، ۱۹۸۰، ۱۹۹۰، نسخه‌هایی برای اطلاع والدین و همچنین متخصصان تهیه شد که در بسیاری از مطبوعات به چشم می‌خورد. در حال حاضر محدوده‌ای از روش‌های مداخله‌جویانه خاصی برای والدین و همچنین متخصصان وجود دارد که مستلزم همکاری همه‌جانبه متخصصان و والدین با یکدیگر است تا بتوانند نسبت به دستیابی به بیشترین تطابق بین روش انتخابی و نیازهای افراد اطمینان حاصل نمایند (ویل، ۱۳۸۸).

اهداف درمان

اهداف درمان بالا بردن رفتارهای اجتماعی مقبول و متمایل به هنجار جامعه، کاهش علائم رفتاری عجیب و غریب و کمک به تحول روابط کلامی و غیرکلامی است. آموزش زبان و نیز آموزش در زمینه‌های تحصیلی غالباً ضروری است (کاپلان و سادوک، ۱۳۸۵). در زیر به چند مورد از روش‌های درمان اشاره شده است.

• درمان‌های دارویی

آنتی سایکوتیک‌ها^{۱۰} و داروهای آنتاگونیست گیرنده دوپامین بیشترین داروهای هستند که در درمان کودکان با اختلال اوتیسم مورد مطالعه قرار گرفته‌اند. تجویز این داروها در دوزهای پایین رفتارهای کلیشه‌ای و بی‌قراری این کودکان را کم می‌کند. برخی یافته‌ها حاکی از این است که ترکیب این داروها با رفتاردرمانی موثرتر از این داروها به تنهایی است. از جمله داروهای مورد استفاده دیگر، نورولپتیک‌های قوی مثل متیل فنیدیت، لیتیم، کاربامازپین، کلوپرامین، هالوپریدول، کلونیدین و مهارکننده‌های اختصاصی گیرنده دوپامین است (خوشابی، ۱۳۷۹). همچنین مشاهده شده است که تغییرات رژیم غذایی و افزودن برخی ویتامین‌ها و مواد معدنی می‌تواند در بهبود برخی از اختلالات طیف اوتیسم موثر باشد. افزودن برخی ویتامین‌ها و مواد معدنی مانند ب ۶ و ب ۱۲ و همچنین حذف برخی مواد مانند گلوتن و کازئین از رژیم غذایی کودک می‌تواند در بهبود عملکرد سیستم گوارشی، آلرژی‌ها و رفتارهای کودک تاثیر مثبت داشته باشد (مرکز آموزش و توانبخشی اختلالات طیف درخودمانده به آرا، ۱۳۸۹). به طور کلی، با توجه به علل متفاوتی که می‌توانند به وجود آورنده اوتیسم باشند، احتمال دستیابی به دارویی که بر همه مبتلایان به این اختلال موثر افتد، بسیار اندک است. تحقیقات اخیر در این قلمرو، کوشش می‌کنند تا به داروهای دست یابند که بر رفتارهای خاص یا نشانه‌های توام با اختلال اثر بگذارند (دادستان، ۱۳۸۹).

• درمان‌های غیر دارویی

برای درمان نشانه‌های اختلال طیف اوتیسم روش‌های غیردارویی متنوعی ابداع شده است که به برخی از آنها اشاره می‌شود.

• روش تحلیل رفتار کاربردی

روش تحلیل رفتار کاربردی^{۱۱} (ABA) بیش از سایر روش‌ها در درمان کودکان با اختلال اوتیسم مطرح است. این روش درمانی بر اساس فنون تغییر رفتار پایه‌گذاری شده است. در این روش رفتار هدف^{۱۲} فرد دائماً مورد ارزیابی و سنجش قرار می‌گیرد. از طریق این روش می‌توان بسیاری از مهارت‌های زندگی روزمره، مهارت‌های زبانی، مهارت‌های خودیاری و مهارت‌های حرفه‌ای را به کودکان با اختلال اوتیسم آموزش داد (Grindle and Remington, 2002). روش درمان تحلیل رفتار کاربردی برای نخستین بار در

¹⁰ Antipsychotic

¹¹ Applied Behavior Analysis

¹² Target behavior

دانشگاه کالیفرنیا توسط Lovass برای درمان کودکان با اختلال اوتیسم به کار گرفته شد. این روش درمانی معمولاً بین ۳۰ تا ۴۰ ساعت در هفته به صورت انفرادی و توسط یک درمانگر متخصص اجرا می‌شود (فولادگر، بهرامی و شهیدی، ۱۳۸۸). در روش

ABA انواع مهارت‌ها از طریق روش تحلیل تکلیف، آموزش مستقیم و تقویت فوری به فرد آموزش داده می‌شود. همچنین تحقیقات نشان داده‌اند که کودکان با اختلال اوتیسم بعد از درمان با این روش نتایج بهتری در آزمون‌های استاندارد شده به دست می‌آورند (Rosenwasser and Axelrod, 2002).

بازی درمانی و اهمیت آن

بازی درمانگران در کار با کودکان با اختلال اوتیسم مداخلات متنوع و خلاقانه را مدنظر قرار داده‌اند از جمله آنکه لو و همکارانش با اجرای یک پروژه اقدام‌پژوهی به بررسی کاربرد بازی با ماسه به عنوان واسطه‌ای برای برانگیختن کودکان اوتیسم و هدایت آن‌ها به بازی‌های وانمودی پرداختند. نتایج نشان داد که کودکان با اختلال اوتیسم پس از ۱۰ هفته از شروع این برنامه، افزایش قابل‌ملاحظه‌ای در زمینه‌های بیان کلامی، برقراری و تداوم تعامل اجتماعی و افزایش در بازی‌های وانمودی و خودانگیخته نشان دادند (Lu et al, 2010). در یک مطالعه موردی و در طی ۱۶ جلسه بازی درمانی با پسری در سن تقویمی شش سال و نیم و با تشخیص اختلال اوتیسم شدید، پیشرفت و بهبودی در زمینه‌های بازی وانمودی، دلبستگی، تعامل اجتماعی و بهبودی در زمینه مواجهه با تغییرات گزارش گردید که البته تغییر در رفتارهای کلیشه‌ای کمتر بوده است (Josefi & Ryan, 2004). به کارگیری عروسک‌های دستی برای کودکان درخودمانده را می‌توان در زمره مداخلات هنردرمانی و به مثابه برنامه درمانی مکمل در حیطه هیجانات کودکان با اختلال اوتیسم برشمرد (جامعه اوتیسم کانادا^{۱۳}). عروسک‌های دستی و عروسک‌های ساده در آموزش همدلی و مهارت‌های درک هیجانی نیز برای کودکان با اختلال اوتیسم به کار گرفته شده‌اند. در پژوهشی با برگزیدن چهار کودک درخودمانده در سنین ۵ تا ۸ سالگی با به کارگیری عروسک‌های دستی دارای چهره‌هایی با حالات هیجانی مختلف، بازی‌هایی را در چهار تا پنج جلسه در هفته و هر جلسه به مدت ۲۰ دقیقه انجام دادند. پس از ۳۰ جلسه مداخله، برای تمام این کودکان، افزایش نظامدار در پاسخ‌های همدلانه نسبت به محرک‌ها و سرنخ‌های آرایه شده در جلسات مداخله مشاهده گردید (Schrandt et al, 2009). بازی درمانی عروسکی برای کودکان و نوجوانان با اختلال طیف اوتیسم، برقراری ارتباط با این کودکان و نوجوانان را تسهیل می‌کند و موجب افزایش هیجانات مثبت آن‌ها می‌شود. پژوهشگران با رویکردی که آن را رابطه‌ی درمانی با کمک عروسک دستی نامیدند، با کودکان و نوجوانان با اختلال اوتیسم و مبتلا به آسیب‌گر به بازی‌های عروسکی پرداختند. آن‌ها میبایست به عروسک‌ها کمک می‌کردند تا در موقعیت‌های زندگی روزمره برخورد مناسبی داشته باشند و احساسات خود را بروز دهند. گزارش والدین حاکی از آن بود که شرکت کنندگان در عروسک درمانی از شادی و هیجانات مثبت بیشتری برخوردار شده‌اند (Welch, 2004). مرور نظریات و پژوهش‌ها در حیطه اختلال اوتیسم نشان می‌دهد، مشکلات ارتباطی و نقص در برقراری ارتباط از زیربنایی‌ترین و اصلی‌ترین خصیصه‌های اختلال است و توجه به آن در طراحی مداخلات درمانی از اولویت عمده‌ای برخوردار است، از طرفی نقص در مهارت‌های بازی کردن به ویژه کاستی در بازی نمادین و بازی‌های ابداع گرایانه نیز از جمله خصیصه‌های کودکان با

¹³ Autism Society of Canada

اختلال اوتیسم است، لیکن با توجه به ظرفیت بازی در برانگیختن حسی و تحریک حواس کودک، مداخلات بازی محور برای کودکان با اختلال اوتیسم میتواند زمینه ی تعامل و غنی سازی فعالیت های ارتباطی را فراهم آورد (Landa, 2007).

تعریف بازی

در فرایند تحول، کودکان نیازها و مشکلاتی دارند که بیشتر آن ها از سوی والدین، آن چنان که باید درک و پاسخ داده نمی-شود. پس باید به دنبال یک راه ارتباطی سازگار با کودک بود. راهی که بزرگسالان برای بیان نیازهای خود به کار می گیرند، سخن گفتن در مورد مشکلات است. بنابراین، باید روشی را برگزید که به اندازه سخن گفتن به کودکان یاری رساند. بازی یکی از راههایی است که کودک به کمک آن سخن می گوید، درست مثل بزرگسالان. بازی روشی است که در آن، کودک احساسات خود را نشان می دهد، روابط خود را گسترش می دهد، تجارب خود را به نمایش می گذارد، آرزوهایش را فاش می سازد و به خودکوفایی می رسد (انصاری، ۱۳۸۷).

انواع بازی

انواع مختلفی از بازی شناسایی شده است که به متداول ترین آنها اشاره می شود (مهجور، ۱۳۸۳):

✓ بازی های جسمی

بازی های جسمی از قدیمی ترین انواع بازی ها هستند. کودک برای خارج ساختن نیرو (انرژی) اضافی بدن خود و یا رهایی از خمودگی و خستگی، اوقاتی را به بازی های جسمی اختصاص می دهد. از مشخصات این بازی، نیاز به محیط مخصوص بازی و توان جسمی کودک در اجرای بازی است. بازی های جسمی می توانند هم به صورت گروهی و هم به صورت انفرادی و یا ترکیبی از هر دو انجام شوند.

✓ بازی های تقلیدی

کودک در هر دوره ای دست به بازی های تقلیدی می زند. کودک در آغاز به تقلید نقش مطمئن دوستان، والدین، خواهران، برادران و به طور کلی خویشاوندان و نزدیکان می پردازد و از ایفای نقش آن ها، بزرگترین لذت و تجربه را به دست می آورد. در دوران دبستان بیشتر نقش مربیان و معلمان را ایفا می کند و هنگامی که به سن نوجوانی نزدیک می شود، الگوی رفتاری او نیز تغییر می-یابد. از این سنین کودک (نوجوان) به تقلید رفتار همسالان خود می پردازد. در واقع از این زمان به بعد تقلید نقش از طرف کودک دیگر به عنوان بازی نیست، بلکه آغازی است برای چگونگی همسویی با گروه های اجتماعی و ایفای نقش واقعی زندگی.

✓ بازی های نمایشی

مهمترین بازی که در آن احساسات، نیازها و عواطف کودکان می تواند بروز و ظهور کند، بازی نمایشی است. بازی نمایشی می تواند کمک کند تا کودک از خودمیان بینی^{۱۴} بیرون آید و متوجه بیرون خود شود و همچنین به کودک فرصت می دهد تا شخصیت درونی خود را آشکار کند. اگرچه بازی های تقلیدی و نمایشی با هم مشترک هستند و در حقیقت بازی نمایشی خود نوعی از بازی

¹⁴ egocentrism

تقلیدی است؛ نکته ظریف این است که در بازی تقلیدی، کودک سعی به تقلید نقش دارد، در حالیکه در بازی نمایشی کودک علاوه بر تقلید نقش، انتظار خود از آن نقش را نیز بیان می‌کند.

✓ بازی‌های نمادین

بازی‌های نمادین نقطه اوج بازی‌های کودکان است که از حدود یک و نیم یا دو سالگی آغاز می‌شود و در پنج و شش سالگی به کمال خود می‌رسد، و تا هشت و نه سالگی نیز ادامه می‌یابد. در واقع، بازی نمادین زمانی آغاز می‌شود که کودک به تدریج زبان می‌گشاید و توانایی کاربرد علائم و نمادهای زبان را دارد. بازی‌های نمادین، با بازی‌های تقلیدی و نمایشی تفاوت دارد. در بازی‌های

تقلیدی و نمایشی، کودک با استفاده از وسایل موجود به برون فکنی یا درون فکنی امیال و خواسته‌های خود می‌پردازد و از این طریق، به لذتی درونی و برونی دست می‌یابد و خود را از قید تنش‌ها رها می‌سازد. در بازی‌های تقلیدی و نمایشی، کودک سعی دارد به اشیاء و وسایل واقعی موجود در محیط خود دست یابد و با آن وسایل بازی کند اما در بسیاری از اوقات، محدودیت‌ها مانع دستیابی کودک به ابزار و وسایلی است که در بازی به آن نیاز دارد. در این مرحله است که کودک، برای حل مشکل خود، به بازی-های نمادین روی می‌آورد و عناصری تازه وارد بازی کودکان می‌شود. واقعیت‌ها تغییر شکل می‌یابند. اشیایی که وجود ندارند به وسیله اشیای دیگر به نمایش در می‌آیند.

✓ بازی‌های تخیلی

بازی‌های تخیلی ریشه در خلاقیت کودک دارند. تخیل کودک به مرور و هم‌گام با تحول ذهنی او از مرحله بازی‌ها خارج شده و به صحنه داستان‌ها و گفتارهای کودک کشانده می‌شود. نظریه پردازان معتقدند تحول تخیل کودک در هنگام کودکی و از طریق بازی احتمالا موجب می‌شود تا آن‌ها در زندگی بزرگسالی به هنرمندان، نویسندگان، نقاشان، مخترعین و کاشفانی بزرگ تبدیل گردند.

✓ بازی‌های آموزشی

بازی‌های آموزشی، برای تقویت و تحول قوای حسی و ذهنی کودک می‌باشد. آنچه در بازی‌های آموزشی مورد نظر است، چگونگی استفاده از بازی در تحول قوای حسی حرکتی و به فعالیت واداشتن کودک از طریق تمرین با وسایل بازی است. از جمله بازی‌های آموزشی می‌توان از بازی‌های دستی مثل پازل نام برد. نظارت مربیان و والدین در بازی‌های آموزشی بسیار بااهمیت و حساس است؛ اما میزان این نظارت باید تا حدی محدود باشد. با این که هدف از انجام بازی‌های آموزشی، بیشتر آموزش است تا بازی، اما جنبه بازی گونه بودن آن باید حفظ شود. باید سعی شود کنترل اصلی در اختیار کودک باشد و جهت و مسیر آن را خود کودک تعیین کند، تنها هنر مربی یا والدین، هدایت جهت و مسیر بازی به صورت غیرمستقیم و غیرتحمیلی به سوی آموزش است.

انواع بازی‌های حسی و حرکتی کودک محور در کودکان مبتلا به اختلال طیف اوتیسم

مهارت کلامی: یکی از مهارت‌های مهم در رابطه با بازی درمانی کودکان، مهارت کلامی می‌باشد. در طول بازی باید مکالمات زیادی صورت گیرد؛ تا کودکان با یکدیگر ارتباط برقرار کنند. بیشترین ضعف کودکان اوتیسم در بخش ابتدایی و انتهای مکالمات می‌باشد. در این میان باید فرد متخصص دو مورد را حتما رعایت کند. اول این که کودکان باید به نوبت صحبت کنند و دومین موضوع مربوط به محدود کردن صحبت در میان کودکان اوتیسمی می‌باشد. کودکان اوتیسمی معمولا در زمینه موضوع مورد علاقه‌شان بیش از حد صحبت می‌کنند.

استفاده از بازی‌های مناسب برای درمان اوتیسم: اغلب کودکانی که دچار اختلال اوتیسم هستند؛ در حین بازی بیشتر زمان خود را، صرف کارهای بیهوده می‌کنند و از فرصت خود، برای برقراری ارتباط و دوستی با دیگران استفاده نمی‌کنند. به همین خاطر، با انجام بازی‌های مختلف می‌توان به راحتی این مشکل را از بین برد. برای مثال می‌توان به بازی کارتی و رومیزی اشاره کرد. بهره‌گیری از روش حل مسئله، برای بازی درمانی کودکان اوتیسم: برای پیشرفت در این زمینه، باید کودکان را به چالش کشیده و فعالیت‌هایی در قالب حل مسئله، برای آن‌ها طراحی کرد. می‌توان در جلسات مختلف، به نوبت برای آن‌ها نقشی را در نظر گرفت. با انجام این کار، به مرور زمان کودک پیشرفت کرده و قدرت انجام فعالیت‌ها را به طور مستقل، به دست می‌آورد.

اجرای نقش‌های مختلف: یکی از عوامل موثر در بازی درمانی کودکان، اجرای نقش‌های مختلف می‌باشد. این مسئله سبب شده تا کودکان در موقعیت‌های گوناگون قرار بگیرند. از جمله این کارها می‌توان به نوشتن و اجرای نقش‌ها اشاره کرد. در این روش استعداد مختلف کودکان اوتیسم آشکار شده که نوع علایق و توانایی‌های آن‌ها متفاوت می‌باشد. اهدای جوایز و رای‌گیری برای انتخاب آن: یکی از دلایل مهم اجرای این بخش، مشارکت کودکان با یکدیگر بر سر جوایز نهایی می‌باشد. اعضای گروه بازی درمانی (متخصص و کودکان) می‌توانند، بر سر انتخاب جایزه خود رای‌گیری کنند. نکته قابل تامل در این بخش، ایجاد مشارکت بین کودکان می‌باشد. در این روش کودکان می‌آموزند که همیشه جایزه انتخابی خود را نخواهند گرفت و برخی مواقع بر اساس نظر جمع انتخاب می‌شود.

برنامه مداخله بازی درمانی حسی و حرکتی

مداخله‌ای تحت عنوان بازی درمانی حسی و حرکتی در ۶ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای برای کودکان اوتیسم به کار گرفته می‌شود. خلاصه جلسات در جدول ۲ بیان شده است.

جدول ۲: خلاصه جلسات بازی درمانی حسی و حرکتی

شرح جلسه	اهداف درمان	
درمانگر کودکان را به سوی بررسی لوازم و اسباب بازی های اتاق راهنمایی خواهد کرد و در عین حال، برقراری رابطه گرم مدنظر است. در این جلسه کودکان می توانند بازی دلخواه خود را انجام دهند و درباره هر چه می خواهند صحبت کنند. همچنین در این جلسه بازی های تعاملی با هدف ایجاد ارتباط به صورت فردی و گروهی صورت خواهد گرفت. سپس درمانگر بازی نام را انجام خواهد داد. روش این بازی به این صورت است که درمانگر از کودکان می خواهد در یک دایره بنشینند و کودکان یک توپ را برای همدیگر می غلتانند. قبل از غلتاندن توپ، هر کودک نام فردی را که توپ را به سمت او می غلتاند صدا می زند یا به او نگاه می کند. بازی دیگر در این جلسه بازی این کیه؟ است. هدف از این بازی، شناخت خود در آینده و تجربه غافلگیری از دیدن انعکاس خود در آینده است. از کودکان خواسته می شود	۱. آشنا شدن با گروه و اعضای گروه	جلسه اول
	۲. آشنا شدن کودک با درمانگر	
	۳. آشنا شدن کودک با اتاق بازی	
	۴. شناخت نام خود و دیگران	
	۵. تحریک عضلانی	
	۶. تحمل بادقت	
	۷. شناخت و لذت بردن از انعکاس خود و مورد توجه دیگران	

<p>در یک دایره بنشینند؛ آینه ای در جلوی یک کودک قرار داده می شود و درمانگر آینه را با شال می پوشاند. پس از اینکه شال روی آینه قرار گرفت، بچه های گروه به همراه درمانگر می خوانند این کیه؟ آیا کسی میتونه بگه؟ و بعد درمانگر شال را برمی دارد و می گوید آینه و نام کودک را میگویند و بعد گفته می شود ما اون رو خیلی دوست داریم!</p>	<p>بودن</p>	
<p>فعالیت اصلی در این جلسه، بازی های هیجانی مثل آب بازی، کف زدن و دست و پا زدن در آب است. سپس درمانگر بازی چهره کشیدن را انجام می دهد و یک تکه کاغذ را برمی دارد و با خودکار یک چهره خندان را می کشد و می گوید یک چهره شاد و به کودک لبخند می زند و کودک را تشویق می کند تا از روی نقاشی خود کپی کند؛ و سپس چهره های دیگر مانند ناراحت، ترسیده، عادی و غیره.</p>	<p>۱. برون ریزی های هیجانی کودک ۲. نزدیک شدن به احساسات کودک ۳. تحریک و تحمل حس لامسه و دیداری ۴. درک علت و معلول ۵. توجه مشترک ۶. تحریک احساسات و عواطف ۷. مهارت های حرکتی ظریف ۸. تمرین خواندن حالت های چهره</p>	<p>جلسه دوم</p>
<p>در این جلسه، درمانگر بازی نشانگرهای صوت را انجام می دهد او با پخش کردن اصوات عادی ضبط شده مانند صدای استارت ماشین، جریان آب، جاروبرقی، صدای سگ، بسته شدن در و ... از کودکان می خواهد تا بنشینند و به برخی صداها گوش کنند. او زمانی که کودکان آرام هستند صدا را پخش می کند و ضبط بعد از هر صدا متوقف می شود. درمانگر از کودک می پرسد این صدای چیه؟ در صورتی که لازم است و کودک از عهده بر نمی آید درمانگر به او گزینه هایی ارائه می کند؛ مثل آیا صدای سگ است یا صدای جاروبرقی؟ درمانگر کودک را تشویق می کند به انجام بازی هایی مانند قرار دادن دست و پا در آب سرد و گرم، حرکت کودک پابرهنه روی خاک نرم و زبر و</p>	<p>۱. تحریک حس شنوایی کودک ۲. گوش دادن ۳. شناسایی ۴. مشارکت گروهی ۵. تحریک حس لامسه (حس عمقی) کودک ۶. افزایش آگاهی حس لامسه ۷. آگاهی محیطی واژه سازی</p>	<p>جلسه سوم</p>
<p>فعالیت های اصلی این جلسه، بازی هایی است که گنجینه لغات کودک را افزایش میدهد، مثل آب بازی که کودک با کلماتی مثل قطره، آب، سرما، گرما و ... آشنا می شود. همچنین انجام بازی هایی مثل مهره نخ کردن، درست کردن پازل، پیدا کردن اشیای رنگی.</p>	<p>۱. تحریک زبانی کودک ۲. ارتقای ارتباط ۳. توسعه شوخ طبعی ۴. کنترل سر ۵. تحریک دیداری شنیداری ۶. تحریک حس بینایی در کودک (تحریک دیداری) ۷. افزایش مهارت های حرکتی ظریف ۸. تمرکز هماهنگی چشم و دست</p>	<p>جلسه چهارم</p>
<p>فعالیت هایی که کودک در این جلسه انجام می دهد، بازی های حرکتی</p>	<p>۱. پرورش مهارت های روانی-حرکتی (حرکات درشت و</p>	<p>جلسه</p>

<p>درشت و ظریف و هماهنگی چشم و دست مثل پر کردن دو ظرف و پرتاب توپ در جعبه است.</p>	<p>ظریف)</p> <p>۲. هماهنگی چشم و دست</p> <p>۳. تمرکز و رسیدن به یک هدف</p> <p>۴. نوبت گیری بازی با دیگران</p>	<p>پنجم</p>
<p>در این جلسه بازی هایی انجام می گیرد که حس بویایی کودک را فعال کرده و کودک را وادار می کند که در برابر بوهای خارج از بدنش واکنش نشان دهد، مثل بو بازی.</p>	<p>۱. تحریک حس بویایی کودک</p> <p>۲. نوبت گیری</p>	<p>جلسه ششم</p>

اختلال طیف اوتیسم و بازی های حسی و حرکتی در پرتو پژوهش ها

در مطالعه مروری حاضر تعداد ۷ مورد از منظر اختلال طیف اوتیسم و رویکرد درمانی با بازی های حسی و حرکتی مورد بررسی قرار گرفتند و یافته های پژوهشی آن ها در قالب یک مرور سیستماتیک در جدول ذیل درج شده است.

جدول ۳: مرور سیستماتیک یافته های پژوهشی اختلال طیف اوتیسم کودکان و بازی های حسی و حرکتی کودک محور

زمینه مورد مطالعه	عنوان مقاله	سال	نویسندگان
اوتیسم و بازی درمانی	اثر بخشی بازی های حسی حرکتی خانواده محور بر مهارت های کلامی و تعاملات اجتماعی کودکان اوتیسم	۱۳۹۷	علیرضا وطنخواه و صنم حاج جباری
اوتیسم و بازی درمانی	تاثیر تمرینات کانگوجامپ بر عملکرد تعادلی کودکان مبتلا به اختلال طیف اوتیسم با عملکرد بالا	۱۳۹۹	پریا نکویی و همکاران
اوتیسم	Research in Autism Spectrum Disorders	2020	Dawn & Megan Clark Adams
اوتیسم	Urbanicity and autism of children in China	2020	Yanan Luo et al
اوتیسم	Developing a Toothbrushing Visual Pedagogy (TBVP) for Preschool Children with Autism Spectrum Disorder	2021	Rennan Yanlin Du et al
اوتیسم	Association of Amygdala Development with Different Forms of Anxiety in Autism Spectrum Disorder	2022	Derek Sayre Andrews et al
اوتیسم و بازی درمانی	تاثیر بازی در آب کودکان مبتلا به اختلال طیف اوتیسم بر استرس مادران آن ها	۱۳۹۹	نیلوفر السادات هاشمی و همکاران

بحث و نتیجه گیری

بازی پیوندی بین دنیای واقعی و خیالی کودک است و از طریق بازی، کودک یک راه یا شیوه‌ای را پیدا می‌کند که از آن طریق ارتباط برقرار کند و خودش را به دنیای بیرون بیان نماید. کودک با بیان خود در مراحل اولیه بازی درمانی احساس امنیت و سلامتی می‌کند و به تدریج آماده مطرح کردن و در میان گذاشتن احساسات دردناک می‌شود. در ایجاد ارتباط عاطفی بین کودک و درمانگر در فرایند دلبستگی اولیه در روان درمانی، یک تجربه تخلیه هیجانی و پاداش برای کودک و خانواده فراهم می‌آورد، همچنین ایجاد تشویق کننده یک اعتقاد در فرایند بازی درمانی است که نهایتاً کارآمدی و اثربخشی را افزایش می‌دهد (محمداسماعیل، ۱۳۹۳).

شواهد موجود نشان می‌دهد که بازی درمانی روشی است که به یاری کودکان دارای اختلال می‌شتابد تا بتوانند مسائل را حل کنند و مشکلات درون خود را بروز دهند. کودک با بازی تجارب گذشته‌اش را تمرین می‌کند و آنها را با الگوها و ادراکات جدید

تلفیق می‌کند و از طریق این فرایند به سوی آینده پیش می‌رود (Landers, 2016). بازی از مولفه‌های ضروری زندگی کودکان است چرا که آنها زمان بازی به طور معمول در طبیعی‌ترین و راحت‌ترین وضعیت هستند و به همان راحتی که بزرگسالان احساسات خود را از راه گفتار ابراز می‌کنند، آنها نیز همین کار را به وسیله بازی انجام می‌دهند. بنابراین بازی وسیله بسیار کارآمد و موثری است که با کمک آن می‌توان وارد دنیای درونی کودکان شد (طیبی، ۱۳۹۳). بازی درمانی به عنوان یک درمان ایمن و همساز با ویژگی‌های رشدی و شرایط کودکان در خودمانده همواره سهمی از مداخله‌های آموزشی، روان‌شناختی و توانبخشی را به خود اختصاص داده است و به این لحاظ مبادرت به پژوهش و توسعه در این زمینه نوعی سرمایه‌گذاری علمی است (اصغری نکاح، ۱۳۹۰). کودکان دارای اختلال طیف اتیسم به فعالیت‌های دارای ساخت و تکراری علاقه‌مند هستند. این کودکان نیاز دارند تا بدانند که باید چه کار کنند. با استفاده از بازی‌ها می‌توان فعالیت‌های مختلفی را به کودکان این طیف آموزش داد. بازی‌های حسی حرکتی، بازی‌های ساخت‌دار و بازی‌های وانمودی از جمله بازی‌های مناسب برای کودکان دارای اختلال طیف اتیسم هستند (صمدی، ۱۳۹۵). بازی درمانی رویکرد فعالی است که می‌توان آن را به طور انفرادی یا گروهی به کار برد؛ به گونه‌ای که به کودکان اجازه می‌دهند تا به واسطه بازی، در آغاز با درمانگر ارتباط برقرار کرده و احساسات هشیار و ناهشیار خود را آشکار سازد (Daven, 2011). کودکان اتیستیک دارای اختلالات ناهنجاری در زمینه مهارت‌های اجتماعی و ارتباط کلامی و غیرکلامی هستند که مشکلات ارتباطی کلامی در این افراد باعث ضعف عملکرد و ضعف مهارت‌های اجتماعی آنها می‌شود و منجر به رد در برقراری تعامل با دیگران می‌شود. رفتارهای تعاملی افراد اتیستیک نظیر تماس چشمی، حالت‌های چهره و وضعیت حرکات بدن نقش مهمی دارند؛ که از طریق تکنیک‌های حسی و حرکتی قابل تقویت هستند. شیوه بازی درمانی در زمینه‌های حسی-حرکتی می‌تواند اختلالات رفتاری کودکان اتیستیک را یکپارچه کند. و میزان اختلالات رفتاری آنها را از طریق بازی‌های حسی-حرکتی کاهش دهد؛ و بر بهبود مهارت‌های اجتماعی و مهارت‌های کلامی آنها بیفزاید. اثربخشی کاربرد این بازی‌ها باعث تسهیل مهارت‌های کلامی و مهارت‌های اجتماعی آنها می‌شود. بازی‌های حسی و حرکتی باعث بهبود تقویت توانایی‌های برطرف کردن ضعف‌ها و سستی‌های رفتار در کودکان اتیستیک می‌شود. و در پیشگیری رفتارهای خطاآمیز آنها تاثیر به سزایی دارد. که با آموزش بازی‌های حسی-حرکتی کودک محور توسط والدین و مربیان در کودک انگیزه ایجاد می‌کند که رفتارهای فعال مثبت از خود به نمایش بگذارند و با تعامل و ارتباط، رفتارهای خود را هدایت نمایند.

منابع

- احمدی، احمد؛ شاهی، یوسف. (۱۳۸۹). تأثیر تمرین های ادراکی حرکتی بر مهارت های حرکتی و ریاضی در اوتیسم، *مجله اصول بهداشت روانی*، ۱۲(۲)، ۵۴۱-۵۳۴.
- اصغری نکاح، س. م.؛ افروز، غ. ع.؛ بازرگان، ع.؛ شکوهی یکتا، م. (۱۳۹۰)، "تأثیر مداخله بازی درمانی عروسکی بر مهارت های ارتباطی کودکان درخودمانده"، *مجله اصول بهداشت روانی*، ۱۳(۴۹)، ۵۷-۴۲.
- بهروزمنش، پروانه؛ نادری، فرح؛ حافظی، فریبا؛ بختیارپور، سعید. (۱۴۰۰). اثربخشی آموزشی مبتنی بر یکپارچگی حسی و دانش جنسی کودکان اوتیسم با عملکرد بالا، *نشریه خانواده و بهداشت*، ۳۰، ۹۹-۱۱۴.
- حاج جباری، صنم؛ حمیدرضا، وطنخواه. (۱۳۹۷). اثربخشی بازی های حسی-حرکتی خانواده محور با عروسک های دستی بر مهارت های کلامی و تعاملات اجتماعی کودکان اوتیسم در مرکز ندای عصر تهران، *نشریه ایده های نوین روانشناسی*، ۶، ۱۳۳-۱۲۱.
- دادستان، پریخ. (۱۳۹۰). ارزشیابی شخصیت کودکان بر اساس آزمون های ترسیمی. چاپ ششم. تهران: انتشارات رشد.
- رحمانیان، مهدیه؛ اورکی، محمد؛ امینی شیرازی، نرگس؛ فرزانه، محمدرضا. (۱۴۰۰). مقایسه اثربخشی موسیقی درمانی فعال و بازی درمانی بر مهارت اجتماعی و تماس چشمی کودکان پسر مبتلا به اوتیسم سطح ۲، *نشریه کودکان استثنایی*، ۸۱، ۱۱۳-۱۲۶.
- شریفی درآمدی، پرویز؛ فتح آبادی، روح الله؛ بختیاروند، مرتضی؛ احمدی، احمد. (۱۳۹۸). اثربخشی بازی درمانی با استفاده از شن بر رفتارهای چالشی و اضطراب کودکان مبتلا به اختلال اتیسم با عملکرد بالا، *نشریه توانمند سازی کودکان استثنایی*، ۱۰(۱)، ۱۴-۱.
- صمدی س. ع. (۱۳۷۵) علایم اختلال اوتیسم چیست؟ مداخلات خانواده محور، تهران: انتشارات سازمان بهزیستی کشور.
- طیپی ا. (۱۳۹۳) بررسی تأثیر بازی درمانی شناختی-رفتاری بر مهارت های ارتباطی کودکان درخودمانده ۷-۱۰ ساله با عملکرد بالا، *پایان نامه کارشناسی ارشد*، دانشگاه علامه طباطبائی.
- عابدی، احمد؛ آقابابایی، سارا؛ یارمحمدیان، احمد؛ زمانی فروشانی، نسرين. (۱۳۹۴). فراتحلیل اثربخشی مداخله تحلیل رفتار کاربردی بر مهارت های زبانی کودکان مبتلا به اختلال اوتیسم، *فصلنامه روانشناسی بالینی*، ۷(۲)، ۸۶-۷۷.
- عالیخانی، مرجان؛ بنی سی، پری ناز؛ وطن خواه، حمیدرضا. (۱۳۹۵). اثربخشی بازی درمانی بر برقراری ارتباط کودکان دارای اختلال طیف اوتیسم، *نشریه تعالی مشاوره و روان درمانی*، ۱۹، ۴۸-۶۲.
- کاظمی، فهیمه؛ ابوالقاسمی، عباس. (۱۳۹۸). تأثیر آموزش همدلی بر پایه بازی بر مهارت های ارتباطی و رفتارهای کلیشه ای دانش آموزان طیف اوتیسم، *نشریه مطالعات روان شناختی*، ۱۵(۵۹)، ۴۰-۲۵.
- محمداسماعیل، الهه (۱۳۹۳). بازی درمانی: نظریه ها، روش ها و کاربردهای بالینی. تهران: انتشارات دانژه.
- ملک پور، مختار؛ دادمهر، علی اصغر؛ قمرانی، امیر؛ رحیم زاده، سمیه. (۱۳۹۳). تأثیر روش مداخله ای تحریک حسی و حرکتی بر میزان هماهنگی حرکتی در دانش آموزان کم توان ذهنی آموزش پذیر با اختلال هماهنگی رشدی، *مجله تعلیم و تربیت استثنایی*، ۲(۱۲۴)، ۳۲-۲۵.
- ملک پور، مختار؛ زیدآبادی نژاد، فاطمه؛ فرامرزی، سالار؛ چوپان زیده، رؤیا؛ علی تقی پورجوان، عباس. (۱۳۹۲). بررسی اثر آموزش مهارت های روانی - حرکتی بر کارکردهای اجرایی (حل مسئله، برنامه ریزی و سازماندهی رفتاری-هیجانی) کودکان پیش دبستانی دارای اختلالات یادگیری غیرکلامی، *تازه های علوم شناختی*، ۱۵(۳)، ۳۹-۳۲.
- نظری، المیرا؛ فرامرزی، سالار. (۱۳۹۶). تأثیر مداخله بهنگام بازی محور بر رشد روانی-حرکتی کودکان با اختلال طیف اوتیسم، *نشریه رشد و یادگیری حرکتی ورزشی*، ۹(۲)، ۳۱۸-۳۰۳.
- نکویی، پریا؛ ذولاکتاف، وحید؛ صادقی دمنه، ابراهیم. (۱۳۹۹). تأثیر تمرینات کانگوجامپ بر عملکرد تعادلی کودکان با اختلال طیف اوتیسم با سطح عملکردی بالا، *نشریه رشد و یادگیری حرکتی ورزشی*، ۱۲(۲)، ۲۴۰-۲۲۳.

- Adams, D., Simpson, K., & Keen, D. (2018). School-related anxiety symptomatology in a community sample of primary-school-aged children on the autism spectrum. *Journal of School Psychology*, 70(4), 64-73.
- American psychology Association. (APA). (2012). *Diagnostic and statistical Manual-Text Revision*. Chicago, I. L. Association P,68.
- Association, Ap. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders*. Arlington, VA: American Psychiatric Publishing.
- Bahrami, F., Movahedi, A., Marandi, SM., & Sorensen, C. (2016). The Effect of Karate Techniques Training on Communication Deficit of Children with Autism Spectrum Disorders. *J Autism Dev Disord* 46, 978-986. 10.1007/s10803-015-2643-y.
- Conners, C. K., Sitarenios, G., Parker, J. A., & Epstain, J. N. (2018). "Revision and restandardization of the Conners, Teacher Rating Scale: Factor structure, reliability and criterion validity". *Journal of Abnormal Child Psychology*, 26(4), 279-292.
- Iwanaga R., Honda S., Nakane H., Tanaka K., Toeda H., Tanaka G.. Pilot Study: Efficacy of Sensory Integration Therapy for Japanese Children with High-Functioning Autism Spectrum Disorder. *Occupational therapy international*. 2014; 21(1): 4-11.
- Jamshidian, E., Jalili, N., & Haghgoo, H. (2016). The effect of sensory processing abilities on participation of children with autism. *Daneshvar Medicine*, 23 (120), 33-45.
- Landa, R. (2007). Early Communication Development and Intervention for Children with Autism. *Mental Retard Disability. Res Rev.*, 13:16 -25 .
- Lu, L., Petersen, F., Lacroix, L., & Rousseau, C. (2010). Stimulating creative play in children with autism through sandplay. *The Arts in Psychotherapy*, 37(1), 56-64.
- Lu, C. K., Peterson, G., Lacrosse, J. A., Rosio, J. N. (2010). "More contributions of applied behavior analysis to education of people with autism". *Behav Modif*; 26(1): 3-8.
- Mohammadi, M.R., Ahmadi, N., & Khaleghi, A., et al. (2019). Prevalence of Autism and its Comorbidities and the Relationship with Maternal Psychopathology: A National Population-Based Study. *Arch Iran Med* 22, 546-553-553, 2019.
- Nesaeyan, A., Kazemi, F., Pishyare, E., Hashemi azar, J., & Farrokhi N. (2013). Sensory processing patterns of autistic children from teachers' point of view. *JNKUMS*. 5(3), 653-661. [Persian].
- Samadi, S. A., & McConkey, R. (2015). Screening for autism in Iranian preschoolers: contrasting M-CHAT and a scale developed in Iran. *Journal of autism and developmental disorders*, 45(9), 2908-2916.
- SCHMITZ OLIN, S, MCFADDEN, BA, GOLEM, DL, et al. The Effects of Exercise Dose on Stereotypical Behavior in Children with Autism. *Med Sci Sports Exerc* 49: 983-990, 2017. 10.1249/mss.0000000000001197.
- Shojaee, S. (2015). Challenges Facing Families with Children with Autism Spectrum Disorders. *J Child Ment Health*. 2 (1) ,71-81.
- Todd, T., & Reid, G. (2006). Increasing Physical Activity in Individuals with Autism. *Focus Autism Other Dev Disabl* 21, 167-176. 10.1177/10883576060210030501.
- Will, M.N., Currans, K., Smith, J., Weber, S., Duncan, A., Burton, J., & Luebrecht A. (2018). Evidenced-Based Interventions for Children with Autism Spectrum Disorder. *Current Problems in Pediatric and Adolescent Health Care*, 1-17.

autism spectrum disorder: Child-centered sensory and motor play

Touraj hashemi

Ph.D. Professor, Department of psychology,
University of Tabriz

(Corresponding author)

Naimeh Mashinchi Abbasi

Ph.D, Assistant professor, Department of psychology,
postdoc in Cognitive Neuroscience, University of
Tabriz

Masumeh Eivazzadeh

MA, Clinical Child and Adolescent Psychology, University of Tabriz

1-1- Abstract

Considering the present time stress, the study of mental and neurodevelopmental disorders has become especially important and, autism spectrum disorder has a long history. According to the definition of the statistic and diagnostic manual of mental disorders, fifth version this disorder consists of: having a deficiency in social relations, verbal and non-verbal communication, a limited source of interests and activities, stereotyped movements, having a limited vocabulary that it is not proportional to the level of development of the individual and these symptoms appear in the first three years of life. Boys usually suffer from this disorder more than girls with a ratio of 4 to 1. Over the past two decades, researchers have made progress in identifying effective treatments, including psychotherapy, medication, and combination therapies. Accordingly, many non-pharmacological treatments have been presented in the field of psychology, among which play therapy can be mentioned. Play is one of the ways that children use to speak, just like adults. Playing is a way in which the child shows his/her feelings, expands his/her relationships, displays his/her experiences, reveals his/her dreams and achieves self-realization. Communication problems are among main features of the disorder, and should be given priority in designing therapeutic interventions, on the other hand, deficiencies in playing skills, especially symbolic and creative plaes are also among the characteristics of children with autism disorder, but considering the capacity of play in stimulating the child's senses, game-based interventions for children with autism disorder could improve communication skills.

Keywords: children's autism spectrum disorder, Sensory games, Movement games, ASD