

بررسی اثر بخشی بازی درمانی (فلورتایم) مبتنی بر طبیعت بر کاهش مشکلات ارتباطی کودک طیف اوتیسم (یک مطالعه تک آزمودنی)

زینب ضرابی مقدم^۱، سید امیر امین یزدی^۲، حسین کارشکی^۳

۱- دانشجوی کارشناسی ارشد روانشناسی عمومی، دانشگاه فردوسی مشهد، گروه روانشناسی، مشهد، ایران

۲- دانشیار دانشکده روانشناسی و علوم تربیتی، دانشگاه فردوسی مشهد

۳- دانشیار دانشکده روانشناسی و علوم تربیتی، دانشگاه فردوسی مشهد

چکیده

به طور کلی اختلالات طیف اوتیسم اختلالاتی شناختی و عصبی - رفتاری بوده و اختلال در اجتماعی شدن، اختلال در ارتباطات کلامی و غیر کلامی و الگوهای محدود و تکراری رفتار سه ویژگی اصلی را شامل می شود. پژوهش حاضر به تعیین بررسی اثر بخشی بازی درمانی (فلورتایم) مبتنی بر طبیعت بر کاهش مشکلات ارتباطی کودک طیف اوتیسم پرداخته است. روش: پژوهش حاضر یک مطالعه تک آزمودنی به صورت خط پایه چند گانه است. از جامعه مورد نظر یک کودک طیف اوتیسم به روش نمونه گیری در دسترس انتخاب شد. اجرای مداخله ۴۸ جلسه به مدت ۳ ماه در مدرسه طبیعت کاوی کنج مشهد انجام گرفت و برای تجزیه و تحلیل داده ها از تحلیل نموداری و ترسیم استفاده شده است. یافته ها: نتایج پژوهش نشان داد بازی درمانی فلورتایم مبتنی بر طبیعت بر کاهش مشکلات ارتباطی کودک طیف اوتیسم تاثیر مثبت دارد به طوری که نمره ی مقیاس ارتباط از نمره ۴۷/۵ قبل از درمان، به نمره ی ۲۵ پس از درمان کاهش یافت. نتیجه گیری: بازی درمانی فلورتایم مبتنی بر طبیعت بر کاهش مشکلات ارتباطی کودک طیف اوتیسم موثر بوده است.

کلید واژگان: فلورتایم، طبیعت، مشکلات ارتباطی، اختلالات طیف اوتیسم

تا اواسط قرن بیستم هیچ نامی برای اختلالی که هم‌اکنون عنوان اختلال اوتیستیک را به خود گرفته است، وجود نداشته است. هنری موزلی^۱ نخستین روانپزشکی بود که در سال ۱۸۶۷ به طور جدی به کودکان خردسالی که مبتلا به اختلال شدید روانی و تأخیرات رشدی بودند، توجه نمود. در سال ۱۹۴۳ دکتر لئو کانر در بیمارستان هاپکینز^۲ یک گروه ۱۱ نفری از کودکان را مورد مطالعه قرار داد که دارای ویژگی‌هایی چون تنهایی، اوتیسم، ناتوانی در ارائه ژست‌های بدنی خاص و قابل انتظار، تأخیر رشدی، تکرار یا پژواک کلام (وارونگی ضمیر، به عبارتی استفاده از ضمیر تو به جای من) یکنواختی صدا و کلام و حافظه طوطی وار و عالی، محدودیت در انواع حرکات خود به خودی، رفتارها و ادا و اطوارهای قالبی، اصرار به یکنواختی محیط و ممانعت از تغییر در آن، تماس چشمی ضعیف، رابطه غیر طبیعی با دیگران، تصاویر و اشیاء بی جان بودند. هرچند در آن سال‌ها کانر به این کودکان برچسب اوتیسم را داد اما تا سال‌های ۱۹۸۰ این کودکان در طبقه عقب‌ماندگان ذهنی و یا اسکیزوفرنی کودکانی جای می‌گرفتند. بعدها مشخص شد اگرچه اختلال اوتیستیک می‌شوند همراه اسکیزوفرنی کودکانی باشد اما دو پدیده مجزا از یکدیگر می‌باشند (رافعی، ۱۳۸۵). یک سال بعد از کانر، هانس اسپرگر در سال ۱۹۴۴ مقاله‌ای در مورد اختلالی نوشت که به طور شگفت‌انگیزی مشابه توصیفات کانر بود و به این صورت نیز واژه‌ی اختلال اسپرگر^۳ نیز وضع شد (فولادگر و همکاران، ۱۳۸۸). اعتقاد بر این است که اوتیسم در حال افزایش است. به همین علت بسیار ضروری است که درمانگران برای یافتن علل و درمان‌های آن به کوششی همه‌جانبه دست بزنند (روبلدو و هام- کوچارسکی^۴، ۲۰۰۵). شیوع ASD در کشورهای پیشرفته بیشتر گزارش شده است. در امریکا شیوع اختلالات طیف اوتیسم، ۵/۶ مورد در هر ۱۰۰۰ کودک گزارش شده است. این افزایش قابل توجه در شیوع این اختلال، بیشتر به تغییر در روش‌های تشخیص و گزارش‌دهی نسبت داده می‌شود تا اینکه یک افزایش بیولوژیک واقعی اتفاق افتاده باشد (کیانی، ۱۳۸۸). مطالعات جدیدتر میزان شیوع این اختلال را بین ۲ تا ۱۴ نفر در ۱۰/۰۰۰ تولد اعلام کرده‌اند. شیوع نوع تیبیکال آن تقریباً ۷/۵ در هر ۱۰/۰۰۰ کودک و طبق اختلال‌های اوتیستیک روی هم تقریباً ۲۰ مورد در هر ۱۰/۰۰۰ کودک است (هالاها و کافمن ۲۰۰۳). علائم این اختلال در سال‌های اول عمر بروز می‌کند. این اختلال بر رشد طبیعی مغز در حیطه تعاملات اجتماعی و مهارت‌های ارتباطی تأثیر می‌گذارد. علت این اختلال هنوز به طور کامل شناخته نشده است. مدارکی مبنی بر این که اوتیسم ناشی از وضعیت ژنتیکی است احتمالاً ژن‌های متفاوتی در بروز آن دخالت می‌کنند، وجود دارد. روش انتقال ژنتیک به نظر پیچیده می‌رسد و دانشمندان بر این که ژن‌ها چگونه در این اختلال نقش دارند و بر آن تأثیر می‌گذارند، متمرکز شده‌اند. به هر حال، به نظر می‌رسد که حداقل در زیر گروهی از افراد مبتلا به اوتیسم آسیب‌پذیری ژنتیک وجود دارد که در میان خانواده‌ها متفاوت است (بدین معنی که ژن‌های متفاوتی ممکن است در خانواده‌های متفاوت در بروز اختلال نقش داشته باشند). کودکان و بزرگسالان مبتلا به اوتیسم در ارتباطات کلامی و غیر کلامی، تعاملات اجتماعی و فعالیت‌های مربوط به بازی، مشکل دارند. این اختلال ارتباط با دیگران و دنیای خارج را برای آنان دشوار می‌سازد. در بعضی موارد رفتارهای خود آزارانه و پرخاشگری نیز دیده می‌شود. در این افراد حرکات تکراری (دست زدن، پریدن) پاسخ‌های غیر معمول به افراد، دلبستگی به اشیاء و یا مقاومت در مقابل تغییر نیز دیده می‌شود

¹.Henry moudsley

².Hopkins

³.Asperger disorder

⁴.Robledo., SJ, Ham-Kucharski., D

و ممکن است در حواس پنجگانه (بینایی، شنوایی، لامسه، بویایی و چشایی) نیز حساسیت‌های غیر معمول نشان دهند. هسته مرکزی اختلال در اوتیسم، اختلال در ارتباط است. همه‌ی افراد مبتلا به اوتیسم مشکلاتی در حوزه‌ی زبان و ارتباط دارند. اگرچه در این زمینه تفاوت‌های قابل توجهی در میان آن‌ها وجود دارد. برخی از آن‌ها توانایی کلامی ندارند (غیر کلامی). در حالی که برخی دیگر ممکن است زبان تقریباً کاملی با نقایصی در حوزه‌ی کاربست داشته باشند (استفاده اجتماعی از زبان). افراد مبتلا به اوتیسم به نظر می‌رسد دنیای خصوصی دارند که در آن ارتباط آن‌ها عملی هدفمند نیست بلکه به ناتوانی در برقراری ارتباط مربوط می‌شود (کوگل^۵، ۱۹۹۵). وجود نقص و مشکل در ارتباطات بیانی کودک اوتیستیک یکی از معیارهای اصلی تشخیص این کودکان می‌باشد. در مقایسه با کودکان عادی و حتی عقب‌مانده ذهنی، کودکان اوتیستیک حتی زمانی که از خزانه لغات بیشتری نیز برخوردار می‌باشند در بیان جملات معنادار مشکلات بیشتری دارند. عده‌ای از آن‌ها که تأخیر رشد زبانی دارند ممکن است به طرق غیر معمول صحبت کنند، برای مثال مشکلاتی در ترکیب کلمات برای ادای یک جمله معنادار داشته باشند و یا برای ادای منظور خود از جملات تک کلمه‌ای استفاده کنند (هالاها و کافمن ۲۰۰۳).

برنامه‌های درمانی که امروز برای کودکان اوتیسم انتخاب می‌شوند، شامل؛ آموزش کوشش‌های منقطع^۶، تدریس ضمنی^۷، آموزش پاسخ‌های محوری^۸ و آموزش رفتار کلامی^۹ براساس راهبردهای تحلیل رفتار کاربردی^{۱۰} (ABA) طراحی شده‌اند (داین و مارتینی، ۲۰۱۱). به طور کلی روش‌های درمانی اختلالات طیف اوتیسم عبارتند از: ABA^{۱۱} (رویکرد درمانی بر اساس فنون تغییر رفتار)، فلور تایم^{۱۲} (رویکردی بر اساس مدل تفاوت‌های فردی مبتنی بر ارتباط یا DIR^{۱۳})، درمان یکپارچگی حسی (SIT)^{۱۴}، داستان‌های اجتماعی، دارودرمانی، رژیم درمانی، درمان با هنرهای رزمی، آغوش درمانی، ویتامین درمانی، هنر درمانی، موسیقی درمانی و باغبانی درمانی (فولادگر، بهرامی پور، انصاری شهیدی، ۱۳۸۸). رویکرد ABA نخستین رویکرد درمانی برای کار با کودکان مبتلا به اختلالات طیف اوتیسم (ASD)^{۱۵} می‌باشد که بر مبنای یادگیری و شرطی‌سازی عامل قرار دارد و افزایش رفتارهای مطلوب از طریق تقویت و چشم پوشی از رفتارهای نامطلوب به منظور خاموشی آنها را هدف قرار می‌دهد (هریس و دلمولیون^{۱۶}، ۲۰۰۲ و دیون و مارتینی، ۲۰۱۱). گزارش‌های اولیه‌ی لواس^{۱۷} (۱۹۸۷) در خصوص نتایج این مداخلات، مایه دلگرمی بوده و سهم مهمی در تقویت آموزش و درمان کودکان مبتلا به چالش‌های شدید رشدی داشته است و پژوهش‌های بسیاری موفقیت روش‌های رفتاری را در افزایش توانایی‌های شناختی و استقلال کودکان تایید نموده‌اند (داین و مارتینی، ۲۰۱۱). با این وجود انتقادات بسیاری نیز بر این رویکرد وارد است، رویکردهای رفتاری موجب می‌شوند انگیزه‌ی کودکان به جای افراد، به عنوان موجودات

⁵ Koegel.

⁶ . Discrete Trial Training (DTT)

⁷ . Incidental Teaching (IT)

⁸ . Pivotal Response Training (PRT)

⁹ . Verbal Behavior (VB)

¹⁰ . Applied Behavioral Analysis (ABA)

¹¹ . Applied behavioral analysis

¹² . Floortime

¹³ . Developmental, individual differences, relationship- based model

¹⁴ . Sensory Integration Therapy

¹⁵ .Autism Spectrum Disorder (ASD)

¹⁶ . Harris, S., & Delmolino

¹⁷ . Lovass

اجتماعی، وابسته به نشانه‌ها (تقویت کننده‌های غیر اجتماعی) گردد و این امر قابلیت تعمیم پذیری نتایج درمانی را به محیط‌های واقعی و ارتباط با همسالان کاهش می‌دهد (سولومون^{۱۸}، ۲۰۰۷). علاوه بر این، فقدان خودانگیزگی و آغازگری از یک سو و بروز پاسخ‌ها بر حسب عادت، از سوی دیگر نیز در انتقاد به مدل رفتاری مطرح می‌شوند (ماتسون^{۱۹} و همکاران، ۲۰۰۹؛ پاچاریا و نوپمانیچومرسلرز، ۲۰۱۱). رویکردهای رفتاری در خصوص درمان کودکان مبتلا به ASD با ناامیدی بر این باورند که این کودکان به سبب وجود محدودیت‌های زیستی، دچار نقص پایه‌ای در توانمندی‌های تحولی بنیادین مانند: توجه مشترک، تعامل متقابل هیجانی و اجتماعی، اشارات عاطفی، کاربرد معنادار و خلاق زبان و سطوح بالاتر تفکر انعکاسی و استنتاجی نظیر همدلی و نظریه ذهن می‌باشند و بنابراین امکان دستیابی به این توانمندی‌ها در آن‌ها وجود ندارد به همین سبب صرفاً بر تغییر رفتارها و نشانه‌های سطحی متمرکز می‌شوند تا سازگاری کودک را با محیط پیرامونش افزایش دهند.

به مدت شصت سال، درمان‌های اختلال ASD به جای تمرکز بر مشکلات زیربنایی بر نشانه‌های بیماری متمرکز بودند. در نتیجه اهداف برای کودکان اغلب به تغییر در رفتار محدود شده و پیش‌آگهی طولانی‌مدت برای بسیاری از کودکان مبتلا به این اختلال‌ها، بسیار بدبینانه بود. فرضیه‌های رایج درباره‌ی ماهیت اوتیسم، بهبودی و آینده‌ی مورد انتظار را برای این کودکان محدود ساخته بود (گرینسپن و ویدر، ۲۰۰۹). چندین رویکرد مداخله‌ای از مفاهیم تحولی استفاده کرده‌اند ولی مدل تحولی فراگیری را ارائه نداده‌اند. کاربرد درمان‌های تحولی در خصوص اختلال ASD از اوایل ۱۹۸۰ آغاز شد. درمان‌های تحولی بر مبنای ترکیب رویکردهای روان‌تحلیلی و روانشناسی تحولی پیازده قرار دارد (انجمن پژوهش ملی، ۲۰۰۱ به نقل از ادوم و همکاران، ۲۰۰۳). از جمله مدل‌های تحولی برای درمان‌های کودکان ASD می‌توان به مدل دنور^{۲۰} (راجرز و دیلالا^{۲۱}، ۱۹۹۱)، آموزش پاسخ-محور^{۲۲} (ماهونی^{۲۳} و پیرالس^{۲۴}، ۲۰۰۳)، مثل هانن^{۲۵} (مانولسون^{۲۶}، ۱۹۹۲) و اسکرتس^{۲۷} (پریزانت، ودربای، رایین و لورنت^{۲۸}، ۲۰۰۳؛ گرینسپن و ویدر، ۱۹۹۸) اشاره کرد. در اوایل دهه ۱۹۷۰ استنلی گرینسپن^{۲۹} - رئیس انجمن میان‌رشته‌ای اختلال‌های یادگیری و تحولی^{۳۰} - با همکاری برازلتون، فریرگ، پرونس و ویدر پس از ۸ سال مشاهده‌ی عمیق نشانه‌های هیجانی اولیه، تفاوت‌های پردازش شناختی و حرکتی، رابطه‌ی مراقب-کودک و الگوهای تعاملی خانوادگی کودکان (هم کودکان عادی و هم کودکان دچار آسیب)، مسیر طبیعی تحول هیجانی-کارکردی را از بدو تولد تا بزرگسالی ترسیم نمود و برای درمان کودکانی که از این مسیر انحراف می‌یابند، برنامه‌ی فراگیر درمانی را با عنوان رویکرد تحولی، تفاوت‌های فردی مبتنی بر ارتباط طراحی نمود. رویکرد DIR رویکرد تحولی فراگیر

18. Solomon

19. Matson

20. Denver model

21. Dilalla

22. Responsive Teaching

23. Mahoney

24. Perales

25. Hanen

26. Manolson

27. Scerts

28. Prizant., Wetherby., Rubin & Laurent

29. Stanley Greenspan

30. Interdisciplinary Council on Developmental and Learning (ICDL)

و مبتنی بر الگوی زیستی- روانی اجتماعی است. این رویکرد با درمان‌های رفتاری و روان‌پویشی تناقضی ندارد ولی عناصر این مدل‌های درمانی را در قالب رویکرد فراگیر تحولی قرار می‌دهد که نه تنها در درمان کودکان به کار می‌رود، بلکه می‌تواند در روابط خانوادگی و محیط‌های تربیتی نیز موثر باشد (گرینسپن و ویدر، ۲۰۰۶).

از منظر گرینسپن، ویژگی‌های زیستی منحصر به فرد هر کودک از یک سو، و ویژگی‌های اجتماعی که در آن متولد می‌شوند مانند خانواده، فرهنگ و... از سوی دیگر، بر کیفیت تعامل مراقب- کودک اثر می‌گذارند و سطح تحول کودک را تعیین می‌کنند (امین‌یزدی، ۱۳۹۱). عامل مهمی که روابط کودک- والدین را در تحول روانشناختی انسان تعیین می‌نماید، هیجان‌هایی است که در روابط بین فردی انسانی ظاهر می‌شوند (امین‌یزدی، ۱۳۹۱). در این مدل "تیم ذهن" انسان شامل حواس، حرکت‌ها، توجه و حافظه تحت هدایت هیجان‌ها هماهنگ و یکپارچه می‌شوند. هیجان‌ها با فراهم ساختن هدف برای رفتار قسمت‌های مختلف ارگانسیم را هماهنگ می‌نمایند و باعث معناداری تجربیات فرد می‌شوند. همچنین هیجان‌ها اساس شکل‌گیری بازنمایی‌های ذهنی، ایده‌ها و نمادهای زبانی می‌باشند که در جریان تفکر و استدلال منطقی مورد استفاده قرار می‌گیرند (گرینسپن و شانکر، ۲۰۰۴ به نقل از امین‌یزدی، ۱۳۹۱). عامل مهمی که روابط کودک- والدین را در تحول روانشناختی انسان تعیین می‌نماید، هیجان‌هایی است که در روابط بین فردی انسانی ظاهر می‌شوند (امین‌یزدی، ۱۳۹۱). در این مدل "تیم ذهن" انسان شامل حواس، حرکت‌ها، توجه و حافظه تحت هدایت هیجان‌ها هماهنگ و یکپارچه می‌شوند. هیجان‌ها با فراهم ساختن هدف برای رفتار قسمت‌های مختلف ارگانسیم را هماهنگ می‌نمایند و باعث معناداری تجربیات فرد می‌شوند. همچنین هیجان‌ها اساس شکل‌گیری بازنمایی‌های ذهنی، ایده‌ها و نمادهای زبانی می‌باشند که در جریان تفکر و استدلال منطقی مورد استفاده قرار می‌گیرند (گرینسپن و شانکر، ۲۰۰۴ به نقل از امین‌یزدی، ۱۳۹۱). که به شرح ذیل می‌باشد: سطح اول: توجه^{۳۱} و تنظیم^{۳۲} (تولد تا ۳ ماهگی)، سطح دوم: صمیمیت^{۳۳} و جذب شدن به انسان‌ها^{۳۴} (۲ تا ۷ ماهگی)، سطح سوم: ارتباط متقابل دوسویه ارادی^{۳۵} (۴ تا ۱۰ ماهگی)، سطح چهارم: حل مساله اجتماعی^{۳۶} (۹ تا ۱۸ ماهگی)، پنجم: ایجاد بازنمایی‌ها یا ایده‌ها^{۳۷} (۱۸ تا ۳۰ ماهگی)، ششم: پل زدن بین ایده‌ها، تفکر منطقی^{۳۸} (۳ تا ۶ سالگی). علیزاده (۱۳۹۳)، رشد هیجانی کارکردی و اختلال‌های پردازش حسی کودکان مبتلا به اوتیسم را مطالعه نموده است. در این پژوهش که به روش توصیفی اجرا شده است، ۱۹ کودک مبتلا به اوتیسم از بین مراکز آموزش کودکان ASD انتخاب و رشد هیجانی- کارکردی و توانایی‌های پردازشی این کودکان به وسیله‌ی مقیاس درجه‌بندی اوتیسم گیلیام، پرسشنامه‌ی پردازش حسی دیانه‌ای و تاراجی، پرسشنامه رشد هیجانی کارکردی گرینسپن سنجیده شده است. یافته‌های این پژوهش نشان داد که کودکان اوتیسم در مراحل رشد هیجانی- کارکردی و پردازش حسی- حرکتی دچار نقص می‌باشد. جان‌نثار (۱۳۹۱)، رابطه‌ی تئوری ذهن و رشد هیجانی کارکردی را با پرخاشگری کودکان پیش‌دبستانی بررسی نمود. نتایج این پژوهش نشان داد که ضعف تئوری ذهن لزوماً منجر به پرخاشگری نمی‌شود،

31. attention

32. regulation

33. .intimacy

34. engagement

35. two-way intentional communication

36. Social problem solving

37. making ideas

38. Building Bridges between ideas.

ولی کودکان پرخاشگر در مراحل رشد هیجانی کارکردی دارای تأخیر می باشند. هاشم زاده (۱۳۹۱)، در پژوهش خود تئوری ذهن و رشد هیجانی کارکردی کودکان نابینای دبستانی را با هم تایان بینایشان از منظر DIR مقایسه نمود تحلیل یافته ها نشان داد که کودکان نابینا در مرحله اول (توجه و تنظیم) از هم تایان خود عقب تر هستند، اما در سایر مراحل تفاوت های معناداری بین دو گروه وجود نداشت.

محور درمان DIR، فلورتایم است (گرینسپن و ویدر، ۲۰۰۶). یکی از پر کاربرد ترین مداخلات رشدی، فلورتایم یا الگوی رشدی- ارتباطی مبتنی بر تفاوت های فردی است. فلورتایم یک الگوی آموزشی است که توسط گرینسپن تدوین شد. این برنامه همانند درمان های سنتی به طور ویژه حوزه هایی مثل رشد گفتاری، یا رشد حرکتی، را هدف قرار می دهد (کوئین^{۳۹}، ۱۳۸۸). محور این مداخله شیوه ای است که هیجان های طبیعی کودک و تعامل های هیجانی او توانایی های هوشی، زبانی، شناختی و نیز مهارت های خودتنظیمی و اجتماعی او را تحت تأثیر قرار می دهند (ویدر، ۲۰۱۲). بنا به گفته ی ویدر (۲۰۰۳)، «فلورتایم به وسیله کودک رهبری می شود. جایی که مراقب علائق کودک را دنبال می کند و جریان پیوسته تعاملات را با به کارگیری اشارات هیجانی که کودک را آرام و مجذوب می کند، ارتقاء می بخشند» (گرینسپن و ویدر، ۲۰۰۳، ص ۴۲۷). فلورتایم به تقویت رشد یکپارچه کردن جنبه های مختلف تجارب کودک (فیزیکی، هیجانی، تعاملی و خانوادگی) می پردازد. این رویکرد بر به کارگیری منابع درونی کودک و والدین متمرکز است. بنیادی ترین قاعده ی فلورتایم، قاعده ی جذب شدن کودک در تعاملاتی است که شش توانمندی تحول بنیادی را برمی انگیزد. در فلورتایم بزرگسالان از دستورهای کودک تبعیت نموده و تا حد ممکن از علائق کودک آگاه می شوند و سعی می نمایند به گونه ای پاسخ دهند که موضوع های مورد نظر کودک را حمایت و تقویت نمایند (گرینسپن و ویدر، ۲۰۰۶). عبارتی دیگر، در این برنامه فعالیت مورد علاقه کودک (بازی) به منظور گسترش مهارت های اجتماعی مثبت به کار بسته می شود. با دنبال کردن علائق کودک، والدین بر آنچه کودک انجام می دهد سرمایه گذاری می کنند تا تعامل بیشتری را برانگیزانند. این پیشرفت تعاملی منجر به رشد هیجانی در کودک می شود (کوئین، ۱۳۸۸). در واقع فلورتایم فرایند افزایش تدریجی تحمل کودک از طریق بازی است. در آغاز جذب نمودن کودک و تشویق او به تعامل، نیاز به تلاش بیشتری دارد. این فرایند بسیار آهسته پیش می رود، اما با گذشت زمان و صبوری، کودک جذب شدن را آغاز خواهد نمود (گرینسپن، ۱۹۹۸ به نقل از نی، ۲۰۱۳). این رویکرد مبتنی بر این دیدگاه است که کودکان اوتیستیک به تمرین بیشتری در زمینه ی تقابل اجتماعی و خواندن نشانه ها در موقعیت های اجتماعی نیاز دارند (نی، ۲۰۱۳).

اولین مطالعه برای نشان دادن اثر بخشی فلورتایم در سال ۱۹۷۷ توسط گرینسپن و ویدر^{۴۰} انتشار یافت. نتایج حاکی از آن است که در نشانه های ۸ درصد کودکان، بهبودی حاصل شد. مطالعات تعقیبی نیز آن ها را نوجوانانی همدل، خلاق و دارای مهارت های تحصیلی قوی معرفی می کند (صدری، ۱۳۹۲) پژوهشی بر روی ۶۸ کودک اوتیسم و والدین آن ها در سال ۲۰۰۷ انجام شد که به مدت ۸ تا ۱۲ ماه از این مدل درمانی استفاده کردند. در انتها کودکان افزایش معنا دار در عملکردهای هیجانی خود نشان داده بودند. بعلاوه والدین نیز عنوان کردند که احساس موثر بودن بیشتری می کنند

39. Queen

40. Veader

(سلومون، ۲۰۰۷). داین^{۴۱} و مارتینی^{۴۲} نیز در سال ۲۰۱۱ این نوع درمان را با همکاری مادر یک کودک مبتلا به اوتیسم بر روی او اجرا کردند و نتایج از نظر آماری اثر بخشی آن را نشان داد. سلومون و همکاران (۲۰۰۷)، برنامه‌ای ارزیابی پروژه‌ی بازی را بر م ۶ مبنای DIR طراحی و در خصوص ۶۸ کودک مبتلا به ASD با سن تقویمی ۱۸ تا ۶ سال اجرا نمودند در این تحقیق مقیاس رشد هیجانی- کارکردی قبل و بعد از مداخله اجرا شد. ۴۵ درصد از ۶۸ کودک بر اساس نتایج مقیاس رشد هیجانی- کارکردی پیشرفت خوب و یا بسیار خوب داشتند و ۹۰ درصد والدین نیز از برنامه راضی بودند. ین و همکاران (۲۰۰۸)، نیز در تایلند اثربخشی روش درمانی فلورتایم را در گزارشی موردی بررسی نمودند. نتایج درمان که با مشاهده‌ی کیفی پژوهشگر سنجیده شد، اثربخشی مطلوبی را نشان داد. در تایوان نیز لی و همکاران (۲۰۱۴)، اثربخشی درمان DIR را در برنامه‌ی مداخله خانگی بر تعامل اجتماعی و کارکرد انطباقی کودکان ASD بررسی کردند این مطالعه‌ی مقدماتی اثربخشی برنامه‌ی مداخله خانگی بر مبنای الگوی DIR را در افزایش تعامل اجتماعی و رفتار انطباقی کودکان ASD در تایوان تأیید کرده است. کیانفر (۱۳۹۱) به نقل از صدری (۱۳۹۲) پژوهشی بروی کودکان سه تا شش ساله دارای نشانه‌های پرخاشگری پژوهشی انجام داد. نتایج این تحقیق اثر گذاری بازی در مانی فلورتایم را به کاهش پرخاشگری این کودکان، در مقایسه با آموزش تئوری ذهن و گروه کنترل نشان داد. مصطفوی و همکاران (۱۳۸۹) پس از برگزاری ۱۰ جلسه ۶ ساعته آزمایش آموزش مهارت های بازی درمانی مورد بررسی قرار دادند و نشان داد که آموزش مهارت های بازی درمانی به مادران، موجب کاهش مشکلات رفتاری در کودکان گروه آزمایش شده است. در رویکرد فلورتایم کودک با اشیا و اسباب بازی ها به بازی و تعامل می پردازد و همچنین با والد و مراقب هم به تعامل می پردازد اما در این پژوهش سعی بر آن بود تا کودک به جای استفاده از اسباب بازی ها و اشیا با حیوانات و طبیعت (گل ها و گیاهان) تعامل و ارتباط هیجانی برقرار کند به عبارتی اصول و تکنیک های فلورتایم را در بافت طبیعت مورد استفاده قرار دهیم و اثر بخشی آن را در کاهش مشکلات ارتباطی در کودک طیف اوتیسم بسنجیم، در واقع، بر مبنای بعضی از منابع، اهمیت تعیین کننده و شکل دهنده ی طبیعت و حیوانات ممکن است به خصوص در مراحل اول و میانی کودکی کاملاً برجسته باشد (بک و کاتچر^{۴۳}، ۱۹۹۶، کان، ۱۹۹۹، کلرت، ۱۹۹۶، لوی^{۴۴}، ۱۹۷۰، سیارلس^{۴۵}، ۱۹۵۹، شپرد^{۴۶}، ۱۹۷۸، ۱۹۹۶ به نقل از کان و کلرت، ترجمه وهاب زاده و حسینیان، ۱۳۹۳). شاید دلایل بسیاری بتواند این تاثیر عمده را توجیه کند، از جمله آشنایی و شباهت بعضی از حیوانات به گونه ی خود ما، فرض دارا بودن حس و درک، قابلیت حرکت، جنبه های بدن مشابه با ما و شباهت های دودمانی و ریخت شناسی بین انسان و حیوانات مهره دار (کان و کلرت، ترجمه وهاب زاده و حسینیان، ۱۳۹۳). کودکان تمایل ذاتی و به لحاظ ارثی از پیش تعیین شده به کشف و اتصال به جهان طبیعی دارند که بیوفیلیا^{۴۷} یا عشق به طبیعت نامیده می شود (کلرت، ۲۰۰۵). گفته می شود حیوانات به عنوان روغنکاری اجتماعی در کاهش فاصله ی اجتماعی، و تسهیل تعامل ها و تماس های اجتماعی عمل می کند. مثلاً اگر کسی با حیوانش در پارک قدم می زند بیشتر احتمال دارد که با یک غریبه سر صحبت را باز کند (مسن^{۴۸}، ۱۹۸۳ به نقل از کان و کلرت،

41. Dionne

42. Martini

43. Bek&Katcher

44. Levi

45. Searles

46. Shepard

47. Biophilia

48. Massent

ترجمه وهاب زاده و حسینیان، ۱۳۹۳). به تعبیر ویگوتسکی^{۴۹} (۱۹۸۶) مربی، دانش آموز و حیوان با هم یک ناحیه رشد مجاور^{۵۰} به وجود می آورند که می تواند در آن مرحله ای اجتماعی آموزش تحقق پیدا کند (تارپ و گالیمور^{۵۱}، ۱۹۹۰ به نقل از کان و کلرت، ترجمه وهاب زاده و حسینیان، ۱۳۹۳). بچه های فلجی که روی چرخ حرکت می کنند اگر با سگستان باشند؛ ده بار بیشتر احتمال دارد با دیگران تماس اجتماعی برقرار کنند تا اینکه خود به تنهایی آن مسیر را در حرکت باشند (کاتچر و ویلکنس، ۱۹۹۸). کودکان مبتلا به اوتیسم در حضور حیوان واکنش های اجتماعی بیشتری داشته و کمتر به خود تحریکی می پردازند (ردفر و گودمن^{۵۲}، ۱۹۸۹). علایق نسبت به نقش حیوانات در زندگی افراد با بیماری ASD^{۵۳} ایجاد شده است. همچنین افزایشی در مطالعه های دانشگاهی روی حیوان های خدماتی و حیوان های درمان کننده (AAT)^{۵۴} برای بیماران ASD وجود داشته است. یک مرور اصولی مقاله های جدید، ۱۴ مطالعه در این زمینه را شناسایی کرده است که ۱۱ تای آن ها بین سال های ۲۰۰۹ و ۲۰۱۴ منتشر شده است. این گونه تخمین زده می شود که یک چهارم کودکان با بیماری ASD در بعضی از نقاط زندگی خودشان با ATT درگیر بوده اند، و دو سوم از والدین نیز بهبود هایی را در اثر این برخورد گزارش کرده اند. دلایلی برای این فواید حیوانات در بیماران ASD گزارش شده است. نقص اساسی در بیمار های ASD مشکل در تعامل های اجتماعی و مشقت در توسعه و ایجاد روابط است. حیوانات میتوانند به عنوان یک کاتالیز اولیه برای این مشکل باشند که به عنوان اشیای انتقالی هستند که در نهایت منجر به رابطه میشود (گاردین^{۵۵} و همکاران، ۲۰۱). تجربه ی مستقیم و غیر مستقیم طبیعت یکی از تاثیر گذارترین عناصر رشد فیزیکی، عاطفی، ادراکی و حتی اخلاقی انسان بوده است (کان و کلرت، ترجمه وهاب زاده و حسینیان، ۱۳۹۳). و با توجه به منظور رشد خصلت ذاتی زیست گزایی در کودکان، ضروری است که آن ها فرصت های مناسب رو به رشدی برای یادگیری در مورد جهان طبیعی داشته باشند که منطبق بر قوانین اصولی رشد و یادگیری کودکان باشد (کلرت، ۱۹۹۷، چاولا^{۵۶}، ۲۰۰۶، ترجمه وهاب زاده و حسینیان، ۱۳۹۳). چه بسا اگر این بازی در تعامل با طبیعت انجام شود، فوایدی که ذکر کردیم مضاعف شود و راه را برای کسب مهارت های مورد نیاز کودک هموارتر می سازد. به ویژه کودکان اوتیستیک که از نقص در اتباطات و تعامل با محیط و دیگران رنج می برند و اعمال مداخله ی مؤثر و زود هنگام در جهت دستیابی به مهارت ها، امری ضروری است.

به نظر می رسد که مطالعه ی حاضر، اولین کار پژوهشی ترکیبی طبیعت درمانی با اصول و تکنیک های فلور تایم بر کاهش مشکلات ارتباطی در کودک طیف اوتیسم باشد. در نتیجه ضرورت انجام چنین پژوهشی محسوس است و به غنای خزانه روش های درمانی موجود برای کودکان ASD می افزاید. چرا که با توجه به رشد روز افزون اختلالات طیف اوتیسم و اینکه در صورت عدم توجه و مداخله ی به موقع در جهت کاهش مشکلات ارتباطی و رفتاری افراد مبتلا، مشکلات و علائم این افراد پایدارتر می شود، انجام پژوهش هایی از این قبیل ضرورت می یابد. علاوه بر این، با در نظر

49. Vygotsky

50. Proximal

51. Tharp & Gallimore

52. Redfer & Goodman

53. Autism Spectrum Disorder

54. Animal-assisted therapy

55. Gardin

56. Chawla

گرفتن این مساله که درمان فلورتایم به عنوان ارائه دهنده‌ی نگاهی نو به تحول انسان و توانمندی‌های کودکان به ویژه کودکان دچار اختلال‌ها تحولی نظیر ASD هنوز در ایران شناخته شده نیست؛ و با تاکید به این مسئله که شواهدی مبنی بر وجود حس زیست‌گرایی در کودکان حتی در سنین زیر دو سال مشاهده شده است به منظور رشد خصلت ذاتی زیست‌گرایی در کودکان ضروری است که آن‌ها فرصت‌های مناسب رو به رشدی برای یادگیری در مورد جهان طبیعی داشته باشند که منطبق بر قوانین اصولی رشد و یادگیری کودکان باشد (کلرت، ۱۹۹۷).

روش تحقیق

مطالعه حاضر از طرح‌های تک‌آزمودنی است. جامعه‌ی پژوهش حاضر را همه کودکان مبتلا به اوتیسم در مرکز توانبخشی تبسم مشهد بودند. نمونه پژوهش ۱ نفر در نظر گرفته شد، که به روش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب شد و در بازه سنی ۴ تا ۵ سال بود. معیارهای ورود و خروج در پژوهش عبارتند از: معیارهای ورود: تشخیص اختلال طیف اوتیسم توسط روانپزشک کودک و نوجوان بر اساس معیارهای تشخیصی DSM IV؛ جنسیت پسر و عدم دریافت درمان‌های مکمل دیگر در زمان پژوهش. معیارهای خروج: ابتلا به صرع؛ فلج مغزی؛ آسیب مغزی؛ اختلالات سوخت و ساز و سایر اختلالات همراه ثانویه؛ تغییر داروهای مصرفی در طی درمان. الگوی طرح در پژوهش حاضر براساس نمادهای قراردادی به صورت $O_1 O_2 X O_3 X O_4 X O_5 O_6$ در نظر گرفته خواهد شد. O_1 دوهفته پیش از شروع مداخله و O_2 یک روز قبل از شروع مداخله، X مربوط به اجرای مداخله است که به طور متوسط ۴۸ جلسه (به مدت ۳ ماه، هفته‌ای ۴ جلسه، یا به عبارتی هر ماه ۱۶ جلسه) O_3 ارزیابی ۱۶ جلسه اول بعد از مداخله، O_4 ارزیابی ۱۶ جلسه بعدی و O_5 ارزیابی پس از مداخله است چهار هفته پس از آخرین جلسه مداخله، پیگیری یا O_6 صورت گرفت و آزمودنی در مدرسه طبیعت کاوی کنج در مشهد حضور یافت و مشاهدات هم در هر جلسه در رابطه با کودک و همچنین نحوه ارتباط والد با کودک بررسی ثبت شد و برای بررسی یافته‌ها از تحلیل نگاره‌ای و درصد بهبودی استفاده شد.

تعامل در اینجا ۵ مرحله فلورتایم را شامل می‌شود که مشاهده: کودک حیوان را مشاهده می‌کند، نزدیک شدن: با حیوان ارتباط لمسی برقرار می‌کند، دنبال کردن رهبری کودک: به کودک اجازه داده می‌شود که به تنهایی به حیوان غذا بدهد، گسترش و توسعه بازی: والد یا شریک بازی نظرات دلگرم‌کننده در مورد بازی کودک با حیوان می‌سازد، کودک حلقه ارتباطی را می‌بندد: نظرات و حرکات خود براساس نظرات و حرکات والد یا شریک بازی می‌سازد و با او تعامل می‌کند) بر همین اساس کودک و مادر در مجموعه‌ای به نام مدرسه طبیعت کاوی کنج واقع در مشهد حاضر شدند که در این مجموعه حیواناتی شامل خرگوش، لاک پشت، پرندگان، کبوتر و ماهی‌های زینتی، قورباغه، خوکچه هندی یا همستر به علاوه نگهداری دام‌های کوچک شامل گوسفند، مرغ و خروس، بوقلمون و همچنین اسب و سگ نگهداری می‌شود. علاوه بر این باغچه‌های کوچکی که برای پاشیدن بذر و بازی و آشنایی با درختچه‌ها و کاشت سبزیجات بودند بر همین اساس جلسات مداخله شامل: شامل مشاهده و مصاحبه، معارفه و گفتگوی اولیه درباره مسائل مادر در جهت ایجاد ارتباط مناسب با آنها که لازمه اجرای اثر بخشی این دوره است. بررسی نگرش مادر نسبت به این

دوره و اهداف آن، بررسی ویژگی های فردی کودک با تاکید بر مد نظر قرار دادن تفاوت های فردی و راهنمایی مادر در زمینه چگونگی واکنش نسبت به این تفاوت ها آشنایی با رویکرد DIR، آشنایی مادر و کودک با محیط مدرسه طبیعت، آشنایی کودک با انواع حیوانات، و نزدیک شدن کودک به حیوانات، و سپردن مسئولیت غذا دادن حیوان به کودک، لمس و بازی کودک با حیوان، کار کودک با گل، خاک، چوب، آشنایی با ابزار و... تجربه تعامل با طبیعت وحشی، تعامل با مزرعه، تجربه ابزار زندگی، تجربه کاشت و برداشت سبزیجات و گیاهان بود. **ماه اول** (کودک با حیوانات، نحوه تعامل با آن ها، بازی های محیطی، بازی با حیوانات و مراقبت از آن ها، سپردن مسئولیت و... آشنا می شود). **ماه دوم** (کودک کار با گل، خاک، چوب، آشنایی با ابزار و... تجربه تعامل با طبیعت وحشی، تعامل با مزرعه، تجربه ابزار زندگی، تجربه کاشت و برداشت سبزیجات و گیاهان، بالارفتن از کلبه درختی، بالا رفتن از نردبان تعادلی و بازی با تاب تعادلی نردبان و نحوه نگه داشتن تعادل خود بر روی طناب های تعادلی یا بازی تعادلی را پیدا خواهد کرد). **ماه سوم** این ماه ادغامی از دو ماه آخر بود در هر جلسه با توجه به علاقه کودک آن جلسه شکل می گرفت به طوری که کودک آزادانه در مدرسه به همراه مادر حضور می یافت و با توجه به علاقه کودک و رهبری او با کودک می شدیم. **جلسه آخر (جمع بندی)**، بررسی تاثیر اجرای این پژوهش از نظر مادر و پاسخ گویی به سوالات است. پس از آخرین جلسه آموزش، چهار هفته پس از آخرین جلسه آموزش مشاهده، پیگیری یا O6 صورت گرفت.

پرسشنامه گارز (GARS)^{۵۷}

برای تعیین شدت رفتارهای اوتیستیک در افراد مبتلا از آزمون گارز استفاده می شود که توسط گیلیام در سال ۱۹۴۴ تهیه شد. این آزمون چک لیستی است که به تشخیص افراد اوتیستیک کمک می کند و دارای ۴۲ آیتم که رفتارهای را به صورت قابل اندازه گیری و قابل مشاهده توصیف می کند. گارز- ۱ شامل چهار خرده مقیاس است. هر خرده مقیاس شامل ۱۴ آیتم (مورد) می باشد. اولین خرده مقیاس، رفتار کلیشه ای است که شامل ۱ تا ۱۴ مورد است. این خرده آزمون موارد رفتارهای کلیشه ای، اختلالات حرکتی، رفتار عجیب و نامأنوس را توصیف می کند. خرده مقیاس دوم که ارتباط است شامل موارد ۱۵ تا ۱۸ می شود. این آیتم ها رفتارهای کلامی و غیر کلامی را توصیف می کند که نشانه هایی از اوتیسم است. تعامل اجتماعی سومین خرده مقیاس است که شامل آیتم های ۲۹ تا ۴۲ می باشد و چهارمین خرده آزمون، اختلالات رشدی است که شامل آیتم های ۴۳ تا ۵۶ می شود. این خرده مقیاس سوالات کلیدی را درباره ی سیر رشدی کودک می پرسد. در گارز- ۲ خرده مقیاس مشکلات رفتاری حذف شده است (صفری و همکاران، ۱۳۹۱؛ به نقل از علی زاده، ۱۳۹۲). شیوه ی نمره گذاری: خرده مقیاس رفتارهای کلیشه ای، ارتباطی و تعامل اجتماعی دارای پاسخ های هیچ گاه، به ندرت، گاهی اوقات و اغلب (بسیار زیاد) هستند که به ترتیب امتیاز ۱، ۲، ۳ و ۴ را به خود اختصاص می دهند. پایایی گارز در دامنه ی قابل پذیرش پذیرفته شده است. پایایی گارز در دامنه ی قابل پذیرش پذیرفته شده است. مطالعات انجام شده نمایانگر ضریب آلفای ۰/۹۰ برای رفتارهای کلیشه ای، ۰/۸۹ برای ارتباط، ۰/۹۳ برای تعامل اجتماعی، ۰/۹۱ برای اختلالات رشدی و ۰/۹۶ در نشانه شناسی اوتیسم است GARS تنها آزمونی است که نه تنها پایایی روش تست- باز تست^{۵۸} را گزارش کرده است

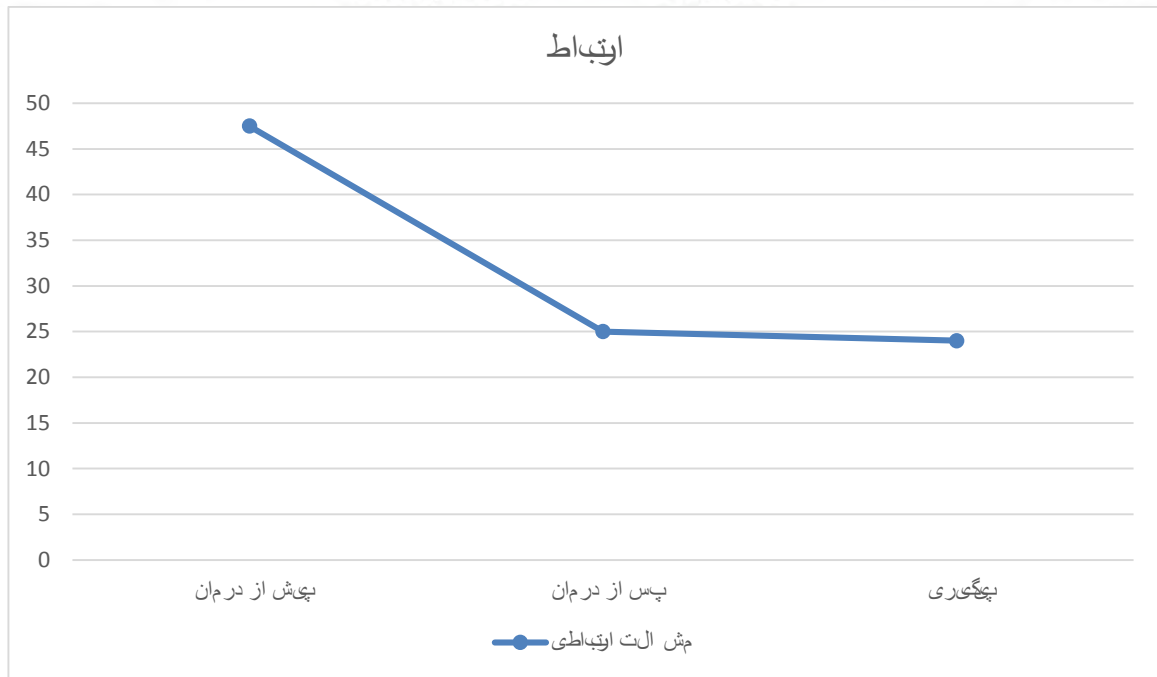
57. Gilliam Autism Rating Scale

58. Test-re-test

بلکه مهم تر، پایایی بین نمره گذاران را نیز دارد. روایی تست نیز از طریق مقایسه با تست های مختلف تأیید شده است (احمدی، صفری، همتیان و خلیلی، ۱۳۹۰).

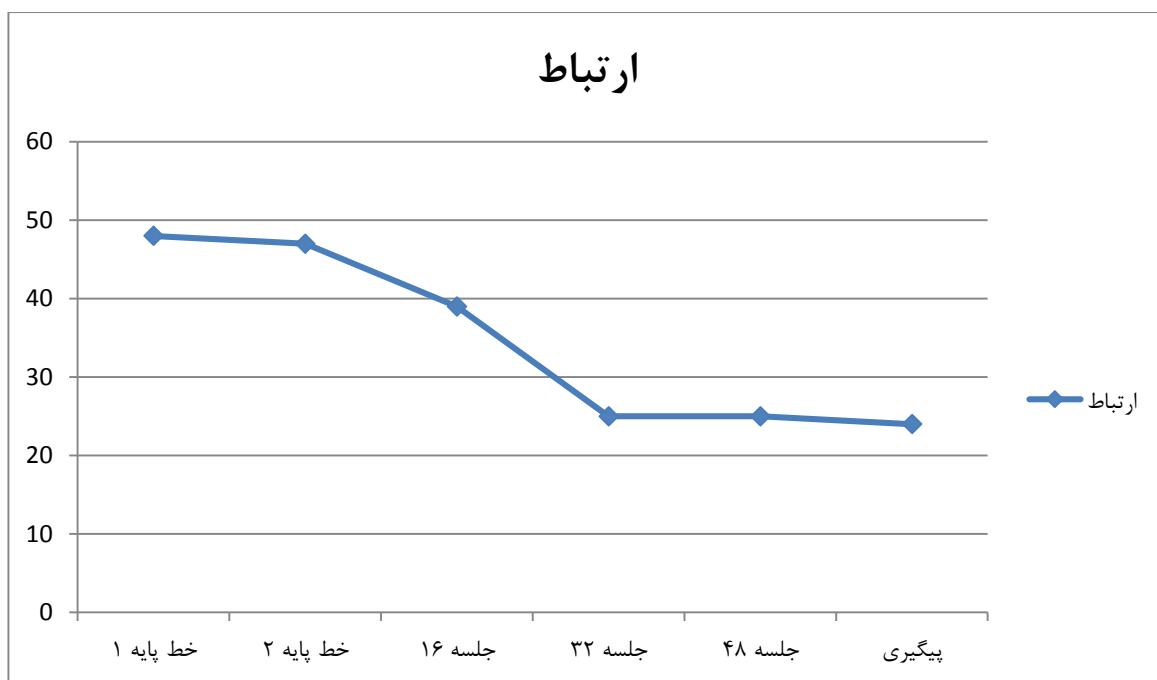
یافته ها

آزمونی پسری ۴ ساله است که در هنگام تولد کودک عادی بود. از نظر مادر، تا ۳ سالگی رفتار کاملاً طبیعی بوده، اما بعد از آن متوجه محدود بودن گفتار و تواناییهای کلامی کودک، علاقه نداشتن به بازی با همسالان می شود، بعد از مراجعه به دکتر و بررسی های بیشتر تشخیص اوتیسم کودک محرز شد. در مشاهدات اولیه دارای رفتارهای کلیشه ای بال بال زدن، بو کشیدن، خیره شدن به انگشتان دست، از جا پریدن به صورت یکباره و دویدن داشت، ارتباطات کلامی و غیر کلامی محدود در حد چندین کلمه جملات دو کلمه ای را بیان نمی کرد و برای بیان خواسته هایش از اکلام استفاده نمی کرد، اشارات بدنی آن هم محدود به کار می برد و الفاظ بی معنی را با خود تکرار می کرد، در مشاهده رفتارهای کودک در حین بازی با مادر مدت زمان کوتاهی جذب بازی می شد. در جلسات اولیه مداخله و مشاهدات اولیه کودک از حیوانات می ترسید و از آنها فرار می کرد و رغبتی به بودن در مدرسه از خود نشان نمی داد، ولی با آموزش مادر و استفاده از تکنیک های فلور تایم در بافت طبیعت، به مرور از جلسات بعدی کودک علاقه به ماندن در مدرسه را نشان داد در مشاهدات ضمن مداخله دیده شد که ارتباطات و تعاملات کودک افزایش یافت از عبارات دو کلمه ای برای بیان خواسته هایش استفاده می کرد با اینکه در اوایل نمی توانست با حیوانات ارتباط برقرار کند در ادامه جلسات با حیوانات به بازی می پرداخت به آنها غذا می داد و سعی می کرد با حیوانات مهربان باشد، همچنین با مادرش به بازی های تعاملی می پرداخت و از عبارات دو کلمه ای به طور مثال خرگوش غذا می خواد و برایش می آورد و می گفت گشنه ای؟ بیا بخور، استفاده می کرد. به عبارتی برای بیان احساساتش و خواسته هایش از کلمات استفاده می کرد که در ابتدا مداخله حتی از کلمه هم استفاده نمی کرد، در مشاهدات بعد از مداخله در جدول یافته ها کاملاً قابل محسوس است به طوری که نمره ی مقیاس ارتباط از نمره ۴۷/۵ قبل از درمان، به نمره ی ۲۵ پس از درمان کاهش یافت.



نمودار ۱. نمرات پیش از درمان، پس از درمان و پیگیری در مقیاس مشکلات رفتاری کودکان اوتیسم

تحلیل نگاره ای: با توجه به نمودار ۱ مقایسه مربوط به نمرات پیش از درمان (میانگین نمرات جلسات خط پایه)، پس از درمان (نمرات پس از آخرین جلسه درمان) و پیگیری، نشان دهنده ی اثربخشی درمان بر کاهش مشکلات ارتباطی می باشد. به طوری که نمره ی مقیاس ارتباط از نمره ۴۷/۵ قبل از درمان، به نمره ی ۲۵ پس از درمان کاهش یافت و در مرحله پیگیری نمره ۲۴ ثابت ماند.



نمودار ۲. نمرات آزمودنی در مولفه مشکلات ارتباطی

با توجه به نمودار ۲ مشاهده می شود که نمرات مشکلات ارتباطی در جلسه آخر درمان (جلسه چهل و هشتم) کاهش قابل ملاحظه ای دارد. بنابراین می توان اینطور نتیجه گیری کرد که درمان بازی درمانی فلورتایم مبتنی بر طبیعت، باعث بهبود مشکلات ارتباطی کودک اوتیسم می شود.

درصد بهبودی: درصد بهبودی برای آزمودنی در مقیاس مشکلات ارتباطی در جدول ۱ ارائه شده است.

جدول ۲. نمرات خط پایه، درمان و پیگیری در مقیاس مشکلات ارتباطی

درصد	درصد	میانگین	مقیاس ها
بهبودی	بهبودی	نمرات خط پایه	نمرات پس از درمان
پیگیری	پس از درمان	نمرات پس از درمان	پیگیری
۰/۴۹	۰/۴۷	۴۷/۵	مهارت های ارتباط

همانطور که در جدول ۱ مشاهده می شود مشکلات ارتباطی کودک اوتیسم پس از درمان کاهش قابل ملاحظه ای داشت که نشان دهنده تاثیر روش درمانی بازی فلورتایم مبتنی بر طبیعت بر میزان مشکلات ارتباطی کودک است و در مرحله پیگیری این میزان کاهش باقی مانده است.

نتیجه گیری

تجزیه و تحلیل یافته ها نشان داد که برنامه بازی درمانی فلورتایم مبتنی بر طبیعت منجر به کاهش مشکلات ارتباطی کودک طیف اوتیسم شده است. نتایج پژوهش حاضر با یافته های گرینسپن، داین و مارتینی (۲۰۱۱)، سولومون و همکاران (۲۰۰۷)، یین و همکاران (۲۰۰۸)، لی و همکاران (۲۰۱۴)، (کاتچر و ویلکنس، ۱۹۹۸، ۱۹۹۳، ۲۰۰۰، ۲۰۰۱) و کلرت، ۱۹۹۷ همسو است. همچنین پژوهش تازیکی و همکاران (۱۳۹۳) که به بررسی اثر بخشی مداخله با استفاده از حیوانات اهلی و عروسکی بر کارکرد های شناختی، اجتماعی، ارتباطی و رفتاری کودکان طیف اوتیسم پرداختند و نشان دادند که درمان با کمک حیوانات منجر به بهبود کارکرد شناختی، اجتماعی، ارتباطی و رفتاری کودکان طیف اوتیسم شد. کودکان اوتیسم در تعاملات اجتماعی، ارتباطات و الگوهای قالبی و تکراری رفتار، اختلال دارند. به علاوه آنها اختلال های شناختی نشان می دهند و بعضی نیز ادراک حسی غیرطبیعی دارند. وجود نقص و مشکل در ارتباطات بیانی کودک اوتیستیک یکی از معیارهای اصلی تشخیص این کودکان می باشد. در مقایسه با کودکان عادی و حتی عقب مانده ذهنی، کودکان اوتیستیک حتی زمانی که از خزانه لغات بیشتری نیز برخوردار می باشند در بیان جملات معنادار مشکلات بیشتری دارند (رافعی، ۱۳۸۵). در تبیین نتایج به دست آمده می توان چنین بیان نمود که تکنیک های بازی درمانی فلورتایم مبتنی بر طبیعت با درگیر کردن کودک به انجام فعالیت های مفرح با در اختیار گرفتن محیط طبیعی، توجه را به برقراری ارتباط متمرکز کرده و در طول این فرایند رفتارهای ارتباطات کودک افزایش یافته، در زمان بازی جهت یافته و در مسیری هدایت می شود و کودک با آرامش و اعتماد به نفس بیشتری به فعالیت می پردازد. همچنین با علم به اینکه درمان با کمک حیوان

سبب کاهش فعالیت سیستم اعصاب سمپاتیک و فعال سازی اعصاب پاراسمپاتیک می شود (کلرت، ۲۰۰۵) از دیدگاه عصبی شیمیایی نیز روش درمان فلورتایم در طبیعت قابل تبیین است. کودکان کنجکاوی ذاتی و طبیعی دارند که نیازمند تجربیات حسی مستقیم است نه کلی گویی های مفهومی. برای موثر بودن آموزش و به منظور جلب توجه کودکان بر اساس توانایی های رشدی و شیوه های یادگیری شان، لازم است تجربیات حسی آن ها کاملا همه جانبه و دارای پایان باز باشد نه ساختارمند و از پیش تعیین شده، که در فلورتایم مبتنی بر طبیعت نیز این ویژگی ها رعایت شده است. در پایان ۴۸ جلسه درمانی و همچنین نتایج پیگیری نشان داد که کودک بسیار متفاوت با جلسه اول مداخله بود، علاقه و جذب کامل به بازی با حیوانات و کاشت و برداشت گیاهان نشان می داد، برای بیان احساساتش و خواسته هایش از کلمات استفاده می کرد، همچنین با مادرش به بازی های تعاملی می پرداخت و از عبارات دو کلمه ای استفاده می کرد، کلمات را به طور صحیح به کار می برد و هنگام خطاب اسمش واکنش هیجانی مناسب نشان می داد. در مجموع نتایج نشان داد که بازی درمانی فلورتایم مبتنی بر طبیعت بر کاهش مشکلات ارتباطی کودک طیف اوتیسم تاثیر داشته است.

براین اساس پیشنهاد می شود: ۱- مداخله فلورتایم مبتنی بر طبیعت بر روی حجم نمونه بالا و همراه با نمونه گیری تصادفی انجام شود، همچنین اثربخشی فلورتایم مبتنی بر طبیعت با اثربخشی مداخله ای دیگر مقایسه شود. ۲- تاثیر فلورتایم مبتنی بر طبیعت را بر روی انواع اختلالات طیف اوتیسم به طور جداگانه بررسی و با یکدیگر مقایسه شود. ۳- تاثیر فلورتایم مبتنی بر طبیعت بر روی اختلالات دیگر یا گروه های سنی دیگر مثلا سالمندان بررسی شود.

منابع

- امین یزدی، ا. (۱۳۹۱). رشد یکپارچه انسان؛ مدل تحولی - تفاوت های فردی مبتنی بر ارتباط. پژوهش نامه مبانی تعلیم و تربیت، ۲ (۱)، ۱۰۹ - ۱۲۶.
- امین یزدی، سید امیر (۱۳۹۱). رشد یکپارچه انسان: مدل تحولی - تفاوت های فردی مبتنی بر ارتباط پژوهش نامه مبانی تعلیم و تربیت، ۲ (۱)، ۱۰۹ - ۱۲۶.
- تازیکی، ط؛ حسن زاده، س؛ افروز، غ؛ غباری بناب، ب؛ قاسم زاده، س. (۱۳۹۳). اثربخشی مداخله با استفاده از حیوانات اهلی و عروسکی بر کارکرد شناختی، اجتماعی، ارتباطی و رفتاری کودکان طیف اوتیسم. مجله تحقیقات علوم رفتاری؛ ۱۲ (۲).
- جان نثار، م. (۱۳۹۱). رابطه تئوری ذهن و رشد هیجانی با پرخاشگری کودکان پیش دبستانی، پایان نامه کارشناسی ارشد روانشناسی تربیتی. دانشگاه فردوسی مشهد.

رافعی، ط. (۱۳۸۵). اوتیسم، ارزیابی و درمان، تهران: دانه، چاپ دوم.

رافعی، ط. (۱۳۹۰). کودکان مبتلا به اوتیسم: راهنمای والدین، مربیان و درمانگران، تهران: دانه.

سالمی خامنه، ع؛ قهاری، ش؛ سلطانلو، م؛ دارابی، ج. (۱۳۹۲). اثربخشی درمان پاسخ‌محور در کاهش مشکلات ارتباطی و رفتاری پسران ۱۲-۸ ساله مبتلا به اوتیسم. *مجله علمی دانشگاه علوم پزشکی گرگان*، ۱۵(۱) (پی در پی ۴۵)، ۱۱-۶.

صدری، ا. (۱۳۹۲). اثربخشی مدل درمانی رویکرد DIR / فلور تایم مبتنی بر خانواده، بر بهبود نشانگان نافرمانی مقابله‌ای و کاهش استرس مادران، *پایان نامه کارشناسی ارشد بالینی*. دانشگاه فردوسی مشهد.

علیزاده، ه. (۱۳۹۲). بررسی رشد هیجانی-کارکردی و اختلالات پردازش حسی در کودکان مبتلا به اوتیسم. *پایان نامه کارشناسی ارشد، دانشکده روانشناسی و علوم تربیتی دانشگاه فردوسی مشهد*.

فولادگر، م. (۱۳۹۳). *ارزیابی و تشخیص اوتیسم در DSM-V*. مرکز درمان و توانبخشی اوتیسم اردیبهشت.

فولادگر، م؛ بهرامی پور، م؛ انصاری شهیدی، م. (۱۳۸۸). *اوتیسم (خانواده‌ها، درمانگران، دانشجویان و ...)*. انتشارات جهاد دانشگاهی واحد اصفهان، ص ۱۳، ۱۵.

کاکاوند، ع. (۱۳۸۸). *شناخت، آموزش و درمان اختلال‌های طیف اوتیسم*. کرج: انتشارات سرافراز، چاپ اول.

کان، پ؛ کلرت، ا. (۱۳۹۳). *کودک و طبیعت (درسنامه مدرسه طبیعت؛ پژوهش‌های روانی، اجتماعی-فرهنگی و تکاملی، ترجمه وهاب زاده، ع؛ حسینیان، آ، مشهد: انتشارات جهاد دانشگاهی، چاپ دوم*.

کان، پ؛ کلرت، ا. (۱۳۹۳). *ترجمه وهاب زاده، ع؛ حسینیان، ا. کودک و طبیعت، انتشارات جهاد دانشگاهی مشهد، چاپ دوم*.

کراتوچویل، توماس آر. مورسین، ریچارد جی. (۱۳۷۸). *روانشناسی بالینی کودک*. ترجمه نایینیان، م، تهران: انتشارات رشد.

هاشم زاده، ز. (۱۳۹۱). بررسی نظریه ذهن و رشد هیجانی کارکردی در کودکان نابینای دبستانی شهر مشهد، مقایسه با هم‌تایان بینا از منظر رویکرد DIR. *پایان نامه کارشناسی ارشد روانشناسی تربیتی دانشگاه فردوسی مشهد*.

هالاها، د؛ کافمن، ج؛ پولن، پ. (۱۳۹۳). *مقدمه‌ای بر آموزش‌های ویژه یادگیرندگان استثنایی*. ترجمه‌ی مشهدی، ع؛ تیموری، س؛ باقری، ن؛ پری زاده، ه؛ غلامی، ج. چاپ اول، مشهد: به‌نشر (انتشارات آستان قدس رضوی)، ۳۶۳ و ۳۶۴.

Dionne, M., & Martini, R. (۲۰۱۱). Floor Time Play with a child with autism: A single-subject study. *Canadian Journal of Occupational Therapy*, ۷۸(۳), J ۹۶-۲۰۳.

- Greenspan, S. & Shanker S (۲۰۰۴). The First Idea: How Symbols, Language and Intelligence Evolved from our primate Ancestors to Modern Humans. *Reading, Perseus Books*.
- Greenspan, S. (۲۰۰۲). The developmental basis of psychotherapeutic processes. FW Kaslow (Editor-in-Chief) & JJ Magnavita (Vol. Ed.), *Comprehensive handbook of psychotherapy: Psychodynamic/object relations*, ۱, ۱۵-۴۵.
- Greenspan, S. I., & Wieder, S. (۱۹۹۷). Developmental patterns and outcomes on Infants and children with disorders of relating and communicating: A chart Review of ۲۰۰ cases of children with Autistic Spectrum Diagnoses. *Journal of Developmental and Learning Disorders*, ۱, ۸۷-۱۴۱.
- Greenspan, S. I., & Wieder, S. (۲۰۰۶). Infant and early childhood mental health: A comprehensive, developmental approach to assessment and intervention: *American Psychiatric Publishing, Inc*
- Greenspan, S., & Wieder, S. (۱۹۹۸) The Child with Special Needs. Encouraging Intellectual and Emotional Growth. Reading, MA: Perseus Publishing
- Greenspan, S., & Wieder, S. (۱۹۹۹). A functional developmental approach to autistic spectrum disorders. *Journal of the Association for Persons with Severe Handicaps*, ۲۴(۳), ۱۴۷-۱۶۱.
- Greenspan, S., & Wieder, S. (۲۰۰۶). Engaging autism: Using the floor time approach to help children relate, communicate, and think: Da Capo Press.
- Greenspan, s., & Wieder, S. (۲۰۰۹). Engaging autism: Using the floortime approach to help children relate, communicate, and think: Da Capo Press.
- Koegel, L. K., Valdez-Menchaca, M., & Koegel, R. L. (۱۹۹۴). Autism: Social difficulties and related behaviors. In M. Hersen & V. B. Van Hasselt (Eds.), *Advanced abnormal psychology* (pp. ۳۲۵-۳۵۶). New York: Plenum.
- Matson, M., Mahan, S., & Matson, J. (۲۰۰۹). Parent training : A review of methods for children with autism spectrum disorders. *Research in Autism spectrum Disorders*, ۳, ۸۶۸ – ۸۷۵.
- Nee James L (۲۰۱۳). Behavior & Developmental Treatment Models for Autism Spectrum Disorders: Factors Guiding Clinician Preference and Perceptions. -of Social Work Clinical Research Papers. ۲۳۸

- Pajareya, K., & Nopmaneejummlers, K. (۲۰۱۱). A pilot randomized controlled trial of DTP/Floortime™ parent training intervention for pre-school children with autistic spectrum disorders. *Autism*, ۱۵(۵), ۵۶۳-۵۷۷.
- Solomon, R., Necheles, J., Ferch, C, & Bruckman, D. (۲۰۰۷). Pilot study of a parent training program for young children with autism The PLAY Project Home Consultation program. *Autism*, ۱۱(۳), ۲۰۵-۲۲۴.
- Wieder, S. (۲۰۱۲). Dir—The Developmental, Individual Difference, Relationship-Based Model. *Educating Students with Autism Spectrum Disorders: Research-Based Principles and Practices*.
- wieder, S., & Greenspan, S. I. (۲۰۰۳). Climbing the symbolic ladder in the DIR model through floor time/interactive play. *Autism*, ۷(۴), ۴۲۵-۴۳۵.