

جایگاه دانش آموزان در خودمانده در آموزش و پرورش استثنایی

فاطمه ولی زاده / آموزشگاه طلوع / کارشناس علوم تربیتی

چکیده

«در خودماندگی» را می‌توان یک بیماری با طیف گسترده معرفی کرد. این بیماری می‌تواند نشانه‌های فراوانی داشته باشد که توسط این نشانه‌ها در خودماندگی را می‌توان از درجات خفیف تا شدید درجه بندی کرد. افراد دارای در خودماندگی اغلب در سه زمینه با مشکل مواجه‌اند این مشکلات موسوم به «اختلال سه وجهی»^۱ هستند: (۱) مراد هی اجتماعی (دشواری در ایجاد روابط اجتماعی)، (۲) ارتباط اجتماعی (دشواری در ایجاد ارتباط لفظی و غیر لفظی)، (۳) تخیل (دشواری در یادگیری بازی‌هایی که چند نفر در آنها درگیر هستند و یا باید از قدرت تخیل برای فهم آنها استفاده کرد) روش‌های درمانی و تربیتی نیز برای افراد مبتلا به در خودماندگی به کار گرفته می‌شود که عبارت‌اند از: روش تحلیل رفتار کاربردی^۲، روش تیچ^۳، روش ارتباط با تبادل تصویر^۴، روش Floor Time، روش داستان‌های روش یکپارچگی حسی^۵، روش داستان‌های اجتماعی^۶، روش‌های درمانی مکمل و روش‌های رفتار درمانی و بهبود ارتباط. در این مقاله این روش‌های درمانی مورد بررسی قرار می‌گیرد.

مقدمه

در خودماندگی یک اختلال فراگیر رشد (PDD) است و نشانه‌های متفاوتی دارد و ناتوانایی‌هایی در زمینه‌های مختلف از قبیل مهارت‌های ارتباط اجتماعی، مهارت‌های

حرکتی درشت و ظریف و گاهی حتی مهارت‌های ذهنی ایجاد می‌کند. اختلال در خودماندگی طیفی را در برمی‌گیرد از خفیف تا خیلی شدید. در بالاترین انتهای طیف نشانگان اسپرگر قرار داد که گاه به آن نشانگان پورفسور کوچک گفته می‌شود. پایین‌ترین انتهای طیف اغلب در خودماندگی کلاسیک نامیده می‌شود که معمولاً همراه با کم‌توانی ذهنی است. در بین این طیف انواع اختلال‌های فراگیر رشد شامل نشانگان رت، اختلال فرو پاشیدگی دوران کودکی و اختلال فراگیر رشد نام‌شخص^۷ (PDD_NOS) وجود دارد.

متخصصان تخمین می‌زنند که از هر ۱۰۰۰ کودک، ۳ تا ۴ نفر دارای در خودماندگی هستند. بعضی منابع ۱ به ۱۶۶ تولد را ذکر می‌کنند. مردان ۴ برابر بیشتر از زنان مبتلا می‌شوند. به نظر می‌رسد که در خودماندگی در بعضی خانواده‌ها بیشتر دیده می‌شود اما قابل سرایت نیست.

افراد در خودمانده ممکن است هوش بالا و یا پایین داشته باشند. آنها ممکن است ساکت و یا پرحرف، خجالتی یا خوش برخورد و در زمینه‌ی تحصیلی قوی یا ضعیف باشند. بعضی از آنان خوش رفتار هستند، در حالی که برخی دیگر مشکلات رفتاری شدیدی دارند. در واقع فردی با تشخیص اسپرگر ممکن است نسبت به فردی با تشخیص PDD_NOS، دارای مشکلات اضطرابی باشد و یا چنین مشکلاتی نداشته باشد.

در خودماندگی چیست؟

در خودماندگی اختلال رشد ذهنی پیچیده‌ای است که معمولاً در ۳ سال نخست زندگی شخص ممکن است بروز کند. به نظر می‌رسد که اختلالی در دستگاه عصبی که باعث عدم عملکرد درست مغز می‌شود در ایجاد این بیماری مؤثر می‌باشد. این اختلال در بیماران در خودمانده باعث می‌شود مغز نتواند در زمینه‌ی رفتارهای اجتماعی و مهارت‌های ارتباطی به درستی عمل کند. کودکان و بزرگسالان در خودمانده در زمینه‌ی ارتباط کلامی و غیر کلامی، رفتارهای اجتماعی، فعالیت‌های سرگرم کننده و بازی دارای مشکل می‌باشند. در خودماندگی یکی از پنج بیماری است که در مجموع به آنها «اختلالات فراگیر رشد» می‌گویند.

در میان اختلالات فراگیر رشد، در خودماندگی بیشترین تعداد را دارد (تقریباً بین ۲ تا ۶ کودک از هر ۱۰۰۰ کودک)، (به نقل از مرکز کنترل و پیشگیری بیماریها در آمریکا سال ۲۰۰۱). این بدین معنا است که در کشوری مانند ایران با جمعیت حدود ۷۰ میلیون نفر احتمال می‌رود حدود ۲۸۰ هزار بیمار در خودمانده وجود داشته باشد و فراموش نکنید که این تعداد هر روز زیادتر می‌شود. طبق مطالعات انجام شده توسط وزارت آموزش و سایر سازمان‌های دولتی آمریکا، در این کشور در خودماندگی با نرخ رشدی برابر با ۱۰ تا ۱۷ درصد در حال ازیاد است. در سایر کشورها نیز مانند کشور ما این بیماری رشد نگران کننده‌ای دارد و متأسفانه از طرف سازمان‌های مسئول حرکت جدی در جهت شناساندن این بیماری به جامعه انجام نشده است (جعفر نژاد، ۱۳۸۵).

در خودماندگی در سراسر دنیا دیده می‌شود و در پسران سه برابر بیشتر از دختران مشاهده شده است اما

اغلب میزان ابتلا در دختران شدیدتر از پسران بوده و میانگین نمره‌های آنان در آزمون‌های هوشی پایین‌تر است (پور افکاری، ۱۳۷۶) به عبارت دیگر نژاد، مکان زندگی، میزان سواد، وضعیت مالی، نوع اعتقاد، شیوه‌ی زندگی و ... هیچ کدام تأثیری در احتمال خطر بروز در خودماندگی ندارند. از زمانی که آگاهی عمومی درباره‌ی این اختلال شروع به افزایش کرد (برای اولین بار دکتر لئوکانر در سال ۱۹۴۳ م. این بیماری را به صورت علمی توضیح داد) بیشتر افراد حتی بعضی متخصصان پزشکی و آموزشی هنوز درک درستی از نحوه‌ی تأثیرگذاری این اختلال بر افراد ندارند و دارای دانش کافی درباره‌ی چگونگی برخورد و درمان این افراد نیستند. به عبارت ساده‌تر می‌توان گفت در میان این بیماران می‌توان افرادی را مشاهده کرد که داری تماس چشمی، رفتار خوب اجتماعی و بعضی از عواملی را که در کودکان در خودمانده مشاهده نمی‌شود هستند و در عین حال در سایر عوامل با کودکان سالم تفاوت دارند. به همین دلیل تشخیص و تعیین روش درمان و نیز بررسی پیشرفت و مشخص کردن مراحل درمان نیازمند افراد متخصص دارای دانش کافی می‌باشند.

پیش از سال ۱۹۷۰ میلادی بیشتر کودکان در خودمانده پیش از رسیدن به نوجوانی در مؤسسات نگهداری می‌شدند. نوعاً، والدین و آموزگاران قادر به سازگاری با رفتار بسیار مخرب این کودکان و کمبودهای یادگیری عمیق آنها نبودند. بنابراین چنین کودکانی از کلاس درس مکرراً اخراج می‌شدند و یا اینکه هرگز پذیرفته نمی‌شدند. با تصویب قانون فدرال در سال ۱۹۷۲ آموزش عمومی برای کودکان در خودمانده و دیگر کودکان کم‌توان ذهنی کلاس‌هایی برای کودکان در خودمانده ایجاد شد (نابینان و همکاران، ۱۳۷۸).

بی تفاوت نسبت به دیگران).

✓ ارتباط اجتماعی (دشواری در ایجاد ارتباط لفظی و غیر لفظی، به عنوان مثال، اینکه به طور کامل مفهوم حرکات و اشارات، حالات صورت و لحن صحبت دیگران را نفهمیدن).

✓ تخیل (دشواری در یادگیری بازی‌هایی که چند نفر در آنها درگیر هستند و یا باید از قدرت تخیل برای فهم آنها استفاده کرد، به عنوان مثال، محدودیت در فعالیت‌هایی که به قدرت تخیل فرد مربوط می‌شوند، یا احتمالاً فقط به طور خشک و مکرر تقلید می‌شوند).

روش‌های درمانی و تربیتی

در حالی که هنوز درمان مشخصی برای درخودماندگی پیدا نشده است ولی روش‌های درمانی مناسبی وجود دارد که با آنها می‌توان به این کودکان کمک کرد تا از توانایی‌های بیشتری بهره‌مند شده و حتی نمونه‌هایی نیز از بهبود کامل دیده شده است. این روش‌های درمانی علاوه بر اینکه کمک می‌کنند تا رفتارهای اختلالی کودک کم شوند کارهایی را نیز به کودک می‌آموزند تا کودک بتواند به طور مستقل نیازهای خود را بر آورده و به تدریج به یک زندگی عادی برسد.

از آنجایی که رفتارها و اختلالات در کودکان درخودمانده بسیار متفاوت و متغیر است، تا کنون چندین برنامه‌ی درمانی برای آنها مد نظر قرار گرفته است که هر کدام موفقیت‌هایی نیز به دنبال داشته‌اند در درمان کودکان درخودمانده باید حتماً این مورد در نظر گرفته شود که روش درمان برای هر کودک باید متناسب با توانایی‌ها و شدت اختلال او برنامه‌ریزی شود.

افراد درخودمانده ممکن است هوش بالا و یا پایین داشته باشند. آنها ممکن است ساکت و یا پرصاف، فبالتی یا فوش برنورد و در زمینه‌ی تفصیلی قوی یا ضعیف باشند. بعضی از آنان فوش رفتار هستند. در حالی که برخی دیگر مشکلات رفتاری شدیدی دارند

درخودماندگی را می‌توان یک بیماری با طیف گسترده معرفی کرد. این بیماری می‌تواند نشانه‌های فراوانی داشته باشد که توسط آنها درخودماندگی را می‌توان از درجات خفیف تا شدید درجه بندی کرد. اگر چه درخودماندگی را می‌توان توسط یک سری از رفتارها تشخیص داد ولی افراد درخودمانده می‌توانند ترکیبی از این رفتارها را داشته باشند و الزاماً نباید رفتارهای اختلالی تعیین شده را به صورت یکجا از خود نشان دهند. ممکن است دو کودک که با تشخیص یکسان از نظر رفتاری و مهارت‌ها با هم تفاوت داشته باشند. ممکن است والدین کلمات متفاوتی را در رابطه با بیماری این کودکان بشنوند مانند شبه درخودماندگی، متمایل به درخودماندگی، طیف درخودماندگی، درخودماندگی با عملکرد بالا و پایین، درخودماندگی با توانایی بالا و پایین

اختلال سه‌وجهی

افراد دارای درخودماندگی اغلب در سه زمینه با مشکل مواجه‌اند این مشکلات موسوم به "اختلال سه‌وجهی" هستند:

✓ مرآورده‌ی اجتماعی (دشواری در ایجاد روابط اجتماعی، به عنوان مثال، منزوی از دیگران و یا

روش تحلیل رفتار کاربردی

است. در این روش معمولاً کودک بین ۳۰ تا ۴۰ ساعت در هفته به صورت فردی با درمانگر دوره دیده کار می‌کند. هر کار و مهارت جدید به اجزای کوچکتری تقسیم می‌شود. هرگاه کار خواسته شده از کودک به درستی انجام شود، کودک مورد تشویق قرار می‌گیرد تا در کودک انگیزه‌ی تکرار آن و فرمانبری بیشتر شود. این روش با مخالفت‌هایی نیز روبرو شده است. برخی از متخصصان معتقدند که این روش به احساسات کودک لطمه می‌زند و مدت زمان آموزش آن در طول هفته تأثیرات ناخوشایندی بر خانواده می‌گذارد به هر حال آمار و ارقام و تجربه نشان داده است که تکنیک‌های تحلیل کاربردی رفتار نتایج مثبت و با ثباتی روی کودکان درخودمانده داشته است (جعفرنژاد، ۳۸۵).

روش تیچ

این روش اولین روشی بود که در آمریکا برای کودکان درخودمانده به کار گرفته شد. TEACH سرواژه‌ی عبارت «درمان و آموزش کودکان درخودمانده و ناتوانی‌های ارتباطی مرتبط با این بیماری» است. روش TEACH که در اوایل دهه‌ی ۱۹۷۰ توسط اریک شوپلر ارائه شد شامل تمرکز روی شخص دارای درخودماندگی و ایجاد برنامه‌ای در مورد مهارت‌ها، علائق و نیازهای چنین شخصی است. اولویت‌های عمده شامل توجه به شخص، درک درخودماندگی، قبول سازگاری‌های مناسب و راهبردهای مداخله وسیع بر مبنای مهارت‌ها و علائق موجود است. در این روش اعتقاد بر این است که محیط زندگی کودک باید با او سازگار شود نه اینکه کودک با محیط سازگار شود. در این روش از شگرد خاصی استفاده نمی‌شود بلکه برنامه‌ی درمانی بر اساس سطح عملکرد کودک پایه‌ریزی می‌شود. توانایی‌های

تا پیش از طرح پژوهشی لوواس در آمریکا فعالیت عمده و جدی برای درمان درخودماندگی صورت نگرفته بود و بسیاری بر این باور بودند که باید این کودکان را به حال خود رها کرد. اما طرح پژوهشی لوواس نشان داد که با ساعت‌های کار زیاد و آموزش ویژه می‌توان ۴۷ درصد کودکان درخودمانده را قادر به تحصیلات عادی گرداند و ۴۰ درصد را نیز به حدی کاهش علامت داد که به سطح کودکان کم‌توان ذهنی خفیف برسند، باور پیشین را متحول کرده و اکنون در سراسر دنیا کودکان درخودمانده را تحت آموزش ویژه قرار می‌دهند (همت، ۱۳۸۲). بسیاری از روش‌های درمانی کودکان درخودمانده بر پایه‌ی اصول این روش تهیه شده‌اند. اصل مهم این روش این است که رفتارهایی که مورد تشویق قرار بگیرند احتمال تکرار و افزایش خواهند داشت و رفتارهایی که مورد توجه قرار نگیرند احتمال حذف شدن آنها وجود دارد. اگر چه تحلیل رفتار کاربردی یک تئوری است ولی بسیاری از مردم از این اصطلاح برای روش‌هایی که با این اصل کار می‌کنند استفاده می‌کنند. دو روش مهمی که بر پایه‌ی این اصل وجود دارند روش آموزش جزء به جزء، و لوواس می‌باشند.

در روش آموزش جزء به جزء و روش لوواس هر تمرینی که به کودک داده می‌شود شامل یک دستور به کودک، یک عمل از طرف کودک و یک واکنش از طرف درمانگر می‌باشد. این روش علاوه بر تصحیح رفتارهای کودک شامل آموزش مهارت‌های تازه نیز همچون مهارت‌های اولیه مانند خوابیدن و لباس پوشیدن تا مهارت‌های پیشرفته مانند برخورد‌های درست اجتماعی می‌باشد. این روش، روشی بسیار دقیق و کامل

کودک تصویر را به شما می‌دهد و شما بلافاصله می‌توانید منظور او را دریابید. با این روش کودک می‌تواند با هر کسی ارتباط برقرار کند و تنها کاری که باید انجام شود گرفتن و دادن تصاویر است (جعفر نژاد، ۱۳۸۵).

روش Floor Time

این روش که به وسیله‌ی یک روان‌شناس کودک به نام «استانلی گرین اسپن» ارائه شد، بسیار شبیه بازی-درمانی است در این روش سعی بر این است که ارتباط کودک با فرد دیگر از راه برنامه‌های دقیق بازی بیشتر و مؤثرتر شود. این روش شامل شش گام است که کودک در طی گام‌ها از آنها تقلید کرده و آنها را از یک بزرگتر فرا می‌گیرد و به عبارتی کودک باید نردبان شش پله‌ای را طی کند.

ممکن است کودکان در این روش با مشکلاتی نیز روبرو شوند. مثلاً، به علت اختلالات حسی در درک بعضی از تمرینات خواسته شده مشکل پیدا کنند و یا اینکه قادر به انجام برخی از تمرینات بدنی موجود در برنامه نشوند در این برنامه، والدین و درمانگران سعی می‌کنند تا پیشرفت کودک را از راه مسیرهایی که کودک دوست دارد و با جهت دادن به این مسیرها فراهم کنند تا کودک بتواند شش مرحله‌ی پیشرفت موجود در این روش درمانی را طی کند. این روش به طور مجزا کودک را در به دست آوردن مهارت‌های گفتاری و بدنی کمک نمی‌کند بلکه از نظر احساسی و روانی به کودک کمک می‌کند تا کودک بتواند درک بیشتری پیدا کرده و از راه آگاهی و تجربه مهارت‌های دیگر را نیز به دست آورد. معمولاً از این روش در کنار روش‌های دقیق‌تر دیگر مانند تحلیل رفتار کاربردی در

کودک بر اساس معیارهای آموزش‌های روانی بررسی می‌شود و شگردهای درمانی جهت بهبود ارتباط، مهارت‌های اجتماعی و سازگاران طراحی می‌شوند. در این روش به جای اینکه به کودک یک مهارت و توانایی خاص آموزش داده شود، سعی بر این است که به کودک مهارت‌هایی آموزش داده شود تا بتواند محیط اطراف خود و رفتارهای اطرافیان خود را بهتر درک کند به عنوان مثال، برخی کودکان درخودمانده هنگام احساس درد شروع به فریاد زدن می‌کنند. در این روش سعی بر آن است که به کودک آموزش داده شود تا هنگام احساس درد چگونه با برقراری ارتباط آن را به اطرافیان خود بفهماند. این روش نیز مخالفانی دارد که معتقدند این روش خیلی خشک و پر شاخ و برگ است. همچنین ممکن است کودک درخودمانده دریابد که در برابر عمل خواسته شده چه انتظاری از او می‌رود و فرا بگیرد که بدون فکر، خلاقیت و دقت جواب خواسته شده را اجرا کند (اصلانی، ۱۳۸۵).

روش سامانه‌های ارتباط با تبادیل تصویر

یکی از مهم‌ترین مشکلات کودکان درخودمانده عدم توانایی در ارتباط می‌باشد برخی از کودکان درخودمانده ممکن است صحبت کردن را بیاموزند و برخی نیز ممکن است هیچگاه قادر به این کار نشوند. این روش، روش مناسبی برای شروع گفتار و برقراری ارتباط در کودکانی است که قادر به صحبت کردن نمی‌باشند. در این روش بر پایه‌ی اصول تحلیل رفتار کاربردی، به کودک آموزش داده می‌شود که چگونه می‌تواند نیازهای خود را از راه دادن تصاویر برآورده کند. از امتیازات مهم این روش این است که ارتباط کودک ساده، فهم‌پذیر، از روی فکر و عمدی می‌باشد.

ساعات فراغت کودک استفاده می‌شود (جعفر نژاد، ۱۳۸۵).

روش داستان‌های اجتماعی

این داستان‌ها برای آموزش مهارت‌های اجتماعی به کودکان درخودمانده آماده شده‌اند. با استفاده از این داستان‌ها به کودک آموزش داده می‌شود که چگونه احساسات، منظور، و برنامه‌های دیگران را درک کند. در این روش یک داستان یک موقعیت و شرایط خاص با اطلاعات فراوان تهیه شده است که به کودک از راه گوش کردن به آن کمک می‌شود تا بفهمد چه جواب یا واکنش مناسبی را باید از خود نشان دهد. این داستان‌ها معمولاً از سه جزء اصلی تشکیل می‌شوند:

۱. اطلاعاتی در مورد افراد داستان، مکان و اجزای آن
۲. احساسات و افکار افراد داستان
۳. جواب‌ها و واکنش مناسبی که باید وجود داشته باشند. این داستان‌ها باید بر اساس نیاز کودک برای او خوانده شوند و حتماً باید از قول اول شخص مفرد و در زمان حاضر باشند. این داستان‌ها در صورت همراهی با تصاویر و موسیقی می‌توانند تأثیر بیشتری داشته باشند. بایستی داستان‌های فراهم شده به گونه‌ای باشند که نقاط ضعف کودک را تصحیح کنند. مثلاً، کودکی که از شرایط خاصی ترس دارد و یا اینکه در او ایجاد فشار روانی می‌کند بهتر است داستان‌های مناسبی در مورد این شرایط برای او گفته شود (جعفر نژاد، ۱۳۸۵).

روش یکپارچگی حسی

کودکان درخودمانده اغلب در حواس خود دارای مشکلاتی است. ممکن است این کودکان دارای آستانه‌ی تحریک بالا و یا پائین باشند و یا اینکه مغز آنها

نتواند از اطلاعات به دست آمده توسط حواس پنجگانه درک درستی از شرایط موجود داشته باشد. در این روش درمانی که می‌تواند توسط بازی درمان، کاردرمان و یا گفتاردرمان انجام شود به کودک کمک می‌شود تا بهتر از اطلاعات حسی بهره‌بردار باشد، مثلاً، اگر کودک با حس لامسه‌ی خود مشکل دارد از کودک خواسته می‌شود تا اشیای متفاوت با جنس‌های متفاوت را لمس کرده و با آنها کار کند. موسیقی درمانی نیز جزئی از این روش است که توسط بسامدهای متفاوت، حساسیت کودک را در برابر برخی اصوات کم و یا زیاد می‌کند. دکتر «تمپل گراندین» که خود دارای درخودماندگی بود دستگاهی را طراحی کرد که با فشارهای متفاوت بر دست، حس لامسه را بهبود می‌بخشد. پیش از اجرای این روش درمانی، درمانگر حتماً باید کودک را به دقت زیر نظر گرفته و آشنایی کامل و دقیقی در رابطه با خصوصیات حسی کودک پیدا کند (جعفر نژاد، ۱۳۸۵).

روش‌های درمانی مکمل

با وجود اینکه تشخیص زودهنگام و درمان زودهنگام درخودماندگی بهترین روش در کمک به این کودکان و درمان آنهاست، برخی از والدین و پژوهشگران معتقدند که روش‌های درمانی مکمل دیگری نیز وجود دارند که می‌توانند ارتباط کودک با دنیای اطراف و سایرین را بهبود بخشیده و رفتارهای آنها را بهتر کنند. از انواع این درمان‌ها می‌توان به موسیقی درمانی، هنر و جانور درمانی اشاره کرد که می‌توانند به صورت فردی با کودک کار شده و یا در مراکز مخصوص به صورت جمعی کار شوند. در تمامی این روش‌ها افزایش قدرت ارتباط، بهبود روابط اجتماعی و

به جلو و عقب، گذاشتن اشیاء در دهان و یا کوبیدن سر به اشیای دیگر باشد. کودکان درخودمانده همچنین ممکن است به رفتارهای خودآزارانه مانند آسیب زدن به چشم‌ها و یا گاز گرفتن دستان خود عادت داشته باشند این کودکان همچنین ممکن است نسبت به درد سوختگی واکنشی نشان ندهند.

یکی از مهم ترین مشکلات کودکان درخودمانده عدم توانایی در ارتباط می باشد برخی از کودکان درخودمانده ممکن است صحبت کردن را بیاموزند و برخی نیز ممکن است هیپگاه قادر به این کار نشوند

گاهی کودکانی نیز مشاهده شده اند که بدون دلیل به دیگران حمله کرده اند. دلایل بروز این رفتارها در کودکان درخودمانده هنوز به طور دقیق یافت نشده است و بسیار پیچیده می باشد ولی برخی از متخصصان معتقدند که اختلال در حواس پنجگانه‌ی کودک می تواند باعث بروز این رفتارها شود و کودک با این رفتارها می خواهد این حواس را ارضاء کند. برای درک و درمان آسیب‌رسانی به خود تلاش های بسیاری صورت می گیرد تا از آسیب دیدگی‌های احتمالی جسمی جلوگیری شود اما از آنجا که خودآسیب‌رسانی به میزان زیادی در یادگیری تأثیر می گذارد، درمان اهمیت بسیار دارد.

تنبیه بدنی احتمالاً پرکاربردترین و موفق‌ترین شیوه‌ی کنترل آسیب‌رسانی به خود است. یکی از شیوه‌های تنبیه بدنی که رواج بسیار دارد به کارگیری محرک‌های الکتریکی آزارنده اما بدون خطر است که با تویخ و سرزنش شفاهی مانند گفتن « نه » همراه می‌شود.

افزایش اعتماد به نفس مشترک می باشد. همچنین این روش‌ها کمک می‌کنند تا کودک بتواند رابطه‌ی بی‌خطر و مفیدی را با درمانگر خود و سایرین برقرار کرده و با آنها مأنوس شود. جانوردرمانی معمولاً شامل اسب سواری و شنا با دولفین‌ها می باشد. در این درمان‌ها کودک توانایی هماهنگی ماهیچه‌ها و اندام‌ها را به دست می‌آورد همچنین احساس دوست داشتن و اعتماد به نفس نیز از فوائد این نوع درمان است. موسیقی و هنر به ویژه می‌توانند در رفع مشکلات حواس پنجگانه مفید باشند زیرا توسط آنها قدرت درک شنیداری و دیداری کودک تقویت می‌شود. از برنامه‌های موسیقی‌درمانی برای پیشرفت در زمینه‌ی درک و آگاهی، کنترل حرکتی، افزایش توجه، تقویت حافظه و توانایی‌های کلامی این گروه کودکان استفاده می‌شود. کناره‌گیری و فرار از واقعیت از خصوصیات کودکان درخودمانده است. آنها حتی گاهی مقاومت می‌کنند و از شرکت در جلسه‌ی موسیقی درمانی طفره می‌روند اما از شنیدن قطعاتی که موسیقی درمان‌گر می‌نوازد و یا توسط نوار پخش می‌شود لذت می‌برند. در نخستین جلسات لازم است کودکان سازها را ببینند و لمس کنند و صدای آنها را بشنوند و سازهایی در اختیار آنها قرار گیرد که نواختن آن به تکنیک خاصی احتیاج نداشته باشد (زاده محمدی، ۱۳۷۴).

روش‌های رفتار درمانی و بهبود ارتباط

رفتارهای کودکان درخودمانده اغلب برای والدین و درمانگران مشکل‌آفرین و ناراحت‌کننده است. این رفتارها ممکن است نامناسب، تکراری، تهاجمی و خطرناک باشند و نیز ممکن است شامل تکان دادن مکرر دست‌ها، حرکت مداوم انگشتان، تکان دادن بدن

واکنش‌های مکرر ناسازگار با خود آسیب‌رسانی پرداخته می‌شود. مثال ساده‌ای برای اصلاح افراطی این است که دختری را که به خود سیلی زده بلافاصله وادار کنیم دست‌هایش را برای چند دقیقه بی‌حرکت در دو طرف بدنش نگاهدارد. هر چند اصلاح افراطی نیازمند تلاش بسیار مراقبان کودک است، می‌تواند کاملاً مؤثر افتد (منشی طوسی، ۱۳۷۵).

هر چند هیچ یک از روش‌های دیگر چنین موفقیتی نداشته‌اند، اما تأثیرات این روش هم به سایر موقعیت‌ها تعمیم‌پذیر نیست. استفاده از شوک و سایر تنبیهات بدنی نیز مسائل اخلاقی را به میان می‌آورد. اخیراً شیوه‌ای تنبیهی به نام "اصلاح افراطی" توجه بسیاری را به خود جلب کرده است. اصلاح افراطی در مورد نوع خاصی از خودآسیب‌رسانی به کار می‌رود که در آن به

زیر نویس‌ها:

1. impurment triad
2. Applied Behavior Analyti – ABA
3. TEACH
4. Picture Exchange communication systems –PECS
5. sensory Integration
6. social stories
7. PDD-Nos

منابع:

- پور افکاری، نصرت‌اله (۱۳۷۶): فرهنگ جامع روان‌شناسی و روان‌پزشکی. جلد دوم، تهران: فرهنگ معاصر.
- موریس، ریچارد. روانشناس بالینی کودک (بی تا). روش‌های درمانگری. (ترجمه‌ی محمدرضا نایینیان و همکاران، ۱۳۷۸) تهران: رشد.
- نلسون، ریتا ویکس وایزرائل، الن سی. اختلال‌های رفتاری کودکان. (ترجمه‌ی محمد تقی منشی طوسی، ۱۳۷۵) مشهد: آستان قدس رضوی.
- زاده محمدی، علی (۱۳۷۴). موسیقی درمانی کودکان استثنایی. تهران: کارگاه نشر.
- اصلاحی، زهرا (۱۳۸۵). آشنایی با روش تیج. تعلیم و تربیت استثنایی، ۵۲ و ۵۳، ۵۱-۵۳.
- بردی‌ده، محمد رضا (۱۳۸۱). اوتیسم و اختلاف شبه اوتیسم و آسرگر فصلنامه‌ی آموزشی و پژوهشی احیا، ۱، ۲۷.
- همت، فرهنگ (۱۳۸۲) آشنایی با فعالیت‌های مرکز آموزش و توانبخشی کودکان در خود مانده. تعلیم و تربیت استثنایی، ۲۲ و ۲۳، ۶۷-۶۳.