

بِسْمِ اللَّهِ الرَّحْمَنِ الرَّحِيمِ

در خودماندگی و مشکلات ارتباطی

راهبردهای کاربردی برای اولیا و معلمان

تألیف

میخائیل فارل

ترجمه

دکتر احمد به پژوه

استاد روان‌شناسی دانشگاه تهران

با همکاری

محدثه محمودی

۱۳۹۶

| | |
|--------------------------------|--|
| سرشناسه عنوان و نام پدیدآور | فارل، مایکل، ۱۹۴۸ - Michael Farrell درخودماندگی و مشکلات ارتباطی: راهبردهای کاربردی برای اولیا و معلمان / تألیف میخائیل فارل: ترجمه احمد به‌پژوه و با همکاری محدثه محمودی. تهران: آوای نور، ۱۳۹۲. |
| مشخصات نشر مشخصات ظاهری | شماره: ۲۴۰ ص. شابک: 978-600-309-073-6 |
| وضعیت فهرست نویسی پادداشت | فیبا عنوان اصلی: |
| موضوع | The effective teacher's guide to autism and communication difficulties: practical strategies, 2nd ed, 2012. |
| موضوع شناسه افزوده | کودکان اتیسمی -- آموزش و پرورش / کودکان اتیسمی - زبان / کودکان اتیسمی اختلالات ارتباطی در کودکان به‌پژوه، احمد، ۱۳۲۷ - مترجم / محمودی، محدثه، ۱۳۶۱، مترجم |
| رده بندی کنگره | ۱۳۹۲ ف ۴۵۲ / LC۴۷۱۷ |
| رده بندی دیویی | ۹۴/۳۷۱ |
| شماره کتابشناسی ملی | ۳۳۰۰۹۶۰ |

این کتاب ترجمه اثر زیر است:

Farrell, Michael (2006). **The Effective Teachers' Guide to Autism and Communication Difficulties: Practical Strategies**. London: Routledge



عنوان: درخودماندگی و مشکلات ارتباطی: راهبردهای کاربردی برای اولیا و معلمان

تألیف: میخائیل فارل

ترجمه: دکتر احمد به‌پژوه (استاد روان‌شناسی دانشگاه تهران)

با همکاری محدثه محمودی

ویراستار: کیومرث جهانگردی

ناشر: انتشارات آوای نور

چاپ اول: ۱۳۹۲ چاپ دوم: ۱۳۹۴ چاپ سوم: ۱۳۹۶

تیراژ: ۲۰۰ جلد

شابک: ۹۷۸-۶۰۰-۳۰۹-۰۷۳-۶

تهران: خیابان انقلاب، خیابان ۱۲ فروردین، خیابان شهید وحید نظری، پلاک ۹۹

تلفن: ۶ - ۶۶۹۶۷۳۵۵ - نمابر: ۶۶۴۸۰۸۸۲ همراه: ۰۹۱۲۲۰۰۴۵۵۷

کلیه حقوق برای ناشر محفوظ است.

قیمت: ۲۰۰۰۰ تومان

فهرست

| | |
|----|---|
| ۱۳ | پیش‌گفتار مترجم |
| ۱۳ | چند سؤال |
| ۱۳ | مقدمه |
| ۱۵ | والدین و کودک در خودمانده |
| ۱۶ | نشانه‌شناسی |
| ۱۹ | میزان شیوع |
| ۲۰ | علت‌شناسی |
| ۲۲ | ویژگی‌های کودکان در خودمانده |
| ۲۵ | چند توصیه به معلمان، مادران و پدران |
| ۲۷ | معرفی کتاب |
| ۲۹ | منابع |
| ۳۲ | معرفی مؤلف |
| ۳۳ | علایم اختصاری |
| ۳۷ | فصل اول: مشکلات ارتباطی و تعاملی |
| ۳۷ | پیش‌درآمد |
| | جایگاه کتاب در مجموعه مسیری جدید در نیازهای آموزشی ویژه و طرح کلی |
| ۳۸ | محتوای آن |
| ۴۲ | مشکلات ارتباطی و تعاملی چیست؟ |
| ۴۲ | دستورالعمل اجرایی نیازهای آموزشی ویژه |
| ۴۳ | مجموعه داده‌ها در انواع نیازهای آموزشی ویژه |
| ۴۳ | الف: نیازهای گفتار، زبان و ارتباط |
| ۴۴ | ب: اختلال‌های طیف در خودماندگی |
| ۴۶ | مشکلات تعاملی و ارتباطی و تعریف قانونی نیازهای آموزشی ویژه |

| | |
|----|---|
| ۴۷ | ارائه خدمات به دانش‌آموزان با مشکلات تعاملی و ارتباطی |
| ۴۸ | علت و شیوع مشکلات تعاملی و ارتباطی |
| ۴۹ | فراگیرسازی و مشکلات تعاملی و ارتباطی |
| ۵۰ | همکاری نزدیک متخصصان با یکدیگر |
| ۵۳ | همکاری با والدین |
| ۵۵ | مشارکت دانش‌آموزان |
| ۵۷ | نکات تفکر برانگیز |
| ۵۷ | معرفی منابع مفید |

فصل دوم: مشکلات مربوط به گفتار ۵۹

| | |
|----|---|
| ۵۹ | پیش درآمد |
| ۶۰ | آواشناسی، علم عروض و واج‌شناسی |
| ۶۱ | آواشناسی |
| ۶۱ | علم عروض |
| ۶۲ | واج‌شناسی |
| ۶۳ | مشکلات گفتاری: علل و ماهیت آن |
| ۶۵ | مشکلات آواشناختی |
| ۶۶ | مشکلات عروضی |
| ۶۶ | مشکلات واج‌شناختی |
| | شناسایی و سنجش: ارتباط بین معلمان، هماهنگ‌کننده‌های آموزش و ویژه و گفتار و زبان درمانگران |
| ۶۷ | گفتار و زبان درمانگران |
| ۶۹ | روش‌های غربالگری و سنجش |
| ۷۱ | سنجش در بافت‌های زبانی گوناگون |
| ۷۲ | تشخیص میان مشکلات گفتاری و مشکلات دستوری |
| ۷۳ | مداخله‌ها |
| ۷۳ | توصیه‌ها و مداخله‌های گفتار و زبان درمانگران |
| ۷۴ | افزایش آگاهی واج‌شناختی |
| ۷۵ | تحلیل خطا و تمرین‌هایی برای تولید آوا |
| ۷۷ | برنامه‌های انفرادی تکلیف محور |
| ۷۸ | برقراری ارتباط از طریق روش‌های غیرگفتاری |
| ۷۹ | مداخله‌های پزشکی و جراحی |
| ۸۰ | مشکلات رفتاری، عاطفی و اجتماعی مرتبط با مشکلات گفتاری شدید |
| ۸۱ | کودکانی که زبان انگلیسی، زبان دوم آنها محسوب می‌شود |

| | |
|----|-------------------|
| ۸۱ | نکات تفکر برانگیز |
| ۸۱ | معرفی منابع مفید |

فصل سوم: مشکلات مربوط به دستور زبان ۸۳

| | |
|-----|--|
| ۸۳ | پیش درآمد |
| ۸۴ | دستور زبان و رشد آن: دستور زبان چیست؟ |
| ۸۶ | رشد دستور زبان |
| ۸۷ | مشکلات دستوری: عوامل سبب‌ساز احتمالی |
| ۸۹ | مشکلات مربوط به نحو |
| ۹۰ | مشکلات مربوط به صرف |
| ۹۱ | شناسایی و سنجش مشکلات دستوری |
| ۹۲ | انتظارهای برنامه درسی ملی |
| ۹۳ | غربالگری و سنجش استاندارد |
| | ارتباط بین معلمان، هماهنگ‌کننده نیازهای آموزشی ویژه، گفتار و زبان درمانگران و روان‌شناسان تربیتی |
| ۹۵ | سنجش و بازبینی از طریق دستور زبان توصیفی |
| ۹۶ | میانگین طول پاره‌گفتار |
| ۹۷ | مداخله‌ها: ارتباط قابل فهم، مستقیم و روشن معلم |
| ۹۸ | وقت اضافی و پیش‌یادگیری |
| ۹۸ | فرصت‌های برنامه‌ریزی شده برای بحث‌های گروهی |
| | استفاده از وسایل کمک‌شنیداری و کمک دیداری برای حمایت از برقراری ارتباط |
| ۹۹ | |
| | فرصت‌های برنامه‌ریزی شده برای کودکی که از نظر کاربرد کلمه‌ها و ساختارها |
| ۹۹ | مشکل دارد |
| ۱۰۰ | الگوسازی و شکل‌دهی پاسخ‌های دانش‌آموز |
| ۱۰۱ | تشویق علایق کل کلاس به رعایت ترتیب کلمه‌ها و ویژگی‌های دستوری |
| ۱۰۱ | حمایت از پاره‌گفتارهای دستوری از طریق فعالیت‌های خواندن و نوشتن |
| ۱۰۲ | فعالیت‌های مربوط به برنامه زبانی دربی‌شایر |
| ۱۰۲ | نکات تفکر برانگیز |
| ۱۰۲ | معرفی منابع مفید |

فصل چهارم: مشکلات مربوط به معنا ۱۰۵

| | |
|-----|-----------|
| ۱۰۵ | پیش‌درآمد |
|-----|-----------|

- ۱۰۶..... معنا و رشد آن: منظور از معنا چیست؟
- ۱۰۸..... نام‌گذاری
- ۱۰۹..... بسته‌بندی
- ۱۱۰..... شبکه‌سازی
- ۱۱۱..... اصطلاح
- ۱۱۲..... جنبه‌های دستوری معنا
- ۱۱۲..... روابط معنایی
- ۱۱۳..... مشکلات مربوط به معنا: ماهیت و علل آن
- ۱۱۳..... مشکلات مربوط به یادگیری نام‌گذاری
- ۱۱۴..... مشکلات مربوط به بسته‌بندی
- ۱۱۴..... مشکلات مربوط به شبکه‌سازی
- ۱۱۵..... مشکلات مربوط به اصطلاح
- ۱۱۶..... مشکلات مربوط به جنبه‌های دستوری معنا
- ۱۱۶..... مشکلات مربوط به روابط معنایی
- ۱۱۷..... شناسایی و سنجش: برنامه‌درسی ملی
- ۱۱۷..... شیوه‌های آزمونگری
- ارتباط بین معلمان، هماهنگ‌کننده‌ی نیازهای آموزشی ویژه و
- ۱۱۹..... گفتار و زبان درمانگران
- ۱۱۹..... سنجش واژگان
- ۱۲۰..... تکلیف انتخاب واژه برای بیان اصطلاح
- ۱۲۰..... مداخله‌ها
- ۱۲۰..... بهبودبخشی در نام‌گذاری
- ۱۲۲..... کمک به بسته‌بندی
- ۱۲۳..... کمک به شبکه‌سازی
- ۱۲۵..... کمک به فهم اصطلاحات
- ۱۲۵..... کمک به فهم دستور زبان و معنا از طریق آموزش مستقیم
- ۱۲۶..... کمک به فهم روابط معنایی
- ۱۲۶..... نکات تفکر برانگیز
- ۱۲۷..... معرفی منابع مفید
- فصل پنجم: مشکلات مربوط به کاربرد زبان** ۱۲۹.....
- ۱۲۹..... پیش‌درآمد
- ۱۳۰..... کاربردشناسی چیست؟

| | |
|------------|---|
| ۱۳۳ | جنبه‌های کاربردشناسی |
| ۱۳۳ | مهارت‌ها و دانش پایه |
| ۱۳۳ | فهم دستور زبان در کاربرد زبان |
| ۱۳۴ | فهم جنبه‌های اجتماعی و زبان شناختی |
| ۱۳۵ | مهارت‌های گفت و گو |
| ۱۳۶ | مسائل معنایی-کاربردی |
| ۱۳۶ | مشکلات مرتبط با کاربردشناسی |
| ۱۳۷ | مشکلات مرتبط با مهارت‌ها و دانش پایه |
| ۱۳۷ | مشکلات مرتبط با فهم دستور زبان در کاربرد زبان |
| ۱۳۷ | مشکلات مرتبط با فهم جنبه‌های اجتماعی و زبان شناختی |
| ۱۳۷ | مشکلات مرتبط با مهارت‌های گفت و گو |
| ۱۳۹ | مشکلات مرتبط با معنایی-کاربردی |
| ۱۳۹ | علت شناسی |
| ۱۴۰ | شناسایی و سنجش |
| ۱۴۰ | برنامه درسی ملی |
| ۱۴۱ | روش‌های سنجش غیررسمی |
| ۱۴۲ | آزمون‌ها، فهرست‌های بررسی و نیمرخ‌ها |
| ۱۴۳ | شناسایی و تشخیص مشکلات کاربردشناسی و مشکلات معنایی-کاربردی |
| ۱۴۴ | مداخله‌ها |
| ۱۴۴ | فراهم کردن مهارت‌ها و دانش پایه |
| ۱۴۴ | کمک به رفع مشکلات مرتبط با فهم دستور زبان در کاربرد زبان |
| ۱۴۵ | کمک به رفع مشکلات مرتبط با فهم جنبه‌های اجتماعی و زبان شناختی |
| ۱۴۵ | کمک به رفع مشکلات مرتبط با مهارت‌های گفت‌وگو |
| ۱۴۷ | کمک به رفع مشکلات معنایی-کاربردی |
| ۱۴۷ | کودکان دو زبانه |
| ۱۴۸ | نکات تفکر برانگیز |
| ۱۴۸ | معرفی منابع مفید |
| ۱۵۱ | فصل ششم: مشکلات مربوط به درک مطلب |
| ۱۵۱ | پیش‌درآمد |
| ۱۵۲ | درک و تبدیل بازنمایی‌ها |
| ۱۵۵ | مشکلات مرتبط با درک مطلب و علل آن |
| ۱۵۶ | شناسایی و سنجش |

| | |
|-----|---|
| ۱۵۷ | سنجش مرحله‌بنیادی |
| ۱۵۷ | انتظارهای برنامه‌درسی ملی |
| | ارتباط بین معلمان، هماهنگ‌کننده‌نیازهای آموزشی ویژه و گفتار و زبان درمانگر |
| ۱۵۸ | سنجش‌های رسمی |
| ۱۵۹ | شناسایی پزشکی |
| ۱۶۱ | مداخله‌ها |
| ۱۶۲ | آموزش مستقیم برای توجه کردن (و یادآوری آن) |
| ۱۶۲ | آموزش رفتار گوش دادن |
| ۱۶۴ | کمک به رفع مشکلات فهم دستور زبان |
| ۱۶۵ | حمایت از زمینه‌های کاربردی فهم زبان |
| ۱۶۵ | کنترل زمینه‌های خاص فهم زبان |
| ۱۶۶ | تقویت اعتماد به نفس کودک در مواردی که نشانه‌های عدم درک وجود دارد |
| | تشویق کودک به استفاده از حواس گوناگون و گفت‌وگو درباره آنها و فراهم کردن وسایل دیگر |
| ۱۶۶ | ارتباط روشن معلم |
| ۱۶۷ | فرصت دادن به دانش‌آموز برای پاسخ‌دهی |
| ۱۶۸ | حمایت از نیازهای زبانی خاص در موضوع‌های درسی گوناگون |
| ۱۷۰ | نکات تفکر برانگیز |
| ۱۷۰ | معرفی منابع مفید |

فصل هفتم: ارائه خدمات به دانش‌آموزان با اختلال‌های طیف درخودماندگی ۱۷۱

| | |
|-----|---|
| ۱۷۱ | پیش‌درآمد |
| ۱۷۲ | درخودماندگی |
| ۱۷۴ | اختلال‌های طیف درخودماندگی |
| ۱۷۸ | علت‌شناسی اختلال‌های طیف درخودماندگی |
| ۱۷۹ | شیوع اختلال‌های طیف درخودماندگی |
| ۱۸۰ | شناسایی و سنجش اختلال‌های طیف درخودماندگی |
| ۱۸۳ | خدمات لازم برای دانش‌آموزان با اختلال‌های طیف درخودماندگی |
| ۱۸۳ | ۱- استانداردهای حرفه‌ای |
| ۱۸۵ | ۲- تدریس منظم |
| ۱۸۷ | ۳- برنامه‌لوواس |
| ۱۸۸ | ۴- تعامل فشرده |

| | |
|------------|---|
| ۱۸۹ | ۵- موسیقی درمانی تعاملی |
| ۱۸۹ | ۶- نظام اشاره برای برقراری ارتباط |
| ۱۹۱ | ۷- نظام ارتباطی مبادله تصویر |
| ۱۹۱ | ۸- مدیریت رفتار چالش‌انگیز، در صورت بروز |
| ۱۹۲ | ۹- کار کردن به طور گروهی و دو نفره |
| ۱۹۳ | ۱۰- مدیریت تغییر (انتقال) |
| ۱۹۳ | ۱۱- داستان‌های اجتماعی |
| ۱۹۵ | ۱۲- یادگیری بزرگسالان در استفاده از گفتار مطلوب |
| ۱۹۵ | ۱۳- شناخت عاطفی |
| ۱۹۷ | نکات تفکر برانگیز |
| ۱۹۷ | معرفی منابع مفید |
| ۱۹۹ | فصل هشتم: نتیجه‌گیری |
| ۲۰۱ | روش‌های دیگر خلاصه کردن مشکلات ارتباطی |
| ۲۰۲ | ادراک پریشی شنوایی کلامی |
| ۲۰۲ | نارسایی زبانی کلامی |
| ۲۰۲ | نشانگان نقص برنامه واج‌شناسی |
| ۲۰۲ | نشانگان نقص واج‌شناختی-نحوی |
| ۲۰۳ | نشانگان نقص واژگانی-نحوی |
| ۲۰۳ | نشانگان نقص معناشناختی-کاربردشناختی |
| ۲۰۵ | فهرست سازمان‌ها و انجمن‌های علمی |
| ۲۱۱ | منابع |
| ۲۲۳ | واژه‌نامه انگلیسی به فارسی |
| ۲۳۷ | معرفی برخی از آثار دکتر احمد به‌پژوه |

پیش‌گفتار مترجم

چند سؤال

- آیا شما به عنوان معلم و یا پدر و مادر، با نشانه‌های اختلال درخودماندگی آشنایی دارید؟
- آیا شما به عنوان معلم و یا پدر و مادر، در زمینه علت‌شناسی بروز اختلال درخودماندگی، شناخت لازم را دارید؟
- آیا شما به عنوان معلم و یا پدر و مادر، مهارت‌های لازم در برقراری رابطه انسانی با فرزندان را کسب کرده‌اید؟
- آیا شما به عنوان معلم و یا پدر و مادر، به نقش‌ها و وظایف گوناگون خود، آگاهی دارید و به آنها عمل می‌کنید؟

مقدمه

در آموزش و پرورش ویژه، اختلال اتیسم یا درخودماندگی^۱ یکی از موضوع‌های بسیار چالش برانگیز است و کودکان اتیستیک یا درخودمانده^۲ فرایند رشد پیچیده‌ای را طی می‌کنند و با مجموعه‌ای از انواع نارسایی‌ها و ناتوانی‌ها روبه‌رو

1. Autism

2. Autistic Children

هستند. از این رو، در این حوزه، اختلال‌های متعددی وجود دارد که در مجموع به آنها اختلال‌های نافذ رشد^۱ و یا اختلال‌های طیف درخودماندگی^۲ گفته می‌شود، مانند نشانگان آسپرگر^۳ و نشانگان رت^۴ (کانروی^۵ و همکاران، ۲۰۱۱). اصطلاح اتیسم به معنای درخودماندن، در خود فرو رفتن، مجذوب درون خود شدن، عدم توجه به جهان بیرون و محیط اطراف (کودک درخودمانده با دنیای اطراف خود بیگانه است) و عدم برقراری رابطه و تعامل با دیگران است.

درخودماندگی، اختلالی عصبی-رشدی است که از طریق نارسایی در برقراری ارتباط، مهارت‌های اجتماعی و رفتارهای قالبی و تکراری شناسایی می‌شود (انجمن روان پزشکی آمریکا^۶، ۲۰۰۰). مسایلی چون مشکلات رفتاری، عقب‌ماندگی ذهنی و سایر اختلال‌های روانی همبود، شرایط همراه این اختلال را وخیم‌تر می‌نماید. پرخاشگری، تخریب اشیاء، کج‌خلقی و آسیب به خود از دیگر رفتارهای چالش برانگیز عمده‌ای است که در کودکان درخودمانده مشاهده می‌شود. مشکلات رفتاری این کودکان می‌تواند بر والدین و کارکرد خانواده از نظر مشارکت در فعالیت‌های اجتماعی، تأثیر منفی بر جا گذارد (به‌پژوه و همکاران، ۲۰۱۱). بر اساس قانون آموزش و پرورش افراد با ناتوانی (هانت و مارشال، ۲۰۰۲)، درخودماندگی، عبارت است از نوعی ناتوانی رشدی که به طور قابل ملاحظه‌ای بر ارتباطات کلامی و غیرکلامی و تعاملات اجتماعی تأثیر می‌گذارد و نشانه‌های آن قبل از سن سه سالگی ظاهر می‌شود (رجوع کنید به بخش نشانه‌شناسی).

-
1. Pervasive Developmental Disorders (PDD)
 2. Autism Spectrum Disorders
 3. Asperger Syndrome
 4. Rett Syndrome
 5. Conroy
 6. American Psychiatric Association (APA)

والدین و کودک در خودمانده

حضور کودک در خودمانده^۱ در خانواده، به دلایل گوناگون و وجود طیف متنوعی از ناهنجاری‌ها و نارسایی‌های زبانی، ارتباطی و رفتاری، می‌تواند فشارهای روانی گوناگونی را بر پدر و مادر و خواهران و برادران تحمیل کند (رافعی، ۱۳۸۷). والدین در فرایند رشد فرزندشان به تدریج با نشانه‌ها و واکنش‌های کودک، مانند واکنش عاطفی بسیار ضعیف و نبود ارتباط با نگاه^۲، روبه‌رو می‌شوند. در این شرایط، والدین شگفت‌زده می‌شوند و گاهی با تأخیر به متخصصان مراجعه می‌کنند و به تدریج با اختلال در خودماندگی^۳ آشنا می‌شوند. شایان ذکر است که برخی از مادران به تصور اینکه حالت‌های کودک موقتی و زودگذر است، از مراجعه به پزشک، روان‌شناس و مشاور خودداری می‌کنند و ناخودآگاه تمایل ندارند با واقعیت روبه‌رو شوند و مشکل فرزندشان را انکار می‌کنند. در این راستا نخستین پرسش‌های والدین درباره علت‌شناسی و آینده فرزندشان مطرح می‌شود.

بر اساس مطالعات و تحقیقات انجام شده، علت‌های گوناگونی موجب پیدایش در خودماندگی می‌شود و آنچه که امروزه در قلمرو تعلیم و تربیت از اهمیت خاصی برخوردار است، این است که به عنوان پدر و مادر باور کنیم که همه کودکان در خودمانده می‌توانند و باید از خدمات آموزشی ویژه، آموزش انفرادی، توان‌بخشی ویژه و سازمان یافته گفتار درمانی، حرکت درمانی، موسیقی درمانی، آب درمانی، رفتار درمانی، مهارت آموزی و آموزش مهارت‌های برقراری ارتباط بهره‌مند شوند (اسکوپلر و مسی بو^۴، ۱۹۹۵؛ ماریس^۱، ۱۹۹۳).

1. Autistic Child

۲- برخی از مترجمان و مولفان Eye Contact را تماس چشمی ترجمه کرده‌اند که به نظر می‌رسد ارتباط با نگاه معادل درست‌تری باشد، زیرا چشم با چشم در تماس نیست و منظور نگاه کردن و ارتباط با نگاه است که کارکرد چشم می‌باشد (مانند، نگاهم با نگاهت آشنا شد).

3. Autism

4. Schopler & Mesibov

مطالعه انجام شده توسط لوتر^۲ (۱۹۶۶) نشان می‌دهد که تحصیلات و موقعیت اجتماعی- اقتصادی والدین کودکان درخودمانده در مقایسه با سایر والدین دارای فرزند با نیازهای ویژه، در سطح متوسط رو به بالا است. البته این گزارش را باید با احتیاط پذیرفت، زیرا خانواده‌هایی که از تحصیلات عالی برخوردار هستند، اغلب کودکان درخودمانده خود را مبتلا به اختلال‌های عاطفی تشخیص می‌دهند و معرفی می‌کنند.

نشانه‌شناسی

نظر به اینکه این اختلال ابتدا توسط کانر در سال ۱۹۴۳ تشخیص داده شد، به آن **نشانه‌گان کانر**^۳ هم می‌گویند. اختلال درخودماندگی به طور معمول با بیماری شیذوفرنی، کناره‌گیری اجتماعی، بیش‌فعالی و نظایر آن اشتباه می‌شود. تشخیص درخودماندگی قبل از دو سالگی دشوار است و برای تشخیص، بررسی دقیق تاریخچه روانی و جسمانی کودک ضرورت دارد. درخودماندگی به طور معمول در سی ماه اول زندگی کودک پدید می‌آید (وارد^۴، ۱۹۸۹) و با گسستن از محیط، مقاومت در مقابل تغییرات محیطی، رفتارهای تکراری، حرکات قالبی، مشکلات ارتباطی شدید، رشد نابهنجار زبان و در خود فرو رفتن مشخص می‌شود.

والدین به ویژه مادر از همان اوان تولد، رفتارهای عجیب و غریبی را در فرزندشان مشاهده و گزارش می‌کنند. این قبیل گزارش‌ها حاکی از این است که نوزادان درخودمانده خیلی کم‌گریه می‌کنند، به اطراف خود واکنشی نشان نمی‌دهند و به محرک‌های خارجی توجه ندارند (مانند عدم توجه به جفجغه). وقتی

-
5. Maurice
 2. Lotter
 3. Kanner's Syndrome
 4. Ward

این گونه نوزادان را در آغوش می‌گیرند، حالت سیخ شدن و یا شل شدن دارند. گاهی به کودکان درخودمانده می‌گویند: «بچه‌های خوب!»، زیرا که حالت بی‌قراری و ناآرامی ندارند و می‌توانند خود را ساعت‌ها مشغول نگه‌دارند (وارد، ۱۹۸۹).

در این بخش نشانه‌ها و ملاک‌های تشخیص اختلال درخودماندگی بر اساس راهنمای تشخیصی و آماری اختلال‌های روانی^۱ که توسط انجمن روان‌پزشکی آمریکا (۲۰۰۰) تنظیم شده، به شرح زیر بررسی می‌شود:

*الف: داشتن شش نشانه (یا بیش از شش نشانه) از شماره‌های ۱، ۲ و ۳، به همراه حداقل دو مورد از شماره ۱ و یک مورد از شماره ۲ و یک مورد از شماره ۳.
۱- آسیب کیفی^۲ در تعاملات اجتماعی که حداقل با دو مورد از موارد زیر ظاهر می‌شود:

الف- آسیب قابل ملاحظه در کاربرد رفتارهای غیرکلامی متعدد، نظیر نگاه‌های چشم به چشم، حالات چهره، وضعیت بدن و گرفتن ژست مناسب برای تنظیم تعامل اجتماعی.

ب- ناتوانی در برقراری رابطه با همسالان؛ متناسب با سطح رشد خود.

ج- فقدان تلاش در سهیم کردن دیگران با لذات، علایق و پیشرفت‌های خود (برای مثال، نشان ندادن، نیاوردن اشیا یا اشاره نکردن به اشیای مورد علاقه).

د- فقدان تعامل اجتماعی یا هیجانی.

۲- آسیب کیفی در مهارت‌های ارتباطی که حداقل با یک مورد از موارد زیر ظاهر می‌شود:

الف- تأخیر یا فقدان کامل رشد زبان محاوره (عدم تلاش برای جبران این تأخیر از طریق روش‌های ارتباطی دیگر، مانند حالات یا حرکات بدن).

1. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM)

2. Qualitative Impairment

ب- در افراد درخودمانده‌ای که به قدر کافی گفتار دارند، نارسایی بارزی در توانایی آغاز کردن یا استمرار محاوره با دیگران دیده می‌شود.

ج- استفاده از زبان قالبی و تکراری یا زبان مخصوص به خود.

د- فقدان تنوع در بازی‌های تخیلی خود به خودی و یا بازی‌های تقلیدی اجتماعی؛ متناسب با سطح رشد خود.

۳- وجود الگوهای رفتاری، علایق و فعالیت‌های محدود تکراری و

قالبی که حداقل به صورت یکی از موارد زیر نمایان می‌شود:

الف- اشتغال ذهنی گسترده با یک یا چند الگوی مورد علاقه قالبی و محدود که هم از نظر شدت و هم از نظر تمرکز نابهنجار است.

ب- پیروی آشکار و انعطاف‌ناپذیر از آداب و تشریفات غیر کاربردی و خاص.

ج- رفتارهای حرکتی تکراری و قالبی، مانند مالیدن دست‌ها به یکدیگر، کف

زدن و حرکت دادن انگشتان و یا حرکات پیچیده و چرخشی تمام بدن، روی پنجه پا راه رفتن و به طرف جلو و عقب یا چپ و راست حرکت کردن.

د- اشتغال ذهنی دایم با قسمت‌هایی از اشیاء

*ب: کارکرد نابهنجار یا با تأخیر حداقل در یکی از حوزه‌های زیر که تا قبل

از سن سه سالگی شروع شده باشد:

۱- تعامل اجتماعی

۲- زبان مورد استفاده در روابط اجتماعی

۳- بازی‌های تجسمی یا نمادی.

*ج: آشفستگی‌های موجود، ناشی از اختلال رت^۱ یا اختلال از هم‌گسیختگی

دوران کودکی نیست.

با وجود این، تشخیص درخودماندگی بسیار دشوار است و یکی از ابزارهای تشخیصی که به طور معمول توسط پزشکان کودک به کار می‌رود، **فهرست بررسی درخودماندگی در کودکان نوپا^۱ است (فوت و تسوریرو^۲، ۲۰۰۰).**

میزان شیوع

با وجود مطالعات و تحقیقات انجام شده پیرامون علت‌شناسی و تشخیص درخودماندگی، تلاش کمتری درباره بررسی شیوع و پراکندگی آن صورت گرفته است. شاید یکی از دلایل آن، این باشد که اغلب اوقات درخودماندگی با **شیزوفرنی کودکی^۳**، عقب‌ماندگی ذهنی و ضربه مغزی اشتباه می‌شود. از سوی دیگر گزارش‌های رسیده اغلب محدود به گزارش درمانگاه‌های کودک و درمانگاه‌های روان‌پزشکی است. نظر به اینکه تعداد زیادی از این‌گونه کودکان به درمانگاه‌ها و مراکز مشاوره مراجعه نمی‌کنند، لذا نمی‌توان به درستی میزان شیوع درخودماندگی را گزارش کرد.

در سال‌های اخیر در سراسر دنیا کودکان مبتلا به این اختلال به طور قابل ملاحظه‌ای افزایش یافته و میزان شیوع کودکان مبتلا به اتیسم و شبه اتیسم^۴ در آمریکا حدود شانزده کودک در هر ده هزار کودک برآورد شده است (رودیرو^۵، ۲۰۰۰). مانند سایر اختلال‌های روانی دوران کودکی، مبتلایان پسر بیشتر از دختر است، به طوری که این نسبت سه پسر به یک دختر و گاهی چهار پسر به یک دختر گزارش می‌شود (انجمن روان‌پزشکی آمریکا، ۲۰۰۰). از نظر ترتیب تولد، گزارش

1. The Checklist for Autism in Toddlers (CHAT)

2. Foote & Tesoriero

3. Childhood Schizophrenia

4. Autistic-like

5. Rodier

تری فرت^۱ (۱۹۷۰) نشان می‌دهد که فقط ۲۲ درصد کودکان درخودمانده، فرزند اول بوده‌اند.

علت شناسی

در میان متخصصان و پژوهشگران، اختلاف نظرهای فراوانی دربارهٔ تشخیص دقیق و علت‌شناسی واقعی اختلال درخودماندگی وجود دارد. عمده‌ترین دلیل آن، این است که اختلال درخودماندگی، اختلال پیچیده و نادری است. کودکان درخودمانده طیف گسترده و کاملاً نامتجانسی را تشکیل می‌دهند و شامل کودکانی می‌شود که دچار ضربه مغزی شده‌اند و به عقب‌ماندگی ذهنی، انواع زبان پریشی و اختلال‌های عاطفی مبتلا هستند.

نخستین کسی که دربارهٔ علت‌شناسی درخودماندگی به تحقیق و مطالعه پرداخته، **لیو کانر**^۲ استاد روان‌پزشکی کودک، دانشگاه جان هاپکینز است (کانر، ۱۹۴۳). کتاب کانر تحت عنوان «روان‌پزشکی کودک» هنوز از منابع کلاسیک این رشته محسوب می‌شود. کانر (۱۹۴۳) علت اصلی درخودماندگی را پایه‌های روانی گزارش می‌کند و در مطالعهٔ نگرش والدین کودکان درخودمانده اظهار می‌دارد که این‌گونه والدین با نوع سبک یخچالی با کودکان خود روبرو می‌شوند و با کودک خود به طور مکانیکی برخورد می‌کنند.

بی‌شک عوامل پیش از تولد و تجربیات اولیهٔ کودکی نقش زیادی در پیدایش این اختلال ایفا می‌کند. اکثر پژوهشگران به این نتیجه رسیده‌اند که اگر نوزادان در دورهٔ شیرخوارگی، واکنش‌های عاطفی مناسب و کافی از محیط پیرامون خود دریافت نکنند، از واکنش نشان دادن به دیگران و محیط اطراف ناامید و مأیوس می‌شوند و در نتیجه در خود فرو می‌روند.

1. Treffert
2. Leo Kanner

سندرز^۱ (۱۹۹۶) طی مطالعه‌ای اثر محرومیت دوران نوزادی را مورد بررسی قرار داده است. سندرز ملاحظه کرد نوزادانی که به مدت هفت روز در یک محل قرار گرفته و بغل نشده بودند، دچار اختلال و بی‌نظمی در خواب شده بودند. این وضعیت در مقایسه با گروهی بود که توسط مادر یا پرستار در آغوش گرفته شده بودند. این تحقیق اهمیت تماس بدنی، در آغوش گرفتن، تکان دادن، احساس امنیت و آرامش کردن را نشان می‌دهد و نتیجه‌ای را که می‌توان از این‌گونه تحقیقات بدست آورد این است که محرومیت در دوره شیرخوارگی می‌تواند تغییرات بیوشیمیایی به وجود آورد و در نتیجه به تغییرات اساسی در رشد مغز کودک منجر شود.

از سوی دیگر باید به تأثیر محرومیت‌های محیطی و فرهنگی اشاره کرد. به طور معمول تأثیر این‌گونه عوامل را روی کودکان پرورشگاهی، یعنی کودکانی که در محیط‌های بسته رشد کرده‌اند، مورد مطالعه قرار می‌دهند و گزارش‌های متعدد نشان می‌دهد که کودکان پرورشگاهی دچار تأخیر در رشد عمومی هستند.

در سال‌های اخیر، روند علت‌شناسی درخودماندگی از تفسیرهای روان‌شناختی و تحلیل روانی به علت‌شناسی جسمانی و عصب‌شناختی و ژنتیکی تغییر جهت داده است (گیلبرگ^۲، ۱۹۹۰). به طور مشخص در مبحث علت‌شناسی روی ناهنجاری‌های کروموزومی، آسیب‌دیدگی مغزی و بدکارکردی عصبی پیش از تولد و هنگام تولد به عنوان علت‌های اصلی و مهم تأکید خاصی شده است. برای نمونه هات^۳ و همکارانش (۱۹۶۴) گزارش کرده‌اند که ناهنجاری‌های جسمانی مادر در سه ماهه اول بارداری، موجب تولد کودک درخودمانده شده است که این مساله با شکل‌گیری دستگاه عصبی مرکزی جنین همزمان است.

1. Sanders
2. Gillberg
3. Hutt

هنسر^۱ و همکارانش (۱۹۷۵ به نقل از راتر^۲ ۱۹۷۸) با مطالعه پانزده کودک درخودمانده ملاحظه کردند، شاخ گیجگاهی یا شقیقه‌ای مغز آنان بزرگ شده است. شاخ گیجگاهی در ارتباط با ادراک شنوایی است و به ساختمان عصبی خمیده‌ای که در کف شاخ میانی بطن طرفی مغز قرار دارد مربوط می‌شود. آسیب هیپوکمپس^۳ احتمال دارد ناشی از فقدان یا کاهش اکسیژن در خون باشد که این وضعیت به دوره کوتاهی پیش از تولد و یا بلافاصله پس از تولد مربوط می‌شود. راتر (۱۹۷۸) این موضوع را در مطالعه دوقلوها بررسی کرده است که کودک (قلویی) که بعداً به دنیا می‌آید ممکن است به علت نرسیدن یا دیر رسیدن اکسیژن به مغزش دچار درخودماندگی شود. مطالعات انجام شده روی همشکمان یکسان نشان می‌دهد که ۸۲ درصد کودکان همشکم، به درخودماندگی مبتلا بوده‌اند.

بدون شک علت واحدی را نمی‌توان برای تمام موارد ذکر کرد، بلکه باید مجموعه‌ای از عوامل را مورد بررسی قرار داد. بنابراین می‌توان به چهار دسته عوامل زیر اشاره کرد.

۱. کرنیکتروس: بالا بودن میزان بیلیروبین در خون هنگام تولد، در حد سمی بودن و رسوب رنگ‌دانه‌های صفراوی در پوست و غشاهای محیطی.
 ۲. قطع موقت تنفس یا خفگی موقت هنگام تولد، یا هنگام زایمان (بیش از شش دقیقه).
 ۳. تشنج‌ها، تب‌ها و عفونت‌های دوره شیرخوارگی.
 ۴. بیماری‌های مادر در دوران بارداری، مانند سرخجه، خون‌ریزی به هنگام بارداری و بیماری‌های عصبی در دوران بارداری.
- حقیقت امر این است که تاکنون علل واقعی درخودماندگی شناسایی نشده‌اند و راه برای تحقیق همچنان باز است.

1. Hanser
2. Rutter
3. Hippocampus

ویژگی‌های کودکان در خودمانده

کودکان در خودمانده، گروهی نامتجانس هستند که برخی از ویژگی‌ها را به طور مشترک دارا می‌باشند. در این بخش به برخی از آنها اشاره می‌شود:

اختلال در ادراک: کودکان در خودمانده در دنیای افراط و تفریط سیر می‌کنند؛ گاهی به نور، صدا و بو بیش از حد یا کمتر از حد معمول واکنش نشان می‌دهند، برای مثال، کودکی ممکن است به صدای بلند و ناگهانی واکنش خاصی از خود نشان ندهد و از جایش تکان نخورد. "وای چه بوی بدی!"، این حرف کودک در خودمانده در خانه است، حتی اگر شما بویی را حس نکنید.

شایان ذکر است که گاهی کودک در خودمانده از نظر ادراک شنوایی و ادراک بینایی مشکل دارد و با تأخیر یا عدم پاسخ به محرک‌های شنیداری و دیداری واکنش نشان می‌دهد. برخی از این کودکان، گرما، سرما و درد را احساس نمی‌کنند.

ارتباط با نگاه: کودک در خودمانده از نظر ارتباط با نگاه و خیره شدن و واکنش‌های چشمی دچار مشکل است و نگاه او فاقد احساس، عاطفه و محبت است. این‌گونه کودکان با افراد ناآشنا و غریبه به سختی ارتباط برقرار می‌کنند. کودک در خودمانده با اشیای پیرامون خود گونه‌ای رفتار می‌کند که انگار وجود ندارند.

رفتارهای غیرکلامی: کودکان در خودمانده در تعامل اجتماعی و تماس اجتماعی به شدت دچار مشکل هستند و از نظر استفاده از نمادهای غیرکلامی و استفاده از نگاه، خیره شدن، ایما و اشاره با نگاه، ناتوان هستند. در کودکان مبتلا به این اختلال، حرکت‌های تکراری و قالبی مشاهده می‌شود و علاقه‌ای به برقراری ارتباط با همسالان خود ندارند و بیشتر با افراد سنین بالاتر از خود تا حدی ارتباط برقرار می‌کنند. کودکان در خودمانده بازی‌های انفرادی را به بازی‌های گروهی و اجتماعی ترجیح می‌دهند و در حالت تنهایی و خودمیان‌بینی^۲ به سر می‌برند. این

1. Eye Contact
2. Egocentric

گونه کودکان از حضور دیگران آگاهی ندارند و در دنیای خود سیر می‌کنند و تمایلی به شرکت در بازی‌های نمادی و تقلیدی از خود نشان نمی‌دهند.

رشد زبان: نارسایی در برقراری رابطه اجتماعی بر رشد بهنجار زبان تأثیر می‌گذارد. هنگامی که در کودک تکلم به وجود می‌آید، ممکن است طنین، زیر و بم، آهنگ و سرعت زبان و گفتار نابهنجار باشد. برای مثال، صدای فرد ممکن است یکنواخت باشد و ناگهان در آخر کلام آهنگی شبیه جمله سؤالی داشته باشد. کودکان درخودمانده در استفاده از ضمیر و افعال مشکل دارند و اغلب از نظر ساختار دستوری خام هستند. برای مثال، اگر کودک درخودمانده بگوید "من می‌خواهم تلویزیون تماشا کنم"، می‌گوید "علی، تلویزیون" (استفنسون و دوریک^۱، ۲۰۰۰).

در گفتار کودکان درخودمانده، **پژواک‌گویی**^۲ تکرار کلیشه‌ای واژه‌ها و یا عبارت‌های کوتاه دیده می‌شود. گاهی عبارت خاصی را با رویداد یا فعالیت خاصی مرتبط می‌کنند و آن را برای همیشه تکرار می‌کنند. برای مثال، اگر شما از یک کودک درخودمانده سؤال کنید "اسمت چیه؟"، او پاسخ خواهد داد "اسمت چیه؟". مادری هنگام دادن بیسکویت به فرزند درخودمانده‌اش از او سؤال کرده بود، «آیا دست‌هایت تمیز است؟» پس از گذشت یک سال هرگاه کودک با بیسکویت روبرو می‌شد، می‌گفت: «آیا دست‌هایت تمیز است؟» (وارد، ۱۹۸۹). برخی از کودکان برای نشان دادن نیاز خود، دست بزرگسالان را می‌گیرند و به سوی شیء مورد نظر هدایت می‌کنند. گاهی از زبان استعاره استفاده می‌کنند که تنها برای کسانی، به ویژه مادر قابل فهم است که با او ارتباط نزدیک دارند.

مقاومت در مقابل تغییر: کودکان درخودمانده به شدت تمایل دارند که وضع موجود را حفظ کنند و در مقابل تغییرات محیطی مقاومت می‌کنند، برای مثال، به تغییرات انجام شده در وسایل شخصی (مانند کفش، جوراب و لباس در فصل‌های

1. Stephenson & Dowrick

2. Echolalia

گوناگون)، چیدمان مبیل و صندلی و وسایل آشپزخانه، تعویض خانه و محل خواب یا ظرفی که در آن غذا می‌خورند، واکنش نشان می‌دهند.

علاقه به اشیای خاص: کودکان درخودمانده گاهی به شی خاصی علاقه شدیدی از خود نشان می‌دهند. برای مثال، ممکن است ساعت‌ها و روزها، با یک عروسک، یک اسباب‌بازی، یک بطری خالی، یا یک دکمه بازی کنند و آن را با خود به هر کجا، حتی هنگام خواب، حمل کنند.

توانایی‌های شناختی و ویژگی‌های شخصیتی: در اغلب موارد (حدود هشتاد درصد) اختلال درخودماندگی با **ناتوانی هوشی**^۱ یا عقب‌ماندگی ذهنی، از خفیف گرفته تا عمیق، همراه است (هانت و مارشال، ۲۰۰۲). به طور کلی شخصیت و مهارت‌های شناختی کودکان درخودمانده نامتوازن است و گاهی تظاهر برخی از استعداد‌های عالی و زودرس در حوزه موسیقی، نقاشی و ریاضی بر پیچیدگی این اختلال می‌افزاید. برای مثال، ممکن است دختر درخودمانده پنج ساله‌ای قادر به خواندن باشد. گاهی در کودکان درخودمانده ویژگی‌های متضادی، مانند انعطاف‌ناپذیری، بیش‌فعالی، نارسایی در توجه، تکانش‌وری، کناره‌گیری اجتماعی، پرخاشگری و رفتارهای خود آسیبی مشاهده می‌شود. در خوردن و خوابیدن آنها ناهنجاری‌هایی وجود دارد و هیجان‌های آنها به طور افراطی و تفریطی ظاهر می‌شود (خندیدن، گریستن و ترسیدن بدون دلیل).

چند توصیه به معلمان، مادران و پدران

برنامه‌های آموزشی برای کودکان درخودمانده بر آموزش مهارت‌های ارتباطی، زبانی و اجتماعی متمرکز است. در این بخش چند پیشنهاد به منظور کاهش مشکلات رفتاری کودکان درخودمانده^۲ و افزایش توانمندی‌های آنان ارائه می‌شود:

1. Intellectual Disability

۲- رجوع کنید به کتاب هاجدن، لیندا (۲۰۰۴). حل مشکلات رفتاری کودکان درخودمانده. ترجمه الهه محمد اسماعیل و امیر رحمانی‌رسا (۱۳۸۶). تهران: نشر دانژه.

- سعی کنید در اولین فرصت پس از بروز نشانه‌های درخودماندگی و شناسایی آنها به مشاور یا روان‌شناس متخصص مراجعه کنید و با پذیرش واقعیت، مهارت‌ها، آگاهی‌ها و آموزش‌های لازم را کسب کنید.
- نظر به اینکه کودکان درخودمانده در مقابل تغییر مقاومت می‌کنند، سعی کنید تغییرات را به تدریج و به آرامی انجام دهید و با برنامه‌ریزی قبلی کودک را آماده کنید.
- سعی کنید رفتارهای خود آسیبی را به حداقل برسانید و از تنبیه کودک درخودمانده جداً پرهیز کنید.
- به رفتارهایی که به کسی آسیب نمی‌رساند، حساسیت نشان ندهید و توجه نکنید (مانند چرخش بدن، چرخش شی خاص).
- سعی کنید از تمرین‌ها و بازی‌های ذکر شده در کتاب کمک به رشد گفتار و زبان کودکان کم‌توان ذهنی استفاده کنید (گوردون و همکاران، ۱۹۷۲، ترجمه به‌پژوه، ۱۳۸۷) و مهارت‌های حرکتی درشت و ظریف را در فرزند درخودمانده خود پرورش دهید و تقویت کنید (رجوع کنید به فصل هفتم کتاب).
- سعی کنید فرزندتان را عصبانی نکنید و به حساسیت‌های او توجه کنید و واکنش مناسب نشان دهید.
- سعی کنید ساده و شفاف صحبت کنید و از ضرب‌المثل‌ها و کلمه‌های استعاری استفاده نکنید. برای مثال، برای این کودکان عبارت‌هایی مانند، دیگه از کوره در می‌رم، چشم به راهم یا بزن بریم و نظایر آن معنا ندارد. بهتر است بگویید الان عصبانی می‌شوم، من منتظر شما هستم یا برای رفتن به مدرسه آماده شو.
- سعی کنید انرژی کودک درخودمانده را در جهت مثبت هدایت و تخلیه کنید.
- سعی کنید از روش‌های درمانی گوناگون، مانند بازی درمانی، رفتار درمانی، آب درمانی، موسیقی درمانی، قصه درمانی و نظایر آن استفاده کنید.

- سعی کنید با استفاده از روش‌های گوناگون، حواس پنج‌گانه کودک درخودمانده را تحریک و تقویت کنید و آنها را به کار گیرید.
- سعی کنید فرزندان را بی‌قید و شرط دوست بدارید و از او انتظارهای واقع‌بینانه داشته باشید و به نیازهای او توجه کنید (رجوع کنید به فصل چهارم کتاب).
- سعی کنید با جمع خانواده‌های دارای کودک درخودمانده و انجمن‌های مربوط ارتباط داشته باشید و از حمایت‌ها و تجربیات پدران و مادران موفق بهره‌مند شوید.

معرفی کتاب

در گذشته، کودکان مبتلا به اختلال درخودماندگی را آموزش ناپذیر تصور می‌کردند، اما در حال حاضر پیشرفت‌های خوبی برای آموزش و توان‌بخشی آنان صورت پذیرفته و کتاب‌های مفیدی منتشر شده است. در این راستا، کتاب **درخودماندگی و مشکلات ارتباطی: راهبردهای کاربردی برای اولیا و معلمان**، که حاصل چندین سال تلاش و تجربه دکتر میخائیل فارل است، علت‌ها و پیامدهای مشکلات ارتباطی و درخودماندگی را مورد بررسی قرار داده است. کتاب حاضر، که مشتمل بر هشت فصل است، با تمرکز بر ابعاد آموزشی، توجه خاصی به مشکلات معلمان دارد که ممکن است با گفتار، دستور زبان، معنا، کاربرد زبان و درک مطلب این‌گونه کودکان مواجه شوند. این کتاب کاربردی به صورت دقیق و روشن، به روش‌های گوناگون خوانندگان را با مفاهیم، اصطلاحات و تعاریف، ملاحظات قانونی، راهبردهای کلاسی و مسائل پرورشی آشنا می‌کند.

کودکان درخودمانده، توانایی‌های گوناگونی دارند که در چشم معلمان، مادران و پدران مخفی مانده است، به طوری که برخی از آنان در شنا کردن، نقاشی، موسیقی و ریاضی از توانایی‌های بارزی برخوردارند. کتاب حاضر، به صورت بسیار قابل فهم و موثق، منبع غنی از دانش و اطلاعات است و سرشار از نظرات و راهبردهایی در مورد چگونگی

شکوفاسازی این توانایی‌ها و مدیریت کلاس این‌گونه کودکان است. در پایان کتاب، معرفی سازمان‌ها و انجمن‌های علمی، منابع مورد استفاده و واژه‌نامه انگلیسی به فارسی بر کاربردی بودن، جامعیت و مرجعیت این کتاب نفیس افزوده است. از این رو، به نظر می‌رسد مطالعه کتاب **درخودماندگی و مشکلات ارتباطی**، برای هر معلم، مادر، پدر و یا کارشناسی که به دنبال افزایش موفقیت‌های آموزشی خود است، ضرورت دارد. امید دارم اثر حاضر بتواند به عنوان یک کتاب درسی و کمک درسی در درس‌هایی، مانند روان‌شناسی کودکان درخودمانده، آسیب‌شناسی گفتار و آموزش و پرورش کودکان استثنایی در تمامی سطوح آموزش عالی (کارشناسی، کارشناسی ارشد و دکتری) مورد استفاده استادان، دانشجویان، کارشناسان، پژوهشگران، برنامه‌ریزان، معلمان، مادران و پدران قرار گیرد.

سخن آخر اینکه شما با شکیبایی و صبوری و آگاهی می‌توانید زندگی حرفه‌ای سرشار از شادی داشته باشید، اگر مثبت نگر باشید و توانایی‌های این کودکان را ببینید و آنها را کشف کنید، نه ناتوانی‌های آنان را! و از خوانندگان گرامی متواضعانه درخواست می‌شود اثر حاضر را با دقت و حوصله مطالعه کنند، رهنمودها و توصیه‌های مربوط را به کار برند و با ارائه نظرها و پیشنهادهای سازنده خود بر غنای این کتاب بیفزایند.

دکتر احمد به‌پژوه*

استاد روان‌شناسی دانشکده روان‌شناسی و علوم تربیتی
دانشگاه تهران

* Email: behpajoo@ut.ac.ir