

اثربخشی بازی با کلمات احساسی بر کاهش نارسایی هیجانی دانش آموزان با اختلال یادگیری

اکرم آبیاریکی^۱، بیتا شلانی^۲

تاریخ دریافت: ۹۵/۰۱/۰۶

تاریخ پذیرش: ۹۵/۱۰/۱۵

چکیده

اختلال یادگیری ویژه یک اختلال عصبی تکاملی است. دانش آموزان مبتلا به این اختلال علاوه بر مشکلات تحصیلی، سطح بالایی از مشکلات هیجانی-اجتماعی را تجربه می کنند. پژوهش حاضر با هدف تعیین اثربخشی بازی با کلمات احساسی بر نارسایی هیجانی دانش آموزان با اختلال یادگیری انجام شد. روش پژوهش نیمه آزمایشی با طرح پیش آزمون-پس آزمون بود. جامعه آماری شامل تمامی دانش آموزان دختر پایه دوم تا ششم با اختلال یادگیری شهر کرمانشاه بودند که از بین آنها نمونه‌ای به حجم ۲۴ نفر انتخاب و در گروه آزمایش و گواه گمارده شدند. ابزار پژوهش پرسشنامه ناگویی خلقی تورنتو بود. گروه آزمایش به مدت ۸ جلسه ۳۰ دقیقه‌ای و دو بار در هفته به بازی کلمات احساسی پرداختند. نتایج تحلیل کوواریانس نشان داد بازی با کلمات احساسی موجب کاهش نارسایی هیجانی این کودکان شده است. نتایج پژوهش حاضر نشان داد بازی با کلمات احساسی می تواند به عنوان روشی مناسب در کاهش مشکلات هیجانی کودکان به کار رود، این نوع بازی با شکل دادن مهارت‌های شناسایی و بیان احساسات در قالب بازی و به شکل گروهی امکانی برای یادگیری فرآیندهای احساسی در تجربیات لذت بخش است.

واژگان کلیدی: بازی درمانی، کلمات احساسی، دانش آموزان، نارسایی هیجانی، اختلال یادگیری

۱. کارشناس ارشد روانشناسی، گروه روانشناسی، دانشگاه رازی

۲. کارشناس ارشد روانشناسی، گروه روانشناسی، دانشگاه رازی. (نویسنده مسئول) bita.shalani@gmail.com

مقدمه

توانمندی هیجانی، روبرو شدن افراد با چالش‌های زندگی را آسان‌تر کرده و سطح سلامتی آنها را بهبود می‌بخشد. افراد نیازمند مهارت‌های اجتماعی، هیجانی، شناختی و رفتارهایی هستند که به آنها در سازگاری اجتماعی کمک کند. به نظر می‌آید هیجان در زندگی روزمره نقش مهمی را بازی می‌کند. برای نمونه، هیجان‌ها پاسخ‌های رفتاری مناسب را فراهم می‌کنند، تصمیم‌گیری را تنظیم کرده و تعامل‌های بین‌فردی را تسهیل می‌کنند (منصوری، ۱۳۹۱). نارسایی هیجانی به ناتوانی در پردازش و اطلاعات هیجانی و تنظیم هیجان‌ها گفته می‌شود و شامل عوامل عمده‌ی دشواری در شناسایی احساسات، دشواری در توصیف احساسات و سبک تفکر عینی است (کماکی^۱، ۲۰۱۳؛ پرتی، سانکاسیانی، کادونی و کارتآ^۲، ۲۰۱۳). در نارسایی هیجانی فرد در تشخیص و تمایز میان احساسات دچار پریشانی شده و نمی‌تواند آنچه را که به لحاظ هیجانی احساس کرده به‌خوبی بیان کند. در این شرایط تمایل فرد به تفکر درباره امور بیرونی (سبک شناختی با جهت‌گیری خارجی و وابسته به محرک) است که به‌وسیله اشتغال در جزئیات ریز رویدادهای خارجی مشخص می‌شود تا احساسات و تخیلات و سایر جنبه‌های تجارب درونی (خدابخش و کیانی، ۲۰۱۴). افراد دارای ناگویی خلقی بالا وازه‌های هیجانی کمتری را نسبت به افراد عادی بازنشاسی می‌کنند و در سطح پردازش ادراکی و معنایی ضعیف عمل می‌کنند (حاتمی، خورشیدی، بهرامی‌احسان، رحیمی، و حاتمی، ۱۳۹۲). دانگس و سوسلوو^۳ (۲۰۱۷) در یک پژوهش نظام‌مند مروری به بررسی ۲۲ پژوهش که بین سال‌های ۱۹۹۰ تا ۲۰۱۶ انجام شده بودند، پرداخته‌اند و گزارش کرده‌اند که افراد مبتلا به ناگویی خلقی در پردازش خودکار محرک‌های هیجانی هم در سطح رفتاری و هم در سطح نورویبولوژی مشکل دارند. افراد مبتلا به این اختلال واکنش کمی به محرک‌های

1. Komaki
2. Preti, Sancassiani, Cadoni & Carta
3. Donges & Suslow

هیجانی در نواحی مغزی مسئول برانگیختگی، کدگذاری و پاسخ‌دهی هیجانی مانند آمیگدال، نواحی پس‌سری-گیجگاهی و اینسولا دارند.

دانش‌آموزان با اختلال یادگیری در مقایسه با دانش‌آموزان بهنجار علاوه بر مشکلات تحصیلی، سطح بالایی از مشکلات اجتماعی-هیجانی را دارند (آوریچ، گراس-تسیر، مانور و شالوو^۱، ۲۰۰۸). اختلال یادگیری ویژه^۲، یک اختلال عصبی تکاملی با منشأ زیستی، اساس شناختی و نشانه‌های رفتاری است. دانش‌آموزان با این اختلال در نوشتن، خواندن درست واژه‌ها، درک معانی، نوشتن املا، محاسبه اعداد و درک ریاضی مشکل دارند. این نارسایی در توانایی‌ها موجب تداخل در فعالیت‌های تحصیلی و فعالیت‌های روزمره زندگی فرد می‌شود. مشکلات این افراد در طول سال‌های مدرسه آغاز شده و با ناتوانی فکری، حدت بینایی یا شنوایی و سایر اختلالات روانی یا عصبی، عدم تسلط در زبان تدریس و ناملايمات روانی تداخل ندارد (انجمن روان‌پزشکی آمریکا، ۲۰۱۳). در پنجمین کتاب راهنمای تشخیصی و آماری اختلال‌های روانی تشخیص‌های اختلال خواندن، اختلال ریاضیات، اختلال بیان نوشتاری و اختلال یادگیری نامعین که در ویرایش پیشین بوده‌اند همگی در یک واحد ادغام شده و با نام اختلال یادگیری ویژه مشخص می‌شود. نارسایی-های یادگیری در زمینه‌ی خواندن، بیان نوشتاری و ریاضیات در پنجمین کتاب راهنمای تشخیصی و آماری اختلال‌های روانی به صورت مشخصه‌هایی تعیین شده است (سادوک، سادوک و روئیز^۳، ۲۰۱۵، ترجمه رضاعی، ۱۳۹۵).

این دانش‌آموزان که به طور مداوم و مکرر، شکست تحصیلی را تجربه می‌کنند، نسبت به مشکلات رفتاری و اجتماعی-هیجانی آسیب‌پذیرتر هستند (گنجی، زاهدبابلان و معینی کیا، ۱۳۹۱). پژوهش‌های بسیاری نشان داده‌اند نارسایی هیجانی و مشکلات ناشی از آن در دانش‌آموزان با اختلال یادگیری ویژه بیشتر از دانش‌آموزان عادی است. سلیمانی، زاهدبابلان، فرزانه و ستوده (۱۳۹۰) در پژوهش خود نشان دادند دانش‌آموزان با اختلال

1. Auerbach, Gross-Tsur, Manor & Shalev
2. Specific Learning Disability (SLD)
3. Sadock, Sadock & Ruiz

یادگیری در شناسایی، توصیف و تفکر عینی در مقایسه با دانش آموزان بهنجار ضعیف هستند. زاهد، رجبی و امیدی (۱۳۹۱) در پژوهشی با عنوان مقایسه‌ی سازگاری اجتماعی، هیجانی، تحصیلی و یادگیری خودتنظیمی در دانش آموزان با و بدون ناتوانی یادگیری نشان دادند بین دو گروه از دانش آموزان تفاوت معناداری وجود دارد. حق‌رنجبر، کاکاوند و دانش (۱۳۹۰) در پژوهش خود نشان دادند تفاوت میزان خودکارآمدی، اختلال هیجانی و احساس تنهایی در دانش آموزان دچار ناتوانی یادگیری و عادی معنادار است؛ به گونه‌ای که خودکارآمدی در دانش آموزان عادی و اختلال هیجانی و احساس تنهایی در دانش آموزان با ناتوانی یادگیری بیشتر بود. پژوهش پورعبدل، صبحی قراملکی و عباسی (۱۳۹۴) نیز نشان داد بین دانش آموزان با و بدون اختلال یادگیری ویژه در نارسایی شناختی، نارسایی هیجانی و اجتناب شناختی تفاوت معناداری وجود دارد و در دانش آموزان دارای اختلال یادگیری ویژه بیشتر از دانش آموزان عادی است. نتایج همچنین نشان داد که متغیرهای هیجانی و شناختی با ایجاد شکاف بین تفکر و هیجانات فرد و همچنین اجتناب از پذیرش آن می‌توانند پیشرفت تحصیلی دانش آموزان با اختلال یادگیری ویژه را با موانع مهمی روبرو سازند. اغلب کودکان با ناتوانی یادگیری متعلق به خانواده‌هایی هستند که در دوران رشد خود پیوندهای عاطفی لازم با والدین نداشته‌اند و در بسیاری موارد از سوی والدین مورد سرزنش، تحقیر، تهدید و احیانا تنبیه بدنی واقع شده‌اند (افروز، ۱۳۸۵؛ به نقل از برجیس، حکیم‌جوادی، طاهر، غلامعلی‌لواسانی و حسین‌خانزاده، ۱۳۹۱). تجربه چنین مشکلاتی می‌تواند چالش‌هایی جدی را در محیط خانه یا در روابط با همسالان و معلمان برای آنان ایجاد کند. برای مثال این کودکان در مدرسه ممکن است با انواعی از اختلال‌های هیجانی-اجتماعی مانند احساس متفاوت بودن، شرم و خجالت، حقارت، تنهایی و انزوا روبرو شوند. در چنین شرایطی این دانش آموزان تلاش می‌کنند مشکلات یادگیری خود را پنهان نگه دارند یا با مکانیسم‌های برون‌ریزی یا کناره‌گیری نسبت به آن واکنش نشان دهند (مورگان و کلین، ۲۰۰۸؛ به نقل از پیرزادی و شریفی‌اردانی، ۱۳۹۵). پژوهش‌ها نشان

داده‌اند ناگویی خلقی با فشارخون بالا (گراب^۱ و همکاران، ۲۰۱۰)، افسردگی و اضطراب (پیکاردی^۲ و همکاران، ۲۰۱۱)، پرخاشگری و خشم (پایر، لیبرمن و لندن^۳، ۲۰۱۱) همراه است؛ بنابراین استفاده از روش‌های درمانی در کاهش مشکلات رفتاری می‌تواند از اهمیت بسزایی برخوردار باشد. یکی از روش‌های مورد استفاده در بهبود مشکلات رفتاری کودکان بازی درمانی است.

در فراتحلیل درمان‌های کودکان با ناتوانی یادگیری مشخص شده است که تمرکز بر جنبه هیجانی درمان موجب بهبود سازگاری اجتماعی، هیجانی و تحصیلی می‌شود (فریلیچ و شتمن^۴، ۲۰۱۰؛ نریمانی، عباسی، ابوالقاسمی و احدی، ۱۳۹۲). کودکان به دلیل پایین بودن سطح تفکر انتزاعی‌شان قادر به بیان هیجان‌ات و احساسات خود نیستند. سرکوب و مهارت ضعیف در بیان احساسات به‌ویژه از نوع منفی آن بهداشت روانی کودک را به مخاطره می‌اندازد؛ از این رو پیدا کردن راهی که کودک را قادر نماید به شیوه‌ای غیر از بیان کلامی هیجان‌ات خود را بروز دهد کاملاً ضروری است. بازی ابزاری است که کودک به کمک آن خود را بیان می‌کند و برای هر کودکی وسیله‌ی مناسبی جهت تخلیه هیجان‌ات و ابراز وجود است (سهرابی‌شگفتی، ۱۳۹۰). بخش عمده‌ای از مشکلات مربوط به ناگویی هیجانی مرتبط با هیجان‌ها است (میاک، اوکاموتو، اونودا، شیاری و یاماواکی^۵، ۲۰۱۲). ولز^۶ (۲۰۰۵) در مطالعه نظریه‌های هیجان بیان می‌کند که نظریه‌های هیجان را در سه مدل اصلی می‌توان طبقه‌بندی کرد: ۱. مدل‌های فیزیولوژیک‌محور که در آنها هیجان‌ات به‌عنوان پاسخ فیزیولوژیکی با هدف حفظ بقا تبیین می‌شوند. ۲. مدل‌های شناختی که فرایندهای شناختی را در تجربه و بیان هیجان مهم می‌دانند و هیجان‌ات را بر اساس ارزیابی و فرایندهای شناختی توضیح می‌دهند. ۳. مدل‌های شناختی/ اجتماعی که تمرکز رویکرد تکاملی را در پاسخ به محیط با رویکرد ارزیابی شناختی ترکیب و عامل-

1. Grabe
2. Picardi
3. Payer, Lieberman & London
4. Freilich & Shechtman
5. Miyake, Okamoto, Onoda, Shirao & Yamawaki
6. Wells

های اجتماعی را برای تبیین تجربه و بیان هیجان اضافه می‌کند. رابطه‌ی بین هیجانات، نقش‌های اجتماعی و تعامل اجتماعی مورد توجه این رویکرد است. هیجانات از طریق تعاملات فرد و محیط شکل می‌گیرد و نمی‌توان آنها را نه بر اساس فرد و نه بر اساس محیط به صورت ویژه تعیین کرد؛ بلکه هیجان از شیوه‌ای که افراد تبادلاتشان با جهان را تفسیر و ارزیابی می‌کنند ناشی می‌شود (لازاروس^۱، ۱۹۸۶؛ به نقل از حسینی و خیر، ۱۳۹۰). بازی درمانی گروهی به نظریه‌های روانشناسی اجتماعی هیجان توجه دارد و نظریه‌های ارزیابی را همراه با ملاحظه‌ی تأکید فریجدا^۲ (۱۹۸۶) در مورد اینکه هیجانات، تجربه‌های ذهنی هستند که بافت اجتماعی نقش مهمی در آنها ایفا می‌کند، به کار می‌برند (لیننبرینک^۳، ۲۰۰۶). بازی درمانی انواع مختلفی دارد که یکی از آنها بازی با کلمات احساسی^۴ است. این نوع بازی درمانی به دو صورت فردی و گروهی قابل اجرا است. هدف اساسی از انجام این بازی کمک به کودک برای ابراز احساسات است. کودکان عمدتاً به دلیل ترس در ابراز مستقیم احساسات و هیجانات خود، قادر به ابراز احساسات در قالب کلامی نیستند. به وسیله‌ی این بازی می‌توان کودکان را ترغیب کرد احساسات خود را در قالب کلمات نوشته شده بر روی کاغذ و یا بر اساس تصاویر کشیده شده از هر احساس بر روی کاغذ نشان دهد و درباره آن داستان بگوید (سهرابی شگفتی، ۱۳۹۰). پژوهش‌ها نشان می‌دهد بازی درمانی تأثیر مثبتی بر رفتار و هیجانات کودکان دارد. زارعی‌پور، خشک‌ناب و کاشانی‌نیا (۱۳۹۳) در پژوهش خود بر روی کودکان افسرده نشان دادند بازی درمانی گروهی موجب کاهش افسردگی کودکان شده است. نجفی و سرپولکی (۱۳۹۴) نیز در پژوهشی با عنوان اثربخشی بازی درمانی شناختی-رفتاری بر پرخاشگری و اختلال املاء در کودکان دبستانی، نشان داد بازی درمانی در کاهش پرخاشگری مؤثر بوده است. پژوهش‌های صباغیان‌راد و فتحی (۲۰۱۴)، درزی‌رامندی، دانشفر و شجاعی (۲۰۱۲)؛ حیاتی، اسماعیلی، نیکرو و فرامرزی (۲۰۱۴) نیز در زمینه تأثیر بازی درمانی بر پرخاشگری

-
1. Lazarus
 2. Frijda
 3. Linnenbrink
 4. feeling word game

کودکان، اثربخشی این روش را نشان داده است. یافته‌های پژوهش ابراهیمی (۱۳۹۳) در پژوهشی با عنوان اثربخشی بازی درمانی در کاهش ناگویی خلقی دختران و پسران دارای اختلال اوتیسم نشان داد بازی درمانی در کاهش ناگویی خلقی دختران و پسران تأثیر دارد. پژوهش‌ها همچنین نشان دادند بازی درمانی در کاهش اضطراب (کلی و تعمیم یافته) کودکان موثر است و منجر به کاهش اضطراب حالت و از جهتی دیگر باعث افزایش سازگاری عمومی و احساسات مثبت در دانش‌آموزان مبتلا به اختلال یادگیری ویژه می‌شود (افتخاری، ۱۳۹۳؛ محمودعلیلو، هاشمی‌نصرت‌آباد، فرشلاف‌مانی‌صفت، ۱۳۹۴؛ حشمتی، اصل‌اناری و شکراللهی، ۱۳۹۵). عزیزی (۱۳۹۳) در زمینه اثربخشی بازی با کلمات احساسی پس از ۸ جلسه بازی با کودکان مضطرب نشان داد اضطراب گروه آزمایش بطور معناداری کاهش یافته است.

از آنجا که ناگویی هیجانی اثرات منفی بر بهزیستی روان‌شناختی و هیجانی می‌گذارد و یک عامل خطر ساز در ابتلا به مشکلات روان‌شناختی محسوب می‌شود و نظر به این که نارسایی هیجانی در کودکان پیامدهای جبران‌ناپذیری برای فرد، خانواده و اجتماع دارد، توجه به سلامت روانی این کودکان اهمیت بسیاری دارد. کودکان با اختلال یادگیری نرخ بالاتری از مشکلات و سازگاری‌های اجتماعی، هیجانی و تحصیلی دارند که اغلب در مدرسه نادیده گرفته می‌شود. در زمینه کاهش نارسایی هیجانی چندین روش مداخله مانند آموزش تنظیم هیجان انجام گرفته (ندیمی و پیشگر، ۱۳۹۴) اما به دلیل عدم توانایی در تفکر انتزاعی در دانش‌آموزان کم سن (زیر ۱۱ سال) بازی مناسب‌ترین ابزار برای بیان احساسات کودک است. علاوه بر این در زمینه روش اثربخشی بازی درمانی بر نارسایی هیجانی در دانش‌آموزان با اختلال یادگیری پژوهشی انجام نشده و در این زمینه خلأ پژوهشی وجود دارد. بنابراین پژوهش حاضر با هدف اثربخشی بازی درمانی با کلمات احساسی بر کاهش نارسایی هیجانی در دانش‌آموزان با اختلال یادگیری انجام شده است.

روش

روش پژوهش حاضر نیمه آزمایشی و طرح آن پیش‌آزمون-پس‌آزمون با گروه گواه بود. جامعه‌ی آماری شامل تمامی دانش‌آموزان دختر پایه دوم تا ششم مراکز اختلالات یادگیری شهر کرمانشاه بودند. با روش نمونه‌گیری خوشه‌ای از میان چهار مرکز اختلال یادگیری دو مرکز انتخاب و از میان دانش‌آموزان مراجعه‌کننده، نمونه‌ای به حجم ۲۴ نفر که شرایط ورود به پژوهش را داشتند انتخاب و در دو گروه آزمایش و گواه گمارده شدند. پس از اعلام رضایت والدین و دانش‌آموزان، گروه آزمایش مداخله بازی درمانی را دریافت کردند و طی این مدت گروه گواه مداخله‌ای دریافت نکرد. پس از مداخله، برای هر دو گروه پس‌آزمون به عمل آمد. معیارهای ورود شامل حضور کودک در مدرسه اختلال یادگیری، دامنه سنی ۸ تا ۱۳ سال، رضایت والد، کودک و معلم و نمره بالا در مقیاس ناگویی خلقی و معیارهای خروج شامل دریافت برنامه درمانی همزمان دیگر و وجود اختلال دیگری به غیر از اختلال یادگیری بود.

از پرسشنامه ناگویی خلقی تورنتو برای جمع‌آوری داده‌های پژوهش استفاده شد. این پرسشنامه توسط (ریف، استرولد، تروت، ۲۰۰۶) ساخته شده که ۲۰ سوال دارد و سه زیرمقیاس دشواری در شناسایی احساسات (ماده‌های ۱، ۳، ۶، ۷، ۹، ۱۳، ۱۴)، دشواری در توصیف احساسات و تفکر عینی را در مقیاس پنج درجه‌ای لیکرت می‌سنجد. ضریب آلفای کرونباخ این مقیاس ۰/۷۵ به دست آمده است. ضریب همبستگی خرده مقیاس‌های این آزمون با چک‌لیست نشانه‌های روانی در دامنه‌ای از ۰/۱۷ تا ۰/۴۷ گزارش شده است (ریف و همکاران، ۲۰۰۶؛ به نقل از سلیمانی و همکاران، ۱۳۹۰). در نسخه‌ی فارسی مقیاس نارسایی هیجانی، ضرایب آلفای کرونباخ برای نارسایی هیجانی کل و سه زیر مقیاس دشواری در شناسایی احساسات، دشواری در توصیف احساسات و تفکر عینی به ترتیب ۰/۸۵، ۰/۸۲، ۰/۷۵ و ۰/۷۲ به دست آمد. پایایی بازآزمایی مقیاس نارسایی هیجانی، در یک نمونه ۶۷ نفری در دو نوبت با فاصله چهار هفته از $(r=0/80)$ تا $(r=0/87)$ برای

نارسایی هیجانی کل و خرده مقیاس‌های مختلف تایید شد. روایی همزمان مقیاس نارسایی هیجانی، برحسب همبستگی بین مقیاس‌های این آزمون و مقیاس‌های هوش هیجانی، بهزیستی روان‌شناختی و درماندگی روان‌شناختی بررسی و مورد تایید قرار گرفت (بشارت و شهیدی، ۲۰۱۴).

در پژوهش حاضر از روش بازی با کلمات احساسی برای برنامه مداخله استفاده شده است. بازی با کلمات احساسی که توسط کُرُن^۱ سال ۲۰۰۰ مطرح شده است بر آموزش گستره‌ای از کلمات برای توصیف و تشویق به بیان آزادانه احساسات تمرکز دارد. مطابق با مدل‌های شناختی/اجتماعی (ولز، ۲۰۰۵) و نظریه‌های روانشناسی اجتماعی هیجان (لیننبرینک^۲، ۲۰۰۶) با شکل دادن مهارت‌های شناسایی و بیان احساسات در قالب بازی، بازی با کلمات احساسی به شکل گروهی امکانی برای یادگیری فرآیندهای احساسی در تجربیات لذت‌بخش است. در این بازی بدون تلاش آگاهانه با توصیف داستان‌ها شرکت‌کنندگان خودافشاگری می‌کنند. در واقع زیربنای نظری این بازی این است که به افراد برای شناسایی و خودآگاهی هیجانی، سپس شناسایی و توصیف صحیح آن هیجان و درنهایت فراهم کردن جوی آرام برای بیان به‌عنوان یکی از ضروری‌ترین مولفه‌های سلامت روانی کمک شود (کُرُن، ۱۹۹۸؛ ۲۰۰۰). گروه آزمایش به مدت ۸ جلسه ۳۰ دقیقه‌ای و دو بار در هفته به شکل گروهی در یکی از کلاس‌های مدرسه اختلالات یادگیری به بازی با کلمات احساسی پرداخت که خلاصه آن در جدول ۱ ارائه شده است.

جدول ۱. خلاصه جلسات بازی درمانی

| جلسات | محتوا |
|--------------|--|
| اول | معارفه با کودکان و ایجاد جو آرام و صمیمی و صحبت در مورد نحوه بازی |
| دوم | معرفی کارت‌های احساسی به کودکان |
| سوم | بیان داستانی از سوی مجری طرح و بیان احساسات تجربه شده |
| چهارم و پنجم | بیان داستان‌هایی از جانب کودکان در مورد زندگی واقعی و بیان احساس‌های تجربه شده |
| ششم | ترسیم موقعیت‌ها و احساسات ناخوشایند بر روی کاغذ |

1. Cron
2. Linnenbrink

| | |
|--|------|
| طنزآلود کردن نقاشی‌های موقعیت و احساسات ناخوشایند | هفتم |
| جمع‌بندی و مرور کلی و ایجاد انگیزه در اعضا برای استفاده از مهارت‌های آموخته شده در زندگی | هشتم |

ابزار مورد نیاز در این بازی شامل کارت‌های ۱۵ در ۲۵ رنگی، ماژیک و ژتون شامل تعدادی سکه یا شیء کوچک بود. شیوه‌ی اجرای بازی به این صورت بود که درمانگر ابتدا بازی را برای کودکان توضیح داده و می‌گوید "من از شما می‌خوام به من بگید بچه‌های همسن شما چه احساس‌هایی می‌تونن داشته باشن، مثلا خوشحال باشن، غمگین باشن و ...، حالا تو می‌تونی بقیه احساس‌هایی که به بچه داشته باشه به من بگی". درمانگر همزمان با بیان احساسات از طرف کودک شروع به نوشتن نام آن احساسات بر کارت‌ها می‌کند و هر هیجان بر روی یک کارت نوشته می‌شود. بعد از اینکه کارت‌ها آماده شد آنها را جلوی کودک گذاشته و سپس درمانگر شروع به بیان یک داستان می‌کند که قهرمان داستان، احساسات نوشته شده بر روی کاغذها را تجربه می‌کند و هر بار که یکی از هیجان‌ها مطرح شد ژتونی بر روی کاغذ مرتبط با آن احساس گذاشته می‌شود. بعد از اینکه درمانگر داستان را تمام می‌کند، ژتون‌ها را از روی کارت‌ها برداشته و پس از اینکه مطمئن شد کودک مفهوم بازی را متوجه شده است و به کودک می‌گوید "الان نوبت توست که به داستان برای من تعریف کنی تا با هم احساسات رو پیدا کنیم و برای تو هم ژتون بذاریم، می‌تونی به داستان برام بگی، مثلا می‌تونی اتفاقاتی که دیروز برات افتاده رو مثل یه قصه برام تعریف کنی. هر جا به احساس رسیدی یه ژتون بردار و روی کارت مخصوصش بذار". هدف این است که کودک احساسات خود را در محیط‌های مختلف، موقعیت‌ها و شرایط مختلف و در برخورد با افراد مختلف شناسایی و بیان کند.

برای تحلیل داده‌ها در بخش آمار توصیفی از محاسبه‌ی میانگین و انحراف استاندارد و در بخش آمار استنباطی از تحلیل کوواریانس به وسیله نرم‌افزار SPSS نسخه ۲۴ استفاده شد.

نتایج

گروه نمونه شامل ۲۴ دانش‌آموزان دختر در دامنه سنی ۸ تا ۱۳ سال و با میانگین ۹/۷۹ و انحراف استاندارد ۰/۹۳ بودند. شاخص‌های توصیفی متغیر نارسایی هیجانی و مؤلفه‌های

آن به تفکیک گروه‌ها در دو موقعیت پیش‌آزمون و پس‌آزمون در جدول ۲ ارائه شده است.

جدول ۲. شاخص‌های توصیفی پیش‌آزمون و پس‌آزمون نارسایی هیجانی در دو گروه آزمایش و گواه

| متغیر | گروه | میانگین | | انحراف معیار | |
|-------------------|--------|-----------|----------|--------------|----------|
| | | پیش‌آزمون | پس‌آزمون | پیش‌آزمون | پس‌آزمون |
| دشواری در شناسایی | آزمایش | ۲۶/۸۳ | ۱۶/۳۳ | ۱/۹۹ | ۰/۶۵ |
| احساسات | گواه | ۲۶/۵۰ | ۲۶/۹۲ | ۱/۴۴ | ۱/۴۴ |
| دشواری در توصیف | آزمایش | ۲۶/۸۳ | ۱۱/۴۲ | ۱/۹۹ | ۱/۲۴ |
| احساسات | گواه | ۲۷ | ۲۷/۹۲ | ۲/۸۵ | ۲/۴۲ |
| تفکر عینی | آزمایش | ۲۷/۶۷ | ۲۲ | ۱/۸۲ | ۲/۶۶ |
| | گواه | ۲۶/۸۳ | ۲۶/۱۷ | ۲/۱۶ | ۳/۲۱ |
| کل | آزمایش | ۷۱/۸۳ | ۴۹/۷۵ | ۳/۲۹ | ۳/۳۳ |
| | گواه | ۷۲ | ۷۱ | ۲/۸۶ | ۴/۱۷ |

با توجه به نتایج جدول ۲، میانگین گروه‌ها نشان می‌دهد که نمرات نارسایی هیجانی پس‌آزمون گروه آزمایش نسبت به نمرات پیش‌آزمون کاهش یافته است. برای تحلیل داده‌ها از تحلیل کوواریانس یک‌راهه و چندراهه استفاده شد. به این منظور ابتدا مفروضه‌های آزمون تحلیل کوواریانس یعنی پیش‌فرض طبیعی بودن توزیع با استفاده از آزمون کالموگروف-اسمیرنوف ($P > 0/05$) بررسی و نتایج آن طبیعی بودن توزیع را تایید کرد. جهت بررسی مفروضه همگنی واریانس خطا از آزمون ام باکس ($M\ BOX = 11/01$)، ($F = 1/56, P > 0/05$) و آزمون لوین (ناگویی خلقی کل: $P > 0/05$ ؛ دشواری در شناسایی احساسات: $F = 1/004, P > 0/05$ ؛ دشواری در توصیف: $F = 3/79, P > 0/05$ ؛ تفکر عینی: $F = 1/74, P > 0/05$) استفاده شد. نتایج این آزمون هیچ نوع تخطی از این مفروضه را نشان نداد. نتایج فرض همگنی شیب‌ها و پیش‌فرض خطی بودن ($F = 198/26$) نیز بررسی و تأیید شد. برای بررسی تأثیر بازی درمانی با کلمات احساسی بر نارسایی هیجانی از آزمون تحلیل کوواریانس تک متغیره استفاده شد که نتایج در جدول ۳ آمده است.

جدول ۳. نتایج تحلیل کوواریانس تک متغیره تفاوت گروه آزمایش و گواه در نمره کل نارسایی هیجانی

| منبع | SS | df | MS | F | سطح معناداری | مجذور اتا |
|---------------|---------|----|---------|--------|--------------|-----------|
| پیش‌آزمون | ۱۵۰/۲۶ | ۱ | ۱۵۰/۲۶ | ۱۹/۲۴ | ۰/۰۰۱ | ۰/۵۷ |
| گروه | ۲۶۷۱/۳۹ | ۱ | ۲۶۷۱/۳۹ | ۳۴۲/۱۰ | ۰/۰۰۱ | ۰/۵۲ |
| مدل تصحیح‌شده | ۲۸۵۹/۶۳ | ۲ | ۱۴۲۹/۸۲ | ۱۸۳/۱ | ۰/۰۰۱ | ۰/۵۲ |
| خطا | ۱۶۳/۹۸ | ۲۱ | ۷/۸۰ | | | |
| کل | ۹۰۵۰۷ | ۲۴ | | | | |
| کل تصحیح‌شده | ۳۰۲۳/۶۲ | ۲۳ | | | | |

نتایج جدول ۳ نشان می‌دهد در متغیر نارسایی هیجانی بین گروه آزمایش و گواه تفاوت معناداری وجود دارد ($P < ۰/۰۰۱$). با توجه به اینکه میانگین گروه آزمایش در مقایسه با گروه گواه در متغیر وابسته بهبود را نشان می‌دهد، لذا می‌توان نتیجه گرفت که بازی درمانی با کلمات احساسی منجر به کاهش نارسایی هیجانی شده است. نتایج آزمون تحلیل کوواریانس چندمتغیره برای مؤلفه‌های نارسایی هیجانی در جدول ۴ گزارش شده است.

جدول ۴. نتایج آزمون تحلیل کوواریانس چندمتغیره مربوط به مؤلفه‌های نارسایی هیجانی در گروه آزمایش و گواه

| آزمون | مقدار | F | Df فرضیه | Df خطا | P | اندازه اثر |
|--------------------|--------|--------|----------|--------|-------|------------|
| اثر پیلایی | ۰/۹۸ | ۳۸۱/۰۲ | ۳ | ۱۷ | ۰/۰۰۱ | ۰/۵۲ |
| لامبدای ویلکز | ۰/۰۱۵ | ۳۸۱/۰۲ | ۳ | ۱۷ | ۰/۰۰۱ | ۰/۵۲ |
| اثر هوتلینگ | ۶۷/۲۴۰ | ۳۸۱/۰۲ | ۳ | ۱۷ | ۰/۰۰۱ | ۰/۵۲ |
| بزرگ‌ترین ریشه روی | ۶۷/۲۴۰ | ۳۸۱/۰۲ | ۳ | ۱۷ | ۰/۰۰۱ | ۰/۵۲ |

با توجه به جدول ۴، آماره F تحلیل کوواریانس چندمتغیره بررسی تفاوت گروه آزمایش و گواه در مؤلفه‌های نارسایی هیجانی (۳۸۱/۰۲) در سطح ۰/۰۰۱ معنادار است. بنابراین می‌توان گفت که بین گروه آزمایش و گواه از لحاظ مؤلفه‌های نارسایی هیجانی در پس-آزمون تفاوت معناداری وجود دارد. برای بررسی این که گروه آزمایش و گواه در کدام

یک از مؤلفه‌های نارسایی هیجانی با یکدیگر تفاوت دارند، در جدول ۵ نتایج آزمون تحلیل کوواریانس گزارش شده است.

جدول ۵. نتایج تحلیل واریانس تفاوت گروه آزمایش و گواه در مؤلفه‌های نارسایی هیجانی

| مؤلفه | SS | df | MS | F | P | اندازه اثر |
|---------------------------|--------|----|--------|--------|-------|------------|
| دشواری در توصیف احساسات | ۲۳۰/۹۹ | ۱ | ۲۳۰/۹۹ | ۵۶/۵۴ | ۰/۰۰۱ | ۰/۴۵ |
| دشواری در شناسایی احساسات | ۶۷۹/۲۲ | ۱ | ۶۷۹/۲۲ | ۹۱۷/۸۲ | ۰/۰۰۱ | ۰/۵۷ |
| تفکر عینی | ۱۴۵/۹۰ | ۱ | ۱۴۵/۹۰ | ۳۳/۸۰ | ۰/۰۰۱ | ۰/۴۰ |

با توجه به جدول ۵ آماره F برای مؤلفه‌های وابسته شامل دشواری در توصیف احساسات (۵۶/۵۴)، دشواری در شناسایی احساسات (۶۷۹/۲۲) و تفکر عینی (۳۳/۸۰) در سطح ۰/۰۰۱ معنادار است. بنابراین در متغیرهای ذکر شده تفاوت معناداری بین گروه‌ها وجود دارد. می‌توان گفت با توجه به آماره توصیفی و استنباطی صورت گرفته، بازی با کلمات احساسی بر کاهش نارسایی هیجانی تأثیر دارد. همچنین اندازه اثر در جدول ۵ نشان می‌دهد که بازی با کلمات احساسی ۴۵ درصد از تغییرات دشواری در توصیف احساسات، ۵۷ درصد از دشواری در شناسایی احساسات و ۴۰ درصد از تغییرات تفکر عینی را تبیین می‌کند.

بحث

پژوهش حاضر با هدف تعیین اثربخشی بازی با کلمات احساسی بر نارسایی هیجانی دانش‌آموزان مبتلا به اختلال یادگیری انجام شد. نتایج نشان داد بازی با کلمات احساسی موجب کاهش نارسایی هیجانی و خرده‌مقیاس‌های آن شامل دشواری در شناسایی هیجان-ها، توصیف هیجان‌ها و تفکر عینی شده است. این نتایج با پژوهش‌های زارعی‌پور و همکاران (۱۳۸۸)، ابراهیمی (۱۳۹۳)، افتخاری (۱۳۹۳)، عزیزی (۱۳۹۳)، محمودعلیلو و همکاران (۱۳۹۴) و حشمتی و همکاران (۱۳۹۵) مبنی بر اثربخشی بازی درمان در اختلالات هیجانی همسو است.

نتایج پژوهش حاضر نشان داد بازی با کلمات احساسی موجب کاهش دشواری در شناسایی هیجان‌ها شده است. نکته کلیدی در درمان، برقراری ارتباط با هیجان‌ها از طریق

کشف و بازتاب به روی آن‌هاست. کشف شناختی و عاطفی منجر به بصیرت می‌شود. با توجه به اینکه از دیدگاه علوم شناختی بخش عمده‌ای از مشکلات مربوط به ناگویی هیجانی مرتبط با هیجان‌ها است (میاک و همکاران، ۲۰۱۲) می‌توان گفت بازی با کلمات احساسی با ایجاد زمینه‌ای مناسب برای شناخت و فهم هیجان‌ها، تعدیل تجربه و ابراز هیجان‌ها، تنظیم هیجان و مخصوصاً راهبرد مثبت بازاریابی شناختی هیجان‌ها، باعث کاهش احساسات منفی و افزایش احساسات مثبت و رفتار سازگارانه افراد می‌شود.

کرن (۲۰۰۰) به‌عنوان نخستین کسی که بازی با کلمات احساسی را معرفی کرده است بیان کرده که اولین مرحله تاثیرگذاری این مداخله، خودآگاهی هیجانی است. از این رو انتظار می‌رود که این مداخله بر مولفه شناسایی هیجانی اثربخشی معناداری داشته باشد. در واقع کودک در این درمان در بافتی بازی‌گونه و در عین حال آموزشی یاد می‌گیرد که هیجان‌ها را شناسایی و نام‌گذاری کند. از طرف دیگر، آموزش تنظیم هیجان در دانش-آموزان با اختلال یادگیری باعث می‌شود تا آنان با استفاده درست از هیجان‌ها، آگاهی از هیجان‌ها و پذیرش آنها و ابراز هیجان‌ها مخصوصاً هیجان‌ها مثبت در موقعیت‌های زندگی، احساسات منفی خویش را کاهش دهند که به تبع آن میزان سازگاری آنها بهبود پیدا خواهد کرد (نریمانی و همکاران، ۱۳۹۲). به عبارت دیگر، می‌توان گفت که دانش-آموزان با اختلال یادگیری به دلیل مشکلات جسمانی و روانی ناشی از این اختلال ممکن است از وجود هیجان‌ها مثبت و منفی خویش آگاهی نداشته باشند و هنگام قرار گرفتن در موقعیت‌های زندگی نتوانند به‌خوبی از هیجان‌ها خود استفاده کنند. تنظیم و فهم هیجان‌ها نیز شامل توانایی در کنترل احساسات و رفتارهای آنی، شناسایی و تعدیل رفتارها و احساسات منفی و ارتقاء، احساسات مثبت در راستای آسایش فرد می‌شود. بازی درمانی می‌تواند از جهتی با بیان نمادین احساسات توان ابراز هیجان‌ها منفی مثل اضطراب را افزایش داده و به سازگاری عمومی کمک کند (حشمتی و همکاران، ۱۳۹۵).

نتایج همچنین نشان داد بازی با کلمات احساسی موجب کاهش دشواری در توصیف هیجان‌ها شده است. بازی با کلمات احساسی در مرحله دوم بر رشد توانایی توصیف هیجان‌ها توسط شرکت‌کنندگان متمرکز است (کرن، ۲۰۰۰)؛ که از همین روی نیز سبب

تأثیر معنی‌دار بر این خرده‌مقیاس در پژوهش حاضر شده است. در واقع، در جریان داستان‌هایی که در جلسه روایت می‌شود کودک به‌عنوان یک بازیگر، داستان‌های مثبت و منفی را بیان می‌کند و می‌شنود و هر کدام از هیجانات را بروز می‌دهد که این امر خود سبب تقویت توانایی توصیف هیجانات در کودکان با اختلال یادگیری می‌شود. از طرفی نیز می‌توان گفت که کودکان در حین بازی حالت دفاعی خود را برای بیان احساساتشان از دست می‌دهند و فرصت بیشتری می‌یابند تا احساسات خود را بیان کنند و این بیان احساسات در یک شرایط خوشایند و غیرتهدیدآمیز رخ می‌دهد (سهرابی‌شگفتی، ۱۳۹۰). مداخله‌های درمانی غیردارویی مانند بازی درمانی در کودکان فرصتی را برای بیرون‌ریزی هیجانات فراهم می‌سازد. علاوه‌براین ویژگی بارز بازی درمانی در مقایسه با سایر روش‌های درمانی برای کودکان جذابیت آن است. کودکان جدای از خصوصیات فردی و یا دارا بودن یا نبودن هرگونه اختلالی، تمایل ذاتی به بازی به‌عنوان یک فعالیت لذت‌بخش دارند. ذات بازی توأم با لذت است و این اولین خاصیت درمانگری بازی است تا کودک دارای اختلال را درگیر یک فعالیت لذت‌بخش کند و به دنبال آن احساس شادی و نشاط در کودک ایجاد شود. بر اساس مطالب گفته شده روش بازی با کلمات احساسی باعث تخلیه هیجانات کودکان می‌شود و از آنجا که این روش به‌صورت گروهی انجام می‌شود، روابط اجتماعی و ابراز مناسب هیجانات نیز در بین کودکان افزایش می‌یابد. درواقع باید گفت تنظیم هیجانی به‌وسیله‌ی تجربه‌های دنیای اجتماعی، به‌ویژه تعامل با دوستان، شکل می‌گیرد.

نتایج پژوهش حاضر نشان داد بازی با کلمات احساسی موجب کاهش سبک تفکر عینی شده و توانایی کودکان را در تفکر به سمت امور درونی افزایش داده است. با توجه به این‌که نتایج پژوهش حاتمی و همکاران (۱۳۹۲) نشان داد یکی از شیوه‌های مؤثر در کاهش مشکلات افراد دارای ناگویی خلقی، تقویت دانش معنایی این افراد در حوزه‌ی اطلاعات هیجانی است، می‌توان گفت بیان داستان درباره هیجان‌ها در روش بازی با کلمات احساسی موجب افزایش دانش کودکان در تمایز و تشخیص معانی هیجان‌ها و حالت‌های خلقی مختلف شده و پردازش شناختی حالت‌های هیجانی (تفکر به سمت امور

درونی) در آن‌ها افزایش یافته است. افراد دارای ناگویی خلقی در پردازش تصویری و خیال‌پردازی محدودیت‌هایی دارند (منصوری، ۱۳۹۱). بنابراین بیان قصه و داستان درباره هیجان‌ها که یکی از کارکردهای روان‌شناختی پایه است، در معنی دادن و پیش‌بینی آنها در موقعیت‌های گوناگون به کودکان کمک می‌کند و موجب رشد شناختی و هیجانی کودک می‌شود. بازی و قصه باعث تحریک رشد و تحول شناختی کودک شده و موجب می‌شود از طریق توجه و تمرکز حقایق را کشف و تجربه کرده و این برخورد با واقعیت او را به فکر و تعمق واداشته و وسعت فکر، توانایی و دقت را در او به وجود می‌آورد (محمداسماعیل، ۱۳۹۰). همچنین داستان نوعی آموزش غیرمستقیم است و روشی برای افزایش توانمندی‌های شناختی کودک می‌باشد. بنابراین می‌توان گفت بیان داستان در توانمند شدن کودکان در شناسایی احساسات و همچنین در جهت‌گیری تفکر نیز تأثیر داشته است. یافته‌های پژوهش حاضر تاییدی است بر نظریه‌ها و مدل‌های شناختی/اجتماعی هیجان که در سال‌های اخیر مورد توجه بسیاری از پژوهشگران قرار گرفته است. بر اساس این مدل‌ها، هیجان‌ها به دنبال ارزیابی‌های شناختی از رویدادها رخ می‌دهند و این ارزیابی‌ها تحت تأثیر محیط قرار دارد (لینبرینک، ۲۰۰۶؛ ولز، ۲۰۰۵).

یکی از مزیت‌های بازی درمانی شکستن مقاومت کودکان جهت بیان احساسات و ادامه‌ی فرایند درمان توسط کودک است. بنابراین پیشنهاد می‌شود از این روش در کنار سایر درمان‌ها در کار با کودکان با اختلال یادگیری که دشواری هیجانی نیز دارند و سایر کودکان با اختلالات هیجانی استفاده شود. با توجه به اینکه توانمندی‌ها و شایستگی‌های اجتماعی و هیجانی از عوامل تعیین‌کننده تأثیرگذار بر سازگاری تحصیلی محسوب می‌شوند (فولادچنگ، ۱۳۸۵)، بنابراین می‌توان با درمان نارسایی‌های هیجانی این دانش-آموزان در راستای موفقیت تحصیلی آنها نیز گام برداشت. نتایج حاصل از این پژوهش می‌تواند در مدارس دولتی و کلینیک‌های اختلال یادگیری به کار برده شود. از محدودیت‌های پژوهش حاضر تک‌جنسیتی بودن گروه نمونه (دختران) و عدم انجام آزمون پیگیری بود. در همین راستا پیشنهاد می‌شود در پژوهش‌های بعدی به بررسی هر دو جنس و انجام آزمون پیگیری توجه شود.

منابع

- ابراهیمی، س. (۱۳۹۳). اثربخشی بازی درمانی بر ناگویی خلقی کودکان اوتیسم. پایان نامه کارشناسی ارشد، دانشکده ادبیات و علوم انسانی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد شاهرود.
- افتخاری، س. (۱۳۹۳). مقایسه تاثیر بازی درمانی، خنده درمانی بر اضطراب در کودکان ۶-۱۲ سال. پایان نامه کارشناسی ارشد دانشگاه آزاد شاهرود.
- برجیس، م؛ حکیم جوادی، م؛ طاهر، م؛ غلامعلی لواسانی، م و حسین خانزاده، ع.ع. (۱۳۹۱). مقایسه‌ی میزان نگرانی، امید و معنای زندگی در مادران کودکان مبتلا به اوتیسم، ناشنوایی و ناتوانی یادگیری. ناتوانی‌های یادگیری، ۳(۱)، ۲۷-۶.
- پورعبدل، س؛ صبحی قراملکی، ن؛ عباسی، م. (۱۳۹۴). نیمرخ نارسایی شناختی، نارسایی هیجانی و اجتناب شناختی در دانش آموزان با و بدون اختلال یادگیری خاص. روش‌ها و مدل‌های روانشناختی، ۶(۲۰)، ۷۲-۵۵.
- پیرزادی، ح؛ و شریفی ارادانی، ا. (۱۳۹۵). نظریه دلبستگی و مشکلات هیجانی-اجتماعی در دانش آموزان با مشکلات ویژه یادگیری: تبیین نظری و کاربردهای بالینی. تعلیم و تربیت استثنایی، ۱۶(۱)، ۴۷-۵۶.
- حاتمی، ج؛ خورشیدی، م؛ بهرامی احسان، ه؛ رحیمی، ع س؛ و حاتمی، اج. (۱۳۹۲). نقش سطوح پردازش و همخوانی خلقی در بازشناسی واژه‌های هیجانی در افراد دارای ناگویی خلقی. روان‌شناسی کاربردی، ۷(۱)، ۸۳-۶۹.
- حسینی، ف؛ و خیر، م. (۱۳۹۰). نقش ارزیابی شناختی در تبیین رابطه ابعاد فرزندپروری با هیجانات تحصیلی ریاضی و تنظیم هیجانی. مطالعات آموزش و یادگیری، ۳(۱)، ۴۶-۱۷.
- حشمتی، ر؛ اصل اناری، را؛ و شکراللهی، ر. (۱۳۹۵). اثربخشی تکنیک‌های بازی درمانی گروهی بر اضطراب حالت، احساسات مثبت و سطح سازگاری عمومی کودکان مبتلا به ناتوانی یادگیری خاص. ناتوانی‌های یادگیری، ۵(۴)، ۲۴-۷.

حق رنجبر، ف؛ کاکاوند، ع؛ دانش، ع. (۱۳۹۰). مقایسه خودکارآمدی، اختلال هیجانی و احساس تنهایی در دانش آموزان دچار ناتوانی یادگیری و عادی. فصلنامه روانشناسی کاربردی، ۵(۴) ۵۸-۴۲.

زارعپور، ا؛ فلاحتی خشکتاب، م و کاشانی‌نیا، ز. (۱۳۸۸). بررسی تأثیر بازی درمانی گروهی بر میزان افسردگی کودکان مبتلا به سرطان. مجله علمی دانشگاه علوم پزشکی کردستان، ۱۴، ۷۲-۶۴.

زاهد، ع؛ رجبی، س؛ امیدی، م. (۱۳۹۱). بررسی مقایسه سازگاری اجتماعی، هیجانی، تحصیلی و یادگیری خودتنظیمی در دانش آموزان با و بدون ناتوانی یادگیری. مجله ناتوانی‌های یادگیری، ۱(۲) ۶۲-۴۳.

سادوک، ب؛ سادوک و آ؛ روئیز، پ. (۲۰۱۵). خلاصه روانپزشکی: علوم رفتاری / روانپزشکی بالینی (ویراست یازدهم)، جلد سوم. ترجمه فرزین رضاعی (۱۳۹۵). تهران: ارجمند.

سلیمانی، س؛ زاهدبابلان، ع؛ فرزانه، ج؛ ستوده، م. (۱۳۹۰). مقایسه نارسایی هیجانی و مهارت‌های اجتماعی دانش آموزان دارای اختلال یادگیری و بهنجار. مجله ناتوانی‌های یادگیری، ۱(۱)، ۹۳-۷۸.

سهرابی شگفتی، ن. (۱۳۹۰). روش‌های مختلف بازی درمانی و کاربرد آن در درمان اختلالات رفتاری و هیجانی کودکان. روش‌ها و مدل‌های روان‌شناختی، ۱(۴)، ۶۳-۴۵.

عزیزی، ک. (۱۳۹۳). اثربخشی بازی با کلمات احساسی بر اضطراب کودکان دبستان شهر کرمانشاه. پایان‌نامه کارشناسی ارشد رشته روانشناسی، دانشکده علوم اجتماعی، دانشگاه رازی.

فولادچنگک، محبوبه. (۱۳۸۵). نقش الگوهای خانوادگی در سازگاری نوجوانان. فصلنامه خانواده‌پژوهی، ۱(۱)، ۲۲۱-۲۰۹.

گنجی، م؛ زاهدبابلان، ع؛ معینی کیا، م. (۱۳۹۱). فراتحلیل پژوهش‌های انجام یافته در خصوص نقش الگوهای تدریس بر پیشرفت تحصیلی دانش‌آموزان. *فصلنامه‌ی روانشناسی مدرسه*، ۱(۱)، ۱۰۸-۹۳.

محمداسماعیل، ا. (۱۳۹۰). بازی درمانی (نظریه‌ها، روش‌ها و کاربردهای بالینی). چاپ سوم، تهران: دانژه.

محمودعلیلو، م؛ هاشمی نصرت‌آباد، ت؛ فرشباف‌مانی صفت، ف. (۱۳۹۴). اثربخشی بازی-درمانی بر اساس رویکرد لوی در کاهش اضطراب کودکان سرطانی. *پرستاری و مامایی جامع‌نگر*، ۲۵(۷۵)، ۶۲-۵۴.

منصوری، م. (۱۳۹۱). بررسی کارکردهای اجرایی در افراد دارای خصوصیات ناگویی خلقی. پایان‌نامه کارشناسی ارشد روانشناسی بالینی. دانشکده روانشناسی و علوم تربیتی، دانشگاه خوارزمی.

نجفی، م؛ و سرپولکی، ب. (۱۳۹۵). اثربخشی بازی‌درمانی شناختی-رفتاری بر پرخاشگری و اختلال املاء در کودکان دبستانی. *فصلنامه افراد استثنایی*، ۶(۲۱)، ۱۲۱-۱۰۳.

ندیمی، م؛ و پیشگر، م. (۱۳۹۴). اثربخشی آموزش تنظیم هیجان بر افسردگی و ناگویی خلقی سوءمصرف کنندگان مواد. *اولین همایش علمی پژوهشی روانشناسی، علوم تربیتی و آسیب‌شناسی جامعه*.

نریمانی، م؛ عباسی، م؛ ابوالقاسمی، ع؛ احدی، ب. (۱۳۹۲). مقایسه‌ی اثربخشی آموزش پذیرش / تعهد با آموزش تنظیم هیجانی بر سازگاری دانش‌آموزان دارای اختلال ریاضی. *ناتوانی‌های یادگیری*، ۲(۴)، ۱۷۶-۱۵۴.

American Psychiatric Association. (2013). *The Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, Fifth Edition.

Auerbach, J. G., Gross-Tsur, V., Manor, O., & Shalev, R. S. (2008). Emotional and Behavioral characteristics over a six year period in youths with persistent and nonpersistent dyscalculia. *Journal of Learning Disabilities*, 41(3), 263-273.

Bagby, R. M., Parker, J. D. A., & Taylor, G. J. (1994). The twenty-item Toronto Alexithymia Scale-I. Item selection and cross-validation of the factor structure. *Journal of Psychosomatic Research*, 38(1), 23-32.

- Besharat, M. A., & Shahidi, V. (2014). Mediating Role of Cognitive Emotion Regulation Strategies on the Relationship between Attachment Styles and Alexithymia. *Europe's Journal of Psychology*, 10(2), 352-62.
- Cron, E. A. (1998). *The feeling word game* (Game). (Available from the Feeling Word Game, 316 East Street, Rochester, MI 48307).
- Cron, E. A. (2000). The Feeling Word Game: A Tool for Both Teaching and Therapy. *The Family Journal*, 8(4), 402-405.
- Donges, U. S., & Suslow, T. (2017). Alexithymia and automatic processing of emotional stimuli: a systematic review. *Reviews in the Neurosciences*, 28(3), 247-264.
- Darzi Ramandi, L; Daneshfar, A; & Shojaei, M. (2012). Effects of aromatherapy and play on intellectually disables aggression. *Annals of biological research*, 3(11), 5211-5215.
- Freilich, R., & Shechtman, Z. (2010). The contribution of art therapy to the social, emotional, and academic adjustment of children with learning disabilities. *The Arts in Psychotherapy*, 37(2), 97- 105.
- Frijda, N. H. (1986). *The emotions*. Cambridge, England: Cambridge University Press.
- Grabe, H. J., Schwahn, C., Barnow, S., Spitzer, C., John, U., Freyberger, H. J., & Volzke, H. (2010). Alexithymia, hypertension, and subclinical atherosclerosis in the general population. *Journal of Psychosomatic Research*. 68(2), 139-47.
- Hayati, M., Smaeeli far, N., Nikroo, M., & Faramarzi, E. (2014), Effectiveness of child-centered play therapy in the decrease of aggression among 5- to-10 year- old children. *International journal of psychology and behavioral research*, 3(4), 308-316.
- Khodabakhsh, M. R., & Kiani, F. (2014). Effects of emotional eating on eating behaviors disorder in students: The effects of anxious mood and emotion expression. *International Journal of Pediatrics*, 2(4.1), 295-303.
- Komaki, G. (2013). *Somatization and psychosomatic symptoms*. New York: Sperlinger.
- Linnenbrink, E. A. (2006). Emotion research in education: theoretical and methodological perspectives on the integration of affect, motivation, and cognition. *Educational Psychology Review*, 18, 307-314.
- Miyake, Y., Okamoto, Y., Onoda, K., Shirao, N & Yamawaki, S. (2012). Brain activation during the perception of stressful word stimuli concerning interpersonal relationships in anorexia nervosa patients with high degree of alexithymia an FMRI paradigm. *Journal of Neuroimaging*, 201(2): 113-119.

- Payer, D. E., Lieberman, M. D., & London, E. D. (2011). Neural correlates of affect processing and aggression in methamphetamine dependence. *Archives of General Psychiatry*, 68(3), 271° 282.
- Picardi, A., Fagnani, C., Gigantesco, A., Toccaceli, V., Lega, I., & Stazi, M. A. (2011). Genetic influences on alexithymia and their relationship with depressive symptoms. *Journal of Psychosomatic Research*, 71(4), 256° 263.
- Preti, A., Sancassiani, F., Cadoni, F., & Carta, M. (2013). Alexithymia affects pre-hospital delay of patients with acute myocardial infarction: Meta-analysis of existing studies. *Clinical Practice & Epidemiology in Mental Health*, 9, 69-73.
- Rieffe, C., Oosterveld, P., & Terwogt, M. M. (2006). An Alexithymia Questionnaire for Children: Factorial and Concurrent Validation Results. *Personality and Individual Difference*, 40(1), 123-133.
- Sabaghian Rad, L; & Fathi, F. (2014). The effect of school games on aggression in 10-14 years old intellectually disabled girls. *European journal of experimental biology*, 4(5), 129-132.
- Wells, T. L. (2005). *Emotion and culture in a collaborative learning environment for engineers*. Doctoral Dissertation of Philosophy, University of Texas, Austin.