

مقایسه اثربخشی بازی درمانی و طرحواره درمانی بر روی ذهنیت کودک آسیب پذیر در کودکان دارای اختلالات یادگیری

پرستو آفایی گلدیانی^۱، زینب غیائی^۲

^۱ دانشجوی کارشناسی ارشد روانشناسی تربیتی، دانشگاه غیرانتفاعی ایوان کی، ایوان کی، ایران

^۲ دانشجوی کارشناسی ارشد روانشناسی تربیتی، دانشگاه غیرانتفاعی مولانا، آبیک، ایران (نویسنده مسئول)

چکیده

هدف از پژوهش حاضر مقایسه اثربخشی بازی درمانی و طرحواره درمانی بر روی ذهنیت کودک آسیب پذیر در کودکان دارای اختلالات یادگیری بود. پژوهش حاضر از نظر هدف کاربردی و از نظر روش، آزمایشی از نوع پیش آزمون پس آزمون با گروه کنترل با آرایش تصادفی در آزمودنی ها بود. جامعه آماری شامل کودکان ۷ الی ۱۱ سال دارای اختلال یادگیری مراجعه کننده به کلینیک نوید مهر در فاصله ی زمانی دی ماه ۱۳۹۸ الی خرداد ماه ۱۳۹۹ بود که از میان آنها با توجه به لزوم انجام مداخله، ۲۱ نفر به عنوان نمونه با روش در دسترس انتخاب شده و در سه گروه (۷ نفر گروه بازی درمانی، ۷ نفر گروه طرحواره درمانی و ۷ نفر گروه کنترل) به صورت تصادفی جایگزین شدند. گروه اول تحت ۸ جلسه بازی درمانی، گروه دوم تحت ۸ جلسه طرحواره درمانی قرار گرفتند و گروه سوم هیچ آموزشی دریافت ننمودند. جهت بررسی از پرسشنامه ذهنیت های طرحواره ای استفاده شد. نتایج پژوهش نشان داد هم بازی درمانی و هم طرحواره درمانی در کاهش ذهنیت کودک آسیب پذیر در کودکان دارای اختلال یادگیری اثربخش می باشد.

واژه های کلیدی: بازی درمانی، طرحواره درمانی، کودک آسیب پذیر، اختلال یادگیری

پژوهشگاه علوم انسانی و مطالعات فرهنگی
پرتال جامع علوم انسانی

عبارت اختلال یادگیری به یک سازه واحد یا اختلال اشاره می کند که با نقص در مهارت های تحصیلی مرتبط است. این اختلال ماهیتی ناهمگن دارد که این ناهمگنی در الگوهای تحصیلی، قوت و ضعف پردازش اطلاعات و همچنین در طبقه بندی اصلی به عنوان اختلال های حوزه خاص مانند اختلال خواندن و یا اختلال ریاضی منعکس می شود [۱]. بر اساس تعریف قانون آموزش و پرورش افراد ناتوان، ناتوانی یادگیری اختلال در یک یا چند فرایند روان شناختی پایه است که شامل درک زبان یا کاربرد آن می شود. این اختلال به صورت ناتوانی در گوش دادن، فکر کردن، صحبت کردن، خواندن، نوشتن، املا یا محاسبه های ریاضی دیده می شود، اما شامل آن دسته از مشکلات یادگیری نمی شود که نتیجه معلولیت های دیداری، شنیداری، حرکتی، عقب ماندگی ذهنی، اختلال هیجانی، وضع نامساعد محیطی، فرهنگی یا اقتصادی است [۲].

انجمن روان پزشکی آمریکا [۳] در نسخه پنجم راهنمای تشخیصی و آماری اختلال های روانی جدیدترین تعریف اختلال یادگیری را منتشر کرده است: اختلال یادگیری ویژه، نوعی اختلال عصب تحولی است که تأثیر دائمی بر یادگیری می گذارد. همچنین در این ویرایش اصطلاح ناتوانی یادگیری به اختلال یادگیری ویژه تغییر نام پیدا کرد و برای آن سه ویژگی اختلال یادگیری ویژه با آسیب در خواندن یا نارساخوانی^۴ اختلال یادگیری ویژه با آسیب در نوشتن یا نارسانویسی^۵ و اختلال یادگیری ویژه با آسیب در ریاضیات یا حساب نارسا^۶ نظر گرفته شد [۴].

اختلال یادگیری بر جنبه های مختلفی از زندگی فرد تأثیر می گذارد [۵] و در صورت ارزیابی سطحی و نامناسب، ممکن است باعث نقایص عملکردی در بسیاری از جنبه های زندگی فرد شود [۶]. عموماً مشکلات فراوانی در روابط بین فردی دانش آموزان دارای اختلال یادگیری گزارش می شود [۷] که می تواند ذهنیت های طرحواره ای ناکارآمد را در آنان فعال سازد. ذهنیت طرحواره ای عبارت است از طرحواره ها یا عملکردهای طرحواره ای (سازگار یا ناسازگار) که در حال حاضر در سیستم پردازش اطلاعات فرد فعال شده اند. ذهنیت طرحواره ای ناکارآمد را می توان به عنوان بخشی از خویشتن در نظر گرفت که با طرحواره ها یا عملکردهای طرحواره ای خاصی ارتباط دارد و هنوز به طور کامل با سایر بخش های خویشتن یکپارچه نشده است [۸]. یانگ (Young, 1999) مدل ذهنیت طرحواره ای^۸ را برای توضیح و فهم بهتر نوسان های خلقی بیماران در نظر گرفته است که این ایده را قبلاً Beck در یک ورکشاپ بالینی استفاده کرده بود. ذهنیت طرحواره ای یک الگوی سازمان یافته از تفکر، احساس و رفتار است که منشأ آن مجموعه ای از طرحواره هاست که از سایر ذهنیت های طرحواره ای، مستقل می باشد [۹]. فرض بر این است که بیماران از یک ذهنیت به ذهنیت دیگر پرش می کنند و یا یک ذهنیت را به طور عمیق در خود احساس می کند. بعضی از این حالات کودکان به نظر می رسد که ممکن است برای خود بیمار و دیگران نیز گیج کننده باشد [۱۰].

^۱DSM-v Diagnostic and Statistical Manual Disorders, Fifth Edition

^۲Neurodevelopmental disorder

^۳Specific learning disorder (SLD)

^۴Specifier

^۵SLD with impairment in reading or dyslexia

^۶SLD with impairment in writing or dysgraphia

^۷SLD with impairment in mathematics or dyscalculia

^۸Schema mode

^۹Clinical workshops

ذهنیت های کودک اشاره به حالت هایی دارد که به طور ذاتی از همان بدو تولد در فرد وجود دارد. حالت های کودک که شامل تجربه ها و بازنمایی های طبیعی کودک است و حاوی احساسات و شناخت واره هایی در زمینه غم، خشم، خشونت، شادی و دیگر عواطف بنیادین می باشد. همچنین شامل گرایش رفتار، مثل گریه کردن، بدخلقی و پرتوقع بودن است [۱۱].

کودک آسیب پذیر حالتی است که معمولاً در اکثر طرحواره های بنیادین تجربه می شود که شامل کودک ترک شده، کودک آزار دیده، کودک محروم شده و کودک طرد شده است [۱۲].

ذهنیت های طرحواره ای از طرحواره های ناسازگار اولیه نشأت می گیرند، لذا با دستکاری و تعدیل طرحواره های ناسازگار اولیه، می توان ذهنیت های طرحواره ای را نیز تغییر داد. در درمان مبتنی بر طرحواره، طرح کلی فرد یعنی الگوی گسترده ای از افکار، احساسات، خاطرات و روابط مدنظر است؛ مؤلفه اصلی طرحواره بر این تصور است که هر شخصی یک طرحواره کلی دارد و در موقعیت هایی خاص آن ها فعال می شوند [۱۳]. طرحواره ها ریشه در دوران کودکی و نوجوانی دارند و بعدها ناسازگارانه می شوند زیرا مانع از برآوردن نیازهای هیجانی در آن دوران شده اند [۱۴]. به لحاظ رفتاری، فرد خود را در الگوهای رفتاری خود-آسیب رسان درگیر می سازد، موقعیت ها و رابطه هایی را بر می گزیند و حفظ می کند که تداوم طرح واره مورد نظر را در پی داشته باشد. در مقابل، از رابطه هایی که به احتمال زیاد موجب ترمیم طرحواره وی می گردد، اجتناب می کند. از نظر رابطه های بین فردی، فرد به گونه ای با دیگران ارتباط برقرار می کند که آن ها را به سمت پاسخ هایی سوق دهد که طرحواره مورد نظر را تقویت کند [۱۵].

طرحواره درمانی حاصل تلاشی ماهرانه برای غنی ساختن تکنیک های درمانی است و نشان می دهد که چگونه می توان به چنین بیمارانی کمک کرد تا الگوهای ناسازگار خود را بشناسند و تغییر دهند [۱۶]. علاوه بر طرحواره درمانی، از روش هایی که می تواند با توجه به سن و خصوصیات کودکان در کاهش ذهنیت های ناکارآمد تأثیرگذار باشد، مداخله شناختی می باشد. با توجه به سن کودکان و بحران سنی که در آن قرار دارند و از همه مهم تر جامعه ی مورد بررسی که کودکان می باشد، یک نوع مداخله ی شناختی حائز اهمیت است که می توان در این زمینه به بازی درمانی اشاره نمود [۱۷].

بازی درمانی از شاخص ترین و پرکاربردترین روش ها است. بازی جهان طبیعی کودک است و اجازه می دهد تا کودک از خلاقیت خود استفاده نماید و این در حالی است که کودک تخیل، مهارت، چابکی و قدرت عاطفی، جسمی و شناختی خود را رشد می دهد. کودکان از طریق بازی در مورد خود و دیگران چیزهایی را یاد می گیرند و از این طریق در سنین پایین با جهان اطراف خود تعامل می کنند. بازی درمانی نیز یک مداخله پیشرفته و تکامل یافته برای کودکان است. بازی و بازی درمانی از زمره روش هایی است که نتایج مفید و قابل توجهی به بار می آورد و به شیوه مثبتی به رفتارهای هیجانی و تکانشی تعادل می بخشد [۱۸، ۱۹، ۲۰].

بازی درمانی بر این اساس است که بازی یک مکانیسم و ابزار طبیعی کودک برای ابراز خود است [۲۱]. در بازی درمانی، نیاز کودکان به فعالیت های بدنی مورد توجه قرار می گیرد [۲۲]. بازی درمانی به این دلیل به عنوان یک روش درمانی مطرح شده است که بازی، به کودک امکان بروز احساسات را می دهد و از این طریق تعادل روانی - عصبی خود را باز می یابد. کودکان از طریق بازی احساسات، ناکامی ها و اضطراب های خود را بیان می دارند.

هدف عمده درمانگران، این است که بیماران به طور معناداری تغییر کنند. چنین نگرشی، در آزادی بیمار و درمانگر راجع به دستور جلسات درمان، نوع مداخلات و چگونگی استفاده از تکنیک ها، تأثیر بسزایی دارد. علاوه بر این، هر درمانگر می تواند درمان

^۱Abandoned child

^۲Abused child

^۳Deprived child

^۴Rejected child

را با سبک خودش تطبیق دهد و به کار گیرد. با توجه به این امر، در این مقاله به بررسی مقایسه ای اثربخشی طرحواره درمانی و بازی درمانی بر روی ذهنیت کودک آسیب پذیر در کودکان دارای اختلالات یادگیری پرداخته می شود.

روش

جامعه ی آماری شامل کودکان ۷ الی ۱۱ سال دارای اختلال یادگیری مراجعه کننده به کلینیک نوید مهر در فاصله ی زمانی دی ماه ۱۳۹۸ الی خرداد ماه ۱۳۹۹ می باشد. از میان افراد جامعه ۲۱ نفر به صورت داوطلبانه و هدفمند انتخاب شده و در سه گروه (۷ نفر بازی درمانی، ۷ نفر طرحواره درمانی و ۷ نفر کنترل) قرار گرفتند. گروه اول آزمایش تحت ۸ جلسه بازی و گروه دوم آزمایش تحت ۸ جلسه طرحواره درمانی قرار گرفتند. لازم به ذکر است جهت رعایت اصول اخلاقی، پس از اتمام پژوهش، گروه کنترل تحت درمان قرار گرفتند. جهت بررسی از پرسشنامه ذهنیت های طرحواره ای استفاده شد.

پرسشنامه ذهنیت های طرحواره ای: این پرسشنامه دارای ۱۲۴ سوال بوده و هدف آن سنجش ۱۴ ذهنیت طرحواره ای (ذهنیت کودک آسیب پذیر، ذهنیت کودک عصبانی، ذهنیت کودک غضبناک، ذهنیت کودک تکانشی، ذهنیت کودک بی انضباط، ذهنیت کودک شاد، ذهنیت تسلیم شده مطیع، ذهنیت محافظ بی تفاوت، ذهنیت خود آرام بخش بی تفاوت، ذهنیت خود بزرگ منش، ذهنیت زورگو و تهاجمی، ذهنیت والد تنبیه گر، ذهنیت والد پرتوقع، ذهنیت بزرگسال سالم) است. طیف پاسخگویی بر اساس لیکرت (هیچ وقت = ۱، به ندرت = ۲، گاهی = ۳، اغلب = ۴، مدام = ۵ و همیشه = ۶) می باشد. برای بدست آوردن امتیاز مربوط به هر بعد، مجموع امتیازات سوالات مربوط به آن بعد با هم جمع می شوند. برای بدست آوردن امتیاز کلی پرسشنامه، مجموع امتیازات همه سوالات با هم جمع می شوند. هر چه نمره فرد در این ذهنیت ها بیشتر باشد، حاکی از انعطاف پذیری آن ذهنیت است. بنابراین نمرات بالا نشانگر حاکمیت آن ذهنیت بر سیستم پردازش اطلاعات است. صولاتی و یکه یزدان دوست (۱۳۸۹) روایی پرسشنامه را در سطح آلفای بالای ۷۰ درصد برآورد کردند.

پژوهش حاضر از لحاظ هدف کاربردی بوده است و از لحاظ روش نیمه آزمایشی می باشد. پس از اجرای پیش آزمون، آزمودنی های گروه آزمایش در معرض متغیر مستقل (بازی درمانی و طرحواره درمانی) قرار گرفتند، اما روی گروه کنترل مداخله ای اعمال نشد. در پایان اجرای طرح، مجدداً از آزمودنی های هر دو گروه پس آزمون به عمل آمد.

جدول ۱: دیاگرام پژوهش

| گروه ها | انتخاب نمونه | پیش آزمون | متغیر مستقل | پس آزمون |
|---------|--------------|----------------|----------------|----------------|
| آزمایش | داوطلبانه | T ₁ | X ₁ | T ₂ |
| آزمایش | داوطلبانه | T ₁ | X ₂ | T ₂ |
| کنترل | داوطلبانه | T ₂ | - | T ₂ |

در هر هفته، یک جلسه برگزار می شد. محتوای هر جلسه شامل عنوان موضوعات و تکلیف بود. در جداول ۲ و ۳ خلاصه جلسات آورده شده است.

جدول ۲: شرح جلسات بازی درمانی

| جلسه | هدف |
|-------|---|
| اول | برقراری ارتباط مؤثر با کودکان و حفظ قوانین در طول جلسات |
| دوم | کنترل و رفع رفتارهای ترس آور |
| سوم | تسلط بر احساسات و هیجانات |
| چهارم | تسلط بر ترس ها و نگرانی ها |
| پنجم | مقابله با ترس ها و آشنایی با راه های برقراری ارتباط |
| ششم | کاهش اضطراب و تسلط بر هیجان های مخرب |

هفتم تسلط بر احساسات و هیجانات
 هشتم کنترل و تسلط بر افکار مطلوب و نامطلوب

جدول شماره ۳: شرح جلسات طرحواره درمانی

| جلسه | هدف |
|-------|--|
| اول | آشنایی، بیان قوانین کار و گروه، برقراری رابطه و آموزش خوب گوش دادن |
| دوم | معرفی انواع ذهنیت‌ها و بررسی مبانی طرحواره‌های ناسازگار |
| سوم | شناخت علل خشم با استفاده از تکنیک آدمک ذهنیت‌ها |
| چهارم | شناسایی ذهنیت‌های فعال با استفاده از کارت‌های ذهنیت |
| پنجم | بررسی ذهنیت‌های مختلف با استفاده از آدمک‌های خانواده |
| ششم | برون‌ریزی پرخاشگری با استفاده از آموزش تکنیک والد سرزنشگر |
| هفتم | آموزش مدیریت پرخاش با استفاده از تکنیک بادکنک‌ها |
| هشتم | پایان‌دهی به آموزش، جمع‌بندی و مرور آموخته‌ها |

یافته‌ها

جدول شماره ۴: میانگین، انحراف استاندارد برای نمرات متغیرهای پژوهش در پیش‌آزمون و پس‌آزمون

| گروه | پیش‌آزمون | | پس‌آزمون | |
|---------------------|-----------|------------------|----------|------------------|
| | میانگین | انحراف استاندارد | میانگین | انحراف استاندارد |
| گروه بازی درمانی | ۳۳/۳۴ | ۴/۵۳ | ۲۲/۳۲ | ۳/۷۴ |
| گروه طرحواره درمانی | ۳۴/۴۳ | ۴/۳۹ | ۲۵/۳۰ | ۳/۳۳ |
| گروه کنترل | ۳۵/۳۰ | ۴/۸۰ | ۳۴/۶۰ | ۳/۰۹ |

مطابق اطلاعات حاصل از جدول، نمرات ذهنیت کودک آسیب پذیر در گروه بازی درمانی و طرحواره درمانی در پس‌آزمون نسبت به پیش‌آزمون کاهش داشته است.

جدول شماره ۵: نتایج آزمون لون برای بررسی مفروضه برابری واریانس

| آماره F | درجه آزادی ۱ | درجه آزادی ۲ | سطح معناداری |
|---------|--------------|--------------|--------------|
| ۰/۴۲۷ | ۲ | ۱۸ | ۰/۴۹۵ |
| ۰/۵۷۴ | ۲ | ۱۸ | ۰/۴۳۷ |

با توجه به جدول فوق، F بدست آمده معنی دار نیست. بنابراین تساوی واریانس ها برقرار است و اجرای کوواریانس امکان پذیر است.

جدول شماره ۶: خلاصه تحلیل کوواریانس در گروه های آزمایش و کنترل

| سطح معناداری | F | میانگین مربع | درجه آزادی | مجموع مجزورات | |
|--------------|-------|--------------|------------|---------------|----------------|
| ۰/۰۰۶ | ۸/۷۵۷ | ۱۴۷/۲۵۶ | ۱ | ۱۴۷/۲۵۶ | بازی درمانی |
| ۰/۰۰۴ | ۹/۸۹۳ | ۱۵۷/۱۸۵ | ۱ | ۱۵۷/۱۸۵ | طرحواره درمانی |

همان گونه که در جدول مشاهده می شود، بین دو گروه اثر اختلافی وجود دارد. به عبارت دیگر، بازی درمانی و طرحواره درمانی در کاهش ذهنیت کودک آسیب پذیر در کودکان دارای اختلال یادگیری اثربخش می باشد.

بحث و نتیجه گیری

نتایج پژوهش نشان داد هم بازی درمانی و هم طرحواره درمانی در کاهش ذهنیت کودک آسیب پذیر در کودکان دارای اختلال یادگیری اثربخش می باشد. در همین راستا انباردار (۱۳۹۵) در پژوهشی نشان داده است که طرحواره درمانی تأثیر معناداری بر کاهش باورهای غیرمنطقی دانش آموزان داشته است که با نتایج پژوهش حاضر همسو بود.

در بازی درمانی از زبان کودک برای برقراری ارتباط استفاده می شود، مقاومت کودک از بین می رود و ارتباط مناسبی بین درمانگر و کودک برقرار می شود. درمانگر با بازی پا به دنیای کودک می گذارد، بنابراین کودک حس می کند که درک می شود و با برون ریزی و هدایت بازی درمانگر، افکار و رفتارهای صحیح را جایگزین افکار و رفتارهای ناکارآمد می کند. علاوه بر این طرحواره های ناسازگار اولیه برای فهمیدن رفتار دیگران، احکامی صادر کرده و تعیین می کنند که ما چه احساسی داشته باشیم و چه رفتاری از خود در مقابل دیگران نشان دهیم. یکی از ناسازگارترین ویژگی طرحواره ها این است که هر اطلاعاتی را که با خودشان مخالف باشد نادیده می گیرند. وقتی گفته می شود طرحواره ها ناسازگار هستند و افکار و رفتار ما را تعیین می کنند به این معناست که افکار، رفتار و احساس هایی که از طرحواره نشأت می گیرند نیز ناسازگار هستند. در این صورت هر چه شدت ناسازگاری طرحواره ها بیشتر باشد، رفتار بیشتر ناسازگار می شود. طرحواره درمانی با زیر سؤال بردن طرحواره های ناسازگار که علت اصلی شکل گیری افکار ناکارآمد و غیرمنطقی است، از نظر هیجانی نیز باعث تخلیه عواطف و هیجانات منفی مدفون شده می گردد. با الگوشکنی رفتاری، تلاش می کند به جای الگوهای رفتاری که مطابق با طرحواره های ناسازگار است، سبک های سالم تری را جانشین سازد. به علاوه موجب جایگزین شدن ذهنیت های سازگار (بزرگسال سالم) به جای ذهنیت های ناسازگار (کودک آسیب پذیر) می گردد. بدین ترتیب مداخله و بازسازی در سه سطح شناختی، هیجانی - عاطفی و رفتاری در نهایت می تواند به کاهش باورها و طرحواره های ناسازگار و تعدیل الگوهای رفتاری که مخرب و آسیب رسان هستند، منجر شود و بدین سان نوجوانانی که طرحواره درمانی را دریافت نموده اند، می توانند با استفاده از تکنیک های شناختی، طرحواره های مرتبط با آسیب پذیری و خطر که با عدم تحمل، بلا تکلیفی و اضطراب و ذهنیت های کودک آسیب پذیر و والد سرزنشگر و یا حتی سایر ذهنیت های منفی، مرتبط را تعدیل نموده و با بازسازی این طرحواره ها بتوانند زندگی بهتر و سالم تری را داشته باشند.

منابع و مراجع

۱. Casey, J. (2012). A model to guide the conceptualization, assessment, and diagnosis of Nonverbal learning disorder. *Canadian Journal of School Psychology*, 27 (1), 35–57.
۲. Mcquillan, MK., Coleman, GA., Tucker, CR. & Thompson, AL. (2011). *Guideline for identifying children with learning disability*. Connecticut State: Department of Education.
۳. American Psychiatric Association (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (5th ed)*. Washington, DC: Auteurs.
۴. محمدی مولود، س؛ مصرآبادی، ج و حبیبی، ر (۱۳۹۹). اثربخشی مداخله های آموزشی و درمانی بر اختلال یادگیری ویژه: یک مطالعه فراتحلیلی، فصلنامه کودکان استثنایی، سال بیستم، شماره ۲، ۱۳۰-۱۱۵
۵. ابوالقاسمی، ا؛ رضایی جمالویی، ح؛ نریمانی، م و زاهدبولان ا (۱۳۹۰). مقایسه شایستگی اجتماعی و مؤلفه های آن در دانش آموزان دارای ناتوانی یادگیری و دانش آموزان با پیشرفت تحصیلی پایین، متوسط و بالا، مجله ناتوانی یادگیری، ۱، ۲۳-۶
۶. Vaughn S, Elbaum B, Boardman AG. (2001). The social functioning of students with learning disabilities: implications for inclusion. *J Exceptionality*: ۱: ۶۵-۴۷.
۷. Heiman T, Berger B. (2008). Parents of children with Asperger syndrome or with learning disabilities: Family environment and social support. *Res Dev Disabi*: ۲۹: ۲۸۹
۸. یانگ، ج (۱۹۵۰). شناخت درمانی اختلالات شخصیت: رویکرد طرحواره محور. ترجمه علی صاحبی و حسن حمیدپور (۱۳۹۰). تهران: ارجمند
۹. آقای گلدیانی، پ و غیائی، ز (۱۳۹۹). بررسی اثربخشی طرحواره درمانی گروهی بر روی ذهنیت کودک آسیب پذیر و والد سرزنش گر در نوجوانان، سومین کنفرانس بین المللی روانشناسی، مشاوره، تعلیم و تربیت
۱۰. بخشی پور رودسری، ع و منصوری، ا (۱۳۹۰). مقایسه ابعاد اسکیزوتایپی با توجه به الگوهای دلبستگی در دانشجویان دانشگاه تبریز، مجله تحقیقات علوم رفتاری، ۹(۱)، ۲۴-۳۲
۱۱. اخوتی، ف و جمشیدی، س (۱۳۹۶). ماهیت طرحواره و تشریح طرحواره های ناسازگار اولیه، اولین همایش ملی پژوهش های علوم اجتماعی و علوم رفتاری ایران، ۱۴-۱
۱۲. Klosko. J. & Young, J., (2004). Cognitive Therapy of borderline personality disorder, In R. L. Laethy (Ed), *Contemporary cognitive therapy – theory, research, an Patctice*, 269 – 298.
۱۳. Young, J. E., Klosko, J. S., & Weishaar, M. E. (2003). *Schema therapy: Apractitioner’s guide*. New York, NY: Guilford Press.
۱۴. Guner O. (2017). Psychometric Properties and Normative values of Early Maladaptive Schema Questionnaires Set for Children and Adolescents (SQS). *Clinical psychology & psychotherapy*; 24(2):534-54. 22.
۱۵. صلواتی، م؛ یکه یزدان دوست، ر و کیوانی، ه (۱۳۹۰). راهنمای پزشک روانشناس بالینی، چاپ اول، تهران: دانشجو
۱۶. هنردوست، ن (۱۳۹۴). گزارشی از چندین کتاب در مورد طرح درمانی. مطالعات روانشناسی بالینی؛ ۵ (۱۸): ۱۶۷-

۱۷. عبدی، ا (۱۳۹۶). ارزیابی اثربخشی بازی درمانی و قصه درمانی بر افزایش مهارت های رفتاری و کاهش اختلالات رفتاری کودکان کار مهاجر افغان، پایان نامه کارشناسی ارشد، دانشگاه آزاد، تفرش
۱۸. Ginsburg, K. R. (2007). The importance of play in promoting healthy child development and maintaining strong parent-child bonds. *American academy of pediatrics*, 119(1), 182-191.
۱۹. Homeyer, L. E; & Morrison, M. O. (2008). Play therapy; practice; issue and trends. *American journal of play*, 12(3), 210-228.
۲۰. Tekin, G; & Sezer, O. (2010). Applicability of play therapy in Turkish early childhood education system: today and future. *Procedia social and behavioral sciences*, 5, 50-54.
۲۱. Samadi, A. (2012). *Play therapy, theories, research and intervention methods*, Tehran: Danjeh Publishing
۲۲. لندرث، ج (۱۳۹۱). بازی درمانی، فن ارتباطات، ترجمه فروزنده داورپناه، تهران: انتشارات رشد

