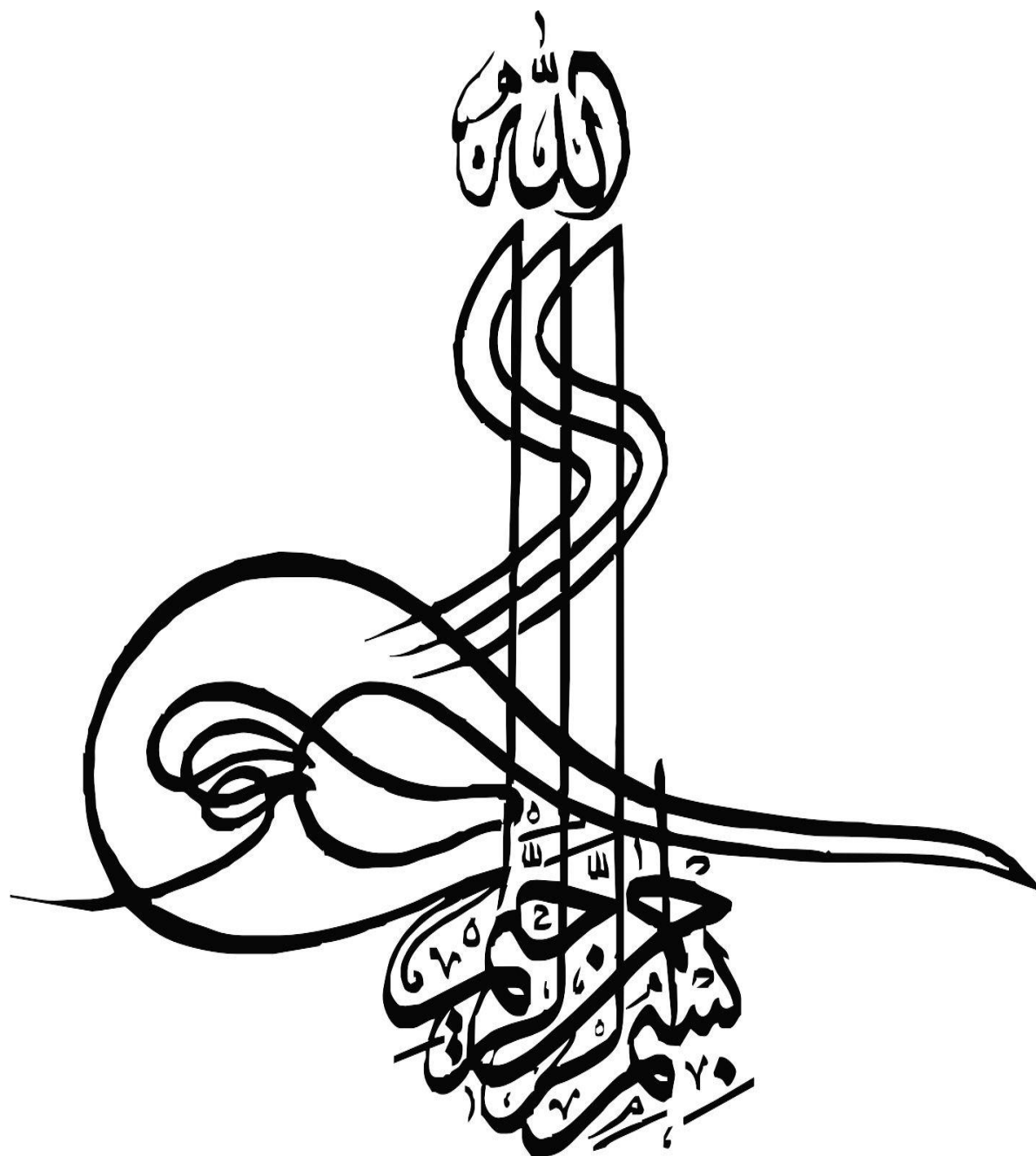


دانلود فایل word این پایان نامه همراه با منابع فارسی و لاتین

به صورت کامل از اینجا



عنوان:

تأثیر بازی درمانی گروهی برای کاهش کمرویی دانش
آموزان پیش دبستانی اصفهان

استاد مربوطه:

دانشجو:

فصل اول

کلیات پژوهش

در دنیای امروز، یکی از معضلات روانشناختی برای متخصصان روانشناسی، مسأله ی کمرویی^۱ کودکان و نوجوانان است. در حقیقت، این مشکل زمانی از اهمیت زیاده‌تری برخوردار می‌شود که کودک به محیط آموزش اجباری مدرسه وارد می‌شود (بولت، میرس، واندن بوس و وستنبرگ^۲، ۲۰۱۹). در هر جامعه‌ای، درصد قابل توجهی از کودکان، نوجوانان و بزرگسالان با این اختلال رفتاری و بازدارنده رشد شخصیت اجتماعی مواجه هستند و در بسیاری از مواقع، کمرویی اصلی‌ترین مانع شکوفایی قابلیت‌ها، خلاقیت‌ها و ایفای مسئولیت‌ها است (ویلسون و هندرسون^۳، ۲۰۲۰). کمرویی، در حالت تخصصی، به کناره‌گیری، اضطراب و یا احساس ناراحتی در وضعیت‌های برقراری رابطه با دیگران گفته می‌شود (آنتونی و سوین سون^۴، ۲۰۱۶). کمرویی، توجه غیر عادی و مضطربانه به خویش‌شن در یک موقعیت اجتماعی است، که در نتیجه آن فرد دچار تنش روانی عضلانی شده و شرایط عاطفی و شناختی وی متأثر گردیده و زمینه بروز رفتارهای خام و ناسنجیده و واکنش‌های نامناسب در وی فراهم می‌شود (افروز، ۱۳۹۸). جیک و باس^۵ (۱۹۸۱)، کمرویی را بعنوان واکنش‌های منفی فرد به افراد ناآشنا یا آشنایان نسبی تعریف کرده‌اند؛ به طوری که کمرویی باعث احساس تنهایی در فرد شده، و بر نوع و شدت افکار و رفتار فرد تأثیر می‌گذارد. باور بر این است که در این کودکان، برقراری و حفظ روابط دوطرفه و سالم اجتماعی دشوار بوده و تنهایی و انزوا را بیشتر تجربه می‌کنند (بلین و کروکر^۶، ۲۰۱۵). در حقیقت، داشتن این نوع تجربه ی منفی باعث کاهش تمایلات اجتماعی و ارتباطات بین فردی می‌شود. برای مثال، نتایج تحقیق افروز (۱۳۹۸) نشان داده است که کمرویی، ناتوانی و معلولیت فرد در برقراری ارتباط

¹ shyness

² Blote, A. W., Miers, A. C., den Bos, E., & Westenberg, P. M

³ Wilson, M., & Henderson, H

⁴ Antony, M. M., & Swinson, R. P

⁵ Cheek, J. M., & Buss, A. H

⁶ Blaine, B., & Crocker, J

است و تنهایی مشکل انسان در فقر ارتباطی است. چرایی اهمیت کمرویی به این مهم برمی گردد که تجربه ی آن در میزان بالا به رشد همه جانبه ی انسان تأثیر می گذارد؛ به طوری که رها کردن، بی توجهی و عدم درمان به موقع این مشکل روانشناختی می تواند نتایج نامطلوب اجتماعی، شناختی، هیجانی و رفتاری را در پی داشته باشد (ویتو کوسکا و روگوزا^۱، ۲۰۱۹).

افراد کمرو فاقد مهارت اجتماعی و عزت نفس هستند ولی در عین حال به شدت مایلند خودشان را به عنوان انسان های اجتماعی معرفی کنند، در نتیجه در روابط بین فردی غیر ماهرانه عمل می کنند و دچار تجربه منفی در برقراری ارتباط اجتماعی می شوند اگر در ارتباط با رفتارهای غیر اجتماعی این افراد چاره های اندیشیده نشود فرد دچار استرس های شدید می شود و زمینه را برای بروز خطرناک ترین بیماری های شدید روانی مانند اسکیزوفرنی و افسردگی فراهم خواهد شد (پول، کریستی و ریان^۲، ۲۰۱۷).

در میان تلاش برای یافتن موثرترین روش های درمانگری و بررسی پژوهش های متعدد (فارمر^۳ و همکاران، ۲۰۱۲)، بازی درمانی یک تکنیک درمانی کودک است که برای درمان مشکلات و اختلالات کودکان مورد استفاده قرار می گیرد. هر چند کاربردهای بازی درمانی برای کودکان مشکل دار در مقالات مختلف مورد تأکید قرار گرفته است ولی اندازه گیری رفتارهای مشکل دار، هدف و تظاهرات تغییر آن به ندرت گزارش شده است. از بازی درمانی در درمان انواع اختلالات کودکان مثل افسردگی کودکان، ترس های کودکان، مشکلات رفتاری که ریشه اضطرابی دارند، شب ادراری، ناخن جویدن، دروغ گفتن، پرخاشگری، بیش فعالی، کمبود توجه و غیره استفاده و در بسیاری از موارد، مؤثر ارزیابی شده است (گراهام، ۱۹۹۸؛ هانسر، میسلر و اووز^۴، ۲۰۱۴).

با توجه به اینکه کمرویی شیوع نسبتاً بالایی دارد و مشکلات زیادی را برای کودک، والدین، معلمان و جامعه به وجود می آورد و از طرف دیگر در کشور ما تحقیقات کمی در زمینه مداخله های درمانی برای

¹ Kwiatkowska, M. M., & Rogoza, R

² Poole, Kristie L., Ryan J

³ Farmer EM

⁴ Hanser S, Meissler K, Ovevs R

کنترل و درمان این مشکل انجام گرفته است. هدف کلی در تحقیق حاضر بررسی تاثیر بازی درمانی گروهی برای کاهش کمرویی دانش آموزان پیش دبستانی اصفهان می باشد.

۲-۱. بیان مسئله

یکی از مشکلات عمده که تأثیر بازدارنده و مهمی بر کارآمدی و پویایی کودکان دارد و از شکل گیری سالم هویت و نیز شکوفایی استعدادها و قوای فکری و عاطفی در آنان جلوگیری می کند، مشکل در برقراری ارتباط اجتماعی در کودکان است. عده ای توانایی برقراری ارتباط صحیح با دیگران را ندارند (گلد فرید و دیویسون^۱، ۲۰۱۸). در حالی که مدت هاست که علاقه ای بر تمرکز علمی روی تعاملات مثبت و منفی پیدا شده است و به نوجوانانی که از تعامل پرهیز می کنند، بسیار کمتر توجه شده است (رابین و کاپلان^۲، ۲۰۱۰). یکی از مهمترین دلایل، مشکل در برقراری ارتباط و کمرویی^۳ دانش آموزان است. در سی سال گذشته کمرویی یک مسأله خیلی مهم و مورد علاقه بوده و پژوهشگران را به پژوهش برای درک این پدیده سوق داده است (لیری^۴، ۱۹۸۹، زیباردو^۵، ۱۹۷۷، کویدمیر و دمیر^۶، ۲۰۰۸). احساس خجالت و کمرویی از مشکلاتی است که اغلب جوانان در ذهن دارند و یکی از مهمترین دلایل مشکل در برقراری ارتباط دانش آموزان است، که به مشکلاتی از قبیل افت تحصیلی و ناتوانی در استفاده از توانایی های بالقوه منجر فرد می شود (پول و اشمیت^۷، ۲۰۱۹).

افراد کمرو نه فقط تصویری منفی از خود در ذهن دارند، بلکه درباره خود به قضاوت های غیر طبیعی می پردازند و احساس می کنند که دیگران آنها را قبول ندارند (لیزژیک، اکیوز، دوکان و کوگو، ۲۰۰۶؛ به نقل از منتظر غیب و قدسی، ۱۳۸۸). یافته های پژوهشی مؤید آن است که کمرویی با مقادیر متفاوتی از

¹ Goldfried, M., & Davison, G.C

² Rubin, Kenneth. H., Coplan, Robert. J

³ shyness

⁴ Cheek, & S.R. Briggs

⁵ Zimbardo, P.G

⁶ Koydemir, S., & Demir, A

⁷ Poole, K. L., & Schmidt, L. A

اضطراب، افسردگی (دیل و اندرسون^۱، ۱۹۹۹)، عزت نفس پایین و احساس تنهایی (جونز، بریگز و اسمیت^۲، ۱۹۸۹) رابطه دارد. نتایج پژوهش درخشانی، حسینیان و یزدی (۱۳۸۵) نشان داد که آموزش مهارت های اجتماعی (ابراز وجود) کمرویی دانش آموزان را کاهش می دهد. چک و باس^۳ (۲۰۰۹) در مطالعات خود به این نتیجه دست یافتند که کمرویی با مردم آمیزی پایین یکسان نیست؛ در حالی که مردم آمیزی با دیگران به صورت یک برتری در مقابل تنهایی است. یافته های پژوهشی که در پاکستان انجام شد نشان داد که ایجاد انگیزه و دلگرمی دادن ممکن است بر کاهش کمرویی و افزایش اعتماد به نفس پایین پسران غلبه کند (اجمل و همکاران^۴، ۲۰۱۱؛ ارسلان^۵ و همکاران، ۲۰۱۷).

رویکردهای متفاوتی در روان درمانی کودکان مورد استفاده قرار گرفته است. اما صرف نظر از جهت گیری خاص آنها، تقریباً همه آنها دارای یک باور مشترک هستند. استفاده از بازی با محیط بازی، ویژگی اجتناب ناپذیر تشخیص و درمان کودکانی است که مشکل دارند (گولد^۶، ۲۰۱۴). به طوری که نتایج برخی از پژوهش ها نشان داده است که بازی درمانی بر رشد شناخت اجتماعی کودکان تأثیرات مثبتی داشته است (نسائی مقدم و همکاران، ۱۳۹۳).

بازی یک روش صحیح و درست برای درمان کودکان است. زیرا کودکان اغلب در بیان شفاهی احساساتشان با مشکل روبرو هستند. کودکان می توانند از طریق بازی موانع را کاهش دهند و احساساتشان را بهتر نشان دهند (پدرو و کارو^۷، ۲۰۰۵).

بازی درمانی از جمله تکنیک های درمانی کودکان است که برای درمان مشکلات و اختلالات آنان مورد استفاده قرار می گیرد. این تکنیک در درمان انواع اختلالات کودکان مثل افسردگی، اضطراب و مشکلات رفتاری استفاده شده و در بسیاری از موارد مؤثر ارزیابی شده است (هانسر^۸ و همکاران، ۲۰۰۰). شافر به

¹ Dill, J.C., & Anderson, C.A

² Jones, W.H., Briggs, S.R., & Smith, T.G

³ Cheek, J.M., & Buss, A.H

⁴ Ajmal, M

⁵ Arslan, C

⁶ Gould

⁷ Pedro-Carrol

⁸ Hanser

نقل از تامپسون و رودلف در خصوص اثرات بازی درمانی بر کودکان، معتقد است که در هم شکستن مقاومت در کودک، ایجاد لیاقت و توانایی، پالایش، تفکر خلاق، تخلیه هیجانی، ایفای نقش، خیال پردازی، آموزش نمادین، ایجاد و ارتقای رابطه و دلبستگی، هیجان مثبت و غلبه بر ترس های مربوط به دوران رشد از فواید بازی درمانی برای کودک می باشد (السی^۱، ۲۰۰۵). بازی درمانی یک شیوه ی موثر برای کاهش اضطراب کودکان در طول زمان است. بازی با نقش درمانی خود فرصتی را برای کودک فراهم می آورد تا بتواند نگرانی ها و نارضایتی هایش از محیط را تخلیه و عواطفش را بیان کند. بازی درمانی هم چنین نقش پالاینده روانی برای کودک دارد و از شدت ناکامیها کاسته و نقشه های مفیدی را برای حل مشکلات در حین بازی به کودک ارائه می کند (محمود علیلو و همکاران، ۱۳۹۴). پژوهش هایی درباره کارآمدی بازی درمانی روی اختلالات روانی و هیجانی کودکان انجام گرفته است که از آن جمله می توان به مطالعه های جی یوم شین (به نقل از السی، ۲۰۰۵) اشاره کرد. وی در پژوهشی تاثیر بازی درمانی کوتاه مدت را روی اضطراب و افسردگی کودکانی که زلزله چین را تجربه کردن مورد بررسی قرار داد و نتایج نشانگر کاهش چشمگیر مقدار سطح اضطراب، فوبی و احتمال خطر خودکشی پس از بازی درمانی بود. تاکنون تاثیر بازی درمانی روی سازگاری اجتماعی و روان شناختی کودکان (دوگرتی^۲، ۲۰۰۶)، مراحل گوناگون رشد کودکان (باگرلی و لندرهث^۳، ۲۰۰۱)، اضطراب و افسردگی و افزایش سطح حرمت خود (برت، ۲۰۱۲) مورد بررسی قرار گرفته و نتایج حاکی از آن است که بازی درمانی توانسته به بهبود موارد ذکر شده بینجامد.

بنابراین با توجه به آنچه که گفته شد پژوهش حاضر به دنبال پاسخگویی به این سوال است که آیا بازی درمانی گروهی برای کاهش کمرویی دانش آموزان پیش دبستانی اصفهان تاثیر دارد؟

۳-۱. اهمیت و ضرورت

¹ Althy

² Dougherty

³ Baggerly & Landreth

بدون تردید در دنیای پیچیده امروز، یعنی در عصر ارتباطات سریع و پیوندهای اجتماعی، ضرورت هرچه بیشتر تعاون و همکاری و همفکری های علمی، حضور فعال فرهنگی، پدیده کمرویی یک معلولیت اجتماعی است. چه افرادی با بسیاری از قابلیت ها و استعداد ها، به دلیل کمرویی قادر به فعلیت رساندن توانمندی های خود نیستند.

پدیده کمرویی به عنوان یک معلولیت اجتماعی، چنانچه به موقع تشخیص داده نشود و درمان نگردد ممکن است آثار نامطلوبی به همراه داشته باشد و رشد شناختی، عاطفی و اجتماعی فرد را به طور جدی متأثر سازد. کمرویی یک ناتوانی و معلولیت فراگیر اجتماعی است و در هر جامعه ای درصد قابل توجهی از کودکان، نوجوانان و بزرگسالان با این اختلال رفتاری و عامل بازدارنده رشد شخصیت اجتماعی، مواجه هستند.

جوامع انسانی هر قدر که پیشرفته باشند و نیازهای اقتصادی و اجتماعی و دیگر نیازهای افراد به آسانی برآورده شود باز هم در زندگی افراد، موقعیت هایی پیش خواهد آمد که عزت نفس و احترام به خود آنها را به چالش بطلبد و تهدیدشان کند. از این رو توجه به عوامل مؤثر در شخصیت و بررسی پیامدهای آن در افراد و کاوش راه حل هایی برای درمان و حل مشکلات رفتاری در افراد، ضرورت دارد (جعفری، ۱۳۸۸).

کمرویی همانند بسیاری از مشکلات رفتاری در افراد یک پدیده پیچیده و مرکب ذهنی- روانی و روانی اجتماعی است که به دلایل عدیده در دوران رشد به تدریج پدیدار می شود (ولف^۱ و همکاران، ۲۰۰۷). عارضه ای است که باعث می گردد کودک و نوجوان از برقرار کردن ارتباط با افراد محیط خارج دوری کنند. این کودکان و نوجوانان نوعاً با تقلیل یافتن علایق ذهنی و عاطفی نسبت به اطرافیان خود از داشتن دوستان نزدیک و صمیمی محروم می گردند (مرادحاصل، ۱۳۸۲).

همچنین مواردی که در ذیل به آن اشاره شده دلیل بر اهمیت و ضرورت انجام این پژوهش بوده است:

- نیاز به تاثیر بازی درمانی گروهی برای کاهش کمرویی دانش آموزان پیش دبستانی اصفهان ؛

- عدم وجود پژوهشی جامع در این حوزه؛

¹ Wolf c

- ایجاد زمینه برای انجام پژوهش‌های بیشتر و همه‌جانبه در این حوزه.

نتایج حاصل از این پژوهش، می‌تواند چشم‌اندازی روشن و عملی برای مشاوران و روان‌درمانگران فراهم نماید. به علاوه، نتایج پژوهش می‌تواند مبنای نظری و عملی مناسبی برای کاهش مشکلات روان‌شناختی در موسسات مختلف آموزشی و درمانی از قبیل مراکز مشاوره در دانشگاه‌ها، کلینیک‌ها، مراکز توانبخشی و غیره قرار گیرد. لذا تاثیر بازی درمانی گروهی برای کاهش کمرویی دانش‌آموزان پیش دبستانی اصفهان ضرورت پیدا نمود.

۴-۱. اهداف

هدف کلی

تعیین تاثیر بازی درمانی گروهی برای کاهش کمرویی دانش‌آموزان پیش دبستانی اصفهان

هدف جزئی

تعیین تاثیر بازی درمانی گروهی برای کاهش مولفه‌های کمرویی (وابستگی، تنهایی، بی تفاوتی، کناره‌گیری، انفعالی، طرد شدگی) دانش‌آموزان پیش دبستانی اصفهان

۵-۱. فرضیه‌ها

فرضیه کلی

بازی درمانی گروهی برای کاهش کمرویی دانش‌آموزان پیش دبستانی اصفهان تاثیر دارد.

فرضیه جزئی

بازی درمانی گروهی برای کاهش مولفه‌های کمرویی (وابستگی، تنهایی، بی تفاوتی، کناره‌گیری، انفعالی، طرد شدگی) دانش‌آموزان پیش دبستانی اصفهان تاثیر دارد.

۶-۱. تعاریف مفهومی و عملیاتی متغیرها

کمرویی

تعریف مفهومی: زیملاردو (۱۹۷۷) بر این باور است که کمرویی توجه افراطی به خود، اشتغال ذهنی به افکار، احساسات و واکنش های جسمانی خود است که می تواند حداقل شامل یک ناراحتی اجتماعی ضعیف تا یک ترس اجتماعی بازدارنده و شدید باشد.

تعریف عملیاتی: در پژوهش حاضر منظور از کمرویی نمره ای است که فرد از چک لیست رفتاری کمرویی چیک و باس (۱۹۸۱) کسب می کند

بازی درمانی

تعریف مفهومی: بازی درمانی تکنیکی است که به وسیله آن طبیعت کودکان به صورت بیانی معنی می شود و روشی است برای مقابله با استرس های هیجانی و هم چنین برای کودکانی که دچار آشفتگی هایی هستند، به کار می رود. این تکنیک به کودکان اجازه می دهد مسائلی را که نمی توانند در محیط اطرافشان مطرح نمایند، در قالب بازی ارائه دهند و هیجانات منفی خود را نمایان سازند (پوتر^۱ و همکاران، ۲۰۰۷).

تعریف عملیاتی: منظور از بازی درمانی در این پژوهش، شرکت کودکان در بازی های گروهی می باشد، که بدین منظور پس از مشخص شدن نمونه های پژوهش از بین دانش آموزان شهر اصفهان و تقسیم تصادفی آنها به دو گروه آزمایش و یک گروه کنترل، انجام بازی درمانی طی ۹ جلسه آموزشی ۴۵ دقیقه ای و هفته ای ۳ جلسه با هدف بهبود علایم کمرویی بر روی افراد گروه آزمایش انجام شد.

¹ Porter, M.L

فصل دوم

ادبیات و پیشینه پژوهش

مقدمه

در هر پژوهشی مبانی نظری و طرح دیدگاههای نظریه پردازان از اهمیت ویژه ای برخوردار است. یکی از جنبه ها عمده و ضروری در هر پژوهش مطالعه منابع مربوط به موضوع مورد تحقیق است. در این راستا در این فصل ابتدا به بررسی مبانی نظری متغیرهای پژوهش پرداخته می شود و سپس پیشینه تحقیق مورد بررسی قرار می گیرد.

۱-۲. کمرویی

کمرویی پدیده ای جهانی است. پایه ای ترین یافته ی تحقیقات، راجع به کم رویی رایج، کاملاً گسترده و جهانی است. روان شناسان در تعریف می گویند: «کسی کم رو است که فاقد جرات است» یا به عبارتی کسی که تحت تأثیر فلج روانی قرار گرفته است. تأثیر کم رویی در توجهات است در «فعالیت های بدنی» و در «فعالیت های فکری» و فعالیت های «احساسی».

علت کم رویی: افراد کم رو عموماً به خاطر عدم تسلط بر مهارت های اجتماعی و یا فقدان اعتماد به نفس، کم رو می باشند. برخی از افراد بر مهارت های اجتماعی لازم جهت تداوم بخشیدن به حرکت نرم و روان ماشین ارتباطات بشری تسلط ندارند. آنان نمی دانند که یک گفت وگو را چگونه آغاز کنند یا در کلاس درس چگونه از سخن گو بخواهد بلندتر صحبت کند. در فعالیت های بدنی، کم رویی قربانی خود را از لحاظ روش، پخمه و چلمن، و از لحاظ رفتار غیرطبیعی و از لحاظ حرکات بی دست و پا می کند. تا آن جا که شخص بی دلیل سرخ شده و لرزش و طیش قلب می گیرد. در فعالیت های فکری هم کم رویی افکار قربانیان خود را مشوش کرده، آنان را از گفت وگوی منطقی ناتوان می سازد. از این جا اشتباهات و خبط هایی حاصل می شود که از همان افراد کم رو سر می زند، هم چنین سبب گنگی و دلسردی آنان می شود (آفتابی، ۱۳۹۲).

فرد کم رو باید در درجه ی اول، دقیقاً خود را مورد آزمایش و بررسی قرار دهد و قضاوت های غلط و نادرستی را که منشاء ناراحتی اش می باشد پیدا و کشف کند. در فعالیت احساسی، کم رویی مانع از آن

می شود که قربانیانش احساس درونی خود را به راحتی بیان کنند و ظاهری بی احساس به آن ها می دهد. دیگران تصور می کنند که افراد کم رو، فاقد قلب و روح می باشند در حالی که آن ها سرشار از محبتند ولی جرات ابراز آن را ندارند. شخص کم رویی می گوید: «من یک وکیل معروف هستم با این حال هر بار سخن می گویم احساس می کنم که شهرتم در خطر قرار می گیرد. این حالت چه در دادگاه یه در یک مهمانی ساده در من ایجاد می شود. حضور دیگران اعتماد به نفس مرا از بین می برد». شخص دیگری می گوید: «هنگامی که در جلسه امتحان شفاهی حاضر می شوم متانت استاد شخصیت مرا خرد می کند». از دیدگاه روان شناسان خجالت همیشه نشانه ای از ناراحتی عمیق تر روانی است (ژاگو، ترجمه بنی احمد ۱۳۹۲).

کمرویی یک پدیده پیچیده و مرکب ذهنی، روانی و اجتماعی است که به دلایل بیشتر در طول دوران رشد به تدریج پدیدار میشود و با دارو برطرف نمی شود. کمرویی اساساً رفتاری اکتسابی و آموخته شده است و برای درمان و برطرف کردن آن باید یاد گیری زدایی^۱ صورت گیرد و رفتار تازه و مطلوب اجتماعی در فرد فراگیر شود. اگر در مورد رفتار غیراجتماعی این قبیل جوانان چاره‌ای اندیشیده نشود فرد دچار استرس‌های شدید شده و احتمالاً خطرناکترین و حادثترین وضع را برای ابتلا به بیماریهای شدید روانی مانند اسکیزوفرنی و یا افسردگی خواهد داشت (زیمباردو و رادل^۲، ۲۰۰۱).

کمرویی یک مشکل فردی بی سر و صداست و چنان شایع گشته که می توان آن را یک بیماری اجتماعی نامید؛ زیرا کمرویی موجب اضطراب اجتماعی، هراس اجتماعی، عدم اعتماد به نفس، نداشتن مهارتهای اجتماعی و عدم سازگاری با جمع می‌شود (زیمباردو، ۲۰۰۰). کمرویی یک ناتوانی و معلولیت فراگیر اجتماعی است. در هر جامعه درصد قابل توجهی از کودکان، نوجوانان و بزرگسالان با این اختلال رفتاری و بازدارنده رشد شخصیت اجتماعی مواجهند. در بسیاری از مواقع، کمرویی، اصلیترین مانع شکوفایی قابلیت‌ها، خلاقیت‌ها و ایفای مسئولیت‌ها است (افروز، ۱۳۹۸). زیمباردو (۱۹۷۷) بر این باورند که کمرویی یک توجه افراطی به خود، اشتغال ذهنی به افکار، احساسات و واکنشهای جسمانی خود است که میتواند

^۱ Unlearning

^۲ Zimbardo & Radle

حداقل شامل یک ناراحتی اجتماعی ضعیف تا یک ترس اجتماعی بازدارنده و شدید باشد. زیملاردو (۲۰۰۰) بر این باور است که کمرویی احتیاط مفرط در روابط بین فردی است. به ویژه افراد کمرو از ابراز وجود میهراسند، درباره شیوه واکنش دیگران به خود بس یار حساسند و به سرعت دستپاچه میشوند و نشانه های جسمانی اضطراب مانند بالا رفتن ضربان قلب، سرخ شدن چهره و ناراحتی معده را تجربه می کنند.

۲-۱-۱. علل کم رویی

شخص کم رو یا خودش برای خودش ارزشی قایل نیست یا تصور می کند که دیگران برای او ارزشی قایل نیستند. هیچ کس دوست ندارد مورد تمسخر دیگران قرار بگیرد و ترس از این که چنین وضعی پیش بیاید شجاع ترین افراد را هم دچار کم رویی می کند. ولی باید گفت که افراد کم رو فاقد ارزش نمی باشند، چنین افرادی نه مضحک و مسخره هستند و نه دست و پا چلفتی و پخمه، فقط تصور می کنند که چنین هستند تا موقعی که این فکر غلط در مغز و نهادشان نقش بسته است و آن را از سر بیرون نکنند و اصلاح نشوند نخواهند توانست از این ضعف و زبونی نجات پیدا کنند.

نکته: بنابراین فرد کم رو باید در درجه ی اول، دقیقاً خود را مورد آزمایش و بررسی قرار دهد و قضاوت های غلط و نادرستی را که منشاء ناراحتی اش می باشد پیدا و کشف کند.

انجام چنین تحلیلی، همیشه ساده و آسان نیست. مطالبی که در زیر مطرح می شوند خواننده را در چنین بررسی و تجربه و تحلیلی کمک خواهد کرد. در این جا به خلاصه ای از عقاید و نظرات غلطی که عادی ترین علل کم رویی است اشاره می شود.

اولین علت کم رویی: تحقیر نابه جای خود است. بعضی افراد خود را از لحاظ فکری ضعیف و حقیر می شمارند. آن چه را می نویسند و می گویند به نظرشان پوچ و بی ارزش می رسد. ترس از آشکار شدن حالت معمولی و متعادل خود و ترس از این که با رفتار و گفتار نامعقول خود مورد تمسخر و استهزای دیگران قرار گیرند. دهان آن ها را می بندد (آفتابی، ۱۳۹۲).

دومین علت کم رویی: پخمگی خیالی است. بعضی افراد معتقدند که ظاهرشان فاقد ظرافت، رفتارشان ناشیانه، چلمن و ورودشان به جایی سبب کنجکاوای مسخره آمیز می شود. این فکر و خیال که

مبتنی بر هیچ پایه ای نمی باشد بر طرز رفتار آنان تأثیر می کند و آن ها نمی دانند چه بکنند و کجا باید بنشینند. با این حال نباید عقیده ی غلط فرد کم رو را با بی اطلاعی واقعی از عادت همگانی اشتباه کرد. عادات و رسوم به وسیله ی خانواده، معلم، مطالعه، مشاهده، رفت و آمد در محافل و با نزاکت فرا گرفته می شود.

سومین علت کم رویی: ترس بی دلیل از مسخره کردن دیگران است، بعضی از افراد کم رو، حتی جرات نمی کنند لطف و محبت خود را نسبت به افراد خانواده شان ابراز کنند. کلمات دوستی، تشکر و سپاس، رحم و شفقت و مهربانی که بر حسب موارد مختلف مطرح می شوند در گلوی آن ها خفه می شوند. این نوع افراد اجازه می دهند تحت فشار نوعی شرم و حیای پوچ و بی مورد فلج شوند و خون سردی ظاهری آن ها سبب ناراحتی دیگران شود، همان طوری که خودش هم سبب ناراحتی آنان می شود.

چهارمین علت کم رویی: عدم اعتماد، بعد از شکست است. چنین افرادی تصور می کنند، تمام مردم دنیا از شکست او خبر دارند و او را خانه خراب تلقی می کنند. این فرد، تعادل ذهنی خود را از دست می دهد و از حضور در جمع نگران و ناراحت می شود. حتی جرات نمی کند دیگر با افرادی چون دوستان، هم کاران و... که احتمالاً به او توصیه هایی می کنند روبه رو شود (آفتابی، ۱۳۹۲).

پنجمین علت کم رویی: مبالغه کردن در اهمیت یک عیب است. گاهی عیب واقعاً در کسی هست و همین عیب کم رویی اوست که این عیب برای او بیش ترین احساس بد را ایجاد می کند، بدون آن که صفات خوب خود را به خاطر آورد و به آن ها مبالغهات کند. اولین چاره درمان کم رویی؛ شناخت چگونگی ظاهر شدن کم رویی فرد است این که در چه مواقعی، در برخورد با چه کسانی دچار چه حالتی می گردد. پس اولین شرط معالجه، روشن بینی شخص است. مثال زیر شما را کمک و راهنمایی می کند.

دیگران تصور می کنند که افراد کم رو، فاقد قلب و روح می باشند در حالی که آن ها سرشار از محبتند، ولی جرأت ابراز آن را ندارند.

فرض می کنیم که شما در کانون خانواده ی خود و بین هم سایگان و دوستان، کاملاً احساس راحتی می کنید. در خارج از این چارچوب، محدود افرادی هستند که به هیچ وجه مزاحمتی برای شما ایجاد نمی کنند. در عوض به هنگام دیدن فلان شخص (خانم یا آقا) دچار کم رویی می گردید و دچار بی دست و پایی و نازرنگی می شوید در نتیجه خاموش می شوید. بنابراین کدام فکر غلط است که به عمق وجود شما خطور کرده و استعدادهای شما را فلج می کند؟ آیا ارزش فکری یا اجتماعی فلان آقا یا خانم در شما چنین احساسی را ایجاد می کند یا جایگاه خصوصیات فردی آن ها که شما خود را هم سطح آن ها نمی بینید و دچار فقدان استعداد و توان روحی می شوید. در وجدان خود جست و جو کنید. زوایای مخفی آن را صادقانه و به دقت بررسی و موشکافی کنید. باید به هر قیمتی که باشد «افکاری» را که در ذهن خود و درباره ی خود دارید پیدا و کشف کنید تا برای همیشه آن ها را از ذهن خود بیرون بریزید. یکی دیگر از تمرینات که برای مقابله با کم رویی تجویز می شود، این است که از تلقین به نفس استمداد بخواهیم. برای این منظور از دستورالعمل های زیر یا دستورالعمل های مشابه دیگر استفاده کنید. کم رویی در پرتو کمی ثبات به راحتی اصلاح می شود. می خواهیم خود را از آن نجات دهیم. مطمئن هستیم که کاملاً از این آزمایش سربلند بیرون خواهیم آمد (آنتونی، ترجمه نونهال، ۱۳۹۱).

۲-۱-۲. کمرویی و انزوا طلبی

از نظر متخصصان بهداشت و سلامت روان ، کمرویی و انزوا طلبی در حکم یک اختلال رفتاری ، از جدی ترین مشکلات کودکان و نوجوانان است.

«کمرویی» توجهی غیر عادی و مضطربانه به خویشتن در موقعیت های اجتماعی است که به دنبال آن ، فرد دچار نوعی تنش روانی - عضلانی می شود و شرایط عاطفی و شناختی او تحت تأثیر قرار می گیرد و موجب بروز رفتارهای خام و واکنش های نامناسب می گردد (آنتونی، ترجمه نونهال، ۱۳۹۱).

کمرویی واقعی کیست؟

کمرویی واقعی شخصی است که فرصت های خجالت کشیدن بیشتر از دیگران در اختیار او قرار می گیرد تا به جایی که آشکارا می توان گفت تمام روز خود را با این عارضه می گذرانند. او در این

حالت اگر بخواهد دست به ساده ترین کارها بزند و یا آسان ترین برخورد و رابطه را ایجاد نماید مثلاً تصمیم بگیرد به چنان وضع اسفناکی می افتد که هیچ کس جز خود او نمی تواند آن را توصیف نماید . چون در آن موقع در او عدم اعتماد به نفس ایجاد می شود و حالات هیجانی در او ظاهر می گردد . (مثل لکنت زبان و غیره) (آنتونی، ترجمه نونهال، ۱۳۹۱).

عمومیت آن :

این بیماری امری است که می توان گفت جنبه عمومیت دارد . دامنه آن بقدری است که حتی کمتر خانواده ای را سراغ داریم که فردی از آن دچار این حالت لااقل در مقطعی از سنین خود نباشد . بر اساس یک همه پرسی ۱۷ درصد کودکان مورد مطالعه این حالت را داشته اند . به صراحت می گوئیم که افسردگی و انزواجویی به صورت موقت و زود گذر در افراد عادی هم دیده می شود ولی کمتر نمایان است . این امر بدان خاطر است که اطفال در حال رشد هستند و تشخیص افسردگی در آن مشکل است و جست و خیز ها حتی اگر اندک هم باشند مانع آگاهی در این امر است . با همه این وسعت و کثرت احتمال تداوم آن در افراد حدود یک درصد است . و البته این احتمال در مورد زنان دوبرابر مردان و در سنین بالاتر به مراتب بیشتر از سنین پایین است . هم چنین بر اساس آماری بیماران افسردگی که میل به انزوا دارند ۲۵ - ۴۵ درصد بیماران روانی را تشکیل می دهند و افسردگی روانی حدود ۱۰ درصد کل آن را این نکته هم قابل ذکر است که عزلت طلبی در برخی از جوامع امری مستحسن شمرده می شود و طرفداران مذهب بودائی آن را وسیله ای برای رشد و تکمال بحساب می آورند ، درحالی که از نظر ما آن عزلتی برای دستیابی به مقصدی اندیشیده عامل رشد است که ارادی و آگاهانه باشد نه ناشی از مرض . (ژاگو، ترجمه بنی احمد ۱۳۹۲).

۲-۱-۳. سنین کمرویی

حال به این مبحث می پردازیم که اگر آدمی خجول و کمرو به دنیا نمی آمد ، پس چگونه در برخی مراحل عمر دچار کمرویی می شود. این حالت برحسب آن مرحله از دوران زندگی که شخص در آن قرار دارد، مورد بررسی و ارزیابی قرار می گیرد و اینکه اصولاً آیا این محیط و متن آن است که بر انسان تأثیر می گذارد و به صورت یکی از عناصر متشکله شخصیت او در می آید . علاوه بر آن ، با تأثیراتی که هر تجربه بر آدمی می گذارد، نحوه عکس العمل های او را در مقابل حادثات و رخدادها شکل می بخشد و این حالت در تمام مراحل زندگی موضوع شخصیت انسان می گردد(آنتونی، ترجمه نونهال، ۱۳۹۱).

کودکی

واکنش خجالت کشیدن معمولاً از این احساس زاده می شود که شخص خود را خلع سلاح و در یک موقعیت تازه در مخاطره می بیند و این حالت زمانی در او تشدید می شود که احساس می کند قادر به کنترل آن موقعیت نیست. اضطراب و دلهره را می توان همزاد خجالت دانست.

تأثیر و نفوذ تعلیم و تربیت در مبحث خجالت، مثل هر پدیده ی نفسانی دیگر، از اهمیت بسزایی برخوردار است ولی این را هم نباید از مد نظر دور داشت که شخصیت یک آدم کمرو بخصوص در سالهای اولیه حیات و بر اساس نحوه تربیت او شکل می گیرد (ژاگو، ترجمه بنی احمد ۱۳۹۲).

۲-۱-۴. آثار و نشانه های کمروی

۱- جلوه های فیزیولوژیک شامل:

- ناراحتی های ترشچی (عرق کردن ، به خصوص در نوک انگشتان) ، داشتن دست های مرطوب
- سرخ شدن چهره
- تشدید ضربان قلب ، اختلال در آهنگ تنفس و سرفه کردن هنگام صحبت
- خشک شدن بزاق دهان و گرفتن گلو ، سفت و سخت شدن تارهای صوتی که در آن ناگهان قدرت تکلم از بین می رود ، نفس می گیرد و کودک به لکنت می افتد (بخصوص در موقعیت های اجتماعی)

- خستگی شدید ، دلتنگی و بی حسی و عرق ریختن بعد از احساس خجالت (کمرویی) (افرزو، ۱۳۸۹).

۲- جلوه های رفتاری ، شامل:

- آهسته صحبت کردن
- داشتن دوستان کم
- عبوس بودن
- پافشاری نکردن روی عقیده
- نداشتن ارتباط بصری : یکی از رفتارهای آزار دهنده برای کودک کمرو، نگاه کردن مستقیم به مخاطبان است . او در بیشتر اوقات با گرفتن سر به پایین و چشم دوختن به زمین ، با مخاطب صحبت می کند.
- بازی با انگشتان(ژاگو، ترجمه بنی احمد۱۳۹۲).

۳- جلوه های روانی ، شامل :

- ضعف در اعتماد به نفس : آنان به دلیل ضعف در اعتماد به نفس ، در ارتباطات اجتماعی احساس بی کفایتی می کنند و در نتیجه در مقایسه با همسالان ، خود را کمتر از آن ها می دانند . اما علی رغم آن که از اجتماع دوری می کنند به ارزشیابی دیگران در مورد نحوه ی عملکرد خویش اهمیت فراوانی می دهند .
- تردید و نداشتن اطمینان : ناتوانی در تصمیم گیری و تردید فراوان از کمرویی در فرد حکایت دارد(افرزو، ۱۳۸۹).

• عدم نداشتن ابتکار عمل

اضطراب فراوان شخص کمرو موجب می شود تمام قوای شناختی او نظیر هوش و حافظه را تحت تأثیر قرار گیرد و خصوصاً حافظه او مختل گردد. از آن جا که فرد کمرو بیش از هرچیز توجه عادی و مفراطی به خویشتن دارد، از توجه به محیط و اموری که در اطراف او در جریان هستند، باز می ماند و این خود، موجب کاهش تمرکز فکر و خلاقیت می گردد.

نگرانی و تشویش

فرد کورو نگران است که مبدا مورد بی توجهی دیگران قرار گیرد. به این سبب نمی داند که کارها را چگونه انجام دهد و از خود می پرسد آیا تأثیر ذهنی خوبی بر دیگران گذاشته است یا خیر؟ هم چنین ممکن است از این که دیگران نظر مثبتی نسبت به او نداشته باشند، نگران باشد.

- داشتن شخصیت انفعالی: چنین فردی تلفیق پذیر است و سخنان دیگران را خیلی زود می پذیرد، عقاید و نظریات خود را بیشتر اوقات بر اساس عقاید و نظریات دیگران پی ریزی می کند و آرای خود را به راحتی تغییر می دهد.

تمایل به تنهایی کودک کمرو در کلاس و اماکن عمومی غالباً کنج خلوتی را انتخاب می کند و این ویژگی خصوصاً در دانش آموزان کمرو مشهود است که غالباً در انتهای کلاس می نشینند (ژاگو، ترجمه بنی احمد ۱۳۹۲).

انزواجوئی مثبت:

بدین سان که دیدیم گاهی ممکن است انزواجوئی در افراد باشد ولی با هدف مثبت مثلاً سرگرم انجام کاری باشند و در طریق خیر و نفع و مصلحتی گام بردارد. و یا در محیطی به دور از سر و صدا و ناراحتی به کار و تلاش سازنده ای اشتغال ورزد.

طبیعی است اگر کودک یا نوجوانی قصد داشته و بخواهد برای زندگی تحصیلی سرو سامانی را فکر کرده و یا در طریق خیر و سعادت اقدام کند ناگزیر است از جمع کناره گیری گرفته و در گوشه ای سرگرم گردد. می خواهیم بگوئیم هر آنگاه که طفل را بدو راز جمع و در گوشه ای دیدیم چنان تصویری برای ما پدید نیاید.

در عین حال کسانی هم هستند که بیمارند و یا به علل احساس گناه همواره در کار تنبیه خویشند و یا خویش را مستحق عذاب می دانند و بدین خاطر سر از عزلت و انزوا در می آورند (افروز، ۱۳۸۹).

۲-۱-۵. ریشه و علل کمرویی :

اینکه چه علت یا عللی سبب بروز این حالت در افراد است باید گفت انزواجوئی را علت واحد نیست . گاهی دو یا چند عامل دست به دست هم داده و موجبات آن را در فردی فراهم می آورند . ما را در این بحث ادعای آن نیست که همه جوانب و علل را در نظر داریم آنچه بیان می شود شامل بخشی از علل آن هم را رعایت اختصار است.

اما آن علل :

الف - علل شخصی : در این زمینه از مسائل و جوانبی باید بحث کنیم که برخی از آن ها به قرار زیرند :

عامل وراثت : عوامل مربوط به گذشته زندگی و روابط خونی و ارثی خود می تواند عملی در این رابطه به حساب آید . ازدواج های هم خونی در این رابطه نقشی مهم دارند .

- عامل زیستی : شامل کم کاری برخی از غدد در این زمینه مؤثر است . ویا ممکن است برخی از افراد از لحاظ انرژی و فعالیت روانی و جسمی دچار ضعف و سستی شوند و نتوانند وضع عادی داشته باشند .

- عامل عاطفی : شامل حسادت ، ناشی از تولدی جدید و یا حقارت موجب این امر است . در سنین مدرسه به عات فشار و هیجاناتی که ممکن است تحمل کند سبب می شود که کودک افسرده و دلشکسته شود و همه را دشمن و مخالف خود بداند و از آن ها دوری گیرد . بررسی های محققان نشان می دهد که اغلب افسردگی و انزوای کودکان با اختلال عاطفی در رابطه است .

- **عامل خودخواهی و غرور :** که در سایه ی آن طفل نمی تواند شکست را متحمل باشد و یا احساس کند که مورد غفلت والدین است و توان پایداری برای او نیست . او نمی تواند در برابر قید و بند ها انزجار خود را نشان ندهد .

- **عامل محرومیت و ناکامی :** که خود عامل مهم است . حتی افراد بزرگ تر را به انزوا و دوری از اجتماع می کشاند . خواه به خاطر شرم از مردم ، خواه به علت مقصر دانستن آن ها ، از دست دادن عزیزی هم می تواند در این رابطه مؤثر باشد .

- **عامل برتری جوئی :** به دین معنی که می خواهد بر دیگران پیروز باشد و به خاطر سلطه طلبی خود را به اصطلاح ع.ام دم دست دیگران قرار ندهد و عادت به آن امر خود سبب ناراحتی روانی و یا اختلال رفتار باشد.

- **عامل مرگ :** مرگ مادر برای کودک حادثه ای ناگوار است و در مواردی می توان عامل افسردگی و انزواجوئی شود و ممکن است پدر یا مادر زنده باشند ولی به علت خستگی و فرسودگی به کودک نرسد و متحمل آن نباشد .

- **عامل ترس :** اگر دائمی باشد و مخصوصاً اگر مقصود پنهان کردن آن باشد ممکن است زمینه را برای تمارض و انزواجوئی فراهم کند . گاه ممکن است ترس از تحقیر ، پرسیدن ، استهزا احساس کمتری مزمن باشد.

- **عامل نقص :** برخی از کودکان دچار انزوا می شوند بدان خاطر که نقص عضوی دارند ، نمی توانند همگام و همپای دیگران به پیش روند و برای پوشاندن ضعف خود منزوی می شوند. زشتی قیافه هم از این عوامل است (ژاگو، ترجمه بنی احمد ۱۳۹۲).

ب - عوامل اجتماعی:

عوامل اجتماعی خود از عوامل مهم انزواجوئی است. اگر اجتماع بر ذهن ها فشار وارد نمی کرد و اگر آدمی به صورت های مختلف مورد باز خواست قار نمی گرفت شاید آدمی بدین اندازه دچار انزوا عزلت نبود . ما در این زمینه مواردی را می توانیم ذکر کنیم که برخی از آن ها بدین قرارند :

- **فشار اجتماعی :** کودک یا نوجوان منزوی می شود بدان خاطر که فشار وارده بر او بسیار است .
امر و نهی ها بسیار و نظم خواهی شدید است و یا اوقات تلخی بسیار و تحقیر و آزار زیاد است .
انتظارات بسیار از او دارند .
- **عدم پذیرش :** ممکن است کودک در خانواده به علت جنس یا اشکلاتی پذیرفته نشود، پدران و مادران عملاً با او رابطه ای نداشته باشند و کودک هم چنان در وضع و شرایط اجتماعی خاص خود می ماند .
- **ابتلای والدین :** پدر و مادر بیمارند و شور و نشاطی در محیط خانه نیست و تبادل اندیشه ای و شعری ، سخنی بین فرزندان و والدین رد و بدل نمی شود . در حقیقت والدین شان آن ها را به خود رها کرده اند .
- طرد از خانه و مدرسه : این امر برای کودکانی که از حساسیت شدید برخوردارند بیشتر صدمه آفرین هستند. ممکن است طردها نسبتاً معقول باشند ولی برای کودک قابل قبول نیستند (افرزو، ۱۳۸۹).
- عدم احترام گذاشتن به شخصیت کودک به او آسیب رسانده و رشد و پیشرفت او را متوقف می سازد . ژان ژاک رسو می گوید : کودک دارای شخصیت مستقلی است و نباید به طور آشکار یا جابرانه تحت فرمان قرار گیرد ، پدر و مادر باید با او مانند دوست موافق باشند (افرزو، ۱۳۸۹).

عوارض آن :

انزواجوئی حالتی است که عاقبتش برای فرد و جامعه نامیمون است. شرور و عوارضی که در آن حاصل می شود دستگیر فرد و اجتماع است.

الف - در جنبه فردی : انزواجوئی موجب عوارض زیر است :

- خستگی و بیخوابی و بی اشتها و یبوست ، سردرد و سرگیجه، از دست دادن وزن
- حملات اضطراب، تنگی نفس، کج خلقی، ترس بیخودی .
- مسخ شخصیت و عدم توان دفاع در خود.
- سقوط رشد به علت محدود کردن عواطف و احساسات و شور و شوق.

- کندی کار و تلاش اقتصادی و از بین بردن نیروی سرشار کار و عاطل و باطل ماندن بحدی که انزوا برای شان ترمزی روانی است.

- بی برنامه‌گی در زندگی تا حدی که مشکلات اساسی خود را نادیده می گیرند.

- در کل اینان دچار دشواری زندگی شده و روح شان آزرده می شود از هدف های ارزنده باز می مانند و همه چیز نزدشان بی ارزش می شود، همه زیبایی ها جلوه خود را از دست می دهند. آن ها نمی توانند از تضادهای درونی به نفع رشد استفاده کنند. در نتیجه اغلب تسلیم تضاد ها شده و از آن برای رشد طفره می رند(ژاگو، ترجمه بنی احمد ۱۳۹۲).

ب - در جنبه اجتماعی : انزواجوئی عوارض و صدماتی دارد از جمله اینکه دوری از حیات اجتماعی مولد نوعی نزدیک بینی و مبنی است و موجب بروز حالات روحی نامطلوب. دوری از جمع سبب می شود آدمی شادابی خود را از دست بدهد ریال شور و نشاط از میان برود ، پژمردگی برای او پدید آید . آن ها که در اجتماع رشد و پرورش نمی یابند از آداب اجتماعی دور می مانند، ازفلسفه زندگی بی بختبرند ، شنای در غرقاب زندگی را نمی آموزند ، و از فنون حیات بی خبر می مانند. چه بسیار از آن که بعدها بی علاقه‌گی شان دامنه پیدا کرده و از تشکیل زندگی بیزار می شوند.

هم چنین اجتماع از چنین افراد بی بهره می ماند زیرا در باره آن هاسرمایه گذاری کرده و در موهبت های حیات اجتماعی موجود دارشان می سازد و این سرمایه گذاری برایشان باردهی برجای نمی گذارد . افراد منزوی ولی عصبی مزاج و تند خو ممکن است موجبات وارد آوردن صدمه ای بر پیکر اجتماع بشوند. در مواردی آن ها تحصیل را رها کرده و از فراگرفتن مهارت ها شانه خالی کرده و کل بر جامعه خواهند شد(آفتابی، ۱۳۹۲).

۲-۱-۶. خطرات مهم تر:

ای کاش عارضه ناشی از انزواجوئی و عزت طلبی به همین میزان خاتمه یابد بررسی ها نشان می دهد که در دراز مدت این امر به افسردگی کشانده شده و در مراحل پیشرفت سبب انفجار می شود و فرد منزوی ناگزیر می شود به اعمال خلاف قانون و عرف وادار گردد.

در اثر غلبه اندیشه گناه ممکن است بیمار میل به خودکشی پیدا کند. البته در کودکان چنین حالتی نیست ولی بزرگتران به ده ها شیوه کتوسل می شوند تا بتوانند تن به خودکشی دهند. حداقل زیان و خطر این است که احساس گناه و تقصیر فرد را از خود منفعل کرده و عزت نفس او را به خطر می اندازد.

پاره از تحقیقات نشان داده اند که این سببی است برای قتل و خونریزی های بی دلیل، طغیان های دیوانه وار و سرکشی های وحشناک و مقدمه ای است برای جنون و لاقط سپردن خود به دست غم و اندوه.

اصولاً ناراحتی های ناشی از انزوای موجب ضعف و دشواری های بسیار است و همه چیز انسان را زایل می سازد و نمی گذارد آدمی رشد کند. اختلال دماغی خود مرضی است که در اثر این حالت در افراد پدید می آید، مخصوصاً برای آن ها که در زمینه خانوادگی و یا ارثی هم داشته باشند (ژاگو، ترجمه بنی احمد ۱۳۹۲).

۲-۲. بازی درمانی:

بازی درمانی یک تعامل کمکی بین کودک و بزرگسال آموزش دیده است که از طریق ارتباط نمادین در بازی، در جستجوی راه هایی برای ایجاد ارتباط و کاهش آشفتگی های هیجانی کودک است. به طوری که کودک در طی تعاملات بین فردی با درمانگر، پذیرش، تخلیه هیجانی، کاهش اثرات رنج آور، جهت دهی مجدد تکانه ها و تجربه هیجانی تصحیح شده را تجربه می کند (محمد اسماعیلی، ۱۳۹۷).

بازی درمانی رویکرد فعالی است که می توان آن را بطور انفرادی یا گروهی به کار برد، به گونه ای که به کودکان اجازه می دهند تا به واسطه بازی، در ابتدا با درمانگر ارتباط برقرار کرده و احساسات هوشیار و ناهوشیارشان را آشکار سازند (الکیند^۱، ۱۹۸۱). نظریه های که تبیین بازی کودکان می پردازند، از لحاظ نوع تبیین، بسیار متفاوتند، به طور مثال، بازی را به عنوان مولفه ای از تحول شناختی و عقلانی مورد توجه

^۱ Elkind

قرار می دهند، یا آن را فرایندی برای رها سازی استرس های مرتبط با رشد و بزرگ شدن می دانند، یا بازتابی از فشار های فرهنگی است، و وسیله ای برای مهارت های تازه می باشد (اسلاتر^۱ و دامبروسکی^۲، ۱۹۸۱). مع ذلک هیچ یک از این نظریه ها تضادی در استفاده از بازی به عنوان یک روش درمانی ندارند. اگر چه افراد مختلف ممکن است درباره علت بازی کردن کودکان اختلاف نظر داشته باشند، ولی باین نکته موافقند که بازی از مولفه های ضروری زندگی کودکان است، چرا که آنها به هنگام بازی معمولاً در طبیعی ترین و راحت ترین وضعیت هستند، و به همان راحتی که بزرگسالان احساساتشان را از طریق گفتار ابراز می کنند، آنها نیز همین کار را به وسیله بازی انجام می دهند. بنابراین بازی وسیله فوق العاده کارآمد و موثری است که با کمک آن می توان وارد دنیای درونی کودکان شد (اسلاتر^۳ و دامبروسکی^۴، ۱۹۸۱؛ به نقل از طیبی، ۱۳۹۳).

زمینه آغاز این دیدگاه که بازی درمانی را به عنوان یک رویکرد درمانی مورد توجه قرار داده است، می توان به درمانگران دارای جهت گیری روان تحلیلگرانه نسبت داد. یکی از تاثیر گذارترین این افراد ملانی کلاین است، او بازی نمادین را به عنوان وسیله ای جایگزین برای ابراز کلامی و همچنین شیوه آشکار سازی خیالپردازی های کودک و احساسات ناهوشیارانه به طریق تداعی آزاد می دید که باید توسط درمانگر مورد تعبیر و تفسیر قرار گیرد (سگال^۵، ۱۹۷۲، به نقل از طیبی، ۱۳۹۳).

یکی دیگر از پیشکسوتان، آنافروید^۶ (۱۹۴۷) است، که بازی برای ایجاد رابطه مثبت با کودکان و نهایتاً ابزار کلامی معنادار استفاده می کرد. برخلاف کلاین او معتقد بود که بازی کودکان اساساً بیشتر نمایانگر تجاربی است که از زندگی روزمره نشأت می گیرد تا آنکه تداعی آزاد افکار ناهوشیار باشد. تفسیر درمانگرانه تعارضات شخصیت اساساً مبتنی بر بیان کلامی کودک است. یکی دیگر از تئوری های روان

¹ Slaughter

² Dombrowski

³ Slaughter

⁴ Dombrowski

⁵ Segal

⁶ Ana. Freud

تحلیل گری تاثیر گذار که در بازی درمانی استفاده می شود، تئوری ارتباط است، که از طریق کارهای اوتورنک^۱ (۱۹۳۶) توسعه یافت. تاکید این شیوه ی درمانی متمرکز بر ارتباطی است که بین درمانگر و کودک برقرار می شود. بازی وسیله ای برای ایجاد ارتباط است، و بخش عمده تفسیر بالینی از شیوه ی ارتباطی کودک با درمانگر نشات می گیرد. به منظور تشویق کودک به ابراز احساسات واقعی اش، محیط درمانی باید ساده و آزادانه باشد، چنین محیطی به کودک اجازه می دهد تا آنچه را که می خواهد، انجام دهد مانند انجام فعالیت هایی که خطرناک نیستند (محمد اسماعیلی، ۱۳۹۷).

در گذر زمان تئوری ارتباطی، به طور فزاینده به صورت یکی از مولفه های مهم رویکردهای بازی درمانی درآمد که توسط درمانگران با جهت گیری روان تحلیل گری استفاده می شد. گینات^۲ (۱۹۶۱)، در ابتدای کار با به کارگیری راهبرد های بازی درمانی با گروه ها، یک ارتباط بسیار مستقیم را بین درمانگر و کودک ترسیم کرد. او طرفدار استفاده از محدودیت به جای آزادی، به عنوان شیوه ضروری برای تحول ایگو و برقراری یک ارتباط توأم با اعتماد بود (ایسمن^۳، ۱۹۸۳ به نقل از محمد اسماعیلی، ۱۳۹۷).

رویکرد نظری دیگری در بازی درمانی از کارهای ویرجینیا اکسلاین^۴ (۱۹۴۷) شکل گرفته است، او یک نظریه پرداز پدیدار شناختی است که بسیاری از راهبردها و فنون را به شکل منطقی با کار کارل راجرز (۱۹۵۱)، در درمان غیر مستقیم یا مراجع محور بنا نهاد. او معتقد است عوامل محیطی منفی موجب افت خود پنداره کودکان می شود و تلاش سالم آنها برای خود شکوفایی خشی می کند، و بازی آنها بازتابی از محرومیت و فقدان آگاهی شخصی است. به جای تفسیر رفتار یا بیانات کودک، (در این شیوه)، درمانگر باید محیطی آزاد و راحت ایجاد می کند، نسبت به کودک پذیرشی کامل داشته باشد، و از طریق انعکاس احساسات کودک به او امکان داده می شود تا نسبت به رفتارش ینش پیدا کند.

¹ Otto Rank

² Ginott

³ Esman

⁴ Virginia Axline

نظریه ها اخیر درمورد بازی درمانی، اصول منسجمی را در ارتباط با روانشناسی رفتاری و تحولی ارائه داده اند. نظریه پردازان رفتاری و رفتاری-شناختی، بازی کودک را به صورت بازتابی از الگوهای خاص رفتار ناسازگارانه و تفکر غیر منطقی می بینند. درمانگران دارای این گرایشات، فعالیت های بازی را به عنوان وسیله ای که نمایانگر احساسات ناهوشیار است، تفسیر نمی کنند. درمقابل، در طی فعالیت های بازی از راهبردهای تغییر و اصلاح رفتار بهره می گیرند تا رفتارهای سازگارانه تقویت مثبت نمایند یا از موقعیت های بازی استفاده کنند تا مهارت های حل مسئله ساختاری یا مهارت های مقابله ای و کنار آمدن را تعلیم دهند. همچنین موقعیت هایی را برای بازی تدارک می بینند تا فعالیت هایی را برای کودکان فراهم نمایند که هماهنگ با رفتارهای اجتماعی باشد، همانند مشارکت و رعایت نوبت. اکنون افرادی که بازی درمانی را به کار می برند پذیرای تمامی این ۴ دیدگاه نظری متفاوت هستند. لیکن بدون درنظر گرفتن نوع جهت گیری، آنها تحت نفوذ حجم وسیعی از اطلاعات حاصل از پژوهش هایی قرار می گیرند که به مطالعه بازی های متداول کودکان می پردازد، و عین حال به همان میزان به تحقیقاتی توجه دارند که الگوهای متنوع بازی را مشخص می کنند (محمد اسماعیلی، ۱۳۹۷).

۲-۱-۲. نظریات مختلف در خصوص بازی درمانی:

به راستی بازی چیست؟ در واقع تعریف ساده ای برای بازی وجود ندارد، با این وجود روان شناسان عناصر معین از بازی را شناسایی کرده اند. برای این که بتوان فعالیت را بازی نامید، باید دارای پنج ویژگی اساسی باشد: اول این که بازی دارای انگیزه درونی است. هدف آن در خودش نهفته است، و تنها به خاطر رضایت حاصل از انجام آن صورت می پذیرد. دومین ویژگی بازی این است که به صورت آزادانه انتخاب شوند و کودکان برای انتخاب آن تحت فشار قرار نگیرند. سومین ویژگی اساسی بازی این است که باید خوشایند باشد. کودکان بایستی از انجام آن لذت ببرند و گرنه نمی توان آن را به عنوان بازی درنظر گرفت. چهارمین ویژگی بازی، واقعیت گریزی^۱ است. به این معنی که با عناصر وانمودسازی^۲ به

^۱nonliteral

^۲ Make- believe

معنای برهم ریختن واقعیت برای انطباق با رغبت های بازیکن همراه است. این امر به ویژه در بازی های نمادین که ویژگی اصلی دوره پیش دستانی است، مصداق دارد؛ یعنی هنگامی که کودکان مدت زیادی از وقت خود را برای آزمودن نقش های جدید و بازی کردن در صحنه های تخیلی صرف می کنند. سرانجام این گه بازیکن باید در بازی شرکت داشته باشد. کودک باید از لحاظ جسمانی، روانی یا هر دو درگیر بازی باشد، نه این که منفعل، یا نسبت به آنچه روی می دهد بی تفاوت باشد (روبین^۱، فاین^۲ و واندنبرگ^۳، ۱۹۸۳؛ به نقل از هیوز، ۲۰۰۵، ترجمه گنجی، ۱۳۹۴).

تا کنون نظریات گوناگون و بسیاری از سوی صاحب نظران در خصوص بازی مطرح شده است و هر کدام سعی نموده اند تا هدف بازی را شرح و توضیح دهند که در این قسمت به اختصاص به آنها می پردازیم (قزوینی نژاد، ۱۳۹۵).

(۱) **نظریه انرژی اضافی:** این نظریه را اسپنسر^۴ و شیلر^۵ نسبت می دهند. طبق این نظریه، بازی صرفاً برای تخلیه انرژی بدن انجام می شود و هدفی را دنبال نمی کند.

(۲) **نظریه پیش تمرین:** این نظریه را به کارل گروس^۶ نسبت می دهند. وی معتقد است بازی یک سلسله پیش تمرین است که هدف آن ساختن رفتار های است که کودک در بزرگسالی خود به انجام آن می پردازد.

(۳) **نظریه استراحت و رفع خستگی:** این نظریه را به لازاروس^۷ نسبت می دهند. طبق این نظریه بازی به منظور استراحت و رفع خستگی انجام می شود.

¹ Rubin

² Fein

³ Vandebenberg

⁴ Espenser

⁵ Sheller

⁶ Carl Groos

⁷ Lazarus

- ۴) **نظریه تکرار فعالیت های اجدادی:** بانی این نظریه استانلی هال^۱ است. وی معتقد است کودکان به بازی می پردازند تا محتوا و صحنه هایی را که اجدادشان ایجاد کرده بودن را تجدید کنند. استانلی هال معتقد بود که کودکان ویژگی بازی را به ارث می برند.
- ۵) **نظریه سوزان اساکس:**^۲ ایساکس تحت نظریه فروبل قرار داشت و بازی را روشی برای بیان احساس می دانست. او همچنین معتقد بود که بیشتر یادگیری از سن ۷ سالگی آغاز می شود.
- ۶) **نظریه لو ویگوتسکی:**^۳ ویگوتسکی معتقد بود که کودک از بازی کردن لذت می برد زیرا در بازی می تواند دست به فعالیت هایی بزند که در واقعیت برایش امکان پذیر نیست مانند به پرواز درآوردن یک هواپیما.
- ۷) **نظریه دی. وی. وینی کوت:**^۴ وی نی کوت معتقد بود بازی در رشد عاطفی و اجتماعی کودک نقش مهمی ایفا می کند و با یادگیری رابطه ای بسیار نزدیک دارد.
- ۸) **نظریه جرومی برونر:**^۵ برونر معتقد بود که فعالیت های فیزیکی برای رشد ذهنی کودکان ضروری است و زمینه مناسبی برای فکر کردن ایجاد می کند.
- ۹) **نظریه اریک اریکسون:**^۶ اریکسون نظریه فروید، درباره شخصیت و ذهن را کامل کرد. او به ارتباط میان بازی تخیلی نیز علاقمند بود. در واقع کار او مقایسه بازی بزرگتر ها با بازی کودکان بود.
- ۱۰) **نظریه کریست آتی:**^۷ آتی نظریه طرح و برنامه ریزی آموزشی در بازی را مطرح کرده است.
- ۱۱) **نظریه ژان ژاک روسو:**^۱ روسو بر اهمیت نقش بازی در درک کودک تاکید داشت. وی معتقد بود که باید به کودک احترام گذاشت و از شتابزدگی در داوری پرهیز کرد. بنابر توصیه رسو، معلم برای همبازی شدن با بازی کودکان، باید خود نیز کودکانه رفتار کند تا بتواند ارتباط مناسبی با آنها برقرار سازد.

¹Estanly hall

²Susan. Issacs

³Lev. Vygotsky

⁴D. W. Winnocott

⁵Jerome. Bruner

⁶Erikh. Athry

⁷Chris Athey

(۱۲) **نظریه زیگموند فروید**^۲: فروید بر خلاف روسو، معتقد بود برای درک کودک نیازی به کودکانه رفتار کردن نیست، بلکه معتقد است راهی بایستی پیدا کرد تا کودک را به دوران بزرگسالی رساند. وی معتقد بود که بازی فعالیتی است برای تخلیه روانی، و کودک ضمن بازی خود را با شرایط دشوار مواجه می کند.

(۱۳) **نظریه آنافروید**^۳: آنافروید به ناخودآگاه اهمیت می داد و بر اساس همدلی تاکید داشت، علاوه بر آن، به نقاشی و رنگ آمیزی کودکان در حین بازی نیز بسیار توجه می کرد. پس از آنافروید، ملانی کلاین^۴ هم با تاکید بر ناخودآگاه، معتقد بود که باید فعالیت خود به خودی را جایگزین تداعی آزاد کرد. بر اساس نظریه ملانی کلاین برخوردهای احساسی و نگرانی های کودک در بازی آشکار می شود.

(۱۴) **کارل راجرز**^۵: راجرز معتقد به مراجع محوری یا درمان غیرمستقیم بود. او اعتقاد داشت که باید شرایط درمانی را ایجاد کرد تا مراجع خودش شخصا تجربه و تغییر کند و در انتخاب نوع بازی آزاد باشد. بطور کلی کارل راجرز معتقد بود که به منظور کنترل رفتار کودک نباید هیچ گونه تلاشی انجام داد زیرا مراجع خودش توانایی حل مسائل را دارد و تنها لازم است که شرایط فراهم باشد. بنابر نظریه راجرز اصل پایه در درمان غیرمستقیم عبارتند از:

۱- ایجاد رابطه گرم و صمیمی با کودک؛

۲- پذیرش کامل کودک همانگونه که هست؛

۳- ایجاد آزادی عمل در کودک به طوری که در ابراز احساسات خود آزاد باشد؛

۴- شناخت احساسات کودک و منعکس کردن احساسات کودک به او، به صورتی که از رفتار خود، آگاه شود؛

۵- احترام گذاشتن به کودک؛

¹Jan Jak. Roso

²Sigmund. Freud

³Ana. Freud

⁴Melanie. Klein

⁵Carl Rogers

۶- جهت ندادن به رفتار کودک (کودک رهبر و درمانگر پیرو او باشد)؛

۷- شتاب نکردن در درمان (درمان فرایند تدریجی است)؛

۸- توجه درمانگر به محدودیت های کودک؛

۱۶) نظریه ژان پیاژه: پیاژه معتقد بود بازی راهی برای دسترسی به جهان بیرون و لمس آن به گونه ای است که با وضعیت کنونی فرد مطابقت داشته باشد (قزوینی نژاد، ۱۳۹۵).

۲-۲-۲. ارزش درمانی بازی و بازی درمانی

رویکردهای متفاوتی در روان درمانی کودکان مورد استفاده قرار گرفته است. اما صرفه نظر از جهت گیری خاص آن ها، تقریباً همه آنها دارای یک باور مشترک هستند: استفاده از بازی یا محیط بازی، به عنوان ویژگی اجتناب ناپذیر تشخیص و درمان برای کودکانی است که مشکل دارند. به این دلیل که:

۱- بازی به کودکان اجازه می دهد تا احساسات خود را به صورتی کارآمد بیان کنند و برای انجام این کار، بازی راهی طبیعی است.

۲- بازی به بزرگسالان اجازه می دهد که وارد دنیای کودکان شوند و به کودکان نشان دهند که آنها را به رسمیت می شناسد و می پذیرد. وقتی به بزرگسال با یک کودک بازی می کند، نوعی تساوی قدرت موقتی وجود دارد و کمتر احتمال دارد که کودک از جانب بزرگسال احساس تهدید کند.

۳- مشاهده کودکان در حین بازی، به بزرگسالان کمک می کند تا آن ها را بهتر درک کنند.

۴- از آنجا که بازی برای کودکان لذت بخش است، کودکان را ترغیب می کند تا آرام باشند و از این رهگذر اضطراب و حالت دفاعی آنان را کاهش می دهند.

۵- بازی فرصت هایی را برای کودکان فراهم می سازد تا مهارت های اجتماعی را که ممکن است در سایر موقعیت ها سودمند باشند، به دست آورند.

۷- بازی به کودکان فرصت می دهد تا نقش های جدید را بازی کنند و در محیطی ایمن رویکردهای گوناگون حل مسئله را مورد آزمایش قرار دهند (هیوز، ۲۰۰۵، ترجمه گنجی، ۱۳۹۴).

بازی در درمان کودکان همیشه یک وسیله ارتباطی است، که با کلمات یعنی وسیله ارتباطی بزرگسالان قابل مقایسه می باشد. همه درمان ها به یک رابطه و وسیله ارتباطی نیاز دارند. بنابراین بازی به عنوان یک وسیله با بازی به عنوان یک تکنیک متفاوت است. بازی، زمانی که برای اهداف تشخیصی و درمانی به کار می رود یک تکنیک است. بازی امکان عملکرد های مختلفی را برای کودکان فراهم می کند، کودک می تواند نقش های جدیدی را تمرین کند، سعی می کند تجارب جدیدی را کسب کند، هیجانات را ابراز کند، و یاد بگیرد که چگونه با خیالات و واقعیات روبرو شود. این موارد بازی را به یک ابزار درمانی فوق العاده مبدل می کند (اورسبرن^۱، ۲۰۰۲). بازی درمانی، استفاده از بازی در طول جلسات درمان است. بازی درمانی به عنوان یک فرآیند بین فردی است که در آن درمانگر آموزش دیده به طور سیستماتیک قدرت های شفا بخش بازی را برای کمک به مراجعانش در حل مشکلات روانشناختی شان به کار می برد (شفر، ۱۹۹۳ به نقل از اورسبرن، ۲۰۰۲).

۳-۲-۲. رویکردهای مختلف در بازی درمانی

اولین مدافع مطالعه بازی کودکان جهت درک و آموزش آنها روسو^۲ بود. او در کتاب امیل عقایدش را در مورد اهداف آموزش کودک بیان نمود. او این واقعیت را تشخیص داد که ایام کودکی مرحله ای از رشد است و کودکان، مردان و زنان کوچک نیستند. به علاوه او متوجه ارزش زیاد دوران کودکی و بازی های کودکان شد. با این حال تعاریف روسو در مورد بازی بیشتر در خط اهداف تعلیم و تربیت بود تا منطبق بر کاربرد های تحقیقاتی و درمانی (لندرث^۳، ۱۹۹۱).

• رویکرد روان تحلیل گری

ریشه های بازی درمانی همانند بسیاری از مداخلات روان شناختی دیگر، زائیده ی تئوری روان تحلیلی فروید و رویکرد وی به درمان است. بیشتر کارهای اولیه با کودکان بر اساس روش های فروید انجام گرفت تا پیشنهادات روسو. اولین مورد استفاده واقعی از بازی در درمان مربوط است به پسری پنج ساله

¹Orsbern

² Rousseau

³Landerth

- هانس کوچولو - مبتلا به بیماری هراس که ماجرایش ثبت گردیده است. زمانی که فروید با هانس کوچولو کار می کرد، هیچ یک از پیشنهادهای روسو را تعقیب ننمود و برای درک هانس، خود یک کودک نگردید، بلکه بیشتر از طریق پدر هانس عمل می کرد تا راهی بیابد که کودک را به دوران بزرگسالی عقلی برساند. این میل و علاقمندی به روانکاوی در سال های اولیه کودکی مهم ترین منبع درمانی در بازی درمانی مدرن است (اورسبرن، ۲۰۰۲).

برای درک این نکته که چرا درمانگران روان تحلیل گری، در درمان کودکان از بازی استفاده می کنند، ابتدا باید آگاه باشیم که برای موفقیت در روان تحلیل گری سه شرط اساسی وجود دارد:

نخست این که بیماران باید انگیزه بسیار زیادی برای تغییر داشته باشند.

دوم اینکه بیماران باید بتوانند با درمانگر خود به انتقال^۱ دست یابند.

سوم اینکه بیماران باید بتوانند به فرایند تداعی آزاد بپردازند. آن ها باید آنقدر از لحاظ کلامی مسلط باشند که افکار و احساس های درونی و عمیق خود را در حضور درمانگر در قالب واژه ها بیان کنند، آن ها باید بتوانند به طور آزادانه درباره ی هر چیزی که در هر لحظه به ذهنشان خطور می کند، صحبت کنند (هیوز، ۲۰۰۵، ترجمه گنجی، ۱۳۹۴).

بهتر است این گونه گفته شود که در رویکرد روان تحلیل گری به بازی درمانی، قوانین و مقررات درمان بزرگسالان در مورد کودکان به کار گرفته شد، در نتیجه مشکلات قابل توجهی را نیز موجب گردید. زیرا در این رویکرد شیوه های روانکاوی بزرگسالان به طور وسیعی متکی به تداعی آزاد است اما کودک از تداعی آزاد امتناع می ورزد و همین روانکاو را دچار درماندگی می کند. ضمن این که کودکان اغلب بر خلاف میالشان برای روانکاوی آورده می شود. به دلیل کمبود تکنیک های روانکاوی بزرگسالان که برای استفاده با کودکان مناسب باشد، بیشتر روانکاوان خود را با جمع آوری مشاهدات رفتارهای کودکان قانع می نموند. بنابراین اکثر پیشرفتهای اولیه در به کارگیری متدهای روانکاوی ناشی از مشاهدات غیر مستقیم، به همراه تفسیر آن بر اساس معیار های بزرگسالان بود. جالب بود که فروید بعدها متوجه گردید که به

¹transference

کارگیری تئوری روانکاوی درمورد کودکان دارای نقایص بسیاری است و دیگران نیز به لزوم تغییر برخورد روانکاوان با کودکان پی می برند (اورسیرن، ۲۰۰۲).

به گفته آنافروید (۱۹۶۸) نخستین مشکل در زمینه تحلیل کودکان این است که آن ها اغلب از انگیزه لازم برای تغییر برخوردار نیستند. دومین منبع بالاقوه در روان تحلیلیگری کودکان این است که دستیابی به انتقال اغلب دشوار است. سرانجام اینکه کودکان اغلب به آسانی تداعی آزاد که سومین مولفه اصلی در درمان بزرگسالان است، نمی پردازند. کودکان، فاقد خودآگاهی و نیز توانایی های کلامی لازم برای انجام تداعی آزاد همانند بزرگسالان هستند (هیوز، ۲۰۰۵، ترجمه گنجی، ۱۳۹۴).

• تحلیل بازی از دیدگاه ملانی کلاین

ملانی کلاین در سال ۱۹۲۷ اصول روانشناسی تحلیلی کودک را تدوین نمود. کلاین معتقد بود که فراخود کودک تقریباً رشد یافته است. وی تاکید می نمود که لازم است تعبیر و تفسیر رفتار کودک بلافاصله به وی گفته شود زیرا این کار اضطراب ناشی از فراخود کاملاً رشد نیافته را در کودک کاهش می دهد. او بازی درمانی را وسیله ای برای دسترسی مستقیم به ناخودآگاه کودک می دانست و آنها را جانشینی برای تداعی آزاد محسوب می نمود.

ملانی کلاین برای کاوش عمیق ذهن ناهشیار کودک، استفاده گسترده از بازی را در سال ۱۹۱۹ آغاز کرد. بازی برای کلاین، به معنای معادلی برای تداعی آزاد در کودکی بود. یکی از فرض های زیر بنایی که کلاین در تحلیل بازی^۱ خود به آن اشاره می کند، این است که بسیاری از بازی های کودک، بیان نمادین تعارض های جنسی یا پرخاشگری است که به رابطه بین کودک و والدینش مربوط می شود (لندرت، ۱۹۸۷؛ سفر، ۱۹۸۵؛ به نقل از هیوز، ۲۰۰۵، ترجمه گنجی، ۱۳۹۴).

بنابراین برای یک کودک درک آنها و بیان کردنشان در قالب کلمه ها تقریباً ناممکن می نماید. با وجود این، کودک می تواند این احساسات پیچیده را در شکل بازی با عروسک، عروسک های خیمه شب بازی، قطارهای اسباب بازی و کامیون بیان کند. کوتاه سخن اینکه هر عملی در بردارنده معنایی نمادین بود.

^۱Play analysis

موفقیت تفسیر های کلاین، بر اساس دو فرض قابل پیش بینی بود: نخست اینکه اگر نمادگرایی به روشنی برای آنها خاطر نشان شود، کودکان بینشی برای تشخیص معنای رفتار خود خواهند داشت. که این فرض به راستی بحث انگیز است. از یک سو بسیاری تحلیل گران کودک بر این باورند که توانایی کودکان برای دستیابی به بینش، حتی بیش از بزرگسالان است. از سوی دیگر، منتقدان رویکرد کلاین اظهار می کنند که کودکان قادر به درک معنای نهفته در بازی های خود نیستند، حتی هنگامی که این معانی به آنها خاطر نشان شود، و حتی در صورتی که بتوانند به چنین درکی برسند، بینش به تنهایی برای حل مشکلات آنها کافی نیست (شفر، ۱۹۸۵؛ به نقل از (هیوز، ۲۰۰۵، ترجمه گنجی، ۱۳۹۴).

دومین فرض کلاین این بود که وقتی بیماران خردسال او احساسات و نیازهای خود را بهتر درک کردند، بهتر از کسانی که در نخستین وهله در پی کمک گرفتن از درمانگر هستند، شروع به کسب رفتارهای سازشی جدید می کنند (هیوز، ۲۰۰۵، ترجمه گنجی، ۱۳۹۴).

• کاربرد بازی درمانی از سوی آنافروید

حتی در میان درمانگران روان تحلیلگر نیز، ارزش رویکرد تفسیری ملانی کلاین در بازی کودکان، مورد پذیرش کامل نیست. آنافروید از بازی کودکان به گونه ای شبیه به روش خواب برای بزرگسالان استفاده نموده و در ورای بازی تخیلی، نقاشی و رنگ کردن به دنبال انگیزه های ناخودآگاه بود. وی فراخود کودک را رشد نیافته تلقی می نمود و بر رفتار های هیجانی بین کودک و درمانگر تاکید می نمود. به اعتقاد او احساس همدلی باید قبل از اینکه محتوای پنهان بازی کودک برای خود وی تعبیر و تفسیر شود، پایه گذاری گردد (لندث، ۱۹۹۱). آنافروید می خواهد بگوید، از آنجا که بازی فاقد نگرش هدفمندی است که در تداعی آزاد شاهد آن هستیم، دلیلی وجود ندارد که این دو، ارزش درمانی یکسانی داشته باشند. و چنانچه این دو به راستی معادل یک دیگر نیستند، پس تفسیر های ارائه شده از سوی کلاین از هدف اصلی دور افتاده اند. او تصور می کرد که مهم ترین ارزش درمانی بازی کودکان، این است که به درمانگر اجازه می دهد تا اطلاعات ارزشمندی درباره کودک به دست آورد. آنافروید معمولاً در نخستین مراحل درمان کودک، از بازی به عنوان شیوه ی دستیابی به اطلاعات استفاده می کرد، که می

توانست با اطلاعات ارائه شده از سوی والدین در حین مصاحبه تکمیل شود (هیوز، ۲۰۰۵، توزنده‌جانی و کمال‌پور، ۱۳۹۴).

دو نوع بازی درمانی بر اساس نظریه روانکاوی منعشب گردید: بازی درمانی فعال^۱ و بازی درمانی نافع^۲. در بازی درمانی فعال، درمانگر به جهت تشویق کودک برای به نمایش درآوردن صحنه‌های آسیب‌زای شخصی وارد بازی می‌گردد و تعدادی اسباب بازی انتخاب شده به کودک داده می‌شود. این رویکرد از این جهت ادامه‌دهنده‌ی طرح آنافرید است. بازی درمانی نافعال همزمان با نوع فعال بازی درمانی رشد یافت. در این روش درمانگر بازی کودک را محدود نمی‌کند، فقط در اتاق با کودک می‌نشیند بعد به تدریج تلاش می‌کند که بخشی از بازی کودک گردد. کودک همیشه اجازه دارد که بازی را رهبری کند و لازم نیست که همه‌ی بازی‌های کودک سمبلیک و دارای ارزش عاطفی باشد (لندرث، ۱۹۹۱). در بازی درمانی نافعال کودک در هنگام بازی آزاد است که درمانگر را به بازی خود وارد کند یا نه، اگر درمانگر از سوی کودک به بازی وارد می‌شد، با حفظ سنت روان تحلیل‌گرانه خود می‌توانست به طور آزادانه تفسیرها و تشویق‌های مناسب ارائه دهد (هیوز، ۲۰۰۵). بازیگر غیر فعال معتقد است که مهم‌ترین عامل برای تغییراختلال عاطفی کودک قبول همراه با درک بیانات و احساسات کودک است (لندرث، ۱۹۹۱).

بعدها بازی درمانی نافعال، تاکیده‌های روان تحلیل‌گرانه خود را نشان داد (مانند استفاده از بازی به عنوان اساسی برای تفسیر رویاها، تحلیل‌ها و تجربه‌های گذشته)، و در دهه ۱۹۴۰ و ۱۹۵۰ به چیزی تبدیل شد که امروزه درمان ارتباطی^۳ نامیده می‌شود (هیوز، ۲۰۰۵، توزنده‌جانی و کمال‌پور، ۱۳۹۴).

در مقابل کسانی که طرفدار بازی درمانی نافعال بودند؛ بسیاری از درمانگران درباره نیاز به بازی درمانی فعال بحث می‌کردند، که در آن درمانگر پیشاپیش مشکل کودک را تعیین می‌کرد و سپس درمان را با نیازهای خاص کودک منطبق می‌ساخت. تفاوت چشمگیر این رویکرد نافعال و نامحدود که در آن

^۱Active play therapy

^۲Passive play therapy

^۳ Nondirective relationship therapy

درمانگر هیچ نوع اسباب بازی را برای بازی کردن به کودک پیشنهاد نمی کرد، این بود که اینجا درمانگر اسباب بازی های خاصی را به کودک می داد و برای فعالیت های بازی پیشنهادهایی ارائه می کرد (هیوز، ۲۰۰۵، توزنده جانی و کمال پور، ۱۳۹۴).

• رویکرد ارتباطی

نظریه اتورانگ^۱ به درمان ارتباطی معروف است. رویکرد ارتباطی در بازی درمانی در طول دهه ۱۹۴۰، از تحول بازی درمانی نافع که در دهه قبل وجود داشت و با الهام از کارهای کارل راجرز پدید آمد (قزوین نژاد، ۱۳۹۵). رویکرد ارتباطی در روان درمانی کودکان، بر کیفیت تعامل بین درمانگر و کودک، تاکید زیادی داشت. اتورانگ بیشتر به وضعیت فعلی کودک توجه داشت تا به گذشته او. در این بازی درمانی تعدادی اسباب بازی در اختیار کودک قرار می گیرد و درمانگر نیز جهت تشویق کودک، خودش وارد بازی می شود. درمانگر تلاش می کند تا فضایی بسیار پذیرنده را به وجود آورد. درمانگر از کودک انتقاد نمی کند و سعی ندارد تا به زور فرآیند درمان را به سمت و سوی خاصی هدایت کند؛ در مقابل، او بی رهنمود است و تلاش می کند تا احساس محبت، صداقت و احترام را به کودک انتقال دهد. درمانگران ارتباطی بی رهنمود سعی دارند تا در جلسه های درمانی خود، عناصری را فراهم سازد که در سایر حیطه های زندگی کودک وجود ندارد (هیوز، ۲۰۰۵، توزنده جانی و کمال پور، ۱۳۹۴).

• درمان بی رهنمود و یرجینیا اکسلاین

هیوز (۲۰۰۵) هشت اصل بنیادینی را که اکسلاین برای درمان ارتباطی خود بیان کرده است، چنین بر می شمرد: نخست اینکه درمانگر باید با کودک ارتباطی گرم و دوستانه برقرار سازد و کودک باید اتاق درمان را به چشم مکانی راحت و جالب برای بازی نگاه کند. دومین اصل این است که درمانگر باید بدون تحسین و بدون سرزنش، کودک به طور کامل آن گونه که هست، بپذیرد. سومین اصل اکسلاین این است که درمانگر باید فضایی سهل گیرانه به وجود آورد. نباید برای واداری کردن کودک به استفاده از وسایل به

¹ Otto rung

شیوه ای خاص تلاش کند. همچنین نباید سوالهای بازجویانه مربوط به تجربه های زندگی کودک مطرح شوند.

چهارمین اصل این است که درمانگر احساسات کودک را تشخیص دهد و سعی کند تا آنها را به کودک برگرداند. پنجمین اصل بازی درمانی ارائه شده از سوی اکسلاین این است که درمانگر همواره به کودک احترام می گذارد و معتقد است که کودک برای حل مشکلات خود توانایی دارد. مسئولیت موفقیت درمان بر عهده کودک است و بدین ترتیب درمان بر حول محور کودک قرار دارد، نه درمانگر. اصل ششم این است که درمانگر تشخیص می دهد که در درمان، کودک راه را نشان می دهد و درمانگر آن را دنبال می کند. هفتمین اصل این است که درمان نباید با شتاب صورت پذیرد. سرانجام یک اصل مهم در درمان بی رهنمود است که باید محدودیت هایی تعیین کرد.

محدودیت های درمان بی رهنمود معمولاً بر سه نوع هستند. نخست اینکه کودکان اجازه ندارند به خود یا درمانگر آسیب برسانند. دوم اینکه آنها اجازه ندارند به وسایل اتاق بازی صدمه بزنند. سوم اینکه، هرچند آنها ممکن است از وقت خود به همراه درمانگر به هر صورتی که دلشان می خواهد استفاده کنند، اما باید هنگامی که جلسه درمان به پایان می رسد، اتاق بازی را ترک کنند.

• رویکردهای ساختارمند

همانگونه که دیدیم، رویکرد اولیه روان تحلیل گری در بازی درمانی از نظر گرایش به تفسیر تا اندازه ای مستقیم بود، در حالی که رویکرد ارتباطی به طور جدی در این اصل ریشه داشت که این کودک است که راه را نشان می دهد نه درمانگر. با این همه، روند جاری در تفکر درباره کاربرد های بازی در درمان، بیانگر نوعی سازش بین این دو رویکرد بسیار متفاوت است. این گرایش جدید در جستجوی حد وسط در روان درمانی کودکان را می توان در تغییراتی که در رویکرد روان تحلیل گری از دوران ملانی کلاین به وقوع پیوسته است، مشاهد کرد.

۱- تاکید بر درمان های کوتاه مدت، با هدف های ویژه و خط مشی های روشن که در ابتدای درمان مشخص می شوند.

۲- تاکید بر واقعیت موجود به جای مکانیسم های ناهشیاری که در گذشته ریشه دارند.

۳- خوداری در استفاده بیش از اندازه از تفسیر نمادین.

۴- تاکید بر اهمیت ارتباط بین درمانگر و کودک.

۵- گرایش روزافزون به استفاده از هنرهای بیانی از جمله موسیقی، ادبیات، تئاتر، نمایش عروسکی، و بازی آزادانه.

به طور خلاصه، چنین به نظر می رسد که در مورد اثر درمانی بازی تردید اندکی وجود دارد. بازی تنش را برطرف کرده و عواطف سرکوب شده را رها می کند. به کودک اجازه می دهد که در عالم خیال، تجربه های آزار دهند دنیای واقعیت را جبران کند. خودکاوای را ترغیب می کند. امکان یادگیری روش های جایگزین و موفقیت آمیزتر برای مقابله با مشکلات را برای کودکان فراهم می سازد. سرانجام، بازی واسطه طبیعی کودک برای ارتباط است و بدین سبب تقریباً در هر نوع روان درمانی که امروزه بر روی کودکان انجام می شود، به طور موفقیت آمیزی به کار برده می شود (شفر، ۱۹۸۵؛ به نقل از (هیوز، ۲۰۰۵، توزنده جانی و کمال پور، ۱۳۹۴). انواع دیگری از بازی درمانی نیز وجود دارد که بازی درمانی شناختی-رفتاری یکی از جدیدترین رویکردهای آن است.

• بازی درمانی شناختی-رفتاری

از میانه دهه‌ی هشتاد، درمان شناختی^۱ (CT) آرون بک^۲ یک سیستم شناخته شده‌ی روان درمانی شد و با یافته های مطالعات بالینی سودمندی آن مورد حمایت قرار گرفت. دیدگاه های نظری و اصول شناخت درمانی، به طور نسبی از آغاز تا کنون ثابت و استوار باقی مانده اند. بااین حال تئوری های بک، گروهی از رویکردهای مرتبط را ایجاد کرده است که در آنها تکنیک های مشترک به درمانهای شناختی-رفتاری بر می گردند. سی بی پی تی نیز یکی از رویکرد های این نسل و شاید جدیدترین و جوانترین آنها است.

¹ Cognitive therapy

² Aron Beck

از آنجایی که درمان شناختی به همان شکلی که با بزرگسالان کار و تمرین شده بود نمی توانست به سادگی و بدون تغییرات برای کار با نوجوانان مورد استفاده قرار گیرد. تقریباً اقتباس هایی از درمان شناختی برای کار با نوجوانان و کودکان سنین مدرسه ایجاد شدند (نل، ۱۹۹۳؛ به نقل از نل، ۲۰۱۳، ترجمه عاقبتی، ۱۳۹۵). برخی چنین فرض می کنند که انطباق درمان شناختی با جمعیت کودکان غیر ممکن است. اما نشان داده شده که سطح رشدی کودکان پیش دبستانی و مطالعات CT در عین مرتبت بودن از هم جدا هستند (نل، ۱۹۹۸). آموزش بالینی پیشنهاد می کند، که درمان فردی یا پیش دبستانی ها باید سطوحی از بازی درمانی را نیز شامل شود، که این به توانایی محدود پیش دبستانی ها برای قرار گرفتن در یک مکالمه کلامی انحصاری بر می گردد. در نگاه اول PT و CT ممکن است ناسازگار به نظر برسند با این حال اقتباسی از CT که مرکب از درمان های شناختی-رفتاری و بازی درمانی های سنتی است، پیچیدگی CT را اصلاح می کند تا سطح رشدی کودکان را با سطح مداخلات هماهنگ نماید. CBPT مبتنی بر تئوری شناختی اختلالات هیجانی و اصول شناختی درمان است و این ها را در مسیری مناسب اصلاح نموده است. همانند سایر اشکال قابلیت اجرایی مداخلات تاکید دارد (نل، ۱۹۹۸).

درمانگر شناختی به تاثیر باورها و نگرش های ناسازگارانه یا ناکارآمد روی رفتار و چگونگی عکس العمل های یک شخص به رویدادها، تحت تاثیر معنادهی شخصی علاقمند است. با این وجود فرایندهای تفکر که به صورت انحرافات شناختی در یک بزرگسال مورد توجه هستند، بخشی طبیعی از تکامل فرآیند تفکر در کودکان پیش دبستانی می باشند. بنابراین مهم است که توجه کنیم بحسب تحریف شناختی برای بچه های کوچک مشکل آفرین است. زیرا این حقیقت که چنین شناخت هایی در این مرحله رشدی، نرمال و معمول می باشند را نادیده می گیرد. علاوه بر این ممکن است مثال هایی ذکر شود که به سادگی برای نسبت دادن مجموعه ای از باور و معانی به یک رویداد کفایت نکنند. در اینجا نگرانی، وجود باورهای مختل نیست بلکه بیشتر عدم حضور باورها و عقاید سازگارانه است که کودک را در مهارت های مقابله ای کمک نماید. در چنین مواردی کودک ممکن است در عملکرد خلاق به برخی کمک ها و مساعدت ها نیاز داشته باشد بیانات مقابله ای مثبت می تواند برای کودک چشم اندازه ای مثبتی از تجارب جدید فراهم کند. بنابراین تغییر شناختی سازگارانه و موثر نه تنها برای یک بچه ای

کوچک ممکن است، بلکه به عنوان یک ابزار درمانی اگر با حساسیت بسیار بالا به فرایندهای رشدی نزدیک شود، آماده استفاده خواهد بود (نل، ۱۹۹۸؛ به نقل از نل، ۲۰۱۳، ترجمه عاقبتی، ۱۳۹۵).

شواهد بسیاری وجود دارند تا نشان دهند توانایی کودکان پیش دبستانی برای فهم مشکلات پیچیده می تواند توسط رویکردهای ویژه ای (از قبیل: فراهم نمودن مثالهایی واقعی و استفاده کمتر از پرسشهای با پاسخ) افزایش یابد. از طریق استفاده از بازی، تغییر شناختی می تواند به طور غیر مستقیم به کودکان منتقل شود. توانایی درمانگر برای انعطاف پذیر بودن، کاهش انتظار برای مکالمات کلامی، و تکیه و اعتماد بیشتر به راههای تجربی می تواند به طور معناداری در موفقیت این رویکرد درمانی سهمیم باشد (نل، ۱۹۹۸).

با اعتقاد بر این موضوع بازی درمانی شناختی-رفتاری، با ترکیب اقدامات شناختی و رفتاری در یک الگوی بازی درمانی ایجاد شده، توسط نل (۱۹۹۵) به ادبیات روان درمانی معرفی شد (مارکای، ۱۹۹۸). بازی درمانی شناختی رفتاری یک درمان نفوذ پذیر توسعه یافته است که بر قابلیت انعطاف کودکان کوچکتر تکیه می کند، انتظار برای بیانات شفاهی با کودکان را کاهش داده و اعتماد به رویکرد تجربی را افزوده است. بازی درمانی شناختی رفتاری اقتباس نسبتاً منحصر به فردی از درمان شناختی-رفتاری ویژه بزرگسالان است که برای کودکان پیش دبستانی و سالهای اول مقطع دبستانی توسعه یافته است. پیش از آغاز آن، بیشتر تکنیک های بازی درمانی یا مبتنی بر تئوریهای روان پویشی یا درمانجو محور بودند. با هر دو دیدگاه نظری پیشین، بازی درمانی ساختار نیافته و توسط کودک هدایت می شد. بازی درمانی شناختی-رفتاری یک دیدگاه نظری جدید در روان درمانی کودک فراهم می کند، که در آنها مهم ترین تفاوتها بین این نوع بازی درمانی و بازی درمانی های دیگر شامل ساختار آن، اجرا روانی-تربیتی، و دیدگاه های معطوف بر هدف و مشارکتی می باشد یعنی، هم توسط کودک و هم درمانگر هدایت می شود. چارچوب نظری این درمان شناختی مبتنی بر مدل شناختی اختلالات هیجانی است. این مدل بر پایه-ی تعامل شناخت، هیجانات و رفتار قرار دارد. رفتار آشفته بیانگر تفکر غیر منطقی است و درمان بر اساس تغییر شناختی است. در زمان کار با کودکان با استفاده از این مدل، مداخلات متمرکزند بر کمک به کودک برای فرمول بندی تفکرانی که باید با موقعیتشان سازگار شوند، نه این کودک را وادار کند همانند

یک بزرگسال بیاندهد. (امجدی فر، ۱۳۸۵). بازی درمانی شناختی-رفتاری به طور شاخص یک مدل سازی ترکیبی از مهارت‌های مقابله ای سازگاران است. در طول استفاده از بازی، تغییر شناختی به طور غیرمستقیم مورد مکالمه قرار می گیرد و بیشتر رفتارهای سازگاران به کودکان معرفی می شود. این طرح برای استفاده با بسیاری از مداخلات شناختی و رفتاری ویژه فراهم آمده است. در ترکیب های این نوع بازی، نتیجه کلی و پیشگیری از عود، از ویژگی های مهم به شمار می روند. با اصلاحات و تغییرات جزئی بسیاری از اصول درمان شناختی همانند آنچه برای استفاده با بزرگسالان طراحی شده برای بچه های کوچکتر هم قابل استفاده است (نل، ۲۰۱۳، ترجمه عاقبتی، ۱۳۹۵).

نل (۱۹۹۸) معتقد است درمان های شناختی-رفتاری برای کودکان و بزرگسالان از دو جهت "ارزیابی" و "مداخله" باهم متفاوتند:

۱-ارزیابی: همانند تمامی رویکردهای درمانی، اولین تکلیفی که توجه درمانگر را به خود جلب می کند "ارزیابی" است. اساسا ارزیابی در بازی درمانی شناختی-رفتاری متفاوت از سایر ارزیابی های بالینی کودک نیست. باید بررسی شود که کجا کودک در مسیر رشد نرمال و کجا رشد نرمال به انحراف کشیده می شود. اما تعیین انحرافات، کمبودها و نواقص شناختی در کودکان نسبت به بزرگسالان دشوارتر است و در این خصوص توجه به حساسیت مراحل و فرآیندهای رشدی نکته ای بسیار ظریف است. توانایی کودک برای انتقال آشفته گی و پریشانی اش با مصاحبه ی مستقیم با او مشخص نمی شود، اما از طریق یک مصاحبه والدینی، مشاهده رفتار کودک، آشکارسازی غیر مستقیم احساسات در طول بازی مشخص می گردد.

تفاوت دیگر در ارزیابی کودکان، نیاز به جمع آوری اطلاعات از منابع متعدد است. از یک دیدگاه شناختی چه برای کودکان و چه برای بزرگسالان به تعیین خود بیانگری ها، اسنادها، باورها و فرضیات شخصی تاکید زیادی دارد. این اطلاعات در خصوص بزرگسالان با استفاده مستقیم از مصاحبه، خودبازنگری، خودسنجی و تکنیک های نمونه برداری و یادداشت افکار به دست می آید. درمورد کودکان اطلاعات مشابه به صورت اندکی استنباطی تر، از طریق مشاهده و گزارش والدین و مصاحبه با بزرگسالانی که در

تعامل نزدیک با کودک هستند، ارزیابی بازی، آزمون های روان شناختی سنتی، و آزمون های خلق شده توسط درمانگر جمع آوری می شود.

۲- مداخله: ارزیابی، با معرفی مداخلات طراحی شده برای افزایش قابلیت های رفتاری، اصلاح شناخت- های ناسازگارانه، و فراگیر نمودن انواع سازگارانهای شناخت ها دنبال می شود. در این بخش مداخلات درمان شناختی- رفتاری باید همانند تکنیک های ارزیابی برای بازی درمانی شناختی- رفتاری در کودکان تعدیل یابند. با این حال برقراری هماهنگی بین سطح رشدی کودک و پیچیدگی مداخله های مورد نظر بسیار دشوار است و توانمندی های کودک باید در نظر گرفته شوند. بر همین اساس بازی درمانی شناختی- رفتاری بر استفاده ی تکلیف های زبانی پیچیده تاکید نمی کند.

بازی درمانی شناختی- رفتاری برای درمان کودکان دارای اختلالات هیجانی، کوتاه مدت، محدود به زمان، دارای ساخت رهنمودی، مشکل مدار و وابسته به رابطه درمانی بی عیب و نقص است. در این رویکرد هر دو روش استقرایی و سقراطی حائز اهمیت هستند و استفاده از فعالیت های بازی به عنوان وسیله ی ارتباطی بین درمانگر و کودک استوار است. بازی درمانی شناختی- رفتاری به سایر بازی درمانی ها شبیه است اما از نظر فلسفه ی مربوطه به تشکیل اهداف و انتخاب مواد و فعالیت های بازی و کاربرد درمان به منظور آموزش و بهره گیری از تحسین و تفسیر با سایرین فرق دارد. و در حکم مداخله ی فعالی است که درمانگر و کودک جهت تشکیل اهداف و انتخاب مواد و فعالیت های بازی با هم کار می کنند (نل، ۱۹۹۸).

انواع تکالیفی که می توان مورد استفاده قرار داد، بسیار است و به قوه ی ابتکار درمانگر بستگی دارد. هنر، موسیقی، اسباب بازی ها و سایر ابزار های غیر کلامی استفاده می شوند. مثالها شامل: الف) تصاویری از صورت ها که احساسات مختلف را بیشتر از اصطلاحات کلامی نمایش می دهد، ب) موسیقی که خلق های مختلف را مجسم می کند، و ج) عروسک های خیمه شب بازی و عروسک های خزی که در نقش احساسات و رفتارهای مختلف، نمایش اجرا می کنند. با این حال تمرکز بر ابزار کلامی نمایش گرچه کمتر صورت می گیرد، اما رشد زبان باید در سطح متناسب سنی تشویق و تقویت شود. توجه نمودن به عاطفه نیز می تواند کودک را در هماهنگی بین احساسات و یادگیری ابراز رفتارهای ناسازگارانه در

مسیرهای سازگاران - هم به صورت کلامی و هم غیر کلامی - یاری دهد (نل، ۱۹۳۳، به نقل از نل، ۱۹۹۸). همانند درمانهای شناختی رفتاری، بازی درمانی مبتنی بر این رویکرد، نیز مولفه های ضروری برای درمان اختلالات اضطرابی را شامل می شود (آموزش روانی، مدیریت و کنترل جسمانی یا تن آرامی، بازسازی شناختی، آشکار سازی احساسات و جلوگیری از عود) و می تواند با جرح و تعدیل مورد استفاده قرار گیرند. سایر مداخلات رفتاری در بازی درمانی شناختی-رفتاری عبارتند از: حساسیت زدایی منظم، کنترل وابستگی، تقویت مثبت، شکل دهی، خاموش سازی و تقویت سایر رفتارها، ضعیف کردن محرک ها، مدل سازی، کنترل خود، و درگیر ساختن والین در درمان (نل، ۲۰۰۶).

در عمل بازی درمانی شناختی-رفتاری اغلب شامل یک مدل سازی ترکیبی است زیرا مدل سازی یک راه موثر برای به دست آوردن، تحکیم کردن یا ضعیف کردن رفتارها است. یادگیری از طریق مدل سازی یک راه موثر و کارآمد برای کودکان به منظور کسب مهارت ها و رفتارهای جدید است. همچنان که درمان پیشرفت می کند، مدل رفتارها و فرآیندهای تفکر سازگاران تر، را رشد می دهد و کودک را قادر می سازد تا آنها را به مجموعه ی رفتاری خویش پیوند دهد. این مدل سازی می تواند به طور موثری برای کودکان سنین پیش دبستانی موثر واقع شود و به درمانگر امکان می دهد که توجه خود را متمرکز کند تا مطمئن شود که مدل به لحاظ سطح رشدی متناسب است (بندورا^۱، ۱۹۷۷؛ به نقل از نل، ۲۰۱۳، ترجمه عاقبتی، ۱۳۹۵).

در بازی درمانی شناختی-رفتاری نسبت به سایر بازی درمانی ها برای کودکان بر درگیر ساختن کودک در درمان بیشتر تاکید می شود. در این خصوص شش خصوصیت ویژه مرتبط با این نوع بازی درمانی وجود دارد:

۱- این نوع بازی درمانی، کودک را در فرایند درمان درگیر می کند، کودک یک شرکت کننده ی فعال است، بنابراین موضوعات مقاومت و عدم پذیرش می تواند مرتفع شوند.

^۱Bandura

۲- این نوع بازی درمانی متمرکز بر افکار، احساسات، تخیلات و محیط کودک است. به این ترتیب، تمرکز یافتن بر ترکیبی از موضوعاتی شبیه وسواس آلودگی، فوبی، و ... به اندازه‌ی احساسات کودک در خصوص مشکل، ممکن است.

۳- این نوع بازی درمانی، یک یا چند نوع استراتژی برای رشد و توسعه‌ی افکار و رفتارهای سازگارانۀ تر را فراهم می‌نماید. کودک به راهکارهای جدیدی برا مقابله با موقعیت‌ها و احساسات می‌اندیشد.

۴- این نوع بازی درمانی نسبت به بازی آزاد، ساختار یافته، مستقیم و هدفدار است. درمانگر با کودک و خانواده برای دست‌یابی به اهداف کار می‌کند و به کودک کمک می‌کند که برای دست‌یابی به این اهداف تلاش نماید.

۵- این نوع بازی درمانی، که تکنیک‌هایی را از لحاظ آزمایشی به اثبات رسیده‌اند را با یکدیگر ترکیب می‌کند. برای مثال، الگو سازی رفتار با استفاده از عروسکهای خزی و اسباب بازی‌هایی که توسط درمانگر به کار برده می‌شوند.

۶- این نوع بازی درمانی اجازه‌ی آزمایش تجربی از درمان را فراهم می‌آورد و تکنیکهای استفاده شده می‌توانند ارزیابی شوند. و توضیح می‌دهد که چه درمانی، با چه کسی، برای این فرد و با این مشکل ویژه اثر بخش‌تر است (نل، ۲۰۱۳، ترجمه عاقبتی، ۱۳۹۵).

۲-۲-۴. مزایای بازی درمانی و بازی درمانی شناختی-رفتاری

فری^۱ (۲۰۰۹)، در بررسی ویژگی‌ها و مزایای بازی درمانی و بازی درمانی شناختی رفتاری چنین عنوان می‌کند که بازی درمانی یک مدل موثر برای تعامل با درمانجویان در تمام سنین با دیدگاه‌های درمانی نظری مختلف می‌باشد. بازی درمانی با زبانی بیانگر و پذیرا به افراد کمک می‌کند. بازی، زبان کودک است اما برخی اوقات زبان نوجوانان و بزرگسالان نیز می‌باشد. بیشتر نوشته‌ها درباره‌ی بازی درمانی شناختی-رفتاری بر کودکان پیش دبستانی متمرکز است. این نوشته‌ها سطح رشد این کودکان و تناسب شیوه‌های

¹ Frey

بازی درمانی با رده‌ی سنی آنها را نشان می‌دهد. وقتی بزرگسالان در سطح رشدی-شناختی‌شان هستند. این غیر همزمانی رشد در افراد، بازی درمانی را برای درمانجویان در تمام سنین موثر می‌کند (احمدی، ۱۳۸۹).
بعلاوه این نوع بازی درمانی برای تمام درمانجویان مقاوم در همه‌ی سنین موثر است. پیش دبستانی‌ها و همچنین نوجوانان و بزرگسالان ممکن است نسبت به گفتگوی درمانی سنتی مقاومت نشان دهند، به این علت که قبلاً مورد سو استفاده قرار گرفته‌اند یا آموزش دیده‌اند که اطلاعات خاصی را به کسی نگویند، و یا سیستم عقیدتی خاصی دارند که تاثیر درمان را مخدوش می‌کند. اینها تنها معرفی تعداد کمی از دلایل مقاومت است. همینطور، این نوع بازی درمانی می‌تواند برای درمانجویان در تمام سنین بسیار مفید باشد. درمانجویان در تمام سنین اغلب مشکلاتشان را انکار می‌کنند. متخصصین بالینی اغلب با درمانجویانی سروکار دارند که از لحاظ روانشناسی از اینکه چه چیزی باعث پریشانی آنها می‌شود ناآگاهند. این مسئله به ویژه برای کودکان کوچکتر و پیش دبستانی نیز صحت دارد، اغلب برای نوجوانان و بزرگسالان نیز صحیح است. یک دانش‌آموز کلاس پنجم که ممکن است نداند سو استفاده‌های فیزیکی در خانه یک شیوه‌ی نامناسب تربیتی است و آن را عادی تلقی می‌کند، در درمان آن را ذکر نمی‌نماید. از طریق بازی درمانی شناختی-رفتاری و استفاده از نقاشی‌ها، خاک رس، یا کتاب درمانی این مسائل اغلب ظاهر می‌شوند، بنابراین به درمانگر و درمانجو، در کشف راههای جدید برای درمان کمک می‌کند (فری، ۲۰۰۹؛ به نقل از احمدی، ۱۳۸۹).

اثربخشی بازی درمانی شناختی-رفتاری، اغلب به درمانجویانی نسبت داده می‌شود که بنابر شرایط مختلف از لحاظ کلامی دچار مشکل هستند. یک درمانجوی بزرگسال ممکن است از نظر رشدی تاخیر داشته باشد. یک درمانجوی مدرسه‌ای، می‌تواند گنگی انتخابی داشته باشد. درمانجویان بزرگتر از سنین پیش دبستانی ممکن است از استرس پس از سانحه رنج ببرند و زمان صحبت درمورد آسیب‌ها از لحاظ کلامی مشکل داشته باشند. تمام این درمانجویان می‌توانند از مزایای این نوع بازی درمانی بهره ببرند. با این وجود، برخی درمانجویان بزرگتر می‌توانند به خوبی با گفتگوی درمانی سنتی، دغدغه‌های خود را بیان کنند، اما برخی اوقات دچار تنگنا می‌شوند. اینجاست که بازی درمانی شناختی-رفتاری می‌تواند مفید باشد. شاید درمانجو بتواند ناخشنودی‌اش را در خصوص برخی مسائل آشکارا مطرح کند، اما مسائل

جنسی را نمی‌تواند. این نوع بازی درمانی همچنین می‌تواند برای طرح مسائل پیش بینی نشده، فرصتی را فراهم می‌کند که گفتگوی درمانی سنتی نمی‌تواند. اغلب درمانگران آنچنان بر اهداف درمانی تمرکز می‌کنند که از دغدغه‌های دیگری که ممکن است درمانجو داشته باشد و قبلاً در برنامه درمانی منظور نشده، غافل می‌مانند. در واقع کاربرد بازی درمانی شناختی-رفتاری منحصر به پیش دبستانی نیست، بلکه درمانجویان در سنین ۲ تا ۹۰ سال را می‌توان شامل گردد. شیوه‌های بازی درمانی شناختی-رفتاری برای مقابله با دغدغه‌هایی نظیر خشم، اضطراب، کمال گرایی، پرخاشگری، جدایی، مهارت‌های اجتماعی، سواستفاده و اعتماد به نفس ارائه می‌شود. تحقیقات مختلف کاربرد‌های این نوع بازی درمانی را برای درمانجویان در تمام سنین نشان می‌دهد (فری، ۲۰۰۹؛ به نقل از احمدی، ۱۳۸۹).

۳-۲. مروری بر پیشینه پژوهش

۱-۳-۲. پژوهش‌های داخلی

هادی نیا و همکاران (۱۴۰۱) پژوهشی با هدف اثرات بازی درمانی در تقلیل کم‌رویی دانش‌آموزان انجام دادند. کمرویی در دانش‌آموزان می‌تواند عواقب تلخ و زیانبار داشته باشد و شیوه بروز آن در هر دانش‌آموز با هر موقعیتی متفاوت است و علتهای متنوعی هم برای آن تعیین کرده‌اند، اما به طور کلی می‌توان ریشه همه آنها را در مسائل جسمی، روحی و محیطی خلاصه کرد. کمرویی بندرت مادرزادی است. این رفتار هنگامی به وجود می‌آید که در اثر تربیت غل، کودک به ارزشهای اصیل خود بی‌اعتماد و در نتیجه مردم‌گریز شود. نقش تربیت و آموزش در درمان کمرویی بسیار شاخص و کلیدی است؛ زیرا با رعایت اصول ساده تربیتی به آسانی می‌توان از بروز آن پیشگیری کرد. رفتارها و نشانه‌های کمرویی که تقریباً در اغلب افراد خجالتی مشترک است، از یک منشا روان‌شناختی سرچشمه می‌گیرد و معمولاً هر کدام از این رفتارها به نوبه خود، سبب تشدید و ظهور رفتارهای دیگر می‌شود و به این ترتیب دانش‌آموز کمرو وارد چرخه معیوبی می‌شود که رهایی از آن بسیار دشوار است. یکی از مداخلات درمانی موثر در کاهش کم‌رویی بازی درمانی است. لذا این پژوهش با هدف اثر بخشی بازی بر کاهش کم‌رویی دانش‌آموزان انجام شده است.

راتقی و مرعشیان (۱۴۰۰) پژوهشی با هدف اثربخشی بازی درمانی عروسی بر کاهش کمرویی، احساس تنهایی و مشکلات رفتاری کودکان تک سرپرست شهر اهواز انجام دادند. روش این پژوهش نیمه آزمایشی با طرح پیش آزمون- پس آزمون- پیگیری و گروه کنترل بود. جامعه آماری این پژوهش شامل کلیه کودکان تک سرپرست ۳ تا ۹ سال شهر اهواز در سال ۱۳۹۹ بودند. که از بین آنها ۳۰ نفر به روش نمونه گیری هدفمند انتخاب و در دو گروه آزمایش و گواه به صورت گمارش تصادفی قرار گرفتند. جهت گردآوری داده ها از پرسشنامه های کمرویی استنفورد (1997) (SSQ)، احساس تنهایی راسل (1980) (UCLA) و مشکلات رفتاری شهیم و یوسفی (1378) (BPQPC) استفاده شد. سپس ۱۰ جلسه ۴۵ دقیقه و هر هفته دو جلسه بازی درمانی عروسی بر روی گروه آزمایش اجرا گردید. در حالی که افراد گروه گواه هیچ مداخله ای دریافت نکردند. داده های به دست آمده با روش تحلیل واریانس با اندازه گیری مکرر با استفاده از نرم افزار SPSS۲۴- مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفتند. نتایج به دست آمده نشان داد که بین دو گروه آزمایش و گواه از نظر کمرویی، احساس تنهایی و مشکلات رفتاری در مرحله پس آزمون تفاوت معناداری وجود دارد ($P \leq 0.05$). همچنین، نتایج فوق در مرحله پیگیری ۱/۵ ماهه تداوم داشت. بر این اساس می توان گفت؛ بازی درمانی عروسی جهت کاهش کمرویی، احساس تنهایی و بهبود مشکلات رفتاری کودکان تک سرپرست موثر است.

مالکی و همکاران (۱۳۹۹) پژوهشی با هدف اثربخشی بازی درمانی شناختی رفتاری بر اضطراب مدرسه و کمرویی دانش آموزان دارای اختلال یادگیری انجام دادند. در این پژوهش از روش نیمه آزمایشی و طرح پیش آزمون و پس آزمون با گروه کنترل استفاده شد. جامعه آماری این پژوهش، شامل دانش آموزان دختر و پسر پایه چهارم و پنجم دبستان شهر تهران بود که دارای اختلال یادگیری هستند و به مراکز توانبخشی اختلال های یادگیری ارجاع داده شده اند. از این جامعه، ۳۰ نفر بصورت هدفمند انتخاب شدند و بصورت تصادفی در دو گروه (۱۵ تایی) آزمایشی و کنترل جایگزین شدند. پرسشنامه های اضطراب مدرسه (فیلیس، ۱۹۷۸) و کم-رویی (کروزی، ۱۹۹۵) ابزار پژوهش بودند. یافته های پژوهش در نهایت با استفاده از نرم افزار SPSS نسخه ۲۳ و آزمون کواریانس در سطح ۰/۰۵ تحلیل شدند. یافته های توصیفی نشان داد که نمرات گروه آزمایش نسبت به نمرات گروه کنترل کاهش محسوسی هم

در اضطراب مدرسه و هم در کم-رویی دارد. نتیجه تحلیل کوواریانس نشان داد که پس از حذف اثر پیش آزمون، میانگین نمرات پس آزمون دو گروه اختلاف آماری معناداری داشتند.

رحیمی و پویان (۱۳۹۸) پژوهشی با هدف اثربخشی بازی درمانی بر کاهش کمرویی کودکان انجام دادند. در این پژوهش تجربی از نوع پیش آزمون پس آزمون با گروه کنترل تعداد ۳۰ کودک پیش دبستانی که در مراکز پیش دبستانی در سال تحصیلی ۹۶/۹۵ مشغول به آموزش بودند، به شیوه نمونه گیری خوشه ای چندمرحله ای انتخاب شدند. چک لیست رفتاری کمرویی به عنوان ابزار پژوهش قبل و بعد از اجرای متغیر مستقل اجرا گردید و سپس داده های به دست آمده با استفاده از روش های آمار توصیفی و آمار استنباطی تحلیل کوواریانس مورد تحلیل قرار گرفت. نتایج نشان داد که دو گروه در شرایط پیش از درمان تفاوت قابل توجهی در میزان کمرویی نداشتند. درحالیکه پس از مداخله مقدار $F(53/18)$ مشاهده شده در سطح $P > 0/001$ معنی دار بود. با توجه به نتایج به دست آمده می توان گفت که بازی درمانی بر کاهش کمرویی کودکان پیش دبستانی موثر بوده است.

محمدی و همکاران (۲۰۱۷) به بررسی تاثیر بازی درمانی کودک محور بر علایم بیمارستانی کودکان سرطانی پرداختند. هدف از این مطالعه بررسی تاثیر شغلی مبتنی بر بازی بر درد، اضطراب و خستگی در کودکان بستری شده مبتلا به سرطان بود که تحت شیمی درمانی قرار گرفتند. دو کودک بستری شده با لوسمی لنفوبلاستی حاد حداقل ۴ ماه پس از تشخیص که دو دوره شیمی درمانی را در این مطالعه آزمایشی شرکت کردند. برای تدوین پروتکل مداخله، تاریخچه بازی **Takata Play** و مقیاس ارزیابی مشارکت کودکان ایران مورد استفاده قرار گرفت. نه بار، ۳۰ تا ۴۵ دقیقه جلسات شغلی مبتنی بر بازی برای هر کودک انجام شد. کودکان مقیاس درد چهره، مقیاس خستگی بصری و مقیاس اضطراب صورت قبل و بعد از هر جلسه مداخله را پر کردند. یافته ها: میزان درد، اضطراب و خستگی در هر دو گروه کاهش یافت. همچنین نتایج نشان داد که بین درد، اضطراب و متغیرهای خستگی در این کودکان رابطه وجود دارد.

علویان و همکاران (۱۳۹۵) به بررسی تاثیر بازی درمانی والد - کودک بر کاهش افسردگی کودکان مبتلا به سرطان، استرس ادراک شده مادران آنها و بهبود رابطه والد - کودک به انجام دادند. تعداد ۱۴

کودک، با روش نمونه‌گیری در دسترس از بین مراجعه‌کنندگان به بیمارستان دکتر شیخ مشهد انتخاب شدند و به صورت تصادفی در دو گروه ۷ نفره مداخله و کنترل گمارش شدند. مادران در دو مرحله پیش‌آزمون و پس‌آزمون به مقیاس استرس ادراک شده (PSS) و مقیاس ارتباط والد کودک (PCRS) و کودکان به پرسش‌نامه افسردگی کودک (CDI) پاسخ دادند. هر زوج مادر و کودک در گروه آزمایشی ۸ جلسه بازی‌درمانی والد - کودک را به صورت فردی دریافت کردند. داده‌ها با روش تحلیل کواریانس مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفتند. افسردگی کودکان گروه آزمایش نسبت به گروه کنترل به طور معناداری کاهش یافت. همچنین رابطه والد کودک در گروه آزمایش نسبت به گروه کنترل به طور معناداری بهبود پیدا کرد، اما در متغیر استرس ادراک شده، بین مادران گروه کنترل و آزمایش تفاوت معناداری یافت نشد. بازی درمانی والد - کودک می‌تواند بر کاهش نشانگان افسردگی کودکان مبتلا به سرطان و بهبود رابطه این کودکان و والدین‌شان موثر باشد، اما این نوع درمان کاهش محسوسی در استرس ادراک شده مادران ایجاد نمی‌کند.

صریحی و همکاران (۱۳۹۵) پژوهشی با هدف تاثیر بازی درمانی بر کاهش مشکلات رفتاری کودکان سنین پیش دبستانی انجام دادند. بدین منظور ۲۰ کودک سین ۴ تا ۶ سال که دارای مشکلات رفتاری بودند، به صورت تصادفی ساده انتخاب شدند و در دو گروه ۱۰ نفره ی آزمایش و کنترل جای داده شدند. ابزار مورد استفاده در این پژوهش، پرسشنامه می ۲۷ والی مشکلات رفتاری محقق ساخته بود. شرکت کنندگان به مدت ۱۰ جلسه تحت بازی درمانی گروهی قرار گرفتند داده ها به وسیله ی آزمون کوواریانس تجزیه و تحلیل شدند. یافته ها: یافته ها نشان داد که میانگین نمرات مشکلات رفتاری در گروه آزمایش، کاهش معنی دارم در مرحله پیش آزمون، نسبت به گروه کنترل داشته است ($p=0.001$) یافته های پژوهش حاکی از اثربخشی بازی درمانی گروهی بر کاهش مشکلات رفتاری کودکان سنین پیش دبستانی است.

موللی و همکاران (۱۳۹۴) پژوهشی با هدف بررسی اثربخشی بازی درمانی گروهی بر مهارت های اجتماعی کودکان پیش دبستانی آسیب دیده شنوایی انجام دادند. این پژوهش، یک مطالعه شبه آزمایشی با طرح پیش آزمون-پس آزمون و گروه شاهد بود. در این پژوهش ۳۰ پسر آسیب دیده شنوایی که به روش

نمونه گیری دردسترس از مراکز پیش دبستانی شهرستان ورامین و قرچک انتخاب شده بودند، شرکت داشتند. آزمودنی ها به صورت تصادفی به دو گروه ۱۵ نفری آزمایش و شاهد تقسیم شدند. گروه آزمایش، بازی درمانی گروهی را در ۱۲ جلسه دریافت کردند، درحالی که به گروه شاهد این آموزش ارائه نشد. ابزارهای استفاده شده در این پژوهش آزمون ماتریس های پیشرونده ریون رنگی و مقیاس درجه بندی مهارت های اجتماعی بود. اطلاعات جمع آوری شده با استفاده از تحلیل کوواریانس چندمتغیری تحلیل شد. نتایج تحلیل کوواریانس چندمتغیری نشان داد که بازی درمانی گروهی اثر معناداری بر مهارت های اجتماعی کودکان آسیب دیده شنوایی داشت ($p < 0.001$). همچنین نتایج بیانگر اثر مثبت و معنادار بازی درمانی گروهی بر همه خرده مقیاس های مهارت اجتماعی (مشارکت، ابراز وجود و مهار خود) در این کودکان بود ($p < 0.001$).

ملک پور و نسائی مقدم (۱۳۹۳) پژوهشی با هدف تاثیر شن بازی درمانی بر رشد شناختی کودکان ناتوان ذهنی آموزش پذیر انجام دادند. نمونه های این پژوهش شامل ۳۲ دانش آموز با ناتوانی ذهنی آموزش پذیر بود که ابتدا از میان شش ناحیه آموزش و پرورش شهر اصفهان یک ناحیه به طور تصادفی گزینش گردید و از میان این ناحیه دو مدرسه به طور تصادفی انتخاب شدند. بدین ترتیب، تعداد ۳۲ نفر نمونه به طور تصادفی از میان دانش آموزان این دو مدرسه از پایه های تحصیلی پیش دبستانی، اول، دوم و سوم برگزیده شدند. سپس این تعداد نمونه به طور تصادفی در دو گروه ۱۶ نفری آزمایش و کنترل شامل ۸ دختر و ۸ پسر قرار داده شدند. ابزار پژوهش عبارت از آزمون رشد شناختی تشخیصی کی بود. سپس روش شن بازی درمانی بر روی گروه آزمایش اجرا شد. نتایج تحلیل واریانس چند متغیری (مانوا) نشان داد که آزمودنی های گروه آزمایش در مقایسه با گروه کنترل در متغیر رشد شناختی بعد از اجرای روش شن بازی درمانی افزایش معناداری را نشان دادند ($P < 0.001$). نتایج این پژوهش نشان داد که روش مداخله ای شن بازی درمانی رشد شناختی کودکان ناتوان ذهنی آموزش پذیر را افزایش می دهد. همچنین، نتایج این پژوهش نشان داد که روش مداخله ای شن بازی درمانی بر رشد مفهوم سازی، تفکر نمادی، تفکر اجتماعی، ادراک حرکتی - بینائی، فراخنای توجه و سرعت روانی - حرکتی تاثیر معناداری داشت ($P < 0.001$).

قرائی و فتح آبادی (۱۳۹۲) پژوهشی با هدف اثربخشی بازی درمانی عروسی بر ارتقای مهارت های اجتماعی کودکان پیش دبستانی دچار نشانگان داون انجام دادند. روش مطالعه حاضر از نوع تک آزمودنی (ABA) و نمونه آماری شامل سه کودک پسر آموزش پذیر دچار نشانگان داون (یک آزمودنی از جلسه ششم از برنامه درمان خارج شد) بود که به شیوه نمونه گیری در دسترس انتخاب و طی ۱۷ جلسه ۳۵ دقیقه ای آموزش مهارت های اجتماعی از طریق بازی درمانی عروسی به آنان ارائه شد. هر یک از کودکان، پیش از آغاز، در حین و پس از پایان مداخله و پس از گذشت ۴۵ روز در مرحله پیگیری از طریق فهرست بازبینی محقق ساخته مهارت های اجتماعی، هشت بار توسط محقق و چهار بار توسط معلمین مورد مشاهده و ارزیابی قرار گرفتند. نتایج در یکی از آزمودنی ها، نشان دهنده افزایش مهارت های اجتماعی در طول مداخله و کاهش مهارت ها (بالتر از خط پایه) در دوره پیگیری و نشان دهنده افزایش مهارت ها در طول مداخله و مرحله پیگیری، در آزمودنی دیگر بود.

جعفری (۱۳۹۱) پژوهشی با هدف تاثیر بازی درمانی با رویکرد شناختی - رفتاری مایکنام بر کمروبی کودکان دبستانی انجام دادند. روش پژوهش از نوع آزمایشی پیش آزمون - پس آزمون با گروه کنترل بود. جامعه آماری پژوهش شامل کلیه دانش آموزان پایه اول، دوم و سوم دختر و پسر به تعداد ۱۸۷۵ نفر در سال تحصیلی ۹۰ - ۸۹ بود. به همین منظور تعداد ۵۰ نفر دانش آموز پسر و دختر با استفاده از روش نمونه گیری تصادفی خوشه ای چند مرحله ای و از طریق اجرای چک لیست رفتاری کمروبی شناسایی و انتخاب شدند و در دو گروه آزمایش و کنترل (هر گروه ۲۵ نفر) قرار گرفتند. جهت گردآوری داده از چک لیست رفتاری کمروبی استفاده شد. جهت محاسبه ضریب پایایی از روش کودریر چارلسون استفاده شد که مقدار آن ۰,۸۱ محاسبه گردید. چک لیست رفتاری کمروبی قبل و بعد از اجرای متغیر مستقل یعنی بازی درمانی شناختی - رفتاری، طی ۴ هفته، هر هفته ۳ جلسه ۴۵ - ۳۰ دقیقه ای اجرا گردید و سپس داده های بدست آمده با استفاده از نرم افزار SPSS و با روش آمار توصیفی و آزمون t مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت. نتایج به دست آمده نشان داد که نمره کمروبی آزمودنی های گروه آزمایش به طور معناداری کمتر از آزمودنی های گروه کنترل است. همچنین نمره کمروبی آن ها نسبت به

نمره پیش آزمون، تغییر و تفاوت معناداری نشان داد. در نتیجه بازی درمانی شناختی رفتاری مایکنام بر کاهش کمرویی کودکان دبستانی موثر بوده است.

۲-۳-۲. پژوهش های خارجی

کانکل میلر^۱ (۲۰۲۱) در نتایج تحقیق خود عنوان کرد که بازی درمانی عروسی بر مهارت های برقراری ارتباط و مهارت های اجتماعی کودکان پیش دبستانی تأثیر چشمگیری دارد.

کورنیلوس و هورنت^۲ (۲۰۲۰) در نتایج مطالعه خود گزارش کردند که بازی درمانی رفتاری تأثیر قابل توجهی بر مهارت های اجتماعی کودکان پیش دبستانی دارد.

قاسمیان و زربخش (۲۰۱۵) به بررسی تأثیر بازی درمانی شناختی رفتاری بر عزت نفس و مهارت های اجتماعی دانش آموزان دختر پرداختند. نتایج نشان داد که بازی درمانی شناختی رفتاری موجب افزایش عزت نفس و مهارت های اجتماعی دانش آموزان می شود.

چری^۳ و همکاران (۲۰۱۳) به بررسی تأثیر بازدرمانی در کودکان مبتلا به سرطان پرداختند. این امر از طریق استفاده از یک گزارش موردی از بازی درمان غیر هدایت شده با یک دختر ۴ ساله تشخیص داده شده با لوسمی لنفوبلاستی حاد مشخص شده است. نتیجه بازی درمان با استفاده از ترکیبی از ارزیابی کیفی و کمی مورد بررسی قرار گرفت. نتایج: مزایای بازی درمانی با این کودک در تنظیم بهتر بیماری و رفاه عمومی روانی، مقابله با افزایش و مقابله با افسردگی ظاهر شد. نتیجه گیری: با توجه به مزایای بازی درمانی در انکولوژی اطفال، این مقاله در مورد قابلیت اجرای آن و راهکارهای عملکرد بالینی و تلاش های پژوهشی آن را پیشنهاد می کند.

اوکورنر و استگنیتی^۴ (۲۰۱۱) به بررسی تأثیر بازی درمانی بر رفتار، زبان و مهارت های اجتماعی کودکان پرداختند. یافته ها حاکی از آن بود که گروه بازی درمانی در مقایسه با گروه بدون بازی درمانی از لحاظ زبان، رفتار و مهارت های اجتماعی پیشرفت قابل ملاحظه ای داشتند.

¹ Kunkle-Miller C

² Cornelius G, Hornett D

³ Chari, U

⁴ O'Connor, C & Stagnitti, K

چاپمن و استل^۱ (۲۰۱۱) در پژوهشی بدین نتیجه دست یافتند که آموزش مهارت‌های اجتماعی و اصلاح رفتار در زمینه آغاز یک ارتباط و پاسخدهی مناسب، باعث بهبود برقراری روابط با دیگران و مهارت‌های مربوط به بازی کردن در کودکان پیش دبستانی می شود.

هاتبوکز و اسکیتینی^۲ (۲۰۰۱) در نتایج مطالعه خود عنوان کردند بازی درمانی گروهی سبب مشخص شدن پرخاشگری کودکان پیش دبستانی در خانه میشود و در بهبود مهارت‌های اجتماعی آنها مؤثر است. کاسبی و مک کورمک^۳ (۱۹۸۵) در پژوهش خود به این نتیجه رسیدند که بازی درمانی نمادین تأثیر قابل توجهی بر توسعه ارتباطات اولیه و اکتساب مهارت‌های اجتماعی کودکان دارد.

کلین و فریتج^۴ (۱۹۹۱)، در تحقیقی با عنوان تأثیر استفاده از بازیهای آموزشی بر انگیزش دانش آموزان ۹ تا ۱۱ ساله، به این نتیجه رسیدند که بازی های آموزشی به طور معنی داری بر چهار مؤلفه انگیزشی (توجه، ارتباط، اعتماد و رضایت) تأثیر داشت و باعث بهبود انگیزش در دانش آموزان شد.

در سال ۱۹۹۵ نیز کرویز تحلیل مقایسه ای درفرآیند شن بازی بر روی کودکان غیر کلینیکی^۵ و کودکان تحت تجاوزات جنسی^۶ انجام داد او به مقایسه شن بازی دو پسر تحت تجاوز جنسی و دو دختر و یک پسر که مورد تجاوز جنسی قرار گرفته بودند پرداخت. این کودکان در گروه سنی (۹ تا ۱۱) سال قرار دارند و برای هریک از آنها (۱۲ جلسه) شن بازی درمانی قرار داد.

کارمیکل^۷ (۱۹۹۱) به بررسی اثر بخشی بازی درمانی (به ویژه شن درمانی و بازی درمانی غیر مستقیم) بر بهبود عملکرد خواندن کودکان را بررسی کرد. نتایج این پژوهش نشان داد که شن درمانی از کودک حکایت و او را تشویق و تقویت می کند که این عمل عزت نفس کودک را افزایش می دهد. که در نتیجه به وجود آورنده سطح یادگیری بهینه برای پیشرفت خواند کودکان است.

¹ Chapman T. Snell M

² Huth-Bocks A, Schettini A

³ Casby MW, McCormack SAL

⁴ Klein and Frytj

⁵. Non-clinical children

⁶. Sexal abused children

⁷Carmicheal,K

فصل سوم

روش پژوهش

مقدمه:

هدف از هر نوع بررسی و پژوهش علمی کشف حقیقت است. حقیقت نیز بر پایه کاوش و تجسس و کشف عوامل منطقی مربوط به خصوصیات اجزا، موضوع تحقیق قرار دارد. بنابراین هر پژوهشگر پس از تعیین موضوع باید به انتخاب روش پژوهش بپردازد. زیرا روش ها هستند که به اعتبار علمی و اطمینان یافته های موردنظر می افزایند، هدف از انتخاب روش پژوهش آن است که پژوهشگر مشخص نماید چه شیوه و روشی را اتخاذ کند تا او را هر چه دقیق تر و سریع تر در دستیابی به پاسخ هایی برای پرسش های تحقیق مورد نظر کمک نماید. در این فصل ما در مورد طرح پژوهش، جامعه، نمونه و روش نمونه گیری، شیوه گردآوری داده ها و نحوه تجزیه و تحلیل داده ها توضیح دادیم.

۱-۳ طرح پژوهش:

پژوهش حاضر یک مطالعه نیمه آزمایشی با طرح پیش آزمون و پس آزمون با گروه کنترل بود. روش آزمایشی یکی از مجموعه روش های پژوهشی است که به منظور پیدا کردن روابط علت و معلولی بین دو یا چند متغیر به کار برده می شود (دلاور، ۱۳۹۲).

در این طرح بعد از انتخاب آزمودنی ها، آنها به صورت تصادفی در دو گروه آزمایش و کنترل جایگزین شدند. سپس قبل از اجرای متغیر مستقل (X) (بازی درمانی گروهی)، آزمودنی های انتخاب شده در هر دو گروه به وسیله پیش آزمون (کمرویی) مورد اندازه گیری قرار گرفت و گروه آزمایش در معرض متغیر مستقل (بازی درمانی گروهی) قرار گرفت و در گروه کنترل متغیر مستقل (بازی درمانی گروهی) اجرا نشد. در پایان، متغیر وابسته (کمرویی) در هر دو گروه به وسیله پس آزمون مورد اندازه گیری قرار گرفت نگاره طرح مورد بحث به صورت زیر است:

جدول ۱-۳. مدل اجرایی پژوهش

پس آزمون	متغیر مستقل	پیش آزمون	گمارش تصادفی	گروه ها
T2	x	T1	R	گروه آزمایشی
T2	-	T1	R	گروه کنترل

متغیر مستقل : بازی درمانی گروهی

متغیر وابسته: کمرویی

۲-۳ جامعه آماری:

جامعه آماری پژوهش حاضر را کلیه کودکان پیش دبستانی شهر اصفهان تشکیل دادند.

۳-۳ نمونه آماری و روش نمونه گیری:

روش نمونه گیری به شیوه خوشه ای مرحله ای بود و نمونه ای به تعداد ۳۰ نفر از کودکان پیش دبستانی در ناحیه ... شهر اصفهان انتخاب شدند. به این صورت که از بین مراکز پیش دبستانی ناحیه ۶ شهر اصفهان دو مرکز پیش دبستانی به صورت تصادفی انتخاب شدند و از هر مرکز پیش دبستانی ۱۵ نفر (جمعاً ۳۰ نفر) انتخاب و به طور تصادفی در گروه آزمایش (۱۵ نفر) و در گروه کنترل (۱۵ نفر) جایگزین شدند.

۴-۳ ابزارهای پژوهش:

۳-۴-۱. چک لیست رفتاری کمرویی چیک و باس (۱۹۸۱)

ابزار گردآوری اطلاعات در این پژوهش چک لیست رفتاری کمرویی چیک و باس (۱۹۸۱) است. این چک لیست رفتاری دارای ۳۶ سؤال و ۶ زیرمقیاس «وابستگی، تنهایی، بی تفاوتی، کناره گیری، انفعالی، طرد شدگی است.

نمره گذاری. گزینه های پاسخگویی به سؤال های چک لیست، بر اساس مقیاس لیکرتی تنظیم شده است به این صورت که به گزینه همیشه بیشترین نمره (۵) و به گزینه هرگز کمترین نمره (۱) داده می شود. دامنه نمره هر آزمودنی در این چک لیست از ۳۶ تا ۱۸۰ است. در این پژوهش نقطه برش، نمره میانگین (۱۰۰) بوده است.

پایایی و روایی. در بررسی ابزار پژوهش از روش ملاکی استفاده گردید، ضریب اعتبار کل چک لیست کمرویی با استفاده از روش کودریچاردسون در پژوهش حسینی (۱۳۸۴)، ۰/۸۴ در پژوهش جعفری، خلعتبری، تودار و ابوالفتحی (۱۳۹۰)، ۸۱/ بدست آمده است. ضریب پایایی مؤلفه های کمروی این پرسشنامه با استفاده از آلفای کرونباخ در پژوهش یاسینی و همکاران (۱۳۹۲). به ترتیب: وابستگی ۰/۷۸، تنهایی ۰/۶۱، بی تفاوتی ۰/۷۹، کناره گیری ۰/۸۱، انفعالی ۰/۶۱ و طردشدگی ۰/۶۸ به دست آمد.

۳-۵ اجرای پژوهش:

به منظور دستیابی به اهداف پژوهش به مراکز پیش دبستانی شهر اصفهان مراجعه شد. بعد از هماهنگی با والدین آنها تعدادی از کودکان را که مایل به شرکت در پژوهش بودند را انتخاب و به طور تصادفی در دو گروه آزمایش (۱۵ نفر) و کنترل (۱۵ نفر) جایگزین شدند. بعد از تشکیل گروهها مراحل زیر اجرا شد:

۱. بعد از تشکیل گروهها، آزمودنیها به اطاقهای مخصوص هدایت شدند و به آنها پرسشنامه هایی جهت سنجش متغیر وابسته (کمرویی) به عنوان پیش آزمون داده و به آنها اطمینان داده شد که جوابهایی که می دهند، محرمانه خواهد ماند، از آنها درخواست شده که با اطمینان خاطر و صادقانه به سؤالات پاسخ دهند.
۲. ۱۵ نفری که در گروه آزمایشی بودند، به مدت ۲ ماه در دوره بازی درمانی گروهی (متغیر مستقل) شرکت کردند، در حالیکه آزمودنیهای گروه کنترل دست نخورده باقی ماندند.
۳. بعد از اتمام بازی درمانی گروهی برای گروه آزمایش، هر دو گروه آزمایش و کنترل توسط پرسشنامه هایی که جهت سنجش متغیر وابسته (کمرویی) به عنوان پیش آزمون داده شده بود، مجدداً پس آزمون گردیدند.

۳-۵-۱. مداخله بازی درمانی

آموزش گروه های آزمایش طی ۹ جلسه آموزشی ۴۵ دقیقه ای و هر هفته ۳ جلسه که به وسیله پژوهشگر انجام می گرفت، برگزار شد. آموزش گروههای آزمایش ۲ ماه به طول انجامید. در حالیکه گروه گواه هیچ گونه مداخله ای را دریافت نکرد. خلاصه جلسات آموزش به شرح ذیل بود:

جلسه اول: قبل از شروع جلسات گروهی کودکان یک جلسه به صورت انفرادی به اتاق بازی درمانی هدایت شدند که هدف کاهش حساسیت آنان به اتاق بازی درمانی و آشنایی با آن بود. از طرفی نیز با درمانگر ارتباط بهتری برقرار کنند تا در نتیجه به یک احساس آرامش و امنیت برای مشارکت بهتر در جلسات درمانی برسند.

جلسه دوم: اعضای گروه به یکدیگر معرفی شدند. در این جلسه تطابق کودکان با محیط و یکدیگر مدنظر بود و برای ایجاد رابطه دوستی و احساس امنیت هر بازی که کودکان پیشنهاد می دادند انجام شد. در این جلسه بخصوص درمانگر برای ارتباط بهتر بین کودکان نقش میانجی داشت.

جلسه سوم: در ابتدا به منظور آمادگی کودکان برای شرکت در بازی های گروهی از بازی مینی بسکتبال استفاده شد که هدف از انجام این بازی ایجاد شور و نشاط و تهییج کودکان برای بازی های بعدی بود. بازی طراحی با نخ برای کودکانی که در نتیجه افسردگی و اضطراب دارای حرمت خود پایینی بودند یا ترس از انتقاد داشتند، به صورت گروهی انجام شد. در این بازی طرح درست و غلط وجود ندارد و هر آنچه که کودکی به ذهنش می رسد می تواند ارائه دهد.

جلسه چهارم: استفاده از حیوانات و انسان های اسباب بازی: هدف اصلی استفاده از حیوانات و انسان های اسباب بازی ترغیب کودک به صحبت و به سطح آوری کیفیت روابط خود با دیگران و بالعکس می باشد. هم چنین کشف نگرانی های کودک از روابطش در آینده، کشف منابع اصلی افسردگی و اضطراب وی، کشف ترس یا کناره گیری از روابط با دیگران و نهایتاً کشف مواردی که وی را از مسیر تحولی بهنجار دور کرده است. در انتهای این جلسه از کودکان خواسته شد که نمایشی را ما بین حیوانات طراحی کرده و در جلسه آینده به اتاق بازی درمانی بیاورند.

جلسه پنجم: مرور بازی با حیوانات و انسان های اسباب بازی در جلسه قبل و اجرای نمایش هایی که کودکان در جلسه قبل مایل بودند برای این جلسه بیاورند. هدف از اجرای نمایش مورد نظر کودکان بررسی کردن ریشه های مشکلات کودکان بود زیرا کودکان نمایش هایی را برمی گزینند که با شرایط روحی حاضر وی همخوانی داشته باشد.

جلسه ششم: مشارکت دادن و نظر خواهی از کودکان درباره بازی های نمایشی کودکان دیگر. هدف این بود که کودکان با ماجراهای متفاوت آشنا شده و راه های حل آنها را بیاموزند که در صورت پیش آمدن مشکلی دیگر با شدت کمتری دچار مسائل روانی شوند.

جلسه هفتم: خمیر بازی: وسیلهی ارزشمندی در بازی با کودکان است. خمیر بازی راههای جدید برای بیان کودک ایجاد می کند. ویژگی بازی گونه و آشنای خمیرهای رنگی باعث سرگرمی کودک می شود. در عین آن که همزمان نیروهای دفاعی وی را کاهش میدهد. شکل پذیری و خاصیت تغییر پذیری خمیر، توانایی کودک در بازی با آن و شکل دادن به موضوع های مهم و با عین حال نظارت بر آن را تسهیل می کند. خمیر همان گونه که تغییر شکل می دهد به عنوان یک استعاره برای تغییر دادن نیز مفید است.

جلسه هشتم: بازی سفر خیالی: بیشترین اهمیت این سفرهای خیالی این است که کودک تشویق می شود تا داستان خود را بگوید، نگاهی به درون خود و رفتار دیگران داشته باشد و دلیل احتمالی بعضی حوادث گذشته را دریابد. بعضی از هدف های بازی خیالی عبارتند از اینکه کودک احساس کند نقش فعال و موثری را در زندگی داشته است، کودک قادر شود رفتارهای مناسب تر را که پیامدهای بهتری دارد بشناسد و تجربه کند و قادر شود بر رفتار خود و دیگران بصیرت پیدا کند.

جلسه نهم: علاوه بر مرور بازی سفر خیالی به آنها کمک شد تا راه کارهایی برای حل مشکلات پیش آمده در جریان یک سفر خیالی ارائه دهند و نظرات دیگر کودکان را نیز بشنوند در حالی که آن را به معنی بی ارزش بودن نظر خود نپندارند. این جلسه انتهای مداخله آموزشی نیز بود (محمد اسماعیل، ۱۳۸۹).

۳-۶ تجزیه و تحلیل اطلاعات:

جهت تجزیه و تحلیل داده های به دست آمده توسط پرسشنامه های فوق، از شاخصها و روشهای آمار توصیفی برای به دست آوردن فراوانی، درصد، میانگین، انحراف استاندارد و خطای استاندارد داده ها و سپس از آزمون لوین در مورد پیش فرض تساوی واریانسهای نمرات متغیرهای تحقیق گروهها و نتایج آزمون شاپیرو-ویلک جهت پیش فرض نرمال بودن توزیع نمرات و برای آزمون فرضیه ها از تحلیل کوواریانس به کمک نرم افزار آماری spss ورژن ۲۶ استفاده شد.

دانلود فایل word این پایان نامه همراه با منابع فارسی و لاتین

به صورت کامل از اینجا

توجه ... منابع فقط در فایل ورد وجود دارد

منابع فارسی

صویری

های مقابله با

شماره ۱ (پیاپی

تربیتی، مدیریت

و پر جرئت

درخودمانند

حمیرا، (۱۳۹۵)،

