

## اثربخشی بازی درمانی فیلیالی بر سواد هیجانی کودکان دارای اختلال یادگیری خاص

سعید آریاپوران<sup>۱</sup> و مهرانوش گرجی چالسپاری<sup>۲</sup>

### چکیده

از جمله مشکلات کودکان دارای اختلال یادگیری خاص، سواد هیجانی پایین است. هدف پژوهش حاضر، اثربخشی بازی درمانی فیلیالی بر سواد هیجانی کودکان دارای اختلالات یادگیری خاص بود. طرح پژوهش آزمایشی (پیش‌آزمون و پس‌آزمون با گروه کنترل) بود. از میان کل مادران کودکان دارای اختلال یادگیری خاص، ۳۲ مادر که سواد هیجانی کودکان خود را پایین ارزیابی کرده بودند به صورت تصادفی در دو گروه آزمایش و کنترل جایگزین شدند. برای جمع‌آوری داده‌ها از ابزار ارزیابی سواد هیجانی - نسخه‌ی والدین استفاده شد. بازی درمانی فیلیالی به صورت گروهی در ده جلسه‌ی دو ساعته برای گروه آزمایش اعمال شد و گروه کنترل در این مدت آموزشی دریافت نکردند. برای تجزیه و تحلیل داده‌ها از تحلیل کواریانس یک‌راهه (آنکوا) و تحلیل کواریانس چندمتغیری (مانکوا) استفاده شد. نتایج نشان داد که بازی درمانی فیلیالی بر بهبود سواد هیجانی (همدلی، انگیزش، خودتنظیمی و مهارت‌های اجتماعی) کودکان دارای اختلال یادگیری خاص تأثیر معنی‌دار داشته است. بر اساس نتایج، بازی درمانی فیلیالی برای بهبود مشکلات هیجانی و به ویژه مشکل سواد هیجانی کودکان دارای اختلال یادگیری خاص پیشنهاد می‌شود.

**واژه‌های کلیدی:** اختلال یادگیری خاص، بازی درمانی فیلیالی، سواد هیجانی

۱. نویسنده‌ی مسئول: دانشیار گروه روان‌شناسی، دانشگاه ملایر (s.ariapooran@malayeru.ac.ir)

۲. کارشناس ارشد روانشناسی، دانشگاه ملایر

تاریخ دریافت: ۹۷/۹/۵

تاریخ پذیرش: ۹۸/۲/۱

## مقدمه

اختلال یادگیری خاص در ویرایش پنجم راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی [DSM-5] (انجمن روان‌پزشکی آمریکا، ۲۰۱۳) دارای علائم زیر است: الف- مشکل در یادگیری و استفاده از مهارت‌های تحصیلی (دست کم شش ماه بر خورداری از حداقل یک مورد از موارد خواندن نادرست یا آهسته و دشوار خواندن آن‌ها، مشکل در درک معنای آنچه خوانده شده، مشکل در هجی کردن، مشکل در بیان نوشتاری عقاید، مشکل در چیرگی بر قواعد اعداد و ارقام، اطلاعات رقمی یا محاسبه و استدلال ریاضی)، ب- مشکل در عملکرد تحصیلی و شغلی، ج- شروع مشکل یادگیری در سن مدرسه و د- عدم توجیه مشکل یادگیری توسط سایر اختلالات و مشکلات از قبیل ناتوانی‌های ذهنی، مشکلات بینایی یا شنوایی، سایر اختلالات ذهنی و عصبی، شرایط ناگوار روانی - اجتماعی، عدم آشنایی کافی با زبانی که تدریس می‌شود، یا پایه تحصیلی ضعیف. در DSM-5 (انجمن روان‌پزشکی آمریکا، ۲۰۱۳) اختلال یادگیری خاص با مشخصه نقص در خواندن، نوشتن و ریاضیات مشخص می‌شود؛ میزان شیوع اختلالات یادگیری خاص (خواندن، نوشتن و ریاضیات) در میان کودکان سن مدرسه بین ۵ تا ۱۵ درصد است؛ شیوع آن در بزرگسالان نامشخص است، اما به نظر می‌رسد که در حدود ۴ درصد است (انجمن روان‌پزشکی آمریکا، ۲۰۱۳). در کرانه‌ی غربی و نوار غزه، ۲۶/۵ درصد از کودکان در زبان عربی و ۲۱/۹ درصد در زبان انگلیسی دارای اختلال یادگیری هستند (خیاط، عبدالعزیز و عبدالله، ۲۰۱۳). در ایران میزان شیوع اختلال یادگیری ۳/۸۳ درصد و میزان شیوع این ناتوانی‌ها در دانش‌آموزان پایه‌ی دوم، سوم، چهارم و پنجم به ترتیب ۴/۵۳، ۳/۶۷، ۳/۷۳ و ۳/۴۲ درصد گزارش شده است (بهارى قره‌گوز و هاشمی، ۱۳۹۲). در سال ۲۰۱۴ در یک مطالعه در ایران میزان شیوع اختلال یادگیری در ایران (استان کرمان) ۴/۰۷۴ گزارش شده است (اسلامی‌شهریابکی، حق‌دوست، نیک‌سرشت و

1. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition
2. American Psychiatric Association
3. Khayyat, Abdelaziz & Abdulla

رافعی شهر بابکی، ۲۰۱۴). در کودکان شبه‌خانواده در ۱۱ شهرستان از توابع استان تهران میزان شیوع اختلال یادگیری ۱۲/۴ درصد و در دختران و پسران به ترتیب ۱۳ و ۶ درصد بوده است (علی محمدلو، نیوشا و فراقدانی، ۲۰۱۵).

یکی از مشکلات روان‌شناختی کودکان دارای اختلال یادگیری خاص، مشکلات هیجانی است؛ پژوهش‌های مختلف به مشکلات هیجانی به صورت کلی (ساهو، بیسواس و پاتی<sup>۱</sup>، ۲۰۱۵)، مشکل در فهم هیجان‌ها و مخصوصاً فهم هیجان‌ها پیچیده (سیمورد-کلیکمن، والکویک، ویکسون و مین<sup>۲</sup>، ۲۰۱۰؛ پونز، دی‌روزنای، بندر، دودین، هاریس و جیمز-داسی<sup>۳</sup>، ۲۰۱۴)، هوش هیجانی پایین (هن و گروشیت<sup>۴</sup>، ۲۰۱۴؛ زیسبرگ و کاسلر<sup>۵</sup>، ۲۰۱۷)، بهزیستی و سازگاری هیجانی پایین (جینرو-کوکاسیو، روتسیکا، اسکینونگتون، پاپاوانگلو، مالیوری، توماراس و کوکیوی<sup>۶</sup>، ۲۰۱۲؛ زاهد، رجبی و امید، ۱۳۹۱) و ابراز هیجانی ضعیف (آریاپوران، ۱۳۹۴) در کودکان دارای اختلال یادگیری اشاره نموده‌اند. از جمله مشکلات دیگر هیجانی، سواد پایین هیجانی در این افراد است. سواد هیجانی توانایی درک هیجان‌ها، گوش دادن به دیگران، همدردی و همدلی با هیجان‌های آن‌ها و توانایی بیان و ابراز هیجان‌ها است؛ به عبارت دیگر، سواد هیجانی شامل توانایی درک، ابراز و مدیریت هیجان‌های خود و پاسخ به هیجان‌های افراد دیگر است (ویر<sup>۷</sup>، ۲۰۰۳). بهبود روابط، احساسات دوستی و همکاری بین افراد از پیامدهای مثبت سواد هیجانی و مهارت‌های هیجانی هستند (اشتاینر<sup>۸</sup>، ۱۹۹۷؛ به نقل از اشتاینر و پری<sup>۹</sup>، ۱۹۹۷؛ سلیمانی و حبیبی، ۱۳۹۳؛ ستاری، پورشهریار و شکری، ۱۳۹۴) و از پیامدهای منفی آن می‌توان به روابط، عاطفه، عزت‌نفس و

1 . Sahoo, Biswas, & Padhy

2 . Semrud-Clikeman, Walkowiak, Wilkinson, Minne

3 . Pons, de Rosnay, Bender, Doudin, Harris & Giménez-Dasí

4 . Hen & Goroshit

5 . Zysberg & Kasler

6 . Ginieri-Coccosis, Rotsika, Skevington, Papaevangelou, Malliori, Tomaras, & Kokkevi

7 . Weare

8 . Steiner

9 . Perry

خلق و خوی ضعیف اشاره کرد (والدن و فیلد<sup>۱</sup>، ۱۹۹۰). آریاپوران (۱۳۹۴) نشان داد که کودکان دارای ناتوانی یادگیری نسبت به همسالان بدون مشکل خود، از سواد هیجانی پایینی برخوردار هستند؛ همچنین این کودکان در خودآگاهی و مهارت‌های اجتماعی به‌عنوان دو بعد از ابعاد سواد هیجانی دارای مشکل هستند (آریاپوران، ۱۳۹۴).

حل مشکلات هیجانی از جمله مشکل سواد هیجانی کودکان دارای ناتوانی یادگیری می‌تواند در بهبود مشکلات هیجانی مرتبط با این ناتوانی‌ها نقش عمده داشته باشد؛ در پژوهش‌های گذشته به نقش هنر درمانی در کاهش مشکلات هیجانی (فریلیچ و شچتمن<sup>۲</sup>، ۲۰۱۰) و اثر گروه‌درمانی بر مشکلات هیجانی (میشنا، کایمن، لیتل و تارشیس<sup>۳</sup>، ۱۹۹۴) و بازشناسی هیجان (مک‌کینزی، ماتیسون، مک‌کاسکی و هامیلتون<sup>۴</sup>، ۲۰۰۰) کودکان دارای ناتوانی‌های یادگیری اشاره شده است. همچنین اثر بازی‌درمانی بر پرخاشگری و اختلال املا (سرپولکی و کلاهی، ۲۰۱۶)، خودکارآمدی و احساس تنهایی (هادی‌پور و اکبری، ۲۰۱۷)، عملکرد نوشتن (خالدی، وحیدی‌پاک، میرخان و عطایی، ۲۰۱۴) و مشکلات رفتاری و عملکرد حافظه (پیرعباسی و صفرزاده، ۱۳۹۷) در کودکان دارای ناتوانی یادگیری مورد تأیید قرار گرفته است.

یکی از درمان‌های موجود که می‌تواند در حل مشکلات روان‌شناختی کودکان دارای اختلالات یادگیری خاص مؤثر باشد، درمان فیلیالی<sup>۵</sup> است که یک درمان مداخله‌ای-پیشگیری است و اثربخشی آن بر کودکان و خانواده، تاریخچه‌ای طولانی دارد (رنین<sup>۶</sup> و لندرث، ۲۰۰۰؛ ون-فلیت، ۲۰۰۵؛ ون‌فلیت، ریان و اسمیت<sup>۷</sup>، ۲۰۰۵). این درمان اولین بار توسط برنارد<sup>۸</sup> و لوئیس

- 1 . Walden & Field
- 2 . Freilich & Shechtman
- 3 . Mishna, Kaiman, Little & Tarshis
- 4 . McKenzie, Matheson, McKaskie & Hamilton
- 5 . Filial Therapy
- 6 . Rennie
- 7 . Ryan & Smith
- 8 . Bernard

گورنی<sup>۱</sup> در ابتدای دهه‌ی ۱۹۶۰ ایجاد شد و هدف اساسی آن آموزش برنامه‌ی بلندمدت برای والدین بود (گارزا، واتس و کینورسی<sup>۲</sup>، ۲۰۰۷). در واقع درمان فیلیالی هم به بازی درمانگران و هم خانواده درمانگران روش‌هایی را پیشنهاد می‌کند که از طریق آن بتوانند سیستم خانوادگی و مجموعه‌ای از اعضای خانواده، مخصوصاً کودکان را به‌جای مجزا کردن یا خروج از مداخله‌ی درمانی، در فرایند درمان دخالت دهند (کورنت<sup>۳</sup>، ۲۰۱۲). این درمان بر رابطه‌ی کودک-والد متمرکز است؛ زیرا اهمیت این رابطه در بهزیستی و رشد هیجانی نقش دارد؛ این درمان توانایی بهبود تعاملات خانوادگی را دارد و عاطفه و درک خانوادگی را افزایش می‌دهد (گورنی، ۲۰۰۰؛ لندرت و بارتون<sup>۴</sup>، ۲۰۰۶؛ ون‌فلیت<sup>۵</sup>، ۲۰۰۵). بر طبق دیدگاه کورنت (۲۰۱۲)، درمان فیلیالی می‌تواند تغییر در خانواده را به‌عنوان یک واحد، رابطه‌ی کودکان و والدین، رابطه‌ی بین کودکان و والدین، و ارتباط افراد در سیستم خانواده را تسهیل کند. در دهه‌ی ۱۹۸۰، لندرت درمان فیلیالی گورنی را تعدیل نمود و یک فرم ده جلسه‌ای از آن طراحی کرد که هدف آن افزایش مشارکت و درگیری والدین و کاهش محدودیت‌های مالی بود (لندرت، ۲۰۱۲). لندرت (۲۰۱۲) این مدل درمانی را درمان رابطه‌ی کودک-والد<sup>۶</sup> نامید که آن را از سایر درمان‌های فیلیالی متمایز می‌کرد. در دو سه دهه‌ی اخیر، درمان فیلیالی به‌عنوان یک درمان مؤثر در بسیاری از گروه‌ها توصیف شده است که عبارت‌اند از: پدران زندانی (لندرت و لوباگ<sup>۷</sup>، ۱۹۹۸)، پدران و مادران بومی آمریکا که در زمین‌های اختصاصی زندگی می‌کنند (گلوور<sup>۸</sup> و لندرت، ۲۰۰۰)، والدین مواجه با خشونت خانگی (کینورسی و کارزا<sup>۹</sup>، ۲۰۱۰)، والدین تنها (ری، براتون و براندت<sup>۱</sup>، ۲۰۰۰)، والدین بی-

- 1 . Louise Guerney
- 2 . Garza, Watts & Kinsworthy
- 3 . Cornett
- 4 . Landreth & Bratton
- 5 . VanFleet
- 6 . Child-Parent Relationship Therapy (CPRT)
- 7 . Ryan & Smith
- 8 . Glover
- 9 . Kinsworthy & Garza

خانمان (کلوس، گرین و گرین‌شاو<sup>۲</sup>، ۲۰۰۹)، خانواده‌های دارای فرزندخوانده (ون‌فلیت، ۲۰۰۶)، فرزندان شیرخوار (ریان، ۲۰۰۷؛ ون‌فلیت، ۲۰۰۶)، کودکان منازل تحت مراقبت (ریان، ۲۰۰۷) و کودکان دارای اختلال دلبستگی (ریان، ۲۰۰۷؛ ون‌فلیت، ۲۰۰۶).

برخی از پژوهش‌ها به اثربخشی این درمان در کودکان دارای ناتوانی‌های خاص یادگیری پرداخته‌اند. به‌عنوان نمونه، کاله<sup>۳</sup> و لندرت (۱۹۹۹) نشان دادند که درمان فیلیالی بر افزایش پذیرش کودک، استرس مرتبط با فرزند پروری در مادران کودکان دارای اختلال یادگیری تأثیر دارد؛ اما آن‌ها اثر آن بر مشکلات رفتاری این کودکان را مورد تأیید قرار ندادند. علاوه بر این در افراد بدون اختلال یادگیری، اثربخشی این درمان بر استرس فرزندپروری (لی<sup>۴</sup>، ۲۰۱۷؛ والکر<sup>۵</sup>، ۲۰۰۲؛ آتاناسیو و گانیمگ<sup>۶</sup>، ۱۹۹۹) و رابطه‌ی کودک - مادر (والکر، ۲۰۰۲)، کاهش مشکلات برون‌نمود در کودکان (آتاناسیو و گانیمگ، ۱۹۹۹)، مشکلات رفتاری و هیجانی کودکان (گو<sup>۷</sup>، ۲۰۰۵)، همدلی و پذیرش والدین نسبت به نوجوانان (اسپارکز<sup>۸</sup>، ۲۰۱۰)، اختلال دلبستگی واکنشی (وایت<sup>۹</sup>، ۲۰۱۴)، توانایی همدلی در مادران کودکان مبتلا به ناتوانی جسمانی (لی و کیم<sup>۱۰</sup>، ۲۰۱۵)، دانش و مهارت‌های کودکان (لیندو، اپیولا، سبالوس، چن، مینی-والن، چنگ، بارسناز، یدر و بلالوک<sup>۱۱</sup>، ۲۰۱۶) سازگاری و انسجام خانواده و مشکلات رفتاری کودکان (لی، ۲۰۱۷) مورد تأیید قرار گرفته است. سانجانانویچ، کوک و رانگل-گومز<sup>۱۲</sup> (۲۰۱۰) نشان دادند که درمان فیلیالی

---

1 . Ray, Bratton & Brandt

2 . Ryan & Smith

3 . Kale

4 . Lee

5 . Walker

6 . Athanasiou & Gunning

7 . Guo

8 . Sparks

9 . White

10 . Kim

11 . Lindo, Opiola, Ceballos, Chen, Meany-Walen, Cheng, Barcenaz, Reader, & Blalock

12 . Sangganjanavanich, Cook & Rangel-Gomez

موجب بهبود مهارت‌های بازی، بهبود حمایت گروهی و تغییرات رفتاری کودک می‌شود. در ایران نیز نشان داده شده است که درمان فیلیالی موجب افزایش مهارت‌های اجتماعی و هیجانی کودکان می‌شود (عدیلی، کلاتری و عابدی، ۱۳۹۴). همچنین مصطفوی، شعیری، اصغری مقدم و محمودی قرابی (۱۳۹۱) نشان دادند که بازی درمانی مبتنی بر رابطه‌ی کودک-مادر موجب بهبود مشکلات رفتاری کودکان شده است. تکلوی (۱۳۹۰) نیز به این نتیجه دست یافت که برگزاری جلسات بازی درمانی برای مادران، کاهش مشکلات رفتاری کودکان دارای اختلال یادگیری را به همراه داشته است. علاوه بر این، تأثیر درمان رابطه‌ی کودک-مادر بر پاسخ‌های هیجانی کودکان تأیید شده است (گورواچوفا و سینل نیکوا، ۲۰۱۴).

هدف پژوهش حاضر اثربخشی بازی درمانی فیلیالی بر سواد هیجانی کودکان دارای اختلال یادگیری خاص بود. مهم‌ترین حسن این درمان نسبت به سایر درمان‌های کودک محور یا والد محور این است که این درمان رابطه محور است (گینسبرگ<sup>۲</sup>، ۱۹۷۶؛ به نقل از آرنوت<sup>۳</sup>، ۱۹۹۸)؛ به این معنی که در این درمان، درمانگر به عنوان یک آموزش دهنده و مشاور برای والدین کودک عمل می‌کند. علاوه بر این، این درمان بر کودک و مشکل او متمرکز نیست؛ بلکه متمرکز بر رابطه‌ی کودک-مادر است که در فرایند تغییر و رشد کودک نقش عمده‌ای دارد (لندرت، ۱۹۹۱). بنابراین انجام این پژوهش می‌تواند در برجسته نمودن اثرات بازی درمانی فیلیالی بر مشکلات روان‌شناختی کودکان دارای اختلالات یادگیری خاص به ویژه مشکل سواد هیجانی آنان مؤثر واقع شود و توجه درمانگران کودک و درمانگرانی است که در زمینه رفع مشکلات روان‌شناختی کودکان دارای اختلال یادگیری خاص کار می‌کنند را برمی‌انگیزاند. علاوه بر این می‌توان گفت که به دلیل جدید بودن موضوع پژوهش نتایج این پژوهش به تقویت دانش و ادبیات پژوهشی در زمینه درمان مشکلات روان‌شناختی کودکان دارای اختلال یادگیری خاص کمک

- 1 . Goryacheva & Sinelnikova
- 2 . Ginsberg
- 3 . Arnott

خواهد کرد.

## روش

با توجه به اینکه ابتدا در مورد سواد هیجانی پایین غربالگری صورت گرفت و سپس از بین دانش آموزان دارای سواد هیجانی پایین به صورت تصادفی دو گروه آزمایش و کنترل انتخاب شدند، روش تحقیق در پژوهش حاضر آزمایشی از نوع پیش آزمون - پس آزمون با گروه کنترل بود. بنابراین در این پژوهش بازی درمانی فیلیالی به عنوان متغیر مستقل و سواد هیجانی به عنوان متغیر وابسته در نظر گرفته شد.

**جامعه، نمونه و روش نمونه گیری:** جامعه آماری این پژوهش را کلیه مادران دارای کودکان ۸ تا ۱۱ سال مبتلا به اختلال یادگیری خاص در شهرستان ملایر تشکیل دادند که در زمان انجام پژوهش ۹۳ نفر بودند؛ از میان این مادران ابتدا بر اساس نمره ی یک و نیم انحراف معیار پایین تر از میانگین در ابزار اندازه گیری سواد هیجانی کودکان نسخه ی والدین (فاوپل<sup>۱</sup>، ۲۰۰۳) که نقطه برش برای آن در نظر گرفته نشده است، ۵۱ نفر در ارزیابی کودکان خود نمره ی یک و نیم انحراف معیار پایین تر از میانگین دریافت کردند. به عبارت دیگر، میانگین و انحراف معیار سواد هیجانی ۷۸/۲۹ و ۴/۱۲ بود و یک و نیم انحراف پایین تر از میانگین برابر با ۷۲/۱۱ بود. از این رو، نمرات پایین تر از ۷۲/۱۱ به عنوان سواد هیجانی پایین در نظر گرفته شد. سپس از میان این مادران ۳۲ نفر به صورت تصادفی انتخاب شدند و در دو گروه آزمایش (۱۶ نفر) و کنترل (۱۶ نفر) جایگزین شدند. در میان ۵۱ نفر، ۱۶ نفر دختر و ۳۵ نفر پسر بودند. در میان ۳۲ نفر که به صورت تصادفی انتخاب شده بودند ۷ نفر دختر (۳ نفر در گروه آزمایش و ۴ نفر در گروه کنترل) و ۲۵ نفر (۱۳ نفر در گروه آزمایش و ۱۲ نفر در گروه کنترل) پسر بودند.

ملاک های ورود به پژوهش عبارت بودند از: داشتن کودک دارای اختلال یادگیری خاص، داشتن حداقل سواد دبیرستان، برخورداری از نمره ی یک و نیم انحراف معیار پایین تر از میانگین در

---

1 . Faupel



ابزار ارزیابی سواد هیجانی- نسخه‌ی والدین (فاوپل، ۲۰۰۳)، داشتن رضایت در پژوهش و عدم وجود اختلال جسمانی یا روان‌شناختی دیگر غیر از اختلال یادگیری خاص در کودکان. همچنین ملاک‌های خروج از پژوهش عبارت بودند از: عدم شرکت در جلسات به صورت متوالی، اهمیت ندادن به جلسات و مشارکت نداشتن با پژوهشگر، انجام ندادن تکالیف خانگی و بازی‌های خانگی با کودک. در این پژوهش از ابزار زیر برای گردآوری داده‌ها در پیش‌آزمون و پس‌آزمون استفاده شد:

**ابزار ارزیابی سواد هیجانی<sup>۱</sup>:** این ابزار توسط فاوپل (۲۰۰۳) ساخته شده است و یک فهرست<sup>۲</sup> است که سواد هیجانی کلی را می‌سنجد و زیرمقیاس‌هایی از جمله خودآگاهی، همدلی، انگیزش، خودتنظیمی و مهارت‌های اجتماعی را در کودکان ۷ تا ۱۱ سال می‌سنجد. این ابزار دارای فهرست معلمان (۲۰ گویه)، والدین (۲۵ گویه) و دانش‌آموزان (۲۵ گویه) است. شیوه‌ی پاسخ‌دهی به گویه‌های این مقیاس به صورت «اصلاً درست نیست=۱»، «واقعاً درست نیست=۲»، «تا حدودی درست است=۳» و «کاملاً درست است=۴» است. در این پژوهش، از فهرست سواد هیجانی نسخه‌ی والدین استفاده شده است. دامنه‌ی نمرات این ابزار بین ۲۵ تا ۱۰۰ قرار دارد. در فهرست والدین، پنج گویه برای هر یک از زیرمقیاس‌های خودآگاهی، همدلی، انگیزش، خودتنظیمی و مهارت‌های اجتماعی در نظر گرفته شده است. نمرات بالا در هر یک از فهرست‌ها، نشان‌دهنده‌ی سواد هیجانی بهتر کودکان است (فاوپل، ۲۰۰۳). در پژوهش حاضر، میزان ضریب آلفای کرونباخ کل مقیاس برابر با ۰/۷۶ بود.

**روش مداخله:** در این پژوهش، بازی‌درمانی فیلیالی لندرت (۱۹۹۱؛ به نقل از لندرت، ۲۰۱۲) به صورت گروهی در ده جلسه‌ی دوساعته آموزش داده شد که شرح جلسات در زیر آورده شده است:

- 1 . Emotional Literacy Assessment Instrument
- 2 . checklist

محتوای بازی درمانی فیلیالی

جلسه	شرح جلسه
جلسه اول	معرفی والدین، شرح بازی درمانی فیلیالی و اثرات آن بر اساس پژوهش‌های قبل، شرح منطبق درمان و اعتمادسازی و بیان وظایف درمانگر و مادران، و شرح تجربیات مثبت و منفی فرزندپروری والدین، تکلیف آشنایی و شناخت هیجان‌های منفی و مثبت کودک و پاسخ انعکاسی در مورد تکلیف، تکلیف خانگی شناخت هیجان‌ها و رفتار مرتبط با آن‌ها در کودک و گوش دادن انعکاسی به کودک.
جلسه دوم	آمادگی والدین برای اولین بازی تعاملی، مرور تکلیف خانگی، مدل‌سازی پاسخ همدلانه از طریق بازی و نمایش به کودک توأم با اصول بازی درمانی فیلیالی، ورود والدین به اتاق بازی و آشنایی با اسباب‌بازی‌ها و چگونگی استفاده از آن‌ها و قابده‌ی آن‌ها، دادن فهرست اسباب‌بازی‌ها به والدین، انتخاب زمان و مکان مناسب برای جلسات بازی در خانه.
جلسه سوم	توضیح والدین در مورد اسباب‌بازی‌های موجود در خانه و مکان جلسه‌ی انتخاب شده، انجام تکلیف خانگی «مزاحم من نشو»، تشویق درمانگر به انجام نقش بازی کردن در دو مورد مهم: انجام ندهید (عدم انتقاد از رفتار کودک، عدم تحسین کودک، سؤال نپرسیدن، عدم وقفه در بازی، عدم دادن اطلاعات و آموزش به کودک، نداشتن نصیحت و موعظه، عدم انجام فعالیت جدید، منفعل یا آرام نبودن)، انجام دهید (تنظیم مرحله‌ی بازی، اجازه به کودک برای هدایت از طریق بازی، دنبال کردن رفتار، منعکس کردن احساسات کودک، تنظیم محدودیت‌ها، تأیید قدرت و تلاش کودک، پیوستن به بازی به‌عنوان یک پیرو کودک، فعال بودن از نظر کلامی)
جلسه چهارم	گزارش هر والد از بازی انجام‌شده در منزل هم‌زمان با بازخورد درمانگر و دیگر والدین، تمرکز بر احساسات والدین در مورد تجربه‌ی بازی، مدل‌سازی بازتاب احساسات توسط درمانگر، پخش یک نمونه بازی تعاملی والدین با کودک و تشویق به دیدن آن توسط والدین، آمادگی دو یا سه نفر از والدین برای فیلم‌برداری در مورد بازی با کودک در جلسه‌ی خانگی، تأکید بر اینکه در هر جلسه دو یا سه نفر باید از جلسات خانگی فیلم بگیرند و در جلسه بعدی مورد بررسی قرار بگیرد.
جلسه پنجم تا	مرور جلسه‌ی قبل، انجام و تکرار جلسه‌ی چهارم با رعایت موارد در جلسه‌ی سوم، تنوع به بازی با کودک و استفاده از اسباب‌بازی‌های مختلف، گزارش جلسه و نمایش فیلم دو نفر از والدین، ارائه

<b>نهم</b>	بازخورد درمانگر و گروه، مشکلات و موانع در بازی (معمولاً در جلسه‌ی ۵ یا ۶)، ارائه‌ی راه‌حل گروهی و راه‌حل درمانگر در مورد مشکلات، تأکید بر ایجاد رابطه‌ی بدون دخالت در بازی و نه کنترل رفتاری، ارائه‌ی بازخورد در بازی با کودک.
<b>جلسه دهم</b>	گزارش والدین از جلسات بازی، دیدن فیلم بازی والدین (موارد باقیمانده) و ارائه‌ی بازخوردهای گروهی و بازخورد درمانگر. بررسی روند و فرایند جلسات بازی، تأکید بر تأثیرات بازی تعاملی مادر-کودک و اثرات مفید آن، ارزیابی مفید بودن بازی‌ها و ارزیابی ابرازهای هیجانی کودکان در حین بازی، بررسی تغییرات در روند فرزندپروری والدین بعد از انجام جلسات، اجرای پس‌آزمون.

**روش پژوهش:** بعد از مراجعه به مرکز اختلال یادگیری، مادران کودکان دارای اختلال یادگیری خاص که دارای پرونده در مرکز بودند، از طریق تلفن به مرکز دعوت شدند و پس از ارائه‌ی اهداف و ضرورت پژوهش، فرم رضایت از شرکت در پژوهش را امضا کردند و پس از اطمینان از محرمانه بودن اطلاعات، ابزار ارزیابی سواد هیجانی - نسخه‌ی والدین را تکمیل نمودند. سپس به آنان در مورد بازی‌درمانی فیلالی اطلاعات مختصری داده شد و از آنان درخواست گردید که پس از ارزیابی نمرات سواد هیجانی و مشخص شدن مادران دارای کودک برخوردار از سواد هیجانی پایین، در جلسات بازی‌درمانی فیلالی شرکت نمایند. لازم به ذکر است قبل از تلفن به والدین، بر اساس پرونده‌ی تحصیلی، پژوهشگر از در قید حیات بودن والدین آگاه شد؛ یک نفر، مادر خود را از دست داده بود و هیچ‌کدام از والدین طلاق نگرفته بودند. در نهایت ۹۳ مادر پرسشنامه‌ها را تکمیل کردند که بر اساس پاسخ آن‌ها به پرسشنامه‌ها، ۵۱ نفر سواد هیجانی کودک خود را پایین ارزیابی کرده بودند. پس از آن ۳۲ نفر از مادران به صورت تصادفی در دو گروه آزمایش و کنترل به صورت تصادفی جایگزین شدند. نمرات آن‌ها در پرسشنامه‌ها به عنوان نمره‌ی پیش‌آزمون در نظر گرفته شد. برای گروه آزمایش ۱۰ جلسه‌ی بازی‌درمانی فیلالی به شیوه‌ی گروهی آموزش داده شد و گروه کنترل هیچ آموزشی را در زمان انجام پژوهش دریافت نکردند. پس از آن از هر دو گروه پس‌آزمون گرفته شد. لازم به ذکر است که جهت رعایت اخلاق در پژوهش برای گروه کنترل پس از گرفتن پس‌آزمون، بازی‌درمانی فیلالی در ۶ جلسه به طور مفصل

و مختصر بر گزار شد.

## نتایج

نتایج توصیفی نشان داد که در میان مادران گروه آزمایش، درصد تحصیلات دبیرستان، دیپلم، کاردانی، کارشناسی و کارشناسی ارشد و بالاتر به ترتیب ۱۸/۸، ۱۸/۸، ۲۵/۰، ۳۱/۲ و ۶/۲ درصد و در میان گروه کنترل، به ترتیب ۱۸/۸، ۱۸/۸، ۲۵/۰، ۲۵/۰ و ۱۲/۴ درصد بوده است. درصد شاغل و غیر شاغل بودن در میان مادران در گروه آزمایش به ترتیب ۳۱/۳ و ۶۸/۸ درصد و در گروه کنترل نیز به ترتیب ۴۳/۸ و ۵۶/۳ درصد بود. در میان کودکان مادران گروه آزمایش میزان اختلال یادگیری خاص با نقص در خواندن، نوشتن و ریاضی بر اساس پرونده به ترتیب ۵۶/۲، ۱۸/۸ و ۲۵ درصد و در گروه کنترل نیز به ترتیب ۵۰، ۲۵ و ۲۵ درصد بود. از نظر جنسیت کودکان، مادران در گروه آزمایش ۱۸/۸ درصد جنسیت فرزند خود را دختر و ۸۱/۲ درصد پسر و در میان گروه کنترل، ۲۵ درصد جنسیت فرزند خود را دختر و ۷ درصد پسر گزارش کرده بودند. میانگین سنی مادران در گروه آزمایش و کنترل به ترتیب برابر با  $۴/۱۷ \pm ۳۶/۱۲$  و  $۳۵/۲۵ \pm ۵/۰۶$  و میانگین سنی کودکان مادران گروه آزمایش و کنترل به ترتیب  $۹/۲۵ \pm ۱/۱۲$  و  $۹/۰۶ \pm ۱/۰۷$  بود. در جدول ۱ میانگین و انحراف معیار سواد هیجانی و ابعاد آن را در دو گروه آزمایش و کنترل بر اساس پیش آزمون و پس آزمون نشان داده شده است.

جدول ۱. میانگین و انحراف معیار سواد هیجانی و ابعاد آن در دو گروه آزمایش و کنترل بر اساس پیش-

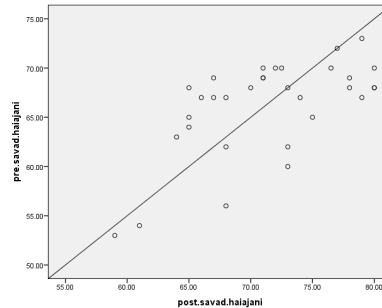
## آزمون و پس آزمون

متغیر	دوره	گروه آزمایش		گروه کنترل	
		SD	M	SD	M
خودآگاهی	پیش آزمون	۱۳/۵۶	۱/۹۳	۱۲/۸۷	۱/۷۵
	پس آزمون	۱۴/۸۱	۱/۵۵	۱۳/۶۹	۱/۴۹
همدلی	پیش آزمون	۱۲/۵	۲/۳۱	۱۲/۸۱	۱/۷۶
	پس آزمون	۱۶/۹۴	۲/۶۹	۱۵/۹۴	۱/۸۸
انگیزش	پیش آزمون	۱۳/۷۵	۲/۳۲	۱۳/۸۱	۲/۲۵
	پس آزمون	۱۶/۱۹	۲/۳۴	۱۳/۹۱	۲/۲۲
خودتنظیمی	پیش آزمون	۱۲/۵۶	۱/۴۱	۱۲/۳۷	۱/۰۲
	پس آزمون	۱۴/۰۹	۱/۶۳	۱۲/۸۱	۱/۳۳
مهارت‌های اجتماعی	پیش آزمون	۱۴/۰۶	۱/۱۸	۱۴/۰۶	۱/۱۲
	پس آزمون	۱۶/۳۷	۱/۴۵	۱۴/۱۲	۱/۳۱
سواد هیجانی (کل)	پیش آزمون	۶۶/۴۴	۴/۳۹	۶۵/۹۴	۵/۳۷
	پس آزمون	۷۵/۴۱	۴/۰۴	۶۷/۴۶	۴/۵۲

قبل از اجرای تحلیل کواریانس یک‌راهه (آنکوا) برای بررسی اثربخشی بازی درمانی فیلالی بر سواد هیجانی کودکان دارای اختلال یادگیری خاص، ابتدا آزمون کلموگروف-اسمیرنف برای بررسی نرمال بودن توزیع داده‌ها در دوره‌ی پیش آزمون و پس آزمون اجرا شد که نتایج آن حاصل از نرمال بودن توزیع داده‌های مربوط به سواد هیجانی در دوره‌ی پیش آزمون ( $p < 0/38$ )؛  $F(1,28) = 0/127$  (آماره‌ی آزمون) و پس آزمون ( $p < 0/097$ ؛  $F(1,28) = 0/20$  آماره‌ی آزمون) بود. همچنین قبل از اجرای آنکوا فرض همگنی رگرسیون بررسی شد که بر اساس معنی‌دار نبودن تعامل بین گروه و پیش آزمون سواد هیجانی ( $p < 0/732$ ؛  $F(1,28) = 0/12$ ) این پیش فرض نیز رعایت شده بود. همچنین نتایج آزمون لوین نشان داد که واریانس‌های گروهی برابر بوده‌اند ( $p < 0/732$ ؛  $F(1,30) = 0/399$ ).

اثر بخشی حافظه فعال بر بهبود عملکرد تحصیلی دانش آموزان با اختلال یادگیری خاص

همچنین پیش فرض رابطه‌ی خطی بین متغیر تصادفی کمکی (پیش آزمون) و متغیر وابسته (پس-آزمون) از طریق نمودار ۱ نشان داده شده است که حاکی از رابطه‌ی خطی بین متغیر تصادفی کمکی و متغیر وابسته است:



نمودار ۱. بررسی رابطه خطی بین متغیر تصادفی کمکی و متغیر وابسته

جدول ۲. خلاصه‌ی نتایج آنکوا برای مقایسه‌ی سواد هیجانی در کودکان مادران گروه آزمایش و کنترل

منبع	متغیر	SS	df	MS	F	P	SE	PS
گروه	پیش آزمون سواد هیجانی	۳۵۵/۰۶۷	۱	۳۵۵/۰۶۷	۵۲/۴۶۱	۰/۰۰۱	۰/۶۴۴	۰/۱
	گروه	۴۵۹/۲۳۹	۱	۴۵۹/۲۳۹	۶۷/۸۵۳	۰/۰۰۱	۰/۷۰۱	۰/۱
	خطا	۱۹۶/۲۷۷	۲۹					
	کل	۱۶۴۳۶۱/۵	۳۲					

جدول ۲ نشان می‌دهد که متغیر تصادفی کمکی به‌طور معنی‌داری با متغیر وابسته رابطه دارد ( $F=52/461$ ;  $p<0/001$ ). علاوه بر این، نشان داده شده است که با کنترل پیش‌آزمون، میانگین پس‌آزمون سواد هیجانی در گروه آزمایش بیشتر از گروه کنترل بوده است ( $p<0/001$ )؛  $F=67/853$ ). به عبارت دیگر، بازی‌درمانی فیلالی بر افزایش نمرات سواد هیجانی تأثیر معنی‌دار داشته است.

برای مقایسه‌ی پس‌آزمون ابعاد سواد هیجانی (خودآگاهی، همدلی، انگیزش، خودتنظیمی و مهارت‌های اجتماعی) با کنترل پیش‌آزمون‌ها از آزمون تحلیل کواریانس چندمتغیری (مانکوا)

استفاده شده است. قبل از اجرای مانکوا آزمون باکس برای بررسی شرط همگنی ماتریس‌های کواریانس به عمل آمد که نتایج آن حاکی از رعایت این شرط بود ( $p < 0/141$ ;  $f = 1/476$ ). همچنین شرط برابری واریانس‌ها با استفاده از آزمون لوین برای پس‌آزمون خودآگاهی ( $p < 0/206$ ;  $f = 0/653$ )، همدلی ( $p < 0/193$ ;  $f = 1/771$ )، انگیزش ( $p < 0/601$ ;  $f = 0/279$ )، خودتنظیمی ( $p < 0/785$ ;  $f = 0/076$ ) و مهارت‌های اجتماعی ( $p < 0/631$ ;  $f = 0/236$ ) رعایت شده است. نتایج آزمون مانکوا در جدول ۳ نشان داده شده است.

جدول ۳. نتایج آزمون مانکوا برای مقایسه‌ی ابعاد سواد هیجانی با کنترل پیش‌آزمون‌ها

منبع	متغیرهای وابسته	SS	df	MS	F	p	SE	PS
گروه	خودآگاهی	۱/۹۹۵	۱	۱/۹۹۵	۱/۵۸۷	۰/۲۱۹	۰/۰۶	۰/۲۳
	همدلی	۹/۲۸۸	۱	۹/۲۸۸	۹/۷۵۳	۰/۰۰۴	۰/۲۸	۰/۸۵
	انگیزش	۳۸/۵۵۹	۱	۳۸/۵۵۹	۲۳/۰۹۵	۰/۰۰۱	۰/۴۸	۰/۹۹
	خودتنظیمی	۹/۴۰۸	۱	۹/۴۰۸	۶/۶۶۸	۰/۰۱۶	۰/۲۱	۰/۶۸
	مهارت‌های اجتماعی	۳۲/۷۳۱	۱	۳۲/۷۳۱	۲۱/۹۰۷	۰/۰۰۱	۰/۴۷	۰/۹۹

همان‌طور که در جدول ۳ مشاهده می‌شود با کنترل پیش‌آزمون، بین میانگین پس‌آزمون همدلی، انگیزش، خودتنظیمی و مهارت‌های اجتماعی در کودکان مادران گروه آزمایش و کنترل تفاوت معنی‌دار وجود دارد. به این معنی که بر اساس جدول میانگین‌ها، میانگین پس‌آزمون این متغیرها در گروه آزمایش بیشتر از گروه کنترل بوده است. به عبارت دیگر، بازی‌درمانی فیلالی بر افزایش نمرات این متغیرها تأثیر معنی‌دار داشته است. اما بر افزایش نمرات خودآگاهی تأثیر معنی‌دار نداشته است.

## بحث و نتیجه‌گیری

هدف پژوهش حاضر بررسی اثربخشی بازی‌درمانی فیلالی بر سواد هیجانی کودکان دارای اختلال یادگیری خاص بود. نتایج تحلیل کواریانس یک‌راهه (مانکوا) نشان داد که با حذف اثر پیش-

آزمون، بازی‌درمانی فیلیالی بر بهبود سواد هیجانی کودکان دارای اختلال یادگیری خاص تأثیر معنی‌دار داشته است. در مورد تأثیر بازی‌درمانی فیلیالی بر سواد هیجانی کودکان تا زمان انجام این مطالعه، پژوهشی انجام نشده است؛ اما پژوهش‌های مشابه نشان می‌دهد که این درمان بر مشکلات هیجانی کودکان (گو، ۲۰۰۵) تأثیر معنی‌دار داشته است. علاوه بر این، تأثیر درمان رابطه‌ی کودک-مادر بر پاسخ‌های هیجانی کودکان مورد تأیید قرار گرفته است (گورواچوفا و سینل-نیکوا، ۲۰۱۴). برخی از پژوهشگران از جمله گورنی (۲۰۰۰)، لندرت و بارتون (۲۰۰۶) و ون‌فلیت (۲۰۰۵) نیز بیان کرده‌اند که بازی‌درمانی فیلیالی موجب رشد مثبت هیجانی می‌شود.

در تبیین این یافته می‌توان گفت که بازی‌درمانی فیلیالی بیشتر بر رابطه‌ی مادر-کودک متمرکز است و بهبود ارتباطات خانواده را تحت تأثیر قرار می‌دهد (لندرت و بارتون، ۲۰۰۶) و موجب تنظیم هیجان مناسب در کودکان می‌شود (بروماریو، ۲۰۰۵)، بنابراین می‌توان گفت که بازی-درمانی فیلیالی با نقش مثبت در بهبود رابطه‌ی مادر-کودک می‌تواند در بهبود سواد هیجانی کودکان مؤثر باشد. علاوه بر این، می‌توان گفت که بازی‌درمانی فیلیالی موجب فعال شدن والدین در فرایند تعامل با کودک، انعکاس احساسات کودک و فعالیت کلامی و تعامل کلامی بین کودک و والد می‌شود (لندرت، ۲۰۱۲)، بنابراین می‌توان گفت که انجام چنین درمانی می‌تواند بر سواد هیجانی یا توانایی درک هیجان‌ها، گوش دادن به دیگران، همدردی و همدلی با آن‌ها و توانایی ابراز و مدیریت هیجان‌ها و پاسخ به هیجان‌های دیگران (ویر، ۲۰۰۳)، تأثیر مثبت داشته باشد. زیرا تعامل مثبت با مادر موجب بروز احساسات و استفاده‌ی مناسب از آن احساسات در رابطه با مادر می‌شود و باعث می‌شود که کودک درک مناسبی از هیجان‌های خود و مادر در حین بازی داشته باشد و از سواد هیجانی مناسب‌تر برخوردار باشد.

نتایج نشان داد که بازی‌درمانی فیلیالی بر بهبود همدلی، انگیزش، خودتنظیمی و مهارت‌های اجتماعی در کودکان دارای اختلال یادگیری خاص تأثیر معنی‌دار داشته است. این یافته با یافته‌های



قبله همخوانی دارد که نشان دادند درمان فیلالی موجب بهبود حمایت گروهی (سانجانانویچ، کوک و رانگل-گومز، ۲۰۱۰) و بهبود مهارت‌های اجتماعی (عدیلی، کلاتتری و عابدی، ۱۳۹۴) شده است. همچنین مشابه نتایج قبله است که نشان دادند رابطه‌ی مناسب کودک-مادر، همدلی در کودکان را به همراه دارد (گوروچوفا و سینل‌نیکوا، ۲۰۱۴؛ بویلی، ۲۰۱۷).

در مورد تأثیر بازی‌درمانی فیلالی بر همدلی کودکان دارای اختلال یادگیری خاص می‌توان گفت که این درمان روی والدین و مهارت‌های آنان برای رابطه‌ی بهتر با کودک و مهارت‌های فرزندپروری مناسب متمرکز است (گینسبرگ، ۱۹۷۶؛ به نقل از آرت، ۱۹۹۸) و منجر به پذیرش کودک شده و بر زمان حال، احساسات، فهم و پذیرش کودک تأکید می‌کند (لندرث، ۱۹۹۱). از این رو، این درمان با بهبود رابطه‌ی مادر و کودک و درک مناسب احساسات متقابل بین کودک و مادر می‌شود و باعث می‌شود که مادر و کودک نسبت به همدیگر احساسات همدلانه داشته باشند که خود این امر می‌تواند موجب تقویت همدلی میان کودکان با دیگر افراد شود.

در مورد تأثیر بازی‌درمانی فیلالی بر افزایش میزان انگیزش کودکان دارای اختلال یادگیری خاص نیز می‌توان گفت که در پژوهش‌های گذشته نشان داده شده است که فرزندپروری و رابطه‌ی مناسب والدین با کودک موجب بهبود انگیزش درونی کودکان می‌شود (اوباله، عبدالرحمان و عبدالله، ۲۰۱۵). از این رو می‌توان گفت که افزایش تعامل و بهبود رابطه‌ی مادر با کودک موجب می‌شود که کودک توانایی انجام فعالیت لازم و انگیزه‌ی لازم برای انجام این فعالیت‌ها داشته باشد؛ زیرا در هنگام بازی و تعامل مادر با کودک، کودک بازخوردهای مناسب را از مادر برای انجام فعالیت‌ها در بازی را دریافت خواهد کرد و تلاش و فعالیت وی در بازی مورد تشویق مادر قرار می‌گیرد (لندرث، ۲۰۰۲؛ ۲۰۱۲) و این بازخوردها و تشویق‌های مناسب به احتمال زیاد موجب بهبود انگیزه‌ی کودک برای انجام فعالیت‌ها خواهد شد.

همچنین در مورد افزایش خودتنظیمی هیجانی در کودکان دارای اختلال یادگیری خاص بعد از بازی‌درمانی فیلالی می‌توان گفت که این نوع درمان با بهبود تعامل مادر-کودک و درک

مناسب آنان از هیجان‌های همدیگر و ابراز مناسب هیجان‌های باعث می‌شود که کودکان توانایی تنظیم هیجان‌های خود و دیگران یا توانایی خودتنظیمی هیجانی (نیون، توتردل و هولمن<sup>۱</sup>، ۲۰۰۹؛ بورمن، گرین و شانکر<sup>۲</sup>، ۲۰۱۵) را داشته باشند. زیرا در هنگام بازی درمانی فیلیالی کودکان با مادران خود تعاملات هیجانی خواهند داشت و به احتمال زیاد آن‌ها توانایی درک هیجان‌های منفی و مثبت خود و مادر را دارند که همین امر باعث می‌شود که آن‌ها در حین بازی و یا سایر موقعیت‌های تعاملی هیجان‌های خود و دیگران را تنظیم کنند و شدت هیجانی خود را متناسب با موقعیت متناسب کنند تا بتوانند هم برای خود و هم برای دیگران قابل تحمل باشند (کول، میشل و تتی<sup>۳</sup>، ۱۹۹۴).

در مورد افزایش مهارت‌های اجتماعی کودکان دارای اختلال یادگیری خاص پس از بازی-درمانی فیلیالی، می‌توان گفت که در پژوهش‌های قبلی این امر در سایر کودکان مورد تأیید قرار گرفته است (عدیلی و همکاران، ۱۳۹۴). در تبیین این یافته می‌توان گفت که در بازی درمانی فیلیالی، درمانگر به والدین می‌آموزد که در حین بازی از رفتار کودک انتقاد نکنند و از موعظه و نصیحت کودک خودداری کنند و همچنین به آن‌ها گوشزد می‌شود که فعالیت و تلاش کودک را تقویت کنند و در بازی مشارکت فعال داشته باشند (لنדרث، ۲۰۱۲)، از این رو، می‌توان گفت انجام آن فعالیت‌ها توسط مادر در حین بازی باعث ارتباط مناسب کودک با مادر خواهد شد و می‌تواند موجب بهبود ارتباط کودک با همسالان و دیگر افراد شود. زیرا در حین بازی بین مادر و کودک ارتباط متقابل همراه با پذیرش به وجود خواهد آمد و ارتباط مادر با کودک در انجام فعالیت‌های موجود در بازی بیشتر خواهد شد که خود این امر می‌تواند در یاد دادن مهارت‌های اجتماعی به کودک و استفاده مناسب از آن‌ها در روابط بین فردی مؤثر واقع شود.

در مورد عدم تأثیر معنی‌دار بازی درمانی فیلیالی بر میزان خودآگاهی هیجانی در کودکان، می‌توان گفت شاید دلیل امر به محتوای تعامل کودک و مادر در بازی‌های انجام‌شده در منزل

- 
- 1 . Niven, Totterdell & Holman
  - 2 . Burman, Green & Shanker
  - 3 . Cole, Michel & Teti

بازگردد؛ زیرا در جلسات بازی به والدین اجازه دخالت و ارزیابی یا تحسین کودک داده نمی‌شود و همین امر ممکن است باعث شود کودکان دارای اختلال یادگیری در مورد شناخت احساسات خود، آگاهی مناسب به دست نیاورند، زیرا لذت بردن در حین بازی با مادر ممکن است به آنها اجازه ندهد که از هیجانات خود به صورت کامل آگاه شوند. البته در مورد این تفسیر باید احتیاط لازم صورت بگیرد و پژوهش در این زمینه لازم و ضروری است.

از جمله محدودیت‌های این پژوهش نمونه‌ی پژوهش است که به مادران کودکان ۸ تا ۱۱ سال دارای اختلال یادگیری خاص محدود شده است؛ بنابراین توجه به کودکان در سایر دوره‌های سنی پیشنهاد می‌شود. همچنین کنترل اختلال یادگیری خاص با مشخصه نقص در ریاضی، خواندن و نوشتن، محدودیت دیگر بود که دلیل آن ناکافی بودن حجم نمونه در پژوهش حاضر بود؛ بنابراین پیشنهاد می‌شود که در پژوهش‌های بعدی مورد توجه قرار بگیرد. با توجه به اینکه از نسخه‌ی والدین ابزار ارزیابی سواد هیجانی استفاده شده است، بنابراین ممکن است مادران در هنگام پاسخ دادن به سؤالات مربوط به کودک خودشان سوگیری داشته باشند که با استفاده از سایر روش‌های گردآوری اطلاعات از جمله مصاحبه، مشاهده و پرسشنامه‌های مخصوص کودکان این محدودیت مرتفع خواهد شد. عدم انجام دوره‌ی پیگیری یکی دیگر از محدودیت‌های پژوهش بود که دلیل آن محدودیت زمانی پژوهش بود و در پژوهش‌های بعدی انجام دوره‌ی پیگیری پیشنهاد می‌شود. با این وجود، نتایج این پژوهش نشان داد که بازی درمانی فیلیالی بر بهبود سواد هیجانی کودکان دارای اختلال یادگیری خاص تأثیر داشته است، بنابراین پیشنهاد می‌شود که این درمان برای بهبود سواد هیجانی و سایر متغیرهای مرتبط با آن در کودکان دارای اختلال یادگیری خاص مورد استفاده قرار بگیرد و کارگاه‌های لازم در این زمینه برای درمانگران و مشاوران کودک انجام پذیرد تا آنها بتوانند برای کاهش مشکلات روان‌شناختی کودکان دارای ناتوانی یادگیری خاص، از جمله بهبود سواد هیجانی آنان از این درمان استفاده نمایند.

## منابع

- آریاپوران، سعید (۱۳۹۴). مقایسه‌ی ابراز هیجان، سواد هیجانی و خودکارآمدی اجتماعی در کودکان با و بدون ناتوانی‌های یادگیری. *مجله‌ی ناتوانی‌های یادگیری*، ۵(۲)، ۷-۲۶.
- بهارى قره‌گوز، علی و هاشمی، تورج. (۱۳۹۲). بررسی میزان شیوع مشکلات ویژه‌ی یادگیری در دانش‌آموزان مقطع ابتدایی استان آذربایجان شرقی. *مجله‌ی ناتوانی‌های یادگیری*، ۳(۱)، ۲۸-۴۳.
- پیرعباسی، زینب و صفرزاده، سحر. (۱۳۹۷). اثربخشی بازی‌درمانی گروهی بر مشکلات رفتاری و عملکرد حافظه دانش‌آموزان دبستانی دختر دارای اختلال یادگیری خاص. *نشریه روان پرستاری*، ۶(۲)، ۶۰-۷۰.
- تکلیوی، سمیه. (۱۳۹۰). تأثیر آموزش بازی‌درمانی مادران بر مشکلات رفتاری کودکان دارای ناتوانی‌های یادگیری. *مجله‌ی ناتوانی‌های یادگیری*، ۱۱(۱)، ۴۴-۵۹.
- سلیمانی، اسماعیل، حبیبی، یعقوب (۱۳۹۳). ارتباط تنظیم هیجان و تاب‌آوری با بهزیستی روان شناختی در دانش‌آموزان. *مجله‌ی روان‌شناسی مدرسه*، ۳(۴)، ۵۱-۷۲.
- ستاری، بهزاد؛ پورشهریار، حسین و شکری، امید. (۱۳۹۴). اثربخشی بسته‌ی مداخله‌ای تنظیم هیجان‌های پیشرفت بر کاهش هیجان‌های منفی دانش‌آموزان. *مجله‌ی روان‌شناسی مدرسه*، ۴(۴)، ۷۶-۹۳.
- زاهد، عادل؛ رجبی، سوران و امیدی، مسعود. (۱۳۹۱). مقایسه‌ی سازگاری اجتماعی، هیجانی، تحصیلی و یادگیری خودتنظیمی در دانش‌آموزان با و بدون ناتوانی یادگیری. *مجله‌ی ناتوانی‌های یادگیری*، ۱(۲)، ۴۳-۶۲.
- عدیلی، شهرزاد؛ کلاتتری، مهرداد و عابدی، احمد. (۱۳۹۴). تأثیر بازی‌درمانی به شیوه فیلیال بر مهارت‌های اجتماعی -هیجانی دختران پیش‌دبستانی ۵ تا ۶ ساله شهر اصفهان. *دوفصلنامه علمی - پژوهشی روانشناسی بالینی و شخصیت (دانشور رفتار)*، ۱۳(۲)، ۹۷-۱۰۴.
- مصطفوی، سعیده‌السادات؛ شعیری، محمدرضا؛ اصغری‌مقدم، محمدعلی و محمودی‌قرایی، جواد. (۱۳۹۱). تأثیر آموزش بازی‌درمانی مبتنی بر رابطه والد- کودک (CPRT) مطابق با الگوی لندرت به مادران بر کاهش مشکلات رفتاری کودکان. *روانشناسی بالینی و شخصیت (دانشور رفتار)*، ۲(۷)، ۳۳-۴۲.

- Adili, S., Kalantari, M., & Abedi, A. (2016). The effectiveness of Filial play therapy on social- emotional skills in 5 to 6-year-old preschool girls of Isfahan. *Biannual Journal of Clinical Psychology & Personality*, 13 (2), 97-104. (Persian)
- Ali Mohammadlo, I., Niosha, B., & Faraghdani, A. (2015). The prevalence of learning disabilities in family-like children according to Demographic variables. *Social Welfare*, 1(58), 237-267.
- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition (DSM-5)*. Arlington, VA, US: American Psychiatric Publishing, Inc.
- Ariapooran, S. (2016). Comparing the emotion expression, emotional literacy and social self-efficacy in children with and without learning disabilities. *Journal of Learning Disabilities*, 5(2), 7-26. (Persian)
- Arnott, A. M. (1998). *An educational psychological perspective on the use of filial therapy in mother-child relationship* (Unpublished M. A Dissertation). University of South Africa.
- Athanasiou, M. S., & Gunning, M. P. (1999). Filial therapy: effects on two children's behavior and mothers' stress. *Psychological Reports*, 84(2), 587-90.
- Bahari Gharagoz, A., & Hashemi, T. (2013). The evaluation of specific learning difficulties prevalence in the East Azerbaijan province primary school students. *Journal of Learning Disabilities*, 3(1), 28-43. (Persian)
- Brumariu, L. E. (2015). Parent-Child Attachment and Emotion Regulation. *New Directions for Child and Adolescent Development*, 148, 31-45.
- Burman, J. T., Green, C. D., & Shanker, S. (2015). On the Meanings of Self-Regulation: Digital Humanities in Service of Conceptual Clarity. *Child Development*, 86 (5), 1507-1521.
- Cole, P. M., Michel, M. K., & Teti, L. O. (1994). The development of emotion regulation and dysregulation: A clinical perspective. *Monographs of the Society for Research in Child Development*, 59(2-3), 73-100.
- Cornett, N. (2012). A filial therapy model through a family therapy lens: See the possibilities. *The Family Journal: Counseling and Therapy for Couples and Families*, 20, 274-282.
- Eslami Shahrababaki, M., Haghdoost, A. A., Nikseresht, A., Rafee Shahrababaki, H. (2014). Prevalence of Learning Disability in Primary School students in Kerman city. *European Online Journal of Natural and Social Sciences*, 3, (3), 534-540.
- Faupel, A (2003). *Emotional Literacy: Assessment and Intervention, ages 7-11*. Nfer-Nelson Southampton Pubs.
- Freilich, R., & Shechtman, Z. (2010). The contribution of art therapy to the social, emotional, and academic adjustment of children with learning disabilities. *The Arts in Psychotherapy*, 37(2), 97-105.
- Garza, Y., Watts, R. E., & Kinsworthy, S. (2007). Filial Therapy: A Process for Developing Strong Parent-Child Relationships. *The Family Journal: Counseling and Therapy for Couples and Families*. 1(3), 277-281.

- Ginieri-Coccosis, M., Rotsika, V., Skevington, S., Papaevangelou, S., Malliori, M., Tomaras, V., & Kokkevi, A. (2012). Quality of life in newly diagnosed children with specific learning disabilities (SpLD) and differences from typically developing children: a study of child and parent reports. *Child: Care, Health and Development*, 39(4), 581-591.
- Glover, G. J. & Landreth, G. (2000). Filial therapy with Native Americans on the Flathead reservation. *International Journal of Play Therapy*, 9, 2, 57-80.
- Goryacheva, T., & Sinelnikova, A. (2014). EPA-053-Child-parent relationship as a factor in maturing of empathy in children with mental retardation. *European Psychiatry*, 29(1), 1-8.
- Guerney, L. (2000). Filial therapy into the 21st century. *International Journal of Play Therapy*, 9, 2, 1-17.
- Guo, Y. (2005). Filial Therapy for Children's Behavioral and Emotional Problems in Mainland China. *Journal of Child and Adolescent Psychiatric Nursing*, 18(4), 171-180.
- Hadipoor, S., & Akbari, B. (2017). Effectiveness of Cognitive Behavioral Play Therapy on self- efficacy and loneliness of Primary school students with learning difficulties. *Middle Eastern Journal of Disability Studies*, 7, 64-64.
- Hen, M., & Goroshit, M. (2014). Academic procrastination, emotional intelligence, academic self-efficacy, and GPA: a comparison between students with and without learning disabilities. *Journal of learning disability*, 47(2), 116-24.
- Kale, A. L., & Landreth, G. L. (1999). Filial therapy with parents of children experiencing learning difficulties. *International Journal of Play Therapy*, 8(2), 35-56.
- Khaledi, S., Validi Pak, A., Mirkhan, I., & Atai, M. (2014). The Positive Impact of Play Therapy on Writing Performance of Students with Dysgraphia. *International Journal of School Health*, 1 (2), 226-55.
- Khayyat, D.K., Abdelaziz, T., Abdulla, T. (2013). Prevalence of learning disabilities in Palestinian Adolescents in Seventh to Ninth grades (in West Bank and Gaza Strip). *Arabpsynet E. Journal*, 39-40, 283-288.
- Kinsworthy, S. & Garza, Y. (2010). Filial therapy with victims of family violence: A phenomenological study. *Journal of Family Violence*, 25, 423-429.
- Kolos, A., Green, E., & Crenshaw, D. (2009). Conducting Filial Therapy with homeless parents. *American Journal of Orthopsychiatry*, 19, 3, 366-314.
- Landreth, G. (1991). *Play Therapy: The art of the Relationship*. USA: Accelerated Development Inc.
- Landreth, G. L. & Lobaugh, A. F. (1998) Filial therapy with incarcerated fathers: Effects on parental acceptance of child, parental stress, and child adjustment. *Journal of Counseling & Development*, 76, 157-165.
- Landreth, G. L. (2012). *Play therapy: The art of the relationship* (3rd ed.). New York, NY: Brunner-Routledge.
- Landreth, G. L., & Bratton, S. C. (2006). *Child parent relationship therapy (CPRT): A 10-session filial therapy model*. New York: Routledge.
- Landreth, G.L. (2002). *Play therapy: The art of play the relationship* (2nd Ed). New York Brunner- Routledge.

- Lee, S. A. (2017). The Effects of Filial Therapy on Families of Children with Cancer: Mother's Family Function and Parenting Stress and Children's Behavior Problems. *Journal of Symbols and Sand Play Therapy*, 8(2), 23-43.
- Lee, Y., & Kim, M. (2015). The Effect of Filial Therapy on Physically Disabled Mothers' Empathy Ability and their Non- Disabled Children's Behavior Problems. *Indian Journal of Science and Technology*, 8(25), 1-5.
- Lindo, N. A.; Opiola, K; Ceballos, P. L.; Chen, S. Y., Meany-Walen, K. K. Cheng, Y. J., Barcenos, G., Reader, E., & Blalock, S. (2016). The Impact of Supervised Filial Therapy Training on Attitude, Knowledge, and Skills. *The Family Journal: Counseling and Therapy for Couples and Families*, 24(3), 29-246.
- McKenzie, K., Matheson, E., McKaskie, K., & Hamilton, L. (2000). Impact of group training on emotion recognition in individuals with a learning disability. *British Journal of Learning Disabilities*, 28(4), 143-147.
- Mishna, F., Kaiman, J., Little, S., & Tarshis, E. (1994). Group therapy with adolescents who have learning disabilities and social/emotional problems. *Journal of Child and Adolescent Group Therapy*, 4(2), 117-131.
- Mostafavi, S., Shaeeri, M., Asghari Moghaddam, M., & Mahmoudi Gharai, J. (2013). Effectiveness of Educating Play Therapy Based on Child Parent Relationship Therapy (CPRT) According Landreth Model to Mothers on Reducing Child Behavioral Problems. *Biannual Journal of Clinical Psychology & Personality*, 2 (7), 33-42. (Persian)
- Niven, K., Totterdell, P., & Holman, D. (2009). A classification of controlled interpersonal affect regulation strategies. *Emotion*, 9(4), 498-509.
- Pirabasi, Z., & Safarzadeh, S. (2018). The Effectiveness of Group Play Therapy on Behavioral Problems and Memory Performance of Girl Primary School Students with Special Learning Disorder. *Iranian Journal of Psychiatric Nursing*, 6 (2), 61-71. (Persian)
- Pons, F., de Rosnay, M., Bender, P. K., Doudin, P. A., Harris, P. L., Giménez-Dasí, M. (2014). The impact of abuse and learning difficulties on emotion understanding in late childhood and early adolescence. *The Journal of Genetic Psychology*, 175(3-4), 301-317.
- Ray, D., Bratton, S.C. & Brandt, M. A. (2000). Filial/family play therapy for single parents of young children attending community colleges. *Community College Journal of Research and Practice*, 24, 469-486.
- Rennie, R., & Landreth, G. L. (2000). Effects of filial therapy on parent and child behaviors. *International Journal of Play Therapy*, 9(2), 19-38.
- Ryan, V. (2007). Filial Therapy: Helping children and new carers to form secure attachment relationships. *British Journal of Social Work*, 37, 646-650.
- Sahoo, M. K., Biswas, H., & Padhy, S. K. (2015). Psychological Co-morbidity in Children with Specific Learning Disorders. *Journal of Family Medicine and Primary Care*, 4(1), 21-25.

- Sangganjanavanich, V., Cook, K., Rangel-Gomez., M (2010). Filial Therapy with Monolingual Spanish-Speaking Mothers: A Phenomenological Study. *The Family Journal: Counseling and Therapy for Couples and Families*, 18(2), 195-201.
- Sattari, B., Pour shahriar, H. & shokri, O. (2016). The effectiveness of intervention package of regulate achievement emotions on reduce students negative emotions. *Journal of School Psychology*, 4(4), 76-93. (Persian).
- Sarpoulaki, B., & Kolahi, P. (2016). Role of Play Therapy on Aggression and Learning Disabilities in Students: A Quasi-Experimental Design. *The International Journal of Indian Psychology*, 3(4), 12-22.
- Semrud-Clikeman, M., Walkowiak, J., Wilkinson, A., Minne, E. P. (2010). Direct and indirect measures of social perception, behavior, and emotional functioning in children with Asperger's disorder, nonverbal learning disability, or ADHD. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 38(4), 509-519.
- Soleimani, E. & Habibi, Y. (2014). The relationship between emotion regulation and resiliency with psychological well-being in students. *Journal of school psychology*, 3(4), 51-72. (Persian).
- Sparks, C. V. F. (2010). *Filial Therapy with Adolescent Parents: The Effect on Parental Empathy, Acceptance, and Stress*. Unpublished Thesis Dissertation, Education, Liberty University.
- Steiner, C., & Perry, P. (1997). *Achieving Emotional Literacy*. London: Bloomsbury.
- Taklavi, S. (2011). Training mothers in play therapy and its effects on the behavior problems of learning disabled children. *Journal of Learning Disabilities*, 1(1), 44-59. (Persian)
- Ubale, A. Z., Abdurrahman, T., & Abdullah, A. H. (2015). A Relationship between Parental Involvement and Intrinsic Motivation on Learning Islamic Education. *Arts and Social Sciences Journal*, 6(3), 1-6.
- VanFleet, R. (2005). *Filial therapy: Strengthening parent-child relationships through play* (2nd ed.). Sarasota, FL: Professional Resource Press.
- VanFleet, R. (2006). *Short-term play therapy for adoptive families: facilitating adjustment and attachment with filial therapy*. In: Schaefer, C. & Kaduson, H. (Eds.), *Short-term play therapy for children* (2nd ed.) (145-168). New York, NY, US: Guilford Press.
- VanFleet, R., Ryan, S. D., & Smith, S. K. (2005). *Filial Therapy: A critical review*. In L. A. Reddy, T. M. Files-Hall, & C. E. Schaefer (Eds.), *Empirically-based play interventions for children* (pp. 241-264). Washington, DC: American Psychological Association
- Walden, T.A., & Field, T.M. (1990). Preschool children's social competence and production and discrimination of affective expressions. *British Journal of Developmental psychology*, 8, 65-76.
- Walker, K. F. (2002). *Filial Therapy with Parents Court-Referred for Child Maltreatment*. Unpublished Thesis Dissertation. Educational Leadership and Policy Studies, Virginia Polytechnic Institute and State University.
- Weare, K. (2003). *Developing the emotionally literate school*. London: Paul Chapman.
- White, A. S. (2014). *The benefits of child-centered play therapy and filial therapy for pre-school-aged children with reactive attachment disorder and their families*. Unpublished



M.A Dissertations in Social Work, Smith College School for Social Work Northampton, Massachusetts.

- Zahed, A., Rajabi, S., & Omid, M. (2012). A comparison of social, emotional and educational adjustment and self-regulated learning in students with and without learning disabilities. *Journal of Learning Disabilities*, 1(2), 43-62. (Persian)
- Zysberg L., & Kasler J. (2017). Learning Disabilities and Emotional Intelligence. *The Journal of Psychology*, 151(5), 464-476.

## The effectiveness of Filial play therapy on emotional literacy of children with specific learning disorder

S. Ariapooran<sup>1</sup> & M. Gorji Chalsepari<sup>2</sup>

### Abstract

One of the problems of children with specific learning disorder is low level of emotional literacy. The purpose of the present study was to investigate the effectiveness of Filial Play Therapy on emotional literacy of children with specific learning disorder. The research design was experimental (pre-test and post-test with a control group). From the total number of mothers of children with specific learning disorder, 32 mothers who reported low emotional literacy of their children were randomly assigned to experimental and control groups. The Emotional Literacy Assessment Instrument-parental version- was used to collect the data. Group Filial Play Therapy in 10 two-hour sessions was performed for the experimental group and the control group did not receive any training in this period. One-way analysis of covariance (ANCOVA) and multivariate analysis of covariance (MANCOVA) were used for analyzing the data. The results showed that Filial Play Therapy had a significant effect on improving emotional literacy (empathy, motivation, self-regulation and social skills) of children with specific learning disorder. Based on the results, Filial Play Therapy is recommended for the improvement of emotional problems and especially for the emotional literacy problem of children with specific learning disorder.

**Keywords:** Emotional literacy, filial play therapy, specific learning disorder

---

1 . Corresponding Author: Associate Professor of psychology, Malayer University  
(s.ariapooran@malayeru.ac.ir)

2 . M. A in psychology, Malayer University