فصلنامه تحقیقات علوم تربیتی در نظام آموزشی

ISSN :2981-099X ((شماره دوم-پاییز ۱۴۰۲)) License Number :94221

# اثربخشی بازی درمانی در پرخاشگری کودکان اوتیسم ۷-٤ سال شهر اصفهان

(تاریخ دریافت ۱۴۰۲/۰۵/۰۲، تاریخ تصویب ۱۴۰۲/۰۸/۰۶)

**سارا حسینی**[۱]

**میلاد خلیلی**

## چکیده

پژوهش حاضر باهدف بررسی اثربخشی بازی درمانی در پرخاشگری کودکان اوتیسم۷-۴سال شهراصفهان درسال ۱۴۰۰ با جامعه اماری کودکانی که طیف اوتیسم بودند که در مرکز اوتیسم پرنیان اصفهان حضور داشتند.۲۴ کودک به روش نمونه گیری در دسترس انتخاب شدند. روش اجرا در پژوهش مورد نظر،روش توصیفی از نوع هدفمند می باشد. داده ها و اطلاعات به دست امده از این پژوهش در دو بخش امار توصیفی و امار استنباطی با استفاده از نرم افزار SPPF مورد تجذیه و تحلیل قرار گرفته است براساس یافته ها یکی از مهمترین عوامل پرخاشگری و پرخاشگری بدنی در کودکان اوتیسم ، عوامل بیرونی است. در بازی درمانی گروهی، حضور کودکان در کنار یکدیگر، تنشهای درونی کودک را کاهش می دهد و نسبت به درمانگر واکنش طبیعی تر خواهند داشت و بطورکلی دامنهٔ گسترش ارتباط بین درمانگر و کودک را افزایش میدهد

**واژگان کلیدی:** اوتیسم، بازی درمانی، پرخاشگری، درمانگر، اختلال رشد

---

[۱] نویسنده مسئول

## بخش اول: کلیات

### بند اول: مقدمه

در خود ماندگی نوعی اختلال رشد فراگیربا شروع قبل از سه سالگی است. اختلال طیف در خودماندگی نشانگر اختلال کیفی در تعامل اجتماعی و ارتباطات است. همچنین این اختلال توسط اگوهای رفتاری علایق و فعالیت های محدود شده تکراری و قالبی مشخص می شود (علیزاد صابری هاشمی و محی الدین ۱۳۹۰). اوتیسم با اسیب شدید در تعامل اجتماعی و مهارت های ارتباطی و نیز وجود رفتارها ، علایق و فعالیت های کلیشه ای همراه است، اختلال و مشکلاتی در زمینه عواطف، مهارت های حرکتی، به خصوص حرکات ظریف دستها، فعالیت های روز مره زندگی و بازی و یادگیری زبان و گفتار طبیعی و مشکلاتی در زمینه تقلید از دیگران در این کودکان دیده می شود ، میتوان که این کودکان دارای طیف وسیعی از اختلالات روانشناختی و پزشکی هستند (احمدی، صفری و همتیان ۱۳۹۱).

هر ساله بر امار کودکان مبتلا به اوتیسم افزوده میشود تا جایی که موسسه ی ملی روان امریکا میزان شیوع را در سال ۲۰۱۰،یک مورد در هر نود و نه نفر تخمین زده است (طاهری ۱۳۹۲).

تشخیص سریع و زود هنگام و بهر گیری از شیوه های درمانی مناسب ، در سنین پیش دبستانی امری قابل تعامل است. تحقیقات نشان میدهد که ارایه راهبرد های درمانی، حداقل به مدت دو سال در طی سالهای پیش از دبستان ، بازده اغلب کودکان اوتیسم را افزایش میدهد (کریم پور۱۳۹۰).

نرخ شیوع اختلال در خود ماندگی در ایران ۶ در ۱۰۰۰۰اعلام شده است از اینجا که این امار هم راستا با برخی از کشور های دنیا است، بنابراین میتوان به این نتیجه رسید که در کشور ما نز مانند کشورهای دیگر شیوع این اختلال رو به افزایش است(رجبی بهجت۱۳۹۰).

حوزه درخودماندگی، موضوع مهم مطالعه و پژوهش در زمینه سلامت روان و آموزش در سطح جهان است. شیوه‌های بازی درمانی شناختی–رفتاری برای مقابله با دغدغه هایی نظیر خشم، اضطراب، کمال گرایی، پرخاشگری، جدایی، مهارت های اجتماعی، سواستفاده و اعتماد به نفس ارائه می‌شود. هدف این پژوهش بررسی تأثیر بازی‌درمانی شناختی–رفتاری بر مهارت‌های ارتباطی کودکان درخودمانده با عملکرد بالا است. در پژوهش‌های شارلوپ، والش در سال ۱۹۸۶ و کانر در سال ۱۹۴۳ به آنها پرداخته شده است( شارلوپ، ۱۹۸۶؛ ترجمه نایینیان، ۱۳۸۸) را به صورت

رفتارهای قابل مشاهده و اندازه گیری تعریف می‌کند و از طریق مشاهده دقیق و علمی به ثبت هر یک از آنها می‌پردازد.

بررسی‌ها در این پژوهش نشان می‌دهد که فراوانی رفتارهای هدف بعد از اتمام این برنامه مداخله، افزایش داشته است که این نشان دهنده‌ی موثر بودن این برنامه مداخله می‌باشد. با استناد به این پژوهش می‌توان به این نتیجه کلی دست یافت که بازی درمانی شناختی–رفتاری می‌تواند بر افزایش مهارت‌های ارتباطی کودکان درخودمانده با عملکرد بالا موثر باشد.

پژوهش ها نشان میدهد ، یکی از مداخلات درمانی ایمن و همساز با ویژگی های رشدی کودکان اوتیسم بازی درمانی است.بازی درمانی رویکردی با ساختار و مبتنی بر نظریه های درمان است که فرایند های یادگیری و ارتباط طبیعی و بهنجار کودکان را پایه ریزی میکند. قدرت درمانی که در بازی درمانی نهفته است به طریق مختلف مورد استفاده قرار میگیرد. درمانگران از طریق بازی درمانی به کودکانی که مهارت اجتماعی یا عاطفی اشان ضعیف است رفتار های سازگارانه تری می اموزند. در بازی درمانی اسباب بازی ها مثل کلمات کودک است از انجایی که بازی یک بخش ضروری و لازم زندگی کودک است ، به نظر میرسد که می تواند به طور طبیعی به عنوان یک روش برای مقابله با مشکلات کودکان در یا موقعیت درمانی به کار میرود.

بازی درمانی بهترین شکل مداخله ی مشاوره ای برای کودکان است

در این پژوهش سعی شده تا اموزش هایی از طریق بازی درمانی به کودکان اختلال طیف اوتیسم داده شود و پژوهشگر به دنبال این سوال است که ایا بازی درمانی بر پرخاشگری کودکان اوتیسم تاثیر دارد؟(حسینی۱۴۰۰)

## بند دوم: بیان مسئله

امروزه با توجه به شیوع روزافزون اختلال طیف اتیسم، لازم است اهمیت بیشتری به پژوهش دراین زمینه و انجام مداخلات گوناگون جهت کاهش مشکلات این کودکان داده شود. با توجه به تمامی مسائل لازم است از بازیدرمانی جهت کاهش یا رفع بسیاری از نشانه های اختلال طیف اتیسم استفاده گردد. مشخصه اصلی کودکان مبتلا به اختلال طیف اتیسم عبارتند از: عدم رعایت قواعد عادی داستان گویی و عدم درک قواعد ارتباط اجتماعی از طریق زبان ، که نشانه های ان عبارتند:

از سلام و احوال پرسی نکردن با دیگران، رعایت نکردن نوبت به هنگام صحبت و عدم پاسخ دهی به محرکهای کلامی وغیرکلامی در شنوندگان. این اختلال در روابط میان فردی تاثیر منفی می گذارد. بسیاری از کودکان اتیستیک توسط رفتاردرمانی، تحصیلات و تربیت مخصوص قادر به صحبت کردن، خواندن و نوشتن وبرقراری ارتباط موثر با سایرین میشوند.نتایج به دست آمده در پژوهش، با نتایج پژوهشهای ذیل همسو میباشد: قاسم پور )۱۳۹۰( درپژوهشی به این نتایج دست یافت که آموزش بازشناسی هیجانها منجر به بهبود مهارتهای اجتماعی و کاهش نارساییهای تعامل اجتماعی و حتی کاهش نارسایی های ارتباطی افراد دارای اتیسم باعملکرد بالا در مقایسه با گروه کنترل میگردد. در تبیین فرضیه میتوان گفت که، بازی درمانی براساس انعکاس رفتار کودک صورت میگیرد و باید احساسات کودک را شناسای ی کرد و آن را به کودک منتقل کرد که کودک نسبت به اعمال و رفتار خود آگاه شود. بازی درمانگر، در واقع از موقعیت بازی برای ایجاد ارتباط با کودک استفاده میکند و تلاش میکند به تخلیه هیجانی او حل و فصل مشکلات او در زندگی عادیاش بپردازد. نتایج بدست آمده با پژوهش زرافشان (۱۳۹۳) همسو بود.

بازی درمانی نیزکمکی برای محیط یادگیری و تجربهای است که به کودکان کمک می کند تا فرصت های یادگیری در کلاس را به حداکثر برسانند. در بازی درمانی، کارشناس بازی درمانی با ابزاری مانند نقاشی و کارتهای تصویری وکاردستی یا بازیهای نمایشی خلاق، شن و آب، گل، پیکرههای کوچک انسانی یا جانوری، ابزارهای موسیقی، عروسک به کودک شما کمک می کند تا با استفاده از این مجموعه و بدون ارائهی توضیحات مستقیم گفتاری، به بیان احساسات خود بپردازد )لندرث،۱۳۹۴(. نتایج پژوهش با پژوهش (سالمی خامنه و قهاری و سلطانلو و دارابی، ۱۳۹۲) همسو میباشد، این پژوهش برروی ۱۸پسر انجام شد و پس از دو ماه مداخله و۲۰ جلسه، تعاملات اجتماعی و اصول ارتباط در مقایسه با گروه کنترل تفاوت معناداری داشت. نتایج پژوهش با پژوهش (جوزفی۲۰۰۴)

( ویتی و رند' وفرنز ۲۰۱۱)،یکسان بود.

در پژوهش جوزفی۱۶جلسه بازی درمانی بر روی یک کودک صورت گرفت.

نتایج مورد بررسی قرار گرفت و نشان داد که بازی درمانی باعث استقلال در کارهایش میشود و نیز

باعث افزایش و سرعت بخشیدن از لحاظ عاطفی و اجتماعی در کودکان می گردد و همچنین باعث افزایش اعتماد به نفس و برقراری ارتباط با اطرافیان می گردد. نتایج پژوهش با پژوهش سو یکسان میباشد.

بازی درمانی برروی کودکان دارای اختلال طیف اتیسم اثرات بسیار مثبت میگذارد، مخصوصا در زمینه های سازگاری رفتاری، مهارت اجتماعی، پرخاشگری ،اضطراب، ترس مورد استفاده قرار میگیرد، بازی درمانی به عنوان مداخله ای مفید می باشد. (حسینی۱۴۰۰).

## بندسوم: اهمیت و ضرورت

اوتیسم، یک اختلال رشد است که در سه سال اول زندگی ظاهر می گردد. این بیماری با تاثیر بر روی مغز کودک، رفتارهای اجتماعی و مهارت ارتباط برقرار کردن را مختل می کند. علت واقعی این بیماری هنوز مشخص نیست، اما مطالعاتی در رابطه با دلیل بروز این بیماری در حال انجام است.

هنگامی که بحث بازی درمانی برای کودکان اوتیسم پیش می اید مهم است که به دانش و در ک چگونگی تجربه محیط زیست و اشیاء توجه و اشاره شودتوصیف تفاوت های حسی بالقوه ادراک، پردازش و پاسخ اهمیت زیادی دارد چراکه کودکان قادر به یادگیری در جریان اصلی بازی می باشند. توجه خاص به بازی در کلاس های مهد و اموزشگاه ها باعث بالا رفتن اهمیت کار درمانگر می شود. چراکه این بازی ها با یادگیری کودکان ارتباط مستقیم دارند. رنگ، فرم، سطح، ابعاد و چیدمان لوازم بازی از جمله مسائل بسیار مهمی است که در حالات روحی کودکان اوتیستیک تاثیر مستقیم دارد. بازی درمانی با آگاهی از روانشناسی کودک، فضایی را پدید می آورد که کودک در آن با توجه به خصوصیات اخلاقی و رفتاری و همچنین ضعف های ارتباطی می تواند دورانی بدون استرس و دور از تنش را با یادگیری بالا سپری کند.. (اسپادک، برنارد، (بی تا)، آموزش در دوران کودکی، مترجم، نظری نژاد، محمد حسین، (۱۳۸۰)، تهران: انتشارات نشر.)همچنین بازی درمانی تاثیر به سزایی در عملکرد بهتر مهد ها ، مدارس، اموزشگاه ها، مراکز مشاوره دارد که به هیچ عنوان نمیتوانیم ازین مهم چشم پوشی کنیم (حسینی۱۴۰۰).

## بخش دوم: تعاریف مفهومی

پرخاشگری: پَرخاشگَری، در روانشناسی و دیگر علوم رفتاری و اجتماعی، به معنی رفتاری است که منجر به آزار و درد می‌شود. پرخاشگری رفتاری است که به قصد اسیب رساندن(جسمانی یا زبانی) به فردی دیگر یا نابودکردن دارایی دیگران. اگرشخصی به‌طور تصادفی پای شمارالگدکندوفوراپوزش بخواهد شمااین رفتار را پرخاشگرانه نمیدانیدولی اگرکنارمیزخودنشسته باشیدوکسی بسوی شمابیایدو پاروی پای شمابگذارد تردیدی نیست ک رفتار اورا پرخاشگرانه تلقی کنید.

- **مولفه های پرخاشگری**

پرخشگری کلامی تهاجمی: ارتباط تهاجمی روشی برای بیان نیازها و خواسته هاست که فرد به فکر رفاه دیگران نیست و به دیگران اهمیت نمی دهد. یک شیوه ارتباطی مضر، ارتباطات کلامی پرخاشگرانه باعث می شود اضطراب اجتماعی بیشتر شود چون دیگران شما را تهاجمی و خشن می بینند.

پرخاشگری فیزیکی تهاجمی: این حالت که با کتک زدن و آسیب فیزیکی همراه است در پسران بیشتر از دختران دیده می شود

پرخاشگری رابطه ای: در پرخاشگری رابطه ای هدف بدنام کردن و انزوا یا تخریب روابط اجتماعی دیگران است. این نوع پرخشگری در دختران بیشتر از پسران دیده می شود.

پرخاشگری یا خشم تکانشی: بسیاری از کودکان که آشفتگیهای هیجانی تجربه می‌کنند، توانایی خود در کنترل خشم، دلسردی و مناقشه را از دست داده‌اند. آن‌ها معمولاً خیلی زودتر از همسالان خود عصبانی می شوند و شدت عصبانیت آن ها نیز بیشتر است. تکانشگری در نشان دادن خشم، به خوبی نشان می دهد که چیزی باعث ناراحتی مزمن این کودک و بالا رفتن سطح دلسردی و ناامیدی آن‌ها شده‌است. از آن مهمتر، تکانشگری نشان می‌دهد که کودک در حال کشمکش است تا سرچشمه‌های خشم را نادیده بگیرد و این کار را با تظاهر به این که منابع خشم اصلاً وجود ندارد؛ انجام می‌دهد. خشم سرکوب شده و نحوه تغییر مکان دادن آن، از عارضه‌های معمولی کودکانی است که، برای یافتن راه حل مشکلات خود، به روش‌های غیرعادی جذب می‌شوند.

- **بازی درمانی**

در این تحقیق منظور از بازی درمانی ۸ جلسه هفته ای ۲ بار و هر جلسه ۹۰ دقیقه ای برگرفته از ((کتاب۱۰۱ تکنیک بازی درمانی جلد یک و دو)( هیدی جرالد کادوسون،چارلز ای ، شافر،۱۳۹۳ )) می باشد.

- **اتیسم**

اتیسم از ریشه یونانی، اتوس[۱] به معنای خود یا درخود گرفته شده است(وینگ[۲]،۱۹۸۹). اتیسم از سوی انجمن روان پزشکی امریکا به عنوان یک اختلال رشدی عمیق دسته بندی شده است و سه ویژگی اصلی دارد که همگی باید قبل از سه سالگی در کودک ظاهر شوند که عبارتند از:

۱-آسیب کیفی در عملکرد متقابل اجتماعی

۲- آسیب در ارتباط و فعالیت های ذهنی

۳- محدودیت های فوق العاده در زمینه ی علایق و فعالیت ها

اختلال درخودماندگی در سنین پیش دبستانی یعنی هنگامی که آسیب های زبان و شناخت قابل شناسایی هستند تشخیص داده می شوند. نشانه های درخودماندگی را می‌توان در ۲ سال اول زندگی مشاهده کرد(استون[۳]، ۱۹۹۷).

## بخش سوم: ویژگی‌های اصلی اختلال درخودماندگی

با وجود دامنه‌ی وسیع نشانه‌های درخودماندگی، تقریبا سه نشانه نقص در مهارت‌های اجتماعی، نقایص زبانی و رفتارهای کلیشه‌ای و یک نواخت مورد تاکید است( اکوسلیا، ۱۹۹۹؛ ترجمه کاکاوند، ۱۳۸۸)

## بند اول: تعاریف بازی درمانی

بازی درمانی بازی درمانی (به انگلیسی: play therapy) کاربرد موقعیت‌های بازی در یک زمینه درمانی است. بازی درمانی شرایطی را فراهم می کند تا کودکان بتوانند با استفاده از روش های سالم احساسات و هیجانات خود را کشف کنند و آنها را بروز دهند. این کار می تواند به صورت

[۱] Athos
[۲] Wing
[۳] Aston

فردی و گروهی انجام شود. در بازی درمانی، مشاور به عنوان درمانگر است اما این کار توسط والدین نیز می‌تواند صورت گیرد که تأثیر آن کمتر خواهد بود. اصغری نکاح، سیدمحمد، (۱۳۹۰)، مجله اصول بهداشت روانی، سال ۱۳۹۰

بازی درمانی نوعی از روان درمانی کودکان است که به آنها کمک می کند تجارب،احساسات و مشکلات خویش را به وسیله بازی با عروسک ها، اسباب بازیها و دیگر وسایل بازی بیان و برون ریزی کنند. این کار با راهنمایی و نظارت درمانگری آموزش دیده انجام می شود،( جعفرصفری ، طیبه وهمتیان ، منصوره ، (۱۳۹۱).

## بند دوم: رویکرد های بازی درمانی

۱. بازی درمانی آزاد و هدایت نشده

بازی درمانی هدایت نشده بر اساس مدل راجرز و شیوه ای برگرفته از دیدگاه کودک محوری است. شیوه ای که در آن کودک هدایت کننده است و درمانگر هدایتگر نیست و اجازه می دهد که کودک، برنامه، زمان و اهداف بازی درمانی را تعیین و هدایت کند. مسئولیت انتخاب و تغییر وضعیت به عهده کودک است و درمانگر با یستی دنباله رو کودک باشد و به کمک هماهنگ سازی با کودک به وی نشان دهد که خواسته هایش درک شده اند. هرچند این روش در حال حاضر به ندرت مورد استفاده قرار گرفته می شود اما به دلیل اهمیت تاریخی آن در رشد بازی درمانی به عنوان روشی مستقل مورد بررسی قرار می گیرد. (اریک جی، مش و دیویدای، وولف، ( ۲۰۰۸). ترجمه مکی‌آبادی، محمد مظفر و فروغ الدین عدل، اصغر(۱۳۹۱)، تهران: رشد.)

۲. بازی درمانی متمرکز:

شیوه ای که در آن درمانگر هدایت کننده است. فعالیت های او درجهت شکل دهی به برنامه و انجام مداخله، اهداف و زمان بازی درمانی است. این روش تحت تأ ثیر مداخلات مستقیمی است که برگرفته از رفتاردرمانی شناختی است.این مدل بر پایه تعامل شناخت، عواطف، رفتار و فیزیولوژی شکل گرفته است. در زمان استفاده از این مدل برای کودکان تأ کید مداخله بر کمک به کودک در صورت بندی افکاری است که به سازگاری وی با شرایط زندگی کمک می کند، هدف اصلاً این نیست که کودکان مانند بزرگ سالان فکر کنند.(صمدی ، سید علی مک کانکی ، روی. (۱۳۹۰). اختلالات طیف اتیسم ، تهران: نشر دوران طاهری ، محمد. (۱۳۹۲). تاثیر روش درمانی

پاسخ محور بر مهارتهای ارتباطی کودکان در خودمانده ۶ تا ۱۲ساله ، پایان نامه کارشناسی ارشد ، گروه آموزشی گفتاردرمانی دانشگاه علوم پزشکی و توانبخشی)

## بند سوم: انواع و گونه های بازی وتأثیرات هریک در روند بازی درمانی:

الف) بازی های اکتشافی: این نوع بازی ها سبب ایجاد چالاکی و افزایش مهارتهای حسی–حرکتی و تقویت سیستم عصبی افراد می شود، این گونه از بازی ها در درمان بیماری هایی در گونه های مختلف افسردگی و بیماری های حسی حرکتی پیشنهاد می شود.

ب) بازی های عاطفی، اجتماعی: افراد از طریق این نوع بازی ها احساسات، ناکامی ها و اضطراب های خود را بروز می دهند. بروزاحساسات به روش صحیح و موثر باعث افزایش قدرت سازگاری در افراد می شود. به کمک این نوع بازی ها افراد مهارتهایی همچون عزت نفس، اعتماد به نفس، خودآگاهی، استقلال، ارتباط موثر با دیگران، همکاری و مسئولیت پذیری را می آموزند. بازی های خیالی، سینی شن، ایفای نقش، داستان سازی از جمله بازی های عاطفی، اجتماعی هستند، اینگونه از بازی ها برای افرادی که دارای ضعف های شخصیتی و کمبود اعتماد به نفس و عزت نفس می باشند، مناسب است.بسیاری از بازیهای موبایلی می توانند با تکرار فرایندها و مفاهیم باعث سرعت یادگیری افراد شوند.مثلا بازی کروناکوییز که برای پیشگیری از ترس کودکان از بیماری کرونا منتشر شد و احساس شجاعت و امید را در بازیکنان تقویت می کند.

ج) بازی های ذهنی (هوشی): رشد و تکامل ذهن افراد بیش از سایر جنبه ها مورد توجه محققان بوده است؛ زیرا یادگیری یک فرایند ذهنی است. افراد به کمک بازی های ذهنی از طریق دستکاری اشیاء و تماس با وسایلی که آنها را حس می کنند؛ حقایق را کشف کرده و از این راه تجربه های متفاوتی را می آموزند. بازی با مکعب ها، کارتهای حافظه، دومینوها، سازه ها، ساختنی ها، مک های مغناطیسی، دیوارک ها، پازل ها و بازی های کلامی از جمله این بازی ها به شمار می روند، این گونه از بازی ها سبب افزایش قدرت استنتاج در حل مسائل می گردد.

## بند چهارم: مراحل مختلف بازیهای کودک:

.بازیهای انفرادی: کودک در سنین پایین بیشتر وقت خود را به تنهایی بازی کرده و به کودکان دیگری که اطرافش باشند توجهی ندارد. حواس وی متوجه اشیاء و چگونگی آنهاست که معمولا" تا ۳ سالگی است.

بازیهای اجتماعی و گروهی: در حدود ۳ سالگی اغلب کودکان تمایل پیدا مـی کننـد در گروههـای کوچک ۳ یا ۴ نفری بازی کنند. اهمیت این بازیها است که کودک بایـد آنهـا را بصـورت گروهـی انجام دهند.

خصوصیات بازی گروهی:

بازی در گروه امکان تلاش و فعالیت بیشتر رافراهم می آورد و سبب می شود کودک مهارت هـای همکاری و مشارکت بادیگران را بیاموزد.

۱.کودک درگروه ویژگی های مثبت و منفی رفتار خود را می شناسد و با کمک مشاور اصلاح کند.

۲.بازی در گروه نگرانی کودک را کاهش می دهد زیرا سبب می شود او دریابد کـه کودکـان دیگـر نیز مشکلاتی مشابه او را دارند.

۳.در بازی گروهی کودک رعایت قوانین و همچنین داد و ستد اجتماعی را یاد می گیرد.

۴.در گروه کودک رفتار واقعی خود را نشان می دهد به طوری که گاهی برای گرفتن اسباب بـازی حمله می کند و گاهی با دیگران دوست می شود.

## بند پنجم: نظریه های مطرح شده در مورد بازی:

- ✓ -دیدگاه و نظریه اسلام و دانشمندان اسلامی درباره بازی:

رسول گرامی اسلام (ص) وجود حالت فعال و جوشش را در طفل خردسال نمایانگر فزونـی خـرد و اندیشه او در بزرگسالی دانسته است. نحوه برخورد پیامبر اکرم (ص) با کودکان از ظرافت ، دقـت و روشنی ویژه ای برخوردار بود. امام محمد غزالی در برنامه پیشنهادی خود بـرای آمـوزش کودکـان ساعاتی از وقت مراکز تعلیم و تربیت را به بازی و ورزش اختصاص می دهد. خواجه نصـیر طوسـی بازی را وسیله ای برای رفع خستگی از فعالیت های جدی می داند.

- ✓ دیدگاه پیـــاژه:

پیاژه نظریه پردازی اولیه خود در این زمینه را براساس مشاهده تیله بازی کودکان پـی ریختـه بـود (این بازی درآن زمان در میان اروپاییان رایج بود پیاژه معتقد بود بازی راهی است بـرای دسترسـی به جهان بیرون و لمس آن به گونه ای که با وضع کنونی فرد مطابقت داشته باشد.

وی معتقد بود بازی در رشد کودک نقش اساسی دارد اما کاروی بیشتر درباره چگونگی رشد ذهنی بود .

پیاژه اظهار می دارد رشد شناختی کودک از طریق چهار مرحله عمده است:

-مرحله حسی حرکتی: اولین مرحله ( از زمان تولد تا حدود ۱۸ ماهگی ) در این مرحله نوزادان به تدریج می آموزند که رابطه ای بین اعمال آنها و دنیای خارج وجود دارد. مرحله قبل از عمل کودکان توانایی شکل دادن به تصورات ذهنی از اشیا و حوادث را کسب می کنند ( ۱۸ تا ۲۴ ماهگی)

-مرحله اعمال عینی

دوره اعمال عینی تا سن ۱۱ سالگی ادامه می یابد و شامل بروز بسیاری از مهارت های مهم است. مرحله اعمال رسمی که پیاژه معتقد است بیشتر کودکان در حدود سن ۱۲سالگی وارد آخرین مرحله رشد شناختی یعنی اعمال رسمی می شوند درطی این دوره جنبه های عمده تفکر بزرگسالان ظهور میکند

.

نظریه انرژی اضافی:

این نظریه را به اسپنسر۳ و شیلر ۴ نسبت داده می شود. طبق این نظریه بازی صرفا" برای تخلیه انرژی اضافی بدن انجام می شود و هدفی را دنبال نمی کند. اسپنسر همچنین معتقد است که بازی علاوه بر صرف انرژی اضافی برای تقلید از رفتار اطرافیان به ویژه والدین انجام می گیرد.

نظریه پیش تمرین:

این نظریه را به کارل گروس ۵ نسبت می دهند. وی معتقد است که بازی یک سلسله پیش تمرین است که هدف آن ساختن رفتارهایی است که کودک در بزرگسالی خود به انجام آنها می پردازد.

نظریه استراحت و رفع خستگی:

این نظریه را به لازاروس ۶ نسبت می دهند. طبق این نظریه بازی به منظور استراحت و رفع خستگی انجام می گیرد.

نظریه تکرار فعالیت های اجدادی:

بانی این نظریه استانلی هال است وی معتقد است کودکان به بازی می پردازند تا محتوا و صحنه هایی را که اجدادشان ایجاد کرده بودند تجدید کنند. از نظر استانلی هال کودکان ویژگی بازی را به ارث می برند.

نظریه سوزان ایساکس (۱۹۳۴-۱۸۹۶):

ایساکس تحت تاثیر فروبل قرار داشت و بازی راروشی برای بیان احساس می دانست. او معتقد بود که بیشترین یادگیری از سن ۷ سالگی آغاز می شود. -نظریه فردریچ فروبل (۱۸۵۲-۱۷۸۲) فروبل کارخود رااز مهدکودک آغاز کرد. نظریه های او درباره پرورش کودک و مراقبت از او درسال های نخست کودکی هنوز مطرح است.او معتقد بود که بچه ها ضمن بازی یاد می گیرند و یادگیری هنگامی نتیجه بخش است که کودک به بازیهای خیالی که او را وادار به فکرکردن می کند می پردازد. از نظر فروبل باارزش ترین فعالیت ها، فعالیتهای خارج از خانه و همچنین بازی های سازنده مانند هنر – صنایع دستی – موسیقی و.... است.

نظریه ژان ژاک روسو:

روسو براهمیت نقش بازی در درک کودک تاکید داشت وی معتقد بود که باید به کودک احترام گذاشت.

## بند ششم: تعریف پرخاشگری

پَرخاشگَری، در روانشناسی و دیگر علوم رفتاری و اجتماعی، به معنی رفتاری است که منجر به آزار و درد می شود. پرخاشگری رفتاری است که به قصد اسیب رساندن(جسمانی یا زبانی) به فردی دیگر یانابودکردن دارایی دیگران. اگرشخصی به طور تصادفی پای شمارالگدکندوفوراپوزش بخواهد شمااین رفتار را پرخاشگرانه نمیدانیدولی اگرکنارمیزخودنشسته باشیدوکسی بسوی شمابیایدو پاروی پای شمابگذارد تردیدی نیست ک رفتار اورا پرخاشگرانه تلقی کنید.

## بند هفتم: انواع پرخاشگری

پرخاشگری به صورت های مختلف بروز می یابد، از جمله:

۱- تهاجمی

۲- بیان کننده و آشکار

۳- منفعل

٤- منفعل تهاجمی

دسته بندی دیگر نیز به صورت زیر است:

پرخاشگری جسمانی: این حالت که با کتک زدن و آسیب فیزیکی همراه است در پسران بیشتر از دختران دیده می شود.

پرخاشگری کلامی:

که به صورت داد زدن، تحقییر کردن و توهین یا تمسخر به آسیب و اذییت دیگری منجرمی شود.

به عنوان مثال بعد از یک تصادف رانندگی دو طرف با صدای بلند( داد زدن) شروع به توهین، و ناسزا گفتن به یکدیگر می کنند.

پرخاشگری رابطه ای یا اجتماعی:

در پرخاشگری رابطه ای هدف بدنام کردن و انزوا یا تخریب روابط اجتماعی دیگران است.

به عنوان مثال شایعه پراکنی یک نوع پرخاشگری رابطه ای است.

این نوع پرخاشگری در دختران بیشتر از پسرها دیده می شود.

پرخاشگری واضح یا پیدا:

در این حالت رفتار پرخاشگرانه ی فرد آشکارا بوده، در مقابل پرخاشگری پنهان معمولا با هدف آسیب رساندن مخفیانه به فرد صورت می گیرد.

دانش آموزی که به صورت فیزیکی اقدام به آسیب و آزار هم کلاسی خود می کند، پرخاشگری پنهان از خود نشان داده،

در صورتی که اگر به صورت پنهانی با دزدیدن یا خراب کردن اموال ( مثلا لوازم التحریر) هم کلاسی خود قصد آسیب به او را داشته باشد، پرخاشگری پنهان نامیده می شد.

پرخاشگری گروهی:

یکی دیگر از انواع پرخاشگری در روانشناسی، پرخاشگری گروهی است.

که معمولا در جنگ ها و به صورت گروهی در مقابل دشمن با هدف تخریب اموال و جان دشمن صورت می گیرد.

## بند هشتم: علت پرخاشگری

اصولا پرخاشگری در پاسخ به ناکامی رخ می دهد، یعنی زمانی که فرد در راه رسیدن به اهداف اش با موانع مواجه می شود، رفتار پرخاشگرانه از خود نشان می دهد.

در واقع فرد با رفتار پرخاشگرانه در مقابل ناکامی تا حدودی تسکین پیدا می کند که معمولا بعد از این تسکین موقتی ( به جای چاره اندیشی و حل مسئله)، احساس پشیمانی را تجربه خواهد نمود.

اما این که فرد بعد از ناکامی چه واکنشی نشان دهد تا حد زیادی به نوع تربیتی که در خانواده داشته بستگی دارد.

تحقیقات نشان داده است که کودکان پرخاشگر معمولا والدین پرخاشگری دارند که از آن ها الگوبرداری کرده اند.

رفتار پرخاشگرانه ممکن است توسط دیگران و به خصوص در کودکی تقویت شده باشد.

این که بچه ای بعد از دعوا یا رفتار خشونت بار توسط والدین یا خواهر برادر های بزرگ تر تشویق شود و از رفتار پرخاشگرانه ی او به عنوان یک رفتار شجاعانه یاد شود. صولا پرخاشگری در پاسخ به ناکامی رخ می دهد، یعنی زمانی که فرد در راه رسیدن به اهداف اش با موانع مواجه می شود، رفتار پرخاشگرانه از خود نشان می دهد.

در واقع فرد با رفتار پرخاشگرانه در مقابل ناکامی تا حدودی تسکین پیدا می کند که معمولا بعد از این تسکین موقتی ( به جای چاره اندیشی و حل مسئله)، احساس پشیمانی را تجربه خواهد نمود.

اما این که فرد بعد از ناکامی چه واکنشی نشان دهد تا حد زیادی به نوع تربیتی که در خانواده داشته بستگی دارد.

تحقیقات نشان داده است که کودکان پرخاشگر معمولا والدین پرخاشگری دارند که از آن ها الگوبرداری کرده اند.

رفتار پرخاشگرانه ممکن است توسط دیگران و به خصوص در کودکی تقویت شده باشد.

این که بچه ای بعد از دعوا یا رفتار خشونت بار توسط والدین یا خواهر برادر های بزرگ تر تشویق شود و از رفتار پرخاشگرانه ی او به عنوان یک رفتار شجاعانه یاد شود.

## بخش چهارم: شیوه های کنترل پرخاشگری:

۱ -صمیمت، صمیمیت در خانواده امری لازم و ضروری است زیرا سهم مهمی در کاهش خشونت در خانواده دارد بسیاری از رفتارهای خشونت‌آمیز به این دلیل است که صمیمیت بین طرفین وجود ندارد. صمیمیت هنگامی افزایش می یابد که افراد خانواده درامور زندگی با یکدیگر مشارکت داشته باشند. همچنین اعتماد و اطمینان در مشارکت بین اعضای خانواده باعث صمیمیت می‌شود.

۲ -تأمل و سکوت، یکی از بهترین راه‌های کنترل خشونت در خانواده کنترل رفتار خویشتن در مواقعی است که یکی از اعضای خانواده به تحریک دیگری بپردازد. بهترین شگرد در این هنگام آن است که دیگران سکوت اختیار کنند تا آن فرد هم آرامش پیدا کند سپس در یک فرصت مناسب با هم به بحث و بررسی بپردازند.

۳ -تخلیه یعنی اینکه به‌طور مستقیم جواب خشونت را ندهیم. تحقیقات جدید نشان می‌دهد که پرخاشگری حلاکی و حتی فیزیکی علاوه بر اینکه خشم را کاهش نمی دهد بلکه باعث افزایش آن نیز می‌شود. ۴- مدل پرخاشگری غیر پرخاشگرانه (قدم زدن و...)، تحقیقات نشان داده که افرادی عادی که پرخاشگری خود بدون رفتار پرخاشگرانه بروز دادند بعد از این کار سطح کمتری از پرخاشگری را داشته‌اند ولی به‌طور کل این روش هم زیاد مؤثر نیست.

۵ -تنبیه، در طول تاریخ یکی از وسایل اجتماعی برای کم کردن میزان خشونت تنبیه بوده‌است که توسط آن جلوی خشونت و دیگر رفتارهای پرخاشگرانه را می گرفتند ولی در حال حاضر علما معتقدند که تنبیه به‌طور موقت جلوی خشونت حاضر را می‌گیرد و برعکس در طولانی مدت به‌طور مستقیم باعث تقویت آن می‌شود در حال حاضر تنبیه بدنی از طرف سازمان بهداشت جهانی ممنوع شده‌است.

۶- صحبت کردن در مورد مشکل، بهترین روش برای کاهش پرخاشگری صحبت کردن در مورد آن است این تکنیک به‌طور عملی به دو صورت عملی است ولی اینکه در لحظه‌ای که پرخاشگری به حد اعلای خود می‌رسد یکی از طرفین سکوت اختیار کند و سعی کند غائله را ختم کند ولی بعد از اینکه طرفین آرام شدند و مدتی نیز گذشت با خونسردی مطالب را با یکدیگر در میان می گذارند و آن را حل و فصل می‌کنند. (اکسلاین، ویرجینیا، (۱۳۷۳)، بازی درمانی، مترجم احمد حجاریان، تهران: کیهان)

## نتیجه گیری و معرفی ابعاد کلی و پایانی پژوهش

فرضیه پژوهش بدین صورت بود که بازی درمانی بـر روی کـاهش پرخاشـگری کودکـان اوتیسـم اثربخش است.

براساس پژوهش انجام شده و با مراجعه به مبحث یافته های این پژوهش و با توجه به دیدگاه ها و مطالب گفته شده بدین نتیجه می رسیم که:

یکی از مهمترین عوامل پرخاشگری و پرخاشگری بدنی در کودکان اوتیسم ، عوامل بیرونی اسـت. در بازی درمانی گروهی، حضور کودکان در کنار یکدیگر، تنشهای درونی کودک را کاهش می دهد و نسبت به درمانگر واکنش طبیعی تر خواهند داشت و بطورکلی دامنهٔ گسترش ارتباط بین درمانگر و کودک را افزایش میدهد، در عین حال کودکان در محیط بازی درمانی، با کنار هم قـرار گـرفتن، همدلی، تعامل مثبت با یکدیگر، ایجاد ارتباطات اجتماعی مؤثر، حل مسأله وارتباط موثرو بسیاری از موارد دیگر را می آموزند. ممکن است کودکان یکدیگر را هل دهند، وسایل یکدیگر را برداشته و...

ولی مهارتهای کنترل رفتار، احساسات و تکانه ها را می آموزند. این پژوهش اهتمامی است بر تأثیر بازی درمانی بر کاهش پرخاشگری کودکان اوتیسم ۷-۴ سال بود.

- **روش پژوهش**

روش اجرا در پژوهش مورد نظر،روش توصیفی از نوع هدفمند می باشد.

در تحقیقات توصیفی ،محقق به دنبال توصیف دقیق و منظم از یک موضوع یا موقعیت است(نادری و سیف نراقی،۱۳۸۳)

جامعه اماری:

جامعه اماری این پژوهش را کودکان اوتیسم ۷-۴سال شهر اصـفهان در سـال ۱۴۰۰ تشـکیل داده اند.

- **نمونه اماری**

جامعه اماری کودکان طیف اوتیسم بودند که در مرکز اوتیسم پرنیـان اصـفهان حضـور داشـتند.۲۴ کودک به روش نمونه گیری در دسترس انتخاب شدند.

گروه نمونه که دامنه سنی ۴ تا۷ سال بودند به صورت تصادفی در ۲ گروه ۱۲ نفره ازمایش و گـواه قرارگرفتند.

در این پژوهش بازی درمانی به عنوان متغیر مستقل و پرخاشگری به عنوان متغیر وابسـته در نظـر گرفته شد.

- **روش نمونه گیری**

روش افراد جامعه بر اساس راحتی نسبی در دسترس به ان ها تعریف مـی شـود کـه بـه ان نمونـه گیری اقتضایی هم گفته می شود.

هدف از استفاده از این روش این است که هزینه های مربوط به نمونه گیری را کاهش دهیم.

- **ابزار پژوهش**

در این پژوهش ، از دو ابزار اندازه گیری برای جمع اوری داده ها اسـتفاده شـده اسـت کـه شـامل پرسشنامه ی پرخاشگری کودکان پیی دبستانی و بسته اموزش بازی درمانی برگرفته شده از کتـاب ۱۰۱تکنیک بازی درمانی جلد یک و دو (هیدی جرارد کادوسون ، چـارلز ای. شـافر ) بـود اسـتفاده شده است.

پرسشنامه پرخاشگری کودکان پیش دبستانی واحدی:

پرسشنامه پرخاشگری در کودکان پیش دبستانی دارای ۴۳ سوال بوده و هدف آن سـنجش میـزان پرخاشگری در کودکان پیش دبستانی از ابعاد مختلف (پرخاشگری کلامی – تهاجمی، پرخاشـگری فیزیکی– تهاجمی، پرخاشگری رابطه ای و خشم تکانشی) می باشد. شیوه نمره دهی آن بر اسـاس طیف لیکرت پنج گزینه ای بوده.

- **روایی و پایایی**

در پژوهش و.احدی و همکاران (۱۳۸۷) روایی و پایایی این پرسشنامه مـورد آزمـایش قـرار گرفتـه است. برای بررسی روایی سازه از روش تحلیل عاملی بهره گرفته شد. تحلیل عاملی این مقیاس به کمک تجزیه به مؤلفه های اصلی و بعد ازچرخش واریماکس، چهـار عامـل پرخاشـگری کلامـی– تهاجمی، پرخاشگری فیزیکی– تهاجمی، پرخاشگری رابطه ای و خشم تکانشی را فراهم کـرد کـه معرف روایی سازه مقیاس می باشد. برای بررسی پایایی ایـن پرسشـنامه از روش آلفـای کرونبـاخ

استفاده شد و میزان آن برای کل پرسشنامه برابر با ۰/۹۸ بدست امده که حاکی از پایایی خوب پرسشنامه است.

۱.زیر مقیاس پرخاشگری کلامی-فیزیکی: عبارت است از نمره ای که فرد از پاسخگویی به سوالات ۳-۶-۷-۸-۱۳-۱۴-۱۹-۲۰-۳۶-۴۳ به دست می اورد.

۲.زیرمقیاس پرخشگری فیزیکی-تهاجمی: عبارت است از نمره ای که فرد از پاسخگویی به سوالات ۱-۲-۴-۵-۱۲-۱۵-۲۵-۲۶-۲۷ به دست می اورد.

۳.زیر مقیاس پرخاشگری رابطه ای: عبارت است از نمره ای که فرد از پاسخگویی به سوالات ۹-۱۰-۱۱-۲۱-۲۲-۲۳-۲۸-۲۹-۳۰-۳۱-۳۲-۳۳-۳۴-۳۵-۳۸-۴۱-۴۲- به دست می اورد.

۴.زیر مقیاس خشم تکانشی: عبارت است از نمره ای که فرد از پاسخگویی به سوالات ۱۶-۱۷-۱۸-۲۴-۳۷-۳۹-۴۰- به دست می اورد.

شرکت کنندگان باید میزانی که هر جمله توصیف کننده ان هاست را در یک طیف ۵ گزینه ای از اغلب روزها تا اصلا مشخص نمایند.

اصلا(۱)،به ندرت(۲)، یکبار درماه(۳)،یکبار درهفته(۳)،اغلب روزها(۴)

بسته اموزش بازی درمانی کادوسون و شافر:

پروتکل درمانی مورد استفاده در این پژوهش که به شیوه گروهی انجام شد ،از بازی های مرتبط با موضوع پژوهش و متغیر های وابسته بر گرفته از کتاب ۱۰۱ تکنیک بازی درمانی جلد یک و دو (هیدی جرارد کادوسون ،چارلز ای. شافر بود استفاده شد که شامل هشت جلسه هفته ای دوبار هر بار ۹۰ دقیقه میباشد.

جلسه ی اول: ارتباط و اشنایی پژوهشگر و کودکان با یکدیگر و همچنین۱.یخ شکنی-معرفی با توپ ۲.بازی حرف بزن ،ضربه بزن (تکنیک مهارتهای بیانی)

جلسه ی دوم: توپ و حضور و غیاب ۲.بادکنک و خشمت را بیرون بریز(تکنیک مهارت بیانی)

جلسه ی سوم: ۱. توپ و تور ۲. جنگا ( برج هیجان) ۳.کارت احساس ۴. تن صدای هیجانی

جلسه ی چهارم: ۱. توپ و تور ۲. کارت احساس ۳. دستمال کاغذی خشمناک

جلسه ی پنجم: ۱. توپ و تور ۲. طناب کشی (برنده برنده) ۳. جنگا ۴. ترسیم احساس و حل مسئله

جلسه ی ششم: : ۱. توپ و تور ۲.بولینگ ۳.جنگ توپ پنبه ای

جلسه ی هفتم: ۱. توپ و تور ۲. بازی دلخواه ۳.تمرین نشانه گیری

جلسه هشتم (جمع بندی): ۱. توپ و تور ۲. بحث و گفتگو با بچه ها ،بیان احساس و حل مسئله به هنگام عصبانیت.

- **روش اماری**

داده ها و اطلاعات به دست امده از این پژوهش در دو بخش امار توصیفی و امار استنباطی با استفاده از نرم افزار SPPF مورد تجذیه و تحلیل قرار گرفته است. در بخش امار توصیفی از شاخص های امارتوصیفی شامل میانگین و انحراف معیار استاندارد و در بخش امار استنباطی ازتحلیل کوواریانس چند متغیره استفاده شده است.

- **جمع بندی کلی و پایانی**

از سال ۱۹۴۳ تاکنون روش های درمانی متفاوتی همچون روش های زمان چیرگی (شکست)، داستان های اجتماعی، روش ارتباطی تبادل تصویر، روش دالاکتو، روش یکپارچگی حواس، دارودرمانی و ویتامین درمانی،هیگاشی و روش لوواسو... مورد آزمون قرار گرفته و هرکدام به نحوی در درمان این کودکان موثر بوده است، و وجه ای از این اختلال را بهبود بخشیده است. باتوجه به پیشرفت علم روان شناسی و حیطه های درمانگری، تکالیف تازه ای ابداع می شود که تجربه و آزمون آن در تایید یا عدم تایید کارایی آن ها می تواند موثر باشد که یکی از این تکالیف بازی درمانی شناختی رفتاری است(کیشور و باسو ، ۲۰۱۱ به نقل از ماتسون، ۲۰۱۱).

شیوه‌های بازی درمانی شناختی–رفتاری برای مقابله با دغدغه هایی نظیر خشم، اضطراب، کمال گرایی، پرخاشگری، جدایی، مهارت های اجتماعی، سواستفاده و اعتماد به نفس ارائه می‌شود. تحقیقات مختلف کاربرد های این نوع بازی درمانی را برای درمانجویان در تمام سنین نشان می-دهد( فری، ۲۰۰۹؛ به نقل از احمدی، ۱۳۸۹).

پژوهش پژوه، غباری بناب و آذرنیوشان (۱۳۹۱) در مورد اثر بخشی بازی درمانی شناختی–رفتاری بر مشکلات رفتاری دانش‌آموزان کم توان ذهنی در دوره ابتدایی، پژوهش سهیلا صفری، سالار فرامرزی و احمد عابدی در سال ۱۳۹۰ در مورد تاثیر بازی درمانی شناختی–رفتاری بر کاهش نشانه‌های اختلال نا فرمانی مقابله‌ای دانش‌آموزان، پژوهش عبدخدایی در سال ۱۳۹۰ در مورد بررسی بازی درمانی شناختی–رفتاری در کاهش میزان اضطراب جدایی، پژوهش زارع، احمدی در

سال ۱۳۸۰ در مورد اثر بخشی بازی درمانی شناختی–رفتاری در کاهش مشکلات رفتاری کودکان، نشان دهنده اثربخشی این نوع بازی درمانی در مداخلات بوده است.

با مقایسه جداول شماره ۴–۱ و ۴–۲ و با بررسی نمودار ۴–۱ می‌توان به این نتیجه رسید که این برنامه مداخله سبب افزایش فراوانی رفتارهای هدف در آزمودنی اول شده است. همان طور که مشاهده می‌شود فراوانی رفتارهای هدف در ارزیابی پس از برنامه مداخله نسبت به خط پایه در این آزمودنی افزایش قابل ملاحظه‌ای داشته است. همچنین با مقایسه جدول شماره ۴–۳ و ۴–۴ و با بررسی نمودار ۴–۲ بازهم می‌توان مشاهده کرد که در این آزمودنی فراوان رفتارهای هدف در ارزیابی بعد از برنامه مداخله نیز نسبت به مراحل خط پایه افزایش داشته است.و در آزمودنی سوم نیز می‌توان با مقایسه جداول شماره ۴–۵ و ۴–۶ به این نتیجه رسید که فراوانی رفتارهای هدف پس از مداخله نسبت به خط پایه افزایش یافته است. نمودار ۴–۴ هر سه آزمون باهم مورد مقایسه قرار می‌دهد. با توجه به این نمودار به نظر می‌رسد آزمودنی اول هم در مراحل خط پایه و هم در دو مرحله اولیه ارزیابی بعد از برنامه مداخله نسبت به دو آزمودنی دیگر دارای فراوانی رفتاری بیشتری می‌باشد. فراوانی رفتارهای هدف آزمودنی دوم و سوم نیز به نظر میرسد در مراحل ارزیابی بعداز برنامه مداخله، نسبت به مراحل خط پایه، افزایشی بسیار نزدیک به یکدیگر داشته اند. یکی از نکات دیگری که می‌توان در این نمودار مشاهده کرد سیر نزولی فراوانی رفتارهای هدف در مرحله آخر ارزیابی بعد از برنامه مداخله می‌باشد. بررسی‌ها در این پژوهش نشان می‌دهد که فراوانی رفتارهای هدف بعد از اتمام این برنامه مداخله، افزایش داشته است که این نشان دهنده‌ی موثر بودن این برنامه مداخله می‌باشد. با استناد به این پژوهش می‌توان به این نتیجه کلی دست یافت که بازی درمانی شناختی–رفتاری می‌تواند بر افزایش مهارت‌های ارتباطی کودکان درخودمانده با عملکرد بالا موثر باشد.

مردم اغلب از بازی درمانی و مزایایی که دارند بی‌اطلاع هستند. اصولا برای والدین نگران اغلب درک این موضوع که فرزندانشان از راه «فقط بازی کردن» می‌توانند درمان شوند، کمی دشوار است .با این حال، واقعیت این است که با یا بدون راهنمایی یک درمانگر، کودکان دوست دارند از طریق بازی ارتباط برقرار کنند، چه شما متوجه شده باشید چه نه. ممکن است کودکی که اتیسم دارد و با اسباب‌بازی‌های خشونت‌آمیز بازی می‌کند، به عنوان پرخاشگر تلقی شود، در حالی که در واقعیت، ممکن است وضعیت خشونت‌آمیز خانگی را منعکس کند که شاهد آن بوده است.

در پایان به برخی از مزایای بازی درمانی اشاره می کنیم:

- بازی درمانی به کودکان اتیسم که در برقراری ارتباط کلامی مشکل دارند این امکان را می‌دهد تا از طریق فعالیت‌های بازی احساسات خود را ابراز کنند. به عنوان مثال، کودکی که از صحبت کردن امتناع می‌ورزد، ممکن است در عوض افکار یا نیازهای خود را نقاشی کند.
- فضایی را ایجاد می‌کند که در آن کودک احساس راحتی می‌کند.
- به کودک این امکان را می‌دهد که فرآیند درمانی خود را به عهده بگیرد .بازی درمانی موثر به کودک این امکان را می‌دهد که از اسباب بازی‌ها و وسایلی که با آنها راحت‌تر است استفاده کند و با سرعت خودش پیش برود.
- برای کودکان این امکان را فراهم می‌کند تا احساسات خود را درک کنند، به خصوص اگر قبلاً با انجام این کار مشکل داشتند.
- به کودکان کمک می کند تا مهارت‌های ارتباطی و اجتماعی خود را با گذشت زمان تقویت کنند. پس از چندین جلسه، کودکی که صحبت نمی‌کرد ممکن است شروع به بیان چندین عبارت کند.

## منابع و مآخذ

۱- ل. الندرث ، گری (۲۰۱۲) بازی درمانی هنر ارتباط با کودکان ترجمه: شهناز محمدی و کبری جمشیدی (۱۳۹۴) ، تهران: انتشارات روان احمدی ،

۲- جعفر صفری ، طیبه و همتیان ، منصوره ، (۱۳۹۱). راهنمای تشخیصی اوتیسم گیلیام ، اصفهان: انتشارات جهاد دانشگاهی.

۳- بهرامی ، فاطمی (۱۳۹۱) تاثیر تمرین کاتا در کاهش پرخاشگری کودکان اختلال طیف اتیسم ، پایان نامه کارشناسی ارشد ، دانشگاه آزاد ، واحد اصفهان واقعی

۴- وطلعت. (۱۳۹۲) راهنمای والدین ، مربیان و درمانگران کودکان مبتلا به اتیسم. تهران: نشر رجبی بهجت ،

۵- بهاره ، (۱۳۹۲) ، طراحی و آزمایش یک برنامه ی هنردرمانی به منظور بهبود پرخاشگری دانش آموزان درخودمانده ۱۲-۶ساله ، پایان نامه کارشناسی ارشد ، دانشگاه الزهرا دانشکده علوم تربیتی و روان شناسی زرافشان ،

۶- هادی. (۱۳۹۱) مشکلات ارتباطی کودکان در خودمانده و اثربخشی روش ارتباطی مبادله تصویر مجله تعلیم و تربیت استثنایی شماره ۱۱۰، صفحه ۷۹تا ۹۱سادوک ، بنجامین ؛ سادوک ، ویرجینیا ، روئیز پدرو (۲۰۱۵).

۷- خلاصه روانپزشکی کاپلان و سادوک علوم رفتاری و روانپزشکی بالینی ( جلد سوم ) ، ترجمه: مهدی گنجی (۱۳۹۴) ، تهران: انتشارات ساوالان سالمی خامنه ،

۸- علیرضا قهاری ، شهربانو سلطانلود مجتبی و دارایی ، جعفر. (۱۳۹۲) اثربخشی درمان پاسخ محور در کاهش مشکلات ارتباطی و پرخاشگری پسران ۸تا ۱۲ساله مبتلا به اتیسم ، مجله علمی دانشگاه علوم پزشکی گرگان ، دوره ۱۵، شماره ۱ ، صفحه ۶تا ۱۱.

۹- احمدی، فاطمه، (۱۳۸۹)، مقایسه تاثیر نظام ارتباطی مبادله تصویری و گفتار درمانی بر رشد ارتباط کودکان ۴-۸ ساله در خودمانده ، دانشگاه علوم بهزیستی و توان بخشی.

۱۰-اسپادک، برنارد، (بی تا)، آموزش در دوران کودکی، مترجم، نظری نژاد، محمد حسین، (۱۳۸۰)، تهران: انتشارات نشر.

۱۱-اصغری نکاح، سیدمحمد، (۱۳۹۰)، مجله اصول بهداشت روانی، سال۱۳۹۰

۱۲-اریک جی، مش و دیویدای، وولف، ( ۲۰۰۸). ترجمه مکی‌آبادی، محمد مظفر و فروغ الدین عدل، اصغر(۱۳۹۱)، تهران: رشد.

۱۳-اکسلاین، ویرجینیا، (۱۳۷۳)، بازی درمانی، مترجم احمد حجاریان، تهران: کیهان

۱۴-صمدی ، سید علی مک کانکی ، روی. (۱۳۹۰).

۱۵-اختلالات طیف اتیسم ، تهران: نشر دوران طاهری ، محمد. (۱۳۹۲).

۱۶- تاثیر روش درمانی پاسخ محور بر مهارتهای ارتباطی کودکان در خودمانده ۶ تا ۱۲ساله ، پایان نامه کارشناسی ارشد ، گروه آموزشی گفتاردرمانی دانشگاه علوم

۱۷-پزشکی و توانبخشی کادوسون هیدی ، چرارد ؛ ای شیفر ، چارلز (۲۰۰۳).۱۰۱

۱۸-تکنیک بازی درمانی ، ترجمه: الهه محمداسماعیل (۱۳۹۳) ، چاپ دوم ، تهران: نشر دانژه کریم پور ، مریم (۱۳۹۰).

۱۹-تهیه و اعتباریابی آزمون اختلالات رفتاری کودکان مبتلا به طیف اتیسم ، پایان نامه کارشناسی ارشد ، دانشگاه آزاد واحد مرودشت قاسم پور ، صالحه ، (۱۳۹۱).

۲۰-اثربخشی آموزش بازشناسی هیجان ها بر مهارتهای اجتماعی کودکان با اتیسم با عملکرد بالا ، پایان نامه کارشناسی ارشد ، دانشگاه علامه طباطبایی ، دانشکده روان شناسی و علوم تربیتی - غلامی

۲۱-مرضیه (۱۳۹۲). تاثیر آموزش سیستم ارتباطی مبادله ی تصویر ( پکس ) بر مهارتهای اجتماعی کودکان پسر با اختلالات طیف اتیسم ، پایان نامه کارشناسی ارشد دانشگاه شیراز دانشکده علوم تربیتی و روانشناسی.

۲۲- هالاهان ، دانیل ؛ کافمن ، جیمز ، (۲۰۱۴) مقدمه ای بر آموزش ویژه دانش آموزان استثنایی ، ترجمه: حمید علیزاده و صابری و هاشمی و محی الدین (۱۳۹۳). تهران: انتشارات ویرایش.