

اثربخشی برنامه مداخله‌ای بازی‌های شناختی - رفتاری بر مهارت‌های اجتماعی و هیجانی کودکان مبتلابه اختلال اتیسم با عملکرد بالا^۱

مهسا بهمنی^۲، ابراهیم نعیمی^۳، سعید رضایی^۴

تاریخ پذیرش: ۹۷/۰۳/۱۲

تاریخ وصول: ۹۶/۱۰/۰۲

چکیده

پژوهش حاضر باهدف تعیین میزان اثربخشی برنامه مداخله‌ای بازی‌های شناختی رفتاری بر مهارت‌های اجتماعی و هیجانی کودکان مبتلابه اختلال اتیسم با عملکرد بالا در شهر تهران برگزار شد. روش پژوهش به لحاظ گردآوری داده‌ها از نوع از نیمه آزمایشی با پیش‌آزمون، پس‌آزمون همراه با گروه کنترل بود. جامعه آماری شامل کلیه کودکان مبتلابه اختلال اتیسم با عملکرد بالا در سال ۹۶-۹۷ در شهر تهران بود. تعداد ۱۰ پسر ۵ تا ۱۵ سال با اختلال اتیسم عملکرد بالا بودند که به روش نمونه‌گیری هدفمند انتخاب و به صورت تصادفی در دو گروه آزمایش و کنترل جاگذاری شدند. از نیمرخ مهارت‌های اجتماعی اتیسم (بلینی، نقل از رضایی، ۱۳۹۱) و چک‌لیست هیجانی (خودساخته) برای گردآوری داده‌ها استفاده شد. برنامه مداخله‌ای بازی‌های شناختی رفتاری در ۱۰ جلسه ۶۰ دقیقه‌ای برای گروه آزمایش اجرا شد. نتایج پژوهش نشان داد که برنامه مداخله‌ای بازی‌های شناختی رفتاری به‌طور معناداری ($P < 0/05$)، موجب بهبود مهارت‌های اجتماعی و هیجانی شد. با توجه به اثربخشی برنامه مداخله‌ای بازی‌های شناختی رفتاری پیشنهاد می‌شود که این برنامه به‌طور مستمر در برنامه آموزشی و توان‌بخشی مراکز آموزشی و توان‌بخشی مورد استفاده قرار گیرد.

واژگان کلیدی: بازی‌های شناختی رفتاری، مهارت‌های اجتماعی، مهارت‌های هیجانی، اختلال اتیسم

۱. مقاله برگرفته از پایان‌نامه دوره کارشناسی ارشد می‌باشد.

۲. دانش آموخته کارشناسی ارشد مشاوره توان‌بخشی، دانشگاه علامه طباطبائی mbahmani19@yahoo.com

۳. استادیار مشاوره دانشگاه علامه طباطبائی (نویسنده مسئول) naeimi@atu.ac.ir

۴. استادیار روان‌شناسی کودکان استثنائی دانشگاه علامه طباطبائی

مقدمه

اختلال اتیسم یکی از انواع اختلال‌های عصب تحولی است و ویژگی اصلی آن نقصان مداوم در برقراری ارتباطات و تعاملات اجتماعی دوجانبه و الگوهای تکراری و محدود رفتار، علائق یا فعالیت‌ها است. این علائم از اوایل کودکی وجود دارند و سبب اختلال یا محدودیت در کارکرد روزمره می‌شوند (انجمن روان‌پزشکی آمریکا، ۲۰۱۳؛ سیدمحمدی، ۱۳۹۳). بنابراین در یک‌طرف اتیسم افراد با مشکلات تعامل اجتماعی بارز، مشکلات ارتباطی یا تأخیر در رشد زبان، الگوهای رفتاری محدود، تکراری و کلیشه‌ای وجود دارد و حتی ممکن است نقص‌های شدید در بعد شناختی این افراد دیده شود. این افراد به‌عنوان اتیسم با عملکرد سطح پایین معروف‌اند. در طرف دیگر اتیسم افراد با مشکلات تعامل اجتماعی خفیف، تأخیر در ارتباط، رفتارهای قالبی، تکراری و محدود کمتر وجود دارد و افرادی که تأخیری در کارکردهای شناختی نشان نمی‌دهد و از لحاظ شناختی و هوشی در سطوح متوسط به بالا هستند اغلب تحت عنوان اتیسم با عملکرد سطح بالا توصیف می‌شوند (آلبرت جی کوتاگنو، ۲۰۰۹؛ فرامرزی، شفیع، رنجبر، ۱۳۹۳). حداقل یک‌سوم تا یک‌چهارم کودکانی که دارای اختلال اتیسم هستند در طبقه اتیسم با عملکرد بالا قرار می‌گیرند (اوزنوف، ۱۹۹۶؛ ترجمه شریفی در آمدی، ۱۳۸۵).

اولین ویژگی اختلالات طیف اتیسم نارسایی‌های اجتماعی است (فریس، ۲۰۰۸). تقریباً تمام افراد با اختلال اتیسم این نارسایی را نشان می‌دهند (هاشمی رزینی، کرم پور، ۱۳۹۴). کودکان با اختلال اتیسم در رفتار اجتماعی کمبود عمیقی از خود نشان می‌دهند و اغلب عواطف خود را بیان نمی‌کنند (بهرامی، محقق، یعقوبی، ۱۳۹۶). نارسایی در تعامل متقابل اجتماعی در کودکان مبتلا به اتیسم اغلب از زمان تولد قابل مشاهده است. دو تشابه رایج که از ابتدای کودکی خود را نشان می‌دهند، فقدان تماس چشمی و هماهنگ کردن وضعیت بدنی خود با طرف مقابل به هنگام در آغوش گرفته شدن است. در اواسط کودکی، افراد مبتلا به اتیسم غالباً بازی‌های اجتماعی، توجه اشتراکی و یا دل‌بستگی به والدین یا مراقبین از خود نشان نمی‌دهند. این نارسایی‌های اجتماعی ادامه پیدا می‌کنند و خود را به صورت فقدان

1. Cotagno
2. Ozenof
3. Frith

بازی و تعامل با همسالان در سرتاسر کودکی نشان می‌دهند (ولکمار، پائول، کلین، کوهن^۱، ۲۰۰۴). بدیهی است هسته و مرکز اختلالات اتیسم اختلالات اجتماعی است. عموماً در سال دوم زندگی است که رشد فرد با اختلال اتیسم شروع به انحراف از هنجار می‌کند. ظاهراً اینجاست که نوزادان با اختلال اتیسم عقب می‌مانند و در تعامل اجتماعی به مرحله تغییر نهایی به سوی تعامل مشترک نمی‌رسند (فریس، ۲۰۰۸). مشکلات ارتباط اجتماعی کلامی و غیر کلامی در این افراد باعث افت شدید عملکرد، ضعف در پیش قدم شدن برای برقراری تعاملات اجتماعی و رد خواسته‌ی دیگران برای برقراری رابطه اجتماعی می‌شود (انجمن روان پزشکی آمریکا، ۲۰۱۳؛ سیدمحمدی، ۱۳۹۳)؛ بنابراین، مشکل در تعامل اجتماعی آشکارترین ویژگی است که اختلال‌های طیف اتیسم را از سایر اختلال‌های رشدی متمایز می‌کند (ریپن و تاجمن^۲، ۲۰۰۸).

افراد مبتلا به اختلال طیف اتیسم، تمایل دارند که به گونه‌ای متفاوت به بازشناسی و استفاده از هیجان‌ها بپردازند؛ بنابراین، مشکلاتی در تعاملات اجتماعی و رشد روابط بین فردی با دیگران ایجاد می‌گردد. اغلب افراد مبتلا به اتیسم ۱- در یادگیری بازشناسی هیجان‌ها در خود و دیگران تأخیر دارند؛ ۲- درگیر بازشناسی هیجان‌های پیچیده و حالت‌های ذهنی حتی در بزرگسالی می‌باشند؛ ۳- مشکلاتی در ابراز و تنظیم هیجان‌اتشان دارند؛ ۴- تفاوت‌هایی در تماس چشمی و پردازش چهره از خود نشان می‌دهند (بارون کوهن، ۲۰۰۳؛ کلین، جونز، اسکاتز^۳ و کوهن، ۲۰۰۳؛ کلین و همکاران، ۲۰۰۲؛ پلفری^۴ و همکاران، ۲۰۰۲؛ انجمن روانشناسی آمریکا، ۲۰۰۰).

کودکان با اختلال اتیسم به علت فقدان ارتباط چشمی و توجه به چهره انسان، در رمزگشایی نشانه‌های هیجانی عملکرد نامناسبی از خود نشان می‌دهند؛ این ناتوانی در چارچوب نارسایی عمومی آن‌ها در فرایند شناخت اجتماعی توجیه می‌شود (بالکونی و کارا^۵، ۲۰۰۷). نارسایی‌های اجتماعی (نابهنجاری در تعامل اجتماعی و مشکلات مرتبط با ابراز و بازشناسی هیجان) به عنوان بخشی از نارسایی‌های محوری مرتبط با علائم اختلال اتیسم

1. Volkmar, Paul, Klin, Cohen
2. Ripen & Tachman
3. Schultz
4. Pelphrey
5. Balkoni & Kara

در نظر گرفته می‌شوند (هاردمن، درو و اگن^۱، ۲۰۰۰؛ ترجمه عزیزاده، گنجی، یوسفی لویه و یادگاری، ۱۳۸۸). توانایی تشخیص و درک اظهارات چهره‌ای هیجان، نقش ارزنده‌ای در ایجاد روابط بین فردی دارد. شناسایی و تشخیص اظهارات چهره‌ای یکی از علائم و ابزار اولیه برای درک احساسات و مقاصد دیگران است. بررسی‌های علمی نشان داده‌اند کودکان عادی قبل از چهارسالگی می‌توانند انواع هیجان (شادی، غم، خشم) را با کم‌ترین نقص نمایش دهند. شواهد اخیر حاکی از آن است که کودکان مبتلابه اتیسم در فهمیدن جلوه‌های هیجانی دیگران و در به کارگیری چهره، صدا و ژست برای انتقال دادن هیجان‌های خودشان به دیگران، مشکلات اساسی دارند و این ناتوانی‌ها در درک هیجان، منجر به انزوای اجتماعی و گوشه‌گیری آن‌ها شده است (رضایی، ۱۳۹۳).

مهارت‌های اجتماعی نقش بسیار مهمی در زندگی و موفقیت افراد دارد. مهارت‌های اجتماعی شامل رفتارهایی است که به فرد در تعامل مؤثر با دیگران و اجتناب از پاسخ‌های نامطلوب، کمک می‌کند (اقدسی، ۲۰۱۴). بسیاری از افراد مبتلابه اتیسم که دارای نقیصی در درک و شناخت اجتماعی هستند توانایی اندیشیدن در مورد راه‌های لازم و مناسب برای ارتباط مطلوب و متقابل اجتماعی را ندارند؛ بنابراین لازم است راه‌کارها و تکنیک‌هایی ارائه گردد تا به این افراد کمک نماید تا موقعیت‌های اجتماعی را پیش‌بینی و درک نموده و عملکرد مناسبی انجام دهند (طیبی، ۱۳۹۳). تاکنون روش‌های درمانی بسیاری برای کودکان با اختلال اتیسم پیشنهاد شده، اما هیچ‌یک به‌طور کامل پاسخگوی نیازهای این افراد نبوده است (کوگل، سینک و کوگل^۲، ۲۰۱۰).

هم‌چنین، از آنجایی که شیوع اختلال اتیسم به دلایل مختلفی در حال افزایش است. در گزارش ارائه‌شده توسط مرکز پیشگیری و کنترل بیماری‌های آمریکا، از هر ۵۹ کودک یک نفر به اختلال طیف اتیسم مبتلا است و شیوع این اختلال در پسران ۴ برابر بیشتر از دختران است (جان بایو^۳ و همکاران، ۲۰۱۸). نرخ شیوع چشمگیر اختلال اتیسم توجه متخصصان شاخه‌های مختلف علوم و برنامه ریزان بهداشت جهانی را به خود جلب نموده تا حدی که سازمان بهداشت جهانی با اختصاص روز جهانی، اطلاع‌رسانی پیرامون این اختلال، اهتمامی فراگیر برای شناسایی زودهنگام، طراحی و اجرای مداخلات زودهنگام در این زمینه را

1. Hardman Drew & Egen
2. Koegel, Singh & Koegel
3. Jon Baio

خواستار گردیده است (یرگین آلسوپ^۱، ۲۰۰۰). در ایران هم صمدی (۱۳۹۰) با بررسی بیش از یک میلیون کودک، نرخ شیوع اتیسم را ۲۶/۶ در ۱۰۰۰۰ کودک گزارش نمود (رضائی، ۱۳۹۳). با توجه به اینکه بسیاری از درمان‌های موجود پرهزینه و زمان‌بر هستند، نیاز به درمان‌های کم‌هزینه‌تر احساس می‌شود (مینجارز، ویلیامز، مرکر و هاردن^۲، ۲۰۱۰).

هم‌چنین مرور مداخلات توان‌بخشی و درمان کودکان با اختلال اتیسم نشان می‌دهد که بازی درمانی به‌عنوان یک درمان ایمن و همساز با ویژگی‌های رشدی و شرایط این کودکان همواره سهمی از مداخلات آموزشی، روان‌شناختی و توان‌بخشی این کودکان را به خود اختصاص داده است (اصغری نکاح، افروز، بازرگان و شکوهی یکتا، ۱۳۹۰).

درواقع برای کودکان با اختلال اتیسم بازی درمانی می‌تواند یک فضای ارتباطی ایمن را فراهم کند و رشد اجتماعی-هیجانی این کودکان را تسهیل نموده و سرعت بخشد (لاور^۳، ۲۰۰۸). اهمیت تجارب بازی برای رشد تعامل اجتماعی به اثبات رسیده است (جوزف و ریان^۴، ۲۰۰۴). این پدیده از نظر نقشی که در زندگی دارد مورد پژوهش قرار گرفته است و پژوهشگران، بازی را از جنبه تأثیری که بر جنبه‌های گوناگون زندگی اجتماعی می‌گذارد، مورد مطالعه قرار داده‌اند. بر اساس یافته‌های جوزف و ریان (۲۰۰۴) بازی درمانی برای کودکان با اختلال اتیسم این امکان را فراهم می‌کند تا سرعت و شیوه هر جلسه درمانی را انتخاب و خودشان بر روی تغییرات تمرکز کنند. همچنین، این رویکرد استقلال و خودمحموری کودکان را افزایش داده و به آنان اجازه می‌دهد تا از هر دو جنبه هیجانی و اجتماعی پیشرفت کنند. کودکان با اختلال اتیسم در برقراری ارتباط به‌صورت کلامی مشکل و عموماً کارکرد شناختی پایینی دارند که این خود دلیلی برای چرایی انتخاب بازی درمانی برای درمان در این گروه را نشان می‌دهد. یکی از بازی‌درمانی‌های مؤثر، بازی درمانی با رویکرد شناختی رفتاری است. پیش‌فرض مورد استفاده آن است که واکنش کودک به یک رویداد، متأثر از معانی و مضامینی است که به یک رویداد نسبت می‌دهد. به بیان دیگر، پاسخ‌های عاطفی و رفتاری فرد به رویدادهای زندگی روزمره تابعی هستند از این که چگونه این رویدادها ادراک و یادآوری می‌شوند. در این روش چنین فرض می‌شود که آن‌ها فاقد

1. Yergin-Allsopp
2. Minjarez, Williams, Mercier, Hardan
3. Lawver
4. Josef & Ryan

مهارت‌های رفتاری مناسب هستند یا باورها و محتویات شناخت، یا استعداد‌های حل مسئله (فرآیندهای شناختی) از جهاتی آشفته و مختل می‌باشند. با در نظر داشتن این موضوع، بازی درمانگران شناختی رفتاری همواره سعی می‌کنند از طریق تسهیل کسب مهارت‌های جدید و فراهم آوردن تجاربی که تغییر شناختی را تسهیل کند، به کودک و نوجوان کمک کنند (اسپنس، دنوان و برچمن-توسینت^۱، به نقل از زارع و احمدی، ۱۳۸۶).

بازی درمانی شناختی رفتاری، یک رویکرد درمانی مناسب از نظر ملاحظات سنی و رشد هست. با استفاده از این شیوه به کودکان کمک می‌شود خود در اعمال تغییرات درمان‌بخش، شرکتی فعال داشته باشند و بر مشکلاتشان چیره شوند (دروژ^۲، ۲۰۰۹؛ ترجمه رضانی، ۱۳۹۳). بازی درمانی شناختی رفتاری با تأکید بر مشارکت کودک در درمان و از طریق مورد توجه قرار دادن موضوعاتی چون کنترل، تسلط و پذیرش مسئولیت در قبال تغییر رفتار شخصی خویش، ایجاد می‌شود (کنل^۳، ۱۹۹۹). در این روش نیز همچون درمان‌های شناختی رفتاری که بر روی بزرگسالان انجام می‌شود، اعتقاد بر این است که رفتار انطباقی، حاصل تعامل بین افکار، احساسات و رفتار فرد است (حواله کیان، لواسانی و خلیلی، ۱۳۹۲). بازی درمانی شناختی رفتاری یک دیدگاه نظری جدید در روان‌درمانی کودک فراهم می‌کند که در آن‌ها مهم‌ترین تفاوت‌ها بین این نوع بازی درمانی و بازی درمانی‌های دیگر شامل ساختار آن، اجرا روانی-تربیتی و دیدگاه‌های معطوف بر هدف و مشارکتی هست یعنی هم توسط کودک و هم درمانگر هدایت می‌شود (طیپی، ۱۳۹۳). بازی درمانی شناختی رفتاری در رشد مهارت‌های حل مسئله و مهارت‌های اجتماعی مفید واقع شده است. این رویکرد امکان تعامل کودک را با هم سن و سالان خود فراهم کرده است (گرالد^۴، ۱۹۹۹).

جفری وود، دراهوتا، کارن سزا، کیم هار، آنجلا چو، دیوید لانگر^۵ (۲۰۰۹) در یک پژوهش اثربخشی بازی درمانی شناختی رفتاری را بر اضطراب کودکان مبتلا به اختلال طیف اتیسم مورد بررسی قرار دادند. یافته‌های این پژوهشگران اثربخشی بازی درمانی شناختی رفتاری را در درمان اضطراب کودکان با اختلال اتیسم نشان داد. همسو با این یافته‌ها،

-
1. Spans, Danvan & Berchman-Tosinet
 2. Drewer
 3. K nell
 4. Grald
 5. Jeffrey Wood, Drahoota, Karen Seza, Kim Har, Anjella Cho, David Longer

دیویس^۱ (۲۰۰۷)، لو، پیترسون، لاکروسکی و روسیو^۲ (۲۰۱۰) نشان داده‌اند که بازی‌درمانی به‌عنوان یک درمان ایمن و همساز با ویژگی‌های رشدی و شرایط کودکان با اختلال اتیسم همواره سهمی از مداخلات آموزشی، روان‌شناختی و توان‌بخشی این کودکان را به خود اختصاص داده است. از این‌رو، مبادرت و توسعه در این زمینه نوعی سرمایه‌گذاری علمی است که بازده علمی چندجانبه‌ای را برای کودکان، خانواده‌ها و متخصصان به همراه خواهد داشت (اصغری نکاح، ۱۳۹۰). با توجه به آنچه در مورد مشکلات کودکان مبتلابه اختلال اتیسم و مزایای بازی‌درمانی شناختی رفتاری برای این گروه گفته شد، محقق بر آن شده است تا به بررسی این فرضیه پردازد که بازی‌درمانی شناختی رفتاری موجب افزایش مهارت‌های اجتماعی و هیجانی در کودکان مبتلابه اختلال اتیسم با عملکرد بالا می‌شود.

روش

در این مطالعه از طرح پیش‌آزمون-پس‌آزمون با گروه کنترل که یکی از طرح‌های نیمه‌آزمایشی است، استفاده شد. جامعه مورد مطالعه در این پژوهش شامل کلیه کودکان مبتلابه اختلال اتیسم با عملکرد بالا (پسر) در سال ۱۳۹۶ در شهر تهران بود. ۱۰ نفر کودک (پسر) که بنا بر تشخیص روانشناس مرکز مبتلابه اختلال اتیسم عملکرد بالا بودند و به روش نمونه‌گیری هدفمند انتخاب شدند و در دو گروه آزمایش و کنترل، به‌طور تصادفی جایگزین شدند. ملاک‌های ورود به پژوهش شامل جنسیت مذکر، قرار داشتن در محدوده سنی ۵ تا ۱۵ سال، دارا بودن اختلال اتیسم با عملکرد بالا {معیار عملکرد بالا: ۱- توانش زبانی (بیانی و درکی) ۲- توانایی شناختی (کلامی بالای ۷۰ و عملی بالای ۷۰)}، نداشتن اختلال یا بیماری همبود، عدم مصرف دارو، عدم داشتن مداخله‌های توان‌بخشی موازی و رضایت در ورود به پژوهش بود. کودکانی که شروط بالا را داشتند به پژوهش وارد شدند و برنامه مداخله‌ای بازی‌های شناختی رفتاری بر روی آن‌ها اجرا گردید.

1. Davis

2. Lo, Piterson, Lakroski & Rosio

ابزار پژوهش: ۱- نیمرخ مهارت‌های اجتماعی اتیسم^۱: این پرسشنامه توسط اسکات بلینی^۲ (۲۰۰۷) و برای سنجش رفتاری کودکان و نوجوانان طیف اتیستیک در دامنه سنی ۶ تا ۱۷ سال طراحی و ساخته شده است. همچنین برای تعیین میزان پیشرفت درمانی ابزار مناسبی است و نسبت به تغییرات درمانی حساسیت ویژه‌ای دارد. از ۴۵ گویه تشکیل شده و مدت زمان تکمیل آن بین ۱۵ تا ۲۰ دقیقه است و گویه‌های پرسشنامه بر اساس طیف لیکرتی چهاردرجه‌ای از هرگز تا همیشه درجه‌بندی می‌شوند که به ترتیب هرگز نمره ۱، بندرت نمره ۲، اغلب نمره ۳ و همیشه نمره ۴ را به خود اختصاص می‌دهند. نمره بالاتر نشان‌دهنده رفتار اجتماعی مثبت‌تر است. اکثر گویه‌های نیمرخ به صورت رفتارهای مثبت طراحی شده‌اند اما برخی گویه‌ها، به صورت رفتارهای منفی طراحی شده‌اند این گویه‌ها به صورت برعکس نمره‌گذاری می‌شوند. پرسشنامه نیمرخ مهارت‌های اجتماعی اتیسم در ایران و روی نمونه ایرانی اعتبار یابی شده است و میزان آلفای کرونباخ ۰/۸۷. برای این پرسشنامه به دست آمده است (قاسم پور، ۱۳۹۱). در پژوهش حاضر نیز، پایایی پرسشنامه نیمرخ مهارت‌های اجتماعی اتیسم از طریق آلفای کرونباخ محاسبه گردید و نتایج آن نشان داد که مقیاس از ضریب آلفای کرونباخ قابل قبول و بالایی (۰/۹۳) برخوردار می‌باشد.

۲- ابزار تشخیص هیجان بارون و کوهن^۳: دو بعد هیجانی اولیه (پایه) و ثانویه (پیچیده) را که مجموعاً ۱۷ هیجان است به صورت آموزش ویدئویی، بازی نقش و داستان‌گویی آموزش می‌دهد. با توجه به موضوع پژوهش محقق ۵ هیجان پایه را سنجید. به این منظور چک لیستی توسط محقق تهیه شده که شامل ۲۰ سؤال است و به شیوه لیکرت ۳ درجه‌ای (می‌تواند/تا حدودی/نمی‌تواند) نمره‌گذاری شده است. این چک لیست ۵ هیجان بنیادین (پایه) که شامل شادی/غم/خشم/ترس/نفرت است را در ۴ بعد تشخیص، تقلید، تفسیر و کاربست در دوسری زمانی پیش‌آزمون و پس‌آزمون ارزیابی می‌کند. مشابه این چک لیست در پژوهشی در ایران استفاده شده است (رضایی، ۱۳۹۳). پایایی این چک لیست از طریق ضریب آلفای کرونباخ محاسبه گردید و نتایج آن نشان داد که این مقیاس از ضریب آلفای کرونباخ قابل قبول و نسبتاً بالایی (۰/۸۷) برخوردار می‌باشد.

1. Autistic Social Skills Profile
2. Scatt Bellini
3. Baron-Cohen

جدول ۱. برنامه مداخله‌ای بازی‌های شناختی رفتاری

جلسه	اهداف	محتوا	تکالیف
جلسه اول	آشنایی و ارتباط گرفتن با کودکان و اجرای پیش‌آزمون	برقراری ارتباط مناسب با شرایط افراد مبتلا به اتیسم تکمیل پرسشنامه‌ها توسط مربیان	
جلسه دوم	تمیز و تشخیص مهارت‌های هیجانی و اجتماعی	تمیز و تشخیص ۵ هیجان بنیادین (شادی، غم، خشم، ترس و نفرت) در خود و دیگران به فرد آموزش داده می‌شود.	در نظر گرفتن تکلیف خانگی برای کودک و درخواست از والدین جهت نظارت بر یادگیری مناسب تشخیص مهارت‌های هیجانی و اجتماعی و اینکه از کودک خود بخواهند تا هیجانات را در چهره آن‌ها تشخیص داده و واکنش مناسب نشان دهد.
جلسه سوم	تقلید و ابراز مهارت‌های هیجانی و اجتماعی	اینکه فرد بتواند هیجانات بنیادین را تقلید کند و در چهره خود ابراز نماید به وی آموزش داده می‌شود.	در نظر گرفتن تکلیف خانگی برای کودک و درخواست از والدین جهت نظارت بر یادگیری مناسب تقلید و ابراز مهارت‌های هیجانی و اجتماعی و اینکه از کودک خود بخواهند تا هیجانات را از آن‌ها تقلید کرده و در چهره خود ابراز نمایند.
جلسه چهارم	تفسیر انواع هیجانات و موقعیت‌های اجتماعی	اینکه فرد بداند چرا خودش و دیگران هیجان خاصی را به کار می‌برند و بتواند به تفسیر هیجانات پردازد به وی آموزش داده می‌شود.	در نظر گرفتن تکلیف خانگی برای کودک و درخواست از والدین جهت نظارت بر یادگیری مناسب تفسیر مهارت‌های هیجانی و اجتماعی
جلسه پنجم	اجرا و کاربست مهارت‌ها در موقعیت‌های هیجانی و اجتماعی	اینکه فرد با کاربرد مهارت‌های هیجانی و اجتماعی در زندگی روزمره آشنا شود و بداند چه زمانی و در چه موقعیتی این مهارت‌ها توسط خودش و دیگران به کار گرفته می‌شود.	در نظر گرفتن تکلیف خانگی برای کودک و درخواست از والدین جهت نظارت بر یادگیری مناسب اجرا و کاربست مهارت‌های هیجانی و اجتماعی
جلسه ششم	مهارت آغازگری (ایجاد ارتباط)	-آموزش مهارت سلام دادن -آموزش مهارت معرفی خود به دیگران -آموزش مهارت آغازگر گفتگو بودن	در نظر گرفتن تکلیف خانگی برای کودک و درخواست از والدین جهت تمرین مهارت‌های سلام کردن، معرفی خود به دیگران و آغازگر گفتگو شدن

جلسه هفتم	مهارت حفظ ارتباط اجتماعی	-آموزش مهارت تشکر کردن -آموزش مهارت اجازه گرفتن	در نظر گرفتن تکلیف خانگی برای کودک و درخواست از والدین جهت تمرین مهارت‌های تشکر کردن و اجازه گرفتن با کودک خود
جلسه هشتم	مهارت توسعه ارتباط اجتماعی	-آموزش مهارت رعایت کردن نوبت -آموزش مهارت رد شدن به شکل مناسب از کنار دیگران	در نظر گرفتن تکلیف خانگی برای کودک و درخواست از والدین جهت تمرین مهارت‌های رعایت نوبت و رد شدن به شکل مناسب با کودک خود
جلسه نهم	مهارت توسعه ارتباط اجتماعی	-آموزش مهارت تقویت تعامل اجتماعی با دوستان و مربیان -آموزش مهارت کمک به دیگران	در نظر گرفتن تکلیف خانگی برای کودک و درخواست از والدین جهت تمرین مهارت‌های تقویت تعامل اجتماعی و کمک به دیگران با کودک خود
جلسه دهم	قدردانی و سپاس از همراهی کودکان در اجرای پژوهش و اجرای پس‌آزمون	از همراهی کودکان سپاس گذاری به عمل آمد پرسشنامه مهارت اجتماعی و چک‌لیست هیجانی تکمیل گردید.	

روش اجرا و جمع‌آوری داده‌ها: پس از شناسایی و انتخاب آزمودنی‌های مناسب با موضوع پژوهش، مقیاس نیمرخ مهارت‌های اجتماعی اتسیم و چک‌لیست هیجانی به مربیان تمام کودکان گروه آزمایش و کنترل داده شد تا آن‌ها را تکمیل نمایند (جمع‌آوری داده‌ها در مرحله پیش‌آزمون). جلسات بازی‌درمانی شناختی رفتاری برای آموزش مهارت‌های هیجانی به صورت انفرادی به مدت ۵ جلسه بر روی گروه آزمایش اجرا شد و طول مدت هر جلسه ۶۰ دقیقه می‌باشد و برای آموزش مهارت‌های اجتماعی ۵ جلسه به صورت گروهی اجرا شد و ۶۰ دقیقه برای هر جلسه در نظر گرفته شد. برنامه مداخله‌ای بازی‌های شناختی رفتاری شامل برای تقویت مهارت‌های اجتماعی و هیجانی از ابزارها و تکنیک‌هایی همچون عکس و پوستر، استیکرهای هیجانی، فیلم، اسباب‌بازی‌ها و عروسک‌ها، نقاشی، داستان، شعر، ایفای نقش، الگودهی و تقویت و پاداش استفاده شد. در پایان دوره آموزش، مجدداً پرسشنامه‌ها توسط مربیان هر دو گروه آزمایش و کنترل تکمیل گردید (جمع‌آوری داده‌ها در مرحله پس‌آزمون).

یافته‌ها

در جدول ۲ اطلاعات مربوط به میانگین و انحراف معیار و خطای انحراف معیار متغیرهای مهارت اجتماعی و هیجانی در دو گروه آزمایش و کنترل در پیش‌آزمون و پس‌آزمون ارائه شده است.

جدول ۲. اطلاعات مربوط به میانگین و انحراف معیار و خطای انحراف معیار متغیرهای پژوهش

گروه‌ها	میانگین	پیش‌آزمون		پس‌آزمون		مهارت اجتماعی	مهارت هیجانی
		انحراف معیار	خطای انحراف معیار	انحراف معیار	خطای انحراف معیار		
آزمایش	۹۳/۰۰	۷/۹۶	۳/۵۶	۶/۱/۶۷	۴/۲۲	مهارت	
کنترل	۷۳/۰۰	۴/۰۰	۱/۷۸	۲/۶۸	۱/۲۰	اجتماعی	
آزمایش	۳۴/۶۰	۷/۶۳	۳/۴۱	۵/۶۸	۳/۳۱	مهارت	
کنترل	۳۳/۶۰	۴/۹۲	۲/۲۰	۴/۱۱	۱/۱۷	هیجانی	

چنانچه در جدول ۲ مشاهده می‌شود میانگین مهارت اجتماعی در گروه آزمایش در پس‌آزمون در مقایسه با میانگین گروه کنترل بیشتر است. همچنین نتایج جدول نشان می‌دهد که میانگین مهارت هیجانی گروه آزمایش در مقایسه با گروه کنترل نسبت به پیش‌آزمون، در پس‌آزمون افزایش پیدا کرده است.

به‌منظور بررسی اثربخشی برنامه مداخله‌ای بازی‌های شناختی رفتاری بر مهارت‌های اجتماعی و هیجانی از آزمون آماری کوواریانس استفاده شد. یکی از مفروضه‌های این آزمون نرمال بودن داده‌ها است که برای بررسی این مفروضه از آزمون کلموگروف-اسمیرنوف استفاده شد. نتایج آزمون کلموگروف-اسمیرنوف برای متغیر مهارت اجتماعی ($Z=۰/۹۲$ و $p=۰/۳۵$) و متغیر مهارت هیجانی ($Z=۴۴۰$ و $p=۰/۹۸$) گزارش شده است که حاکی از تأیید نرمال بودن توزیع نمرات در دو گروه کنترل و آزمایش می‌باشد. مفروضه دیگر همگنی واریانس‌هاست که برای بررسی این مفروضه از آزمون لوین استفاده شد. نتایج آزمون لوین برای متغیرهای مهارت اجتماعی ($F=۰/۵۲$ و $P=۱/۷۳$) و مهارت هیجانی ($F=۰/۴۷۴$ و $P=۰/۱۹۴$) معنادار نیست؛ یعنی فرض صفر برای تساوی واریانس‌های متغیرهای مهارت اجتماعی و مهارت هیجانی در دو گروه کنترل و آزمایش برای متغیرهای تحقیق تأیید

می‌گردد؛ بنابراین، پیش‌فرض تساوی واریانس‌های متغیرهای مهارت اجتماعی و مهارت هیجانی در دو گروه کنترل و آزمایش تأیید گردید. آخرین مفروضه برای استفاده از آزمون آماری کوواریانس همگنی شیب رگرسیون‌ها است. نتایج آزمون بررسی همگنی شیب‌های رگرسیون متغیرهای مهارت اجتماعی و مهارت هیجانی نشان می‌دهد که معنی‌داری تعامل بین گروه و پیش‌آزمون در متغیر مهارت اجتماعی ($F=0/787$ و $P<0/383$) و برای مهارت هیجانی ($F=0/362$ و $P<0/554$) می‌باشد. با توجه به آنچه پیش‌تر توضیح داده شد. پیش‌فرض‌های استفاده از تحلیل کوواریانس برقرار است؛ بنابراین، استفاده از آزمون تحلیل کوواریانس بلا مانع است.

به منظور ارزیابی اثربخشی برنامه مداخله‌ای بازی‌های شناختی رفتاری بر مهارت اجتماعی کودکان مبتلا به اختلال اتیسم با عملکرد بالا از تحلیل کوواریانس استفاده و نتایج آن در جدول ۳ ارائه شده است.

جدول ۳. نتایج تحلیل کوواریانس تأثیر بازی‌درمانی شناختی-رفتاری بر مهارت اجتماعی کودکان با اختلال اتیسم عملکرد بالا

منابع تغییر	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	سطح معناداری	مجذور ایتا (اندازه اثر)
پیش‌آزمون	۰/۸۰۷	۱	۰/۸۰۷	۰/۰۳۶	۰/۸۵۰	۰/۲۳
مهارت اجتماعی	۶۶۷/۱۲	۱	۶۶۷/۱۲	۱۰/۸۳	۰/۰۳	۰/۸۶
درون گروه‌ها	۲۲۵/۲۹	۸	۳۲/۱۸			

نتایج ارائه شده در جدول ۳ نشان داده بازی‌درمانی شناختی-رفتاری با اندازه اثر ۰/۸۶ بر مهارت اجتماعی تأثیر داشته است. همچنین، بعد از تعدیل نمرات پیش‌آزمون، تفاوت معناداری بین گروه‌ها مشاهده شد ($F=10/83$ و $P<0/03$). با توجه به اینکه متغیر مهارت اجتماعی در گروه آزمایش نسبت به گروه کنترل افزایش معنی‌داری داشته است، این افزایش بدان معنی است که بازی‌درمانی شناختی-رفتاری بر مهارت اجتماعی کودکان اتیسم با عملکرد بالا مؤثر بوده است.

هم‌چنین به‌منظور ارزیابی اثربخشی برنامه مداخله‌ای بازی‌های شناختی رفتاری بر مهارت هیجانی کودکان مبتلابه اختلال اتیسم با عملکرد بالا از تحلیل کوواریانس استفاده شد که نتایج در جدول ۴ ارائه شده است.

جدول ۴. نتایج تحلیل کوواریانس تأثیر بازی‌درمانی شناختی- رفتاری بر مهارت هیجانی کودکان با اختلال اتیسم عملکرد بالا

منابع تغییر	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	سطح معناداری	مجذورات ایتا (اندازه اثر)
پیش‌آزمون	۸۵/۵۱	۱	۸۵/۵۱	۵/۴۳	۰/۰۵۹	۰/۴۷
مهارت بین گروه‌ها	۵۲۴/۱۱	۱	۵۲۴/۱۱	۳۳/۲۹	۰/۰۱	۰/۸۴
هیجانی درون گروه‌ها	۹۴/۴۳	۸	۱۵/۷۴			

نتایج ارائه شده در جدول ۳ نشان داد که بازی‌درمانی شناختی- رفتاری بر مهارت هیجانی با اندازه اثر ۰/۸۴ تأثیر داشته است، همچنین بعد از تعدیل نمرات پیش‌آزمون، نشان داده شد که تفاوت معناداری بین گروه‌ها وجود دارد ($F=۳۳/۲۹$ و $P<۰/۰۱$). با توجه به اینکه متغیر مهارت اجتماعی در گروه آزمایش نسبت به گروه کنترل افزایش معنی‌داری داشته است، این افزایش بدان معنی است که بازی‌درمانی شناختی- رفتاری موجب بهبود مهارت هیجانی کودکان با اختلال اتیسم عملکرد بالا شده است.

بحث و نتیجه‌گیری

پژوهش حاضر به‌منظور تعیین اثربخشی برنامه مداخله‌ای بازی‌های شناختی رفتاری بر مهارت‌های اجتماعی و هیجانی کودکان مبتلابه اختلال اتیسم با عملکرد بالا بود. نتایج نشان داد که برنامه مداخله‌ای بازی‌های شناختی موجب افزایش مهارت اجتماعی کودکان با اختلال اتیسم عملکرد بالا شده است. این یافته با یافته‌های طیبی (۱۳۹۳) در مورد اثربخشی بازی‌درمانی شناختی رفتاری بر مهارت‌های ارتباطی کودکان مبتلابه اتیسم با عملکرد بالا همسو است. هم‌چنین پژوهش جفری وود و همکاران (۲۰۰۹) در مورد اثربخشی بازی‌درمانی شناختی رفتاری بر اضطراب کودکان مبتلابه اتیسم، مؤثر بودن این روش درمانی را تأیید می‌کند. حوزه اختلالات طیف اتیسم، موضوع مهم مطالعه و پژوهش در زمینه سلامت روان و آموزش در سطح جهان است. مشکلات فرد مبتلابه اتیسم مستلزم این است که در

طولانی مدت به آن‌ها رسیدگی شود تا بهبود یابند. ثابت شده است که این مسیر طولانی به مداخلات روان‌شناسی، امثال مداخلات یادگیری بر اساس تحلیل رفتار کاربردی، درمان رفتاری، اصلاح رفتار و درمان شناختی رفتاری نیاز دارد (آدکوک و کیوو^۱، ۲۰۰۹؛ بهومیک و همکاران^۲، ۲۰۱۰؛ بریم، تاون سند، دکونیز و پلسون، فرنل و کیلبرگ^۳، ۲۰۱۰؛ اسمیت و ماتسون^۴، ۲۰۱۰ به نقل از ماتسون، ریسکی و تیورک^۵، ۲۰۱۱).

در تبیین این یافته‌ها می‌توان گفت که بازی، یکی از طبیعی‌ترین فعالیت‌ها برای درگیر کردن و مشارکت دادن کودکان است (میتل دراف، هندریک و لندرت^۶، ۲۰۰۱). بر اساس نظر مور^۷ (۲۰۰۸) کودکان از طریق بازی هویت خود و درک اجتماعی خود از دیگران را رشد می‌دهند. همچنین، کودکان برخی مهارت‌های اجتماعی از قبیل احترام و همدردی، انسانیت و کار گروهی را از طریق بازی یاد می‌گیرند. افزون بر این مور بیان می‌کند که بازی کودکان را قادر به برقراری ارتباط با دیگران، قادر به ابراز خلاقیت و تصویرسازی و بازآفرینی تجارب و موقعیت‌های روزمره می‌کند. در واقع، بازی درمانی به کودکانی که مهارت‌های اجتماعی یا عاطفی‌شان ضعیف است، رفتارهای سازگارانه تری را می‌آموزد. مرور مداخله‌های توان‌بخشی و درمانی کودکان با اختلال اتیسم نشان می‌دهد بازی درمانی به عنوان یک درمان ایمن و همساز با ویژگی‌های رشدی و شرایط کودکان با اختلال اتیسم است. با توجه به اینکه این کودکان در زمینه رشد اجتماعی محدودیت‌ها و نارسایی‌های اساسی نظیر فقدان ارتباط چشمی، محدودیت لبخند اجتماعی، علاقه و گرایش ناچیز به چهره‌ی انسان‌ها، ناخوشایندی نسبت به برقراری ارتباط چشمی، پیگیری چشمی اندک نسبت به اطرافیان، محدودیت در درک دیدگاه دیگران و ناکامی در به اشتراک گذاشتن لذت دارند (اصغری نکاح و همکاران، ۱۳۹۰). بازی درمانی با ویژگی‌هایی که دارد به کودک با اختلال اتیسم یاد می‌دهد که چگونه از طریق انجام رفتارها و به کارگیری حالات چهره‌ای مناسب می‌تواند آغازگر ارتباط باشد و بداند که چگونه متناسب با موقعیت و شرایط رفتار

-
1. Adcoc & Qiu
 2. Behomic
 3. Berim, Town Send, Deconiz & Pelson, Fernel & Kilberg
 4. Smith & Matson
 5. Risky & Tiyork
 6. Mittedorf, Hendricks & Landreth
 7. Moor

کند. در واقع هنگامی که کودکان مهارت‌های مناسب بازی را در خود پرورش می‌دهند، چگونگی تعامل با محیط و افراد را نیز یاد می‌گیرند (اسنو^۱ و همکاران، ۲۰۰۷). هم‌چنین یافته‌های پژوهش نشان داد که برنامه مداخله‌ای بازی‌های شناختی رفتاری موجب بهبود مهارت‌های هیجانی در کودکان مبتلا به اتیسم با عملکرد بالا شده است. این نتیجه با یافته‌های رین و کارا جین^۲ (۲۰۱۰)، بارون-کوهن و همکاران (۲۰۰۷)، بادر^۳ (۲۰۰۶)، گریندل و رمینگتون^۴ (۲۰۰۵)، عبدالله و کوربت^۵ (۲۰۰۵)، سولومون^۶ (۲۰۰۴)، بل^۷ و همکاران (۲۰۰۲)، شاو^۸ (۲۰۰۱)، استافورد^۹ (۲۰۰۰)، هادوین^{۱۰} و همکاران (۱۹۹۷)، هادوین و همکاران (۱۹۹۶) همسو است. یافته‌های پژوهش‌های نامبرده همگی ذکر می‌نمایند که با آموزش بازشناسی هیجان‌های ساده به کودکان مبتلا به اتیسم اثربخش بوده و بهبود معناداری در تماس چشمی، بازشناسی هیجان‌های ساده، درک ابرازهای چهره‌ای و گاه تعمیم این مهارت‌ها مشاهده می‌گردد.

در رابطه با تبیین این یافته می‌توان گفت که افراد مبتلا به اختلال اتیسم در مقایسه با افراد عادی در نظریه ذهن نارسایی دارند یعنی تمایل دارند که به گونه‌ای متفاوت به بازشناسی و استفاده از هیجان‌ها پردازند؛ اغلب افراد مبتلا به اتیسم ۱- در یادگیری بازشناسی هیجان‌ها در خود و دیگران تأخیر دارند؛ ۲- درگیر بازشناسی هیجان‌های پیچیده و حالت‌های ذهنی حتی در بزرگسالی می‌باشند؛ ۳- مشکلاتی در ابراز و تنظیم هیجان‌تشان دارند؛ ۴- تفاوت‌هایی در تماس چشمی و پردازش چهره از خود نشان می‌دهند (بارون کوهن، ۲۰۰۳؛ کلین، جونز، اسکاتز^{۱۱} و کوهن، ۲۰۰۳؛ کلین و همکاران، ۲۰۰۲؛ پلفری^{۱۲} و همکاران، ۲۰۰۲؛ انجمن روانشناسی آمریکا، ۲۰۰۰). نظریه ذهن برای فرد این امکان را فراهم می‌کند تا افکار، آرزوها

1. Snow
2. Rein & Kara Jean
3. Bader
4. Grindel & Remington
5. Abdullah & Korbett
6. Solomon
7. Bell
8. Shaw
9. Stafford
10. Hadwin
11. Clean, Jones, Skates
12. Pelphrey

و نیات را به دیگران نسبت دهد، بتواند اعمال آنان را پیش‌بینی یا توصیف و مقصود آنان را درک کند (هایس، بارنز هولمز و روچ^۱، ۲۰۰۸). در واقع کودکان با اختلال اتیسم نمی‌توانند حالت‌های ذهنی دیگران و اهداف و نیت آنان را در تعاملات اجتماعی تشخیص دهند؛ بنابراین مشکلاتی در تعاملات اجتماعی و رشد روابط بین فردی با دیگران ایجاد می‌گردد (تاگر^۲، ۲۰۰۷). یکی از روش‌های غلبه بر مشکل یادشده بازی‌درمانی است (هایس و همکاران، ۲۰۰۸). بازی این فرصت را برای کودک فراهم می‌کند تا بتواند تصویری از دنیای درونی خود ارائه دهد و بیان هیجانات را برایش تسهیل می‌کند (کارلسون و آرتو^۳، ۱۹۹۹) یکی از ویژگی‌های بازی‌درمانی در نظر گرفتن نارسایی کودکان با اختلال اتیسم در نظریه ذهن و عدم درک هیجانات و احساسات دیگران است (پریسلر^۴، ۲۰۰۶). بر اساس دیدگاه ولج^۵ (۲۰۰۶) بازی‌درمانی به کودک با اختلال اتیسم آموزش می‌دهد که حالات ذهنی افراد با یکدیگر متفاوت است و هر رفتاری باعث احساسات متفاوت در افراد مختلف می‌شود و در نتیجه باعث بالا رفتن انگیزه کودک با اختلال اتیسم در انجام دادن رفتارهای مناسب با موقعیت و بهبود مهارت‌های هیجانی می‌گردد.

با توجه به نرخ بالای شیوع اتیسم و مشکلاتی که برای فرد مبتلا و خانواده‌اش ایجاد می‌شود و لزوم درمان به موقع برای این افراد، انجام اقداماتی به منظور بهبود وضعیت آن‌ها ضروری به نظر می‌رسد. یافته‌های حاصل از این پژوهش می‌تواند در مدارس و مراکز آموزش و درمان کودکان مبتلا به اتیسم استفاده گردد. با توجه به یافته‌های پژوهش حاضر پیشنهاد می‌شود کارگاه‌های آموزشی بازی‌درمانی شناختی رفتاری برای والدین و خانواده‌های کودکان با اختلال اتیسم برگزار شود. در پژوهش‌های آتی اثربخشی این درمان با درمان‌های دیگر مورد مقایسه قرار گیرد تا بهترین روش درمان انتخاب شود. هم‌چنین با توجه به اینکه در پژوهش محدودیت برای سن، جنسیت (پسر) و دارا بودن سطح شناختی بالا (اتیسم عملکرد بالا) قائل بودیم لذا لازم است تعمیم یافته‌های آن با احتیاط صورت گیرد.

1. Hayes, Barnes Holmes & Roche
2. Tagger
3. Carlson & Artho
4. Prissler
5. Welch

منابع

- اصغری نکاح، سید محسن؛ افروز، غلامعلی؛ بازرگان، عباس؛ شکوهی یکتا، محسن. (۱۳۹۰).
تاثیر مداخله بازی‌درمانی عروسکی بر مهارت‌های ارتباطی کودکان در خودمانده. مجله
اصول بهداشت روانی، ۱۳(۴۹): ۴۲-۵۷.
- انجمن روان‌پزشکی آمریکا. (۲۰۱۳). راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی
(ویراست پنجم). ترجمه یحیی سید محمدی (۱۳۹۳). تهران: نشر روان.
- اوزنوف، سالی. (۲۰۰۲). راهنمای والدین اسپرگر و اتیسم با عملکرد بالا. ترجمه پرویز
شریفی درآمدی (۱۳۸۵). اصفهان: انتشارات سپاهان.
- بهرامی، آرش؛ محقق، حسین؛ یعقوبی، ابوالقاسم. (۱۳۹۶). تأثیر آموزش مهارت مدیریت
هیجان منفی بر افکار اضطرابی والدین کودکان اتیسم. فصلنامه علمی-پژوهشی
مطالعات روان‌شناسی بالینی، ۷(۲۶): ۱۴۷-۱۳۳.
- حواله کیان، فرناز؛ غلامعلی لواسانی، مسعود؛ خلیلی، شیوا. (۱۳۹۲). اثربخشی بازی‌درمانی
گروهی با رویکرد شناختی رفتاری در اصلاح ناسازگاری اجتماعی نوجوانان دختر
کم‌توان ذهنی. فصلنامه ایرانی کودکان استثنائی، ۱۳(۲): ۲۰-۵.
- دروز، آتنا. (۲۰۰۹). ترکیب بازی‌درمانی با رفتاردرمانی شناختی (چاپ دوم). ترجمه غزال
رمضانی (۱۳۹۳). تهران: نشر وانیان.
- رضایی، سعید. (۱۳۹۳). اختلال اتیسم، تبیین، ارزیابی، تشخیص و درمان (چاپ اول). تهران:
آوای نور.
- زارع، مهدی؛ احمدی، سونیا. (۱۳۸۶). اثربخشی بازی‌درمانی به شیوه رفتاری شناختی در
کاهش مشکلات رفتاری کودکان. روان‌شناسی کاربردی، ۱(۳): ۲۸-۱۸.
- طیبی، ابوالفضل. (۱۳۹۳). اثربخشی بازی‌درمانی شناختی رفتاری بر مهارت‌های ارتباطی
کودکان اتیستیک با عملکرد بالا. پایان‌نامه کارشناسی ارشد، دانشگاه علامه طباطبائی
تهران.
- قاسم پور، صالحه. (۱۳۹۱). اثربخشی آموزش بازشناسی هیجان‌ها بر مهارت‌های اجتماعی
کودکان اتیستیک با عملکرد بالا. پایان‌نامه کارشناسی ارشد، دانشگاه علامه طباطبائی
تهران.

کوتاگنو، آلبرت جی. (۲۰۰۹). *مداخلات گروهی در درمان و آموزش کودکان اتیسم (با تأکید بر مهارت‌ها و شایستگی اجتماعی)* (چاپ اول). ترجمه سالار فرامرزی، اقبال شفیعی و فهیمه رنجبر (۱۳۹۳). اصفهان: جهاد دانشگاهی.

هاردمن، مایکل. ام؛ درو، کلیفورد. جی؛ اگن، ام. وینستون. (۲۰۰۱). *روان‌شناسی و آموزش کودکان استثنائی "جامعه مدرسه و خانواده"* (چاپ پنجم). ترجمه حمید علیزاده، کامران گنجی، مجید یوسفی لویه و فریبا یادگاری (۱۳۹۶). تهران: نشر دانژه.

هاشمی رزینی، هادی؛ کرم پور، مینو. (۱۳۹۴). اثربخشی آموزش کارکردهای اجرایی بر مهارت‌های اجتماعی و ارتباطی کودکان طیف اتیسم. *فصلنامه علمی-پژوهشی مطالعات روان‌شناسی بالینی*، ۵ (۲۰): ۱۸۵-۱۶۱.

- Abdullah, M. M., & Corbett, B. A. (2005). Improving emotion recognition using video modeling in a child with autism. Poster session Presented at the 2004 International Meeting for Autism Research, Sacramento, CA.
- Aghdasi, M. T. (2014). Evaluating Social Skills of Female Athlete Students in Several Sports. *Journal of Tourism, Hospitality and Sports*, 2, 17-20.
- American Psychiatric Association. (2000). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (4th ed., rev.)*. Washington, DC: Author.
- Bader, R. (2006). Using social stories to increase emotion recognition and labeling in school-age children with autism (Doctoral dissertation, Alliant International University, 2006). *Dissertation Abstracts International*, 67(3), B, (UMI NO. 3209207).
- Balconi, M., & Carrera, A. (2007). Emotional representation in facial expression: A comparison between normal and autistic children. *Research in Developmental Disabilities*, 28, 409-422.
- Baron-Cohen, S. (2003). *The essential difference: The truth about the male and female brain*. New York: Basic Books, 4(3), 116-117.
- Baron-Cohen, S., Golan, O., Chapman, E., & Grandar, Y. (2007). Transported to a world of emotion. *The Psychologist*, 20, 76-77.
- Bell, K. S., & Kirby, J. R. (2002). Teaching emotion and belief as mindreading instruction for children with autism [Electronic Version]. *Developmental Disabilities Bulletin*, 30, 16-58.
- Davis, C. E. (2007). A play technique program for autistic children in middle childhood. Unpublished Doctoral Thesis, University of Pretoria.
- Frith, U. (2008). *Autism: Explaining the enigma (2nd ed)*. New York: Blackwell Pub.
- Grald, G. (1999). *Short termplay therapy*. Newyork. Allynbukon.
- Hadwin, J., Baron-Cohen, S., Howlin, P., & Hill, K. (1996). Can we teach children with autism to understand emotions, belief, or pretence? *Development and psychology*, 8, 345-365.

- Hadwin, J., Baron-Cohen, S., Howlin, P., & Hill, K. (1997). Does teaching theory of mind have an effect on the ability to develop conversation in children with autism? *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 27, 519-537.
- Hayes, S. C., Barnes-Holmes, D., & Roche, B. (2008). Relations frame theory. *Journal A post-Developmental Disorders*, 31, 598-599.
- Jeffrey, J. Wood., & et al. (2009). Cognitive behavioral therapy for anxiety in children with autism spectrum disorders: a randomized, controlled trial. *The Journal of child psychology and psychiatry*, 3(50), 224-2
- Jon Baio. (2018). Prevalence of Autism Spectrum Disorder Among Children Aged 8 Years-Autism and Developmental Disabilities Monitoring Network, 11 S.
- Josef, O., & Ryan, Y. (2004). Non-directive play therapy for young children with Autistic: a case study. *Journal of Applied Behavior Analysis.*, 1(37), 93-96.
- K Nell & S.M. (1999). Cognitive-behavioral play therapy.in s. w. russ & T. ites, United States, 2014, 67(6), 34.
- Koegel, L. K., Singh, A. K., & Koegel, R. L. (2010). Improving motivation for academics in children with Autistic. *Journal of Autistic Developmental Disorder*, 40(4), 57-66.
- Lawver, R. (2008). The use of puppets in play therapy. Child and Adolescent Social Work. *Journal Children and Adults*, 12(6), 435-447.
- Lu, L., Petersen, F., Lacroix, L., & Rousseau, C. (2010). Stimulating creative play in children with autism through and play. *The Arts in Psychotherapy*, 37, 56-64.
- Matson, J. L., Rieske, R., Turygin, N. C. (2011). Applied behavior analysis in Autism Spectrum Disorders: Recent Developments, strengths, and pitfalls. *Research in Autism Spectrum Disorders*, 6 (1), 144-150.
- Minjarez, M. B., Williams, S. E., Mercier, E. M., & Hardan, A. Y. (2010). Pivotal response group treatment program for parents of children with Autistic. *Journal of Autistic and Developmental Disorders*, 41 (1), 92-101.
- Mittledorf, W., Hendricks, S., & Landreth, G. (2001). Play therapy with autistic children. *Innovations in play therapy: Issues, Process, and special populations*. New York: Brunner-Routledge.
- Moor, J. (2008). *Playing, Laughing and Learning with Children on the Autism Spectrum: A Pratical Resource of Play Ideas for Parents and Careers* (Second ed.). London: Jessica Kingsley Publishers.
- Pelphrey, K. A., Sasson, N. J., Reznick, S., Paul, G., Goldman, B. D., & Piven, J (2002). Visual scanning of faces in autism. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 32, 249-261.
- Preissler, M. A. (2006). Play and autism: Facilitating symbolic understanding. In D. G. singer, R. M. Golinkoff, & K. Hirsh-Pasek (Eds). *And Play=Learning: How play motivates and enhances children cognitive and social-emotional growth* (pp.231-250). New York: Oxford University Press.

- Rapin, I. & Tuchman, R. F. (2008). Autism definition, neurobiology, screening and diagnosis. *Pediatric Clinical North American*, 55 (5), 46-112.
- Shaw, S. (2001). Behavioral treatment for children with autism: A comparison between discrete trial training and pivotal response training in teaching emotional perspective-taking skills (Doctoral dissertation, California School of Professional Psychology-San Diego, 2001). *Dissertation Abstracts International*, 61 (11), 6121B, (UMI NO. 9996460).
- Snow, M. S., Gore, B., & Seale, H. A. (2007). A comparison of behaviors and play themes over a six-week period: Two case studies in play therapy. *International Journal of play therapy*, 16, 147-159.
- Smith, R. M., Matson, J. L. (2010). Social skills: Differences among adults with intellectual disabilities, co-morbid autism spectrum disorders and epilepsy. *Research in Developmental Disabilities*, 31(6), 1366-1372.
- Solomon, M. (2004). A social adjustment enhancement intervention for high functioning autism, Asperger syndrome, and pervasive developmental disorder NOS. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 33, 649-668.
- Stafford, N. (2000). Can emotions be taught to a low functioning autistic child [Electronic version]? *Early Child Development and Care*, 164, 105-126.
- Welch, J. (2006). The playful healer. *Clinical child psychology and psychiatry*, 9, 533-551.
- Wolkmar, F., Paul, R., Klin, A., & Cohen, D. (2004). *Handbook of autism and pervasive developmental disorders* (3th ed).
- Yergin-Allsopp, M., Rice, C., & Karapurkat. (2000). prevalence of autism in a united states metropolitan area. *J Am Med. Tager, H. (2007). Evaluating the theory of mind hypothesis of autism. Association for psychological science*, 16 (6), 311-315.