

بازی درمانی: تنظیم هیجان در کودکان کم شنوا با تأکید بر چرخ هیجان

فاطمه خونساری^۱، محمد عاشوری^{۲*}

^۱ دانشجوی کارشناسی ارشد روان شناسی و آموزش افراد با نیازهای خاص، دانشکده علوم تربیتی و روان شناسی، دانشگاه اصفهان، اصفهان، ایران
^۲ استادیار گروه روان شناسی و آموزش افراد با نیازهای خاص، دانشکده علوم تربیتی و روان شناسی، دانشگاه اصفهان، اصفهان، ایران (نویسنده مسئول)

M.ashori@edu.ui.ac.ir

چکیده

بازی درمانی باعث بهبود تحول اجتماعی، عاطفی و شناختی کودکان می شود. با این حال، موانع ارتباطی بین والدین شنوا و فرزندان کم شنوای آنها می تواند مانع رشد این کودکان شود و آنها را از مزایای مراقبت و حمایت والدین محروم کند. بر این اساس، ارتباط موثر بین والدین و فرزندان کم شنوای آنها برای رشد و تحول جسمی، هوشی، هیجانی و بهزیستی این کودکان از اهمیت خاصی برخوردار است. در این راستا، به نظر می رسد که بازی درمانی مزایای قابل توجهی برای کودکان کم شنوا داشته باشد. بازی درمانی به طیف وسیعی از روش های استفاده از انگیزه طبیعی کودکان برای کاوش و مهار آن به منظور پاسخگویی و تأمین نیازهای تحولی و بهداشت روانی آنها اشاره دارد. همچنین برای اهداف آموزشی و روانشناختی از جمله تنظیم هیجان استفاده می شود. در این مقاله، درباره بازی درمانی بحث می شود. ابتدا مبانی نظری بازی درمانی و کاربرد آن مورد بحث قرار می گیرد، هیجان ها و چرخ آنها مطرح می شود. سپس مشکلات هیجانی در کودکان کم شنوا، تنظیم شناختی هیجان و تنظیم رفتاری هیجان مورد بحث و بررسی قرار می گیرد و سرانجام نقش بازی درمانی در تنظیم هیجان کودکان کم شنوا بررسی می شود.

واژه های کلیدی: بازی درمانی، تنظیم هیجان، چرخ هیجان، کودکان ناشنوا

۱. مقدمه

تولد هر کودک در خانواده تاثیر قابل توجهی بر پویای های خانواده دارد و فرزندپروری مثبت باعث ارتقای تحول جسمی، عاطفی، ذهنی و رفاه اجتماعی کودکان می شود [۱]، در حالی که موانع ارتباطی بین والدین شنوا و فرزندان کم شنوای آنها ممکن است مانع رشد و تحول این کودکان شود و آنها را از مزایای مراقبت والدینی و خدمات حمایتی محروم سازد [۲]. حضور کودک کم شنوا^۱ در خانواده بر کمیت و کیفیت روابط والدین و تعامل اعضای خانواده تاثیر می گذارد [۳]. آسیب شنوایی رایج ترین آسیب حسی عصبی و یکی از ناتوانی هایی با میزان شیوع پایین است. احتمال ایجاد اختلال های روان شناختی در کودکان کم شنوا به دلیل مشکل در برقراری ارتباط مطلوب افزایش می یابد. گاهی آسیب شنوایی منجر به کاهش فعالیت اجتماعی، گوشه گیری، کاهش کیفیت زندگی و انزوای اجتماعی می شود و در پی این مشکلات به نظر می رسد میزان تاب آوری^۲ والدین کودکان کم شنوا کاهش پیدا کند یا مشکلات هیجانی^۳ آنها بیشتر شود [۴].

کمیت و کیفیت روابط والدین می تواند بر عملکرد خانواده و سلامت روان اعضای خانواده تأثیر بگذارد. به همین دلیل، آگاه سازی والدین نسبت به برقراری ارتباط با فرزندان و بازی^۴ با آنها اهمیت ویژه ای دارد [۵]. چرا که بازی زبان کودک است و اسباب بازی ها کلمات آن هستند. بازی نوعی رفتار طبیعی، مداوم و لذت بخش است که قدرت درمانی دارد و به رشد مهارت های جسمی، شناختی، هیجانی، اجتماعی و ارتباطی کمک می کند [۶]. بازی با فرزندان باعث می شود تا آنها به کاوش و جستجو بپردازند و از این طریق، ظرفیت ها و توانمندی های خود را افزایش دهند [۷].

در واقع، بازی برای هر کودک به عنوان یک فعالیت طبیعی در نظر گرفته می شود که از آن برای برقراری ارتباط و حل مسأله استفاده می کند [۸]. زیگموند فروید^۵ بازی کودک را به عنوان شبه کودک و جدا از گروه در نظر می گرفت و اعتقاد داشت که از این طریق می توان پنجره ای در درون ذهن کودک باز کرد [۹]. در این مقاله، درباره بازی درمانی بحث می شود. ابتدا مبانی نظری بازی درمانی و کاربرد آن مورد بحث قرار می گیرد، هیجان ها و چرخ آنها مطرح می شود. سپس مشکلات هیجانی در کودکان کم شنوا، تنظیم شناختی هیجان و تنظیم رفتاری هیجان مورد بحث و بررسی قرار می گیرد و سرانجام نقش بازی درمانی در تنظیم هیجان کودکان کم شنوا بررسی می شود.

۲. روش پژوهش

روش پژوهش حاضر توصیفی و از نوع مروری است. بر همین اساس، پیشینه های نظری و پژوهشی درباره مبانی نظری بازی درمانی و کاربرد آن، هیجان ها و چرخ آنها، مشکلات هیجانی در کودکان کم شنوا، تنظیم شناختی هیجان، تنظیم رفتاری هیجان، نقش بازی درمانی در تنظیم هیجان کودکان کم شنوا بررسی شد. به این منظور با مرور بیش از ۳۰ مقاله و با استفاده از بانک های اطلاعاتی معتبری از جمله پایگاه داده های جهان اسلام، گوگل اسکولار، گیگا پدیا، اسکوپ، ایبوکی و ساید با کلید واژه های بازی درمانی، کم شنوا، ناشنوا، تنظیم هیجان، چرخ هیجان، تنظیم شناختی هیجان و تنظیم رفتاری هیجان بین سال های ۲۰۰۲ تا ۲۰۲۱ مورد بررسی قرار گرفت. به این ترتیب، اطلاعات ضروری در حوزه مبانی نظری و کاربردی پژوهش حاضر جمع آوری شد که نتایج آن به صورت مروری در ادامه گزارش شده است.

۳. تحول هیجان ها و چرخ آنها

نوباوگان در حدود دو ماهگی می توانند مادر خود را ببینند و او را ترجیح می دهند. آنها در حدود سه ماهگی می توانند چهره های افراد غریبه را تشخیص دهند و در پنج ماهگی می توانند جلوه های هیجانی مانند شادی و خشم را درک کنند [۱۰].

^۱Hearing loss child^۲Resiliency^۳Emotional problems^۴Play^۵Sigmund Freud

هیجان‌هایی مانند رغبت، درماندگی و نفرت از زمان تولد وجود دارند در حالی که نوزاد تازه متولد شده از صدای بلند و افتادن نمی‌ترسد. هیجان‌های اصلی نوباوگان در ۶ تا ۸ ماهگی از طریق بیان چهره‌ای قابل تشخیص هستند. این شش نوع هیجان عبارتند از: شادی، خشم، غم، تعجب، نفرت و ترس. شادی نوباوگان در برابر چهره بزرگسالان به صورت لبخند عمیق که لبخند اجتماعی نامیده می‌شود در ۲ تا ۳ ماهگی قابل شناسایی است. در این هنگام دهان نوباوه حالت لبخند دارد، گونه‌ها بالا می‌رود و چشم‌ها چین می‌خورند [۱۱].

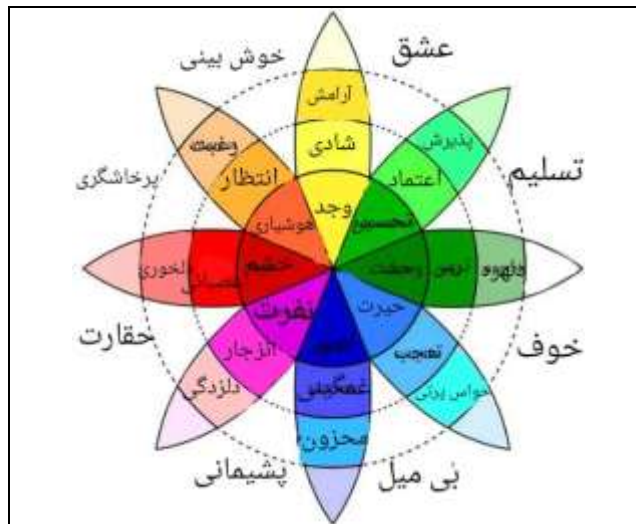
در ۳ تا ۵ ماهگی که نوباوه می‌تواند چهره افراد را از صدای آنها تشخیص بدهد خندیدن به محرک‌های فعال آغاز می‌شود. خشم، غم و تعجب در ۳ تا ۴ ماهگی ابراز می‌شود. در حالت غمگینی، گوشه داخلی ابروها بالا می‌رود و گونه‌ها به سمت پایین کشیده می‌شوند. در حالت تعجب، ابروها بالا می‌روند چشم‌ها گشاد می‌شوند و دهان حالت غنچه دارد. در ۶ تا ۸ ماهگی که نوباوگان به خودآگاهی می‌رسند و دلبستگی^۱ به مادر یا مراقب کاملاً آشکار می‌شود ترس و اضطراب غریبه^۲ (رایج‌ترین جلوه ترس و فشار روانی در حضور افراد ناآشنا) مشهود است. در حالت ترس ابروها به سمت داخل و بالا کشیده می‌شوند، پلک‌ها بالا می‌روند و دهان جمع می‌شود [۱۲]. در ۸ تا ۱۲ ماهگی ارجاع اجتماعی^۳ شکل می‌گیرد یعنی نوباوه به‌طور فعال در موقعیت نامطمئن از فردی قابل اعتماد، اطلاعات هیجانی می‌خواهد. سایر هیجان‌های خودآگاه مانند احساس شرم، خجالت، گناه و غرور در ۱۸ تا ۲۴ ماهگی قابل تشخیص هستند [۱۳]. رشد هیجان‌ها در دو سال اول زندگی با توجه به زمان بروز آنها در جدول ۱ مشخص شده است [۱۱].

جدول ۱. رشد هیجان‌ها در دو سال اول زندگی

هیجان‌ها	زمان بروز
رغبت، درماندگی و نفرت	از زمان تولد
لبخند	هفته‌های نخست
لبخند اجتماعی	۲ تا ۳ ماهگی
خشم، غم و تعجب	۳ تا ۴ ماهگی
ترس و اضطراب غریبه	۶ تا ۸ ماهگی
ارجاع اجتماعی	۸ تا ۱۲ ماهگی
شرم، خجالت، گناه، غرور و همدلی	۱۸ تا ۲۴ ماهگی

به‌طور کلی، تشخیص و درک هیجان‌ها یکی از مهم‌ترین روش‌های تعامل اجتماعی انسان است [۱۴]. هیجان انسان از سه راه تحلیل چهره (تغییر حالت چهره)، تحلیل حالت فیزیکی (حرکت دست‌ها و پاها) و تحلیل گفتار قابل شناسایی است [۱۵]. توانایی تشخیص حالت‌های چهره‌ای هیجان در روابط بین‌فردی از آغاز زندگی بسیار مهم است. حالت‌های چهره پاسخی به وضعیت هیجانی درونی، نیت‌ها و همچنین عاملی موثر در روابط اجتماعی فرد به حساب می‌آید [۱۴]. هیجان‌های اولیه مثل شادی، ترس و خشم زودتر از هیجان‌های پیچیده‌تر مثل حسادت، تحقیر و تعجب قابل تشخیص هستند و درستی تشخیص هیجان‌های چهره‌ای در بین ۳-۷ سالگی افزایش پیدا می‌کند. پژوهش‌های متعددی نشان داده‌اند که فرهنگ بر ادراک و رشد هیجان‌ها از راه حالت‌های چهره‌ای تاثیر می‌گذارد [۱۶]. در ادامه چرخ هیجان از نظر پلوچیک در شکل ۱ معرفی شده است [۱۷].

^۱ Attachment^۲ Stranger anxiety^۳ Social referencing



شکل ۱. چرخ هیجان از نظر پلوچیک

۴. مشکلات هیجانی در کودکان کم‌شنا

یکی از حوزه‌هایی که کودکان ناشنوا در آن با مشکل مواجه می‌شوند نظم‌بخشی به هیجان‌های شخصی است یا به عبارت دیگر دچار مشکلات هیجانی و حتی گاهی دچار ناگویی هیجانی می‌شوند [۳]. ناگویی هیجانی نوعی نارسایی خلقی است که باعث ناتوانی در پردازش شناختی اطلاعات هیجانی و تنظیم هیجان‌ها می‌شود. کودکان با ناگویی هیجانی در شناسایی صحیح هیجان‌ها از حالت‌های چهره دیگران مشکل دارند و توانایی آنها برای همدردی با سایر کودکان کاهش می‌یابد. از طرفی، مهارت‌های تنظیم هیجان شامل آگاهی هیجانی، شناسایی هیجان‌ها، تفسیر احساسات، درک برانگیختگی هیجانی، تعدیل هیجان و پذیرش هیجان منفی می‌شود [۱۸]. در واقع، مشکلات هیجانی دارای دو جنبه شناختی و عاطفی است که در حالت تنیدگی، تشدید می‌شود و مشکلات کودک کم‌شنا با واکنش‌های رفتاری، نحوه برقراری ارتباط و تنیدگی مادر رابطه دارد و از این طریق رفتار مشکل‌ساز کودک موجب کاهش تاب‌آوری و افزایش مشکلات هیجانی مادر می‌شود [۳]. مهارت‌های تنظیم هیجان شامل آگاهی هیجانی، شناسایی هیجان‌ها، تفسیر احساسات، درک برانگیختگی هیجانی، تعدیل هیجان و پذیرش هیجان منفی می‌شود [۱۷، ۱۸].

کودکان کم‌شنا نسبت به همسالان شنوای خود در شناسایی هیجان‌های چهره‌ای دچار اشتباهات بیشتری می‌شوند و تعداد اشتباهاتی که دارند، مربوط به آغاز افت شنوایی است. گاهی این کودکان روابط دوستانه‌ای با همسالان شنوای خود ندارند و به‌طور کلی روابط آنها محدود است [۱۵]. محدودیت در توانایی‌های زبانی فرد را مستعد ابتلا به افسردگی، اضطراب و خشم می‌کند اما به این معنا نیست که کودکان کم‌شنا در تمام ابعاد رشدی از همسالان شنوای خود عقب‌تر هستند. برای مثال، عملکرد آنها در برخی ابعاد رشد هیجانی مانند تفسیر و تشخیص هیجان‌های چهره‌ای، مشابه همسالان‌شان است ولی در درک و پردازش حالت‌های هیجانی غم، خشم و ترس تا حدودی از همسالان شنوای خود عقب‌تر هستند. به دلیل این که تشخیص این نوع هیجان‌ها نیاز به استفاده از بازنمایی ذهنی بیشتری دارد. علاوه بر این، زبان نقش اساسی در رشد هیجانی کودکان دارد و باعث می‌شود کودکان کم‌شنا اندکی از همسالان شنوای خود عقب‌تر باشند [۱۶].

۵. تنظیم شناختی هیجان

تنظیم هیجان نقش مهمی در بهزیستی روان‌شناختی دارد و هیجان‌ها در طول دوران کودکی، در درجه اول در سطح خارجی و رفتاری تنظیم می‌شوند. به عنوان مثال، هیجان‌ها از طریق حمایت والدین و گریه تنظیم می‌گردند. در دوران نوجوانی، قوانین هیجانی بیشتر درونی و شناختی می‌شوند. زیرا در نوجوانی شایستگی‌های شناختی پیشرفته‌تر مانند تفکر و

استدلال انتزاعی توسعه می‌یابد [۱۹]. این شایستگی‌ها برای تنظیم هیجان‌های منفی به‌منظور انطباق و حفظ کنترل اهمیت دارند. برای مثال، وقتی که نوجوان یک رویداد پر استرس را در زندگی تجربه می‌کند شایستگی‌های او به کمک تنظیم هیجان‌های منفی می‌آید [۲۰].

کودکان کم‌شنوا در مهارت‌های تنظیم شناختی هیجان با چالش‌هایی مواجه هستند [۴]. تنظیم شناختی هیجان یعنی توانایی فرد در روبرو شدن با هیجان منفی، به جای اجتناب از آن در حالت پریشانی و درک توأم با شفقت جهت نیل به اهداف مهم [۲۱]. به بیان دیگر، تنظیم شناختی هیجان به تمام سبک‌های شناختی گفته می‌شود که افراد از آن برای افزایش، کاهش یا حفظ تجربه‌های هیجانی استفاده می‌کنند و نشان دهنده روش‌های کنار آمدن با شرایط استرس‌زا و حوادث ناگوار است [۲۲]. به‌طور کلی راهبردهای تنظیم شناختی هیجان به دو طبقه راهبردهای مثبت و منفی تنظیم شناختی هیجان تقسیم می‌شود [۲۳]. پذیرش، توجه مجدد به برنامه‌ریزی، توجه مجدد مثبت، ارزیابی مجدد مثبت و اتخاذ دیدگاه از جمله راهبردهای مثبت هستند. به راهبردهای مثبت تنظیم شناختی هیجان، راهبردهای سازگارانه در مقابله با رویدادهای تنش‌زا می‌گویند و این راهبردها منجر به بهبود عزت نفس و کفایت اجتماعی می‌شوند. در مقابل، راهبردهای منفی شامل سرزنش خود، سرزنش دیگران، نشخوار ذهنی و فاجعه‌آمیز پنداری می‌شود که راهبردهای ناسازگار در مقابله با رویدادهای تنش‌زا هستند و منجر به استرس، افسردگی و سایر آسیب‌های روانی می‌شوند [۲۴].

۶. تنظیم رفتاری هیجان

تنظیم رفتاری هیجان به سبک‌های رفتاری اشاره دارد که افراد از آنها در پاسخ به رویدادهای استرس‌آور یا تهدیدآمیز زندگی (مقابله با شرایط) استفاده می‌نمایند یا راهبردهای رفتاری که افراد از آنها در پاسخ به یک موقعیت یا یک رویداد استرس‌آور خاص (مقابله موقعیتی) استفاده می‌کنند [۲۵]. شناخت و رفتار در مواجهه با رویدادهای استرس‌آور، نقش مهمی در تنظیم هیجان دارند. در حقیقت، تنظیم شناختی و تنظیم رفتاری هیجان مکمل همدیگر هستند. پس نباید مقابله شناختی و رفتاری در یک بعد واحد باشند، زیرا تفکر و عمل فرایندهای متفاوتی هستند که در دوره‌های زمانی مختلف مورد استفاده قرار می‌گیرند [۲۶].

امروزه به عملکرد رفتاری افراد در رویارویی با رویدادهای استرس‌آور زندگی توجه خاصی می‌شود و عملکرد آنها در این حوزه بر عملکردها آنها در سایر حوزه‌ها تأثیر می‌گذارد [۲۷]. راهبردهای تنظیم رفتاری هیجان در پاسخ به رویدادهای تهدید کننده زندگی شامل راهبردهایی مانند اقدام به کارهای دیگر، کناره‌گیری، رویارویی فعال^۲، جستجوی حمایت اجتماعی^۳ و نادیده گرفتن^۵ می‌شود [۲۶]. روش‌های مثبت کنترل و مدیریت رویدادهای استرس‌آور سه راهبرد اقدام به کارهای دیگر، رویارویی فعال و جستجوی حمایت اجتماعی را دربرمی‌گیرد در حالی که روش‌های منفی کنترل و مدیریت رویدادهای استرس‌آور شامل دو راهبرد کناره‌گیری و نادیده گرفتن می‌شود. اقدام به کارهای دیگر یعنی فرد حواس خود را با انجام کار دیگری پرت کند تا بتواند با رویدادهای استرس‌آور مقابله کند؛ کناره‌گیری یعنی فرد برای مقابله با رویدادهای استرس‌آور از موقعیت‌ها و تماس‌های اجتماعی کناره‌گیری نماید؛ رویارویی فعال به رفتار فعال برای مقابله با رویدادهای استرس‌آور می‌گویند. جستجوی حمایت اجتماعی به اشتراک‌گذاری فعالانه هیجان‌ها و تقاضای حمایت و مشورت برای مقابله با رویدادهای استرس‌آور گفته می‌شود؛ نادیده گرفتن یعنی فرد برای مقابله با رویدادهای استرس‌آور به نحوی رفتار کند مثل این که هیچ اتفاقی رخ نداده است [۲۵].

^۱ Seeking distraction

^۲ Withdrawal

^۳ Actively approaching

^۴ Seeking social support

^۵ Ignoring

۷. نقش بازی درمانی در تنظیم هیجان کودکان کم شنوا

بازی درمانی از نظر تحولی برای تعامل با کودکان مناسب است و به عنوان بخش اصلی فرایند روان درمانی در نظر گرفته می شود. در ابتدا، بازی به عنوان یک روش مجزا از تحلیل وضعیت روانی کودک به حساب می آمد ولی بعدها به عنوان بخشی از فرایند یکپارچه درمان در نظر گرفته شد [۲۸]. یکی از روش های درمانی که می تواند مشکلات هیجانی کودکان کم شنوا را کاهش دهد بازی درمانی است [۳]. بازی افکار درونی کودک را با دنیای خارجی او مرتبط می سازد. به بیان دیگر، استفاده از بازی ویژگی اجتناب ناپذیر تشخیص و درمان کودکانی است که مشکلات هیجانی و رفتاری دارند [۲۹]. از آنجا که جهان کودک دنیایی از عمل و فعالیت است، بازی درمانی به درمانگر این امکان را می دهد تا به دنیای کودک راه پیدا کند. به این ترتیب، کودکان محدود نمی شوند تا تنها به تشریح کلامی آنچه رخ داده است بپردازند بلکه تجربه های قبلی خود و احساسات مرتبط با آنها را در لحظه بازی برای یک بار دیگر تکرار می کنند. در نتیجه درمانگر امکان می یابد تا به دنیای هیجانی کودک وارد شود و آن را احساس کند [۵]. در بازی درمانی، صرف نظر از علت ارجاع کودک، درمانگر این امکان را دارد تا در لحظه ای که کودک مشغول بازی است مشکل او را حس کرده و آن را به درستی شناسایی کند [۳۰].

یکی از روش های آموزشی، درمانی و توان بخشی که برای بهبود مشکلات رفتاری و تنظیم هیجان کودکان کم شنوا موثر است مداخلات مبتنی بر بازی درمانی می باشد [۳]. بازی درمانی روشی است که به وسیله آن، ابزارهای طبیعی بیان حالت کودک یعنی بازی، به عنوان روش درمانی وی به کار گرفته می شود و به کودک کمک می کند تا فشارها و هیجان های خویش را مهار کند. در بازی درمانی بر مشارکت کودک در درمان تأکید می شود و به مواردی مانند کنترل خود و دیگران، تسلط و پذیرش مسئولیت در قبال تغییر رفتار و اکتساب مهارت های اجتماعی توجه می گردد. در بازی درمانی از روش هایی مانند خودنظارتی و فنون مدیریت وابستگی از جمله تقویت مثبت، شکل دهی، خاموش سازی و سرمشق دهی استفاده می شود که تحول اجتماعی و بهبود مهارت های اجتماعی در راستای تنظیم هیجان از جمله اهداف نهایی آن هستند [۳۱].

۸. بحث و نتیجه گیری

هدف پژوهش حاضر، معرفی بازی درمانی، هیجان و چرخه آن سپس مشکلات هیجانی در کودکان کم شنوا، تنظیم شناختی و رفتاری هیجان با ارائه شواهد پژوهشی در این خصوص بود. نتایج پژوهش ها نشان داد که بازی درمانی به عنوان یک مداخله موثر می تواند بر کاهش هیجان منفی و افزایش هیجان مثبت موثر باشد و می تواند با ارتقای سطح عزت نفس و سازگاری اجتماعی، مهارت های اجتماعی این کودکان را بهبود بخشد.

کودکان کم شنوا یکی از گروه های کودکان با نیازهای ویژه هستند که از افت شنوایی رنج می برند [۲]. این کودکان نمی توانند همانند دیگران بشنوند و این مساله بر رشد تحول گفتار آنها به میزان کم یا زیاد تاثیر می گذارد؛ از این رو این افراد قادر به یادگیری زبان از طریق محیط و بهره گیری از کلاس درس عادی نیستند. گاهی اوقات در افراد کم شنوا به دلیل ناتوانی در برقراری ارتباط مطلوب و احساس بی کفایتی احتمالاً به کاهش کیفیت زندگی، گوشه گیری و مشکلات هیجانی و رفتاری منجر می گردد. در اغلب مطالعات مشکلات هیجانی و رفتاری در کودکان کم شنوا بیش از افراد عادی گزارش شده است [۳]. این در حالی است که بازی درمانی فرایند کاربرد نظام دار یک مدل نظری برای ایجاد ارتباط بین فردی است و بازی درمانگر آموزش دیده آن را به کار می برد تا از قدرت درمانی بازی برای کمک به مراجع بهره گیرد، مشکلات او را کاهش دهد یا برطرف کند یا از بروز سایر مشکلات روانی اجتماعی پیشگیری نماید تا مراجع به رشد و تحول مطلوبی دست یابد [۳۰].

بازی درمانی نوعی ارتباط بین فردی پویا بین کودک و درمانگر آموزش دیده است [۵]. در فرایند بازی درمانی فرصتی برای ارتباط ایمن بین کودک و درمانگر ایجاد می شود تا کودک از همه ظرفیت های خود استفاده کند [۳۲]. بازی درمانی به دو نوع کلی بازی درمانی مستقیم یا بارهنمود و بازی درمانی غیرمستقیم یا بی رهنمود طبقه بندی می شود. درمانگر در بازی درمانی مستقیم، بازی را به سوی هدف یا موضوع خاصی هدایت می کند در حالی که کودک در بازی درمانی غیرمستقیم، بازی را به

سوی هدف یا موضوع خاصی هدایت می‌کند، درمانگر رفتارهای کودک را مشاهده می‌نماید، کودک را بدون هیچ شرطی می‌پذیرد و به انعکاس احساسات او می‌پردازد [۲۸].

در نهایت، با توجه به این که در بسیاری از پژوهش‌ها مشکلات هیجانی و رفتاری کودکان کم‌شنوا نسبت به همسالان عادی خود بیشتر گزارش شده است، استفاده از روش بازی‌درمانی در آگاهی و تنظیم هیجان‌ها در این کودکان پیشنهاد می‌گردد. در همین راستا، پژوهش‌های گسترده‌ای در مورد اثربخشی بازی‌درمانی بر تنظیم هیجان کودکان در داخل و خارج از ایران انجام شده است ولی پژوهش‌های داخلی در حوزه کودکان کم‌شنوا نسبتاً جدید و اندک هستند. لذا پیشنهاد می‌گردد میزان اثربخشی رویکردهای مختلف بازی‌درمانی در گروه‌های مختلف کودکان با نیازهای ویژه از جمله کودکان کم‌شنوا در سنین مختلف به صورت رایگان در مراکز پیش‌دبستانی و مدارس استفاده شود.

منابع و مراجع

1. Ashori, M., Norouzi, Gh., & Jalil-Abkenar, S. S. (2019). The effect of positive parenting program on mental health in mothers of children with intellectual disability. *Journal of Intellectual Disabilities*, ۲۳(۳), ۳۸۵-۳۹۶.
۲. Opoku, M. P., Nketsia, W., Benefo, E. B., & Mprah, W. K. (2020). *Understanding the parental experiences of raising deaf children in Ghana. Journal of Family Studies*, 1-20.
3. Hallahan, D. P., Kauffman, J. M., & Pullen, P. C. (2018). *Exceptional learners: an introduction to special education* (14th Ed). Published by Pearson Education, Inc.
4. Zaidman-Zait, A., Most, T., Tarrasch, R., Haddad-eid, E. and Brand, D. (2016). The Impact of childhood hearing loss on the family: Mothers' and fathers' stress and coping resources. *Journal Deaf Stud Deaf Educ*, 21(1), 23-33.
۵. عاشوری، محمد (۱۳۹۸). *بازی‌درمانی (نظریه‌ها و تکنیک‌های اصلی)*. چاپ اول، اصفهان: انتشارات جهاد دانشگاهی.
۶. Hall, J. G. (2019). Child-centered play therapy as a means of healing children exposed to domestic violence. *International Journal of Play Therapy*, 28(2), 98-106.
7. Chen, J., Wang, G., Zhang, K., Wang, G., & Liu, L. (2019). A pilot study on evaluating children with autism spectrum disorder using computer games. *Computers in Human Behavior*, 90, 204-214.
8. Eberle, S. G. (2014). The elements of play: Toward a philosophy and a definition of play. *American Journal of Play*, 6, 214-233.
9. D'Angelo, E. J., & Koocher, G. P. (2011). Psychotherapy patients: Children. In J. C. Norcross, G. R. VandenBos, & D. K. Freedheim (Eds.), *History of psychotherapy: Continuity and change* (2nd ed., pp. 430-448). Washington, DC: American Psychological Association.
۱۰. عاشوری، محمد و جلیل‌آبکنار، سیده سمیه (۱۳۹۷). *روانشناسی رشد*. چاپ دوم. تهران: انتشارات رشد فرهنگ.
۱۱. Adolph, K. E., Kretch, K. S., & LoBue, V. (2014). Fear of heights in infants? *Current Directions in Psychological Science*, 23, 60-66.
۱۲. Garber, B. D. (2010). *Developmental psychology for family law professionals: theory, application, and the best interests of the child*. (1st ed). Springer Publishing Company, New York.
13. Fitzgerald, H. E., Karraker, K. H. & Luster, T. (2005). *Infant development: Ecological perspectives*. Published by Routledge Falmer, New York.
14. Dehghan, F., Kaboudi, M., Alizadeh, Z., & Heidariharaf, P. (2020). The relationship between emotional intelligence and mental health with social anxiety in blind and deaf children. *Cogent Psychology*, 7(1), 1716465.
۱۵. ضیایی، ملیحه؛ طباطبایی، سیدموسی؛ و رجب‌پور، مجتبی (۱۳۹۹). مقایسه توانایی بازشناسی هیجانات افراد ناشنوا، کم‌شنوا و افراد عادی. *فصلنامه کودکان/استثنایی*، ۲۰(۳)، ۱۳۳-۱۴۶.

۱۶. براری پور، الناز و موللی، گیتا (۱۳۹۷). مروری بر پژوهش ها در زمینه اختلالات هیجانی رفتاری کودکان کم شنوا. *فصلنامه علمی - پژوهشی طب توانبخشی*، ۷(۳)، ۲۸۴-۲۷۴.
۱۷. Plutchik, R. (2002). *Emotions and life: Perspectives from psychology, biology, and evolution*. Washington, DC: American Psychological Association.
18. Purnamaningsih, E. H. (2017). Personality and emotion regulation strategies. *International Journal of Psychological Research*, 10(1), 53-60.
19. Quintana-Orts, C., Mérida-López, S., Rey, L., Neto, F., & Extremera, N. (2020). Untangling the emotional intelligence-suicidal ideation connection: The role of cognitive emotion regulation strategies in adolescents. *Journal of clinical medicine*, 9(10), E3116.
۲۰. نبی زاده اصل، دورنا؛ آهی، قاسم؛ شهابی زاده، فاطمه و منصوری، احمد (۱۳۹۹). نقش میانجی تنظیم شناختی هیجان، سوگیری های شناختی و طرحواره های منفی در رابطه بین تجارب آسیب زای کودکی و تجارب شبه سایکوتیک. *تحقیقات علوم رفتاری*، ۱۸(۳)، ۳۲۰-۳۳۵.
21. Gregoire, S., Lachance, L., & Taylor, G. (2015). Mindfulness, mental health and emotion regulation among workers. *International Journal of Wellbeing*, 5(4), 96-119.
۲۲. عاشوری، محمد؛ نوروزی، قاسم و خونساری، فاطمه (۱۳۹۹). اثربخشی آموزش مدل سازی ویدیویی بر تنظیم شناختی هیجان مادران و مشکلات رفتاری کودکان ناشنو. *فصلنامه علمی - پژوهشی طب توانبخشی*، ۹(۲)، ۲۴۸-۲۳۹.
۲۳. Van den Heuvel, M. W. H., Stikkelbroek, Y. A. J., Bodden, D. H. M., & van Baar, A. L. (2020). Coping with stressful life events: Cognitive emotion regulation profiles and depressive symptoms in adolescents. *Development and Psychopathology*, 32(3), 985-995.
24. Megreya, A. M., Al-Attayah, A. A., Moustafa, A. A., & Hassanein, E. E. A. (2020). Cognitive emotion regulation strategies, anxiety, and depression in mothers of children with or without neurodevelopmental disorders. *Research in Autism Spectrum Disorders*, 76, 101600.
۲۵. عاشوری، محمد؛ قاسم زاده، سوگند و صفرپور، فرزانه (۱۳۹۹). بررسی ویژگی های روان سنجی نسخه فارسی پرسشنامه تنظیم رفتاری هیجان. *روانشناسی افراد استثنایی*، ۱۰(۳۸)، ۱۴۲-۱۱۷.
۲۶. Kraaij, V., & Garnefski, N. (2019). The Behavioral Emotion Regulation Questionnaire: Development, psychometric properties and relationships with emotional problems and the cognitive emotion regulation questionnaire. *Personality and Individual Differences*, 137, 56-61.
۲۷. مصلح، سید قاسم؛ بدری گرگری، رحیم و نعمتی، شهروز (۱۳۹۹). ویژگی های روان سنجی پرسشنامه تنظیم رفتاری هیجان در نمونه دانش آموزان نوجوان شهر ارومیه. *روانشناسی بالینی و شخصیت*، ۱۸(۱)، ۱۷۵-۱۶۳.
28. Landreth GL. Play therapy: The art of the relationship (3rd ed). New York, NY: Taylor & Francis; 2012.
۲۹. Godino-Iáñez, M. J., Martos-Cabrera, M. B., Suleiman-Martos, N., Gómez-Urquiza, J. L., Vargas-Román, K., Membrive-Jiménez, M. J., & Albendín-García, L. (2020). Play therapy as an intervention in hospitalized children: A systematic review. *Healthcare*, 8(3), 239.
30. O'Connor KJ, Schaefer CE, Braverman LD. *Handbook of play therapy*. Second edition. Published by John Wiley & Sons, Inc., Hoboken, New Jersey; 2016.
۳۱. حسین خانزاده، عباسعلی (۱۳۹۶). تأثیر بازی درمانی کودک محور بر احساس خودکارآمدپنداری در تعاملات بین فردی دانش آموزان مبتلا به نشانه های اختلال نافرمانی مقابله ای. *فصلنامه سلامت روان کودک*، ۴(۳)، ۵۹-۴۹.
32. Palmer, E., Pratt, J., & Goodway, K. A. (2017). Review of play therapy interventions for chronic illness: Applications to childhood Obesity prevention and treatment. *International Journal of Play Therapy*, 26(3), 125-137.

Play Therapy: Emotion Regulation in Hearing Loss Children with Emphasis on the Emotion Wheel

Fatemeh Khonsari^۱, Mohammad Ashori^۲, Ph.D.

Abstract

Play therapy improves the social, emotional and cognitive development of children. However, communication barriers between hearing parents and their hearing loss children can impede the development of these children and deprive them of the benefits of parental care and support. Accordingly, effective communication between parents and their hearing loss children is particular importance for physical, intellectual, emotional and well-being development of their children. In this regard, play therapy seems to have significant benefits for hearing loss children. Play therapy refers to a wide range of ways to use children's natural motivation to explore and control it in order to respond and meet their developmental and mental health needs. It is also used for educational and psychological purposes, including emotion regulation. This article discusses play therapy. First, the theoretical foundations of play therapy and its application are discussed, emotions and their wheels are investigated. Then, emotional problems in hearing loss children, cognitive emotion regulation and behavioral emotion regulation are discussed and finally, the role of Gestalt play therapy in emotion regulation in deaf children is examined.

Keywords: Play therapy, Emotion regulation, Emotion wheel, Hearing loss children

^۱ M.A. Student of Psychology and Education of People with Special Needs, Faculty of Education and Psychology, University of Isfahan, Isfahan, Iran.

^۲ **Corresponding author:** Assistant Professor, Department of Psychology and Education of People with Special Needs, Faculty of Education and Psychology, University of Isfahan, Isfahan, Iran , M.ashori@edu.ui.ac.ir