



به نام خدا

تکنیک‌های بازی درمانی در کودکان بیش فعال

مولفان:

لیدا اسماعیلی

صدیقه السادات حسینی

محمدعلی مهربخش مرخالی

انتشارات ارسطو
(چاپ و نشر ایران)
۱۴۰۰

سرشناسه : اسماعیلی، لیدا، ۱۳۵۲-
عنوان و نام پدیدآور : تکنیک‌های بازی درمانی در کودکان بیش‌فعال / مولفان لیدا
اسماعیلی - صدیقه‌السادات حسینی - محمدعلی مهربخش مرخالی.
مشخصات نشر : ارسطو (سامانه اطلاع‌رسانی چاپ و نشر ایران)، ۱۴۰۰.
مشخصات ظاهری : ۱۹۱ص: جدول.
شابک : ۳-۷۰۵-۴۳۲-۶۰۰-۹۷۸
وضعیت فهرست نویسی : فیپا
یادداشت : کتابنامه:ص: ۱۹۱-۱۸۰.
موضوع : بازی درمانی
موضوع : کودکان بیش‌فعال
شناسه افزوده : حسینی، صدیقه‌السادات، ۱۳۷۵-
شناسه افزوده : مهربخش مرخالی، محمدعلی، ۱۳۷۴-
رده بندی کنگره : RJ۵۰۶
رده بندی دیویی : ۶۱۸/۹۲۸۵۸۸۲
شماره کتابشناسی ملی : ۷۶۵۰۰۵۴
اطلاعات رکورد کتابشناسی : فیپا

نام کتاب : تکنیک‌های بازی درمانی در کودکان بیش‌فعال
مولفان : لیدا اسماعیلی - صدیقه‌السادات حسینی - محمدعلی مهربخش مرخالی
ناشر : ارسطو (سامانه اطلاع‌رسانی چاپ و نشر ایران)
صفحه‌آرایی، تنظیم و طرح جلد: پروانه مهاجر
تیراژ : ۱۰۰۰ جلد
نوبت چاپ : اول - ۱۴۰۰
چاپ : مدیران
قیمت : ۵۸۰۰۰ تومان
فروش نسخه الکترونیکی - کتاب‌رسان :
<http://chaponashr.ir/ketabresan>
شابک : ۳-۷۰۵-۴۳۲-۶۰۰-۹۷۸
تلفن مرکز پخش : ۰۹۱۲۰۲۳۹۲۵۵
www.chaponashr.ir



انتشارات ارسطو



فهرست مطالب

پیشگفتار.....	۱۲
فصل اول: اختلال بیش فعالی و نقص توجه.....	۱۶
پیش درآمدی بر اختلال بیش فعالی / نقص توجه.....	۱۷
تاریخچه اختلال بیش فعالی / نقص توجه.....	۱۷
نشانه‌های کمبود توجه - بیش فعالی در کودکان.....	۱۹
شیوع اختلال بیش فعالی / نقص توجه.....	۲۹
عوامل مؤثر در بروز بیماری.....	۳۰
اختلالات همبود با اختلال بیش فعالی / نقص توجه.....	۳۲
سیر اختلال بیش فعالی / نقص توجه.....	۳۵
بیش فعالی و رابطه آن با جنسیت.....	۳۶
خصوصیات بالینی (ADHD).....	۳۷
خصوصیات کودکان بیش فعال.....	۳۹
سبب‌شناسی اختلال بیش فعالی / نقص توجه.....	۴۱
فصل دوم: درمان اختلال بیش فعالی / نقص توجه.....	۴۴
درمان.....	۴۵
دارو درمانی.....	۴۵

۴۸	مداخلات روان شناختی.....
۵۰	رفتار درمانی.....
۵۱	روش های عامل سستی.....
۵۲	نوروفیدبک و اختلال بیش فعالی / نقص توجه.....
۵۴	آموزش مهارت های اجتماعی.....
۵۵	گروه های حمایتی.....
۵۵	آموزش مهارت های فرزندپروری به والدین.....
۵۶	مداخلات رفتاری برای خانه و مدرسه.....
۶۰	فصل سوم: بازی درمانی.....
۶۱	بازی چیست؟.....
۶۲	عوامل مؤثر در بازی.....
۶۵	بازی و اهمیت آن.....
۶۶	ارزش های بازی.....
۶۸	انواع بازی از دیدگاه پیاژه.....
۷۰	انواع بازی های تمرین.....
۷۱	بازی نمادین.....
۷۲	مراحل بازی های نمادین.....

۷۳	.....انواع بازی‌های نمادین (رمزی)
۷۵	.....بازی با قاعده
۷۸	.....فصل چهارم: نظریه‌های مربوط به بازی
۷۹	.....دیدگاه‌های نظری پیرامون بازی درمانی
۷۹	.....بازی از دیدگاه اسلام
۸۰	.....بازی درمانی به شیوه روان تحلیل‌گری
۸۱	.....بازی درمانی غیر رهنمودی راجرز
۸۲	.....بازی درمانی شناختی رفتاری
۸۴	.....نظریه‌ی انرژی اضافی یا مازاد
۸۵	.....نظریه پیش تمرین
۸۵	.....نظریه استراحت و رفع خستگی
۸۶	.....نظریه‌های تکرار فعالیت‌های اجدادی
۸۶	.....نظریه‌ی دهلیز فعالیت‌های غریزی
۸۷	.....نظریه جبران
۸۷	.....نظریه اصل لذت
۸۷	.....کاتارسیس
۸۸	.....دیدگاه دکرولی در مورد بازی

۸۹	دیدگاه فروبل.....
۸۹	دیدگاه ژان شاتو.....
۹۰	دیدگاه پرز.....
۹۱	دیدگاه اشترن.....
۹۱	دیدگاه شارلوت بوهلر.....
۹۲	دیدگاه هارلوک.....
۹۳	دیدگاه اسپادگ.....
۹۵	طبقه‌بندی پارتن براساس میزان درگیری اجتماعی.....
۹۷	طبقه‌بندی لوون فلد.....
۹۸	بازی‌ها از نظر اجرا.....
۹۹	اسباب بازی و ویژگی آن.....
۱۰۰	ویژگی‌های اسباب بازی.....
۱۰۱	انواع اسباب بازی.....
۱۰۱	۱. اسباب بازی‌های سازمان یافته.....
۱۰۵	۲. اسباب بازی‌های سازمان نیافته.....
۱۰۷	ارزش درمانی بازی.....
۱۰۸	بازی درمانی چیست؟.....
۱۰۹	بازی درمانی از نقطه نظر روش شناختی موضوع.....

- ویژگی‌های بازی درمانگران..... ۱۱۲
- روش‌های بازی درمانی..... ۱۱۳
- اصول بازی درمانگر..... ۱۱۳
- فصل پنجم: انواع بازی درمانی..... ۱۱۷**
- انواع بازی‌ها..... ۱۱۸
- بازی درمانی و کودک بیش فعال..... ۱۱۹
- روش اجرای بازی درمانی برای کودکان ADHD..... ۱۱۹
- بازی درمانی کودک محور مبتنی بر رابطه کودک -والد (CPRT)..... ۱۲۰
- اهداف بازی درمانی..... ۱۲۱
- اهداف بازی درمانی برای والدین..... ۱۲۱
- اهداف بازی درمانی برای کودکان..... ۱۲۱
- اهداف برای رابطه والد و کودک..... ۱۲۲
- چند بازی ساده با کودک بیش فعال..... ۱۲۳
- بازی با لیوان آب..... ۱۲۳
- بازی با برگ کاغذ..... ۱۲۳
- راه رفتن روی جدول..... ۱۲۴
- بازی فوت کردن شمع..... ۱۲۴

- ۱۲۵ بازی با توپ تخم مرغی
- ۱۲۵ ضرورت ورزش برای کودک بیش فعال
- ۱۲۵ ورزش‌های مناسب برای کودکان بیش فعال
- ۱۲۶ مقدار ورزش برای کودکان بیش فعال
- ۱۲۶ تأثیر ورزش بر مغز کودکان بیش فعال
- ۱۲۷ کودک بیش فعال و ورزش رزمی
- ۱۲۷ انشعاب بازی درمانی بر اساس نظریه روانکاوی
- ۱۲۹ بازی درمانی گروهی
- ۱۳۰ مفاهیم و نظریه‌های بازی در قرن بیستم
- ۱۳۶ اتاق بازی درمانی
- ۱۳۸ شن بازی درمانی و تاریخچه آن
- ۱۴۳ اهمیت شن در کودکان بیش فعال
- ۱۴۸ گستره‌ی نظریه کاف در شن بازی کودکان بیش فعال
- ۱۵۰ فرآیند بهبود بخشی و درمان شن بازی
- ۱۵۱ قدرت درمانی بیش‌فعالی از دیدگاه یونگ
- ۱۵۳ کودکان بیش فعال از بازی با شن چه چیزهایی یاد می‌گیرند؟
- ۱۵۶ تاریخچه قصه
- ۱۵۹ تعریف قصه

- ۱۶۰ انواع قصه
- ۱۶۲ ویژگی های قصه
- ۱۶۳ ویژگی های قصه گو
- ۱۶۴ فواید قصه گویی برای کودکان
- ۱۶۵ کارکرد قصه گویی
- ۱۶۶ فرایند قصه گویی
- ۱۶۷ انواع قصه گویی
- ۱۶۹ روش های قصه گویی
- ۱۷۲ تأثیر قصه بر رشد شناختی کودک
- ۱۷۴ تأثیر قصه بر رشد روانی کودک
- ۱۷۶ نمونه پروتکل بازی درمانی
- ۱۷۸ نمونه پروتکل قصه گویی
- ۱۸۰ منابع و مآخذ

پیشگفتار

اختلال کمبود توجه بیش فعالی، الگوی پایدار بی‌توجهی و یا بیش‌فعالی / تکانشگری است که شدیدتر و شایع‌تر از آن است که معمولاً در همسالان بهنجار این کودکان دیده می‌شود (انجمن روان‌پزشکی آمریکا، ۲۰۱۳). اختلال کمبود توجه / بیش‌فعالی یکی از شایع‌ترین اختلالات رشدی عصبی در کودکان است که حدود ۵ کودکان دنیا را تحت تأثیر قرار می‌دهد (پلاتریک، دی لیما، هرتا، بیدرمن و رد، ۲۰۰۷؛ کیانی و هادیان فرد، ۱۳۹۵). نتایج مطالعات، شیوع بیشتر این اختلال را در مردان نسبت به زنان (بین ۳ تا ۱۰ برابر) نشان می‌دهد (گاب و کارلسون، ۱۹۹۷).

پژوهش‌ها هم نقش عوامل خطر ژنتیکی (آرنستن، ۲۰۰۹؛ اکس کو فایر، ۲۰۰۶؛ فرمن، ۲۰۱۶) و هم عوامل خطر غیرژنتیکی (ژوزف، ۲۰۰۰؛ فروالیچ و همکاران، ۲۰۱۱) را در بروز اختلال کمبود توجه بیش‌فعالی نشان داده‌اند (قمری گیوی، نریمانی و محمودی، ۱۳۹۱). اختلال کمبود توجه بیش‌فعالی ممکن است همه وجوه زندگی کودک را تحت تأثیر قرار دهد (عابدی، پیروزیجردی و یارمحمدیان، ۱۳۹۲). در حقیقت، اختلال کمبود توجه بیش‌فعالی نه تنها بر خود کودک، بلکه بر والدین و خواهر و برادرهای او نیز اثر می‌گذارد و موجب آشفتگی خانواده و عملکرد زناشویی می‌شود. اثرات منفی اختلال کمبود توجه بیش‌فعالی بر کودکان و خانواده‌های آن‌ها از سنین پیش‌دبستانی تا ابتدایی و نوجوانی تغییر می‌کند؛ به این صورت که در دوره‌های سنی مختلف، نمودهای متفاوت اختلال خود را نشان می‌دهد. اختلال کمبود توجه بیش‌فعالی ممکن است تا دوره

بزرگسالی باقی بماند و موجب شکست در زندگی حرفه‌ای و شخصی شود (نریمانی شاهعلی و کیامرثی، ۱۳۹۳؛ موحدی، علیزاده گورادل و محمودعلیلو، ۱۳۹۲).

به نظر می‌رسد در جریان پیشرفت اختلال، بروز نشانه‌ها در دوران بزرگ سالی تغییر می‌کند (برامهام، یانگ، موریس و آشرسون، ۲۰۰۵ الف، ۲۰۰۵ ب؛ ویز و هاچمن، ۱۹۹۳؛ به نقل از یانگ و برامهام، ۲۰۰۷)؛ بیش فعالی و تکانشگری با افزایش سن کاهش پیدا می‌کند، اما مشکلات توجه تا اواسط سنین بزرگسالی و بالاتر ادامه می‌یابد (برامهام و همکاران، ۲۰۰۵ الف، ۲۰۰۵ ب؛ به نقل از بانگ و برامهام، ۲۰۰۷). اختلال کمبود توجه بیش فعالی با افزایش هزینه‌های مراقبت از سلامت برای والدین و اعضای خانواده همراه است (هارپین، ۲۰۰۵). در بیشتر موارد علی‌رغم درمان دارویی نشانه‌های اختلال باقی مانده و در نوجوانی و بزرگسالی نیز فرد مبتلا را آزار می‌دهد. این نشانه‌ها در بسیاری از حوزه‌های زندگی فرد مانند عملکرد تحصیلی، روابط اجتماعی با همسالان و همچنین بزرگسالان ایجاد اختلال می‌کنند. علاوه بر این چنین کودکانی در نوجوانی و بزرگسالی در معرض خطر بیشتر ابتلا به رفتارهای ضد اجتماعی، سومصرف مواد و الکل هستند (بخشایش، ۱۳۸۹).

بازی درمانی برای کودکان یک تجربه یادگیری منحصر به فرد، در مطلوب‌ترین شرایط ارتقاءدهنده رشد است و به همین دلیل، از دیدگاه رشدی با هدف‌هایی هماهنگ با اهداف مدرسه، یعنی کمک کردن به کودکان برای یاد گرفتن درباره خودشان و دنیای خودشان به آن پرداخته می‌شود. بازی درمانی کمکی برای محیط یادگیری و تجربه‌ای است که به کودکان کمک می‌کند تا فرصت‌های یادگیری در کلاس را به حداکثر برسانند. بخش

عمده‌ای از آنچه کودکان در رابطه بازی درمانی می‌آموزند یادگیری شناختی نیست، بلکه یادگیری تجربی شهودی رو به رشد درباره خود است که در طی فرآیند تجربه درمانی رخ می‌دهد. این نوع یادگیری درباره خود در رابطه بازی درمانی کودک _ محور، محصول نوعی از رابطه است که در بازی درمانی تسهیل می‌شود (لندرث، ۲۰۱۲).

بازی از آن جهت جنبه درمانی دارد که رابطه امنی را میان کودک و بزرگسالان ایجاد می‌کند. بنابر این کودک آزادی دارد تا خود را با اصطلاحات خود، به روش خود و در زمان خود بیان کند، کودک می‌تواند نحوه‌ی صحیح برقراری تعاملات اجتماعی را از طریق بازی‌های دسته جمعی، نمایشی و ... بیاموزد (محمد اسماعیل، ۱۳۹۳). تجربیات نشان داده است میزان اثربخشی این آموزش‌ها و درمان‌ها بر روی کودکان بیش فعال در محیطی مثل کلاس بازی بسیار مؤثر است تا مکانی مانند کلینیک‌های درمانی (رضویین، ۱۳۸۹). از جمله افرادی که در زمینه بازی درمانی فعالیت داشته‌اند می‌توان به افراد زیر اشاره کرد. کاکس (۱۹۵۳) و فلمینگ و اسنایدر (۱۹۴۷) با کمک بازی درمانی پی بردند که بازی به صورت گروهی در سازگاری شخصیتی و اجتماعی بسیار تأثیرگذار است. پلهام (۱۹۷۲) نیز به تأثیر بازی درمانی بر ناپختگی اجتماعی کودکان اشاره کرد. اکسلاین (۱۹۴۸) به اثر بازی درمانی بر بهبود لالی انتخابی در کودکان پرداخت. برنت (۲۰۰۱) همچنین به اثر بازی درمانی و سازگاری کودکان اشاره کرد (لندرث، ۲۰۱۲).

در این کتاب سعی شده است تا در ابتدا گامی رو به جلو در تشخیص و ارزیابی صحیح و بهنگام اختلال بیش فعالی و کمبود توجه برداریم و در ادامه بازی‌های درمانی مؤثر در کاهش نشانه‌ها و بهبود علائم را معرفی کنیم.

سخنی از مؤلفین

فصل اول: اختلال بیش‌فعالی و

نقص توجه

پیش درآمدی بر اختلال بیش فعالی / نقص توجه

کودکان از لحاظ فعالیت‌های حرکتی با یکدیگر تفاوت دارند. ممکن است همه کودکان به نظر بزرگسالان بیش فعال باشند ولی به نظر می‌رسد که بعضی کودکان هرگز از حرکت باز نمی‌ایستند. آنان درسین پیش از دبستان بدون این که هدفی داشته باشند بدون وقفه می‌دوند، بالا می‌روند و می‌خزند و قتیکه بزرگ‌تر می‌شوند ناتوانی مشخصی برای آرام نشستن نشان داده و به‌طور افراطی تمایل به بیقراری دارند. یک مشاهده‌گر می‌تواند دریابد که آن‌ها بیش از کودکان دیگر فعال بود و فعالیتشان کیفیتی بی‌هدف و تصادفی دارد (آزاد، ۱۳۸۰).

تاریخچه اختلال بیش فعالی / نقص توجه

تعاریف، نشانگان و دیدگاه‌های متخصصان در حوزه‌ی اختلال بیش فعالی و نقص توجه از قرن ۱۹ تا به امروز دستخوش تغییرات و تحول‌های زیادی بوده است و در تبیین این اختلال، اسامی و نظریه‌های تبیینی متفاوتی تا به امروز مطرح شده است. شاید بتوان اولین توصیف‌های ارئه شده از این اختلال را به اواسط قرن ۱۹ و شعری از هنریچ هافمن، پزشک و شاعر آلمانی نسبت داد. شعر هافمن در مورد فلیپ بی‌قرار بود که در آن شاعر به فقدان کنترل تکانش در فلیپ اشاره می‌کند (بارکلی، ۲۰۰۷؛ ماش و بارکلی، ۲۰۰۷). علاوه بر گزارش هافمن از فلیپ بی‌قرار شواهد علمی‌تری از وجود این اختلال به معنای همراهی بیش فعالی و نقص توجه در دست است که به اوایل قرن ۲۰ بر می‌گردد.

جرج اف استیل^۱ اولین نویسنده‌ی شناخته شده‌ای است که توجه جامعه را به این اختلال به عنوان همراهی نقص توجه و تمرکز و بیش فعالی جلب کرد. استیل به این نتیجه رسیده بود که کودکان مبتلا به اختلال بیش فعالی و نقص توجه در نگهداری توجه مشکل داشته و بر رفتارهای خود بازداری اختیاری اندکی دارند (هالاهان، کافمن و پولمن^۲، ۱۳۹۳: ماش و بارکلی، ۲۰۰۷).

هنیز و آلفرد اشتراوس^۳ در سال‌های ۱۹۳۰ و ۱۹۴۰ دست به آزمایش‌ها و بررسی‌های متعدد زدند که در نتیجه آن، پس از این مطالعات به کودکانی که ظاهراً بیش فعال و حواس پرت بودند به عنوان افرادی که نشانگان اشتراوس را نشان داده‌اند اشاره می‌کردند. ورنر اشتروس آسیب خفیف مغزی را نیز جزئی از نشانگان این اختلال می‌دانستند.

ویلیام کار کروکشانک^۴ در ادامه مطالعات ورنر و اشتراوس به بررسی نشانگان این اختلال و ارتباط آن با آسیب‌های مغزی و هوش طبیعی پرداخت. وی اولین برنامه آموزشی را برای کودکان مبتلا به این اختلال طراحی نمود و همراهی نشانگان این اختلال با آسیب مغزی خفیف تا سال‌های ۱۹۶۰ رایج بود. اما به مرور و با اظهار نظر متخصصان این حوزه روز به روز کم‌رنگ‌تر شد. در سال ۱۹۶۰ به بعد آسیب مغزی خفیف جای خود را به نشانگان بیش فعالی داد. در اواسط دهه ۱۹۷۰ شواهدی مطرح شد مبنی بر این که کودکان

۱. George F. Steele

۲. Halahan, Kaufman & Pullman

۳. Hnyz & Alfred Strauss

۴. William Karkrvkshank

فصل اول: اختلال بیش فعالی و نقص توجه ۱۹

پیش فعال هم چنین نقایص عمده‌ای در تداوم توجه و کنترل تکانه‌ها دارند. شهرت عنوان بیش فعالی نیز در دهه ۱۹۸۰ کم‌رنگ شد. چرا که نتایج پژوهش‌ها بر این نکته اذعان داشتند که نقص توجه و تمرکز در بیش فعالی از مسائل اصلی این دست کودکان در این اختلال است (هالاها، کافمن و پولمن، ۱۳۹۳؛ ماش و بارکلی، ۲۰۰۷، حسین‌زاده ملکی، ۱۳۹۲). هر چند امروزه، هنوز بر سر تعریف و نام‌گذاری این اختلال بحث‌هایی مطرح است اما آن چه در DSM-5 مطرح شده به عنوان یک الگوی ثابت مورد پذیرش قرار دارد. در نهایت می‌توان گفت اختلال بیش فعالی و نقص توجه یک الگوی پایدار در نقص توجه و بیش فعالی و رفتارهای تکانش است که برخی از نشانه‌های آن پیش از سن هفت سالگی ظاهر می‌شود (کیانی و هادیان فرد، ۱۳۹۵؛ محمدی، مالمیر، خالقی و امینی، ۱۳۹۴).

در حال حاضر بررسی ابعاد گوناگون این اختلال هم چنان ادامه دارد و جنبه‌های جدیدی از آن مورد توجه می‌باشد. از جمله موضوعاتی که هم اکنون مورد توجه می‌باشد می‌توان به بررسی نظریه‌های تبیینی، ارزیابی شیوه‌های درمانی، ارزیابی شیوه‌های سنجش و تشخیص نشانه‌های اختلال بیش فعالی و نقص توجه در بزرگسالان اشاره نمود (حسین‌زاده ملکی، ۱۳۹۲).

نشانه‌های کمبود توجه - بیش فعالی در کودکان

این علائم از سه جنبه مورد بررسی قرار می‌گیرند.

الف) کمبود توجه

- ۱) عدم توانایی در تمرکز و توجه کافی هنگام انجام کارها و فعالیت های روزانه (مثل انجام تکالیف درسی و وظایف خانگی)
- ۲) احتمال ابتلا به مشکلات شنوایی
- ۳) بی توجهی به سخنان سایرین
- ۴) ناتوانی در پیروی از فرمان ها و دستورالعمل ها
- ۵) ناتوانی در طبقه بندی و سازمان دادن امور
- ۶) عدم تمایل به انجام کارهایی که نیازمند فعالیت فکری و تمرکزند.
- ۷) گم کردن مداوم اشیاء اسباب بازی ها و وسایل مدرسه
- ۸) فراموشی در انجام فعالیت های روزانه
- ۹) حواس پرتی
- ۱۰) داشتن رفتارهای تکانشی
- ۱۱) ناتمام گذاشتن کارها

ب) بیش فعالی

- ۱) ناتوانی در آرام نشستن.