

اثربخشی بازسازی شناختی بر پردازش هیجان و آلکسی تایمیا در دانش‌آموزان دارای اختلال یادگیری خاص

اسماعیل سلیمانی^۱

چکیده

هدف پژوهش حاضر بررسی اثربخشی آموزش بازسازی شناختی بر پردازش هیجان و آلکسی تایمیا در دانش‌آموزان دارای اختلال یادگیری خاص بود. این پژوهش از نوع آزمایشی و با طرح پیش‌آزمون-پس‌آزمون با گروه کنترل بود. جامعه آماری پژوهش حاضر را دانش‌آموزان مبتلا به اختلال یادگیری خاص پایه چهارم، پنجم و ششم ابتدایی مدرسه اختلالات یادگیری ویژه شهرستان ارومیه در سال تحصیلی ۹۴-۱۳۹۳ تشکیل می‌دادند. نمونه این پژوهش شامل ۳۲ دانش‌آموز مبتلا به اختلال یادگیری خاص بود که از میان جامعه آماری به صورت نمونه‌گیری تصادفی انتخاب شدند. برای جمع‌آوری داده‌ها از آزمون هوشی ریون مقیاس پردازش هیجانی و مقیاس آلکسی تایمیا تورنتو استفاده گردید. شیوه مداخله بازسازی شناختی مایکنام بود که در شش جلسه بر روی گروه آزمایش اجرا شد. نتایج تحلیل کوواریانس چند متغیری نشان داد بین دانش‌آموزان گروه آزمایش و گروه کنترل در مولفه‌های پردازش هیجانی و آلکسی تایمیا تفاوت معناداری وجود دارد. به عبارت دیگر بازسازی شناختی بر روی مولفه‌های پردازش هیجانی و آلکسی تایمیا به طور معناداری موثر بوده است. این نتایج حاکی است که بازسازی شناختی می‌تواند پردازش هیجانی و آلکسی تایمیا ی دانش‌آموزان مبتلا به اختلال یادگیری را تعدیل نماید.

واژه‌های کلیدی: پردازش هیجانی، آلکسی تایمیا، بازسازی شناختی، اختلال یادگیری

۱. نویسنده ی رابط: استادیار دانشگاه ارومیه، دانشکده علوم انسانی، گروه علوم تربیتی E.soleimani@urmia.ac.ir

تاریخ دریافت: ۹۴/۱۰/۱

تاریخ پذیرش: ۹۵/۹/۲۱

DOI:

مقدمه

اختلالات یادگیری^۱ مهم ترین علت عملکرد ضعیف تحصیلی محسوب می شوند و هر ساله تعداد زیادی از دانش آموزان به این علت در فراگیری مطالب درسی دچار مشکل می شوند. معمولاً این دانش آموزان از هوش متوسط یا بالاتر برخوردارند ولی در شرایط تقریباً یکسان آموزشی نسبت به دانش آموزان دیگر عملکرد تحصیلی ضعیف تری نشان می دهند و علیرغم قرار داشتن در محیط آموزشی مناسب و نیز فقدان ضایعات بیولوژیک بارز و عدم مشکلات اجتماعی و روانی حاد، با داشتن هوش متوسط قادر به یادگیری در زمینه های خاصی (خواندن، نوشتن، محاسبه) نمی باشند. کودکان مبتلا به اختلال یادگیری خود را متفاوت از دیگران احساس می کنند و مورد اذیت و آزار هم کلاسی های خود و به احتمال زیاد مورد بی توجهی و غفلت معلم قرار می گیرند (کاراند، ماهاجان و کالکارنی^۲، ۲۰۰۹). در تعریفی جدید از اختلال یادگیری آمده است؛ اختلال یادگیری به اختلالات گوناگونی اشاره می کند که بر فراگیری، حفظ، درک، سازمان دهی یا استفاده از اطلاعات کلامی و یا غیر کلامی تأثیر می گذارد. این اختلالات از نارسایی در یک یا چند فرایند روانی مرتبط با یادگیری به همراه دیگر توانایی های متوسط ضروری برای تفکر و استدلال نشأت می گیرند (هیل^۳، ۲۰۰۵). براساس ویراست پنجم راهنمای تشخیصی و آماری اختلال های روانی^۴ اختلال یادگیری به اختلال یادگیری خاص تغییر نام و ماهیت داده و اختلال خواندن، اختلال نوشتن و اختلال ریاضی که هر کدام قبلاً یک اختلال مجزا و مستقل محسوب می شد، اکنون به عنوان یک حیطه مشخص در اختلال یادگیری خاص گنجانده شده است (گنجی، ۱۳۹۲). به دلیل پیچیدگی پدیده اختلالات یادگیری و هم چنین به سبب اختلاف نظرهای موجود در ارائه تعریف واحدی از آن و مشکلات مربوط به شناسایی و تشخیص کودکان دارای اختلال یادگیری، در زمینه فراوانی و درصد شیوع این اختلال بین محققان اتفاق نظر وجود ندارد

1. learning disorders

2. Karande, Mahajan, & Kulkarni

3. Hill

4. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders(DSM.5)

(افروز، ۱۳۹۰). در یک مطالعه در آمریکا آلتراک و ساروها^۱ (۲۰۰۷) شیوع ناتوانی‌های یادگیری، در جمعیت کلی کودکان، ۹/۷ درصد و در کودکان نیازمند مراقبت‌های ویژه بهداشتی ۲۷/۸ درصد برآورد گردیده است. سوانسون، هاریس و گراهام^۲ (۲۰۰۳) بالاترین میزان شیوع اختلالات یادگیری را در حدود ۱۲ درصد در دانش‌آموزان دوم و پایین‌ترین میزان شیوع را در دانش‌آموزان پایه پنجم حدود ۳ درصد گزارش نمودند. در جدیدترین مطالعه موگاسیل، پاتیل، پاتیل و موگاسیل^۳ (۲۰۱۱) با بررسی کودکان ۸ تا ۱۱ سال هندی میزان شیوع کلی اختلالات یادگیری را ۱۵/۱۷ درصد و شیوع اختلالات نگارش، خواندن و ریاضیات را به ترتیب ۱۲/۵، ۱۱/۲ و ۱۰/۵ گزارش داده‌اند. هم‌چنین مهین دوست (۲۰۱۱) با مطالعه ۶۰۰ دانش‌آموز پایه‌های سوم، چهارم و پنجم ابتدایی در شهر ایلام، نرخ شیوع اختلالات یادگیری را ۱۱/۴ درصد بیان می‌کند.

مطالعات مختلف سه عامل، خصوصیات کودکان، جنبه‌های خانوادگی و محیط اجتماعی را به عنوان عوامل اصلی تأثیرگذار در شکل‌گیری اختلالات کودکان نشان داده‌اند (ماستن و گارمزی^۴، ۱۹۸۵؛ ورنر و اسمیت^۵، ۱۹۹۲؛ ماریژن و کاسدن^۶، ۱۹۹۷؛ هیمن و برگر^۷، ۲۰۰۸؛ به نقل از خرمایی، عباسی و رجبی، ۱۳۹۰). از بین این عوامل، پرداختن به خصوصیات کودکان (عوامل درون‌فردی) حائز اهمیت است که عوامل هیجانی و شناختی از جمله عوامل درون‌فردی مؤثر بر یادگیری هستند (لین برینک و پتتریچ، ۲۰۰۲؛ به نقل از محسن‌پور، حجازی و کیامنش، ۱۳۸۶). در پژوهش حاضر به عوامل درون‌فردی هیجانی و شناختی دانش‌آموزان دارای اختلال یادگیری خاص پرداخته شده است.

اولین متغیر وابسته مورد مطالعه در پژوهش حاضر پردازش هیجانی می‌باشد. یکی از عواملی

1. Altarac & Saroha
2. Swanson, Harris & Graham
3. Mogasale, Patil, Patil & Mogasale
4. Masten & Garmezy
5. Werner & Smith
6. Morrison & Cosden
7. Heiman & Berger

که احتمالاً با اختلال یادگیری مرتبط است، پردازش هیجانی می باشد. پردازش هیجان، فرایندی است که به وسیله آن آشفتگی های هیجانی رو به زوال می روند تا رفتار و تجربه های دیگر در افراد بدون مانع پیش رود و افزایش یابد، و استفاده از راهبردهای پردازش هیجان می تواند در افزایش مهارت های عاطفی برای کاهش آشفتگی و مشکلات هیجانی و روانی مؤثر باشد (عباسی، ۱۳۹۵؛ نریمانی، عباسی، بگیان کوله مرز و رضایی فرد، ۱۳۹۴؛ اکبر بهرامی خوندابی، ۱۳۸۶). مطالعات آوریچ، گراس- تسیر، مانور و شالوو^۱ (۲۰۰۸) نشان داد که دانش آموزان دارای اختلال یادگیری در مقایسه با دانش آموزان بهنجار سطح بالایی از مشکلات اجتماعی-هیجانی از خود نشان می دهند. پارکر، تیلور، استابورگ شاهر و وود^۲ (۲۰۰۸) در پژوهشی نشان دادند که دشواری در بازشناسی هیجان ها و نارسایی در برقراری رابطه ی عاطفی با دیگران از ویژگی های کودکان مبتلا به ناتوانی یادگیری هستند. لاندل، فاسنجر، مول و ویلبرگر^۳ (۲۰۱۲) نشان دادند کودکان با ناتوانی توأم خواندن و ریاضی در مقایسه با کودکان دارای ناتوانی ریاضی در پردازش بزرگی اعداد با نارسایی بیشتری مواجه اند. مورفی و اسکاچت^۴ (۲۰۱۲) در مطالعه ای دریافتند که کودکان واجد ناتوانی خواندن و محاسبه در پردازش زمانی-شنیداری محرک هایی که به سرعت و در فواصل زمانی کوتاه ارایه می شوند، عملکرد ضعیف تری دارند.

دومین متغیر وابسته مورد مطالعه در پژوهش حاضر آلکسی تایمیا (نارسایی هیجانی) می باشد. یکی از مشکلات احتمالی در افراد دارای اختلال یادگیری، نارسایی هیجانی^۵ است. که به ناتوانی در پردازش شناختی اطلاعات هیجانی و تنظیم هیجان ها، آلکسی تایمیا گفته می شود. آلکسی تایمیا سازه ای است چند وجهی متشکل از دشواری در شناسایی احساسات، دشواری در توصیف احساسات برای دیگران، جهت گیری فکری بیرونی می باشد که این مشخصه ها سازه آلکسی

1. Auerbach, Gross, Tsur, Manor & Shalev
2. Parker, Taylor, Eastabrook, Schell & Wood
3. Landerl, Fussenegger, Moll & Willburger
4. Murphy & Schochat
5. Alexithymia

تایمیا را تشکیل می‌دهند (تیلور و بگبی^۱، ۲۰۰۰؛ کیامرثی و ایل بیگی قلعه‌نی، ۱۳۹۱). ویژگی‌های اصلی آلکسی تایمیا عبارتند از: ناتوانی در بازشناسی و توصیف کلامی هیجان‌های شخصی، فقر شدید تفکر نمادین که آشکارسازی بازخوردها، احساسات، تمایلات و سابق‌ها را محدود می‌کند، ناتوانی در به‌کارگیری احساسات به‌عنوان علایم مشکلات هیجانی، تفکر انتفاعی در مورد واقعیت‌های کم‌اهمیت بیرونی، کاهش یادآوری روایاها، دشواری در تمایز بین حالت‌های هیجانی و حس‌های بدنی، فقدان جلوه‌های عاطفی چهره، ظرفیت محدود برای همدلی و خودآگاهی (تول، میداگلیا و رویمر^۲، ۲۰۰۵). نارسایی در تنظیم و مدیریت هیجان‌ها (فرایند گذار از پردازش به عمل) نیز از ویژگی‌های آلکسی تایمیا است (تیلور و بگبی، ۲۰۰۰). در مطالعه‌ای نشان داده شد که دانش‌آموزان دارای اختلال یادگیری در پایداری و ثبات هیجانی مشکل دارند و این مساله در گروه عادی کمتر و در شرایط خاص دیده می‌شود، این افراد واکنش‌های شدیدتری در رویارویی با موقعیت‌های هیجانی دارند و در موقعیت‌های مشابه یکسان و با ثبات عمل نمی‌کنند (کاشانی موحد، ۱۳۸۴). هم‌چنین نتایج تحقیق سلیمانی، زاهد، فرزانه و ستوده (۱۳۹۰) حاکی از آن است که دانش‌آموزان دارای اختلال یادگیری در آلکسی تایمیا در مقایسه با دانش‌آموزان بهنجار به‌طور معناداری متفاوت می‌باشند. با دقت به تعاریف اختلالات یادگیری در منابع متعدد ملاحظه می‌گردد که در این تعاریف به‌دکاردی‌های اجتماعی و هیجانی افراد دارای اختلال یادگیری اشاره نشده است؛ درحالی‌که بطور کلی دانش‌آموزان دارای اختلال یادگیری سطح بالایی از مشکلات اجتماعی - هیجانی در مقایسه با دانش‌آموزان بهنجار از خود نشان می‌دهند (آوربچ، گراس-تسیر، مانور و شالوو^۳، ۲۰۰۸؛ سیدریدیس^۴، ۲۰۰۷؛ کلاسن و لینچ^۵، ۲۰۰۷). تحقیقات نشان می‌دهد بین ۳۸ الی ۷۸ درصد کودکان دارای نارسایی‌های هیجانی، دارای مسایل و مشکلات یادگیری نیز می‌باشند.

1. Taylor & Bagby
2. Tull, Medaglia & Roemer
3. Auerbach, Gross-Tsur, Manor & Shalev
4. Sideridis
5. Klassen & Lynch

باشند (فسلر، روزنبرگ و روزنبرگ^۱، ۱۹۹۱؛ فرستاد، توپولوسکی، ولر^۲، ۱۹۹۲). متغیر مستقل مورد مطالعه در پژوهش حاضر بازسازی شناختی می‌باشد. رویکرد بازسازی شناختی به کار رفته در درمان براساس کار آبرون بک^۳ روی شناخت درمانی تکیه دارد به عبارت دیگر روش بازسازی شناختی ترکیبی از شناخت درمانی بک (۱۹۶۳) و درمان منطقی-هیجانی ایلس (۱۹۶۲) می‌باشد. بازسازی شناختی برای آگاه کردن مراجعان از بخش شناخت‌ها و هیجان‌ها در تقویت و نگهداری استرس طرح‌ریزی شده است. تکنیک‌های اصلی بازسازی شناختی عبارتند از ۱) آشکار کردن افکار، احساسات مراجع و تفسیر رویدادها، ۲) جمع‌آوری شواهد موافق یا مخالف تفسیرها و ۳) به وجود آوردن آزمایشات شخصی (تکالیف خانگی) برای امتحان اعتبار تفسیرها (ابوالقاسمی، ۱۳۸۴). نتایج پژوهش برکینگ، وپرمن، ریچارد، پجیک، دیپل و ژوژ^۴ (۲۰۰۸) نشان داد درمان شناختی رفتاری باعث بهبود کارکردهای هیجانی از جمله پذیرش، تحمل و تغییر هیجان‌های منفی می‌شود. آن‌ها نشان دادند که افرادی که درمان شناختی رفتاری دریافت کرده‌اند نسبت به گروه کنترل بیشتر از راهبردهای مثبت تنظیم هیجان استفاده می‌کنند. در پژوهشی هینتون، هافمن، پیتمن، پالاک و بارلو^۵ (۲۰۰۸) به این نتیجه رسیدند که در افرادی که دوره درمان شناختی رفتاری را طی می‌کنند، ظرفیت تنظیم هیجان افزایش می‌یابد. این بهبود توانایی تنظیم هیجان از طریق تنظیم تونوس عصب واگ که در برگرداندن تمرکز از محرک منفی به محرک مثبت دارای نقش است، تعدیل می‌شود. در مطالعه‌ای وود، دراهوتا، سیز، هار، چيو و لانگر^۶ (۲۰۰۹) نشان دادند افرادی که دوره‌های شانزده جلسه‌ای درمان بازسازی شناختی را گذرانده‌اند، نسبت به گروه کنترل افزایش چشمگیری در توانایی بازشناسی هیجان داشتند. نتایج ریتچی،

-
1. Fessler, Rosenberg & Rosenberg
 2. Fristad, Topolosky & Weller
 3. Ayron Beck
 4. Berking, Wupperman, Reichardt, Pejic, Dippel & Znoj
 5. Hinton, Hofmann, Pitman, Pollack & Barlow
 6. Wood, Drahota, Sze, Har, Chiu & Langer

دولکوس، ادینگتون، استرامان و کابزا^۱ (۲۰۱۱) نشان داد درمان شناختی رفتاری بر بهبود عملکرد ساختارهایی از مغز که در بازشناسی هیجان دخیل هستند، به طور معناداری موثر می باشد. واتسون و بدارد^۲ (۲۰۰۶) نشان دادند درمان شناختی رفتاری باعث بهبود توانایی پردازش هیجان می شود. یافته‌های سوفگل، دی تو، واترز و کارول^۳ (۲۰۱۳) نشان داد که درمان شناختی رفتاری باعث افزایش برنامه‌ریزی که یکی از فاکتورهای توانایی های هیجانی می باشد، می گردد.

کودکانی که دچار اختلال یادگیری هستند به دلیل این که در اکثر زمینه‌های یادگیری مشکل دارند به تغییرات اساسی در موضوعات درسی، تکالیف، روش‌های آموزش و آزمون‌ها نیاز دارند. صرف نظر از اینکه در چه مکانی به دانش‌آموزان دارای اختلال یادگیری، آموزش داده می شود، نیازهای فردی و انفرادی کردن موضوعات درسی و آموزش، مورد نیاز است. از طرف دیگر مشاهده می کنیم که مراکز درمانی و مشاوره محدودی خصوصاً در شهرستان‌ها وجود دارند که به دانش‌آموزان دارای اختلال یادگیری و خانواده‌های آنها خدمات ارائه دهند و همین‌طور در مدارس مشاوران به تکنیک‌های مؤثری برای مواجهه با این پدیده مجهز نیستند، بنابراین اعمال شیوه‌ای که بتواند دانش‌آموزان دارای اختلال یادگیری را به راهبردهای شناختی موثر مجهز کند تا افراد مبتلا بتوانند از این راهبردها نهایت استفاده را ببرند، اهمیت ویژه‌ای پیدا می کند. بنابراین با این توجیه و هم چنین با توجه به نتایج مطالعات مبنی بر اینکه در دانش‌آموزان مبتلا به اختلال یادگیری، نارسایی‌های هیجانی شایع است، سوال اصلی پژوهش حاضر این است که آیا آموزش بازسازی شناختی می‌تواند در بهبود پردازش هیجانی و آلکسی تایمیا دانش‌آموزان دارای اختلال یادگیری خاص موثر باشد؟

1. Ritchey, Dolcos, Eddington, Strauman & Cabeza
2. Watson & Bedard
3. Sofuoglu, DeVito, Waters & Carroll

روش

روش پژوهش حاضر، آزمایشی از نوع طرح‌های پیش‌آزمون-پس‌آزمون با گروه کنترل بود. **جامعه، نمونه و روش نمونه‌گیری:** جامعه آماری پژوهش حاضر را دانش‌آموزان مبتلا به اختلال یادگیری خاص پایه چهارم، پنجم و ششم ابتدایی مدرسه اختلالات یادگیری ویژه شهرستان ارومیه در سال تحصیلی ۹۴-۱۳۹۳ تشکیل می‌دادند. این پژوهش شامل ۳۲ دانش‌آموز مبتلا به اختلال یادگیری خاص بود که از میان جامعه آماری به صورت نمونه‌گیری تصادفی انتخاب شدند. لازم به ذکر است که حجم نمونه در تحقیقات آزمایشی برای هر زیرگروه حداقل ۱۵ نفر کفایت می‌کند (کوهن، مانیون و موریژن، ۲۰۰۷)، اما در پژوهش حاضر، به دلیل احتمال افت آزمودنی‌ها (به دلایل مختلف) برای هر گروه ۱۶ دانش‌آموز مبتلا به اختلال یادگیری خاص در نظر گرفته شد ($n=32$). ملاک‌های ورود بیماران عبارتند از: هوش متوسط و متوسط به بالا (عدم عقب ماندگی ذهنی)؛ پایه تحصیلی پنجم و ششم ابتدایی؛ عدم ابتلا به اختلالات روانی و نداشتن بیماری حاد؛ عدم ابتلا به اختلال بیش‌فعالی و کمبود توجه؛ عدم مصرف داور در شش ماه قبل جهت درمان اختلال یادگیری. در این پژوهش از ابزارهای زیر استفاده شد:

پرسش‌نامه محقق ساخته: این پرسشنامه شامل برخی اطلاعات دموگرافیک نظیر سن، پایه تحصیلی، میزان درآمد خانواده، معدل سال/ترم قبل، مصرف دارو و غیره بود.

آزمون هوشی ریون: آزمون هوشی که عامل عمومی هوش اسپیرمن را که از آن به عنوان هوش کلی نام برده می‌شود اندازه‌گیری می‌نماید. بارها و بارها به علت وابسته به فرهنگ بودن در کشورهای مختلف از جمله ایران مورد استفاده قرار گرفته است و نتایج تحقیقات بدست آمده حاکی از اعتبار بالای این آزمون می‌باشد. ضریب اعتبار این آزمون در گروه‌های مختلف بین ۰/۷۰ و ۰/۹۰ و در سنین پایین‌تر تا حدودی کمتر است. همبستگی این آزمون با آزمون‌های هوشی دیگر از قبیل وکسلر، استنفورد-بینه، مازهای پروتوس و آدمک گودیناف ۰/۴۰ تا ۰/۷۵ است. اما

میزان همبستگی آن با آزمونهای غیر کلامی بیشتر است (سیدعباس زاده، گنجی و شیرزاده، ۱۳۸۲). از این آزمون برای تشخیص سطح هوشی نمونه‌های مورد مطالعه استفاده شد تا دانش‌آموزان با هوش متوسط و متوسط به بالا انتخاب شوند (وجه تمایز اختلال یادگیری با عقب ماندگی ذهنی به عنوان ملاک ورود به نمونه مورد مطالعه).

مقیاس پردازش هیجانی: مقیاس پردازش هیجانی (باکر و همکاران^۱، ۲۰۰۷) ۳۸ آیتم دارد که برای اندازه‌گیری سبک‌های پردازش هیجانی استفاده می‌شود. هر ماده بر اساس مقیاس لیکرت ۵ درجه‌ای (به هیچ وجه تا بی‌نهایت) پاسخ داده می‌شود که نمره‌ی هر فرد در دامنه‌ی صفر تا ۱۵۲ قرار می‌گیرد. نسخه اصلاح شده این مقیاس یک ساختار پنج عاملی با ۲۵ آیتم است که توسط باکر و همکاران (۲۰۱۰) ساخته شده است. این پرسشنامه شامل زیر مقیاس‌های سرکوبی، هیجان تنظیم نشده، تجربه هیجانی ضعیف، هیجان پردازش نشده و اجتناب می‌باشد. ضرایب آلفای کرونباخ و بازآزمایی این مقیاس به ترتیب ۰/۹۲ و ۰/۷۹ گزارش شده است (باکر و همکاران، ۲۰۰۷). ضریب آلفای کرونباخ و بازآزمایی این مقیاس به ترتیب ۰/۷۹ و ۰/۹۲ گزارش شده است. ضریب همبستگی این مقیاس با مقیاس تنظیم هیجان ۰/۵۴- به دست آمده است ($p < ۰/۰۱$). هم چنین در پژوهش لطفی (۱۳۸۹) ضریب آلفای کرونباخ این مقیاس ۰/۹۵ محاسبه شد.

مقیاس آلکسی تایمیا تورنتو: مقیاس آلکسی تایمیا تورنتو مخصوص کودکان و نوجوانان از نسخه اصلی پرسشنامه آلکسی تایمیا بزرگسالان (بگبی، پارکر، تیلور^۲، ۱۹۹۴) گرفته شده و توسط ریف، استروالد، میرام^۳ (۲۰۰۶) ساخته شده است. این پرسشنامه ۲۰ سؤال دارد که به صورت سه درجه‌ای (کاملاً، تا حدودی و به هیچ وجه) پاسخ داده می‌شود و سه عامل ناتوانی در شناسایی احساسات، ناتوانی در توصیف احساسات و سبک تفکر عینی را می‌سنجد. ضریب آلفای کرونباخ این مقیاس ۰/۷۵ بدست آمده است. ضریب همبستگی خرده مقیاسهای این آزمون با چک لیست

1. Backer & et al
2. Bagby, Parker & Taylor
3. Rieffe, Oosterveld & Meerum

نشانه‌های روانی در دامنه از ۰/۱۷ تا ۰/۴۸ گزارش شده است (ریف و همکاران، ۲۰۰۶). در نسخه ی فارسی مقیاس نارسایی هیجانی، ضرایب آلفای کرونباخ برای آلکسی تایمیا کل و سه زیر مقیاس دشواری در شناسایی احساسات، دشواری در توصیف احساسات و تفکر عینی به ترتیب ۰/۸۵، ۰/۸۲، ۰/۷۵ و ۰/۷۲ بدست آمد. پایایی بازآزمایی مقیاس نارسایی هیجانی، در یک نمونه ۶۷ نفری در دو نوبت با فاصله چهار هفته از ($r=0/80$) تا ($r=0/87$) برای آلکسی تایمیا کل و زیرمقیاس‌های مختلف تایید شد. روایی هم زمان مقیاس نارسایی هیجانی، برحسب همبستگی بین زیر مقیاس‌های این آزمون و مقیاس‌های هوش هیجانی، بهزیستی روان شناختی و درماندگی روان شناختی بررسی و مورد تایید قرار گرفت. نتایج ضرایب همبستگی پیرسون نشان داد که بین نمره‌ی آزمودنی‌ها در مقیاس آلکسی تایمیا کل با هوش هیجانی ($r=-0/80$ ، $P<0/001$)، بهزیستی روان شناختی ($r=-0/78$ ، $P<0/001$) و درماندگی روان شناختی ($r=-0/44$ ، $P<0/001$)، همبستگی معنادار وجود دارد. ضرایب همبستگی بین زیر مقیاس‌های آلکسی تایمیا و متغیرهای فوق نیز معنادار بودند. نتایج تحلیل عاملی تاییدی نیز وجود سه عامل دشواری در شناسایی احساسات، دشواری در توصیف احساسات و تفکر عینی را در نسخه‌ی فارسی مقیاس آلکسی تایمیا تایید کردند (بشارت، ۲۰۰۷).

شیوه مداخله: بازسازی شناختی

بازسازی شناختی مایکنبام: این روش در ابتدا توسط مایکنبام در سال ۱۹۷۴ مطرح شد سپس در سال ۱۹۸۳ توسط مایکنبام و کامرون شرح و جزئیات بیشتری از آن ارائه شد. هم اکنون این روش یکی از جامع‌ترین روش‌های شناختی رفتاری به حساب می‌آید (جعفری و همکاران، ۱۳۹۰؛ به نقل از توکلیان، ۱۳۹۳). برای گروه آزمایش درمان شناختی رفتاری مایکنبام در ۶ جلسه و هر جلسه به مدت ۴۵ دقیقه اجرا شد. (نریمانی، رفیق ایرانی و ابوالقاسمی، ۱۳۸۸؛ به نقل از توکلیان، ۱۳۹۳).

خلاصه جلسات بازسازی شناختی (درمان شناختی رفتاری مایکنبام): جلسه اول:

برقراری رابطه درمانی با نمونه مورد مطالعه؛ انجام پیش‌آزمون؛ بیان کلی ایمن‌سازی در مقابل

استرس. **جلسه دوم:** آموزش تکنیک تن آرامی پیش‌رونده. **جلسه سوم:** تمرین تن آرامی پیش‌رونده؛ **جلسه چهارم:** تمرین تن آرامی پیش‌رونده؛ تمرین تکنیک توجه برگردانی؛ آموزش بازسازی شناختی. **جلسه پنجم:** تمرین تن آرامی پیش‌رونده؛ تمرین تکنیک توجه برگردانی؛ تمرین بازسازی شناختی؛ آموزش خودگویی هدایت شده. **جلسه ششم:** تمرین مهارت‌های قبلی؛ آموزش حل مسأله.

روش اجرا: بعد از اخذ مجوز از اداره آموزش و پرورش استثنایی شهرستان ارومیه به مدرسه اختلالات یادگیری ویژه این شهر مراجعه و نمونه پژوهش انتخاب شد. اعضای نمونه بعد از انتخاب براساس نظر مربیان و معلمان آن مدارس، جهت اطمینان ابتدا به آزمون هوشی ریون پاسخ دادند. در مرحله بعد، از بین افرادی که اختلال یادگیری دارند، تعداد ۳۲ نفر به طور تصادفی انتخاب و بعد از مصاحبه بالینی با آنها در گروه آزمایشی و گروه کنترل به صورت تصادفی گماره شدند، بعد از اجرای پیش آزمون روی گروه آزمایشی، شیوه مداخله بازسازی شناختی اعمال شد و روی گروه کنترل هم ۶ جلسه محاوره معمولی اجرا شد. بعد از اتمام جلسات درمانی هر دو گروه پس آزمون اجرا شده و داده‌های بدست آمده با استفاده از ابزارهای آماری توصیفی نظیر میانگین، انحراف استاندارد و فراوانی و آزمون تحلیل کوواریانس چندمتغری (MANCOVA) تجزیه و تحلیل شدند.

نتایج

نتایج نشان داد از میان دانش‌آموزان گروه بازسازی شناختی ۳۱/۲۵ درصد (۵ نفر) چهارم ابتدایی، ۳۷/۵ درصد (۶ نفر) پنجم ابتدایی و ۳۱/۲۵ درصد (۵ نفر) ششم ابتدایی بودند. از میان دانش‌آموزان گروه کنترل نیز ۳۷/۵۰ درصد (۶ نفر) چهارم ابتدایی، ۴۳/۷۵ درصد (۷ نفر) پنجم ابتدایی و ۱۸/۷۵ درصد (۳ نفر) ششم ابتدایی بودند.

اثربخشی بازسازی شناختی بر پردازش هیجان و آلکسی تایمیا در دانش آموزان دارای اختلال یادگیری...

جدول ۱. میانگین و انحراف استاندارد گروه های آزمایش و کنترل در مولفه های متغیرهای مورد مطالعه در پیش و پس آزمون

متغیرها	مولفه ها	گروه کنترل				گروه بازسازی شناختی			
		پیش آزمون		پس آزمون		پیش آزمون		پس آزمون	
		SD	M	SD	M	SD	M	SD	M
پردازش هیجان	سرکوبی	۲۲/۹۳	۲/۱۴	۲۳/۱۲	۲/۶۰	۲۳/۸۱	۱/۷۹	۲۰/۳۷	۱/۶۶
	هیجان تنظیم نشده	۲۳/۸۱	۱/۸۳	۲۳/۲۵	۱/۹۸	۲۴/۰۶	۱/۲۳	۲۰/۸۱	۱/۵۵
	تجربه هیجانی ضعیف	۲۴/۰۶	۱/۲۸	۲۲/۸۷	۱/۳۶	۲۳/۳۷	۱/۸۲	۱۹/۸۷	۱/۸۵
	هیجان پردازش نشده	۲۳/۶۸	۱/۶۲	۲۳/۵۰	۱/۹۳	۲۳/۷۳	۲/۰۶	۲۰/۰۶	۱/۶۵
آلکسی تایمیا	اجتناب	۲۱/۰۰	۱/۶۷	۲۰/۸۱	۱/۵۵	۲۰/۴۳	۱/۵۰	۱۷/۳۷	۱/۵۴
	شناسایی احساسات	۲۶/۹۳	۱/۷۳	۲۶/۴۳	۲/۳۹	۲۵/۶۸	۳/۳۶	۱۳/۰۶	۲/۲۹
	توصیف احساسات	۲۶/۵۶	۲/۴۲	۲۴/۸۱	۲/۹۰	۲۷/۵۰	۲/۳۶	۱۳/۱۲	۲/۲۷
	تفکر عینی	۱۹/۹۳	۲/۵۱	۱۹/۸۷	۲/۳۳	۲۰/۶۲	۲/۱۵	۱۰/۴۳	۲/۲۲

همان طوری که در جدول ۱ ملاحظه می گردد میانگین (و انحراف استاندارد) پس آزمون مولفه های پردازش هیجان گروه بازسازی شناختی به ترتیب در سرکوبی $(20/37 \pm 1/66)$ ، هیجان تنظیم نشده $(20/81 \pm 1/55)$ ، تجربه هیجانی ضعیف $(19/87 \pm 1/85)$ ، هیجان پردازش نشده $(20/06 \pm 1/65)$ و اجتناب $(17/37 \pm 1/54)$ می باشد؛ میانگین (و انحراف استاندارد) پس آزمون مولفه های آلکسی تایمیا گروه بازسازی شناختی به ترتیب در دشواری در شناسایی احساسات $(13/06 \pm 2/29)$ ، دشواری در توصیف احساسات $(13/12 \pm 2/27)$ و تفکر عینی $(10/43 \pm 2/22)$ می باشد.

قبل از استفاده از آزمون پارامتریک تحلیل کوواریانس چند متغیری جهت رعایت پیش فرض های آن، از آزمون نرمال بودن کولموگروف-اسمیرنف، آزمون باکس و لوین استفاده شد. نتایج بررسی نرمال بودن داده ها نشان داد که آماره Z کولموگروف-اسمیرنف برای آلکسی تایمیا و پردازش هیجان به ترتیب برابر با $1/06$ و $1/35$ در سطح $(P \geq 0/05)$ معنی دار نیست، یعنی توزیع

متغیرها در بین نمونه با توزیع آن در جامعه آماری نرمال است. هم چنین نتایج آزمون باکس نشان داد که سطح معناداری برای هیچ یک از مولفه‌های متغیرهای وابسته معنی‌دار نبوده است، شرط همگنی ماتریس‌های واریانس/کوواریانس به درستی رعایت شده است ($F=0/929$ ، $P=0/667$)، $BOX=162/61$). هم چنین براساس آزمون لوین، سطح آماره (F) برای مولفه‌های متغیرهای وابسته معنی‌دار نیست و این نشان دهنده آن است که واریانس خطای این متغیرها در بین آزمودنی‌ها متفاوت نیست و واریانس‌ها با هم برابرند.

جدول ۲. نتایج شاخص‌های اعتباری آزمون معناداری تحلیل کوواریانس چند متغیری در گروه‌های آزمایش و کنترل

منبع	نام آزمون	مقدار	F	فرضیه df	خطا df	P
گروه	اثر پیلایی	۰/۹۹۵	۴۴/۸۸	۱۴/۰۰	۳/۰۰	۰/۰۰۵
	لامبدا ویلکز	۰/۰۰۵	۴۴/۸۸	۱۴/۰۰	۳/۰۰	۰/۰۰۵
	اثر هتلینگ	۲۰۹/۴۶	۴۴/۸۸	۱۴/۰۰	۳/۰۰	۰/۰۰۵
	بزرگترین ریشه خطا	۲۰۹/۴۶	۴۴/۸۸	۱۴/۰۰	۳/۰۰	۰/۰۰۵

نتایج جدول ۲ نشان می‌دهد که سطوح معناداری همه آزمون‌ها قابلیت استفاده از تحلیل کوواریانس چند متغیری را مجاز می‌شمارد. این نتایج نشان می‌دهد که در بین دو گروه بازسازی شناختی و گروه کنترل حداقل از نظر یکی از مولفه‌های متغیرهای وابسته تفاوت معناداری وجود دارد.

جدول ۳. نتایج آزمون تحلیل کوواریانس چند متغیره (MANCOVA) بر روی مولفه‌های متغیرهای وابسته در گروه‌های آزمایش و کنترل

منبع	متغیرها	مولفه‌ها	SS	df	MS	F	p
پردازش هیجان		سرکوبی	۴۸/۲۹	۱	۴۸/۲۹	۱۰/۵۳	۰/۰۰۴
		هیجان تنظیم نشده	۳۰/۹۴	۱	۳۰/۹۴	۱۲/۹۷	۰/۰۰۲
		تجربه هیجانی ضعیف	۲۹/۸۶	۱	۲۹/۸۶	۹/۵۶	۰/۰۰۵
		هیجان پردازش نشده	۵۹/۱۹	۱	۵۹/۱۹	۳۱/۰۵	۰/۰۰۰
		اجتناب	۷۶/۷۹	۱	۷۶/۷۹	۳۲/۵۸	۰/۰۰۰
نارسایی هیجانی		دشواری در شناسایی احساسات	۱۰۵۰/۵۵	۱	۱۰۵۰/۵۵	۲۶۲/۴۷	۰/۰۰۰
		دشواری در توصیف احساسات	۸۲۹/۵۳	۱	۸۲۹/۵۳	۹۲/۰۲	۰/۰۰۰
		تفکر عینی	۵۲۸/۵۸	۱	۵۲۸/۵۸	۹۰/۵۵	۰/۰۰۰

همان طوریکه در جدول ۳ ملاحظه می‌گردد بین دانش آموزان گروه‌های آزمایش و گروه کنترل در مولفه‌های پردازش هیجان و آلکسی تایمیا تفاوت معناداری در سطح ($P \leq 0/001$) وجود دارد. به عبارت دیگر مولفه‌های پردازش هیجان و آلکسی تایمیا گروه آزمایش بعد از مداخله بازسازی شناختی متفاوت است.

بحث و نتیجه گیری

هدف پژوهش حاضر بررسی اثربخشی آموزش بازسازی شناختی بر پردازش هیجان و آلکسی تایمیای دانش آموزان دارای اختلال یادگیری خاص بود. نتایج آزمون تحلیل کوواریانس چند متغیره نشان داد بین دانش آموزان گروه‌های آزمایش و گروه کنترل در مولفه‌های پردازش هیجانی تفاوت معناداری وجود دارد. به عبارت دیگر میانگین مولفه‌های پردازش هیجانی گروه آزمایش بعد از مداخله بازسازی شناختی با گروه کنترل متفاوت است. بطوری که آموزش بازسازی

شناختی باعث کاهش سرکوبی، هیجان تنظیم نشده، تجربه هیجانی ضعیف، هیجان پردازش نشده و اجتناب گروه آزمایش در مقایسه با گروه کنترل شده است. بنابراین نتایج نشان داد که بازسازی شناختی موجب افزایش توانایی پردازش هیجان می‌گردد. این نتایج با یافته‌های وود و همکاران (۲۰۰۹) که نشان دادند افرادی که دوره‌های شانزده جلسه‌ای درمان بازسازی شناختی را گذرانده‌اند، نسبت به گروه کنترل افزایش چشمگیری در توانایی بازشناسی هیجان داشتند، هم خوان می‌باشد. هم چنین با نتایج ریتچی و همکاران (۲۰۱۱) مبنی بر تاثیر درمان شناختی رفتاری بر بهبود عملکرد ساختارهایی از مغز که در بازشناسی هیجان دخیل هستند، هم خوان است. این یافته‌ها با نتایج واتسون و بدارد (۲۰۰۶) که نشان دادند درمان شناختی رفتاری باعث بهبود توانایی پردازش هیجان می‌شود، هم خوانی دارد. هم چنین سیگل، کارتر و تاس^۱ (۲۰۰۶) نشان دادند که درمان شناختی رفتاری به بهینه سازی عملکرد آمیگدال منجر می‌شود. از سوی دیگر علت ناتوانی در بازشناسی هیجان ترس و تاحدودی غم اشکالات ساختاری و کارکردی آمیگدال می‌باشد (آلمدیا، ورساس، هاسل، کوپر و فیلیس^۲، ۲۰۱۰). بنابراین درمان شناختی رفتاری از طریق بهبود عملکرد آمیگدال موجب افزایش توانایی پردازش و بازشناسی ترس و در نتیجه افزایش نمره کلی پردازش هیجان می‌شود.

در تبیین نتایج مطالعه حاضر می‌توان گفت از نواحی مغزی در گیر در پردازش هیجان می‌توان به نواحی ای از قشر پیش‌پیشانی، سینگولا و دستگاه لیمبیک اشاره کرد که مطالعاتی که به بررسی ساختار و عملکرد مغز به وسیله تصویربرداری پزشکی پرداخته‌اند، کارآمدی درمان شناختی رفتاری در بهبود عملکرد این نواحی را به اثبات رسانده‌اند. این یافته‌ها نشان دادند درمان شناختی رفتاری باعث می‌شود افراد از نظر توانایی پردازش هیجان چهره‌ای پیشرفت کنند و بنابراین روابط اجتماعی آن‌ها بهبود یابد و مشکلات خلقی منفی مانند افسردگی یا خلق پایین در اثر این بهبود کارکردی بهبود می‌یابد (سیگل و همکاران، ۲۰۰۶؛ ریتچی و همکاران، ۲۰۱۱؛ کانلی، کونی،

1. Siegle, Carter & Thase

2. Almeida, Versace, Hassel, Kupfer & Phillips

گلدین، شاه، سیورز و همکاران^۱، ۲۰۰۵). بهبود نمرات آزمون پردازش هیجان در اثر بازسازی شناختی این پیام را می‌رساند که کارکرد نواحی مغزی مربوط به پردازش هیجان بهبود یافته است. این یافته قبلاً توسط مطالعاتی که به بررسی اثر درمان شناختی رفتاری بر کارکردهای مغز پرداخته اند تایید شده است. این تحقیقات نشان داد درمان شناختی رفتاری باعث بهبود عملکرد و فعالیت بیولوژیکی نواحی میانی-شکمی قشر پیش پیشانی می‌شود (ریتچی و همکاران، ۲۰۱۱).

هم چنین نتایج آزمون تحلیل کوواریانس چند متغیره نشان داد بین دانش آموزان گروه آزمایش و گروه کنترل در مولفه‌های آلکسی تایمیا تفاوت معناداری وجود دارد. به عبارت دیگر میانگین مولفه‌های آلکسی تایمیا گروه آزمایش بعد از مداخله بازسازی شناختی با گروه کنترل متفاوت است. بطوری که آموزش بازسازی شناختی باعث آلکسی تایمیا گروه آزمایش در مقایسه با گروه کنترل شده است. این یافته‌ها با نتایج ریتچی و همکاران (۲۰۱۱) که نشان دادند درمان رفتاری شناختی باعث بهبود گردش خون به نواحی شکمی-میانی مغز و بهبود تنظیم هیجان می‌شود هم خوانی دارد. هم چنین با نتایج برکینگ و همکاران (۲۰۰۸) مبنی بر این که درمان شناختی رفتاری باعث بهبود کارکردهای هیجانی از جمله پذیرش، تحمل و تغییر هیجان‌های منفی می‌شود همخوانی داشت. آن‌ها نشان دادند که افرادی که درمان شناختی رفتاری دریافت کرده‌اند نسبت به گروه کنترل بیشتر از راهبردهای مثبت تنظیم هیجان استفاده می‌کنند. در پژوهشی نیز هیتون و همکاران (۲۰۰۸) به این نتیجه رسیدند که در افرادی که دوره درمان شناختی رفتاری را طی می‌کنند، ظرفیت تنظیم هیجان افزایش می‌یابد. این بهبود توانایی تنظیم هیجان از طریق تنظیم تونوس عصب واگ که در برگرداندن تمرکز از محرک منفی به محرک مثبت دارای نقش است، تعدیل می‌شود. این نتایج هم چنین تایید کننده یافته‌های سوفگل و همکاران (۲۰۱۳) می‌باشد که درمان شناختی رفتاری باعث افزایش برنامه‌ریزی که یکی از فاکتورهای توانایی های هیجانی می‌باشد، هم خوان است.

1. Canli, Cooney, Goldin, Shah, Sivers & et al

در تبیین نتایج مطالعه حاضر می‌توان گفت این‌که بازسازی شناختی باعث کاهش آلکسی تایمیا می‌شود، بسیار حائز اهمیت است. زیرا همان‌طور که روتبرگ و گراس (۲۰۰۷) بیان کرده‌اند یکی از کلیدی‌ترین عناصر درمان برای اختلالات روانی توانایی تنظیم هیجان است زیرا اختلالات تنظیم هیجان به ایجاد و ادامه اختلالات از جمله اختلالات یادگیری منجر می‌شود. بنابراین در هر اختلال از جمله اختلالات یادگیری هر روش درمانی که مورد استفاده قرار می‌گیرد لازم است راهبردهایی که باعث افزایش ظرفیت تنظیم هیجان می‌شوند، مورد توجه قرار گیرند. استفاده از درمان بازسازی شناختی برای بهبود توانایی هیجانی در دانش‌آموزان دچار اختلال یادگیری خاص از این لحاظ قابل دفاع است که سیگل و همکاران (۲۰۰۶) نشان دادند افرادی بیشترین بهره را از درمان بازسازی شناختی رفتاری برای بهبود تنظیم هیجان می‌برند که ساختارهای مغزی درگیر در تنظیم هیجان از جمله قشر سینگولای قدامی^۱ آن‌ها دچار نقص کارکردی است و مطالعات بسیار زیادی به نقص کارکردی این بخش از مغز در مبتلایان به اختلال یادگیری را اثبات کرده‌اند.

از جمله محدودیت‌های این پژوهش می‌توان به تعداد جلسات کم و به مدت شش جلسه اشاره نمود؛ عدم پیگیری جهت بررسی اثرات درمان در بلندمدت از محدودیت‌های این پژوهش است؛ محدودیت بعدی پژوهش حاضر عدم کنترل ADHA می‌باشد. بدین معنی که علی‌رغم حذف دانش‌آموزان ADHA، عقب مانده ذهنی و تیزهوش در قسمت ملاک‌های ورودی احتمالاً واریانس این مولفه‌ها در بین گروه‌ها متفاوت باشد که این هم تا حدودی با جایگزینی تصادفی آزمودنی‌ها کنترل می‌شود. پیشنهاد می‌شود در پژوهش‌های آتی از تعداد جلسات درمانی بیشتری استفاده شود؛ پیشنهاد می‌شود که در پژوهش‌های آتی جهت تعیین اثرات بلندمدت آموزش بازسازی شناختی بر بهبود پردازش‌های شناختی و هیجانی از آزمودنی‌ها پیگیری شش ماهه و یک ساله به عمل آید؛ پیشنهاد می‌گردد با محاسبه واریانس شدت ADHA در بین گروه‌های مورد مطالعه و هم‌تاسازی آزمودنی‌ها در بین گروه‌ها اثر این مولفه‌ها کنترل شود و در آخر پیشنهاد می‌

1. Anterior Singulate Cortex

گردد با توجه به اثربخش بودن آموزش بازسازی شناختی در بهبود قابلیت‌های هیجانی دانش‌آموزان مبتلا به اختلال یادگیری خاص پیشنهاد می‌شود که روش درمانی مذکور به طور جدی به مشاوران و درمانگران مرتبط با این افراد آموزش داده شود.

منابع

- ابوالقاسمی، عباس (۱۳۸۴). بررسی کارآمدی دو روش شناختی و منطقی هیجانی در درمان اضطراب امتحان و بهبود عملکرد تحصیلی دانش‌آموزان پسر دوم دبیرستان. اندیشه‌های نوین تربیتی، ۱۲(۲)، ۱۳۸-۱۲۳. افروز، غلامعلی. (۱۳۹۰). اختلالات یادگیری. تهران: دانشگاه پیام نور.
- بهرامی خوندابی، فاطمه (۱۳۸۶). افزایش مهارت‌های عاطفی دانش‌آموزان از طریق آموزش پردازش هیجانی. سومین کنگره نوروبیولوژی ایران، اصفهان.
- توکلیان، احسان (۱۳۹۳). بررسی اثربخشی آموزش بازسازی شناختی بر بهبود پردازش/بازشناسی هیجان و نارسایی‌های شناختی در معتادان. پایان‌نامه کارشناسی ارشد. دانشگاه محقق اردبیلی.
- خرمایی، فرهاد؛ عباسی، مسلم و رجیبی، سعید (۱۳۹۰). مقایسه کمال‌گرایی و تعقل‌ورزی در مادران دانش‌آموزان با و بدون ناتوانی یادگیری. مجله ناتوانی‌های یادگیری، ۱(۱)، ۷۷-۶۰.
- سلیمانی، اسماعیل؛ زاهد بابلان، عادل؛ فرزانه، جبرائیل و ستوده، محمدباقر (۱۳۹۰). مقایسه آلکسی تایمیا و مهارت‌های اجتماعی دانش‌آموزان دارای اختلال یادگیری و بهنجار. مجله‌ی ناتوانی‌های یادگیری، ۱(۱)، ۹۳-۷۸.
- سید عباس زاده، میر محمد؛ گنجی، مسعود و شیرزاده، علی (۱۳۸۲). بررسی رابطه هوش با پیشرفت تحصیلی دانش‌آموزان پایه سوم راهنمایی تحصیلی مدارس استعدادهای درخشان شهرستان اردبیل. پایان‌نامه کارشناسی ارشد، سازمان مدیریت و برنامه ریزی استان اردبیل.
- کاشانی موحد، آمنه (۱۳۸۴). رابطه حافظه فعال و پایداری هیجانی دانش‌آموزان با و بدون اختلال نارسایی توجه / بیش‌فعالی، پایان‌نامه کارشناسی ارشد دانشگاه علامه طباطبائی. دانشکده روان‌شناسی و علوم تربیتی.
- کیامرثی، آذر و ایل بیگی قلعه‌نی، رضا (۱۳۹۱). ارتباط احساس پیوستگی و نارسایی هیجانی با رضایت از زندگی در دانش‌آموزان ADHD دختر دارای نشانه‌های. مجله‌ی روان‌شناسی مدرسه، ۱(۱)، ۹۲-۷۶.

- گنجی، مهدی (۱۳۹۲). آسیب شناسی روانی بر اساس DSM-5. نشر: ساوالان.
- عباسی، مسلم (۱۳۹۵). مقایسه سبک‌های مقابله‌ای و پردازش هیجانی دانش‌آموزان تیزهوش و عادی مقطع متوسطه. *مجله‌ی روان‌شناسی مدرسه*، ۵(۳)، ۱۴۷-۱۳۲.
- لرنر، ژان (۱۳۸۴). *ناتوانی‌های یادگیری (نظریه‌ها، راهبردها و روشها)*. ترجمه ع. دانش. تهران: انتشارات دانشگاه شهید بهشتی.
- لطفی، صدیقه (۱۳۸۹). نقش قضاوت اجتماعی و پردازش هیجانی در پیش‌بینی واکنش‌پذیری زنان دارای فوبی اجتماعی. پایان‌نامه کارشناسی ارشد روان‌شناسی عمومی، دانشگاه محقق اردبیلی.
- نریمانی، محمد؛ عباسی، مسلم؛ بگیان کوله مرز، محمدجواد و رضایی فرد، اکبر (۱۳۹۴). مقایسه اثر بخشی آموزش‌های کنترل تکانه و توجه بر پردازش هیجانی، تکانشگری و حواس‌پرتی دانش‌آموزان مبتلا به اختلال ریاضی، *مجله پژوهش‌های علوم شناختی و رفتاری*، ۹(۲۲)، ۱-۲۲.
- مایکنام، دونالد (۱۹۸۶). آموزش ایمن‌سازی در مقابل استرس. ترجمه سیروس مبینی (۱۳۷۶). تهران: انتشارات رشد.
- محسن‌پور، مریم؛ حجازی، الهه و کیامنش، علیرضا. (۱۳۸۶). نقش خودکارآمدی، اهداف پیشرفت، راهبردهای یادگیری و پایداری در پیشرفت تحصیلی در درس ریاضی دانش‌آموزان سال سوم متوسطه شهر تهران. *فصلنامه نوآوری‌های آموزشی*، ۵(۱۶)، ۳۵-۹.
- Almeida, J. R., A. Versace, S. Hassel, D. J. Kupfer, and M. L. Phillips. 2010. Elevated amygdala activity to sad facial expressions: a state marker of bipolar but not unipolar depression. *Biological psychiatry* 67:414-421.
- Altarc, M., & Saroha, E.(2007). Lifetime prevalence of learning disability among US children. *Pediatrics*, 119 Suppl 1, S77-83.
- Auerbach, J. G., Gross-Tsur, V., Manor, O., & Shalev, R. S.(2008). Emotional and behavioral characteristics over a six year period in youths with persistent and nonpersistent dyscalculia. *Journal of Learning Disabilities*, 41, 263-273.
- Backer, R. et al.(2007). Development of an Emotional processing. *Journal of psychosomatic research*, 4(62), 167-178.
- Bagby, R.M., Parker, J.D., Taylor, G.J.(1994). The Twenty-item Toronto Alexithymia Scale: Item Selection and Cross-validation of the Factor Structure. *Journal Psychosom Res*; PP.38(1); 23-32.
- Baker, B.L., Blancher, J., Olsson, M.B. 2005. Preschool Children with and without Developmental Delay: behavior problems, parents, optimism and well-being. *Journal of Intellect Disabil Res*. 49(8): 575-590.

- Berking, M., P. Wupperman, A. Reichardt, T. Pejic, A. Dippel, and H. Znoj. 2008. Emotion-regulation skills as a treatment target in psychotherapy. *Behaviour Research and Therapy* 46:1230-1237.
- Besharat, M. A.(2007). Reliability and factorial validity of Farsi version of the Toronto Alexithymia
- Canli, T., R. E. Cooney, P. Goldin, M. Shah, H. Sivers, M. E. Thomason, S. Whitfield-Gabrieli, J. D. Gabrieli, and I. H. Gotlib. 2005. Amygdala reactivity to emotional faces predicts improvement in major depression. *Neuroreport* 16:1267-1270.
- Fessler, M. A., Rosenberg, M. S., & Rosenberg, L. A.(1991). Concomitant learning disabilities and learning problems among students with behavioral/emotional disorders: A conceptual model. *Behavioral Disorders*, 16, 97-106.
- Fristad, M. A., Topolosky, S., Weller, E. B., & Weller, R. A.(1992). Depression and learning disabilities in children. *Journal of Affective Disorders*, 26, 53-58.
- Hill, Richmond.(2005). *Learning Disabilities: Anew Definition*. Learning Disabilities Association of Region 11181 Yonge Street, Unit 221.
- Hinton, D. E., S. G. Hofmann, R. K. Pitman, M. H. Pollack, and D. H. Barlow. 2008. The Panic Attack-Posttraumatic Stress Disorder Model: Applicability to Orthostatic Panic Among Cambodian Refugees. *Cognitive Behaviour Therapy* 37:101-116.
- Karande, S, Mahajan, V, & Kulkarni, M.(2009). Recollections of learning disabled adolescents of their schooling experiences: a qualitative study. *Indian J Med Sci*, 63, 382-391.
- Klassen, R. M., & Lynch, S. L.(2007). Self-efficacy from the perspective of adolescents with learning disabilities and their specialist teachers. *Journal of Learning Disabilities*, 40, 494-507.
- Landerl, K., Fussenegger, B., Moll, K., & Willburger, E.(2012). Dyslexia and dyscalculia: Two learning disorders with three different cognitive profiles. *Journal of Experimental Child Psychology*, 4(3), 234-244.
- Mihandoost, Zeinab.(2011). The Survey of Correlate Causes of Learning Disabilities Prevalence among Elementary Students. *Asian Social Science*, 7(7).
- Mogasale, V. V., Patil, V. D., Patil, N. M., & Mogasale, V.(2011). Prevalence of Specific Learning Disabilities Among Primary School Children in a South Indian City. *Indian Journal of Pediatrics*, 1-6.
- Murphy, C. F. B., & Schochat, E.(2012). How auditory temporal processing deficits relate to dyslexia.
- Narimani, M., Abbasi, M., Bagiyan, M. J. & Rezaie (2015). The Effectiveness of Impulse Control and Attention Training on Emotional Processing, Impulsiveness and Distractibility in Students with Dyscalculia. *Cognitive and Behavioral Research*, 9(1), 1-22. (Persian).
- Parker, J.D., Taylor, R.N., Eastabrook, J.M., Schell, S.L., & Wood, L.M. (2008). Problem Gambling in Adolescence: Relationships with Internet Misuse, Gaming Abuse and Emotional Intelligence, Personality and Individual Differences, 45(7), 174-180.

- Rieffe, C., Oosterveld, P., Meerum, M.(2006). An Alexithymia Questionnaire for Children: Factorial and Concurrent Validation Results. *Personality and Individual Differences*, PP.(40),123-133.
- Ritchey, M., F. Dolcos, K. M. Eddington, T. J. Strauman, and R. Cabeza. 2011. Neural correlates of emotional processing in depression: changes with cognitive behavioral therapy and predictors of treatment response. *Journal of psychiatric research* 45:577-587.
- Rottenberg, J., and J. J. Gross. 2007. Emotion and emotion regulation: A map for psychotherapy researchers. *Clinical Psychology: Science and Practice* 14:323-328.
- Sideridis, G. D.(2007). International approaches to learning disabilities: More alike or more different? *Learning Disabilities Research & Practice*, 22, 210–215.
- Siegle, G., C. Carter, and M. Thase. 2006. Use of fMRI to predict recovery from unipolar depression with cognitive behavior therapy. *American Journal of Psychiatry* 163:735-738.
- Sofuoglu, M., E. E. DeVito, A. J. Waters, and K. M. Carroll. 2013. Cognitive enhancement as a treatment for drug addictions. *Neuropharmacology* 64:452-463.
- Swanson, L. H., Harris, R. K., & Graham, S.(2003). *Handbook of learning disabilities*. New York, NY: Guilford Press.
- Taylor, G.J., Bagby, M.(2000). An Overview of The Alexithymia Construct. In: Bar-On R, Parker JD.(editors). *The Handbook of Emotional Intelligence*. 1st ed. San Francisco: Jossey-Bass; 263-76.
- Tull, MT., Medaglia, E., Roemer, L.(2005). An Investigation of The Construct Validity of the 20-item Toronto Alexithymia Scale Through The use of a Verbalization Task. *Journal Psychosom Res*; 59(2), 77-84.
- Watson, J. C., and D. L. Bedard. 2006. Clients' emotional processing in psychotherapy: A comparison between cognitive-behavioral and process-experiential therapies. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 74:152.
- Wood, J. J., A. Drahota, K. Sze, K. Har, A. Chiu, and D. A. Langer. 2009. Cognitive behavioral therapy for anxiety in children with autism spectrum disorders: A randomized, controlled trial. *Journal of Child Psychology and Psychiatry* 50:224-234.

The effectiveness of cognitive remediation on emotional processing and alexithymia students with specific learning disabilities

E. Soleymani¹

Abstract

This study examined the effectiveness of cognitive remediation on emotional processing and alexithymia students with specific learning disorder. This research was the pre-test and post-test study with a control group. The study population included specific learning disability students with specific learning disabilities in fifth and sixth grades of elementary schools in Urmia city during the academic years 2015-2016. The sample consisted of 32 students with specific learning disabilities who were randomly selected from the population. To collect data, the Raven's Progressive Matrices, processing of emotional and Toronto Alexithymia Scale were used. Mayknbam cognitive restructuring interventions were implemented in six sessions on the experimental group. The results of multivariate analysis of covariance showed that there is a significant difference in the experimental group and the control group in components of emotional processing and alexithymia. In other words, cognitive restructuring therapy on the components of emotional processing and alexithymia was significantly effective. These results suggest that cognitive restructuring can amend emotional processing and alexithymia students with learning disabilities.

Key words: emotional processing, alexithymia, cognitive restructuring, learning disorder

1. Corresponding Author: Assisstant professor of psychology, urmia University. E.soleimani@urmia.ac.ir