**مقدمه**

ناتوانی های یادگیری یکی از پیچیده ترین ناتوانی هایی است که در حیطه کودکان استثنایی مطرح می باشد و این پیچیدگی در تعریف، طبقه بندی، ارزیابی و آموزش افراد با ناتوانی های یادگیری نیز انعکاس یافته است. بخشی از این پیچیدگی به ماهیت این ناتوانی و حیطه های گوناگونی چون پزشکی، عصب شناسی، روان­شناسی و علوم تربیتی مربوط است و بخش دیگر مربوط به ویژگی های افراد دارای ناتوانی های یادگیری است. در این فصل ابتدا به تعریف و طبقه بندی نارساخوانی به عنوان یکی از مهمترین و شایع ترین انواع ناتوانی های یادگیری در بین کودکان همراه با ذکر ویژگی ها و شیوع آن پرداخته می شود. همچنین مطالبی در خصوص سبک اسناد، و برنامه ایمن سازی روانی ارائه می گردد و در پایان به پژوهش های خارجی و داخلی انجام شده در این حیطه اشاره می شود.

**نارساخواني**

در میان ناتوانی های یادگیری، نارساخوانی از اهمیت ویژه ای برخوردار است زیرا یکی از اساسی ترین مهارت ها در مدرسه، تشخیص کلمات است و مهارت خواندن نه تنها در امر خواندن بلکه در یادگیری سایر علوم نیز مداخله می کند. ضعف در خواندن در مهارت های دیگر خواندن مانند ادراک نیز تاثیر می گذارد و لذا نقص در خواندن چالشی بزرگ در مدارس است. اصطلاح نارساخوانی «ديسلكسيا» از تركيب دو كلمه يوناني «dys» و «lexicos» تشكيل شده است. «dys» به معناي مشكل، دردناك يا نابهنجار است و «lexicos» به معناي «كلمه» مي‌باشد. بنابراين، اصطلاح ديسلكسيا به طور دقيق، وجود مشكلات در مورد كلمه‌ها را نشان مي‌دهد (آدامز[[1]](#footnote-1)،2008). بر مبنای تعریف انجمن نارساخواني انگلستان[[2]](#footnote-2)«نارساخواني تركيبي از تواناييها و مشكلاتی است كه فرآيند يادگيري را در يك يا چند زمينه از جمله خواندن، نوشتن و هجي كردن تحت تأثير قرار مي‌دهد. اين اختلال ممكن است با مشكلاتي در زمينه‌هاي سرعت پردازش، حافظه كوتاه‌مدت، توالي ادراك ديداري- شنيداري، زبان گفتاري و مهارتهاي حركتي همراه باشد (ريد[[3]](#footnote-3)، 2003). اختلال خواندن برمبناي چهارمین نسخه راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی[[4]](#footnote-4) DSM-IV-TR چنين تعريف شده است: حالتي كه در آن پيشرفت خواندن پايين‌تر از حدی باشد که می توان بر حسب سن، آموزش و هوش كودك از او انتظار داشت. اين اختلال به ميزان زيادي مانع موفقيت تحصيلي يا فعاليت‌ هاي روزانه مستلزم خواندن مي‌شود و در صورت وجود يك اختلال عصبي يا حسي، ميزان ناتواني خواندن بيش از آن حدي است كه معمولاً با اختلالات ديگر ديده مي‌شود. قانون بهبود آموزش افراد ناتوان ((IDEA[[5]](#footnote-5) بیان می کند که کودکان نارساخوان ممکن است در 1- مهارت خواندن، 2- روان خواندن و 3- درک خواندن دارای مشکلاتی باشند که همه با نام نارساخوانی طبقه بندی می شوند. بنابراين، تعاريف فوق از نارساخواني براساس ديدگاههاي عصب‌شناختي، شناختي، زبان‌شناختي و ادراكي صورت گرفته‌اند.

**شيوع نارساخواني**

نارساخواني شايع‌ترين نوع ناتوانی يادگيري می باشد كه مورد شناسايي قرار گرفته است به طوری که 80 درصد کودکان دارای ناتوانی های يادگيري، نارساخوان مي‌باشند (فلوری[[6]](#footnote-6)، 2009). پاره‌اي از محققان براين باورند كه ميزان شيوع نارساخواني به تعريف و ملاكهاي تشخيصی بستگی دارد (مک کامیک[[7]](#footnote-7)، 2010). محققان مختلف به دليل وجود تعاريف و تبيين‌هاي متفاوت از نارساخواني، ارقام متفاوتي را درباره فراواني اين اختلال ارائه داده‌اند. اغلب محققان رقم 4% را پذيرفته‌اند. در آمريكا نيز حدود 4درصد از كودكان سنين مدرسه نارساخوان هستند كه ميزان شيوع آن بين 2 تا 8 درصد است (پورافکاری، 1386/2007). براساس نتايج تحقيقات سیف نراقی و نادری (1388)، ميزان شيوع ناتوانی های يادگيري در ايران 11 درصد اعلام شده است كه حداقل 9 درصد آن را کودکان نارساخوان تشکیل می دهند

**ویژگی ها**

سیف نراقی و نادری1388) ) هشت ویژگی مهم یادگیری دانش آموزان نارساخوان را مطرح کرده اند که عبارتند از:

**1-** وابستگی مفرط[[8]](#footnote-8) در یادگیری**:** دانش آموزان نارساخوان به هدایت و یادگیری دیگران در یادگیری بسیار وابسته هستند. آن ها به ویژه در انجام تکالیف خود، این وابستگی به دیگران را نیز نشان می دهند.

2- وجود مشکل در نظارت بر عملکرد: دانش آموزان نارساخوان بر فرایند خواندن خود نظارت نداشته و اغلب آن ها درک درستی از مواد خواندنی ندارند.

3- شکست در انتخاب راهبردهای مناسب: دانش آموزان نارساخوان راهبردهایی را که برای موفقیت در انجام هر تکلیف به کار می برند یکسان است.

4- مشکلات حافظه: این دانش آموزان در به خاطر سپردن مواد درسی به ویژه متون خواندنی مشکلات بسیاری دارند و آن ها را بسیار سریع فراموش می کنند.

5- وجود مشکل در یادگیری صدای حروف: اغلب دانش آموزان نارساخوان در یادگیری صدای حروف و ترکیب آن ها دارای مشکلات اساسی هستند.

6- محدود بودن دامنه واژگان: این دانش آموزان دارای واژگان محدودی هستند که این امر در گفتار و نوشته های آن ها به وضوح مشخص است.

7- مشکل در تعمیم: دانش آموزان نارساخوان نمی توانند مفاهیمی را که یاد می گیرند به سایر موقعیت ها تعمیم دهند.

8- نگرش منفی نسبت به تکلیف: اکثر دانش آموزان نارساخوان تمایلی به انجام تکالیف چالش برانگیز ندارند. معمولا این دانش آموزان تکالیفی را دوست دارند که انجام آن مستلزم طی مراحل ساده است. این امر ممکن است به تجارب شکست آن ها در طی سال های اولیه مدرسه مربوط باشد.

**سير و پيش‌آگهي**

حتي بدون كمك های اصلاحي، بسياري از كودكان نارساخوان طي دو سال اول ابتدايي، اطلاعاتی درخصوص زبان نوشتاری به ­دست مي‌آورند. تا پایان سال اول تحصیلی ممكن است برخي از آن ها خواندن چند كلمه را ياد گرفته باشند ولي اگر تا پایه سوم هيچ گونه مداخلة آموزشي كمكي اعمال نشود، اين كودكان از نظر خواندن واجد ناتواني خواهند شد. در بهترين شرايط کودکی كه در معرض خطر نارساخوانی قرار دارد در طول دوره كودكستان يا اوايل پایه اول دبستان شناسايي مي‌شود. اگر آموزش هاي كمكي به موقع شروع شده باشد در موارد خفيف مي‌توان آن را از اواخر پایه اول يا دوم دبستان قطع كرد. در موارد شديدتر و بسته به الگو و شدت نقايص، آموزش كمكي ممكن است تا اواسط و يا اواخر دبيرستان نيز ادامه يابد (سیف نراقی و نادری، 1388).

**علائم باليني نارساخوانی**

اكثر كودكان نارساخوان معمولاً تا سن هشت سالگي (پایه دوم ابتدایی) مورد شناسایی قرار مي‌گيرند. مشكلات خواندن در دانش‌آموزان ممكن است در پایه اول نيز خود را نشان دهند. كودكان در پایه های پایین تر مقطع ابتدايي، گاهي با استفاده از حافظه خود، بخصوص اگر هوش بالايي داشته باشند، می توانند نارساخوانی را جبران کنند. در چنين مواردي ناتوانی ممكن است تا سن 9 سالگي (پایه چهارم) يا بيشتر خود را نشان ندهد. كودكان نارساخوان، در هنگام خواندن مرتكب اشتباهات متعددي مي‌گردند. اشتباهات كودكان نارساخوان برمبناي DSM-IV-R معمولاً با نشانه‌هايي از جمله حذف، افزودن، يا وارونه کردن كلمات مشخص مي‌شود. اين كودكان در تفكيك بين حروف از نظر شكل و اندازه دچار اشكال هستند، به­خصوص حروفي كه فقط از نظر جهت‌يابي فضايي و طول خطوط با هم تفاوت دارند. سرعت خواندن آنها كم و غالباً با حداقل درک همراه است. اكثر كودكان نارساخوان، توانايي رونويسي از متن چاپي را دارند، اما تقريباً همه آنها در هجي كردن ضعيف هستند. اين كودكان ممكن است از وسط يا آخر كلمه‌اي چاپي يا نوشته شده شروع به خواندن نمايند، گاهي اين كودكان حروفي را كه بايد خوانده شوند پس و پيش مي‌خوانند كه علت آن عدم تثبيت كامل حركات تعقيبي چشم به سمت راست است. نارسايي در به خاطر آوردن و عدم استمرار فراخواني موجب مي‌شود كه فرد اسم و صداي حروف را بخوبي بخاطر نياورد. اكثر كودكان نارساخوان از نوشتن و خواندن متنفرند و از آن پرهيز مي‌كنند. اضطراب آنها در مقابل تقاضاهايي كه زبان نوشتاري را ايجاب مي‌كند، افزايش مي‌يابد. اكثر كودكان نارساخواني كه آموزشهاي كمكي دريافت نمي‌كنند ممكن است از شكست مستمر و يأس ناشي از آن دچار احساس شرم و تحقير شوند. با گذشت زمان اين احساسها عميق‌تر مي‌گردند، كودكان ممكن است احساس افسردگی را تجربه کنند و حرمت خود پايين تری را نشان دهند (پورافکاری، 1386/2007).

**تشخيص افتراقي**

خطر مشكلات توجه، اختلالات رفتار ايذايي (مانند اختلال سلوك) و اختلالات اضطرابی و افسردگي در كودكان نارساخوان بيش از حد متوسط است. داده‌هاي موجود حاكي از آن است كه 25درصد كودكان نارساخوان به طور همزمان دچار اختلال نارسایی توجه–بیش­فعالی[[9]](#footnote-9)(ADHD) و تکانشگری نيز هستند. از سوي ديگر تخمين زده مي‌شود 15 تا 30درصد كودكان مبتلا به ADHDدارای ناتوانی های يادگيري هستند. اگرچه اين اختلالات در بسياري از موارد به طورهمزمان بروز مي‌كنند، اختلالات مجزايي بوده و مستلزم مداخلات جداگانه‌اي هستند. اما مطالعه خانواده‌ها نشان مي‌دهد كه در برخي موارد احتمالاً عوامل ژنتيك موجد نارساخوانی و سندرم هاي توجه، مشترك هستند. برخي شواهد نشان مي‌دهند كه ميزان بروز پرخاشگري در كودكان خردسال نارساخوان بالاتر از شانس و تصادف است و همچنين ميزان بروز اختلالات سلوك در نوجوانان نارساخوان بالاتر از حد متوسط است (سیف نراقی و نادری، 1388). به نظر مي‌رسد در كودكان و نوجوانان دارای اختلال سلوك، شيوع نارساخوانی بالاتر از حد مورد انتظار است. ميزان بروز افسردگي براساس مقياس هاي خودسنجي در كودكان نارساخوان بالاتر از حد متوسط است و ميزان بروز علايم اضطرابي در اين كودكان نیز بالاتر می باشد. علاوه بر اين كودكان نارساخوان معمولاً در روابط با همسالان مشكلاتي دارند و در موقعيت هاي مبهم اجتماعي مهارت كمتري در پاسخ‌دهي دقيق و ظريف دارند (پورافکاری، 1386/2007).

**جنسیت و نارساخوانی**

به رغم وجود نارساخوانی در هر دو جنس، فراواني آن در پسران 3 تا 4 برابر بيشتر از دختران گزارش شده است. ازآن­جايي كه نارساخوانی در پسران در اغلب مواقع با اختلالهاي رفتاري همراه است و به مراكز درماني بيشتر ارجاع داده مي‌شوند در نتيجه، تشخيص در آنها با فراواني بيشتري صورت مي‌گيرد. تحقيقات نشان داده‌اند كه اگر از يك روش تشخيصی منظم و ضوابط دقيق استفاده شود، ميزان فراواني نارساخوانی در پسران و دختران تقریبا يكسان است. به طور کلی خواندن شامل مراحل زیر است که تا حدودی قابل تعدیل نیز می باشند (پورافکاری، 1386/2007):

1ـ ادراك حروف و مجموعه‌اي از حروف

2ـ تلفظ كلمه و رشته‌هايي از حروف

3ـ پردازش نحوي مربوط به كلمات دستوري و بخشهاي انتهايي كلمات

4ـ فرآيندهاي معنايي مربوط به بازنمايي معاني كلمات

5ـ فرآيندهاي مفهوم‌سازي مربوط به پيوستار كلمات انتزاعي ـ عيني

**مشکلات هیجانی- رفتاری کودکان نارساخوان**

آثار هیجانی ناشی از شکست های مکرر و ناتوانی در دست یابی به احساس قابلیت و خود ارزشمندی و ارزش قائل شدن برای خود اغلب نامطلوب و فراموش ناشدنی است. دانش آموزان موفق دارای تجارب بسیار دلگرم کننده­ای هستند که منجر به رشد احساس خودارزشمندی می شود. افزون بر این، کودکان عادی دارای فرصت های بسیار زیادی برای داشتن رضایت از خود و لذت بردن از الطاف دیگران در اختیار دارند. ازآن­جایی که ارتباط والدین و فرزندان دو سویه است، موفقیت طبیعی کودکان در انجام دادن کارها موجب می شود والدین مرتبا فرزند خود را تشویق کنند و در نتیجه احساس موفقیت در کارها و اطمینان از تایید اطرافیان، حس خودارزشمندی و مباهات به خویشتن را در کودک پرورش دهند و هویت سالمی را برای کودک پی ریزی کنند. اما رشد شخصیتی و هیجانی دانش آموزان نارساخوان از الگوی متفاوتی پیروی می کند. در صورتی که دستگاه اعصاب مرکزی فرد سالم نباشد و از رشد طبیعی برخوردار نباشد، اختلالات رشدی حرکتی و ادراکی، منجر به نارضایتی از خویشتن در این کودکان می شود. کوشش های بی نتیجه برای ماهرانه انجام دادن وظایف محوله به جای احساس موفقیت به احساس ناکامی و بیهودگی منتهی می شود و منجر به ایجاد پس خوراند تمسخر آمیز نسبت به خویشتن می گردد. این پاسخ ها منجر می شود کودک پاسخ غرورآمیزی نیز از والدین دریافت نکند و حتی والدین را نیز دچار اضطراب و ناامیدی کند و در نهایت طرد شدن یا مراقبت افراطی والدین را به همراه داشته باشد (باعزت، 1387). نگرش دانش آموزان نارساخوان به خود غالبا بسیار منفی است. احساس درونی آن ها نسبت به خودشان و واکنش هایی که از جهان بیرون دریافت می کنند تصویری ترسناک و ناامن است. آن ها به رضایت های طبیعی حاصل از پیشرفت یا مهر و محبت دست نمی یابند. عدم موفقیت درسی و اجتماعی منجر به ایجاد احساس یأس و ناامیدی، ناکامی، بی لیاقتی و فقدان حس خودارزشمندی و خود پنداشت منفی در این کودکان می گردد (راموس[[10]](#footnote-10)، 2006). دانش آموزان نارساخوان در صورت داشتن اختلال بیش فعالی و نقص توجه، مشکلات رفتاری را به صورت همزمان از خود بروز می دهند. اعمال آن ها در مدرسه چندان اختیاری نیست و مشکلات رفتاری غالبا منجر به شکست تحصیلی و طرد شدن دانش آموز از سوی همسالان می گردد چرا که این رفتارها از سوی اطرافیان آزارنده تلقی می گردد و این وضعیت ممکن است منجر به احساس ناکامی و کاهش حرمت خود در کودک شود (باعزت، 1387). دانش آموزان نارساخوان از لحاظ انگیزش نیز با همسالان عادی خود متفاوتند. انگیزش نیرویی است که میل به رسیدن به هدف را در فرد تقویت می کند و جهت می بخشد. دانش آموزان نارساخوان معمولا بدون انگیزه هستند. فقدان انگیزه در این کودکان ممکن است به دلیل شکست های مزمن تحصیلی باشد. از زمانی که دانش آموز به توانایی های هوشی خود شک می کند فرایند کاهش انگیزه آغاز می شود و او تمام تلاش ها و کوشش هایش را بیهوده می پندارد. به سبب دلسردی های مکرر در کلاس درس نسبت به خود و یادگیری تحصیلی، نگرش منفی پیدا می کند در نتیجه فرصت های این افراد برای کنترل تجربه شخصی کمتر از شکست های یادگیری آن ها است و سرانجام به این باور می رسند که سرنوشت تحصیلی بر آن ها غلبه دارد (زیگلر[[11]](#footnote-11)، 2011). در کنار این مشکلات سبک اسناد دانش آموزان نارساخوان نیز منفی و بدبینانه است. دانش آموزان نارساخوان مایلند موفقیت های خود را به عواملی خارج از کنترل، نظیر خوش اقبالی، تصادف یا معلم نسبت دهند و شکست های خود را ضمن سرزنش خود به ناتوانی، دشواری تکالیف، برخورد معلم و دیگر عوامل تصادفی نسبت دهند (سلیگمن، 2005). اما آن چه در ارتباط با دانش آموزان نارساخوان دارای اهمیت بسیار بالایی است، کمبود مهارت های اجتماعی است که ناتوان کننده ترین مشکلی است که کودکان نارساخوان با آن مواجه اند. ناتوانی اجتماعی تقریبا در تمام جنبه های زندگی تاثیر می گذارد. این کودکان نسبت به دیگران، توجه و حساسیت نشان نمی دهند، درک آن ها از موقعیت اجتماعی کم است و از نظر اجتماعی مطرود هستند. این ناتوانی اجتماعی ممکن است ناتوانی اولیه و مجزایی باشد که با نارساخوانی فرد ارتباط نداشته باشد و یا بازتاب مشکلی ثانویه باشد که خود می تواند منجر به ایجاد مشکلات ثانویه هیجانی و اجتماعی گردد. به طور مثال این دانش آموزان دارای درک اجتماعی اندکی هستند. آن ها دارای مشکلاتی در زمینه داوری و قضاوت و اشکال در درک احساسات دیگران، مشکلات مربوط به معاشرت و دوست یابی، اشکال در برقراری روابط خانوادگی و ناتوانی اجتماعی در محیط مدرسه می باشند (ویس[[12]](#footnote-12)، 2008).

**دیدگاه ها و سبب شناسي نارساخواني**

درطول تاريخ، متخصصان با توجه به ديدگاه نظري خود به تبيين نارساخواني پرداخته‌اند. تانمر[[13]](#footnote-13) (2011) معتقد است به دليل وجود تعاريف و تبيين‌هاي متفاوت از نارساخواني، علت واحدي نمي‌تواند مفهوم نارساخواني را روشن سازد. لذا نارساخواني باید درسطوح عصب­شناختي، ژنتيكي، حركتي، شناختي، رفتاري و محيطي تبيين گردد (ريد، 2003). به طور کلی، متخصصان عصب­شناختی بر اين باور هستند كه نارساخواني يك اختلال رشدي-عصبي[[14]](#footnote-14) است كه مبناي زيست‌­شناختي ­دارد، درحالي كه متخصصان تعليم وتربيت و روان‌شناسان معتقدند كه نارساخواني بايد در سطح شناختي و رفتاري تبيين گردد. یکی از مهمترین عوامل سبب ساز نارساخوانی، عوامل ژنتيكي هستند که در بروز اختلالات خواندن نقش مهمي دارند. مطالعات نشان مي‌دهند كه 35 تا 40 درصد بستگان درجه اول كودكان نارساخوان دچار نوعي ناتواني در خواندن هستند. مطالعات نشان داده­اند که آگاهي واج شناختي (توانايي رمزگشايي اصوات و درك كلمات) با كروموزوم 6 ارتباط دارد. به علاوه توانايي شناسايي كلمات واحد با كروموزوم 15 ارتباط دارد (پورافکاری، 1386/2007). تحقيقات­ دیگر نیز نشان مي‌دهند كه ژن‌هاي مشخص‌كننده نارساخواني بر روي كروموزوم‌ 15 و كروموزوم 6 (پیر[[15]](#footnote-15)، 2008) مشاهده شده‌اند. لذا ارتباط عوامل ژنتيك با نارساخواني منجر به شناسايي زودهنگام كودكان نارساخوان مي‌گردد (ريد، 2003). به اعتقاد متخصصان علوم اعصاب، نارساخواني مبنای عصب‌­شناختي دارد و مشكل افراد نارساخوان در كسب مهارتهاي خواندن، از كاركرد مغزي نابهنجار ريشه مي‌گيرد. مغز افراد نارساخوان از نظر ساختاري و كاركردي از مغز افراد بهنجار متفاوت است. مطالعات پژوهشی درباره مغز افراد نارساخوان، بيشتر از نوع مطالعات كالبدشكافي بعد از مرگ بوده است. در اين پژوهشها از فنون تصويربرداري جديد مغز و مطالعات ژنتيك ناتوانی های يادگيري استفاده مي‌شود (نیکولسون[[16]](#footnote-16)، فاوست[[17]](#footnote-17) و دیان[[18]](#footnote-18)، 2010). نتايج پاره‌اي از تحقيقات با استفاده از MRI [[19]](#footnote-19) نشان داده‌اند در كودكان دارای ناتوانی های يادگيري، لوب گیجگاهی نيمكره چپ نسبت به نيمكره راست ازعدم تقارن كمتري برخوردار است. مطالعات توموگرافي با نشر پوزيترون (PET) [[20]](#footnote-20)برخي محققان را به اين نتيجه رساند كه الگوهاي جريان خون قطعه گيجگاهي نیمکره چپ در حين تكاليف زباني در كودكان نارساخوان با ساير كودكان متفاوت است. همچنين برخي مطالعات تجزيه سلولي نشان داد كه در افراد نارساخوان، در دستگاه مولكولي بينايي[[21]](#footnote-21) (كه درحالت طبيعي دارای سلولهاي بزرگ است) تنه‌هاي سلولي كوچكتر و نامنظم‌تر از حد انتظار وجود دارد. تحقيقات اخير در رشته عصب روانشناسی و علوم عصبي حاكي از آن است كه احتمالا نقطه‌ ضعف كودكان نارساخوان بيشتر در حافظه فعال و فرآيندهاي رمزگرداني است تا توجه يا حافظه طولانی مدت. فرض بر اين است كه عوامل مربوط به رشد نیز در بروز ناتوانی های خواندن نقش موثری دارند (پورافکاری، 1386/2007). افراد نارساخوان در مقايسه با افراد بهنجار، فعاليت كمتري در نيمكره‌ چپ مغز دارند. موتر[[22]](#footnote-22)(2005) بر اساس اسكن‌هاي PET گزارش نمود كه افراد بزرگسال نارساخوان هنگام خواندن با صداي بلند و در طي بازشناسي كلمه و غيرکلمه[[23]](#footnote-23)نسبت به گروه كنترل در ناحيه كرتکس گیجگاهی پس سري چپ[[24]](#footnote-24) فعاليت كمتري را نشان داده‌اند. اين يافته‌ها ممكن است حاكي از آن باشد كه تفاوتهاي پردازش بين كودكان و بزرگسالان نارساخوان ناشي از نارسايي در پردازش نيمكره مغزي چپ است. موتر (2005) اظهار مي‌دارد افراد نارساخوان ممكن است در سطح عصب شناختي، نابهنجاريهاي ميكروسكوپي كورتيكال به شكل جابجایی قشرمغز[[25]](#footnote-25) و اختلال در لایه های قشر مغز داشته باشند (نقل از ريد، 2003). هاگتوت[[26]](#footnote-26)(2010) معتقد است تفاوتهاي موجود بين ساختارهای دستوری و زبان­های متفاوت مي‌تواند شيوع و ماهيت مشكلات خواندن را در زبان­هاي مختلف تحت‌تاثير قرار دهد. همچنين اظهار مي‌دارد كه نارسايي های ديداري يا شنيداري با نارساخواني مرتبط هستند و اين امر مي‌تواند حاكي از بدعملكردي سيستم مگنوسلولار مغز باشد و نارساخواني را نتيجه نابهنجاري در مسير عصبي سيستم بينايي مي‌داند.

شناخت گرایان ادعا می کنند که رشد کلامی پس از رشد غیر کلامی به وجود می آید. در واقع به باور شناخت گرایان رشد غیر کلامی زیربنای رشد کلامی است. در صورتی که ارتباط و توازن رشد عادی کلامی و غیر کلامی برهم بخورد سیستمی که بهتر رشد کرده است برای حل مسائل به کار گرفته می شود . به همین منظور کودکان نارساخوان نیز معمولا تمایل دارند از توانایی های غیر کلامی خود برای انجام تکالیف مدرسه استفاده کنند (امیدوار، 1385).

روان تحلیل گری از زاویه ای دیگر به بررسی احساسات کودکان نارساخوان پرداخته است. مطابق با این دیدگاه، کودک طبیعی با عملکردهای نظام عصبی سالم، من خود را گسترش می دهد و تکامل می بخشد. این کودک از امکانات فراوانی برخوردار است و روابط او با دیگران رضایت خاطر دو جانبه ای را برای او فراهم می کند اما کودک نارساخوان دارای کنش های من ناقص است و اغلب تلاش های کودک در به نتیجه رساندن فعالیت هایش به احساس ناکامی تبدیل می شود و به نکوهش خود می­پردازد و دچار خود پنداره منفی می گردد. مطابق با نظریه فرابری آگاهی­ها[[27]](#footnote-27)**،** بشر نمونه بردار آگاهی ها و محرک های پیرامونی است که تنها نمونه ای از این محرک ها را تجربه می کند. کودکان نارساخوان مطابق با این نظریه دارای دشواری هایی در خصوص دریافت، ضبط و بازگردانی آگاهی های داده شده در مجرای یادگیری خاصی هستند. آن ها کندتر از همسالان می آموزند و از لحاظ پردازش شنوایی دارای مشکل می باشند و دیرتر از سایرین پاسخ می دهند. دیدگاه تاخیر در رشد نیز اظهار می دارد که کودکان نارساخوان از نظر کیفیت یادگیری تفاوتی با دیگر کودکان ندارند اما کمیت یادگیری در کودکان نارساخوان با کودکان عادی متفاوت است و آن ها در فراگیری مطالب نسبت به همسالان بسیار کند عمل می کنند و به زمان بیشتری برای عکس­العمل و پاسخ احتیاج دارند (نادری و سیف نراقی، 1388).

همچنین کودکان نارساخوان ممکن است دارای مشکلات حرکتی نیز باشند. كاركرد سيستم حركتي نتيجه فعاليت سلولهاي هرمی واقع در قشر حركتي مغز، سطوح مختلف سيستم عصبي، عضلات و مفاصل، سطوح زیرقشری، مخچه، ساقه‌مغز، مغز مياني و حتي سيستم ليمبيك تا قشر مغز می باشد. اگر مراكز زیرقشری به طور صحيح عمل نكنند هماهنگي و موزوني حركت از بين مي‌رود و اگر مفاصل و عضلات درست عمل نكنند علامتي جهت اصلاح حركت به مراكز قشر فرستاده نمی شود و بدين ترتيب اجرا و درستی حركت غيرممكن مي­گردد. بنابراين عملكرد پيوسته، همزمان و درجه‌بندي شده مراكز و مناطق گوناگون سيستم عصبي، عملكرد مناسب حرکتی را شكل مي‌دهند به طوري كه قطع يكي از حلقه‌ها يا اختلال در يكي از اين مراكز كاركرد مربوطه را با اشكال روبرو مي‌كند (نلسون[[28]](#footnote-28)، 2007). در زمينه مهارتهاي حركتي كودكان نارساخوان، تحقيقات زيادي صورت گرفته است. پاره‌اي از پژوهشگران اظهار مي‌دارند كه عدم رسش مغز[[29]](#footnote-29) ممكن است منجر به نارساخواني شود و فراتر از آن مي‌توان در اكتساب مهارتهاي زبان، حركت و تعادل اختلال ايجاد كند (ريد، 2003). عوامل شناختي مثل حافظه و مشكلات سرعت پردازش از جمله عوامل تأثیرگذاری هستند که مي‌تواند توسط معلم كلاس كه با راهبردها و پيشرفت يادگيري دانش‌آموز در ارتباط است، مشخص شود و مي‌تواند روي طرح درس و پيشبر‌د برنامه درسي تاثير بگذارد. پاره‌اي از عوامل شناختي كه مي تواند در ارتباط با نارساخواني دارای بیشترین تاثیر باشد، عبارتند از: پردازش آواشناختی**[[30]](#footnote-30)**، فراشناخت[[31]](#footnote-31) و نارسايي واج شناسی که در سن 6 سالگي قوي‌ترين پيش‌بيني‌كننده مشكلات نارساخواني است (لیون[[32]](#footnote-32)، 2008).

مطالعات ديگر بيانگر آن است كه سرعت‌گفتار[[33]](#footnote-33) به عنوان پيش‌بيني كننده‌اي قوي برای مشكلات نارساخواني مطرح می شود و اين امر در تحول آزمون توانايي­هاي آواشناختي منعكس شده است. بر اساس **فرضيه** «نقص دوگانه[[34]](#footnote-34)» پنولازی[[35]](#footnote-35) (2009)، ممکن است افراد نارساخوان در پردازش آواشناسي و سرعت نامگذاري[[36]](#footnote-36) مشكلاتي، داشته باشند. جالب توجه است كه سرعت پردازش و سيالي معنايي در برخي آزمونهاي متداول كودكان نارساخوان وجود دارد.

یکی دیگر از عوامل اصلی در بروز نارساخوانی در کودکان مشکلات فراشناختی است. اصطلاح فراشناخت، به شناخت فرد درباره‌‌ فرايندهاي شناختی خود و چگونگي استفاده بهينه از آن براي رسيدن به هدف‌هاي يادگيري گفته مي‌شود. راهبردهاي فراشناختي، فرايندهايي پي‌در‌پي هستند كه شخص براي كنترل فعاليت‌هاي شناختي و براي اطمينان از دست‌يابي به يك هدف شناختي به كار مي‌گيرد. اين فرايندها در تنظيم و هدايت يادگيري، برنامه‌ريزي و نظارت بر فعاليت‌هاي شناختي، و همچنين در وارسي آن فعاليت‌ها به شخص كمك مي‌كند (نادری و سیف نراقی، 1388). بسياري از دانش‌آموزان نارساخوان از راهبردهاي فراشناختي ضعيفي برخوردارند. بسياري از آن ها فاقد راهبردهاي طرح­ريزي[[37]](#footnote-37)، نظارت[[38]](#footnote-38)، و ارزيابي[[39]](#footnote-39) رفتارهاي خود مي‌باشند. همچنين راهبردهاي درك خواندن دانش‌آموزان نارساخوان به اندازه دانش‌آموزان عادی تحول نمي‌يابد. آنها همچنين ممكن است در جستجو و استفاده از ساختار متن خاص به عنوان يك چهارچوب سازمان‌يافته براي هدايت رمزگرداني و يادآوري، كمتر ماهر باشند و در مقايسه با خوانندگان بهنجار، از يادآوري ضعيف‌تري برخوردارند. به طور کلی مشاهدات انجام شده بر فعاليت‌هاي خواندن و هجي‌كردن مي‌تواند در سطح رفتاري توصيف شود. اين رفتارها مستقيما قابل مشاهده هستند. از ويژگي­هاي قابل مشاهده نارساخواني مي‌توان هجي‌كردن ناصحيح كلمات، يا خواندن كلمات به­طور نادرست را ذكر كرد. چنين مشاهداتي تحت تاثير شماري از عوامل محيطي از جمله زمينه‌هاي فرهنگي و اجتماعي، و محيط كلاس درس قرار می گیرد. عمدتا عوامل رفتاري با عوامل آموزشي و محیطی ارتباط دارد (رید، 2003). با توجه به یافته های ارائه شده در سطور پیشین می توان بیان کرد که تمام مولفه‌هاي مدل عصب شناختي، شناختی و رفتاري با يكديگر تعامل دارند و بر يكديگر اثر مي‌گذارند.

اغلب مربيان احساس مي‌كنند كه محيط‌هاي نامناسب يا يادگيري ضعيف به طور معناداري با مشكلات يادگيري و رفتاري اكثر كودكان نارساخوان مرتبط است. شواهدي وجود دارد مبتنی بر این كه مشكلات اكثر دانش‌آموزان نارساخوان از طريق آموزش منظم و مستقيم اصلاح مي‌شود و برنامه‌هاي آموزشي ضعيف، فقدان فعاليت‌­هاي انگيزشی و مواد و روش­هاي نامناسب به عنوان علت ناتوانی­های يادگيري دوران كودكي شناخته شده است. بنابراين، تنظيم غيراصولي برنامه‌هاي درسي، متراكم كردن مواد آموزشي، تاكيد بر محفوظات، عدم استفاده از مواد آموزشي مرتبط، بي‌توجهي نسبت به نيازها و ويژگي­هاي فردي دانش‌آموزان و ناتواني در طراحي و اجراي برنامه‌­هاي آموزشي انفرادي از جمله عوامل محيطي سبب ساز ناتوانی های يادگيري است (نادری و سیف نراقی، 1388). شواهد پژوهشی مختلف نشان می دهند که معمولا از هر سه كودك نارساخوان، دو كودك داراي تضادورزي، پرخاشگري، درخودماندگی، بی اختیاری ادرار ثانویه و اختلالهاي خواب هستند. اما عقايد درباره تفسير اين اختلالها متفاوتند (دادستان، 1389).

 برخي از محققان، اختلالهاي رفتاري را پيامد مستقيم نارساخواني و ناكامي‌هاي ناشي از آن مي‌دانند. براي مثال تمپل[[40]](#footnote-40) (2010)در بررسي 200 كودك نارساخوان به اين نتيجه رسید كه بي‌نظمي‌هاي ذكر شده در 80% موارد پس از آموزش خواندن ظاهر مي‌شوند و بروز اختلال به بازخورد خانواده نيز وابسته است. هنگامي كه والدين تفاهم و محبت نشان مي‌دهند، اختلالهاي رفتاري به­ندرت مشاهده مي‌شوند و وقتي طرد كننده‌ و انعطاف ناپذيرند، مشكلات زيادي به وجود مي‌آيد. اين احتمال وجود دارد، در گروهي از نارساخوانها، اختلالهاي رفتاري داراي جنبه نخستين باشد. افراد اين گروه، كودكاني هستند كه در همه سطوح تحول‌نايافته‌اند، فاقد كنجكاوي عقلي مي‌باشند و با خود و جهان پيرامون خود سازش نايافته‌اند. بدين ترتيب مشكلات خواندن در آنها به تشديد تحول نايافتگي و افزايش وابستگي به محيط (بخصوص مادر) منجر مي‌شود و نسبت به مدرسه رغبتي نشان نمي‌دهند. بالعكس، در گروهي ديگر از نارساخوان ها، مشكلات رفتاري جنبه ثانوي واكنشی دارند. براي اين گروه از كودكان، نارساخواني يك شكست است؛ شكستی كه برحالت عاطفي آنها تاثير مي‌گذارد، موجب پرخاشگري يا بازداري مي‌شود، ضمن آنكه انزجار خاصي را نسبت به زبان نوشتاري در آنها به وجود مي‌آورد (دادستان، 1389).

**طبقه بندی نارساخوانی**

بسياري از متخصصان عصب روان­شناسی، نارساخواني را به دو طبقه كلي تقسيم نموده‌اند (نلسون، 2007):

الف ـ نارساخواني اكتسابي[[41]](#footnote-41): اين طبقه به توصيف نوعي از ناتوانی خواندن مي‌پردازد كه بر اثر آسيب مغزي در افرادي ايجاد شده كه قبلاً سطح توانايي خواندن آنها بهنجار بوده است.

ب ـ نارساخواني تحولي[[42]](#footnote-42): عبارت است از اختلال در شناسايي كلمات برمبناي شكل‌هاي ديداري‌ آنها. براساس ويژگيهاي فوق، نارساخواني تحولي نوعي اختلال خاص خواندن است كه كودكان مبتلا عليرغم داشتن هوشبهر طبيعي و آموزش مناسب و فقدان نارسايي حسي آشكار، در زمينه خواندن دچار مشكل هستند. كودكان دارای نارساخوانی تحولي در زمينه‌هاي آواشناسي، رمزگرداني كلمات منفرد، سرعت خواندن، مهارتهاي بازشناسي كلمات به طور مجزا و صحيح، درك متن و در ساير فرایندهاي زبان از جمله نحو و معنا، نارسايي دارند (کنت[[43]](#footnote-43)، 2008). پاره‌اي از محققان بر اين باورند كه «نارسايي در پردازش گيجگاهي» علت اصلي نارساخواني تحولي است (کیبی[[44]](#footnote-44)، 2009). درنتيجه، آنها اظهار مي‌دارند كه مشكل عمده در نارساخواني ممكن است ناشي از آسيب كلي در پردازش فرايندهاي سريع مربوط به اطلاعات چند وجهی باشد. ساير مؤلفان معتقدند كه سيستم مگنوسلولار مبناي عصب شناختي چنين مشكلي است. در حال حاضر مؤلفان با در نظر گرفتن دو ويژگي به طبقه‌بندي نارساخواني تحولي پرداخته‌اند. ويژگي نوع اول عبارت است از نارسايي اوليه در «صداسازي[[45]](#footnote-45)» كلمات (به­كار بستن قوانين در ايجاد رابطه بين نويسه ـ واج[[46]](#footnote-46)). ويژگي نارساخواني تحولي به طبقات گوناگون از جمله: نارساخواني dysphonetic و نارساخواني dyseidetic، نارساخواني آوايي و سطحي/واژكي[[47]](#footnote-47) و نارساخواني نوع P (ادراكي[[48]](#footnote-48)) و نارساخواني نوع L (زبان‌شناختي[[49]](#footnote-49)) تقسیم می شود (نیکولسون، فاوست و دیان، 2010).

ج- نارساخوانی اکتسابی به چهار طبقه عمده تقسيم مي‌شود که عبارتند از: نارساخواني ديداري، نارساخواني آواشناختي، نارساخواني سطحي، نارساخواني عميق. افراد مبتلا به نارساخواني ديداري قادر به بازشناسي سريع كلمات نيستند اما زماني كه به آنها فرصت داده مي‌شود تا تك‌تك حروف كلمه را نام ببرند، قادر به خواندن كلمات هستند (لرکانن[[50]](#footnote-50)، 2006). شديدترين نوع اين نارساخواني منجر به بازشناسي ضعيف تك‌تك حروف مي‌شود. برای مثال فردي كه دچار نارساخواني ديداري است. وقتي كلمه «mat» را می بیند ممكن است آن را به صورت «c,a,t» يعني cat بخواند (نلسون، 2007). اين افراد براساس حدس و گمان، حروف را مي‌خوانند نه بر اساس حروفي كه واقعاً چاپ شده‌اند. افراد مبتلا به اين نارساخواني آواشناختی در خواندن كلمات واقعي و آشنا بهتر عمل مي‌كنند و در خواندن كلمات ناآشنا ضعيفند. معمولاً اشتباهات اين افراد در كلمات ناآشنا عبارت است از: تلاشهاي بي‌نتيجه در سطح تبديل نویسه - واج و همچنين خطاهاي ديداري تقريباً شبيه به خطاهاي نارساخوانی ديداري. شیویتز[[51]](#footnote-51) (2010) عقيده دارد شخص دارای نارساخواني آواشناختی ابتدا يك رشته حروف را وارسي مي‌كند. اگر اين رشته، كلمه‌اي را تشكيل دهد به صورت يكپارچه درك و تلفظ مي‌شود، اما اگر به صورت يك كلمه نباشد (به شكل غيركلمه باشد)، شخص سردرگم مي‌شود و از خواندن آن ناتوان خواهد بود، زيرا نمي‌تواند شيوه‌هاي تبديل نویسه- واج را به كار بندد. افراد دارای نارساخواني سطحي قادر به بازشناسي كلمه براساس ظاهر آن نیستند. اين افراد كلمات را تجزيه و به صورت تكه‌تكه تلفظ مي‌كنند، به شكلي كه گويا اين كلمات كاملاً ناآشنا هستند. اين افراد كلمات باقاعده را درست­‌تر و بهتر از كلمات بي‌قاعده مي‌خوانند و مرتكب خطاهاي «قاعده‌دار[[52]](#footnote-52)» مي‌شوند (مثلاً تلفظ gauge به صورت garge، trough به صورت truff) (بایلیوکس[[53]](#footnote-53)، 2010). نارساخواني عميق به توصيف ناتوانی شديد در توانايي خواندن مي‌پردازد. نشانه بارز نارساخواني عميق خطاي معنايي[[54]](#footnote-54)است. خطاي معنايي زماني اتفاق مي‌افتد كه فرد نارساخوان کلمه نوشته شده‌اي را به صورت كلمه‌اي مي‌خواند كه از نظر معنايي با آن مشابهت دارد. مثلاً خواندن city به صورت town. افراد دارای نارساخواني عميق قادر به خواندن كلمات عيني مي‌باشند اما در خواندن كلمات انتزاعي با مشكل مواجه هستند (کازانوا[[55]](#footnote-55)، 2006).

**پیشینه پژوهش**

**پژوهش های خارجی**

مرور دقيق و موشکافانة شواهد تجربي مختلف نشان مي دهد که در حال حاضر براي اغلب يادگيرندگان در سطوح مختلف، به ویژه دانش آموزان نارساخوان، تجربة موقعيت هاي پيشرفت اعم از مدرسه و دانشگاه با گسترة وسيعي از هيجانات پيشرفت[[56]](#footnote-56) همراه مي باشد. به بيان ديگر، نتايج مطالعات مختلف نشان مي دهد که الگوي تجارب هيجاني يادگيرندگان (منتج از سبک اسناد) در موقعيت هاي پيشرفت، به عنوان مهمترین عامل قابل مشاهده در کيفيت زندگي تحصيلي دانش آموزان از اهميت قابل ملاحظه اي برخوردار است (گوئتز[[57]](#footnote-57)، فرنزل[[58]](#footnote-58)، پکران[[59]](#footnote-59) و هال[[60]](#footnote-60)، تيتز[[61]](#footnote-61)، 2008). بر اين اساس، تعداد زيادي از محققان علاقه مند به موضوع محوري پيشبرد سطح کيفي زندگي تحصيلي دانش آموزان از طريق طرح و اجراي برنامه هاي مداخله اي مختلف، رسالت خطير تحقق بخشيدن به رفتارهاي تسهيل کنندة سلامت روان و فراهم سازي آموزش هاي لازم براي مديريت کارآمد تجارب هيجاني را در بافت هاي تحصيلي پيگيري کرده اند.

موی چان (2011) در پژوهشی که روی 326 نوجوان عادی (160 نفر پسر، 166 نفر دختر) انجام داد به این نتیجه دست یافت نوجوانانی که وقایع را از طریق پرسشنامه سبک اسناد کودکان به صورت مثبت شرح می دادند دچار افسردگی نبودند در حالی که نوجوانانی که وقایع را به طور منفی شرح دادند نشانه های افسردگی در آنها مشاهده شد. به طور کلی سبک اسناد منفی و بدبینانه با بروز نشانه های افسردگی ارتباط داشت.

در پژوهشی دیگر که سیزدک[[62]](#footnote-62) وآدیس[[63]](#footnote-63) (2010) بر روی 62 دانش آموز ترک تحصیل کرده دارای ناتوانی یادگیری انجام دادند به این نتیجه رسیدند که سبک اسناد منفی و بدبینانه با بروز نشانه های افسردگی همبستگی دارد.

سایدریدیس (2007) نیز به مفید بودن مداخلات ایمن سازی روانی در افزایش فهم و درک رفتارهای هیجانی- اجتماعی و اصلاح رفتارهای دشوار کودکان با ناتوانی یادگیری اشاره کرد و این مداخله را عامل افزایش قدرت تفکر دانش آموزان در زمینه فرضیه سازی و درک و فهم شوخی در روابط اجتماعی دانسته است. در تبیین این نتایج می توان به تاکید راهبردهای رویکرد شناختی- اجتماعی برنامه ایمن سازی روانی بر گفتگو با خود یا زبان درونی[[64]](#footnote-64) (چیزی که دانش آموزان به خود گفته و یا درباره آن فکر می کنند) به عنوان ابزار هدایت رفتار آشکار، اشاره کرد. والاس (2011) بیان کرده است که دانش آموزان با ناتوانی یادگیری، موفقیت های خود را به عوامل بیرونی و شکست های خود را با احتمال بیشتری به توانایی پایین نسبت می دهند در حالیکه دانش آموزان عادی اینگونه عمل نمی کنند.

سلیگمن (2005)، پیرل، بریان و دوناهه (1980) اثربخشي الگوي اثرات آموزشي برنامه ایمن سازی روانی در بعد مدیریت هیجان را در بين گروهي از دانشجويان دختر و پسر رشتة مددکاري اجتماعي آزمون کردند. دانشجويان گروه آزمايش در قلمرو مهارت هاي شناختي و رفتاري و رفتارهاي جرات ورزی آموزش هاي لازم را در طی 14 جلسه دريافت کردند. قبل و بعد از ارائة مداخله آزمايشي، از دو گروه آزمايش و کنترل اطلاعات لازم دربارة رخدادهاي تنيدگي زاي زندگي، نشانه هاي تنيدگي، مهارت هاي مقابله با استرس (مهارت هاي مقابلة فعال و منفعل) و سبک اسناد آنها جمع آوري شد. در این پژوهش، محتواي برنامة مداخله اي ایمن سازی روانی بر مبنای مديريت تجارب تنيدگي زا ناشی از سبک اسناد بدبینانه، بر آموزش مهارت هاي مقابله اي فعال، مبتني بود. نتايج اين مطالعه نشان داد که مهارت هاي مقابله اي منفعلانه دانشجوياني که در گروه مديريت تجارب تنيدگي زا قرار داشتند، به طور معناداري کاهش یافت.

نتايج پژوهش کئوگ، باند، فلاکسمن (2006) و پکرون[[65]](#footnote-65) و گوتز[[66]](#footnote-66) (2008) اثربخشي برنامة مداخله اي ایمن سازی روانی در افزايش انعطاف پذيري، راهبردهاي مقابله سازگارانه و برخي عوامل و منابع محافظتي (مانند خوش بيني، عاطفه مثبت و حرمت خود) و همچنين کاهش راهبردهاي ناسازگارانه و نشانه های بیماری (مانند نشانه هاي افسردگي، عاطفه منفي، تنيدگي ادراک شده) را در طول يک دورة همراه با تنيدگي تحصيلي فزاينده، در گروهی از دانش آموزان آزمون کردند. گروه آزمايش برنامة مداخله اي را در طول چهار جلسه، (هر هفته یک جلسه و هر جلسه 2 ساعت) دريافت کردند. اندازه هاي مربوط به انعطاف پذيري، راهبردهاي مقابله اي، منابع محافظتي و نشانه شناسي از هر دو گروه، قبل و بعد از ارائة مداخله جمع آوري شد. نتايج نشان داد که گروه آزمايش در مقايسه با گروه کنترل، به طور معناداري نمرات بالاتري در انعطاف پذيري، راهبردهاي مقابله اي اثربخش (مانند شيوة مقابله مسئله مدار با تجارب تنيدگي زا و عوامل محافظتي (مانند سبک اسنادی مثبت و خوش بینانه و حرمت خود) گزارش کردند. نتايج مطالعه استينهارت و دالبير (2008) نیز نشان داد که برنامة مداخله اي ایمن سازی روانی در قلمرو مديريت تجارب تنيدگي زا و بهبود سبک اسناد بدبینانه، براي دانش آموزان از اهميت فراوان برخوردار مي باشد.

کانگ[[67]](#footnote-67)، چوي[[68]](#footnote-68) و ريو (2009) نیز در پژوهشی اثربخشي برنامه ایمن سازی روانی را بر وضعيت تنيدگي، اضطراب و افسردگي گروهي از دانشجويان پرستاري بررسي کردند. در هر دو گروه آزمايش و کنترل اندازه هاي مربوط به تنيدگي، اضطراب و افسردگي دانشجويان قبل و بعد از ارائة مداخله جمع آوري شد. گروه آزمايش در خلال هشت جلسة 90 دقيقه اي آموزش هاي لازم دربارة چگونگي مواجهة اثربخش با تجارب هيجاني و سبک اسناد خوش بینانه را دريافت کردند. نتايج نشان داد که نمرات تنيدگي، افسردگی و اضطراب دانشجويان گروه آزمايش در مقايسه با گروه کنترل، به طور معناداري کاهش يافت.

در پژوهش هیرسچ، ولفورد، لالوند برانکل، پارکرموریس (2009) بر 73 زن و 58 مرد نشان داده شد افرادی که دارای سبک اسناد منفی و بدبینانه هستند در معرض بیشتر افکار خودکشی (در فکر و در سطح عمل) قرار دارند. افراد دارای سبک اسناد منفی در برابر رویدادهای منفی و ناخوش زندگی آسیب پذیرتر بوده و رویدادهای ضربه آمیز را بیشتر تجربه می کنند.

اشنایدر و لوپز (2008) بیان می کنند که بین سبک اسناد و افسردگی رابطه ای قوی و مثبت وجود دارد. هم چنین سبک اسناد بدبینانه در بروز نشانه های خلقی و اضطرابی اثرگذار است.

همچنین در پژوهش مک سینگا[[69]](#footnote-69)و نعمتی[[70]](#footnote-70)(2011) نشان داده شد که سبک اسناد منفی و بدبینانه ایجاد شده در کودکان می تواند تا بزرگسالی نیز ادامه داشته باشد که در این صورت بزرگسالان دارای سبک اسناد منفی و بدبینانه در زندگی روزمره امکان فعالیت کمتری دارند، به راه های مثبت احتمالی کمتر می اندیشند و برای دریافت حمایت شبکه اجتماعی نیز با مشکل مواجه هستند.

پیرل[[71]](#footnote-71) (2010) در پژوهشی نشان داد که بیماران مبتلا به اختلالات اضطرابی دارای سبک تفکر درونگرا بوده و بیشتر از سبک اسناد درونی، اختصاصی و پایدار استفاده می کنند و از سلامت روان­شناختی کمتری برخوردارند. فالک[[72]](#footnote-72) (2010) در پژوهش خود نشان داد که میان سبک اسناد بدبینانه با عملکرد تحصیلی ضعیف و گرایش به خودناتوان سازی در افراد رابطه ای مستقیم وجود دارد که منجر به خودناتوان سازی و کاهش خود کارامدی و افزایش اضطراب در افراد می شود.

دان[[73]](#footnote-73) (2012) در پژوهشی نشان داد که افراد بهنجار از سبک اسناد بیرونی، اختصاصی و ناپایدار برای مهار هیجان های منفی و غلبه بر آن استفاده می کنند. اما افراد دارای اختلالات اضطرابی، ترس های مرضی و وسواس از سبک اسناد درونی، پایدار و فراگیر استفاده می کنند. نتایج مطالعات پترسون[[74]](#footnote-74) (2007) نیز نشان داد که میان سبک اسناد پایدار، درونی و فراگیر با اختلالاتی چون افسردگی، اضطراب و وسواس­های فکری و عملی رابطه مثبت و معنادار وجود دارد.

دهقانی (2007)، در مطالعه ای از تعدادی از بیماران خواست که قبل و بعد از درمان شناختی پرسشنامه سبک اسنادی را تکمیل کنند. فرض وی بر این مبنا بود که بیماران قبل از درمان، مشکلاتشان را درونی، فراگیر و پایدار می پندارند وی پس از درمان از بیماران درخواست کرد پرسشنامه سبک اسناد را تکمیل نمایند. نتیجه نشان داد که پس از درمان، بیماران مشکلات خود را بیرونی، اختصاصی و ناپایدار ارزیابی می کنند.

**پژوهش های داخلی**

در پژوهش نیک نشان، نوری، احمدی (1388) که بر دانش آموزان مقطع ابتدایی صورت گرفت، این نتیجه به دست آمد که آموزش سبک اسناد خوش بینانه و مثبت از طریق برنامه ایمن سازی روانی، منجر به افزایش سلامت عمومی و امنیت روانی در دانش آموزان شده است. همچنین آموزش سبک اسناد مثبت و خوش بینانه در کاهش افسردگی، اختلال در عملکرد اجتماعی، اضطراب، بی خوابی و نشانه های جسمانی این دانش آموزان نیز تاثیر داشته است.

سپهوند، گیلانی و زمانی (1385) در پژوهشی با عنوان رابطه سبک اسناد با رخدادهای استرس زای زندگی و سلامت عمومی در گروهی از افراد خوش بین و بدبین به این نتیجه رسیدند که میان این دو گروه از لحاظ تعداد رخدادهای استرس زای زندگی با یکدیگر تفاوتی وجود ندارد، اما میزان سازگاری مجدد مورد نیاز ناشی از این رخدادها در افراد بدبین بیشتر و سلامت عمومی در آن ها کمتر گزارش شده است.

در پژوهشی که یوسفی و شیخ (1381)، با عنوان بررسی و مقایسه اثربخشی برنامه ایمن سازی روانی بر میزان حرمت خود، احساس خود کارآمدی، سبک اسنادی و انگیزه توفیق گرایی و پیشرفت دانش آموزان مقطع راهنمایی شهر کرمانشاه انجام دادند به این نتیجه رسیدند که الگوهای تدریس مبتنی بر ایمن سازی روانی و بازآموزی اسنادی می تواند منجر به افزایش حرمت خود و احساس خود کارآمدی و توفیق گرایی در دانش آموزان شود. همچنین نتایج برنامه ایمن سازی روانی موجب تغییر و بهبود سبک اسناد دانش آموزان گردید و موجب شد جهت گیری اسنادهای موفقیت، از بعد بیرونی، ناپایدار و اختصاصی به بعد درونی، پایدار و فراگیر تغییر یابد و در عین حال اسنادهای شکست از بعد درونی، پایدار و فراگیر به سوی بعد بیرونی، ناپایدار و اختصاصی سوق یابد. این مساله بدان معنی است که افراد خود را در حصول موفقیت ها بیشتر سهیم می دانند؛ در کسب موفقیت احساس توانایی بیشتری می کنند و آن را به ابعاد دیگر نیز تعمیم می دهند.

درویزه، خسروی و جاهدی (1376)، به منظور بررسی تاثیر بازآموزی اسنادی و راهبردهای شناختی یادگیری در پیشرفت ریاضی به شیوه تصادفی از میان 130 دانش آموز پایه پنجم ابتدایی شهر شیراز که در درس ریاضی عملکرد ضعیفی داشتند 60 دانش آموز را انتخاب کرده و آن ها را در 3 گروه ده نفری (گروه آزمایش) و 3 گروه ده نفری (گروه کنترل) قرار داد. نتیجه پژوهش نشان داد که آموزش اسناد خوش بینانه و آموزش راهبردهای یادگیری منجر شد دانش آموزان گروه آزمایش در ریاضی عملکرد بالاتری نسبت به گروه کنترل داشته باشند.

لطیفی، ملک پور، امیری و مولوی (1386) نشان دادند که آموزش راهبردهای شناختی و آموزش اسنادهای خوش بینانه بر حل مساله دانش آموزان حساب نارسا تاثیر بسیار زیادی داشته است.

آقاولی­جماعت (1380) در پژوهشی که از پرسشنامه سبک اسناد کودکان و کارنامه تحصیلی دانش آموزان استفاده شد و نمونه پژوهش 225 دانش آموز در چهارچوب 3 گروه 75 نفری (2 گروه آزمایش مشتمل بر 75 دانش آموز موفق، 75 دانش آموز ناموفق و یک گروه کنترل مشتمل بر 75 دانش آموز ناموفق بود، دو گروه آزمایش، آموزش اسنادی را در 9 جلسه دریافت کردند در حالی که گروه کنترل هیچ گونه مداخله ای دریافت نکردند. در این پژوهش، تاثیر آموزش اسنادی در تغییر سبک اسناد دانش آموزان ناموفق در بعد پایداری گزارش شد.

واضحی آشتیانی (1382)، به منظور بررسی تاثیر آموزش اسنادی بر سبک اسناد، حرمت خود، عملکرد و پشتکار در درس ریاضی به روش نمونه گیری در دسترس 20 دانش آموز رشته علوم تجربی سال سوم دبیرستان که خود را در درس ریاضیات دلسرد توصیف کرده و هم چنین واجد سبک اسنادی نامطلوب برای موفقیت و شکست و نمرات پایین در درس مذکور بودند را انتخاب و آن ها را به تصادف در دو گروه 10 نفری آزمایش و کنترل قرار داد. گروه آزمایش طی 8 جلسه آموزش اسنادی را دریافت کردند. یافته های پژوهش نشان داد که آموزش اسنادی علاوه بر بهبود در عملکرد ریاضی، سبب تغییر در سبک اسنادی در موقعیت های شکست و موفقیت دانش آموزان شده است.

مروری بر مطالب ارائه شده در این بخش نشان می دهد که مداخله شناختی – اجتماعی در قالب برنامه ایمن سازی روانی مبتنی بر الگوی پیشگیری پنسیلوانیا می تواند تسهیل کننده الگوهای اسنادی سازگارانه و خوش بینانه باشد و متعاقب آن به تجارب هیجانی مثبت بیانجامد و از تجارب تنیدگی زا و هیجان های منفی متعاقب آن در دانش آموزان نارساخوان بازداری کند. بنابراین، هدف پژوهش حاضر تعیین اثر بخشی برنامه ایمن سازی روانی بر سبک اسناد دانش آموزان نارساخوان بود.

**منابع فارسی**

احدیان، محمد و آقازاده، محرم. (1378). راهنمای کاربردی روش های نوین تدریس. تهران: انتشارات آئیژ.

اصلانی ،جلیل.، علیزاده، حمید،، قوام آبادی ، صغری.، فرخی، نورعلی. (1391). اثربخشی برنامه ی تلفیقی روانی –آموزشی برسبک تبیین بدبینانه دانش­آموزان با ناتوانی یادگیری. مجله ناتوانی های یادگیری. (2)،24-6

اميدوار، احمد. (1385). روشهای تغيير رفتار، رفتار درمانی و شناخت- درمانی. مشهد: انتشارات فرا انگيزش

باعزت، فرشته. (1387). تعيين عوامل اختلال هاي هيجاني مؤثر بر نارساخواني دانش آموزان مقطع ابتدايي . مجله ي پژوهش درحيطه ي كودكان استثنايي،(4) 8 ،.30-35

براهنی، محمد تقی.، اصغرزاده، امین.، صفیه رضوی، عزت السادات.، شمالی، راضیه.، خمیری، طاهره. (1376). هنجاریابی آزمون بندر گشتالت در گروه کودکان 5 تا 11 ساله تهران، انستیتو روانپزشکی تهران.

دادستان، پريرخ . ( 1389 ) . اختلال هاي زبان، روش هاي تشخيص وبازپروري .روانشناسي مرضي تحولي . .3 تهران؛ انتشارات سمت.

درویزه، زهرا، خسروی، زهره.، جاهدی.، سهیلا. . ( 1377 ) تاثیر بازآموزی اسناد و راهبرد های شناختی یادگیری در پیشرفت ریاضی دانش آموزان پایه پنجم لبتدایی شهر شیراز، نشریه علوم انسان (1)،.35-45

رجبي، غلامرضا. .( 1387) هنجاريابي آزمون ماتريسهاي پيشرونده ريون رنگي كودكان دردانش آموزان شهر اهواز. روانشناسي معاصر، ( (1.23-32 .

رحمانی، جهانبخش.، عابدی، محمدرضا. (1382). هنجاریابی آزمون هوشی ریون رنگی کودکان 5 تا 10 سال در استان اصفهان.شورای تحقیقات سازمان آموزش و پرورش استان اصفهان . جلد 5. صص: 50-45.

سادوک، بنیامین .، سادوک، ویرجینیا: خلاصه روانپزشکی علوم رفتاری – روانپزشکی بالینی (ترجمه پورافکاری)(1386)، تهران: انتشارات شهر آب.

سپهوند، تورج .، گیلانی، بیژن.، زمانی، رضا. (1385). رابطه سبک های اسنادی با رخدادهای استرس زای زندگی و سلامت عمومی. پژوهش های روان شناختی، 9(3و4): 46-33.

سرمد، زهره.، بازرگان، عباس.، حجازي، الهه. (1383). *روش تحقیق در علوم رفتاری*. تهران: انتشارات آگاه

سلیگمن، مارتین. (1383). کودک خوش بین: برنامه ای آزموده شده برای ایمن ساختن همواره کودکان در برابر افسردگی. داورپناه، فروزنده. تهران: انتشارات رشد.

سيف، علی اکبر. (1388). تغيير رفتار و رفتاردرمانی نظريه ها و روش ها. تهران: نشر دوران.

سیف نراقی، مریم .، نادری، عزت الله. (1388). روانشناسی و آموزش کودکان استثنایی. تهران: نشر ارسباران.

شکری، امید. (1388). آزمون الگوي اثرات برنامه مداخله اي بازآموزي اسنادي بر تنيدگي تحصيلي ادراک شد، تجارب هیجانی مثبت و منفی، افسردگی و خوش بینی دانشجويان دانشگاه شهید بهشتی. گزارش نهایی طرح پژوهشی، تهران.

شکوهی یکتا، محسن.، پرند، اکرم. (1385). ناتوانی های یادگیری. تهران: موسسه انتشاراتی تیمورزاده. نشر طیب.

شعبانی، حسن. (1382). روش ها و فنون تدریس. تهران: انتشارات سمت.

شوالتز، دوان؛ سیدنی (1385). روانشناسی شخصیت . ترجمه یحیی سید محمدی، تهران: نشر ویرایش.

علایی خرایم، رقیه.، نریمانی، محمود.، علایی خرایم، سارا. (1391). مقایسه باورهای خودکارآمدی وانگیزه ی پیشرفت درمیان دانش­آموزان با و بدون ناتوانی یادگیری. مجله ی ناتوتنی های یادگیری،1(3)،104-85.

کدیور،پروین. (1387). سبک های تبیینی درماندگی آموخته شده و تاثیر انتظار معلم در کلاس های طبقه بندی شده. وزارت آموزش و پرورش. دفتر تحقیقات.

 گلستانی بخت، طاهره. (1386). ارائه الگوی بهزیستی ذهنی و شادمانی در جمعیت شهر تهران. پایان نامه دکتری. تهران دانشگاه الزهرا، دانشکده علوم تربیتی و روانشناسی.

لطیفی، زهره.، امیری، شعله.، ملک پور، مختار.، مولوی، حسین. (1388). اثر بخشی آموزش حل مسئله ی شناختی – اجتماعی بر بهبود روابط بین فردی، تغییر رفتارهای اجتماعی و ادراک خودکارآمدی دانش آموزان مبتلا به ناتوانی یادگیری. تازه های علوم شناختی، 11(3)، 84 – 70.

نریمانی، محمد.، رفیق ایرانی، سودابه.، ابوالقاسمی، عباس. (1388). مقایسه اثر بخشی روش های ایمن سازی روانی مایکنبام و مهارت های مطالعه و ترکیبی از هر دو روش در افزایش خودکارآمدی دانش آموزان دختر. مجله اندیشه های نوین تربیتی. دوره5. شماره 3. صص 124-111.

نصفت.، مرتضی . نظری، مجتبی. (1380). آزمون تشخیصی اختلال خواندن. گزارش نهایی طرح پژوهشی، تهران.

نیک نشان، شکوفه.، نوری، ابوالقاسم.، احمدی، سید احمد. (1388). تاثیر آموزش سبک اسناد بر بهبود سلامت عمومی گروهی از دانش آموزان ناتوانی یادگیری. مجله مطالعات آموزش و یادگیری دانشگاه شیراز، 1(2): 130-117.

واضحی آشتیانی، علی. (1382). بررسی تاثیر بازآموزی اسنادی بر سبک اسنادی، عملکرد و پشتکار در درس ریاضیات دانش آموزان. فصلنامه ی اندیشه و رفتار، 9 (3): 87.

یعقوبی، ابوالقاسم. (1383). تاثیر آموزش راهبرد های فرا شناختی بر بهبود عملکرد خواندن دانش آموزان نارساخوان پسر پایه چهارم و پنجم ابتدایی شهر همدان. رساله دکتری. دانشکده روانشناسی و علوم تربیتی دانشگاه علامه طباطبایی.

یوسفی، بهرام.، شیخ، محمود. (1381). بررسی و مقایسه اثر سه برنامه ی هدف چینی، بازآموزی اسنادی و ترکیبی بر میزان عزت نفس احساس خود سودمندی سبک اسنادی و انگیزه توفیق گرایی دانش آموزان مقطع راهنمایی شهر کرمانشاه. حرکت، 13: 43-31.

**منابع انگلیسی**

**Abela, J.R.Z. (2010). The hopelessness theory of depression: a test of the diathesis-stress and causal mediation components in third and seventh grade children. *J Abnorm Child Psychol*; 29:241–54.**

**Adams, M. J.(2008). *Beginning to Read Thinking and Learning about Print*Cambridge, MA: MIT press.**

**Baillieux, H,(2010). Developmental dyslexia and widespread activation across the cerebellar hemispheres. Brain Lang.108(2):122-32.**

**Baker, G. A., Hargis, E., Mo – song hish, M., Mounfield, H., Arzimanoglou, A., Glauser, T.,Pellock, J., Lund, S (2008). Perceved impact of epilepsy in teenager and young adult: An international survey. Epilepsy & Behaviour,12, 395-401.**

**Banks, R. (2006). Psychotherapeutic interventions for people with learningdisabilities. *The journal of psychiatry*. Elsevier Ltd 5, 10.**

**Beasley M, Thompson T, & Davidson J. (2003). Resilience in response to life stress: the effects of coping style and cognitive hardiness. *Personality and Individual Differences*, 34, 77–95.**

**Benn, E.K.T., Hesdorffer, D.C., Levy, S., Testan, F.M., Dimorio, F.J., Bery, A (2010). Parental report of behavioral and cognitive diagnosis in childhood onset epilepsy: A case – sibling – controlled analysis. Epilepsy & Behaviour, 18, 276 – 279.**

**Bloom, B. S. (1982). *Human characteristics and school learning*. New York: McGraw-Hill.**

**British Dyslexia Association (2006). What is Dyslexia? Retrieved December 16, 2006, from** [**http://www.bdadyslexia.org.uk/whatisdyslexia.html#difficulties**](http://www.bdadyslexia.org.uk/whatisdyslexia.html#difficulties)

**Casanova M, F,(2006). Reduced brain size and gyrification in the brain of dyslexia patients. J Child Neurol.;19(4):275-81.**

**Chang, E. C. (1998). Dispositional optimism and primary and secondary appraisal of a stressor: controlling for confounding influences and relations to coping and psychological and physical adjustment. *Journal of Personality and Social Psychology*, 74, 1109–1120**

**Coville, P. F. (1991). The effects of a teacher attribution training programon the locus-of-control, achievement, persistence, and helpless behaviors ofstudents in a remedial reading classroom. EdD Dissertation, BostonCollege.**

**Dehghani, M .(2007). Compare of the effectiveness of attributional and instructio cognitive metacognition-attributional strategies on text understanding of dyslexic girl students. Dissertation in Allame Tabatabaee University. (Persian).**

**Deckro, G. R, Ballinger, K. M., Hoyt, M., et al. (2002). The evaluation of a mind/body intervention to reduce psychological distress and perceived stress in college students. *J0urnal of American College Health*, 50, 281–287.**

**Donahue, M. (2010). learning disabled children attributions for success and failure. *Learning Disability Quarterly*, 3, 3-9.**

**Douglas J. Hacker,l & Bol,l & Bahbahani.k(2008). Explaining calibration accuracy in classroom contexts: the effects of incentives, reflection, and explanatory styleMetacognition Learning 3:101–121DOI 10.1007/s11409-008-9021-5.**

**Dunn, P. B., & Shapiro, S. K. (2000). Gender differences in the achievement goal orientation of ADHD children. *Cognitive therapy and Research*, 23, 327-344.**

**Dunn, P. B (2010). Gender differences in the achievement goal orientation of ADHD children. *Cognitive therapy and Research*, 23, 327-344.**

**Dziegielewski, S. F., Roest-Marti, S., & Turnage, B. (2004). Addressing stress with social work students: a controlled evaluation. *Journal of Social Work Education*, 40, 105–119.**

**Fredrickson B. L., & Levenson, R. W. (1998). Positive emotions speed recovery from the cardiovascular sequel of negative emotions. *Cognition and Emotion*. 12, 191–220.**

**Freilich, R., & Shechtman, Z. (2010). The contribution of art therapy to the social, emotional, and academic adjustment of children with learning disabilities. The Arts in psychotherapy, 37, 97-105.**

**Flory, S. (2009). Identifying, Assessing and Helping Dyspraxic Children. *Dyslexia*, 6 , 202 –2.**

**Fulk, B. M., Brigham, F. J., & Lohman, D. A. (1998). Motivation and self-regulation: A comparison of students with learning and behavior problems. *Remedial and SpecialEducation*, 19, 300–309.**

**Fulk, B. M. (2011). Motivation and self-regulation: A comparison of students with learning and behavior problems. *Remedial and SpecialEducation*, 19, 300–309.**

**Goetz, T., Frenzel, A. C., Hall, N. C., & Pekran, R. (2008). Antecedents of academic emotions: Testing the internal/external frame of reference model for academic enjoyment. *Contemporary Educational Psychology*, 33, 9-33.**

1. -Adams, M.J. [↑](#footnote-ref-1)
2. -British Dyslexia Association [↑](#footnote-ref-2)
3. -Reid.G. [↑](#footnote-ref-3)
4. -The diagnostic and statistical manual of mental disorders- IV-text revised [↑](#footnote-ref-4)
5. -Individuals with disabilities education improvement act [↑](#footnote-ref-5)
6. - Flory, S. [↑](#footnote-ref-6)
7. - McCormick, M. [↑](#footnote-ref-7)
8. -Overdependency [↑](#footnote-ref-8)
9. -Attention deficit hyperactivity disorder [↑](#footnote-ref-9)
10. - Ramus, F. [↑](#footnote-ref-10)
11. - Zigler, J .C. U. [↑](#footnote-ref-11)
12. - Wise, B, W. [↑](#footnote-ref-12)
13. - Tunmer, W. E. [↑](#footnote-ref-13)
14. - Neuro-Developmental [↑](#footnote-ref-14)
15. - Peer, L. [↑](#footnote-ref-15)
16. - Nicolson, R. I. [↑](#footnote-ref-16)
17. - Fawcett, A. J. [↑](#footnote-ref-17)
18. - Dean, P. [↑](#footnote-ref-18)
19. -Magnetic resonance imaging [↑](#footnote-ref-19)
20. -Positron emission tomography [↑](#footnote-ref-20)
21. -Magnocellular [↑](#footnote-ref-21)
22. - Muter, V. [↑](#footnote-ref-22)
23. - Non-word [↑](#footnote-ref-23)
24. - Left posterior temporal cortex [↑](#footnote-ref-24)
25. - Cortical ectipias [↑](#footnote-ref-25)
26. - Hagtvet, B. E. [↑](#footnote-ref-26)
27. -Information processing theory [↑](#footnote-ref-27)
28. - Nelson, A, G. [↑](#footnote-ref-28)
29. - Cerebellar immaturity [↑](#footnote-ref-29)
30. - phonological processing [↑](#footnote-ref-30)
31. - Metacognition [↑](#footnote-ref-31)
32. - Lyon G. R. [↑](#footnote-ref-32)
33. - speech Rate [↑](#footnote-ref-33)
34. - double deficit [↑](#footnote-ref-34)
35. 8-Penolazzi, B. [↑](#footnote-ref-35)
36. - Naming Speed [↑](#footnote-ref-36)
37. - Planing [↑](#footnote-ref-37)
38. - Monitor [↑](#footnote-ref-38)
39. - evaluate [↑](#footnote-ref-39)
40. - Temple, E. [↑](#footnote-ref-40)
41. - Acquired Dyslexia [↑](#footnote-ref-41)
42. - Developmental Dyslexia [↑](#footnote-ref-42)
43. - Kenneth, R. P. [↑](#footnote-ref-43)
44. - Kibby, M. Y. A. [↑](#footnote-ref-44)
45. -Sounding-Out [↑](#footnote-ref-45)
46. - grapheme - phoneme [↑](#footnote-ref-46)
47. - Morphemic [↑](#footnote-ref-47)
48. - Perceptual [↑](#footnote-ref-48)
49. - Linguistic [↑](#footnote-ref-49)
50. - Lerkkanen, M. K. [↑](#footnote-ref-50)
51. - Shaywitz ,V. W. [↑](#footnote-ref-51)
52. - Regularisation [↑](#footnote-ref-52)
53. -Baillieux, H. [↑](#footnote-ref-53)
54. - Semantic errors [↑](#footnote-ref-54)
55. - Casanova, M. F. [↑](#footnote-ref-55)
56. - achievement emotions [↑](#footnote-ref-56)
57. -Goetz, T. [↑](#footnote-ref-57)
58. - Frenzel, A. [↑](#footnote-ref-58)
59. - Pekrun, R. [↑](#footnote-ref-59)
60. - Hall, N. [↑](#footnote-ref-60)
61. - Titz, W. [↑](#footnote-ref-61)
62. -Syzdek, M. R. [↑](#footnote-ref-62)
63. -Addis, M.. [↑](#footnote-ref-63)
64. - Innerlanguage [↑](#footnote-ref-64)
65. -Pekron, R. [↑](#footnote-ref-65)
66. -Goetz, T. [↑](#footnote-ref-66)
67. - Kang, Y. S. [↑](#footnote-ref-67)
68. - Choi, S. Y. [↑](#footnote-ref-68)
69. -Macsingaa. I. [↑](#footnote-ref-69)
70. -Nemeti. J. [↑](#footnote-ref-70)
71. - Pearl, R. [↑](#footnote-ref-71)
72. - Fulk, B. M. [↑](#footnote-ref-72)
73. - Dunn, P. B. [↑](#footnote-ref-73)
74. - Peterson, I. [↑](#footnote-ref-74)