

Effectiveness of Group Play Therapy with Cognitive Behavioral Approach on Reforming the Social Maladjustment of Girl Adolescents with Intellectual Disabilities

Farnaz Holekian¹M.A, Masoud Gholamali Lavasani²Ph.D, Shiva Khalili³Ph.D

اثربخشی بازی‌درمانی گروهی با رویکرد شناختی- رفتاری در اصلاح ناسازگاری اجتماعی نوجوانان دختر کم‌توان ذهنی

فرناز حوله‌کیان^۱، دکتر مسعود غلامعلی لواسانی^۲، دکتر شیوا خلیلی^۳

Received: 30. 6. 12 Revised: 29.9.12 Accepted: 27.4 . 13

تاریخ دریافت: ۹۱/۴/۱۰ تجدیدنظر: ۹۱/۷/۸ پذیرش نهایی: ۹۱/۲/۷

Abstract

Objective: The purpose of this study is to examine the effectiveness of group play therapy with cognitive behavioral approach on reformation the social maladjustment of girl adolescents with intellectual disabilities. **Methods:** The present study, is an Quasi-experimental study design with pre-test and post-test, and with experimental and control groups. population of this study, including all girl adolescents with intellectual disabilities (13-15 years), who attending in the special schools of Hamadan city. Among this population, 16 students were diagnosed higher than average of Rutter test. These participants were matched in experimental and control groups (8 subjects each). The experimental group received eleven sessions of play therapy with cognitive and behavioral approach and control group were placed in the waiting list. Also experimental Group in the three months since the last session were continuously monitored. Research instrument were Rutter's behavior questionnaire and Sociometry. **Results:** Covariance analysis and t-test showed that play therapy with cognitive behavioral approach has caused to reduced social maladjustment of adolescents in experimental group and increased their social interactions. **Conclusion:** The most important results of this study are effectiveness of group play therapy and usefulness of the cognitive - behavioral approach on reformation the social maladjustment. It can be argued that group play therapy with cognitive behavioral approach can reforms social maladjustment girl adolescents with intellectual disabilities.

Keywords: group play therapy, cognitive-behavioral approach, social maladjustment, adolescents with Intellectual Disabilities

چکیده

هدف: هدف پژوهش حاضر، تعیین اثربخشی بازی‌درمانی گروهی با رویکرد شناختی- رفتاری در اصلاح ناسازگاری اجتماعی نوجوانان دختر کم‌توان ذهنی می‌باشد. **روش:** پژوهش حاضر، مطالعه‌ای نیمه‌آزمایشی با طرح پیش‌آزمون، پس‌آزمون و همراه با گروه کنترل و آزمایش می‌باشد. جامعه آماری پژوهش، شامل نوجوانان کم‌توان ذهنی (۱۵-۱۳ساله) در حال تحصیل در مدارس استثنایی شهرستان همدان بودند؛ از این تعداد، ۱۶ نفر که نمره آنان بالاتر از انحراف میانگین آزمون راتر بود از طریق همتاسازی، در دو گروه ۸ نفره آزمایش و کنترل قرار گرفتند. گروه آزمایش ۱۱ جلسه بازی‌درمانی با رویکرد شناختی- رفتاری دریافت و گروه کنترل در لیست انتظار قرار گرفت. همچنین گروه آزمایش به مدت سه ماه پس از آخرین جلسه، پیگیری شد. ابزار گردآوری داده‌های پژوهش، پرسشنامه رفتاری راتر و گروه-سنجی بود. **یافته‌ها:** تحلیل یافته‌ها مبتنی بر آمار توصیفی، تحلیل کوواریانس و آزمون t برای گروه‌های مستقل نشان داد که بازی‌درمانی با رویکرد شناختی- رفتاری باعث کاهش ناسازگاری اجتماعی نوجوانان کم‌توان ذهنی و افزایش تعاملات اجتماعی آنان شده‌است. **نتیجه‌گیری:** مهم‌ترین نتایج این پژوهش، مؤثر بودن بازی‌درمانی گروهی در اصلاح ناسازگاری اجتماعی و اثربخشی استفاده از رویکرد شناختی- رفتاری برای نوجوانان کم‌توان ذهنی می‌باشد. از این‌رو می‌توان ادعا نمود روش بازی‌درمانی گروهی با رویکرد شناختی- رفتاری، در کاهش ناسازگاری اجتماعی نوجوانان کم‌توان ذهنی اثربخش بوده‌است.

واژه‌های کلیدی: بازی‌درمانی گروهی، رویکرد شناختی- رفتاری، ناسازگاری اجتماعی، نوجوانان کم‌توان ذهنی

1. Corresponding Author: M. A in Psychology

Email: f_holekian@ut.ac.ir

2. Associate Professor in Tehran University

3. Associate Professor in Tehran University

۱. نویسنده مسئول: کارشناس ارشد روان‌شناسی

۲. دانشیار دانشگاه تهران

۳. دانشیار دانشگاه تهران

مقدمه

افراد کم‌توان ذهنی، افرادی با محدودیت‌های ویژه هستند. ویژگی‌های کم‌توانی ذهنی عبارت‌اند از: کارکرد هوشی زیر متوسط و وجود محدودیت‌های همزمان مرتبط با محدودیت‌ها در دو یا چند حوزه از حوزه‌های مهارت‌سازی کاربردی و وجود این شرایط از زمان کودکی (انجمن کم‌توان ذهنی آمریکا، ۱۹۹۲، ترجمه به‌پژوه و غباری، ۱۳۸۰). رفتارهای ناسازگارانه، رفتارهایی هستند که با نظر پدر و مادر، مربیان، اطرافیان و جامعه سازگاری ندارد. رفتار فرزندان ناسازگار، احساس بسیار بدی را در اطرافیان ایجاد می‌کند و با واکنش‌های ناخوشایندی از سوی دیگران مواجه می‌شود. در رفتار ناسازگار، فرد در شرایطی قرار می‌گیرد که قادر نیست خود را با محیط اجتماعی یا خانوادگی به گونه‌ای مناسب هماهنگ یا سازگار نماید و معمولاً این ناسازگاری روی رفتار و حالات عاطفی او تأثیر می‌گذارد (وست وود، ۱۳۸۱). از نظر عملی کودک ناسازگار دارای حالت بی‌قیدی و عدم اطاعت است و برای عصبانی کردن بزرگسال سعی می‌کند آگاهانه و یا ناآگاهانه به مقابله با هر منطقی بپردازد (رشیدی‌ظفر، ۱۳۸۹). افراد ناسازگار ممکن است چند اختلال رفتاری و یا شخصیتی مانند اختلال سلوک، پرخاشگری و بی‌توجهی را به‌طور هم‌زمان داشته باشد (کلاریزو، ۱۹۹۲). برجسته‌ترین ویژگی‌های اجتماعی ناسازگاری عبارتند از: وجدان کم، عدم همدلی، نپذیرفتن مسئولیت رفتار و نقض قوانین اجتماعی و هنجارها (بری، برلین، بلک‌مان، جکسن و پتری، ۲۰۰۴). دوره نوجوانی زمان تغییرات بزرگ اجتماعی و عاطفی است که گاه این تغییرات منجر به بروز ناسازگاری‌های اجتماعی در نوجوان خصوصاً در محیط آموزشی و در جمع دوستان می‌شود. پیشگیری و اصلاح این ناسازگاری‌های اجتماعی ضروری و نیازمند همکاری مدرسه و والدین است (کری، ۲۰۱۲). نوجوانان کم‌توان ذهنی نیز با توجه به ویژگی‌های خاصشان، مهارت‌های اجتماعی پایین‌تری نسبت به

نوجوانان عادی دارند و ناسازگاری‌های اجتماعی بیشتری را در مدرسه و خانه نشان می‌دهند. از این‌رو، مشاوران، روان‌شناسان و متخصصان آموزش و پرورش ویژه، برای کاهش مشکلات عاطفی و رفتاری آنان، روش‌های اصلاح رفتار و راهبردهای گوناگونی ارائه کرده‌اند که در خانه و مدرسه به‌کار می‌برند. استفاده از این روش‌ها در مدرسه که در آن دانش‌آموزان کم‌توان ذهنی به تحصیل اشتغال دارند؛ حیاتی به نظر می‌رسد (آذرنیوشان، به‌پژوه و غباری بناب، ۱۳۹۱).

ناسازگاری در کودکان و نوجوانان کم‌توان ذهنی به‌حدی است که بیشترین مشکلات آن‌ها را در مدرسه و خانه تشکیل می‌دهد. برخی از صفات کودکان ناسازگار شامل این موارد است: فعالیت بی‌هدف و بیش‌ازحد، ناتمام رهاکردن کار و بازی، تکان دادن بی‌هدف قسمتی یا تمام اندام‌های بدن، ناآرامی هنگام غذا خوردن، خرابکاری لوازم و اسباب‌بازی از فرط دستکاری زیاد، حرف زدن زیاد، نافرمانی، دعوا کردن با سایر بچه‌ها (کپلان، ۱۹۹۸)، دمدمی مزاج بودن، آزار دیگران، نپذیرفتن انضباط، به دردمسراختن خو، مشکلات گفتاری، کج‌خلقی، گوش ندادن به تمام داستان، لجبازی، عصبی مزاج بودن، بی‌احتیاطی، نداشتن محبوبیت در بین همسالان، ناشکیبایی و دروغ‌گویی (مویس و رینولدز، ۱۳۸۴). هم‌چنین از آن‌جایی که افراد کم‌توان ذهنی توانایی برقراری ارتباط متقابل با مشاور را ندارند و نمی‌توانند به وسیله‌ی فرآیند طبیعی مشاوره احساسات خود را بیان کنند؛ به همین دلیل استفاده از بازی‌درمانی در مراکز آموزش ویژه افراد کم‌توان ذهنی از هر روش دیگری مؤثرتر خواهد بود. درمان‌های غیردارویی هم‌چون روان‌درمانی و مشاوره کودکان، با استفاده از شیوه‌های بازی‌درمانی، برای درصد قابل ملاحظه‌ای از کودکان، نتیجه‌بخش بوده‌است. هرگاه زبان کلامی برای ابراز افکار و احساسات کودکان کفایت نکند؛ درمانگران از بازی‌درمانی برای کمک به کودکان، برای ابراز آنچه آن‌ها را ناراحت کرده‌است؛ استفاده می‌کنند (جیل،

می‌کند. بازی‌درمانی در کاهش مشکلات برونی‌سازی شدهٔ کودکان مؤثر می‌باشد (دادستان، بیات و عسگری، ۱۳۸۸). براتون و ری (۲۰۰۵) در یک مطالعهٔ تجربی از بازی‌درمانی نتیجه‌گیری کردند؛ که بازی‌درمانگری نتایج مؤثری را در ارتقای مهارت‌های اجتماعی به‌همراه دارد. بازی کردن به کودکان اجازه می‌دهد که مهارت‌های اجتماعی خودشان را ارزیابی کنند و رفتارهای اجتماعی جدید بیاموزند و تمرین کنند (محمداسماعیل، ۱۳۸۷). در بیش از سه دههٔ گذشته، آموزش مهارت‌های اجتماعی به عنوان یکی از آسیب‌های روانشناختی، اثربخش بوده‌است (هربرت، ۲۰۰۵).

در بازی‌درمانی شناختی-رفتاری مداخلهٔ رفتاری و شناختی به‌کار گرفته می‌شود. از جملهٔ این مداخله‌های رفتاری می‌توان از حساسیت‌زدایی منظم، تصویرسازی ذهنی برانگیزاننده، مدیریت وابستگی، تقویت مثبت، شکل‌دهی، خاموش‌سازی و الگوسازی نام برد. روش‌های رفتاری که به‌طور معمول در بازی-درمانی شناختی-رفتاری استفاده می‌شوند با تغییر رفتار و روش‌های شناختی با تغییر افکار، سروکار دارند. چون این‌گونه تصور می‌شود که شناخت‌های ناسازگارانه، باعث رفتار همراه با ترس و اضطراب می‌شوند و فرض بر این است که تغییر در تفکر، تغییر در رفتار را به همراه دارد. درمانگر به کودک کمک می‌کند تا شناخت‌های خود را شناسایی و اصلاح کند و یا آن‌ها را بسازد. او علاوه بر کمک‌کردن به کودک در شناسایی تحریف‌های شناختی خود، به او یاد می‌دهد که این تفکر ناسازگارانه را با تفکر سازگارانه تعویض کند (کنل، ۱۹۹۱ و گالاگر، مک‌لوسکی، ۲۰۰۴ به نقل از آذرنیوشان، به‌پژوه و غباری بناب، ۱۳۹۱).

هم‌چنین نتایج پژوهش‌ها نشان‌دهندهٔ اثربخشی بازی‌درمانی بر ارتقاء رفتار اجتماعی مثبت و کاهش رفتار اجتماعی منفی کودکان است (رشیدی‌ظفر، ۱۳۸۹). هم‌چنین بازی‌درمانی در کاهش اضطراب کودکان نیز مؤثر واقع شده‌است (نرسی، ۱۳۸۳).

۱۹۹۱). پژوهش‌های گوناگون نشان می‌دهند که تقریباً ۳۰ درصد کودکان و نوجوانان، در طول زندگی خود دارای نوعی اختلال روانپزشکی قابل تشخیص را هستند؛ ولی ۷۰ تا ۸۰ درصد آن‌ها، مداخلهٔ مناسب را دریافت نمی‌کنند. این اختلال‌ها، به نقص عملکرد در زمینه‌های گوناگون از جمله زمینه‌های تحصیلی، خانوادگی و اجتماعی منجر شده که در نهایت، افت تحصیلی یا رفتارهای بزهکارانه را موجب می‌شود (ایوانز، مولت، ویست و فراتر، ۲۰۰۰).

لندرت (۱۳۹۰) اظهار می‌دارد که بازی کردن برای کودک مساوی است با صحبت کردن برای یک بزرگسال. بازی و اسباب‌بازی، کلمات کودکان هستند. بازی برای کودکان فعالیت مهمی است که به رشد آنان کمک می‌کند و به‌طور طبیعی درمان‌کننده نیز هست (اکسلین، ۱۳۶۵). بازی‌درمانی، رویکرد فعالی است که می‌توان آن را به‌طور انفرادی و یا گروهی به‌کار برد. به‌گونه‌ای که به کودکان و گاهی اوقات به نوجوانانی که در طی درمان کلامی همکاری نمی‌کنند؛ اجازه می‌دهد تا به واسطهٔ بازی، احساسات هوشیار و ناهوشیارشان را آشکار سازند. بازی‌درمانی جهت درمان کودکان ناسازگار و کسانی که نسبت به حل مسائل مربوط به سازگاری، مشکل دارند؛ استفاده می‌شود (پاترسون، دی‌برایش و رامسی، ۱۹۸۹). اهمیت بازی در مباحث روان‌شناسی رشد تا حدی است که صاحب‌نظران آن را تفکر کودک نامیده‌اند. امروزه مهم‌ترین روش برای درمان اختلالات روانی و عاطفی کودکان، بازی‌درمانی است؛ که حتی موجب درمان بسیاری از اختلالات روانی در بزرگسالان نیز می‌شود. بازی باعث تقویت رشد اجتماعی کودکان می‌شود (لندرت، ۱۳۷۴). براساس دیدگاه آدلر، ارزیابی‌های رسمی اطلاعات اندکی از مراجعان ارائه می‌دهد؛ بنابراین بازی‌درمانی می‌تواند روش مناسبی برای کشف سبک زندگی مراجعان باشد (محمداسماعیل، ۱۳۸۷). پیازه روانشناس مشهور سوئیسی، بازی را تحت عنوان یکی ساختن واقعیت با خود تعریف

پرخاشگرانه دانش‌آموزان کم‌توان ذهنی انجام شد؛ تحلیل داده‌ها حاکی از کاهش معنادار رفتار پرخاشگرانه در دانش‌آموزان کم‌توان ذهنی در گروه آزمایشی بود. عباسیان (۱۳۸۷) نیز بازی‌درمانی شناختی-رفتاری را بر کاهش علائم افسردگی در کودکان مؤثر دانست.

رویکرد شناختی-رفتاری پرکاربردترین رویکرد جهت مشاوره با کودکان و بزرگسالان است. این رویکرد، عقاید غیرمنطقی و الگوهای تکراری رفتار را با روش‌های مختلف به چالش می‌طلبد. این رویکرد مؤثرترین رویکرد درمانی در زمینه درمان اختلالات مختلف است (هاوتون و سالکوس‌کیس، ۱۳۸۲). در پژوهش‌های مرتبط مشخص شده است که بازی‌درمانی با رویکرد شناختی-رفتاری در کاهش ترس از شب کودکان (ابراهیمی دهشیری، مظاهری و طهماسیان، ۱۳۹۰) مؤثر است. همچنین تأثیر مثبت استفاده از مداخلات شناختی-رفتاری بر پاسخ‌های مقابله‌ای و راهبردهای تنظیم شناختی هیجان (قاسم‌زاده نساجی، پیوسته‌گر، حسینیان، موتابی و بنی‌هاشمی، ۱۳۸۹) و کاهش علائم اضطراب امتحان (ایزدی‌فر و سپاسی آشتیانی، ۱۳۸۹) آزمون شده است. بازی‌درمانی وسیله‌ای برای تشخیص مشکلات است و مشاور با مشاهده رفتار کودک، ضمن بازی می‌تواند به نگرانی‌ها و ناراحتی‌های او پی‌ببرد و سپس در جهت رفع آن‌ها اقدام کند (شفیع‌آبادی، ۱۳۸۷). بازی وسیله‌ای برای احساسات، برقراری روابط، توصیف تجربیات، آشکار کردن آرزوها و خودشکوفایی است. بازی در واقع تلاش کودک برای کنار آمدن با محیط است که از این طریق خود را می‌یابد و دنیا را درک می‌کند (منصور، ۱۳۷۸). مسئله ناسازگاری در کودکان و نوجوانان به خصوص افراد کم‌توان ذهنی، یکی از مسائلی است که اکثر خانواده‌ها، مربیان، معلمان و دست‌اندرکاران تعلیم و تربیت از آن رنج می‌برند (مهرداد، ۱۳۷۹). کودکان معمولاً در سن دو تا سه سالگی شروع به بازی با دیگران می‌کنند. اما اگر استعداد ذاتی علاقه

بازی‌درمانی می‌تواند سبب افزایش سن اجتماعی (رسولی ۱۳۷۶)، کاهش پرخاشگری (ذوالمجد، ۱۳۸۶) و اصلاح اختلالات سلوکی دانش‌آموزان دبستانی (بابایی، ۱۳۸۰) شود.

بازی‌درمانی شناختی-رفتاری با تأکید بر مشارکت کودک در درمان و از طریق مورد توجه قرار دادن موضوعاتی چون کنترل، تسلط و پذیرش مسئولیت در قبال تغییر رفتار شخصی خویش، ایجاد می‌شود (کنل، ۱۹۹۹). در این روش نیز هم‌چون درمان‌های شناختی-رفتاری که بر روی بزرگسالان انجام می‌شود، اعتقاد بر آن است که رفتار انطباقی، حاصل تعامل بین افکار، احساسات و رفتار فرد است. آذرنیوشان، به‌پژوه و غباری‌بناب (۱۳۹۱) نیز در پژوهشی، بازی‌درمانی با رویکرد شناختی-رفتاری را در کاهش مشکلات رفتاری کودکان کم‌توان ذهنی مؤثر دانستند. بررسی پژوهش‌های موجود نشان می‌دهد که در ایران، پژوهش‌های اندکی در مورد بازی‌درمانی با رویکرد شناختی-رفتاری بر اصلاح ناسازگاری اجتماعی دانش‌آموزان کم‌توان ذهنی صورت گرفته است. درعین حال، پژوهش‌های زیر قابل ملاحظه است. در پژوهشی که محمودی قرائی، بینا، یاسمی، امامی و نادری (۱۳۸۵) در کرمان انجام داده‌اند؛ اثر بازی‌درمانی بر کودکان بازمانده از واقعه زلزله بم بررسی شد و نشان داد که بازی‌درمانی می‌تواند در کاهش نشانه‌های اختلالات رفتاری مؤثر باشد. در پژوهش دیگری که ذوالمجد، برج‌علی و آراین (۱۳۸۶) انجام داده‌اند، تأثیر بازی‌درمانی بر روی پسران پرخاشگر بررسی شده و نتایج آن، حاکی از کاهش سطح پرخاشگری در گروه آزمایش بوده است. همچنین در پژوهش دیگری زارع و احمدی (۱۳۸۶) با موضوع اثربخشی بازی‌درمانی به شیوه شناختی-رفتاری در کاهش مشکلات رفتاری کودکان مشخص شد؛ که بازی‌درمانی شناختی-رفتاری، موجب کاهش مشکلات رفتاری کودکان می‌شود. در پژوهش به‌پژوه و نوری (۱۳۸۱) که به منظور بررسی تأثیر نقاشی‌درمانی در کاهش رفتارهای

فقط با یک وسیله از آن مجموعه سرگرم می‌شوند (کوئین و روبین، ۱۹۸۴). در این زمینه هنوز تحقیقات زیادی انجام نشده‌است و هنوز تفاوت بازی‌های کودکان با هوشبهر عادی و کم‌توان ذهنی به طور واضح مشخص نیست. به نظر می‌رسد که کودکان با سطوح ذهنی متفاوت، از نظر کیفی در نگرش نسبت به بازی و رویکردشان تفاوتی ندارند. اگر گروه‌ها نه بر اساس سن تقویمی، بلکه با توجه به سن عقلی همسان‌سازی شوند، آن‌هایی که دارای نقص ذهنی هستند؛ مسلماً کمی تأخیر دارند؛ اما می‌توانند هم-چون سایر کودکان بازی کنند (پیتربویز، ۱۳۸۴). همان‌طور که قبلاً بیان شد؛ با بررسی‌های فراوان، پژوهش‌های اندکی در زمینه کاربرد بازی‌درمانی با رویکرد شناختی-رفتاری برای افراد کم‌توان ذهنی یافت شد. بنابراین، پژوهش حاضر در تلاش است که اثربخشی بازی‌درمانی گروهی با رویکرد شناختی-رفتاری را بر کاهش ناسازگاری اجتماعی نوجوانان دختر کم‌توان ذهنی بررسی نماید.

روش

طرح پژوهش:

پژوهش حاضر یک پژوهش نیمه آزمایشی می‌باشد. در این پژوهش از طرح پیش‌آزمون-پس‌آزمون همراه با دو گروه کنترل و آزمایشی استفاده شد.

جامعه آماری، نمونه و روش نمونه‌گیری:

جامعه آماری این پژوهش را کلیه دانش‌آموزان دختر ۱۵-۱۳ ساله کم‌توان ذهنی مدارس استثنایی شهرستان همدان تشکیل می‌دادند. از این تعداد، با روش نمونه‌گیری تصادفی ۳۲ نفر انتخاب و از بین آن‌ها، ۱۶ دانش‌آموز که نمرات ناسازگاری اجتماعی آنها بالاتر از انحراف معیار میانگین آزمون رفتاری راتر بود انتخاب شدند و از طریق هم‌تاسازی نمرات پرسشنامه، به صورت تصادفی در دو گروه ۸ نفره آزمایش و کنترل قرار گرفتند. ۱۱ جلسه بازی‌درمانی با رویکرد شناختی-رفتاری بر روی گروه آزمایش اجرا شد و

اجتماعی کودک رشد نیافته باشد؛ کودک در ارتباط با دیگران بی‌علاقه خواهد بود (دریکورز، ۱۹۸۹). بر این اساس کودکی که علاقه اجتماعی‌اش رشد یافته باشد، ممکن است در بازی با دیگران منزوی بوده و یا نسبت به آن‌ها حالت تهاجمی داشته‌باشد (آدلر، ۱۹۵۴). توانایی کودک برای شرکت در بازی‌های گروهی احتمالاً بیشتر انعکاسی از احساسات اجتماعی اوست. بازی‌های گروهی عموماً مقرراتی ایجاد می‌کنند که گروه باید بر آن‌ها توافق داشته‌باشند (اکسلین، ۱۳۶۵). به عقیده آدلر، چهار هدف بدرفتاری کودکان، توجه‌طلبی، قدرت‌نمایی، انتقام‌جویی و ناتوانی فرضی است (پروت و داگلاس، ۱۳۸۳). این بدرفتاری‌ها را می‌توان در بازی‌های گروهی کودکان مشاهده کرد (کری، ۱۳۸۸).

تا سال‌های پایانی دهه ۱۹۶۰، حتی درمیان متخصصان، تصور نادرستی درباره بازی کودکان دارای نقص‌های ذهنی وجود داشت. چنین پنداشته می‌شد که بازی نکردن این کودکان، یا بدین سبب است که نمی‌خواهند؛ یا برای این است که به آن نیازی ندارند (مک‌کانکی، ۱۹۸۵). خوشبختانه این باور در طول بیست سال گذشته تغییر کرده‌است. بخشی از دلیل بی‌توجهی متخصصان امر به بازی کودکان کم‌توان ذهنی شاید به این علت باشد که معلمان و مشاورانی که معمولاً با این گونه کودکان کار می‌کنند، بیشتر به پربرسازی آموزشی آن‌ها می‌پردازند و تلاش‌های آن‌ها به فعالیت‌های درمانی مربوط می‌شود تا ارزیابی عملکرد و الگوهای بنیادین رشد (کوئین و روبین، ۱۹۸۴). قابلیت و توانایی بازی کودکان کم‌توان ذهنی بسیار کم‌تر از کودکان عادی است. اما پژوهشگران در تأکید بر این تفاوت‌ها به این نکته توجه نداشته‌اند که کودکان مبتلا به نقص‌های شناختی به‌راستی بازی می‌کنند و بازی آن‌ها مانند کودکان عادی قابل تفسیر است. احتمال ترکیب اشیاء توسط کودکان کم‌توان ذهنی، کم‌تر از کودکان عادی است و بارها مشاهده شده که این کودکان در یک مجموعه اسباب‌بازی،

ابتدایی را به منظور سنجش اعتبار و قابلیت اعتماد آزمون راتر (فرم ۳۰ ماده‌ای) را مورد مطالعه قرار داد. در این مطالعه قابلیت آزمون مذکور با استفاده از روش بازآزمایی ۰/۹۰ گزارش شده است.

گروه‌سنجی:

جهت ارزیابی میزان تعاملات اجتماعی دانش-آموزان، از گروه‌سنجی در قالب یک بازی‌درمانی بدون جهت در قبل و بعد از مداخلات برای هر دو گروه استفاده شد. در واقع گروه‌سنجی وسیله‌ای است که برای اندازه‌گیری ارتباط‌های گروهی و اجتماعی به‌کار می‌رود. از این روش می‌توان برای شناخت دانش-آموزان منزوی و مطرود به منظور ایجاد سازگاری و بهبود روابط بین اعضای گروه، شناسایی افراد رهبر، نماینده مورد علاقه دانش‌آموزان و انتخاب افراد برای انجام کارهای خاص استفاده کرد. گروه‌سنجی این امکان را فراهم می‌آورد که علاقه‌مندان، گروه‌های آشکار (رسمی) و پنهان کلاس (غیررسمی) را شناسایی و از نظر روابط گروهی و تقویت روابط متقابل اعضاء و بالا بردن دوستی و صمیمیت بین افراد و ایجاد روحیه گروهی مورد استفاده قرار دهند (رونقی خامنه‌ای، ۱۳۷۲).

روش اجرا:

این بازی‌درمانی گروهی در یازده جلسه ۹۰ دقیقه‌ای و هفته‌ای سه بار (یک روز در میان) بر روی گروه آزمایش اجرا شد. بر روی گروه کنترل هیچ مداخله‌ای صورت نپذیرفت و در لیست انتظار قرار گرفت. تمامی جلسات بازی‌درمانی در اتاق بازی‌درمانی مدرسه استثنایی دخترانه مدرسه یک همدان، با وسایل و ابزارهای موجود انجام گرفت. وسایل و ابزارهای استفاده شده برای این بازی‌درمانی عروسک‌های نمایشی خانواده، عروسک‌های دختر و پسر، وسایل بازی آشپزخانه، یک اتاق خواب برای عروسک، وسایل دکتربازی، عروسک‌های دستی حیوانات مختلف و مجموعه بازی‌درمانی حیوانات و مجموعه بازی‌درمانی خانواده بود. شرایط اتاق بازی‌درمانی نیز از نظر دما،

مشارکت‌کنندگان گروه کنترل در لیست انتظار قرار گرفتند.

ابزار

پرسشنامه رفتاری راتر:

برای اندازه‌گیری میزان رفتارهای ناسازگارانه اجتماعی این دانش‌آموزان از پرسشنامه رفتاری کودکان راتر با تجدیدنظر (نرم ایران) استفاده شد. اعتبار این پرسشنامه با استفاده از ضریب آلفای کرونباخ ۰/۸۴ به دست آمده است (جان‌بزرگی، نوری و آگاه‌هریس، ۱۳۸۳). این پرسشنامه دارای ۳۰ عبارت تجدیدنظر شده برای ایران می‌باشد که توسط مشاور مدرسه دانش‌آموزان تکمیل شد. هر عبارت در سه گزینه «اصلاً صدق نمی‌کند»، «تا حدی صدق می‌کند» و «کاملاً صدق می‌کند» سنجیده می‌شود. نمره این پرسشنامه از ۰ تا ۶۰ است. امتیاز ۰ نشان‌دهنده عدم ناسازگاری اجتماعی، امتیاز ۱ تا ۳۰ نشان‌دهنده ناسازگاری اجتماعی متوسط و ۳۱ تا ۶۰ نشان‌دهنده ناسازگاری اجتماعی زیاد می‌باشد (محمدی، مسگریور، سهیمی‌ایزدیان و محمدی، ۱۳۸۶).

تا به حال بررسی‌ها و پژوهش‌های متعددی چه در ایران و یا سایر کشورها در مورد قابلیت اعتماد و اعتبار پرسشنامه راتر انجام گرفته که اکثریت آن‌ها ضریب اطمینان بالایی را در این مورد نشان می‌دهند. این آزمون، در ایران به وسیله مهریار و یوسفی (۱۹۹۲)، ترجمه و مورد استفاده قرار گرفته است. در این پژوهش میزان توافق تشخیص روان‌پزشکی با پرسشنامه در وجود اختلال و انواع فرعی آن در سطح ۰/۰۰۱ معنی‌دار بوده است. پایایی آزمون نیز در پژوهش‌های مختلف مورد تأیید قرار گرفته است. چنان‌که در پژوهش راتر (۱۹۷۶) با روش دو نیمه کردن حدود ۸۹٪ و در پژوهش ابوالقاسمی، نریمانی و کیامرثی (۱۳۸۴) با استفاده از روش بازآزمایی ۸۷٪ گزارش شده است. یوسفی (۱۳۷۷) در شهر شیراز ۱۶۰۰ دختر و پسر ۶ تا ۱۱ ساله کلاس اول تا پنجم

پیگیری:

با توجه به تغییرات رفتاری سریع افراد کم‌توان ذهنی و فراگیری کوتاه مدت آن‌ها، جلسات پیگیری در مدت سه ماه ترتیب داده شد. همچنین جهت افزایش مشارکت والدین، سه جلسه آموزش خانواده (هر جلسه به مدت ۴۵ دقیقه) برای اولیاء برگزار شد؛ که شرح جلسات پیگیری و آموزش خانواده در پیوست ۳ آمده است.

روش تحلیل داده‌ها:

با توجه به طرح این پژوهش جهت تحلیل داده‌ها از آمار توصیفی و تحلیل کوواریانس و آزمون t مستقل به‌وسیله نرم‌افزار آماری Spss 19 استفاده شد.

یافته‌ها

هدف اساسی پژوهش حاضر، تعیین اثربخشی بازی‌درمانی گروهی با رویکرد شناختی-رفتاری بر کنترل ناسازگاری اجتماعی نوجوانان دختر (۱۵-۱۳ساله) کم‌توان ذهنی می‌باشد. به این منظور، نتایج حاصل از اجرای پرسشنامه راتر و گروه‌سنجی مورد بررسی قرار گرفت. همان‌گونه که نتایج مندرج در جدول ۱ نشان می‌دهد، تفاوت نمرات پیش‌آزمون و پس‌آزمون نمرات پرسشنامه راتر در گروه آزمایش چشم‌گیر و نشان‌دهنده کاهش میانگین نمره پس-آزمون نسبت به پیش‌آزمون نسبت به تفاوت نمرات پیش‌آزمون و پس‌آزمون در گروه کنترل است. هم-چنین مقایسه نمرات پیش‌آزمون و پس‌آزمون گروه-سنجی نیز نشان‌دهنده افزایش تعاملات اجتماعی در پس‌آزمون گروه آزمایش نسبت به پیش‌آزمون می‌باشد، درحالی که این تفاوت در گروه کنترل بسیار کم است.

آلودگی صوتی، مدت بازی از نظر گرسنگی و آستانه تحمل نوجوانان دختر کم‌توان ذهنی مورد کنترل قرار گرفت.

برای اجرای این مشاوره گروهی از فنون مختلف رویکرد شناختی-رفتاری هم‌چون ایفای نقش، معکوس کردن نقش‌ها (خدایاری و عابدینی، ۱۳۸۹)، تصویرسازی منطقی-عاطفی (کری، ۱۳۹۰)، حل مسئله اجتماعی و آموزش برقراری ارتباط و تنش‌زدایی استفاده شد. با توجه به نقص شناختی این افراد تلاش شد؛ تا مفاهیمی در جلسات بازی‌درمانی قرار داده‌شود که متناسب با سن و وضعیت هوشی نوجوانان شرکت‌کننده باشد. البته از آن‌جا که افراد کم‌توان ذهنی شرکت‌کننده در این پژوهش، در سنین نوجوانی بودند؛ توان درک بالاتری را نسبت به کودکان کم‌توان ذهنی داشتند و می‌توانستند فعالیت‌های شناختی ساده را به راحتی درک و اجرا نمایند. هر جلسه بر اساس مراحل مشاوره‌ی گروهی در قالب شناسایی، انتقال، عمل و پایان اجرا شد (شفیع‌آبادی، ۱۳۸۸). یک مصاحبه مقدماتی جهت آشنایی رهبر گروه با دانش‌آموزان، قبل از اجرای مشاوره گروهی به صورت انفرادی با هریک از دانش‌آموزان انجام شد. همچنین قبل از اجرای برنامه مداخلاتی یک جلسه با اولیاء تشکیل شد و نحوه اجرای برنامه برایشان توضیح و از آنان رضایت‌نامه گرفته شد. شرح فعالیت‌های انجام شده در هر جلسه برای گروه آزمایش در پیوست ۲ آمده است.

پرسشنامه راتر برای این نوجوانان به عنوان پس‌آزمون توسط مشاور هر مدرسه تکمیل شد. پس از اجرای پس‌آزمون به منظور رعایت ملاحظات اخلاقی سه جلسه بازی‌درمانی گروهی با رویکرد شناختی-رفتاری برای گروه کنترل نیز اجرا شد.

جدول ۱. شاخص‌های توصیفی مربوط به نمرات راتر و گروه‌سنجی پیش و پس‌آزمون در گروه‌های کنترل و آزمایش

آزمون	گروه	کنترل		آزمایش	
		کم‌ترین	بیش‌ترین	کم‌ترین	بیش‌ترین
پرسشنامه راتر	پیش‌آزمون	۳۸	۵۵	۷/۰۱	۵۶
	پس‌آزمون	۲۷	۵۵	۵/۵۵	۳۱
گروه‌سنجی	پیش‌آزمون	۳	۶	۱/۲۵	۶
	پس‌آزمون	۳	۶	۲/۰۳	۹

پس از تعدیل نمرات پیش‌آزمون، اثر معنی‌دار عامل بین آزمودنی‌ها ($F = 0/97$) مجذور اتا و $p < 0/001$ و $F = 426/26$ وجود داشت. بنابراین می‌توان گفت که بازی‌درمانی گروهی با رویکرد شناختی- رفتاری در اصلاح ناسازگاری اجتماعی دختران ۱۳ تا ۱۵ ساله کم‌توان ذهنی، در مقایسه با گروه کنترل معنادار ($p < 0/001$) و مؤثر بوده‌است.

قبل از اجرای آزمون تحلیل کوواریانس و به‌منظور بررسی مفروضه همگنی واریانس‌های دو گروه از آزمون لوین استفاده شد. نتایج به‌دست آمده برای F لوین، $1/52$ ، نشانگر عدم معنی‌داری ($p > 0/05$) برای تفاوت واریانس‌ها در دو آزمون بوده‌است. لذا مفروضه برقرار است و می‌توان تحلیل کوواریانس را گزارش کرد. با توجه به جدول ۲، می‌توان نتیجه گرفت که

جدول ۲. نتایج حاصل از تحلیل کوواریانس بر میانگین نمره‌های پرسشنامه راتر پس‌آزمون دو گروه با کنترل میانگین نمره پیش‌آزمون آن‌ها

منبع تغییرات	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	مجذور اتا	سطح معنی‌داری
پیش‌آزمون	446/10	1	446/10	73/74	0/85	0/001
گروه	2578/77	1	2578/77	426/26	0/97	0/001
خطا	78/65	13	6/05	--	--	--

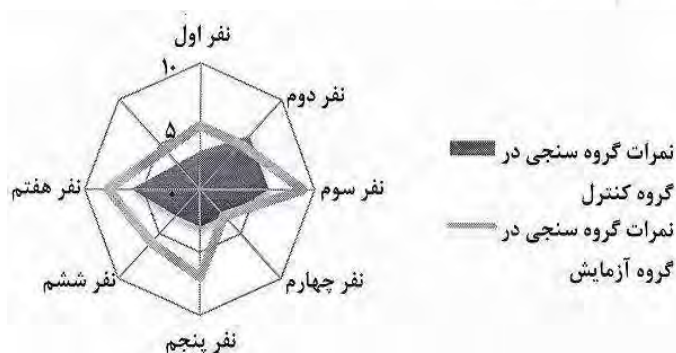
رفتاری، تعاملات اجتماعی در گروه آزمایش افزایش بیشتری نسبت به گروه کنترل داشته‌است. در شکل ۱ نمرات گروه سنجی دو گروه به صورت نمودار ارائه شده است.

با توجه به جدول ۳، تفاوت نمرات گروه‌سنجی در پس‌آزمون نسبت به پیش‌آزمون در گروه آزمایش ۲ و در گروه کنترل ۱۳- می‌باشد. به بیان دیگر در اثر استفاده از بازی‌درمانی گروهی با رویکرد شناختی-

جدول ۳. شاخص‌های توصیفی مربوط به تفاوت نمرات پیش و پس‌آزمون گروه‌سنجی و نتایج مربوط به آزمون t مستقل

آزمون	شاخص گروه	تعداد	میانگین	انحراف استاندارد	درجه آزادی	t مشاهده شده	سطح معنی‌داری	F لوین
گروه‌سنجی	آزمایش	8	2	0/78	14	1/93	0/05	0/304
	کنترل	8	-0/13	0/16				

در جدول ۳، در عین ارائه تفاضل پیش‌آزمون و پس‌آزمون نمرات گروه‌سنجی، نتایج آزمون t مستقل برای نمرات پیش‌آزمون و پس‌آزمون در گروه کنترل و آزمایش برای نمرات گروه‌سنجی نیز آمده‌است که با توجه به مقادیر بحرانی معنی‌دار می‌باشند. همچنین نتایج بدست آمده برای F لوین، $0/304$ مربوط به آزمون t مستقل، نشانگر عدم معنی‌داری برای تفاوت واریانس‌ها در دو آزمون بوده‌است



شکل ۱. مقایسه نمرات پس‌آزمون گروه‌سنجی برای افراد در گروه آزمایش و کنترل

مک‌کلاسیکی (۲۰۰۴) گروه‌درمانی شناختی رفتاری کوتاه‌مدت در درمان هراس اجتماعی، اضطراب و افسردگی کودکان اثربخش بوده است که با یافته‌های این پژوهش همسو است. در پژوهش‌های ذوالمجد (۱۳۸۶) و قادری، اصغری‌مقدم و شعیری (۱۳۸۵) اثربخشی بازی‌درمانی بر کاهش پرخاشگری نشان داده شد. سایر پژوهش‌ها، همچون کنل (۱۹۹۹)، پدروکارل و ردی (۲۰۰۵)، ایوانز، مولت، وست و فرانز (۲۰۰۵) و محمودی قرایی، بینا، یاسمی، امامی و نادری (۱۳۸۵) اثربخشی مداخله‌های شناختی رفتاری را در درمان مشکلات رفتاری کودکان آزموده‌اند.

در این پژوهش معلوم گردید که بین مهارت‌های اجتماعی و ناسازگاری اجتماعی در افراد کم‌توان ذهنی رابطه وجود دارد که نتایج پژوهش بلکی (۲۰۰۴) این نتیجه را تایید می‌کند. مشاهده شد که بازی‌درمانی گروهی و اجتماعی بیشتر از بازی مستقل فردی در اصلاح ناسازگاری‌های اجتماعی نوجوانان کم‌توان ذهنی مؤثر است که نتایج پژوهش نیربی و میلی چامپ (۱۹۸۷)، با این پژوهش منطبق هستند. جان-بزرگی، نوری و آگاه‌هریس (۱۳۸۹) یکی از تفاوت‌های عمده بازی‌درمانی گروهی با بازی‌درمانی فردی را القای شناختی و آموذ راه‌های جدید در ارتباط متقابل با همسالان می‌دانند. به عقیده یالوم یکی از مزیت‌های بازی‌درمانی گروهی احساس برون‌ریزی است. در اثر استفاده از این جلسات بازی‌درمانی، پرخاشگری نوجوانان کاهش یافت که با پژوهش‌های هال‌مارلی و دامون (۱۹۹۳)، بریک و گرلر (۱۹۹۴)، لويس و کارچر (۲۰۰۲)، عبداللهی بقرآبادی (۱۳۸۹)، ذوالمجد، برج‌علی و آرین (۱۳۸۶)، بیات (۱۳۸۷)، علیزاده‌صدر دانش‌پور (۱۳۸۷) همسو می‌باشد. در طی جلسات این بازی‌درمانی گروهی، همدلی نوجوانان کم‌توان ذهنی افزایش پیدا کرد که با پژوهش‌های هات‌باکس، چتینی و شبرو (۲۰۰۱)، والکر، چاورتز، نیپولد، ایروان و نول (۱۹۹۴) و هافمن (۱۹۹۹) مطابقت دارد.

همان‌طور که در شکل ۱ مشخص شده است، پس از اجرای بازی درمانی نمودار روابط اجتماعی در گروه آزمایش گسترده‌تر و بزرگتر از نمودار روابط اجتماعی در گروه کنترل است.

بحث و نتیجه‌گیری

در این پژوهش مشخص شد که بازی‌درمانی گروهی با رویکرد شناختی-رفتاری برای اصلاح ناسازگاری اجتماعی در نوجوانان کم‌توان ذهنی مؤثر می‌باشد؛ به نحوی که میانگین نمره‌ی کلی ناسازگاری اجتماعی با توجه به آنچه که پرسش‌نامه راتر می‌سنجد، پس از انجام مداخله‌های درمانی، کاهش یافته‌است. همچنین تعاملات اجتماعی افراد شرکت‌کننده بر اساس نمره کل گروه‌سنجی افزایش یافته‌است. نتایج این پژوهش با پژوهش آذرنيوشان، به‌پژوه و غباری‌ناب (۱۳۹۱) همخوان است. در پژوهش آذرنيوشان، ۳۰ دانش‌آموز پسر کم‌توان ذهنی دوره ابتدایی در ۱۰ جلسه بازی‌درمانی با رویکرد شناختی-رفتاری جهت کاهش مشکلات رفتاری مورد مداخله قرار گرفتند. در این جلسات از فعالیت‌های بازی‌درمانی به منظور افزایش مهارت‌های بین‌فردی و گروهی، خودآگاهی، افزایش مهارت مقابله با هیجان‌های منفی و افزایش مهارت حل مسئله و تصمیم‌گیری استفاده شد. این برنامه مداخلاتی باعث کاهش معنی‌دار مشکلات رفتاری دانش‌آموزان کم‌توان ذهنی شد. بر این اساس، بازی‌درمانی شناختی-رفتاری در رشد مهارت‌های اجتماعی کودکان و دیگر راهکارهای انطباقی و سازگارانه مفید و مؤثر است. همچنین پژوهش‌های آرزومانیان (۱۳۸۰)، براتون و ری (۲۰۰۵)، لاگرسا و سانتاگروسی (۱۹۸۰) نیز بازی‌درمانی را در ارتقای مهارت‌های اجتماعی مؤثر می‌دانند.

پژوهش حاضر، با نتایج مداخله‌های شناختی رفتاری سایر پژوهشگران و درمانگران در رابطه با مشکلات رفتاری و ناسازگاری‌های اجتماعی کودکان و نوجوانان منطبق است. در مطالعه گالاگر، رابین و

در این زمینه با توجه به پژوهش‌های انجام شده در ایران برای مشاوران و معلمان استثنایی، متناسب با فرهنگ کشورمان تألیف و در اختیار مدارس قرار گیرد و پژوهش‌های گسترده‌تری در زمینه کاربرد بازی-درمانی با رویکرد شناختی-رفتاری برای نوجوانان انجام شود.

تشکر و سپاسگزاری

در پایان لازم می‌دانیم مراتب تشکر و سپاس صمیمانه خود را از ریاست محترم اداره آموزش و پرورش استثنایی استان همدان؛ جناب آقای بصیری، مدیران زحمتکش مدارس استثنایی دخترانه همدان، خانم‌ها کریمی و ابراهیمی و والدین دانش‌آموزان شرکت‌کننده در این پژوهش ابراز داریم.

منابع

آذرنيوشان، بهزاد؛ به پژوه، احمد؛ غباري بناب، باقر (۱۳۹۱). اثر بازی‌درمانی با رویکرد شناختی-رفتاری بر مشکلات رفتاری دانش‌آموزان کم‌توان ذهنی در دوره ابتدایی. فصلنامه ایرانی کودکان استثنایی. ۱۲(۲)، ۱۶-۵.

ابراهیمی‌دهشیری، وجیهه؛ مظاهری، محمدعلی؛ طهماسیان، کارینه (۱۳۹۰). اثربخشی بازی‌درمانی با رویکرد شناختی-رفتاری در کاهش ترس شب کودکان. مجله علوم رفتاری. ۵(۳)، ۲۵۹-۲۵۳.

ایزدی‌فرد، راضیه و سپاسی‌آشتیانی، میترا (۱۳۸۹). اثربخشی درمان شناختی-رفتاری با آموزش مهارت حل مسئله در کاهش علائم اضطراب امتحان. مجله علوم رفتاری. ۴(۱)، ۲۷-۲۳.

ابوطالبی، علی (۱۳۷۲). ارتباط بین بازی با اسباب‌بازی‌های جنگی و میزان پرخاشگری. پایان‌نامه کارشناسی ارشد. دانشگاه آزاد تهران (واحد مرکزی).

اکسلین، و. م. (۱۳۶۵). بازی‌درمانی. ترجمه احمد حجاران. تهران: انتشارات کیهان.

آرزو مانیان، کریستینه‌سروپ (۱۳۸۰). بررسی اثر بازی‌درمانی گروهی در کاهش اختلالات رفتاری کودکان ارمنه دختر اول دبستان مدرسه تونیان. پایان‌نامه کارشناسی ارشد. دانشگاه آزاد اسلامی رودهن.

ابوالقاسمی، عباس؛ نریمانی، محمد؛ کیامرثی، آذر (۱۳۸۴). بررسی میزان شیوع و هم‌ابتلائی

یکی از ویژگی‌های منحصربه‌فرد این پژوهش این است که بر روی نوجوانانی انجام شده، که جسم و تمایلات غریزی متناسب با سنشان دارند؛ اما از نظر هوشی و عقلی در سطح کودکان دارای هوشبهر عادی که در سنین اولیه دبستان هستند رفتار می‌کنند. بنابراین بازی‌درمانی نه تنها برای کودکان، بلکه جهت تشخیص و درمان نوجوانان کم‌توان ذهنی نیز قابل استفاده است. زد و خورد و دعوا هم در این بازی‌درمانی شدید بود و این نشان‌دهنده مشکل این نوجوانان یعنی ناسازگاری و مشکلات اجتماعی است. اکثر این نوجوانان وسایل و ابزارهای موجود در اتاق بازی‌درمانی را به عنوان ابزارهای جنگی استفاده می‌کردند. پرخاشگری این کودکان هنگام استفاده از اسباب‌بازی‌های سنگین و نوک‌تیز (وسایلی که ممکن بود باعث آسیب بدنی در نوجوانان دیگر شود) شدت بیشتری پیدا می‌کرد که با پژوهش ابوطالبی (۱۳۷۲) همسوست. این نوجوانان در استفاده از اسباب‌بازی‌ها براساس جنسیت‌شان عمل نموده (پیتره‌یوز، ۱۳۸۴) و از ترکیب اسباب‌بازی‌ها در قالب یک مجموعه، کمتر استفاده می‌کردند؛ که پژوهش کوئین و روبین (۱۹۸۴) این نتیجه را تأیید کرده است.

از جمله محدودیت‌های این پژوهش، عدم دسترسی به منابع و پژوهش‌های مرتبط در زمینه بازی‌درمانی با رویکرد شناختی-رفتاری برای نوجوانان کم‌توان ذهنی و کم بودن تعداد افراد نمونه در دو گروه آزمایش و کنترل و اجرای پژوهش فقط برای گروه دختران است که تا اندازه‌ای تعمیم‌پذیری نتایج را تحت تأثیر قرار می‌دهد. با این حال باید اشاره کرد که با توجه به هم‌تاسازی ویژگی‌های توصیفی نمونه‌ها، امکان انتخاب افراد نمونه بیشتر در شرایط پژوهشی حاضر امکان نداشت. با توجه به تأثیرگذاری بازی-درمانی در اصلاح مشکلات رفتاری کودکان استثنایی پیشنهاد می‌شود که اتاق‌های بازی‌درمانی با وسایل و ابزارهای استاندارد آن در مدارس استثنایی به صورت جدی‌تری فراهم شود و کتاب‌های آموزشی بیشتری

ذوالمجد، آنیا. برج‌علی، احمد. آرین، خدیجه (۱۳۸۶).
تأثیر شن‌بازی‌درمانی بر رفتارهای پرخاشگرانه پسران.
فصلنامه پژوهش در حیطه کودکان استثنایی، ۲(۷)،
۱۶۸-۱۵۵.

رونقی‌خامنه‌ای، جعفر (۱۳۷۲). کاربرد گروه‌سنجی در
مشاوره و راهنمایی تربیتی. مجله تربیت، ۸۰، ۱۸-
۱۵.

رشیدی‌ظفر، مریم (۱۳۸۹). تأثیر بازی‌درمانگری بر ارتقاء
رفتار اجتماعی کودکان پیش‌دبستانی. پایان‌نامه
کارشناسی ارشد. دانشگاه پیام نور واحد تهران.

رسولی، مریم (۱۳۷۶). تأثیر بازی‌درمانی بر تکامل
اجتماعی کودکان ۴ تا ۶ ساله دچار تأخیر تکامل
اجتماعی در شیرخوارگاه آمنه. پایان‌نامه کارشناسی-
ارشد. دانشکده علوم بهزیستی و توانبخشی تهران.

زارع، مهدی و احمدی، سونیا (۱۳۸۶). اثربخشی بازی-
درمانی به شیوه رفتاری‌شناختی در کاهش مشکلات
رفتاری کودکان. مجله روانشناسی کاربردی، ۳(۱)،
۲۸-۱۸.

شفیع‌آبادی، عبدالله (۱۳۸۸). پویایی گروهی و مشاوره
گروهی. تهران: انتشارات رشد.
شفیع‌آبادی، عبدالله (۱۳۸۷). فنون و روش‌های مشاوره.
تهران: انتشارات ترمه.

عباسیان، زهرا (۱۳۸۷). تأثیر بازی‌درمانی شناختی‌رفتاری
بر علائم افسردگی کودکان مقطع دبستان شهرستان
اصفهان: مطالعه موردی. پایان‌نامه کارشناسی‌ارشد.
دانشکده علوم تربیتی و روان‌شناسی اصفهان.

عبداللهی‌بقرآبادی، قاسم (۱۳۸۹). بررسی تأثیر
شن‌درمانی بر کاهش پرخاشگری دانش‌آموزان پسر
ناشنا. مجله مطالعات روان‌شناختی، ۱، ۱۳۴-۱۱۱.
علیزاده‌صدر دانش‌پور، مریم (۱۳۸۷). تأثیر بازی‌درمانی
گروهی بر کاهش میزان پرخاشگری کودکان دختر ۹
تا ۱۱ ساله. پایان‌نامه کارشناسی ارشد. دانشگاه آزاد
اسلامی. واحد تهران مرکزی.

قاسم‌زاده نساجی، سوگند. پیوسته‌گر، مهرانگیز.
حسینیان، سیمین. موتابی، فرشته و بنی‌هاشمی، سارا
(۱۳۸۹). اثربخشی مداخله شناختی-رفتاری بر پاسخ
های مقابله‌ای و راهبردهای تنظیم شناختی هیجان.
مجله علوم رفتاری، ۴، ۱۲۱-۱۱۱.

اختلال‌های رفتاری در دانش‌آموزان دوره ابتدایی و
ارتباط آن با پیشرفت تحصیلی. مجله علم و فناوری،
۴، ۳-۴.

انجمن عقب‌ماندگی ذهنی آمریکا (۱۳۸۰). عقب‌ماندگی
ذهنی: تعریف، طبقه‌بندی و نظام‌های حمایتی
(ویرایش نهم). ترجمه احمد به‌پژوه و باقرغباری‌بناب.
تهران: انتشارات دانشگاه تهران (تاریخ انتشار به زبان
اصلی ۱۹۹۲).

بابایی، مریم (۱۳۸۰). اثربخشی بازی‌درمانی گروهی بر
اختلالات سلوکی دانش‌آموزان دبستانی. پایان‌نامه
کارشناسی ارشد. دانشگاه الزهرا.

بیات، مریم (۱۳۸۷). بازی‌درمانگری بی‌رهنمود در
کودکان مبتلا به مشکلات درونی‌سازی شده. مجله
روانشناسان ایرانی، ۱۵، ۲۷۶-۲۶۷.

به‌پژوه، احمد؛ نوری، فریده (۱۳۸۱). تأثیر نقاشی‌درمانی
در کاهش رفتارهای پرخاشگرانه دانش‌آموزان کم‌توان
ذهنی. تهران: مجله روانشناسی و علوم تربیتی، ۳۲،
۱۷۰-۱۵۵.

پیترهویز، فرگاس (۱۳۸۴). روان‌شناسی بازی: کودکان،
بازی و رشد. ترجمه کامران گنجی. تهران: انتشارات
رشد.

پروت، تامپسون؛ بروان، داگلاس (۱۳۸۳). روان‌درمانی و
مشاوره با کودکان و نوجوانان. ترجمه حسن فرهی.
تهران: انتشارات ارجمند.

جان‌بزرگی، مسعود؛ نوری، ناهید و آگاه‌هریس، مژگان
(۱۳۸۹). آموزش اخلاق، رفتار اجتماعی و
قانون‌پذیری به کودکان. تهران: انتشارات ارجمند.
خدایاری‌فرد، محمد و عابدینی، یاسمین (۱۳۸۹). نظریه-
ها و اصول خانواده‌درمانی و کاربرد آن در درمان
اختلالات کودکان و نوجوانان. تهران: انتشارات
دانشگاه تهران.

دادستان، پریخ؛ بیات، مریم؛ عسگری، علی (۱۳۸۸).
تأثیر بازی‌درمانگری کودک‌محور بر کاهش مشکلات
برونی‌سازی شده. مجله علوم رفتاری، ۳ (۴)، ۲۶۴-
۲۵۷.

ذوالمجد، آنیا (۱۳۸۶). تأثیر شن‌بازی‌درمانی بر رفتارهای
پرخاشگرانه پسران. مجله پژوهش در حیطه کودکان
استثنایی، ۲۴، ۱۶۸-۱۵۵.

کاهش اضطراب و افزایش احساسات مثبت کودکان ۹ تا ۱۲ ساله. پایان‌نامه کارشناسی ارشد. دانشگاه آزاد اسلامی واحد رودهن.

هاوتون، کیت و سالکوس کیس، کرک (۱۳۸۲). رفتار-درمانی شناختی (جلد اول). ترجمه حبیب‌الله قاسم-زاده. تهران: انتشارات ارجمند.

وست وود، پیتر (۱۳۸۱). آموزش و پرورش کودکان با نیازهای ویژه. ترجمه شاهرخ مکوندحسینی و فرح سیلاندری. تهران: انتشارات رشد.

یوسفی، فریده (۱۳۷۷). هنجاریابی مقیاس راتر به منظور بررسی مشکلات رفتاری و عاطفی دانش‌آموزان دختر و پسر مدارس ابتدایی شیراز. مجله علوم اجتماعی و انسانی دانشگاه شیراز. ۲۵ و ۲۶، ۲۴-۱.

- Adler, A. (1954), *Understanding Human Nature* (1927), Greenwich, conn: Fawcett publications.
- Bielecki, J. (2004), *The assessment of social functioning in individuals with mental retardation: A review*. *Journal of Behavior Modification*, 5, 694-708.
- Bratton S.C., Ray D., Rhine T., & Jones L. (2005). *The efficacy of play therapy with children: A meta analytic review of treatment outcomes*. *Professional Research and Practice*. 36(4), 376-390.
- Brake, K. J., & Gerler, E.R. (1994). *Discovery: A program for fourth and fifth grades identified as discipline problems*. *Journal of Elementary School Counselor's Guide*, 28(3), 81-170.
- Beri, J., Berlinn, K.E., Blackmon, M.E., Jackson, L.S., Petrie, J. (2004). *Social adjustment (A Guide to Differential Diagnosis and Educational Options)*. Wayne County Regional Educational Service Agency.
- Clarizio, H. (1992). *Social Maladjustment and Emotional Disturbance: Problems and Positions II*. *Psychology in the Schools*, 29, 331-334.
- Coplan, R. (1998). *Social Anxiety and Maladjustment in the Preschool*. Presented at the Internet World Congress - 1998 Invited Symposium.
- Carey, D. C (2012). *Exposure to Community Violence and Social Maladjustment Among Urban African American*, Master's thesis, Loyola University Chicago.

قادری، نیلوفر. اصغری‌مقدم، محمدعلی. شعیری، محمدرضا (۱۳۸۵). بررسی کارایی بازی‌درمانی رفتاری‌شناختی بر پرخاشگری کودکان مبتلا به اختلال سلوک. دو ماهنامه علمی-پژوهشی دانشور رفتار، دانشگاه شاهد، ۱۹-۱۳.

کری، جرال (۱۳۸۸). نظریه و کاربردهای مشاوره و روان‌درمانی. ترجمه یحیی سیدمحمدی. تهران: نشر ارسباران.

کری، جرال (۱۳۹۰). نظریه‌ها و روش‌های مشاوره گروهی. ترجمه فائزه عسگری، مریم خدابخشی، مهرانوش دارینی و فرناز عسگری. تهران: انتشارات شبین دانش.

لنדרت، گری (۱۳۹۰). بازی‌درمانی؛ هنر برقراری ارتباط. ترجمه فروزنده داور پناه. تهران: انتشارات رشد.

لنדרت، گری (۱۳۷۴). بازی‌درمانی دینامیسم مشاوره با کودکان. ترجمه خدیجه آرین. تهران: انتشارات اطلاعات.

محمدی، محمدرضا؛ مسگریپور، بیتا؛ سهیمی‌ایزدیان، الهه؛ محمدی، محمد (۱۳۸۶). آزمون‌های روان‌شناختی و روان‌داری کودکان و نوجوانان. تهران: انتشارات تیمورزاده و نشر طبیب.

مویس، دانیل و رینولدز، دیوید (۱۳۸۴). آموزش مؤثر: روش تدریس کارآمد. ترجمه: محمدعلی بشارت و حمید شمسی‌پور. تهران: انتشارات رشد.

محمداسماعیل، الهه (۱۳۸۷). بازی‌درمانی: نظریه‌ها، روش‌ها و کاربردهای بالینی. تهران: انتشارات دانژه.

منصور، محمود (۱۳۷۸). روانشناسی ژنتیک: تحول روانی از تولد تا پیری. تهران: سازمان مطالعه و تدوین کتب علوم انسانی دانشگاه (سمت).

مهردادی، شهریار (۱۳۷۹). بررسی عوامل شخصیتی در سازگاری نوجوانان ۱۱-۱۸ ساله. پایان‌نامه کارشناسی-ارشد. دانشگاه آزاد اسلامی واحد رودهن.

محمودی قرائی، جواد؛ بینا، مهدی؛ یاسمی، محمدتقی؛ امامی، آناهیتا؛ نادری، فاطمه (۱۳۸۵). اثر بازی‌درمانی گروهی بر نشانه‌های مرتبط با سوگ و آسیب ناشی از واقعه زلزله در کودکان ۳ تا ۶ ساله در بم. مجله بیماری‌های کودکان ایران. ۶(۲۱)، ۱۴۲-۱۳۷.

نرسی، مهرانوش (۱۳۸۳). اثرتکنیک‌های بازی‌درمانی در

- Dreikurs, R.(1989). Fundamentals of Adlerian psychology. Chicago: Alfred Adler Institute.
- Evans, S.W. , Mullett, E. , Weist, M.D., & Franz K.(2005). Feasibility of the mind matters' school mental health promotion program in American schools. *Journal of Youth and Adolescence*, 34,51-58.
- Gil, E. (1991). Healing power of play: working with abused children. New York, NY: The Guilford press.
- Gallagher, M.H. , Rabian. A.B & McCloskey, S.M.(2004). A brief group cognitive-behavioral intervention for social phobia in childhood..*Journal of Anxiety Disorders*,18, 459-479.
- Huth-Bocks, A., Schettini A., & Shebroe, V. (2001). Group play therapy for preschoolers exposed to domestic violence. *Journal of Child and Adolescent Group Therapy*. 11(1),19-34.
- Herbert, J.D., Gaudiano, B.A., Rheingold, A.A., Rheingold, V.H., Dalrymple, K., & Nolan, E.M. (2005). Social skills training augments the effectiveness of cognitive behavioral group therapy for social anxiety disorder *The International Journal of Behavioral Consultation and Therapy*. 36(2),38-125.
- Hoffman, M.L. (1991). Handbook of Empathy, Social Cognition, and moral action. In W.M. Kurtines & J.L. Gewirtz. (Eds). *Moral behavior and devel. 1: Theory* (275-302).Hillsdale.N, J: L Erlbau.
- Hall-Marley S.E., & Damon, L. (1993). Impact of structured group therapy on young victims of sexual abuse. *Journal of Child and Adolescent Group Therapy*. 3(1):8-41.
- La-Gresa, A.M., & Santogrossi, D. (1980). Social skills training with elementary school students: A behavioral group approach. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. 48 (2),27-220.
- Knell, S.M. (1999). Cognitive-behavioral play therapy. In S.W. russ & T. Ollendick (Eds.), *Hand book of psychotherapies with children and families* (pp. 385-404). New York:kluwer Academic/plenum publishers.
- Lewis, S. S. & karcher, M. J. (2002). Pair counseling: The effects of a dyadic developmental play therapy on interpersonal understanding and externalizing behaviors. *International Journal of Play Therapy*,11(1),19-41.
- Mc Conkey, R. (1985), changing belief about play and handicapped children. *Early child Development and care*; 19, 79-94.
- Mehryar, A. H. & Yousefi,F (1992). Factor Structure of Ratter's Child Behavior Questionnaire for Completion by Teacher in Iran.
- Nirbaay N. Singh, N. N. & Millichamp, C.J. (1987). Independent and social play among profoundly mentally retarded adults: Training, maintenance generalization, and long-term follow-up. *Journal of Applied Behavior Analysis*, 20(1), 23-34.
- Patterson, G.R., DeBaryshe, B.D., and Ramsey, E. (1989). A Developmental Perspective on Antisocial Behavior, *American Psychologist*, 44, (2), 329-335.
- Pedro-Carroll, J., Reddy, L. (2005). A preventive play intervention to foster children resilience in the after of divorce. In L. Reddy, T. Files-Hall,& C. Schaefer (Eds.), *Empirically based play interventions for children*. (pp 51-75).Washington, Dc:Amrican psychological association.
- Quinn, J., & Rubin, K. (1984), The play of handicapped children. In T. D. Yawkey & A.pellegrini (Eds.), *Child`s play: Developmental and applied* (63-80). Hillsdale, NJ: Erlbaum.
- Rutter,M.(1976).A Children's Behavior Questionnaire for Completion by Teacher. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 8, 27-35.
- Walker, H.M., Schwartz, I., Nippold, M.A. , Irvin, K.K., & Noell, J. W. (1994). Social skills in school- age children and youth: Issues and best practices in assessment and intervention. *Topics in Language Disorders*, 14(3),70-82.

پیوست ۱. کارت‌های خودگردان رفتار

کارت خودگردان رفتار (مدرسه)					
نام و نام خانوادگی:			هدف:		
تاریخ شروع:			رفتار:		
روزهای هفته / زمان	زنگ اول	زنگ دوم	زنگ سوم	زنگ چهارم	زنگ پنجم
شنبه					
یکشنبه					
دوشنبه					
سه شنبه					
چهارشنبه					
پنج شنبه					
جمعه					

کارت خودگردان رفتار (منزل)				
نام و نام خانوادگی:			هدف:	
تاریخ شروع:			رفتار:	
روزهای هفته / زمان	صبح	ظهر	عصر	شب
شنبه				
یکشنبه				
دوشنبه				
سه شنبه				
چهارشنبه				
پنج شنبه				
جمعه				

پیوست ۲. شرح فعالیت‌های انجام شده در هر جلسه برای گروه آزمایش

جلسه	فعالیت‌های انجام شده
جلسه اول	<p>فعالیت‌ها: آشنایی با رهبر گروه، اعلام قوانین گروه توسط رهبر، مشخص کردن اهداف گروه، برقراری رابطهٔ توأم با احترام و محبت با اعضای گروه، به‌وجود آوردن جو اعتماد و همدلی در بین اعضای گروه توسط رهبر، نشان دادن حالت‌های هیجانی و احساسات مثبت و منفی با شکلک‌های صورت به شکل گروهی، استفاده از یک بازی درمانی بدون جهت برای تحلیل گروه‌سنجی.</p> <p>تکلیف: هر یک از دانش‌آموزان بیان کردند که دوست دارند چه رفتارهایی را داشته‌باشند و شکل این رفتارها را با شکلک‌های صورت نشان دادند.</p>
جلسه دوم	<p>فعالیت‌ها: ۱۰ تصویر از کودکانی که مشغول انجام کارهای مختلف از جمله بازی کردن با کودکان دیگر همراه با صمیمیت، دعوا و پرخاشگری کودکان با یکدیگر، تصاویر دانش‌آموزان که با دقت مشغول گوش دادن به درس معلم هستند، تصویر دانش‌آموزی که کلاس را به‌هم می‌ریزد و غیره، به نوجوانان ارائه شد و از هر یک خواسته شد تا در مورد هر تصویر داستانی بسازند و آن‌ها را تحلیل نمایند (هر نوجوان معمولاً خودش و رفتارهایش را در تصاویر فراقلمی کرد).</p> <p>تکلیف: دو نقاشی از یک بچهٔ خوب و بچهٔ بد بکشند و رنگ‌آمیزی کنند (قبل از ارائهٔ تکلیف، ویژگی‌های مورد نظر بچهٔ خوب و بچهٔ بد با پرسش و پاسخ از نوجوانان کم‌توان ذهنی به آنان تفهیم شد).</p>
جلسه سوم	<p>فعالیت‌ها: پس از اخذ رضایت‌نامه از والدین، از رفتارهای ناسازگارانه دانش‌آموزان در محیط طبیعی کلاس به‌صورت نامحسوس توسط معلم کلاس با گوشی همراه فیلم‌برداری و در جلسهٔ بازی‌درمانی برای کودکان نمایش داده شد. از آنان خواسته شد که با دقت، فیلم نمایش داده شده را تماشا کنند و بعد از نمایش فیلم، رفتارهای خود و دیگران را تحلیل نمایند.</p> <p>تکلیف: یک فیلم کارتونی از یک بچهٔ خرابکار به هریک نوجوانان داده شد و از آنان خواسته شد تا در منزل کارتون را تماشا کنند و با کمک پدر و مادر آن را تحلیل و جلسهٔ بعد با خود بیاورند (با استفاده از یادداشتی بر روی سی‌دی‌ها با والدین هماهنگ شد).</p>
جلسه چهارم	<p>فعالیت‌ها: مجموعهٔ عروسک‌های پلاستیکی حیوانات به نوجوانان کم‌توان ذهنی داده شد. در مورد هر کدام از عروسک‌ها مانند شیر و پلنگ و خرس و گرگ و غیره، ویژگی‌های منفی مانند پرخاشگری و خوردن حیوانات دیگر و دعوا با دیگران و در مورد حیواناتی مانند پرندگانه‌های کوچک، قو، گاو و گوسفند و غیره، ویژگی‌های مثبت مانند کمک به دیگران، فداکاری، مهربانی و دوستی نسبت داده شد و از نوجوانان خواسته شد؛ تا هر دو نفر چند عروسک را انتخاب و با یکدیگر بازی کنند. نوجوانان هنگام بازی عروسک‌های منفی، رفتارهای منفی و با استفاده از عروسک‌های مثبت، رفتارهای مثبت را تجربه کردند (ابزار هیجانی مثبت و منفی).</p> <p>تکلیف: به هریک از نوجوانان یک عروسک پلاستیکی حیوان با ویژگی منفی و یک عروسک پلاستیکی حیوان با ویژگی مثبت داده شد و از آنان خواسته شد تا در منزل بازی کنند (از والدین تقاضا شد تا به بازی‌های نوجوانان در منزل جهت بدهند).</p>
جلسه پنجم	<p>فعالیت‌ها: چند عروسک دستی در اختیار نوجوانان قرار داده و از آنان خواسته شد تا با دست کردن عروسک‌ها با آن‌ها صحبت کنند. برای هر یک از نوجوانان داستانی در مورد هر عروسک تعریف شد (داستان یک عروسک بد) و از نوجوانان خواسته شد تا رفتار صحیح و خوب را به عروسک یاد بدهند و عروسک را نصیحت کنند (خودگویی مثبت- بازسازی شناختی).</p>

فرناز حوله‌کیان و همکاران: اثربخشی بازی درمانی گروهی با رویکرد ...

<p>تکلیف: در کلاس‌های دانش‌آموزان در مدرسه، یک آینه نصب شد و از معلمان خواسته شد تا هر زمان که دانش‌آموز مورد نظر رفتاری ناسازگارانه انجام می‌دهد؛ او را روبروی آینه قرار دهند و از او بخواهند که رفتارهای خود را از طریق نگاه به آینه تحلیل کنند و به خود قول بدهند که دختر خوبی باشند (معلمان می‌بایست به صورت مستمر ملاک‌های دختر خوب را یادآوری می‌کردند).</p>	
<p>فعالیت‌ها: دانش‌آموزان در یک بازی خانواده و در قالب اعضای خانواده (به انتخاب خودشان در نقش مربوطه قرار می‌گیرند) قرار گرفتند. تمامی اعضای خانواده به ناسازگاری و پرخاشگری افراطی به یکدیگر وادار شدند. بعد از ناسازگاری با اجرای تکنیک تنش‌زدایی، آرامش توسط رهبر برگردانده شد. آخر بازی نقش‌های خانواده با رفتارهای ناسازگارانه (بازی نقش) مشخص شد.</p> <p>تکلیف: بعد از اتمام بازی، رفتار خود را با کمک رهبر مورد تجزیه و تحلیل قرار دادند و تعداد رفتارهای ناسازگارانه خود را در حین بازی گروهی شمرده و یادداشت نمودند. پس از اتمام جلسه در مورد روابط خود با اعضای گروه فکر نموده و احساسات خود را نسبت به یکدیگر بیان نمودند (بازسازی شناختی).</p>	جلسه ششم
<p>فعالیت‌ها: دانش‌آموزان در حالت بازی مدرسه‌ای و در قالب یک کلاس خیالی قرار داده شدند و تمامی اعضا به ناسازگاری افراطی در قالب نقش‌های شان وادار شدند. بعد از ناسازگاری با اجرای تکنیک تنش‌زدایی آرامش توسط رهبر برگردانده شد. عواقب بازی نقش‌های مدرسه با رفتارهای ناسازگارانه توسط رهبر مشخص شد (تنش‌زدایی و برون‌ریزی).</p> <p>تکلیف: بعد از اتمام بازی رفتار خود را با کمک رهبر مورد تجزیه و تحلیل قرار دادند و تعداد رفتارهای ناسازگارانه خود را در حین بازی گروهی شمرده و یادداشت نمودند. پس از اتمام جلسه در مورد روابط خود با اعضای گروه فکر نموده و احساسات خود را نسبت به یکدیگر بیان نمودند (بازسازی شناختی).</p>	جلسه هفتم
<p>فعالیت‌ها: فعالیت‌هایی که در این جلسه انجام شد؛ عبارت‌اند از: مرور آفاق‌های مثبت و منفی در خاطرات خانوادگی هر یک از اعضای گروه، جداسازی تصادفی اعضای گروه در قالب دو گروه چهار نفره، ترغیب یک گروه به بازی نقش در یکی از مثال‌های منفی مطرح شده در خاطرات خانوادگی ابتدای جلسه، تفسیر بازی نقش اجرا شده توسط گروه دیگر و مشخص شدن تفکرات انحرافی در اجرای نقش، ترغیب یک گروه به بازی نقش در یکی از مثال‌های مثبت مطرح شده در خاطرات خانوادگی ابتدای جلسه، تفسیر بازی نقش اجرا شده توسط گروه دیگر و مشخص شدن احساسات مثبت در اجرای نقش.</p> <p>تکلیف: نظر خود را در مورد تفکرات انحرافی و نامعقول مطرح شده در این جلسه بیان کردند. با به‌خاطر آوردن اتفاق‌های اخیر خانوادگی خود توضیح دادند که به جای رفتارهای ناسازگارانه چه رفتارهایی می‌توانستند داشته‌باشند (جایگزین کردن افکار منطقی به- جای افکار غیرمنطقی).</p>	جلسه هشتم
<p>فعالیت‌ها: فعالیت‌هایی که در این جلسه انجام شد؛ عبارت‌اند از: مرور آفاق‌های مثبت و منفی در خاطرات مدرسه هر یک از اعضای گروه، جداسازی تصادفی اعضای گروه در قالب دو گروه چهار نفره، ترغیب یک گروه به بازی نقش در یکی از مثال‌های مطرح شده در ابتدای جلسه، تفسیر بازی نقش اجرا شده توسط گروه دیگر و مشخص شدن تفکرات انحرافی در اجرای نقش.</p> <p>تکلیف: نظر خود را در مورد تفکرات انحرافی و نامعقول مطرح شده در این جلسه بیان کردند. با به‌خاطر آوردن اتفاق‌های اخیر در مدرسه خود توضیح دادند که به جای رفتارهای ناسازگارانه چه رفتارهایی می‌توانستند داشته‌باشند (جایگزین کردن افکار منطقی به- جای افکار غیرمنطقی).</p>	جلسه نهم
<p>فعالیت‌ها: وسایل بازی سنگین، تیز و برنده با کمک تمامی اعضای گروه جمع‌آوری شدند. در دو بازی گروهی خانواده و مدرسه مشابه جلسه ششم و هفتم، نقش‌ها با انتخاب رهبر عوض شد (نقش‌ها از نظر روابط، معکوس شدند). در مواقع بروز ناسازگاری توسط دانش‌آموزان، نتایج مطرح شده در جلسه ششم و هفتم از طریق رهبر مرور گردید. رفتارهای سازگارانه اعضا در این دو بازی توسط یکدیگر به بحث گذاشته شد. با کمک رهبر هر یک از نوجوانان برگاهی را به عنوان تعهد برای دختر خوب بودن نوشتند و زیر آن را امضاء کردند. این تعهدنامه بر روی تابلوی کلاس‌های دانش‌آموزان در معرض دید آن‌ها نصب شد.</p>	جلسه دهم
<p>تکلیف: دو برگه خودگردان رفتار و دو پاکت ۷ عددی کارت جایزه برای هر دانش‌آموز تهیه شد. یک برگه و پاکت کارت جایزه در اختیار معلم قرار گرفت و بر روی تابلوی کلاس نصب شد. برگه و پاکت دیگر به مادر داده شد تا در مکانی در معرض دید نوجوان‌شان در منزل نصب کنند. این برگه باید در مدت یک هفته تکمیل و به رهبر گروه تحویل داده می‌شد. به نوجوانان قول داده‌شد که در صورت تکمیل شدن کارت خودگردان رفتار مدرسه در مدت یک هفته جایزه‌ای از کمد جایزه مدرسه به آنان اهداء و در ازای هر ۷ کارت جایزه مربوط به کارت خودگردان منزل، یک جایزه توسط خانواده تهیه و به آنان داده شود.</p>	جلسه یازدهم
<p>پس از گذشت یک هفته از جلسه دهم، یک بازی درمانی بدون جهت برای تحلیل گروه‌سنجی انجام شد. هیچ‌گونه مداخله‌ای توسط رهبر در بازی نوجوانان صورت نگرفت.</p>	

پیوست ۳. شرح پیگیری‌ها و جلسات آموزش خانواده برگزار شده برای گروه آزمایش

پیگیری	به مدت دو ماه هر هفته (روزهای دوشنبه و چهارشنبه)، دو جلسه بازی‌درمانی در اتاق بازی‌درمانی مدرسه برگزار شد. در این جلسات کلیه فعالیت‌های انجام شده در جلسات قبل، به‌صورت مروری انجام و به بازی‌های دانش‌آموزان جهت داده می‌شد.	
پیگیری	به مدت سه ماه، تکمیل کارت‌های خودگردان رفتار ادامه داشت. ماه اول در ازای هر ۷ کارت جایزه، یک جایزه، در ماه دوم در ازای هر ۱۴ کارت جایزه، یک جایزه و در ماه سوم در ازای هر ۲۱ کارت جایزه، یک جایزه داده می‌شد. طبق هماهنگی انجام شده با والدین، در منزل نیز به‌همین شکل عمل می‌شد.	
پیگیری	جلسه اول: آشنایی با انواع ناسازگاری و علل آن، آشنایی با علائم ناسازگاری، راه‌های مقابله با ناسازگاری کودکان و نوجوانان، آشنایی با نوجوانی و ویژگی‌های افراد کم‌توان ذهنی در سن نوجوانی.	سوم
	جلسه دوم: آشنایی با بازی‌درمانی و چگونگی استفاده از آن در منزل، آشنایی با روش‌های صحیح تشویق و تنبیه و پاسخ به سؤالات والدین.	
	جلسه سوم: آشنایی با نحوه استفاده از کارت خودگردان رفتار و کارت جایزه، پاسخ به سؤالات والدین.	

