

اثربخشی بازی درمانی شناختی- رفتاری بر پیشرفت تحصیلی کودکان مبتلا به اختلال یادگیری

فرشته دانش^۱، کیوان صالحی^۲، زینب هکمایی^۳، زهرا اذانی^۴، مینا سادات میرشجاع^{۴*}

^۱ دانشجوی دکتری مشاوره، پردیس بین المللی ارس دانشگاه تهران، تهران، ایران

^۲ دکتری تخصصی سنجش آموزش، استادیار دانشگاه تهران، تهران، ایران

^۳ عضو کمیته تحقیقات دانشجویی، دانشجوی کارشناسی کاردرمانی، دانشکده توانبخشی، دانشگاه علوم پزشکی سمنان، سمنان، ایران

^۴ عضو مرکز تحقیقات توانبخشی عصبی-عضلانی، دانشکده توانبخشی، دانشگاه علوم پزشکی سمنان، سمنان، ایران

چکیده

هدف: یکی از مشکلات کودکان مبتلا به اختلال یادگیری ناتوانی در بیان هیجانات منفی از جمله اضطراب و غم ناشی از ترس از شکست در تحصیل، ناتوانی در برقراری ارتباط با همسالان و بزرگسالان می باشد. این مطالعه با هدف اثربخشی بازی درمانی شناختی- رفتاری به صورت گروهی بر پیشرفت تحصیلی کودکان مبتلا به اختلال یادگیری انجام شد. **روش بررسی:** این مطالعه به صورت کارآزمایی بالینی به صورت پیش آزمون و پس آزمون در دو گروه کنترل و آزمایش انجام شد. مداخلات درمانی " در یک برنامه ی ۱۶ جلسه ای ۳ روز در هفته به مدت ۴۵ دقیقه برای شرکت کنندگان به صورت گروهی اجرا شد. ابزارهای ارزیابی آزمون شامل پرسشنامه های مشکلات یادگیری کلورادو و یلکات، پرسشنامه خودکارآمدی تحصیلی جینک و مورگان، پرسشنامه رفتاری راتر فرم معلم می باشد. **یافته ها:** در این مطالعه ۲۴ کودک، ۱۸ نفر دختر و ۶ نفر پسر با میانگین سنی \pm انحراف معیار $۸/۱۶ \pm ۰/۰۹۶$ شرکت کردند. بازی درمانی شناختی بر خودکارآمدی تحصیلی جینک و مورگان در حیطه ی کوشش با سطح معناداری $۰/۴۴۰$ تفاوت معنادار بود. **نتیجه گیری:** بازی به رشد شخصیت، سازگاری محیطی، تنظیم هیجانات این کودکان کمک شایانی می کند و انگیزه آنان را برای پیشرفت تحصیلی و پذیرش مسئولیت ها کمک می کند.

واژه های کلیدی: بازی درمانی شناختی- رفتاری، پیشرفت تحصیلی، اختلال یادگیری

مقدمه:

اختلال یادگیری یکی از شایع ترین اختلالات روانپزشکی در کودکانی است که علی رغم سالم بودن ضریب هوشی و سیستم عصبی مرکزی شان در یک یا چند حوزه نوشتاری، ریاضی و خواندن مشکل دارند. شیوع این اختلال حدود ۵٪ در دانش آموزان ابتدایی گزارش شده است که از این میان ۳/۵٪ مبتلا به اختلال خواندن، و ۲/۵٪ مبتلا به اختلالات ریاضی و نوشتاری می باشند (۱). میزان این آسیب ۱۲٪ در ایران تخمین زده شده است. همچنین میهن دوست و همکارانش با مطالعه ای بر روی ۶۰۰ دانش آموز پایه سوم، چهارم و پنجم ابتدایی در شهر ایلام، این آمار را ۱۱/۴٪ بیان کردند (۲). برخی از این کودکان تنها در یادگیری یک درس خاص و برخی دیگر در فراگیر چندین موضوع درسی با مشکلاتی روبه رو می شوند که بدون گذراندن دوره های آموزشی خاص و وسایل کمک آموزشی قادر به ادامه تحصیل نخواهند بود.

حدود ۱٪ از دانش آموزان ابتدایی به ویژه دختران در مهارت های ریاضی از جمله یادگیری اعداد، نمادها، محاسبات ریاضی، ۴٪ از آنان به ویژه ها پسران در مهارت های نوشتن از جمله نقطه گذاری، املا و انشا نویسی، رعایت قواعد دستوری ضعیف هستند و دستخط بدی دارند. سایر کودکان مبتلا نیز نقایصی در روانی کلام، خواندن، هجی کردن، آگاهی واج شناختی، حافظه شنیداری و نامگذاری مشکلاتی دارند (۳).

یکی از مشکلات این کودکان ناتوانی در بیان هیجانات منفی از جمله اضطراب و غم ناشی از ترس از شکست در تحصیل، ناتوانی در برقراری ارتباط با همسالان و بزرگسالان می باشد. گاهی این احساسات آنقدر قوی می شوند که برخی از این کودکان از رفتن به مدرسه اجتناب می کنند و یا با ترس و ناراحتی تن به پذیرش این مسئولیت می دهند. اجتناب از رفتن به مدرسه ممکن است جامعه را با مسائل زیان باری مانند گرفتار شدن در دام اعتیاد، دزدی، رفتارهای ناپهناج دچار می کند و حتی میتواند موجب برآشفته شدن و یکی از دلایل نگرانی والدین در مورد آینده شغلی - تحصیلی کودکان خود را رقم بزند. معمولا کودکان به دلیل ترس از تنبیه و ستایش توسط دیگران، احساسات منفی خود را سرکوب می کنند که این احساسات می تواند بر عملکرد تحصیلی آن ها اثر بگذارد. از این رو پرداختن به هیجانات و رفتارهای این کودکان و بررسی پیشرفت تحصیلی آنان بسیار پراهمیت می باشد. بسیاری از کودکان مبتلا به دلیل شکست در مهارت های آموزشی و عدم پیشرفت تحصیلی احساس سر خوردگی، دل سردی و عزت نفس پایین می کنند که این موضوع می تواند روابط بین آن ها با همسالان و بزرگسالان را هم تحت تاثیر قرار دهد (۴، ۵). بازی وسیله ای برای بیان احساسات و هیجانات درونی کودکان است که به شناسایی و درک هر چه بهتر دنیای آنان کمک می کند. بازی درمانی شناختی با تاکید بر پردازش اطلاعات، کنترل آگاهانه شخصی، خودگویی های مثبت سعی بر ارتقای مهارت های هیجانی، یادگیری و آموزش را دارد. بازی با هدف بیان مولفه های هیجانی می تواند نقش موثری در کاهش اضطراب، احساس ناراحتی و رفتارهای انزجار و اجتناب کودکان از مدرسه داشته باشد.

شیوه ی بازی درمانی «گربه سازگار» بر اساس اصول شناختی رفتاری طراحی شده است که به کودک در کسب مهارت کنترل افکار منفی کمک می کند. این روش درمانی شامل موقعیت های شبیه سازی شده ی اجتماعی نظیر محیط مدرسه، ارتباط با همسالان و معلمان است که به بهبود مشارکت اجتماعی و در نتیجه پیشرفت تحصیلی آنان منجر می شود (۸). برزگر و همکارانش در مطالعه ای با هدف توصیف نقش بازی های حرکتی، نقاشی و موسیقی در کاهش مشکلات رفتاری-تحصیلی کودکان مبتلا به اختلال یادگیری نشان دادند بازی های حرکتی ریتمیک در بهبود عملکرد حرکتی، مهارت حل مسئله، برنامه ریزی و سازماندهی رفتاری - هیجانی کودکان نقش موثری دارد. همچنین نقاشی می تواند در کاهش مشکلات رفتاری از جمله پرخاشگری این کودکان بسیار کمک کننده باشد (۶). ویلیس ای بی و همکارانش نیز با طراحی فعالیت های مبتنی بر بازی، گفتگو با کودک و خانواده درمانی تک جلسه ای کودکان ۱۲ - ۴ ساله پی بردند تکنیک های مبتنی بر بازی، مشارکت کودکان جوان را ارتقا می بخشد، و منجر به ارتقای کیفیت روابط کودک و درمانگر و در نتیجه تجارب احساسی مثبت را در خانواده

افزایش می دهد (۷). این مطالعه با ترکیب رویکرد شناختی و درمان گروهی فرصتی را برای کودکان فراهم می کند که بتوانند تعارضات خود را از زبان همسالانش به صورت مشارکت گروهی حل نمایند، توانایی استدلال، حل مسئله، مسئولیت پذیری را بیاموزد و بتواند با ارتقای مهارت های بین فردی موثر بر افکار منفی و در نتیجه افت تحصیلی خود فایز آیند. از آنجایی که مطالعات گذشته تنها بر یک بعد از ابعاد آموزش شناختی و یا هیجانی پرداخته اند، این مطالعه با نگاه جدیدی به ترکیب دو رویکردهای موثر رفتاری- شناختی و گروهی با هدف اثربخشی بازی درمانی شناختی- رفتاری بر پیشرفت تحصیلی کودکان مبتلا به اختلال یادگیری انجام گرفته است.

مواد و روش ها:

این مطالعه به صورت کارآزمایی بالینی^۱ به صورت پیش آزمون و پس آزمون^۲ در دو گروه کنترل و آزمایش انجام شد. بازی درمانی شناختی با استفاده از روش "گره ی سازگار" در یک برنامه ی ۱۶ جلسه ای ۳ روز در هفته به مدت ۴۵ دقیقه به صورت گروهی در کلینیک توانبخشی طباطبائی شهر سمنان اجرا شد. جامعه شامل تمامی کودکان مراجعه کننده به مرکز درمانی اختلال یادگیری سمنان بود که از آن میان ۲۴ کودک مبتلا به شیوه ی تصادفی ساده انتخاب شدند. معیارهای ورود به مطالعه شامل سن ۸-۱۲ سال، کودکان مبتلا به اختلال یادگیری با تشخیص روانپزشک و معیارهای خروج از مطالعه شامل ابتلا به اختلال روانپزشکی دیگر، عدم تمایل برای ادامه جلسات درمانی بود. در این مطالعه از پرسشنامه های مشکلات یادگیری کلورادو و یلکات، پرسشنامه خودکارآمدی تحصیلی جینک و مورگان، پرسشنامه رفتاری راتر فرم معلم استفاده شد.

پس از دریافت کد اخلاق از دانشگاه علوم پزشکی سمنان و ثبت پژوهش در مرکز کارآزمایی بالینی ایران، فرم رضایت آگاهانه به امضای والدین و کودکان رسید. هدف انجام مطالعه برای هر یک از شرکت کنندگان مطرح شد و به ابهامات آنان پاسخ داده شد. سپس هر دو گروه یک جلسه قبل و بعد از اتمام جلسات درمانی مورد ارزیابی قرار گرفتند.

جلسات درمانی شامل آشنایی با یکدیگر و شرح اصول درمان، جمع آوری موقعیت های اضطراب آور برای کودک در مدرسه، شناخت احساسات مختلف و تشخیص و تمایز آن ها از یکدیگر، آگاهی از واکنش های بدنی نسبت به اضطراب، تشویق والدین برای مشارکت در برنامه درمانی و ایجاد فضای امن برای کودک، پاسخ به سوالات کودک و والدین، مرور سرخ های اضطراب و نگرانی در کودک، توضیح در مورد افکار شخصی منفی و تاثیر آنها در اضطراب، آشنایی با روش های آرامیدگی، خودگویی های مثبت و آموزش حل مساله، و نهایتاً به کارگیری و تعمیم مهارت آموخته شده به مدرسه بود (۸).

یافته ها

در این مطالعه ۲۴ کودک، ۱۸ نفر دختر و ۶ نفر پسر با میانگین سنی ۸/۱۶ و انحراف معیار ۰/۹۶ شرکت کردند. هر یک از افراد به صورت تصادفی ساده در دو گروه درمان و کنترل به تعداد ۱۲ نفر (۹ دختر و ۳ پسر) قرار گرفتند.

جدول ۱: شاخص های پراکندگی سن به تفکیک هر گروه

متغیرها	سن	میانگین \pm انحراف معیار
گروه درمان		۱/۱۱ \pm ۸/۱۶
گروه کنترل		۰/۲۵ \pm ۸/۰۸

^۱ Clinical Trial

^۲ Post-test, pre test

جهت تعیین نرمال بودن توزیع نمرات از آزمون کولموگروف-اسمیرنوف استفاده شد. از آن جایی که توزیع نمرات با $p < 0,05$ value نرمال بود؛ از آزمون های پارامتریک تی زوجی جهت مقایسه تغییرات قبل و بعد از درمان و از آزمون تی مستقل جهت بررسی میزان تغییرات بین دو گروه از داده های آماری استفاده شد.

جدول ۲: میانگین (انحراف معیار) و سطح معناداری نمرات شاخص یادگیری کلورادو ویلکات به تفکیک هر گروه

متغیرها	قبل درمان (میانگین \pm انحراف معیار)	بعد درمان (میانگین \pm انحراف معیار)	آماره تی	سطح معناداری
	گروه کنترل	۱۴/۶۶ \pm ۲/۹۳	۱۴/۷۵ \pm ۲/۹۸	۰/۳۳۹
شناخت اجتماعی	گروه درمان	۷/۰۸ \pm ۳/۸۹	۵/۳۳ \pm ۳/۳۶	۰/۰۶۳
	گروه کنترل	۶/۳۳ \pm ۲/۸۷	۶/۲۵ \pm ۲/۸۶	۰/۳۳۹
اضطراب اجتماعی	گروه درمان	۱/۵۸ \pm ۲/۳۵	۳/۵۸ \pm ۳/۵۲	۰/۰۸۹
	گروه کنترل	۱/۵۸ \pm ۱/۹۷	۳/۲۵ \pm ۲/۷۳	۰/۱۴۰
مشکلات فضایی	گروه درمان	۷/۲۵ \pm ۳/۰۱	۶/۶۶ \pm ۳/۶۰	۰/۵۰۶
	گروه کنترل	۶/۶۶ \pm ۲/۳۸	۶/۶۶ \pm ۲/۴۹	۱
مشکل در ریاضی	گروه درمان	۶/۰۸ \pm ۲/۳۱	۵/۷۵ \pm ۲/۲۶	۰/۰۳۹
	گروه کنترل	۶/۱۶ \pm ۲/۶۲	۶/۵۸ \pm ۲/۵۰	۰/۰۵۴

با توجه به داده های حاصل از جدول و محاسبه ی اختلاف معناداری داده ها ؛ پرسشنامه مشکلات یادگیری کلورادو ویلکات در گروه درمان؛ کاهش سطح اختلاف میانگین \pm انحراف معیار در هر حیطة قبل و بعد از درمان دیده شد. اما این میزان کاهش در همه ی حیطة های شاخص یادگیری تفاوت معنادار دیده نشد ولی به دلیل کوچکتر بودن سطح معناداری از ۰/۰۰۵ فقط حیطة ی مشکل در ریاضی تفاوت دیده شد.

جدول ۳: میانگین(انحراف معیار) و سطح معناداری نمرات خودکارآمدی تحصیلی جینک و مورگان به تفکیک هر گروه

متغیرها	قبل درمان (میانگین \pm انحراف معیار)	بعد درمان (میانگین \pm انحراف معیار)	آماره تی	سطح معناداری
استعداد	گروه درمان	۸/۱۶ \pm ۴/۹۸		۰/۲۶۶
	گروه کنترل	۶/۹۱ \pm ۲/۹۹		۰/۴۸۹
کوشش	گروه درمان	۹ \pm ۳/۹۷	*	۰/۰۰۵
	گروه کنترل	۱۲/۲۵ \pm ۲/۶۶		۰/۷۹۵
بافت	گروه درمان	۱۰/۶۶ \pm ۴/۰۷		۰/۳۳۹
	گروه کنترل	۱۱/۹۱ \pm ۳/۷۰		۰/۶۱۵

جدول شماره ۳ نشان می دهد تاثیر مداخلات درمانی ما در دو گروه تنها در حیطة کوشش پرسشنامه خودکارآمدی تحصیلی جینک و مورگان معنادار شد. ($P < 0,01$)

جدول ۴: میانگین (انحراف معیار) و سطح معناداری نمرات عزت نفس کوپر اسمیت به تفکیک هر گروه

متغیرها	قبل درمان (میانگین \pm انحراف معیار)	بعد درمان (میانگین \pm انحراف معیار)	آماره تی	سطح معناداری
عزت نفس کلی	گروه درمان	۱۳/۶۶ \pm ۳/۵۲	*	۰/۰۰۲
	گروه کنترل	۱۶/۰۸ \pm ۲/۲۷		۰/۵۵۱
عزت نفس اجتماعی	گروه درمان	۳/۶۶ \pm ۱/۰۷	*	۰/۰۰۰
	گروه کنترل	۳/۹۱ \pm ۱/۲۴		۱
عزت نفس خانوادگی	گروه درمان	۳/۷۵ \pm ۰/۸۶	*	۰/۰۰۰
	گروه کنترل	۴/۵۸ \pm ۰/۷۹		۰/۵۸۶
عزت نفس تحصیلی	گروه درمان	۵/۱۶ \pm ۱/۷۴		۰/۴۱۷
	گروه کنترل	۶/۲۵ \pm ۱/۱۳	*	۰/۰۲۵
دروغ	گروه درمان	۳/۵۰ \pm ۱/۶۷		۰/۹۶
	گروه کنترل	۴/۰۰ \pm ۲/۱۷		۰/۱۳۷

بررسی تاثیر مداخلات درمانی بر عزت نفس در دو گروه در جدول شماره ۴ نشان می دهد که مداخلات انجام شده در حیطه عزت نفس کلی، عزت نفس اجتماعی، عزت نفس خانوادگی و عزت نفس تحصیلی معنادار می باشد ($P < 0.05$)

جدول ۵: میانگین(انحراف معیار) و سطح معناداری نمرات پرسشنامه رفتاری راتر فرم معلم به تفکیک هر گروه

متغیرها	قبل درمان (میانگین ± انحراف معیار)	بعد درمان (میانگین ± انحراف معیار)	آماره تی	سطح معناداری
گروه درمان	۲۲/۴۱ ± ۱۷/۵۲	۱۰/۱۶ ± ۴۱/۸		۰/۰۰۱
گروه کنترل	۲۴/۹۱ ± ۲۰/۸۴	۲۳/۴۱ ± ۲۰/۴۲		۰/۲۲۷

نتایج جدول شماره ۵ نشان می دهد که نتایج مداخلات ما قبل و بعد از درمان گروه درمان در پرسشنامه رفتاری راتر فرم معلم معناداری بود. ($P < 0,05$)

آزمون تی مستقل با فرض برابر بودن واریانس ها در هر دو گروه به صورت زیر حاصل شد.

جدول ۷: میانگین(انحراف معیار) و سطح معناداری نمرات شاخص یادگیری کلورادو ویلکات، خودکارآمدی تحصیلی جینک و مورگان، رفتاری راتر فرم معلم به تفکیک هر گروه

متغیرها	قبل درمان (میانگین ± انحراف معیار)	بعد درمان (میانگین ± انحراف معیار)	آماره تی	سطح معناداری
مشکلات یادگیری کلورادو ویلکات	مشکل در خواندن	۱۳/۵۴ ± ۴/۳۱	۱۳/۲۹ ± ۴/۶۰	۰/۲۰۸
	شناخت اجتماعی	۶/۷۰ ± ۳/۳۶	۵/۷۹ ± ۳/۰۹	۰/۵۹۷
	اضطراب اجتماعی	۳/۴۱ ± ۳/۰۹	۶/۹۵ ± ۲/۶۷	۱
	مشکلات فضایی	۶/۹۵ ± ۲/۶۷	۶/۶۶ ± ۳/۰۳	۰/۶۰۵
	مشکل در ریاضی	۶/۱۲ ± ۲/۴۱	۶/۱۶ ± ۲/۳۷	۰/۹۳۵
خودکارآمدی تحصیلی جینک و مورگان	استعداد	۷/۵۴ ± ۴/۰۷	۷/۰۸ ± ۳/۰۰	۰/۴۶۵
	کوشش	۱۰/۶۲ ± ۳/۷۰	۱۲/۵۴ ± ۲/۹۴	۰/۰۲۸
	بافت	۱۱/۲۹ ± ۳/۸۶	۱۳/۲۹ ± ۳/۵۳	۰/۴۴۰
پرسشنامه رفتاری راتر فرم معلم	۲۳/۶۶ ± ۱۸/۸۷	۱۷/۴۱ ± ۱۶/۷۲		۰/۷۵۳

طبق داده های حاصل از جدول بالا بازی درمانی شناختی بر مشکلات یادگیری کلورادو ویلکات در حیطه ی مشکل در خواندن با سطح معناداری ۰/۲۰۸، در حیطه ی شناخت اجتماعی، در حیطه ی اضطراب اجتماعی با معناداری ۰/۵۹۷، در حیطه ی

اضطراب اجتماعی با سطح معناداری ۱، در حیطه ی مشکلات فضایی با سطح معناداری ۰/۶۰۵، در حیطه ی مشکلات ریاضی با سطح معناداری ۰/۹۳۵ تفاوت معنادار دیده نشد. خودکارآمدی تحصیلی جینک و مورگان در حیطه ی استعداد با سطح معناداری ۰/۴۶۵، در حیطه ی کوشش با سطح معناداری ۰/۰۲۸، و در بافت با سطح معناداری ۰/۴۴۰ تنها در حیطه ی کوشش معنادار شد.

در پرسشنامه رفتاری راتر فرم معلم با سطح معناداری ۰/۷۵۳ معنادار نبود، و در اضطراب اسپنس با سطح معناداری ۰/۰۰۰ تفاوت معنادار بود.

بحث

هدف از پژوهش حاضر، بررسی اثربخشی بازی درمانی شناختی- رفتاری بر پیشرفت تحصیلی کودکان مبتلا به اختلال یادگیری بود. نتایج این مطالعه نشان داد بازی درمانی می تواند از طریق آموزش مهارت کنترل اضطراب بر مهارت پیشرفت تحصیلی موثر باشد.

در این مطالعه بر اساس پرسشنامه خودکارآمدی تحصیلی جینک و مورگان، استعداد کاهش، کوشش و بافت افزایش یافته است. هم چنین بر اساس پرسش نامه مشکلات یادگیری کلورادو ویلکات شناخت اجتماعی کودکان افزایش پیدا کرد. کودکان مبتلا به اختلال یادگیری به دلیل شکست های متعدد در زمینه ی تحصیل دچار کمبود اعتماد به نفس و به دنبال آن کاهش کوشش و تلاش می شوند. در واقع کودک به این نتیجه میرسد که تلاش او هیچ نتیجه ای نخواهد داشت. اما در بازی درمانی شناختی-درمانی با طراحی بازی هایی موفقیت آمیز برای کودک میتوان احساس خودکارآمدی، اعتماد به نفس و کوشش برای کسب نتایج خوب را در کودک افزایش یافت. کودک در جریان بازی درمان، انگیزه، احساسات و هیجانات خود را پردازش می کند و با همانند سازی و فیدبک های گروهی سعی بر حل مسائل پیش در بیان شکست ها و موفقیت های تحصیلی خود دارد. این موضوع می تواند به شکل گیری خودپنداره، عزت نفس محکم تری بیانجامد که منجر به پیشرفت تحصیلی و خودکارآمدی کودک می شود(۹).

هم چنین کودکان به دلیل عدم شناخت کافی از انواع احساسات و نحوه ی بروز آنها در روابط با دیگران دچار مشکل می شوند. در این روش بازی درمانی انواع احساسات با حالت بازیگونه به کودکان نشان داده شد و روش بیان و مواجهه با هر احساس نیز آموخته شد. بر این اساس کودک میتواند احساسات افراد پیرامونش را تشخیص داده و متناسب با آن برخورد کند. یکی از مزایای اجرای این روش در این مطالعه درمان گروهی بود که می توانست به توسعه توانایی های کودک در برقراری ارتباط اجتماعی با معلم و همسالانش، دریافت انعکاس های گروهی، همانندسازی های موثر کمک کند. همچنین کودکان می توانستند در محیطی امن به بیان هیجانات خود بپردازند و از این طریق تحریفات شناختی خود را کاهش دهند(۹، ۱۰). لطیفی و همکارانش در سال ۲۰۰۹ مطالعه ای با هدف اثربخشی آموزش حل مساله شناختی - اجتماعی بر بهبود روابط بین فردی تغییر رفتارهای اجتماعی و ادراک خودکارآمدی دانش آموزان مبتلا به ناتوانی یادگیری دریافتند تنظیم هیجانات و آموزش حل مساله اجتماعی با شیوه شناختی می تواند به طور معناداری عملکرد دانش آموزان مبتلا به ناتوانی یادگیری را در زمینه مهارت حل مساله اجتماعی، کاهش رفتارهای نامطلوب پرخاشگری و کناره گیری و نیز تغییر اهداف اجتماعی بهبود می بخشد و در نتیجه سبب خودکارآمدی اجتماعی و ادراک خودکارآمدی دانش آموزان مبتلا به ناتوانی یادگیری دریافتند تنظیم هیجانات و آموزش حل مساله اجتماعی نیز با مطالعه حاصل همسو بود. آن ها بیان کردند بازی ارتباطات کودکان را از طریق رهاسازی احساسات منفی، تسهیل می کند و امکان بیشتر با محیط را فراهم می کند(۲۹).

آریانپور و همکارانش با اشاره به این موضوع نشان دادند خودپنداره با انگیزش تحصیلی کودکان مبتلا رابطه معناداری دارد. کودکان زمانی که موفق شوند احساس مثبت و زمانی که شکست بخورند از خود تصویر منفی می سازند و این می تواند در افت تحصیلی آنها موثر باشد(۱۲). بازی درمانی شناختی به صورت گروهی در روش گربه سازگار با شبیه سازی محیط واقعی و

10. Knell SM. Cognitive-behavioral play therapy. Handbook of play therapy. 2016:118-33.
11. Latifi Z AS, Malekpour M, Molavi H. The Effectiveness of Cognitive-Social Problem-Solving Education on Improving Interpersonal Relationships in Change of Social Behaviors and Self-efficacy Understanding of Students with Learning Disabilities. New Developments in Cognitive Science. 2009;11(43):70-84.
12. S Ariyanpooran، M Amiri manesh DTTH. Relationship between self-concept and academic motivation (reading, writing and math) in elementary students with LD. learnind disorder journal. 2014;4(1):56-72.
13. Fazio-Griffith LJ, Ballard MB. Cognitive behavioral play therapy techniques in school-based group counseling: Assisting students in the development of social skills. Vistas Online. 2014;18:1-14.

