

## اثربخشی بازی درمانی به شیوه شناختی-رفتاری بر مشکلات رفتاری کودکان مبتلا به سندرم داون<sup>۱</sup> The Effectiveness of Cognitive-Behavioral Therapy Games on Behavioral Problems in Children with Down Syndrome

Yaser Afaghi

Ph.D. Student of Psychology and Education of Exceptional Children, Science & Research Branch, Islamic Azad University, Tehran, Iran

Elahe Ahangri

University lecturer, Department of Psychology and Educational Sciences, Payame Noor University, Kashmar, Iran

Mohammad Tahan (Corresponding author)

Young Researchers and Elite Club, Birjand Branch, Islamic Azad University, Birjand, Iran.  
t.mohammad2@gmail.com

یاسر آفاقی

دانشجوی دکتری روانشناسی و آموزش کودکان استثنایی، واحد علوم و تحقیقات، دانشگاه آزاد اسلامی، تهران، ایران

الهه آهانگری

مدرس دانشگاه، گروه روانشناسی و علوم تربیتی، دانشگاه پیام نور، کاشمر، ایران

محمد طحان (نویسنده مسئول)

باشگاه پژوهشگران جوان و نخبگان، واحد بیرجند، دانشگاه آزاد اسلامی، بیرجند، ایران.  
t.mohammad2@gmail.com

### Abstract

**Aim:** The purpose of this study was to investigate the effect of cognitive-behavioral therapy games on behavioral problems in children with Down syndrome.

**Method:** The present study was a semi-experimental design with a post-test-pre-test design with a control group. To select the research sample, 12 children with Down syndrome (educational) were selected by random sampling and randomly divided into two experimental and control groups (each group was 6). Then, the teachers of these children responded to the Conners' behavioral questionnaire (Teacher's Form) (pre-test). In the next stage, the experimental group received a cognitive-behavioral therapy during 10 sessions. Finally, the teachers responded to the questionnaire. Data were analyzed using SPSS software and covariance analysis.

**Results:** The results showed that cognitive-behavioral therapy games are effective on behavioral problems (conduct problems, hyperactivity and passive neglect) in children with Down syndrome. **Conclusion:** Cognitive-behavioral therapeutic play therapy is an effective method for reducing behavioral problems in students with Down syndrome.

**Keyword:** Behavioral problems, play therapy, Down syndrome.

### چکیده

**هدف:** هدف از مطالعه حاضر بررسی اثربخشی بازی درمانی به شیوه شناختی رفتاری بر مشکلات رفتاری کودکان مبتلا به سندرم داون بود. **روش:** روش مطالعه حاضر نیمه آزمایشی با طرح پس آزمون-پیش آزمون با گروه کنترل می-باشد.

برای انتخاب نمونه پژوهش، به شیوه نمونه‌گیری در دسترس تعداد ۱۲ کودک پسر مبتلا به سندرم داون (آموزش پذیر) انتخاب و به تصادف در دو گروه آزمایش و کنترل جایگزین شدند (هر گروه ۶ نفر). سپس معلمان این کودکان به پرسشنامه مشکلات رفتاری کانرز (فرم معلمان) پاسخ دادند (پیش آزمون). در مرحله بعد گروه آزمایش طی ۱۰ جلسه، تحت بازی درمانی شناختی رفتاری قرار گرفت و در پایان مجدداً معلمان به پرسشنامه تحقیق پاسخ دادند. داده‌ها با استفاده از نرم افزار SPSS و آزمون تحلیل کواریانس مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت. **یافته‌ها:** نتایج نشان داد که بازی درمانی شناختی رفتاری بر مشکلات رفتاری (مشکلات سلوکی، بیش فعالی و بی توجهی انفعالی) کودکان مبتلا به سندرم داون مؤثر است. **نتیجه گیری:** بازی درمانی به شیوه شناختی-رفتاری روش مؤثری برای کاهش مشکلات رفتاری در دانش آموزان مبتلا به سندرم داون می‌باشد.

**کلیدواژه‌ها:** مشکلات رفتاری، بازی درمانی، سندرم داون.

## مقدمه

کودکان قشر عمده‌ای از جمعیت جهان را تشکیل می‌دهند به طوری که در کشورهای در حال توسعه، سهم این قشر از کل جمعیت تقریباً به ۵۰ درصد می‌رسد (نریمانی، سلیمانی و ابوالقاسمی، ۱۳۹۱). در هر جامعه‌ای سلامت کودکان و نوجوانان اهمیت ویژه‌ای دارد و توجه به بهداشت روانی آنان کمک می‌کند تا از نظر روانی و جسمی سالم بوده و نقش اجتماعی خود را بهتر ایفا کنند. در این راستا، شناخت صحیح ابعاد مختلف جسمی و روانی این گروه سنی و کوشش در راه تأمین شرایط مادی و معنوی مناسب برای رشد بدنی، عاطفی و فکری آنان واضح‌تر از آن است که احتیاج به تأکید داشته باشد (ملک، حسن‌زاده و تیرگری، ۱۳۹۱).

از جمله گروه‌هایی که نیاز به توجه دارند، مبتلایان به نشانگان داون هستند، نشانگان داون متداول‌ترین اختلال کروموزومی مادرزادی است که همیشه کم‌توانی ذهنی را به میزان‌های مختلف (لینسی<sup>۱</sup>، ۲۰۰۱) و مشکلات رفتاری را به همراه دارد. سندرم داون نخستین بار به وسیله پزشک انگلیسی، دان در سال ۱۸۶۶ بر اساس خصوصیت‌های فیزیکی همراه با عملکرد روانی زیر هنجار توصیف شد، عقب ماندگی ذهنی خصوصیت عمده سندروم داون است که اکثر آنان به گروه عقب مانده ذهنی متوسط و شدید متعلق هستند و فقط معدودی از آنها بهره‌های بالاتر از ۵۰ دارند. علت بیماری اختلال و نقص کروموزومی است. این بیماران یک کروموزوم اضافی از نوع شماره ۲۱ بیشتر دارند و به عبارت دیگر به جای دو عدد کروموزوم شماره ۲۱، ۳ عدد از کروموزوم نامبرده دارند (راجر و بیارد<sup>۲</sup>، ۲۰۰۷). سندرم داون در سطح ژنتیک به وسیله سه کروموزوم ۲۱ (تریزومی ۲۱) و همچنین ویژگی‌های فنوتیپی مانند معلولیت‌های فکری (خفیف تا شدید)، پیری زودرس و خطر ابتلا به زوال عقلی مشخص می‌شود. شایع‌ترین اختلال ژنتیکی مشاهده شده در حدود ۱ در هر ۶۹۱ تولد زنده است (دانیلسون، هنری، میسر، کارنی و رونبرگ<sup>۳</sup>، ۲۰۱۶). بعضی از نشانه‌های فیزیکی و شرایط سلامتی سندروم داون شامل موارد زیر است:

صورت پهن با چشمان مورب و بینی پهن و گرد، انگشت خمیده و خیلی کوتاه و دست‌های پهن و خیلی کلفت، شکاف‌های پلکی مورب، هیپوتونی کلی - رفلکس مورب و ضعف، مشکلات قلبی، گوش و بینایی و مشکل در اسکلت بندی و نقص در عملکرد تیروئید (پایگاه بهداشت و رشد کودکان<sup>۴</sup>، ۲۰۰۷). همچنین کودکان دارای نشانگان داون نسبت به افراد عادی مشکلات بیشتری را از خود نشان می‌دهند. آن‌ها می‌توانند به سرعت دچار ناکامی، اضطراب و تنش شوند، در اغلب اوقات مشکلات تحصیلی، این افراد را مستعد مشکلات رفتاری می‌کند و در نتیجه با افزایش مشکلات رفتاری، مشکلات یادگیری تشدید می‌گردد و موجب شکست فرد در زمینه‌های مختلف می‌شود (مرریک<sup>۵</sup>، ۲۰۰۴).

پژوهش‌های مختلف نشان دادند که کودکان دارای نشانگان داون مشکلات رفتاری مانند مشکلات توجه، گوشه‌گیری، اختلالات و سواسی از جمله: مرتب کردن اشیاء و تکرار برخی از اعمال و حرکات را از خود نشان می‌دهند و با افزایش سن، اضطراب، افسردگی و گوشه‌گیری نیز افزایش می‌یابد (لوند<sup>۶</sup>، ۱۹۸۸). بتی، کابرا و اسپرا<sup>۷</sup> (۲۰۰۵) در تحقیقی نشان داد که کودکان دارای نشانگان داون در مقایسه با گروه عادی مشکلات رفتاری بیشتری مانند مشکلات ارتباطی، اختلال خوردن، اختلالات عاطفی و... از خود نشان می‌دهند. به علاوه این کودکان از دیدگاه والدین در ارتباط با تغذیه، خواب و آموزش توالی دچار مشکل بوده و در آیتم

<sup>1</sup> - Linsey

<sup>2</sup> - Rager & Byard

<sup>3</sup> - Danielssona, Henry, Messer, Carney & Rönnberg

<sup>4</sup> - Community of Sant, E Gidio- Solidarity

<sup>5</sup> - Merricke

<sup>6</sup> - Lund

<sup>7</sup> - Bhatia, Kabra, & Sapra

جامعه ستیزی نمره آنها درصد بالاتری را نشان می‌دادند. در پژوهشی فیلدر، ماست، کاترین و جینا<sup>۱</sup> (۲۰۰۶) به بررسی ۲۴ کودک سندرم داون، ۲۳ کودک با اختلالات فراگیر رشد و ۳۳ کودک عادی پرداختند نتایج نشان داد که مشکلات رفتاری در کودکان دارای نشانگان داون نسبت به کودکان با اختلالات فراگیر رشد کمتر و نسبت به کودکان عادی بیشتر می‌باشد.

در واقع مشکلات رفتاری، مشکلات فردی و اجتماعی فراوانی را به وجود می‌آورد. کودکان مبتلا به اختلال‌های رفتاری؛ خانواده، آموزشگاه و اجتماع را با مسائل و دشواری‌های گوناگونی مواجه می‌کند و آنها را نیز در برابر آشفتگی‌های روانی-اجتماعی دوران نوجوانی و حتی بزرگسالی آسیب پذیر می‌سازند (ملک و همکاران، ۱۳۹۱). از این رو، مشاوران، روان‌شناسان و متخصصان آموزش و پرورش برای کاهش مشکلات عاطفی و رفتاری این کودکان، روش‌های اصلاح رفتار و راهبردهای گوناگونی ارائه کرده‌اند. درمان‌های غیردارویی همچون روان‌درمانی و مشاوره‌ی کودکان، با استفاده از شیوه‌های بازی‌درمانی، برای درصد قابل ملاحظه‌ای از کودکان، نتیجه‌بخش بوده است. در واقع هرگاه زبان کلامی برای ابراز افکار و احساسات کودکان کفایت نکند، درمانگران از بازی-درمانی برای کمک به کودکان، استفاده می‌کنند (جیل<sup>۲</sup>، ۱۹۹۱).

بازی‌درمانی رویکردی با ساختار و مبتنی بر نظریه‌ی درمان است که فرایندهای یادگیری و ارتباط طبیعی و بهنجار کودکان را پایه-ریزی می‌کند (کارمیخیل<sup>۳</sup>، ۲۰۰۶؛ لندرس<sup>۴</sup>، ۲۰۱۱؛ اوکانر و اسچافر<sup>۵</sup>، ۱۹۸۳). قدرت درمانی که در بازی درمانی نهفته است به طرق گوناگون مورد استفاده قرار می‌گیرد. درمانگران طریق بازی به کودکانی که مهارت‌های اجتماعی یا عاطفی‌شان ضعیف است رفتارهای سازگارانه‌تری را می‌آموزند (پدروکارول و ردی<sup>۶</sup>، ۲۰۰۵). رابطه‌ی حسنه‌ای که بین درمانگر و کودک در طول جلسه‌های بازی‌درمانی شکل می‌گیرد، تجربه‌ی مهمی را که برای درمان لازم است فراهم می‌آورد (موستاکس<sup>۷</sup>، ۱۹۹۷). در بازی‌درمانی، اسباب اسباب بازی‌ها مثل کلمات کودک و بازی، زبان کودک است. بازی برای کودکان مفید است چون موقعیت مناسبی برای تشخیص و درمان فراهم می‌کند. بازی بیشتر ناشی از انگیزه‌ی درونی است تا انگیزه‌ی بیرونی و این بازتاب درون کودک است. بازی موجب می‌شود که کودک احساسات و ارتباطات بیرونی خود را بیان کند و همچنین باعث توسعه تمایلات، مهارت‌های ارتباطی و افزایش شادی و سازگاری کودک با محیط اطرافش می‌گردد (لندرس، ۲۰۱۱). تحقیقات مختلف، تأثیر بازی‌درمانی را در زمینه‌های اجتماعی، عاطفی، رفتاری و مشکل‌هایی که به محرک‌های تنش‌زای زندگی همچون طلاق، مرگ، جابجایی، بستری‌شدن در بیمارستان، سو استفاده‌های جنسی و جسمی و خشونت خانوادگی مربوط می‌شود تأیید می‌کند (پدروکارول و ردی، ۲۰۰۵).

از جمله روش‌های مؤثر بازی‌درمانی، روش شناختی-رفتاری است. در این روش همانند درمان بزرگسال‌ها، بر تأثیر باورها با نگرش‌های ناسازگارانه یا ناکارآمد تأکید می‌شود. پیش‌فرض مورد استفاده آن است که واکنش کودک به یک رویداد، متأثر از معانی و مضامینی است که به رویداد نسبت می‌دهد. به بیان دیگر، پاسخ‌های عاطفی و رفتاری فرد به رویدادهای زندگی روزمره تابعی هستند از این که چگونه این رویدادها ادراک و یادآوری می‌شوند. در این روش چنین فرض می‌شود که آنها فاقد مهارت‌های رفتاری مناسب هستند یا باورها و محتویات شناخت، یا استعداد‌های حل مساله (فرایندهای شناختی) از جهاتی آشفته و مختل می‌باشند که موارد اخیر، نارسایی‌های شناختی یا تحریف‌های شناختی را منعکس می‌سازند. بازی درمانگران شناختی-رفتاری همواره سعی

<sup>1</sup> - Fidler, Most, Cathryn & Jena

<sup>2</sup> - Gil

<sup>3</sup> - Carmichael

<sup>4</sup> - Landreth

<sup>5</sup> - O'conner & Schaefer

<sup>6</sup> - Pedro-Carroll & Reddy

<sup>7</sup> - Moustakas

می‌کنند از طریق تسهیل کسب مهارت‌های رفتاری جدید و فراهم آوردن تجاربی که تغییر شناختی را تسهیل می‌کند، به کودک و نوجوان کمک کنند (اسپنس، دون‌وان و برچمن‌توسانت<sup>۱</sup>، ۲۰۰۰).

بازی درمانی شناختی-رفتاری، در حین عبور کودک از مراحل متعدد درمانی (مرحله آغازین، مرحله ارزیابی، مرحله میانی و مرحله پایانی) انجام می‌گیرد. بعد از آمادگی برای بازی درمانی شناختی-رفتاری مرحله ارزیابی آغاز می‌شود. درمانگر، در مرحله میانی نقشه‌ی درمان را طراحی می‌کند و درمان، روی افزایش خودکنترلی کودک، حس پیشرفت و یادگیری پاسخ‌های سازگارانه‌تر برای رویارویی با موقعیت‌های خاص متمرکز می‌شود. تعمیم و پیشگیری از عود و بازگشت در مرحله میانی بکار گرفته می‌شود تا کودک مهارت‌های جدیدی در مورد زمینه‌های گوناگون بیاموزد. در مرحله پایانی، کودک برای خاتمه‌ی درمان آماده می‌شود (نل<sup>۲</sup>، ۱۹۹۹؛ به نقل از زاعی و احمدی، ۱۳۸۶). در بازی درمانی شناختی-رفتاری مداخله‌های متعدد رفتاری و شناختی به کار گرفته می‌شود. از جمله این مداخله‌های رفتاری می‌توان از حساسیت‌زدایی منظم تصویرسازی ذهنی برانگیزاننده، مدیریت وابستگی تقویت مثبت، شکل‌دهی، خاموش‌سازی و الگوسازی، نام برد. از طرفی روش‌های رفتاری که معمولاً 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، 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 کمک کردن به کودک در شناسایی تحریف‌های شناختی خود، به او یاد می‌دهد که این تفکر ناسازگارانه را با تفکر سازگارانه تعویض نماید (نل، ۱۹۹۹؛ گالاگر، رابین و مک‌کلوسکی<sup>۳</sup>، ۲۰۰۴).

بررسی پژوهش‌های موجود نشان می‌دهد که در ایران، پژوهش‌های اندکی در مورد بازی درمانی با رویکرد شناختی-رفتاری بر مشکلات رفتاری کودکان سندرم داون صورت گرفته است. لذا با توجه به مطالب گفته شده و اینکه، کودکان مبتلا به سندرم قشر آسیب‌پذیری در جامعه هستند، بدیهی است که هر چه زودتر و سریع‌تر بتوان مشکلات رفتاری کودکان را شناخت و با استفاده از روش‌های درمانی آنها را کاهش داد، امکان بیشتری وجود دارد تا از افت تحصیلی و بروز ناهنجاریهای رفتاری و عاطفی، آنها پیشگیری کرد لذا هدف پژوهش حاضر پاسخ به این سؤال است که آیا بازی درمانی به شیوه‌ی شناختی-رفتاری در کاهش مشکلات رفتاری کودکان سندرم داون (مشکلات سلوکی، بیش‌فعالی و بی‌توجهی-انفعالی) تأثیر دارد یا خیر؟

## روش

روش پژوهش نیمه آزمایشی از نوع پیش‌آزمون - پس‌آزمون با گروه کنترل است. جامعه آماری پژوهش را کلیه کودکان پسر (۹ تا ۱۳ ساله) مبتلا به سندرم داون (آموزش پذیر) مدرسه کودکان استثنایی امام علی (ع) شهرستان کاشمر در سال ۹۶-۹۵ تشکیل دادند. از این جامعه تعداد ۱۲ نفر به صورت در دسترس انتخاب شدند. و سپس بطور تصادفی در دو گروه آزمایش و کنترل جایگزین می‌شوند (هر گروه ۶ نفر). گروه آزمایش در معرض بازی درمانی شناختی رفتاری قرار گرفت در حالیکه گروه کنترل هیچ مداخله‌ای را دریافت نکرد. قبل و بعد از مداخله معلمان آنها به پرسشنامه مشکلات رفتاری رفتاری کانرز (فرم معلمان) پاسخ دادند. ملاحظات اخلاقی در این پژوهش کاملاً رعایت شد، به گونه‌ای که شرکت کنندگان در زمینه محرمانه ماندن اطلاعات، اطمینان خاطر داده شد و آنها با رضایت کامل، پرسشنامه‌ها را در محیطی آرام و بدون ذکر نام تکمیل کردند.

<sup>1</sup> - Spence, Donvan & Berchman-Toussaint

<sup>2</sup> - Knell

<sup>3</sup> - Gallagher, M.H, Rabian & McCloskey

ابزار

**پرسشنامه مشکلات رفتاری کانرز (فرم معلمان):** این پرسشنامه توسط کارنرز (۱۹۷۳؛ ۱۹۷۶) ساخته شده است و کاربرد وسیعی در زمینه‌های بالینی و پژوهشی کودکان دارد که برای مشخص ساختن برخی علائم و مشکلات رفتاری استفاده می‌شود و همچنین کاربرد وسیعی در غربالگری کلی برای اختلالات و مشکلات کودکی دارد. فرم بلند این پرسشنامه دارای ۳۹ سؤال و فرم کوتاه آن ۲۸ سؤال دارد و زیر مقیاسهای مشکلات سلوکی، بیش‌فعالی، بی‌توجهی - انفعالی را می‌سنجد. پرسشنامه‌ی قلم و کاغذی و فردی است که توسط معلم کودک پر می‌شود. سوالها در یک مقیاس ۴ گزینه‌ای (۰ = به هیچ وجه، ۱ = فقط کمی، ۲ = تقریباً زیاد و ۳ = بسیار زیاد) نمره‌گذاری می‌شود. ضرایب پایایی بین ارزیابان در مورد آموزگاران با استفاده از CTRS بین ۰/۲۳ تا ۰/۷۶ گزارش گردیده است (تیلور و سندبرک، ۱۹۸۴). کانرز ضریب پایایی را به فاصله یک ماه از ۰/۷۲ تا ۰/۹۱ گزارش نموده است (کانرز، ۱۹۹۰). ادلبرک و آخن (۱۹۸۴) پایایی را به فاصله دو ماه و چهار ماه به ترتیب ۰/۷۵ و ۰/۶۸ گزارش نمودند. ضریب پایایی کلی بر روی ۱۵ کودک ناسازگار به فاصله ۲ هفته ۰/۸۶ به دست آمده. ضریب پایایی برای خرده مقیاس مشکلات سلوکی = ۰/۸۷، بیش‌فعالی = ۰/۵۶، بی‌توجهی - انفعال = ۰/۹۲، شاخص بیش‌فعالی = ۰/۷۲ (قدیری نشکاجانی، ۱۳۷۷).

**روش اجرا:** پس از اخذ مجوز از ریاست محترم مدرسه کودکان استثنایی امام علی (ع) شهرستان کاشمر، تعداد ۱۲ نفر از بین کلیه کودکان ۹ تا ۱۲ ساله مبتلا به سندرم داون این مرکز به عنوان نمونه انتخاب شدند. سپس به تصادف در دو گروه آزمایش و کنترل جایگزین شدند. معلمان این کودکان به پرسشنامه مشکلات رفتاری پاسخ دادند (پیش‌آزمون) و در مرحله بعد گروه آزمایش در ده جلسه (هر جلسه ۹۰ دقیقه) در معرض بازی درمانی شناختی-رفتاری (این بازی درمانی با استفاده از کتابهای کلیات بازی درمانی قزوینی‌نژاد، ۱۳۸۷؛ محمداسماعیل (۱۳۸۷) و پژوهشهای جنتیان، نوری، شفقی، مولوی و شماواتیان، ۱۳۸۷؛ زارع و احمدی، ۱۳۸۶ تهیه شده است) قرار گرفتند و در پایان مجدداً معلمان هر دو گروه به پرسشنامه تحقیق پاسخ دادند (پس‌آزمون). محتوای پروتکل درمانی به اختصار در جدول ۱ ارائه شده است.

جدول (۱) محتوای پروتکل بازی درمانی شناختی-رفتاری

جلسه	موضوع فعالیتها	هدف	محتوا	روش	ابزار
۱	نمایش کارتون، نقاشی انگشتی	آشنایی و ترغیب همکاری	آشنایی درمانگر و کودکان با همدیگر و فعالیتهای جلسات گروهی، ارائه قوانین و وظایف هر عضو، ترغیب کودکان در بیان ناراحتیهای فعلی خود، پرداختن به ابعاد نشانه‌های رفتاری و جسمانی و شناختی کودکان	سخنرانی، مشاهده‌ای توضیحی و پرسش و پاسخ	رنگ گواش، تلویزیون و پخش
۲	بازی در پارک، بازی در شهر بازی	افزایش مهارتهای ارتباط بین فردی و گروهی (قسمت اول)	بررسی محاسن ارتباط با دیگران و انجام کار گروهی در مقایسه با انجام کار به تنهایی، تقویت نقش و جایگاه مهم افراد در فعالیت‌های گروهی، تقسیم کار و تسهیل امور در کارهای محل زندگی	گردش و بازی، ایفای نقش	مینی‌بوس، وسایل بازی پارک
۳	کار با شن (خشک و تر)، مجسمه‌های شنی	افزایش مهارتهای ارتباط بین فردی و گروهی (قسمت دوم)	تقویت و آموزش مهارتهای ارتباط کلامی و غیر کلامی مثل گوش دادن و نحوه گفتوگوی صحیح، نحوه درخواست محترمانه از دیگران، رعایت کردن حقوق دیگران خصوصاً در محل زندگی مشترک	پروژه، ایفای نقش، سخنرانی و توضیحی	شن و ماسه
۴	کار با سنگ، رنگ آمیزی روی سنگ	افزایش مهارت خود آگاهی (قسمت اول)	شناخت ویژگیهای جسمانی و عقلانی هر فرد، بررسی تفاوتهای ظاهری کودکان از نظر ویژگیهای ظاهری (مثل رنگ مو، چشم، رنگ پوست و ...) در جهت تقویت باور بی نظیر بودن افراد و افزایش اعتماد به نفس	پروژه، مشاهده‌ای، مجسم، سخنرانی و توضیحی	سنگ در ابعاد گوناگون، چسب
۵	عروسک‌های دستکشی	افزایش مهارتهای خود آگاهی (قسمت دوم)	بررسی و تقویت تواناییها و نقاط قوت هر کودک در مقایسه با گذشته خود و با هدف تقویت احساس ارزشمندی او، پرهنز از خود گویی های منفی و بررسی نقش آنه ا در احساس ناامیدی، استفاده از خود گوییهای مثبت و اثر آن در احساس کودک، آموزش روش بازسازی شناختی	بارش مغزی، مشاهده‌ای، مجسم، سخنرانی و توضیحی	عروسک‌های دستکشی جانوران و انسان
۶	طناب کشی، توپ، تخته تعادل	افزایش مهارت مقاله با هیجانهای منفی (قسمت اول)	کمک به کودکان در جهت شناسایی چهار احساس اصلی غم، ترس، شادی، خشم و حالتهای چهره‌ای و غیر کلامی آنها، لزوم بیان تجارب هیجانی به شیوه صحیح، آموزش مهارت خود نظارتی در جهت شناسایی و ثبت هیجانهای مختلف در یک برنامه هفتگی و گزارش آن در جلسه‌های بعد	بازی، ایفای نقش	طناب، توپ بی خطر و تخته تعادل

۷	سفالگری، رنگ آمیزی روی سفال	افزایش مهارت مقابله با هیجانهای منفی (قسمت دوم)	مرور تجارب هیجانی کودکان در طول هفته، بررسی نشانه‌ها و علل در تشخیص باورهای اشتباه و مؤثر در عصبانیت، بهره‌گیری از خودگویی مثبت در افراد، استفاده از روش بازسازی شناختی	پروژه، مشاهده‌ای، مجسم، سخنرانی و توضیحی	گل کوزه گری، رنگ و آب
۸	اشکال هندسی، نقاشی حالت‌های غم، شادی و...	افزایش مهارت مقابله با هیجانهای منفی (قسمت سوم)	بررسی نشانه‌ها و علل هیجان و احساس غم در افراد، تعیین موضوعات غم در هر یک از کودکان، بهره‌گیری از خودگویی های مثبت در هنگام عصبانیت	پروژه، مشاهده‌ای، مجسم، سخنرانی، پرسش و پاسخ و توضیحی	خط کش و شابلن، مداد و مداد رنگی، کاغذ و چسب
۹	داستان گویی از روی تصاویر میوه ها و...	افزایش مقابله با هیجان‌های منفی (قسمت چهارم)	بررسی نشانه‌ها و علل هیجان ترس در افراد، تشخیص علل و باورهای اشتباه و مؤثر در ترس و نگرانی، تعیین موضوعات ترس در هر یک از کودکان، آموزش مهارت‌های مقابله با ترس (حساسیت زدایی منظم و با استفاده از تصاویر مثبت و خوشایند کودکان)	سخنرانی و ایفای نقش، توضیحی	تصاویر مرتبط با موضوع داستان
۱۰	کار با کاغذ مجله، رنگی و سفید	افزایش مهارت حل مسئله و تصمیم‌گیری	شامل آشنایی کودکان با ۱ تصمیم‌های روزانه در طول زندگی، اهمیت مشورت با افراد قابل اعتماد در تصمیم‌گیری، کم گرفتن از مریبان و سرپرست مرکز آموزشی در حل مشکلات	پروژه، مشاهده‌ای، مجسم، سخنرانی و توضیحی	کاغذ باطله، کاغذ رنگی

### یافته‌ها

داده‌های جمعیت شناختی نشان داد که میانگین سن شرکت کنندگان در گروه آزمایش  $(\pm 1/16)$   $10/16$  و در گروه کنترل  $(\pm 1/04)$   $10/50$  بود؛ در هر دو گروه حداقل سن شرکت کنندگان ۹ و حداکثر آنها ۱۲ سال می‌باشد.

جدول (۲) شاخص‌های توصیفی - میانگین و انحراف استاندارد نمرات پیش آزمون و پس آزمون متغیرهای مشکلات سلوکی، توجه و ناپختگی، پرخاشگری اجتماعی و اضطراب و گوشه‌گیری

گروه	کمترین	بیشترین	میانگین	انحراف استاندارد
گروه آزمایش	۹	۵۱	۳۳/۵۰	۱۶/۱۸
پیش آزمون مشکلات سلوکی	۱۰	۵۱	۲۷	۱۶/۰۴
پیش آزمون بی‌توجهی-انفعالی	۲	۶	۳/۳۳	۱/۵۰
پس آزمون مشکلات سلوکی	۱	۲۹	۱۵/۶۶	۱۰/۳۸
پس آزمون بی‌توجهی-انفعالی	۱	۲۸	۱۴/۸۳	۱۰/۱۰
پس آزمون بیش‌فعالی	۰/۰۰	۳	۱/۵۰	۱/۰۴
گروه کنترل	۱۰	۵۰	۳۳/۱۶	۱۵/۸۶
پیش آزمون بی‌توجهی انفعالی	۱۱	۵۰	۲۶/۸۳	۱۵/۷۵
پیش آزمون بیش‌فعالی	۲	۵	۳/۵۰	۱/۳۷
پس آزمون مشکلات سلوکی	۱۱	۴۹	۳۲/۱۶	۱۴/۷۷
پس آزمون بی‌توجهی انفعالی	۱۱	۵۱	۲۷/۳۳	۱۵/۹۳
پس آزمون بیش‌فعالی	۳	۶	۴/۳۳	۱/۲۱

میانگین و انحراف استاندارد نمرات پیش آزمون و پس آزمون متغیرهای مشکلات سلوکی، بی‌توجهی انفعالی و بیش‌فعالی نشان دهنده تغییراتی در میانگین نمرات پس آزمون نسبت به پیش آزمون در گروه‌ها است. به طوری که میانگین نمرات متغیرها، در گروه آزمایش، در مرحله پس آزمون، از گروه کنترل کمتر است.

برای اجرای آزمون‌های پارامتریک ابتدا پیش فرض نرمال بودن توزیع داده‌ها در گروه‌ها با استفاده از آزمون گلو موگروف - اسمیرنوف محاسبه گردید. سطوح معنی داری به دست آمده در همه متغیرها بیشتر از ۰/۰۵ می‌باشد. لذا پیش فرض برقرار است و اجرای آزمون‌های پارامتریک بلامانع می‌باشد.

جدول (۳)-آزمون گلو موگروف - اسمیرنوف

مقدار آماره	درجه آزادی	سطح معنی داری
۰/۲۳۶	۱۲	۰/۰۶۲
۰/۱۵۴	۱۲	۰/۲۰۰
۰/۲۲۲	۱۲	۰/۱۰۶
۰/۱۴۱	۱۲	۰/۲۰۰
۰/۲۰۲	۱۲	۰/۱۹۰
۰/۱۴۹	۱۲	۰/۲۰۰

در این پژوهش برای آزمون فرضیه‌ها از تجزیه و تحلیل کوواریانس استفاده شد. بدین منظور قبل از اجرای آزمون، پیش شرط‌های آن بررسی شد. ابتدا پیش شرط تساوی واریانسها با استفاده از آزمون لوین بررسی شد. همانطور که نتایج آزمون لوین نشان می‌دهد در تمام متغیرها، پیش شرط تساوی واریانسها برقرار است (جدول ۴ - ۰/۰۵۵ > P).

جدول (۴) تساوی واریانسها - آماره لوین برای آزمون تساوی واریانسها

مقدار F	درجه آزادی ۱	درجه آزادی ۲	سطح معنی داری
۱/۳۹	۱	۱۰	۰/۲۶
۰/۰۰۴	۱	۱۰	۰/۹۵
۰/۰۱۶	۱	۱۰	۰/۹۰

در ادامه پیش فرض یکسانی شیب خط رگرسیون بررسی شد. بدین منظور از آزمون اثرات تعاملی متغیر گروه با پیش آزمون (گروه × پیش آزمون) استفاده شد. مقدار F محاسبه شده برای اثر مذکور در این مورد نیز معنی دار نیست، لذا شیب خط رگرسیون برای گروه‌های آزمایش و کنترل یکسان است و استفاده از تحلیل کوواریانس بلامانع است.

جدول (۵) آزمون یکسانی شیب خط رگرسیون برای گروه‌های آزمایش و کنترل

منبع تغییرات	مجموع مجذورات	درجات آزادی	میانگین مجذورات	مقدار F	سطح معنی داری
گروه × پیش آزمون	۱۰۱/۱۳	۱	۱۰۱/۱۳	۴/۴۷	۰/۰۶
گروه × پیش آزمون	۲/۶۴	۱	۲/۶۴	۰/۶۶	۰/۴۳
گروه × پیش آزمون	۰/۷۶	۱	۰/۷۶	۰/۹۷	۰/۳۵

فرضیه ۱: بازی درمانی شناختی - رفتاری بر کاهش مشکلات سلوکی کودکان مبتلا به سندرم داون تأثیر دارد. در آزمون این فرضیه، نتایج تجزیه و تحلیل کوواریانس نشان داد که با حذف اثر پیش آزمون مشکلات سلوکی، به عنوان متغیر همپراش، اثر اصلی بازی درمانی شناختی - رفتاری بر نمره‌های پس آزمون معنی دار است؛ زیرا پس از تعدیل نمرات پیش آزمون، اثر معنی دار عامل عضویت گروهی همچنان وجود دارد (P=۰/۰۰۱). میزان تأثیر بازی درمانی ۰/۷۴ است. نتیجه اینکه فرضیه صفر رد و فرضیه آزمایش تأیید می‌شود؛ یعنی بین نمره مشکلات سلوکی افرادی که تحت بازی درمانی شناختی - رفتاری بوده‌اند و کسانی که تحت درمان نبوده‌اند تفاوت معناداری وجود دارد به عبارتی پس از بازی درمانی، میانگین مشکلات سلوکی افراد گروه آزمایش، با در نظر داشتن تأثیر پیش آزمون و نسبت به گروه کنترل، کاهش یافته است.

جدول (۶) شاخص - تحلیل کوواریانس تأثیر عضویت گروهی بر نمره مشکلات سلوکی در مرحله پس آزمون بین گروه آزمایش و کنترل

شاخص متغیر	مجموع مجذورات	df	میانگین مجذورات	مقدار f	معنی داری	میزان تأثیر (تا)
پیش آزمون	۱۳۴۸/۲۲	۱	۱۳۴۸/۲۲	۴۳/۰۳	۰/۰۰۱	۰/۸۲
عضویت گروهی	۸۴۰/۷۲	۱	۸۴۰/۷۲	۲۶/۸۳	۰/۰۰۱	۰/۷۴
خطا	۲۸۱/۹۳	۹	۳۱/۳۲			
کل	۹۳۱۱	۱۲				

فرضیه ۲: بازی درمانی شناختی - رفتاری بر کاهش مشکلات بی‌توجهی انفعالی کودکان مبتلا به سندرم داون تأثیر دارد.

در آزمون این فرضیه نیز نتایج تجزیه و تحلیل کوواریانس نشان داد که پس از تعدیل نمرات پیش آزمون، اثر معنی دار بازی درمانی همچنان وجود دارد (P=۰/۰۰۱). میزان تأثیر آن ۰/۷۸ است به عبارتی پس از بازی درمانی، میانگین نمره بی‌توجهی انفعالی در گروه آزمایش به نحوه معنی داری کاهش یافته است.

جدول (۷) شاخص - تحلیل کوواریانس تأثیر عضویت گروهی بر مقدار مشکلات بی‌توجهی انفعالی گروه در مرحله پس‌آزمون بین‌گروه آزمایش و کنترل

شاخص متغیر	مجموع مجذورات	df	میانگین مجذورات	مقدار f	معنی داری	میزان تأثیر (تا)
پیش‌آزمون	۱۶۴۹/۴۲	۱	۱۶۴۹/۴۲	۱۱۳/۵۴	۰/۰۰۱	۰/۹۲
عضویت گروهی	۴۷۸/۸۸	۱	۴۷۸/۸۸	۳۲/۹۶	۰/۰۰۱	۰/۷۸
خطا	۱۳۰/۷۴	۹	۱۴/۵۲			
کل	۷۵۸۳	۱۲				

فرضیه ۳: بازی درمانی شناختی - رفتاری بر کاهش بیش‌فعالی کودکان مبتلا به سندروم داون تأثیر دارد. در آزمون این فرضیه نیز نتایج نشان داد که پس از تعدیل نمرات پیش‌آزمون، اثر معنی‌دار بازی درمانی همچنان وجود دارد ( $P=0/001$ ). میزان تأثیر آن ۰/۷۶ است به عبارتی پس از بازی درمانی، میانگین نمره بیش‌فعالی در گروه آزمایش به نحوه معنی‌داری کاهش یافته است.

جدول (۸) شاخص - تحلیل کوواریانس تأثیر عضویت گروهی بر بیش‌فعالی در مرحله پس‌آزمون بین‌گروه آزمایش و کنترل

شاخص متغیر	مجموع مجذورات	df	میانگین مجذورات	مقدار f	معنی داری	میزان تأثیر (تا)
پیش‌آزمون	۵/۸۰۸	۱	۵/۸۰۸	۷/۴۴	۰/۰۲	۰/۴۵
عضویت گروهی	۲۲/۵۲	۱	۲۲/۵۲	۲۸/۸۵	۰/۰۰۱	۰/۷۶
خطا	۷/۰۲	۹	۰/۷۸			
کل	۱۳۹	۱۲				

### بحث و نتیجه‌گیری

این مطالعه با هدف بررسی اثربخشی بازی درمانی شناختی رفتاری بر مشکلات رفتاری کودکان مبتلا به سندرم داون انجام شد. نتایج نشان داد که بازی درمانی شناختی رفتاری بر مشکلات رفتاری (مشکلات سلوکی، بیش‌فعالی و بی‌توجهی - انفعالی) کودکان مبتلا به سندرم داون مؤثر است. نتایج این تحقیق مطابق با نتایج پژوهش قادری، اصغری مقدم و شعیری (۱۳۸۵) است آنها در مطالعه خود نشان دادند که بازی درمانی شناختی رفتاری باعث بهبود پرخاشگری کودکان مبتلا به اختلال سلوک می‌گردد. همچنین زارع و احمدی (۱۳۸۶)؛ جنتیان و همکاران (۱۳۸۷) در مطالعه‌ای به این نتیجه رسیدند که بازی درمانی شناختی رفتاری در کاهش مشکلات رفتاری کودکان مؤثر است که با نتایج تحقیق حاضر همسو و هم‌جهت می‌باشد. گالاگر، رایین و مک کلووسکی<sup>۱</sup> (۲۰۰۴) نیز نشان دادند که درمان شناختی رفتاری باعث کاهش هراس اجتماعی، اضطراب و افسردگی می‌گردد. آذرینوشان، به‌پژوه و غباری بناب (۱۳۹۱) به بررسی اثربخشی بازی درمانی با رویکرد شناختی رفتاری بر مشکلات رفتاری دانش‌آموزان کم‌توان ذهنی پرداختند، نتایج نشان داد که استفاده از بازی درمانی با رویکرد شناختی - رفتاری، موجب کاهش معنی‌دار مشکلات رفتاری در دانش‌آموزان کم‌توان ذهنی شد.

تحقیقات، همچون (پدرو و ردی، ۲۰۰۵؛ ایوانز، مولت و فرانز، ۲۰۰۵؛ به نقل از ملک، حسن‌زاده و تیرگری، ۱۳۹۱) اثربخشی مداخله‌های شناختی - رفتاری را در درمان مشکلات رفتاری کودکان و درمان کودکانی که مشکلات آنها به سبب محرک‌های تنش‌زای زندگی همچون طلاق، مرگ، جابجایی و حوادث ایجاد شده، نشان داده است. مصطفوی، شعیری، اصغری مقدم و محمودی (۱۳۸۹) طی تحقیق تأثیر آموزش بازی درمانی مبتنی بر رابطه والد - کودک به مادران بر مشکلات رفتاری کودکان پیش‌دستانی به این نتیجه رسیدند که آموزش مهارت‌های بازی درمانی به مادران موجب کاهش مشکلات رفتاری کودکان گروه آزمایش نسبت به گروه کنترل شده است. در مطالعه‌ای دیگر که توسط گالاگر، رایین، مک کلووسکی<sup>۲</sup> (۲۰۰۴) صورت گرفته است نیز گروه درمانی

<sup>۱</sup> - Gallagher, Rabian & McCloskey

<sup>۲</sup> - Gallagher, Rabian & McCloskey



شناختی-رفتاری کوتاه مدت در درمان هراس اجتماعی، اضطراب و افسردگی کودکان مؤثر بوده است. گوبل، هلاواکس، هوفر، مولر، مولنر<sup>۱</sup> و همکاران (۲۰۱۵) در تحقیقی نشان دادند که بازی درمانی شناختی رفتاری بر اختلالات اضطرابی در کودکان مؤثر است.

با توجه به اینکه نتایج به دست آمده از تجزیه و تحلیل داده‌ها و تأیید فرضیه پژوهشی به گونه‌ایی با نتایج حاصل از پژوهش‌های مشابه همخوانی دارد و از آنجا که بازی درمانی شناختی رفتاری روشی است که به کودک فرصت می‌دهد تا احساسات آزار دهنده و مشکلات درونی خود را از طریق بازی بروز دهد و آنها را به نمایش درآورد و درمانگر نیز فرصتی را فراهم می‌کند که به کودک کمک کند، تا یاد بگیرد تعارضات خود را حل کند، می‌توان گفت که این روش به مثابه یکی از روش‌های درمانی پذیرفته شده و مورد تأیید است.

بازی درمانی شناختی رفتاری از جمله مداخله‌های پیشنهادی برای کودکان است که طی آن درمانگر می‌کوشد با بازی در کودک انگیزه ایجاد کند، او را فعال نماید، با او ارتباط برقرار کند و رفتارهای او را هدایت نماید. در این روش از تکنیکها و متدهای خاصی مثل بازی شن، کاغد، توپ و ... استفاده می‌شود که هر کدام از این شیوه‌ها می‌تواند به نوبه خود باعث کاهش بخشی از مشکلات رفتاری در کودکان شود. مثلاً کودک در حین بازی با کلمات احساسی، حالت دفاعی خود را برای بیان احساساتشان از دست می‌دهند و فرصت بیشتری دارند تا احساسات خود را بیان کنند و با انواع حالات خلقی مثل خشم، ترس و ... بیشتر آشنا شوند. در جریان استفاده از این شیوه، این فرصت در اختیار کودکان قرار می‌گیرد تا احساساتی که اجازه بیان آنها را در محیط‌های دیگر ندارند، بدون ترس از پیامدهای آنها ابراز کنند و همچنین از طریق ایفای نقش، احساسات خود را بهتر کنترل کنند. استفاده از این تکنیک‌های بازی موجب می‌شود تا مهارت‌های اجتماعی آنان رشد کرده و باعث شود تا برای شرکت در فعالیت‌های گروهی بدون ارزیابی‌های منفی از خود تشویق شوند. همچنین از ویژگیهای دیگر این تکنیک‌ها، تحرک زیاد می‌باشد که منجر به تخلیه انرژی کودکان از ویژگیهای دیگر این تکنیک، تحرک زیاد می‌باشد که منجر به تخلیه انرژی کودکان رفتارهای خود پیردازند. بازی به کودک راههای ابراز خشم و عصبانیت، ابراز درست هیجانات، کنترل هیجانات به شیوه درست را می‌آموزد. نهایتاً به نظر می‌رسد استفاده از مداخله بازی درمانی شناختی رفتاری و بکارگیری هر کدام از تکنیک‌های آن می‌تواند به کاهش بخشی از مشکلات رفتاری کودکان مبتلا به سندرم داون کمک کند. از محدودیتهای تحقیق حاضر می‌توان به محدودیت در جامعه مورد تحقیق، نمونه به صورت دردسترس انتخاب شد که باید در تعمیم نتایج محتاطانه عمل کرد. با توجه به نتایج پژوهش پیشنهاد می‌شود راهکار تازه‌ای در مورد اصلاح رفتار دانش‌آموزان مبتلا به سندرم داون می‌تواند تا حدودی مسائل این دانش‌آموزان را کاهش دهد بنابراین برنامه بازی درمانی ارائه شده می‌تواند الگوی مدیران و برنامه ریزان آموزشی، اولیاء و مربیان و مشاوران محترم قرار گیرد.

### تضاد منافع

با توجه به اینکه این پژوهش تحت حمایت مالی سازمان و یانهاد خاصی نبوده و همچنین ترتیب نویسندگان با رضایت طرفین نوشته شده است و همچنین یافته‌های این پژوهش دقیق و شفاف ارائه شده است، بنابراین تضاد منافع ندارد.

### تشکر و قدردانی

بدین وسیله از ازمودنی‌های این پژوهش و مربیان محترم آنها که در طول پژوهش همکاری لازم را مبذول نمودند، کمال تشکر را داریم.

<sup>1</sup> - Göbl, Hlavacs, Hofer, Müller & Müllner

## منابع

- آذرنیوشان، بهزاد؛ به پژوه، احمد و غباری بناب، باقر (۱۳۹۱). اثر بازی درمانی با رویکرد شناختی رفتاری بر مشکلات رفتاری دانش‌آموزان کم توان ذهنی در دوره ابتدایی. فصلنامه ایرانی کودکان استثنایی، ۱۲(۲)، ۶-۱۶.
- اکرمی، لیلا (۱۳۹۰). مشکلات رفتاری در کودکان با نشانگان داون. تعلیم و تربیت استثنایی، ۱۰۲: ۵۵-۶۱.
- جنتیان، سیما؛ نوری، ابوالقاسم؛ شفتی، سید عباس؛ مولوی، حسین و سماواتیان، حسین (۱۳۸۷). اثر بخشی بازی درمانی مبتنی بر رویکرد شناختی رفتاری بر شدت علائم اختلال کاستی توجه و بیش‌فعالی در دانش‌آموزان پسر نه تا یازده سال. تحقیقات علوم رفتاری، ۲(۶)، ۱۰۹-۱۱۹.
- زارع، مهدی و احمدی، سونیا (۱۳۸۶). اثربخشی بازی درمانی به شیوه رفتاری شناختی در کاهش مشکلات رفتاری کودکان. روانشناسی کاربردی، ۱(۳): ۱۸-۲۸.
- زارع، مهدی؛ احمدی، سونیا (۱۳۸۶). اثربخشی بازی درمانی به شیوه رفتاری شناختی در کاهش مشکلات رفتاری کودکان. روانشناسی کاربردی، ۱(۳)، ۱۸-۲۸.
- صریحی، نفیسه؛ پورنسایی، غزل و نیک اخلاق، مهناز (۱۳۹۴). اثربخشی بازی درمانی گروهی بر مشکلات رفتاری کودکان پیش دبستانی. فصلنامه روانشناسی تحلیلی - شناختی، ۶(۲۳)، ۳۵-۴۱.
- صریحی، نفیسه؛ پورنسایی، غزل و نیک اخلاق، مهناز (۱۳۹۴). اثربخشی بازی درمانی گروهی بر مشکلات رفتاری کودکان پیش دبستانی. فصلنامه روانشناسی تحلیلی - شناختی، ۶(۲۳): ۳۵-۴۱.
- قادری، نیلوفر؛ اصغری مقدم؛ محمد علی و شعیری، محمد رضا (۱۳۸۵). بررسی کارآیی بازی درمانی رفتاری شناختی روی پرخاشگری کودکان مبتلا به اختلال سلوک. دو ماهنامه علمی پژوهشی دانشور رفتار دانشگاه شاهد، ۱۳(۱۹).
- قدیری نشکاجانی، فاطمه (۱۳۷۷). بررسی تأثیر به کادگیری بازی بی رهنمود در کاهش اختلالات رفتاری و پرخاشگری کودکان ناسازگار و دارای عملکرد هوش مرزی. مطالعه تک موردی. پایان نامه کارشناسی ارشد روان‌شناسی بالینی. انستیتو روان پزشکی تهران.
- ملک، مریم؛ حسن‌زاده، رمضان و تیرگری، عبدالحکیم (۱۳۹۲). اثربخشی بازی درمانی گروهی به شیوه‌ی شناختی رفتاری بر کاهش مشکلات رفتاری کودکان مبتلا به اختلال خواندن. مجله‌ی ناتوانی‌های یادگیری، ۲(۴)، ۱۴۰-۱۵۳.
- نیرمائی، محمد؛ سلیمانی، اسماعیل و ابوالقاسمی، عباس (۱۳۹۱). مقایسه‌ی ابعاد درونی و بیرونی سبک‌های تفکر دانش‌آموزان نابینا و بینا، فصلنامه‌ی روانشناسی مدرسه، ۱۱(۱)، ۱۰۸-۱۱۸.
- ملک، مریم؛ حسن‌زاده، رمضان و تیرگری، عبدالحکیم (۱۳۹۱). اثربخشی بازی درمانی گروهی به شیوه‌ی شناختی رفتاری بر کاهش مشکلات رفتاری کودکان مبتلا به اختلال خواندن. مجله ناتوانی‌های یادگیری، ۲(۴)، ۱۴۰-۱۵۳.
- مصطفوی، سعیده سادات؛ شعیری، محمد رضا؛ اصغری مقدم، محمد علی و محم ودی قرایی، جواد (۱۳۸۹). اثر بخشی آموزش بازی درمانی مبتنی بر رابطه‌ی والد- کودک به مادران بر مشکلات رفتاری کودکان. روانشناسی معاصر، ۵، ۷۱۸-۷۱۲.
- Bhatia, M.S, Kabra,M, Sapra, S. (2004). Behavioral Problems in children with Down Syndrom. From the Department of Psychiatry,University College of Medical Sciences and Guru Teg, Behadur Hospital, India and Department of Pediatrics, All Institute of Medical Sciences, New Delhi 110 020, India. 31:143-145.
- Bhatia, M.S., Kabra, M., & Sapra, S. (2005). Behavioral Problems in Children with Down Syndrome. Indian Pediatrics, 42(17), 625-680.
- Carmichael, K.D. (2006). Play therapy: An introduction. Glenview, IL: Prentice Hall.
- Community of Sant, E Gidio- Solidarity (2007). Mentally Disable Mentally Disabled: Frinds Without Limits.
- Danielssona, H., Henry, L., Messer, D., Carney, D. P.J., & Rönnberg, J. (2016). Developmental delays in phonological recoding among children and adolescents with Down syndrome and Williams syndrome. Research in Developmental Disabilities, 55, 64-76.
- 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.
- Gil, E. (۱۹۹۱) Healing power of play working with abused children. New York, Ng: the Guilford press.
- Göbl, B., Hlavacs, H., Hofer, J., Müller, I., Müllner, H., Schubert, C., Spallek, H. H., Rybka, C., & Sprung, M. (2015). MindSpace: A Cognitive Behavioral Therapy Game for Treating Anxiety Disorders in Children. International Conference on Entertainment ComputingEntertainment Computing, 463-468

- 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.
- Landreth, G. L. (2011). Play therapy: The art of the relationship. New york, N.Y.:Brunner- Rutledge.
- Linsey, M. (2001). Dictionary of mental handicap. London: Routledge
- Lund, J. (1988). Psychiatric aspects of Downs syndrom. Acta Psuchiatr Scand; 78:369-376.
- Merrick, J(2004). Adolescents with down syndrom. INT J Adolesc Med Health, 16(1): 13-9.
- O'conner, K.J., Schaefer, C.E. (1983). Hand book of play therapy. New york, NY: John Wiley & sons, Inc.
- 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.
- Rager, W., & Byard, MBB, M. D. (2007). Forensic Issues in Down Syndrom Fatalities. Journal of Forensic and Legal Medicine, 14, 475- 481.
- Spence, S.H., Donovan, & Berchman-Toussaint. M. (2000). The treatment of children social phobia: the effectiveness of a social skills training-based, cognitive-behavioral intervention, with and without parental involvement. Journal of child psychology and psychiatry and allied Disciplines, 41, 743-726.

