

## اثربخشی بازی درمانی گروهی شناختی- رفتاری در اصلاح سازش نایافتگی اجتماعی دانش آموزان دختر با کم توانی ذهنی

دکتر جهانگیر کرمی\* / دانشیار گروه روان شناسی دانشگاه رازی

بهناز شفیعی / کارشناسی ارشد روان شناسی عمومی دانشگاه رازی

پریسا حیدری شرف / کارشناسی ارشد روان شناسی عمومی دانشگاه رازی

### چکیده

**زمینه:** پژوهش حاضر با هدف تعیین اثربخشی بازی درمانی گروهی با رویکرد شناختی- رفتاری در اصلاح سازش نایافتگی اجتماعی دانش آموزان دختر ۸ تا ۱۵ ساله کم توان ذهنی انجام گرفت.

**روش:** روش پژوهش آزمایشی با طرح پیش آزمون - پس آزمون با گروه کنترل و آزمایش بود. جامعه آماری پژوهش را دانش آموزان دختر ابتدایی کم توان ذهنی شهر کرمانشاه تشکیل می دادند. در نمونه گیری ۳۲ نفر به روش در دسترس انتخاب و سپس براساس ۲ انحراف استاندارد بالاتر در آزمون راتر، ۲۰ نفر به عنوان نمونه انتخاب شدند (۱۰ آزمایش و ۱۰ گواه). گروه آزمایش ۱۱ جلسه بازی- درمانی با رویکرد شناختی- رفتاری دریافت کردند و گروه کنترل در لیست انتظار قرار گرفتند. ابزار گردآوری داده های پژوهش، پرسش نامه رفتاری راتر بود. تحلیل داده با استفاده از روش تحلیل کوواریانس نشان داد که بازی درمانی با رویکرد شناختی- رفتاری باعث کاهش سازش نایافتگی اجتماعی دانش آموزان دختر با کم توانی ذهنی و افزایش تعاملات اجتماعی آنها شده است.

**یافته ها:** مهم ترین نتایج این پژوهش، مؤثر بودن بازی درمانی گروهی در اصلاح سازش نایافتگی اجتماعی، مفید بودن استفاده از رویکرد شناختی- رفتاری و یکسان بودن نتایج مفید بازی درمانی در کودکان با سطوح ذهنی متفاوت است.

**نتیجه گیری:** از این رو می توان نتیجه گرفت روش بازی درمانی گروهی با رویکرد شناختی- رفتاری، در کنترل سازش نایافتگی اجتماعی نوجوانان کم توان ذهنی مؤثر است.

**واژه های کلیدی:** بازی درمانی گروهی، رویکرد شناختی- رفتاری، سازش نایافتگی اجتماعی، دانش آموزان، کم توان ذهنی

### مقدمه

کم توان ذهنی به همان شکل باقی مانده است (هاردمن، درو و اگن<sup>۱</sup>؛ ترجمه علی زاده و همکاران، ۱۳۸۹). تعریف دهم انجمن آمریکایی عقب ماندگی ذهنی<sup>۲</sup> بیان می کند کم توانی ذهنی صلاحیت نداشتن یا ناتوانی در عملکرد ذهنی، رفتارهای سازشی و مهارت های عملی، اجتماعی و فکری است و این ناتوانی پیش از ۱۸ سالگی بروز می یابد. کم توانی ذهنی، مرض یا بیماری روانی نیست، بلکه نوعی شرایط ویژه و پیچیده ذهنی است. در مورد کودکان کم توان ذهنی با توجه به محدودیت های ویژه آنها، نسبت به کودکان عادی، می توان انتظار داشت که رفتارهای پر خاشگرانه و سازش نایافته بیشتری از آنها بروز کند، آنان به سبب محدودیت های گوناگون که اغلب از محدودیت های شناختی آنها ناشی می شود، با شکست های متعددی

بیش از دو درصد جمعیت هر جامعه ای را کودکان و افراد کم توان ذهنی تشکیل می دهند. کم توانی ذهنی بیان کننده محدودیت های اساسی در کارکرد کنونی فرد است. بدون شک میان بروز قابلیت های فردی و شرایط محیطی، ارتباط تنگاتنگی وجود دارد. محیط های مناسب و مساعد، موجب رشد و تحول فرد می شوند و کیفیت زندگی را بهبود می بخشند. از این رو، استفاده از روش های گوناگون درمانی، مانند بازی درمانی، نقاشی درمانی و نظایر آن، به فراهم کردن محیطی غنی و با طراوت کمک می کند. اصطلاح عقب ماندگی ذهنی و نام انجمن عقب ماندگی ذهنی آمریکا (AAMR) در سال ۲۰۰۷ به اصطلاح کم توان ذهنی و انجمن کم توان ذهنی و رشدی<sup>۱</sup> تغییر کرده است اما تعریف

2. Hardman, Drew & Egan

3. American Association on Mental Retardation

1. American Association on Intellectual and Developmental Disabilities

\* Email: j.karami@razi.ac.ir

داستان، لجبازی، عصبی مزاج بودن، بی‌احتیاطی، نداشتن محبوبیت در بین همسالان، ناشکیبایی و دروغ‌گویی است (موریس و رینولدز<sup>۵</sup>، ۱۳۸۴). در سال‌های اخیر توجه زیادی به مشکلات در مهارت‌های اجتماعی<sup>۶</sup> شده است زیرا بررسی‌های متعدد نشان می‌دهد نارسایی در مهارت‌های اجتماعی تأثیر منفی بر عملکرد تحصیلی دانش‌آموزان می‌گذارد، مشکلات یادگیری را تشدید می‌کند و اغلب به بروز مشکلات سازگاری منجر می‌شود (پارکر و آشر، ۱۹۹۳). مهارت‌های اجتماعی بخش مهمی از حوزه رشد فردی است و کمبود آن در بلندمدت ضربه شدیدی به کودک وارد می‌کند (ماتسون، نیل، فودستد، هس، ماهان و ریوت<sup>۷</sup>، ۲۰۱۰)، بنابراین مهارت‌های اجتماعی به طور آشکار نیازمند آموزش است (دیویس، بون، کیهاک و فور<sup>۸</sup>، سیمسون، مایرز، اورت، سوگیل، اسپنسر و لبرک<sup>۹</sup>، ۲۰۱۲).

پژوهش‌های تورک<sup>۱۰</sup> (۲۰۱۲) بیانگر همبستگی قابل توجه مهارت‌های اجتماعی با میزان هوش‌بهر در کودکان بوده. مهارت‌های اجتماعی با بهره‌گیری از انواع راهبردها و برنامه‌های مداخله‌ای وابسته به این مهارت‌ها آموزش داده می‌شود (فیری، ایوت و کیسر<sup>۱۱</sup>، ۲۰۱۳). کودکان کم‌توان ذهنی در مقایسه با افراد عادی دارای برخی مشکلات رفتاری و فقدان مهارت کافی در ایفای نقش‌های اجتماعی، تعامل‌های بین فردی و مهارت‌های زندگی روزمره هستند (ارجمندی، بیانزاده و برهنی، ۱۳۸۰). جبران کاستی‌های مهارت‌های اجتماعی در کودکان دارای ناتوانی‌هایی ذهنی با به‌کارگیری روش‌های مختلف انجام شده است، برای مثال به‌منظور آموزش مهارت‌های اجتماعی از طریق الگوی تجربی، زمینه تفکر و کاوش محیط اطراف، بازی و فعالیت فراهم می‌شود (الجندف آبرگل، آیوازو و الدر<sup>۱۲</sup>، ۲۰۱۲). بازی یکی از مهم‌ترین مولفه‌های زندگی کودک است. کودکان از طریق بازی می‌توانند مهارت‌های پایه و اجتماعی را یاد بگیرند و رشد کنند، به‌ویژه وسایل بازی نقشی تعیین‌کننده در بازی دارد تا بتواند جهان اطرافش را کشف کند. بازی کیفیت زندگی را با رشد

روبه رو می‌شوند و پیامد همه این موفق نشدن‌ها ناکامی است که خود سرآغاز پرخاشگری به شکل‌های گوناگون خواهد بود. از جمله محدودیت‌های کودکان با کم‌توانی ذهنی ضعف قوای جسمی و توانایی‌های حسی و حرکتی آن‌هاست (افروز، ۱۳۸۸). کودکان کم‌توان ذهنی، افزون بر مشکلات شناختی، به مشکلات رفتاری<sup>۱</sup> و عاطفی از جمله سازش‌نیافتگی اجتماعی نیز دچارند. رفتارهای سازش‌نیافته، 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 می‌شوند. در روان‌شناسی به رفتاری ناسازگار گفته می‌شود که فرد در شرایطی قرار می‌گیرد که قادر نیست خود را با محیط اجتماعی یا خانوادگی به گونه‌ای مناسب هماهنگ کند یا سازگار کند و به طور معمول این ناسازگاری روی رفتار و حالات عاطفی او تأثیر می‌گذارد (وست وود<sup>۲</sup>، ۱۳۸۱). دوره نوجوانی زمان تغییرات بزرگ اجتماعی و عاطفی است که گاه این تغییرات منجر به بروز سازش‌نیافتگی‌های اجتماعی در نوجوان به ویژه در محیط آموزشی و در جمع دوستان می‌شود. پیشگیری و اصلاح این ناسازگاری‌های اجتماعی ضروری و نیازمند همکاری مدرسه و والدین است (کری<sup>۳</sup>، ۲۰۱۲). این اختلال، به نارسایی عملکرد در زمینه‌های مختلف از جمله زمینه‌های تحصیلی و خانوادگی منجر می‌شود که سرانجام، افت تحصیلی یا رفتارهای بزهکارانه را موجب می‌شود (ایوانز<sup>۴</sup> و همکاران، ۲۰۰۵). سازش‌نیافتگی در کودکان و نوجوانان کم‌توان ذهنی به حدی است که بیشترین مشکلات آن‌ها را در مدرسه و خانه تشکیل می‌دهد. برخی از صفات کودکان سازش‌نیافته به ترتیب شامل فعالیت بی‌هدف بیش از حد، ناتمام رها کردن کار و بازی، تکان دادن بی‌هدف قسمتی یا تمام اندام‌های بدن، ناآرامی هنگام غذا خوردن، خراب کردن لوازم و اسباب‌بازی از فرط دستکاری زیاد، پرحرفی، نافرمانی، دعوا کردن با سایر کودکان، دمدمی مزاج بودن، آزار دیگران، نپذیرفتن انضباط، به دردمس انداختن خودش، مشکلات گفتاری، کج خلقی، گوش ندادن به تمام

5. Morris and Reynolds

6. Social skills deficit

7. Matson, Neal, Fodstad, Hess, Mahan, &amp; Rivet,

8. Davis, Boon, Cihak, &amp; Fore

9. Simonsen, Myers, Everett, Sugai, Spencer, &amp; LaBreck

10. Tureck

11. Fre Elliott, &amp; Kaiser

12. Aljadedff-Abergel, Ayzazo, &amp; Eldar

1. Behavioral problems

2. Westwood

3. Carey

4. Evans

است. این رویکرد درمانی هم‌اکنون در حال استفاده در جمعیت کودکان و نوجوانان بوده و پژوهش‌های انجام شده، موفقیت‌های درمانی بسیار خوبی در زمینه استفاده از این رویکرد را گزارش کرده‌اند (کانر<sup>۸</sup> و همکاران، ۲۰۰۵). در پژوهش‌های مرتبط مشخص شده است که بازی درمانی با رویکرد شناختی-رفتاری در کاهش ترس از شب کودکان (ابراهیمی دهشیری، مظاهری و طهماسیان، ۱۳۹۰) موثر است. در پژوهش باگرلی<sup>۹</sup> (۲۰۰۹) اثرات بازی درمانی گروهی بر اعتماد به نفس، افسردگی و اضطراب کودکان بی‌خانمان مورد بررسی قرار گرفت و نتایج، افزایش چشمگیر اعتماد به نفس و کاهش اضطراب و افسردگی را نشان داد. تاثیر روش‌های مختلف بازی درمانی بر حیطه عاطفی، در پژوهش‌های مختلف نشان داده شده است (آذرنیوشان و همکاران ۱۳۹۱، مهرداد، ۱۳۹۰؛ لگوف و شرم، ۲۰۰۶). در پژوهش دیگری که توسط گالاگر و همکاران<sup>۱۰</sup> (۲۰۰۴) به منظور اثربخشی گروه درمانی شناختی-رفتاری کوتاه‌مدت در درمان هراس اجتماعی کودکان انجام شد، نشان داد که افزون بر کاهش هراس اجتماعی، میزان اضطراب و افسردگی نیز در طول درمان کاهش می‌یابد. اهمیت بازی در مباحث روان‌شناسی رشد تا حدی است که صاحب‌نظران آن را تفکر کودک نامیده‌اند. امروزه مهم‌ترین روش برای درمان اختلال‌های روانی و عاطفی کودکان، بازی درمانی است که حتی موجب درمان بسیاری از اختلال‌های روانی در بزرگسالان نیز می‌شود. بازی باعث تقویت رشد اجتماعی کودکان می‌شود (لندرت، ۱۳۹۰). پژوهش‌های بسیاری نشان‌دهنده این است که کارآمدی بازی درمانی شناختی-رفتاری بدون توجه به رویکرد درمانگر، در ۸۰ درصد موارد ثابت شده است (جرالد<sup>۱۱</sup>، ۱۳۹۰). با توجه به آنچه گفته شد، این پژوهش به دنبال بررسی اثربخشی بازی درمانی رفتاری-شناختی در کاهش مشکلات دانش‌آموزان کم‌توان ذهنی انجام گرفت. با توجه به اهمیت مهارت‌های اجتماعی در کیفیت زندگی کودکان کم‌توان ذهنی، استفاده از روش‌های تمرینی کم‌هزینه و آسان برای کمک به خانواده‌ها و مدارس اهمیت

تفکر خلاقانه بهبود می‌بخشد (میکایلین<sup>۱</sup>، ۲۰۱۰)، همچنین وسیله بیان و ارتباط است و به عقیده برخی از پژوهشگران بخش مهمی از هر فرآیند درمانگری را تشکیل می‌دهد (واتسون<sup>۲</sup>، ۲۰۰۷). بازی درمانی یکی از روش‌هایی است که به طور معمول برای آموزش مهارت‌های اجتماعی به کودکان کم‌توان ذهنی استفاده می‌شود. استفاده از بازی درمانی قدمت زیادی دارد (اشنوبلن و واسمیت<sup>۳</sup>، ۲۰۰۸). بازی درمانی بر مهارت‌های مختلف دانش‌آموزان کم‌توان ذهنی مانند پیشرفت تحصیلی (مهرداد، ۱۳۹۰) مهارت‌های اجتماعی و رفتارهای انطباقی (سارتین<sup>۴</sup>، ۲۰۰۹) تاثیرگذار است. درمانگران با استفاده از بازی به کودکانی که مهارت‌های اجتماعی یا عاطفی‌شان ضعیف است، رفتارهای سازش یافته‌تری را می‌آموزند (پدرو-کارول وردی<sup>۵</sup>، ۲۰۰۵)، همچنین بازی درمانی در کاهش مشکلات برون‌نمود کودکان مؤثر است (دادستان، بیات و عسگری، ۱۳۸۸). نتایج پژوهش‌ها نشان‌دهنده اثربخشی بازی درمانی بر ارتقای رفتار اجتماعی مثبت و کاهش رفتار اجتماعی منفی کودکان است (رشیدی‌ظفر، ۱۳۸۹). بازی درمانی می‌تواند سبب کاهش پرخاشگری (ذوالمجد، ۱۳۸۸) و اصلاح اختلال‌های سلوکی دانش‌آموزان دبستانی (بابایی، ۱۳۸۰) شود. روان‌تحلیلگرانی چون زیگموند فروید، آنافروید و ملانی کلاین از نظریه‌های بازی درمانی در مورد کودکان، به عنوان وسیله‌ای درمانی استفاده کرده‌اند (نوتنی<sup>۶</sup>، ۲۰۱۲). بازی درمانی انواع مختلفی مانند لگودرمانی و بازی درمانی عروسکی دارد. در پژوهش‌های مختلف تاثیر لگودرمانی و بازی درمانی عروسکی بر بهبود مهارت‌های اجتماعی (لگوف و شرم<sup>۷</sup>، ۲۰۰۶) بررسی و اثبات شده است.

تینیدال، لیند، لندرت و جردانو (۲۰۰۱) به نقل از لندرت (۲۰۰۲) نیز تحلیلی مقایسه‌ای از بازی درمانی فردی انجام دادند که نتایج یاد شده دوباره به دست آمد. در دهه‌های اخیر بررسی‌های بسیاری در مورد استفاده از رفتار درمانی شناختی در جمعیت بزرگسالان در بیماری‌های اضطرابی و افسردگی گزارش شده

1. Michaelene
2. Watson
3. Schnoebelen & Smith
4. Sartin
5. Pedro-Carroll & Reddy
6. Novontny
7. Legoff & Sherman

8. Connor
9. Baggerly
10. Gallagher Rabian Mc closkey
11. Gerald

روزافزونی یافته است (گرالنیک، کونور و جانسون، ۲۰۱۱)، بنابراین در پژوهش حاضر این سؤال مطرح است که آیا بازی درمانی با رویکرد شناختی- رفتاری در اصلاح سازش نیافتگی اجتماعی دانش آموزان دختر کم توان ذهنی تأثیر دارد؟

## روش بررسی

**الف) طرح پژوهش و شرکت کنندگان:** پژوهش حاضر پژوهشی آزمایشی است. در این پژوهش از طرح پیش‌آزمون - پس‌آزمون همراه با دو گروه کنترل و آزمایشی استفاده شد. جامعه آماری شامل همه دانش آموزان کم‌توان ذهنی شهر کرمانشاه است که با روش نمونه‌گیری در دسترس، ۳۲ نفر از دانش آموزان مدرسه ارشاد ۲ به عنوان نمونه انتخاب شدند، سپس از بین آن‌ها، ۲۰ دانش آموز که نمرات ناسازگاری اجتماعی بالاتری از انحراف معیار میانگین آزمون رفتاری راتر را نشان دادند، انتخاب شده و به صورت تصادفی در دو گروه ۱۰ نفره آزمایش و کنترل قرار گرفتند. ۱۱ جلسه بازی درمانی با رویکرد شناختی- رفتاری روی گروه آزمایش اجرا شد و مشارکت کنندگان گروه کنترل در لیست انتظار قرار گرفتند.

**ابزار:** برای اندازه‌گیری میزان رفتارهای سازش نیافتگی اجتماعی این دانش آموزان 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 آگاه‌ریس، ۱۳۸۳). این پرسش‌نامه دارای ۳۰ گویه تجدیدنظر شده برای ایران است که توسط مشاور مدرسه دانش آموزان تکمیل شد. هر عبارت در سه گزینه «اصلاً صدق نمی‌کند»، «تا حدی صدق می‌کند» و «کاملاً صدق می‌کند» سنجیده می‌شود. نمره این پرسش‌نامه از صفر تا ۶۰ است. امتیاز صفر نشان‌دهنده نبود سازش نیافتگی اجتماعی، امتیاز یک تا ۳۰ نشان‌دهنده سازش نیافتگی اجتماعی متوسط و ۳۱ تا ۶۰ نشان‌دهنده سازش نیافتگی اجتماعی زیاد است (محمدی، مسگرپور، سهمی‌ایزدیان و محمدی، ۱۳۸۶).

تا به حال پژوهش‌های متعددی در ایران و سایر کشورها در مورد پایایی و روایی راتر انجام گرفته که بیشتر آن‌ها پایایی بالایی را در این مورد نشان می‌دهد.

این آزمون، در ایران به وسیله مهریار و همکاران ترجمه شده و مورد استفاده قرار گرفته است. در پژوهش مهریار (۱۹۹۲) 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 دونیمه کردن حدود ۰/۸۹ و در پژوهش ابوالقاسمی، نریمانی و کیامرثی (۱۳۸۴) با استفاده از روش بازآزمایی ۰/۷۸ گزارش شده است. یوسفی (۱۳۷۷) در شیراز ۱۶۰۰ دختر و پسر ۶ تا ۱۱ ساله پایه‌های اول تا پنجم دوره ابتدایی را به منظور سنجش پایایی و روایی آزمون راتر (فرم ۳۰ گویه‌ای) مورد مطالعه قرار داد. در این پژوهش، پایایی آزمون یادشده با استفاده از روش بازآزمایی برابر ۰/۹۰ گزارش شده است.

**شیوه اجرا:** در پژوهش حاضر از فنون شناختی- رفتاری جهت کاهش سازش نیافتگی اجتماعی دانش آموزان کم‌توان ذهنی استفاده شد که در آن بازی درمانگر با استفاده از فنون شناختی- رفتاری و دیگر وسایل بازی به شناسایی افکار و احساسات و بازسازی افکار می‌پردازد. این بازی درمانی گروهی در یازده جلسه ۳۰ دقیقه‌ای پس از برگزاری یک جلسه توجیهی برای والدین و اخذ رضایت‌نامه کتبی از آن‌ها، هفته‌ای یک‌بار روی گروه آزمایش اجرا شد. روی گروه کنترل هیچ مداخله‌ای صورت نگرفت و در لیست انتظار قرار گرفتند. همه جلسات بازی درمانی در اتاق بازی درمانی در مدرسه استثنایی دخترانه ارشاد ۲ کرمانشاه، با وسایل و ابزارهای استاندارد انجام گرفت. وسایل و ابزارهای استفاده شده برای این بازی درمانی عروسک‌های نمایشی خانواده، عروسک‌های دختر و پسر، وسایل بازی آشپزخانه، یک اتاق خواب برای عروسک، وسایل دکتر بازی، عروسک‌های دستی حیوانات مختلف و مجموعه بازی درمانی حیوانات و مجموعه بازی درمانی خانواده بود. شرایط اتاق بازی درمانی نیز از نظر دما، آلودگی صوتی، مدت بازی از نظر گرسنگی و آستانه تحمل کودکان 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)،

پیش‌آزمون و پس‌آزمون در گروه کنترل است. در جدول ۲ مشاهده می‌شود میانگین (انحراف استاندارد) نمره کل سازش‌نیافتگی اجتماعی در گروه آزمایش ۴۰/۳۰ (۸/۴۰) برای پیش‌آزمون و ۳۰/۵۰ (۵/۴۸) برای پس‌آزمون است. همچنین در گروه کنترل ۴۰ (۸/۶۲) در پیش‌آزمون و ۳۸/۶۰ (۸/۱۱) در مرحله پس‌آزمون است. در جدول ۱ میانگین و انحراف استاندارد نمره سازش‌نیافتگی اجتماعی در گروه‌های آزمایش و کنترل آمده است.

با توجه به هدف پژوهش برای تحلیل داده‌ها از آزمون تحلیل کوواریانس یک‌راهه (آنکووا) استفاده شد، برای بررسی پیش‌فرض‌های این آزمون، نخست همگنی شیب پیش‌آزمون‌ها با پس‌آزمون‌ها محاسبه شد، با توجه به نتایج می‌توان گفت که مهم‌ترین پیش‌فرض کوواریانس برقرار است، یعنی شیب خط‌های رگرسیونی یکسان است اما پیش‌فرض دیگر کوواریانس برابری واریانس‌هاست که برای بررسی آن از آزمون لوین استفاده شد و نتایج نشان داد این پیش‌فرض نیز برقرار است. برای بررسی تاثیر مداخله بر نمره کل ناسازگاری اجتماعی از آزمون تحلیل کوواریانس تک متغیره استفاده شد، نتایج نشان داد مقدار  $F$  در این آزمون برای گروه‌ها ۱۵/۴۰ است که در سطح  $P > 0.01$  معنادار است و این بدان معنی است که بین گروه آزمایش و گروه کنترل از جهت سازش‌نیافتگی اجتماعی تفاوت معنی‌داری وجود دارد. نتایج تحلیل کوواریانس تک متغیره بر روی میانگین پس‌آزمون سازش‌نیافتگی اجتماعی گروه آزمایش و گروه کنترل با کنترل پیش‌آزمون در جدول ۲ آمده است.

تصویرسازی منطقی-عاطفی (کری، ۱۳۹۰)، حل مساله اجتماعی و آموزش برقراری ارتباط و تنش‌زدایی استفاده شد. هر جلسه بر اساس مراحل مشاوره گروهی در قالب شناسایی، انتقال، عمل و پایان اجرا شد (شفیع‌آبادی، ۱۳۸۸)، همچنین مصاحبه‌ای مقدماتی جهت آشنایی رهبر گروه با دانش‌آموزان، پیش از اجرای مشاوره گروهی به صورت انفرادی با هریک از دانش‌آموزان انجام شد. خرده‌مقیاس ناسازگاری اجتماعی پرسش‌نامه راتر برای این نوجوانان به عنوان پس‌آزمون توسط مشاور هر مدرسه تکمیل شد و پس از اجرای پس‌آزمون به منظور رعایت ملاحظات اخلاقی ۳ جلسه بازی‌درمانی گروهی با رویکرد شناختی-رفتاری، برای گروه کنترل اجرا شد. شرح فعالیت‌ها در پیوست ۱ آمده است.

## نتایج

هدف اساسی پژوهش حاضر، تعیین اثربخشی بازی‌درمانی گروهی با رویکرد شناختی-رفتاری بر کنترل سازش‌نیافتگی اجتماعی دختران نوجوان ۸ تا ۱۵ ساله کم‌توان ذهنی است. به این منظور در این بخش، نتایج حاصل از اجرای خرده‌مقیاس ناسازگاری اجتماعی در پرسش‌نامه راتر مورد بررسی قرار گرفت. همان‌گونه که نتایج مندرج در جدول ۲ نشان می‌دهد؛ تفاوت نمرات پیش‌آزمون و پس‌آزمون نمرات سازش‌نیافتگی اجتماعی در گروه آزمایش چشمگیر و نشان‌دهنده کاهش میانگین نمره پس‌آزمون نسبت به پیش‌آزمون گروه آزمایش در مقایسه با تفاوت نمرات

جدول ۱. شاخص‌های توصیفی مربوط به نمرات سازش‌نیافتگی اجتماعی پیش و پس‌آزمون در گروه‌های کنترل و آزمایش

آزمون	گروه		کنترل		آزمایش	
	شاخص آزمون	میانگین	انحراف استاندارد	میانگین	انحراف استاندارد	
سازش‌نیافتگی اجتماعی	پیش‌آزمون	۴۰	۸/۶۲	۴۰/۳۰	۸/۴۰	
	پس‌آزمون	۳۸/۶۰	۸/۱۱	۳۰/۵۰	۵/۸۴	

جدول ۲. نتایج حاصل از تحلیل کوواریانس بر میانگین نمره‌های سازش‌نیافتگی اجتماعی پس‌آزمون دو گروه با کنترل میانگین نمره

### پیش‌آزمون آن‌ها

منبع تغییرات	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	مجذورات	سطح معنی‌داری
پیش‌آزمون	۴۸۴/۵۱	۱	۴۸۴/۵۱	۲۱/۷۶	۰/۵۶	۰/۰۰۱
گروه	۳۴۳/۸۹	۱	۳۴۳/۸۹	۱۵/۴۰	۰/۴۷	۰/۰۰۱
خطا	۳۸۷/۳۸	۱۷	۳۸۷/۳۸	--	--	--

در جدول انمرات پس آزمون خرده مقیاس سازش نیافتگی اجتماعی برای افراد همتا در گروه آزمایش و کنترل مقایسه شده‌اند. همان‌طور که مشخص است؛ نمرات سازش نیافتگی اجتماعی در پس آزمون گروه آزمایش نسبت به پس آزمون گروه کنترل کاهش بیشتری داشته است. به بیان دیگر در اثر استفاده از جلسات بازی درمانی گروهی با رویکرد شناختی- رفتاری سازش نیافتگی اجتماعی دختران کم‌توان ذهنی در گروه آزمایش کاهش بیشتری نسبت به گروه کنترل داشته است.

### بحث و نتیجه‌گیری

هدف از انجام پژوهش حاضر، بررسی اثربخشی بازی درمانی به شیوه شناختی- رفتاری بر اصلاح سازش نیافتگی‌های اجتماعی دختران ۸ تا ۱۵ ساله کم‌توان ذهنی است که نتایج نشان داد بازی درمانی گروهی با رویکرد شناختی- رفتاری برای اصلاح سازش نیافتگی اجتماعی در دختران کم‌توان ذهنی موثر است؛ به نحوی که میانگین نمره کلی سازش نیافتگی اجتماعی با توجه به آنچه پرسش‌نامه راتر سنجد، پس از انجام مداخله‌های درمانی کاهش یافته است. بنابراین در این پژوهش مشخص شد بازی درمانی گروهی برای اصلاح سازش نیافتگی اجتماعی در نوجوانان کم‌توان ذهنی موثر است که با نتایج پژوهش رشیدی‌ظفر و همکاران (۱۳۹۱) لاگرسا و سانتوگروسی (۱۹۸۰) همسو است. همچنین تعاملات اجتماعی افراد شرکت‌کننده افزایش یافته است که با نتایج پژوهش آذرنیوشان، به‌پژوه و غباری بناب (۱۳۹۱) همخوان است. در پژوهش گالاگر، رابین و مک کلاسیکی (۲۰۰۴) گروه درمانی شناختی- رفتاری کوتاه مدت در درمان هراس اجتماعی، اضطراب و افسردگی کودکان اثربخش بوده که با یافته‌های این پژوهش همسو است. در پژوهش ذوالمجد و همکاران (۱۳۸۶) اثربخشی بازی درمانی بر کاهش پرخاشگری نشان داده شد که با نتایج پژوهش حاضر همخوانی دارد.

در این پژوهش مشخص شد بین مهارت‌های اجتماعی و سازش نیافتگی اجتماعی در افراد کم‌توان ذهنی رابطه وجود دارد که نتایج پژوهش بلکی و سویندر (۲۰۰۴) این نتیجه را تایید می‌کند. مشاهده شد که بازی درمانی گروهی و اجتماعی بیشتر از بازی مستقل فردی در اصلاح

سازش نیافتگی‌های اجتماعی نوجوانان کم‌توان ذهنی موثر است که نتایج پژوهش نیربی و میلی چامپ (۱۹۸۷) با این پژوهش همخوان است. جان‌بزرگی و همکاران (۱۳۸۷) یکی از تفاوت‌های عمده بازی درمانی گروهی با بازی درمانی فردی را القای شناختی و آزمون راه‌های جدید در ارتباط متقابل با همسالان می‌دانند. به عقیده یالوم یکی از مزیت‌های بازی درمانی گروهی احساس برون‌ریزی است که با پژوهش‌های هال مارلی و دامون (۱۹۹۳)، بریک و گریلر (۱۹۹۴)، لویس و کارچر (۲۰۰۲)، ذوالمجد (۱۳۷۹)، بیات (۱۳۸۷)، علیزاده صدر دانش‌پور (۱۳۸۷) همسو است، بنابراین در اثر استفاده از این جلسات بازی درمانی پرخاشگری نوجوانان کاهش یافت. در طی جلسات این بازی درمانی گروهی، همدلی نوجوانان کم‌توان ذهنی افزایش پیدا کرد که با پژوهش‌های هاک باکس و همکاران (۲۰۰۱)، والکر و همکاران (۱۹۹۸) و هافمن (۱۹۹۹) همخوانی دارد. هکمن (۲۰۰۰) معتقد است مهارت‌های اجتماعی و انگیزش از مهم‌ترین عواملی است که می‌توان به طور موفق در آن مداخله کرد. بر اساس این پژوهش، بازی درمانی شناختی- رفتاری در رشد مهارت‌های اجتماعی کودکان و دیگر راهکارهای انطباقی و سازگارانه مفید و موثرند. باتون و ری (۲۰۰۵) در مروری از پژوهش تجربی از بازی درمانگری نتیجه‌گیری کردند که بازی درمانگری نتایج موثری را در ارتقای مهارت‌های اجتماعی به همراه دارد. بازی کردن به کودکان اجازه می‌دهد مهارت‌های اجتماعی خودشان را ارزیابی کنند، رفتارهای اجتماعی جدید را بیاموزند و تمرین کنند (محمداسماعیل، ۱۳۸۷). در بیش از سه دهه گذشته آموزش مهارت‌های اجتماعی از انواع آسیب‌های روان‌شناختی اثربخش بوده است (هربرت، ۲۰۰۵). یکی از ویژگی‌های منحصر به فرد این پژوهش این است که روی نوجوانانی انجام شده که جسم و تمایلات غریزی متناسب با سن‌شان دارند؛ اما از نظر هوشی در سطح کودکان با هوش بهر عادی در سنین اولیه دبستان رفتار می‌کنند، بنابراین بازی درمانی نه تنها برای کودکان، بلکه جهت تشخیص و درمان نوجوانان کم‌توان ذهنی نیز قابل استفاده است. زدو خورد و دعوا هم در این بازی درمانی شدید بود و این نشان‌دهنده مشکل این نوجوانان یعنی سازش نیافتگی و مشکلات

اجتماعی است. با توجه به تاثیرگذاری بازی درمانی در اصلاح مشکلات رفتاری نوجوانان کم توان ذهنی پیشنهاد می شود اتاق های بازی درمانی با وسایل و ابزارهای استاندارد آن در مدارس استثنایی به صورت جدی تری فراهم و کتاب های آموزشی بیشتری در این زمینه با توجه به پژوهش های انجام شده در داخل برای مشاوران و معلمان استثنایی، متناسب با فرهنگ کشورمان تالیف شود و در اختیار مدارس قرار گیرد، همچنین پژوهش های گسترده تری در زمینه کاربرد بازی درمانی برای نوجوانان انجام شود.

## منابع

- ابراهیمی دهشیری، و؛ مظاهری، م؛ و طهماسیان، ک. (۱۳۹۰). اثربخشی بازی درمانی با رویکرد شناختی- رفتاری در کاهش ترس شب کودکان، مجله علوم رفتاری، (۳)۵، ۲۵۹-۲۵۳.
- ابوالقاسمی، ع؛ نیرمانی، م؛ و کیامرئی، آ. (۱۳۸۴). بررسی میزان شیوع و هم ابتلایی اختلال های رفتاری در دانش آموزان دوره ابتدایی و ارتباط آن با پیشرفت تحصیلی. مجله علم و فناوری، جلد چهارم، ۳۰۴.
- ارجمندی، ز؛ بیان زاده، سید اکبر؛ و براهنی، م. (۱۳۸۰). بررسی تأثیر آموزش مهارت های اجتماعی بر رفتار سازگارانۀ کودکان عقب مانده ذهنی خفیف. مجله اندیشه و رفتار، ۲۵، ۱۱۴-۱۰۹.
- افروز، غ. (۱۳۸۸). روان شناسی و آموزش و پرورش کودکان استثنایی، تهران: انتشارات دانشگاه تهران.
- انجمن عقب ماندگی ذهنی آمریکا (۱۳۸۰). عقب ماندگی ذهنی: تعریف، طبقه بندی و نظام های حمایتی (ویرایش نهم، ترجمه احمد به پژوه و باقر غباری). تهران: انتشارات دانشگاه تهران. (تاریخ انتشار به زبان اصلی ۱۹۹۲).
- آذر نیوشان، ب؛ به پژوه، ا؛ و غباری بناب، ب. (۱۳۹۱). اثر بازی درمانی با رویکرد شناختی- رفتاری بر مشکلات رفتاری دانش آموزان کم توان ذهنی در دوره ابتدایی، فصلنامه ایرانی کودکان استثنایی. بابایی، م. (۱۳۸۰). اثربخشی بازی درمانی گروهی بر اختلالات سلوکی دانش آموزان دبستانی، پایان نامه کارشناسی ارشد. دانشگاه الزهرا.
- بیات، م. (۱۳۸۷). بازی درمانگری بی رهنمود در کودکان مبتلا به مشکلات درونی سازی شده. مجله روان شناسان ایرانی، ۱۵، ۲۶۷-۲۷۶.
- جان بزگی، م؛ نوری، م؛ و آگاه هریس، مرگان. (۱۳۸۳). آموزش اخلاق، رفتار اجتماعی و قانون پذیری به کودکان، تهران: انتشارات ارجمند.
- خدایاری فرد، م؛ و عابدینی، ی. (۱۳۸۹). نظریه ها و اصول خانواده درمانی و کاربرد آن در اختلالات کودکان و نوجوانان، تهران: انتشارات درمان دانشگاه تهران.
- دادستان، پ؛ بیات، م؛ و عسگری، ع. (۱۳۸۸). تأثیر بازی درمانگری کودک محور بر کاهش مشکلات برونی سازی شده، مجله علوم رفتاری، (۴)۳، ۲۶۴-۲۵۷.
- ذوالمجد، آ. (۱۳۸۸). تأثیر شن بازی درمانی بر رفتارهای پر خاشگرا نه پسران. مجله پژوهش در حیطه کودکان استثنایی، ۲۴، ۱۵۵-۱۶۸.
- رسولی، م. (۱۳۷۶). تأثیر بازی درمانی بر تکامل اجتماعی کودکان ۴ تا ۶ ساله دچار تاخیر تکامل اجتماعی در شیر خوارگاه آمنة، پایان نامه کارشناسی ارشد. دانشکده علوم بهزیستی و توان بخشی تهران.
- رشیدی ظفر، م. (۱۳۸۹). تأثیر بازی درمانگری بر ارتقای رفتار اجتماعی کودکان پیش دبستانی. پایان نامه کارشناسی ارشد، دانشگاه پیام نور واحد تهران.
- شفیع آبادی، ع. (۱۳۸۸). پویایی گروهی و مشاوره گروهی. تهران: انتشارات رشد.
- علیزاده صدر دانش پور، م. (۱۳۸۷). تأثیر بازی درمانی گروهی بر کاهش میزان پر خاشگرا گی کودکان دختر ۹ تا ۱۱ ساله، پایان نامه کارشناسی ارشد. دانشگاه آزاد اسلامی. واحد تهران مرکزی.
- کری، ج. (۱۳۹۰). نظریه ها و روش های مشاوره گروهی، ترجمه: فائزه عسگری، مریم خدابخش، مهنوش دارینی و فرناز عسگری. تهران: انتشارات شبنم دانش.
- لنדרث، گ. (۱۳۹۰). بازی درمانی؛ هنر برقراری ارتباط. ترجمه فروزنده داور پناه. تهران: انتشارات رشد.
- محمد اسماعیل، ا. (۱۳۸۷). ب. مویس، دانیل؛ و رینولدز، دیوید. (۱۳۸۴). آموزش موثر: روش تدریس کارآمد. ترجمه محمد علی بشارت و حمید شمسی پور (۱۳۸۴)، تهران: انتشارات رشد.
- محمدی، م؛ مسگر پور، ب؛ سهیمی ایزدیان، ا؛ و محمدی، م. (۱۳۸۶). آزمون های روان شناختی و روان دارویی کودکان و نوجوانان، تهران: انتشارات تیمورزاده و نشر طبیب.
- مهرداد، ح. (۱۳۹۰). تأثیر بازی درمانی بر پیشرفت تحصیلی دانش آموزان عقب مانده ذهنی دوره ابتدایی شهر خرم آباد در سال تحصیلی ۸۹-۸۸.
- نرسی، م. (۱۳۸۳). اثربخشی های بازی درمانی در کاهش اضطراب و افزایش احساسات مثبت کودکان ۹ تا ۱۲ ساله، پایان نامه کارشناسی ارشد. دانشگاه آزاد اسلامی واحد رودهن.
- وست وود، پیتر. (۱۳۸۱). آموزش و پرورش کودکان با نیازهای ویژه، ترجمه: شاهرخ مکنون حسینی و فرح شیلاندی. تهران: انتشارات رشد.
- مایکل ام، ه؛ کلیفورد جی، د؛ و وینستون، ا. (۲۰۰۴). روان شناسی و آموزش کودکان استثنایی (ترجمه حمید علیزاده، کامران گنجی، مجید یوسفی لویه، فریبا یادگاری، (۱۳۸۹). تهران: نشر دانژه.
- یوسفی، ف. (۱۳۷۷). هنجاریابی مقیاس راتر به منظور بررسی مشکلات رفتاری و عاطفی دانش آموزان دختر و پسر مدارس ابتدایی شیراز، مجله علوم اجتماعی و انسانی دانشگاه شیراز، ۲۵ و ۲۶، ۱-۲۴.

- Aljadedf - Abergel, E., Ayvazo, S., & Eldar, E. (2012). Social skills training in Natural play settings: Educating through the physical theory to Practice. *Journal of Intervention in School and Clinic*, 48(2), 76-86.
- American Association of Mental Retardation. (2002). *Mental Retardation: Definition, Classification and Systems of Support*. Washington DC: Author.
- Beggarly, J. (2009). *The Effects of Child-Centered Group Play Therapy on Self-Concept, Depression and Anxiety of Children who are Homeless*, [Dissertation]. University of South Florida.
- Bielecki, J. (2004). the assessment of social functioning in individual's with Mental retardation: A review. *Journal of Behavior Modification*, 5, 694-708.
- Brake, K. J., & Gerler, E.R. (1994). A program for fourth and fifth Grades identified as discipline problems. *Journal of Elementary School Counselor's Guide*, 28(3), 81-170.
- Bratton, S. C., Ray, D., Rhine, T., & Jones, L. (2005). The efficacy of play therapy with children: A Meta analytic review of treatment outcomes. *International Journal of Play Therapy*, 36(4), 376-390.
- Carey, D.C. (2012). *Exposure to Community Violence and Social Maladjustment among Urban African American*, Master's thesis, Loyola University Chicago.
- Carmichael, K.D. (2006). *Play therapy: An introduction*. Glenview, IL: Prentice Hall.
- Connor, G. O., & Creswell, C. (2005). *Cognitive – behavioral therapy for children and adolescents*, The Medicine Publishing Company Ltd
- Danger S, Landreth G. Child-Centered Group Play Therapy with Children with Speec Play Therapy with Children with Speech Difficulties. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 31(4), 367-385.
- Davis, K.M., Boon, R.T., Cihak, D.F., & Fore, C. (2010). Power cards to improve conversational skills in adolescents with asperger syndrome. *Journal of Focus on Autism and Other Developmental Disabilities*, 25(1), 12-22.

- Evans, S.W., Mullet, 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.
- Frey, J.R., Elliott, S.N., & Kaiser, A.P. (2013). Social skills Intervention planning for preschoolers: Using the Sis-Rating scales to identify target behaviors valued by parents and teachers. *Journal of Assessment for Effective Intervention*, XX(X), 1-11. Retrieved from: <http://aei.sagepub.com>.
- Gallagher, M.H., Rabian, A.B., & Mc closkey, S.M. (2004). A brief group cognitive-behavioral intervention for social phobia in childhood. *Journal of Anxiety disorders*, (18), 459- 479.
- Guralnick, M.J., Connor, R.T., & Johnson, L. C. (2011). Peer-related social competence of young children with down syndrom. *Journal of Center on Human Development and Disability, University of Washington, AJIDD*, 116(1), 48-64.
- 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.
- Heckman, J.J. (2000). *Invest in the very young*. Chicago, IL: Ounce Prevention Fund.
- Herbert, J. D., Gaudiano, B. A., Rheingold, A. A., Rheingold, V. H., Dalrymple, K., & Nolan, E.M. (2005). Social skills training augment the effectiveness of cognitive behavioral group therapy for social anxiety disorder. *The International Journal of Behavioral*, 33, 366-372.
- Hoffman, M.L. (2000). *Handbook of Empathy, Social Cognition, and moral action*. In W.M. K302). Hillsdale, N, J: L Erlbau urtines & J.L. Gewirtz. (Eds). *Moral behavior and devel. 1: Theory*.
- Huth-Bocks, A., Stettin, A., & Shebroe, V. (2001). Group play therapy for preschoolers exposed to domestic violence. *Journal of Child and Adolescent Group Therapy*, 11(1), 19-34.
- 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.
- Landreth, G.L. (2002). *Play therapy: The art of the relationship*. New York, N.Y.: Brunner Rutledge.
- Legoff, D., & Sherman, M. (2006). Long-term outcome of social skills intervention based on interactive LEGO© play. *Journal of autism*, 10 (4),317- 329.
- 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.
- Matson, J. L., Neal, D., Fodstad, J. C., Hess, J.A., Mahan, S. & Rivet, T. T. (2010). Reliability and validity of the Matson evaluation of social skills with Youngsters. *Journal of Behavior Modification*, 34 (6), 539-558.
- Michaelene, M. O., & Hedda, M. (2010). *Helping Children Play and Learn Together*. the journal of the national association for the ducation of young children, 17, 104-108.
- Moustaches, C. (1997). *Relationship play therapy*. Northvale, NJ: Jason Aronson, Inc.
- 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.
- Novontny, C. J. (2012). Treating traumatized children through puppet play. *American Journal of Psychotherapy*, 55, 251-272.
- 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 American psychological association.
- Rutter, M. (1976). A Children's Behavior Questionnaire for Completion by teacher. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 8, 1-11.
- Satin, M. (2009). Book review: *Social skills games for children* Plummer, D. M. Schnoebelen, K., & Smith, S. R. (2008). *Play in child development and psychotherapy: Toward empirically supported practice: A review*. *Journal of Psychology of Aesthetics, Creativity and the Arts*, 2(4), 273-274.
- Simons, B., Myers, D., Everett, S. Sugai1, G., Spencer, R., & LaBreck, C. (2012). Explicitly teaching social skills schoolwide: Using a matrix to guide instruction. *Journal of Intervention in School and Clinic*, 47(5), 259-266.
- 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.
- Tureck, K. (2012). An Examination of the relationship between autism spectrum disorder, intellectual functioning, and social skills in children. *Journal of Journal of Developmental and Physical Disabilities*, 24, 607-615.
- Walker, H.M., Schwartz, I., Nippold, M.A., Irvin, K.K., & Noell, J. W. (1998). Social skills in school- age children and youth: Issues and best practices in assessment and intervention. *Topics in Language Disorders*, 14(3), 70-82.
- Watson, D.L. (2007). *An early intervention approach for students displaying negative externalizing behaviors associated with childhood depression. A study of the efficacy of play therapy in the school*. A dissertation presented in partial fulfillment of the requirements for degree doctor of philosophy Capella University.



## پیوست ۱. شرح فعالیت‌های انجام شده در هر جلسه برای گروه آزمایش

جلسه	فعالیت‌های انجام شده
جلسه نخست	<p><b>فعالیت‌ها:</b> آشنایی با رهبر گروه، اعلام قوانین گروه توسط رهبر، مشخص کردن اهداف گروه، برقراری رابطه توأم با احترام و محبت با اعضای گروه.</p> <p><b>تکلیف:</b> هر یک از دانش‌آموزان بیان کردند که دوست دارند چه رفتارهایی را داشته باشند.</p>
جلسه دوم	<p><b>فعالیت‌ها:</b> 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 به هم می‌ریزد و غیره، به نوجوانان ارایه شد و از هر یک خواسته شد در مورد هر تصویر داستانی بسازند و آن‌ها را تحلیل کنند (هر نوجوان به طور معمول خودش و رفتارهایش را در تصاویر فراقتی کرد).</p> <p><b>تکلیف:</b> دو نقاشی از یک بچه خوب و بچه بد بکشند و رنگ‌آمیزی کنند (قبل از ارایه تکلیف، ویژگی‌های مورد نظر بچه خوب و بچه بد با پرسش و پاسخ از نوجوانان کم‌توان‌ذهنی به آنان تفهیم شد).</p>
جلسه سوم	<p><b>فعالیت‌ها:</b> پس از اخذ رضایت‌نامه از والدین، از رفتارهای ناسازگارانه دانش‌آموزان در محیط طبیعی کلاس به صورت نامحسوس توسط معلم کلاس با گوشی همراه فیلمبرداری شد و در جلسه بازی‌درمانی برای کودکان نمایش داده شد. از آنان خواسته شد با دقت، فیلم نمایش داده شده را تماشا کنند و بعد از نمایش فیلم، رفتارهای خود و دیگران را تحلیل کنند.</p> <p><b>تکلیف:</b> یک فیلم کارتونی از یک بچه خرابکار به هریک از نوجوانان داده شد و از آنان خواسته شد تا در منزل کارتون را تماشا و با کمک پدر و مادر آن را تحلیل کنند و جلسه بعد با خود بیاورند (با استفاده از یادداشتی روی سی دی‌ها با والدین هماهنگ شد).</p>
جلسه چهارم	<p><b>فعالیت‌ها:</b> مجموع عروسک‌های پلاستیکی حیوانات به نوجوانان کم‌توان‌ذهنی داده شد. در مورد هر کدام از عروسک‌ها مانند شیر، پلنگ، خرس، گرگ و غیره، ویژگی‌های منفی مانند پرخاشگری، خوردن حیوانات دیگر و دعوا با دیگران و در مورد حیواناتی مانند پرنده‌های کوچک، قو، گاو، 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 با عروسک‌های منفی، رفتارهای منفی و با استفاده از عروسک‌های مثبت، رفتارهای مثبت را تجربه کردند (ابراز هیجانی مثبت و منفی).</p> <p><b>تکلیف:</b> 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 به بازی‌های نوجوانان در منزل جهت بدهند).</p>
جلسه پنجم	<p><b>فعالیت‌ها:</b> چند عروسک دستی در اختیار نوجوانان قرار داده و از آنان خواسته شد 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 رفتار صحیح و خوب را به عروسک یاد بدهند و عروسک را نصیحت کنند (خودگویی مثبت - بازسازی شناختی).</p> <p><b>تکلیف:</b> در کلاس‌های دانش‌آموزان در مدرسه، یک آینه نصب شد و از معلم‌ان خواسته شد هر زمان که دانش‌آموز مورد نظر رفتاری ناسازگارانه انجام می‌دهد؛ او را روبه‌روی آینه قرار دهند و از او بخواهند که رفتارهای خود را از طریق نگاه به آینه تحلیل کند و به خود قول بدهد که دختر خوبی باشد (معلم‌ان باید به صورت مستمر ملاک‌های دختر خوب را یادآوری می‌کردند).</p>
جلسه ششم	<p><b>فعالیت‌ها:</b> قرار گرفتن دانش‌آموزان در یک بازی خانواده و در قالب اعضای خانواده (به انتخاب خودشان در نقش مربوطه قرار می‌گیرند). وادار کردن تمامی اعضای خانواده به ناسازگاری و پرخاشگری افراطی به یکدیگر، برگرداندن آرامش بعد از ناسازگاری.</p> <p><b>تکلیف:</b> 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 کردند.</p>

**فعالیت‌ها:** دانش‌آموزان در حالت بازی مدرسه‌ای و در قالب یک کلاس خیالی قرار داده شدند و همه اعضا به ناسازگاری افراطی در قالب نقش‌هایشان 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).

#### جلسه هفتم

**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 کردند. پس از پایان جلسه در مورد رفتار خود با اعضای گروه فکر کرده و احساسات خود را نسبت به یکدیگر بیان کردند (بازسازی شناختی).

**فعالیت‌ها:** فعالیت‌هایی که در این جلسه انجام شد؛ عبارتند از مرور اتفاق‌های مثبت و منفی در خاطرات خانوادگی هر یک از اعضای گروه، جداسازی تصادفی اعضای گروه در قالب دو گروه چهار نفره، ترکیب 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.

#### جلسه هشتم

**تکلیف:** نظر خود را در مورد تفکرات انحرافی و نامعقول مطرح شده در این جلسه بیان کردند. با به خاطر آوردن اتفاق‌های اخیر خانوادگی خود توضیح دادند که به جای رفتارهای ناسازگارانه چه رفتارهایی می‌توانستند داشته‌باشند (جایگزین کردن افکار منطقی به جای افکار غیرمنطقی).

**فعالیت‌ها:** مرور اتفاق‌های مثبت و منفی در خاطرات مدرسه، جداسازی تصادفی اعضای گروه در قالب دو گروه چهار نفره، ترغیب یک گروه به بازی نقش.

#### جلسه نهم

**تکلیف:** نظر خود را در مورد تفکرات انحرافی و نامعقول مطرح شده در این جلسه بیان کردند.

**فعالیت‌ها:** وسایل بازی سنگین، تیز و برنده با کمک تمامی اعضای گروه جمع‌آوری شدند. در دو بازی گروهی خانواده و مدرسه مشابه جلسه اول و دوم، نقش‌ها با انتخاب رهبر عوض شد.

#### جلسه دهم

**تکلیف:** اعضای گروه نظر خود را در مورد تغییرات رفتاری‌شان بعد از هر جلسه بازی‌درمانی و تاثیرات آن بیان کردند

پس از گذشت یک هفته از جلسه دهم، یک بازی‌درمانی بدون جهت برای تحلیل گروه‌سنجی انجام شد. هیچ‌گونه مداخله‌ای توسط رهبر در بازی نوجوانان صورت نگرفت.

#### جلسه یازدهم