

اثربخشی بازی‌درمانی گروهی شناختی- رفتاری در اصلاح سازش نایافتگی اجتماعی دانش‌آموزان دختر با کم‌توانی ذهنی

دکتر جهانگیر کرمی* / دانشیار گروه روان‌شناسی دانشگاه رازی

بهناز شفیعی / کارشناسی ارشد روان‌شناسی عمومی دانشگاه رازی

پریسا حیدری شرف / کارشناسی ارشد روان‌شناسی عمومی دانشگاه رازی

چکیده

زمینه: پژوهش حاضر با هدف تعیین اثربخشی بازی‌درمانی گروهی با رویکرد شناختی- رفتاری در اصلاح سازش نایافتگی اجتماعی دانش‌آموزان دختر ۸ تا ۱۵ ساله کم‌توان ذهنی انجام گرفت.

روش: روش پژوهش آزمایشی با طرح پیش‌آزمون - پس‌آزمون با گروه کنترل و آزمایش بود. جامعه آماری پژوهش را دانش‌آموزان دختر ابتدایی کم‌توان ذهنی شهر کرمانشاه تشکیل می‌دادند. در نمونه‌گیری 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 داده‌های پژوهش، پرسش‌نامه رفتاری راتر بود. تحلیل داده با استفاده از روش تحلیل کوواریانس نشان داد که بازی‌درمانی با رویکرد شناختی- رفتاری باعث کاهش سازش نایافتگی اجتماعی دانش‌آموزان دختر با کم‌توانی ذهنی و افزایش تعاملات اجتماعی آن‌ها شده است.

یافته‌ها: مهم‌ترین نتایج این پژوهش، مؤثر بودن بازی‌درمانی گروهی در اصلاح سازش نایافتگی اجتماعی، مفید بودن استفاده از رویکرد شناختی- رفتاری و یکسان بودن نتایج مفید بازی‌درمانی در کودکان با سطوح ذهنی متفاوت است.

نتیجه‌گیری: از این رو می‌توان نتیجه گرفت روش بازی‌درمانی گروهی با رویکرد شناختی- رفتاری، در کنترل سازش نایافتگی اجتماعی نوجوانان کم‌توان ذهنی مؤثر است.

واژه‌های کلیدی: بازی‌درمانی گروهی، رویکرد شناختی- رفتاری، سازش نایافتگی اجتماعی، دانش‌آموزان، کم‌توان ذهنی

مقدمه

کم‌توان ذهنی به همان شکل باقی مانده است (هاردمن، درو و اگن^۱؛ ترجمه علی‌زاده و همکاران، ۱۳۸۹). تعریف دهم انجمن آمریکایی عقب‌ماندگی ذهنی^۲ بیان می‌کند کم‌توانی ذهنی صلاحیت نداشتن یا ناتوانی در عملکرد ذهنی، رفتارهای سازشی و مهارت‌های عملی، اجتماعی و فکری است و این ناتوانی پیش از ۱۸ سالگی بروز می‌یابد. کم‌توانی ذهنی، مرض یا بیماری روانی نیست، بلکه نوعی شرایط ویژه و پیچیده ذهنی است. در مورد کودکان کم‌توان ذهنی با توجه به محدودیت‌های ویژه آن‌ها، نسبت به کودکان عادی، می‌توان انتظار داشت که رفتارهای پرخاشگرانه و سازش نایافته بیشتری از آن‌ها بروز کند، آنان به سبب محدودیت‌های گوناگون که اغلب از محدودیت‌های شناختی آن‌ها ناشی می‌شود، با شکست‌های متعددی

بیش از دو درصد جمعیت هر جامعه‌ای را کودکان و افراد کم‌توان ذهنی تشکیل می‌دهند. کم‌توانی ذهنی بیان‌کننده محدودیت‌های اساسی در کارکرد کنونی فرد است. بدون شک میان بروز قابلیت‌های فردی و شرایط محیطی، ارتباط تنگاتنگی وجود دارد. محیط‌های مناسب و مساعد، موجب رشد و تحول فرد می‌شوند و کیفیت زندگی را بهبود می‌بخشند. از این رو، استفاده از روش‌های گوناگون درمانی، مانند بازی‌درمانی، نقاشی درمانی و نظایر آن، به فراهم کردن محیطی غنی و با طراوت کمک می‌کند. اصطلاح عقب‌ماندگی ذهنی و نام انجمن عقب‌ماندگی ذهنی آمریکا (AAMR) در سال ۲۰۰۷ به اصطلاح کم‌توان ذهنی و انجمن کم‌توان ذهنی و رشدی^۱ 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^۵، ۱۳۸۴). در سال‌های اخیر توجه زیادی به مشکلات در مهارت‌های اجتماعی^۶ 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^۷، ۲۰۱۰)، بنابراین مهارت‌های اجتماعی به طور آشکار نیازمند آموزش است (دیویس، بون، کیهاک و فور^۸، سیمسون، مایرز، اورت، سوگیل، اسپنسر و لبرک^۹، ۲۰۱۲).

پژوهش‌های تورک^{۱۰} (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^{۱۱}، ۲۰۱۳). کودکان کم‌توان ذهنی در مقایسه با افراد عادی دارای برخی مشکلات رفتاری و فقدان مهارت کافی در ایفای نقش‌های اجتماعی، تعامل‌های بین‌فردی 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 (الجدهف آبرگل، آیوازو و الدر^{۱۲}، 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^۱ 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^۲، 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^۳، 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^۴ 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, & Rivet,

8. Davis, Boon, Cihak, & Fore

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

10. Tureck

11. Fre Elliott, & Kaiser

12. Aljadef-Abergel, Ayzazo, & 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^۸ 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^۹ (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^{۱۰} (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^{۱۱}، 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^۱، ۲۰۱۰)، همچنین وسیله بیان و ارتباط است و به عقیده برخی از پژوهشگران بخش مهمی از هر فرآیند درمانگری را تشکیل می‌دهد (واتسون^۲، 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 اسمیت^۳، ۲۰۰۸). بازی درمانی بر مهارت‌های مختلف دانش‌آموزان کم‌توان ذهنی مانند پیشرفت تحصیلی (مهرداد، ۱۳۹۰) مهارت‌های اجتماعی و رفتارهای انطباقی (سارتین^۴، 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^۵، 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 (رشیدی ظفر، 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^۶، 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^۷، 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، سهیمی‌ایزدیان 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 شناختی‌رفتاری، 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)، لوپس 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 (محمد اسماعیل، 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 تاثیرگذاري بازی‌درماني در اصلاح مشکلات رفتاري نوجوانان کم‌توان‌ذهني پیشنهاد می‌شود اتاق‌های بازی‌درماني با وسایل و ابزارهای استاندارد آن در مدارس استثنایی به صورت جدی‌تری فراهم و کتاب‌های آموزشی بیشتری در این زمینه با توجه به پژوهش‌های انجام شده در داخل، برای مشاوران و معلمان استثنایی، متناسب با فرهنگ کشورمان تالیف شود و در اختیار مدارس قرار گیرد، همچنین پژوهش‌های گسترده‌تری در زمینه کاربرد بازی‌درماني برای نوجوانان انجام شود.

منابع

- ابراهیمی دهشیری، و؛ مظاهری، م؛ و طهماسیان، ک. (۱۳۹۰). اثربخشی بازی‌درماني با رویکرد شناختی- رفتاري در کاهش ترس شب کودکان، مجله علوم رفتاري، ۳۵(۳)، ۲۵۹-۲۵۳.
- ابوالقاسمی، ع؛ نیرماني، م؛ و کیامرثی، آ. (۱۳۸۴). بررسی میزان شیوع و هم‌ابتلايي اختلال‌های رفتاري در دانش‌آموزان 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 مهارت‌های اجتماعي بر رفتار سازگارانه کودکان عقب‌مانده ذهني خفيف. مجله اندیشه و رفتار، ۲۵، ۱۱۴-۱۰۹.
- افروز، غ. (۱۳۸۸). روان‌شناسی و آموزش و پرورش کودکان استثنایی، تهران: انتشارات دانشگاه تهران.
- انجمن عقب‌ماندگی‌ذهني آمریکا (۱۳۸۰). عقب‌ماندگی‌ذهني: تعريف، طبقه‌بندی و نظام‌های حمايتی (ویرایش نهم)، ترجمه احمد به پژوه و باقر غباری. تهران: انتشارات دانشگاه تهران. (تاریخ انتشار به زبان اصلي ۱۹۹۲).
- آذرنيوشان، ب؛ به پژوه، ا؛ و غباری بناب، ب. (۱۳۹۱). اثر بازی‌درماني با رویکرد شناختی- رفتاري بر مشکلات رفتاري دانش‌آموزان کم‌توان ذهني در دوره ابتدایی، فصلنامه ایرانی کودکان استثنایی. بابایی، م. (۱۳۸۰). اثربخشی بازی‌درماني گروهی بر اختلالات سلوکی دانش‌آموزان دبستانی، پایان‌نامه کارشناسی ارشد. دانشگاه الزهرا.
- بیات، م. (۱۳۸۷). بازی‌درمانگری بی‌رهنمود در کودکان مبتلا به مشکلات درونی‌سازی شده. مجله روان‌شناسان ایرانی، ۱۵، ۲۶۷-۲۷۶.
- جان‌بزرگی، م؛ نوری، م؛ و آگاه‌هریس، مرگان. (۱۳۸۳). آموزش اخلاق، رفتار اجتماعي و قانون‌پذیری به کودکان، تهران: انتشارات ارجمند.
- خدایاری‌فرد، م؛ و عابدینی، ی. (۱۳۸۹). نظریه‌ها و اصول خانواده‌درماني و کاربرد آن در اختلالات کودکان و نوجوانان، تهران: انتشارات درمان دانشگاه تهران.
- دادستان، پ؛ بیات، م؛ و عسگری، ع. (۱۳۸۸). تأثیر بازی‌درمانگری کودک‌محور بر کاهش مشکلات برونی‌سازی شده، مجله علوم رفتاري، ۳(۴)، ۲۶۴-۲۵۷.
- ذوالمجد، آ. (۱۳۸۸). تأثیر بازی‌درماني بر رفتارهای پرخطرانه پسران. مجله پژوهش در حیطه کودکان استثنایی، ۲۴، ۱۵۵-۱۶۸.
- رسولی، م. (۱۳۷۶). تأثیر بازی‌درماني بر تکامل اجتماعي کودکان ۴ تا ۶ ساله دچار تاخیر تکامل اجتماعي در شیرخوارگاه آمنة، پایان‌نامه کارشناسی ارشد. دانشکده علوم بهزیستی و توان‌بخشی تهران.
- رشیدی ظفر، م. (۱۳۸۹). تأثیر بازی‌درمانگری بر ارتقای رفتار اجتماعي کودکان پیش‌دبستانی. پایان‌نامه کارشناسی ارشد، دانشگاه پیام نور واحد تهران.
- شفیع‌آبادی، ع. (۱۳۸۸). پویایی گروهی و مشاوره گروهی. تهران: انتشارات رشد.
- علیزاده صدر دانش‌پور، م. (۱۳۸۷). تأثیر بازی‌درماني گروهی بر کاهش میزان پرخطرانه‌گری کودکان دختر ۹ تا ۱۱ ساله، پایان‌نامه کارشناسی ارشد. دانشگاه آزاد اسلامی. واحد تهران مرکزی.
- کری، ج. (۱۳۹۰). نظریه‌ها و روش‌های مشاوره گروهی، ترجمه: فائزه عسگری، مریم خدابخشی، مهرنوش دارینی و فرناز عسگری. تهران: انتشارات شبنم دانش.
- لندرت، گ. (۱۳۹۰). بازی‌درماني؛ هنر برقراری ارتباط. ترجمه فروزنده داور پناه. تهران: انتشارات رشد.
- محمد اسماعیل، ا. (۱۳۸۷). ب. مویس، دانیل؛ و رینولدز، دیوید. (۱۳۸۴). آموزش مؤثر: روش تدریس کارآمد. ترجمه محمدعلی بشارت و حمید شمسی‌پور (۱۳۸۴)، تهران: انتشارات رشد.
- محمدی، م؛ مسگرپور، ب؛ سهیمی ایزدیان، ا؛ و محمدی، م. (۱۳۸۶). آزمون‌های روانشناختی و روان‌داری کودکان و نوجوانان، تهران: انتشارات تیمورزاده و نشر طبیب.
- مهرداد، ح. (۱۳۹۰). تأثیر بازی‌درماني بر پیشرفت تحصیلی دانش‌آموزان عقب‌مانده ذهني دوره ابتدایی شهر خرم‌آباد در سال تحصیلی ۸۹-۸۸.
- نرسی، م. (۱۳۸۳). اثربخشی‌های بازی‌درماني در کاهش اضطراب و افزایش احساسات مثبت کودکان ۹ تا ۱۲ ساله، پایان‌نامه کارشناسی ارشد. دانشگاه آزاد اسلامی واحد رودهن.
- وست وود، پیتر. (۱۳۸۱). آموزش و پرورش کودکان با نیازهای ویژه، ترجمه: شاهرخ مکوند حسینی و فرح شیلاندی. تهران: انتشارات رشد.
- مایکل ام، ه؛ کلیفورد جی، د؛ و وینستون، ا. (۲۰۰۴). روان‌شناسی 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 رفتاري و عاطفی دانش‌آموزان دختر و پسر مدارس ابتدایی شیراز، مجله علوم اجتماعي و انسانی دانشگاه شیراز، ۲۵ و ۲۶، ۱-۲۴.

- Aljadef - 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>فعالیت‌ها: 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>تکلیف: هر یک از دانش‌آموزان بیان کردند که دوست دارند چه رفتارهایی را داشته باشند.</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 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>تکلیف: 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>فعالیت‌ها: 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>تکلیف: 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 سی‌دی‌ها با والدین هماهنگ شد).</p>
جلسه چهارم	<p>فعالیت‌ها: 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>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 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 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>تکلیف: 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>فعالیت‌ها: 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>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.</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