

## اثربخشی بازی درمانگری با رویکرد کودک محور بر کاهش مشکلات برونی سازی شده

### دانش آموزان

لیلا افزلی<sup>۱\*</sup>

فاطمه خمسه<sup>۲</sup>

#### چکیده

پژوهش حاضر با هدف، بررسی اثربخشی بازی درمانی با رویکرد کودک محور بر کاهش مشکلات برونی سازی شده دانش آموزان ۷-۹ ساله انجام شد. پژوهش حاضر از نوع مطالعات شبه آزمایشی با پیش آزمون و پس آزمون با گروه گواه بوده است. جامعه پژوهش را کلیه دانش آموزان ۷-۹ ساله ای تشکیل دادند که به دلیل مشکلات رفتاری به مراکز مشاوره شهر تهران مراجعه کرده و در ارزیابی ها دارای مشکلات برونی سازی شده تشخیص داده شده بودند. با استفاده از روش نمونه گیری در دسترس، ۳۰ دانش آموز که طی مصاحبه تشخیصی با والدین، دارای مشکلات رفتاری تشخیص داده شده بودند، با استفاده از سیاهه رفتاری کودک (CBCL) ارزیابی شدند. از میان این دانش آموزان، ۱۰ نفر که نمره بالاتر از نمره برش را کسب کردند، به عنوان گروه نمونه انتخاب شدند. در نهایت از این تعداد ۵ نفر به صورت تصادفی در گروه آزمایشی و ۵ نفر در گروه کنترل قرار گرفتند. گروه آزمایشی تحت ۱۶ جلسه بازی درمانی کودک محور قرار گرفتند و گروه کنترل هیچ مداخله ای دریافت نکردند. بعد از اتمام مداخله درمانی گروه آزمایش، هر دو گروه دوباره با استفاده از سیاهه رفتاری کودک (CBCL) به عنوان پس آزمون ارزیابی شدند. داده های به دست آمده با استفاده از مدل آماری تحلیل کوواریانس تجزیه و تحلیل شدند. یافته های حاصل از پژوهش نشان داد که بازی درمانی با رویکرد کودک محور به کاهش معنادار مشکلات برونی سازی شده دانش آموزان منجر می شود ( $P \leq 0/01$ ). با توجه به نتایج پژوهش حاضر می توان نتیجه گرفت که بازی درمانی کودک محور مؤثر بوده است و برای کاهش مشکلات رفتاری برونی سازی شده می توان از این مداخله استفاده کرد.

#### کلید واژه ها

بازی درمانی، کودک محور، رفتار برونی سازی شده

۱. نویسنده مسئول: دکتری روان شناسی گروه روان شناسی تربیتی دانشگاه تهران، تهران، ایران L84afzali@yahoo.com

۲. کارشناسی کتابداری و اطلاع رسانی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد تهران شمال.

## مقدمه

مشکلات رفتاری و هیجانی کودکان معمولاً به دو گروه عمده مشکلات درونی سازی و برونی سازی شده تقسیم می شوند. مشکلات درونی سازی شده از نظر ماهیت به سمت درون فرد معطوف هستند و به شکل کناره گیری از تعامل های اجتماعی، بازدارندگی، اضطراب و افسردگی متجلی می شوند. در مقابل مشکلات برونی سازی شده معمولاً به سمت بیرون از فرد معطوف هستند. به بیان دیگر، الگوهای رفتاری سازش نیافته ای هستند که در تعارض با دیگر افراد و انتظارهایشان قرار می گیرند (آخنباخ،<sup>۱</sup> ۲۰۰۱). این گروه از مشکلات که در گستره پژوهشی با عناوینی مانند مشکلات رفتاری، مشکلات انضباطی، رفتارهای اغتشاش آمیز، بزهکاری، رفتارهای مهارناپذیر و همانند آن مشخص می شوند، طیف وسیعی از مشکلات را در برمی گیرند و می توانند آثار مخربی بر کودک، خانواده، اطرافیان کودک (معلمان، همسالان و غیره) و در مجموع بر کل جامعه داشته باشند (موغان، کریستیانسن، جنسون، الیمپیاو کلارک،<sup>۲</sup> ۲۰۰۵). بارزترین نشانه های مشکلات برونی سازی شده را می توان خصومت، پرخاشگری، نافرمانی، تضادورزی، فزون کنشی، برانگیختگی و تکانشگری انحراف از هنجارهای اجتماعی، تخریب اموال و آسیب زدن به دیگران دانست (ماسی، تونهی، پروچی، تراویرسو، میلیپدی، موسی و اکیسکال،<sup>۳</sup> ۲۰۰۳؛ کلی و پرایس،<sup>۴</sup> ۲۰۰۶؛ هین شاو،<sup>۵</sup> ۲۰۰۲). این اختلالات در کودکان عامل خطر عمده مشکلات بسیاری در آینده، بزهکاری در نوجوانی و رفتار مجرمانه و پرخاشگری در بزرگسالی محسوب می شود (لی یو،<sup>۶</sup> ۲۰۰۴). مطالعات نشان می دهند، کودکان با مشکلات رفتاری در زمینه کاربرد مهارت های اجتماعی بسیار ضعیف عمل می کنند و در مشکلات بین فردی نمی توانند شیوه های مناسب را برای رفع مشکل خود پیدا می کنند (تویسرکانی راوری، یونسی و یوسفی، ۱۳۸۷). به طوری که در معرض

طردشدگی توسط همسالان، شکست تحصیلی و ابتلا به اختلال های خلقی و تعارض با والدین قرار می گیرند (مک کی، کلتی، راکو، جونز و فرهند،<sup>۷</sup> ۲۰۰۸).

مشکلات رفتاری برونی سازی شده را می توان محصول تعامل طیفی از متغیرهای زیستی، روانی و اجتماعی دانست که به عنوان عوامل زمینه ساز، نگهدارنده و تسریع کننده عمل می کنند. با وجود این به نظر می رسد به رغم اهمیت عوامل زیست شناختی، عوامل نامساعد خانوادگی مانند سبک های تربیتی ناکارآمد والدینی؛ ارتباط والد-فرزند نامطلوب، منفی گرایی بیش از حد والدین و نیز نارسایی در مهارت های اجتماعی، در بروز، گسترش، تداوم یا تشدید نشانه های برونی سازی شده نقش کلیدی دارد (هیگز، ثوت، دیراگو، آیکانا و مک گیو،<sup>۸</sup> ۲۰۱۶).

با توجه به پیامدهای نامطلوب مشکلات برونی سازی شده، لزوم مداخله زودرس اجتناب ناپذیر است که از شدت نشانه ها بکاهد و از پایدار شدن آن ها جلوگیری کند (استرمونت،<sup>۹</sup> ۲۰۰۲). عده ای از پژوهشگران نیز با تأکید بر درمان زود هنگام این مشکلات در سنین پایین، که خود نوعی پیشگیری محسوب می شود، نشان داده اند که اگر این مشکلات در سنین پیش دبستان و سال های ابتدایی کودکی شناسایی و درمان شوند تا حد زیادی تخفیف یافته و به بهبود عملکرد کودک در زمینه های مختلف منجر می شوند (آرنولد، براون، میگنر، بیکر، دابز و داکتارف،<sup>۱۰</sup> ۲۰۰۶). از این رو یافتن درمان مؤثر و ارائه راهبرد پیشگیری از گسترش مشکلات رفتاری کودکان در معرض خطر، یکی از خطوط عمده پژوهشی در این حیطه است. در تلاش برای یافتن مؤثرترین روش های درمانگری، پژوهش های متعددی اثربخشی مداخلات مختلف را بررسی کرده اند. در نگاهی کلی می توان این روش ها را به چند دسته روش های پیشگیری، دارودرمانگری، روش های جامعه محور، مدرسه محور، خانواده محور و کودک محور از جمله درمان های شناختی، درمان های رفتاری، درمان های شناختی رفتاری، خانواده درمانی و بازی درمانی تقسیم کرد (ری،<sup>۷</sup> ۲۰۰۴).

1. Achenbach
2. Maughan, Christiansen, Jenson, Olympia and Clark
3. Masi, Toni, Perugi, Traverso, Millepiedi, Mucci and Akiskal
4. Keil and Pric
5. Hinshaw
6. Liu

7. McKee, Colletti, Rakow, Jones and Forhand
8. Hicks, South, Dirago, Iacono and Mcgue
9. Stormont
10. Arnold, Brown, Meagher, Baker, Dobbs and Doctoroff

در حضور بزرگسالی حمایتگر و فهیم، امکان رشد مثبت فراهم شود تا توانایی‌های درونی خود را کشف کند. از آنجایی که تمرکز بازی درمانی کودک محور بر شخص کودک است نه بر مشکل او، در آن بر تسهیل تلاش‌های کودک برای تبدیل شدن به فردی کارآمدتر تأکید می‌شود تا بتواند با مشکلات فعلی و آتی مؤثر بر زندگی‌اش مقابله کند. اهداف بازی درمانگری کودک محور برای دستیابی به این مقصود آن است که به کودک در چندین زمینه از جمله شکل دادن خودپنداره مثبت‌تر، پذیرش شخصی بیشتر، افزایش هدایت خود، افزایش پذیرش خود، افزایش اتکا به خود، قاطعیت در تصمیم‌گیری، داشتن احساس کنترل، توجه کردن به فرایند مقابله، شکل دادن منبعی درونی برای ارزیابی و به دست آوردن اعتماد بیشتر به خود کمک شود. کودکان در بازی درمانی می‌آموزند که رفتارشان یک انتخاب است و بدین وسیله پیامد رفتارشان را نیز انتخاب می‌کنند. آگاهی از این امر در تقویت رفتار خودکنترلی به آن‌ها کمک می‌کند (ری آرمسترانگ، بالکین و جین<sup>۸</sup>، ۲۰۱۵).

پژوهش‌های مختلفی اثربخشی بازی درمانگری کودک محور را در مشکلات مختلف کودکان نشان داده‌اند، اما در زمینه تأثیر بر مشکلات برونی‌سازی شده پژوهش‌های اندکی انجام شده است. در این راستا نتایج پژوهشی در استرالیا، نشان داد کودکانی از ملیت‌های مختلف که دارای اختلالات رفتاری تشخیص داده شده بودند و در بازی درمانی کودک محور شرکت کرده بودند، در نشانه‌های مشکلات رفتاری آن‌ها کاهش معناداری پدید آمده بود (ریتزی، روشل، ری، دی، برندی و اسچومن<sup>۹</sup>، ۲۰۱۷). نتایج پژوهشی دیگر در زمینه تأثیر بازی درمانی با کودکان دارای مشکل نشان داد که این شیوه درمانی در ایجاد تصویر مثبت از خود<sup>۱۰</sup>، خودکنترلی<sup>۱۱</sup> و ایجاد رابطه سالم بین کودک و والدین به‌عنوان پایه و اساس بهداشت روان و سلامت رفتاری کودک می‌تواند نقش بالایی داشته باشد (پالمر، پالات و گودوی<sup>۱۲</sup>، ۲۰۱۷). همچنین نتیجه

پژوهش‌های متعددی بازی درمانگری را برای درمان طیف وسیعی از اختلال‌ها و مشکلات پیشنهاد می‌کنند (براتون، ری، ارهاین و جونز<sup>۱</sup>، ۲۰۰۵). می‌توان گفت تکنیک‌های بازی درمانی از جمله مداخلات مؤثر غیردارویی برای کاهش مشکلات رفتاری از جمله اختلال نافرمانی مقابله‌ای، اختلال سلوک، پرخاشگری، فزون جنبشی، رفتارهای تکانشی، افسردگی، ترس، اضطراب و خجالت هستند (سعادت، ۱۳۹۰). پیازه<sup>۲</sup> از نخستین کسانی بود که متوجه شد بازی و انمودسازی<sup>۳</sup> به کودکان امکان می‌دهد تا مهارت‌هایی را کسب کنند، تمرین کنند و بهبود بخشند. پژوهشگران دریافته‌اند که بازی و انمودسازی می‌تواند مهارت‌های شناختی و اجتماعی را نیرومند کند. از این گذشته، مطالعات نشان داده‌اند که بازی به توجه، حافظه، استدلال منطقی، زبان، تخیل و آفرینندگی کودکان کمک کرده و آن‌ها را قادر می‌کند تا دیدگاه سایرین را نیز مد نظر قرار دهند (گنجی، ۱۳۸۹).

لندرت<sup>۴</sup> بازی درمانی کودک محور<sup>۵</sup> را با گسترش رویکرد بازی درمانی بی‌رهنمود<sup>۶</sup> اکسلاین<sup>۷</sup> تدوین کرد. او برای کار کردن با کودکان بر اساس این رویکرد، موارد زیر را توصیف کرده است: (۱) کودکان نسخه کوچکی از بزرگسالان نیستند؛ (۲) کودکان قادرند تمامی هیجان‌های انسانی را بیان کنند؛ (۳) کودکان شایسته احترام هستند و باید برای بی‌همتایی‌شان ارزش‌گذاری شوند؛ (۴) کودکان انعطاف‌پذیر هستند؛ (۵) کودکان از توانایی ذاتی برای رشد برخوردارند؛ (۶) کودکان به‌طور طبیعی از طریق بازی ارتباط برقرار می‌کنند؛ (۷) کودکان حق دارند خودشان را به صورت غیرکلامی بیان کنند؛ (۸) کودکان نحوه بهره‌مندی از جلسه‌های درمانی را تعیین می‌کنند؛ (۹) کودکان بر اساس سرعت خودشان رشد می‌کنند و بازی درمانگر باید در این فرایند شکیبا باشد (داورپناه، ۱۳۹۰). اهداف کلی بازی درمانی کودک محور در راستای تلاش‌های درونی کودک برای شکوفایی قرار دارد. مهم‌ترین اصل این است که برای کودک

8. Ray, Armstrong, Balkin and Jayne  
9. Ritzi, Rochelle, Ray, Dee, Schumann and Brandy  
10. positive self-image  
11. self-control  
12. Palmer, Pratt and Goodway

1. Bratton, Ray, Rhine and Jones  
2. Piaget  
3. Make-believe play  
4. Landreth  
5. Child-centered play therapy (CCPT)  
6. Non-directive play therapy  
7. Axline

کودکان انجام شده است، اما در این بین پژوهش‌اندکی به‌طور خاص با استفاده از بازی‌درمانی (کودک‌محور) بر روی مشکلات رفتاری (برونی‌سازی شده) اجرا شده و این نکته ضرورت اجرای این پژوهش، به‌ویژه در میان جامعه ایرانی را نشان می‌دهد. بنابراین، باید خاطر نشان کرد با وجود پژوهش‌های گوناگون در عرصه بازی‌درمانی، هنوز این روش به‌عنوان یکی از روش‌های درمانی کارآمد برای کودکان با مشکلات برونی‌سازی شده به‌ویژه در کشورمان نیازمند بررسی بیشتر است. از این رو با توجه به درصد شیوع بالای مشکلات رفتاری کودکان در تهران (غباری بناب، پرنده، خانزاده، موللی و نعمتی، ۱۳۸۸)، و خلاء پژوهشی در این زمینه، پژوهش حاضر با هدف شناسایی اثربخشی بازی درمانگری کودک‌محور بر مشکلات رفتاری برونی‌سازی کودکان انجام شد.

## روش

پژوهش حاضر از نوع مطالعات شبه‌آزمایشی با پیش‌آزمون و پس‌آزمون با گروه گواه بوده است. جامعه پژوهش را کلیه کودکان ۷-۹ ساله‌ای تشکیل دادند که به دلیل مشکلات رفتاری به مراکز مشاوره شهر تهران مراجعه کرده و در ارزیابی توسط آزمون دارای مشکلات برونی‌سازی شده تشخیص داده شده بودند. با استفاده از روش نمونه‌گیری در دسترس ۳۰ دانش‌آموز که طی مصاحبه تشخیصی با والدین، دارای مشکلات رفتاری تشخیص داده شده بودند، با استفاده از سیاهه رفتاری کودک<sup>۷</sup>، ارزیابی شدند. از میان این دانش‌آموزان، ۱۰ نفر که نمره بالاتر از نمره برش را کسب کردند، به‌عنوان گروه نمونه انتخاب شدند. در نهایت از این تعداد ۵ نفر به‌صورت تصادفی در گروه آزمایشی و ۵ نفر در گروه کنترل قرار گرفتند. گروه آزمایشی تحت ۱۶ جلسه بازی‌درمانی کودک‌محور قرار گرفتند و گروه کنترل هیچ مداخله‌ای دریافت نکردند. بعد از اتمام مداخله درمانی گروه آزمایش، هر دو گروه دوباره با استفاده از سیاهه رفتاری کودک به‌عنوان پس‌آزمون ارزیابی شدند. ملاک ورود به پژوهش عدم وجود ناتوانی‌های جسمی، حسی و ذهنی در کودک، عدم استفاده از سایر مداخلات

بررسی فراتحلیل لین و براتون<sup>۱</sup> (۲۰۱۵)، با بررسی نتیجه ۵۲ پژوهش و در مجموع ۱۸۴۸ آزمودنی از سال‌های ۱۹۹۵ - ۲۰۱۰ درباره تأثیر بازی درمانی کودک‌محور در کاهش نشانه‌های مشکلات رفتاری کودکان با گزارش اندازه اثر متوسط، تأثیر قابل قبول این نوع مداخله درمانی را گزارش کردند. در این پژوهش تفاوت معناداری بین میزان اثربخشی مداخلات درباره پسران و دختران گزارش نشد. نتیجه مطالعه فراتحلیل دیگری نیز با بررسی ۲۳ مطالعه روی ۱۰۱۶ کودک دبستانی از سال‌های ۱۹۷۵ - ۲۰۱۱، تأثیر مداخله بازی‌درمانی کودک‌محور در مشکلات رفتاری را معنادار گزارش کرد به طوری که اثربخشی بازی درمانی کودک‌محور در کاهش مشکلات برونی‌سازی شده معنادارتر از کاهش مشکلات برونی‌سازی شده کودکان بوده است (ری و همکاران، ۲۰۱۵). در این راستا دادستان، بیات و عسگری (۱۳۸۸) در پژوهش خود گزارش دادند که بازی درمانی کودک‌محور روش مؤثری برای کاهش مشکلات برونی‌سازی شده کودکان پیش‌دبستانی به حساب می‌آید و به نظر می‌رسد که این شیوه بر رفتارهای پرخاشگرانه تأثیر بارزتری دارد. پژوهش‌های دیگر تأثیر بازی درمانگری را بر کاهش نشانه‌های رفتاری کودکان با اختلال نارسایی توجه / فزون کنشی (گنجی، ذبیحی، خدابخش و کراسکیان، ۱۳۹۰)، مشکلات درونی‌سازی شده (لبانس و ریتچی<sup>۲</sup>، ۲۰۰۱؛ گارزا و براتون<sup>۳</sup>، ۲۰۰۵؛ ری، ۲۰۰۴)، مشکلات رفتاری و هیجانی کودکان خردسال (براتون<sup>۴</sup> و ری، ۲۰۰۰)، اضطراب و افسردگی و افزایش سطح حرمت خود (باگرلی و لندرت<sup>۵</sup>، ۲۰۰۱؛ شن<sup>۶</sup>، ۲۰۰۲)، کاهش اختلالات رفتاری دانش‌آموزان آزار دیده جسمانی - هیجانی (کمپجانی، ۱۳۸۸) نشان دادند.

همان‌طور که در پیشینه آمده است، پژوهش‌های مختلفی در زمینه بازی درمانی (ریتزی و همکاران، ۲۰۱۷؛ پلامر و همکاران، ۲۰۱۷؛ لین و براتون، ۲۰۱۵؛ رضایی، قاسمی، کاشی و موسوی، ۱۳۹۷) و مشکلات رفتاری (کاکابرابی و امامی آل آقا، ۱۳۹۷؛ حمیدی و محمدی خرسندی، ۱۳۹۶)

1. Lin and Bratton
2. LeBlance and Ritchie
3. Garza and Bratton
4. Bratton
5. Baggerly and Landreth
6. Shen

7. Child Behavior Check list

مطلوب و بالایی بهره‌مند است. قابلیت اعتماد آن با استفاده از روش آماری آلفای کرونباخ<sup>۴</sup> ۰/۸۷ و همچنین همبستگی میان نسخه‌های هم‌تا تأیید شده است و روایی آن با بررسی همبستگی آزمون با دو مقیاس اندازه‌گیری رفتار کانرز و سیاهه تجدید نظر شده مشکل رفتاری کوای-پیترسون، ۰/۸۸ (پسران) - ۰/۵۲ (دختران) تأیید شده است (مینایی، ۱۳۸۵).

برنامه مداخله‌ای پژوهش حاضر در ۱۶ جلسه ۵۰ دقیقه‌ای (۳ روز در هفته) بر روی گروه آزمایش به صورت گروهی برگزار شد. در این مطالعه از رویکرد لندرت (۱۹۹۳) استفاده شد. در این رویکرد بر تعیین‌گری کودک در فرایند جلسات بازی تأکید می‌شود. بنابراین، از قبل برنامه مشخصی در فرایند بازی به کودک تحمیل نمی‌شود. شایان ذکر است درمانگر مداخله پژوهش حاضر، قبلاً در زمینه بازی‌درمانگری کودک محور تجربه داشته و دوره‌های مربوطه را زیر نظر متخصصان سپری کرده است. در فرایند جلسات سعی شد از وسایلی همچون کاغذهای رنگی، بادکنک، ماسه، مداد، قیچی، عروسک‌های دستی، عروسک حیوانات بهره گرفته شود. در جلسات اولیه بر سازگاری کودکان با محیط و یکدیگر تأکید می‌شد و برای ایجاد حس امنیت به پیشنهاد کودکان یک بازی انتخاب شد. با گذشت جلسات، بر یادگیری مهارت اجتماعی، حل مسأله، ابراز خلاقیت، برون‌ریزی خشم و هیجان، خودآگاهی تأکید می‌شد. به عنوان مثال در فرایند جلسات از عروسک‌های دستی برای اجرای بازی نقش با هدف تنظیم هیجان و بروز هیجان انجام می‌شد. نقش درمانگر در طی فرایند جلسات به عنوان یک تعدیل‌کننده و پیشنهادکننده رفتار مناسب بود. بعد اتمام ۱۶ جلسه درمانی، پس‌آزمون بر روی هر دو گروه آزمایش و کنترل اجرا شد و داده‌های جمع‌آوری شده به وسیله آزمون آماری تحلیل کوواریانس تحلیل شد.

درمانی روان‌شناختی در زمان اجرای مداخلات و رضایت و علاقه والدین برای شرکت در پژوهش و شرکت در تمام جلسات آموزشی بود. ملاک خروج نیز عدم شرکت در جلسات آموزشی بیش از دو بار بود، برای جمع‌آوری اطلاعات از ابزار زیر استفاده شده است:

**سیاهه رفتاری کودک:** این سیاهه برای سنجش مشکلات درونی‌سازی شده و برونی‌سازی شده کودکان ۶-۱۸ سال استفاده می‌شود. سیاهه رفتاری کودکان را می‌توانند والدین یا فردی که سرپرستی کودک را بر عهده دارد و از او مراقبت می‌کند یا افرادی تکمیل کنند که با کودک در محیط‌های شبه‌خانوادگی برخورد دارد و او را به‌طور کامل می‌شناسد؛ نظر یا قضاوت او را مبنی بر اینکه کودک در ۶ ماه گذشته مشکلات خاصی را از خود بروز داده است یا خیر، منعکس می‌کند. در این فرم پاسخ‌دهنده مشکلات عاطفی، رفتاری و اجتماعی کودک را درجه‌بندی می‌کند. تعداد سؤالات این فرم ۱۱۳ سؤال است و با توجه به سؤالات باز پاسخ و چند قسمتی به ۱۲۰ سؤال افزایش می‌یابد. این پرسشنامه دارای ۸ خرده مقیاس اضطراب/افسردگی، گوشه‌گیری/افسردگی، مشکلات اجتماعی، شکایات جسمانی، مشکلات تفکر، مشکلات توجه، رفتارهای قانون شکنانه و رفتارهای پرخاشگرانه است. این خرده مقیاس‌ها در دو گروه عمده مشکلات درونی‌سازی شده و برونی‌سازی شده قرار می‌گیرند. نقطه برش برای هر خرده مقیاس ۹۰-۹۷/۷ درصد و برابر نمره T ۶۷-۷۰ است. بدین معنی که نمره T پایین‌تر از ۶۷، بالاتر از ۷۰ و بین ۶۷ و ۷۰ به ترتیب مشخص‌کننده افراد بهنجار، افراد دچار مشکلات رفتاری-هیجانی و افراد در مرز بالینی است. همچنین با جمع کردن نمره‌های هر خرده مقیاس با یکدیگر می‌توان به نمره کل دست یافت. قدرت سیاهه آخنباخ بیشتر برای نشان دادن همین دو بعد است که توسط آخنباخ و رسکورلا<sup>۱</sup> (۲۰۰۱)، بر اساس شیوه‌های آماری تحلیل عاملی ساخته شده است، این ابزار را برای اولین بار در ایران تهرانی دوست و همکاران (۱۳۸۱) ترجمه و هنجاریابی کرده‌اند. سپس در تحقیق مینایی (۱۳۸۵)، این نتیجه حاصل شده است که این پرسشنامه از قابلیت اعتماد<sup>۲</sup> و روایی<sup>۳</sup>

3. Validity  
4. Cronbach's alpha

1. Achenbach and Rescorla  
2. Reliability

## یافته‌ها

جدول ۱. میانگین های پیش آزمون و پس آزمون رفتار قانون شکنی به تفکیک گروه‌ها

متغیرها	شاخص‌ها		میانگین‌ها
	آزمون‌ها	آزمایش	
رفتار قانون شکنی	پیش آزمون	۸۸/۲	۸۶/۵
	پس آزمون	۵۲/۷	۸۵/۷
رفتار پرخاشگرانه	پیش آزمون	۸۴/۵	۸۵/۱
	پس آزمون	۵۵/۸	۸۳/۷

تحلیل کوواریانس استفاده شد. در ابتدا به منظور بررسی پیش فرض‌های تحلیل کوواریانس به همگنی شیب‌های رگرسیون بررسی شده است. در تحلیل کوواریانس با استفاده از رگرسیون، نخست معناداری بردارهای اثرهای متقابل متغیر کمکی با بردارهای کدگذاری شده بررسی می‌شود. چنانچه این اثرها معنادار نباشد، می‌توان همگنی ضرایب رگرسیون‌ها را پذیرفت و استفاده از مدل تحلیل کوواریانس را برای داده‌های این تحقیق جایز دانست.

با توجه به جدول ۱، در هر دو متغیر رفتارهای قانون شکنی و پرخاشگرانه میانگین نمرات پیش آزمون بالاتر از نقطه برش است. در گروه آزمایش، در متغیرهای قانون شکنی و پرخاشگری میانگین نمرات در پس آزمون کاهش داشته است.

همان‌طور که ذکر شد از آنجا که طرح این تحقیق شبه‌آزمایشی و از نوع طرح دو گروهی ناهمسان با پیش آزمون و پس آزمون است، لذا برای تحلیل داده‌ها از

جدول ۲. بررسی همگنی شیب‌های رگرسیون - بررسی اثر گروه آزمون بر رفتار قانون شکنی

منبع تغییرات	مشخصه آماری				
	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	مقدار F	سطح معناداری
گروه آزمون	۱۸/۱۷	۱	۱۸/۱۷	۰/۷۶	۰/۴۴

موازی بوده و پیش فرض همگنی شیب‌های رگرسیون تأیید می‌شود.

با توجه به جدول ۲، تعامل بین متغیر تصادفی کمکی (پیش آزمون) و متغیر مستقل در سطح  $P \leq 0/05$  معنادار نیست. در نتیجه، شیب رگرسیون گروه و آزمون تقریباً

جدول ۳. تحلیل کوواریانس - بررسی اثر گروه بر رفتار قانون شکنی

منبع تغییرات	مشخصه آماری				
	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	مقدار F	سطح معناداری
گروه	۲۳۴/۷۱	۱	۲۳۴/۷۱	۱۱/۱۸	۰/۰۰۱

بازی درمانی به طور معناداری موجب کاهش قانون شکنی در کودکان شده است.

با توجه به جدول ۳، متغیر رفتار قانون شکنی با توجه به مقدار F در سطح  $P \leq 0/01$  معنادار است. با توجه به کاهش نمره گروه آزمایش در پس آزمون می‌وان گفت، استفاده از

جدول ۴. بررسی همگنی شیب‌های رگرسیون - بررسی اثر گروه آزمون بر رفتار پرخاشگرانه

منبع تغییرات	مشخصه آماری				
	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	مقدار F	سطح معناداری
گروه آزمون	۲۱/۳۲	۱	۲۱/۳۲	۰/۸۳	۰/۳۹

موازی بوده و پیش فرض همگنی شیب‌های رگرسیون تأیید می‌شود.

با توجه به جدول ۴، تعامل بین متغیر تصادفی کمکی (پیش‌آزمون) و متغیر مستقل در سطح  $P \leq 0/05$  معنادار نیست. در نتیجه، شیب رگرسیون گروه و آزمون تقریباً

جدول ۵: تحلیل کوواریانس - بررسی اثر گروه بر رفتار پرخاشگرانه

مشخصه آماری	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	مقدار F	سطح معناداری
منبع تغییرات					
گروه	۲۱۲/۱۵	۱	۲۱۲/۱۵	۱۰/۸۸	۰/۰۰۱

همکاران (۱۳۸۸)، گنجی و همکاران (۱۳۹۰)، کمیجانی (۱۳۸۸) همسو است.

در تبیین اثربخشی بازی‌درمانی با رویکرد کودک‌محور بر کاهش رفتار قانون‌شکنانه و رفتار پرخاشگرانه، باید خاطر نشان کرد وجود این مشکلات در کودک باعث عدم توانایی برقراری ارتباطات مناسب اجتماعی در ارتباط با خانواده، همسالان و جامعه می‌شود و انطباق کودک با محیط را تحت تأثیر قرار می‌دهد. این رفتارها اغلب با واکنش منفی و مقابله جویانه اطرافیان همراه می‌شود و با فعال کردن عوامل زمینه‌ساز قبلی برای حضور رفتار مخرب، فراوانی این رفتارها را در کودک بالا می‌برد و این چرخه معیوب ادامه می‌یابد. اما در جریان بازی درمانی کودک‌محور که برگرفته از نظریهٔ انسان‌گرایانه راجرز است، بر این مبنا که اگر به کودکان آزادی و حمایت عاطفی داده شود، با فراهم کردن موقعیت درمانی پذیرنده و همدلانه تشویق می‌شوند و می‌توانند مشکلاتشان را حل کنند و به همان فردی تبدیل شوند که آرزوی خود را دارند و می‌توانند خود را به سوی آزادی از کشمکش‌های درونی و اضطراب هدایت کنند که پایهٔ تمام مشکلات است (رایس<sup>۲</sup>، ۱۳۸۸). همچنین در جریان بازی درمانگری کودک‌محور مهارت‌های اجتماعی و ارتباطی کودکان افزایش می‌یابد و الگوی دلبستگی ایمن بر رابطهٔ کودک و درمانگر حاکم می‌شود، کودکان از این طریق می‌توانند بر احساسات خود آگاهی یابند و بینش بیشتری بر اعمال خود داشته باشند. بدین طریق مهارت‌های اجتماعی و حل مسألهٔ کودکان در برگزیدن هدف‌های انتخابی‌شان افزایش می‌یابد و به نوعی مهارت خودتنظیمی در آن‌ها در انتخاب تصمیم افزایش می‌یابد و همهٔ این عوامل، پرخاشگری و رفتار قانون‌شکنانه را کاهش می‌دهند. در این راستا باید توجه داشت

با توجه به جدول ۵، متغیر رفتار پرخاشگرانه مقدار F در سطح  $P \leq 0/01$  معنادار است. با توجه به کاهش نمرهٔ گروه آزمایش در پس‌آزمون می‌توان گفت، استفاده از بازی درمانی به طور معناداری موجب کاهش رفتارهای پرخاشگرانه شده است.

### بحث و نتیجه‌گیری

پژوهش حاضر با هدف بررسی اثربخشی بازی درمانی با رویکرد کودک‌محور بر کاهش مشکلات برونی‌سازی شده دانش‌آموزان ۹-۷ ساله انجام شد. نتایج حاصل از این مطالعه نشان داد بازی‌درمانی با رویکرد کودک‌محور بر کاهش مشکلات برونی‌سازی شدهٔ دانش‌آموزان از جمله در کاهش رفتار قانون‌شکنی و رفتار پرخاشگرانه تأثیر معناداری داشته است. نتایج این پژوهش با نتایج پژوهش‌هایی دیگر در زمینهٔ تأثیر بازی درمانی با رویکرد کودک‌محور بر کاهش مشکلات برونی‌سازی شده کودکان همسو است. به طوری که نتایج پژوهشی فراتحلیل لین و براتون (۲۰۱۵) و ری و همکاران (۲۰۱۵) دربارهٔ تأثیر بازی‌درمانی کودک‌محور در کاهش نشانه‌های مشکلات رفتاری کودکان با گزارش اندازهٔ اثر متوسط، تأثیر قابل قبول این نوع مداخلهٔ درمانی را گزارش کردند. نتایج پژوهش ریتزی و همکاران (۲۰۱۷) در استرالیا نیز نشان داد بازی‌درمانی با رویکرد کودک‌محور بر کاهش مشکلات برونی‌سازی شده کودکان تأثیر دارد. همچنین گارزا و براتون (۲۰۰۵)، تأثیر بازی درمانی را در کاهش مشکلات پرخاشگری و سایر مشکلات رفتاری کودکان اسپانیایی تبار مثبت ارزیابی کردند. نتایج پژوهشی پلامر و همکاران (۲۰۱۷)، لبلانس و ریتچی (۲۰۰۱)، ری (۲۰۰۴)، نیز نتایج پژوهش حاضر را تأیید می‌کنند. علاوه بر این، نتایج پژوهش حاضر با نتایج پژوهش‌های دادستان و

1. Humanistic theory
2. Rice

اختلال رفتاری. *توانمندسازی کودکان استثنایی*، ۹(۱): ۵۱-۶۴.  
[http://www.ceciranj.ir/article\\_68957\\_f4eb7026bad0cfa5ab136a51f9a0f9b4.pdf](http://www.ceciranj.ir/article_68957_f4eb7026bad0cfa5ab136a51f9a0f9b4.pdf)  
کمپجانی، زهرا، هاشمی، آذر (۱۳۸۸). بررسی تأثیر بازی درمانی بر کاهش اختلالات رفتاری دانش‌آموزان آزار دیده جسمانی-هیجانی ۹-۱۲ ساله شهر تهران، *روان‌شناسی تربیتی*، ۱۵(۱): ۳۲-۱۹.  
[http://jep.atu.ac.ir/article\\_2223\\_fec1842d519c95e35fa862d74e5ec120.pdf](http://jep.atu.ac.ir/article_2223_fec1842d519c95e35fa862d74e5ec120.pdf)  
گنجی، کامران، ذبیحی، رزیتا، خدابخش، روشنگر، کراسکیان، آدیس (۱۳۹۰). تأثیر بازی درمانگری کودک‌محور بر کاهش نشانه‌های رفتاری کودکان با اختلال نارسیایی توجه/فزون کنشی. *مجله روان‌شناسی بالینی*، ۳(۴): ۱۵-۲۵.  
<http://www.sid.ir/FileServer/JF/46413901202>  
مینایی، اصغر (۱۳۸۴). *انطباق و هنجاریابی نظام سنجش مبتنی بر تجربه آخنباخ (ASEBA)*. تهران: سازمان آموزش و پرورش کودکان استثنایی.  
مینایی، اصغر (۱۳۸۵). *انطباق و هنجاریابی سیاهه رفتاری کودک آخنباخ*، پرسش‌نامه خودسنجی گزارش معلم. *مجله کودکان استثنایی*، ۶(۱): ۵۵۸-۵۲۹.  
Achenbach, T. M. and Rescorla, L. (2001). ASEBA school-age forms and profiles. Burlington: University of Vermont.  
Arnold, D. H., Brown, S. A., Meagher, S., Baker, C. N., Dobbs, J. and Doctoroff, G. L. (2006). Preschool-based programs for externalizing problems. *Education and Treatment of Children*, 311-339.  
Baggerly J. and Landreth, G. (2001). Training children to help children: A new dimension in play therapy. *The Peer Facilitator Quarterly*. (1): 6-14.  
Bratton, S. C., Ray, D., Rhine, T. and Jones, L. (2005). The efficacy of play therapy with children: A meta-analytic review of treatment outcomes. *Professional Psychology: Research and Practice*, 36(4): 376.  
Bratton, S. and Ray, D. (2000). What the research shows about play therapy. *International Journal of Play Therapy*, 9(1): 47.  
Denita, M. R., Elizabeth, C. and William, J. K. (2005). Behavioral parent training as a treatment for externalizing behaviors and disruptive behavior disorders. *School Psychology Review*, 34, 702-709.  
Dodge, K. A. (1993). Social-cognitive mechanisms in the development of conduct disorder and

که به دلیل محدودیت‌های موجود در نمونه‌گیری و استفاده از نمونه‌های در دسترس و مقطعی بودن مطالعه باید در تعمیم یافته‌ها با احتیاط عمل کرد. در ادامه پیشنهاد می‌شود بازی درمانی کودک‌محور در برنامه‌های آموزشی و مداخلات به هنگام در زمینه اختلالات رفتاری کودکان گنجانده شود تا به این طریق از وجود بسیاری از مشکلات در آینده کودک و جامعه پیشگیری شود.

## منابع

تویسرکانی، روایی، مهدیه، یونسی، جلال و یوسفی لویه، مجید (۱۳۸۷). تأثیر آموزش مهارت‌های اجتماعی مبتنی بر قصه در کاهش نشانه‌های اختلال سلوک کودکان. *فصلنامه خانواده‌پژوهی*، ۱۳(۴): ۷۶-۶۳.  
<http://www.sid.ir/FileServer/JF/78913871305>  
حمیدی، فریده، محمدی خرسندی، فرنگیس (۱۳۹۶). اثربخشی مشاوره گروهی شناختی رفتاری والدین کودکان بیش‌فعال بر اختلالات رفتاری فرزندان. *توانمندسازی کودکان استثنایی*. ۸(۲): ۵۰-۶۰.  
[http://www.ceciranj.ir/article\\_63556\\_f704f561ff7259497fd80cb21f2456d.pdf](http://www.ceciranj.ir/article_63556_f704f561ff7259497fd80cb21f2456d.pdf)  
داستان، پریخ، بیات، مریم و عسگری، علی. (۱۳۸۸). تأثیر بازی درمانگری کودک‌محور بر کاهش مشکلات برونی‌سازی شده کودکان. *مجله علوم رفتاری*، ۳(۴): ۲۶۴-۲۵۷.  
<http://www.sid.ir/FileServer/JF/79413880401>  
رایس، فلیپ (۱۳۸۸). *رشد انسان؛ روان‌شناسی رشد از تولد تا مرگ*. ترجمه مهشید فروغان. تهران: ارجمند.  
رضایی، مونا، قاسمی، عبدالله، کاشی، علی، واعظ موسوی، سید محمد کاظم (۱۳۹۵). تأثیر بازی درمانی بر مهارت‌های حرکتی و یکپارچگی دیداری- حرکتی نوپایان دارای تولد زودرس. *توانمندسازی کودکان استثنایی*. ۹(۱): ۲۳-۳۲.  
[http://www.ceciranj.ir/article\\_68953\\_c8a9b919c938a4d30850ebe47355b65e.pdf](http://www.ceciranj.ir/article_68953_c8a9b919c938a4d30850ebe47355b65e.pdf)  
سعادت، مهران (۱۳۹۰). کدام یک از نشانه‌های اختلال نارسیایی توجه/ بیش‌فعالی با مداخله‌های یوگا و بازی درمانی تغییر می‌کند؟ *مجله کودکان استثنایی*، ۱۱(۱): ۵۶-۴۵.  
<http://joec.ir/article-1-251-fa.pdf>  
غباری بناب، باقر، پرند، اکرم، خانزاده، عباسعلی، موللی، گیتا، و نعمتی، شهرروز (۱۳۸۸). میزان شیوع مشکلات رفتاری دانش‌آموزان مقطع ابتدایی شهر تهران. *مجله پژوهش در حیطه کودکان استثنایی*، ۹(۳): ۲۲۳-۲۳۸.  
<http://www.sid.ir/FileServer/JF/69413883304>  
کاکابرابی، کیوان و امامی آل‌ااقا، شیرین (۱۳۹۷). اثربخشی آموزش حل مسئله بر مشکلات رفتاری کودکان پیش‌دبستانی دارای



- Maughan, D. R., Christiansen, E., Jenson, W. R., Olympia, D. and Clark, E. (2005). Behavioral parent training as a treatment for externalizing behaviors and disruptive behavior disorders: A meta-analysis. *School Psychology Review*, 34(3): 267.
- McKee, L., Colletti, C., Rakow, A., Jones, D. J. and Forhand, R. (2008). Parenting and child externalizing behaviors. *Journal of Aggression and Violent Behavior*, 11(10): 255-270.
- Palmer, E. N., Pratt, K. J. and Goodway, J. (2017). A review of play therapy interventions for chronic illness: Applications to childhood obesity prevention and treatment. *International Journal of Play Therapy*, 26(3): 125-137.
- Ray, D. (2004). Supervision of basic and advanced skills in play therapy. *Journal of Professional Counseling: Practice, Theory and Research*, 32(2).
- Ray, D. C., Armstrong, S. A., Balkin, R. S. and Jayne, K. M. (2015). Child-centered play therapy in the schools: Review and Meta-Analysis. *Psychology in the Schools*, 52(2): 107-123.
- Rennie, R. L. (2000). *A comparison study of the effectiveness of individual and group play therapy in treating kindergarten children with adjustment problems, [electronic resource]* (Doctoral dissertation, University of North Texas).
- Ritzi, Rochelle M.; Ray, Dee C.; Schumann, Brandy R. (2017). Intensive short-term child-centered play therapy and externalizing behaviors in children. *International Journal of Play Therapy*, 26(1). 33-46.
- Shen, Y. J. (2002). Short-term group play therapy with Chinese earthquake victims: Effects on anxiety, depression and adjustment. *International Journal of Play Therapy*, 11(1): 43.
- Stormont, M. (2002). Externalizing behavior problems in young children: Contributing factors and early intervention. *Psychology in the Schools*, 39(2): 127-138.
- depression. *Annual Review of Psychology*, 44, 559-584.
- Garza, Y. and Bratton, S. C. (2005). School-based child-centered play therapy with Hispanic children: Outcomes and cultural consideration. *International Journal of Play Therapy*, 14(1): 51.
- Garza, Y. and Bratton, S. C. (2005). School-based child-centered play therapy with Hispanic children: Outcomes and cultural consideration. *International Journal of Play Therapy*, 14(1): 51.
- Hicks, B. M., South, S. C., DiRago, A. C., Iacono, W. G. and McGue, M. (2009). Environmental adversity and increasing genetic risk for externalizing disorders. *Archives of general psychiatry*, 66(6): 640-648.
- Hinshaw, S. P. (2002). Process, mechanism, and explanation related to externalizing behavior in developmental psychopathology. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 30(5): 431-446.
- Keil, V. and Price, J. M. (2006). Externalizing behavior disorders in child welfare settings: Definition, prevalence, and implications for assessment and treatment. *Children and youth services review*, 28(7): 761-779.
- Leblanc, M. and Ritchie, M. (2001). A meta-analysis of play therapy outcomes. *Counselling Psychology Quarterly*, 14(2): 149-163.
- Lin, Y. and Bratton, S. C. (2015). A meta-analytic review of child-centered play therapy approaches. *Journal of Counseling and Development*, 93(1): 45-58.
- Liu, J. (2004). Childhood externalizing behavior: theory and implications. *Journal of child and adolescent psychiatric nursing*, 17(3): 93-103.
- Lochman, J. E. and Lenhart, L. A. (1993). Anger coping intervention for aggressive children: Conceptual models and outcome effects. *Clinical Psychology Review*, 13(8): 785-805.
- Masi, G., Toni, C., Perugi, G., Traverso, M. C., Millepiedi, S., Mucci, M. and Akiskal, H. S. (2003). Externalizing disorders in consecutively referred children and adolescents with bipolar disorder. *Comprehensive psychiatry*, 44(3): 184-189.

---

## **Effectiveness of child-centered play therapy on reducing behavioralized problems of students**

Leila Afzali\*<sup>1</sup>

Akram Khamseh<sup>2</sup>

---

### **Abstract**

The purpose of this study was to investigate the effectiveness of child-centered game therapy on reducing the externalized problems of students. The present study was a quasi-experimental study with pre-test and post-test design with control group. The research population consisted of all 7-9 years-old students who were referred to counseling centers in Tehran due to behavioral problems and had been diagnosed in the evaluations with externalized problems. Using available sampling, 30 students who were diagnosed with behavioral problems during diagnostic interview with their parents, were evaluated by the Child Behavior Checklist (CBCL). From among these students, 10 were selected who scored higher than the cut score as sample group. Finally, 5 of them were randomly assigned to the experiment group and 5 were assigned to the control group. Experiment group received 16 sessions of child-centered play therapy, while the control group did not receive any intervention. After the intervention, the two groups were evaluated again using the Child Behavioral Checklist (CBCL) as the post-test. Data were analyzed by analysis of covariance (ANCOVA) statistical model. Findings showed that child-centered play therapy reduces externalizing problems of students ( $P < 0.01$ ). According to the results of this study, it can be concluded that child-centered play therapy has been effective and this intervention can be used to reduce the externalizing behavioral problems.

### **Keywords**

*Play therapy, child-centered, behavioral problems, students.*

---

1. Ph. D. in Educational Psychology, Islamic Azad University, Eslamshahr Branch, Eslamshahr, Iran. 184afzali@yahoo.com  
2. B.A. in Librery Science, Islamic Azad University, North Tehran Branch, Tehran, Iran.