

مقایسه اثر بخشی بازی درمانگری کودک محور و بازی درمانگری والدینی بر کاهش نشانه‌های اختلال‌های برونی سازی شده در کودکان^۱

الهه آقایی^۲

علی عسگری^۳

مریم بیات^۴

تاریخ پذیرش: ۹۴/۱۱/۱۳

تاریخ وصول: ۹۴/۷/۱۵

چکیده

اختلال‌های برونی سازی شده با مشکلات زیادی همراه بوده و روش‌های متعددی برای درمان کودکان مبتلا به این اختلال ارایه شده است. پژوهش حاضر با هدف مقایسه اثربخشی بازی درمانگری کودک محور و بازی درمانگری والدینی در کاهش مشکلات برونی سازی شده کودکان انجام شد. طرح پژوهش حاضر از نوع سری‌های زمانی با چند گروه است. پس از غربالگری اولیه‌ی ۳۰۰ کودک ۸-۷ ساله از دو مدرسه شهر اصفهان، ۱۲ کودک ۸-۷ ساله (مبتلا به اختلال برونی سازی شده) به شیوه تصادفی چند مرحله‌ای به عنوان گروه نمونه انتخاب شدند. به منظور تشخیص این اختلال از دو ابزار فرم سیاهه رفتاری کودک آیرگ (آیرگ وراس، ۱۹۷۸) و فهرست رفتاری کودک آخنباخ (آخنباخ و رسکورلا، ۲۰۰۱) استفاده شد. این کودکان به تصادف در دو گروه مداخله بازی درمانگری کودک محور و والدینی قرار داده شدند. در گروه بازی درمانگری کودک محور، هر کودک در ۱۶ جلسه بازی درمانگری و در گروه بازی درمانگری والدینی، مادران در ۸ جلسه درمان گروهی شرکت کردند. مادران کودکان گروه بازی درمانگری کودک محور در پایان جلسه‌های چهارم، هشتم، دوازدهم و شانزدهم و والدین شرکت کننده در بازی درمانگری والدینی در

۱. این مقاله برگرفته از پایان نامه الهه آقایی کارشناسی ارشد رشته روانشناسی تربیتی دانشگاه خوارزمی می‌باشد

۲. کارشناس ارشد روانشناسی تربیتی دانشگاه خوارزمی (نویسنده مسئول) Elahe_aghayi@yahoo.com

۳. استادیار روانشناسی تربیتی دانشگاه خوارزمی Aasgarya@alumni.ut.ac.ir

۴. دانشجوی دکتری روانشناسی بالینی دانشگاه تربیت مدرس Maryam_bayat_1001@yahoo.com

پایان جلسه‌های دوم، چهارم، ششم و هشتم، باردیگر پرسشنامه آخنباخ را تکمیل کردند. به منظور تحلیل داده‌ها از تحلیل واریانس اندازه‌گیری‌های مکرر استفاده شد. نتایج نشان می‌دهد، بین میانگین‌های متغیر برونی‌سازی شده در دو گروه بازی‌درمانگری کودک محور و بازی‌درمانگری والدینی تفاوت معنادار وجود داشت، بدین معنا که روش بازی‌درمانگری والدینی موجب کاهش بیشتر رفتارهای برونی‌سازی شده کودکان شده است و این تفاوت در همه مراحل آزمون قابل مشاهده است. در نتیجه می‌توان بازی‌درمانگری والدینی را جایگزین مناسب‌تری برای بازی‌درمانگری کودک محور در کاهش مشکلات برونی‌سازی شده کودکان در نظر گرفت.

واژگان کلیدی: بازی‌درمانگری کودک محور، بازی‌درمانگری والدینی، مشکلات برونی‌سازی شده

مقدمه

یکی از مشهورترین تقسیم‌بندی‌های مربوط به اختلال‌های رفتاری کودکان، تقسیم‌بندی آخنباخ و رسکورلا (۲۰۰۱) است که بر پایه بیش از سی سال پژوهش، اختلال‌ها را به دو دسته کلی درونی‌سازی شده^۱ و برونی‌سازی شده^۲ تقسیم می‌کند. اختلال‌های درونی‌سازی شده بیشتر درون‌فردی و شامل مشکلاتی همچون کناره‌گیری از تعامل‌های اجتماعی، بازداری، اضطراب و افسردگی است. در مقابل، اختلال‌های برونی‌سازی شده برون‌فردی است و به صورت فزون‌کنشی، پرخاشگری، تضادورزی، نقض قواعد و قوانین اجتماعی ظاهر می‌شود (آخنباخ و رسکورلا، ۲۰۰۱). یافته‌های پژوهشی نشان می‌دهد که نشانه‌های برونی‌سازی شده پایداری قابل توجهی طی زمان دارد و در طول تحول به شکل‌های مختلف بروز می‌کند (بریدی و همکاران، ۲۰۰۳).

از این‌رو، با توجه به آسیب‌زا بودن و شیوع بالای مشکلات برونی‌سازی شده (غباری بناب، پرنده، فیروز‌جاه، موللی، نعمتی، ۱۳۸۸)، یافتن درمان‌های مؤثر و راهبردهای پیشگیری از گسترش مشکلات رفتاری کودکان در معرض خطر، از جمله خطوط عمده پژوهشی در این زمینه است. روش‌های بسیاری برای درمان این اختلال‌ها به کار می‌رود که بنا بر پژوهش‌های انجام شده، در این میان بازی‌درمانگری^۳ یکی از پرکاربردترین و شاخص‌ترین

-
1. internalizing disorder
 2. externalizing disorder
 3. play therapy

این روش هاست (جانگسما، پترسون، مگکنیز، برگویز، ۲۰۰۳) و اثر بخشی آن به دفعات تأیید شده است (باگرلی، پارکر، ۲۰۰۵؛ گارزا و براتون، ۲۰۰۵؛ جعفری و همکاران، ۲۰۱۱). با وجود این، بازی درمانگری همچون دیگر روش‌های درمانگری با محدودیت‌های غیرقابل انکاری رو به رو است. یافته‌های دو فراتحلیل نشان می‌دهد، در این روش تعمیم‌پذیری نتایج به خارج از محیط درمان به دلیل عدم مشارکت والدین با مشکل مواجه می‌شود و مشارکت والدین در فرایند درمان توجیه‌کننده بخشی از تفاوت اثربخشی پژوهش‌های مختلف است. افزون بر این، بازی‌درمانگری اغلب روندی کند و تدریجی دارد و برای دستیابی به پیامدهای مثبت درمانی باید مدت زمان نسبتاً زیادی منتظر ماند. در حالی که در بسیاری از موارد این مدت زمان طولانی باعث می‌شود بسیاری از خانواده‌ها پیش از رسیدن به نتیجه موردنظر درمانگر، درمان را خاتمه دهند (براتون، ری، راینو جونز، ۲۰۰۵؛ لی بلانس و ریچی، ۲۰۰۱).

در پاسخ به این محدودیت‌ها، به ویژه مشارکت خانواده در فرایند درمان، روش بازی‌درمانگری والدینی^۱ به وجود آمده است. این روی‌آورد نظام‌دار، در واقع ترکیبی از بازی‌درمانگری و رویکردهای خانواده-محور است. چنانچه دست کم یکی از علت‌های اصلی مشکلات کودک، رابطه والدین و کودک در نظر گرفته شود، بازی‌درمانگری والدینی سعی دارد از طریق اصلاح روابط والد-کودک، مشکلات کودک را بهبود بخشد (گورنی، ۲۰۰۳). در روش بازی‌درمانگری والدینی هر دو سوی رابطه به نوبه خود تغییر را تجربه خواهند کرد. والدین مهارت‌های جدید را فرا خواهند گرفت و در رفتارشان با کودک تغییر می‌دهند. به عبارت دیگر، درمانگر به طور غیرمستقیم و از طریق والدین این تغییرات را به حیطة کودک تسریع می‌دهد و کودک در یک فضای ارتباطی جدید که در آن پاسخ‌های متفاوتی از والدین دریافت می‌کند و نیازهای عاطفی و روانی‌اش ارضاء می‌شود، به تدریج ناگزیر از تغییر در واکنش‌های خود خواهد شد. در نتیجه با حضور فعال والدین در درمان، آنچه در جریان درمان کودک به تنهایی رخ می‌دهد می‌تواند بسیار سریع‌تر محقق شود (گارزا، واتس، کینثورثی، ۲۰۰۷).

1. filial therapy

در واقع، در بازی‌درمانگری والدینی می‌توان در مدت زمانی کوتاه‌تر و صرف هزینه‌ای کمتر اصول اصلی بازی‌درمانگری را به والدین آموخت و امیدوار بود که با شرکت دادن مستقیم آن‌ها در درمان علاوه بر تسریع و تشدید روند تغییرات و بهبود اختلال در مراحل مختلف اندازه‌گیری، بر چالش تعمیم نیز غلبه کرد (تاپهم و ونفلیت، ۲۰۱۱). پژوهش‌های انجام شده نیز قابلیت این روش را در درمان مشکلات در فرهنگ‌های مختلف و برای درمان طیف وسیعی از مشکلات تایید کرده است (لندرث و کیدرون، ۲۰۰۷؛ تیو، لندرث، جویئر، سلت، ۲۰۰۲؛ براتون، ری، راین، جونز، ۲۰۰۵؛ سوینی و اسکورجا، ۲۰۰۱).

به رغم فرصت‌ها و مزایای متعدد موجود در بازی‌درمانگری والدینی، برخی در مورد این که والدین بتوانند نقش درمانگر را بر عهده گیرند، تردید دارند و معتقدند والدین کودکانی که مشکلات هیجانی جدی دارند، به آموزش، حمایت و نظارت دراز مدت‌تری نیاز دارند. به علاوه از آنجا که بازی‌درمانگری والدینی به صورت گروهی آموزش داده می‌شود، فرصت کندوکاو دقیق در مشکلات هر کودک فراهم نمی‌آید که در نتیجه ممکن است درمان به هدف‌های مورد انتظار خود دست نیابد (ونفلیت، رایان و اسمیت، ۲۰۰۵).

با توجه به آنچه گفته شد، اگر چه مزایای بسیاری برای بازی‌درمانگری والدینی قابل تصور است و برخی مؤلفان آن‌را در فرهنگ‌های شرقی، که خانواده نقش بسیار مهمی در زندگی کودک دارد، بسیار مؤثرتر از فرهنگ‌های فردگرایانه غربی می‌دانند (علیوند وفا و اسماعیل، ۲۰۱۱)، اما به دلیل دغدغه‌های ذکر شده و عدم پژوهش‌های گسترده در زمینه مقایسه این دو روش، هنوز نمی‌توان با قطعیت کافی روی آورد والدینی را رقیب و یا جایگزین مناسب بازی‌درمانگری فردی دانست. بنابراین پژوهش حاضر برای یافتن پاسخ این پرسش انجام شد که آیا می‌توان بازی‌درمانگری والدینی را نسبت به بازی‌درمانگری کودک محور روش مؤثرتری در درمان مشکلات برونی‌سازی‌شده کودکان دانست.

روش پژوهش

طرح پژوهش: طرح پژوهش حاضر از نوع سری‌های زمانی^۱ با چند گروه است (شکل ۱) و در زمره طرح‌های شبه آزمایشی قرار دارد. در این نوع طرح امکان دو یا چند مقایسه، وجود دارد. رابطه بین متغیر مستقل و وابسته بنا بر اندازه‌گیری‌های مکرر^۲ رفتار آزمودنی پیش از ارایه متغیر مستقل و پس از ارایه آن مورد بررسی قرار می‌گیرد (هومن، ۱۳۸۰). طرح اندازه‌گیری‌های مکرر بدین دلیل مورد استفاده قرار گرفت که می‌توان روند تغییرات رخ داده در هر گروه را در جریان مداخله بررسی کرد. این امر بدین دلیل حایز اهمیت است که در مقایسه دو روش درمانگری علاوه بر نتیجه نهایی، آنچه در خلال جلسه‌ها رخ می‌دهد نیز می‌تواند معیار دیگری برای برای قضاوت و ارزیابی باشد و تصویر روشن‌تری از کل فرایند مداخله در اختیار می‌گذارد.

$$\begin{array}{cccccccccc} E & O_1 & X_1 & O_2 & X_1 & O_3 & X_1 & O_4 & X_1 & O_5 \\ C & O_1 & X_2 & O_2 & X_2 & O_3 & X_2 & O_4 & X_2 & O_5 \end{array}$$

شکل ۱. طرح سری‌زمانی پژوهش با دو گروه آزمایش و کنترل

E= گروه آزمایش، C= گروه کنترل، X_1 = بازی‌درمانگری والدینی X_2 = بازی‌درمانگری

کودک محور O= اندازه‌گیری متغیر وابسته (برونی‌سازی شده)

شرکت کنندگان: جامعه آماری این پژوهش کودکان دختر و پسر پایه‌های اول و دوم دبستان شهر اصفهان در سال تحصیلی ۹۰-۹۱ بود. از این جامعه یک گروه نمونه متشکل از ۱۲ کودک (۸ دختر و ۴ پسر) مقطع اول و دوم دبستان به روش تصادفی چند مرحله‌ای انتخاب شدند که وضعیت اقتصادی- اجتماعی والدینشان متوسط بوده، مادرانشان در رده سنی بیست و پنج تا سی و پنج ساله قرار داشتند و سطح تحصیلات آنها لیسانس به بالاتر بود. برای انتخاب گروه نمونه در مرحله نخست، از میان مناطق شهر اصفهان سه منطقه و در مرحله بعد، از هر منطقه دو مدرسه به تصادف انتخاب شد. در این مرحله برای غربالگری به

1. time-series designs
2. repeated measure

همه والدین کودکان اول و دوم دبستان مدارس منتخب، که شامل ۳۰۰ نفر می‌شدند، فرم فهرست رفتاری کودک آیرگ^۱ ارایه شد. سپس بر اساس نمره ملاک پرسشنامه، تعداد ۳۵ کودک در حیطه مشکلات برونی‌سازی شده قرار گرفتند. به منظور افزایش دقت انتخاب گروه نمونه، پرسشنامه آخنباخ^۲ (۲۰۰۱) نیز اجرا شد و سرانجام تعداد ۲۵ کودک بر اساس نمره برش این پرسشنامه در مقیاس برونی‌سازی شده (برای دختران نمره بالاتر از ۱۱ و برای پسران نمره بالاتر از ۱۳) نیازمند توجه بالینی تشخیص داده شدند. از این میان ۱۶ نفر حاضر به همکاری شدند که به طور تصادفی به دو گروه بازی درمانگری کودک محور و بازی درمانگری والدینی تقسیم شدند. پس از شکل‌گیری گروه‌ها و پیش از شروع مداخله و به فاصله تقریبی یک ماه پس از تکمیل پرسشنامه نخست، از مادران خواسته شد فرم پرسشنامه آخنباخ (۲۰۰۱) را به عنوان پیش‌آزمون دوم تکمیل کنند. عدم شرکت دو کودک در تمامی جلسه‌ها به دلیل بیماری کودک و مسافت زیاد در گروه بازی درمانگری کودک محور و غیبت بیش از اندازه دو مادر به دلیل افسردگی و مشکلات زناشویی حاد والدین در گروه بازی درمانگری والدینی منجر به خارج شدن چهار کودک از ادامه فرایند درمانگری شد و در انتها در هر گروه، ۶ کودک گروه نمونه را تشکیل دادند. پس از آن که یک تا دو جلسه صرف آشنایی با کودک و خانواده وی پیش از شروع مداخله و به دست آوردن اطلاعات کامل از وضعیت آن‌ها شد، کودکان گروه بازی درمانگری کودک محور در ۱۶ جلسه و والدین گروه بازی درمانگری والدینی در ۸ جلسه شرکت کردند.

جدول ۱. ویژگی‌های جمعیت‌شناختی گروه نمونه (N=12)

متغیر	N	متغیر	n
جنس		شغل پدر	
دختر	۸	کارمند	۴
پسر	۴	شغل آزاد	۸
سن کودک		بیکار	۰
۷-۸	۹	تحصیلات مادر	
۸-۹	۳	سیکل	

1. Eyberg child behavior inventory
2. CBCL (Child Behavior Checklist)

۷	دیپلم		سن مادر
۱	فوق دیپلم	۱۰	۲۰-۳۱
۴	لیسانس	۲	۳۱-۴۰
	فوق لیسانس		سن پدر
	دکتر	۵	۲۰-۳۱
	تحصیلات پدر	۴	۴۰-۵۰
۳	سیکل	۳	۵۰-۶۰
۴	دیپلم		مدت ازدواج
	فوق دیپلم	۵	۱-۱۰
۱	لیسانس	۷	۱۰-۲۰
۴	فوق لیسانس		شغل مادر
		۵	شاغل
		۷	خانه دار

ابزارهای پژوهش

۱- سیاهه رفتاری کودک آیرگ: این پرسشنامه یک ابزار خودگزارشی و شامل ۳۶ گویه است، که توسط آیرگ در سال ۱۹۷۸ به منظور اندازه گیری رفتارهای مشکل ساز کودکان و نوجوانان ۱۶-۲ سال طراحی شده است (ویز، لاجوی و لانداهی، ۲۰۰۵). این سیاهه توسط والدین در مقیاس ۷ امتیازی لیکرت از "هرگز" تا "همیشه" نمره گذاری می شود. همچنین با درجه بندی هر ماده به صورت "بله" و "خیر" مشکل ساز بودن رفتارهای کودک از دید والدین تعیین می گردد. این پرسشنامه شامل دو مقیاس شدت و مشکل است. از حاصل جمع درجه بندی فراوانی رفتارها، شدت رفتار و از جمع پاسخ های بله، نمره مشکل رفتاری مشخص می شود (حاجی سیدرضی، ۱۳۸۸). این پرسشنامه از روایی و اعتبار قابل قبولی برخوردار است (کندل، ۲۰۰۶). اعتبار این پرسشنامه در ایران در یک نمونه ۲۰۰ نفری از طریق ضریب آلفای کرونباخ برای مقیاس شدت برابر با ۰/۹۳ و برای مقیاس مشکل برابر با ۰/۹۲ به دست آمد. روایی سیاهه نیز پس از بررسی توسط پنج استاد روانشناسی قابل قبول گزارش شد (حاجی سید رضی، ۱۳۸۸).

۲- **نظام ارزیابی مبتنی بر تجربه آخباخ:** برای سنجش مشکلات برونی سازی شده و درونی سازی^۱ شده کودکان ۱۸-۶ ساله تهیه شده است. این فرم مشکلات کودکان و

1. Internalizing

نوجوانان را در دو بخش و در در هشت عامل یا بعد مضطرب/ افسرده، انزوا/ افسردگی، شکایت‌های جسمانی، مشکلات اجتماعی، مشکلات تفکر، مشکلات توجه، نادیده گرفتن قواعد و رفتارهای پرخاشگرانه ارزیابی می‌کند. از مجموع نمره‌های دو عامل نادیده گرفتن قوانین و رفتار پرخاشگرانه، عامل مشکلات برونی‌سازی شده به دست می‌آید (آخنباخ و رسکورلا، ۱۳۸۴/ ۲۰۰۱). روش نمره گذاری بخش دوم به این طریق است که والدین می‌بایست وضعیت فرزند خود را در هر ماده با انتخاب یکی از سه گزینه نادرست = ۰، تا حدی درست = ۱، و کاملاً درست = ۲ مشخص کنند. برای نمره گذاری بخش دوم، مقیاس‌های مبتنی بر تحلیل عاملی ملاک قرار گرفت و پس از جمع نمره‌های مواد تشکیل دهنده هر مقیاس، نمره مقیاس به دست آمد. این پرسشنامه از روایی و اعتبار قابل قبولی برخوردار است (یانگ استرام، یانگ استرام، استار، ۲۰۰۵). در ایران ضرایب آلفای کرونباخ برای مقیاس‌ها و زیر مقیاس‌های این پرسشنامه بین ۰/۸۷ (برای مقیاس برونی‌سازی شده) و ۰/۷۳ برای (مشکلات اجتماعی) و ضریب اعتبار بازآزمایی در فاصله بین ۵ تا ۸ هفته در دامنه بین ۰/۹۷ برای مقیاس برونی‌سازی شده و تا ۰/۳۹ برای مقیاس مشکلات اجتماعی به دست آمده است (مینایی، ۱۳۸۴).

شیوه اجرا: روش بازی درمانگری کودک محور در هر هفته دو جلسه و هر جلسه به مدت ۴۵ دقیقه در یکی از کلاس‌های مدرسه حسین امین برگزار شد. ساختار این دوره را می‌توان به طور خلاصه اینطور بیان کرد:

- در ابتدای نخستین جلسه قوانین کلی اتاق بازی برای کودکان برشمرده شد. این قوانین شامل، محدودیت زمانی، ممنوعیت زد و خورد جسمانی با کودک دیگر و ممنوعیت تخریب وسایل اتاق بازی بودند. به جز این سه قانون اولیه که تقریباً مورد پذیرش همه بازی‌درمانگران است، محدودیت‌های دیگر بر حسب موقعیت برای کودک وضع شد.

جلسه ۱ تا ۴: صرف برقراری ارتباط بین کودک و درمانگر و محیط بازی شد. درمانگر سعی داشت در طول این سه جلسه با استفاده از راهبردهای برقراری و تقویت رابطه مثبت، چهارچوب ارتباطی پذیرنده‌ای که کودک در آن احساس امنیت و راحتی کند و بتواند به تعمیق احساس هایش بپردازد، ایجاد کند.

جلسه ۴ تا ۱۲: در طی این جلسات هر کودک بر حسب وضعیتی که در آن قرار داشت و بنا به مشکل خود پیش رفت و به بازسازی صحنه‌ها، ایفای نقش‌های معنادار و بازنمایی مسایل و ارتباط‌هایش پرداخت. تمرکز اصلی در این ده جلسه، سوق دادن کودک به سمت تعمیق و فرو رفتن در زیربنایی‌ترین حالت‌ها و احساس‌هایش بود. در این مسیر با استفاده از فنونی مانند پذیرش کامل احساس‌ها و رفتارهای کودک و بازتاب دادن آن‌ها و تفسیر حالت‌ها و انگیزه‌های کودک، به وی کمک شد تا به برونریزی امیال و کشاننده‌های منع شده خود پردازد و پس از تخلیه هیجانی راه‌حل‌های جدیدی برای مسئله خود بیابد. بدون آنکه سعی شود موضوعی بر کودک تحمیل شود و یا رفتار کودک به سمت خاصی هدایت شود، تلاش شد فرایندهای ذکر شده تسهیل و تسریع شوند.

جلسه ۱۲ تا ۱۶: تمامی موضوع‌های شکل گرفته و بیان شده از سوی کودک در طول جلسه‌های پیشین تا رسیدن به سازش یافتگی نسبی و قابل قبول دنبال شدند. در این ۴ جلسه رفته کودکان برای خاتمه درمان و پذیرش اتمام جلسه‌ها آماده گشتند.

یکی از پرکاربردترین و مؤثرترین روش‌های بازی درمانگری والدینی مدل درمانگری لندرت^۱ است. لندرت بر اساس مبانی نظری گورنی (۱۹۶۹) یک مدل درمانی فشرده را برای والدین مطرح کرد. لندرت و براتون (۲۰۰۶) این مدل بازی‌درمانگری والدینی را در ده جلسه سازمان‌دهی کردند و نام آن را مدل درمانگری رابطه والد-کودک^۲ نامیدند. این مدل درمانگری از سخنرانی، بحث، نقش بازی کردن، فرایندهای گروهی و نظارت بر جلسه‌های بازی والدین در خانه تشکیل شده است. در گروه بازی‌درمانگری والدینی شش والد در جلسه‌های سه ساعته برای یک بار در هفته و به مدت هشت هفته در سالن سخنرانی مدرسه حسن امین شرکت داشتند. شرح جلسه‌ها در ادامه خواهد آمد:

جلسه ۱: والدین به معرفی خود و خانواده هایشان و شرح ویژگی‌های فرزند خود پرداختند. اهداف درمانی توسط درمانگر شرح داده شد و تاکید آموزش در این جلسه بر

1. Landreth, G. L.

2. Child Parent Relationship Therapy (CPRT)

پیدایش حساسیت درباره فرزندان و دادن پاسخ همدلانه بود. جلسه اول با دادن تکالیفی درباره آشنایی و شناخت هیجان‌های کودک و دادن پاسخ‌های انعکاسی پایان یافت.

جلسه ۲: در این جلسه درمانگر با مرور جلسه قبلی، پاسخدهی همدلانه را از طریق نقش بازی کردن و نمایش فیلم با جزئیات بیشتری آموزش داد. والدین به اتاق بازی رفتند تا با فضای بازی آشنا شوند. فهرستی از اسباب بازی‌های مورد نیاز به والدین ارایه شد. زمان و مکانی مناسب برای برگزاری جلسات بازی در خانه توسط والدین انتخاب و مشخص گشت. درمانگر والدین را برای نخستین جلسه بازی آماده کرد.

جلسه ۳: با مرور تکالیف جلسات قبل، درمانگر در این جلسه بر بررسی نخستین جلسه بازی در منزل تمرکز کرد. مهارت بازی با کودک و شمه‌ای از روش تعیین حد و مرزها از مطالب این جلسه بود. والدین آموزش دیدند که چگونه پس از هر جلسه بازی به نوشتن شرح آن جلسه بپردازند.

جلسه ۴: والدین دومین جلسه بازی را برگزار کرده و مشکلات این جلسه را برای درمانگر شرح دادند. درمانگر با توجه به مشکلات آن‌ها، برای پاسخ سوال‌ها از روش نقش بازی استفاده کرد. در این جلسه والدین تعیین حد و مرزها و انتخاب گزینه‌ها را با روش نقش بازی تمرین کردند.

جلسه ۵ تا ۷: در جلسه پنجم یک فیلم ویدیویی برای نمایش چگونگی آزادی عمل دادن به بچه‌ها پخش شد. در طی این جلسات حداقل یک بار باید فیلمی ضبط شده از جلسه بازی یکی از والدین با کودکانشان، نمایش داده شد و والدین در مورد درستی‌ها و اشتباهات رفتار والد در فیلم ضبط شده، نظر دادند. در طی تمامی این جلسات گزارش دادن جلسات بازی توسط والدین و آموزش توسط درمانگر ادامه پیدا کرد. در جلسات آخر درمانگر به نگرانی‌های والدین در باره مشکلات دراز مدت و بحرانی کودکان پاسخ داد. تکنیک‌های افزایش عزت نفس، ترغیب به جای تحسین و محدودیت دادن به صورت پیشرفته همراه با حق انتخاب محتوای این جلسات بود.

جلسه ۸: گزارش کلی جلسات بازی از والدین دریافت شد. درمانگر اصول بازی درمانگری والدینی را مرور کرد و والدین ارزیابی خود در مورد این تجربه و نحوه تغییر خود

و فرزندانشان و تغییر سایر والدین را با یکدیگر در میان گذاشتند. به علاوه آن‌ها تشویق شدند تا نقش خود را بپذیرند و جلسات بازی را با فرزند خود ادامه دهند.

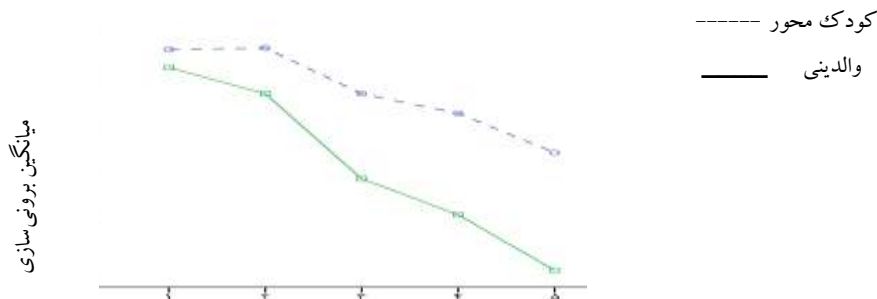
در این پژوهش اجرای پرسشنامه‌ها توسط کارشناس ارشد مشاوره و اجرای طرح توسط مولف اصلی این مقاله (کارشناس ارشد روانشناسی) انجام شد. برای تشویق والدین به مشارکت در گروه بازی درمانگری کودک محور، درمانگر متعهد شد پس از پایان پژوهش یک دوره بازی درمانگری والدینی برای این گروه اجرا کند. گروه دیگر نیز می‌توانستند، پس از پایان دوره از ۴ جلسه مشاوره رایگان بهره‌مند شوند. مادران در گروه کودک محور در پایان جلسه‌های چهارم، هشتم، دوازدهم و شانزدهم و در گروه بازی درمانگری والدینی در جلسه‌های دوم، چهارم، ششم و هشتم، بار دیگر پرسشنامه آخنباخ را به عنوان پس‌آزمون تکمیل کردند. تحلیل داده‌ها به منظور بررسی مساله اصلی پژوهش از طریق آزمون تحلیل واریانس اندازه‌گیری مکرر انجام شد.

یافته‌های پژوهش

مشخصه‌های توصیفی متغیر برونی‌سازی شده دو گروه بازی‌درمانگری کودک محور و بازی درمانگری والدینی در یک مرحله پیش‌آزمون و چهار مرحله پس‌آزمون در جدول ۲ نشان داده شده است. همانگونه که در این جدول و شکل ۱ دیده می‌شود در هر دو گروه به طور کلی میانگین مشکلات برونی‌سازی شده در طی جلسه‌ها کاهش یافته، اما میزان کاهش در گروه بازی‌درمانگری والدینی سریعتر و بیشتر بوده است. به علاوه نتایج به دست آمده از افرادی که از دو گروه نمونه ریزش داشتند، نشانگر کاهش قابل توجه میانگین رفتارهای برونی‌سازی شده کودکان در طی پس‌آزمون اول و دوم در گروه بازی‌درمانگری والدینی و در طی پس‌آزمون دوم به بعد در گروه کودک محور بود.

جدول ۲. میانگین و انحراف استاندارد ۵ مرحله اندازه‌گیری
به تفکیک گروه‌ها

بازی‌درمانگری		
زمان اندازه‌گیری	کودک محور	والدینی
پیش‌آزمون		
M	۲۷/۸۳	۲۶/۵۰
SD	۴/۷۵	۳/۴۶
پس‌آزمون ۱		
M	۲۸	۲۳/۳۳
SD	۵/۲۱	۴/۷۱
پس‌آزمون ۲		
M	۲۳/۳۳	۱۴/۶۶
SD	۶/۳۱	۴/۵۰
پس‌آزمون ۳		
M	۲۱/۳۳	۱۱
SD	۵/۰۴	۳/۵۲
پس‌آزمون ۴		
M	۱۷/۳۳	۵/۳۳
SD	۳/۰۷	۲/۳۳



نمودار ۱. میانگین رفتارهای بروننی سازی شده دو گروه بازی درمانگری کودک محور و

والدینی

به منظور بررسی این مطلب که آیا روند کاهش میانگین نمره‌های رفتارهای بروننی سازی شده در مراحل پنجگانه آزمون بین دو گروه مورد مطالعه از لحاظ آماری نیز معنادار است از روش اندازه گیری مکرر استفاده شد. بررسی مفروضه‌های مدل نشان داد که مقدار M باکس برای بررسی فرضیه برابری ماتریس کوواریانس مشاهده شده متغیر مستقل در بین گروه‌ها برابر با $۳۲/۳۲۴$ و با درجات آزادی به ترتیب برابر با ۱۵ و $۴۰۲/۶$ از لحاظ آماری معنادار نیست ($p=۰/۳۸۴$). بنابراین، می‌توان نتیجه گرفت که از مفروضه مدل‌های چندمتغیری (نرمال بودن توزیع چندمتغیری) انحراف صورت نگرفته است. اما مشخصه کرویت موشلی برای بررسی مفروضه مدل‌های تک‌متغیری برابر با $۰/۰۳۶$ با مجذور کای $۲۸/۶$ به دست آمد که با درجه آزادی ۹ در سطح $۰/۰۱$ معنادار بود. از سوی دیگر برای مشخصه گرین‌هاوس گیسر که به ویژه برای نمونه‌های کوچک و به عنوان یک تعدیل محافظه کارانه کاربرد دارد، معنادار نبود ($p=۰/۹۳۴$). از سوی دیگر، مشخصه آزمون لون برای برابری واریانس‌های خطا نیز برای هر پنج آزمون محاسبه و به ترتیب برابر با $۰/۹۷۲$ ، $۰/۰۰$ ، $۱/۹۷$ ، $۱/۳۷$ و $۲/۱۲$ به دست آمد که با درجات آزادی ۱ و ۱۰ هیچ‌یک از لحاظ آماری معنادار نبود. بنابراین، می‌توان نتیجه گرفت که واریانس‌های خطا برای متغیر وابسته در گروه‌های مورد مطالعه برابر است.

جدول ۳. خلاصه نتایج تحلیل اندازه‌های مکرر برای مقایسه میانگین‌های برونی‌سازی شده دو گروه

مورد مطالعه				
منبع پراش	Df	SS	MS	F
بین‌آزمودنی				
گروه	۱	۸۴۳/۷۵	۸۴۳/۷۵	۱۱/۱۳**
خطا	۱۰	۷۵۷/۶۳	۷۵/۷۶	
درون‌آزمودنی				
گروه	۱	۱۹۸۴/۵۳	۱۹۸۴/۵۳	۱۴۲/۰۹**
گروه × زمان	۱	۲۰۲/۸۰	۲۰۲/۸۰	۱۴/۵۲**
خطا	۱۰	۱۳۹/۶۶	۱۳/۹۶	

** $P < 0.01$. * $P < 0.05$.

چنانکه در جدول ۳ مشاهده می‌شود مشخصه F بین آزمودنی‌ها برای متغیر گروه برابر با ۱۱/۱۳ و از لحاظ آماری معنادار است. بنابراین می‌توان نتیجه گرفت که به گونه کلی بین میانگین‌های متغیر برونی‌سازی دو گروه بازی‌درمانگری کودک محور و بازی‌درمانگری والدینی تفاوت معنادار وجود دارد. مشاهده مقادیر جدول ۲ نشان می‌دهد که در همه مراحل اندازه‌گیری میانگین گروه بازی‌درمانگری والدینی کمتر از بازی‌درمانگری کودک محور است. از سوی دیگر، مشخصه‌های F درون‌آزمودنی‌ها نیز هم برای گروه (F=۱۴۲/۰۹) هم برای تعامل گروه و زمان (دوره اندازه‌گیری) (F=۱۴/۵۲) معنادار است. بدین ترتیب می‌توان نتیجه گرفت که در همه مراحل اندازه‌گیری نیز بین دو گروه تفاوت معنادار وجود دارد.

بحث و نتیجه‌گیری

نتایج پژوهش نشان داد، هر دو روش بازی‌درمانگری در کاهش مشکلات برونی‌سازی شده کودکان مؤثر است. با این حال بازی‌درمانگری والدینی بیش از بازی‌درمانگری کودک محور موجب کاهش این مشکلات شده است. پژوهش‌های بسیاری از اثربخشی هر یک از این دو روش به تنهایی حمایت کرده‌اند. بسیاری از پژوهشگران بازی‌درمانگری را روش

مؤثری در کاهش مشکلات برونی‌سازی شده کودکان معرفی کرده‌اند (ری، ۲۰۰۶؛ جعفری و همکاران، ۲۰۱۱). از سوی دیگر شواهد متعددی از اثربخشی بازی‌درمانگری والدینی در کاهش مشکلات رفتاری کودکان حمایت می‌کنند. برای مثال، گروسکویک و گوتزه (۲۰۰۸) بازی‌درمانگری والدینی کوتاه مدت را در کاهش مشکلات رفتاری کودکان و افزایش همدلی و توجه مثبت اثربخش دانستند (گروسکویک و گوتزه، ۲۰۰۸).

چندین پژوهش بازی‌درمانگری والدینی مدل لندرت را در کاهش مشکلات رفتاری کودکان، بهبود رابطه والد-فرزند، کاهش و افزایش آگاهی والدین از امر والدگری مؤثر گزارش کردند (تایلر و همکاران ۲۰۱۱؛ جانگ، ۲۰۰ و کانرز-هلت، ۲۰۱۰). افزون بر این پژوهش‌ها، نتایج دو فراتحلیل درباره بازی‌درمانگری حاکی از آن بود که میزان تأثیر بازی‌درمانگری با شرکت والدین در طرح درمان و طول دوره درمان در ارتباط است (براتون و همکاران، ۲۰۰۶؛ لی بلانس و ریچی، ۲۰۰۱).

بنابراین، بر اساس یافته‌های چندین پژوهش قبلی مبنی بر اهمیت حضور والدین در جریان درمان، یافته‌های پژوهش حاضر تا حد زیادی هماهنگ و مؤید یافته‌های قبلی است. با این وجود، در تنها پژوهشی که توسط اسمیت (۲۰۰۰) در مقایسه بین این دو روش انجام شده، تفاوت قابل توجهی بین اثربخشی این دو روش در کاهش مشکلات برونی‌سازی شده مشاهده نشده است (اسمیت، ۲۰۰۰). نتایج این پژوهش، با نتایج به دست آمده از پژوهش حاضر همخوانی ندارد. به نظر می‌رسد یکی از عوامل این ناهمخوانی آن است که اسمیت (۲۰۰۰) نتایج اجرای بازی‌درمانگری کودک محور را از مطالعه دیگری که چند سال قبل انجام شده بود به دست آورده و با نتایج حاصل از اجرای بازی‌درمانگری والدینی در پژوهش خود مقایسه کرده بود. بدین ترتیب، عامل زمان و برخی متغیرهایی ناشناخته که کنترل آن‌ها امکان‌پذیر نبوده است، می‌تواند تردیدهایی درباره صحت نتایج ایجاد کند و در نتیجه نمی‌توان تنها بر اساس این پژوهش عدم تفاوت دو روش را پذیرفت. از سوی دیگر، شاید بتوان نقش پررنگ‌تر خانواده در جوامع شرقی نسبت به جوامع غربی را علت این یافته دانست. در فرهنگ‌های شرقی که هویت فرد تا حد زیادی بر اساس خانواده و جایگاه وی در خانواده تعریف می‌شود، در نظر گرفتن خانواده معنای متفاوتی با فرهنگ‌هایی دارد که بر هویت

فردی و استقلال فرد حتی از سنین پایین پافشاری می‌کنند (خدایاری فرد، رهم خدایاری فرد، ۲۰۰۷؛ سویینی و اسکورجا، ۲۰۰۱)

در توجیه اثربخشی بیشتر بازی درمانگری والدینی نسبت به بازی درمانگری کودک محور چندین تبیین می‌تواند مدنظر قرار گیرد:

در هر دو رویکرد والدینی و کودک محور، کودک از مزایای ارتباط همدلانه با یک بزرگسال بهره مند می‌شود. با این وجود با توجه به اهمیت ارتباط منحصر به فرد والد-کودک (گارزا و همکاران، ۲۰۰۷)، شکل‌گیری این نوع ارتباط با والد که نزدیکترین فرد به کودک در تمام گستره زندگی است- از اهمیت و مزایای بیش‌تری برخوردار است (گارزا و بروهن، ۲۰۱۱). افزون بر این، تسریع در برقراری رابطه والد-کودک از جمله مزایای دیگر ایجاد رابطه همدلانه بین والد-کودک است. تسریع جریان درمان به این خاطر است که در جریان بازی درمانگری کودک محور، چند جلسه اول تنها به برقراری رابطه درمانگر و کودک متمرکز است و حتی در برخی کودکان، ایجاد این رابطه به زمان بیشتری نیاز دارد؛ در حالی که در بازی درمانگری والدینی این ارتباط از پیش وجود دارد و تنها باید بازسازی شود. در نتیجه نسبت به ایجاد یک رابطه اعتماد آمیز جدید بین درمانگر و کودک، مدت زمان کمتری برای بازسازی رابطه بین مادر و والد نیاز است (گورنی، ۲۰۰۳). از سوی دیگر در بازی درمانگری کودک محور تنها کودک است که تغییر می‌کند و ممکن است عدم تغییر افراد دیگر خانواده نتایج تغییر رفتار کودک را نیز به مرور از بین ببرد. در حالیکه بر اساس مبانی نظری بازی درمانگری والدینی، مراجع نه کودک است نه والد، بلکه رابطه بین والد-کودک است که دچار مشکل شده است. این رویکرد یک نگاه سیستماتیک به مشکلات دارد و بر آن است که با اصلاح رابطه والد-کودک بسیاری از مشکلات کودک را بهبود بخشد.

به عبارت دیگر یکی از پیامدهای این روش اصلاح رفتار والدین است. در این روش آگاهی والدین از آنچه که جزو ویژگی‌های تحولی کودک محسوب می‌شود افزایش یافته و نگرش آن‌ها نسبت به رفتاری که تا پیش از آن به عنوان اختلال و مشکل شناخته می‌شد تغییر می‌کند. بدیهی است که در نتیجه این تغییرات و نیز در پی افزایش توانایی و

خوداثرمندی والدین، بازخورد صحیح والدین نسبت به مسایل و مشکلات فرزندان حاصل می‌شود (گورنی، ۱۹۶۴، لندرت و براتون، ۲۰۰۶). عامل تاثیر گذار دیگر تغییر ادراک کودک از والد و در نتیجه تغییر رفتار کودک است که در نتیجه تغییر رفتار والدین حاصل می‌شود. با تغییر رفتار کودک و تغییر رفتار خانواده بسیاری از مشکلات برونی‌سازی شده که ریشه در تعاملات پرخاشگرانه محیط دارد، بهبود می‌یابد (ونفلیت، ۲۰۱۱). نکته قابل توجه آن است که همه این آثار مثبت را می‌توان در تعداد جلسه‌های نسبتاً پایینی شاهد بود. در حالی که برطبق فراتحلیل براتون و همکاران (۲۰۰۵)، بازی درمانگری کودک محور بین ۳۵-۳۰ جلسه اثر بخش خواهد بود و تعداد جلسات پایین‌تر از اثربخشی آن می‌کاهد (براتون و همکاران، ۲۰۰۵). بنابراین، مسئله مدت زمان طولانی و به دنبال آن هزینه بالای درمان که مانع از تمایل والدین به شروع یا ادامه بازی درمانگری می‌شود، با وارد کردن والدین به عنوان عاملان تغییر یا درمان تا حد زیادی قابل حل خواهد بود.

به علاوه بررسی دقیق‌تر کاهش میانگین رفتارهای برونی‌سازی شده کودکان در طی جلسات منجر به درک بیشتر دلایل اثر بخشی بازی درمانگری والدینی می‌گردد. بر طبق یافته‌ها هرچند میانگین رفتارهای برونی‌سازی شده کودکان در این گروه در تمام مراحل پس آزمون کاهش یافت، اما مقایسه میانگین هر مرحله با مرحله بعد تفاوت معنادار میانگین‌ها را تنها در فاصله پس آزمون اول و دوم و پس آزمون سوم و چهارم برجسته کرد. برای تبیین این یافته‌ها باید به آنچه در فاصله جلسات بازی درمانگری والدینی رخ داده اشاره کرد. در فاصله پیش آزمون تا پس آزمون اول، به دلیل برگزار نشدن جلسات بازی والد با فرزند در منزل و در نتیجه عدم ایجاد ارتباط همدلانه با کودک، کاهش نشانه‌ها مشاهده نمی‌شود. اما در فاصله پس آزمون اول تا دوم دلیل کاهش سریع نشانه‌ها ناشی از برگزاری جلسه بازی در خانه توسط والدین است. با توجه به اهمیت ارتباط منحصر به فرد والد کودک، برقراری یک ارتباط همدلانه با والد از شدت نشانه‌های رفتاری کاسته است. از سوی دیگر، در فاصله پس آزمون دوم تا سوم، جلسات آموزش والدین بر تکنیک‌های حق انتخاب دادن، محروم کردن و افزایش عزت نفس برای کاهش نشانه‌های رفتاری کودکان در جریان بازی متمرکز بوده است. از آنجا که بر طبق مدل بازی درمانگری لندرت مهارت‌های آموزش

داده شده برای حل مشکلات رفتاری کودکان، در ابتدا در جلسات بازی تمرین می‌شوند و در موقعیت‌های خارج از جلسه بازی به اجرا در نمی‌آیند، کاهش قابل توجه نشانه‌ها در این مرحله مشاهده نمی‌شود. سپس در پس‌آزمون سوم تا چهارم والدین مهارت‌هایی را که در بازی آموختند به موقعیت‌های خارج از جلسه بازی تعمیم دادند. در نتیجه در طی جلسات پایانی که والدین پس از چندین جلسه تمرین، مهارت‌های لازم را در برخورد با فرزند خود به دست آوردند و آن مهارت‌ها را در موقعیت‌های زندگی روزمره اجرا کردند، شیب کاهش نشانه‌ها افزایش یافت.

از سوی دیگر در بازی‌درمانگری کودک محور در فاصله پس‌آزمون اول به دلیل برون‌ریزی هیجانات، و برقراری ارتباط با درمانگر مشکلات برونی‌سازی شده کودکان تا حدی افزایش یافته و در پس‌آزمون‌های دوم، سوم و چهارم کاهش تدریجی نمره‌ها مشاهده می‌شود. در این میان طی جلسات آخر یا پس‌آزمون چهارم سیر نزولی نمره‌ها نسبت به جلسات دیگر افزایش یافته است که می‌توان آن را ناشی از نزدیک شدن به جلسات پایانی درمان و در نتیجه بهبود اختلال‌های کودک دانست.

نکته قابل توجه دیگر سوگیری اعتبار درونی پژوهش بود. در این پژوهش انتخاب آزمودنی‌ها به طور کامل تصادفی نبود و در آخر سعی شد کودکانی را در گروه نمونه قرار دهیم که والدین متعهد به شرکت در تمامی جلسات شدند. به عبارت دیگر این مادران مشتاق‌تر بوده و احتمالاً این اشتیاق مادران در درمان کودکان موثر بوده است. از جمله عوامل منفی تاثیر گذار دیگر بر این اعتبار می‌توان به افت آزمودنی‌ها، اجرای پیش‌آزمون اشاره کرد.

از سوی دیگر اگرچه ابزارهای این پژوهش کاملاً پوشاننده مشکلات برونی‌سازی شده کودکان بود، اما ابزارهای آیبیرگ و آخنباخ با یکدیگر همپوشانی داشتند. دلیل انتخاب هردوی آن‌ها کوتاه بودن تست آیبیرگ و امکان اجرای آن برای غربالگری اولیه کودکان دارای مشکلات برونی‌سازی شده در گروه وسیع‌تری از والدین و در مدت زمانی کوتاه بود. به علاوه از آنجا که تست آخنباخ جامع‌تر بوده و مشکلات را به طور کامل مورد سنجش

قرار می‌دهد این تست پس از غربالگری اولیه در همه مراحل پیش آزمون و پس آزمون برای سنجش مشکلات کودکان اجرا شد.

در اجرای این پژوهش برنامه مداخله طبق انتظار پیش رفت. به علاوه به جز چند والد که در میانه راه شرکت در جلسات را رها کردند، شرکت کنندگان دیگر همان ویژگی‌هایی را داشتند که مد نظر پژوهشگر بود و میزان مشارکت آن‌ها در طی زمان برگزاری پژوهش رضایت بخش بود.

بنابر نتایج به دست آمده، این پژوهش تلویحات مهمی را در زمینه درمان اختلال‌های برونی سازی شده در اختیار درمانگران قرار می‌دهد. بنابراین هدف این پژوهش در حیطه کاربردی، یافتن راهکار درمانی مؤثر برای مشکلات برونی‌سازی شده کودکان به طور خاص و ارتقا بهداشت روانی در نخستین سال‌های زندگی کودک به طور کلی است. یافته‌های این پژوهش کمک شایانی به درمانگران، متخصصان بهداشت روانی، مربیان و والدین در انتخاب شیوه درمانگری و مواجهه با مشکلات کودک خواهد کرد. افزون بر کاربردهای مهم مذکور، پژوهش حاضر به مشخص کردن دقیق مرزهای دو روی آورد بازی درمانگری کمک خواهد کرد و راه را برای پژوهش‌های بالینی با هدف وضوح تمایزها و افزودن دقت و صراحت بیشتر در انتخاب روش‌های درمانگری با توجه به مشکلات پیش رو هموار خواهد ساخت.

در نهایت با وجود آن‌که به نظر می‌رسد بازی درمانگری والدینی در مقایسه با بازی درمانگری کودک محور شیوه مؤثرتری در کاهش مشکلات برونی‌سازی شده است، انتخاب این روش برای درمان اختلال‌های کودکان نیاز به بررسی موقعیت خانواده، توانایی و سلامت روان والدین و شدت اختلال کودک دارد. چنانچه والدین در مرز بالینی مشکلات روان‌شناختی قرار داشته و یا دارای مشکلات شدید زناشویی باشند، این روش مؤثر نخواهد بود. به علاوه بررسی دقیق‌تر دلایل اثر بخشی بازی درمانگری والدینی مانند کاهش تنیدگی^۱ و افزایش خود اثرمندی والدین^۲ از جمله مسائلی است که در این پژوهش بدون پاسخ باقی

-
1. parental stress
 2. maternal efficacy

مانده‌اند. محدود بودن حجم نمونه، اجرای پژوهش در یک گروه سنی محدودی از کودکان، عدم استفاده از ابزارهای کیفی و عدم پیگیری پیامدهای درمانگری مهمترین محدودیت‌های این پژوهش بودند. اجرای این پژوهش در گروه وسیع‌تری از کودکان، پیگیری نتایج و اجرای بازی درمانگری کودک محور در ۳۰ تا ۳۵ جلسه از پیشنهادات این پژوهش است. به علاوه پیشنهاد می‌شود بازی درمانگری والدینی در گروه وسیع‌تری اجرا شده، تاثیر متغیرهای واسطه‌ای مانند تنیدگی و خوداثرمندی والدین بر اثربخشی این روش سنجیده شود. همچنین سلامت روان والدین و وضعیت زندگی زناشویی آنان در ابتدا توسط درمانگر ارزیابی شده و در صورت وجود مشکلات زناشویی جدی یا عدم سلامت روان والدین این روش با دیگر روش‌های سیستمی درمان کودک تلفیق شود.

منابع

- آخنباخ، ت. و رسکورلا، ل. (۱۳۸۴). کتابچه راهنمای فرم‌های سن مدرسه نظام مبتنی بر تجربه آخنباخ (ASEBA)، ترجمه شده توسط ا. مینایی، تهران: پژوهشکده کودکان استثنایی. (تاریخ انتشار اثر اصلی ۲۰۰۱).
- بیات، م. (۱۳۸۷). بررسی اثربخشی بازی درمانی گروهی کودک محور بر کاهش نشانه‌های برونی سازی شده‌ی کودکان. پایان نامه‌ی کارشناسی ارشد. دانشگاه شهید بهشتی.
- طالعی، ع. (۱۳۸۸). بررسی اثربخشی برنامه فرزندپروری مثبت بر مشکلات رفتاری دختران و خود کارآمدی والدینی مادران. پایان نامه کارشناسی ارشد و روانشناسی مشاوره مدرسه، تهران: دانشگاه شهید بهشتی.
- غباری بناب، ب. پرنده، ا. فیروزجاه، ع. موللی، گ. و نعمتی، ش. (۱۳۸۸). میزان شیوع مشکلات رفتاری دانش آموزان مقطع ابتدایی شهر تهران. پژوهش در حیطه کودکان استثنایی. ۹، ۲۳۸-۲۳۳.
- لندرث، گ. (۱۳۹۰). بازی درمانی هنربرقراری ارتباط. ترجمه ف. داوورپناه. تهران: رشد. (تاریخ انتشار اثر به زبان اصلی، ۲۰۰۲).
- هومن، ح. (۱۳۸۰). شناخت روش علمی در علوم رفتاری (چ. چهارم). تهران: نشر پارسا.

- Achenbach, T. M. & Rescorla, L. A. (2001). *ASEBA school age forms profiles*. Burlington: University of Vermont, research center for children, youth & families.
- Alivand-Vafa, M. Ismaili, H. (2010). Parents as agents of change: what filial therapy has to offer? *Social and Behavioral Sciences*, 5, 2165-2173.
- Baggerly, J. & Parker, M. (2005). Child-centered group play therapy with African American boys at the elementary school level. *Journal of Counseling & Development*, 83, 387-396.
- Bratton, S. Ray, D. Rhin, T. & Jones, L. (2005). The efficacy of play therapy whit children: A meta-analytic review of treatment outcomes. *Professional Psychology: research and practice*, 36(4), 376-390.
- Broidy, L. M. Nagin, D. S. Tremblay, R. E. Bates, J. E. Brame, B. Dodge, K. A. Fergusson, D. Horwood, J. L. Loeber, R. Laird, R. Lynam, D. R. Moffitt, T. E. Pettit, G. S, & Vitaro, F. (2003). Developmental Trajectories of Childhood Disruptive Behaviors and Adolescent Delinquency: A Six-Site, Cross-National Study. *Developmental Psychology*, 39, 222-245.
- Carnes-Holt, K. (2012). Child-Parent Relationship Therapy for Adoptive Families. *The Family Journal*, 20 (4), 419-426.
- Garza, Y. Brruhn, R. A. (2011). Empathy in Play Therapy: A Case Analysis through Two Theoretical Perspectives. *Psychology of empathy*. Danielle, J (EDITOR). Nova sciense publisher. 167-184.
- Garza, Y. & Bratton, S. C. (2005). School-based child-centered play therapy with Hispanic children: Outcomes and cultural considerations. *International Journal of Play Therapy*, 14(1), 51-79
- Garza, Y. Watts, R. E. & Kinsworthy, S. (2007). Filial Therapy: A Process for Developing Strong Parent-Child Relationships. *Counseling and therapy for couples and families*, 15(3), 277-281.
- Grskovic, J. A. & Goetze, H. (2008). Short-term filial therapy with German mothers: Findings from a controlled study. *International Journal of Play Therapy*, 17(1), 39-51.
- Guerney, B. Jr. (1964). Filial therapy: Description and rationale, *Journal of Consulting Psychology*, 28(4), 304-310.
- Guerney, B. Jr. (2003). Filial play therapy. In C. Schaefer (Ed.), *Foundations of play therapy* (pp. 99-142). Canada: John Wiley & Sons
- Jafari, N. Mohamadi, M. R. Khanbani, M. Farid, S. Chiti, P. (2011). Effect of play therapy on behavioral problems of maladjusted preschool children, *Iranian j psychiatry*, 6, 37-42.
- Jong, M. (2000). Effectiveness of filial therapy for Korean parents. *International Journal of Play Therapy*, 9(2), 21-38.
- Jongsma, A. E. Petersone, A. Mclinns, W.P. & Berghise, D. (2003). *The child psychotherapy, progress notes planner*, (2ed). New Jersey: John Wiley & Sons.

- Kendall, P. C. (2006). *Child and adolescent therapy, cognitive-Behavioral Procedures*. New York: The Guilford Press.
- Khodayarifard, M. Rehm, L. P. & khodayarifard, S. (2007). Psychotherapy in Iran: A case study of cognitive behavioral family for Mrs. A *Journal of Clinical Psychology*, 63(8), 745-753.
- Landreth, G. L. & Bratton, S. C. (2006). *Child parent relationship therapy (CPRT): A 10-session filial therapy model*. New York: Routledge.
- Landreth, G. L. & Kidron, M. (2010). Intensive child parent relationship therapy with Israeli parents in Israel. *International Journal of Play Therapy*, 19(2), 64-78.
- Leblance, M. & Ritchie, M. (2001). Ameta-analysis of play therapy outcomes. *Counseling Psychology Quarterly*. 14(2). 149-163.
- Ray, D. (2006). Evidence-Based Play Therapy In C. E. Schaefer & H.G. Kaduson (Ed.), *Contemporary Play Therapy: Theory, Research, and Practice*. (pp. 136-157). New York, London: The Guilford Press.
- Smith, N. (2000). *A comparative analysis of filial therapy: Intensive individual play therapy and intensive sibling group play therapy with child witnesses of domestic violence*. Doctoral dissertation, University of North Texas, Denton.
- Sweeny, D, S. Skurja, C. (2001). Filial therapy as a cross-cultural family intervention. *Asian Journal of Counseling*, 8(2), 175-208.
- Taylor, D. D. Purswell, K. Lindo, N. Jayne, k. & Fernando, D. (2011). The impact of child parent relationship therapy on child behavior and parent-child relationships: An examination of parental divorce. *International Journal of Play Therapy*, 20(3), 124-137.
- Tew, K. Landreth, G, L. Joiner, K, D. & Solt, M, D. (2002). Filial therapy with parents of chronically ill children. *International Journal of Play Therapy*, 11(1), 79-100.
- Topham, G. L. & VanFleet, R. (2011). Filial therapy: A structured and straight forward approach to including young children in family therapy. *Australian and New Zealand Journal of Family Therapy*, 32, 144-158.
- Vanfleet, R. (2011). Filialtherapy: what every play therapist should know? *British Association of Play Therapy* .67, 18-24.
- VanFleet, R. Ryan, S. D. & Smith, S. (2005). Filial therapy: A critical review. In L. Reddy & C. E. Schaefer (Eds.), *empirically based play interventions for children*. (pp. 241-264). Washington, DC: American Psychological Association.
- Weis, R. Lovejoy, M. C. & Lundahi, W. (2005). Factor structure and discriminative validity of Eyberg Child Behavioral Inventory with young children. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, 27(4), 269-278.

Youngstrom, E. Youngstrom, J.K. & Starr, M. (2005). Bipolar diagnoses in community mental health: Achenbach child behavior checklist profiles and patterns of comorbidity. *Biol Psychiatry*, 58(7):569-75.