

بازی درمانگری بی‌رهنمود در کودکان مبتلا به مشکلات درونی سازی شده

Nondirective Play – Therapy for Children with Internalized Problems

Maryam Bayat
Postgraduate Student
Shahid Beheshti University

مریم بیات
دانشجوی کارشناسی ارشد
دانشگاه شهید بهشتی

Abstract

This study examined the efficacy of nondirective play-therapy in reducing internalized problems (such as anxiety, depression and withdrawal) among preschoolers. 10 children scoring abnormally high on the Child Behavior Checklist completed by their mothers (CBCL; Achenbach & Rescorla, 2001) were selected. This group received 16 sessions of nondirective play-therapy during seven weeks. After the fourth, eighth, twelfth, and sixteenth sessions, all children's mothers again completed the CBCL. The data were analyzed using repeated measures analysis. The results revealed a significant reduction in the scores of internalized problems scale. Implications for prevention and treatment of early onset of internalized problems were discussed.

Key words: non-directive play therapy, internalized problems, pre-schoolers.

Contact information: maryam_bayat_1001@yahoo.com

چکیده

در این پژوهش به بررسی اثربخشی بازی درمانگری بی‌رهنمود بر کاهش رفتارهای درونی‌سازی‌شده در کودکان پیش دبستانی که بر اساس فهرست رفتاری کودک (CBCL، آشنباخ و رسکورلا، ۲۰۰۱) در حیطه مشکلات درونی‌سازی‌شده (اضطراب، افسردگی و کناره‌گیری) نیازمند توجه بالینی بودند به عنوان گروه نمونه انتخاب شدند. این کودکان در قالب گروه‌های دو نفره در طی هفت هفته در ۱۶ جلسه بازی درمانگری شرکت کردند. مادران این کودکان پس از پایان جلسه‌های چهارم، هشتم، دوازدهم و شانزدهم فرم‌های CBCL را در مورد فرزندان خود تکمیل کردند. نتیجه آزمون اندازه‌گیری‌های مکرر نشان داد، نمره‌های مقیاس درونی‌سازی شده به‌طور معناداری کاهش یافت. اهمیت عملی یافته‌های پژوهش در ارتباط با یافته‌های پیشین در قلمرو پیشگیری و درمانگری اختلال‌های درونی‌سازی‌شده زودرس مورد بحث قرار گرفت.

واژه‌های کلیدی: بازی درمانگری بی‌رهنمود، مشکلات درونی‌سازی شده، کودکان پیش‌دبستانی.

received : 16 Feb 2008

دریافت : ۸۶/۱۱/۲۸

accepted : 13 Apr 2008

پذیرش : ۸۷/۱/۲۵

مقدمه

پس از چندین دهه پژوهش در زمینه روان‌شناسی مرضی و برخلاف باور ابتدایی، نشان داده شد که کودکان و نوجوانان نیز در معرض خطر بالای ابتلای به اختلالهای روانی قرار دارند و در مجموع بین ۱۴ تا ۲۲ درصد از کودکان و نوجوانان با انواع مشکلات و اختلالهای رفتاری و هیجانی دست به گریبانند (زنگ، ۲۰۰۷؛ ماش و دوزویس، ۱۹۹۶). اختلالهای هیجانی و رفتاری کودکان و نوجوانان به دو دسته کلی اختلالهای برون‌سازی‌شده^۱ و اختلالهای درونی‌سازی‌شده^۲ تقسیم می‌شوند. اختلالهای برون‌سازی‌شده در برگیرنده مشکلاتی هستند که رو به بیرون دارند و در تعارض با دیگر افراد و محیط قرار می‌گیرند. در مقابل مشخصه اصلی اختلالهای درونی‌سازی‌شده، رفتارهای بیش از حد مهار شده‌ای^۳ است که معطوف به درون^۴ هستند (آشنای و رسکورا، ۲۰۰۱؛ کندال، ۲۰۰۰). نشانه‌های درونی‌سازی‌شده شامل سکوت زیاد، اضطراب، افسردگی، بازداری^۵، ناامیدی، کناره‌گیری^۶ و انزوای اجتماعی و شکایت‌های جسمانی هستند (ساندرز، مرل، کوب، ۱۹۹۹؛ مارچانت، سولانو، فیشر، کالدرا، یانگ و رن شاو، ۲۰۰۷). مشکلات درونی‌سازی‌شده می‌توانند بسیار زود و از سال دوم زندگی آغاز شوند و در طی زمان تحول یابند. پژوهشها نشان می‌دهند که رفتارهای درونی‌سازی‌شده پس از سال دوم زندگی به تدریج افزایش می‌یابند (فانتی، ۲۰۰۷) و در سال پنجم تا ششم زندگی به میزان قابل توجه و نگران‌کننده‌ای می‌رسند (زنگ، ۲۰۰۷). تحول تواناییهای شناختی کودک علت افزایش مشکلات درونی‌سازی‌شده در طی زمان دانسته شده است. دستیابی کودک به تواناییهای شناختی او را قادر می‌سازد تا رویدادهای منفی و اضطراب‌زا را به یاد آورده و پیش‌بینی کند و یا به خیالپردازی در مورد آنها بپردازد (کاسلو^۷، براون^۸ و می^۹، ۱۹۹۴، کوواکس^{۱۰} و دولین^{۱۱}، ۱۹۹۸ نقل از فانتی، ۲۰۰۷). در سالهای پیش از نوجوانی، مشکلات درونی‌سازی‌شده

تا اندازه‌ای کاهش می‌یابند (زنگ، ۲۰۰۷) و در سالهای نوجوانی با افزایش مجدد آنها روبرو می‌شویم (بولم لیک، ۲۰۰۷). اگرچه به اعتقاد برخی از پژوهشگران پایداری اختلالهای درونی‌سازی‌شده در طی زمان کمتر از اختلالهای برون‌سازی‌شده است (مارچانت، سولانو، فیشر، کالدرا، یانگ و رن شاو، ۲۰۰۷) اما مطالعات متعددی حاکی از آن هستند که همچنان درصد قابل توجهی از اختلالهای درونی‌سازی‌شده در طول تحول و تا سالهای بزرگسالی پایدار می‌مانند و پیامدهای زینباری برای فرد به همراه می‌آورند (بایر، سامسون، همفیل ۲۰۰۶، زنگ، ۲۰۰۷).

کودکان دچار اختلالهای درونی‌سازی‌شده با مشکلات فراوانی روبرو هستند که از آن میان می‌توان به سطح پایین حرمت خود^{۱۲}، ضعف تحصیلی، مشکلات ارتباطی با همسالان و معلمان اشاره کرد (رینولدز^{۱۳}، ۱۹۹۲ نقل از مارچانت، سولانو، فیشر، کالدرا، یانگ و رن شاو، ۲۰۰۷؛ بولم لیک، ۲۰۰۷). این مشکلات نیز می‌توانند به نوبه خود مشکلات ابتدایی را تشدید کنند و بر کنش‌وری و سازش‌یافتگی کودک و نوجوان تأثیر منفی داشته باشند. با این حال این اختلالها به دلیل ماهیت پنهانشان کمتر شناسایی، تشخیص و برای درمان ارجاع داده می‌شوند. به بیان دیگر، از آنجا که اختلالهای درونی‌سازی‌شده مشکل چندانی برای اطرافیان ایجاد نمی‌کنند و بسیاری از نشانه‌هایی که کودکان از آنها رنج می‌برند (مانند ناامیدی، اضطراب، بازداری) صرفاً درون فرد تجربه می‌شوند، این مشکلات کمتر شناسایی و مورد توجه بالینی قرار می‌گیرند (ساندرز، مرل و کوب، ۱۹۹۹). هنگامی مسئله پیچیده‌تر می‌شود که نشانه‌های درونی‌سازی‌شده در زیر نقاب رفتارهای برون‌سازی‌شده قرار می‌گیرند و موجب می‌شوند شناسایی و تشخیص آنچه در درون فرد می‌گذرد در برابر رفتارهای آشکار و اغتشاش‌آمیزی که از خود به نمایش می‌گذارد بسیار دشوار و نیازمند دقت و توجه زیاد باشد. این پدیده، یعنی وقوع همزمان^{۱۴} اختلالهای درونی-

1. externalized disorders
2. internalizing disorders
3. over-controlled
4. inner-directed
5. inhibition

6. withdrawal
7. Kaslow, N.
8. Brown, R. T.
9. Mee, L.
10. Kovacs, M.

11. Devlin, B.
12. self-esteem
13. Reynolds, W. M.
14. comorbidity

مارچانت، سولانو، فیشر، کالدارلا، یانگ و رن شاو، (۲۰۰۷). در این گستره محدود، مهمترین روش درمانگری مورد استفاده، روش شناخت - رفتار درمانگری است. این روش اگرچه در نوجوانان و کودکان سنین پیش نوجوانی روشی کارآمد و مؤثر است اما به کارگیری آن در کودکان کوچکتر به دلیل محدودیتهای شناختی و کلامی آنها معقول به نظر نمی‌رسد. افزون بر این در این روش امکان بررسی و پرداختن به همه مشکلات کودک به طور همزمان بسیار محدود است. در این چهارچوب می‌توان به سایر روشهای درمانگری کودکان، از جمله بازی درمانگری اشاره کرد. بازی درمانگری روش منحصر به فرد و هماهنگ با سطح تحولی و تواناییهای کودکان است و اثربخشی آن در درمان اختلالاتی درونی‌سازی شده، اختلالاتی برون‌سازی شده، بهبود خود - پنداشت و به طور کلی افزایش رفتارهای سازش یافته کودکان، طی چندین دهه و از خلال پژوهشهای مختلف به اثبات رسیده است (براتون، ری، و جونز، ۲۰۰۵). ری (۲۰۰۶) نیز در فصلی با عنوان «بازی درمانگری مبتنی بر شواهد» با اشاره به تعداد زیادی از کوششهای پژوهشی و بالینی از گذشته تاکنون، شواهد زیادی دال بر اثربخشی بازی درمانگری در درمان و بهبود اختلالات و مشکلات رفتاری، هیجانی و سازشی کودکان، از جمله مشکلات درونی‌سازی شده و برون‌سازی شده ارائه داده است. به‌رغم پژوهشهای متعدد در این عرصه، بازی درمانگری در کشور ما به‌عنوان مهمترین روش درمانگری کودکان هنوز به‌درستی شناخته نشده است؛ بنابراین، هدف این پژوهش بررسی اثربخشی روش بازی درمانگری بی‌رهنمود در کاهش نشانه‌های اختلالاتی درونی‌سازی شده در کودکانی است که به‌طور همزمان دچار اختلالاتی برون‌سازی شده نیز هستند.

روش

طرح پژوهشی حاضر از نوع سریهای زمانی^۴ است که در گروه طرحهای شبه آزمایشی قرار دارد. در این طرح گروه کنترل وجود ندارد و رابطه بین متغیر مستقل و

سازی شده و برون‌سازی شده، یکی از موضوعهای مورد مناقشه و بحث برانگیز است. به‌رغم تمایز بنیادین ایجاد شده بین این دو گروه از نشانه‌ها، یافته‌ها حاکی از آنند که همزمانی آنها امری نسبتاً رایج و بیش از آنکه یک استثنا باشد یک قانون است (گیلیوم و شاو، ۲۰۰۴، آشنباخ، ۱۹۹۳ نقل از فانتی ۲۰۰۷). تبیینهای مختلفی برای حل معمای وقوع همزمان ارائه شده‌اند. برخی از نظریه‌پردازان همزمانی را به نارسایی ابزارهای تشخیصی و شیوه‌های ارزیابی نسبت می‌دهند (هین شاو، ۲۰۰۲)، گروهی آن را نتیجه عوامل خطر ساز^۱ مشترک (نابسامانی محیط خانوادگی، فقر، اختلال روانی والدین و ...) می‌دانند (ویکس - نلسون و اسرائیل، ۲۰۰۳)، تعدادی از پژوهشگران نیز معتقدند که اختلالاتی همزمان را می‌توان نشانگان مستقل و متمایزی دانست (اولند، ۲۰۰۶) و سرانجام عده‌ای بر این باورند که تقسیم و مرزبندی تصنعی یک سازه و مفهوم زیربنایی علت همزمانی است و می‌توان رفتارهای برون‌سازی شده منفی (مانند تضادورزی^۲، پرخاشگری، نافرمانی) را به‌منزله شکل دیگری از افسردگی در کودکان در نظر گرفت (واتسون، ۲۰۰۷). همزمانی اختلالاتی درونی‌سازی شده و برون‌سازی شده در کودکان در اغلب موارد موجب تشدید وضعیت مرضی می‌شود، پیامدهای منفی بیشتری را به‌دنبال دارد و احتمال پایداری اختلالات را افزایش می‌دهد. به‌عنوان مثال، وجود همزمان اختلالاتی درونی‌سازی شده و برون‌سازی شده در نوجوانان، سوء مصرف مواد و احتمال اقدام به خودکشی را شدیداً افزایش می‌دهد (کامپتون، برنز، اِگر و رابرتسون، ۲۰۰۳، بولم لیک، ۲۰۰۷). بدین ترتیب باید کوشید تا با تشخیص زودهنگام و توجه به‌گستره اختلالات و مشکلاتی که می‌توانند سازش‌یافتگی کودک را تحت تأثیر قرار دهند، از وقوع مشکلات متعدد در آینده جلوگیری شود.

پیشینه پژوهشی در حیطه روشهای درمانگری اختلالاتی درونی‌سازی شده بسیار محدود و پژوهشهای انجام شده درباره پیشگیری و مداخله زودرس بسیار نادر است (کامپتون، برنز، اِگر و رابرتسون، ۲۰۰۳، کندزیورا^۳، ۲۰۰۴ نقل از

1. risk factors
2. oppositionality

3. Kendziora, K. T.
4. time - series design

افسردگی»، «انزوا/ افسردگی» و «شکایت‌های جسمانی» عامل مرتبه دوم «مشکلات درونی‌سازی شده» را تشکیل می‌دهند و از مجموع نمره‌های دو عامل «نادیده گرفتن قواعد» و «رفتار پرخاشگرانه» عامل «مشکلات برونی‌سازی شده» به وجود آمده است (آشنباخ و رسکورلا، ۲۰۰۱).

جدول ۱: مشخصه‌های جمعیت‌شناختی گروه نمونه

متغیر	تعداد
جنس	دختر ۳
	پسر ۷
ترتیب تولد	تک فرزند ۳
	فرزند اول ۵
تحصیلات پدر	فرزند دوم ۷
	دیپلم و کمتر ۵
تحصیلات مادر	لیسانس ۴
	بالتر از لیسانس ۱
شغل پدر	دیپلم و کمتر ۷
	لیسانس ۳
شغل مادر	آزاد ۵
	کارمند ۵
شغل مادر	معلم ۱
	کارمند ۲
	دانشجو ۱
	خانه‌دار ۶

فهرست رفتاری کودک یکی از شاخص‌ترین ابزار سنجش و تشخیص اختلال‌های کودکی به شمار می‌رود که روایی و اعتبار آن در پژوهش‌های مختلف به اثبات رسیده است (به عنوان مثال دولان و رنی، ۲۰۰۷؛ یانگستروم، یانگستروم و استار، ۲۰۰۵). در هنجاریابی این آزمون در جمعیت ایرانی به ضرایب همسانی درونی مقیاسها و زیرمقیاسهای CBCL بین ۰/۸۷ (برای مقیاس برونی‌سازی شده) و ۰/۷۳ (برای مشکلات اجتماعی) دست یافتند. اعتبار آزمون - بازآزمون (در فاصله بین ۵

وابسته بنا بر اندازه‌گیریهای مکرر^۱ رفتار آزمودنی پیش از ارائه متغیر مستقل و پس از ارائه آن بررسی می‌شود (هومن، ۱۳۸۰).

جامعه آماری پژوهش از همه کودکان پیش دبستانی (۶ ساله) در مهدهای کودک زیر نظر بهزیستی شهر تهران در سال ۱۳۸۶ تشکیل و گروه نمونه به شیوه تصادفی چند مرحله‌ای انتخاب شد. در مرحله نخست پس از مراجعه به سازمان بهزیستی، از بین مناطق شهر تهران، سه منطقه و در مرحله بعد از هر منطقه دو مهدکودک به تصادف برگزیده شد. در این مرحله، فرم فهرست رفتاری کودکان^۲ (CBCL) در اختیار والدین آنها قرار گرفت و از ۱۲۰ پرسشنامه ارائه شده، ۸۰ پرسشنامه قابل نمره‌گذاری برگردانده شد. سپس ۱۵ کودک که در مقیاس درونی‌سازی - شده براساس نمره برش (برای دختران، نمره‌های بالاتر از ۱۶ و برای پسران نمره‌های بالاتر از ۱۴) نیازمند توجه بالینی بودند و در عین حال در حیطه مشکلات برونی‌سازی - شده نیز بالاتر از نقطه برش (برای دختران، نمره‌های بالاتر از ۱۱ و برای پسران نمره‌های بالاتر از ۱۳) قرار داشتند، (آشنباخ، رسکورلا، ۲۰۰۱/۱۳۸۴) انتخاب شدند. در نهایت با خارج شدن دو کودک در میانه فرایند درمانگری و عدم شرکت کامل سه کودک در همه جلسه‌ها، ۱۰ نفر از کودکانی که به طور کامل در ۱۶ جلسه شرکت داشتند، گروه نمونه پژوهش را تشکیل دادند. این ده کودک متشکل از سه دختر و هفت پسر بودند. برخی از مشخصات جمعیت شناختی گروه نمونه در جدول ۱ ارائه شده است.

چنانکه اشاره شد، در این طرح از فرم فهرست رفتاری کودکان (CBCL)، از مجموعه فرمهای موازی آشنباخ^۳ (ASEBA)، استفاده شد. این فرم مشکلات کودکان و نوجوانان را در ۸ عامل یا بُعد به نامهای «اضطراب/ افسردگی»، «انزوا/ افسردگی»، «شکایت‌های جسمانی»، «مشکلات اجتماعی»، «مشکلات تفکر»، «مشکلات توجه»، «نادیده گرفتن قواعد» و «رفتار پرخاشگرانه» ارزیابی می‌کند. سه عامل «اضطراب/

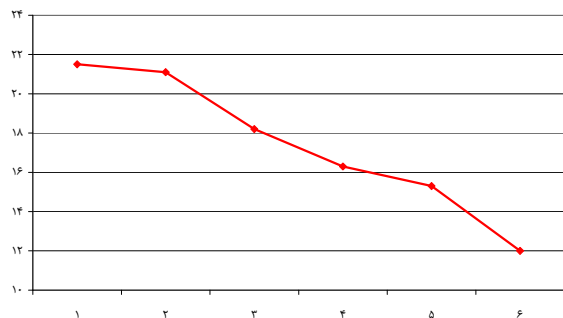
1. repeated measures

2. Child Behavior Checklist

3. Achenbach System of Empirically Based Assessment

جدول ۲: مشخصه‌های توصیفی مقیاس درونی‌سازی شده و زیر مقیاسهای آن

انحراف استاندارد	میانگین	مقیاسها و زیر مقیاسها	
۹/۱۷	۲۱/۵	رفتارهای درونی‌سازی شده	پیش‌آزمون اول
۴/۱۷	۱۳/۱	اضطراب / افسردگی	
۳/۴۱	۵/۹	افسردگی / انزوا	
۸/۲۸	۲۱/۱	رفتارهای درونی‌سازی شده	پیش‌آزمون دوم
۴/۰۱	۱۲/۹	اضطراب / افسردگی	
۳/۰۴	۵/۸	افسردگی / انزوا	
۷/۲۳	۱۸/۲	رفتارهای درونی‌سازی شده	پس‌آزمون اول
۴/۲۵	۱۱/۱	اضطراب / افسردگی	
۳/۵۴	۵/۱	افسردگی / انزوا	
۷/۲۳	۱۶/۳	رفتارهای درونی‌سازی شده	پس‌آزمون دوم
۴/۱۴	۹/۷	اضطراب / افسردگی	
۲/۸۴	۴/۶	افسردگی / انزوا	
۸/۸۷	۱۵/۳	رفتارهای درونی‌سازی شده	پس‌آزمون سوم
۴/۲۸	۸/۴	اضطراب / افسردگی	
۳/۲۷	۴/۳	افسردگی / انزوا	
۶/۳۸	۱۲	رفتارهای درونی‌سازی شده	پس‌آزمون چهارم
۳/۷۳	۶/۹	اضطراب / افسردگی	
۲/۰۸	۳/۱	افسردگی / انزوا	



شکل ۱: نمودار تغییرات میانگین رفتارهای درونی‌سازی شده در شش مرحله آزمون

تا ۸ هفته) نیز معناداری همه ضرایب همبستگی را در سطح $P < 0/05$ و بین دامنه $0/97$ (برای مقیاس برونی‌سازی شده) و $0/38$ (برای مقیاس مشکلات تفکر) مشخص کرده است (مینایی، ۱۳۸۴). در این پژوهش ضریب همسانی درونی (آشنایخ، رسکورلا، ۲۰۰۱/۱۳۸۴). در نمونه اولیه ۷۹ نفری، برای مقیاس درونی‌سازی شده برابر با $0/67$ و برای زیرمقیاسهای اضطراب/ افسردگی، افسردگی/ انزوا و شکایت‌های جسمانی به ترتیب برابر با $0/6$ ، $0/56$ و $0/37$ به دست آمد.

روش مداخله بازی‌درمانگری مشتمل بر ۱۶ جلسه یک ساعته بود و گروه‌های دو نفره کودکان طی هفت هفته در ۱۶ جلسه یک ساعته شرکت کردند. به منظور جلوگیری از قطع ناگهانی درمان، جلسه‌ها در دو هفته اول، سه بار در هفته، در سه هفته بعدی، دو بار در هفته و در دو هفته پایانی یک جلسه در هفته برگزار شد. در مجموع کودکان شش بار، دو بار به‌عنوان پیش‌آزمون و چهار بار به‌عنوان پس‌آزمون، مورد ارزیابی قرار گرفتند. پیش از شروع مداخله مادران کودکان گروه نمونه دوبار، به فاصله تقریبی یک ماه و در طی دوره درمانگری، در پایان جلسه‌های چهارم، هشتم، دوازدهم و شانزدهم فرم فهرست رفتاری کودک را تکمیل کردند. تحلیل داده‌ها به منظور بررسی مسئله اصلی پژوهش از طریق آزمون اندازه‌گیریهی مکرر انجام شد.

نتایج

شاخصه‌های توصیفی مقیاس رفتارهای درونی‌سازی شده و زیر مقیاسهای آن برای دو مرحله پیش - آزمون اول و چهار مرحله پس‌آزمون در جدول ۲ ارائه شده‌اند.^۱ روند تغییرات میانگین رفتارهای درونی‌سازی شده در شکل ۱ و میانگین نمره‌های اضطراب/ افسردگی و افسردگی/ انزوا در شکل ۲ قابل مشاهده است.

۱. با توجه به معنادار نبودن یافته‌های مربوط به زیرمقیاس شکایت‌های جسمانی، نتایج آن ارائه نشده است.

مقیاس درونی‌سازی شده و زیرمقیاسهای اضطراب/ افسردگی، افسردگی/ انزوا برقرار است. ضریب F چند متغیری (لاندا و ویلکس^۳) در مورد مقیاس مشکلات درونی‌سازی شده و نیز زیرمقیاسهای اضطراب/ افسردگی و انزوا/ افسردگی در سطح کمتر از ۰/۰۱ معنادار است. بر این اساس می‌توان نتیجه گرفت، بازی‌درمانگری به کاهش مشکلات درونی‌سازی شده، مشکلات اضطرابی و افسردگی و انزوا منجر شده است.

برای بررسی معناداری بین میانگینها در مراحل مختلف، داده‌ها با استفاده از آزمون t وابسته، برای مقایسه دو به دو میانگینهای مراحل، تحلیل شدند. نتایج این مقایسه‌ها در جدول ۴ آورده شده است.

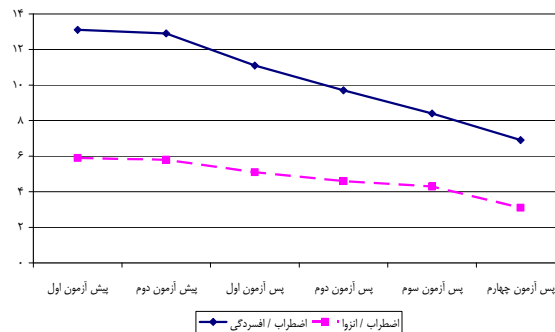
جدول ۴: نتایج t وابسته در مراحل پیش‌آزمون و پس‌آزمون

مقیاس درونی‌سازی شده	زیرمقیاس اضطراب/افسردگی	زیرمقیاس انزوا/افسردگی
پیش‌آزمون اول	۰/۴۹۷	۰/۳۹۱
پیش‌آزمون دوم	۴/۲**	۲/۰۹
پس‌آزمون اول	۵/۰۲**	۱/۴۶
پس‌آزمون دوم	۰/۸۹	۳/۲۸**
پس‌آزمون سوم	۲/۲۷*	۲/۸۷*
پس‌آزمون چهارم	۰/۰۵	۰/۱

* P کوچکتر از ۰/۰۱
** P کوچکتر از ۰/۰۵

همانگونه که در جدول ۴ دیده می‌شود:

- تفاوت میانگینهای پیش‌آزمون اول و پیش‌آزمون دوم در هیچ‌یک از مقیاسهای درونی‌سازی شده و زیرمقیاسهای اضطراب/ افسردگی و انزوا/ افسردگی



شکل ۲: نمودار تغییرات میانگین اضطراب / افسردگی و

افسردگی / انزوا در شش مرحله آزمون

به منظور بررسی تأثیر روش بازی درمانگری بر کاهش نشانه‌های اختلالهای درونی‌سازی شده، از آزمون اندازه‌های مکرر استفاده شد. نتایج این آزمون در مورد مقیاس درونی‌سازی شده و زیرمقیاسهای آن در جدول ۳ نشان داده شده است.

جدول ۳: مشخصه‌های آماری آزمون اندازه‌گیریهای مکرر برای مقیاس درونی‌سازی شده و زیرمقیاسهای آن

مقیاس درونی‌سازی شده	ارزش	سطح معناداری
آزمون کروییت موشلی	۰/۰۷۵	۰/۲۱
آزمون گرین هاوس گیسر	۲۴/۸۸	۰/۰۰
آزمون لاندا ویلکس	۱۵/۲۵	۰/۰۰۵
اضطراب / افسردگی		
آزمون کروییت موشلی	۰/۰۱۹	۰/۰۱۸
آزمون گرین هاوس گیسر	۳۹/۲	۰/۰۰
آزمون لاندا ویلکس	۱۶/۳	۰/۰۰۴
افسردگی / انزوا		
آزمون کروییت موشلی	۰/۳۸	۰/۳۸
آزمون گرین هاوس گیسر	۱۲/۴۸	۰/۰۰
آزمون لاندا ویلکس	۱۲/۹۴	۰/۰۰۷

بررسی نتایج آزمون کروییت موشلی^۱ و گرین هاوس گیسر^۲ نشان می‌دهد، فرضیه کروییت در مورد داده‌های

اندازه اثر این روش در مورد ۱۶ پژوهش که مجموع مشکلات درونی‌سازی‌شده و برونی‌سازی‌شده را به طور همزمان بررسی کرده بودند، ۰/۹۳ بود.

پژوهش براندت (۱۹۹۹) در استفاده از بازی‌درمانگری به عنوان یک مداخله موثر در طیفی از مشکلات رفتاری و هیجانی کودکان خردسال به کاهش معنادار مشکلات درونی‌سازی‌شده و نیز مشکلات برونی‌سازی‌شده انجامید. گارزا (۲۰۰۴) نیز با به‌کارگیری بازی‌درمانگری کودک محور در کودکان سالهای ابتدایی دبستان توانست مشکلات درونی‌سازی‌شده را تا حدی کاهش دهد. باگرلی (۲۰۰۱) نشان داد «بازی‌درمانگری کودک محور گروهی» می‌تواند به افزایش سطح حرمت خود، و کاهش قابل توجه اضطراب و افسردگی منجر شود. شن (۲۰۰۰) با استفاده از روش بازی‌درمانگری کوتاه‌مدت کودک محور گروهی توانست اضطراب کودکان برجا مانده از زلزله را به‌طور چشمگیری کاهش دهد. لیند، لندرت و جیوردانو (۲۰۰۱) نیز از روش بازی‌درمانگری برای درمان مشکلات متعدد کودکانی که شاهد خشونت خانوادگی بودند بهره بردند. آنها با استفاده از این روش توانستند از شدت مشکلات درونی‌سازی‌شده و نیز مشکلات رفتاری بکاهند و اضطراب، افسردگی و پرخاشگری را در این کودکان تخفیف دهند. پک‌من^۲ و براتون^۳ (۲۰۰۳ نقل از ری، ۲۰۰۶) نیز کاهش کلی مشکلات درونی‌سازی‌شده را با استفاده از بازی‌درمانگری نشان دادند.

بررسی روند تغییرات در طی فرایند درمانگری مبین کاهش معنادار، مشکلات درونی‌سازی‌شده، به‌جز در فاصله پس‌آزمون دوم و پس‌آزمون سوم، در هر مرحله نسبت به مرحله قبل بود. به‌عبارت دیگر در فاصله جلسه‌های هشتم تا دوازدهم آهنگ کاهش رفتارهای درونی‌سازی‌شده تنزل یافت. بررسی رفتار کودکان نشان داد پس از ایجاد رابطه مثبت ابتدایی و پشت سرگذاردن مشکلات ارتباطی نخستین، برخی از مسایل و تعارضهای زیربنایی کودکان در حد فاصل جلسه‌های هشتم تا دوازدهم به تدریج آشکار شدند و موضوع اصلی جلسه‌های میانی را

معنادار نیست. به بیان دیگر، رفتارهای درونی‌سازی‌شده آزمودنیها در فاصله دو مرحله پیش‌آزمون تفاوت نداشته‌اند. این بدان معناست که به‌طور طبیعی عاملی موجب کاهش رفتارهای درونی‌سازی‌شده در طول زمان نشده است و انتظار می‌رود تفاوت مشاهده شده در سایر مراحل پس-آزمون نتیجه روش مداخله باشد.

- در مقیاس درونی‌سازی‌شده میانگین نتایج پس-آزمون اول که پس از چهار جلسه بازی‌درمانگری به‌دست آمد کاهش معنادار رفتارهای درونی‌سازی‌شده کودکان را در مقایسه با پیش‌آزمون دوم، برجسته کرد. بررسی نتایج سه مرحله بعد نیز تفاوت معنادار در سطح میانگینهای پس‌آزمون اول با پس‌آزمون دوم و پس‌آزمون سوم با پس‌آزمون چهارم را نشان داد در حالی که در فاصله پس‌آزمون دوم و پس‌آزمون سوم رفتارهای درونی‌سازی‌شده کودکان کاهش معناداری نداشته است.
- در زیرمقیاس اضطراب/افسردگی، پس از مداخله در هر مرحله نشانه‌های اضطراب و افسردگی به‌طور معناداری کاهش یافتند.
- در زیرمقیاس افسردگی/انزوا نیز تنها تفاوت میانگینها پس‌آزمون سوم با پس‌آزمون چهارم معنادار بود.

بحث و تفسیر

یافته‌های حاصل از این پژوهش تأثیر بازی‌درمانگری بر کاهش مشکلات درونی‌سازی‌شده و نیز کاهش نمره‌های زیرمقیاسهای اضطراب/افسردگی و افسردگی/انزوا را نشان می‌دهند. نتایج این پژوهش با نتایج پژوهشهای پیشین در زمینه کاربرد بازی‌درمانگری در کاهش مشکلات درونی‌سازی‌شده همسو هستند (لوبلان، ریچی ۲۰۰۱؛ ری، ۲۰۰۶). در فراتحلیل براتون، ری، راین و جونز (۲۰۰۵)، اندازه اثر^۱ ۲۴ پژوهش که به بررسی اثربخشی بازی‌درمانگری در کاهش مشکلات درونی‌سازی‌شده پرداخته بودند، ۰/۸۱ گزارش شده است. افزون بر این،

1. size effect

2. Packman, J.

3. Bratton, S.

سن مدرسه نظام سنجش مبتنی بر تجربه آشناباخ (ASEBA). ترجمه ا. مینایی. تهران: پژوهشکده کودکان استثنایی (تاریخ انتشار اثر اصلی، ۲۰۰۱).

هومن، ح. (۱۳۸۰). تحلیل داده‌های چند متغیری در پژوهش رفتاری. تهران: نشر پیک فرهنگ.

Achenbach, T. M., & Rescorla, L. A. (2001). *Manual for the ASEBA school age : Form & profiles*. Burlington, VT: University of Vermont.

Baggerly, J., & Landreth, G. (2001). Training children to help children: A new dimension in play therapy. *The Peer Facilitator Quarterly*, 18 (1), 6-14.

Bayer, J. K., Sanson, A. V., & Hemphill, S A. (2006). Parent influences on early childhood internalizing difficulties. *Journal of Applied Developmental Psychology*, 27, 542-559.

Bolm-Lake, T. L. (2007). *Predicting internalizing problems in atrisk children and adolescents*. A dissertation presented in partial fulfillment of the PhD degree, Capella University.

Brandt, M. A. (1999). *An investigation of efficacy of play therapy with young children*. Retrieved April 5, 2000 from: <http://digital.library.unt.edu/data/etd/1999-1/open/meta-dc-2184.tkl>.

Bratton, S. C., Ray, D., Rhine, T., & Jones, L. (2005). The Efficacy of Play Therapy With Children : A Meta-analytic Review Treatment Outcomes. *Professional Psychology: Research and Practice*, 36 (4), 376-390.

Compton, S. N., Burns, B. J., Egger, H. L. & Robertson, E. (2003). Review of the evidence base for treatment of childhood psychopathology: Internalizing disorder. *Journal of Consulting and Clinical psychology*, 70 (6), 1240-1266.

Dolan, M. C., & Rennie, C. E. (2007). The relationship between psychopathic traits measured

تشکیل دادند. کودکان در جلسه‌های میانی با گذار از مراحل ابتدایی درمان، به توانایی برون‌ریزی و طرح نمادین مسایل خود دست یافتند. شاید بتوان کاهش سرعت بهبود این وهله را به درگیری با مسایل و تلاش برای فایق آمدن بر آنها نسبت داد چون پس از جلسه دوازدهم و با نزدیک شدن به پایان درمانگری اغلب کودکان توانستند تا حد قابل توجهی بر مشکلات خود غلبه کنند و به دنبال آن رفتارهای درونی‌سازی شده نیز به میزان چشمگیری کاهش یافتند.

بدین ترتیب از آنجا که بازی‌درمانگری با ظرفیتهای تحولی، کلامی و شناختی کودکان هماهنگ است و تجربه خوشایندی برای کودکان به حساب می‌آید، می‌تواند به نحو موثری امکان بررسی و تشخیص مسایل و مشکلات کودک را فراهم آورد و با ایجاد چهارچوب ارتباطی امن و پذیرنده، استفاده از بازیچه‌هایی که به برون‌ریزی و بازآفرینی مسایل کودک کمک می‌کنند و تسهیل و تسریع تلاش کودک برای غلبه بر تعارضها و یافتن راه‌حلهای سازش‌یافته، زمینه درمان و بهبود مشکلات کودکان را هموار سازد و توجه به پیامدهای منفی پایداری مشکلات رفتاری و هیجانی در زمینه تحصیلی، اجتماعی و عاطفی را به دنبال داشته باشد. با توجه به شواهد مورد بحث بازی‌درمانگری شیوه مداخله‌گری مؤثر و زود هنگامی است که به خوبی با نیازهای کودکان کم‌سن منطبق است و به کارگیری آن از تشدید و تداوم مشکلات آتی جلوگیری می‌کند.

محدودبودن تعداد کودکان گروه نمونه، همزمانی نشانه‌های درونی‌سازی شده با رفتارهای برونی‌سازی شده در این کودکان و عدم پیگیری نتایج مهمترین محدودیتهای پژوهش به‌شمار می‌روند و توان تعمیم‌پذیری نتایج را محدود می‌سازند. بنابراین پیشنهاد می‌شود در پژوهشهای بعدی با افزودن تعداد آزمودنیها، بررسی دقیقتر اختلالهای همزمان و نیز پیگیری نتایج بر وسعت و غنای اطلاعات به‌دست آمده افزوده شود.

منابع

آشناباخ، ت. و رسکورلا، ل. (۱۳۸۴). کتابچه راهنمای فرمهای

- Caldarella, P., Young, K. R., & Renshaw, T. L. (2007).** Modifying socially withdrawn behavior: A playground intervention for students with internalizing behaviors. *Psychology in the Schools, 44* (8), 779 – 794.
- Mash, E. J., & Dozois, D. J. (1996).** Child psychopathology: A developmental systems perspective. In E. J. Mash & R. A. Barkley (Ed.), *Child Psychopathology* (pp: 3-60). New York, London: The Guilford Press.
- Oland, A. (2006).** *The development of pure vs. co-occurring externalizing and internalizing symptomatology in children.* A dissertation submitted in partial fulfillment of the requirements for PhD degree, University of Pittsburg.
- 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). London: Guilford Publication.
- Sanders, D. E., Merrell, K. W., & Cobb, H. C. (1999).** Internalizing symptoms and affect of children with emotional and behavioral disorders: A comparative study with an urban African American sample. *Psychology in the Schools, 36* (3), 187 – 197.
- Shen, Y. J. (2000).** *Short term group play therapy with Chinese earthquake victims effects on anxiety, depression.* Association for play therapy, *Journal abstracts.* Retrieved Apr 5, 2008 from: <http://www.a4pt.org/abstracts.cfm?task=detail&ID=1963>. (5/4/2008).
- 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 by the Youth Psychopathic Trait Inventory and psychopathology in a UK sample of conduct disordered boys. *Journal of Adolescence, 30* (4), 601-611.
- Fanti, K. A. (2007).** *Trajectories of pure and co-occurring internalizing and externalizing problems from age 2 to age 12: Findings from the NICHD study of early child care.* A dissertation submitted in partial fulfillment of the requirements for PhD degree, Georgia State University.
- Gilliom, M., & Shaw, D. S. (2004).** Co-development of externalizing and internalizing problems in early childhood. *Development and psychopathology, 16*, 313 – 333.
- Garza, Y. (2004).** *Effects of culturally responsive child-centered play therapy compared to curriculum based small group counseling with elementary-age Hispanic children experiencing externalizing and internalizing behavior problems: A preliminary study.* Retrieved Mar 29, 2008 from: <http://digital.library.unt.edu/data/etd/2004-3/open/meta-dc-4707.tkl>
- Hinshaw, S. P. (2002).** Process, mechanism, and explanation related to externalizing behavior in developmental psychopathology. *Journal of Abnormal Child Psychology, 30* (5), 431- 458.
- Kendall, P. C. (2000).** *Childhood Disorders.* East Sussex: Psychology Press Ltd.
- LeBlanc, M., & Ritchie, M. (2001).** A metaanalysis of play therapy outcomes. *Counselling Psychology Quarterly, 14* (2), 149 - 163.
- Lind, A., Landreth, G., & Giordano, M. (2001).** Intensive group play therapy with child witness of domestic violence. *International Journal of Play Therapy, 10* (1), 53 –83.
- Marchant, M. R., Solano, B. R., Fisher, A. K.,**

files and Patterns of Comorbidity. *Biological Psychiatry*, 58 (7), 569 -575.

Zeng, G. (2007). *An exploratory investigation of the internalizing problem behavior among children from kindergarten to third grade.* A dissertation presented in partial fulfillment of the requirements for PhD degree, University of Pennsylvania.

fillment of the requirements for PhD degree, Capella University.

Wicks-Nelson, R., & Israel, A. C. (2003). *Behavior disorders of childhood* (5th ed). New Jersey, Pearson Education .

Youngstrom, E., Youngstrom, J. K., & Starr, M. (2005). Bipolar diagnoses in community mental health: Achenbach Child Behavior Checklist Pro-