

تأثیر بازی درمانگری کودک محور بر کاهش

مشکلات برونی سازی شده کودکان

Effectiveness of child-centered play therapy on children's externalizing problems reduction

تاریخ پذیرش: ۸۸/۷/۲۸

تاریخ دریافت: ۸۷/۹/۱۱

Dadsetan P. PhD, Bayat M. MSc[✉], Asgari A. PhD

پریخ دادستان^۱، مریم بیات^۲، علی عسگری^۲

Abstract

Introduction: The effectiveness of child-centered play therapy on decreasing the symptoms of externalizing disorders in preschool children was investigated in this study.

Method: Out of 120 preschool children, 10 children who had received the highest scores in externalizing scale in child behavior checklist (CBCL) were selected as the sample group. Teachers filled out the teacher report form (TRF) for each child. Members of sample group received 16 play therapy sessions in two member groups for eight weeks. Mothers completed CBCL forms after forth, eighth, twelfth and sixteenth sessions. At the end, teachers completed the TRF again.

Results: Repeated measures analysis revealed a significant decrease in overall externalizing and aggressive behaviors scores. Comparing means of TRF scores in pre-test and post-test indicated a significant decrease in externalizing behaviors in the kindergarten. Means differences of first and second post-test as well as third and fourth post-test scores were significant in externalizing scale and both aggressive behaviors and breaking rules subscales.

Conclusion: Child-centered play therapy is an effective therapy for externalizing problems and this effect is more obvious for aggressive behaviors. Additionally, most remedy is occurred between first sessions and last sessions and the process was not salient in middle sessions.

Keywords: Externalizing Problems, Aggressive Behaviors, Breaking Rules, Child-Centered Play Therapy, Preschool Children

چکیده

مقدمه: پژوهش حاضر با هدف بررسی اثربخشی بازی درمانگری کودک محور گروهی در کاهش نشانه‌های برونی‌سازی شده در کودکان پیش‌دبستانی اجرا شد.

روش: پس از غربالگری اولیه ۱۲۰ کودک پیش‌دبستانی در سه مه‌د کودک با استفاده از فرم فهرست رفتاری کودک (CBCL)، ۱۰ کودک که بالاترین نمره را در مقیاس برونی‌سازی شده این فهرست به دست آورده بودند، به عنوان نمونه اصلی پژوهش انتخاب شدند. مربیان این کودکان نیز پیش از شروع مداخله، فرم گزارش معلم (TRF) را تکمیل کردند. سپس گروه نمونه در قالب گروه‌های دوفره، ۱۶ جلسه بازی‌درمانگری را در مدت ۸ هفته دریافت کرد. مادران این کودکان در پایان جلسه‌های چهارم، هشتم، دوازدهم و شانزدهم بار دیگر فرم CBCL را تکمیل کردند و مربیان نیز بار دیگر به تکمیل فرم TRF پرداختند.

یافته‌ها: تحلیل واریانس اندازه‌گیری‌های مکرر نشان داد که براساس ارزیابی مادران، نمره مقیاس برونی‌سازی شده کودکان و زیرمقیاس رفتار پرخاشگرانه، به‌طور معنی‌داری کاهش یافت. مقایسه میانگین‌های نمره‌های TRF در دو مرحله پیش‌آزمون و پس‌آزمون نیز حاکی از کاهش معنی‌دار مشکلات برونی‌سازی شده کودکان بود. تفاوت میانگین نمره‌های پس‌آزمون اول و دوم و نیز پس‌آزمون سوم و چهارم در مقیاس برونی‌سازی شده و هر دو زیرمقیاس رفتار پرخاشگرانه و نادیده گرفتن قوانین معنی‌دار بود.

نتیجه‌گیری: بازی‌درمانگری کودک محور روش موثری برای کاهش مشکلات رفتار برونی‌سازی شده از کودکان به حساب می‌آید و به نظر می‌رسد که این شیوه بر رفتارهای پرخاشگرانه تأثیر بارزتری دارد. افزون بر این بیشترین بهبود در فاصله جلسه‌های نخست و جلسه‌های پایانی مشاهده می‌شود و روند کاهش مشکلات در جلسه‌های میانی کمتر محسوس است.

کلیدواژه‌ها: مشکلات برونی‌سازی شده، رفتار پرخاشگرانه، نادیده گرفتن قوانین، بازی‌درمانگری کودک محور، کودکان پیش‌دبستانی

[✉] Corresponding Author: Kan Branch, Payam-e-Noor University, Tehran, Iran
Email: maryam_bayat_1001@yahoo.com

^۱ واحد کن، دانشگاه پیام‌نور، تهران، ایران

^۱ واحد تهران جنوب، دانشگاه آزاد اسلامی، تهران، ایران

^۲ گروه کودکان استثنایی، دانشکده روان‌شناسی و علوم تربیتی، دانشگاه تهران، تهران، ایران

سوءمصرف مواد) و رفتارهای ضداجتماعی جدی که می‌توانند در تضاد آشکار با قوانین جامعه قرار گیرند و نوجوان را به سمت بزهکاری سوق دهند، غلبه می‌یابند [۳، ۱۰]. بنابراین، هرچند الگوهای رفتار برون‌سازی‌شده طی زمان پایدارند، اما مولفه‌های این الگوهای رفتاری دستخوش تغییرات قابل‌پیش‌بینی می‌شوند [۶]. پژوهش‌های مختلف نیز نشان داده‌اند که درصد بالایی از اختلال‌های برون‌سازی‌شده در کودکان و نوجوانان در بزرگسالی به اختلال شخصیت ضداجتماعی، سوءمصرف مواد و سایر مشکلات مانند خشونت و اعمال مجرمانه منتهی می‌شوند [۱۱]. از سوی دیگر مشکلات برون‌سازی‌شده معمولاً با مشکلات متعدد دیگری همراه می‌شوند. برانگیختگی، پرخاشگری و واکنش‌پذیری هیجانی در این کودکان، تعامل با همسالان را دچار مشکل می‌کند و طردشدگی از سوی آنها را به دنبال دارد. مهارت‌های اجتماعی - شناختی ضعیف و نیز مشکلات یادگیری از دیگر مشکلات جدی این کودکان به‌شمار می‌آیند [۷، ۱۲]. مجموعه این مشکلات می‌توانند مشکلات برون‌سازی‌شده را بیش از پیش تشدید کنند و اجتماعی‌شدن کودک را با وقفه جدی مواجه سازند. با توجه با آثار مذکور و پیامدهای درازمدت مشکلات برون‌سازی‌شده، لزوم مداخله زودرس که از شدت نشانه‌ها بکاهد و از پایدار شدن آنها جلوگیری کند، اجتناب‌ناپذیر می‌شود [۱۰]. پاره‌ای از پژوهشگران نیز با تاکید بر درمان زودهنگام این مشکلات در سنین پایین، که خود نوعی پیشگیری محسوب می‌شود، نشان داده‌اند که اگر این مشکلات در سنین پیش‌دبستان و سال‌های ابتدایی کودکی شناسایی و درمان شوند تا حد زیادی تخفیف می‌یابند و به بهبود عملکرد کودک در زمینه‌های مختلف منجر می‌شوند [۱۳].

از این‌رو، یافتن درمان‌های موثر و راهبردهای پیشگیری از گسترش مشکلات رفتاری در کودکان در معرض خطر یکی از خطوط عمده پژوهشی در این حیطه است. در تلاش برای یافتن موثرترین روش‌های درمانگری، پژوهش‌های متعددی به بررسی اثربخشی روش‌های مختلف پرداخته‌اند [۱۴]. در نگاهی کلی، می‌توان این روش‌ها را به چند دسته روش‌های پیشگیری (ایجاد تعامل مثبت با کودک، ایجاد ساختاری با قوانین مشخص و با ثبات و غیره)، دارودرمانگری، روش‌های جامعه‌محور (شناسایی عوامل تسهیل‌کننده مشکلات رفتاری در برخی محیط‌ها و مداخله در عوامل موثر بر وقوع این رفتارها در سطح اجتماعی)، روش‌های مدرسه‌محور (آموزش برخی مهارت‌های اجتماعی در مدرسه یا استفاده از اصول رفتاردرمانگری در مواجهه با مشکلات رفتاری کودکان در مدرسه)، روش‌های خانواده‌محور (آموزش والدین، خانواده‌درمانگری و غیره) و روش‌های کودک‌محور (شناخت - رفتاردرمانگری کودکان، بازی‌درمانگری و غیره) تقسیم‌بندی کرد.

پس از یک دهه پژوهش در زمینه مشکلات و اختلال‌های کودکان و نوجوانان، امروزه تمایز اختلال‌های درونی‌سازی‌شده و برون‌سازی‌شده مورد پذیرش اغلب قریب‌به‌اتفاق روان‌شناسان و روان‌پزشکان قرار گرفته است. مشکلات درونی‌سازی‌شده از نظر ماهیت درون‌فردی هستند و به شکل کناره‌گیری از تعامل‌های اجتماعی، بازدارندگی، اضطراب و افسردگی متجلی می‌شوند. در مقابل مشکلات برون‌سازی‌شده برون‌فردی هستند؛ به بیان دیگر، الگوهای رفتاری سازش‌ناایافته‌ای هستند که در تعارض با دیگر افراد و انتظارهایشان قرار می‌گیرند [۱]. این گروه از مشکلات که در گستره پژوهشی با عناوینی مانند مشکلات رفتاری، مشکلات انضباطی، رفتارهای اغتشاش‌آمیز، بزهکاری، گذار به عمل، رفتارهای غیرقابل مهار و همانند آن مشخص می‌شوند، طیف وسیعی از مشکلات را در برمی‌گیرند و می‌توانند آثار مخربی بر کودک، خانواده، اطرافیان کودک (معلم، همسالان و غیره) و در مجموع بر کل جامعه داشته باشند [۲]. نشانه‌های این دسته از اختلال‌ها، برخلاف رفتارهای درونی‌سازی‌شده، در رفتار برون‌ی کودکان ظاهر می‌شوند و نمایانگر عمل منفی کودک بر محیط بیرونی هستند [۳]؛ از این‌رو، بیش از آن‌که بر خود فرد اثر گذارند موجب ایجاد مشکل برای دیگران خواهند شد.

این تقسیم‌بندی دوگانه در واقع حاصل پژوهش‌های گسترده و طولانی‌مدت *آشنباخ* و همکاران است. این مولف با استفاده از فنون تحلیل عاملی به پیوستارها یا ابعادی دست یافت که هر یک دربرگیرنده مجموعه‌ای از رفتارهاست که احتمال بیشتری برای رخداد همزمان دارند. براساس تحلیل‌های عاملی سطح بالاتر، تعدادی از این ابعاد در کنار یکدیگر دو مقیاس بزرگتر درونی‌سازی‌شده و برون‌سازی‌شده را تشکیل می‌دهند [۱].

بارزترین نشانه‌های برون‌سازی‌شده را می‌توان خصومت، پرخاشگری، نافرمانی و تضادورزی، فزون‌کنشی و برانگیختگی، رفتارهای اغتشاش‌آمیز شامل انحراف از هنجارهای اجتماعی، تخریب اموال و آسیب زدن به دیگران و غیره دانست [۴، ۵، ۶، ۷] که مشخصه اصلی تمام آنها بی‌نظمی رفتار است [۷].

نشانه‌های برون‌سازی‌شده، به‌طور کلی، پایداری قابل‌توجهی طی زمان نشان می‌دهند و در طول تحول به شکل‌های مختلف بروز می‌کنند. اشکال زودرس نشانه‌های برون‌سازی‌شده که از دومین سال زندگی قابل مشاهده‌اند به‌صورت بی‌قراری، نحسی، بدقلقی، گریه زیاد و لجبازی ظاهر می‌شوند [۸]. در سال‌های بعد پرخاشگری جسمانی، تضادورزی و نخستین شکل‌های نقض قوانین در خانه و محیط آموزشی در صدر جدول نشانه‌شناسی قرار می‌گیرند [۹] و در نهایت در نوجوانی، پرخاشگری کلامی، اشکال پنهان‌تر پرخاشگری (مانند سرقت، تقلب، تخریب‌گری و

شهر تهران در سال ۱۳۸۶ بودند و گروه نمونه به شیوه تصادفی چندمرحله‌ای انتخاب شد. در نخستین مرحله پس از مراجعه به سازمان بهزیستی، از میان مناطق شهر تهران، سه منطقه و از هر منطقه دو مهد به تصادف برگزیده شدند. در این مرحله، فرم فهرست رفتاری کودکان (CBCL) در اختیار والدین کودکان پیش‌دبستانی در این شش مهدکودک قرار گرفت و از مجموع ۱۲۰ پرسش‌نامه ارایه‌شده، ۸۰ پرسش‌نامه قابل بررسی بودند. سپس، ۱۵ کودک که در مقیاس برونی‌سازی‌شده براساس نمره برش (برای دختران، نمره بالاتر از ۱۱ و برای پسران نمره بالاتر از ۱۳) نیازمند توجه بالینی بودند [۲۰] انتخاب شدند. در نهایت، با خارج شدن دو کودک در میانه فرآیند درمانگری و عدم شرکت کامل سه کودک در همه جلسه‌ها، ۱۰ نفر (سه دختر و هفت پسر) از کودکانی که به‌طور کامل در ۱۶ جلسه شرکت داشتند، گروه نمونه پژوهش را تشکیل دادند.

چنان‌که اشاره شد، در این طرح از فرم فهرست رفتاری کودکان، از مجموعه فرم‌های موازی آشناباخ (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"، "نادیده‌گرفتن قواعد" و "رفتار پرخاشگرانه" ارزیابی می‌کند. دو عامل "نادیده‌گرفتن قواعد" و "رفتار پرخاشگرانه" عامل مرتبه دوم "مشکلات برونی‌سازی‌شده" را تشکیل می‌دهند [۱].

فهرست رفتاری کودک یکی از پرکاربردترین و جامع‌ترین ابزارهای سنجش و تشخیص اختلال‌های کودکی به‌شمار می‌رود که از روایی و اعتبار قابل‌قبولی برخوردار است [۲۱]. در هنجاریابی این آزمون در جمعیت ایرانی، ضرایب همسانی درونی مقیاس‌ها و زیرمقیاس‌های CBCL بین ۰/۸۷ (برای مقیاس برونی‌سازی‌شده) و ۰/۷۳ (برای مشکلات اجتماعی) قرار دارد. اعتبار آزمون - بازآزمون (در فاصله بین ۵ تا ۸ هفته) نیز نشان داد که همه ضرایب همبستگی در سطح ۰/۰۵ معنی‌دار هستند و بین دامنه ۰/۹۷ (برای مقیاس برونی‌سازی‌شده) و ۰/۳۸ (برای مقیاس مشکلات تفکر) قرار دارند [۲۰].

در این پژوهش ضریب همسانی درونی (کرونباخ) در نمونه اولیه ۷۹ نفری، برای مقیاس برونی‌سازی‌شده برابر با ۰/۸۳ و برای زیرمقیاس‌های رفتار پرخاشگرانه و نادیده‌گرفتن قواعد به ترتیب برابر با ۰/۷۹ و ۰/۶۱ محاسبه شد.

فرم گزارش معلم (TRF)، توسط معلم یا سایر کارکنانی که در محیط آموزشی با کودک سروکار داشتند و با عملکرد او آشنا بودند، تکمیل شد. بخش دوم این فرم متشکل از ۱۱۲ ماده است که تا حد بسیار زیادی شبیه مواد فهرست رفتاری کودک هستند و معلم باید نظر خود را در هر مورد بین سه گزینه "نادرست = ۰"، "تا حدی درست = ۱" و "کاملاً درست = ۲" انتخاب کند. اعتبار

بنابراین یکی از روش‌های درمانگری متمرکز بر کودک "بازی‌درمانگری" است که روان‌شناسان و پژوهشگران متعددی طی چندین دهه از آن برای درمان طیف وسیعی از اختلال‌ها و مشکلات بهره‌جسته‌اند و اثربخشی آن را به اثبات رسانده‌اند [۱۵]. بازی‌درمانگری، روش خاص درمانگری کودکان است که نسبت به سایر روش‌ها، امتیازهای برجسته‌ای دارد. نخست آن‌که وسیله بیان و ارتباط در کودک است و به اعتقاد برخی از پژوهشگران بخش مهمی از هر فرآیند درمانگری در کودکان را تشکیل می‌دهد [۱۰، ۱۶]. به بیان دیگر، کودکان بر خلاف بزرگسالان، در فقدان فرآیندهای ثانویه تفکر و کلامی‌سازی بیش از آن‌که بتوانند مسایل‌شان را "به زبان آورند"، "به بازی درمی‌آورند" [۱۷]. دوم این‌که، در این روش که اساساً مورد توجه و استقبال کودکان نیز قرار می‌گیرد، امکان بررسی دقیق و فردی‌شده الگوهای رفتاری کودک و پرداختن به تمامی جنبه‌های مشکل فراهم می‌شود. بنابراین به نظر می‌رسد بازی‌درمانگری در کودکان دارای مشکلات رفتاری و هیجانی متعدد، روش موثری باشد. چنان‌که برخی صاحب‌نظران نیز خاطر نشان ساخته‌اند، مشکلات برونی‌سازی‌شده، ماهیتی "چند بُعدی" دارند که دربرگیرنده نشانه‌شناسی‌های مختلف، تنوع عوامل موثر در این مشکلات و نحوه تعامل این عوامل با یکدیگر و بالاخره الگوهای متفاوت نحوه بروز اختلال‌ها و وقوع مشکلات هم‌زمان است [۱۸]. بدین ترتیب می‌توان انتظار داشت که بازی‌درمانگری، با داشتن قابلیت بررسی و درمان هم‌زمان مشکلات مختلف، به بهترین وجه و به‌طور موثر در درمان مشکلات برونی‌سازی‌شده مورد استفاده قرار گیرد.

به‌رغم استفاده گسترده از بازی‌درمانگری در درمان مشکلات کودکان، این شیوه هنوز جایگاه خود را در ایران به‌دست نیاورده است و کمتر مورد استفاده قرار می‌گیرد. در محدود پژوهش‌های انجام‌شده نیز بازی‌درمانگری برای آموزش رفتاری خاص یا تغییر برخی رفتارهای جزئی مورد استفاده قرار گرفته است. از این‌رو این پژوهش سعی داشته است که اثربخشی بازی‌درمانگری را در درمان مشکلات برونی‌سازی‌شده که یکی از عمده‌ترین مشکلات دوران کودکی است مورد بررسی قرار دهد.

روش

این طرح پژوهشی از نوع سری‌های زمانی است که در زمره طرح‌های شبه‌آزمایشی قرار می‌گیرد. در این طرح گروه کنترل وجود ندارد و رابطه بین متغیر مستقل و وابسته بر حسب اندازه‌گیری‌های مکرر رفتار آزمودنی‌ها پیش از ارایه متغیر مستقل و پس از آن مورد بررسی قرار می‌گیرد [۱۹].

جامعه آماری پژوهش، همه کودکان پیش‌دبستانی (۶ساله) دچار اختلال‌های برونی‌سازی‌شده در مهدکودک‌های زیرنظر بهزیستی

احساس‌هایش بپردازد، ایجاد شود. طی ده جلسه میانی که قسمت اصلی فرآیند درمان‌گری است، هر کودک بر حسب وضعیتی که در آن قرار داشت و بنا به مشکل خود پیش رفت و به بازسازی صحنه‌ها، ایفای نقش‌های معنی‌دار 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. به کودکان کمک شد تا به برون‌ریزی امیال و کشاننده‌های منع‌شده بپردازند و پس از تخلیه هیجانی، راه‌حل‌های جدیدی برای مساله خود بیابند؛ بدون آن که سعی شود موضوعی بر کودک تحمیل شود یا رفتار کودک به سمت خاصی هدایت شود، تلاش شد فرآیندهای ذکرشده تسهیل و تسریع شوند.

در سه جلسه پایانی، تلاش شد تمامی موضوع‌های شکل‌گرفته و بیان‌شده از سوی کودک در طول جلسه‌های پیشین تا رسیدن به سازش‌یافتگی نسبی و قابل‌قبول دنبال شوند. در این سه جلسه، رفته‌رفته کودکان برای خاتمه درمان و پذیرش اتمام جلسه‌ها آماده شدند. بازی‌هایی با مضمون جدایی و خداحافظی از عمده‌ترین موضوع‌ها در جلسه‌های پایانی بودند.

در مجموع کودکان شش‌بار، دوبار به‌عنوان پیش‌آزمون و چهاربار به‌عنوان پس‌آزمون، مورد ارزیابی قرار گرفتند. پیش از شروع مداخله مادران کودکان گروه نمونه دوبار، به فاصله تقریباً یک ماه و طی دوره درمان‌گری، در پایان جلسه‌های چهارم، هشتم، دوازدهم و شانزدهم فرم فهرست رفتاری کودک را تکمیل کردند. افزون بر این، از مربیان خواسته شد که فرم گزارش معلم را در مورد هر کودک پیش از شروع مداخله و پس از اتمام آن تکمیل کنند. تحلیل داده‌ها به‌منظور بررسی مساله اصلی پژوهش از طریق آزمون تحلیل واریانس اندازه‌گیری‌های مکرر و نیز آزمون T وابسته انجام شد.

این ابزار در نمونه ایرانی نیز قابل قبول و ضرایب همسانی درونی مقیاس‌ها و زیرمقیاس‌ها بین ۰/۷۶ تا ۰/۹۵ قرار داشت. این مشخصه برای مقیاس کلی برابر با ۰/۸۵ و برای دو مقیاس درونی‌سازی‌شده و برون‌سازی‌شده به‌ترتیب برابر با ۰/۹ و ۰/۸۱ بود. ضرایب همبستگی اعتبار آزمون-بازآزمون (در فاصله بین ۵ تا ۸ هفته) برای کل مقیاس برابر با ۰/۵۳ و برای مقیاس‌های درونی‌سازی‌شده و برون‌سازی‌شده به‌ترتیب برابر با ۰/۴۴ و ۰/۶۱ بود [۲۰].

روش مداخله بازی‌درمانگری مشتمل بر ۱۶ جلسه یک‌ساعته بود و گروه‌های دونفره کودکان طی هفت هفته در جلسه‌ها شرکت کردند. به‌منظور جلوگیری از قطع ناگهانی درمان، جلسه‌ها در سه هفته اول، سه‌بار در هفته، در سه هفته بعدی، دوبار در هفته و در دو هفته پایانی یک جلسه در هفته برگزار شد. شیوه مورد استفاده در این پژوهش شیوه کودک‌محور بود که بر اصولی مانند پذیرش بی‌قید و شرط کودک، پرهیز از قضاوت و رهنمود دادن، احترام به ظرفیت درونی کودک برای شناسایی مشکلات و حل آنها و غیره مبتنی بود و از انعکاس دادن احساس و رفتار به‌عنوان اصلی‌ترین فن درمان‌گری بهره می‌برد [۲۲].

در ابتدای نخستین جلسه قوانین کلی اتاق بازی برای کودکان برشمرده شد. این قوانین شامل، محدودیت زمانی، ممنوعیت زدوخورد جسمانی با کودکان دیگر و ممنوعیت تخریب وسایل اتاق بازی بود. به‌جز این سه قانون اولیه که تقریباً مورد پذیرش همه بازی‌درمانگران است، محدودیت‌های دیگر بر حسب موقعیت برای کودک وضع شد، هرچند تعداد این موارد در کل دوره کمتر از سه مورد بود. سه جلسه اول، صرف برقراری ارتباط بین کودکان و درمانگر و آشنایی کودکان با یکدیگر و محیط بازی شد. در طول این سه جلسه سعی شد با استفاده از راهبردهای برقراری و تقویت رابطه مثبت، چارچوب ارتباطی پذیرنده‌ای که کودک در آن احساس امنیت و راحتی کند و بتواند به تعمیق

جدول ۱) مشخصه‌های توصیفی مقیاس برون‌سازی‌شده و زیرمقیاس‌های آن به‌تفکیک مراحل آزمون

مقیاس و زیرمقیاس‌ها ↓	پیش‌آزمون اول		پیش‌آزمون دوم		پس‌آزمون اول		پس‌آزمون دوم		پس‌آزمون سوم		پس‌آزمون چهارم	
	SD	M	SD	M	SD	M	SD	M	SD	M	SD	M
رفتارهای برون‌سازی‌شده	۵/۰۳	۲۰/۳	۴/۵۹	۲۰/۲	۱۹/۱	۴/۳۶	۱۶/۷	۴/۶۴	۱۴/۶	۶/۳۴	۱۰/۳	۵/۲۵
رفتار پرخاشگرانه	۱۵/۵	۳/۴۴	۱۵/۸	۳/۶۱	۱۴/۸	۳/۱۹	۱۳/۳	۲/۹۵	۱۱/۷	۵/۰۳	۸/۳	۴/۲۲
نادیده گرفتن قوانین	۴/۷	۲/۴۵	۴/۳	۲/۰۶	۴/۳	۱/۵۷	۳/۴	۱/۹۵	۲/۹	۱/۷۹	۲	۱/۲۵

یافته‌ها

مشخصه‌های توصیفی مقیاس رفتارهای برون‌سازی‌شده و زیرمقیاس‌های آن برای مراحل پیش‌آزمون و پس‌آزمون در جدول ۱ ارایه شده‌اند. روند تغییرات میانگین رفتارهای برون‌سازی‌شده در نمودار ۱ و میانگین نمره‌های نادیده گرفتن قواعد و رفتار

جدول ۲) مشخصه‌های توصیفی مقیاس برون‌سازی‌شده فرم گزارش معلم

در پیش‌آزمون و پس‌آزمون					
	Skewness	Max.	Min.	SD	M
پیش‌آزمون	-۰/۴۴	۲۰	۵	۵/۶۲	۱۳/۴
پس‌آزمون	-۰/۷۲	۱۴	۴	۳/۲۲	۹/۲

نتیجه، متغیر مستقل (بازی درمانگری) موجب کاهش میزان متغیر وابسته (رفتارهای برونی سازی شده) شد. در زیرمقیاس رفتار پرخاشگرانه نیز F برابر با ۱۸/۱۹ به دست آمد. این مقدار در سطح ۰/۰۱ از لحاظ آماری معنی دار بود. اما این مشخصه در زیرمقیاس نادیده گرفتن قوانین از لحاظ آماری معنی دار نبود. بر این اساس، می توان نتیجه گرفت که بازی درمانگری توانسته شدت رفتار پرخاشگرانه را کاهش دهد، اما تأثیر معنی داری بر کاهش رفتارهای نقض قوانین نداشته است.

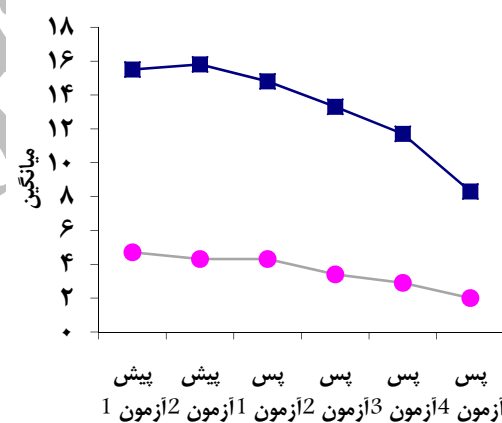
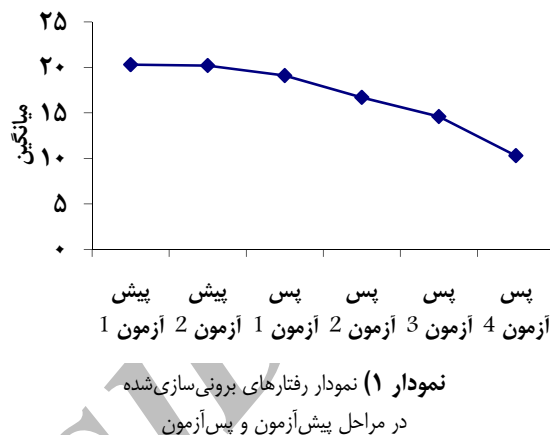
نتایج آزمون T در بررسی و مقایسه تغییرات صورت گرفته در هر مرحله از آزمون در جدول ۴ نشان داده شده است. بدین ترتیب، مراحل مختلف دوبه دو مورد مقایسه قرار گرفتند. همان گونه که در این جدول مشخص شده است، تفاوت میانگین پیش آزمون اول و پیش آزمون دوم در مقیاس برونی سازی شده و دو زیرمقیاس آن معنی دار نبود. بنابراین می توان گفت که میانگین مقیاس برونی سازی شده و زیرمقیاس های آن در گروه مداخله در فاصله بین دو مرحله پیش آزمون تغییری نکرده است. در فاصله پیش آزمون دوم و پس آزمون اول نیز هیچ تفاوت معنی داری در میانگین نمره ها دیده نشد.

جدول ۴) نتایج آزمون t وابسته در مراحل پیش آزمون و پس آزمون

مقیاس ← پس آزمون	مقیاس برونی سازی شده	زیرمقیاس رفتار پرخاشگرانه	زیرمقیاس نادیده گرفتن قوانین
پیش آزمون اول پیش آزمون دوم	۰/۱۱۳	-۰/۴۱۹	۱/۳۱
پیش آزمون اول	۰/۷۳	-۰/۷۹	۰
پس آزمون اول پس آزمون دوم	** ۳/۸۸	** ۳/۷۴	* ۰/۰۴۱
پس آزمون دوم پس آزمون سوم	۱/۹۸	۱/۶۹	۱/۶۹
پس آزمون سوم پس آزمون چهارم	** ۵/۷۶	** ۴/۳۷	* ۲/۳۸
	* P > ۰/۰۵	** P > ۰/۰۱	

تفاوت میانگین نمره های پس آزمون اول و پس آزمون دوم و نیز پس آزمون سوم و چهارم در مقیاس برونی سازی شده در سطح کمتر از ۰/۰۱ معنی دار بود. بنابراین، می توان گفت که مشکلات برونی سازی شده کودکان در فاصله جلسه های چهارم تا هشتم و در چهار جلسه پایانی بیش از سایر جلسه ها کاهش یافته است. در زیرمقیاس رفتارهای پرخاشگرانه نیز تفاوت میانگین نمره های پس آزمون اول و پس آزمون دوم از یک سو و پس آزمون سوم و

پرخاشگرانه در نمودار ۲ ارایه شده است. نتایج آزمون اندازه های مکرر در مورد مقیاس برونی سازی شده و زیرمقیاس های آن در جدول ۳ نشان داده شده اند.



نمودار ۲) نمودار میانگین های زیرمقیاس های رفتار پرخاشگرانه و نادیده گرفتن قوانین در مراحل پیش آزمون و پس آزمون

جدول ۳) مشخصه های آماری آزمون اندازه گیری های مکرر برای مقیاس برونی سازی شده و زیرمقیاس های آن

نادیده گرفتن قوانین	رفتار پرخاشگرانه	مقیاس برونی سازی شده
Sig. < ۰/۰۰۱	Sig. < ۰/۰۰۵	Sig. < ۰/۰۰۴
F ۶/۶۷	F ۱۳/۹۵	F ۱۴/۴۹
Sig. < ۰/۰۰۹	Sig. < ۰/۰۰۳	Sig. < ۰/۰۰۸
F ۴/۲۵	F ۱۸/۱۹۳	F ۱۲/۲۶

در این جدول، مقدار مشخصه آماری F در آزمون لاندای ویلکس برای مقیاس برونی سازی شده برابر با ۱۲/۲۶۰ بود. این مقدار از لحاظ آماری در سطح ۰/۰۱ معنی دار بود و نشان داد که نتایج شش مرحله آزمون به طور معنی داری با هم متفاوت بودند؛ در

برونی‌سازی شده در فرم CBCL از ۲۰/۳ در پیش‌آزمون اول به ۱۰/۳ در پس‌آزمون چهارم و در فرم TRF از ۱۳/۴ به ۹/۲ کاهش یافت. با این حال به نظر می‌رسد که بازی‌درمانگری شیوه موثرتری در کاهش رفتار پرخاشگرانه بوده و تاثیر کمتری بر رفتارهای نادیده گرفتن قوانین داشته است. در مجموع، نتایج این پژوهش همسو با پیشینه پژوهشی است. براتون، ری، راین و جونز [۱۵] در پژوهشی فراتحلیلی اثربخشی بازی‌درمانگری را در کاهش مشکلات برونی‌سازی به اثبات رساندند. رنی [۱۷] با استناد به نتایج پژوهشی، بازی‌درمانگری را روش بسیار موثری در کاهش مشکلات برونی‌سازی شده کودکان دانست. گارزا [۲۳] تاثیر بازی‌درمانگری کودک‌محور را در کاهش مشکلات برونی‌سازی شده (به‌خصوص CD) و سایر مشکلات رفتاری کودکان اسپانیایی تبار مثبت ارزیابی کرد. در همین راستا، برستون و آبیگر [۲۴] نیز بازی‌درمانگری را شیوه درمانی اثربخشی در کاهش مشکلات برونی‌سازی شده، به‌ویژه مشکلات رفتار هنجاری، یافتند. واتسون [۱۶] با آموزش بازی‌درمانگری به معلمان و اجرای این روش از سوی آنها در کودکان ۴ تا ۷ ساله توانست نشانه‌های برونی‌سازی شده منفی را که این پژوهشگر آنها را مرتبط با افسردگی می‌دانست، تا حد چشمگیری کاهش دهد. در پژوهش احمدی [۲۵] که به بررسی اثربخشی بازی‌درمانگری در حیطه رفتارهای برونی‌سازی شده در ایران پرداخته بود، تاثیر بازی‌درمانگری کودک‌محور در کاهش اشکال مختلف پرخاشگری (کلامی، غیرکلامی، پنهان) در پسران ابتدایی تایید شد. هرچند میانگین رفتارهای برونی‌سازی شده کودکان گروه نمونه در تمام مراحل پس‌آزمون کاهش یافت، اما مقایسه میانگین هر مرحله با مرحله بعد، تفاوت معنی‌دار میانگین‌ها را تنها در فاصله پس‌آزمون اول و دوم و پس‌آزمون سوم و چهارم برجسته کرد. برای تبیین این یافته باید به آن چه در فاصله جلسه‌های ابتدایی و جلسه‌های پایانی روی داده، توجه کرد. چند جلسه ابتدایی بازی‌درمانگری به ایجاد رابطه درمانی اختصاص یافته بود. در این مرحله با استفاده از فونونی مانند پذیرش بی‌قید و شرط کودک، ترغیب وی به بیان خواسته‌ها، افکار و احساسات و بازتاب دادن احساسات وی، رابطه درمانی معنی‌داری با درمانگر شکل گرفت که از شدت رفتارهای گذار به عمل می‌کاست. به نظر می‌رسد والدین تحت تاثیر این پیشرفت اولیه، ارزیابی پایین‌تری از شدت رفتارهای برونی‌سازی شده در فرزندان‌شان داشته‌اند. اما به تدریج با عمیق‌تر شدن روند درمانگری و ایجاد زمینه‌ای مساعد برای بیان تعارض‌های درونی، فرصت برون‌ریزی امیال و احساس‌های سرکوب‌شده و منع‌شده برای کودک فراهم شد. این امر به تشدید رفتارهای برونی‌سازی شده کودک منجر شده و نگرانی والدین را به دنبال داشته است. در فاصله جلسه‌های پایانی که طی یک ماه به انجام رسید، اکثر کودکان توانستند مشکلات خود را تا حد

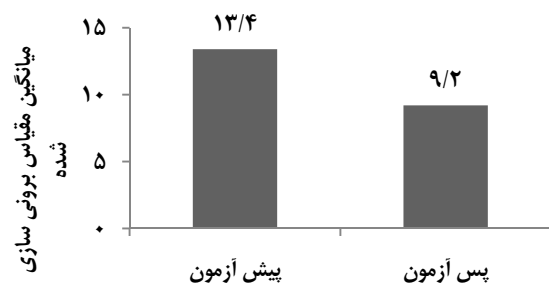
چهارم از سوی دیگر، در سطح کمتر از ۰/۰۱ معنی‌دار بود. بدین ترتیب بازی‌درمانگری به کاهش قابل‌ملاحظه رفتارهای پرخاشگرانه در فاصله جلسه‌های چهارم تا هشتم و جلسه‌ها دوازدهم تا شانزدهم منجر شده است.

جدول ۵) مقایسه نمره پیش‌آزمون و پس‌آزمون در فرم گزارش معلم

تفاوت میانگین‌ها	t	df	Sig.
۴/۲	۳/۴	۹	۰/۰۰۸

در زیرمقیاس نادیده گرفتن قوانین، داده‌های جدول ۴، معنی‌داری تفاوت میانگین‌های پس‌آزمون اول و دوم و پس‌آزمون سوم و چهارم، را در سطح کمتر از ۰/۰۵ نشان داد. به عبارت دیگر، رفتارهای نادیده گرفتن قوانین نیز در حد فاصل جلسه‌های چهارم تا هشتم و دوازدهم تا شانزدهم، تقلیل پیدا کردند. این در حالی است که پیش از این دیده شد که مشخصه لاندای ویلکس (جدول ۳) برای این زیرمقیاس معنی‌دار نبود. علت این تناقض را می‌توان ناشی از این امر دانست که نرم‌افزار آماری SPSS معنی‌داری F چندمتغیری را در سطح کمتر از ۰/۰۱ محاسبه می‌کند.

در نهایت، به‌منظور اطمینان بیشتر نسبت به یافته‌ها، نمره‌های پیش‌آزمون و پس‌آزمون مقیاس برونی‌سازی شده در فرم گزارش معلم با استفاده از آزمون T وابسته مقایسه شدند. نتیجه این مقایسه در جدول ۵ آمده است. تفاوت میانگین نمره پیش‌آزمون و پس‌آزمون در سطح کمتر از ۰/۰۱ معنی‌دار بود. پس می‌توان نتیجه گرفت که بنا به نظر معلمان نیز بازی‌درمانگری موجب کاهش رفتارهای برونی‌سازی شده کودکان در مهدکودک شده است (نمودار ۳).



نمودار ۳) نمودار میانگین مقیاس برونی‌سازی شده براساس فرم گزارش مربی در مرحله پیش‌آزمون و پس‌آزمون

بحث

تحلیل یافته‌های این پژوهش نشان داد که بازی‌درمانگری کودک‌محور روش موثری در کاهش نشانه‌های برونی‌سازی شده است. با استفاده از این روش، میانگین نمره مقیاس

implications for assessment and treatment. *Child Youth Serv Rev.* 2006;28(7):761-79.

6- Hinshaw SP. Process, mechanism and explanation related to externalizing behavior in developmental psychopathology. *J Abnorm Child Psychol.* 2002;30(5):431-58.

7- Oland A. The development of pure cooccurring externalizing and internalizing symptomatology in children [dissertation]. Pittsburg: University of Pittsburg; 2002.

8- Gilliom M, Shaw DS. Co-development of externalizing and internalizing problems in early childhood. *Dev Psychopathol.* 2004;16:313-34.

9- Young E, Fitzgerald HE, Von Eye A, Puttler LI, Zucker RA. Temperamental characteristics as predictors of externalizing and internalizing child behavior problems in the contexts of high and low parental psychopathology. *Infant Ment Health J.* 2001;22(3):393-415.

10- Stormont M. Externalizing behavior problems in young children: Contributing factors and early intervention. *Psychol Sch.* 2002;39(2):127-38.

11- Wicks-Nelson R, Israel AC. Behavior disorders of childhood. 5th ed. New Jersey: Pearson Education; 2003.

12- Atkins MS, McKay MM. DSM-IV diagnosis of conduct disorder and oppositional defiant disorder: Implications and guidelines for school mental health teams. *School Psych Rev.* 1996;25(3):274-84.

13- Arnold DH, Brown SA, Meagher S, Baker CN, Dobbs J, Doctoroff GL. Preschool based programs for externalizing problems. *Educ Treat Children.* 2006;29(2):311-39.

14- Farmer EMZ, Compton SN, Burns BJ, Robertson E. Review of the evidence base for treatment of childhood psychopathology: Externalizing disorders. *J Consult Clin Psychol.* 2002;70(6):1267-1302.

15- Bratton SC, Ray D, Rhine T, Jones L. The Efficacy of play therapy with children: A meta-analytic review of treatment outcomes. *Prof Psychol Res.* 2005;36(4):376-90.

16- Watson DL. 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 [dissertation]. Minnesota: Capella University; 2007.

17- Rennie RL. A comparison study of the effectiveness of individual and group play therapy in treating kindergarten children with adjustment problems [dissertation]. Denton: University of North Texas; 2000.

18- Hinshaw SP. Process, mechanism and explanation related to externalizing behavior in developmental psychopathology. *J Abnorm Child Psychol.* 2002;30(5):431-58.

۱۹- هومن حیدرعلی. شناخت روش علمی در علوم رفتاری. تهران: انتشارات پارسا؛ ۱۳۸۰.

۲۰- آشنایخ توماس، رسکورلا لسلی. کتابچه راهنمای فرم‌های سن مدرسه نظام مبتنی بر تجربه آشنایخ (ASEBA). مینیاپولیس، مینیاپولیس: مترجم. تهران: پژوهشکده کودکان استثنایی. ۱۳۸۴.

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

22- Sweeney DS, Landreth GL. Child-centered play therapy. In: Schaefer CE, editor. *Foundation of play therapy.* Hoboken: John Wiley and Sons; 2003.

23- Garza Y. Effects of culturally responsive child-centered play therapy compared to curriculum-based small group counseling with elementary-age Hispanic children

قابل قبولی بپذیرند و شیوه‌های بیان و مقابله سازش یافته‌تری را در پیش گیرند. بدین ترتیب انعکاس تغییرات رفتاری کودکان را می‌توان به خوبی در ارزیابی‌های مکرر والدین مشاهده کرد.

نتیجه‌گیری

بازی درمانگری کودک محور شیوه موثری در کاهش نشانه‌های برونی‌سازی شده کودکان پیش دبستانی است. این شیوه با ایجاد چارچوب ارتباطی ایمنی بخش، کودکان را در بیان درونی‌ترین و عمیق‌ترین مشکلاتشان یاری می‌کند. در جریان بازی درمانگری مهارت‌های ارتباطی و اجتماعی کودکان گسترش می‌یابد و الگوی دلبستگی ایمن بر روابط کودک و درمانگر حاکم می‌شود. کودکان در چنین چارچوبی می‌توانند با بازپیداوری مکرر موضوع‌ها و رویدادهای مهم، احساسات و هیجان‌های خود را برون‌ریزی کنند، به بینش جدیدی دست یابند و شیوه‌های سازش یافته‌تر حل مساله را برگزینند. بازی درمانگری به کودکان در تنظیم و تعدیل حالت‌های عاطفی و هیجانی و استفاده از پاسخ‌های رفتاری دقیق‌تر و ظریف‌تر در موقعیت‌های مختلف کمک می‌کند. در نهایت به نظر می‌رسد که مجموعه این عوامل می‌توانند دریچه تازه‌ای از امکانات و ظرفیت‌های شناختی و عاطفی را پیش روی کودکان بگشایند و آنها را قادر سازند تا هدف‌های جدیدی را برای خود تعیین و برای به ثمر رساندن آنها تلاش کنند.

فقدان گروه کنترل در این طرح، محدود بودن تعداد کودکان گروه نمونه، عدم کنترل مشکلات درونی‌سازی شده هم‌زمان در این کودکان و عدم پیگیری پیامدهای درمانگری مهم‌ترین محدودیت‌های این پژوهش به‌شمار می‌روند که می‌توانند تفسیر و تعمیم‌پذیری نتایج را با محدودیت مواجه سازند. بنابراین اجرای این شیوه درمانگری در گروه وسیع‌تری از کودکان، بررسی دقیق‌تر اختلال‌های هم‌زمان و متمایز ساختن آنها از یکدیگر و پیگیری نتایج بر غنای اطلاعات به‌دست‌آمده خواهد افزود.

منابع

- 1- Achenbach TM, Rescorla LA. ASEBA school age forms profiles. Burlington: University of Vermont; 2001.
- 2- Maughan DR, Christiansen E, Jenson WR, Olympia D, Clark E. Behavioral parent training as a treatment for externalizing behaviors and disruptive behavior disorders: A meta analysis. *School Psych Rev.* 2005;34(30):267-86.
- 3- Liu J. Childhood externalizing behavior: Theory and implications. *J Child Adolesc Psychiatr Nurs.* 2004;17(3):93-100.
- 4- Masi G, Toni C, Perugi G, Traverso MC, Millepiedi S, Mucci M, Akiskal HS. Externalizing disorders in consecutively referred children and adolescents with bipolar disorder. *Compr Psychiatry.* 2003;44(3):184-9.
- 5- Keil V, Price JM. Externalizing behavior disorders in child welfare settings: Definition, prevalence and

29 years, 82 studies and 5,272 kids. J Clin Child Psychol. 1998;27:180-9.

۲۵- احمدی مهرناز. بررسی تاثیر بازی درمانگری در کاهش پرخاشگری کودکان [پایان نامه کارشناسی ارشد]. تهران: دانشگاه تربیت مدرس؛ ۱۳۷۶.

experiencing externalizing and internalizing behavior problems: A preliminary study [dissertation]. Denton: University of North Texas; 2004.

24- Brestan E, Eyberg S. Effective psychosocial treatments of conduct disordered children and adolescents:

Archive of SID