مقایسه اثر بخشی بازی درمانی کودک‌محور و بازی درمانی والدینی بر کاهش اختلالات درونی سازی شده کودکان

الهه آقایی [۱]، مژگان کار احمدی [۲]، علی عسگری [۳]

مقاله پژوهشی

چکیده

زمینه و هدف: پژوهش حاضر با هدف مقایسه اثربخشی بازی درمانی کودک محور و بازی درمانی والدینی درکاهش مشکلات درونی سازی شده کودکان انجام شد.

مواد و روش‌ها: جامعه آماری این پژوهش کودکان دختر و پسر پایه‌های اول و دوم دبستان شهر اصفهان در سال تحصیلی ۹۱-۹۰ بود. طرح پژوهش از نوع سری‌های زمانی با چند گروه است و در زمره طرح‌های شبه‌آزمایشی بود. به منظور انتخاب گروه نمونه با استفاده از روش تصادفی چند مرحله‌ای در مرحله نخست، از میان مناطق شهر اصفهان دو منطقه و در مرحله بعد، از هر منطقه دو مدرسه به تصادف انتخاب شدند. والدین کودکان کلاس اول و دوم دبستان در این مدارس، فهرست رفتاری کودک آشنباخ (child behavior checklist) را تکمیل کردند. در انتها ۳۰ کودک (۷-۸) ساله مبتلا به اختلال درونی سازی شده (اضطراب/افسردگی، افسردگی/انزوا) به تصادف در دو گروه مداخله بازی درمانی کودک محور (n=۱۵) و والدینی (n=۱۵) قرار داده شدند. در گروه بازی درمانی کودک محور، هر کودک در ۱۶ جلسه بازی درمانی و در گروه بازی درمانی والدینی، مادران در ۱۰ جلسه درمان گروهی شرکت کردند. مادران هر دو گروه در دو مرحله پیش آزمون، یک مرحله پس آزمون و یک مرحله پیگیری به فاصله یک ماه، پرسش‌نامه آشنباخ را تکمیل کردند. به منظور تحلیل داده‌ها از تحلیل واریانس اندازه‌گیری‌های مکرر استفاده شد.

یافته‌ها: بر طبق یافته‌ها اثر گروه و اثر متقابل زمان و گروه تأثیر معنی‌داری بر اختلال درونی سازی شده و اضطراب دارد (P<۰/۰۵) از سوی دیگر در اختلال انزوا و کناره‌گیری اثر گروه معنی‌دار نبوده P>۰/۰۵ اما اثر زمان معنادار بوده است. در نتیجه روش بازی درمانی والدینی موجب کاهش بیشتر رفتارهای درونی‌سازی شده و اضطراب کودکان شده است، اگرچه تأثیرات این دو روش در کاهش زیرمقیاس افسردگی/ انزوا تفاوت قابل توجهی نداشته‌اند. به علاوه پس از یک ماه پیگیری، نتایج به دست آمده در روش بازی درمانی والدینی پایدارتر از روش بازی درمانی کودک محور مشاهده شد.

نتیجه‌گیری: در نتیجه می‌توان بازی درمانی والدینی را به عنوان روشی اثر بخش‌تر از روش بازی درمانی کودک محور در کاهش مشکلات درونی سازی شده و اضطراب کودکان در نظر گرفت.

واژه‌های کلیدی: بازی درمانی کودک محور، بازی درمانی والدینی، اختلالات درونی سازی شده، اضطراب

ارجاع: الهه آقایی، کار احمدی مژگان، عسگری علی. **مقایسه اثر بخشی بازی درمانی کودک‌محور و بازی درمانی والدینی بر کاهش اختلالات درونی سازی شده کودکان**. مجله تحقیقات علوم رفتاری ۱۳۹۴؛ ۱۳(۲): ۳۲۱-۳۰۹

دریافت مقاله: ۱۳۹۳/۰۸/۲۷ پذیرش مقاله: ۱۳۹۴/۰۴/۲۲

۱. کارشناسی ارشد روان‌شناسی تربیتی، دانشگاه خوارزمی، تهران، ایران (نویسنده مسؤول)

Email: Elahe_aghayi@yahoo.com

۲. استاد، دانشگاه علوم پزشکی، اصفهان، ایران

۳. استاد، دانشگاه خوارزمی، تهران، ایران

[Downloaded from rbs.mui.ac.ir on 2026-11-09]

[DOR: 20.1001.1.17352029.1394.13.2.11.8]

مقدمه

اختلالات هیجانی رفتاری در کودکان به شرایطی اطلاق می‌شود که در آن پاسخ های هیجانی رفتاری در مدرسه و خانه با هنجارهای جامعه تفاوت داشته باشد به طوری که بر سازگاری فرد، عملکرد در مدرسه، مراقبت از خود و روابط اجتماعی تاثیر منفی میگذارد. تقسیم بندی های مختلفی از این اختلالات ارائه شده که از جمله معروف‌ترین آن‌ها می‌توان به تقسیم‌بندی آشنباخ و رسکورلا اشاره کرد. بر اساس این تقسیم‌بندی اختلالات درونی‌سازی و برونی‌سازی شده دو دسته کلی از الگوی اختلالات دوران کودکی هستند. بر طبق آمارها ۱۰ تا ۲۰٪ از کودکان و نوجوانان مبتلا به اختلالات درونی سازی شده هستند (۱). اختلالات درونی‌سازی شده بیشتر درون‌فردی و شامل مشکلاتی هم‌چون کناره‌گیری از تعامل‌های اجتماعی، بازداری (inhibition) ، اضطراب و افسردگی است (۳-۲). مشکلات درونی سازی شده می‌توانند بسیار زود و از سنین بسیار پایین (افسردگی از نوزادی و اضطراب از هفت سالگی) آغاز شوند (۴). به علاوه مطالعات متعددی حاکی از آن هستند که هم‌چنان درصد قابل توجهی از اختلالات درونی سازی شده در طول تحول و تا سال‌های بزرگسالی پایدار می‌مانند و پیامدهای زیانباری برای فرد به همراه می آورند (۸-۵).

با توجه به میزان شیوع و تأثیرات بلند مدت این اختلالات در سال‌های اخیر، یافتن درمان‌های مؤثر و راهبردهای پیشگیری از گسترش مشکلات کودکان در معرض خطر، مورد توجه درمانگران و محققان بسیاری قرار گرفته است. روش‌های بسیاری برای درمان این اختلالات به کار می‌رود که بنا بر پژوهش‌های انجام شده، در این میان بازی درمانگری (play thrapy)یکی از شاخص‌ترین این روش‌ها است (۹) و پژوهش‌های بسیاری از اثربخشی این روش در درمان مشکلات درونی سازی شده حمایت می‌کنند (۱۱-۱۰). بازی درمانی کودک محور بر سازه‌های نظری درمان شخص محور و در سال (۱۹۵۱) پایه ریزی شده است . اصول نظری این رویکرد با نیروهای درونی، روش و اقدامات فرد برای برقراری ارتباط با خود و کشف خود رابطه دارد. می‌توان بازی درمانی را سفر درونی کودک به دنیای درونی خود دانست در نتیجه کودک از طریق بازی که ابزار بیان او است می‌تواند به بیان برونی رویدادهای درونی‌اش بپردازد (۹).

به علاوه بر اساس پژوهش‌ها، بازی‌درمانی کودک محور در کاهش انواع مشکلات درون‌سازی شده در مدرسه، اختلال وسواس فکری عملی، در بهبود نشانه‌های اختلال تنیدگی پس ضربه‌ای و در کاهش اضطراب مؤثر گزارش شده است (۱۲-۹). از سوی دیگر با وجود مزایای بسیاری که برای این روش در کاهش مشکلات درونی سازی شده گزارش شده است، این روش با مشکلات متعددی روبرو است. از جمله مشکلات این روش می‌توان به تعمیم‌پذیری نتایج اشاره کرد. در این روش تعمیم‌پذیری نتایج به خارج از محیط درمان به دلیل عدم مشارکت والدین با مشکل مواجه می‌شود. از جمله مشکلات دیگر که منجر به قطع جریان درمان می‌شود روند کند و تدریجی این روش است (۱۲-۱۱).

با توجه به این مشکلات، روش بازی‌درمانی والدینی (filialtherapy) توسط Guerney به وجود آمده است. بازی درمانی والدینی به عنوان برنامه‌ای درمانی برای کودکان مبتلا به مشکلات هیجانی پایه‌گذاری شد. اگرچه بیش از چندین دهه از ظهور این روش درمانگری می‌گذرد، تنها در حدود بیست سال است که در جوامع حرفه‌ای جایگاه حائز اهمیتی پیدا کرده و در حدود ده سال است که علاقه متخصصان بین المللی به این شکل مؤثر از خانواده درمانی به سرعت افزایش یافته است (۱۳). در این روش درمانگر اصول بازی درمانی کودک محور را به والدین می آموزد و والدین این اصول را در جلسات بازی با کودک در منزل اجرا می‌کنند. در نتیجه با بهبود ارتباط والد-کودک و اصلاح برخی روش‌های رفتاری والدین، بسیاری از مشکلات کودکان بهبود خواهد یافت. به عبارت دیگر در این روش سعی بر آن است با مشارکت والدین در جریان درمان بر مشکل تعمیم نتایج و طولانی مدت بودن روش بازی درمانی کودک محور غلبه کرد (۱۶-۱۴). پژوهش‌های بسیاری از اثربخشی این روش در افزایش پذیرش والدین، بهبود رابطه والد-کودک و کاهش مشکلات درونی‌سازی شده کودکان حمایت می‌کنند (۱۹-

[Downloaded from rbs.mui.ac.ir on 2026-11-09]

[DOR: 20.1001.1.17352029.1394.13.2.11.8]

۱۷). با این وجود درمانگران در اجرای این روش نیز با موانع متعددی مواجه خواهند شد. از جمله مشکلات می‌توان به موارد زیر اشاره کرد: اگرچه اکثر والدین برای این روش درمانی مناسب هستند، اما این روش ممکن است در جمعیت خاصی اثر بخش واقع نشود. به طور مثال این روش برای والدینی که به هر دلیلی از جمله بیماری جسمی، در اکثر جلسات آموزشی بازی درمانی والدینی به طور منظم شرکت نکنند، اثر بخش نخواهد بود. به علاوه والدینی که مبتلا به اختلالات روانی جدی هستند مسلما نمی‌توانند با فرزندشان در جلسات بازی به روش همدلانه رفتار کنند و از این رو در برگزاری این جلسات با کودک موفق نخواهند بود (۲۰).

با توجه به آنچه گذشت انتخاب یکی از این دو روش بازی درمانی والدینی و کودک محور در درمان مشکلات درونی سازی شده کودکان نیاز به بررسی بیشتر دارد. پیشینه پژوهشی در زمینه مقایسه این دو روش بسیار ضعیف است و تنها یک پژوهش در خارج از کشور انجام شده که در این پژوهش تفاوت قابل ملاحظه‌ای بین این دو روش در کاهش مشکلات درونی سازی شده کودکان مشاهده نشده است (۲۱).

با توجه به پیشینه پژوهشی بیان شده در هر زمینه، مزایا و معایب این دو روش درمانی و با توجه به اینکه برخی مؤلفان روش بازی درمانی والدینی را در فرهنگ‌های شرقی، به دلیل نقش بسیار مهم خانواده، بسیار مؤثرتر از فرهنگ‌های فردگرایانه غربی می‌دانند (۲۳-۲۲). پژوهش حاضر بر آن است به مقایسه اثر بخشی این دو روش درمانی در کاهش مشکلات درونی سازی شده کودکان بپردازد. از سوی دیگر با توجه به شیوع مشکلات درونی سازی و اهمیت درمان این مشکلات در دوران کودکی، آزمون شیوه‌هایی اثربخش که در زمان کوتاه به درمان این اختلالات در دوران کودکی منجر شود از ضرورت قابل توجهی برخوردار است. در نتیجه کمبود پژوهش‌های انجام شده در زمینه مقایسه این دو روش در خارج از کشور و عدم پژوهش در این زمینه در داخل کشور، پژوهش حاضر به دنبال یافتن پاسخ برای این پرسش است که آیا بازی‌درمانی والدینی نسبت به بازی درمانی کودک محور روش مؤثرتری در درمان مشکلات درونی سازی‌شده کودکان می‌باشد؟

مواد و روش‌ها

طرح پژوهش: طرح پژوهش حاضر از نوع سری‌های زمانی (time-series design) با چند گروه است 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 مکر (repeated measure) رفتار آزمودنی پیش از ارایه متغیر مستقل و پس از ارایه آن مورد بررسی قرار می‌گیرد.

شرکت‌کنندگان: جامعه آماری این پژوهش کودکان دختر و پسر پایه‌های اول و دوم دبستان شهر اصفهان در سال تحصیلی ۹۱-۹۰ بود. از این جامعه یک گروه نمونه متشکل از ۳۰ کودک (۲۰ دختر و ۱۰ پسر) مقطع اول و دوم دبستان به روش خوشه‌ای انتخاب شدند که وضعیت اقتصادی- اجتماعی والدینشان متوسط بوده، در رده سنی بیست و پنج تا سی و پنج ساله قرار داشتند و سطح تحصیلات آن‌ها لیسانس به بالاتر بود.

به منظور نمونه‌گیری، در مرحله نخست، از میان مناطق شهر اصفهان دو منطقه و در مرحله بعد، از هر منطقه دو مدرسه به تصادف انتخاب شد.۴۵۰ نفر از والدین کودکان اول و دوم دبستان مدارس منتخب، ، پرسش‌نامه Child Behavior Checklist را که توسط Achenbach در سال (۲۰۰۱) ساخته شده است، تکمیل کردند و سرانجام تعداد ۳۴ کودک که بر اساس نمره برش این پرسش‌نامه در مقیاس درونی‌سازی شده (اضطراب/افسردگی و افسردگی/ انزوا) نیازمند توجه بالینی تشخیص داده شدند و والدین آن‌ها حاضر به همکاری بودند به طور تصادفی به دو گروه بازی درمانی کودک محور و بازی درمانی والدینی اختصاص داده شدند. عدم همکاری چهار والد در تمامی جلسات منجر به خارج شدن چهار کودک از ادامه فرایند درمانی شد و در انتها در هر گروه، ۱۵ کودک گروه نمونه را تشکیل دادند. ویژگی‌های جمعیت‌شناختی گروه نمونه در جدول۱ به شرح زیر است:

[Downloaded from rbs.mui.ac.ir on 2026-11-09]

[DOR: 20.1001.1.17352029.1394.13.2.11.8]

جدول ۱. ویژگی‌های جمعیت‌شناختی گروه نمونه

متغیر	n والدینی	n کودک محور	متغیر	n	n
جنس			**شغل پدر**		
دختر	۹	۹	کارمند		۱۵
پسر	۶	۶	شغل ازاد		
سن کودک			بیکار		
۷-۸	۱۰	۱۰	**تحصیلات مادر**		
۸-۹	۵	۵	سیکل		
سن مادر			دیپلم	۳	۲
۲۰-۳۱	۶	۶	فوق دیپلم	۸	۹
۳۱-۴۰	۹	۹	لیسانس	۴	۴
سن پدر			فوق‌لیسانس		
۲۰-۳۱	۷	۷	دکترا		
۴۰-۵۰	۸	۸	**تحصیلات پدر**		
۵۰-۶۰			سیکل		
مدت ازدواج			دیپلم	۲	۲
۱-۱۰	۱۴	۱۴	فوق دیپلم	۴	۳
۱۰-۲۰	۱	۱	لیسانس	۹	۱۰
شغل مادر			فوق لیسانس		
شاغل					
خانه‌دار	۱۵	۱۵			

ابزار:

نظام ارزیابی مبتنی بر تجربه آشنباخ: این پرسش‌نامه توسط Achenbach در سال ۲۰۰۱ برای سنجش مشکلات برونی‌سازی‌شده و درونی سازی شده کودکان ۱۸-۶ ساله تهیه شده است. این فرم مشکلات کودکان و نوجوانان را در دو بخش و در هشت عامل یا بعد اضطراب/ افسردگی، افسردگی/ انزوا، شکایت‌های جسمانی، مشکلات اجتماعی، مشکلات تفکر، مشکلات توجه، نادیده گرفتن قواعد و رفتارهای پرخاشگرانه ارزیابی می‌کند. از مجموع نمره‌های سه عامل اضطراب/افسردگی، افسردگی/انزوا و شکایات جسمانی، عامل مشکلات درونی‌سازی شده به دست می‌آید (۲). روش نمره‌گذاری 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 کاملا درست =۲ مشخص کنند. برای نمره‌گذاری بخش دوم، مقیاس‌های مبتنی بر تحلیل عاملی ملاک قرار گرفت و پس از جمع نمره‌های مواد تشکیل‌دهنده هر مقیاس، نمره مقیاس به دست آمد. این پرسش‌نامه از روایی و اعتبار قابل قبولی برخوردار است (۲۴). در هنجارسازی این چک لیست در ایران، مینایی ضرایب همسانی درونی را در سنین شش تا ۱۱سال برای زیرمقیاس‌های نادیده گرفتن قوانین، رفتار پرخاشگرانه و برونی‌سازی به ترتیب برابر با ۰/۶۷، ۰/۸۷ و ۰/۸۸ و اعتبار بازآزمایی را در فاصله پنج تا هشت هفته برای این زیرمقیاس‌ها به ترتیب برابر با ۰/۳۸، ۰/۴۸ و ۰/۶۱ به دست آورد. برای بررسی روایی، این چک لیست با سیاهه نشانه‌های مرضی کودکان (Child Symptom Inventory-4 (CSI-4) اجرا شد. ضرایب همبستگی همه زیرمقیاس‌ها با زیرمقیاس‌های مرتبط در سیاهه نشانه‌های مرضی در سطح

[Downloaded from rbs.mui.ac.ir on 2026-11-09]

[DOR: 20.1001.1.17352029.1394.13.2.11.8]

۰/۰۵ معنی‌دار بودند. برآورد قابلیت این چک لیست در ایجاد تمایز بین گروه بهنجار و بالینی نشان داد تفاوت میانگین دو گروه بهنجار و بالینی در دختران و پسران در سه زیرمقیاس در سطح ۰/۰۵ معنی‌دار بود (۲۴).

شیوه اجرا: روش بازی درمانی کودک محور در هشت هفته و هر هفته دو جلسه و هر جلسه به مدت ۴۵ دقیقه برگزار شد. ساختار این دوره را می‌توان به طور خلاصه این‌طور بیان کرد:

جلسه ۱ تا ٤: جلسات اول صرف برقراری ارتباط بین کودک و درمانگر می‌شود. درمانگر قوانین را برای کودک بیان کرده و کودک نسبت به محیط و قوانین بازی شناخت پیدا می‌کند. جلسه **٤ تا ۱۲:** در این جلسات کودک به بیان مشکلات خود از طریق بازی می‌پردازد. در این جلسات درمانگر بدون آن‌که سعی کند موضوعی بر کودک تحمیل شود و یا رفتار کودک به سمت خاصی هدایت شود، تلاش می‌کند به کودک یاری برساند به بینش کافی نسبت به مشکل خود و راه حل آن دست یابد. **جلسه۱۲ تا ۱٦:** کودکان برای خاتمه درمان آماده می‌شوند.

یکی از پرکاربردترین و مؤثرترین روش‌های بازی درمانی والدینی (Child Parent Relationship Therapy) یا مدل درمانی لندرث است. در گروه بازی درمانی والدینی شش والد در جلسه‌های سه ساعته برای یک بار در هفته و به مدت ده هفته شرکت داشتند. شرح جلسه‌ها در ادامه خواهد آمد:

جلسه اول: اهمیت بازی، شرح اهداف درمانی و چگونگی دادن پاسخ همدلانه به کودک. **جلسه دوم:** آموزش اصول اصلی بازی درمانی به والدین مانند پیروی از کودک در جلسه بازی بیان اهداف جلسات بازی، تهیه وسایل بازی و آغاز جلسات بازی با کودک. **جلسه سوم:** آموزش بایدها و نبایدهای جلسات بازی. **جلسه چهارم:** مراحل چندگانه حد و مرزسازی، چرایی و چگونگی تعیین حد و مرزها. **جلسه پنجم:** مروری بر جلسات قبل، چگونگی صحبت کردن با کودک و اهمیت شناخت احساسات خود. **جلسه ششم:** چرایی و اهمیت حق انتخاب دادن به کودک و چگونگی اعمال این روش برای کاهش مشکلات رفتاری کودکان. **جلسه هفتم:** اهمیت اعتماد به نفس و چگونگی افزایش اعتماد به نفس در کودک. جلسه هشتم: تمرین اجرای روش‌های محروم کردن و حق انتخاب دادن در موقعیت‌های بیرون از جلسه بازی و روش ترغیب به جای تحسین. **جلسه نهم:** محدودیت دادن به صورت پیشرفته با کمک تکنیک حق انتخاب و اجرای آن در موقعیت‌های واقعی. **جلسه دهم:** مرور و جمع بندی جلسات.

مادران در هر دو گروه چهار بار ارزیابی شدند. بدین صورت که در یک ماه پیش از آغاز دوره و بار دیگر در آغاز دوره پرسش‌نامه آشنباخ را تکمیل کردند. سپس در پایان دوره و یک ماه پس از پایان به منظور پیگیری نتایج بار دیگر این پرسش‌نامه را پاسخ دادند. تحلیل داده‌ها به منظور بررسی مسأله اصلی پژوهش از طریق آزمون تحلیل واریانس اندازه‌گیری مکرر انجام شد. تجزیه و تحلیل داده ها با استفاده از spss16 انجام شد.

یافته‌ها

مشخصه‌های توصیفی متغیر درونی‌سازی شده دو گروه بازی‌درمانگری کودک محور و بازی درمانی والدینی در دو مرحله پیش‌آزمون ، یک مرحله پس آزمون و یک مرحله پیگیری در جدول ۲ نشان داده شده است. در نمودار ۱ روند کاهش میانگین‌های مقیاس درونی‌سازی‌شده و زیرمقیاس‌های آن در دو گروه بازی‌درمانگری و سپس در نمودار ۲ روند تغییرات در مقیاس اضطراب و در نمودار ۳ این روند در مقیاس کناره گیری/انزوا نشان داده شده است.

به منظور بررسی این مطلب که آیا روند کاهش میانگین نمره‌های رفتارهای درونی‌سازی‌شده در مراحل چهارگانه آزمون بین دو گروه مورد مطالعه از لحاظ آماری نیز معنی‌دار است از روش اندازه‌گیری مکرر استفاده شد. در ابتدا، مشخصه کرویت موشلی برای بررسی مفروضه کرویت داده‌ها برای

[Downloaded from rbs.mui.ac.ir on 2026-11-09]

[DOR: 20.1001.1.17352029.1394.13.2.11.8]

عامل زمان و گروه در مورد مقیاس درونی‌سازی‌شده و زیرمقیاس‌های اضطراب و کناره‌گیری/ انزوا محاسبه شد.

همان‌طور که در جدول ۳ مشاهده می‌شود، با توجه به معنی‌دار نبودن آزمون موشلی برای مقیاس درونی‌سازی‌شده و زیرمقیاس‌های آن می‌توان گفت، مفروضه کرویت در هر سه مورد برقرار است. مشخصه‌های F نشان داد که عامل گروه در مقیاس درونی‌سازی‌شده و زیرمقیاس اضطراب معنی‌دار بوده، اما عامل زمان در هر سه متغیر معنی‌دار است. افزون بر این، تعامل عامل گروه و زمان تنها در مورد مقیاس درونی‌سازی‌شده و زیرمقیاس اضطراب معنی‌دار است. بنابراین می‌توان نتیجه گرفت، بین میانگین‌های متغیر درونی‌سازی و اضطراب دو گروه بازی درمانی کودک محور و بازی درمانی والدینی تفاوت معنی‌دار وجود دارد. زمان در هر سه متغیر اثر معنی‌داری بر کاهش نمره‌ها داشته است و تعامل آن با گروه در متغیر درونی‌سازی‌شده و اضطراب اثرگذار بوده است. به عبارت دیگر، تفاوت بین دو گروه بازی‌درمانگری کودک‌محور و والدینی در مراحل اندازه‌گیری تنها در متغیر درونی‌سازی‌شده و زیرمقیاس اضطراب معنی‌دار است.

جدول ۲. مشخصه‌های توصیفی مراحل اندازه‌گیری در دو روش بازی‌درمانی کودک‌محور و والدینی

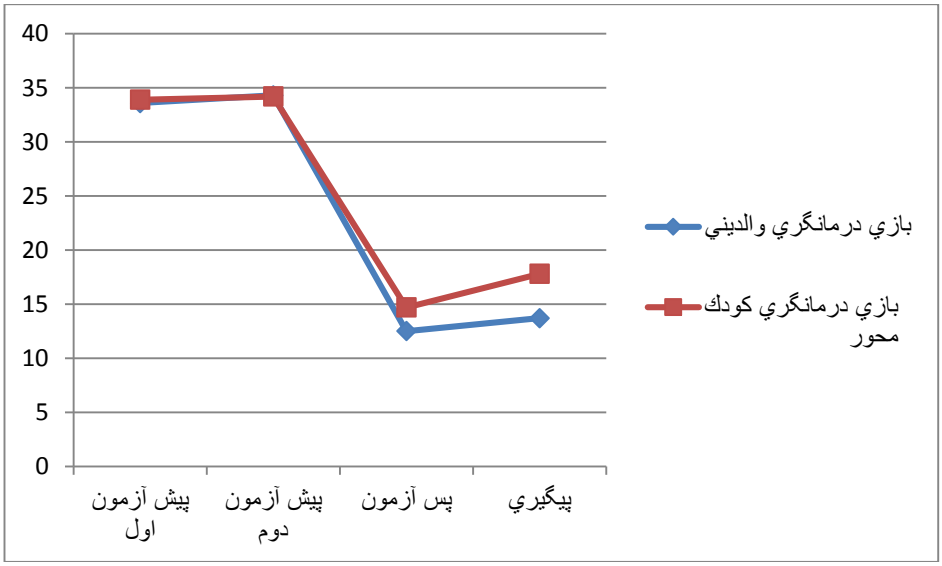
	پیش‌آزمون ۱		پیش‌آزمون ۲		پس آزمون		پیگیری	
	M	SD	M	SD	M	SD	M	SD
			بازی‌درمانی والدینی					
درونی‌سازی‌شده	۳۳/۶	۱/۶	۳۴/۳	۲/۹	۱۲/۵	۲/۵	۱۳/۷	۲/۴
اضطراب	۲۱/۲	۱/۷	۲۱/۱۳	۱/۷۳	۶/۴۷	۲/۳۶	۶/۶	۲/۱۶
کناره‌گیری/انزوا	۱۲/۴	۱/۷	۱۲/۷	۲/۲	۶/۰۷	۱/۶	۷/۱	۱/۴
			بازی‌درمانی کودک‌محور					
درونی‌سازی‌شده	۳۳/۹	۲/۴	۳۴/۲	۲/۳	۱۴/۷	۲/۷	۱۷/۸	۲/۳
اضطراب	۲۲	۱/۸	۲۱/۹	۱/۷	۸/۹	۲/۲	۱۰/۸	۲
کناره‌گیری/انزوا	۱۱/۹	۱/۸	۱۲/۳	۱/۶	۵/۸	۱/۵	۷	۱/۳

[Downloaded from rbs.mui.ac.ir on 2026-11-09]

[DOR: 20.1001.1.17352029.1394.13.2.11.8]



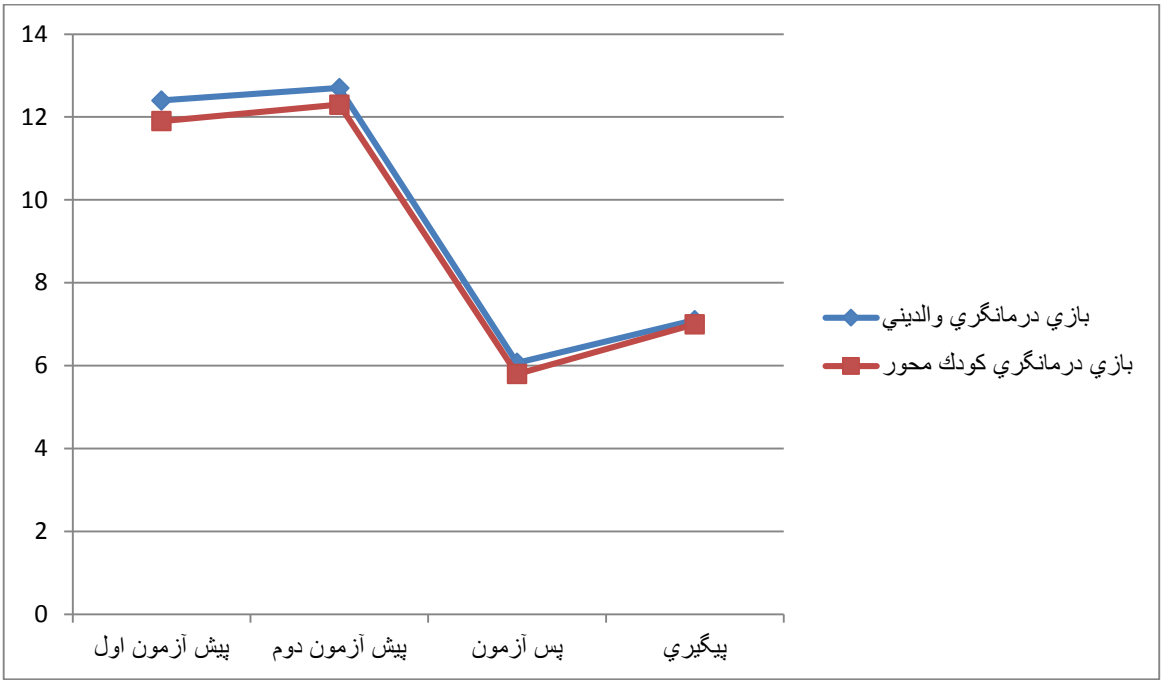
نمودار ۱. نمودار میانگین مقیاس درونی‌سازی‌شده در مراحل مختلف در دو گروه بازی‌درمانگری والدینی و کودک‌محور



نمودار ۲. نمودار میانگین زیرمقیاس اضطراب در مراحل مختلف در دو گروه بازی‌درمانی والدینی و کودک‌محور

[Downloaded from rbs.mui.ac.ir on 2026-11-09]

[DOR: 20.1001.1.17352029.1394.13.2.11.8]



نمودار ۳. نمودار میانگین زیرمقیاس کناره‌گیری/ انزوا در مراحل مختلف در دو گروه بازی‌درمانی والدینی و کودک‌محور

جدول ۳. مشخصه‌های آزمون اندازه‌گیری مکرر عاملی

	مشخصه آماری		P
مقیاس درونی‌سازی‌شده	آزمون کرویت موشلی	۲/۵	۰/۷۷
	اثر گروه	۷/۹	۰/۰۱
	اثر زمان	۹۱۷/۸	۰/۰۰
	گروه × زمان	۵/۶	۰/۰۱
اضطراب	آزمون کرویت موشلی	۰/۷۸	۰/۶۸
	اثر گروه	۱۸/۵	۰/۰۰۱
	اثر زمان	۳۷۷/۷	۰/۰۰

[Downloaded from rbs.mui.ac.ir on 2026-11-09]

[DOR: 20.1001.1.17352029.1394.13.2.11.8]

	گروه × زمان	۵/۹	۰/۰۱
	آزمون کرویت موشلی	۰/۵۷	۰/۲۱
انزوا و کناره‌گیری	اثر گروه	۰/۸۵	۰/۳۷
	اثر زمان	۱۹۱/۷	۰/۰۰
	گروه × زمان	۰/۱۳	۰/۹۴

***اثرات بر اساس مشخصه F لاندا-ویلکس گزارش شده است.**

بحث و نتیجه‌گیری

هدف از پژوهش حاضر بررسی اثر بخشی بازی درمانی کودک محور و والدینی در کاهش مشکلات درونی‌سازی شده کودکان است. بر اساس نتایج به دست آمده، هر دو روش بازی درمانی در کاهش مشکلات درونی‌سازی‌شده کودکان مؤثر است. با این حال با توجه به نقش تأثیرگذار خانواده در ایران، بازی درمانی والدینی بیش از بازی‌درمانی کودک محور موجب کاهش مشکلات درونی‌سازی شده و اضطراب کودکان شده است، اگرچه تفاوت قابل توجهی بین این دو روش در کاهش زیرمقیاس انزوا/افسردگی مشاهده نمی‌شود. پژوهش‌های بسیاری از اثر بخشی هر یک از این دو روش به تنهایی حمایت کرده‌اند. بسیاری از پژوهشگران بازی‌درمانگری کودک محور را روش مؤثری در کاهش مشکلات درونی‌سازی‌شده کودکان معرفی کرده‌اند (۲۶-۲۵، ۹) از سوی دیگر در چندین پژوهش بازی‌درمانگری والدینی مدل لندرث در کاهش انواع مشکلات درونی سازی شده کودکان، بهبود رابطه والد-فرزند و افزایش آگاهی والدین از امر والدگری مؤثر گزارش شده است (۲۱-۱۸). به علاوه نتایج به دست آمده در این پژوهش با یافته‌های دو فراتحلیل درباره افزایش میزان تأثیر بازی درمانی با شرکت والدین در طرح درمان و طول دوره درمان همسو می‌باشد (۹،۱۲). در نخستین پژوهش، لی بلانس و ریچی با گرد آوری نتایج ۴۲ پژوهش، دریافتند میزان تأثیر بازی‌درمانگری با شرکت والدین در دوره درمان در ارتباط است. در دومین فراتحلیل، با استفاده از حجم بیشتری از پژوهش‌ها به بررسی تأثیر بازی‌درمانگری پرداخته شده است. بر اساس این پژوهش نیز تأثیر اجرای بازی‌درمانگری توسط افراد آموزش دیده غیر متخصص (که اغلب والدین) بسیار بیشتر از تأثیر اجرای آن توسط افراد متخصص است. این یافته همسو با نتیجه فرا تحلیل قبلی درمورد تأثیر حضور والدین در روند درمانگری بود.

با این وجود، یافته‌های این پژوهش در زمینه اثر بخش تر بودن روش بازی درمانی والدینی نسبت به بازی درمانی کودک محور در کاهش مشکلات درونی سازی شده و اضطراب کودکان، با یافته‌های پژوهش اسمیت ناهمخوان است. در تنها پژوهشی که در زمینه مقایسه بین این دو روش انجام شده، تفاوت قابل‌توجهی بین اثربخشی این دو روش در کاهش مشکلات درونی سازی شده مشاهده نشده است (۲۱). در توجیه این تفاوت، شاید بتوان به نقش پر رنگ‌تر خانواده در جوامع شرقی نسبت به جوامع غربی اشاره کرد. 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

[Downloaded from rbs.mui.ac.ir on 2026-11-09]

[DOR: 20.1001.1.17352029.1394.13.2.11.8]

هویت و استقلال فردی حتی از سنین پایین پافشاری می‌کنند (۲۳-۲۲). با این وجود یافته پژوهش حاضر مبنی بر عدم تفاوت قابل توجه این دو روش در کاهش مشکل انزوای کودکان با یافته پژوهش اسمیت همخوان است. از جمله دلایل این یافته می‌توان به این نکته اشاره کرد که هر دو روش با پذیرش بی قید و شرط کودک باعث افزایش اعتماد به نفس و افزایش توانایی کودک در زمینه تعاملات اجتماعی شده و در نتیجه منجر به کاهش انزوای کودکان شده‌اند (۲۷). به علاوه از جمله دلایل اثربخشی بیشتر بازی درمانی والدینی نسبت به بازی درمانی کودک محور و پایدارتر بودن نتایج این روش پس از یک ماه پیگیری، می‌توان به موارد زیر اشاره کرد: در بازی درمانی والدینی کودک از مزایای ارتباط با والد که نزدیک‌ترین فرد زندگی اوست برخوردار می‌شود. این ارتباط در تمامی گستره زندگی کودک نقش مؤثری خواهد داشت و از جمله عوامل کاهش اضطراب و در نتیجه کاهش نشانه‌های درونی‌سازی شده است (۲۸). از سوی دیگر از آن‌جا که این ارتباط از پیش وجود دارد و تنها باید بازسازی شود این امر منجر به تسریع روند درمان می‌شود. در نتیجه نسبت به ایجاد یک رابطه اعتماد آمیز جدید بین درمانگر و کودک، مدت زمان کمتری برای بازسازی رابطه بین و والد و کودک نیاز است (۱۴). به علاوه بر اساس مبانی نظری بازی درمانی 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 (۱۵،۲۹). بر طبق پژوهش‌های پیشین این روش منجر به کاهش میزان تنیدگی والدگری خواهد شد. از آن‌جا که تنیدگی والدین بر افزایش نشانه‌های درونی سازی شده مؤثر است، در صورت کاهش تنیدگی والدین، نشانه‌های درونی سازی شده کودکان کاهش خواهد یافت. عامل تأثیرگذار 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 کودک، بهبود می‌یابد (۱۳). نکته قابل توجه آن است که همه این آثار مثبت را می‌توان در تعداد جلسه‌های نسبتاً پایینی شاهد بود. در حالی که بر طبق فراتحلیل براتون و همکاران ، بازی درمانی کودک محور بین ۳۵-۳۰ جلسه اثربخش خواهد بود و تعداد جلسات پایین‌تر از اثربخشی آن می‌کاهد (۹). به علاوه با توجه به دلایل ذکر شده و نگاه سیستماتیک بازی درمانی والدینی به مشکلات و اصلاح رفتار و روش‌های تربیتی والدین، نتایج به دست آمده از بازی درمانی والدینی پایدارتر خواهد بود. که با توجه به یافته‌های پژوهش حاضر، پایداری نتایج بازی درمانی والدینی نسبت به روش بازی درمانی کودک محور پس از یک ماه قابل مشاهده است.

در جمع‌بندی آخر می‌توان گفت بازی درمانی والدینی نسبت به بازی درمانی کودک محور در کاهش مشکلات درونی‌سازی شده و اضطراب کودکان اثربخش‌تر می‌باشد اگرچه هر دو روش به میزان یکسانی منجر به کاهش انزوای کودکان شده‌اند که این امر می‌تواند به دلیل اثرگذاری هر دو روش بر افزایش عزت نفس و مهارت‌های اجتماعی کودکان و در نتیجه کاهش مشکلات انزوای کودکان شود.

با وجود این، اگرچه بر طبق یافته‌ها روش بازی درمانی والدینی از روش بازی درمانی کودک محور اثربخش‌تر بوده است، اما انتخاب روش بازی درمانگری والدینی برای درمان اختلالات کودکان نیاز به بررسی توانایی و سلامت روان والدین، روابط زناشویی 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 عدم بررسی دقیق‌تر دلایل اثر بخشی بازی درمانی والدینی مانند کاهش تنیدگی (parental stress) و افزایش خود اثرمندی والدین (maternal efficacy) ، محدود بودن حجم نمونه، اجرای پژوهش در یک گروه سنی محدودی از کودکان و عدم استفاده از ابزارهای کیفی برای سنجش مشکلات کودکان مهمترین محدودیت‌های این

[Downloaded from rbs.mui.ac.ir on 2026-11-09]

[DOR: 20.1001.1.17352029.1394.13.2.11.8]

پژوهش بودند. پیشنهاد می‌شود این پژوهش در گروه وسیع‌تری از کودکان و در گروه سنی پایین‌تر اجرا شود، قبل از اجرای بازی درمانی والدینی خانواده از نظر سلامت روان، روابط زناشویی بررسی شوند و تأثیر این دو روش و مقایسه اثربخشی آن‌ها بر مشکلات دیگر کودکان سنجیده شود. هم‌چنین نقش متغیرهای واسطه‌ای مانند تنیدگی و خوداثرمندی والدین بر اثربخشی بازی درمانی والدینی بررسی شود.

تقدیر و تشکر

از خانم سجادی و معاونین و معلمان محترم مدرسه حسین امین که ما را در انجام این پژوهش یاری رساندند، قدردانی می‌شود.

References

1. Fox J, Halpern L, Forsyth J. Mental health checkups for children and adolescents: A means to identify, prevent and minimize suffering associated with anxiety and mood disorders. Clinical Psychology 2008; 15(3): 182-211.
2. Achenbach TM, Rescorla LA. ASEBA school age forms profiles. Burlington: University of Vermont, research center for children, youth & families; 2001.
3. Chen X, Lewis G, Liu J. Childhood internalizing behavior: analysis and implications. Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing 2011; 18(10):884-94.
4. Perle JG, Levine AB, Odland AP, Ketterer JL, Cannon MA, Marker CD. The Association between Internalizing Symptomology and Risky Behaviors . Journal of Child & Adolescent Substance Abuse 2013; 22(1): 1-24.
5. Colman I, Wadsworth MEJ, Croudace TJ, Jones PB. Forty-Year Psychiatric .Outcomes Following Assessment for Internalizing Disorder in adolescence. The American journal of psychiatry 2007; 164(1): 126-33.
6. Kendall PC, Safford S, Flannery SE, Webb A. Child anxiety treatment: outcomes in adolescence and impact on substance abuse and depression at a 7.4 year follow up. Journal of consulting and clinical psychology 2004; 72: 276-287.
7. Mesman J, Bongers L, Koot, HM. Preschool developmental pathways to preadolescent internalizing and externalizing problems. Journal of Child Psychology, Psychiatry & Allied Discipline 2001; 42(5): 679-89.
8. Hudson J, Deveny C, Taylor L. Nature, assessment and treatment of general. anxiety disorder in children. Pediatric annals 2005; 34(2): 97-106.
9. Bratton S, Ray D, Rhin T, Jones L. the efficacy of play therapy whit children: A meta–analytic review of treatment outcomes. Professional Psychology: research and practice 2005; 36(4): 376-390.
10. Garza Y, Bratton SC. School-based child-centered play therapy with Hispanic children: Outcomes and cultural considerations. International Journal of Play Therapy 2005; 17: 18-30.
11. Jafari N, Mohamadi MR, Khanbani M, Farid S, Chiti P. Effect of play therapy on behavioral problems of maladjusted preschool children, Iranian j psychiatry 2011; 6: 37-42
12. Leblance M, Ritchie M. Ameta-analysis of play therapy outcomes. Counseling Psychology Quarterly 2011; 14(2):149-163.
13. Vanfleet R. Filial therapy: what every play therapist should know? British Association of Play Therapy 2011; 67: 18-24.
14. Guerney B Jr. Filial play therapy. In C. Schaefer (Ed.), Foundations of play therapy. Canada: John Wiley & Sons; 2003.
15. Topham G L, & VanFleet R. Filial therapy: A structured and straight forward approach to including young children in family therapy. Australian and New Zealand Journal of Family Therapy 2011; 32: 144-158.
16. Garza Y, Watts RE, Kinsworthy S. Filial Therapy: A Process for Developing Strong Parent-Child Relationships. Counseling and therapy for couples and families 2007; 15 (3): 277-281.
17. Alizade S, Abu talib M. An Exploration study of Effectiveness of Child Parent Relationship Therapy (CPRT) on Children Internalizing Behavior Problems, Australian Journal of Basic and Applied Sciences 2011; 5 (12): 1905-1908.

[Downloaded from rbs.mui.ac.ir on 2026-11-09]
[DOR: 20.1001.1.17352029.1394.13.2.11.8]

18. Villarreal CE. Child parent relationship therapy (CPRT) with Hispanic parents. Doctoral dissertation. Regent University; 2007.
19. 19. Tew K, Landreth GL, Joiner KD, Solt MD. Filial therapy with parents of chronically ill children. International Journal of Play Therapy 2002; 11 (1): 79-100.
20. Daneker, D. Filial therapy: culturally sensitive intervention for children and their parents.[Online]. Available from: http://vistas.com ; 2013.6.10
21. Smith N. 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; 2000.
22. Khodayarifard M, Rehm LP, khodayarifard S. Psychotherapy in Iran: A case study of cognitive behavioral family for Mrs. A Journal of Clinical Psychology 2007; 63(8), 745-753.
23. Alivand-Vafa M, Ismaili H. Parents as agents of change: what filial therapy has to offer? Social and Behavioral Sciences 2010; 5: 2165-2173.
24. Persian: Achenbach TM, Rescorla LA. A book of guiding for ASEBA school age forms profiles. Trans. Minayi A. Tehran: Samt; 2002.
25. Tyndall-Lind A, Landreth G, Giordano M. Intensive group play therapy with child witnesses of domestic violence. International Journal of Play Therapy 2001; 10: 53–83.
26. Baggerly J, Parker M. Child-centered group play therapy with African American boys at the elementary school level. Journal of Counseling & Development, 2005; 83: 387-396.
27. Garza Y, Brruhn RA. Empathy in Play Therapy: A Case Analysis through Two Theoretical Perspectives. Psychology of empathy. Danielle (EDITOR). Nova science publisher; 2011
28. Landreth GL, Bratton SC. Child parent relationship therapy (CPRT): A 10- session filial therapy model. New York: Routledge; 2006.
29. Taylor DD, Purswell K, Lindo N, Jayne k, Fernando D. The impact of child parent relationship therapy on child behavior and parent-child relationships: An examination of parental divorce. International Journal of Play Therapy 2011; 20(3): 124-37.

[Downloaded from rbs.mui.ac.ir on 2026-11-09]

[DOR: 20.1001.1.17352029.1394.13.2.11.8]

Comparing effectiveness of child-centered play therapy and filial therapy for reducing internalizing problems in children

Elahe Aghayi [1], Mojgan Kar Ahmadi [2], Ali Asgari [3]

Original Article

Abstract

Aim and Background: This study aimed to compare the effectiveness of child-centered play therapy and filial therapy in reducing internalizing problems in children.

Methods and Materials: The statistical population of this research were primary school children 7-8 year- old in Isfahan city . In order to select of sample group by using the cluster sampling, at first 3 regions between regions of Isfahan city were selected. Then in each region, 2 schools were selected randomly. Moreover, mothers of all 7-8 year-old children in these schools completed CBCL (Achenbach and Rescorla, 2001).then 30 children who obtained the highest score of internalizing scale of the CBCL were selected as a sample group. Children were randomly assigned to two intervention groups: child-centered play therapy and filial therapy. In child-centered play therapy group, each child participated in 16 sessions play therapy and in filial group, mothers received 10 group session. In two group, mothers completed CBCL twice before the intervention and twice after intervention. Repeated measures ANOVA were used to analyze the data

Findings: The data revealed significant difference between play therapy and filial therapy in decreasing internalizing problems and anxiety/ depression but filial therapy was not more effective in depression/ with draw.

Conclusions: Then, filial therapy can be considered suitable alternative for child-centered play therapy in decreasing internalizing disorder and depression/withdraw

Keywords: Child-Centered Play Therapy, Filial Therapy, Internalizing Problems, Anxiety

Citation: Aghayi E, Kar Ahmadi M, Asgari A. **Comparing effectiveness of child-centered play therapy and filial therapy for reducing internalizing problems in children**. J Res Behave Sci 2015; 13(2):309-321

Received: 18.11.2014 Accepted: 13.07.2015

1. MSc, Department of Psychology, Kharazmi University, Tehran, Iran. (Corresponding Author) Email: elahe_aghayi@yahoo.com
2. Assistant Professor, Department of Clinical Psychology, Isfahan University, Isfahan, Iran
3. PhD, Master in Kharazmi University, Tehran, Iran

[Downloaded from rbs.mui.ac.ir on 2026-11-09]

[DOR: 20.1001.1.17352029.1394.13.2.11.8]