

مقایسه اثر بخشی بازی درمانی کودک محور 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 در کاهش مشکلات درونی سازی شده کودکان انجام شد.

مواد و روش ها: جامعه آماری این پژوهش کودکان دختر و پسر پایه های اول و دوم دبستان شهر اصفهان در سال تحصیلی ۹۰-۹۱ بود. طرح پژوهش از نوع سری های زمانی با چند گروه است و در زمره طرح های شبه آزمایشی بود. به منظور انتخاب گروه نمونه با استفاده از روش تصادفی چند مرحله ای 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 (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 ($n=15$) و والدینی ($n=15$) 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، پرسش نامه آشناباخ را تکمیل کردند. به منظور تحلیل داده ها از تحلیل واریانس اندازه گیری های مکرر استفاده شد.

یافته ها: بر طبق یافته ها اثر گروه و اثر متقابل زمان و گروه تأثیر معنی داری بر اختلال درونی سازی شده و اضطراب دارد ($P<0/05$) از سوی دیگر در اختلال انزوا و کناره گیری اثر گروه معنی دار نبوده ($P>0/05$) اما اثر زمان معنادار بوده است. در نتیجه روش بازی درمانی والدینی موجب کاهش بیشتر رفتارهای درونی سازی شده و اضطراب کودکان شده است، اگرچه تأثیرات این دو روش در کاهش زیرمقیاس افسردگی/انزوا تفاوت قابل توجهی نداشته اند. 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.

نتیجه گیری: در نتیجه می توان بازی درمانی والدینی را به عنوان روشی اثر بخش تر از روش بازی درمانی کودک محور در کاهش مشکلات درونی سازی شده و اضطراب کودکان در نظر گرفت.

واژه های 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 کودک محور و بازی درمانی والدینی بر کاهش اختلالات درونی سازی شده کودکان. مجله تحقیقات علوم رفتاری ۱۳۹۴؛ ۱۳ (۲): ۳۰۹-۳۲۱

دریافت مقاله: ۱۳۹۳/۰۸/۲۷

پذیرش مقاله: ۱۳۹۴/۰۴/۲۲

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

Email: Elahe_aghayai@yahoo.com

۲. استاد، دانشگاه علوم پزشکی، اصفهان، ایران

۳. استاد، دانشگاه خوارزمی، تهران، ایران

مقدمه

اختلالات هیجانی رفتاری در کودکان به شرایطی اطلاق می شود 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 می توان به تقسیم بندی آشنباخ و رسکورا اشاره کرد. بر اساس این تقسیم بندی اختلالات درونی سازی و برونی سازی 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 درونی سازی شده بیشتر درون فردی و شامل مشکلاتی همچون کناره گیری از تعامل های اجتماعی، بازداری (inhibition)، اضطراب و افسردگی است (۲-۳). مشکلات درونی سازی شده می توانند 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 سال های بزرگسالی پایدار می مانند و پیامدهای زاینباری برای فرد به همراه می آورند (۵-۸).

با توجه به میزان شیوع و تأثیرات بلند مدت این اختلالات در سال های اخیر، یافتن درمان های مؤثر و راهبردهای پیشگیری از گسترش مشکلات کودکان در معرض خطر، مورد توجه درمانگران و محققان بسیاری قرار گرفته است. روش های بسیاری برای درمان این اختلالات به کار می رود که بنا بر پژوهش های انجام شده، در این میان بازی درمانگری (play therapy) یکی از شاخص ترین این روش ها است (۹) و پژوهش های بسیاری از اثربخشی این روش در درمان مشکلات درونی سازی شده حمایت می کنند (۱۰-۱۱). بازی درمانی کودک محور بر سازه های 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. می توان بازی درمانی را

سفر درونی کودک به دنیای درونی خود دانست در نتیجه کودک از طریق بازی که ابزار بیان او است می تواند به بیان برونی رویدادهای درونی اش بپردازد (۹).

به علاوه بر اساس پژوهش ها، بازی درمانی کودک محور در کاهش انواع مشکلات درون سازی شده در مدرسه، اختلال وسواس فکری عملی، در بهبود نشانه های اختلال تنیدگی پس ضربه ای و در کاهش اضطراب مؤثر گزارش شده است (۹-۱۲). 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 می توان به تعمیم پذیری نتایج اشاره کرد. در این روش تعمیم پذیری نتایج به خارج از محیط درمان به دلیل عدم مشارکت والدین با مشکل مواجه می شود. از جمله مشکلات دیگر که منجر به قطع جریان درمان می شود روند کند و تدریجی این روش است (۱۱-۱۲).

با توجه به این مشکلات، روش بازی درمانی والدینی (filialtherapy) توسط Guernsey به وجود آمده است. بازی درمانی والدینی به عنوان برنامه ای درمانی برای کودکان مبتلا به مشکلات هیجانی پایه گذاری شد. اگرچه بیش از چندین دهه از ظهور این روش درمانگری می گذرد، تنها در حدود بیست سال است که در جوامع حرفه ای 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 می کنند. در نتیجه با بهبود ارتباط والد-کودک و اصلاح برخی روش های 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 (۱۴-۱۶). پژوهش های بسیاری از اثربخشی این روش در افزایش پذیرش والدین، بهبود رابطه والد-کودک و کاهش مشکلات درونی سازی شده کودکان حمایت می کنند (۱۷-۱۹).

محور روش مؤثرتری در درمان مشکلات درونی سازی شده 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 مکرر (repeated measure) رفتار آزمودنی پیش از ارایه متغیر مستقل و پس از ارایه آن مورد بررسی قرار می‌گیرد.

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 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 جدول ۱ به شرح زیر است:

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 مسلماً 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 (۲۲-۲۳). 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 بازی درمانی والدینی نسبت به بازی درمانی کودک

جدول ۱. ویژگی‌های جمعیت شناختی گروه نمونه

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

ابزار:

نظام ارزیابی مبتنی بر تجربه آشناباخ: این پرسش نامه توسط Achenbach در سال ۲۰۰۱ برای سنجش مشکلات برونی سازی شده و درونی سازی شده کودکان ۶-۱۸ ساله تهیه شده است. این فرم مشکلات کودکان و نوجوانان را در دو بخش و در هشت عامل یا بعد اضطراب/ افسردگی، افسردگی/ انزوا، شکایت های جسمانی، مشکلات اجتماعی، مشکلات تفکر، مشکلات توجه، نادیده گرفتن قواعد و رفتارهای پر خاشگرانه ارزیابی می کند. از مجموع نمره های سه عامل اضطراب/ افسردگی، افسردگی/ انزوا و شکایات جسمانی، عامل مشکلات درونی سازی شده به دست می آید (۲). روش نمره گذاری بخش دوم به این طریق است که والدین می بایست 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، مقیاس های مبتنی بر تحلیل عاملی ملاک قرار گرفت و پس از جمع نمره های مواد تشکیل دهنده هر مقیاس، نمره مقیاس به دست آمد. این پرسش نامه از روایی و اعتبار قابل قبولی برخوردار است (۲۴). در هنجار سازی این چک لیست در ایران، مینایی ضرایب همسانی درونی را در سنین شش تا ۱۱ سال برای زیرمقیاس های نادیده گرفتن قوانین، رفتار پر خاشگرانه و برونی سازی به ترتیب برابر با ۰/۶۷، ۰/۸۷ و ۰/۸۸ و اعتبار بازآزمایی را در فاصله پنج تا هشت هفته برای این زیرمقیاس ها به ترتیب برابر با ۰/۳۸، ۰/۴۸ و ۰/۶۱ به دست آورد. برای بررسی روایی، این چک لیست با سیاهه نشانه های مرضی کودکان (Child Symptom Inventory-4 (CSI-4) اجرا شد. ضرایب همبستگی همه زیرمقیاس ها با زیرمقیاس های مرتبط در سیاهه نشانه های مرضی در سطح

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 ۴: 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 ۴ 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 بیش کافی نسبت به مشکل خود و راه حل آن دست یابد. **جلسه ۱۲ تا ۱۶:** کودکان برای خاتمه درمان آماده می‌شوند.

یکی از پرکاربردترین و مؤثرترین روش‌های بازی درمانی والدینی (Child Parent Relationship Therapy) یا مدل درمانی لندرت 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 آشنای 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 داده‌ها 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 پس‌آزمون و یک مرحله پیگیری در جدول ۲ نشان داده شده است. در نمودار ۱ روند کاهش میانگین‌های مقیاس درونی‌سازی شده 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 کناره‌گیری/انزوا نشان داده شده است.

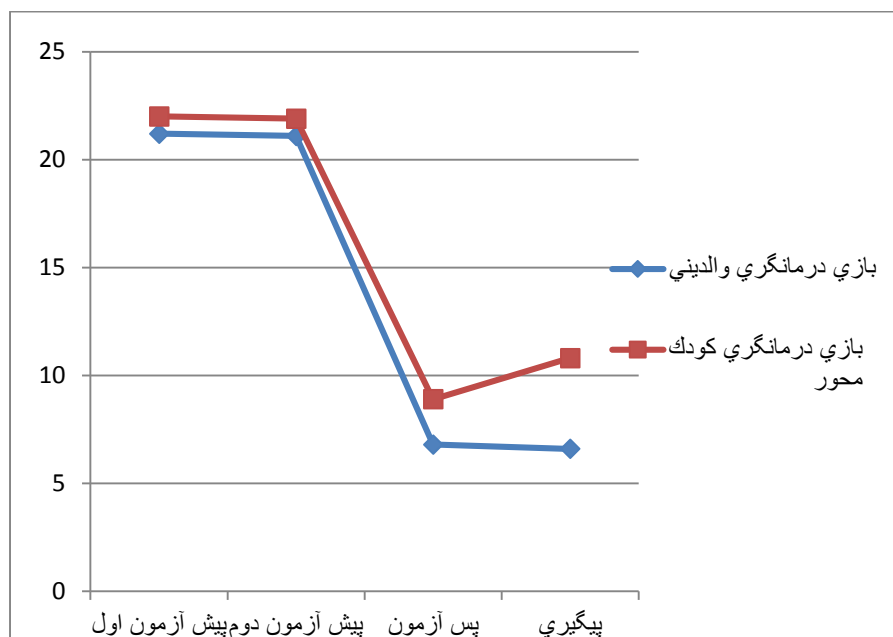
به منظور بررسی این مطلب که آیا روند کاهش میانگین نمره‌های رفتارهای درونی‌سازی شده در مراحل چهارگانه آزمون بین دو گروه مورد مطالعه از لحاظ آماری نیز معنی‌دار است از روش اندازه‌گیری مکرر استفاده شد. در ابتدا، مشخصه کروییت موشلی برای بررسی مفروضه کروییت داده‌ها برای

عامل زمان و گروه در مورد مقیاس درونی سازی شده و زیرمقیاس های اضطراب و کناره گیری/انزوا محاسبه شد. همان طور که در جدول ۳ مشاهده می شود، با توجه به معنی دار نبودن آزمون موشلی برای مقیاس درونی سازی شده و زیرمقیاس های آن می توان گفت، مفروضه کروییت در هر سه مورد برقرار است. مشخصه های F نشان داد که عامل گروه در مقیاس درونی سازی شده و زیرمقیاس اضطراب معنی دار بوده، اما عامل زمان در هر سه متغیر معنی دار است. افزون بر این، تعامل عامل گروه و زمان تنها در مورد مقیاس

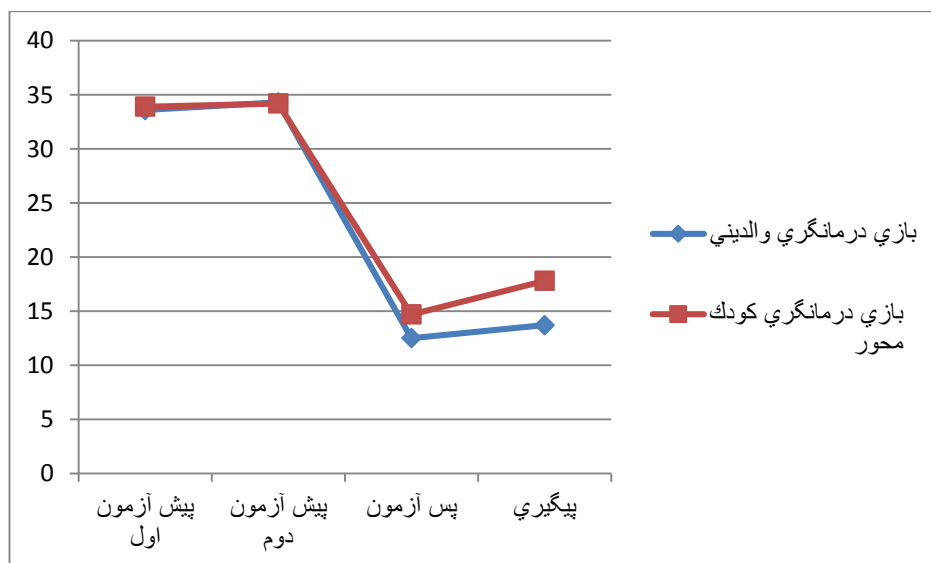
درونی سازی شده و زیرمقیاس اضطراب معنی دار است. بنابراین می توان نتیجه گرفت، بین میانگین های متغیر درونی سازی و اضطراب دو گروه بازی درمانی کودک محور و بازی درمانی والدینی تفاوت معنی دار وجود دارد. زمان در هر سه متغیر اثر معنی داری بر کاهش نمره ها داشته است و تعامل آن با گروه در متغیر درونی سازی شده و اضطراب اثرگذار بوده است. به عبارت دیگر، تفاوت بین دو گروه بازی درمانگری کودک محور و والدینی در مراحل اندازه گیری تنها در متغیر درونی سازی شده و زیرمقیاس اضطراب معنی دار است.

جدول ۲. مشخصه های توصیفی مراحل اندازه گیری در دو روش بازی درمانی کودک محور و والدینی

	پیش آزمون ۱		پیش آزمون ۲		پس آزمون		پیگیری	
	SD	M	SD	M	SD	M	SD	M
<u>بازی درمانی والدینی</u>								
درونی سازی شده	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
کناره گیری/انزوا	۱۲/۴	۱/۷	۱۲/۷	۲/۲	۶/۰۷	۱/۶	۷/۱	۱/۴
<u>بازی درمانی کودک محور</u>								
درونی سازی شده	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
کناره گیری/انزوا	۱۱/۹	۱/۸	۱۲/۳	۱/۶	۵/۸	۱/۵	۷	۱/۳



نمودار ۱. نمودار میانگین مقیاس درونی سازی شده در مراحل مختلف در دو گروه بازی درمانگری والدینی و کودک محور



نمودار ۲. نمودار میانگین زیرمقیاس اضطراب در مراحل مختلف در دو گروه بازی درمانی والدینی و کودک محور



نمودار ۳. نمودار میانگین زیرمقیاس کناره گیری / انزوا در مراحل مختلف در دو گروه بازی درمانی والدینی و کودک محور

جدول ۳. مشخصه‌های آزمون اندازه‌گیری مکرر عاملی

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

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

* اثرات بر اساس مشخصه F لاند-۱-ویکس گزارش شده است.

بحث و نتیجه گیری

هدف از پژوهش حاضر بررسی اثر بخشی بازی درمانی کودک محور و والدینی در کاهش مشکلات درونی سازی شده کودکان است. بر اساس نتایج به دست آمده، هر دو روش بازی درمانی در کاهش مشکلات درونی سازی شده کودکان مؤثر است. با این حال با توجه به نقش تأثیرگذار خانواده در ایران، بازی درمانی والدینی بیش از بازی درمانی کودک محور موجب کاهش مشکلات درونی سازی شده و اضطراب کودکان شده است، اگرچه تفاوت قابل توجهی بین این دو روش در کاهش زیرمقیاس انزوا/افسردگی مشاهده نمی شود. پژوهش های بسیاری از اثر بخشی هر یک از این دو روش به تنهایی حمایت کرده اند. بسیاری از پژوهشگران بازی درمانی کودک محور را روش مؤثری در کاهش مشکلات درونی سازی شده کودکان معرفی کرده اند (۲۶-۲۵، ۹) از سوی دیگر در چندین پژوهش بازی درمانی والدینی مدل لندرت 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 یافته های دو فراتحلیل درباره افزایش میزان تأثیر بازی درمانی با شرکت والدین در طرح درمان و طول دوره درمان همسو می باشد (۹، ۱۲). در نخستین

پژوهش، لی بلانس و ریچی با گردآوری نتایج ۴۲ پژوهش، دریافتند میزان تأثیر بازی درمانی با شرکت والدین در دوره درمان در ارتباط است. در دومین فراتحلیل، با استفاده از حجم بیشتری از پژوهش ها به بررسی تأثیر بازی درمانی پرداخته شده است. بر اساس این پژوهش نیز تأثیر اجرای بازی درمانی 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، یافته های 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 یافته های پژوهش اسمیت ناهمخوان است. در تنها پژوهشی که در زمینه مقایسه بین این دو روش انجام شده، تفاوت قابل توجهی بین اثربخشی این دو روش در کاهش مشکلات درونی سازی شده مشاهده نشده است (۲۱). در توجیه این تفاوت، شاید بتوان به نقش پررنگ تر خانواده در جوامع شرقی نسبت به جوامع غربی اشاره کرد. در فرهنگ های شرقی که هویت فرد تا حد زیادی بر اساس خانواده و جایگاه وی در خانواده تعریف می شود، در نظر گرفتن خانواده معنای متفاوتی با فرهنگ هایی دارد که بر

هویت و استقلال فردی حتی از سنین پایین پافشاری می کنند (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 می توان 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 شده اند (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، می توان به موارد زیر اشاره کرد: در بازی درمانی والدینی کودک از مزایای ارتباط با والد که نزدیک ترین فرد زندگی اوست برخوردار می شود. این ارتباط در تمامی گستره زندگی کودک نقش مؤثری خواهد داشت و از جمله عوامل کاهش اضطراب و در نتیجه کاهش نشانه های درونی سازی 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 می شود. در نتیجه نسبت به ایجاد یک رابطه اعتماد آمیز جدید بین درمانگر و کودک، مدت زمان کمتری برای بازسازی رابطه بین 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 پژوهش های پیشین این روش منجر به کاهش میزان تنیدگی والدگری خواهد شد. از آنجا که تنیدگی والدین بر افزایش نشانه های درونی سازی شده مؤثر است، در صورت کاهش تنیدگی والدین، نشانه های 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

می شود. با تغییر رفتار کودک و تغییر رفتار خانواده بسیاری از مشکلات کودک، بهبود می یابد (۱۳). نکته قابل توجه آن است که همه این آثار مثبت را می توان در تعداد جلسه های 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 پایین تر از اثربخشی آن می کاهد (۹). به علاوه با توجه به دلایل ذکر شده و نگاه سیستماتیک بازی درمانی والدینی به مشکلات و اصلاح رفتار و روش های تربیتی والدین، نتایج به دست آمده از بازی درمانی والدینی پایدارتر خواهد بود. که با توجه به یافته های پژوهش حاضر، پایداری نتایج بازی درمانی والدینی نسبت به روش بازی درمانی کودک محور پس از یک ماه قابل مشاهده است.

در جمع بندی آخر می توان گفت بازی درمانی والدینی نسبت به بازی درمانی کودک محور در کاهش مشکلات درونی سازی شده و اضطراب کودکان اثربخش تر می باشد اگرچه هر دو روش به میزان یکسانی منجر به کاهش انزوای کودکان شده اند که این امر می تواند به دلیل اثرگذاری هر دو روش بر افزایش عزت نفس و مهارت های اجتماعی کودکان و در نتیجه کاهش مشکلات انزوای کودکان شود.

با وجود این، اگرچه بر طبق یافته ها روش بازی درمانی والدینی از روش بازی درمانی کودک محور اثربخش تر 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 روان شناختی قرار داشته و یا دارای مشکلات شدید زناشویی باشند، این روش مؤثر نخواهد بود. به علاوه عدم بررسی دقیق تر 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 محدودیت های این

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.

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 خودآزمندی والدین بر اثربخشی بازی درمانی والدینی بررسی شود.

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 Symptomatology 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.

18. Villarreal CE. Child parent relationship therapy (CPRT) with Hispanic parents. Doctoral dissertation. Regent University; 2007.
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. Danecker, 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.

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

Elahe Aghayi¹, Mojgan Kar Ahmadi², Ali Asgari³

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