

Research Paper

Comparing the effectiveness of child-centered play therapy and social skills training on alexithymia, social anxiety, and aggression in male students with oppositional defiant disorder

Seyyed Saeed Torabi¹ , Seyyed Mehdi Hosseini Mashhad Toroghi² , Zahra Ghaysari³ , Shahrzad Rezaee Rezvan^{*4} 

1. Adjunct Professor, Department of Psychology, Damghan Branch, Islamic Azad University, Damghan. Iran

2. M.A. in Clinical Psychology, Shahrood Branch, Islamic Azad University, Shahrood, Iran

3. Ph.D. in Educational Psychology, Department of Psychology and Counseling, Farhangian University, Birjand, Iran

3. Ph.D. in Educational Psychology, Department of Psychology and Counseling, Farhangian University, Bojnord, Iran

Citation: Torabi SS, Hosseini Mashhad Toroghi SM, Ghaysari Z, Rezaee Rezvan S. Comparing the effectiveness of child-centered play therapy and social skills training on alexithymia, social anxiety, and aggression in male students with oppositional defiant disorder. *J Child-Ment Health*. 2026; 13 (1):74-91.



 [10.61882/jcmh.13.1.5](https://doi.org/10.61882/jcmh.13.1.5)

URL: <http://childmentalhealth.ir/article-1-1501-en.html>

ARTICLE INFO

ABSTRACT

Keywords:

Aggression,
Alexithymia,
child-centered play
therapy,
oppositional defiant
disorder,
social anxiety,
social skills

Background and Purpose: Oppositional Defiant Disorder (ODD) is one of the most prevalent childhood disorders and a common reason for referral to psychological services. It can lead to psychological and social maladjustment in the family, school, and broader community. The present study aimed to compare the effectiveness of child-centered play therapy and social skills training on alexithymia, social anxiety, and aggression among male students with ODD.

Method: This quasi-experimental study employed a pretest–posttest design with two experimental groups and one control group. The statistical population consisted of male elementary school students (second shift) in Mashhad during the 2023–2024 academic year. Forty-five participants were selected through convenience sampling and randomly assigned to three groups (15 students in each group). The instruments included the Child Symptom Inventory (CSI-4; Gadow & Sprafkin, 1997), the Children’s Aggression Scale (CHIA; Nelson & Finch, 2000), the Spence Children’s Anxiety Scale (SCAS; 1997), and the Toronto Alexithymia Scale (TAS; Bagby et al., 1994). The experimental groups received nine 60-minute sessions of child-centered play therapy and eight 60-minute sessions of social skills training, respectively, while the control group received routine educational activities. Data were analyzed using multivariate analysis of covariance (MANCOVA) with SPSS-24.

Results: Child-centered play therapy was significantly more effective than social skills training in reducing alexithymia ($F = 149.42, p < .05$), social anxiety ($F = 53.53, p < .05$), and aggression ($F = 129.97, p < .001$).

Conclusion: Although both interventions were effective in reducing emotional and behavioral problems of students with ODD, child-centered play therapy demonstrated greater efficacy and therefore recommended for school-based counseling and intervention programs.

Received: 4 May 2025

Accepted: 28 Apr 2026

Available: 28 Apr 2026



* **Corresponding author:** Shahrzad Rezaee Rezvan, Ph.D. in Educational Psychology, Department of Psychology and Counseling, Farhangian University, Bojnord, Iran

E-mail: Sh.rezaee991@gmail.com

Tel: (+98) 5832221710

2476-5740/ © 2026 The Authors. This is an open access article under the CC BY-NC-ND license

(<https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

Extended Abstract

Introduction

Oppositional Defiant Disorder (ODD) is one of the most prevalent psychological disorders in childhood and adolescence and is associated with wide-ranging negative consequences across emotional, cognitive, metacognitive, and interpersonal domains (1). This disorder is characterized by a persistent pattern of negativistic, defiant, hostile, and vindictive behaviors toward authority figures that persists for at least six months (2). Research indicates that children with ODD experience multiple psychological difficulties, including alexithymia (4), social anxiety (5), and aggression (6).

Alexithymia is recognized as a significant risk factor for the development of both psychological and somatic disorders (7) and is associated with difficulties in identifying, differentiating, and describing emotions (8). Social anxiety refers to an intense and persistent fear of social situations accompanied by concerns about negative evaluation by others (12,13). Aggression, defined as behavior intended to harm others, is also a common problem among children with ODD and is associated with deficits in emotion regulation and understanding others' emotions (14–16).

In recent years, increasing attention has been directed toward effective interventions aimed at reducing psychological problems in children with ODD (1). Among these, child-centered play therapy (17) and social skills training (18) have been reported as effective interventions. Play therapy facilitates emotional expression and reduces behavioral problems by providing a safe and supportive environment for children (19–23), while social skills training contributes to the improvement of interpersonal interactions and the reduction of emotional and behavioral difficulties (24,25). Despite existing empirical evidences (26–29), no study has been found that simultaneously compares the effectiveness of these two approaches on alexithymia, social anxiety, and aggression in children with ODD. Therefore, the present study aimed to compare the effectiveness of child-centered play therapy and social skills training in male students diagnosed with oppositional defiant disorder.

Method

This quasi-experimental study employed a pretest–posttest design with two experimental groups and one control group. The statistical population consisted of male students diagnosed with ODD in grades four to six of public elementary schools in Mashhad during the 2023–2024 academic year. The study sample comprised 45 participants who were selected through convenience sampling based on inclusion and exclusion criteria and were randomly assigned to two experimental groups and one control group (15 participants per group). Inclusion criteria were an age range of 10 to 12 years, informed consent from parents and students, fulfillment of diagnostic criteria based on the parent form of the Child Symptom Inventory (31), a diagnostic interview with mothers according to the Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, and absence of comorbid psychiatric disorders. Exclusion criteria included sensory–motor or physical impairments, absence from more than two sessions of interventions, lack of active participation in interventions, and failure to complete assigned homework. Data were collected using the Iranian standardized version of the Child Symptom Inventory (31,32), the Children's Aggression Scale (33,34), the Social Anxiety Subscale of the Spence Children's Anxiety Scale (35,36), and the Toronto Alexithymia Scale (37,38). The first experimental group received child-centered play therapy based on the protocol by Bratton et al. (39) in nine weekly 60-minute sessions, while the second group participated in social skills training based on the Cartledge and Milburn program (40) in eight weekly 60-minute sessions. The control group did not receive intervention. The interventions were implemented over a two-month period at the Counseling Center of the Department of Education, District Two of Mashhad. Data were collected ethically and analyzed using descriptive statistics and multivariate analysis of covariance (MANCOVA) in SPSS-24, after confirming all statistical assumptions were met.

Results

Descriptive statistics for alexithymia, social anxiety, and aggression at pretest and posttest for the child-centered play therapy, social skills training, and control groups are presented in Table 1.

Table 1. Means and standard deviations of variables at pretest and posttest in experimental and control groups

Variable	Phase	Group	M	SD	S-W	Sig
Alexithymia	Pre test	Child-Centered Play Therapy	70.20	7.07	0.957	0.645
		Social Skills Training	69.00	7.48	0.989	0.089
		Control	71.66	6.03	0.933	0.299
	Post test	Child-Centered Play Therapy	32.93	2.12	0.940	0.387
		Social Skills Training	40.66	3.93	0.929	0.263
		Control	62.06	7.23	0.947	0.479
Social Anxiety	Pre test	Child-Centered Play Therapy	13.46	1.12	0.851	0.182
		Social Skills Training	13.93	0.79	0.817	0.26
		Control	14.60	1.50	0.933	0.299
	Post test	Child-Centered Play Therapy	8.73	1.27	0.914	0.155
		Social Skills Training	12.46	1.18	0.787	0.312
		Control	13.86	1.45	0.865	0.292
Aggression	Pre test	Child-Centered Play Therapy	83.20	5.12	0.936	0.329
		Social Skills Training	84.00	6.33	0.938	0.359
		Control	89.20	5.03	0.957	0.646
	Post test	Child-Centered Play Therapy	48.06	4.60	0.944	0.441
		Social Skills Training	67.06	4.41	0.911	0.142
		Control	80.93	6.36	0.940	0.384

Note. *M* = Mean, *SD* = Standard Deviation, *S-W*: Shapiro-Wilk.

Based on the table, the mean scores of all three variables decreased in both experimental groups compared to the control group, with the lowest means observed in the child-centered play therapy group across all variables. To examine group differences while controlling for pretest effects, a multivariate analysis of covariance (MANCOVA) was conducted. Prior to analysis, assumptions of normality, homogeneity of variances, homogeneity of the variance-covariance matrix, and homogeneity of regression slopes were checked, and all assumptions were met ($p < .05$). The MANCOVA results indicated a significant effect of group on the dependent variables. After controlling for pretest scores, group differences were significant for alexithymia ($F = 149.42, p < .05$), social anxiety ($F = 53.53, p < .05$), and aggression ($F = 129.97, p < .001$).

Post hoc comparisons using the Bonferroni test revealed significant differences in mean scores among all three groups for each variable ($p < .001$). Comparison of means indicated that reductions in scores were greater in the child-centered play therapy group than in the social skills training group. Overall, both interventions were effective in reducing alexithymia, social anxiety, and aggression, with child-centered play therapy demonstrating more efficacy.

Conclusion

The present study aimed to compare the effectiveness of child-centered play therapy and social skills training on alexithymia, social anxiety, and aggression in male students with ODD, a

condition associated with notable emotional and behavioral difficulties (1, 4–6). The results indicated that both interventions were effective in reducing the examined variables, but child-centered play therapy produced greater reductions in alexithymia, social anxiety, and aggression compared to social skills training. These findings are indirectly consistent with previous research emphasizing the role of play therapy in improving emotion regulation, reducing emotional and behavioral problems, and facilitating emotional expression (19–23, 26, 27). Additionally, the results related to social anxiety align with evidence supporting the effectiveness of indirect, emotion-focused interventions in reducing fear of social interactions (21, 28).

This can be explained by the fact that child-centered play therapy provides a safe and accepting environment, allowing children to express their emotions without verbal pressure or fear of negative evaluation, which is particularly important for children with alexithymia and social anxiety (7–9, 12, 13). Although social skills training effectively improves interpersonal interactions (24, 25), its structured nature may be restrictive for some children with ODD.

The present study has limitations, including the use of convenience sampling, reliance on self-report measures, and the absence of a follow-up phase. Future research is recommended to employ larger samples, multi-source assessment methods, and examine the long-term sustainability of intervention effects. Finally based on the results, it is recommended that clinicians utilize child-centered play therapy techniques to reduce the symptoms of ODD.

Ethical Considerations

Compliance with ethical guidelines: This study is derived from the second author's Master's thesis in Psychology at Islamic Azad University, Shahrood Branch, which was approved by the Graduate Council of the same university on January 1, 2025 (11/10/1403 in the Iranian calendar) and assigned the ethics code IR.IAU.SHAHROOD.REC.1403.032. Ethical standards outlined in the American Psychological Association (APA) Publication Manual, as well as the ethical codes of the Iranian Psychological Association—such as confidentiality, data privacy, and obtaining written informed consent from participants—were fully observed in this study.

Funding: This research was conducted without financial support from any institution and was fully funded by the authors.

Authors' contribution: In this study, the first author served as the supervisor, the second and third authors contributed to study design,

data analysis, and manuscript preparation, and the fourth author provided advisory and supervisory guidance throughout the research process.

Conflict of interest: The authors report no conflicts of interest. The study's results are presented transparently and without bias.

Data availability statement: All data from this study are held by the corresponding author and were submitted to the journal during manuscript review. Data will also be made available to qualified researchers upon reasonable request.

Consent for publication: All authors have given their full consent for the publication of this manuscript.

Acknowledgments: We sincerely thank the participants and everyone who assisted in the implementation of this research.

مقاله پژوهشی

مقایسه اثربخشی بازی درمانی کودک محور و آموزش مهارت‌های اجتماعی بر ناگویی هیجانی، اضطراب اجتماعی، و پرخاشگری در دانش آموزان پسر مبتلا به اختلال نافرمانی مقابله‌ای

سید سعید ترابی^۱، سید مهدی حسینی مشهد طوقی^۲، زهرا قیصری^۳، شهرزاد رضایی رضوان^{۴*}

۱. هیات علمی وابسته، گروه روان‌شناسی، واحد دامغان، دانشگاه آزاد اسلامی، دامغان، ایران

۲. کارشناسی ارشد روان‌شناسی بالینی، واحد شاهرود، دانشگاه آزاد اسلامی، شاهرود، ایران

۳. دکترای تخصصی روان‌شناسی تربیتی، گروه روان‌شناسی و مشاوره، دانشگاه فرهنگیان، بیرجند، ایران

۴. دکترای تخصصی روان‌شناسی تربیتی، گروه روان‌شناسی و مشاوره، دانشگاه فرهنگیان، بجنورد، ایران

چکیده

مشخصات مقاله

زمینه و هدف: اختلال نافرمانی مقابله‌ای از شایع‌ترین اختلالات دوران کودکی و از علل رایج ارجاع به مراکز روان‌شناسی است و می‌تواند به سازش نایافتگی روانی و اجتماعی کودک در خانواده، مدرسه، و اجتماع منجر شود. این پژوهش با هدف مقایسه اثربخشی بازی درمانی کودک محور و آموزش مهارت‌های اجتماعی بر ناگویی هیجانی، اضطراب اجتماعی، و پرخاشگری در دانش آموزان پسر مبتلا به این اختلال انجام شد.

روش: پژوهش حاضر، شبه‌تجربی با طرح پیش‌آزمون - پس‌آزمون با دو گروه آزمایش و یک گروه گواه بود. جامعه آماری شامل دانش آموزان پسر نوبت دوم ابتدایی شهر مشهد در سال تحصیلی ۱۴۰۴-۱۴۰۳ بود. ۴۵ دانش آموز به روش در دسترس، انتخاب و به صورت تصادفی در سه گروه ۱۵ نفری جایدهی شدند. ابزارها شامل پرسشنامه علائم مرضی کودکان (گادو و اسپرافکین، ۱۹۹۷)، مقیاس پرخاشگری کودکان (نلسون و فینچ، ۲۰۰۰)، مقیاس اضطراب کودکان (اسپنس، ۱۹۹۷)، و پرسشنامه ناگویی خلقی تورنتو (بگی و همکاران، ۱۹۹۴) بود. گروه‌های آزمایش به ترتیب ۹ جلسه ۶۰ دقیقه‌ای بازی درمانی کودک محور و ۸ جلسه ۶۰ دقیقه‌ای آموزش مهارت‌های اجتماعی دریافت کردند و گروه گواه آموزش معمول روزانه را دریافت کردند. داده‌ها با تحلیل کوواریانس چندمتغیری و نرم‌افزار SPSS-24 تحلیل شد.

یافته‌ها: مداخله بازی درمانی کودک محور نسبت به آموزش مهارت‌های اجتماعی بر ناگویی هیجانی ($F=149/42, p < 0/05$)، اضطراب اجتماعی ($F=53/53, p < 0/05$)، و پرخاشگری ($F=129/97, p < 0/001$) به طور معناداری مؤثرتر بود.

نتیجه‌گیری: هر دو مداخله بازی درمانی کودک محور و آموزش مهارت‌های اجتماعی در کاهش مشکلات هیجانی و رفتاری دانش آموزان مبتلا به اختلال نافرمانی مقابله‌ای مؤثرند، اما بازی درمانی کودک محور اثربخشی بیشتری نشان داد و می‌تواند در برنامه‌های آموزشی و مشاوره‌ای مدارس مورد توجه قرار گیرد.

کلیدواژه‌ها:

اضطراب اجتماعی،
بازی درمانی کودک محور،
پرخاشگری،
مهارت‌های اجتماعی،
نافرمانی مقابله‌ای،
ناگویی هیجانی

دریافت شده: ۱۴۰۴/۰۴/۱۴

پذیرفته شده: ۱۴۰۵/۰۲/۰۸

منتشر شده: ۱۴۰۵/۰۲/۰۸

* نویسنده مسئول: شهرزاد رضایی رضوان، دکترای تخصصی روان‌شناسی تربیتی، گروه روان‌شناسی و مشاوره، دانشگاه فرهنگیان، بجنورد، ایران

ایمانامه: Sh.rezaee991@gmail.com

تلفن: ۰۵۸-۳۲۲۲۱۷۱۰

مقدمه

که در کودکان مبتلا به نافرمانی مقابله‌ای بسیار مشاهده می‌شود، پرخاشگری است (۱۴). پرخاشگری عبارت است از هرگونه رفتاری که مستقیماً از سوی یک فرد، به قصد آسیب رساندن به فرد دیگری صادر می‌شود. در راستای مهار این رفتارها، مرتکب‌شونده باید باور داشته باشد که رفتارش با هدف آسیب رساندن به دیگری بوده است که پیامد آن برانگیختن رفتاری اجتنابی است (۱۵). کودکان با رفتارهای پرخاشگری، مهارت تنظیم کردن هیجان خود و درک احساسات دیگران را از دست می‌دهند و از هرگونه مهارت و استعداد کافی برای مهار کردن احساسات خود محروم می‌شوند (۱۶).

در سال‌های اخیر، کمک به کودکان مبتلا به اختلال نافرمانی مقابله‌ای و تلاش جهت کاهش مشکلات آنها مورد توجه قرار گرفته است (۱). با توجه به مشکلات دانش‌آموزان مبتلا به اختلال نافرمانی مقابله‌ای، استفاده از مداخلاتی برای کاهش این مشکلات روان‌شناختی کشاکش جدید پژوهشی است و در خصوص این که کدام مداخلات اثربخش هستند، نیاز به پژوهش‌های بیشتری احساس می‌شود. بر این اساس از جمله مداخلات اثربخش در کاهش مشکلات روان‌شناختی مانند ناگویی هیجانی، اضطراب اجتماعی، و پرخاشگری دانش‌آموزان مبتلا به اختلال نافرمانی مقابله‌ای می‌توان به بازی‌درمانی کودک محور (۱۷) و آموزش مهارت‌های اجتماعی (۱۸) اشاره کرد. روش‌های مبتنی بر بازی‌درمانی، فعالیت‌ها و زندگی هیجانی و خیال‌پردازی‌های کودک را منعکس می‌کنند و کودک را قادر می‌سازند تا احساسات و مشکلات خود را به نمایش بگذارد (۱۹). بازی‌درمانی درمان مناسبی برای دامنه وسیعی از مشکلات روان‌شناختی کودکان و حتی نوجوانانی است که در دامنه سنی ۳ تا ۱۶ سال قرار دارند. روان‌شناسان و پژوهشگران مختلف طی چندین دهه متمادی از این شیوه برای درمان و بهبود وضعیت روانی کودکان در طیف وسیعی از اختلالات و مشکلات استفاده کرده‌اند و اثربخشی آن نشان داده شده است (۲۰). بازی‌ها دارای ارزش آموزشی و همچنین تفریح و سرگرمی هستند و توانایی بالقوه خوبی در زمینه رشد مهارت‌های شناختی، فراشناختی، و رفتاری دارند (۲۱). بازی‌درمانی کودک محور

اختلال نافرمانی مقابله‌ای^۱ یکی از شایع‌ترین اختلالات روان‌شناختی در بین کودکان و نوجوانان است که تأثیرات منفی گسترده‌ای بر فرایندهای عاطفی، فراشناختی، شناختی، و ارتباطی افراد دارد (۱). این اختلال با الگویی تکرارشونده از رفتار منفی‌گرایانه، نافرمانی، انتقام‌جویانه، و خصمانه نسبت به صاحبان قدرت مشخص می‌شود که حداقل برای شش ماه ادامه دارد (۲). این اختلال در اواسط کودکی، در پسران به طور قابل توجهی بیشتر از دختران است (۳). از جمله مشکلات افراد مبتلا به اختلال نافرمانی مقابله‌ای، می‌توان به ناگویی هیجانی^۲ (۴)، اضطراب اجتماعی^۳ (۵)، و پرخاشگری^۴ (۶) اشاره کرد.

امروزه ناگویی هیجانی به عنوان یک عامل مهم برای اختلالات روانی و جسمی به شمار می‌رود (۷) که در نهایت منجر به ناتوانی در شناسایی و بیان هیجان‌ها می‌شود (۸). ناگویی هیجانی یک سازه چندبعدی است که شامل این موارد است: مشکل در شناسایی و توصیف احساسات؛ مشکل در تمایز میان حالات هیجانی و احساسات جسمانی؛ فعالیت تجسمی محدود که با کاهش خیال‌بافی و رؤیایها آشکار می‌شود؛ سبک شناختی عینی با گرایش بیرونی (۹). می‌توان گفت ناگویی هیجانی، نارسایی در پردازش شناختی تجربه هیجانی است. این مسئله مستلزم اختلالی در توانایی ساختن بازنمایی ذهنی از احساسات است. این بازنمایی‌ها برای پردازش شناختی تجارب هیجانی و برقراری ارتباط آنها با دیگران مورد نیاز است (۱۰). افراد مبتلا به ناگویی هیجانی، تحریکات جسمانی غیرطبیعی را بیش از حد ارزیابی می‌کنند، برانگیختگی عاطفی را اشتباه تعبیر می‌کنند، و مشکلات عاطفی را از طریق شکایات جسمانی نشان می‌دهند (۱۱).

از سوی دیگر، اختلال اضطراب اجتماعی عبارت از ترس شدید از موقعیت‌هایی است که در آنها فرد در جمع افراد دیگر قرار می‌گیرد یا باید در کنار آنها کاری انجام دهد (۱۲). افراد مبتلا به اختلال اضطراب اجتماعی از هرگونه موقعیت اجتماعی که فکر می‌کنند ممکن است در آن یک رفتار خجالت‌آور داشته باشند یا مورد ارزیابی منفی دیگران قرار گیرند، می‌ترسند و سعی می‌کنند از آنها دور باشند (۱۳). عامل دیگری

1. Oppositional defiant disorder
2. Alexithymia

3. Social anxiety
4. Aggression

تأثیر مثبتی بر رفتار و هیجانات دارد (۲۲) و موجب کاهش رفتارهای پرخاشگرانه و افزایش مهارت‌های اجتماعی در کودکان می‌شود (۲۳).

از سوی دیگر، مهارت‌های اجتماعی شامل مجموعه مهارت‌هایی است که اکتساب آنها سبب ارتقای آگاهی اجتماعی می‌شود، بر توانایی درک دیگران و برقراری ارتباط مؤثر، مسئولیت‌پذیری اجتماعی، حفظ استقلال شخصی، و مدیریت روابط تمرکز می‌کند (۲۴). همچنین پژوهش‌ها حاکی از این است که کودکان و نوجوانان با مهارت اجتماعی پایین، میزان بالاتری از افسردگی، بزهکاری، پرخاشگری، و سایر مسائل رفتاری را نشان می‌دهند. برنامه‌های آموزشی که توانمندی‌های فردی و اجتماعی را ارتقا می‌دهند به شیوه مؤثری می‌تواند از این رفتارها پیشگیری کرده و مهارت اجتماعی این کودکان را افزایش دهد (۲۲، ۲۳، ۲۵). در همین راستا نتایج پژوهشی نشان داد که بازی‌درمانی آدلری تأثیر مثبت و معناداری بر ناگویی هیجانی و انزوای اجتماعی دانش‌آموزان ناشنوا دارد (۲۶).

پژوهشی با عنوان اثربخشی بازی‌درمانی در کودکان مبتلا به لوسمی با روش مرور نظام مند انجام شد که از ۱۰۹۹ مقاله، ۱۶ مقاله انتخاب شد و انواع مختلفی از بازی‌درمانی از جمله وانمود کردن، موسیقی، هنر، و شن‌بازی یافت شد. نتایج بررسی ۱۶ مقاله حاکی از اثرات مفید بازی‌درمانی بر مسائل روانی، به‌ویژه اضطراب، ناامیدی، تنیدگی، و مشکلات جسمانی (خستگی و درد) بود (۲۷). همچنین در پژوهشی که در سال ۲۰۲۳ با عنوان بازی‌درمانی شناختی رفتاری برای اختلالات اضطراب اجتماعی در کودکان مبتلا به اختلالات گفتاری در کشور نیجریه انجام شد، نتایج نشان داد که بازی‌درمانی شناختی رفتاری به طور قابل توجهی در کاهش اختلالات اضطراب اجتماعی در بین کودکان مبتلا به اختلالات گفتاری در طول زمان مؤثر است (۲۸). نتایج مطالعه‌ای نیز با عنوان نقش مهارت‌های اجتماعی در پیش‌بینی بهبودی در کودکان ۱۸ تا ۱۳ سال مبتلا به اختلال اضطراب اجتماعی انجام شد نیز نشان داد بر اساس گزارش والدین، کودکان مبتلا به اختلال اضطراب اجتماعی پیش از درمان، در مقایسه با کودکان بدون این اختلال، به‌طور معناداری سطوح پایین‌تری از رفتارهای اجتماعی قاطعانه و مسئولانه نشان دادند. همچنین کودکان با مهارت‌های اجتماعی بالاتر بهبود درمانی بهتری داشتند؛ در نتیجه، استفاده بهتر از رفتار اجتماعی، احتمال بهبودی اختلال اضطراب اجتماعی را افزایش داد (۲۹).

با توجه به تأثیر منفی اختلال نافرمانی مقابله‌ای در زندگی اجتماعی، عاطفی، و تحصیلی کودکان و بروز اختلالات دیگری از جمله افسردگی و اضطراب، انجام مداخله‌های مناسب بر کودکان مبتلا به این اختلال ضرورت دارد. از سویی دیگر با توجه به نقش اساسی بازی‌درمانی و آموزش مهارت‌های اجتماعی در فرآیند درمان و کاهش مشکلات روان‌شناختی مانند ناگویی هیجانی، پرخاشگری، و اضطراب اجتماعی کودکان مبتلا به اختلال نافرمانی مقابله‌ای و به تناسب آن افزایش یادگیری، ضرورت ارزیابی جایگاه آن در این کودکان بیش از پیش احساس می‌شود؛ بنابراین با مرور پیشینه پژوهش‌های علمی ذکر شده به نظر می‌رسد که بازی‌درمانی کودک محور و آموزش مهارت‌های اجتماعی بتواند مشکلات رفتاری کودکان دارای اختلال نافرمانی مقابله‌ای را در کودکان تحت تأثیر قرار دهد. با وجود این پژوهش‌های بیشتری لازم است تا اثربخشی دو روی آورد مداخله‌ای برای کودکان مبتلا به اختلال نافرمانی مقابله‌ای مورد بررسی قرار دهد و با جستجوهای انجام شده پژوهشی نیز یافت نشد که به مقایسه اثربخشی دو روی آورد به‌طور هم‌زمان بر متغیرهای ناگویی خلقی، پرخاشگری، و اضطراب اجتماعی در این کودکان پرداخته باشد؛ بنابراین فرضیه پژوهش حاضر آن است که اثربخشی بازی‌درمانی کودک محور و آموزش مهارت‌های اجتماعی بر ناگویی هیجانی، اضطراب اجتماعی، و پرخاشگری دانش‌آموزان پسر مبتلا به اختلال نافرمانی مقابله‌ای متفاوتی وجود دارد. فرضیه پژوهش حاضر این است که اثربخشی بازی‌درمانی کودک محور و آموزش مهارت‌های اجتماعی بر ناگویی هیجانی، اضطراب اجتماعی، و پرخاشگری دانش‌آموزان پسر مبتلا به اختلال نافرمانی مقابله‌ای متفاوت است.

روش

(الف) طرح پژوهش و شرکت کنندگان: پژوهش حاضر از نظر هدف، کاربردی و از نظر ماهیت داده‌ها، شبه‌تجربی با طرح پیش‌آزمون - پس‌آزمون با دو گروه آزمایش و یک گروه گواه بود. جامعه آماری شامل تمامی دانش‌آموزان پسر مبتلا به اختلال نافرمانی مقابله‌ای مدارس ابتدایی در پایه‌های چهارم تا ششم شهر مشهد بود که در سال تحصیلی ۱۴۰۴-۱۴۰۳ در مدارس مقطع دولتی مشغول به تحصیل بودند. از بین افراد این جامعه تعداد ۴۵ دانش‌آموز با استفاده از روش نمونه‌گیری در دسترس و با

سلوک)، اختلالات اضطرابی، اختلال اضطرابی و تیک^۶، اختلالات روان‌گسستگی^۷، اختلالات خلقی^۸، اختلالات تحولی فراگیر^۹، اختلالات اضطرابی، اختلالات دفع^{۱۰}، و گروه اضافی است که در پژوهش حاضر تنها از گروه اختلال نافرمانی مقابله‌ای (۸ گویه) استفاده شد. گویه‌های این پرسشنامه در یک طیف لیکرت ۴ گزینه‌ای از (۰) هرگز تا (۳) همیشه قرار دارد و سپس براساس جمع نمرات هر مؤلفه، نمره شدت آن اختلال به دست می‌آید؛ همچنین در این خرده‌مقیاس، نمره بالاتر نشان‌دهنده شدت بیشتر نشانه‌های اختلال نافرمانی مقابله‌ای است و دامنه نمرات قابل کسب برای هر فرد در گویه‌های مربوط به این اختلال، بین ۰ تا ۲۴ قرار دارد و براساس نقطه برش، وجود یا عدم وجود آن اختلال مشخص می‌شود. نمره معیار ۶ در گروه اختلال لجبازی- نافرمانی برای تشخیص این اختلال تعیین شده است. در این خرده‌مقیاس، نمره بالاتر نشان‌دهنده شدت بیشتر نشانه‌های اختلال نافرمانی مقابله‌ای است. دامنه نمرات قابل کسب برای هر فرد در گویه‌های مربوط به این اختلال، بین ۰ تا ۲۴ قرار دارد. در پژوهش گادو و همکاران (۳۱) اعتبار بازآزمایی این ابزار با فاصله زمانی ۶ هفته برای ۴ اختلال از ۰/۷۰ تا ۰/۸۹ گزارش شد، همچنین روایی همگرای آن با نمره‌های پرخاشگری و نمره شدت نشانه‌های مرضی و طبقه اختلال نافرمانی مقابله‌ای همبستگی ۰/۳۹ تا ۰/۵۸ گزارش شد. در ایران نیز پایایی نسخه والدین و معلم به شیوه بازآزمایی، به ترتیب ۰/۹۰ و ۰/۹۲ گزارش شده است، همچنین در مطالعه آنها نشان داده شد این پرسشنامه با فرم رفتاری کودک و پرسشنامه شخصیتی کودکان، همبستگی مثبتی دارد (۳۲). در پژوهش حاضر نیز ضریب آلفای کرونباخ ۰/۷۳ برای این مقیاس به دست آمد. همچنین روایی محتوایی و صوری این پرسشنامه در پژوهش حاضر با نظرخواهی از متخصصان محاسبه و به صورت کیفی تأیید شد.

۲. سیاهه پرخاشگری کودکان^{۱۱}: این مقیاس یک ابزار خودگزارشی است که توسط نلسون و فینچ (۳۳) در سال ۲۰۰۰ برای بررسی موقعیت‌های مختلف که سبب بروز خشم و همچنین میزان شدت خشم در کودکان می‌گردد طراحی شد. این سیاهه برای سنین ۶ تا ۱۶ سال تهیه شد و سطوح

توجه به ملاک‌های ورود و خروج بر اساس روش پیشنهادی کوهن (۳۰) انتخاب شدند و به صورت تصادفی در دو گروه آزمایش و یک گروه گواه (هر گروه ۱۵ نفر) جایدهی شدند. ملاک‌های ورود به پژوهش عبارت‌اند از دامنه سنی ۱۰ تا ۱۲ سال، رضایت دانش‌آموز و والدین و یا سرپرست قانونی آنها، داشتن ملاک‌های تشخیصی پرسشنامه علائم مرضی کودکان فرم والدین (۳۱)، دارا بودن علائم اضطراب براساس ملاک‌های تشخیصی، مصاحبه تشخیصی با مادر براساس ملاک‌های اختلال نافرمانی مقابله‌ای در راهنمای تشخیصی و آماری اختلال‌های روانی نسخه پنجم^۱، نداشتن همبودی با سایر اختلالات (با توجه به پرونده مشاوره‌ای دانش‌آموزان در مدرسه)، عدم شرکت در برنامه‌های آموزشی از نظر محتوا به صورت همزمان. همچنین ملاک‌های خروج پژوهش حاضر عبارت‌اند از داشتن هرگونه مشکلات حسی- حرکتی و بیماری جسمی، غیبت در دو جلسه از برنامه آموزشی، عدم مشارکت فعالانه در جلسات آموزشی، و عدم انجام مسئولانه تکالیف خانگی بود. در پژوهش حاضر، بیشترین فراوانی سنی ۱۱ سال (۳۷/۸ درصد) و کمترین فراوانی ۱۰ سال (۲۸/۹ درصد) بود؛ همچنین ۱۷ نفر از شرکت‌کنندگان مشغول به تحصیل در پایه ششم (۳۷/۸ درصد) دارای بیشترین فراوانی و ۱۳ نفر از آنها مشغول به تحصیل در پایه چهارم (۲۸/۹ درصد) دارای کمترین فراوانی بودند.

(ب) ابزار

۱. پرسشنامه علائم مرضی کودکان^۲: پرسشنامه علائم مرضی کودکان یک مقیاس درجه‌بندی رفتاری است که توسط گادو و اسپرافکین (۳۱) در سال ۱۹۹۷ به منظور غربالگری اختلال‌های رفتاری و هیجانی در کودکان ۵ تا ۱۲ ساله ساخته شده است؛ این مقیاس دارای دو فرم والد و معلم است که در پژوهش حاضر به منظور غربالگری اختلال نافرمانی مقابله‌ای در کودکان، فرم والدین مورد استفاده قرار گرفت. فرم والدین دارای ۱۱۲ گویه است که برای ۱۱ گروه عمده و یک گروه اضافی از اختلالات رفتاری تنظیم شده است که شامل اختلال نارسایی توجه- فزون‌کنشی^۳، اختلال لجبازی و نافرمانی^۴، اختلال رفتار هنجاری^۵ (اختلال

6. Tic and Anxiety disorder
7. Psychotic disorders
8. Mood disorders
9. Pervasive developmental disorder
10. Elimination disorder
11. the Children's Aggression Scale (CAS)

1. The diagnostic and statistical manual of mental disorders, fifth edition (DSM-5)
2. Child symptom inventory (CSI-4)
3. Attention -deficity hyperactivity disorder
4. Obstinacy and disobedience disorder
5. Behavioral disorder

کرونباخ ۰/۹۰ و پایایی بازآزمایی ۰/۶۰ به دست آمده است. در ایران نیز این مقیاس هنجاریابی شد و پایایی زیرمقیاس اضطراب اجتماعی ۰/۶۷ و روایی محتوای آن با استفاده از نظر متخصصان تأیید شد (۳۶). در پژوهش حاضر نیز ضریب آلفای کرونباخ ۰/۷۱ برای این مقیاس به دست آمد. همچنین روایی محتوایی و صوری این پرسشنامه در پژوهش حاضر با نظرخواهی از متخصصان محاسبه و به صورت کیفی تأیید شد.

۴. پرسشنامه ناگویی خلقی تورنتو^{۱۳}: پرسشنامه ناگویی خلقی تورنتو که توسط بگبی^{۱۴} و همکاران (۳۷) در سال ۱۹۹۴ ساخته شد، یک مقیاس خود گزارشی است که از ۲۰ گویه و سه خردهمقیاس دشواری در تشخیص احساسات^{۱۵} (گویه ۱ تا ۷)، دشواری در توصیف احساسات^{۱۶} (گویه های ۸ تا ۱۲)، و تفکر برون‌مدار^{۱۷} (گویه های ۱۳ تا ۲۰) تشکیل شده است. گویه‌ها بر اساس مقیاس پنج درجه‌ای لیکرت از (۱) کاملاً مخالفم تا (۵) کاملاً موافقم نمره گذاری می‌شوند. حداقل و حداکثر نمره برای هر فرد بین ۲۰ تا ۱۰۰ است و بالاترین نمره نشان‌دهنده ناگویی خلقی بالا است. روایی سازه و محتوا توسط سازندگان تأیید شد و پایایی به روش آلفای کرونباخ برای کل مقیاس ۰/۸۵، برای دشواری در تشخیص احساسات ۰/۸۳، دشواری در توصیف احساسات ۰/۸۰، و تفکر با جهت‌گیری خارجی ۰/۷۱ به دست آمد (۳۷). در نسخه فارسی نیز ضرایب آلفای کرونباخ برای کل مقیاس و سه خردهمقیاس از ۰/۷۲ تا ۰/۸۵ محاسبه شد که نشانه همسانی درونی خوب مقیاس است. پایایی بازآزمایی در نمونه ۶۷ نفری در دو نوبت چهار هفته از ۰/۸۰ تا ۰/۸۷ برای مقیاس کل و خردهمقیاس‌ها تأیید شد. همچنین روایی سازه این ابزار با استفاده از روش تحلیل عاملی تأیید مطلوب گزارش شد (۳۸). در پژوهش حاضر نیز ضریب آلفای کرونباخ ۰/۶۷ برای این مقیاس به دست آمد. همچنین روایی محتوایی و صوری این پرسشنامه در پژوهش حاضر با نظرخواهی از متخصصان محاسبه و به صورت کیفی تأیید شد.

ابتدایی و دبیرستان را در بر می‌گیرد و شامل ۳۹ گویه و چهار خردهمقیاس ناکامی^۱ (گویه‌های ۱ تا ۱۱)، پرخاشگری بدنی^۲ (گویه‌های ۱۲ تا ۲۰)، روابط با همسالان^۳ (گویه‌های ۲۱ تا ۲۹)، و روابط با مراجع قدرت^۴ (گویه‌های ۳۰ تا ۳۹) است و در مقیاس چهار درجه‌ای لیکرت از (۱) توجه نمی‌کنم تا (۴) عصبانی می‌شوم نمره گذاری می‌شود. حداقل و حداکثر نمره برای هر فرد بین ۳۹ تا ۱۵۶ است و بالاترین نمره نشان‌دهنده پرخاشگری بیشتر بوده و برعکس. نلسون و فینچ (۳۳) برای پرسشنامه ضریب پایایی را از طریق بازآزمایی با فاصله زمانی یک هفته‌ای ۰/۶۵ تا ۰/۷۵، همسانی درونی ۰/۵۸ تا ۰/۸۵ و روایی همگرا پرسشنامه را ۰/۵۸ گزارش کرده‌اند. در نمونه ایرانی نیز ضریب آلفای کرونباخ سیاهه پرخاشگری کودکان ۰/۸۸ و روایی سازه آن مطلوب به دست آمد (۳۴). در پژوهش حاضر نیز ضریب آلفای کرونباخ ۰/۷۰ برای این مقیاس به دست آمد. همچنین روایی محتوایی و صوری این پرسشنامه در پژوهش حاضر با نظرخواهی از متخصصان محاسبه و به صورت کیفی تأیید شد.

۳. مقیاس اضطراب کودکان اسپنس - نسخه کودک^۵: مقیاس اضطراب کودکان توسط اسپنس^۶ (۳۵) در سال ۱۹۹۷ طراحی شد. نسخه کودک آن دارای ۴۵ گویه است که ۳۸ گویه آن نمره‌گذاری شده است. این پرسشنامه شامل شش خردهمقیاس ترس از فضای باز^۷ (گویه های ۱ تا ۵)، اضطراب جدایی^۸ (گویه های ۶ تا ۱۱)، ترس از آسیب جسمانی^۹ (گویه های ۱۲ تا ۱۶)، اضطراب اجتماعی^{۱۰} (گویه های ۱۷ تا ۲۲)، وسواس - بی‌اختیاری^{۱۱} (گویه های ۲۳ تا ۲۷)، و اضطراب عمومی^{۱۲} (گویه های ۲۸ تا ۳۸) است. در پژوهش حاضر تنها از خردهمقیاس اضطراب اجتماعی استفاده شد. نمره‌گذاری بر اساس مقیاس چهار درجه‌ای لیکرت از (۰) هرگز تا همیشه (۳) تعیین شده است. حداقل و حداکثر نمره برای هر فرد در خردهمقیاس اضطراب اجتماعی بین ۰ تا ۱۸ است و بالاترین نمره نشان‌دهنده اضطراب اجتماعی بالا است. در پژوهش اسپنس (۳۵) روایی محتوایی این ابزار از نظر متخصصان مطلوب گزارش شد و اعتبار آلفای

10. Social anxiety
11. Obsessive-compulsive disorder
12. General anxiety
13. Toronto alexithymia scale(AQ)
14. Bagby
15. Difficulty recognizing emotions
16. difficulty describing emotions
17. External thinking

1. Failure
2. Physical aggression
3. Relationships with peers
4. Relationship with authorities
5. Spence children's anxiety scale (SCAS)
6. Spence
7. Fear of open spaces
8. Separation anxiety
9. Fear of physical harm

(ج) برنامه‌های مداخله

۱. مداخله بازی درمانی: جهت اجرای برنامه مداخله‌ای بازی درمانی کودک محور از بسته آموزشی براتون و همکاران (۳۹) استفاده شد. در بازی درمانی کودک محور، مسئولیت بازی بر عهده کودکان است. در این روش، جلسات بازی از یک ساخت معین و تعریف شده برخوردار نیست و نیازهای فردی، عاطفی، و تحول کودک از فرایندی تجویزی تبعیت نمی‌کند و ضروری است که درمان بر پایه توسعه خود پنداشت مثبت، پذیرش مسئولیت پذیری بیشتر، اتکای بیشتر به خود، کسب مهارت‌های

سازش یافتگی، تفکر، و دقت بیشتر در انجام تکالیف انجام شود. علاوه بر این، برای پاسخ گویی همدلانه درمانگر به کودک، از مهارت‌های کلامی و غیر کلامی استفاده می‌شود (۲۹). این مداخله بر اساس پروتکل براتون و همکاران (۳۹) اجرا شد و شرکت کنندگان گروه آزمایشی یکم، آن را توسط درمانگر متخصص بازی درمانی حاضر در پژوهش دریافت کردند. خلاصه جلسات مداخله بازی درمانی کودک محور در جدول ۱ ارائه شده است.

جدول ۱: خلاصه جلسات مداخله بازی درمانی کودک محور

جلسه	هدف	محتوا
یکم	آشنایی با عناصر برنامه	سلام و احوال پرسی، خوش آمد گویی، حضور و غیاب افراد گروه آزمایش، آشنایی با عناصر برنامه، مربی، شرکت کنندگان، و چارچوب برنامه، انجام چند بازی جهت تقویت ارتباط
دوم	شناسایی حالات چهره دیگران	انجام بازی با هدف توانمندسازی کودکان در شناسایی حالات چهره دیگران خشم، شادی، ترس، تعجب، و غمگینی، تکرار و تمرین مهارت آموزش داده شده و ارائه بازخورد در زمینه انجام مهارت آموزش داده شده، ارائه تکلیف خانگی
سوم	استفاده از حالات چهره برای بیان احساسات خود	انجام بازی با هدف توانمندسازی کودکان در استفاده از حالات چهره برای بیان احساسات خود، تکرار و تمرین مهارت آموزش داده شده و ارائه بازخورد در زمینه انجام مهارت آموزش داده شده، ارائه تکلیف خانگی
چهارم	افزایش مهارت‌های ارتباط بین فردی و گروهی و تقویت روحیه مشارکتی	آموزش و تقویت مهارت‌های ارتباط کلامی و غیر کلامی مثل گوش دادن فعال، روش‌های مؤثر برای گوش دادن فعال، موانع ارتباط مؤثر از جمله تهدید کردن، بی توجهی کردن به احساسات فرد متقابل، و سخره کردن و نحوه درخواست محترمانه از دیگران به صورت ایفای نقش، پرداختن به فعالیت، و بازی انتخابی جلسه
پنجم	آموزش خود آگاهی و مهارت همدلی و اهمیت آن، علل ناتوانی در بیان همدلی، نحوه بیان همدلی	آشنایی آزمودنی‌ها با خود آگاهی، شناخت احساسات و مهار احساسات، هویت و هویت یابی، حرمت خود و اهمیت آن، آموزش خود آگاهی و مهارت همدلی و اهمیت آن، علل ناتوانی در بیان همدلی، نحوه بیان همدلی و نتایج حاصل از همدلی از جمله کاهش تنیدگی، سرزنش خود و افزایش احساس حمایت اجتماعی و احساس تعلق، پرداختن به فعالیت و بازی انتخابی جلسه
ششم	شروع گفتگو با دیگران	انجام بازی با هدف توانمندسازی کودکان در شروع گفتگو با دیگران، تکرار و تمرین مهارت آموزش داده شده و ارائه بازخورد در زمینه انجام مهارت آموزش داده شده، و ارائه تکلیف خانگی
هفتم	وارد شدن به جمع کودکان در حال بازی	انجام بازی با هدف توانمندسازی کودکان در وارد شدن به جمع کودکانی که در حال بازی هستند، تکرار و تمرین مهارت آموزش داده شده، ارائه بازخورد در زمینه انجام مهارت آموزش داده شده، و ارائه تکلیف خانگی
هشتم	درخواست کمک از دیگران	انجام بازی با هدف توانمندسازی کودکان در درخواست کمک از دیگران به هنگام نیاز به سه روش مؤدبانه، پرخاشگرانه، و سؤالی، تکرار، و تمرین مهارت آموزش داده شده
نهم	افزایش مهارت مقابله با هیجان‌های منفی	کمک به کودکان جهت شناسایی چهار احساس اصلی غم، ترس، شادی، و خشم، حالت‌های چهره‌ای و غیر کلامی آنها، لزوم بیان تجارب هیجانی به صورت صحیح و آموزش خود نظارتی جهت شناسایی هیجان‌های مختلف پرداختن به فعالیت و بازی انتخابی جلسه خلاصه و جمع بندی جلسات گذشته تعیین زمان برای اجرای پس آزمون و خداحافظی با آزمودنی‌ها

۲. آموزش مهارت‌های اجتماعی: برنامه آموزشی یاد شده بیشتر بر روی آورد یادگیری شناختی و اجتماعی مبتنی است و بیشتر از روش‌های مستقیم و غیرمستقیم، مانند بیان کلامی، سرمشق گیری، بازی نقش، مرور ذهنی، بازخورد، بحث گروهی، تقویت مثبت، و پرسش و پاسخ بهره

می‌گیرد. محتوای جلسات از کتاب آموزش مهارت‌های اجتماعی به کودکان کارتلج و میلبرن (۴۰) انتخاب شد. عناوین و موضوعات برنامه آموزشی ارائه شده به صورت خلاصه در جدول ۲ ارائه شده است.

جدول ۲: برنامه و مراحل اجرای آموزش مهارت‌های اجتماعی

جلسه	هدف	محتوا
یکم	ارتقا مهارت‌های اجتماعی پایه	آشنایی و معرفی اعضا، تشریح نحوه برگزاری جلسات، بیان مقررات گروه، بیان اهمیت ارتباط اجتماعی خوب، پرداختن به دلایل چرایی داشتن ارتباط با دیگران، بحث در مورد اهمیت مهارت‌های اجتماعی از جمله آموزش شیوه‌های مبادله، تعارفات روزمره، شروع گفتگو، ادامه مناسب، خاتمه دادن، و گوش دادن همراه با تمرین و بیان اصول ارتباطی
دوم	تقویت مهارت ابراز وجود	مرور مطالب جلسه قبل به همراه آموزش ابراز وجود و عوامل مرتبط به آن
سوم	بهبود تعاملات بین فردی	بررسی تکالیف، آموزش نحوه تقاضا کردن درست از دیگران و راه‌ها و فنون مختلفی برای روش درست تقاضا کردن
چهارم	ارتقا مسئولیت‌پذیری فردی	بررسی تکالیف، آموزش مسئولیت‌پذیری با تمرین ابراز نظر مثبت راجع به خود، پرداختن به مفهوم مسئولیت‌پذیری، ارائه تکالیف خانگی مسئولیت‌پذیری به آزمودنی‌ها
پنجم	افزایش توانایی تصمیم‌گیری صحیح و تقویت مهارت «نه گفتن»	بررسی تکالیف، پرداختن به اهمیت تصمیم‌گیری و نحوه اتخاذ تصمیم‌گیری درست، آموزش نحوه نه گفتن به شرایط و تقاضاهای نامطلوب با استفاده از مهارت‌های آموخته شده، آموزش تصمیم‌گیری‌های مناسب و طرز نه گفتن با تمرین و ارائه تکلیف
ششم	آموزش مهارت حل مسئله	بررسی تکالیف، آموزش چگونگی حل مشکلات خود و شیوه‌های حل مسئله، نحوه پذیرفتن و کنار آمدن با قوانین و مقررات در خانه مدرسه یا جامعه، ارائه تکلیف
هفتم	تقویت مهارت‌های بین فردی	بررسی تکالیف، آموزش نحوه انتقادپذیری و مهارت‌های معذرت خواهی با تمرین، مرور و توضیح انتقاد و انتقادپذیری، آموزش و تمرین مشارکت و همکاری و کنار آمدن با مشکلات و بحران‌ها در روابط با همسالان و اعضای خانواده، ارائه تکالیف

کنند. در پایان تجزیه و تحلیل داده‌ها به صورت گروهی در دو سطح آمار توصیفی و استنباطی با تحلیل کوواریانس چند متغیری و نرم‌افزار SPSS مورد تحلیل قرار گرفت.

یافته‌ها

میانگین و انحراف استاندارد سن پاسخگویان در گروه بازی‌درمانی کودک محور $6/59 \pm 11/23$ ، در گروه آموزش مهارت‌های اجتماعی $4/91 \pm 11/78$ و در گروه گواه $5/81 \pm 11/56$ بود. جهت بررسی تعیین معناداری تفاوت میان گروه‌ها (بازی‌درمانی کودک محور و آموزش مهارت‌های اجتماعی) در هر یک از متغیرهای ناگویی هیجانی، اضطراب اجتماعی، و پرخاشگری از روش آماری تحلیل کوواریانس چندمتغیری استفاده شد. استفاده از این تحلیل، مستلزم رعایت پیش‌فرض‌های است که پیش از اجرای آزمون مورد بررسی قرار گرفتند. آماره‌های توصیفی متغیرها و آزمون شاپیرو ویلک به تفکیک گروه و مرحله در جدول ۳ گزارش شده است.

(د) روش اجرا: بعد از هماهنگی‌های لازم با واحد پژوهش اداره آموزش و پرورش شهر مشهد مجوز لازم برای ورود به مدارس دولتی ابتدایی پسرانه کسب شد. با مراجعه به مدارس تعداد ۴۵ نفر از دانش‌آموزان با توجه به ملاک‌های ورود و خروج به روش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب شدند و به صورت تصادفی در دو گروه آزمایش و یک گروه گواه (هر گروه ۱۵ نفر) جایدهی شدند. اجرای مداخلات برای گروه‌های آزمایشی در روزهای جداگانه و به مدت دو ماه از (آذر تا بهمن ۱۴۰۳)، به صورت هفته‌ای یک جلسه توسط نویسنده یکم و دوم این مقاله که آموزش‌های لازم در زمینه اجرا مداخلات را دریافت کرده و از تجربه لازم برخوردار بودند و با نظارت نویسنده چهارم، در مرکز مشاوره آموزش و پرورش ناحیه دوم شهر مشهد انجام شد؛ پس از اتمام پژوهش، گروه گواه برنامه‌های مداخله‌ای را نیز به طور خلاصه جهت رعایت ملاحظات اخلاقی دریافت کردند. همچنین رضایت آگاهانه شرکت‌کنندگان کسب شد و آنها از اهداف و تمامی مراحل مداخله به طور کامل آگاه شدند و به آنان گفته شد در هر مرحله‌ای از دوره آموزشی که مایل به ادامه کار نبودند بدون هیچ‌گونه جریمه و پیامد منفی دوره را ترک

جدول ۳: آماره‌های توصیفی متغیرها و آزمون نرمال بودن شاپیرو-ویلک به تفکیک گروه‌ها و مراحل پیش‌آزمون و پس‌آزمون

متغیر	مرحله	گروه	میانگین	انحراف استاندارد	آماره W-S	سطح معناداری
ناگویی هیجانی	پیش‌آزمون	بازی درمانی کودک محور	۷۰/۲۰	۷/۰۷	۰/۹۵۷	۰/۶۴۵
		آموزش مهارت‌های اجتماعی	۶۹/۰۰	۷/۴۸	۰/۹۸۹	۰/۰۸۹
		گواه	۷۱/۶۶	۶/۰۳	۰/۹۳۳	۰/۲۹۹
	پس‌آزمون	بازی درمانی کودک محور	۳۲/۹۳	۲/۱۲	۰/۹۴۰	۰/۳۸۷
		آموزش مهارت‌های اجتماعی	۴۰/۶۶	۳/۹۳	۰/۹۲۹	۰/۲۶۳
		گواه	۶۲/۰۶	۷/۲۳	۰/۹۴۷	۰/۴۷۹
اضطراب اجتماعی	پیش‌آزمون	بازی درمانی کودک محور	۱۳/۴۶	۱/۱۲	۰/۸۵۱	۰/۱۸۲
		آموزش مهارت‌های اجتماعی	۱۳/۹۳	۰/۷۹	۰/۸۱۷	۰/۲۶
		گواه	۱۴/۶۰	۱/۵۰	۰/۹۳۳	۰/۲۹۹
	پس‌آزمون	بازی درمانی کودک محور	۸/۷۳	۱/۲۷	۰/۹۱۴	۰/۱۵۵
		آموزش مهارت‌های اجتماعی	۱۲/۴۶	۱/۱۸	۰/۷۸۷	۰/۳۱۲
		گواه	۱۳/۸۶	۱/۴۵	۰/۸۶۵	۰/۲۹۲
پرخاشگری	پیش‌آزمون	بازی درمانی کودک محور	۸۳/۲۰	۵/۱۲	۰/۹۳۶	۰/۳۲۹
		آموزش مهارت‌های اجتماعی	۸۴/۰۰	۶/۳۳	۰/۹۳۸	۰/۳۵۹
		گواه	۸۹/۲۰	۵/۰۳	۰/۹۵۷	۰/۶۴۶
	پس‌آزمون	بازی درمانی کودک محور	۴۸/۰۶	۴/۶۰	۰/۹۴۴	۰/۴۴۱
		آموزش مهارت‌های اجتماعی	۶۷/۰۶	۴/۴۱	۰/۹۱۱	۰/۱۴۲
		گواه	۸۰/۹۳	۶/۳۶	۰/۹۴۰	۰/۳۸۴

نتایج جدول ۳ نشان داد میانگین ناگویی هیجانی در گروه بازی درمانی کودک محور از ۷۰/۲۰ در پیش‌آزمون به ۳۲/۹۳ در پس‌آزمون رسید و ۳۷/۲۷ نمره کاهش داشت و در گروه آموزش مهارت‌های اجتماعی از ۶۹/۰۰ به ۴۰/۶۶ رسید و ۲۸/۳۴ نمره کاهش داشت. میانگین اضطراب اجتماعی در گروه بازی درمانی کودک محور از ۱۳/۴۶ به ۸/۷۳ در پس‌آزمون رسید و ۴/۷۳ نمره کاهش داشت و در گروه آموزش مهارت‌های اجتماعی از ۱۳/۹۳ به ۱۲/۴۶ رسید و ۱/۴۷ نمره کاهش داشت. میزان پرخاشگری در گروه بازی درمانی کودک محور از ۸۳/۲۰ به ۴۸/۰۶ رسید و ۳۵/۱۴ نمره کاهش داشت و در گروه آموزش مهارت‌های اجتماعی از ۸۴/۰۰ به ۶۷/۰۶ رسید و ۱۶/۹۴ نمره کاهش داشت. همچنین تغییرات میانگین متغیرها در گروه گواه اندک بود و نمره پس‌آزمون نسبت به پیش‌آزمون تغییر کمی در مقایسه با گروه‌های مداخله داشت. در این پژوهش برای مقایسه اثربخشی بازی درمانی کودک محور و آموزش مهارت‌های اجتماعی بر متغیرهای ناگویی هیجانی، اضطراب اجتماعی، و پرخاشگری مجاز به استفاده از آزمون تحلیل کوواریانس چندمتغیری هستیم و قبل از تحلیل کوواریانس به بررسی

برقرار بودن مفروضه‌های این آزمون پرداخته شد. برای بررسی نرمال بودن توزیع متغیر وابسته از آزمون شاپیرو ویلک استفاده شد. همان‌طور در جدول فوق نشان داده شد سطح معناداری در هر سه متغیر در مراحل پیش‌آزمون و پس‌آزمون در گروه‌های آزمایش و گواه بزرگ‌تر از ۰/۰۵ بود ($P > ۰/۰۵$)، مفروضه نرمال بودن برقرار بود. در ادامه برای بررسی همگنی واریانس متغیرهای وابسته در گروه‌های آزمایشی و گواه، از آزمون لوین استفاده شد. آزمون لوین در مورد هیچ یک از متغیرهای ناگویی هیجانی ($F = ۱/۱۹$ و $p > ۰/۰۵$)، اضطراب اجتماعی ($P > ۰/۰۵$) و پرخاشگری ($F = ۰/۹۱$ و $P > ۰/۰۵$)، همگنی واریانس‌ها مورد تأیید قرار گرفت ($P > ۰/۰۵$). برای بررسی همگنی ماتریس واریانس-کوواریانس از آزمون ام باکس استفاده شد. سطح معناداری شاخص باکس به لحاظ آماری معنادار نبود و پیش‌فرض همگنی واریانس‌ها برقرار بود ($F = ۲/۰۲$ و $P > ۰/۰۵$). همچنین مفروضه دیگر همگنی ضرایب رگرسیون در تعامل گروه و پیش‌آزمون است. در این پژوهش مفروضه همگنی ضرایب رگرسیون در تعامل گروه و پیش‌آزمون برای متغیرهای ناگویی هیجانی ($F = ۱/۵۶$ و $P > ۰/۰۵$)،

اضطراب اجتماعی ($P > 0/05$ و $F=2/13$)، و پرخاشگری ($P > 0/05$) و اثربخشی بازی درمانی کودک محور و آموزش مهارت‌های اجتماعی بر ناگویی هیجانی، اضطراب اجتماعی، و پرخاشگری دانش آموزان مبتلا به اختلال نافرمانی مقابله‌ای مقایسه است. نتایج آزمون تحلیل کوواریانس چندمتغیری به منظور مقایسه اثربخشی دو مداخله، در جدول ۴ گزارش شده است.

جدول ۴: نتایج آزمون تحلیل کوواریانس به منظور مقایسه اثربخشی مداخله‌ها بر ناگویی هیجانی، اضطراب اجتماعی، و پرخاشگری

متغیر	منبع تغییرات	مجموع مجدورات	درجه آزادی	میانگین مجدورات	آماره F	معناداری	اندازه اثر
ناگویی هیجانی	گروه	۶۶۶۰/۵۷	۲	۳۳۳۰/۲۸	۱۴۹/۴۲	۰/۰۰۱	۰/۸۷
	پیش آزمون	۱۳/۴۱	۱	۱۳/۴۱	۰/۶۰	۰/۴۴	۰/۰۱
	خطا	۹۱۳/۷۸۶	۴۱	۲۲/۲۸			
اضطراب اجتماعی	کل	۹۹۷۸۷/۰۰۰	۴۵				
	گروه	۱۴۹/۹۷۹	۲	۷۴/۹۸	۵۳/۵۳	۰/۰۰۱	۰/۷۲
	پیش آزمون	۱۴/۹۶	۱	۱۴/۹۶	۱۰/۶۸	۰/۰۰۲	۰/۲۰
پرخاشگری	خطا	۵۷/۴۳	۴۱	۱/۴۰			
	کل	۹۹۷۸۷/۰۰۰	۴۵				
	گروه	۶۰۹۸/۸۴	۲	۳۰/۴۹	۱۲۹/۹۷	۰/۰۰۱	۰/۸۶
	پیش آزمون	۱۷۴/۸۷	۱	۱۷۴/۸۷	۷/۴۵	۰/۰۰۹	۰/۱۵
	خطا	۹۶۱/۹۲	۴۱	۲۳/۴۶			
	کل	۲۰۱۵۱۵/۰۰۰	۴۵				

همان‌طور که در جدول فوق مشاهده می‌شود پس از حذف تأثیر پیش‌آزمون، تفاوت بین گروه‌های آزمایشی معنادار است ($p > 0/05$)؛ یعنی بین دو روش بازی‌درمانی کودک محور و آموزش مهارت‌های اجتماعی در هر سه متغیر تفاوت معناداری وجود دارد. بدین صورت که در متغیر ناگویی هیجانی ($F=149/42$ و $P < 0/05$)، در متغیر اضطراب اجتماعی ($F=53/53$ و $P < 0/05$) و در متغیر پرخاشگری ($F=6098/84$ و $P < 0/001$) تفکیک گروه آزمایش و گواه در جدول ۵ گزارش شده است.

با توجه جدول ۳ در دو متغیر ناگویی هیجانی ($F=129/97$) ($32/93$) و در متغیر پرخاشگری ($F=40/66$) ($40/66$)، اضطراب اجتماعی ($8/73$) ($12/46$)، و در متغیر پرخاشگری ($48/06$) ($67/06$) روش بازی‌درمانی کودک محور میانگین پایین‌تری در پس‌آزمون نسبت به روش آموزش مهارت‌های اجتماعی دارد و اثربخشی بیشتری دارد. در ادامه نتایج آزمون تعقیبی بنفرونی متغیرهای وابسته به تفکیک گروه آزمایش و گواه در جدول ۵ گزارش شده است.

جدول ۵: نتایج آزمون تعقیبی بنفرونی متغیرهای ناگویی هیجانی، اضطراب اجتماعی، و پرخاشگری به تفکیک گروه‌ها

متغیر	مقایسه گروه	تفاوت میانگین‌ها	خطای استاندارد	معناداری
ناگویی هیجانی	آزمایش (۱) - آزمایش (۲)	-۷/۸۳	۱/۷۲۹	۰/۰۰۱
	آزمایش (۱) - گواه	-۲۹/۰۱	۱/۷۳۱	۰/۰۰۱
	آزمایش (۲) - گواه	-۲۱/۱۸	۱/۷۴۷	۰/۰۰۱
اضطراب اجتماعی	آزمایش (۱) - آزمایش (۲)	-۳/۴۹	۰/۴۳	۰/۰۰۱
	آزمایش (۱) - گواه	-۴/۵۵	۰/۴۶	۰/۰۰۱
	آزمایش (۲) - گواه	-۱/۰۶	۰/۴۴	۰/۰۰۱
پرخاشگری	آزمایش (۲) - آزمایش (۱)	-۱۸/۷۰	۱/۷۷	۰/۰۰۱
	آزمایش (۱) - گواه	-۳۰/۶۵	۱/۹۴	۰/۰۰۱
	آزمایش (۲) - گواه	-۱۱/۹۴	۱/۹۰	۰/۰۰۱

نتایج جدول فوق نشان می‌دهد که تفاوت میانگین بین گروه‌های آزمایشی با یکدیگر و گروه‌های آزمایشی با گروه گواه در هر سه متغیر پژوهش معنادار است. به طوری که در متغیر ناگویی هیجانی تفاوت میانگین‌های گروه بازی درمانی کودک محور با گروه آموزش مهارت‌های اجتماعی و گروه گواه به ترتیب برابر با $7/83 - (P < 0/001)$ و $29/01 - (P < 0/001)$ ؛ تفاوت گروه آموزش مهارت‌های اجتماعی با گروه گواه $21/18 - (P < 0/001)$ بود. در متغیر اضطراب اجتماعی تفاوت میانگین‌های گروه بازی درمانی کودک محور با گروه آموزش مهارت‌های اجتماعی و گروه گواه به ترتیب برابر با $3/49 - (P < 0/001)$ و $4/55 - (P < 0/001)$ و تفاوت گروه آموزش مهارت‌های اجتماعی با گروه گواه $1/06 - (P < 0/001)$ بود. در متغیر پرخاشگری تفاوت میانگین‌های گروه بازی درمانی کودک محور با گروه آموزش مهارت‌های اجتماعی و گروه گواه به ترتیب برابر با $18/70 - (P < 0/001)$ و $30/65 - (P < 0/001)$ ؛ تفاوت گروه آموزش مهارت‌های اجتماعی با گروه گواه $11/94 - (P < 0/001)$ بود. بدین ترتیب می‌توان گفت که مداخله بازی درمانی کودک محور نسبت به مداخله آموزش مهارت‌های اجتماعی و مداخله بازی درمانی کودک محور و مداخله آموزش مهارت‌های اجتماعی نسبت به گروه گواه در کاهش نمرات متغیرهای ناگویی هیجانی، اضطراب اجتماعی، و پرخاشگری اثربخشی بیشتری نشان داد.

بحث و نتیجه گیری

پژوهش حاضر با هدف مقایسه اثربخشی بازی درمانی کودک محور و آموزش مهارت‌های اجتماعی بر ناگویی هیجانی، اضطراب اجتماعی، و پرخاشگری در دانش‌آموزان پسر مبتلا به اختلال نافرمانی مقابله‌ای انجام شد. نتایج نشان داد بازی درمانی کودک محور نسبت به آموزش مهارت‌های اجتماعی در کاهش ناگویی هیجانی دانش‌آموزان پسر مبتلا به اختلال نافرمانی مقابله‌ای مؤثرتر است. در هیچ یک از پژوهش‌های قبلی شواهدی منطبق با یافته فوق به دست نیامد اما این یافته به طور غیرمستقیم با برخی از پژوهش‌های پیشین (۲۶، ۲۷) همسو است. در تبیین اثربخشی بازی درمانی گروهی بر ناگویی هیجانی، می‌توان بیان کرد که آموزش هر یک از مهارت‌های مدیریت هیجان به وسیله بازی از جمله مهارت شناسایی جلوه‌های هیجانی صورت، تن صدا، ژست بدن، آگاهی از احساسات

مثبت و منفی خود، مدیریت تنیدگی و علائم خشم، و فکر کردن قبل از انجام عمل، همه باعث رشد خود آگاهی هیجانی و مدیریت هیجانات خود در موقعیت‌های مختلف می‌شود که باعث تفاوت بین مهارت هیجانی گروه آزمایش در مقایسه با گروه گواه شد. در پژوهشی (۲۲) مشخص شد بازی مناسب‌ترین روش برای آموزش مهارت‌های جدید به کودک است و تمام فنون تغییر رفتار از جمله ایفای نقش را شامل می‌شود که می‌توان اغلب مهارت‌های جدید مانند شناسایی و توصیف هیجانات را از این طریق آموزش داد. از سوی دیگر در جلسات بازی درمانی کودک محور، درمانگر رابطه گرم و دوستانه‌ای با کودک برقرار می‌کند تا ارتباط هرچه سریع‌تر و مناسب انجام گیرد. درمانگر کودک را آن گونه که هست می‌پذیرد، درمانگر احساسات ابراز شده کودک را شناسایی نموده و آن را به خود منعکس می‌سازد به گونه‌ای که کودک به شناختی نسبت به هیجاناتش دست یابد. این گونه روابط به کودک نشان می‌دهد که درمانگر نیازها و هیجانات او را درک می‌کند و با بازخورد دادن این هیجانات به کودک در شناسایی و توصیف هیجاناتش کمک می‌کند و این تغییرات در روابط درمانگر و کودک موجب کاهش مشکلات هیجانی، از جمله ناگویی هیجانی کودکان می‌شود.

دیگر نتایج این مطالعه نشان داد در متغیر اضطراب اجتماعی، بازی درمانی کودک محور نسبت به آموزش مهارت‌های اجتماعی در دانش‌آموزان پسر مبتلا به اختلال نافرمانی مقابله‌ای مؤثرتر است. در هیچ یک از پژوهش‌های قبلی شواهدی منطبق با یافته فوق به دست نیامد؛ اما این یافته به طور غیرمستقیم با بعضی از پژوهش‌ها (۲۸، ۲۱) همسو است. در تبیین این یافته‌ها می‌توان گفت، ماهیت غیرمستقیم و غیردستوری بازی درمانی امکان ابراز هیجانات را برای کودکانی که به طور طبیعی از تعامل اجتماعی دچار اضطراب می‌شوند، فراهم می‌سازد. در این روش، کودکانی که توانایی کافی برای بیان افکار، تجربیات، و احساسات خود از طریق زبان انتزاعی ندارند، می‌توانند اشیاء و وسایل ملموس، مانند انواع اسباب بازی‌ها و فعالیت‌های بازی محور ارائه شده در بازی درمانی، تجربیات ناخوشایند و دشوار خود را به روشی مناسب و بی‌خطر از نظر عاطفی ابراز کنند. این فرآیند باعث کاهش فشار روانی کودک شده و به او امکان می‌دهد در موقعیت‌های اجتماعی عملکرد مؤثرتری داشته باشد. همچنین رابطه‌ی درمانی پذیرنده و ایمن که در بازی درمانی شکل می‌گیرد، به

تقویت احساس امنیت روانی، خودپذیری، و کاهش خودآگاهی منفی منجر می‌شود که از عوامل اساسی در اضطراب اجتماعی هستند. در مقابل، آموزش مهارت‌های اجتماعی ساختارمند بوده و نیازمند مشارکت فعال، تعامل کلامی، و اجرای نقش در موقعیت‌های شبه‌واقعی است. این ساختار ممکن است برای کودکانی که دچار اضطراب اجتماعی‌اند، در ابتدا تهدیدزا و محدودکننده باشد و نتواند به همان اندازه در کاهش اضطراب مؤثر واقع شود؛ بر این اساس، نزدیکی بیشتر بازی درمانی کودک محور به دنیای درونی و شیوه ابراز هیجانی کودک، موجب اثربخشی بیشتر آن در کاهش اضطراب اجتماعی در این مطالعه شده است.

بدین ترتیب بازی درمانی مداخله‌ای اثربخش برای طیف گسترده‌ای از مشکلات کودکان در هر سن و از هر جنسیت و در هر گونه محیطی است. بازی می‌تواند به عنوان مشاوره برای کودکان و درمان برای بزرگسالان عمل کند. در تبیین این یافته می‌توان گفت ماهیت غیرمستقیم، انعطاف‌پذیر و پذیرنده روی آورد بازی درمانی کودک محور، زمینه‌ای فراهم می‌کند که کودک بدون فشار عملکردی یا الزام به تعامل کلامی مستقیم، هیجانات، و نگرانی‌های مرتبط با ارزیابی منفی را ابراز و پردازش کند. از آنجا که اضطراب اجتماعی با ترس از قضاوت و خودآگاهی منفی همراه است، تجربه رابطه‌ای ایمن و غیرانتقادی در بستر بازی، به کاهش تنش هیجانی و اصلاح تدریجی باورهای ناکارآمد درباره خود و دیگران منجر می‌شود. در مقابل ساختار آموزشی و تکلیف محور آموزش مهارت‌های اجتماعی ممکن است برای این کودکان در مراحل اولیه تهدیدزا باشد و مانع کاهش مؤثر اضطراب شود؛ بنابراین می‌توان گفت اثربخشی بیشتر بازی درمانی کودک محور در این مطالعه، ناشی از هم‌راستایی بیشتر این روی آورد با نیازهای هیجانی، سبک پردازش عاطفی، و ویژگی‌های شخصیتی کودکان مبتلا به اختلال نافرمانی مقابله‌ای بوده است؛ به‌ویژه در زمینه‌ای مانند اضطراب اجتماعی که مستقیماً با کیفیت تجربه‌های هیجانی و ادراک فرد از تعاملات بین فردی مرتبط است. آخرین یافته پژوهش حاضر نشان داد که بازی درمانی کودک محور نسبت به آموزش مهارت‌های اجتماعی در کاهش پرخاشگری دانش‌آموزان پسر مبتلا به اختلال نافرمانی مقابله‌ای مؤثرتر است. در هیچ‌یک از پژوهش‌های قبلی شواهدی منطبق با یافته فوق به دست نیامد؛ اما این یافته به‌طور غیرمستقیم با بعضی از پژوهش‌ها مانند پژوهش‌های پیشین (۲۶، ۲۳،

۲۲) همسو است. در تبیین این یافته می‌توان گفت بر اساس مدل‌های روان‌شناختی، مشکلات رفتاری برون‌نمود می‌تواند با تعارض‌های روانی و هیجانی کودک مرتبط باشد و ابزاری برای ابراز هیجانات و تنش‌های درونی او تلقی شود. این تعارض‌های روانی و هیجانی شامل افسردگی و اضطراب هستند که با دنیای درونی کودک تعامل دارند و می‌توانند به روش‌های مختلف در رفتارهای برون‌یافته او بازتاب یابند. همچنین، یک دسته دیگر از مشکلات رفتاری برون‌نمود نیز وجود دارند که شامل پرخاشگری و تکانشگری هستند و در ارتباط با تعارض‌های فرد با دیگران و انتظارات آن‌ها ظاهر می‌شوند. هدف بازی درمانی، فراهم کردن امکان برای کودکان است تا احساسات و مشکلات خود را به‌صورت فعال ابراز و نمایش دهند، روش‌های جدید را آزمایش کنند و با روابط، نه فقط از طریق کلمات، بلکه در عمل آشنا شوند. این نوع روان‌درمانی که بر دنیای درونی و تعارض‌های ناهشیار کودک، همچنین زندگی روزمره و روابط جاری او تمرکز دارد، ممکن است غیررهنمودی باشد، اما در عین حال می‌تواند در سطح رهنمودی‌تر یا تحلیلی‌تر و به‌صورت تعبیری نیز اجرا شود. همچنین بازی به کودک اجازه می‌دهد تا تجربیات، افکار، و احساساتی را که برای او تهدیدآمیز هستند را نشان دهد (۲۰). بازی درمانی علاوه بر ارائه فرصت ابراز احساسات، افکار، و تجربیات تهدیدآمیز به کودک می‌تواند در سطح تحلیلی‌تر و به‌صورت تعبیری نیز اجرا شود (۲۰). در پژوهش حاضر، استفاده از مداخله بازی درمانی کودک محور باعث شد که کودکان بتوانند هیجانات و مشکلات خود را به شیوه‌ای ایمن بیان کنند، که این موضوع با کاهش رفتارهای پرخاشگرانه، کاهش اضطراب اجتماعی، و افزایش مهارت‌های ارتباطی آنان همراه بود. این یافته‌ها نشان می‌دهد که مزایای بازی درمانی، علاوه بر بهبود تنظیم هیجانی، به ارتقای سازش‌یافتگی رفتاری کودکان در محیط‌های خانوادگی و مدرسه کمک می‌کند. طی جلسات بازی درمانی، ایجاد ارتباط مؤثر بین درمانگر و کودک موجب افزایش احساس امنیت در کودک و کاهش اضطراب او می‌شود؛ به همین دلیل وقتی کودک در طول جلسات بازی درمانی احساس امنیت کند، می‌تواند به کاهش اضطراب و کاهش رفتارهای پرخاشگرانه او پی برد؛ همان‌طور که یافته‌های پژوهش حاضر نیز نشان داد که کودکان در طول بازی درمانی کودک محور فرصت‌های بیشتری برای بیان خود داشته و پس از بازی درمانی چنین تأثیراتی را به

رفتارهای بیرونی تعمیم می‌دهد (۲۱) و در نتیجه به بهبود مشکلات رفتاری مانند پرخاشگری منجر می‌شود.

به طور کلی می‌توان نتیجه گرفت که بازی درمانی فضایی آرام و بدون اضطراب فراهم می‌کند که در آن کودک احساسات و مشکلات درونی خود را به نمایش می‌گذارد. درمانگر با دقت رفتار و گفتار کودک را مشاهده می‌کند و از طریق عملکرد او در بازی، به مشکلات و نیازهای پی می‌برد و پس از تفسیر و نتیجه‌گیری از عملکردهای کودک، راه‌حل‌هایی مناسب برای مشکلات او ارائه می‌دهد؛ بنابراین می‌توان گفت بازی درمانی کودک محور بر بهبود مشکلات رفتاری مانند پرخاشگری مؤثر است. از این رو به نظر می‌رسد که بازی درمانی می‌تواند به عنوان یک فن رفتاری در تنظیم هیجان‌های کودک در نظر گرفت. نتایج این پژوهش نشان می‌دهد که بازی درمانی می‌تواند بر ناگویی هیجانی، اضطراب اجتماعی، و کاهش پرخاشگری مؤثر باشد. به طور کلی استفاده از مداخله بازی درمانی، با توجه به کم‌هزینه و در دسترس بودن آن، قابلیت استفاده در موقعیت‌های زمانی و مکانی مختلف، جذابیت زیاد برای کودکان، علاقه‌مند کردن آنها به انجام تمرین‌ها و اثربخشی آن در گروه‌ها و موقعیت‌های مختلف به درمانگران و متخصصان حوزه سلامت روانی کودکان پیشنهاد می‌شود.

از آنجا که هیچ پژوهشی نمی‌تواند خالی از محدودیت باشد، پژوهش حاضر نیز با محدودیت‌هایی روبه‌رو بود؛ از جمله محدودیت‌های پژوهش حاضر می‌توان به روش نمونه‌گیری در دسترس و امکان سوگیری به خاطر ابزارهای خودگزارشی به کار رفته در پژوهش و کوتاه بودن بازه زمانی جمع‌آوری داده‌ها که ممکن است امکان بررسی اثرات بلندمدت مداخلات را محدود کند، اشاره نمود. همچنین به دلیل محدود بودن زمان اجرای جلسات مداخله و عدم همکاری کامل دانش‌آموزان در طول این دوره، مرحله پیگیری اجرا نشد که از دیگر محدودیت‌های این پژوهش به شمار می‌آید؛ بنابراین پیشنهاد می‌شود در پژوهش‌های آتی از روش نمونه‌گیری دقیق‌تر و از ابزارهایی مانند مصاحبه و مشاهده در جهت کاهش سوگیری استفاده شود. همچنین با اجرای مرحله پیگیری چندماهه ثبات نتایج در طول زمان و همچنین با کنترل متغیرهای مزاحم (وضعیت

اجتماعی - اقتصادی و ویژگی‌های شخصیتی دانش‌آموزان)، اثربخشی متغیرهای آزمایشی بر ناگویی هیجانی، اضطراب اجتماعی، و پرخاشگری کودکان مبتلا به اختلال نافرمانی مقابله‌ای مورد بررسی قرار گیرد. علاوه بر این با توجه به اثربخشی بازی درمانی کودک محور بر کاهش ناگویی هیجانی، اضطراب اجتماعی، و پرخاشگری در کودکان مبتلا به اختلال نافرمانی مقابله‌ای پیشنهاد می‌شود که اثربخشی این مداخله بر افسردگی، احساس تنهایی، کمرویی، و دیگر متغیرهای روان‌شناختی مورد بررسی قرار گیرد. همچنین یافته‌های این پژوهش می‌تواند اطلاعات مفیدی را برای مشاوران و درمانگران فراهم آورد که پیشنهاد می‌شود با به کارگیری روش بازی درمانی کودک محور و آموزش مهارت‌های اجتماعی، گام‌های مهمی در زمینه پیشگیری و درمان اختلالات روان‌شناختی کودکان بردارند.

ملاحظات اخلاقی

پیروی از اصول اخلاق پژوهش: این مقاله برگرفته از پایان‌نامه کارشناسی ارشد نویسنده دوم در رشته روان‌شناسی دانشگاه آزاد اسلامی واحد شاهرود است که در شورای تحصیلات تکمیلی دانشگاه آزاد اسلامی واحد شاهرود در تاریخ ۱۴۰۳/۱۰/۱۱ صادر شد و دارای کد اخلاق IR.IAU.SHAHROOD.REC.1403.032 است. همچنین ملاحظات اخلاقی مندرج در راهنمای انتشار انجمن روان‌شناسی آمریکا و کدهای اخلاقی سازمان نظام روانشناسی ایران مانند اصل رازداری، محرمانه ماندن اطلاعات، دریافت رضایت کتبی از افراد نمونه و... در این پژوهش رعایت شده است.

حامی مالی: این مطالعه بدون حمایت مالی هیچ مؤسسه‌ای و با هزینه نویسندگان مقاله انجام شده است.

نقش هر یک از نویسندگان: در پژوهش حاضر نویسنده یکم به عنوان استاد راهنما، نویسندگان دوم و سوم در نگارش و ایده پردازی پژوهش و تحلیل داده‌ها، و نویسنده چهارم به عنوان استاد مشاور و نظارت در انجام پژوهش نقش داشتند.

تضاد منافع: انجام این پژوهش برای نویسندگان هیچ گونه تعارض منافی را به دنبال نداشته است و نتایج آن کاملاً شفاف و بدون سوگیری گزارش شده است.

در دسترس بودن داده‌ها: تمامی داده‌های این مطالعه در اختیار نویسنده مسئول است و در زمان داوری دست‌نوشته به نشریه تحویل داده شد. همچنین در صورت درخواست منطقی پژوهشگری خاص، در اختیار او قرار خواهد گرفت.

رضایت برای انتشار: نویسندگان برای انتشار این مقاله رضایت کامل خود را اعلام کردند.

تشکر و قدردانی: از شرکت‌کنندگان محترم و همه کسانی که در اجرای پژوهش به ما یاری رسانند نهایت تشکر و قدردانی را داریم.

References

- Gomez R, Stavropoulos V, Gomez A, Brown T, Watson S. Network analyses of oppositional defiant disorder (ODD) symptoms in children. *Bmc Psychiatry*. 2022; 22(1): 263. [\[Link\]](#)
- Harm M, Hope M, Household A. American psychiatric association, 2013, diagnostic and statistical manual of mental disorders, 5th edn, Washington, DC: American psychiatric association anderson, J, Sapey, B, Spandler, H (eds), 2012, Distress or disability?, Lancaster: Centre for disability research, www.lancaster.ac.uk. Arya, 347, 64. [\[Link\]](#)
- Zhang W, Qiao L, Wang M, Liu Z, Chi P, Lin X. Bidirectional relation of self-regulation with oppositional defiant disorder symptom networks and moderating role of gender. *Development and Psychopathology*. 2024;1–12. [\[Link\]](#)
- Lin YC, Lee WY. Correlation Analyses Between Childhood Behavioral Disturbance and Maternal Alexithymia: An Observational Study. *Neuropsychiatric Disease and Treatment*. 2023; 19: 1665–1674. [\[Link\]](#)
- Bendiksen B, Aase H, Diep LM, Svensson E, Friis S, Zeiner P. The Associations Between Pre- and Postnatal Maternal Symptoms of Distress and Preschooler's Symptoms of ADHD, Oppositional Defiant Disorder, Conduct Disorder, and Anxiety. *J of Attention Disorders*. 2020; 24(7): 1057-1069. [\[Link\]](#)
- Mphahlele RM, Pillay BJ, Meyer A. Symptoms of oppositional defiant disorder, conduct disorder and anger in children with ADHD. *South African Journal of Education*. 2023; 43(1): 1-14. [\[Link\]](#)
- Bagheri Sheykhangafshe F, Abbaspour A, Savabi Niri V, Bikas Yekani M, Keramati S. The effectiveness of mindfulness-based cognitive therapy (MBCT) on alexithymia, pain intensity, and emotional regulation in children with irritable bowel syndrome. *J Child Ment Health* 2024; 11(2): 100-120. [\[Link\]](#)
- Aaron RV, Preece DA, Heathcote LC, Wegener ST, Campbell CM, Mun CJ. Assessing alexithymia in chronic pain: psychometric properties of the Toronto Alexithymia Scale-20 and Perth Alexithymia Questionnaire. *Pain Reports*, 2025; 10(1). [\[Link\]](#)
- Dawkins JC, Hasking PA, Boyes ME. Thoughts and beliefs about nonsuicidal self-injury: An application of social cognitive theory. *J of American college health*. 2021; 69(4): 428-434. [\[Link\]](#)
- Preece DA, Mehta A, Petrova K, Sikka P, Bjureberg J, Becerra R, Gross JJ. Alexithymia and emotion regulation. *J of affective disorders*. 2023; 324, 232-238. [\[Link\]](#)
- Goerlich KS, Votinov M. Hormonal abnormalities in alexithymia. *Frontiers in Psychiatry*. 2023; 13, 1070066. [\[Link\]](#)
- Noda S, Nishiuchi M, Andreoli G, Hofmann SG. Examining the Psychometric Network Structure of Social Anxiety: A Scoping Review. *Clinical Psychology & Psychotherapy*. 2025; 32(1): e70032. [\[Link\]](#)
- Basting EJ, Stuart GL. Incorporating distress tolerance into exposure-based cognitive behavioral therapy for social anxiety disorder: A case study. *Clinical Case Studies*. 2025; 15346501251317492. [\[Link\]](#)
- Brænden A, Coldevin M, Zeiner P, Stubberud J, Melinder A. Executive function in children with disruptive mood dysregulation disorder compared to attention-deficit/hyperactivity disorder and oppositional defiant disorder, and in children with different irritability levels. *European child & adolescent psychiatry*, 2024; 33(1): 115-125. [\[Link\]](#)
- Solberg ME, Alsaker FD, Opsahl J, Eidsor M, Kvestad I. Prevalence of Aggressive Acts Among 1- to 5-Year-Olds in Norwegian Early Childhood Education and Care. *Int Journal of Bullying Prevention*. 2025; 1-17. [\[Link\]](#)
- Vecchio GM., Zava F, Cattellino E, Zuffianò A, Pallini S. Children's prosocial and aggressive behaviors: The role of emotion regulation and sympathy. *Journal of Applied Developmental Psychology*. 2023; 89:101598. [\[Link\]](#)
- Nazari AM, Sarmadi S, Ghazanfari MJ, Gholami M, Emami Zeydi A, Zare-Kaseb A. The effectiveness of play therapy on depression and anxiety in hospitalized children with cancer: a systematic review. *Supportive Care in Cancer*. 2025; 33(2): 1-15. [\[Link\]](#)
- Takizawa Y, Bambling M, Matsumoto Y, Ishimoto Y, Edirippulige S. Effectiveness of universal school-based social-emotional learning programs in promoting social-emotional skills, attitudes towards self and others, positive social behaviors, and improving emotional and conduct problems among Japanese children: a meta-analytic review. *Front. Educ*. 2023; 8:1228269. [\[Link\]](#)
- Ghisary Z, Rezaee rezvan S, Arab R. Comparing the Effectiveness of Puppet Play Therapy and Cognitive-behavioral Play Therapy on Social adaptation, Communication Skills and Aggression of Children with Attention Deficit/Hyperactivity Disorder. *JOEC*. 2025; 24(4): 101-118. [\[Link\]](#)
- Nazri EN, Ahmad N, Ahmad NK, Bakar AY A. The Role of Group Play Therapy in Improving Adolescents' Social Interaction. *Creative Education*. 2022; 13(10): 3364-3373. [\[Link\]](#)
- Rezaee Rezvan S, Rezaee Rezvan M, Asad zadeh SN, Torabi SS, Taheri Soodejani M, Ghasemzadeh-moghaddam H, Firouzeh N. The efficacy of cognitive-behavioural play therapy and puppet play therapy on bilingual children's expressive, receptive language disorders. *Early Child Development and Care*. 2024; 194(2): 296–307. [\[Link\]](#)
- Landreth GL, Ray DC, Bratton SC. Play therapy in elementary schools. *Psychology in the Schools*. 2009; 46(3): 281-289. [\[Link\]](#)
- Zolrahim R, Azmoudeh M. The Effect of Cognitive-Behavioral Play Therapy on Social Anxiety and Aggressive Behaviors in Primary School Children. *J Child Ment Health*. 2020; 6(4): 231-240. [\[Link\]](#)

24. Saneie E, Raeisoon M. Role of Social Skills in Predicting the Students' Sense of Coherence and Quality of School Life. *J Child Ment Health*. 2020; 7(2): 96-107. [\[Link\]](#)
25. Beelmann A, Lösel F. A Comprehensive Meta-Analysis of Randomized Evaluations of the Effect of Child Social Skills Training on Antisocial Development. *J Dev Life Course Criminology*. 2021; 7, 41–65. [\[Link\]](#)
26. Ashori M, Shamsi A. The effect of Adlerian play therapy on the alexithymia and social isolation of deaf students. *International Journal of Play Therapy*. 2023; 32(1): 10–21. [\[Link\]](#)
27. Ramdaniati S, Lismidiati W, Haryanti F, Sitaresmi MN. The effectiveness of play therapy in children with leukemia: A systematic review. *Journal of Pediatric Nursing*. 2023; 73, 7-21. [\[Link\]](#)
28. Egbe CI, Ugwuanyi LT, Ede MO, Agbigwe IB, Onuorah AR, Okon OE, Ugwu JC. Cognitive behavioural play therapy for social anxiety disorders (SADS) in children with speech impairments. *Journal of Rational-Emotive & Cognitive-Behavior Therapy*. 2023; 41(1): 24-44. [\[Link\]](#)
29. Klein AM, Liber JM, van Lang ND, Reichart C, Nauta M, van Widenfelt BM, Utens EM. The role of social skills in predicting treatment-recovery in children with a social anxiety disorder. *Research on child and adolescent psychopathology*. 2021; 49(11): 1461-1472. [\[Link\]](#)
30. Cohen AR, Stotland E, Wolfe DM. An experimental investigation of need for cognition. *The Journal of Abnormal and Social Psychology*. 1955 Sep;51(2):291. [\[Link\]](#)
31. Gadow, K.D. and Sprafkin, J., 1997. Child symptom inventory 4: CSI. Stony Brook, NY: Checkmate Plus. [\[Link\]](#)
32. Mohamadesmaiel E, Alipour A. A Preliminary Study on the Reliability, Validity and Cut Off Points of the Disorders of Children Symptom Inventory-4 (CSI-4). *JOEC* 2002; 2 (3) :239-254. [Persian] [\[Link\]](#)
33. Nelson WM, Finch AJ. Children's inventory of anger. Los Angeles: CA, Western Psychological Services; 2000. [\[Link\]](#)
34. Abdollahi baqrabadi G. effectiveness of sandplay therapy on reducing the symptoms of oppositional defiant disorder. *Rooyesh-e- Ravanshenasi Journal*. 2018; 7(8): 1-16. [Persian][\[Link\]](#)
35. Spence SH. Spence children's anxiety scale. *Journal of Anxiety Disorders*. 1997. [\[Link\]](#)
36. Mousavi R, Moradi A, Mahdavi Hersini SE. The effectiveness of structural family therapy on treating children's separation anxiety disorder. *Psychological studies*. 2007; 3(2): 7-28. [Persian] [\[Link\]](#)
37. Bagby RM, Parker JD, Taylor GJ. The twenty-item Toronto Alexithymia Scale—I. Item selection and cross-validation of the factor structure. *Journal of psychosomatic research*. 1994; 38(1): 23-32. [\[Link\]](#)
38. Besharat M. Toronto Alexithymia Scale: Questionnaire, Instruction and Scoring (Persian Version). *Journal of Developmental Psychology Iranian Psychologists*. 2013; 10(37): 90-92. [Persian] [\[Link\]](#)
39. Bratton SC, Ray DC, Edwards NA, Landreth G. Child-Centered Play Therapy (CCPT): Theory, Research, and Practice/Kindzentrierte Spieltherapie (CCPT): Theorie, Forschung, Praxis/Terapia de Juego Centrada en el Niño (TJCN): Teoría, Investigación y Práctica/La Thérapie par le Jeu Centrée sur l'Enfant: Théorie, Recherche et Pratique/Ludoterapia Centrada na Criança (LTCC): Teoria, Investigação e Prática. *Person-Centered & Experiential Psychotherapies*. 2009; 8(4): 266-281. [\[Link\]](#)
40. Cartledge G, Milburn JF. Teaching social skills to children and youth: Innovative approaches. Allyn and Bacon Publications. 1995. [\[Link\]](#)