

## اثربخشی بازی‌درمانی والد - کودک بر پرخاشگری، اضطراب، و ترس اجتماعی کودکان دچار اختلال نافرمانی مقابله‌ای\*

نعیمه یوسفی شهیر<sup>۱</sup>

معصومه آزموده<sup>۲</sup>

شهرام واحدی<sup>۳</sup>

شعله لیورجانی<sup>۴</sup>

### چکیده

هدف پژوهش حاضر اثربخشی بازی‌درمانی والد - کودک بر پرخاشگری، اضطراب و ترس اجتماعی کودکان دارای اختلال نافرمانی مقابله‌ای بود. طرح پژوهش آزمایشی از نوع پیش‌آزمون - پس‌آزمون با گروه کنترل بود. جامعه آماری پژوهش را تمام دانش‌آموزان دختر با اختلال نافرمانی مقابله‌ای تشکیل دادند که در سال تحصیلی ۱۳۹۸-۱۳۹۹ در مدارس مقطع ابتدایی شهر تبریز مشغول به تحصیل بودند. تمام دانش‌آموزان مشغول به تحصیل به صورت نمونه‌گیری خوشه‌ای تصادفی دو مرحله‌ای انتخاب شده و مقیاس درجه‌بندی اختلال نافرمانی مقابله‌ای توسط معلمان این مدارس روی تمامی دانش‌آموزان اجرا شد. پس از نمره‌گذاری پرسش‌نامه‌ها و غربال‌گری، تعداد ۴۰ دانش‌آموز انتخاب شدند و به صورت جایگزینی تصادفی در دو گروه ۲۰ نفری قرار گرفتند. برای جمع‌آوری داده‌ها از پرسش‌نامه‌های پرخاشگری

\* این مقاله برگرفته از رساله دکتری نویسنده اول است.

۱. دانشجوی دکتری روان‌شناسی عمومی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد تبریز، تبریز، ایران.

۲. استادیار گروه روان‌شناسی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد تبریز، تبریز، ایران  
(mas1.azmodeh@gmail.com) (نویسنده مسئول).

۳. استاد روان‌شناسی تربیتی، دانشگاه تبریز، تبریز، ایران.

۴. استادیار گروه روان‌شناسی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد تبریز، تبریز، ایران.

تاریخ دریافت: ۱۳۹۹/۴/۱۹ تاریخ پذیرش: ۱۳۹۹/۶/۲۵

شهیم، اضطراب اسپنس و همکاران و ترس اجتماعی ماسیا و همکاران استفاده شد. تجزیه و تحلیل داده‌ها با روش آماری تحلیل کواریانس انجام گرفت. نتایج پژوهش نشان داد که بازی درمانی والد - کودک بر پرخاشگری، اضطراب و ترس اجتماعی دانش‌آموزان تأثیر دارد و باعث کاهش پرخاشگری، اضطراب و ترس اجتماعی در آن‌ها می‌شود. بنابراین توجه به بازی درمانی والد - کودک نقش مهمی در بهبود مشکلات روان‌شناختی کودکان دارد. کلیدواژه‌ها: پرخاشگری، اضطراب، ترس اجتماعی، بازی درمانی والد - کودک.

### **The effectiveness of parent-child play therapy on aggression, anxiety and social fear in children with oppositional defiant disorder<sup>1</sup>**

Naimeh Yosefishahir<sup>2</sup>

Masomeh Azmodeh<sup>3</sup>

Shahram Vahedi<sup>4</sup>

Sholeh Livarjani<sup>5</sup>

#### **Abstract**

The aim of this study was to evaluate the effectiveness of parent-child play therapy on aggression, anxiety and social fear of children with oppositional defiant disorder (ODD). The design of the experimental study was pretest-posttest with control group. The statistical population of the study included all the female students with ODD who were studying in Tabriz elementary schools in the academic year of 2009-2010. All the students studying in the schools were selected in a two-stage randomized cluster sampling and the scale of ODD grading was applied by the teachers of these schools on all the students. After scoring the questionnaires and screening, 40 students were selected and randomly assigned to two groups of 20 students. Shahim Aggression Questionnaire, Anxiety Questionnaire (Spence et al.), and Social Fear Questionnaire (Masia et al.) were used to collect data. Data analysis was performed by covariance statistical analysis. The results of the study showed that parent-child play therapy has an effect on students' aggression, anxiety and social fear and reduces their aggression, anxiety and social fear. Therefore, paying attention to parent-child play therapy plays an important role in improving children's psychological problems.

Keywords: aggression, anxiety, social fear, parent-child therapy.

1. This article is based on the first author's PhD dissertation.
2. PhD Student in General Psychology, Islamic Azad University, Tabriz Branch (mas\_azemod@yahoo.com) (Corresponding Author).
3. Assistant Professor, Department of Psychology, Islamic Azad University, Tabriz Branch.
4. Professor, Department of Educational Psychology, University of Tabriz.
5. Assistant Professor, Department of Psychology, Islamic Azad University, Tabriz Branch.

## مقدمه

یکی از مهم ترین اختلال های رفتاری در کودکان، اختلال نافرمانی مقابله ای<sup>۱</sup> است. اختلالی کم تر شناخته شده که جزو اختلال های برون نمود<sup>۲</sup> شمرده می شود (ماتیز و لاکمن<sup>۳</sup>، ۲۰۱۰). اختلال نافرمانی مقابله ای هنگامی تشخیص داده می شود که ملاک های مربوط به اختلال سلوک در مورد آن مصداق نداشته باشد. شدت و مدت اختلال سلوک بیشتر از اختلال نافرمانی مقابله ای است (انجمن روان پزشکی امریکا<sup>۴</sup>، ۲۰۱۳). بر اساس برآوردهایی که درباره شیوع اختلال نافرمانی مقابله ای صورت گرفته، این اختلال در دامنه شیوع ۱ تا ۱۱ درصد با میانگین ۳/۳ درصد تخمین زده می شود (قدرتی میرکوهی و همکاران، ۱۳۹۴). همچنین سهرابی و همکاران (۱۳۹۳) نشان دادند که اختلال نافرمانی مقابله ای از شایع ترین اختلالات روانی است که با شیوع ۲ تا ۱۶ درصد در کودکان و در مرحله قبل از نوجوانی بروز می کند. این اختلال با عواملی چون از کوره در رفتن، مشاجره با بزرگسالان، سرپیچی فعالانه از مقررات و درخواست های بزرگسالان و یا عدم همکاری با آنها، زودرنجی و زود ناراحت شدن از دست دیگران، کینه توزی و انتقام جویی خود را نشان می دهد (کرینگ<sup>۵</sup> و همکاران، ۲۰۱۴).

پاره ای از پژوهش ها نشان داده اند که فراوان ترین نوع نگرانی در کودکان دارای اختلال نافرمانی مقابله ای، ترس اجتماعی<sup>۶</sup> است که شامل ترس و اضطراب از ارزیابی قبلی و قضاوت منفی توسط دیگران است که به احساسات شرم، حقارت و افسردگی و عدم کفایت منجر می شود (بهادری خسروشاهی و هاشمی نصرت آبادی، ۱۳۹۱)، به طوری که ترس اجتماعی شامل نگرانی در مورد پذیرش یا رد توسط هم کلاسی ها، نگرانی در مورد حمایت و وفاداری دوستان و نگرانی از تمسخر دوستان و یا هول شدن در حضور آنها، شیوع بیشتری دارد (نادری نویندگانی و مؤمنی جاوید، ۱۳۹۴). به طوری که کودکان دارای اختلال نافرمانی مقابله ای، احتمال وقوع رویدادهای منفی را بالاتر برآورد می کنند و همواره از این نگران هستند که مورد ارزیابی منفی قرار بگیرند، بنابراین میزان ترس اجتماعی در این کودکان افزایش می یابد (ویکر<sup>۷</sup> و همکاران، ۲۰۰۸).

1. oppositional defiant disorder
2. externalizing
3. Matthys & Lochman
4. American Psychiatrist Association
5. Kring
6. social phobia
7. Weeks

علاوه بر ترس اجتماعی، مبتلایان به اختلال نافرمانی مقابله‌ای، دارای ریسک بالایی برای دچار شدن به پیامدهای منفی همچون بزهکاری، افسردگی و اضطراب و دیگر مشکلات روانی هستند (اسکرول<sup>۱</sup> و همکاران، ۲۰۱۵). اضطراب عبارت است از یک احساس منتشر، ناخوشایند و مبهم هراس و نگرانی با منشأ ناشناخته که به فرد دست می‌دهد و شامل عدم اطمینان، درماندگی و برانگیختگی فیزیولوژیکی است. وقوع مجدد موقعیت‌هایی که قبلاً استرس‌زا بوده‌اند یا طی آن‌ها به فرد آسیب رسیده است، سبب اضطراب در افراد می‌شود (عزیزی و براتی، ۱۳۹۳). همچنین طبق DSM-5 اختلالات اضطرابی با اینکه در جوامع انسانی به شکل کلی و عام شناخته شده است، در هر بافت فرهنگی، علائم و شیوع ویژه خود را نشان می‌دهد (زرانی و همکاران، ۱۳۹۶).

به طوری که مارتین<sup>۲</sup> و همکاران (۲۰۱۴) در پژوهشی با عنوان هم‌آیندی بین اختلال نافرمانی مقابله‌ای و اختلال اضطراب نشان دادند که اختلال نافرمانی مقابله‌ای در سه‌سالگی می‌تواند اختلالات اضطرابی را در سن پنج‌سالگی پیش‌بینی کند. همچنین لوبر<sup>۳</sup> همکاران (۲۰۰۹) در مطالعه خود نشان دادند که کودکان دارای اختلال نافرمانی مقابله‌ای، دارای عزت نفس پایین، تحمل کم در برابر ناکامی و خلق افسرده هستند و اضطراب و رفتارهای ضداجتماعی بیشتری دارند.

از سویی کودکان دارای اختلال نافرمانی مقابله‌ای، آغازگر رفتار پرخاشگرانه هستند و واکنش آن‌ها نسبت به دیگران خشونت‌آمیز است. در اختلال نافرمانی مقابله‌ای رفتارهای تضادورزانه، از کوره در رفتن، زودرنجی، رعایت نکردن دستورات و مقررات و رفتارهای قانون‌شکنانه در مقایسه با کودکان هم‌سن بسیار بیشتر است، اما الگوهای رفتاری پرخاشگرانه شدید و نقض جدی قوانین و مقررات اجتماعی دیده نمی‌شود (لین<sup>۴</sup> و همکاران، ۲۰۱۶). در همین خصوص پژوهشگران مختلف بیان می‌کنند که کودکان دارای اختلال نافرمانی مقابله‌ای به صورت معناداری سطوح بالایی از رفتارهای برون‌نمود، همچون پرخاشگری را از خود نشان می‌دهند (کلدزیک<sup>۵</sup> و همکاران، ۲۰۱۲).

با توجه به پیامدهای اختلال نافرمانی مقابله‌ای، روان‌شناسان پژوهش‌هایی را صورت داده‌اند که بر اساس آن، اثربخشی روش‌های متعدد درمانی را بر اختلال نافرمانی مقابله‌ای

---

1. Schoorl  
2. Martín  
3. Loeber  
4. Lin  
5. Kledzik

نشان داده‌اند. یکی از این روش‌ها بازی درمانی است. بازی درمانی والد - کودک به منزله یک روش درمانی، نقش مهمی در کاهش مشکلات رفتاری کودکان دارای اختلال نافرمانی مقابله‌ای دارد، به طوری که یکی از روش‌های درمان روان‌شناختی کودک که می‌توان والد را نیز وارد آن فعالیت کرد، بازی درمانی است که فعالیتی لذت‌بخش برای کودک است و وارد کردن والد او در این فرایند می‌تواند نتایج درمانی بهتری را به بار آورد (براتون<sup>۱</sup> و همکاران، ۲۰۰۵). با توجه به نقش مهمی که بهبود رابطه والد و فرزند در کاهش مشکلات رفتاری کودک دارای اختلال نافرمانی مقابله‌ای، از جمله پر خاشگری و اضطراب ایفا می‌کند و به پشتوانه ارتباط قوی‌ای که والدین با فرزند خود دارند و درمانگر از آن بی‌بهره است، رویکرد نوینی در عرصه درمان با عنوان بازی درمانی والد - کودک به وجود آمده است (ری<sup>۲</sup> و همکاران، ۲۰۰۷). بازی درمانی والد - کودک مبتنی بر این فرض اساسی است که والدین از ارتباط عاطفی قوی با کودک برخوردارند، آنچه که درمانگران در واقع فاقد آن هستند، به احتمال زیاد این ارتباط طبیعی و ذاتی موجود بین والد و کودک کلید اثر بخشی بالا و نتایج پایای درمانی در روش آموزشی مبتنی بر رابطه والد - کودک است (لنדרت<sup>۳</sup>، ۲۰۰۶). در این راستا یاموتا<sup>۴</sup> و همکاران (۲۰۰۶) در پژوهش خود به این نتیجه دست یافتند که بازی درمانی والد - کودک می‌تواند سبب کاهش مشکلات رفتاری و هیجانی کودکان دارای اختلال نافرمانی شود و میزان ترس اجتماعی و اضطراب را در آن‌ها کاهش دهد. مک‌دی‌آرمید و باگنر<sup>۵</sup> (۲۰۱۵) تأکید می‌کنند که درمان والد - کودک باعث می‌شود والدین رفتارهای کودک را به شیوه مؤثرتری مدیریت کنند و از این طریق رفتارهای مطلوب کودک افزایش و رفتارهای نامطلوب کاهش می‌یابد. همچنین گاللاگر<sup>۶</sup> (۲۰۰۳) در مطالعه خود نشان داد که درمان والد - کودک باعث بهبود معنادار رفتارهای کودکان دارای اختلال نافرمانی می‌شود و میزان اختلالات رفتاری و اضطراب اجتماعی را در آن‌ها کاهش می‌دهد. کنل<sup>۷</sup> (۲۰۱۶) در پژوهشی به این نتیجه دست یافت که بازی درمانی بر مشکلات رفتاری از جمله پر خاشگری، رفتارهای بچه‌گانه، اضطراب و گوشه‌گیری کودکان تأثیر دارد و باعث کاهش مشکلات رفتاری در کودکان می‌شود.

1. Bratton
2. Ray
3. Yamamoto
4. Yamamoto
5. McDiarmid & Bagner
6. Gallagher
7. Kenll

همچنین هوشینا<sup>۱</sup> و همکاران (۲۰۱۷) در پژوهشی نشان دادند که بازی‌درمانی به کودک اجازه می‌دهد تا تجربیات، افکار، احساسات و تمایلاتی را که برای او تهدیدکننده است نشان دهد و میزان مشکلات رفتاری را در کودکان کاهش می‌دهد.

با توجه به اهمیت تأثیر منفی اختلال نافرمانی مقابله‌ای در زندگی اجتماعی، عاطفی و تحصیلی کودکان و از سویی دیگر در صورت بی‌توجهی و عدم به‌کارگیری درمان‌های مناسب برای کاهش این اختلال در کودکان که بروز اختلالات دیگری همچون افسردگی اساسی، اضطراب منتشر، اختلال انفجاری متناوب و اضطراب اجتماعی را در پی خواهد داشت، انجام مداخله‌های مناسب برای کودکان مبتلا به این اختلال ضرورت دارد. از سویی نقش مهم بازی‌درمانی والد - کودک در فرایند درمان و کاهش مشکلات پرخاشگری، اضطراب و ترس اجتماعی کودکان و به‌تناسب آن افزایش یادگیری، ضرورت ارزیابی جایگاه آن در این کودکان بیش از پیش پررنگ می‌شود. اثبات و کارآیی این الگوی بازی‌درمانی والد - کودک نیازمند مطالعات و پژوهش‌های بی‌شماری است که این مطالعه در همین راستا صورت گرفته است. از سویی مطالعه‌ای یافت نشد که به بررسی اثربخشی بازی‌درمانی والد - کودک بر متغیرهای پژوهش پردازد. بنابراین با مرور ادبیات ذکرشده به‌نظر می‌رسد که بازی‌درمانی بتواند مشکلات رفتاری کودکان دارای اختلال نافرمانی مقابله‌ای را در کودکان تحت تأثیر قرار دهد. با این حال پژوهش‌های بیشتری لازم است تا این الگوی نظری و کاربردی را مورد بررسی قرار دهد مبنی بر اینکه این درمان برای این کودکان مؤثر است و تحقیقات کم‌تری در زمینه اثربخشی این رویکرد درمانی بر اختلال نافرمانی مقابله‌ای انجام گرفته است. بر این اساس سؤال اساسی پژوهش حاضر این است که آیا بازی‌درمانی والد - کودک بر پرخاشگری، اضطراب و ترس اجتماعی کودکان دارای اختلال نافرمانی تأثیر دارد؟

### روش پژوهش

طرح پژوهش حاضر آزمایشی از نوع پیش‌آزمون - پس‌آزمون با گروه کنترل بود. جامعه آماری پژوهش را تمام دانش‌آموزان دختر با اختلال نافرمانی مقابله‌ای تشکیل دادند که در سال تحصیلی ۱۳۹۸-۱۳۹۹ در مدارس شهر تبریز مشغول به تحصیل بودند. تمام دانش‌آموزان مشغول به تحصیل در دوره ابتدایی به‌صورت نمونه‌گیری خوشه‌ای تصادفی

دوم مرحله‌ای انتخاب شدند؛ به این صورت که از بین مناطق شهر تبریز، تعداد دو ناحیه آموزشی به صورت تصادفی و از این دو ناحیه نیز از هر کدام تعداد ۵ مدرسه به صورت تصادفی انتخاب شد و مقیاس درجه بندی اختلال نافرمانی مقابله‌ای توسط معلمان این مدارس بر روی تمامی دانش آموزان اجرا شد. پس از نمره گذاری پرسش نامه‌ها و غربالگری و پس از تشخیص این کودکان، تعداد ۴۰ دانش آموز انتخاب شدند و به صورت جایگزینی تصادفی در دو گروه ۲۰ نفری قرار گرفتند که گروه آزمایش بازی درمانی والد - کودک و گروه دوم نیز کنترل بود و درمانی را دریافت نکرد.

برای جمع آوری داده‌ها از ابزارهای زیر استفاده شد:

۱. پرسش نامه پر خاشگری: این پرسش نامه توسط شهیم (۱۳۸۵) برای کودکان ساخته شده است و شامل ۲۱ گویه است که پر خاشگری را در کودکان می سنجد. این پرسش نامه توسط مادران تکمیل می شود و گویه‌ها نشان دهنده درجات متفاوتی از پر خاشگری است. برای نمره گذاری این پرسش نامه به گزینه به ندرت، نمره ۱، گزینه یک بار در ماه، نمره ۲، گزینه یک بار در هفته نمره ۳ و گزینه اغلب روزها نمره ۴ تعلق می گیرد. در پژوهش شهیم ضریب آلفای کرونباخ این پرسش نامه ۰/۹۱ به دست آمده و روایی آن تأیید شده است. همچنین در پژوهش حاضر نیز ضریب پایایی پرسش نامه به روش آلفای کرونباخ ۰/۸۸ به دست آمد.

۲. مقیاس اضطراب: این مقیاس توسط اسپنس<sup>۱</sup> و همکاران (۲۰۰۱) ساخته شده است که شامل ۲۸ ماده است و از والدین خواسته می شود فراوانی رفتار کودک را بر مبنای یک مقیاس ۵ درجه‌ای لیکرت درجه بندی کنند. نمره کلی اضطراب حاصل جمع نمره‌هایی است که فرد در این مقیاس به دست می آورد. افزون بر آن، پرسشی باز پاسخ در مورد تجربه کودک از وقایع آسیب‌زا وجود دارد که نمره گذاری نمی شود، اما در صورت تجربه چنین حادثه‌ای، از کودک ۵ ماده دیگر که نشانه‌های اختلال تنیدگی پس ضربه‌ای را مشخص می کنند، پرسیده می شود. نمره این ۵ ماده در نمره کلی محاسبه نمی شود و صرفاً برای توجه بالینی به این اختلال برآورد می شود. اسپنس و همکاران (۲۰۰۱) ضریب پایایی این ابزار را به روش آلفای کرونباخ ۰/۸۹ گزارش کردند. همچنین در پژوهش حاضر نیز ضریب پایایی پرسش نامه به روش آلفای کرونباخ ۰/۹۰ به دست آمد.

1. Spence

۳. پرسش‌نامه ترس اجتماعی: این پرسش‌نامه توسط ماسیا - وارنر<sup>۱</sup> و همکاران (۲۰۰۳) ساخته شده است و ۴۸ ماده دارد و به صورت خود گزارش دهی و مصاحبه قابل استفاده است که در مقابل هر کدام چهار گزینه با عناوین هیچ، کم، متوسط و شدید و همین طور هرگز، گاهی اوقات، بیشتر اوقات و معمولاً قرار دارد که به ترتیب از ۱ تا ۹ نمره گذاری می‌شود. ماسیا - وارنر و همکاران (۲۰۰۳) ضریب پایایی این مقیاس را از طریق همسانی درونی ۰/۹۷-۰/۹۰ و اعتبار بازآزمایی آن را ۰/۹۴ گزارش کرده‌اند. همچنین، روایی سازه این مقیاس نیز در پژوهشی مورد تأیید قرار گرفته است (دادستان و همکاران، ۱۳۸۶). همچنین، در پژوهش حاضر نیز ضریب پایایی پرسش‌نامه به روش آلفای کرونباخ ۰/۸۷ به دست آمد.

۴. مقیاس درجه‌بندی اختلال نافرمانی مقابله‌ای: این مقیاس توسط هومرسون<sup>۲</sup> و همکاران (۲۰۰۶) و برای تشخیص کودکان دارای اختلال نافرمانی مقابله‌ای ساخته شده است و توسط معلمان و والدین کودک تکمیل می‌شود و دارای ۱۶ گویه است که در یک طیف لیکرت ۴ درجه‌ای (اصلاً نمره صفر، تا خیلی زیاد نمره ۳) نمره گذاری می‌شود. بیشترین نمره ۲۴ است و هر چه نمره فرد بیشتر باشد، شدت اختلال بیشتر است. هومرسون<sup>۳</sup> و همکاران (۲۰۰۶) ضریب پایایی این مقیاس را به روش آلفای کرونباخ ۰/۹۲ گزارش کردند. همچنین روایی آن نیز تأیید شده است.

۵. مداخله گروهی بازی درمانی والد - کودک: برنامه درمانی ترکیبی از بازی درمانی خانوادگی و فرزنددرمانی است و فعالیت‌ها با رویکرد شناختی - رفتاری و انسان‌گرایانه انتخاب شده‌اند. بازی درمانی والد - کودک بر اساس الگوی نظری لندرت و برتون<sup>۴</sup> (۲۰۰۶) ساخته شده و توسط امیر و همکاران (۱۳۹۱) هنجاریابی شده است که شامل ۱۰ جلسه ۴۵ دقیقه‌ای و هر هفته دو جلسه بود.

جدول ۱ جلسات مداخله گروهی بازی‌درمانی والد - کودک

جلسات	موضوع جلسات
جلسه اول	ایجاد محیطی امن و مناسب برای مادران و کودکان و تشویق آن‌ها به صحبت درباره شیوه‌های رفتاری با فرزندانشان است.

1. Masia-Warner
2. Hommersen
3. Hommersen
4. Landreth & Bratton



ادامه جدول ۱	
جلسات	مشروح جلسات
جلسه دوم	در این جلسه والدین با مفاهیم اساسی، اصول کلی و اهداف جلسات بازی آشنا می شوند و فهرستی از اسباب بازی های مخصوص در اختیار آنها قرار می گیرد.
جلسه سوم	اساسی ترین هدف این جلسه آماده کردن مادران برای اولین جلسه بازی در خانه است. مهارت بودن با بچه ها و در عین حال رهبری بازی توسط بچه ها از طریق ایفای نقش به آنها آموزش داده می شود.
جلسه چهارم	در این جلسه مادران اولین جلسه بازی در خانه را گزارش می کنند و فعالیت هایی را که در خانه انجام داده اند، لیست و بیان می کنند.
جلسه پنجم	در این جلسه والدین به آگاهی بیشتری نسبت به ارتباطشان با کودکانشان دست می یابند و ارتباط بین والد و کودک بیشتر می شود.
جلسه ششم	جلسه ششم تا نهم ساختار مشابهی دارد. هر جلسه با گزارش والدین در خانه آغاز می شود. در جلسه ششم واگذاری اختیار به کودکان و در عین حال ایجاد یک ساختار برای بازی آموزش داده می شود.
جلسه هفتم	در جلسه هفتم دادن پاسخ هایی که به ایجاد عزت نفس کودک کمک می کند، به والدین آموزش داده می شود.
جلسه هشتم	در جلسه هشتم روش های صحیح تشویق و تعریف از کودکان آموزش داده می شود.
جلسه نهم	در این جلسه چگونگی استفاده از این روش ها در موقعیت های غیر از بازی به والدین آموزش داده می شود.
جلسه دهم	در آخرین جلسه به مرور مطالب مطرح شده در جلسات قبلی و همچنین صحبت درباره پیشرفت هایی که والدین در ارتباط با کودکانشان داشته اند، پرداخته می شود.

برای تجزیه و تحلیل داده های پژوهش از روش آماری توصیفی (میانگین و انحراف استاندارد) و تحلیل کواریانس استفاده شد.

#### یافته ها

شاخص های پراکندگی و تمایل مرکزی متغیرهای پر خاشگری، اضطراب و ترس اجتماعی به تفکیک گروه و نوع آزمون در جداول ۲ نشان داده شده است. مندرجات جدول ۲ نشان داد که میانگین گروه آزمایش (بازی درمانی) و گروه کنترل در متغیر پر خاشگری و در پیش آزمون به ترتیب ۴۲/۲۰، ۴۲/۰۵ است که نزدیک به هم است. همچنین میانگین گروه آزمایش (بازی درمانی) و گروه کنترل در پس آزمون به ترتیب ۳۶/۴۵،

جدول ۲ آماره‌های توصیفی مربوط به متغیرهای پژوهش در پیش‌آزمون و پس‌آزمون مربوط به بازی‌درمانی والد - کودک

متغیر	گروه	گروه آزمایش (بازی‌درمانی)		گروه کنترل
		میانگین	انحراف استاندارد	
پرخاشگری	پیش - آزمون	۴۲/۲۰	۴/۱۲	۲/۸۹
	پس - آزمون	۳۶/۴۵	۳/۹۴	۲/۸۲
اضطراب	پیش - آزمون	۵۲/۹۵	۲/۴۸	۳/۴۷
	پس - آزمون	۵۰/۸۵	۴/۵۶	۳/۵۴
ترس اجتماعی	پیش - آزمون	۸۲/۲۰	۴/۱۷	۴/۱۴
	پس - آزمون	۷۶/۷۰	۵/۴۸	۴/۱۸

۴۱/۱۰ است که در پس‌آزمون میانگین نمرات در گروه آزمایش بازی‌درمانی والد - کودک کاهش یافته، اما در گروه کنترل تغییر زیادی ایجاد نشده است. همچنین میانگین گروه آزمایش (بازی‌درمانی) و گروه کنترل در متغیر اضطراب و در پیش‌آزمون به ترتیب ۵۲/۹۵، ۵۳/۹۵ است که نزدیک به هم است. همچنین میانگین گروه آزمایش (بازی‌درمانی) و گروه کنترل در پس‌آزمون متغیر اضطراب به ترتیب ۵۰/۸۵، ۵۳/۴۰ است که در پس‌آزمون میانگین نمرات در گروه آزمایش بازی‌درمانی والد - کودک کاهش یافته، اما در گروه کنترل تغییر زیادی ایجاد نشده است. از سویی، میانگین گروه آزمایش (بازی‌درمانی) و گروه کنترل در متغیر ترس اجتماعی و در پیش‌آزمون به ترتیب ۸۲/۲۰، ۸۱/۱۰ است که نزدیک به هم است. همچنین میانگین گروه آزمایش (بازی‌درمانی) و گروه کنترل در پس‌آزمون متغیر ترس اجتماعی به ترتیب ۷۶/۷۰، ۸۳/۰۵ است که در پس‌آزمون میانگین نمرات در گروه آزمایش بازی‌درمانی والد - کودک کاهش یافته، اما در گروه کنترل اندکی افزایش یافته است.

پیش از بررسی معناداری تأثیر بازی‌درمانی والد - کودک بر متغیرهای پرخاشگری، اضطراب و ترس اجتماعی لازم است که پیش‌شرط‌های تحلیل کواریانس از جمله نرمال بودن داده‌ها، همگنی واریانس‌ها بررسی شود. به طوری که نتایج آزمون گالوگروف - اسمیرنوف برای بررسی نرمال بودن داده‌ها نشان داد که مقدار سطح معناداری در این آزمون برای تمام متغیرها از ۰/۰۵ بزرگ‌تر است و لذا توزیع داده‌ها نرمال است. همچنین، برای همگنی واریانس‌ها از آزمون لوین استفاده شد که بر اساس آزمون لوین و عدم معناداری برای متغیرهای پرخاشگری، اضطراب و ترس اجتماعی، شرط برابری

واریانس های بین گروهی نیز رعایت شده است و گروه ها دارای تعانس بوده و همگن هستند. از سویی پیش شرط دیگر خطی بودن هم بستگی متغیر پیش آزمون و متغیر مستقل است که مقدار F تعامل متغیر مستقل و همپراش در متغیرهای پژوهش معنادار است و می توان گفت که هم بستگی متغیر همپراش و مستقل رعایت شده است. لذا با توجه به محقق شدن پیش فرض ها، می توان برای تحلیل داده ها از تحلیل کواریانس استفاده کرد.

جدول ۳ نتایج تحلیل کواریانس روی نمرات پیش آزمون - پس آزمون متغیر پر خاشگری

منبع تغییرات	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	سطح معناداری	ضریب اتا
گروه	۲۱۲/۹۵	۱	۲۱۲/۹۵	۱۸/۶۸	۰/۰۰۱	۰/۳۳
خطا	۴۲۱/۷۰	۳۷	۱۱/۳۹			
کل	۶۰۸۰۳/۰۱	۴۰				

بر اساس ارقام به دست آمده از جدول ۳، پس از تعدیل نمرات پیش آزمون، اثر معناداری در عامل بین آزمودنی های گروه وجود دارد ( $F=18/68$ ،  $P=0/001$ )، به طوری که نمرات نشان می دهد میانگین گروه آزمایش که در معرض آموزش قرار گرفته اند، به طور چشمگیری کاهش داشته است. از این رو، می توان نتیجه گرفت که بازی درمانی والد - کودک بر پر خاشگری تأثیر دارد و آن را به طور معناداری کاهش می دهد.

جدول ۴ نتایج تحلیل کواریانس روی نمرات پیش آزمون - پس آزمون متغیر اضطراب

منبع تغییرات	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	سطح معناداری	ضریب اتا
گروه	۷۳/۵۸	۱	۷۳/۵۸	۴/۳۸	۰/۰۴	۰/۱۰
خطا	۶۲۱/۲۸	۳۷	۱۶/۷۹			
کل	۱۰۹۳۸۱/۰۱	۴۰				

بر اساس ارقام به دست آمده از جدول ۴، پس از تعدیل نمرات پیش آزمون، اثر معناداری در عامل بین آزمودنی های گروه وجود دارد ( $F=4/38$ ،  $P=0/04$ )، به طوری که نمرات نشان می دهند میانگین گروه آزمایش که در معرض آموزش قرار گرفته اند، به طور چشمگیری کاهش داشته است. از این رو، می توان نتیجه گرفت که قصه درمانی بر اضطراب تأثیر دارد و آن را به طور معناداری کاهش می دهد.

جدول ۵ نتایج تحلیل کواریانس روی نمرات پیش‌آزمون - پس‌آزمون متغیر ترس اجتماعی

منبع تغییرات	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	سطح معناداری	ضریب اتا
گروه	۳۷۸/۴۰	۱	۳۷۸/۴۰	۱۵/۶۵	۰/۰۰۱	۰/۲۹
خطا	۸۹۴/۱۷	۳۷	۲۴/۱۶			
کل	۲۵۶۵۰۹/۰۱	۴۰				

بر اساس ارقام به دست آمده از جدول ۵، پس از تعدیل نمرات پیش‌آزمون، اثر معناداری در عامل بین آزمودنی‌های گروه وجود دارد ( $F=15/65$ ,  $P=0/001$ ). به طوری که نمرات نشان می‌دهد میانگین گروه آزمایش که در معرض آموزش قرار گرفته‌اند، به طور چشمگیری کاهش داشته است. از این رو می‌توان نتیجه گرفت که بازی درمانی والد - کودک بر ترس اجتماعی تأثیر دارد و آن را به طور معناداری کاهش می‌دهد.

### بحث و نتیجه‌گیری

هدف پژوهش حاضر اثربخشی بازی درمانی والد - کودک بر پرخاشگری، اضطراب و ترس اجتماعی کودکان دارای اختلال نافرمانی مقابله‌ای بود.

یافته اول پژوهش نشان داد که بازی درمانی والد - کودک بر پرخاشگری در کودکان دارای اختلال نافرمانی مقابله‌ای تأثیر دارد و باعث کاهش پرخاشگری در کودکان می‌شود. این یافته با نتایج پژوهش‌های عبدالعلی‌زاده (۱۳۹۳) و مک‌دیارمیند و باگنر (۲۰۱۵) مطابقت دارد. عبدالعلی‌زاده (۱۳۹۳) در پژوهشی نشان داد که ارائه مداخله مبنی بر بازی درمانی و نقاشی درمانی در کاهش شدت پرخاشگری و بهبود خودپنداره مثبت در دانش آموزان پسر مبتلا به اختلال یادگیری مؤثر بوده است، اما بازی درمانی نسبت به نقاشی درمانی در کاهش پرخاشگری و بهبود خودپنداره مثبت نقش مؤثرتری داشته است. بنابراین با استفاده از این روش مداخله‌ای می‌توان در جهت بهبود خودپنداره مثبت دانش آموزان دارای اختلال یادگیری و کاهش پرخاشگری این کودکان استفاده کرد. در تبیین این یافته می‌توان گفت که فضا و بافتار خشن خانواده و نیز فرزندپروری خشن سبب بروز و افزایش رفتار پرخاشگرانه در کودکان می‌شود. بنابراین، طبیعی به نظر می‌رسد که با تغییر سبک فرزندپروری و بهبود بافتار خانواده و شیوه تعامل اعضا با یکدیگر و به خصوص بهبود تعامل والدین با کودک، شاهد کاهش رفتارهای پرخاشگرانه باشیم، به طوری که

درمان گروهی رابطه والد - کودک اثر دیرپایی بر کاهش پر خاشگری کودکان دارد. مهارت های ارائه شده طی جلسات درمانی حاکی از آن است که مهارت های ارائه شده از قبیل گوش دادن انعکاسی، محدودیت گذاری درمانی، شناسایی و پاسخ دهی به احساسات کودکان و نیز دادن حق انتخاب به کودکان به آن ها می آموزد که احساسات و هیجانات خود را به صورتی قابل قبول ابراز کنند و خود کنترلی را در خود پرورش دهند (رجب پور و همکاران، ۱۳۹۱). کودک در بازی درمانی از طریق تعامل توأم با احساس امنیت با یک درمانگر با تجربه به بیان احساسات معکوس خود می پردازد و از طریق این برون ریزی احساسات در واقع به تنظیم هیجانی مبادرت می ورزد. تنظیم هیجان عامل مؤثری در طیف بسیاری از اختلالات رفتاری است. تنظیم هیجان از طریق مدیریت هیجان ها و پاسخ دهی مقتضی به موقعیت ها در کاهش اضطراب، افسردگی و برون ریزی خشم نقش مؤثر دارد. از این رو، به نظر می رسد که بتوان بازی درمانی را به منزله تکنیکی رفتاری در تنظیم هیجان های کودک در نظر گرفت. بنابراین، می توان به این نتیجه دست یافت که بازی عروسکی می تواند از طریق برون ریزی احساسات، میزان پر خاشگری را در دانش آموزان دارای اختلال نافرمانی کاهش دهد (لیهی<sup>۱</sup> و همکاران، ۲۰۱۱).

یافته دیگر پژوهش نشان داد که بازی درمانی والد - کودک بر اضطراب در کودکان دارای اختلال نافرمانی مقابله ای تأثیر دارد و باعث کاهش اضطراب در کودکان می شود. این یافته با نتایج پژوهش های کنل (۲۰۱۶) و گالاگر و همکاران (۲۰۱۰) مطابقت دارد. کنل (۲۰۱۶) در پژوهشی به این نتیجه دست یافت که بازی درمانی بر مشکلات رفتاری از جمله پر خاشگری، رفتارهای بچه گانه، اضطراب و گوشه گیری کودکان تأثیر دارد و باعث کاهش مشکلات رفتاری در کودکان می شود.

در نتیجه تبیین فرضیه می توان بیان داشت، جایگزینی والدین به منزله درمانگر و استفاده از ارتباط عاطفی موجود بین والد و کودک در جهت درمان به متخصصان کمک کرده است تا به نتایجی بهتری دست پیدا کنند (گالاگر و همکاران، ۲۰۱۰). چان<sup>۲</sup> و همکاران (۲۰۱۴) نیز نشان دادند که آموزش بازی درمانی مبتنی بر روابط والد - کودک به مادران با کودکان دارای اختلال نافرمانی مقابله ای مؤثر است، زیرا عواطف حاکم بر ارتباط والد - کودک بر شرایط والدین تأثیر می گذارد و سبب کاهش میزان اضطراب و ترمیم ارتباط والد - کودک می شود.

1. Leahy  
2. Chan

در تبیین نتیجه فرضیه می‌توان گفت مادران در هنگام بازی کردن با بچه‌ها به رفتارهای مثبت آن‌ها بیشتر توجه و از رفتارهای ناسازگارانه آن‌ها چشم‌پوشی می‌کنند. همچنین، مادران یاد می‌گیرند چگونه ارتباط مستقیم با فرزندان خود برقرار کنند. این عامل در افزایش کارکرد ارتباطی والدین و کودکان تأثیر بسزایی دارد و اضطراب را نیز کاهش می‌دهد. ارتباط والد - کودک در بین کودکان دارای اختلال نافرمانی مقابله‌ای سبب افزایش رفتار موفقیت‌آمیز در فرزندان می‌شود و افزایش رفتار موفقیت‌آمیز در کودک سبب کاهش اختلال اضطراب می‌شود. نتایج به‌دست آمده در این تحقیق و همسویی با نتایج تحقیقات گذشته نشان می‌دهد که عدم روابط والد - کودک زمینه‌ساز و گسترش‌دهنده آسیب‌هاست و روابط والد - کودک مبتنی بر بازی درمانی سبب کاهش اختلالات در بین خانواده‌ها (والدین و کودک) می‌شود، و از مؤثرترین نوع ارتباط والد و کودک به‌شمار می‌رود (موقوم و همکاران، ۱۳۹۶).

یافته دیگر پژوهش نشان داد که بازی درمانی والد - کودک بر ترس اجتماعی در کودکان دارای اختلال نافرمانی مقابله‌ای تأثیر دارد و باعث کاهش ترس اجتماعی در کودکان می‌شود. این یافته با نتایج پژوهش‌های یاموتا و همکاران (۲۰۰۶) و گالاگر (۲۰۰۳) مطابقت دارد. گالاگر (۲۰۰۳) در مطالعه خود نشان داد که درمان والد - کودک باعث بهبود معنادار رفتارهای کودکان دارای اختلال نافرمانی می‌شود و میزان اختلالات رفتاری و اضطراب اجتماعی را در آن‌ها کاهش می‌دهد. در واقع، بازی درمانی والد - کودک می‌تواند مشکلات اضطرابی و افسردگی و پرخاشگری را در کودکان اختلال نافرمانی مقابله‌ای کاهش دهد.

بازی درمانی در برون‌فکنی هیجانات منفی تحمیل شده ناشی از شرایط محیطی، به‌ویژه زمانی که مادر نیز نقش فعالی در آن بازی دارد، در کاهش هیجان‌های منفی و برون‌ریزی آن‌ها در شرایطی امن و بدون ارزیابی نقش مؤثری خواهد داشت. کودک نیز در جریان بازی با مادر خود تجربه‌های سخت و آسیب‌زای گذشته را دوباره به نمایش می‌گذارد تا درک درستی از آن‌ها به‌دست آورد و تسلط بیشتری بر آینده داشته باشد. بازی درمانی در مقایسه با سایر روش‌های درمانی که برای کودکان به‌کار برده می‌شود، امتیاز عمده‌ای دارد و آن امتیاز، جذابیت بازی درمانی است (گالاگر، ۲۰۰۳). برای تبیین این امر باید توجه داشت که شرکت مادران کودکان مبتلا به مشکلات هیجانی از جمله اختلال نافرمانی مقابله‌ای در جلسات آموزشی، همراه با توضیح ماهیت و دلیل مشکلات

کودک، باعث افزایش دانش، مهارت، اعتماد به نفس، خودکار آمدی و خوش فکری والدین در تربیت کودکانشان می شود و شناخت های نادرست آن ها را درباره خود و فرزندان شان اصلاح می کند. از سوی دیگر، اهداف تمامی سطوح درمانی این روش بر افزایش خود کفایی و خودکار آمدی والدین در کنترل رفتار کودکان مبتنی است و از طریق آموزش های والدین برای ارتقای تحول کودک، حس صلاحیت اجتماعی و خود کنترلی میسر می شود و میزان ترس اجتماعی در آن ها کاهش می یابد. در تبیین این نتایج باید گفت آموزش والدین، به ویژه مادر - که بیش از دیگران با کودک در ارتباط است، بیشتر اوقات خود را با کودکش می گذرانند و عمده ترین تأثیرات را بر او می گذارد - می تواند در کاهش مشکلات هیجانی کودک مؤثر باشد، زیرا در این صورت مادر مسیر تعاملی مطلوب و سازنده ای به نام بازی را در رابطه با کودک فرا می گیرد و بر آن اساس عمل می کند. همچنین بین مادر و کودک رابطه ای قوی وجود دارد که نمی توان آن را در ارتباط کودک - درمانگر یافت. این امر مهم به والد اجازه می دهد با کودک خود همراه شود، در آزاد سازی هیجانانش به او کمک کند و از طریق بروز هیجانانگیز به شیوه مناسب، آن ها را کاهش دهد (سبزیان و همکاران، ۱۳۹۷). بنابراین، بازی افکار درونی کودک را با دنیای خارجی او مرتبط می سازد و باعث می شود که کودک بتواند اشیای خارجی را تحت کنترل خود در آورد یا بتواند آن ها را دستکاری کند و تغییر دهد. همچنین بازی به کودک اجازه می دهد تا تجربیات تهدید کننده خود را نشان دهد و از این طریق بر کاهش میزان مشکلات هیجانی دانش آموزان تأثیر می گذارد.

این پژوهش با محدودیت هایی مواجه بود. از آنجایی که یافته های پژوهش بر اساس مقیاس نگرش سنجی بود و ممکن است به دلیل ناخود آگاه شرکت کنندگان در پژوهش از پاسخ دادن طفره روند و این ممکن است نتایج پژوهش را به مخاطره بیندازد. این پژوهش بر روی دانش آموزان دختر دارای اختلال نافرمانی مقابله ای در شهر تبریز انجام گرفته است و در تعمیم یافته ها برای دانش آموزان پسر و شهرهای دیگر با محدودیت مواجه است. با توجه به نتایج پژوهش به مربیان و دست اندر کاران امور دانش آموزان پیشنهاد می شود جهت درمان پر خاشگری از بازی درمانی والد - کودک بهره گیرند تا از این طریق میزان احساسات مثبت و سازگاری کودکان افزایش یابد. از آنجایی که بازی درمانی افزایش تعامل کودک با والد و افزایش قدرت کارکردهای اجرایی ظرفیت های هیجانی و شناختی کودک را برای تنظیم هیجانانگیز می دهد و در نهایت به کاهش اضطراب در

دانش آموزان منجر می‌شود، پیشنهاد می‌شود این روش درمانی بر روی کودکان به کار گرفته شود. برنامه درسی مدارس، به خصوص مدارس ابتدایی به گونه‌ای طراحی شوند که در کنار برنامه درسی روزانه، معلمان به نکته‌هایی آموزنده درباره اختلال‌های هیجانی کودکان توجه کنند و مدارس ساعاتی را به بازی درمانی اختصاص دهند.

### منابع

- امیر، ف.، حسن آبادی، ح.، اصغری نکاح، س.، و طیبی، ز. (۱۳۹۱). بررسی اثربخشی بازی درمانی والد - کودک بر سبک‌های فرزندپروری. *مشاوره و روان‌درمانی خانواده*، ۱(۴)، ۴۸۹-۴۷۳.
- بهادری خسروشاهی، ج.، و هاشمی نصرت‌آبادی، ت. (۱۳۹۱). رابطه اضطراب اجتماعی، خوش بینی و خودکارآمدی با بهزیستی روان‌شناختی در دانشجویان. *مجله علوم پزشکی ارومیه*، ۲۳(۲)، ۱۱۵-۱۲۲.
- دادستان، پ.، اناری، آ.، و صالح صدق‌پور، ب. (۱۳۸۶). اختلال اضطراب اجتماعی و نمایش درمانگری. *روان‌شناسان ایرانی*، ۴(۱۴)، ۱۱۵-۱۲۵.
- رجب‌پور، م.، مکوند حسینی، ش.، و رفیعی‌نیا، پ. (۱۳۹۱). اثربخشی گروه درمانی رابطه والد - کودک بر پرخاشگری کودکان پیش‌دبستانی. *روان‌شناسی بالینی*، ۴(۱)، ۶۵-۷۴.
- زرانی، ف.، حقیقی، ف.، علی‌زاده، ح.، و شیرینی، ا. (۱۳۹۶). نقش فرهنگ در ابعاد اختلالات اضطرابی بر اساس پنجمین ویراست راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی، *روان‌شناسی فرهنگی*، ۱(۲)، ۹۵-۱۱۱.
- سبزیان، س.، مهربابی، ح.، و کلاتری، م. (۱۳۹۷). اثربخشی آموزش روابط والد - فرزند بر میزان مشکلات هیجانی دانش آموزان پسر دوره ابتدایی. *پژوهش‌های علوم‌شناختی و رفتاری*، ۱(۱)، ۵۹-۷۶.
- سهرابی، ف.، اسدزاده، ح.، و عرب‌زاده کوپانی، ز. (۱۳۹۳). اثربخشی آموزش والدینی بار کلی بر کاهش نشانه‌های اختلال نافرمانی مقابله‌ای در کودکان پیش‌دبستانی. *روان‌شناسی مدرسه*، ۳(۲)، ۸۲-۱۰۳.
- شهیم، س. (۱۳۸۵). پرخاشگری آشکار و رابطه‌ای در کودکان دبستانی. *پژوهش‌های روان‌شناختی*، ۹(۱-۲)، ۲۷-۴۴.
- عبدالعلی‌زاده، ف. (۱۳۹۳). *مقایسه اثربخشی نقاشی درمانی و بازی درمانی بر خودپنداره و پرخاشگری دانش آموزان پسر دارای اختلال یادگیری شهر مشهد*. پایان‌نامه کارشناسی ارشد روان‌شناسی بالینی. دانشگاه فردوسی مشهد.
- عزیزی، م.، و براتی، م. (۱۳۹۳). مروری بر اختلالات اضطرابی و اقدامات پرستاری آن. *مجله دانشکده پیراپزشکی ارتش جمهوری اسلامی ایران*، ۹(۱)، ۵۴-۵۸.
- قدرتی میر کوهی، م.، شریفی درآمدی، پ.، و عبداللهی بقرآبادی، ق. (۱۳۹۴). اثربخشی درمان شناختی رفتاری مبتنی بر آموزش والدین بر نشانه‌های اختلال نافرمانی مقابله‌ای کودکان. *روان‌شناسی افراد استثنایی*، ۵(۲۰)، ۱۱۰-۱۲۳.
- موقوم، ف.، نصیریان، م.، و زارعی محمودآبادی، ح. (۱۳۹۶). بررسی اثربخشی آموزش بازی درمانی مبتنی بر روابط والد کودک بر میزان استرس، اضطراب و افسردگی مادران با کودک دارای معلولیت ذهنی



خفیف ذهنی خفیف. مجله دانشگاه علوم پزشکی مازندران، ۲۷، ۱۹۳-۱۹۷.  
نادری نویندگانی، ز، و مؤمنی جاوید، م. (۱۳۹۴). تأثیر آموزش رفتار جرئت مندانه بر کیفیت زندگی در مدرسه و اضطراب اجتماعی دانش آموزان دختر. رویکردهای نوین آموزشی، ۱۰(۲)، ۱۰۱-۱۶.

- American Psychiatric Association (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorder (DSM-5) (fifth Edition)*. Washington DC: American Psychiatric Association
- Bratton, S., Ray, D., Rhine, T., & Jones, L. (2005). The efficacy of play therapy with children: A Meta-analytic review of the outcome research. *Professional Psychology: Research and Practice*, 36(4), 376-390.
- Chan, P.T., Doan, S.N., & Tompson, M. C. (2014). Stress generation in a developmental context: The role of youth depressive symptoms, maternal depression, the parent-child relationship, and family stress. *Journal of Family Psychology*, 28(1), 32-41.
- Gallagher, N. (2003). Effects of parent-child interaction therapy on young children with disruptive behavior problems. *Bridges*, 1(4), 1-17.
- Hommersen, P., Murray, C., Ohan, J., & Johnston, C. (2006). Oppositional defiant disorder rating scale: Preliminary evidence of reliability and validity. *Journal Emot Behav Disord*, 14(2), 118-125
- Hoshina, A., Horie, R., Giannopulu, I., & Sugaya, M. (2017). Measurement of the effect of digital play therapy using biological information. *Procedia Computer Science*, 112, 1570-1579.
- Kenll, G. L. (2016). *Play therapy: The art of the relationship*. New York: N.Y: Brunner Ruttledge.
- Kledzik, A.M., Thorne, M.C., Prasad, V., Hayes, K.H., Hines, L. (2012). Challenges in treating oppositional defiant disorder in a pediatric medical setting: A case study. *Journal of Pediatric Nursing*, 27(5), 557-62
- Kring, A., Johnson, S., Davison, G., & Neale, J. (2014). *Abnormal Psychology*. Twelfth Edition. Washington: John Wiley & Sons
- Landreth, G. L. (2006). *Child-Parent Relationship (C-P-R) therapy: a 10-session . Filial Therapy Model*
- Landreth, G. L., & Bratton, S. C. (2006). *Child parent relationship therapy (CPRT)*. New York: Taylor Francis group.
- Leahy, R., Trich, D., & Napolitano, L.A. (2011). *Emotion regulation in psychotherapy: a paractitioners guide*. USA: The Guilford Press.
- Lin, X., Li, L., Chi, P., Wang, Z., Heath, M.A., Du, H., et al. (2016). Child maltreatment and interpersonal relationship among Chinese children with oppositional defiant disorder. *Child Abuse & Neglect*, 51, 192-202.
- Loeber, R., Burke, J.D., & Pardini, D.A. (2009). Perspectives on oppositional defiant disorder, conduct disorder and psychopathic features. *Journal Child Psychol psychiatry*, 50(1-2), 133-142.
- Martin, V., Granero, R., & Ezpeleta, L. (2014). Comorbidity of oppositional defiant disorder and anxiety disorders in preschoolers. *Psicothema*, 26(1), 27-32.
- Masia-Warner, C. L., Klein, R. G., & Liebowitz, M. R. (2003). *Guidline for using the*

- Liebowitz, *Social Anxiety Scale for Children and Adolescents (LSAS-CA)*. New York: New York University
- Matthys, W., & Lochman, J. E. (2010). *Oppositional Defiant Disorder and Conduct Disorder in Childhood*. Blackwell Publishing.
- McDiarmid, M.D., & Bagner, D.M. (2015). Parent-child interaction therapy for children with disruptive behavior and developmental disabilities. *Edu Treat Child*, 28, 130-141.
- Ray, D. C., Schottelkorb, A., & Tsai, M. (2007). Play therapy with children exhibiting symptoms of attention deficit hyperactivity disorder. *International Journal of Play Therapy*, 16(2), 95-111.
- Schoorl, J., Van Rijn, S., Wied, M.D., Van Goozen, S.H.M., & Swaab, H. (2015). Variability in emotional/behavioral problems in boys with oppositional defiant disorder or conduct disorder: the role of arousal. *Eur Child and Adolesc Psychiat*, 25(8), 821-830.
- Spence, H. S., Rapee, M., McDonald, C., & Ingram, M. (2001). The structure of anxiety symptoms among preschoolers. *Behaviour Research and Therapy*, 39, 1239-1316.
- Weeks, J. W., Heimberg, R.G., & Rodebaugh, T.L. (2008). The fear of positive evaluation scale: Assessing a proposed cognitive of social anxiety disorder, *Journal of Anxiety Disorders*, 22, 44-55.
- Yamamoto, Y., Holloway, S.D., & Suzuki, S. (2006). Maternal involvement in preschool children's education in Japan: Relation to parenting beliefs and socioeconomic status. *Early Child Res Q*, 21(3), 332-346.