

اثربخشی بازی درمانگری متمرکز بر کودک، بر پرخاشگری*

مهرناز احمدی

دانشجوی دکتری روانشناسی دانشگاه تربیت مدرس

چکیده

در این مقاله، خلاصه‌ای از بررسی تجربی اثربخشی بازی درمانگری متمرکز بر کودک بر پرخاشگری آشکار و پنهان (کلامی و غیرکلامی) و افزایش رفتارهای سازش‌یافته‌تر، ارائه می‌شود. آزمودنی‌ها شانزده کودک پسر (۱۰ - ۱۰/۱۱ ساله) بودند که به دو گروه آزمایشی و گواه با حجم‌های مساوی تقسیم شدند. در بررسی داده‌های کمی پژوهش، طرح پیش‌آزمون - پس‌آزمون با گروه گواه، الگوی آماری آزمون t پارامتریک، به کار بسته شد و از داده‌های دیگر بررسی کیفی به عمل آمد.

براساس یافته‌های نهایی پژوهش، اثربخشی این روش بر پرخاشگری آشکار کلامی، محدود و مستلزم بررسی الگوهای قابل اغماض‌تر پرخاشگری در چهارچوب خانواده کودک است؛ اما اثربخشی این روش بر پرخاشگری آشکار غیرکلامی (جسمانی) تأیید شده است. گرایش به فرافکنی پرخاشگری به سوی موضوع بیرونی و نیز تأکید بر شدت مانع بیرونی، براساس نتایج آزمون تصاویر ناکامی کودکان گروه آزمایشی کاهش پیدا کرده، که این یافته مبین

* این مقاله برگرفته از رساله کارشناسی ارشد نگارنده است که با همین عنوان به راهنمایی خانم دکتر پریح دادستان در سال‌های ۷۴ - ۷۶، در گروه روانشناسی دانشگاه تربیت مدرس، تدوین شده است.

اثربخشی این روش بر پرخاشگری پنهان کلامی است. کاهش ریخت‌ها و نشانه‌های پرخاشگری در تولیدات ترسیمی (آزمون‌های خانواده و آدمک رنگی) کودکان گروه آزمایشی، تأییدی است بر اثربخشی این روش بر پرخاشگری پنهان غیرکلامی (ترسیمی). و سرانجام، تحوّل رفتار کودکان گروه آزمایشی در سطوح مختلف کنش‌وری نیز اثربخشی این روش را در افزایش رفتارهای سازش‌یافته‌تر تأیید می‌کند.

۱. گستره نظری، بیان مسئله، هدف‌ها و فرضیه‌های پژوهش

رفتار پرخاشگرانه^۱ در انسان، پدیده‌ای متکثر است که در گستره‌ای از موقعیت‌های تنیدگی‌زا، سازش‌نا یافتگی‌ها و اختلال‌های عصب‌شناختی، تحوّل و روانی، به‌منزله شیوه واکنش غالب رخ می‌نماید. این پدیده را مؤلفان موضع‌گیری‌های متعارض، به گونه‌های متفاوت تعریف و طبقه‌بندی کرده و روی‌آورد‌های متعددی را درخصوص تبیین ماهیت‌گرایش‌های پرخاشگرانه مطرح نموده‌اند. برای ارزشیابی و مهار و درمانگری رفتارهای پرخاشگرانه، روش‌های گوناگونی وجود دارد که برخاسته از موضع‌گیری‌های نظری متفاوت است.

تعریفی که در این پژوهش برای پرخاشگری شده، براساس چهارمین راهنمای تشخیصی و آماری انجمن روان‌پزشکی آمریکا^۲ (DSM IV، ۱۹۹۴) است: پرخاشگری رفتاری است که سبب می‌شود به افراد یا حیوانات آسیب جسمانی وارد آید یا تهدیدی بر وارد آمدن آسیب جسمانی به آنها است. در مقاله حاضر، ابتدا پرخاشگری از خلال واکنش به ناکامی (براساس آزمون تصاویر ناکامی روزنزیوگ^۳)، فرافکنی در سطح ترسیم (براساس آزمون‌های ترسیم خانواده و آدمک رنگی) و توصیف رفتارهای پرخاشگرانه در سطح کلامی و جسمانی در ارتباط با همسالان و منظومه خواهران و

1. Aggressive behavior

2. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Forth Edition

3. Rosenzweig Picture Frustration Study

برادران ارزشیابی می‌شود؛ و آنگاه اثربخشی روش بازی درمانگری متمرکز بر کودک^۱، بر کاهش رفتارهای پرخاشگرانه آشکار و پنهان (در سطوح کلامی و غیرکلامی) مورد بررسی قرار می‌گیرد. با توجه به یافته‌های پژوهشی، احتمال اینکه کودکان دچار اختلال رفتار پرخاشگرانه^۲، بزرگسالانی سازش‌نیافته شوند بیشتر از کودکان مبتلا به اختلال‌های دیگر است (کتلر^۳ و کاوش^۴، ۱۹۸۳). همچنین اختلال رفتار پرخاشگرانه، هم برای خود اشخاص و هم برای فرزندان آنها، پیامدهای روان‌شناختی و خیمی دارد (رابینز^۵، ۱۹۸۱).

بازی درمانگری، یک روش روان‌درمانگری است مبتنی بر اصول روان‌پوشی و تحولی، با هدف کمک به کاهش استیصال هیجانی کودک از طریق استفاده از بازیچه‌ها و وسایل بیان (شفر^۶ و رید^۷، ۱۹۸۶). این روش در مورد بسیاری از اختلال‌های دوره کودکی و آغاز نوجوانی، به شکل فردی یا گروهی، به تنهایی یا همراه با روش‌ها و فنون دیگر، به کار بسته می‌شود.

به‌طور کلی، در قلمرو استفاده از بازی در درمانگری، روش‌ها و فنون متعددی وجود دارد. در این خصوص، در مجموع می‌توان به سه روی آورد اصلی اشاره کرد که در هر یک فنون متعددی مطرح است: ۱. روی آورد روان‌تحلیل‌گری^۸، ۲. روی آورد ارتباطی^۹، ۳. روی آورد شناختی-رفتاری^{۱۰}.

بازی درمانگری متمرکز بر کودک، مبتنی بر روی آورد ارتباطی به بازی درمانگری، با الهام از اندیشه‌های «راجرز»^{۱۱} در قلمرو درمانگری است. در این روش، بیش از آنکه تمرکز بر مشکل باشد، کودک محور کار قرار می‌گیرد و تأکید عمده بر کیفیت تعامل میان درمانگر و کودک است. در درمانگری ارتباطی، فرض بر این است که فضای پذیرش-با

1. Child-centered play therapy

2. Aggressive conduct

3. Kettlewell, P. W.

4. Kausch, D. F.

5. Robins, L.

6. Schaefer, Ch. E.

7. Reid, S. E.

8. Psychoanalytic approach

9. Relationship approach

10. Cognitive-behavioral approach

11. Rogers, C. R.

آنچه «میدور»^۱ و «راجرز» از آن به عنوان «توجه مثبت نامشروط» یاد می‌کنند. در زندگی کودک در دسترس نیست و در این روی آورد، تلاش آن است که در جلسات درمانگری، عناصری برای کودک فراهم شود که در قلمروهای دیگر زندگی کودک مفقود شده است (هیوز^۲، ۱۹۹۱). در این فضا کودک قادر به شناسایی، بیان و پذیرش احساسات خود می‌شود و بهتر می‌تواند آنها را دریافت کند و توحید بخشد. بدین ترتیب، هدف اصلی در بازی درمانگری ارتباطی این است که کودک به «خودآگاهی» و «خودرهنموددهی» برسد (شفر، ۱۹۸۵). در بازی درمانگری متمرکز بر کودک، بازخورد بی‌رهنمود و بازنمایی^۳ درمانگر برای کمک به کودک است تا هشیار شدن و درونسازی کردن را تجربه کند. بازخورد بی‌رهنمود سبب می‌شود که مبادله‌های کلامی و غیرکلامی کودک، با نیازهایش تعیین شود نه با ترغیب درمانگر؛ و بازنمایی، به تلاش درمانگر به سطحی از تفسیر مبادله‌های کودک اشاره دارد تا کودک قادر شود احساسات و افکار خود را درک کند و انسجام میان رفتار و گفتار و فرایندهای درونی‌اش را افزایش دهد.

فرایند تحوّل و تغییر از «رابطه»^۴ ای که بدین ترتیب استقرار می‌یابد و نیروهایی که آزاد می‌گردند، تولید می‌شود و امکان «تفرّد»^۵ و تحوّل «حرمت خود»^۶ را برای کودک فراهم می‌کند.

با مروری بر پژوهش‌هایی که به کاربست عملی بازی درمانگری متمرکز بر کودک اختصاص دارند، اثربخشی این روش در تشخیص و درمان گسترده و وسیعی از اختلال‌ها و نشانه‌های مرضی دوره تحوّل و نیز مشکلات تربیتی و تحصیلی از جمله اختلال‌های اضطرابی، هراس، اختلال‌های رابطه اجتماعی و سواس بی‌اختیاری (هنیگ^۷، ۱۹۷۶)، سازش‌نا یافتگی تحصیلی (نیکول^۸ و پارکر^۹، ۱۹۸۱)، خودویرانگری (بارلو^{۱۰} و همکاران،

1. Meador, B. D.

2. Hughes, F. P.

3. Reflection

4. Individuation

5. Self-esteem

6. Hennig, H.

7. Nicol, A. R.

8. Parker, J.

9. Barlow, K.

(۱۹۸۵)، اختلال‌های هیجانی و اختشاش‌های رفتاری (اشمیتخن^۱ و همکاران، ۱۹۹۳) و ایجاد فرصت‌های تحوّل‌ی برای عقب‌ماندگان ذهنی (کازمارک^۲، ۱۹۸۳؛ گینسبرگ^۳، ۱۹۸۴)... تأیید می‌شود.

بنابراین، با در نظر گرفتن امکان تداوم پرخاشگری در فراخنای زندگی با شروع در دوره کودکی و اهمیت مداخله زودرس، نه تنها به منظور کاستن رنج کودکان و نوجوانان دچار مشکلات ارتباطی و همبسته‌های ناخوشایند این مشکلات در قلمروهای متعدّد تحوّل، بلکه با هدف پیشگیری از انجامیدن آن به طیف وسیعی از مشکلات روان‌شناختی در بزرگسالی، هدف اصلی این پژوهش، به‌منزله یک پژوهش کاربردی، بررسی نشانه‌های آشکار و پنهان (کلامی و غیرکلامی) تجلّی پرخاشگری در چهارچوب بالینی و اثربخشی روش بازی درمانگری متمرکز بر کودک بر این نشانه‌هاست؛ تا از این طریق، به گسترش یافته‌های حاصل از بررسی‌های بالینی در مورد آسیب‌دیدگی‌های دوران کودکی و درمان آنها کمک شود.

بدین ترتیب، با توجه به هدف‌های پژوهش، نتایج مطالعه حاضر، امکان برآورد فرضیه‌های پژوهشی را که در پی می‌آیند، فراهم می‌کنند:

۱. بازی درمانگری متمرکز بر کودک، پرخاشگری آشکار کودکان را کاهش می‌دهد.
- ۱-۱. بازی درمانگری متمرکز بر کودک، پرخاشگری آشکار کلامی کودکان را کاهش می‌دهد.
- ۲-۱. بازی درمانگری متمرکز بر کودک، پرخاشگری آشکار غیرکلامی کودکان را کاهش می‌دهد.
۲. بازی درمانگری متمرکز بر کودک، پرخاشگری پنهان کودکان را کاهش می‌دهد.
- ۱-۲. بازی درمانگری متمرکز بر کودک، پرخاشگری پنهان کلامی کودکان را کاهش می‌دهد.
- ۲-۲. بازی درمانگری متمرکز بر کودک، پرخاشگری پنهان غیرکلامی کودکان را کاهش می‌دهد.

1. Schmidtchen, S.

2. Kaczmarek, T.

3. Ginsberg, B. G.

کاهش می‌دهد.

۳. بازی درمانگری متمرکز بر کودک، به افزایش رفتارهای سازش‌یافته‌تر منجر می‌شود. متغیرهای این پژوهش عبارتند از:

متغیر مستقل: اجرای روش بازی درمانگری متمرکز بر کودک در مقابل عدم اجرای آن.

متغیرهای وابسته: نشانه‌های پرخاشگری آشکار و پنهان (کلامی و غیرکلامی) و رفتارهای عینی کودک در اتاق بازی.

متغیرهای کنترل: جنس، سن، تراز عملیاتی، سلامت جسمانی و نبود نشانگان مرضی روان‌شناختی دیگر.

۲. فرایند بررسی تجربی مسئله

۱-۲. جامعه آماری، گروه‌های نمونه و مرجع تشخیص بیرونی

جامعه آماری آزمودنی‌های گروه‌های آزمایشی و گواه، دانش‌آموزان پایه چهارم یک مدرسه ابتدایی پسرانه شهر تهران است که در تراز سنی ۱۰ - ۱۱/۱۱ سال قرار دارند و در سال تحصیلی ۱۳۷۴-۷۵ تحصیل می‌کنند. گروه‌های نمونه، شانزده کودک پسر هستند که به دو گروه آزمایشی و گواه با حجم‌های مساوی تقسیم شده‌اند. میانگین سنی گروه آزمایشی ۱۰/۲ سال و میانگین سنی گروه گواه ۱۰/۳ سال است.

ملاک انتخاب آزمودنی‌های گروه‌های نمونه به‌منزله کودکان پرخاشگر، ضوابط تشخیصی رفتار پرخاشگرانه براساس DSM IV (جدول ۱) بوده است که بعد از مصاحبه با آموزگار و مادران و توصیف رفتارهای پرخاشگرانه آشکار کلامی و جسمانی کودکان و تعیین مطابقت و عدم مطابقت این رفتارها با جدول ضوابط تشخیصی DSM IV و احراز ضوابطی که برای تشخیص ضروری‌اند (سه ضابطه در دوازده ماه گذشته با حداقل یک ضابطه حاضر در شش ماه گذشته) به‌کار بسته شده است.

جدول ۱. ضوابط تشخیصی اختلال رفتار پرخاشگرانه براساس DSM IV

الف - یک الگوی رفتاری تکرار شونده و پابرجا که در آن حقوق اساسی دیگران یا هنجارها یا قوانین اجتماعی اساسی متناسب با سن، نقض می‌شوند. در این مورد باید سه ضابطه (یا بیشتر) از ضوابط زیر در دوازده ماه گذشته، با حداقل یک ضابطه موجود در شش ماه گذشته، مشاهده شوند.

پرخاشگری نسبت به افراد دیگر و حیوانات

۱. اغلب، دیگران را آزار می‌دهد، می‌ترساند یا تهدید می‌کند.
۲. اغلب، زدوخورد بدنی را شروع می‌کند.
۳. از وسیله‌ای که می‌تواند سبب وارد آمدن آسیب جسمانی جدی شود (برای مثال یک تکه چوب، آجر، بطری شکسته، چاقو، سلاح گرم) استفاده می‌کند.
۴. نسبت به انسان‌ها، به لحاظ جسمانی بی‌رحم است.
۵. نسبت به حیوانات، به لحاظ جسمانی بی‌رحم است.
۶. در مواجهه با قربانی، او را غافلگیر می‌کند (برای مثال دهن‌کجی، جیب‌بری، باج گرفتن، سرقت مسلحانه).
۷. دیگری را به فعالیت جنسی وادار می‌کند.

ب - اغتشاش در رفتار، به آسیب‌دیدگی کنش‌وری اجتماعی، تحصیلی یا حرفه‌ای که به لحاظ بالینی معنادار باشد، منجر می‌شود.

پس از بررسی سلامت جسمانی و روان‌شناختی و تعیین تراز عملیاتی، الگوی پاسخ‌های کودکان گروه‌های نمونه در مجموعه‌ای از آزمون‌های فرافکن کلامی و ترسیمی گردآوری شد. کودکان گروه‌های نمونه، براساس نمره «برون‌پرخاشگری» در آزمون تصاویر ناکامی و «سن»، به جفت‌های هم‌تا و سپس به‌طور تصادفی به گروه‌های آزمایشی و گواه تقسیم شدند تا روش بازی درمانگری متمرکز بر کودک (متغیر مستقل) در مورد گروه آزمایشی اجرا شود.

۲-۲. ابزار پژوهش

در این پژوهش، برای گردآوری الگوی پاسخ‌های پرخاشگرانه پنهان کلامی، از آزمون تصاویر ناکامی روزنزیوگ (فرم کودکان - ایرانی) همراه با مصاحبه استفاده شد. این آزمون، شیوهٔ فرافکن محدودی شامل ۲۴ تصویر شبه‌کارتونی است که در آنها برخی موقعیت‌های ناکامی که معمولاً در زندگی یک کودک روی می‌دهند، به تصویر کشیده شده است. فرض زیربنایی آزمون این است که آزمودنی خود را در موقعیت محرک فرا می‌افکند و احتمالاً با شخص ناکام‌شده در هر مادهٔ از آزمون همسان‌سازی می‌کند. پاسخ‌های آزمودنی به مواد آزمون، به عنوان نمونه‌ای از مجموعهٔ الگوهای واکنشی او در موقعیت‌های ناکامی در نظر گرفته می‌شوند. در جدول ۲، مقوله‌ها و عوامل آزمون تصاویر ناکامی روزنزیوگ نشان داده شده است (دلخموش، ۱۳۷۳).

برای گردآوری پاسخ‌های پرخاشگرانه پنهان غیرکلامی نیز آزمون‌های ترسیم خانواده (کرم) ۱ و ترسیم آدمک رنگی (روآیه) ۲ - هر دو به همراه مصاحبه - به اجرا درآمدند.

جدول ۲. مقوله‌ها و عوامل آزمون تصاویر ناکامی روزنزیوگ

| پیگیری نیاز | دفاع من | غلبه بر مانع | ریخت پرخاشگری |
|-------------|--------------------------------------|--------------|---------------|
| | | | جهت پرخاشگری |
| برون پیگیری | برون کیفی (گونه الحاقی برون کیفی) | برون منعی | برون پرخاشگری |
| درون پیگیری | درون کیفی (گونه الحاقی درون کیفی) | درون منعی | درون پرخاشگری |
| بی پیگیری | بی کیفی | بی منعی | بی پرخاشگری |

آزمون ترسیم خانواده و مصاحبه آن، یک روش فرافکن با تفسیر مبتنی بر روان تحلیل‌گری بیان مسائل و تعارض‌های خانوادگی است که به کمک آن، از یک سو رگه‌های پایدار و ناپایدار شخصیت کودک متمایز و از سوی دیگر تحولی که حاصل درمانگری است، نمایانده می‌شود. تجلی پرخاشگری در ترسیم خانواده، از زاویه‌های پرخاشگری مبتنی بر تعارض‌های برادرانه و پرخاشگری ادیبی (هر یک به‌طور آشکار و پنهان)، پرخاشگری جابه‌جاشده، و نشانه‌های ترسیمی قابل ردیابی است (کرم، ۱۳۷۱). آزمون ترسیم آدمک رنگی نیز از جمله روش‌های فرافکن اکتشاف شخصیت در کودکان است که به همراه مصاحبه آن می‌توان منظومه‌ای از ویژگی‌های شناختی و عاطفی را ارزشیابی و تغییرات ظریف شخصیت مثلاً در خلال روان‌درمانگری را منعکس کرد. خشونت و پرخاشگری از جمله رگه‌های خلقی قابل ردیابی در ترسیم آدمک بر اساس نشانه‌های متعدد است (دادستان، ۱۳۷۴).

کاربست روش بازی درمانگری متمرکز بر کودک نیز بر اساس «ساخت روش» (مکان و زمان) و «فرایند روش» (تدوین تاریخچه، مشاهده نظام‌یافته رفتار در جلسه‌های بازی درمانگری، و ارزشیابی نیمه‌نهایی و نهایی) مشخص می‌شود. مشاهدات در فرایند بازی درمانگری، توصیف می‌شوند و تحول رفتار در خلال پیشرفت بازی درمانگری، بررسی و تحلیل می‌شود. پژوهشگاه علوم انسانی و مطالعات فرهنگی، تهران، ۱۳۷۴. همچنین برای تعیین تراز عملیاتی، مجموعه‌ای از سه آزمون عملیاتی پیاژه‌ای (وزن، طول، و سطح) به کار بسته شد (منصور و دادستان، ۱۳۷۴).

۳-۲. طرح تحلیل داده‌ها

در بررسی کمی نتایج آزمون ناکامی که شامل ۲۲ متغیر (X_1 تا X_{22}) - ۶ مقوله اصلی (جهت و ریخت پرخاشگری، هر یک در سه سطح)، ۹ عامل نمره‌گذاری، ۶ الگوی فرامنی و زمان کل آزمون است - از «طرح پیش آزمون - پس آزمون با گروه گواه»، و الگوی

آماري «آزمون پارامتریک t»، استفاده شده است (دلارز، ۱۳۷۴).

۲-۴. بررسی های کیفی

در بررسی های کیفی:

- نشانه های پرخاشگری آشکار (کلامی و غیرکلامی) در رفتار عینی آزمودنی ها و

گزارش تغییر یا عدم تغییر آنها، پیش از اجرای روش بازی درمانگری و پس از آن، بررسی می شوند؛

- نشانه های پرخاشگری پنهان (ترسیمی) در سطح فراوانی آزمودنی ها در فرافکنی

هریک از ریخت ها و نشانه های پرخاشگری ترسیمی، پیش از اجرای روش بازی درمانگری و پس از آن، توصیف و بررسی می شوند؛

- مشاهدات در فرایند بازی درمانگری، توصیف و تحوّل رفتار در خلال پیشرفت

بازی درمانگری بررسی و تحلیل می شوند.

۳. تحلیل آماری و کیفی داده ها و برآورد فرضیه ها

تحلیل آماری و کیفی داده های مربوط به فرضیه های پژوهش، به نتایجی که در پی می آیند، منتهی شده است:

۱. بررسی مقایسه ای نشانه های پرخاشگری آشکار کلامی در رفتار عینی

آزمودنی های گروه آزمایشی، پس از اجرای روش بازی درمانگری، نشان می دهد که

پرخاشگری کلامی در پاره ای از آزمودنی ها با فراوانی کمتری ابراز می شود و در پاره ای

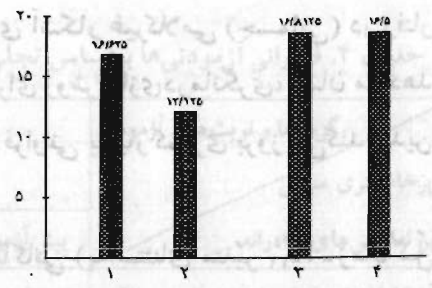
با فراوانی قبلی مشاهده می شود. می توان چنین استنباط کرد که اثربخشی

«بازی درمانگری متمرکز بر کودک» بر پرخاشگری آشکار کلامی (فرضیه ۱-۱)، محدود

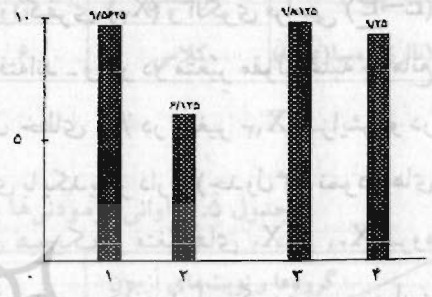
و مستلزم بررسی الگوهای مجاز تر واکنش پرخاشگرانه در چهارچوب خانواده کودک

است.

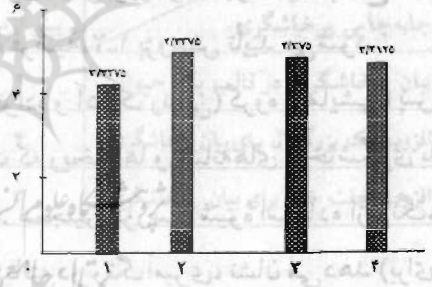
نمودار ۱. میانگین نمره‌های آزمودنی‌ها در متغیر X_1



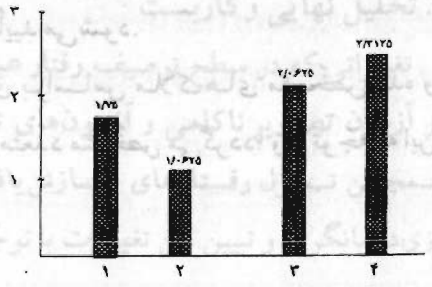
نمودار ۲. میانگین نمره‌های آزمودنی‌ها در متغیر X_4



نمودار ۳. میانگین نمره‌های آزمودنی‌ها در متغیر X_{13}



نمودار ۴. میانگین نمره‌های آزمودنی‌ها در متغیر X_1



ستون ۱: پیش‌آزمون گروه آزمایش
 ستون ۲: پس‌آزمون گروه آزمایش
 ستون ۳: پیش‌آزمون گروه گواه
 ستون ۴: پس‌آزمون گروه گواه

جدول ۳. نسبت‌های t محاسبه‌شده گروه‌های آزمایشی و گواه

| گروه گواه | t گروه آزمایشی | متغیر |
|-----------|------------------|----------|
| -۰/۳۴۷ | **۱/۹۴۸ | X_1 |
| ۰/۷۰۴ | -۰/۷۰۴ | X_2 |
| ۰/۸۸۲ | -۲/۸۹۸ | X_3 |
| ۰/۹۰۹ | *۱۰/۸۵۳ | X_4 |
| ۱/۴۴۸ | ۱/۷۸۶ | X_5 |
| -۱/۵۲۷ | -۳ | X_6 |
| ۰/۳۲۳ | -۰/۰۸۰۴ | X_7 |
| -۰/۵۵۱ | -۰/۶۰۴ | X_8 |
| -۰/۱۳۶ | -۱/۱۱۶ | X_9 |
| ۰/۳۶۱ | *۶/۴۸۱ | X_{10} |
| ۱/۶۹۴ | -۰/۵۵۵ | X_{11} |
| -۰/۴۶۸ | -۸/۵۳۰ | X_{12} |
| ۰/۱۰۴ | **۱/۹۶۵ | X_{13} |
| ۰/۰۰۰ | ۰/۶۶۸ | X_{14} |
| ۰/۰۷۴ | -۲/۲۸۲ | X_{15} |
| -۰/۸۲۸ | ۱/۱۰۸ | X_{16} |
| ۱/۷۸۳ | ۰/۴۴۴ | X_{17} |
| ۱/۵۲۷ | ۱/۱۸۳ | X_{18} |
| ۱/۲۰۸ | *۵/۳۴۷ | X_{19} |
| -۲/۳۰۳ | -۱/۴۰۱ | X_{20} |
| ۰/۱۰۲ | -۷ | X_{21} |
| **۲/۲۶۲ | **۲/۰۹۴ | X_{22} |

$N = 8$
 $df = n - 1 = 7$
 * $P = 10\%$
 ** $P = 5\%$

۲. بررسی مقایسه‌ای نشانه‌های پرخاشگری آشکار غیرکلامی (جسمانی) در رفتار عینی آزمودنی‌های گروه آزمایشی، پس از اجرای روش بازی درمانگری، نشان می‌دهد که رفتارهای پرخاشگرانه جسمانی در آنها با فراوانی بسیار کمتری بروز می‌کند؛ بدین ترتیب، فرضیه ۱-۲ پژوهش تأیید می‌شود.

۳. تحلیل آماری داده‌های آزمون تصاویر ناکامی (به استثنای متغیر $X_{۲۲}$ - زمان کل آزمون) نشان می‌دهد که میانگین‌های پیش آزمون و پس آزمون گروه آزمایشی در سه متغیر مقوله برون‌پرخاشگری ($X_{۱۰}$)، عامل برون‌کیفری ($X_{۴}$) و الگوی فرامنی ($E-E$) ($X_{۱۹}$) - که با احتمال خطای ۰/۵٪ کاهش یافته‌اند - و در دو متغیر مقوله غلبه بر مانع ($X_{۱۳}$) و عامل برون‌منعی ($X_{۱}$) - که با احتمال خطای ۰/۵٪ در متغیر $X_{۱۳}$ افزایش و در متغیر $X_{۱}$ کاهش پیدا کرده‌اند - تفاوت معناداری با یکدیگر دارند (جدول ۳ و نمودارهای ۱ تا ۴)؛ در حالی که ارزش t محاسبه شده برای هیچ‌یک از متغیرهای $X_{۱}$ تا $X_{۲۱}$ گروه گواه، مبین تفاوت معنادار میانگین‌های پیش آزمون و پس آزمون این گروه نیست. این نتایج، نشان دهنده اثربخشی روش بازی درمانگری متمرکز بر کودک بر الگوی پاسخ‌های پرخاشگرانه پنهان کلامی است؛ بدین ترتیب، فرضیه ۲-۱ پژوهش تأیید می‌شود.

۴. تحلیل آزمون‌های فرافکن ترسیمی (خانواده و آدمک رنگی) گروه آزمایشی، پس از اجرای روش بازی درمانگری، مبین آن است که ریخت‌ها و نشانه‌های پرخاشگری با فراوانی و شدت کمتری در آنها تجلی یافته‌اند. همچنین بررسی شیوه استفاده از رنگ، تغییراتی را در جهت کاهش پرخاشگری تجسم یافته در رنگ آمیزی، نشان می‌دهد (برای نمونه: جدول‌های ۴ و ۵)؛ در حالی که این تغییرات در پس آزمون گروه گواه مشاهده نمی‌شود. با این یافته‌ها، فرضیه ۲-۲ پژوهش تأیید می‌شود.

۵. با تحلیل محتوای فرایند بازی درمانگری براساس ملاک‌های مشخص شده و خلاصه مشاهدات، تحوّل رفتار در قلمروهای متعدد مشخص می‌گردد؛ و با توجه به این یافته‌ها، فرضیه سوم پژوهش تأیید می‌شود.

جدول ۴. فراوانی آزمودنی‌ها براساس تجلی پرخاشگری مبتنی بر تعارض‌های برادرانه

| گواه | | آزمایشی | | گروه‌ها و نوبت‌های آزمون | |
|----------|-----------|----------|-----------|--------------------------------------|--------------------|
| | | | | پرخاشگری مبتنی بر تعارض‌های برادرانه | |
| پس آزمون | پیش آزمون | پس آزمون | پیش آزمون | آشکار (نزاع، تهدید، کیفر دادن و ...) | |
| ۳ | ۳ | ۱ | ۴ | | |
| ۸ | ۸ | ۴ | ۸ | ترسیمی | پنهان |
| ۷ | ۵ | ۵ | ۶ | کلامی | (ناارزنده‌سازی‌ها) |

جدول ۵. فراوانی آزمودنی‌ها براساس جابه‌جایی پرخاشگری

| گواه | | آزمایشی | | گروه‌ها و نوبت‌های آزمون | |
|----------|-----------|----------|-----------|--------------------------------------|--|
| | | | | جابه‌جایی پرخاشگری | |
| پس آزمون | پیش آزمون | پس آزمون | پیش آزمون | بیان پرخاشگری در قالب یک حیوان | |
| ۱ | ۰ | ۰ | ۱ | | |
| ۲ | ۱ | ۱ | ۴ | افزودن یک بزرگسال برای بیان پرخاشگری | |
| ۴ | ۳ | ۲ | ۳ | افزودن جفت خود برای بیان پرخاشگری | |

۴. تحلیل نهایی و کاربرست

تغییراتی که در سطح توصیف رفتار عینی کودکان گروه آزمایشی، الگوی پاسخ آنها در آزمون تصاویر ناکامی و آزمون‌های ترسیم خانواده و آدمک رنگی حاصل شده، همچنین تحوّل رفتارهای سازش‌یافته‌تر در آنها به موازات پیشرفت فرایند بازی درمانگری و تبیین این تغییرات با توجه به امکانات بازی درمانگری متمرکز بر

کودک، داورى در مورد فرضیه‌های پژوهش را امکان‌پذیر کرده است. کاهش فراوانی نشانه‌های پرخاشگری آشکار کلامی، فقط در برخی آزمودنی‌های گروه آزمایشی مستلزم بررسی ملاحظات اجتماعی و بین شخصی است. در خلال فرایند اجتماعی شدن در انسان، ابراز پرخاشگری آشکار بیش از پیش تابع نظام بازداری‌ها می‌شود تا جایی که می‌تواند به گونه‌ای ابراز شود که کمترین نشانی از ماهیت ستیزه‌جویانه آن باقی نمانده باشد. به موجب فرایندی که در طی آن شکل مجازتری از پرخاشگری جانشین شکل کمتر مجاز یا غیرمجازی می‌شود، جابه‌جایی در سطح «پاسخ» انجام می‌شود و در واقع پاسخ مجازتر ممکن است به منزله الگوی واکنش پرخاشگرانه از سوی دیگران (و خود) پذیرفته شود. با بررسی چهارچوب نظام ارتباطی خانواده روشن می‌شود که از میان واکنش‌های پرخاشگرانه کودک، کدام واکنش و به چه علت مجازتر شمرده می‌شود، برانگیختگی‌های والدین چگونه ابراز می‌شوند و... از سوی دیگر، توحید یافتگی شخصیت کودک، فرایندی پیچیده و تدریجی است و تغییر واکنش‌های قابل اغماض‌تری مانند پرخاشگری کلامی، مستلزم زمان است. بر این اساس و با توجه به کاهش پرخاشگری کلامی در پاره‌ای از آزمودنی‌ها، می‌توان چنین استنباط کرد که اثربخشی بازی درمانگری متمرکز بر کودک بر پرخاشگری آشکار کلامی محدودیت‌هایی دارد و بررسی الگوهای قابل اغماض‌تر واکنش پرخاشگرانه در چهارچوب خانواده کودک را الزامی می‌سازد.

همچنین فراوانی رفتارهای پرخاشگرانه جسمانی در رفتار عینی آزمودنی‌های گروه آزمایشی پس از اجرای روش بازی درمانگری کاهش قابل ملاحظه‌ای یافته است. این تغییر بارز، با توجه به امکاناتی که موقعیت بازی درمانگری برای برون‌ریزی کشاننده‌ها فراهم می‌کند، قابل تبیین است. «کلاین» (۱۹۷۵) در «تحلیل بازی» خاطر نشان می‌کند که «هنگام نیرومندی پرخاشگری و اضطراب، کودک در بازی‌هایش دائماً اقدام به بریدن، شکستن، خیس کردن و سوزاندن چیزهایی می‌کند که برای او نماد والدین، برادران و

خواهران، و بدن و پستان مادر هستند» و همچنان که کودک به برون‌ریزی پرخاشگری می‌پردازد و در جستجوی غلبه بر اضطراب‌های آسیب‌زننده از خلال «بازی رمزی» است، بازی به منزله مکانیزم تنظیم‌کننده‌ای عمل می‌کند که هم مفزی برای برانگیزش‌های ابتدایی واقع می‌شود و هم امکان انحلال رمزگونه تعارض‌های اولیه کودک با والدین خود را (که این تعارض‌ها، خود، منبع خصومت با خواهران و برادران و همسالان کودک است) فراهم می‌سازد. توحیدیابی این فرایندها در سطح ناهشیار، با تحوّل «فرامن» و توانا تر شدن «من» در مهار کشاننده‌های پرخاشگرانه (و جنسی) «بن» همراه است.

اما تفاوت معنادار میانگین‌ها در متغیرهای X_1 ، X_4 ، X_13 ، X_{14} (غیر از متغیر X_{19}) را از زاویه «جهت»‌ها و «ریخت»‌های پرخاشگری بررسی می‌کنیم:

مقوله برون‌پرخاشگری با «جهت‌پرخاشگری» مرتبط است. کاهش معنادار میانگین نتایج پس‌آزمون گروه آزمایشی در این مقوله، به معنای آن است که گرایش به فرافکنی پرخاشگری به سوی موضوع بیرونی کاهش یافته است. تغییر عوامل مرتبط با این مقوله نیز با این کاهش همگرایی دارد: کاهش معنادار میانگین نتایج عامل برون‌کیفیری، به معنای گرایش کاهش یافته بیان خصومت در واکنش به موقعیت ناکام‌کننده است و کاهش معنادار نتایج عامل برون‌معنی، به منزله کاهش گرایش به تأکید مصرانه بر حضور مانع ناکام‌کننده تلقی می‌شود.

از سوی دیگر، مقوله غلبه بر مانع، با «ریخت‌پرخاشگری» ارتباط دارد. افزایش معنادار میانگین نتایج در این مقوله بدین معنا است که کودکان گروه آزمایشی، پیش از پیش، مانع بیرونی را مسبب ناکامی تلقی می‌کنند؛ اما با توجه به اینکه عامل برون‌معنی، عامل مرتبط با مقوله غلبه بر مانع نیز هست، تفاوت حاصل‌شده در ریخت‌پرخاشگری کودکان گروه آزمایشی به گونه‌ای دقیق‌تر عبارت از این است که این کودکان پیش از پیش مانع بیرونی را مسبب ناکامی می‌دانند، اما از تأکیدشان بر شدت آن کاسته شده است.

همچنین ریخت‌ها و نشانه‌های پرخاشگری در تولیدات ترسیمی آزمودنی‌های گروه آزمایشی کاهش پیدا کرده است.

اما بررسی اثربخشی «بازی درمانگری متمرکز بر کودک» بر الگوهای فرافکنی شده کلامی و ترسیمی (به‌منزله ملاک‌های پرخاشگری پنهان در این پژوهش) که در چهارچوب خاستگاه روان‌پویشی آنها قابل تبیین است، در سطحی قرار دارد که ترسیم مرزی میان علت و معلول را تصنعی جلوه می‌دهد؛ چراکه هر دو به قلمروی روش‌های فرافکن تعلق دارند و به میزان قابل توجهی در سطوح نظری و بالینی، از جمله در رمزی‌سازی‌ها به یکدیگر پوشش می‌دهند. بر این اساس، تغییر الگوهای «واکنش کلامی» و «تولیدات ترسیمی» بعد از اجرای روش بازی درمانگری، در واقع با توسل به روش «جستجوی همگرایی‌ها» برای حصول یقین در باب یافته‌های پژوهش، قابل تبیین است. در پژوهش حاضر، این جستجو در سه سطح «نشانه‌های همگرایی درون - تستی»، «نشانه‌های همگرایی برون - تستی» و «همگرایی با تغییرات حاصل درمانگری» (کاهش پرخاشگری در رفتارهای عینی)، به نتیجه رسیده است.

و سرانجام اینکه، بررسی دامنه تأثیر «بازی درمانگری متمرکز بر کودک» بر تحوّل رفتارهای سازش‌یافته‌تر بر اساس مشاهده دقیق کودکان گروه آزمایشی در جلسه‌های بازی درمانگری و تحلیل محتوای فرایند بازی درمانگری، مبین تحوّل رفتار آنها در سطوح مختلف کنش‌وری (هیجانی - عاطفی، صلاحیت‌های عملی و تعاملی، نظام دفاع‌ها و...) با پیشرفت فرایند بازی درمانگری است؛ که به موازات آن، کودک به رهنموددهی خود اطمینان بیشتری پیدا می‌کند، در نتیجه ارتجالی‌تر و خلاق‌تر می‌شود و خود را در اتاق بازی می‌آزماید چراکه مطمئن نیست رفتاری که به‌تازگی در او تحوّل یافته است، چه احساسی در خود او به‌وجود می‌آورد یا محیط چه واکنشی در برابر آن نشان می‌دهد.

با آزمودن این تغییرات در محیطی برخوردار از ایمنی و آسان‌گیری - محیطی که توأم

با توجه و پذیرش بی قید و شرط تغییرات کودک است - کودک به مخاطره انداختن خود و مواجهه با دنیای بیرونی را می پذیرد. این پذیرش، در حقیقت گذار از چهارچوب اکتساب های بازی درمانگری به زندگی واقعی را فراهم می سازد.

به طور خلاصه، می توان نتیجه گرفت که موقعیت بازی درمانگری با تسهیل برون ریزی برانگیزش های «بن»، دست یابی به کام یافتگی کشاننده پرخاشگرانه را به گونه رمزی ممکن می سازد. از سوی دیگر، در بازی درمانگری، موقعیت هایی که به هر دلیل به شکل گیری تعارض های آسیب زا منجر شده و بدین ترتیب در تحوّل عاطفی و ارتباطی کودک اختلال ایجاد کرده اند، در خلال «بازی رمزی» باز آفرینی می شوند و امکان غلبه فعال کودک را بر رویدادهایی که به هنگام وقوع، کودک به گونه ای فعل پذیر دستخوش آنها شده بود، در سطحی هرچند ابتدایی از هشیاری، فراهم می سازند و امکان درون سازی تجربه های جدید را در سازمان یافتگی تعارض آسز گذشته، در سطح کنونی تحوّل به وجود می آورند. بدین ترتیب، ظرفیت «من» در مهار کشاننده ها افزایش می یابد. همچنین، موقعیت بازی درمانگری با فراهم ساختن امکان انحلال رمزگونه تعارض های کودک در روابطش با والدین در مرحله ادیپ، بر تحوّل «فرامن» مؤثر است. حاصل این رفع تعارض ها و توحید یابی های سازمان روانی، موفقیت در تسلط برگستره مهارت های جسمانی، هیجانی - عاطفی، شناختی، و اجتماعی است که کودک را در رویارویی با تعارض های آتی توانا می سازد.

و سخن آخر اینکه در این پژوهش، اثر بخشی بازی درمانگری متمرکز بر کودک، بر اساس متغیرهای تعریف شده، مورد مطالعه قرار گرفته است. با توجه به این مسئله و با در نظر گرفتن محدودیت های روش شناختی از جمله ملحوظ نکردن مؤلفه هایی که احتمالاً نتایج را تحت تأثیر قرار می دهند (مؤلفه هایی مانند تراز تحوّل اخلاقی، اجتماعی و...)، عدم امکان پیگیری پژوهش و محدود بودن دانسته ها و تجربه های پژوهشگر، نتایج این مطالعه، «تجربی» تلقی می شوند و جنبه پیشنهادی و اکتشافی دارند تا تعیین کنندگی؛ چرا

که کاربست موفقیت آمیز این روش در موقعیت های بالینی، مستلزم انجام دادن تعدیلهایی به تبع کلیتی است که پیشروست، اما در مجموع می توان از این روش در «مراکز تشخیص و درمانگری کودکان»، «مدرسه های ابتدایی»، و «مراکز حمایت از کودکان» در پیشگیری و درمان اختلال های دوره کودکی به طور وسیع استفاده کرد.

کتابنامه

- دادستان، پریرخ. ۱۳۷۴. ارزشیابی شخصیت کودکان براساس آزمون های ترسیم. تهران: رشد.
- دلاور، علی. ۱۳۷۴. مبانی نظری و عملی پژوهش در علوم انسانی و اجتماعی. تهران: رشد.
- دلخوش، محمد تقی. ۱۳۷۳. بررسی پرخاشگری در کودکان پرورشگاهی و غیرپرورشگاهی (پایان نامه دوره کارشناسی ارشد روان شناسی کودکان استثنایی). دانشکده روانشناسی و علوم تربیتی دانشگاه تهران.
- کرمن، ل. ۱۳۷۱. نقاشی کودکان: کاربرد تست ترسیم خانواده در کلینیک. ترجمه پ. دادستان و م. منصور. تهران: ژرف.
- منصور، محمود؛ دادستان، پریرخ. ۱۳۷۴. دیدگاه پیاژه در گستره تحول روانی. چاپ دوم. تهران: بعثت.

Barlow, K.; Strother, J.; Landreth, G. 1985. "Child-centered play therapy: Nancy from baldness to curls", *Sch. counsel.*, 32(5): 347-356.

DSM, IV. 1994. "Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders", Forth Edition.

Ginsberg, G. B. 1984. "Beyond behavior modification: client-centered play therapy with the retard", *Acad. psychol. bull.*, 6(3): 321-334.

Hennig, H. 1976. "Psychotherapeutic treatment of overanxious and phobic children by imagination techniques", *Zeitschrift fur kinder & jugendpsychiatrie*, 4(3): 272-285.

Hughes, F. P. 1991. *Children, Play and Development*. Boston: Allyn and Bacon.

Kaczmarek, T. 1983. "The non-directive play therapy method as used with the mentally retarded child and his parents", *Psychologia wychowawcza*, 26(2): 190-203.

- Kettlewell, P. W. ; Kausch, D. F. 1983. "The Generalization of the effects of a cognitive - behavioral treatment program for aggressive children", *J. abnorm. child psychol.* ; 11(1): 101-114.
- Klein, M. 1975. *Love, Guilt and Reparation*. London: Hogart Press Ltd.
- Nicol, A. R. ; Parker, J. 1981. "Playgroup therapy in the junior school", *Brit. J. guid. & counsel.*, 9(1): 86-93.
- Robins, L. N. 1981. "Epidemiological approaches to natural history research; Antisocial disorders in children", *J. Amer. acad. child psychiat.*, 20: 566-580.
- Schaefer, Ch. E. 1985. "Play therapy", *Early child dev. & care.*, 19: 95-108.
- Schaefer, Ch. E.; Reid, S.E. 1986. *Game Play; Therapeutic Use of Childhood Games*. New York: John Wiley & Sons.
- Schmidtchen, S. ; Hennies, S. ; Acke, H. 1993. "Evaluating the hypothesis of a twofold effectiveness of client-centered play therapy", *Psychologie in erziehung & unterricht*, 40(1): 34-42.
- چکیده
در زمینه ارتباط بین تفکر
این پژوهش ها، به جایگاهی توجه شد که در آن روان و بدن درهم تنیده
شده اند. یکپارچگی روان - بدن به تحول در روان شناسی سلامت
(پزشکی رفتاری) انجامیده است.
پرتال جامع علوم انسانی
در مقاله حاضر، این پرتال جامع علوم انسانی بررسی ارتباط تفکری و
بیماری، بازی، نقد و بررسی شایستگی، همچنین، درباره پژوهش های تفکری و
بیماری و به طور کلی، بررسی هایی که در آنها بر یکپارچگی روان و بدن و نقش
عوامل روان شناختی در بیماری های جسمانی تأکید شده است و پیامدهایی
چون وسیع تر شدن مفهوم بیماری های روان - تنی، تغییر ارتباط بین
روان شناسی و پزشکی، نسبت بشر و اتدهای علوم پزشکی و یکپارچگی
پیدا شدن روانی و جسمانی را به همراه داشته اند، بحث شده است.