

اثربخشی بازی درمانگری والدینی بر کاهش نشانه‌های اختلال‌های برونی‌سازی در کودکان

The Effectiveness of Filial Therapy in Reducing Externalizing Problems in Children

Elahe Aghayi
MA in Educational Psychology

Maryam Bayat
PhD Candidate
Tarbiat Modares University

مریم بیات
دانشجوی دکتری
دانشگاه تربیت مدرس

الهه آقایی
کارشناسی ارشد روان‌شناسی تربیتی

چکیده

هدف پژوهش حاضر تعیین اثربخشی بازی درمانگری والدین در کاهش نشانه‌های اختلال‌های برونی‌سازی در کودکان دبستانی بود. ابتدا ۳۰۰ کودک (۱۵۰ دختر و ۱۵۰ پسر) ۷ تا ۸ ساله با استفاده از فهرست رفتاری کودک آشنباخ (آشنباخ و رسکورلا، ۲۰۰۱) مورد آزمون قرار گرفتند و از بین کسانی که نمره بالایی در این آزمون کسب کردند، ۱۵ کودک (هفت دختر، هشت پسر) به شیوه تصادفی چند مرحله‌ای به عنوان نمونه اصلی پژوهش انتخاب شدند. مادران این کودکان در هشت جلسه درمان گروهی سه ساعته شرکت کردند. مادران در پایان جلسه‌های دوم، چهارم، ششم و هشتم، بار دیگر فهرست رفتاری کودک و پیش از آغاز و در پایان دوره، پرسشنامه خوداثربخشی (دومکا، ۱۹۹۶) و تنیدگی والدین (آبیدین، ۱۹۸۳) را تکمیل کردند. برای تحلیل داده‌ها از روش تحلیل اندازه‌گیری‌های مکرر بهره گرفته شد. یافته‌ها نشان دادند بازی درمانگری والدینی موجب کاهش رفتارهای برونی‌سازی کودکان و نادیده گرفتن قوانین شد. اما تأثیر معناداری بر کاهش رفتارهای پرخاشگرانه نداشت. این روش همچنین موجب کاهش تنیدگی والدین و افزایش خوداثربخشی آنها شد. در نتیجه می‌توان بازی‌درمانگری والدینی را روش مؤثری در کاهش مشکلات برونی‌سازی کودکان در نظر گرفت که در زمانی کوتاه از شدت مشکلات کودک می‌کاهد و بر تنیدگی و خوداثربخشی والدین مؤثر است.

واژه‌های کلیدی: بازی‌درمانگری والدینی، مشکلات برونی‌سازی، خوداثربخشی والدین، تنیدگی والدین

Abstract

The aim of this study was to investigate the effectiveness of filial therapy on decreasing the symptoms of externalizing disorders in primary school children. Fifteen children (7 girls, 8 boys) ages between seven and eight years old who obtained the highest scores in the Child Behavior Checklist (CBCL; Achenbach & Rescorla, 2001) were selected from 300 primary school children using multistage random sampling. The children's mothers completed the Parental Stress Index (PSI; Abidin, 1983) and the Parental Self-Agency Measure (PSA; Dumka, 1996). The mothers received 8 filial therapy sessions in eight weeks. The mothers completed the CBCL after the second, fourth, sixth, and eighth sessions. At the end of the therapy sessions, the mothers completed the PSI and the PSA again. The results of repeated measure analysis indicated that the filial therapy decreased significantly the scores of the externalizing disorder and the breaking rules but had no significant effect on decreasing the aggressive behaviors scores. Therefore, our results showed that the filial therapy was an effective therapy for decreasing the PSI and increasing the PSA. The findings suggested that the filial therapy may be a suitable approach for reducing children externalizing problems in short time and have effects on parental stress and self-efficacy.

Keywords: filial therapy, externalizing disorders, parental stress, maternal-self efficacy

received: 23 June 2014

accepted: 30 December 2014

Contact information: elahe_aghayi@yahoo.com

دریافت: ۹۳/۴/۲

پذیرش: ۹۳/۱۰/۹

مقدمه

اختلال‌های هیجانی و رفتاری دوران کودکی به دو دسته اختلال‌های درونی‌سازی^۱ و برونی‌سازی^۲ تقسیم می‌شوند. اختلال‌های درونی‌سازی، درون‌فردی هستند و به شکل اضطراب، افسردگی و وسواس ظاهر می‌شوند. در مقابل اختلال‌های برونی‌سازی، الگوهای رفتاری سازش‌ناایافته‌ای هستند که در تعارض با دیگر افراد و انتظارهایشان قرار می‌گیرند. نشانه‌های این دسته از اختلال‌ها در رفتارهای بیرونی کودک ظاهر می‌شود و نمایانگر عمل منفی کودک بر محیط بیرونی است (آشنای و رسکورلا، ۲۰۰۱). این مشکلات پایداری متوسط تا زیادی را در طول زمان نشان می‌دهد و یک عامل اصلی پیش‌آگهی برای نافرمانی در دوران نوجوانی و جنایت و خشونت در دوران بزرگسالی است (استورمنت، ۲۰۰۲). اشکال زودرس نشانه‌های برونی‌سازی که از دومین سال زندگی به صورت فزون‌کنشی^۳، بی‌قراری، بدقلقی^۴، گریه زیاد و لجبازی (گیلیوم و شاو، ۲۰۰۴) قابل مشاهده است، در سال‌های بعد در قالب پرخاشگری جسمانی، تضادورزی^۵ و نخستین شکل‌های نقض قوانین در خانه و محیط آموزشگاهی ظاهر می‌شود (یانگ‌مون، فیتزجرالد، وون‌آی، پاتلر و زاگر، ۲۰۰۱). در نهایت رفتارهای ضداجتماعی یا بزهکاری در نوجوانی و جوانی در صدر جدول نشانه‌شناسی قرار می‌گیرند (کوهن، دمبرگ، ورمین، گلک و دورلجر، ۲۰۱۲).

با توجه به آسیب‌زا بودن این مشکلات و شیوع بالای اختلال‌های برونی‌سازی در اواخر دوران کودکی و اوایل نوجوانی (لوینسن، رهلد و فرینگتن، ۲۰۰۴؛ غباری‌بناب، پرنده، فیروزجاه، موللی و نعمتی، ۱۳۸۸)، یافتن درمان‌های مؤثر از جمله هدف عمده پژوهش‌ها در این زمینه است. روش‌های مداخله و درمانگری اختلال‌های برونی‌سازی در دو سطح کودک و خانواده انجام می‌پذیرد. از سوی دیگر، با توجه به اینکه روش‌های درمانگری مختص بزرگسالان برای کودکان مناسب نیست، بازی‌درمانگری جایگاه خاصی را در حیطه درمان کودکان به خود اختصاص داده است که از این میان شیوه بازی‌درمانگری بی‌رهنمود در درمان کودکان کاربرد بسیار دارد و پژوهش‌های بسیاری در خارج و داخل کشور در مورد اثربخشی این روش

درمانگری انجام گرفته است (ری، ۲۰۰۶؛ جعفری، محمدی، خانبانی، فرید و چیتی، ۲۰۱۱). با این وجود، به دلیل برخی از محدودیت‌های روش بازی‌درمانگری بی‌رهنمود مانند عدم مشارکت والدین، هزینه بالا و جلسه‌های زیاد و مشکلات تعمیم‌دهی اثرات این روش درمانگری به خارج از محیط درمان (لی بلانس و ریتچی، ۲۰۰۱؛ براتون، ری، راین و جونز، ۲۰۰۵)، روش بازی‌درمانگری والدینی^۶ توسط برنارد گورنی^۷ ابداع شد. این روی‌آورد نظامدار، ترکیبی از بازی‌درمانگری و روی‌آوردهای خانواده‌محور است. در این روش بر رابطه بین والد و کودک تأکید شده و از بازی به عنوان ابزاری برای تسهیل تعامل‌های بین والد و کودک استفاده می‌شود (تاپهم، وامپلر، تیتوث و رولینگ، ۲۰۱۱). مدل‌های مختلفی از این روی‌آورد عرضه شده است که در این بین یکی از پرکاربردترین و مؤثرترین روش‌های بازی‌درمانگری والدینی، مدل درمانگری لندرت^۸ است. لندرت و براتون (۲۰۰۶) بر اساس مبانی نظری گورنی (۱۹۶۴) مدل درمانگری فشرده را در ۱۰ جلسه سازمان‌دهی کردند و آن را درمانگری رابطه والد-کودک^۹ نامیدند. در این مدل درمانی والدین به عنوان عاملان درمانگری، در جلسه‌های درمانی می‌آموزند که چگونه محیطی گرم و صمیمی در خانه ایجاد کرده و رابطه‌ای غیرقضاوتی، نامشروط و اصیل با فرزند خود برقرار کنند و در نتیجه باعث ایجاد احساس امنیت در فرزند خود شده و به هدف درمان و رشد کودک دست یابند (لندرت، ۱۳۹۰/۲۰۰۲). در بازی‌درمانگری والدینی می‌توان در زمانی کوتاه‌تر و با صرف هزینه‌ای کمتر اصول اصلی بازی‌درمانگری را به والدین آموخت و امیدوار بود با شرکت دادن مستقیم آنها در درمان علاوه بر تسریع روند تغییرات، بر چالش تعمیم نیز غلبه کرد (گورنی، ۲۰۰۳؛ ونفلیت، ۲۰۱۱).

پژوهش‌ها از اثربخشی این روش در حل اختلال‌های برونی‌سازی کودکان در فرهنگ‌های مختلف از جمله امریکا (لی و لندرت، ۲۰۰۳) و کره (جانگ، ۲۰۰۰)، افزایش احساس خوداثربخشی والدین، کاهش تنیدگی آنها و استحکام رابطه والد-کودک (ادوارد، سالیوان، مینی‌والن و کانتور، ۲۰۱۰؛ تایلر، پرسول، لیندو، جاینه و فرناندو، ۲۰۱۱) حمایت می‌کنند. پژوهشگران تأثیر این روش را در فرهنگ‌های شرقی که

1. internalizing disorder
2. externalizing disorder
3. hyperactivity

4. temper tantrum
5. oppositionality
6. filial therapy

7. Guerney, B. J.
8. Landreth, G. L.
9. Child-Parent Relationship Therapy

برونی‌سازی کودکان انجام شده است، آزمون شیوه‌هایی که با تعداد جلسه‌های کم بتواند به نتایج مورد انتظار دست یابد و نیز شرکت دادن والدین در روند درمان به منظور برآورده ساختن برخی از مهم‌ترین مفروضه‌های علت‌شناسی مشکلات کودکان می‌تواند راهگشای درمان مشکلات کودکان در جامعه ما باشد. در نتیجه پاشش اصلی پژوهش حاضر این است که آیا بازی‌درمانگری والدینی می‌تواند موجب کاهش نشانه‌های اختلال‌های برونی‌سازی کودکان و تنیدگی والدین و افزایش احساس خوداثربخشی والدین شود؟

روش

طرح پژوهش حاضر از نوع سری‌های زمانی است که در زمره طرح‌های شبه‌تجربی قرار می‌گیرد. در این طرح از اندازه‌گیری‌های مکرر رفتار آزمودنی برای بررسی رابطه متغیر مستقل و وابسته استفاده می‌شود (هومن، ۱۳۸۰). جامعه آماری این پژوهش کودکان دختر و پسر پایه‌های اول و دوم کلیه دبستان‌های شهر اصفهان در سال تحصیلی ۹۲-۹۱ بود. از این جامعه یک گروه نمونه متشکل از ۱۵ کودک (هفت دختر و هشت پسر) مبتلا به اختلال برونی‌سازی به روش تصادفی چندمرحله‌ای انتخاب شد. در مرحله نخست، از بین مناطق شهر اصفهان سه منطقه و در مرحله بعد، از هر منطقه دو مدرسه به تصادف انتخاب شد. در این مرحله والدین کودکان اول و دوم مدارس منتخب که شامل ۳۰۰ نفر (۱۵۰ دختر و ۱۵۰ پسر) بودند، فهرست رفتاری کودکان^۲ (آشنباخ و رسکورلا، ۲۰۰۱) را تکمیل کردند. سرانجام تعداد ۱۸ کودک که بر اساس نقطه برش نیازمند درمان بالینی بودند و والدین آنها شرکت در تمامی جلسه‌های بازی‌درمانگری والدینی را پذیرفتند، به عنوان گروه نمونه انتخاب شدند. سه کودک به دلیل افسردگی و وسواس حاد مادر، مشکلات زناشویی والدین و در نتیجه عدم همکاری والدین با درمانگر، از گروه حذف شدند. در انتها ۱۵ کودک گروه نمونه را تشکیل دادند.

نظام ارزیابی مبتنی بر تجربه آشنباخ (آشنباخ و رسکورلا، ۲۰۰۱). این فهرست که برای سنجش مشکلات برونی‌سازی و درونی‌سازی کودکان شش تا ۱۸ ساله تهیه شده است، مشکلات

خانواده نقش بسیار مهمی در زندگی کودک دارد، بسیار مؤثرتر از فرهنگ‌های فردگرایی غربی می‌دانند (علیوندوفا و اسماعیلی، ۲۰۱۰).

با توجه به آنچه پیشتر بیان شد، مسئله دیگری که باید به آن توجه شود، نقش برخی از عوامل مربوط به والدین مانند تنیدگی والدینی و خوداثربخشی آنها در مشکلات کودکان است. تنیدگی والدین اصطلاحی است که بیانگر ادراک تنیدگی در نظام والد-کودک است که ویژگی‌های تنش‌زای نقش والد بودن و پاسخ‌های والدین به این ویژگی‌ها را دربر می‌گیرد (ابیدین، ۱۹۸۳). براساس نتایج چندین پژوهش، والدینی که تنیدگی زیادی را تجربه می‌کنند، با مشکلات رفتاری و هیجانی بیشتری در فرزندان‌شان روبه‌رو هستند (کولمن و کاراکر، ۲۰۰۳). به علاوه متغیر دیگری که با مشکلات کودکان رابطه دارد احساس والدین از میزان توانمندی خود در انجام وظایف والدینی و مدیریت مسائل فرزندان است. این احساس بر مدیریت مسائل فرزندان تاثیرگذار است. در واقع بین احساس خوداثربخشی^۱ والدین و سازگاری مشاهده‌شده در کودک یک رابطه معنادار وجود دارد (تایلر، ۲۰۰۶). در نتیجه با توجه به نقش این متغیرها، به نظر می‌رسد چنانچه بتوان از تنیدگی والدین کاست و اطلاعات لازم برای تربیت کودک و مواجهه با مشکلات وی را در اختیار آنان گذاشت، والدین احساس خوداثربخشی بیشتری در زمینه نقش خود خواهند داشت و چه بسا این عوامل، در کاهش مشکلات کودکان مؤثر باشد (تاپهم و ونفلیت، ۲۰۱۱). پژوهش‌ها نشان داده‌اند آموزش روش بازی‌درمانگری والدینی منجر به کاهش تنیدگی والدین (موسس، ۲۰۱۲) و افزایش خوداثربخشی آنها شده است (طالعی، ۱۳۸۸).

بازی‌درمانگری در ایران، به عنوان یکی از روش‌های درمانگری کودکان تا حدی شناخته شده است، اما تعداد جلسه‌های بالای مورد نیاز برای اثربخشی این نوع مداخله و نادیده گرفتن نقش والدین در پدیدایی و حفظ مشکلات کودک شائبه‌هایی را در مورد اثربخشی این روش درمانی رقم زده است (براتون و دیگران، ۲۰۰۵، لی‌بلانس و ریچی، ۲۰۰۱).

از سوی دیگر با توجه به آنکه در ایران تاکنون پژوهش‌های اندکی درباره تأثیر بازی‌درمانگری والدینی در کاهش مشکلات

آلفای کرونباخ در مادران انگلیسی زبان که سطح اقتصادی متوسطی داشتند $0/70$ گزارش شده است (تایلر، 2006). در جمعیت ایرانی ضریب آلفای کرونباخ این سنجش $0/70$ و ضریب همسانی درونی آن $0/73$ به دست آمد (طالعی، 1388).

شاخص تنیدگی والدین^۵ (اییدین، 1983). این شاخص برای ارزیابی تنیدگی در نظام والد-کودک و شامل دو قلمرو کودک و والدین است. زیرمقیاس‌های مربوط به هر کدام از قلمروها و تعداد موارد آنها عبارتند از: مقیاس‌های مربوط به کودک (47 ماده) که شامل زیرمقیاس بی‌توجهی و فزون‌کنشی (9 ماده)، تقویت‌گری (شش ماده)، خلق کودک (پنج ماده)، پذیرندگی (9 ماده)، سازش‌پذیری (11 ماده) و فزون‌طلبی (9 ماده) است. به علاوه زیرمقیاس‌های مربوط به والدین در مجموع 54 ماده شامل احساس صلاحیت (13 ماده)، دلبستگی والدین (هفت ماده)، محدودیت‌های نقش (هفت ماده)، زیرمقیاس افسردگی (9 ماده)، روابط با همسر (هفت ماده)، انزوای اجتماعی (شش ماده) و سلامت والدین (پنج ماده) است. مقیاس تنیدگی زندگی نیز 19 ماده است. این شاخص به روش لیکرت از یک تا پنج (کاملاً موافقم تا کاملاً مخالفم) نمره‌گذاری می‌شود. از حاصل جمع نمره‌های تمامی زیرمقیاس‌ها نمره کل مقیاس به دست می‌آید. نمره‌های بالاتر از 267 نمایانگر آن است که والدین به رهنمودهای روان‌شناختی نیاز دارند (استورا، $1377/1991$). ضریب اعتبار از طریق محاسبه آلفای کرونباخ برای کل شاخص در یک گروه 248 نفری از مادران هنگ‌کنگی $0/93$ به دست آمد. این ضریب در قلمرو کودک $0/85$ و در قلمرو والد $0/91$ بود. روایی تفکیکی این شاخص $0/93$ و دامنه ضریب روایی همزمان آن با پنج ابزار دیگر تنیدگی بین $0/38$ تا $0/63$ بوده است (تام، چان و وونگ، 1994). این ضریب در جمعیت ایرانی برای کل شاخص برابر با $0/88$ و ضریب بازآزمایی با فاصله زمانی 10 روز برابر با $0/94$ به دست آمد (دادستان، احمدی و حسن‌آبادی، 1385).

بازی‌درمانگری والدینی. در این پژوهش از بین مدل‌های موجود بازی‌درمانگری والدینی، از مدل لندرت و براتون (2006) استفاده شد. این مدل مشتمل بر هشت جلسه سه ساعته در هفته بود و به صورت گروهی برگزار می‌شد. در این مدل به مادران آموزش داده شد که چگونه طبق اصول بازی‌درمانگری

کودکان و نوجوانان را در دو بخش درونی‌سازی و برونی‌سازی و در هشت عامل یا بعد مضطرب/افسرده (13 ماده)، منزوی/افسرده (8 ماده)، شکایت‌های جسمانی (11 ماده)، مشکلات اجتماعی (11 ماده)، مشکلات تفکر (15 ماده)، مشکلات توجه (10 ماده)، نادیده گرفتن قواعد (17 ماده) و رفتارهای پرخاشگرانه (18 ماده) ارزیابی می‌کند. از مجموع نمره‌های دو عامل نادیده گرفتن قوانین و رفتار پرخاشگرانه، مشکلات برونی‌سازی به دست می‌آید (آشنباخ و رسکورلا، 2001). برای نمره‌گذاری، والدین وضعیت کودک خود را در هر ماده با انتخاب یکی از سه گزینه نادرست (صفر)، تا حدی درست (1)، و کاملاً درست (2) مشخص می‌کردند.

در هنجارسازی این فهرست در ایران، مینایی (1384) ضرایب همسانی درونی را در سنین شش تا 11 سال برای زیرمقیاس‌های نادیده گرفتن قوانین، رفتار پرخاشگرانه و برونی‌سازی به ترتیب برابر با $0/67$ ، $0/87$ و $0/88$ و اعتبار بازآزمایی را در فاصله پنج تا هشت هفته برای این زیرمقیاس‌ها به ترتیب برابر با $0/38$ ، $0/48$ و $0/61$ به دست آورد. برای بررسی روایی، این فهرست با سیاهه نشانه‌های مرضی کودکان^۱ (گادو^۲ و اسپرافکین^۳، 2002 نقل از مینایی، 1384) اجرا شد. ضرایب همبستگی همه زیرمقیاس‌ها با زیرمقیاس‌های مرتبط در سیاهه نشانه‌های مرضی در سطح $0/05$ معنادار بودند. برآورد قابلیت این فهرست در ایجاد تمایز بین گروه بهنجار و بالینی نشان داد تفاوت میانگین دو گروه بهنجار و بالینی در دختران و پسران در سه زیرمقیاس در سطح $0/05$ معنادار بود.

پرسشنامه خوداثربخشی مادرانه^۴ (دومکا، استوئرزینگر، جکسون و روزا، 1996). این سنجش برای ارزیابی سطوح کلی خوداثربخشی والدینی ساخته شده است. این آزمون کارایی و نامیدی والدین را هنگام مواجهه با موقعیت‌های کودک، توانایی حل تعارض‌های والد-کودک و تلاش و مقاومت آنها را در والدگری ارزیابی می‌کند. این پرسشنامه از پنج ماده مثبت و پنج ماده منفی تشکیل شده و تمامی ماده‌ها به شکل لیکرت هفت درجه‌ای با طیف یک (به ندرت) تا هفت (همیشه) است. شیوه نمره‌گذاری به این صورت است که پنج ماده (1 ، 3 ، 5 ، 6 ، 8) به صورت معکوس نمره‌گذاری می‌شود. نمره بالا در این سنجش، خوداثربخشی بالا و نمره پایین، خوداثربخشی پایین را نشان می‌دهد (طالعی، 1388). اعتبار این سنجش با محاسبه ضریب

1. Child Symptom Inventory (CSI-4)

2. Gadow, K. D.

3. Sprafkin, J.

4. Maternal Self-Efficacy Questionnaire

5. Parental Stress Index (PSI)

6. Stora, G.

والدینی با فرزندان شان بازی کنند. برنامه جلسه‌های درمانگری در جدول ۱ درج شده است.

جدول ۱

برنامه جلسه‌های بازی‌درمانگری والدینی

جلسه	محتوا
۱	شرح اهداف بازی‌درمانگری توسط درمانگر و تأکید بر پیدایش حساسیت در مورد فرزندان و دادن پاسخ همدلانه به آنها
۲	توضیح اصول اصلی بازی‌درمانگری والدینی مانند هدایت‌گری کودک در جلسه بازی توسط درمانگر. پس از این جلسه والدین جلسه‌های بازی با فرزندان را آغاز کردند. اسباب‌بازی‌های مورد نیاز برای بازی با کودک و دلیل بازی با این وسایل برای والدین شرح داده شد.
۳	آموزش بایدها و نبایدهای بازی به والدین
۴	آموزش چرابی و چگونگی تعیین حد و مرزها و اجرای آن کامل‌تر از جلسه‌های قبل
۵	تمرکز آموزش بر چرابی اهمیت دادن حق انتخاب به کودک و نحوه اجرای این روش برای کاهش مشکلات رفتاری کودک
۶	اهمیت اعتماد به خویشتن و چگونگی ایجاد و افزایش آن در کودک
۷	آموزش ترغیب به جای تحسین، به علاوه ایجاد محدودیت به صورت پیشرفته با کمک تکنیک دادن حق انتخاب
۸	مرور و جمع‌بندی جلسه‌های پیشین و تشویق والدین برای ادامه این روند

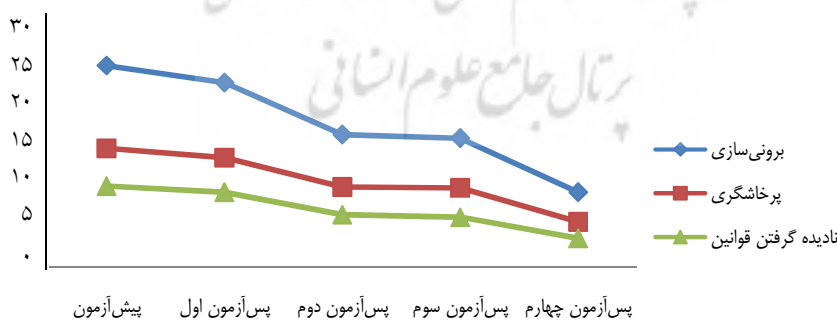
پس‌آزمون در جدول ۲ ارائه شده است. همچنین در شکل ۱ روند تغییرات میانگین رفتارهای برون‌سازی، پرخاشگرانه و نادیده گرفتن قوانین قابل مشاهده است.

همان‌طور که در جدول ۲ و شکل ۱ مشاهده می‌شود، میانگین رفتارهای برون‌سازی، پرخاشگرانه و نادیده گرفتن قوانین طی مراحل پس‌آزمون به تدریج کاهش یافته است. بیشترین کاهش در فاصله پس‌آزمون اول و دوم و پس‌آزمون سوم و چهارم بوده است. به منظور بررسی تأثیر روش بازی‌درمانگری والدینی بر کاهش نشانه‌های برون‌سازی، از آزمون اندازه‌گیری‌های مکرر استفاده شد. نتایج این آزمون در جدول ۳ نشان داده شده است.

در مجموع، مادران یک ماه پیش از شروع مداخله و در جلسه‌های دوم، چهارم، ششم و هشتم فهرست رفتاری کودک آشنباخ و پیش از آغاز و پایان دوره، سنجش خودآزمایشی و شاخص تنیدگی والدین را تکمیل کردند. تحلیل داده‌ها از طریق آزمون تحلیل واریانس اندازه‌گیری مکرر انجام شد. به علاوه مقایسه پیش‌آزمون و پس‌آزمون متغیرهای خودآزمایشی و تنیدگی والدین از طریق آزمون t برای گروه‌های وابسته انجام شد.

یافته‌ها

شاخص‌های توصیفی زیرمقیاس‌های رفتارهای برون‌سازی، پرخاشگرانه و نادیده گرفتن قوانین در پیش‌آزمون و چهارم مرحله



شکل ۱. نمودار میانگین رفتارهای برون‌سازی و زیرمقیاس‌های آن در پیش‌آزمون و مراحل پس‌آزمون

چندمتغیری (لانداى ویلکس)^۴ در مقیاس برون‌سازی و زیرمقیاس نادیده گرفتن قوانین در سطح ۰/۰۱ معنادار است. بنابراین می‌توان نتیجه گرفت، بازی‌درمانگری والدینی موجب

نتایج نشان می‌دهند با وجود معنادار بودن آزمون موشلی^۱، به دلیل آنکه مشخصه گرین‌هاوس گیسر^۲ در هر سه مورد معنادار است، می‌توان مفروضه کرویت^۳ را برقرار دانست. ضریب F

1. Mauchlys' Test of Sphericity 2. Greenhouse Geisser 3. sphericity 4. Wilks' Lambda

کاهش رفتارهای برون‌سازی و رفتارهای نادیده گرفتن قوانین در مقایسه با رفتارهای پرخاشگرانه شده است.

جدول ۳
مشخصه‌های آماری آزمون اندازه‌گیری‌های مکرر برای مقیاس برون‌سازی و زیرمقیاس‌های آن

مشخصه آماری	مشخصه آماری
۰/۰۶۴	آزمون کروییت موشلی
۱۴۳/۰۳*	آزمون گرین‌هاوس گیسر
۶۷/۸۷*	آزمون لاندایلیکس
۰/۰۲۹	آزمون کروییت موشلی
۷۵/۰۶*	آزمون گرین‌هاوس گیسر
۳۲/۸۳	آزمون لاندایلیکس
۰/۱۱	آزمون کروییت موشلی
۹۲/۴۸*	آزمون گرین‌هاوس گیسر
۷۹/۰۷*	آزمون لاندایلیکس

*P<۰/۰۱

برای بررسی آنکه بیشترین تفاوت بین کل مراحل یا کدام مرحله‌ها رخ داده است، میانگین‌ها با استفاده از آزمون t وابسته دو به دو تحلیل شدند که نتیجه آن در جدول ۴ آورده شده است. همان‌طور که مشاهده می‌شود، تغییرات از همان مرحله پس‌آزمون قابل مشاهده است و رفتارهای برون‌سازی، پرخاشگرانه، نادیده گرفتن قوانین در پس‌آزمون اول نسبت به پیش‌آزمون کاهش معناداری یافته است. این کاهش در همه مراحل پس‌آزمون، به جز در فاصله پس‌آزمون دوم تا سوم دیده می‌شود.

جدول ۲
شاخص‌های توصیفی رفتارهای برون‌سازی و زیرمقیاس‌های آن در پیش‌آزمون و مراحل پس‌آزمون

مراحل	مقیاس و زیرمقیاس‌ها	M	SD
پیش‌آزمون	رفتارهای برون‌سازی	۲۶/۱۳	۳/۱۶
	رفتار پرخاشگرانه	۱۵/۴	۳/۶۲
	نادیده گرفتن قوانین	۱۰/۵۳	۱/۹۲
پس‌آزمون اول	رفتارهای برون‌سازی	۲۳/۹۳	۳/۹۲
	رفتار پرخاشگرانه	۱۴/۲	۴/۱۱
	نادیده گرفتن قوانین	۹/۷۳	۲/۲۲
پس‌آزمون دوم	رفتارهای برون‌سازی	۱۷/۲	۴/۸۹
	رفتار پرخاشگرانه	۱۰/۴	۳/۸۳
	نادیده گرفتن قوانین	۶/۸	۲/۱۱
پس‌آزمون سوم	رفتارهای برون‌سازی	۱۶/۷۳	۵/۲۸
	رفتار پرخاشگرانه	۱۰/۲۷	۴/۱۸
	نادیده گرفتن قوانین	۶/۴۷	۱/۸۵
پس‌آزمون چهارم	رفتارهای برون‌سازی	۹/۷۳	۵/۲۲
	رفتار پرخاشگرانه	۵/۸۷	۳/۷
	نادیده گرفتن قوانین	۳/۷۳	۱/۸۳

جدول ۴

نتایج آزمون t وابسته در پیش‌آزمون و پس‌آزمون

مراحل	رفتارهای برون‌سازی	رفتار پرخاشگرانه	نادیده گرفتن قوانین
پیش‌آزمون-پس‌آزمون ۱	۴/۱**	۴/۵۸**	۲/۷*
پس‌آزمون ۱-پس‌آزمون ۲	۹/۹۱**	۶/۸۶**	۸/۵**
پس‌آزمون ۲-پس‌آزمون ۳	۱/۲۸	۰/۴۹	۱/۲۳
پس‌آزمون ۳-پس‌آزمون ۴	۱۳/۵۵**	۱۰/۶۹**	۱۱/۹۸**

*P<۰/۰۵ **P<۰/۰۱

آزمون t در هر دو مورد معنادار است. به عبارت دیگر، بازی‌درمانگری والدینی موجب کاهش تنیدگی مادران و افزایش خوداثربخشی آنان شده است.

مشخصه‌های توصیفی تنیدگی و خوداثربخشی والدین در مرحله پیش‌آزمون و پس‌آزمون و نتیجه آزمون t برای مقایسه میانگین پیش‌آزمون و پس‌آزمون در جدول ۵ آورده شده است.

جدول ۵

نتایج آزمون t برای مقایسه میانگین پیش‌آزمون و پس‌آزمون تنیدگی و خوداثربخشی والدین

متغیر	مرحله	M	SD	t
تنیدگی والدین	پیش‌آزمون	۲۴۶/۸	۵۷/۲۲	۱۱/۶۴*
	پس‌آزمون	۱۴۹/۰۰	۵۴/۵۹	
خوداثربخشی والدین	پیش‌آزمون	۳۵/۰۷	۱۶/۶۱	-۷/۷*
	پس‌آزمون	۵۷/۸	۹/۸۷	

* P<۰/۰۱

تحولی کودک محسوب می‌شود و نیز معنا و علت رفتارهای کودکان، موجب تغییر بازخورد آنها نسبت به مسائلی می‌شود که تا پیش از آن به عنوان عامل جدال و ایجاد مشکلات بین والدین و فرزندان شناخته می‌شد. افزون بر آن، والدین می‌آموزند چگونه با تغییر نحوه ارتباط خود با فرزندشان و شروع یک رابطه مبتنی بر بازی که مورد استقبال کودک قرار می‌گیرد، هم نیازهای عاطفی و ارتباطی او را پاسخ دهند و هم به مسائلی بپردازند که تا پیش از این راه مناسبی برای برخورد با آن نیافته بودند و به تسلیم یا مقابله بی‌اثر با آن تن داده بودند (لنדרت و براتون، ۲۰۰۶). مجموع این موارد سبب می‌شود درجه ارتباطی جدیدی بین والد و کودک گشوده شود که به درک بهتر والدین از فرزندشان منجر و امکان حل مشکلات به شیوه‌ای متفاوت فراهم شود. هنگامی که والدین استفاده از این شیوه ارتباطی جدید را فرا می‌گیرند، می‌توانند به کودک نزدیک‌تر شوند و از پس مسائلی که تا پیش از این به عنوان یک معضل، ناتوان از حل آنها بودند، برآیند (گورنی، ۲۰۰۳؛ ونفلیت، ۲۰۱۱). در نتیجه، احساس خوداثربخشی و کفایت بیشتری درباره نقش خود به عنوان والد به دست می‌آورند (طالعی، ۱۳۸۸). کاهش تنیدگی والدین نیز در این رهگذر پیامد مثبت قابل توجه دیگری است که به طور قطع، در فضای ارتباطی والد-کودک منعکس می‌شود و به کاهش بیشتر مشکلات رفتاری کودک کمک می‌کند (موسس، ۲۰۱۲). آنچه در این پژوهش مجال بررسی آن نبود، بررسی نقش علی یا واسطه‌ای هر یک از این متغیرها بود. برای مثال، نمی‌توان به طور مشخص کاهش مشکلات کودک را ناشی از کاهش تنیدگی یا بهبود حس خودکارآمدی مادر دانست یا همکاری متقابل کودک طی بازی و کاهش میزان مشکلات رفتاری را علت کاهش تنیدگی والدین در نظر گرفت. از سوی دیگر برخی از مؤلفان اثربخشی این روش را به نقش مؤثر خانواده در جوامع شرقی نسبت داده‌اند. در فرهنگ‌های شرقی که هویت فرد تا حد زیادی بر اساس خانواده و جایگاه وی در خانواده تعریف می‌شود، در نظر گرفتن خانواده معنای متفاوتی با فرهنگ‌هایی دارد که بر هویت و استقلال فردی حتی از سنین پایین پافشاری می‌کنند. از این رو در جوامع شرقی مانند

تحلیل یافته‌های پژوهش نشان داد بازی‌درمانگری والدینی روش موثری در کاهش مشکلات برونی‌سازی کودکان و نادیده گرفتن قوانین است. با این وجود بر اساس یافته‌های پژوهش حاضر، این روش در کاهش رفتارهای پرخاشگرانه کودکان تأثیر کمتری داشته است. یافته‌های این پژوهش تا حد زیادی مؤید یافته‌های قبلی است. برای مثال، تایلر و دیگران (۲۰۱۱) بازی‌درمانگری والدینی کوتاه‌مدت را در کاهش مشکلات رفتاری کودکان و بهبود رابطه والد-کودک مؤثر دانستند. به علاوه در پژوهش علیوندوفا و اسماعیلی (۲۰۱۰) تأثیر بازی‌درمانگری والدینی در کاهش مشکلات برونی‌سازی کودکان تأیید شد. در عین حال رجب‌پور (۱۳۹۱) نشان داد این روش بر برخی از ابعاد پرخاشگری مانند پرخاشگری جسمانی و کلامی مؤثر بود و در برخی از ابعاد مانند پرخاشگری رابطه‌ای مؤثر نبود. از یافته‌های دیگر این پژوهش تأثیر این روش درمانگری بر کاهش تنیدگی و افزایش خوداثربخشی والدین است. چندین پژوهش تأثیر بازی‌درمانگری والدینی مدل لندرت را در کاهش مشکلات رفتاری کودکان، بهبود رابطه والد-کودک و کاهش تنیدگی والدین مؤثر گزارش کردند (تایلر و دیگران، ۲۰۱۱؛ طالعی، ۱۳۸۸). در تبیین اثربخشی بازی‌درمانگری والدینی می‌توان به چندین مورد اشاره کرد: براساس مبانی نظری بازی‌درمانگری والدینی، در این شیوه مراجع نه کودک است نه والد، بلکه رابطه بین والد و کودک است که دچار مشکل شده است. به عبارت دیگر شکل‌گیری یک ارتباط همدلانه با والد - که نزدیک‌ترین فرد به کودک در تمام گستره زندگی است - از اهمیت و مزایای قابل توجهی برخوردار است و برقراری این ارتباط در درمان کودک بسیار مؤثر است (ونفلیت، ۲۰۱۱). به علاوه، مهارت‌های ارائه‌شده در طول جلسه‌های درمانگری مانند گوش دادن انعکاسی^۱، همدلی، محدودیت‌گذاری و دادن حق انتخاب به کودکان به آنها می‌آموزد چگونه احساس‌ها و هیجان‌های خود را به صورتی قابل قبول ابراز کرده و خودمهارگری را در خود پرورش دهند (لنדרت، ۲۰۰۲/۱۳۹۰). مزیت مهم و قابل توجه دیگر روش والدینی، ایجاد تغییرات در خود والدین است. آگاهی والدین از آنچه جزو ویژگی‌های

ایران درمان‌هایی که نگاه سیستمی به مشکلات دارند نسبت به درمان‌های کودک‌محور اثربخش‌تر خواهند بود (علیوندوفا و اسماعیل، ۲۰۱۰).

بررسی دقیق‌تر کاهش میانگین رفتارهای برون‌سازی کودکان طی جلسه‌ها نشان داد بیشترین تغییر در فاصله پس‌آزمون اول و دوم و سوم و چهارم رخ داده است. به باور لندرت و براتون (۲۰۰۶) چون صرف زمان برای بازی اغلب در برنامه‌های والد و کودک از پیش موجود نبوده است، با شروع جلسه‌های بازی در خانه، شکل جدیدی از تعامل شکل می‌گیرد که معمولاً برای هر دو طرف خوشایند است و موجب تغییر ادراک والد و کودک از یکدیگر می‌شود. از آنجا که این ادارک اولیه نقش تعیین‌کننده‌ای در مصمم شدن یا انصرف والدین از ادامه جلسه‌های بازی دارد، لندرت و براتون (۲۰۰۶) به درمان‌گران توصیه می‌کنند تا زمانی که والدین تا حد اطمینان‌بخشی آمادگی‌ها و مهارت‌های اولیه را کسب نکرده‌اند، از واداشتن آنها به برگزاری جلسه‌های بازی در خانه خودداری کنند.

تغییر معنادار رفتارهای کودکان در فاصله پس‌آزمون سوم و چهارم نیز در چهارچوب مدل بازی‌درمانگری والدینی لندرت و براتون (۲۰۰۶) قابل توجیه است. در این شیوه، مهارت‌های اختصاصی کاهش مشکلات رفتاری کودکان (مانند دادن حق انتخاب، ایجاد محدودیت و قانون وضع کردن، محروم کردن) در نیمه دوم دوره آموزش داده شده و در ابتدای جلسه‌های بعد بارها تمرین می‌شوند و در نتیجه والدین می‌توانند به نحو مؤثرتری با مشکلات رفتاری کودکان مواجه شوند.

اگرچه بررسی نتایج نشان دادند بازی‌درمانگری والدینی شیوه مؤثری در کاهش مشکلات برون‌سازی است، با این وجود بر اساس یافته‌ها این روش تأثیر کمتری در کاهش نشانه‌های پرخاشگری کودکان داشته است. اگرچه پژوهشی در مورد مقایسه اثربخشی این روش بر پرخاشگری و نادیده گرفتن قوانین انجام نشده است، اما در تبیین این یافته می‌توان به عمیق‌تر بودن مکانیزم‌های شکل‌گیری و تداوم پرخاشگری اشاره کرد. بلوم کوئیست و شئل (۲۰۰۲) پرخاشگری را سازه‌ای پیچیده و دارای انواع و ابعاد مختلف می‌دانند. کانر (۲۰۰۲)

عوامل آسیب‌زای مختلفی را زمینه‌ساز پرخاشگری در کودکان می‌داند که از این میان می‌توان ویژگی‌های مزاجی، الگو و کیفیت دلبستگی، سبک‌های فرزندپروری ناکارآمد، کنش‌وری ضعیف خانواده مثل ناهماهنگی و اختلاف زناشویی، جدایی یا خشونت خانگی و مشکلات روانی والدین را برشمرد. در این پژوهش برخی از عوامل مانند مشکلات روانی وخیم والدین و جدایی آنها کنترل شده بود اما عوامل احتمالی دیگر در پرخاشگری کنترل نشده بود و از بین عوامل ذکر شده تنها بر بهبود رابطه والد و کودک تأکید شده بود. به نظر می‌رسد والدین علاوه بر آموختن شیوه‌های بهبود ارتباط با کودک، نیاز به آموزش بیشتری در زمینه برخورد با کودک پرخاشگر و مدیریت این موقعیت‌ها دارند، آنچه در این مدل به دلیل محدودیت زمانی کمتر به آن پرداخته می‌شود.

در یک جمع‌بندی می‌توان گفت اثربخشی بازی‌درمانگری والدینی مدل لندرت و براتون (۲۰۰۶) بر کاهش اختلال‌های برون‌سازی کودکان آشکار است، اما در عین حال این روش در یک دوره دو ماهه برای کاهش پرخاشگری کودکان ناکافی است که این موضوع، لزوم تداوم درمان، بررسی تأثیر دیگر متغیرهای والدین بر پرخاشگری کودکان، آموزش بیشتر والدین در زمینه برخورد با کودک پرخاشگر یا طراحی یک مداخله جامع‌تر و همراه کردن این روش با دیگر روش‌های درمانگری مانند بازی‌درمانگری با کودک یا مداخلات سیستمی را برای این مشکل رفتاری کودکان یادآوری می‌کند.

به علاوه همچون دیگر روش‌های درمانگری، انتخاب این روش نیز برای درمان اختلال‌های کودکان نیاز به بررسی موقعیت خانواده، توانایی و سلامت روانی والدین و شدت اختلال کودک دارد. در برخی مواقع مانند زمانی که والدین در مرز بالینی قرار دارند یا دارای مشکلات شدید زناشویی هستند، این روش مؤثر نخواهد بود (ونفلیت، ۲۰۱۱). بنابراین پیشنهاد می‌شود متناسب با شدت و نوع مشکل کودک و نیز شرایط والدین و خانواده، درمانگر از مداخله‌های متناسب با موقعیت و مشکل کودک استفاده کند.

محدود بودن حجم نمونه، سن کودکان، عدم بررسی نقش علی یا واسطه‌ای متغیرهای خوداثربخشی و تنیدگی والدین و عدم پیگیری پیامدهای درمانگری، مهم‌ترین محدودیت‌های

school age forms profiles. Burlington: University of Vermont, Research Center for Children, Youth & Families.

Alivand-Vafa, M., & Ismaili, H. (2010). Parents as agents of change: What filial therapy has to offer? *Social and Behavioral Sciences*, 5, 2165-2173.

Bloomquist, M. L., & Schnell, S. V. (2002). *Helping children with aggression and conduct problems*. New York: Guilford Press.

Bratton, S., Ray, D., Rhine, T., & Jones, L. (2005). The efficacy of play therapy with children: A meta-analytic review of treatment outcomes. *Professional Psychology: Research and Practice*, 36 (4), 376-390

Cohen, M., Domburgh, V., Vermerien, R., Geluk, C. H., & Dorelejeers, T., H. (2012). Externalizing psychopathology and persistence of offending in childhood first time arrestees. *European Child Adolescent Psychiatry*, 21, 243-251.

Colman, P. K., & Karraker, K. H. (2003). Maternal self-efficacy beliefs, competence in parenting, and toddler's behavior and developmental status. *Infant Mental Health*, 24, 126-148.

Connor, D. F. (2002). *Aggression and antisocial behavior in children and adolescents: Research and treatment*. New York: Guilford Press.

Dumka, L. E., Stoerzinger, H. D., Jackson, K. M., & Roosa, M. W. (1996). Examination of the cross-cultural and cross-language equivalence of the parenting self-agency measure. *Family Relations*, 45, 216-222.

Edwards, A. N., Sullivan, M. J., Meany-Walen, K., & Kantor, R. K. (2010). Child-parent relationship training: Parents' perceptions of process and outcome. *International Journal of Play Therapy*, 19

این پژوهش بود. اجرای این پژوهش در گروه وسیع‌تری از کودکان، بررسی نقش واسطه‌ای متغیرهای تنیدگی و خوداثربخشی والدین و پیگیری نتایج، بر غنای اطلاعات به دست آمده در زمینه اثربخشی بازی درمانگری والدینی خواهد افزود.

منابع

- استورا، ج. (۱۳۷۷). *تنیدگی یا استرس، بیماری جدید تمدن*. ترجمه پ. دادستان. تهران: رشد (تاریخ انتشار اثر به زبان اصلی، ۱۹۹۱).
- دادستان، پ.، احمدی، ع. و حسن‌آبادی، ح. (۱۳۸۵). *تنیدگی والدینی و سلامت عمومی: پژوهشی درباره رابطه تنیدگی حاصل از والدگری با سلامت عمومی در مادران پرستار و خانه‌دار دارای کودکان خردسال*. فصلنامه روان‌شناسی تحولی: روان‌شناسان ایرانی، ۲(۷)، ۱۸۴-۱۷۱.
- رجب‌پور، م. (۱۳۹۱). اثربخشی گروه درمانی رابطه والد-کودک بر پرخاشگری کودکان پیش دبستانی. *مجله روان‌شناسی بالینی*، ۴(۱)، ۴۷-۵۷.
- طالعی، ع. (۱۳۸۸). *بررسی اثربخشی برنامه فرزندپروری مثبت بر مشکلات رفتاری دختران و خودکارآمدی والدینی مادران*. پایان‌نامه کارشناسی ارشد، دانشکده روان‌شناسی و علوم تربیتی دانشگاه شهید بهشتی.
- غباری‌بناب، ب. پرند، ا.، فیروزجاه، ع.، موللی، گ. و نعمتی، ش. (۱۳۸۸). میزان شیوع مشکلات رفتاری دانش‌آموزان مقطع ابتدایی شهر تهران. پژوهش در حیطه کودکان استثنایی، ۹، ۲۳۳-۲۳۸.
- لندرث، گ. (۱۳۹۰). *بازی‌درمانی: هنر برقراری ارتباط*. ترجمه ف. داورپناه. تهران: رشد (تاریخ انتشار اثر به زبان اصلی، ۲۰۰۲).
- میانی، ا. (۱۳۸۴). *کتابچه راهنمای فرم‌های سن مدرسه نظام مبتنی بر تجربه آشناباخ (ASEBA) در نمونه ایرانی*. تهران: پژوهشکده کودکان استثنایی.
- هومن، ح. ع. (۱۳۸۰). *شناخت روش علمی در علوم رفتاری*. تهران: نشر پارسا.
- Abidin, R. R. (1983).** *Parenting Stress Index Manual*. Charlottesville: University of Virginia.
- Achenbach, T. M., & Rescorla, L. A. (2001).** *ASEBA*

- Michigan.
- Tam, K. K., Chan, Y. C., & Wong, C. K. M. (1994).** Validation of Parenting Stress Index among Chinese mothers in Hong Kong. *Journal of Community Psychology*, 22, 211-223.
- Ray, D. (2006).** Evidence-based play therapy. In C. E. Schaefer & H.G. Kaduson (Eds.), *Contemporary play therapy: Theory, research, and practice*. (pp. 136-157). New York, London: Guilford Press.
- Storment, M. (2002).** Externalizing behavioral problems in young children: Contributing factors and early intervention. *Psychology in the Schools*, 39(2), 127-138.
- Taylor, D. D., Purswell, K., Lindo, N., Jayne, k. & Fernando, D. (2011).** The impact of child-parent relationship therapy on child behavior and parent-child relationships: An examination of parental divorce. *International Journal of Play Therapy*, 20 (3), 124-137.
- Topham, G. L., Wampler, K. S., Titus, G., & Roling, E. (2011).** Predicting parent and child outcomes of a filial therapy program. *International Journal of Play Therapy*, 20 (2), 79-93.
- Topham, G. L., & VanFleet, R. (2011).** Filial therapy: A structured and straight forward approach to including young children in family therapy. *Journal of Family Therapy*, 32, 144-158.
- Tylor, S. (2006).** *An investigation of the relationship between black single mothers' myth/stereotype acceptance, parental self-efficacy, and child-rearing practices*. MSc Thesis, Boston College.
- Vanfleet, R. (2011).** Filial therapy: What every play therapist should know? *British Association of Play Therapy*, 67, 18-24.
- (3), 159-173.
- Giliom, M., & Shaw, D. S. (2004).** Co-developmental of externalizing and internalizing problems in early childhood. *Development and Psychology*, 16, 313-334.
- Guernsey, B. J. (1964).** Filial therapy: Description and rationale. *Journal of Consulting Psychology*, 28 (4), 304-310.
- Guernsey, B. J. (2003).** Filial play therapy. In C. Schaefer (Ed.), *Foundations of play therapy* (pp. 99-142). Canada: John Wiley & Sons.
- Jafari, N., Mohamadi, M. R., Khanbani, M., Farid, S., & Chiti, P. (2011).** Effect of play therapy on behavioral problems of maladjusted preschool children. *Iranian Journal of Psychiatry*, 6, 37-42.
- Jang, M. (2000).** Effectiveness of filial therapy for Korean parents. *International Journal of Play Therapy*, 9 (2), 21-38.
- Landreth, G., & Bratton, S. (2006).** *Child-Parent Relationship Therapy (CPRT): A 10-session filial therapy model*. New York: Routledge.
- Lee, M., & Landreth, G. L. (2003).** Filial therapy with immigrant Korean parents in the United States. *International Journal of Play Therapy*, 12 (2), 67-83.
- Leblance, M., & Ritchie, M. (2001).** A meta-analysis of play therapy outcomes. *Counseling Psychology Quarterly*, 14 (2), 149-163.
- Lewinsohn, P., Roheld, P., & Farrington, D. (2004).** The OADP-CDS: A brief screener for adolescent conduct disorder. *Child and Adolescent Psychiatry*, 39, 888-889.
- Moses, A. (2012).** *Child parent relationship therapy for parents of children with disruptive behavior*. PhD Dissertation, University of Western Michigan,

nalizing and internalizing child behavior problems in the contexts of high and low parental psychopathology. *Infant Mental Health Journal*, 22 (3), 393-415.

Young Mun, E., Fitzgerald, H. E., Von Eye, A., Puttler, L. I., & Zucker, R. A. (2001). Temperamental characteristics as predictors of exter-





پروہشگاہ علوم انسانی و مطالعات فرہنگی
پرتال جامع علوم انسانی