

## اثربخشی بازی درمانی عروسی بر پرخاشگری کودکان مبتلا به اختلال بیش‌فعالی/نارسایی توجه

پگاه آزادی‌منش<sup>۱</sup>، عباسعلی خانزاده<sup>۲</sup>، منصور حکیم جوادی<sup>۳</sup>، محمد وطن‌خواه<sup>۴\*</sup>

تاریخ دریافت ۱۳۹۵/۱۰/۳۰ تاریخ پذیرش ۱۳۹۵/۱۲/۳۰

## چکیده

**پیش‌زمینه و هدف:** با توجه به شیوع نسبتاً بالای اختلال بیش‌فعالی/نارسایی توجه و همراهی این اختلال با علائم پرخاشگری به‌کارگیری مداخلاتی جهت کاهش رفتارهای پرخاشگرانه در این افراد با اهمیت به نظر می‌رسد بنابراین هدف پژوهش حاضر بررسی اثربخشی بازی‌درمانی عروسی بر کاهش پرخاشگری کودکان دارای اختلال بیش‌فعالی/نارسایی توجه می‌باشد.

**مواد و روش کار:** مطالعه حاضر شبه‌آزمایشی و با طرح پیش‌آزمون-پس‌آزمون با گروه کنترل بود. جامعه آماری شامل کلیه کودکان سن ۸ تا ۱۲ سال مبتلا به اختلال نارسایی توجه/بیش‌فعالی شهر کرمانشاه بود که بر اساس شرایط ورود به پژوهش تعداد ۲۴ نفر به‌صورت نمونه‌گیری در دسترس از میان مراجعه‌کنندگان به کلینیک‌های روان‌درمانی انتخاب و به‌صورت تصادفی در دو گروه آزمایش و کنترل جایگزین شدند. برنامه مداخله‌ای بازی‌درمانی عروسی بر روی گروه آزمایش به مدت ۱۰ جلسه اعمال شد درحالی‌که گروه کنترل چنین آموزشی را دریافت نکردند. ابزار این پژوهش شامل پرسشنامه پرخاشگری رابطه‌ای و آشکار کودکان دبستانی فرنچ و همکاران (۲۰۰۲) بود. از تحلیل واریانس و آزمون تی مستقل جهت تجزیه و تحلیل یافته‌ها استفاده شد.

**یافته‌ها:** نتایج نشان داد که نمرات گروه آزمایش در مرحله پس‌آزمون نسبت به گروه کنترل در مقیاس‌های پرخاشگری کل ( $t=۳/۲۳$ ،  $P<۰/۰۰۴$ ) پرخاشگری رابطه‌ای ( $t=۲/۲۸$ ،  $P<۰/۰۴$ ) و پرخاشگری واکنشی ( $t=-۷/۱$ ،  $P<۰/۰۰۱$ ) کاهش یافتند اما در مقیاس پرخاشگری جسمانی تفاوتی ( $t=۰/۶$ ،  $P<۰/۵۵$ ) در دو گروه مشاهده نشد.

**بحث و نتیجه‌گیری:** با توجه به نتایج این پژوهش بازی‌درمانی عروسی می‌تواند از طریق اثرگذاری بر عملکردهای اجرایی و تنظیم هیجان منجر به کاهش رفتارهای پرخاشگرانه در کودکان شود.

**کلیدواژه:** بازی‌درمانی عروسی، پرخاشگری، بیش‌فعالی/نارسایی توجه

مجله پزشکی ارومیه، دوره بیست و هشتم، شماره دوم، ص ۹۰-۸۳ اردیبهشت ۱۳۹۶

آدرس مکاتبه: رشت، دانشگاه گیلان، تلفن: ۰۹۱۳۹۶۴۶۹۰۰

Email: Md.vatankhah@gmail.com

## مقدمه

شیوعی در حدود ۱۰ درصد دارد که با امتداد آن در دوران بزرگسالی همراه است (۲). کودکان با این آسیب، در کارکردهای اجتماعی از جمله منتظر نوبت ماندن، پاسخ دادن به نشانه‌های غیر-کلامی، درک احساسات دیگران و شرکت در موقعیت‌های اجتماعی نیازمند بازداری و مشارکت دچار نقص هستند. همچنین در ارتباط با دیگران رفتارهای پرخاشگرانه بسیاری نشان می‌دهند و به‌این‌ترتیب ایجاد و حفظ روابط دوستانه برای آن‌ها بسیار دشوار می‌شود (۳، ۴). از طرف دیگر در چند دهه گذشته پرخاشگری دوران

اختلال نارسایی توجه/بیش‌فعالی یک اختلال عصبی تحولی با نشانه‌های نارسایی توجه و بیش‌فعالی/تکانش‌گری است، افراد مبتلا به این اختلال به‌طورمعمول در سازمان دادن، متمرکز ماندن، برنامه‌ریزی واقع‌بینانه و فکر کردن قبل از عمل مشکل دارند. آن‌ها ممکن است بی‌قرار، پر سروصدا و قادر به انطباق با تغییر شرایط نباشند. کودکان مبتلا به نارسایی توجه/بیش‌فعالی می‌توانند نافرمان، به لحاظ اجتماعی بی‌منطق و یا پرخاشگر باشند (۱). این اختلال

<sup>۱</sup> دانشجوی دکتری روانشناسی دانشگاه گیلان

<sup>۲</sup> دانشیار روانشناسی دانشگاه گیلان

<sup>۳</sup> دانشیار روانشناسی دانشگاه گیلان

<sup>۴</sup> دانشجوی دکتری روانشناسی دانشگاه گیلان (نویسنده مسئول)

کودکی یکی از گسترده‌ترین موضوعات مطالعاتی در تحول کودک بوده است. تحقیقات طولی نشان داده‌اند که پرخاشگری در دوران کودکی یک عامل مهم است که بر مسائل روان‌شناختی، هیجانی و اجتماعی آینده‌ی کودک اثر می‌گذارد (۵). این تحقیقات به‌طور خاص نشان داده است که پرخاشگری، تکانش‌گری، خشونت و رفتارهای ضد جامعه‌پسندانه به‌عنوان یکی از حوزه‌های موردبررسی در تشخیص اختلالاتی مانند اختلال سلوک، اختلال بیش‌فعالی و کاهش توجه و اختلال شخصیت‌ضداجتماعی موردبررسی قرار گرفته است (۶). بنابراین با در نظر گرفتن همراهی این اختلال با اختلال سو مصرف مواد و بزهکاری (۷) در کنار اثرات سو ناشی از ماهیت این اختلال بر عملکرد فردی و اجتماعی، اهمیت درمان این مسئله در سال‌های طفولیت چندین برابر به نظر می‌رسد (۲). از این جهت یکی از درمان‌های رایج برای کودکان مبتلا به نارسایی توجه/بیش-فعالی دارودرمانی می‌باشد، به‌طوری‌که حدود ۷۵ درصد این کودکان تحت درمان با داروهای محرک قرار می‌گیرند (۸). امروزه استفاده از داروهای محرک برای درمان نارسایی توجه/بیش‌فعالی رو به افزایش است (۴) و اثربخشی آن‌ها به‌طور گسترده موردبررسی قرار گرفته است. از نظر داروشناسی، این اختلال به‌وسیله‌ی داروهای محرکی مانند متیل فنیدات (مانند ریتالین) یا آمتامین (مانند آدرنال) تحت درمان واقع می‌شود (۹) لازم به ذکر است که با توجه به فواید بسیاری که دارودرمانی دارد، به عقیده‌ی صاحب‌نظران و پژوهشگران، عوارض جانبی زیادی نیز برای کودکان دارد که از جمله‌ی آن‌ها می‌توان آثار زیر را نام برد: کاهش اشتها، کاهش وزن، اختلال در خواب، توهم- زایی، افسردگی، افزایش فشار خون، و غمگینی یا گریستن می‌شود (۱۰). در فراتحلیلی که به تازگی توسط رازه و همکاران (۲) در خصوص مقایسه اثربخشی درمان داروی محرک و درمان‌های رفتاری بر روی اختلال بیش‌فعالی و کاهش توجه انجام دادند نتایج نشانگر آن بود که اگرچه دارودرمانی اثرات شفاف‌بخش و مؤثر در کوتاه مدت و در طی زمان مصرف دارو، دارند با اینحال اینگونه درمان‌ها اثرات درمانی خود را در بلند مدت حفظ نمی‌کنند. از طرف دیگر یافته‌های این پژوهشگران بیانگر این بود که درمان‌های رفتاری از طریق تأثیر بر عملکردهای اجرایی<sup>۱</sup> و توانایی‌های سازماندهی<sup>۲</sup>، اثرات درمانی خود را در دراز مدت نشان می‌دهند.

یکی از درمان‌های مؤثر در حوزه علوم رفتاری بازی‌درمانی است. بازی‌درمانی با فراهم کردن محیطی امن، باعث تخلیه‌ی هیجانی و کاهش تنش و بیان آزاد عواطف و احساسات می‌شود و تحقیقات، اثربخشی آن را بر پرخاشگری، اضطراب (۱۱) بی‌اختیاری ادرار و مدفوع و بسیاری از اختلالات دیگر نشان داده‌اند (۱۲). در واقع

### مواد و روش کار

<sup>2</sup>. organizational skills.

<sup>1</sup>. executive functioning

پژوهش از والدین شرکت‌کنندگان اجازه نامه دریافت شد و در پایان پژوهش گروه کنترل نیز تحت روان‌درمانی گروهی عروسی قرار گرفت.

این پژوهش شامل ۱۰ جلسه بازی‌درمانی عروسی محقق ساخته بود که بر اساس پژوهش‌های نونتنی (۱۹) و بروم فیلد (۲۰) و برنامه‌های قرآنی (۲۱) و اصغری نکاح (۲۲) ساخته شده و توسط استادان راهنما و مشاور به دقت بررسی و تأیید شده است. هر جلسه شامل یک بازی هدفمند با آموزش توسط عروسک‌های دستی، یک نمایش عروسی (اول اجرای نقش منفی هر نمایش و سپس اجرای نقش مثبت)، استراحت و تغذیه می‌باشد. بازی‌ها به صورت گروهی انجام می‌شوند و آموزش تمام آن‌ها به وسیله‌ی عروسک‌های دستی بیان می‌شود. در نمایش عروسی یکی از موضوعات در نظر گرفته شده به کودکان گفته می‌شود و آن‌ها فی البداهه خود نقش را بازی کنند. در انتخاب جلسات، روش‌های آموزش، محتوای آموزش و ابزارها به شاخص‌های ذهنی و تحولی کودکان توجه شده و سعی شد که از روش‌های عینی، روش‌های نمایشی، ایفای نقش و بحث گروهی استفاده و نیز از ارزشیابی مستمر استفاده شد، آموزش در گروه‌های کوچک صورت گرفت.

**جلسه اول:** الف- اجرای نمایش عروسی با موضوع "خرید همراه مادر و گوش ندادن به حرف او"، بحث و نظر خواهی درباره‌ی موضوع، اجرای نقش مثبت نمایش. ب- توپ بازی (آزاد و هدف‌دار).  
**جلسه دوم:** الف- اجرای نمایش عروسی با موضوع "شلوغ کاری در هنگام مهمانی"، بحث و نظر خواهی درباره‌ی موضوع، اجرای نقش مثبت نمایش. ب- بازی پرش روی صفحه‌ی رنگی.

**جلسه سوم:** الف- اجرای نمایش عروسی با موضوع "بی‌نظمی در کلاس درس"، بحث و نظر خواهی درباره‌ی موضوع، اجرای نقش مثبت نمایش. ب- بازی کوزه‌گری.

**جلسه چهارم:** الف- اجرای نمایش عروسی با موضوع "به رختخواب نرفتن"، بحث و نظر خواهی درباره‌ی موضوع، اجرای نقش مثبت نمایش. ب- بازی پرکردن مخزن.

**جلسه پنجم:** الف- اجرای نمایش عروسی با موضوع "احتیاط در عبور از خیابان"، بحث و نظر خواهی درباره‌ی موضوع، اجرای نقش مثبت نمایش. ب- بازی هولاهوپ.

**جلسه ششم:** الف- اجرای نمایش عروسی با موضوع "منتظر نماندن برای رسیدن نوبت"، بحث و نظر خواهی درباره‌ی موضوع، اجرای نقش مثبت نمایش. ب- بازی ایست (با استفاده از موسیقی).

**جلسه هفتم:** الف- اجرای نمایش عروسی با موضوع "خواهری که امتحان دارد و برادر نمی‌گذارد او درس بخواند"، بحث و نظر خواهی درباره‌ی موضوع، اجرای نقش مثبت نمایش. ب- بازی مرتب کردن کلمات.

روش مطالعه حاضر شبه‌آزمایشی و با طرح پیش‌آزمون-پس‌آزمون با گروه کنترل بود. جامعه آماری شامل کلیه کودکان سن ۸ تا ۱۲ سال مبتلا به اختلال نارسایی توجه/ بیش‌فعالی شهر کرمانشاه بود که بر اساس شرایط ورود به صورت نمونه‌گیری دردسترس از میان مراجعه‌کنندگان به کلینیک‌های روان‌درمانی تعداد ۲۴ نفر انتخاب شدند و به صورت تصادفی در دو گروه آزمایش و کنترل جایگزین شدند. جلسات برای گروه آزمایش توسط پکیج بازی‌درمانی عروسی محقق ساخته در ۱۰ جلسه ۴۵ دقیقه‌ای انجام شد.

ملاک‌های ورود به پژوهش عبارت از نداشتن اختلال دیگری غیر از اختلال نارسایی توجه/بیش‌فعالی، داشتن ضریب هوشی بالای ۸۵، دامنه‌ی سنی ۸-۱۲ سال، همکاری و رضایت والدین و معلمین، قرار نداشتن تحت سایر درمان‌های خاص مانند دارودرمانی بود.

پرسشنامه پرخاشگری رابطه‌ای و آشکار کودکان دبستانی حاوی ۲۱ عبارت در زمینه پرخاشگری رابطه‌ای و آشکار می‌باشد که توسط معلم تکمیل می‌شود. عبارت‌ها طوری تنظیم شده‌اند که در برگزیده درجات متفاوتی از شدت بروز پرخاشگری است و بر اساس میزان بروز رفتار درجه‌بندی می‌شوند. به عبارت دیگر شدت و میزان بروز پرخاشگری در تنظیم پرسشنامه در نظر گرفته شده است. فرنج و جانسون و پیدا (۱۶) پرخاشگری رابطه‌ای را مشتمل بر سه بعد دستکاری روابط بین افراد، پخش شایعات بدخواهانه و طرد دیگران می‌دانند. برای تهیه پرسشنامه پرخاشگری رابطه‌ای هر یک از ابعاد فوق با فرهنگ ایرانی انطباق داده شده است و عبارت‌های پرسشنامه در این سه بعد دسته بندی گردیده‌اند و برای دستکاری روابط ۲ عبارت، طرد همسالان ۴ عبارت و شایعه پراکنی ۲ عبارت منظور شده است. در بعد پرخاشگری آشکار، عباراتی در زمینه پرخاشگری جسمانی (۷ عبارت)، واکنشی کلامی (۳ عبارت) و پرخاشگری پیش‌فعال (۳ عبارت) قرار گرفته است. نمره گذاری در یک طیف لیکرت از ۱ تا ۴ صورت می‌گیرد (۱ برای به ندرت و ۴ برای اغلب روزها)، سپس نمرات هر عبارت در هر عامل جمع شده و نمرات عامل به دست می‌آید و با میانگین و انحراف استاندارد نمرات دختران و پسران مقایسه می‌شود. نمرات بالاتر از یک انحراف استاندارد بالاتر از دامنه عادی در هر عامل پرخاشگر تلقی می‌شود. ضریب آلفای کرونباخ برای کل پرسشنامه ۰/۹۱ و بسیار مطلوب است. ضریب آلفای کرونباخ برای پرخاشگری جسمانی، رابطه‌ای و واکنشی به ترتیب ۰/۸۶، ۰/۸۳، ۰/۸۱ می‌باشد و اعتبار و قابلیت آن در ایران طی دو بررسی توسط سیما شهیم (۱۷) محقق گردیده است (۱۸). به منظور بررسی آماری داده‌ها از آماره‌های میانگین، انحراف از معیار و آزمون تحلیل کواریانس چند متغیری و آزمون تی گروه‌های مستقل استفاده شد. همچنین جهت ملاحظات اخلاقی در انجام

متغیرهای وابسته و کووریت، ۲- خطی بودن رابطه متغیرهای کووریت و وابسته، ۳- عدم وجود تفاوت معنی دار بین گروه‌ها در متغیر کووریت، ۴- همگنی شیب رگرسیون متغیر کووریت و وابسته در گروه‌ها و ۵- همگنی واریانس‌های متغیر وابسته در گروه‌ها هستند. نتایج بررسی مفروضه‌های پژوهش نشان داد که برخی از مفروضه‌های تحلیل کوواریانس برقرار نیست. با توجه به برقرار نبودن برخی از پیش فرض‌ها خصوصاً معنی دار نبودن رابطه خطی پیش آزمون با پس‌آزمون متغیرها، نمی‌توان از تحلیل کوواریانس برای بررسی فرضیه‌های پژوهش استفاده کرد. رابطه خطی غیر معنی دار نشان می‌دهد که پیش آزمون تأثیر معنی داری بر پس‌آزمون نداشته است و نیازی به استفاده از تحلیل کوواریانس برای کنترل اثر پیش آزمون بر پس‌آزمون نیست. بنابراین برای این کار از جایگزین این آزمون یعنی آزمون  $t$  دو نمونه مستقل استفاده شد.

برای بررسی تأثیر آموزش بازی‌درمانی عروسکی بر پرخشگری کودکان نارسیایی توجه/بیش فعالی از آزمون  $t$  دو نمونه مستقل استفاده شد. در جدول ۱ شاخص‌های توصیفی پرخشگری کل و مؤلفه‌های آن به تفکیک گروه‌ها در پس‌آزمون گزارش شده‌اند.

**جلسه هشتم:** الف-اجرای نمایش عروسکی با موضوع " دعوا گرفتن با این و آن"، بحث و نظر خواهی درباره‌ی موضوع، اجرای نقش مثبت نمایش. ب-بازی والیبال نشسته.

**جلسه نهم:** الف-اجرای نمایش عروسکی با موضوع " کمک نکردن به انجام یک کار گروهی مثل جمع کردن وسایل در خانه"، بحث و نظر خواهی درباره‌ی موضوع، اجرای نقش مثبت نمایش. ب- نقاشی آزاد و هدف دار.

**جلسه دهم:** الف-اجرای نمایش عروسکی با موضوع " پریدن میان حرف دیگران"، بحث و نظر خواهی درباره‌ی موضوع، اجرای نقش مثبت نمایش. ب-بادکنک بازی.

### یافته‌ها

یافته‌های دموگرافیک این پژوهش نشان می‌دهد که گروه آزمایش با میانگین سنی ۹/۲ و انحراف معیار ۱/۱ و گروه کنترل با میانگین ۹/۷ و انحراف معیار ۱/۲ در پژوهش حاضر به دلیل استفاده از پیش آزمون می‌توان از آزمون آماری تحلیل کوواریانس استفاده کرد با اینحال پیش از استفاده از این آزمون می‌بایست فرضیه‌های آن را بررسی کرد. مفروضه‌های این آزمون شامل ۱- نرمال بودن توزیع

**جدول (۱): شاخص‌های توصیفی پرخشگری کل و مؤلفه‌های آن به تفکیک گروه‌ها در پس‌آزمون**

متغیر	گروه	تعداد	میانگین	انحراف معیار	خطای استاندارد میانگین
پرخشگری کل	آزمایش	۱۲	۱۸	۳/۳۸	۰/۹۷
	کنترل	۱۲	۲۷/۵۰	۹/۶۰	۲/۷۷
پرخشگری جسمانی	آزمایش	۱۲	۴/۵۸	۳/۲۸	۰/۹۴
	کنترل	۱۲	۳/۸۳	۲/۷۵	۰/۷۹
پرخشگری رابطه‌ای	آزمایش	۱۲	۶/۳۳	۱/۹۶	۰/۵۶
	کنترل	۱۲	۱۰/۲۵	۵/۶۱	۱/۶۱
پرخشگری واکنشی	آزمایش	۱۲	۷/۰۸	۰/۹۹	۰/۲۸
	کنترل	۱۲	۱۳/۴۱	۲/۹۶	۰/۸۵

واریانس این متغیر در گروه‌ها برابر نمی‌باشد. آماره  $F$  لوین برای بررسی همگنی پس‌آزمون پرخشگری واکنشی (۹/۴۳) می‌باشد که معنی دار است. بنابراین واریانس این متغیر در گروه‌ها برابر نمی‌باشد. بنابراین در جدول ۲ نتایج آزمون  $t$  دو نمونه مستقل برای بررسی تفاوت گروه آزمایش و کنترل در پس‌آزمون پرخشگری کل، رابطه‌ای و واکنشی با فرض نابرابری واریانس‌ها و برای پرخشگری جسمانی با فرض برابری واریانس‌ها گزارش شده است.

با توجه به جدول ۱، آماره  $F$  لوین برای بررسی همگنی پس‌آزمون پرخشگری کل (۱۴/۵۹) می‌باشد که معنی دار است. بنابراین واریانس این متغیر در گروه‌ها برابر نمی‌باشد. آماره  $F$  لوین برای بررسی همگنی پس‌آزمون پرخشگری جسمانی (۰/۰۵) می‌باشد که معنی دار نیست. بنابراین واریانس این متغیر در گروه‌ها برابر می‌باشد. آماره  $F$  لوین برای بررسی همگنی پس‌آزمون پرخشگری رابطه‌ای (۱۵/۱۱) می‌باشد که معنی دار است. بنابراین

**جدول (۲): نتایج آزمون  $t$  دو نمونه مستقل برای بررسی تفاوت گروه آزمایش و کنترل در پس‌آزمون پرخشگری**

متغیر	تفاوت میانگین	خطای استاندارد تفاوت	آماره $t$	درجه آزادی	سطح معنی داری
پرخاشگری کل	-۹/۵۰	۲/۹۴	-۳/۲۳	۱۳/۶۹	۰/۰۰۴
پرخاشگری جسمانی	۰/۷۵	۱/۲۳	۰/۶۰	۲۲	۰/۵۵
پرخاشگری رابطه‌ای	-۳/۹۲	۱/۷۱	-۲/۲۸	۱۳/۶۷	۰/۰۴
پرخاشگری واکنشی	-۶/۳۳	۰/۹۰	-۷/۰۱	۱۳/۴۴	۰/۰۰۱

واکنشی بین دو گروه تفاوت معنی‌داری وجود دارد. به‌صورتی که بازی‌درمانی عروسی موجب کاهش پرخاشگری رابطه‌ای و واکنشی کودکان مبتلا به اختلال بیش‌فعالی/نارسایی توجه شده بود، اما در خرده‌مقیاس پرخاشگری جسمانی بین دو گروه تفاوت معنی‌داری وجود نداشت و این بدین معناست که بازی‌درمانی عروسی تأثیری بر پرخاشگری جسمانی این کودکان ندارد.

یافته‌های این پژوهش در خصوص اثربخشی این درمان بر پرخاشگری کودکان بیش‌فعال و کمبود توجه در راستای پژوهش‌های واحدی (۱۴)، راز و همکاران (۲)، استامکر و ری (۱۱)، مارتین و بوکامپ و مک کانویل (۱۵) می‌باشد. استامکر و ری (۱۱) در مطالعه خود نشان دادند که بازی‌درمانی بر پرخاشگری، اضطراب (۱۱) بی‌اختیاری ادرار و مدفوع و بسیاری از اختلالات دیگر اثر گذار است. بازی‌درمانی با فراهم کردن محیطی امن، باعث تخلیه هیجانی و کاهش تنش و بیان آزاد عواطف و احساسات می‌شود. در واقع بازی‌درمانی مداخله‌ای است که فرض زیربنایی آن این است که عامل تغییر در درمان که منجر به کاهش اضطراب می‌شود، همانا ارتباط کودک و درمانگر است. همچنین بازی‌درمانی مداخله‌ای مستقیم است که به دلیل ماهیت درون‌سازانه اضطراب منجر به عینی‌سازی اضطراب و در نتیجه افزایش اثربخشی مداخله می‌شود (۱۱). در بازی‌درمانی عروسی کودک به کمک درمانگر می‌تواند به بیان احساسات، افکار و باورهای متضاد و معکوس خود بپردازد از آنجاکه کودک با اتاقی پر از اسباب بازی‌های مختلف روبه‌رو می‌شود درحالی‌که آزاد است با هر کدام از این عروسکها که تمایل داشت بازی کند (۱۳). در راستای اثرگذاری بازی‌درمانی بر پرخاشگری کودکان یافته‌های این پژوهش در راستای پژوهش واحدی (۱۴) می‌باشد. یافته‌های این پژوهش نشان داد، روش آموزشی نمایش عروسی در کاهش میزان پرخاشگری کودکان پرخاشگر و افزایش مهارت‌های اجتماعی کودکان عادی و پرخاشگر مؤثرتر بود. این پژوهشگر بحث می‌کند عروسکها برای ایفای نقش و اکتشاف افکار و احساسات بسیار مؤثر هستند. فرصتی برای طرح احساسات، نگرانی‌ها و ایده‌های ابداعی آن‌ها به مراجعان داده می‌شود و به آن‌ها کمک می‌کند مسائلی را بیان کنند که در موقعیت‌های عادی به هر دلیلی از بیان آن‌ها بازداری می‌شوند.

با توجه به جدول ۲، در متغیر پرخاشگری کل، میانگین گروه آزمایش (۱۸) و میانگین گروه کنترل (۲۷/۵۰) می‌باشد. توجه به جدول ۴-۹، تفاوت میانگین گروهها (۹/۵۰-) می‌باشد که این تفاوت با آماره  $t$  (۳/۲۳-) در سطح ۰/۰۱ معنی دار می‌باشد. این یافته نشان می‌دهد که میانگین گروه آزمایش در این متغیر به‌صورت معنی‌داری کم‌تر از میانگین گروه کنترل است. در متغیر پرخاشگری جسمانی، میانگین گروه آزمایش (۴/۵۸) و میانگین گروه کنترل (۳/۸۳) می‌باشد. با توجه به جدول ۲ تفاوت میانگین گروهها (۰/۷۵) می‌باشد که این تفاوت با آماره  $t$  (۰/۶۰-) معنی دار نمی‌باشد. این یافته نشان می‌دهد که بین گروه آزمایش و کنترل در این متغیر تفاوتی وجود ندارد. در متغیر پرخاشگری رابطه‌ای، میانگین گروه آزمایش (۶/۳۳) و میانگین گروه کنترل (۱۰/۲۵) می‌باشد. با توجه به جدول ۲، تفاوت میانگین گروهها (۳/۹۲-) می‌باشد که این تفاوت با آماره  $t$  (۲/۲۸-) در سطح ۰/۰۵ معنی دار می‌باشد. این یافته نشان می‌دهد که میانگین گروه آزمایش در این متغیر به‌صورت معنی‌داری کم‌تر از میانگین گروه کنترل است. در متغیر پرخاشگری واکنشی، میانگین گروه آزمایش (۷/۰۸) و میانگین گروه کنترل (۱۳/۴۱) می‌باشد. با توجه به جدول ۲، تفاوت میانگین گروهها (۶/۳۳-) می‌باشد که این تفاوت با آماره  $t$  (۷/۰۱-) در سطح ۰/۰۰۱ معنی دار می‌باشد. این یافته نشان می‌دهد که میانگین گروه آزمایش در این متغیر به‌صورت معنی‌داری کم‌تر از میانگین گروه کنترل است. با توجه به این یافته‌ها، بخشی از فرضیه دوم پژوهش تأیید می‌شود و می‌توان گفت که بازی‌درمانی عروسی در کاهش پرخاشگری کل، رابطه‌ای و واکنشی کودکان نارسایی توجه/بیش‌فعالی مؤثر است. اما تأثیری بر پرخاشگری جسمانی این کودکان ندارد.

## بحث و نتیجه‌گیری

نتیجه یافته‌های پژوهش نشان داد که در مرحله پس‌آزمون گروه آزمایش پرخاشگری کم‌تری نسبت به گروه کنترل تجربه می‌کردند. این بدین معناست که بازی‌درمانی بر پرخاشگری کودکان دچار بیش‌فعالی و کمبود توجه مؤثر بوده است.

پس از احراز اثربخشی کلی، بررسی جزئی‌تر اثربخشی در خرده‌مقیاس‌ها نشان داد که در دو مؤلفه پرخاشگری رابطه‌ای و

عمیقتری از پرخاشگری را نشان می‌دهد و حاکی از مشکلات بیشتر در افراد است. این یافته می‌تواند به این دلیل باشد که اساساً میزان پرخاشگر جسمی کودکان در دو گروه بسیار ناچیز بوده است و از این رو بازی درمانی تأثیر چندانی بر نمرات ناچیز پرخاشگری بر دو گروه بازی نکرده است. از محدودیت‌های این پژوهش می‌توان به نمونه‌گیری در دسترس و برآورده نشدن پیش فرض‌های تحلیل کوواریانس اشاره کرد که محقق را ناچار از استفاده از آزمون t مستقل کرد که آزمونی با توانی کم‌تر نسبت به تحلیل کوواریانس می‌باشد کرد. پیشنهاد می‌شود در پژوهش‌های آتی به بررسی متغیرهای میانجی گر و واسطه‌ای در اثربخشی این درمان بر پرخاشگری کودکان بیش فعال پرداخته شود. همچنین پیشنهاد می‌شود بازی درمانی بر انواع تابلوهای بالینی اختلال بیش فعالی و کمبود توجه از جمله عمدتاً بی توجه، عمدتاً بیش فعال و نوع مرکب مورد مقایسه قرار گیرد.

نتایج این پژوهش نشان می‌دهد که بازی درمانی می‌تواند بر پرخاشگری کلی و پرخاشگری رابطه‌ای و واکنشی اثر گذار باشد. با توجه به یافته‌های این پژوهش و تبیین‌های ارائه شده این امر می‌تواند ناشی از اثر مستقیم بازی درمانی و تشکیل رابطه درمانی میان کودک و مربی باشد. همچنین می‌تواند ناشی از اثربخشی این درمان بر متغیرهای مربوط به کارکردهای اجرایی و سازماندهی باشد. افزایش تعامل کودک با مربی و افزایش قدرت کارکردهای اجرایی ظرفیت‌های هیجانی و شناختی کودک بیش فعال را برای تنظیم هیجانات افزایش می‌دهد و در نهایت منجر به کاهش رفتارهای برون ریزانه همچون پرخاشگری می‌شود.

از طرف دیگر بازی درمانی در حوزه درمانهای رفتاری و روانشناختی در نظر گرفته می‌شود. از این رو در راستای نتایج پژوهش حاضر فراتحلیل راژه و همکاران (۲) که به بررسی مقایسه اثربخشی درمان دارویی محرک و درمانهای رفتاری بر روی اختلال بیش فعالی و کاهش توجه انجام دادند نشانگر آن بود که درمانهای رفتاری از طریق تأثیر بر عملکردهای اجرایی<sup>۱</sup> و توانایی‌های سازماندهی<sup>۲</sup>، اثرات درمانی خود را در دراز مدت نشان می‌دهند. از این رو این درمانها در دراز مدت نسبت به درمانهای دارویی اثربخش تر می‌باشند. به نظر می‌رسد که عنصر اثر گذار بازی درمانی هم می‌تواند شامل عناصر عاطفی و هیجانی باشد و هم عناصر شناختی و رفتاری. کودک در بازی درمانی از طریق تعامل توام با احساس امنیت با یک درمانگر با تجربه به بیان احساسات معکوس خود می‌پردازد و از طریق این برون ریزی احساسات در واقع به تنظیم هیجانی مبادرت می‌ورزد. تنظیم هیجان عامل مؤثری در طیف بسیاری از اختلالات رفتاری می‌باشد. تنظیم هیجان از طریق مدیریت هیجان‌ها و پاسخ دهی مقتضی به موقعیت‌ها در کاهش اضطراب، افسردگی و برون‌ریزی خشم نقش مؤثر دارد (۲۳). از این رو به نظر می‌رسد که بازی درمانی می‌تواند به‌عنوان یک تکنیک رفتاری در تنظیم هیجانهای کودک در نظر گرفت.

همچنین یافته‌های این پژوهش نشان داد که بازی درمانی بر پرخاشگری واکنشی و رابطه‌ای اثر گذار است با اینحال بر پرخاشگری جسمانی اثربخش نبوده. اثربخشی این درمان بر پرخاشگری رابطه‌ای و واکنشی در بافت اثربخشی این درمان بر پرخاشگری کلی قابل تبیین می‌باشد. با اینحال پرخاشگری جسمانی بنا بر تعریف بعد

## References:

1. American Psychiatric Association. The Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. 5th ed. 2013.
2. Rajeh A, Amanullah Sh, Shivakumar K, Cole J. Interventions in ADHD: A comparative review of stimulant medications and behavioral therapies. Asian J Psychiatry, 2016. <http://dx.doi.org/10.1016/j.ajp.2016.09.005>.
3. Closson MS. Investigating the role of executive function in social decision making in children with ADHD. (Dissertation). Hofstra University. 2010.
4. Barkley RA. Attention deficit/ hyperactivity disorder: A handbook for diagnosis and treatment. New York: Gilford Press; 2006.
5. Doh H, Shin N, Kim M, Hong J, Choi M, Kim S. Influence of marital conflict on young children's aggressive behavior in South Korea: The mediating role of child maltreatment. Children Youth Serv Rev 2012; 34: 1742-8.
6. Retz W, Rösler M. The relation of ADHD and violent aggression: What can we learn from epidemiological and genetic studies? Int J Law Psychiatry 2009; 32: (4), 235-43.

<sup>2</sup> Organizational skills.

<sup>1</sup> executive functioning

7. Fatséas M, Hurmic H, Serre F, Debrabant R, Daulouède JP, Denis C, et al. Addiction severity pattern associated with adult and childhood Attention Deficit Hyperactivity Disorder (ADHD) in patients with addictions. *Psychiatry Res* 2016; 243: 656-62.
8. Archer T, Kostrzewa RM. Physical exercise alleviates ADHD symptoms: regional deficits and development trajectory. *Neurotoxicity Res* 2012. 21(2), 195-209.
9. Volkow ND, Wang GJ, Fowler JS, Gatley SJ, Logan J, Ding YS, et al. Dopamine transporter occupancies in the human brain induced by therapeutic doses of oral methylphenidate. *Am J Psychiatry* 1998. 155, 25-31.
10. Young S, Myanathi AJ. Practitioner Review: Non-pharmacological treatments for ADHD: A lifespan approach. *J Child Psychol Psychiatry* 2010; 51: 16-33.
11. Stulmaker HL, Ray DC. Child-centered play therapy with young children who are anxious: A controlled trial. *Children Youth Serv Rev* 2015; 57: 127-33.
12. Landreth, GL. *Play therapy: The art of the relationship*. New York: Brunner-Routledge; 2002.
13. Lambert S, Leblanc M, Mullen J, Ray D, Baggerly J, White J, et al. Learning more about those who play in session: The national play therapy in counseling practices project. *J Counsel Develop* 2005; 85: 42-6.
14. Vahedi Sh. Effect of puppet show to teach social skills to reduce aggression and improve social skills. Second National Congress in art therapy. 2009. (Persian)
15. Martin S, Boekamp J, McConville D. Anger and Sadness Perception in Clinically Referred Preschoolers: Emotion Processes and Externalizing Behavior Symptoms. Springer link [Serial online]. 2009. 25,1(41) Available from: URL: <http://www.springerlink.com/home/main.mpx>
16. French DC, Janson EA, Pida S. United States and Indonesian children's and adolescents' reports of relational aggression by disliked peers. *Child Develop* 2002; 73: 1143-50.
17. Shahim S. Reliability and validity of the scale of classification approach social skills in a group of primary school children. *J Educ Psychol Shahid Chamran Univ Ahvaz* 1998; 3(4): 17-29. (Persian)
18. Shahim S. Evaluation of social skills in a group of blind students in teachers. *J Psychol Educ Sci Tehran Univ* 2003; 1(32): 121-39. (Persian)
19. Novontny CJ. Treating traumatized children through puppet play therapy. A research paper presented to the faculty of Adler graduate school. retrieved from: 2012. <http://www.alfredadler.edu/library/masters/2012/choose-jnovotny>
20. Bromfield, R. The use of puppets in play therapy. *J Child Adolescent Soc Work* 1995; 12: 435-44.
21. Gharaeni N, Fathabadi J. impact puppet play therapy on improving social skills in preschool children with Down syndrome. *J Appl Psychol* 2013; 2(26): 25-40. (Persian)
22. Asgharinekah M, Afrouz Gh, Bazargan A, Shokouhiyekta M. The impact of puppet play therapy intervention on autistic children's communication skills. *J Mental Health* 2011; 1(13): 44-57. (Persian)
23. Leahy R, Trich D, napolitano LA. *Emotion regulation in psychotherapy: a paractitioners guide*. USA: The Guilford Press; 2011.

## EFFECTS OF PUPPET PLAY THERAPY ON AGGRESSION OF CHILDREN WITH ADHD

Pegah Azadimanesh<sup>1</sup>, Abbas Ali Khanzadeh<sup>2</sup>, Mansour Hakim-Javadi<sup>3</sup>, Mohammad Vatankhah<sup>4\*</sup>

Received: 20 Jan, 2017; Accepted: 21 Mar, 2017

### Abstract

**Background & Aims:** Regarding the high prevalence of Attention Deficit Hyperactivity Disorder (ADHD) and comorbidity with aggression symptoms, it is significant to apply an intervention to reduce the symptoms. It was aimed to investigate the efficacy of puppet play therapy on aggression of children with attention deficit hyperactivity disorder.

**Materials and Methods:** This quasi-experimental study had a pretest-posttest design with a control group. The statistical population included all children aged 8 to 12 years with ADHD in Kermanshah city. Then, 24 children were selected as the sample group by invariable sampling and were divided into experimental and control group. Puppet play therapy intervention program was conducted for 10 sessions. Both groups were evaluated by relational and overt aggression questionnaire (2002) in pre and posttests. Variance and independent t-test were used to analyze the data.

**Results:** The results showed that the puppet play had a significant effect on reducing total aggression ( $t = -3.23$ ,  $P < 0.004$ ) and relational ( $t = -2.28$ ,  $P < 0.04$ ) and reveal aggression ( $t = -7.1$ ,  $P < 0.001$ ) but don't have significant effect on physical aggression ( $t = 0.6$ ,  $P < 0.55$ ).

**Conclusion:** According to the results of this study puppet play therapy can reduce aggressive behavior in children through effect of executive functioning and emotional regulation.

**Keyword:** Puppet play therapy, Aggression, ADHD

**Address:** Department of Psychology, Faculty of Literature and Humanities, Guilan University, Rasht, Iran

**Email:** Md.vatankhah@gmail.com

**Tel:** +989139646900

SOURCE: URMIA MED J 2017; 28(2): 90 ISSN: 1027-3727

<sup>1</sup> Phd Student, Department of Psychology, Faculty of Literature and Humanities, Guilan University, Rasht, Iran

<sup>2</sup> Associate Professor of Clinical Psychology, Department of Psychology, Faculty of Literature and Humanities, Guilan University, Rasht, Iran

<sup>3</sup> Associate Professor of Clinical Psychology, Department of Psychology, Faculty of Literature and Humanities, Guilan University, Rasht, Iran

<sup>4</sup> Phd Student of Psychology, Department of Psychology, Faculty of Literature and Humanities, Guilan University, Rasht, Iran (Corresponding Author)