

The Effectiveness of Adlerian Play Therapy on Aggression and Emotion Regulation of Children with Oppositional Defiant Disorder

Shahram Vahedi 

Professor, Department of Educational Sciences,
Faculty of Educational Sciences and Psychology,
University of Tabriz, Tabriz, East Azerbaijan, Iran

Saeed Armun  *

Ph.D. student in Educational Psychology, Faculty of
Educational Sciences and Psychology, University of
Tabriz, Tabriz, East Azerbaijan, Iran

Abstract

The purpose of the present study was to investigate the effectiveness of Adlerian play therapy on aggression and emotion regulation of children with oppositional defiant disorder. The method of the present study was a single-subject design of the multi-baseline (ABA) type. Four fifth grade students with oppositional defiant disorder between the ages of 11 years and 3 months and 12 years and 6 months who were studying in Shahid Mahmoudian Primary School in Tabriz, in the academic year of 1402-1403, based on oppositional defiant disorder Rating Scale were chosen. Students received Adlerian play therapy intervention for 10 sessions individually using a single-subject research design with multiple baselines (ABA). They were followed up three weeks after the intervention. Finally, the data obtained in the baseline, intervention and follow-up stages were analyzed using visual diagram analysis, percentage of all non-overlapping data (PAND), effect size and recovery percentage. The results showed that Adlerian play therapy reduces aggression and increases emotion regulation in children with oppositional defiant disorder.

Keywords: Adlerian Play Therapy, Aggression, Emotion Regulation, Oppositional Defiant Disorder.

* Corresponding Author: armoon.saeed@yahoo.com

How to Cite: Vahedi, Sh., Armun, S. (2025). The Effectiveness of Adlerian Play Therapy on Aggression and Emotion Regulation of Children with Oppositional Defiant Disorder, *Journal of Culture of Counseling and Psychotherapy*, 16(63), 207-254. DOI: 10.22054/qccpc.2025.80285.3325

اثربخشی بازی درمانی آدلری بر پرخاشگری و تنظیم هیجان کودکان مبتلا به اختلال نافرمانی مقابله‌ای

استاد، روانشناسی تربیتی، دانشکده علوم تربیتی و روانشناسی، دانشگاه تبریز،
تبریز، ایران

شهرام واحدی 

دانشجوی دکتری روانشناسی تربیتی، دانشکده علوم تربیتی و روانشناسی،
دانشگاه تبریز، تبریز، ایران

سعید آرمون *

چکیده

هدف از پژوهش حاضر بررسی اثربخشی بازی درمانی آدلری بر پرخاشگری و تنظیم هیجان کودکان مبتلا به اختلال بی‌اعتنایی مقابله‌ای بود. روش پژوهش حاضر، طرح تک‌آزمودنی از نوع چند خط پایه (ABA) بود. چهار دانش‌آموز پنجم ابتدایی مبتلا به اختلال نافرمانی مقابله‌ای بین سن ۱۱ سال و ۳ ماه و ۱۲ سال و ۶ ماه که در دبستان شهید محمودیان شهر تبریز، در سال تحصیلی ۱۴۰۳-۱۴۰۲ در حال تحصیل بودند، بر اساس مقیاس درجه‌بندی اختلال نافرمانی مقابله‌ای انتخاب شدند. دانش‌آموزان با استفاده از طرح پژوهش تک‌آزمودنی با چندین خط پایه (ABA) به مدت ۱۰ جلسه به صورت جداگانه، مداخله بازی درمانی آدلری را دریافت کردند. سه هفته پس از مداخله نیز مورد پیگیری قرار گرفتند. در نهایت داده‌های به دست آمده در مراحل خط پایه، مداخله و پیگیری، با استفاده از روش تحلیل دیداری نمودارها، روش درصد داده‌های ناهمپوش (PAND)، اندازه اثر و درصد بهبودی مورد تحلیل قرار گرفتند. نتایج نشان داد بازی درمانی آدلری موجب کاهش پرخاشگری و افزایش تنظیم هیجان کودکان مبتلا به اختلال نافرمانی مقابله‌ای می‌شود.

کلیدواژه‌ها: بازی درمانی آدلری، پرخاشگری، تنظیم هیجان، اختلال نافرمانی مقابله‌ای.

مقدمه

با توجه به راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی، ویرایش پنجم (DSM5)^۱، اختلال نافرمانی مقابله‌ای^۲ (ODD) در فصلی با نام «اختلالات مخرب، کنترل تکانه و رفتار» گنجانده شده است. معیارهای راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی، ویرایش پنجم برای ODD شامل حالتی است که معمولاً زود شروع می‌شود (در سنین پیش دبستانی)، خلق و خوی خشمگین و تحریک پذیر مداوم (مثلاً فرد به راحتی و اغلب عصبانی می‌شود)، با رفتارهای مجادله و سرکشی مکرر (اغلب با بزرگسالان بحث می‌کند، از پیروی قوانین امتناع می‌ورزد) یا کینه توزی که در طول تعامل نه تنها با خواهر و برادر، بلکه با دیگران نیز نشان داده می‌شود. اختلال نافرمانی مقابله‌ای منجر به پریشانی در فرد مبتلا یا سایر افراد در بافت اجتماعی او (مثلاً والدین) می‌شود و بر عملکرد آموزشی و اجتماعی او تأثیر منفی می‌گذارد (پوسار، ۲۰۲۴). اختلال نافرمانی مقابله‌ای با آشفتگی فرد در بافت اجتماعی او مثلاً در میان اعضای خانواده، گروه‌های همسالان و همکاران مرتبط است. این اختلال با آسیب‌های اجتماعی گسترده همراه است، به طوری که کودکان مبتلا به این اختلال در طول رشد خود، دچار درگیری‌های بین فردی زیادی می‌شوند. این اختلال خطر ایجاد چندین مشکل، از جمله رفتار ضد اجتماعی، تکانش‌گری، سوء مصرف مواد، اضطراب و افسردگی را افزایش می‌دهد (لین، هی، هیس، چی و هینشاو^۳، ۲۰۲۲). شیوع این اختلال در جمعیت کودک و نوجوان بین ۱ تا ۱۱ درصد (میانگین ۳/۳ درصد)، بسته به مطالعه و شروع سن برآورد شده است (آریاس، آگوایو و ناواس^۴، ۲۰۲۱). در علت‌یابی، الگوی مشخص خانوادگی مطرح نیست اما وقتی والدین کودک، بیش از حد سخت گیر و عصبانی هستند، شاهد بروز رفتارهایی نظیر پرخاشگری و لجبازی در فرزندشان خواهند بود. سخت‌گیری بیش از حد در خانواده، رفتارهای دوگانه و متضاد والدین، ایجاد محدودیت در فعالیت‌های

1. diagnostic and statistical manual of mental disorders fifth edition

2. oppositional defiant disorder

3. Lin, He, Heath, Chi & Hinshaw

4. Arias, Aguayo & Navas

روزانه، عدم رفع بهینه نیازهای اولیه کودک، ناکامی‌های مکرر، تهدید، تنبیه و تحقیر کودک در شرایط و موقعیت‌های متفاوت، بی‌توجهی و بی‌مهری به کودک، احساس تنهایی و تبعیض در دوران کودکی می‌تواند موجب بروز رفتار بی‌اعتنایی شود (زینالی و رستمی، ۱۳۹۹). روانشناسان، بی‌اعتنایی مقابله‌ای را به‌عنوان خشم ابرازی، تعریف کرده‌اند؛ خشمی که کودک از آن به‌عنوان ابزار برای تحت‌فشار قرار دادن والدین استفاده می‌کند. پرخاشگری در این کودکان بخش قابل‌توجهی از اختلالات رفتاری را شامل می‌شود؛ والدین این کودکان از کج‌خلقی، پرخاشگری مداوم و لجبازی فرزندان خود شکایت دارند و به دنبال راه‌هایی برای رهایی از این مشکلات هستند (اکبری، منیر پور و میرزا حسینی، ۱۴۰۰).

بیشترین تشخیص این اختلال معمولاً قبل از سن ۸ سالگی است و نوعاً دیرتر از اوایل نوجوانی بروز نمی‌کند. مطالعات همه‌گیرشناسی در جمعیت‌های غیربالینی حاکی از آن است که این رفتارها در ۱۶ تا ۲۲ درصد کودکان سنین مدرسه دیده می‌شود. اختلال نافرمانی مقابله‌ای در سن پیش‌دبستانی تا دبستان و اوایل نوجوانی ثبات زیادی دارد (اسماعیل‌پور و همکاران، ۱۳۹۵). شواهد نشان می‌دهد که اگرچه شیوع اختلال نافرمانی مقابله‌ای در دوران قبل از نوجوانی در پسران بیشتر از دختران است، اما در طول دوران نوجوانی شیوع آن در پسران و دختران باهم برابر است (لوبر و همکاران، ۲۰۰۹).

اختلال نافرمانی مقابله‌ای، الگوی پایدار خصومت و سرکشی است. این اختلال با عواملی چون از کوره در رفتن، مشاجره با بزرگ‌سالان، زودرنجی و زود ناراحت شدن از دست دیگران، دلخوری و عصبانیت، کینه‌توزی و انتقام‌جویی همراه است (انجمن روان‌پزشکی آمریکا، ۲۰۱۳). درواقع، این اختلال الگویی از خلق تحریک عصبانی، رفتار مقابله‌جویانه و انتقام‌جویانه است. اصلی‌ترین ویژگی این اختلال چالش و نزاع مداوم با والدین و افراد صاحب‌قدرت است (هرزانوف و همکاران، ۲۰۱۷). کودکان با اختلال نافرمانی مقابله‌ای هوش بهنجار دارند ولی به علت مشکلات رفتاری دچار ضعف در برقراری رابطه با دیگران، خود‌پنداره پایین، درماندگی آموخته‌شده، پرخاشگری هستند

(بینک، ۲۰۰۲؛ به نقل از کاظمی پور، ۱۳۹۲).

پرخاشگری یک رفتار آشکار عمدی است که می تواند منجر به آسیب رساندن به خود یا دیگران شود. مشکلاتی از قبیل پرخاشگری، تحریک پذیری، مشاجره، عصبانیت و سرپیچی به طور تجربی رفتارهای بیرونی آشکار به شمار می روند. خشم به عنوان یک حالت عاطفی ناخوشایند، گذرا و منفی تعریف شده است که از تحریک خفیف تا خشم شدید، با جنبه های فیزیولوژیکی، شناختی، پدیدار شناختی و رفتاری مانند برانگیختگی و خصومت متغیر است (اوانس، کارلوویچ، کورانا، ادلمان، بوزا، ریدل و لوپز سوآ^۱، ۲۰۲۴). رفتار پرخاشگرانه و خشونت آمیز یک نگرانی جدی برای بهداشت عمومی و مشکلات اجتماعی حاصل از آن در میان کودکان و نوجوانان است. داده های سازمان جهانی بهداشت^۲ (WHO) نشان می دهد، رفتارهای پرخاشگرانه و خشونت آمیز هر ساله عامل مرگ ۱/۷۶ میلیون نفر و میلیون ها آسیب و ناتوانی در جهان است (ما، لی، ژانگ، خی، لین، فو و تانگ^۳، ۲۰۲۴). چندین نظریه روان شناختی برای توضیح وقوع پرخاشگری^۴ ارائه شده است. به عنوان مثال، فرضیه سرخوردگی پرخاشگری^۵ (دلارد، کوب، میلر، مورر و سیرز^۶، ۱۹۳۹) استدلال می کند که محرک های بیرونی که در رفتار هدفمند فرد مانع ایجاد می کنند، پرخاشگری را تحریک می کنند. نظریه انتقال تحریک^۷، اهمیت برانگیختگی فیزیولوژیکی را برجسته می کند. سایر محققان بر اهمیت یادگیری اجتماعی^۸ (بندورا^۹، ۲۰۰۱) و اطلاعات اجتماعی^{۱۰} (کریک و دوج^{۱۱}، ۱۹۹۴) برای ظهور پرخاشگری تمرکز

1. Evans, Karlovich, Khurana, Edelman, Buza, Riddle & López Sosa

2. World Health Organization

3. Ma, Zhang, Xie, Lin, Fu & Tang

4. Aggression

5. frustration-aggression hypothesis

6. Dollard, Miller, Mowrer & Sears

7. The excitation transfer theory

8. social learning

9. Bandura

10. social information

11. Crick & Dodge

کرده‌اند (کرستن و گریتمیر^۱، ۲۰۲۴). پرخاشگری تابعی از مشکلات تنظیم هیجانی است. نقص در تنظیم هیجان^۲ به‌عنوان یک ریسک فاکتور برای رفتار پرخاشگرانه محسوب می‌شود (کمالی ایگلی و ابوالمعالی الحسینی، ۱۳۹۹).

توانایی تنظیم هیجان، شامل تغییر زمان، شدت، مدت، ظرفیت ابراز هیجان‌ها و همچنین نحوه تجربه و بیان آن‌ها برای رسیدن به اهداف یا خواسته‌های موقعیتی است. استفاده از راهبردهای تنظیم هیجان، مانند ارزیابی مجدد شناختی، حل مسئله و پذیرش با رفتارهای بهنجار ارتباط دارد. درحالی‌که استفاده از راهبردهای ناسازگارانه مانند اجتناب، سرکوب و نشخوار فکری همراه با رفتارهای نابهنجار است. شواهد حاصل از مطالعات طولی نشان می‌دهد، بی‌نظمی هیجانی مانند نشخوار فکری، نقص در درک هیجانی و بیان هیجانی نامنظم، ناسازگاری روانی را پیش‌بینی می‌کند. ارتقا تنظیم هیجانی سالم، تحت تأثیر یک فعل‌وانفعال پیچیده از عوامل ذاتی و محیطی است (لین، کهو، پازی، لیونتوس و وایتل^۳، ۲۰۲۴). بی‌نظمی هیجانی یکی از مکانیسم‌های اصلی آسیب‌شناسی روانی در نظر گرفته می‌شود. هیجان تنظیم‌شده، به افراد کمک می‌کند تا ظرفیت تحمل هیجان‌های مختلف را داشته باشند. تنظیم هیجان شامل اقدامات درونی و بیرونی برای شروع، افزایش، حفظ، کاهش یا تبدیل هر دو هیجان مثبت و منفی در پاسخ به تقاضاهای در حال تغییر موقعیت‌های برانگیخته هیجان است. اگرچه تنظیم هیجان اغلب برای اشاره به رفتارهای یک فرد پس از بروز هیجانات ناراحت‌کننده استفاده می‌شود، همچنین شامل چگونگی تولید هیجان‌ها نیز می‌شود (ایواکابه، ناکامورا و توما^۴، ۲۰۲۳). استفاده از برخی راهبردهای تنظیم هیجان بر تجربه افراد از رویدادهای منفی زندگی تأثیر می‌گذارد. یکی از این استراتژی‌ها بازی‌درمانی است (براتون، ری، رین و جونز^۵، ۲۰۰۵).

-
1. Kersten & Greitemeyer
 2. emotion regulation
 3. Lin, Kehoe, Pozzi, Liontos & Whittle
 4. Iwakabe, Nakamura & Thoma
 5. Bratton, Ray, Rhine & Jones

کودکان در هر شرایطی به بازی نیاز دارند. در طول بازی، کودکان روابط بین پدیده‌ها را درک می‌کنند، آن‌ها از بازی به عنوان ابزاری برای ارتباط، تبادل، آزمایش و تسلط بر واقعیت‌های بیرونی استفاده می‌کنند (صادقی، موسوی، گودرزی، شهسواری، ۲۰۲۲). بازی برای کودکان نمادی از کلام است. بازی درمانی یکی از راهبردهایی است که برای کمک به کودکان برای غلبه بر مشکلات خود استفاده می‌شود. بازی برای تداوم رشد و تکامل کودکان ضروری است و به آن‌ها امکان می‌دهد که بتوانند کاوش کرده و هیجانات و افکار خود را بیان کنند (مسا و آریپا^۱، ۲۰۲۴). دنیای طبیعی کودک، بازی است. کودک در بازی درباره خود، دیگران و دنیای اطرافش یاد می‌گیرد. اسباب‌بازی‌ها کلمات کودک و بازی زبان کودک است. بازی کمکی برای رشد تفکر کودک است و توانایی‌های او را برای رشد مهارت‌هایی که باعث احساس شایستگی و کفایت می‌شود، تسهیل می‌کند (علیزاده، غلامی، رضایی، اصغری نکاح، ۱۳۹۹). بازی درمانی به کودک کمک می‌کند تا فشارها و هیجان‌های خود را مهار کند. در بازی درمانی بر مشارکت کودک در درمان تأکید می‌شود و به مواردی مانند کنترل خود و دیگران، تسلط و پذیرش مسئولیت در قبال تغییر رفتار و یادگیری مهارت‌های اجتماعی توجه می‌گردد (خونساری و عاشوری، ۱۴۰۰).

یکی از درمان‌هایی که می‌تواند باعث بهبود عملکرد اجتماعی کودک شود بازی درمانی آدلری^۲ است. بازی درمانی آدلری یک رویکرد مشاوره‌ای است که مفاهیم روان‌شناختی آدلری را در تمرین بازی درمانی ادغام می‌کند (کاتمن و مینی والن^۳، ۲۰۱۶). به گفته آدلر، تأثیراتی که در اوایل زندگی رخ می‌دهد، احساس فرد را از خود ایجاد می‌کند که بر الگوهای رفتاری تأثیر می‌گذارد (اسلاویک و کارلسون^۴،

1. Mesa & Aripa

2. adlerian play therapy

3. Kottman & Meany-Walen

4. Slavick & Carlson

۲۰۰۶). بازی درمانی آدلری که توسط تری کاتمن^۱ (۱۹۹۴) توسعه یافته است، مدلی از بازی درمانی مبتنی بر نظریه روانشناسی فردی است. سازه‌های آدلری مورد استفاده در بازی درمانی آدلری به درمانگران این امکان را می‌دهد که وارد یک رابطه برابری طلبانه با مراجع شوند، انتخاب کنند که با چه چیزی و چگونه در درمان ارتباط برقرار کنند (گاهی غیر رهنمودی و گاهی اوقات دستوری)، مراجع را به‌طور کل نگر در نظر بگیرند. سبک زندگی مراجع را ارزیابی و اهداف رفتار بد او را ارزیابی کنند (اوانس^۲، ۲۰۲۰). کاتمن و مینی والن (۲۰۱۶) در کتاب خود به نام مشارکت‌کننده‌ها در بازی، در مورد اهمیت ارزیابی سبک زندگی، ارزیابی اهداف رفتار نادرست، درک عوامل حیاتی و تعیین اولویت‌های شخصیت بحث می‌کنند (بتنر^۳، ۲۰۰۰). بازی درمانی آدلری همان مراحل مشاوره‌ای را دنبال می‌کند که روانشناسی فردی پیشنهاد می‌کند (کاتمن و مینی والن، ۲۰۱۶). کاتمن و مینی والن (۲۰۱۶) مفاهیم روانشناسی فردی آدلر^۴ (۱۹۲۷) را با اصول بازی درمانی ادغام کردند تا بازی درمانی آدلری را به‌عنوان یک مداخله درمانی برای کودکان توسعه دهند (آکای و براتون^۵، ۲۰۱۷). بازی درمانی آدلری دارای ۴ مرحله است: (الف) ایجاد یک رابطه برابری طلبانه، (ب) بررسی سبک زندگی مراجع، (ج) کمک به فرد برای به دست آوردن بینش در مورد الگوهای سبک زندگی خود و (د) جهت‌گیری مجدد و تغییر جهت دادن. بازی درمانگر آدلری، با والدین و معلمان مشورت می‌کند و اغلب از بازی درمانی با شن و ماسه به‌عنوان ابزاری برای افزایش بینش خود از کودک استفاده می‌کند (کاتمن و مینی والن^۶، ۲۰۱۸). شواهد نشان می‌دهد، بازی درمانی آدلری راهبردهایی عینی به معلمان و والدین برای کار با کودکان، ارائه می‌دهد تا به آن‌ها کمک کند دیدگاه‌ها و رفتارهای منفی خود را به

-
1. Terry Kottman
 2. Evans
 1. Bettner
 4. Adler
 5. Akay & Bratton
 6. Kottman & Meany-Walen

خودانگاره و مهارت‌های ارتباطی تبدیل کنند (کاتمن^۱، ۲۰۲۰). بازی درمانی آدلری بر رفتارهای بیرونی دانش آموزان که مخل نظم کلاسی است و مهارت‌های اجتماعی ضعیف آن‌ها تأثیرات مثبت داشته است (مینی-والن و تیلینگ^۲، ۲۰۱۶). بازی درمانی آدلری با تأکید بر مفهوم امید، بر کاهش اضطراب ناسازگار کودکان مؤثر است (آکای و براتون، ۲۰۱۷). با توجه به مطالب یادشده، تلاش پژوهش حاضر پاسخ به این پرسش است که آیا برنامه مداخله بازی درمانی آدلری می‌تواند پرخاشگری در کودکان مبتلا به اختلال نافرمانی مقابله‌ای را کاهش داده و موجب افزایش تنظیم هیجان در این کودکان شود یا خیر؟

روش‌شناسی پژوهش

روش پژوهش حاضر، طرح تک آزمودنی^۳ از نوع چند خط پایه (ABA) بود. آنجا که تعیین اثربخشی یک روش معین بر فرد فرد آزمودنی‌ها هدف پژوهش است، طرح‌های گروهی کارساز نیستند. مشکل دیگر استفاده از طرح‌های پژوهشی گروهی این است که در شرایط آموزشی و بالینی اغلب نمی‌توان تعداد زیادی از افراد دارای مسائل مشابه را پیدا کرد تا بتوان آن‌ها را به گروه‌های تصادفی آزمایش و گواه تقسیم نمود (سیف، ۱۳۶۶). بر اساس این روش در مرحله نخست، خط پایه رفتار موردنظر با استفاده از پرسشنامه تنظیم هیجان و پرسشنامه شدت پرخاشگری نلسون برای همه شرکت‌کننده‌های پژوهش مشخص شد. در مرحله دوم پروتکل بازی درمانی آدلری ابتدا تنها برای دانش آموز اول اجرا شد بعد از چند جلسه که مشخص شد انجام پروتکل‌های درمانی، رفتار آزمودنی اول را در جهت پیش‌بینی شده تغییر می‌دهد، از آن پس متغیر مستقل برای آزمودنی دوم نیز اعمال شد. بعد از اثربخشی متغیر مستقل، برای آزمودنی اول و دوم، جلسات درمانی برای آزمودنی سوم و چهارم نیز اجرا

1. Kottman

2. Meany-Walen & Teeling

3. single subject

گردید. در نهایت با مقایسه رفتار خط پایه و رفتار پس از مداخله هر یک از آزمودنی‌ها، تأثیرات مداخله مشخص شد.

آزمودنی‌های پژوهش شامل ۴ دانش‌آموز پسر بین سنین ۱۱ سال و ۳ ماه و ۱۲ سال و ۶ ماه که در پایه پنجم در دبستان شهید محمودیان شهر تبریز، در سال ۱۴۰۳-۱۴۰۲ در حال تحصیل بودند بر اساس مقیاس درجه‌بندی اختلال نافرمانی مقابله‌ای انتخاب شده و در برنامه مداخله بازی‌درمانی آدلری شرکت کردند. از آنجا که طرح پژوهش حاضر از نوع تک آزمودنی است، نمونه‌گیری در این روش مطرح نبوده و انتخاب آزمودنی‌ها بر اساس ملاک‌های پژوهش انجام می‌گیرد. معیارهای ورود آزمودنی‌ها به پژوهش شامل دریافت تشخیص اختلال نافرمانی مقابله‌ای بر اساس مصاحبه بالینی، نمره بالاتر از ۴ در مقیاس درجه‌بندی اختلال نافرمانی مقابله‌ای، تحصیل در پایه پنجم ابتدایی، عدم دریافت دارو یا درمان روان‌شناختی در زمان تشخیص و در طول دوره پژوهش و رضایت والدین بود. معیارهای خروج از پژوهش نیز عبارت بود از داشتن اختلال‌های همراه شدید همچون اختلال نارسایی توجه بیش‌فعالی، اختلال یادگیری و افسردگی، مشکلات عقب‌ماندگی ذهنی و شخصیت و افکار خودکشی بود. ملاحظات اخلاقی پژوهش عبارت بود از این که نتایج حاصل از تحلیل عملکرد هر دانش‌آموز بنا به درخواست والدین در اختیار آن‌ها قرار داده شود و در صورت مشاهده هرگونه اختلال، راهنمایی‌های لازم جهت پیگیری، به والدین ارائه شود.

آزمودنی اول پسر ۱۱ سال و ۵ ماهه‌ای بود که در مرحله خط پایه در مؤلفه پرخاشگری مشکلات زیادی داشت. وضعیت تحصیلی او ضعیف بود. طبق مصاحبه مشخص شد که او مادر سرزنشگری دارد او در هفت جلسه خط پایه در پرسشنامه شدت پرخاشگری نلسون، میانگین نمره ۱۲۵ و در پرسشنامه تنظیم هیجان میانگین نمره ۳۶/۸۵ را کسب کرد. آزمودنی دوم پسر ۱۱ سال و ۴ ماهه‌ای که به همراه مشکلات خانوادگی، وضعیت درآمدی پایینی نیز داشتند. او در پرسشنامه شدت پرخاشگری

نلسون، میانگین ۱۳۰ و در پرسشنامه تنظیم هیجان میانگین نمره ۳۸/۷۱ را کسب کرد. وقتی با معلمش مصاحبه شد، او درباره دعوا و جروبحث‌های آزمودنی صحبت کرد. آزمودنی سوم پسر ۱۲ سال و ۶ ماهه‌ای بود که مهارت‌های اجتماعی و عملکرد تحصیلی پایینی به نسبت همکلاسی‌هایش داشت. بر اساس مصاحبه انجام گرفته با ناظم مدرسه، او در زنگ‌های تفریح رفتارهای قلدری از خود نشان می‌داد. او در پرسشنامه شدت پرخاشگری نلسون، میانگین نمره ۱۱۶ و در پرسشنامه تنظیم هیجان میانگین نمره ۳۳/۱۴ را کسب کرد. آزمودنی چهارم پسر ۱۲ سال و ۳ ماهه‌ای بود که عملکرد خط پایه‌اش در پرسشنامه شدت پرخاشگری نلسون، با میانگین نمره ۱۳۹ و در پرسشنامه تنظیم هیجان میانگین با نمره ۳۹/۵۷ مشخص شد. او فرزند طلاق بود و پدرش در خانه از تنبیه بدنی استفاده می‌کرد.

برای بررسی نتایج حاصل از مداخله، از روش تحلیل دیداری نمودارها، روش درصد داده‌های ناهمپوش (PAND)^۱، اندازه اثر^۲ و درصد بهبودی^۳ استفاده شد. برای تحلیل دیداری نمودار داده‌ها از تحلیل درون موقعیتی^۴ و بین موقعیتی^۵ استفاده شد. تحلیل درون موقعیتی به ارزیابی الگوی تغییر داده‌ها در هر یک از مراحل خط پایه، مداخله و پیگیری می‌پردازد. تحلیل بین موقعیتی طراز^۶، روند^۷ و ثبات^۸ داده‌ها را در دو موقعیت مجاور مقایسه می‌کند. طراز داده‌ها به عنوان ارزش نسبی متغیر وابسته تعریف می‌شود. روند، جهت داده‌هاست و تغییرپذیری، میزان تغییر یا جهش داده‌ها را تعیین می‌کند. برای تحلیل درون موقعیتی ابتدا میانگین، میانه، دامنه تغییرات که فاصله بین کمترین داده و بیشترین داده است، محاسبه شد و محفظه ثبات^۹ داده‌ها برای هر

-
1. Percentage of All Non-Overlapping Data
 2. Effect size
 3. Recovery Percentage
 4. Within-condition analysis
 5. Between-condition analysis
 6. Level
 7. Trend
 8. Stability
 9. Stability Envelope

موقعیت رسم شد. اندازه محفظه ثبات ۲۰ یا ۲۵ درصد از میانه داده‌هاست. سپس نمودار رسم شد. بعد از رسم میانه به صورت موازی با محور X ، درصد داده‌هایی که در محفظه ثبات قرار گرفتند، مشخص شد. اگر ۸۰ درصد نقاط داده‌ها داخل محفظه ثبات قرار گیرند، گفته می‌شود، داده‌ها ثبات دارند. در غیر این صورت داده‌ها متغیر است (لین و گاست^۱، ۲۰۱۴). برای بررسی روند داده‌ها در هر موقعیت، تغییر طراز نسبی و مطلق داده‌ها محاسبه شد. تغییر طراز نسبی بر اساس تفاوت بین میانه نیمه اول و دوم داده‌های هر موقعیت و تغییر طراز مطلق بر اساس تفاوت بین اولین و آخرین داده در هر موقعیت به دست می‌آید. برای محاسبه تغییر طراز نسبی و مطلق داده‌ها از روش دو نیم کردن^۲ استفاده شد. برای محاسبه تغییر طراز مطلق برای هر موقعیت اولین و آخرین داده مشخص و از هم کم می‌شوند. در ادامه برای مشخص کردن محفظه ثبات و میزان تغییرپذیری خط روند، ابتدا برای هر کدام از موقعیت‌ها، داده‌ها به دو نیم تقسیم و جلسه میانی هر قسمت نیز با نقطه چین مشخص شد. سپس روی خط نقطه چین هر دو نیمه، اندازه میانه هر قسمت نیز با نقطه چین مشخص شد. سپس روی خط نقطه چین هر دو نیمه، اندازه میانه هر قسمت مشخص شد. نقطه تلاقی بین خط نقطه چین و میانه هر نیمه را مشخص کرده و دو نقطه به هم وصل شد تا خط روند مشخص شود. به همین ترتیب، محفظه ثبات هم برای هر قسمت به صورت جداگانه رسم شد. در مرحله آخر درصد داده‌هایی که در محفظه ثبات خط روند داده‌ها قرار داشت، برای موقعیت‌های مختلف محاسبه شد. در تحلیل بین موقعیتی نیز ابتدا تعداد متغیرهایی که در بین دو موقعیت خط پایه و مداخله تغییر کرده بودند مشخص شد. در این قسمت تغییر جهت روند در بین دو مرحله خط پایه و مداخله ارزیابی شد. در ادامه نیز تغییر طراز نسبی، مطلق، میانه و میانگین محاسبه شد. برای محاسبه تغییر طراز نسبی بین دو موقعیت مجاور، میانه قسمت دوم داده‌های موقعیت خط پایه، از میانه قسمت اول داده‌های مرحله مداخله کم شد. تغییر طراز نسبی، تغییرات نسبی بین نیمه دوم مرحله خط پایه و

1. Lane & Gast

2. Split-midd

نیمه اول مرحله مداخله را نشان می دهد؛ اما تغییر ناگهانی را نشان نمی دهد. برای محاسبه تغییر طراز مطلق، آخرین داده مرحله خط پایه را از اولین داده مرحله مداخله کم کردیم. محاسبه تغییر طراز مطلق نشان دهنده تغییرات ناگهانی و سریع بین مرحله خط پایه و درمان است. همچنین برای تغییر طراز میانه و میانگین، میانه و میانگین مرحله خط پایه از میانه و میانگین مرحله مداخله کم شد (نوفروستی و حسن آبادی، ۱۳۹۷). برای ارزیابی اندازه اثر متغیر مستقل بر تک تک آزمودنی ها، از روش درصد داده های ناهمپوش (PAND) استفاده شد. این شاخص از درصد داده های باقیمانده بعد از حذف داده های همپوش به دست می آید. اندازه اثر، میزان اثربخشی یا رابطه بین دو یا چند متغیر را بررسی می کند. برای محاسبه PAND ابتدا هدف از مداخله بازی درمانی آدلری تعیین شد (افزایش یا کاهش رفتار) سپس در مرحله دوم تعداد کل نقاط مرحله خط پایه و مداخله شمارش شد. در مرحله سوم تعداد نقاط همپوش مرحله درمان با خط پایه تعیین شد. در مرحله بعد مقدار به دست آمده از مرحله سوم بر تعداد کل نقاط مراحل خط پایه و مداخله که در مرحله دوم به دست آمده بود تقسیم گردید و مقدار به دست آمده از ۱۰۰ کم شد و در مرحله آخر اعداد به دست آمده بر این اساس که اگر مقادیر به دست آمده، کمتر از ۵۰ درصد باشد تغییرات ناشی از شانس و خطا بوده و اگر بیشتر از ۵۰ درصد باشد، نشان دهنده اثربخشی مداخله بوده است، تفسیر گردید (موسی نژاد جدی، واحدی، نظری و هاشمی، ۱۳۹۷). شاخص PAND از طریق فرمول، $\phi = (PAND \times 2) - 1$ می تواند به ضریب فای تبدیل شود. مقادیر ضریب فای همانند ضریب همبستگی پیرسون بوده و مقادیر بین ۰/۱۰ تا ۰/۳۰ بیانگر اثر ضعیف، بین ۰/۳۰ تا ۰/۵۰ دارای اثر متوسط و بیشتر از ۰/۵۰ نشان دهنده تأثیر قوی است. همچنین ضریب فای از طریق فرمول زیر به d کوهن تبدیل می شود. مقادیر d کوهن بالاتر از ۰/۸۰ نشان دهنده اثر قوی، اگر بین ۰/۸۰ تا ۰/۵۰ باشد تأثیر متوسط و بین ۰/۵۰ تا ۰/۲۰ و کمتر از آن نشانگر اثر ضعیف است (پارکر، هاگان-بروک و ونست، ۲۰۰۷).

$$d = \frac{2\phi}{\sqrt{1-\phi^2}}$$

همچنین برای محاسبه درصد بهبودی از روش «میانگین کاهش از خط پایه» استفاده شد. در این روش میانگین مشاهدات مرحله درمان یا پیگیری، از میانگین مشاهدات خط پایه کم می‌شود، سپس تقسیم بر میانگین مشاهدات در مرحله خط پایه شده و حاصل در ۱۰۰ ضرب می‌شود (نوفرستی، ۱۳۹۴).

$$\text{درصد بهبودی} = \frac{\text{میانگین داده‌ها در مرحله خط پایه} - \text{میانگین داده‌ها در مرحله درمان یا پیگیری}}{\text{میانگین داده‌ها در مرحله خط پایه}} \times 100$$

ابزارهای استفاده‌شده در این پژوهش

۱- مقیاس درجه‌بندی اختلال نافرمانی مقابله‌ای^۱:

این مقیاس توسط هومرسن، مورای، اوهان و جانستون^۲ و همکاران (۲۰۰۶)، برای تشخیص کودکان مبتلا به اختلال نافرمانی مقابله‌ای بر اساس ملاک‌های چهارمین ویرایش تجدیدنظر شده راهنمای تشخیصی و آماری اختلال‌های روانی ساخته شده است. این مقیاس ۱۶ ماده به صورت طیف لیکرت دارد که برای کودکان ۵ تا ۱۵ سال استفاده می‌شود. در این مقیاس ۸ ماده، مربوط به والدین و ۸ ماده مربوط به معلمان است (فرم والد-معلم). در هر یک از فرم‌ها کمترین نمره ۱ و بالاترین نمره ۳۲ می‌باشد. هرچه نمره فرد بیشتر باشد، شدت اختلال نیز بیشتر است. سازندگان آزمون، ضریب پایایی مقیاس را به شیوه آلفای کرونباخ ۰/۹۲ و ضریب پایایی بین نمره گذاران را ۰/۷۰ گزارش کردند. همچنین همبستگی مناسب بین این آزمون و خرده مقیاس‌های مشابه در سیاهه چک‌لیست رفتار کودکان وجود داشت (هومرسن و همکاران، ۲۰۰۶). این مقیاس توسط فرامرزی، عابدی و قنبری بر روی دانش آموزان اول تا پنجم دبستان

1. Oppositional Defiant Disorder Rating Scale (ODDRS)

2. Hommersen, Murray, Ohan & Johnston

روایی سنجی و اعتباریابی شده است و ضریب پایایی (همسانی درونی) این مقیاس به روش آلفای کرونباخ ۰/۹۳ و ضریب پایایی آن به روش باز آزمایی ۰/۹۴ گزارش شده است (شریفی درآمدی و همکاران، ۱۳۹۲).

۲- پرسشنامه تنظیم هیجان:

پرسشنامه تنظیم هیجان گراس و جان^۱ (۲۰۰۳)، یک پرسشنامه خود گزارشی است که ۱۰ گویه و دو زیر مقیاس دارد که به راهبردهای تنظیم هیجان مربوط است: بازاریابی (۶ سؤال) و فرونشانی (بازداری بیانی) (۴ سؤال). پاسخ ها برای لیکرت ۷ نقطه ای از کاملاً مخالفم تا کاملاً موافقم است. همسانی درونی این مقیاس در کارمندان و دانشجویان دانشگاه میلان برای بازاریابی در دامنه ای از ۰/۴۸ تا ۰/۶۸ و برای فرونشانی ۰/۴۲ تا ۰/۶۳ به دست آمد. ضرایب همبستگی باز ارزیابی با مقیاس عواطف مثبت ۰/۲۴ و عواطف منفی ۰/۱۴- گزارش شده است. ضرایب همبستگی فرونشانی با مقیاس عواطف مثبت ۰/۱۵- و عواطف منفی ۰/۰۴- گزارش شده است (گراس و جان، ۲۰۰۳). این مقیاس در ایران، توسط قاسم پور و همکاران، ترجمه و هنجاریابی شده است. اعتبار مقیاس بر اساس روش همسانی درونی (با دامنه آلفای کرونباخ ۰/۶۰ تا ۰/۸۱) و روایی این پرسشنامه از طریق تحلیل مؤلفه اصلی با استفاده از چرخش واریماکس، همبستگی بین دو خرده مقیاس ($r=0/13$) و روایی ملاکی مطلوب گزارش شده است (مشهدی، قاسم پور، اکبری، ایل بیگی و حسن زاده، ۱۳۹۲).

۳- پرسشنامه شدت پرخاشگری نلسون^۲ (۲۰۰۰):

این پرسشنامه یک ابزار خود گزارشی است که موقعیت هایی را که موجب بروز خشم در کودکان شده است، میزان شدت خشم و مهارت های اجتماعی کودکان را بررسی می کند و شامل ۳۹ سؤال می باشد. چهار زیر مقیاس این پرسشنامه عبارت اند از: ناکامی

1. Gross & John

2. Nelson

(۱۱ سؤال)، پرخاشگری بدنی (۹ سؤال)، روابط با همسالان (۹ سؤال) و روابط با مراجع قدرت (۱۰ سؤال). بر اساس مقیاس لیکرت چهارگزینه‌ای (۱: توجه نمی‌کنم، ۲: مرا آزار می‌دهد، ۳: واقع ناراحت می‌شوم و ۴: عصبانی می‌شوم)، عبارات نمره‌گذاری می‌شود. حداقل امتیاز هر فرد ۳۹ و حداکثر امتیازی که می‌تواند کسب نماید ۱۵۶ است. هر چه میزان نمره بالاتر باشد نشان‌دهنده خشم بیشتر و هر چه نمره کمتر باشد به معنای وجود خشم کمتر است. نمره پرخاشگری هر کودک که از دو انحراف معیار بالاتر از میانگین (دختران ۱۱۷/۴۸ و پسران ۱۲۵/۷۷) قرار گیرد، نشان می‌دهد که آن کودک پرخاشگر است. روایی و پایایی این پرسشنامه در مطالعات داخل و خارج از کشور به تأیید رسیده است. در خارج از کشور توسط نلسون و همکاران بر روی ۱۶۰۴ نفر از دانش آموزان اجرا شده و نتایج ضریب باز آزمایی ۰/۶۵ تا ۰/۷۵ ثبات درونی ۰/۸۵ تا ۰/۸۶ و روایی چهار زیر مقیاس ۰/۹۳ به دست آمده است. محمد مجدیان (۱۳۸۷) همان نتایج نلسون و همکاران را به دست آورده است (مقدسی، ۱۴۰۱).

ساختار جلسات برنامه مداخله‌ای

بامطالعه و بررسی پیشینه پژوهش‌های قبلی (کاتمن، ۲۰۲۰؛ منی‌والن و تیلینگ، ۲۰۱۶، منی‌والن و همکاران، ۲۰۱۵، فلاح، رضاپور و بهجتی، ۱۴۰۰)، برنامه مداخله بازی‌درمانی آدلری با توجه به مشکل پرخاشگری و تنظیم هیجان کودکان مبتلا به اختلال نافرمانی مقابله‌ای تدوین شد. این برنامه مورد تأیید اساتید و متخصصان بازی‌درمانی آدلری می‌باشد. شرح جلسات برنامه مداخله‌ای بازی‌درمانی آدلری در جدول ۱ ارائه شده است.

جدول ۱. خلاصه جلسات

جلسات	عنوان جلسه	اهداف جلسه
جلسه اول	آشنایی و ایجاد رابطه ایمن	آشنایی و برقراری اعتماد، همکاری و ایجاد فعالیت‌های مشترک، تشویق خود اکتشافی و خود رهنمودی کودک، بیان احساسات، بیان کردن محدودیت‌ها در مورد کودک به صورت

جلسات	عنوان جلسه	اهداف جلسه
		غیر قضاوتی، تقویت حس اعتماد
جلسه دوم	بررسی سبک زندگی (۱)	بررسی محیط خانواده و مجموعه خانواده از لحاظ شخصیت والدین/ روش والدگری/ ارتباط، بررسی سبک زندگی از طریق خاطرات اولیه، بررسی اهداف خیالی کودک
جلسه سوم	بررسی سبک زندگی (۲)	بررسی اهداف خیالی کودک، در نظر گرفتن هدف بدرفتاری (توجه / قدرت / انتقام / بی کفایتی)، اولویت‌های شخصی، علاقه اجتماعی از لحاظ میزان وجود داشتن
جلسه چهارم و پنجم	دستیابی به بینش	آگاهی از پیامدهای رفتار، افکار و احساسات، آگاهی از شرایط ایجاد، تشویق در جهت اصلاح اهداف غلط و اعتقادات اساسی، آگاهی از اهمیت علاقه اجتماعی در سلامت روان
جلسه ششم	جهت‌گیری مجدد	بررسی گزینه‌های پیش رو و جایگزین سودمند برای رفتار غلط، خلق رفتار جایگزین، مرتبط ساختن بینش‌های برگرفته از بازی به زندگی واقعی
جلسه هفتم	جهت‌گیری مجدد با تأکید بر تشویق، دلگرمی، امید	تقویت پذیرش خود، تشویق به تلاش و پیشرفت، امیدواری
جلسه هشتم	جهت‌گیری مجدد با تأکید بر تقویت روابط و علاقه اجتماعی	تقویت روابط اجتماعی، پرورش علاقه اجتماعی

یافته‌های پژوهش

فرضیه اول پژوهش عبارت بود از: «بازی درمانی آدلری موجب کاهش پرخاشگری کودکان مبتلا به اختلال بی‌اعتنایی مقابله‌ای می‌شود». برای بررسی این فرضیه در جدول ۲ نمرات آزمودنی‌ها و درصد بهبودی آورده شده است. در شکل‌های شماره ۳ تا ۶ نیز داده‌های آزمودنی‌ها در میزان پرخاشگری در مراحل خط پایه، مداخله و پیگیری نمایش داده شده است. در ادامه شاخص PAND، ضریب فای و d کوهن برای هر آزمودنی و سپس برای کل گروه گزارش شده است.

جدول ۲: نمرات آزمودنی‌ها در مقیاس پرخاشگری در مراحل خط پایه، مداخله و پیگیری به همراه

درصد بهبودی

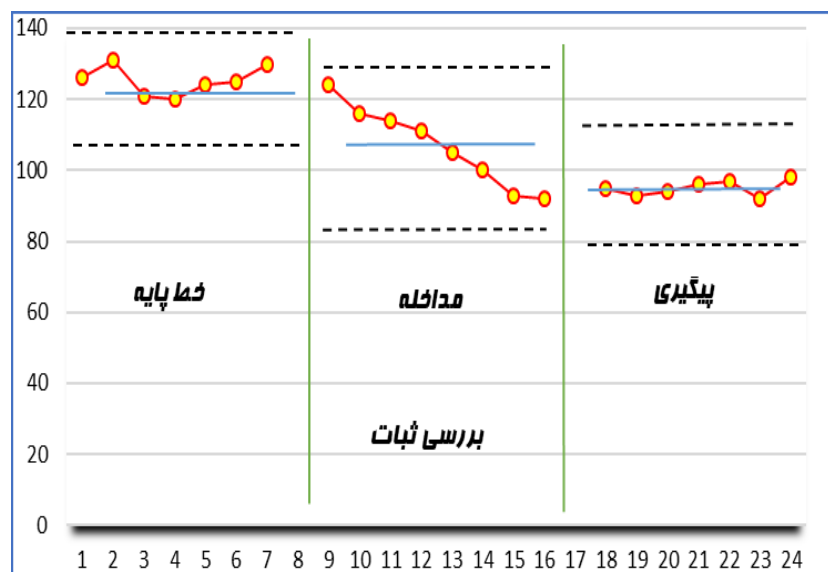
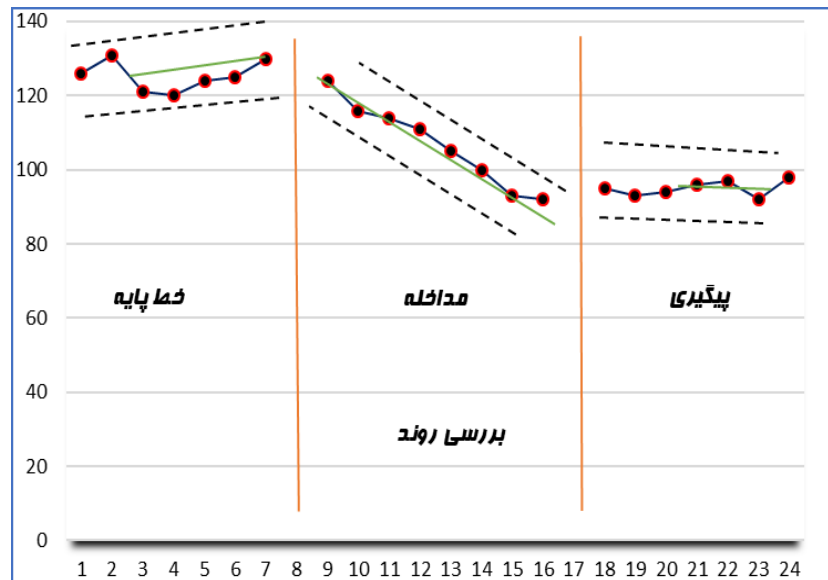
مراحل سنجش	دانش آموز اول	دانش آموز دوم	دانش آموز سوم	دانش آموز چهارم
خط پایه اول	۱۲۶	۱۳۵	۱۱۱	۱۳۳
خط پایه دوم	۱۳۱	۱۳۳	۱۱۶	۱۳۵
خط پایه سوم	۱۲۱	۱۲۸	۱۲۰	۱۳۰
خط پایه چهارم	۱۲۰	۱۳۴	۱۱۷	۱۲۸
خط پایه پنجم	۱۲۴	۱۲۹	۱۱۳	۱۲۹
خط پایه ششم	۱۲۵	۱۲۵	۱۱۹	۱۲۵
جلسه مداخله اول	۱۲۴	۱۲۰	۱۱۲	۱۲۰
خط پایه هفتم	۱۳۰	۱۲۷	۱۲۰	۱۲۶
جلسه مداخله دوم	۱۱۶	۱۱۹	۱۰۰	۱۱۵
جلسه مداخله سوم	۱۱۴	۱۲۰	۹۵	۱۱۶
جلسه مداخله چهارم	۱۱۱	۱۱۷	۹۶	۱۱۴
جلسه مداخله پنجم	۱۰۵	۱۱۰	۹۰	۱۱۴
جلسه مداخله ششم	۱۰۰	۹۷	۹۱	۱۱۳
جلسه مداخله هفتم	۹۳	۹۱	۸۹	۱۱۲
جلسه مداخله هشتم	۹۲	۸۰	۸۵	۱۱۲
درصد بهبودی	۱۵	۱۷	۱۸	۱۱
بهبود کلی	۱۷			
پیگیری اول	۹۵	۹۳	۹۴	۱۱۴
پیگیری دوم	۹۳	۹۴	۹۱	۱۱۳
پیگیری سوم	۹۴	۹۰	۹۳	۱۱۵
پیگیری چهارم	۹۶	۹۲	۸۹	۱۱۶
پیگیری پنجم	۹۷	۹۸	۹۰	۱۱۴
پیگیری ششم	۹۲	۹۴	۹۳	۱۱۵
پیگیری هفتم	۹۸	۹۷	۸۸	۱۱۶
درصد بهبودی	۲۴	۲۷	۲۱	۱۱
بهبود کلی		۲۱		

تحلیل دیداری (بررسی ثبات و روند داده‌ها)

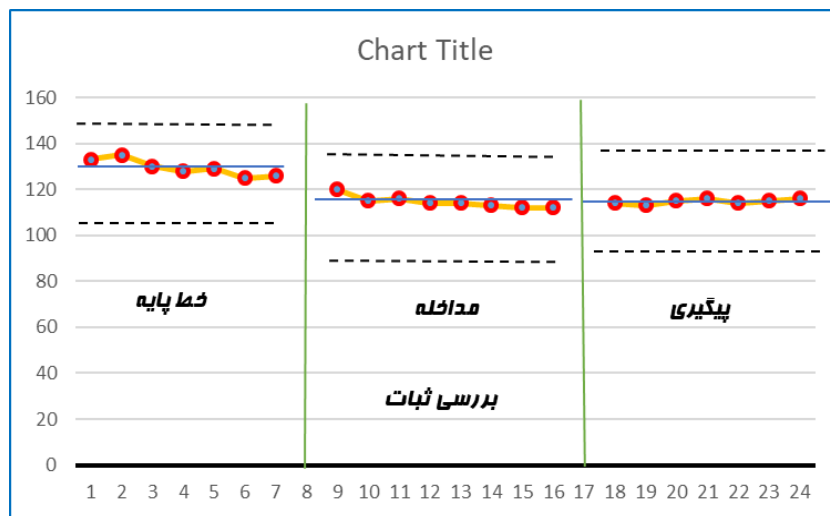
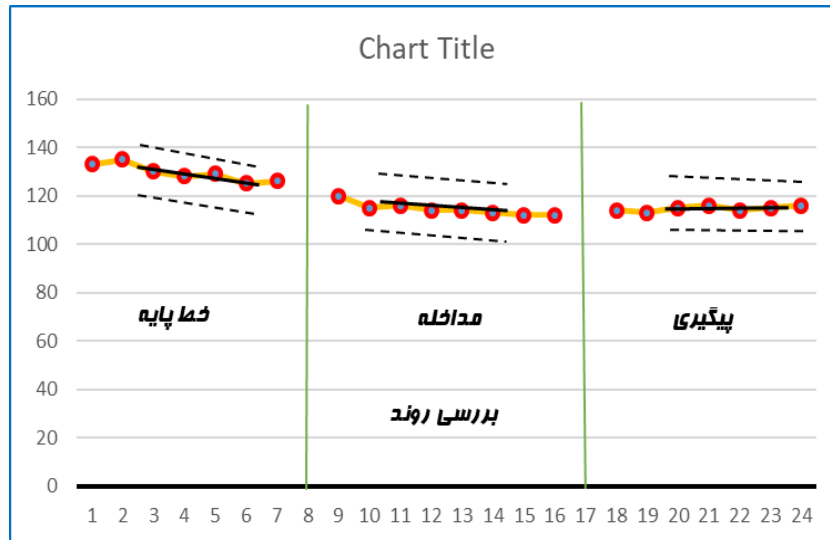
برای بررسی ثبات و روند داده‌های آزمودنی‌ها در مقیاس پرخاشگری در نمودارهای زیرخط میانه، محفظه ثبات و خط روند برای هر چهار آزمودنی در سه مرحله خط پایه، مداخله و پیگیری نشان داده شده است. با توجه به شکل ۳ همه داده‌های مربوط به دانش آموز اول در مراحل خط پایه، مداخله و پیگیری در محفظه ثبات قرار گرفته است و در همه مراحل ثبات وجود دارد. با توجه به جدول ۷ روند تغییرات در مرحله خط پایه برای آزمودنی اول صعودی می‌باشد. تغییر طراز نسبی در این مرحله $1/5+$ و تغییر طراز مطلق $4+$ است که نشان می‌دهد در مرحله خط پایه، روند تغییرات صعودی می‌باشد. در مرحله مداخله تغییر طراز نسبی $18/5-$ و تغییر طراز مطلق $32-$ می‌باشد که نشانگر کاهش روند است. با توجه به جدول ۸ مقدار همپوشی برای آزمودنی اول $0/07$ یا 7 درصد و مقدار PAND نیز $0/93$ به دست آمد. ضریب فای متناظر با این مقدار $0/86$ و اندازه اثر d کوهن هم $0/51$ می‌باشد که جز اندازه‌های متوسط محسوب می‌شود. با توجه به این یافته‌ها می‌توان گفت به‌طور کلی برنامه بازی درمانی آدلری بر کاهش پرخاشگری دانش آموز اول اثربخش بوده است. با توجه به شکل ۴ همه داده‌های مربوط به دانش آموز دوم در مراحل خط پایه، مداخله و پیگیری در محفظه ثبات قرار گرفته است. با توجه به جدول ۷ روند تغییرات در مرحله خط پایه برای آزمودنی دوم تا نسبتاً نزولی می‌باشد. تغییر طراز نسبی در این مرحله $6/5-$ و تغییر طراز مطلق $8-$ است که نشان می‌دهد در مرحله خط پایه، روند تغییرات نسبتاً کاهشی می‌باشد. در مرحله مداخله تغییر طراز نسبی $27-$ و تغییر طراز مطلق $40-$ می‌باشد که نشانگر کاهش روند تغییرات است. با توجه به جدول ۸ مقدار همپوشی برای آزمودنی دوم 13 درصد و مقدار PAND نیز 87 درصد به دست آمد. ضریب فای متناظر با این مقدار $0/74$ و اندازه اثر d کوهن هم $2/2$ می‌باشد که جز اندازه‌های بالا محسوب می‌شود. با توجه به این یافته‌ها می‌توان گفت به‌طور کلی برنامه بازی درمانی آدلری بر کاهش پرخاشگری دانش آموز دوم اثربخش بوده است.

با توجه به شکل ۵ داده‌های مربوط به دانش آموز سوم در همه مراحل دارای ثبات است. روند تغییرات در مرحله خط پایه برای آزمودنی سوم نسبتاً افزایشی می‌باشد. همچنین با توجه به جدول ۷ تغییر طراز نسبی در این مرحله $2/5+$ و تغییر طراز مطلق $9+$ است که نشان می‌دهد در مرحله خط پایه، روند تغییرات افزایشی می‌باشد. در مرحله مداخله نیز تغییر طراز نسبی $8/5-$ و تغییر طراز مطلق نیز $27-$ می‌باشد که نشانگر کاهش روند تغییرات است. با توجه به جدول ۸ مقدار همپوشی برای آزمودنی سوم $0/07$ یا 7 درصد و مقدار PAND نیز $0/93$ به دست آمد. ضریب فای متناظر با این مقدار $0/86$ و اندازه اثر d کوهن هم $3/37$ می‌باشد که جز اندازه‌های بالا محسوب می‌شود. با توجه به این یافته‌ها می‌توان گفت برنامه بازی درمانی آدلری بر کاهش پرخاشگری دانش آموز سوم نیز اثربخش بوده است. با توجه به شکل ۶ داده‌های مربوط به دانش آموز چهارم دارای ثبات بالا می‌باشد. با توجه به جدول ۷ تغییر طراز نسبی $5/5-$ و تغییر طراز مطلق $7-$ است که نشان می‌دهد در مرحله خط پایه، روند تغییرات کاهشی می‌باشد. در مرحله مداخله تغییر طراز نسبی $3-$ و تغییر طراز مطلق $8-$ است که نشانگر کاهش روند تغییرات می‌باشد. با توجه به جدول ۸ مقدار همپوشی برای دانش آموز چهارم $0/13$ یا 13 درصد و مقدار PAND نیز $0/87$ به دست آمد. ضریب فای متناظر با این مقدار $0/74$ و اندازه اثر d کوهن هم $2/2$ می‌باشد که جز اندازه‌های بالا محسوب می‌شود. با توجه به این یافته‌ها می‌توان گفت برنامه بازی درمانی آدلری بر کاهش پرخاشگری دانش آموز چهارم اثربخش بوده است.

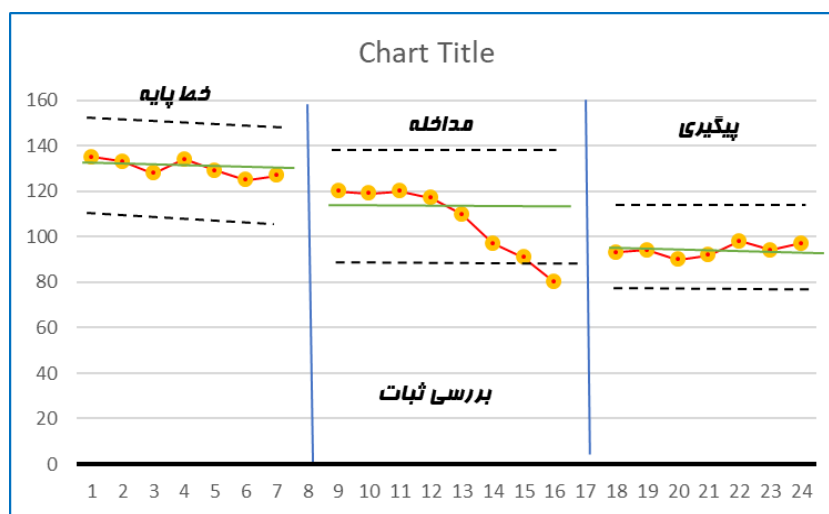
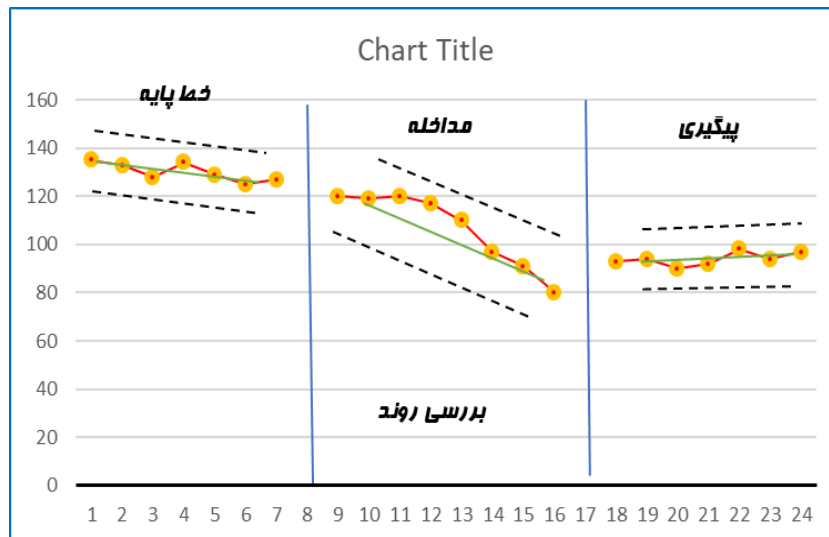
شکل ۳: بررسی ثبات و روند داده‌ها در مقیاس پر خاشگری برای آزمودنی اول



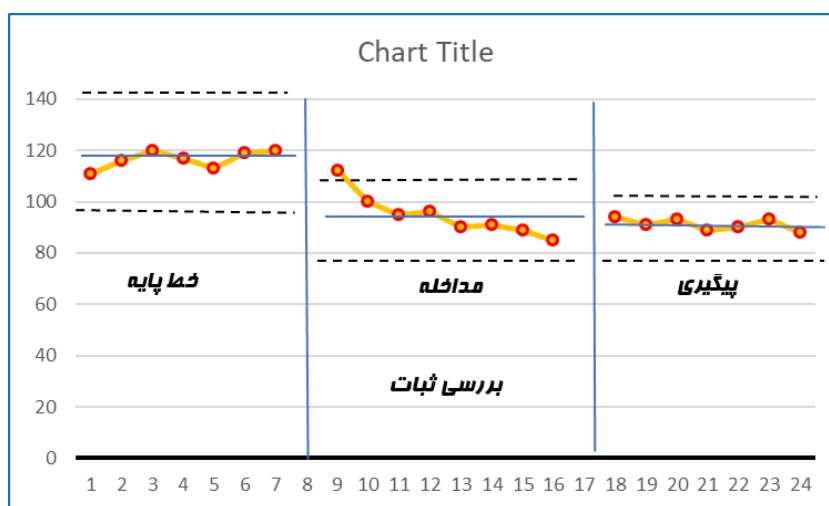
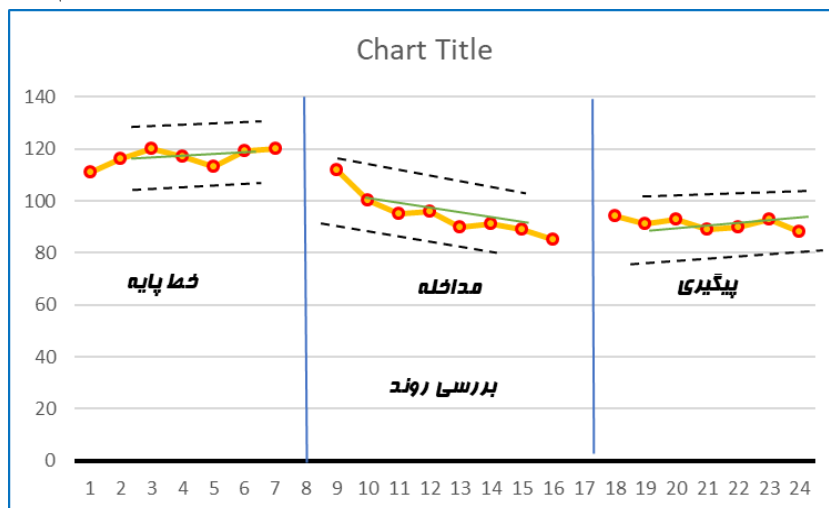
شکل ۴: بررسی ثبات و روند داده‌ها در مقیاس پرخاشگری برای آزمودنی دوم



شکل ۵: بررسی ثبات و روند داده‌ها در مقیاس پر خاشگری برای آزمودنی سوم



شکل ۶: بررسی ثبات و روند داده‌ها در مقیاس پرخاشگری برای آزمودنی چهارم



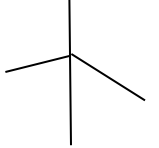
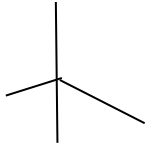
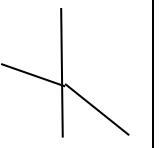
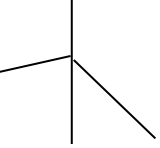
جدول ۷: نتایج تحلیل دیداری درون موقعیتی

خط پایه				مداخله				توالی موقعیت
اول	دوم	سوم	چهارم	اول	دوم	سوم	چهارم	دانش آموزان
طراز								
۱۲۵/۵	۱۲۹	۱۱۷	۱۲۹	۱۰۸	۱۱۳/۵	۹۳	۱۲۹	میان

توالی موقعیت				خط پایه				مداخله			
دانش آموزان	اول	دوم	سوم	چهارم	اول	دوم	سوم	چهارم	اول	دوم	سوم
میانگین	125	۱۳۰	۱۱۶	۱۲۹/۴۲	۱۲۲	۱۰۶/۷۵	۱۱۴/۵	۱۲۹			
دامنه تغییرات	۱۱	۱۰	۹	۹	۳۲	۴۰	۲۷	۱۰			
محفظه ثبات	۱۰۰	۱۰۳	۹۳	۱۰۳	۸۶	۹۰	۷۴	۱۰۳			
	۱۵۰	۱۵۴	۱۴۰	۱۵۴	۱۲۹	۱۳۶	۱۱۱	۱۵۴			
درصد داده‌های محفظه ثبات	۱۰۰	۱۰۰	۱۰۰	۱۰۰	۱۰۰	۸۷/۵	۹۰	۱۰۰			
دامنه تغییرات محفظه ثبات	بایات	بایات	بایات	بایات	بایات	بایات	بایات	بایات			
تغییر طراز											
تغییر طراز نسبی	+۱/۵	-۶/۵	+۲/۵	-۵/۵	-۱۸/۵	-۲۷	-۸/۵	-۳			
تغییر طراز مطلق	+۴	-۸	+۹	-۷	-۳۲	-۴۰	-۲۷	-۸			
روند											
جهت	صعودی	نزولی	صعودی	نزولی	نزولی	نزولی	نزولی	نزولی			
ثبات	بایات	بایات	بایات	بایات	بایات	بایات	بایات	بایات			
درصد داده‌های محفظه ثبات	۱۰۰	۱۰۰	۱۰۰	۱۰۰	۱۰۰	۱۰۰	۱۰۰	۱۰۰			

برای بررسی اندازه اثر بازی درمانی آدلری بر پرخاشگری همه آزمودنی‌ها نیز از روش درصد داده‌های ناهمپوش PAND استفاده شد. همچنین این شاخص به ضریب فای تبدیل شده و سپس آماره d کوهن نیز برای ارزیابی میزان اثر مورد محاسبه قرار گرفت. با توجه به شکل‌های ۳، ۴، ۵ و ۶ مجموع مشاهدات همپوش ۶ می‌باشد. درصد کل مشاهدات همپوش برابر با عدد ۱۰ است. شاخص PAND از کسر درصد همپوشی از عدد ۱۰۰ به دست می‌آید که مقدار آن ۹۰ می‌باشد. ضریب فای حاصل برابر با ۰/۸ به دست آمد. همچنین آماره d کوهن نیز عدد ۲/۶۶ به دست آمد. این عدد جزء اندازه اثرهای بزرگ است. با توجه به این یافته‌ها می‌توان گفت برنامه بازی درمانی آدلری بر کاهش پرخاشگری همه آزمودنی‌ها تأثیر بالایی داشته است.

جدول ۸: نتایج تحلیل دیداری بین موقعیتی

مرحله خط پایه و مداخله				مقایسه موقعیت
چهارم	سوم	دوم	اول	دانش آموز
تغییر روند				
				تغییر جهت
منفی	منفی	منفی	منفی	نوع روند
باثبات به باثبات	باثبات به باثبات	باثبات به باثبات	باثبات به باثبات	تغییر ثبات
۱۱۷-۱۲۹	۱۱۷-۹۳	۱۲۹-۱۱۳,۵	۱۲۵,۵-۱۰۸	تغییر میانه
۱۲۹,۴۲-۱۲۹	۱۱۶-۱۱۴,۵	۱۳۰,۱۴-۱۰۶,۷۵	۱۲۵,۲۸-۱۲۲	تغییر میانگین
همپوشی داده‌ها				
۸۷	۹۳	۸۷	۹۳	شاخص PAND

شاخص‌های میانگین و انحراف استاندارد در جدول ۹ برای تک‌تک آزمودنی‌ها در مراحل مختلف گزارش شده است. همچنین برای بررسی هر چه بیشتر اندازه اثر بازی درمانی آدلری بر کاهش پرخاشگری آزمودنی‌ها، از شاخص اندازه اثر میانگین استاندارد شده (SMD) استفاده شده است. این شاخص یکی از بهترین روش‌های تعیین اندازه اثر در پژوهش‌های تک آزمودنی است (کراتوچویل، هیچکوک، هورنر، لوین، ادوم، ریندسکوف و شادیش، ۲۰۱۰). شاخص SMD از طریق فرمول $SMD = (M_t - M_b) \div S_b$ محاسبه می‌شود. در این فرمول M_t میانگین مداخله، M_b میانگین خط پایه و S_b انحراف استاندارد خط پایه می‌باشد. مقادیر ۰/۲ نشانگر اثر کم، ۰/۵ اثر متوسط و بیشتر از ۰/۸ اثر بالا می‌باشد (منصوری، ۱۳۹۲). با توجه به جدول ۹ میانگین نمره دانش آموز اول از مرحله خط پایه تا مرحله مداخله به میزان ۳ واحد کاهش داشته است. برای این دانش آموز اندازه اثر SMD، ۰/۷۲- به دست آمده است. این عدد نشان می‌دهد که برنامه بازی درمانی آدلری در کاهش پرخاشگری آزمودنی اول تأثیر مثبت داشته است. میانگین نمره دانش آموز دوم

از مرحله خط پایه تا مرحله مداخله به میزان ۲۴ واحد کاهش داشته است. برای این دانش آموز اندازه اثر SMD، ۶/۲- به دست آمد که نشانگر کاهش در میزان پرخاشگری آزمودنی دوم می باشد. میانگین نمره دانش آموز سوم از مرحله خط پایه تا مرحله مداخله به میزان ۱/۵ واحد کاهش داشته است. برای این دانش آموز اندازه اثر SMD، ۰/۴۲- محاسبه شده است. این عدد نشان می دهد که برنامه بازی درمانی آدلری در کاهش پرخاشگری آزمودنی سوم تأثیر مثبتی داشته است. میانگین نمره دانش آموز چهارم از مرحله خط پایه تا مرحله مداخله به میزان ۰/۴۲ کاهش داشته است. برای این دانش آموز اندازه اثر SMD، ۰/۱۴- به دست آمد که به نظر می رسد اثربخشی برنامه بازی درمانی آدلری بر کاهش پرخاشگری در این دانش آموز نسبت به سایر دانش آموزان کمتر است. شاخص SMD برای کل گروه نیز ۲/۹۹- به دست آمد. این یافته ها نشانگر تأثیر مثبت برنامه مداخله بازی درمانی آدلری بر کاهش پرخاشگری هر چهار آزمودنی می باشد.

جدول ۹: میانگین و انحراف استاندارد آزمودنی ها در مقیاس پرخاشگری

دانش آموز	خط پایه		مداخله		پیگیری	
	میانگین	انحراف استاندارد	میانگین	انحراف استاندارد	میانگین	انحراف استاندارد
اول	۱۲۵	۴/۱۶	۱۲۲	۱۹/۷۲	۹۵	۲/۱۶
دوم	۱۳۰	۳/۸۵	۱۰۶	۲۹/۹۲	۹۴	۲/۷۶
سوم	۱۱۶	۳/۵۱	۱۱۴/۵	۲۲/۴۲	۹۱	۲/۲۷
چهارم	۱۲۹	۲/۹۴	۱۲۹/۴۲	۶/۴۳	۱۱۵	۱/۱۵
کل	۱۲۵/۳۵	۶/۵۶	۱۰۵/۷۱	۱۲/۱۴	۹۸/۷۱	۲/۰۸

فرضیه دوم پژوهش عبارت بود از: «بازی درمانی آدلری موجب افزایش تنظیم هیجان کودکان مبتلا به اختلال بی اعتنایی مقابله ای می شود». برای بررسی این فرضیه در جدول ۱۰ نمرات آزمودنی ها و درصد بهبودی آورده شده است. در شکل های شماره ۱۱ تا ۱۴ نیز داده های آزمودنی ها در میزان تنظیم هیجان در مراحل خط پایه، مداخله و پیگیری نمایش داده شده است. در ادامه شاخص PAND، ضریب فای و d کوهن برای هر آزمودنی و

سپس برای کل گروه گزارش شده است.

جدول ۱۰: نمرات آزمودنی‌ها در مقیاس تنظیم هیجان در مراحل خط پایه، مداخله و پیگیری به همراه درصد بهبودی

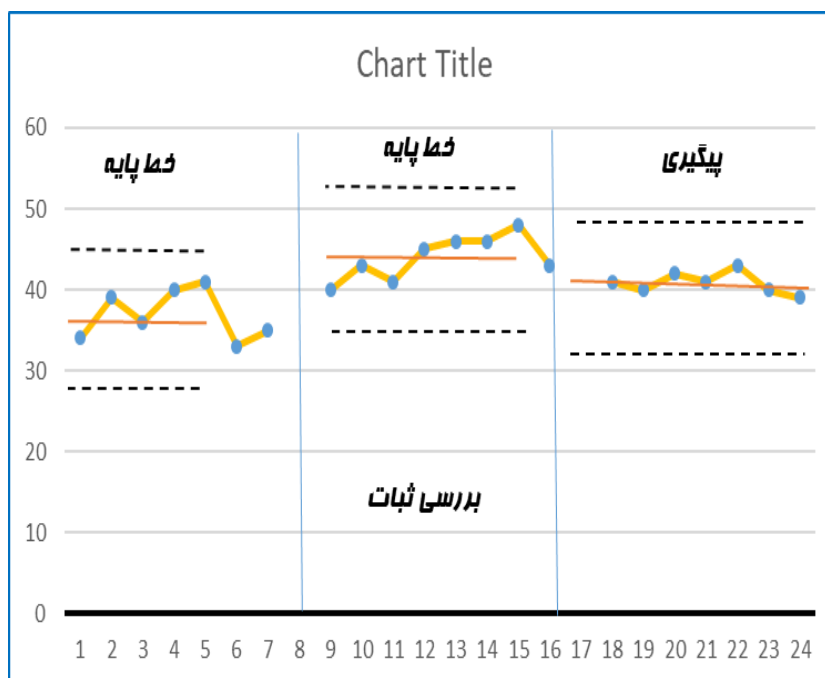
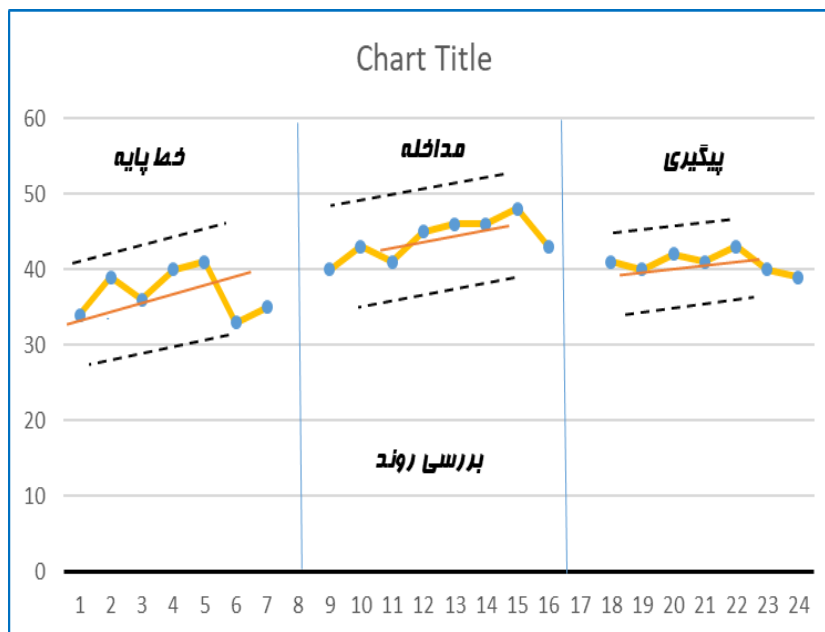
مراحل سنجش	دانش آموز اول	دانش آموز دوم	دانش آموز سوم	دانش آموز چهارم
خط پایه اول	۳۴	۳۷	۳۱	۴۱
خط پایه دوم	۳۹	۳۸	۳۱	۳۹
خط پایه سوم	۳۶	۴۰	۳۳	۳۸
خط پایه چهارم	۴۰	۳۹	۳۲	۴۰
خط پایه پنجم	۴۱	۳۶	۳۵	۴۱
خط پایه ششم	۳۳	۴۱	۳۴	۳۹
خط پایه هفتم	۳۵	۴۰	۳۶	۳۹
جلسه مداخله اول	۴۰	۴۱	۳۴	۴۱
جلسه مداخله دوم	۴۳	۴۳	۳۵	۴۰
جلسه مداخله سوم	۴۱	۴۲	۳۶	۴۶
جلسه مداخله چهارم	۴۵	۴۳	۴۱	۴۸
جلسه مداخله پنجم	۴۶	۴۶	۴۸	۴۶
جلسه مداخله ششم	۴۶	۴۸	۴۷	۴۹
جلسه مداخله هفتم	۴۸	۴۵	۴۹	۴۷
جلسه مداخله هشتم	۴۳	۴۵	۴۸	۴۵
درصد بهبودی	۲۲	۱۳	۲۷	۱۴
بهبود کلی	۱۴			
پیگیری اول	۴۱	۴۲	۴۶	۴۳
پیگیری دوم	۴۰	۴۳	۴۵	۴۲
پیگیری سوم	۴۲	۴۶	۴۱	۴۴
پیگیری چهارم	۴۱	۴۰	۳۹	۴۵
پیگیری پنجم	۴۳	۴۲	۴۰	۳۹
پیگیری ششم	۴۰	۴۲	۴۲	۴۰
پیگیری هفتم	۳۹	۴۰	۳۹	۴۳
درصد بهبودی	۱۰	۸	۲۵	۷
بهبود کلی	۱۲			

تحلیل دیداری (بررسی ثبات و روند داده‌ها)

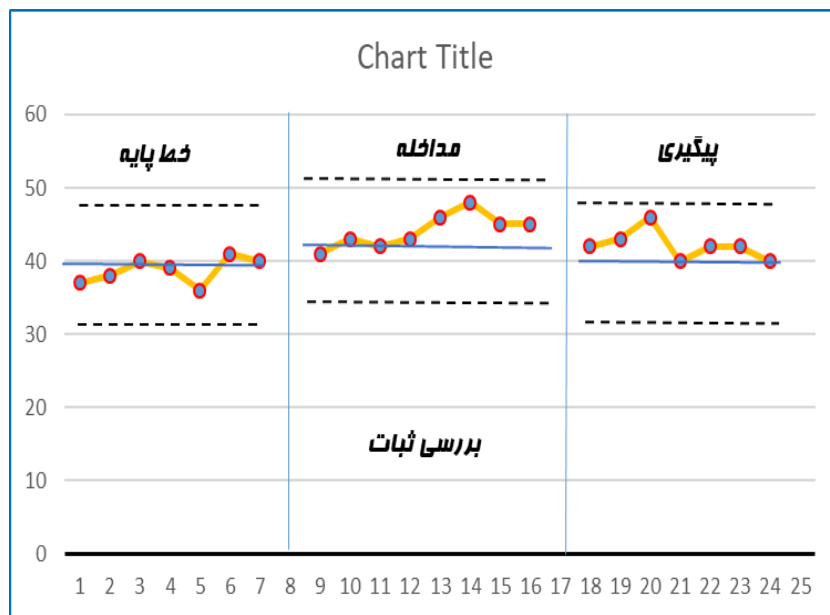
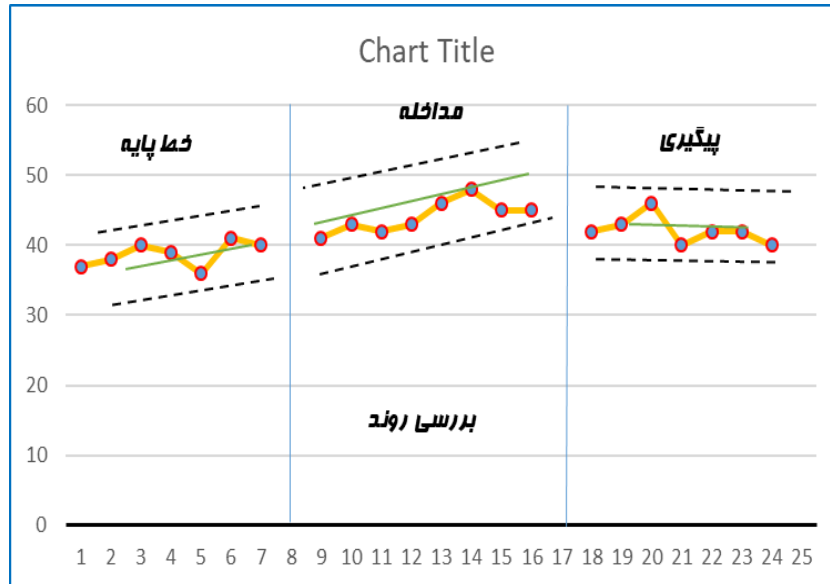
برای بررسی ثبات و روند داده‌های آزمودنی‌ها در مقیاس تنظیم هیجان در نمودارهای زیرخط میانه، محفظه ثبات و خط روند برای هر چهار آزمودنی در سه مرحله خط پایه، مداخله و پیگیری نشان داده شده است. با توجه به شکل ۱۱ همه داده‌های مربوط به دانش آموز اول در مراحل خط پایه، مداخله و پیگیری در محفظه ثبات قرار گرفته است و در همه مراحل ثبات وجود دارد. با توجه به جدول ۱۴ روند تغییرات در مرحله خط پایه برای آزمودنی اول صعودی می‌باشد. تغییر طراز نسبی در این مرحله صفر و تغییر طراز مطلق +۱ است که نشان می‌دهد در مرحله خط پایه، روند تغییرات نسبتاً صعودی می‌باشد. در مرحله مداخله تغییر طراز نسبی +۴ و تغییر طراز مطلق +۳ می‌باشد که نشانگر افزایش روند است. با توجه به جدول ۱۵ مقدار همپوشی برای آزمودنی اول ۰/۱۳ یا ۱۳ درصد و مقدار PAND نیز ۰/۸۷ به دست آمد. ضریب فای متناظر با این مقدار ۰/۷۴ و اندازه اثر d کوهن هم ۲/۰۸ می‌باشد که جز اندازه‌های بالا محسوب می‌شود. با توجه به این یافته‌ها می‌توان گفت به‌طور کلی برنامه بازی درمانی آدلری برافزایش تنظیم هیجانی دانش آموز اول اثربخش بوده است. با توجه به جدول ۱۴ روند تغییرات در مرحله خط پایه برای آزمودنی دوم نسبتاً صعودی می‌باشد. تغییر طراز نسبی در این مرحله +۱/۵ و تغییر طراز مطلق +۳ است که نشان می‌دهد در مرحله خط پایه، روند تغییرات نسبتاً صعودی می‌باشد. در مرحله مداخله تغییر طراز نسبی +۳ و تغییر طراز مطلق +۴ می‌باشد که نشانگر افزایش روند است. با توجه به جدول ۱۵ مقدار همپوشی برای آزمودنی اول ۰/۰۷ یا ۷ درصد و مقدار PAND نیز ۰/۹۳ به دست آمد. ضریب فای متناظر با این مقدار ۰/۸۶ و اندازه اثر d کوهن هم ۳/۳۷ می‌باشد که جز اندازه‌های بالا محسوب می‌شود. با توجه به این یافته‌ها می‌توان گفت به‌طور کلی برنامه بازی درمانی آدلری برافزایش تنظیم هیجانی دانش آموز دوم اثربخش بوده است. با توجه به جدول ۱۴ روند تغییرات در مرحله خط پایه برای آزمودنی سوم نسبتاً صعودی می‌باشد. تغییر طراز نسبی در این مرحله +۳/۵ و تغییر طراز مطلق +۵ است که نشان می‌دهد در مرحله خط پایه، روند تغییرات نسبتاً صعودی می‌باشد.

در مرحله مداخله تغییر طراز نسبی ۲/۵+ و تغییر طراز مطلق ۱۴+ می‌باشد که نشانگر افزایش روند است. با توجه به جدول ۱۵ مقدار همپوشی برای آزمودنی اول ۰/۲۰ یا ۲۰ درصد و مقدار PAND نیز ۰/۸ به دست آمد. ضریب فای متناظر با این مقدار ۰/۶ و اندازه اثر d کوهن هم ۱/۵ می‌باشد که جز اندازه‌های بالا محسوب می‌شود. با توجه به این یافته‌ها می‌توان گفت به‌طور کلی برنامه بازی درمانی آدلری برافزایش تنظیم هیجانی دانش‌آموز سوم نیز اثربخش بوده است. با توجه به جدول ۱۴ روند تغییرات در مرحله خط پایه برای آزمودنی اول نزولی می‌باشد. تغییر طراز نسبی در این مرحله ۰/۵- و تغییر طراز مطلق ۲- است که نشان می‌دهد در مرحله خط پایه، روند تغییرات نسبتاً نزولی می‌باشد. در مرحله مداخله تغییر طراز نسبی ۳/۵+ و تغییر طراز مطلق ۴+ می‌باشد که نشانگر افزایش روند است. با توجه به جدول ۱۵ مقدار همپوشی برای آزمودنی چهارم ۰/۱۳ یا ۱۳ درصد و مقدار PAND نیز ۰/۸۷ به دست آمد. ضریب فای متناظر با این مقدار ۰/۷۴ و اندازه اثر d کوهن هم ۲/۰۸ می‌باشد که جز اندازه‌های بالا محسوب می‌شود. با توجه به این یافته‌ها می‌توان گفت به‌طور کلی برنامه بازی درمانی آدلری برافزایش تنظیم هیجانی دانش‌آموز چهارم نیز اثربخش بوده است.

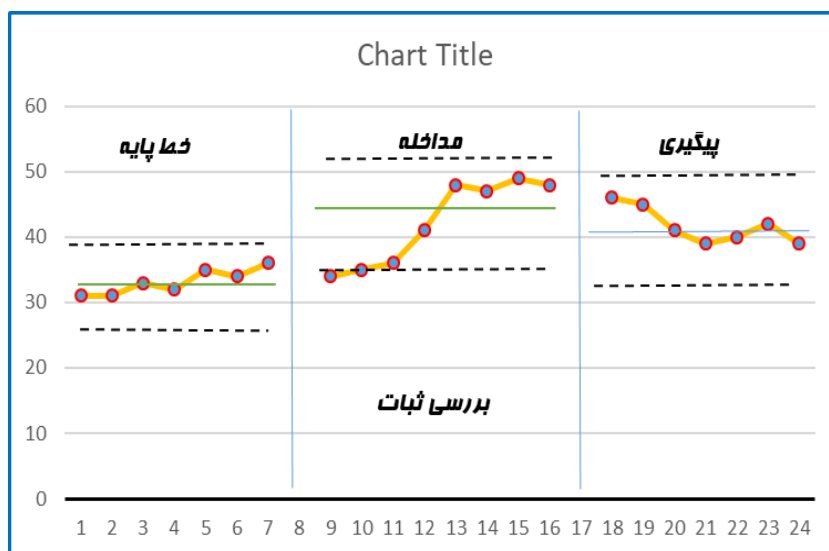
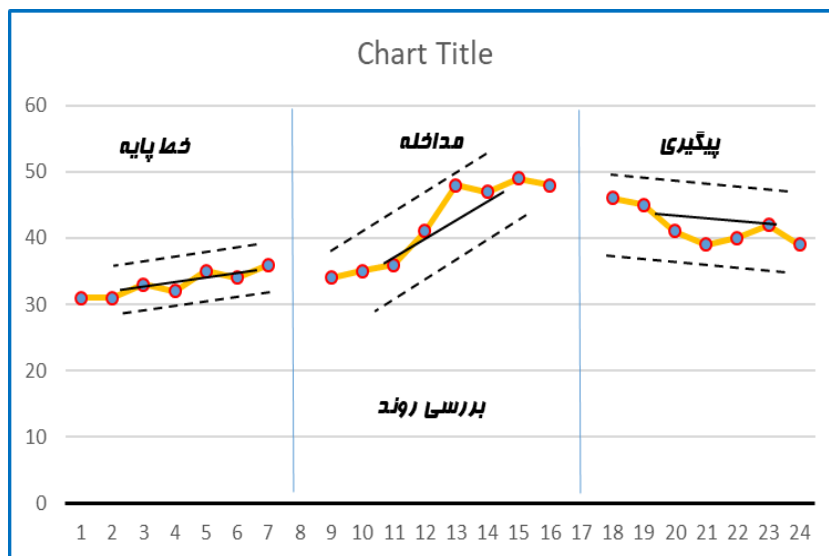
شکل ۱۱: بررسی ثبات و روند داده‌ها در مقیاس تنظیم هیجان برای آزمودنی اول



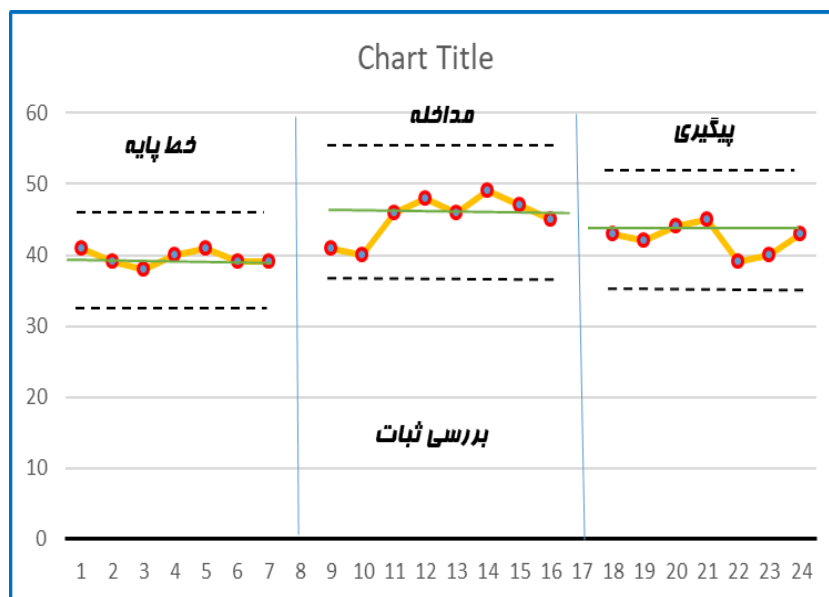
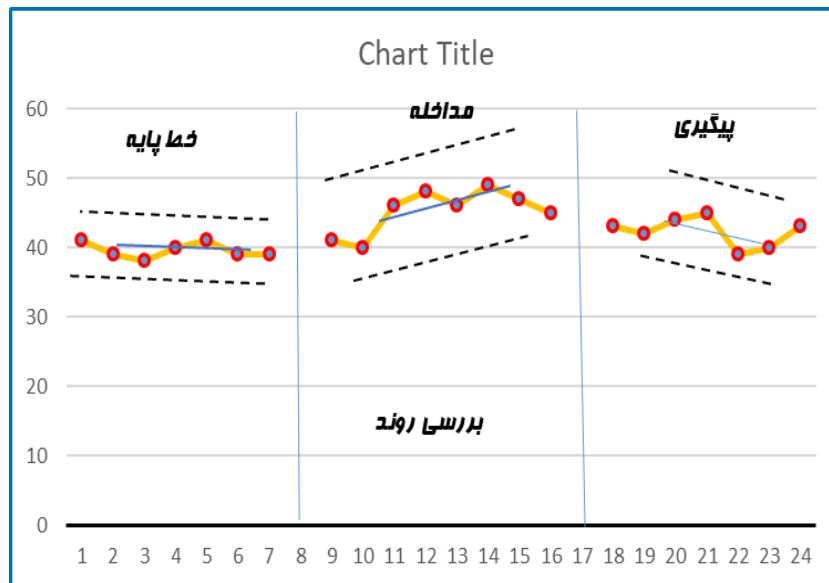
شکل ۱۲: بررسی ثبات و روند داده‌ها در مقیاس تنظیم هیجان برای آزمودنی دوم



شکل ۱۳: بررسی ثبات و روند داده‌ها در مقیاس تنظیم هیجان برای آزمودنی سوم



شکل ۱۴: بررسی ثبات و روند داده‌ها در مقیاس تنظیم هیجان برای آزمودنی سوم



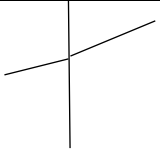
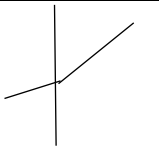
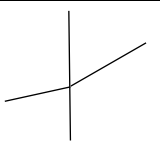
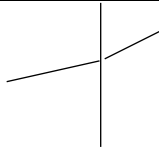
جدول ۱۴: نتایج تحلیل دیداری درون موقعیتی در مقیاس تنظیم هیجان

توالی موقعیت				خط پایه				مداخله			
دانش آموزان				اول	دوم	سوم	چهارم	اول	دوم	سوم	چهارم
طراز											
میانه	۳۶	۳۹	۳۳	۳۹	۴۴	۴۲	۴۴/۵	۴۶			
میانگین	۳۶/۸۵	۳۶/۷۱	۳۱/۱۴	۳۹/۵۷	۳۸/۲۵	۴۴	۴۲/۲۵	۴۵/۲۵			
دامنه تغییرات	۸	۵	۵	۳	۳	۷	۱۴	۹			
محفظه ثبات	۲۸/۸	۳۱/۲	۲۶/۴	۳۱/۲	۳۵/۲	۳۳/۶	۳۵/۶	۳۶/۸			
	۴۳/۲	۴۶/۸	۳۹/۶	۴۶/۸	۵۲/۸	۵۰/۴	۵۳/۴	۵۵/۲			
درصد داده‌های محفظه ثبات	۱۰۰	۱۰۰	۱۰۰	۱۰۰	۱۰۰	۱۰۰	۱۰۰	۱۰۰			
دامنه تغییرات محفظه ثبات	بائثبات	بائثبات	بائثبات	بائثبات	بائثبات	بائثبات	بائثبات	بائثبات			
تغییر طراز											
تغییر طراز نسبی	صفر	+۱/۵	+۳/۵	-۰/۵	+۴	+۳	+۲/۵	+۳/۵			
تغییر طراز مطلق	+۱	+۳	+۵	-۲	+۳	+۴	+۱۴	+۴			
روند											
جهت	صعودی	صعودی	صعودی	صعودی	نزولی	صعودی	صعودی	صعودی			
ثبات	بائثبات	بائثبات	بائثبات	بائثبات	بائثبات	بائثبات	بائثبات	بائثبات			
درصد داده‌های محفظه ثبات	۱۰۰	۱۰۰	۱۰۰	۱۰۰	۱۰۰	۱۰۰	۱۰۰	۱۰۰			

برای بررسی اندازه اثر بازی درمانی آدلری بر تنظیم هیجانی همه آزمودنی‌ها نیز از روش درصد داده‌های ناهمپوش PAND استفاده شد. همچنین این شاخص به ضریب فای تبدیل شده و سپس آماره d کوهن نیز برای ارزیابی میزان اثر مورد محاسبه قرار گرفت. با توجه به شکل‌های ۱۱، ۱۲، ۱۳ و ۱۴ مجموع مشاهدات همپوش ۸ می‌باشد. درصد کل مشاهدات همپوش برابر با عدد ۱۳ است. شاخص PAND از کسر درصد همپوشی از عدد ۱۰۰ به دست می‌آید که مقدار آن ۸۷ می‌باشد. ضریب فای حاصل برابر با ۰/۷۴ به دست آمد. همچنین آماره d کوهن نیز عدد ۲/۲۰ به دست آمد. این عدد جزء اندازه اثرهای

بزرگ است. با توجه به این یافته‌ها می‌توان گفت برنامه بازی‌درمانی آدلری بر تنظیم هیجان همه آزمودنی‌ها تأثیر بالایی داشته است.

جدول ۱۵: نتایج تحلیل دیداری بین موقعیتی

مرحله خط پایه و مداخله				مقایسه موقعیت
چهارم	سوم	دوم	اول	دانش آموز
تغییر روند				
				تغییر جهت
مثبت	مثبت	مثبت	مثبت	نوع روند
بائبات به بائبات	بائبات به بائبات	بائبات به بائبات	بائبات به بائبات	تغییر ثبات
۴۶-۳۹	۳۳- ۴۴/۵	۴۲-۳۹	۴۴-۳۶	تغییر میانه
۳۹/۵۷ ۴۲/۲۵	۳۳/۱۴ ۴۲/۲۵	۳۸/۷۱ ۴۴	۳۶/۸۵ ۳۸/۲۵	تغییر میانگین
همپوشی داده‌ها				
۸۷	۹۳	۸۷	۹۳	شاخص PAND

شاخص‌های میانگین و انحراف استاندارد در جدول ۱۶ برای تک‌تک آزمودنی‌ها در مراحل مختلف گزارش شده است. همچنین برای بررسی هر چه بیشتر اندازه اثر بازی‌درمانی آدلری برافزایش تنظیم هیجان آزمودنی‌ها، از شاخص اندازه اثر میانگین استاندارد شده (SMD) استفاده شده است. با توجه به جدول ۱۶ میانگین نمره دانش آموز اول از مرحله خط پایه تا مرحله مداخله به میزان ۱/۴ واحد افزایش داشته است. برای این دانش آموز اندازه اثر SMD، ۰/۳۶+ به دست آمده است. این عدد نشان می‌دهد که برنامه بازی‌درمانی آدلری در افزایش تنظیم هیجان آزمودنی اول تأثیر مثبت داشته است. میانگین نمره دانش آموز دوم از مرحله خط پایه تا مرحله مداخله به میزان ۵/۲۹ واحد افزایش داشته است. برای این دانش آموز اندازه اثر SMD، ۱/۹۹+ به دست آمد که نشانگر افزایش در

میزان تنظیم هیجانی آزمودنی دوم می باشد. میانگین نمره دانش آموز سوم از مرحله خط پایه تا مرحله مداخله به میزان ۱۱/۱۱ واحد افزایش داشته است. برای این دانش آموز اندازه اثر SMD، ۵/۳۴+ محاسبه شده است. این عدد نشان می دهد که برنامه بازی درمانی آدلری در افزایش تنظیم هیجانی آزمودنی سوم تأثیر مثبتی داشته است. میانگین نمره دانش آموز چهارم از مرحله خط پایه تا مرحله مداخله به میزان ۵/۶۸+ داشته است. برای این دانش آموز اندازه اثر SMD، ۳/۱۹+ به دست آمد که نشانگر افزایش در میزان تنظیم هیجانی آزمودنی چهارم می باشد. شاخص SMD برای کل گروه نیز ۲/۳۶+ به دست آمد. این یافته ها نشانگر تأثیر مثبت برنامه مداخله بازی درمانی آدلری برافزایش تنظیم هیجانی هر چهار آزمودنی می باشد.

جدول ۱۶: میانگین و انحراف استاندارد آزمودنی ها در مقیاس تنظیم هیجان

دانش آموز	خط پایه		مداخله		پیگیری	
	میانگین	انحراف استاندارد	میانگین	انحراف استاندارد	میانگین	انحراف استاندارد
اول	۳۶/۸۵	۳/۸۶	۳۸/۲۵	۷/۷۹	۴۰/۸۵	۲/۵۶
دوم	۳۸/۷۱	۲/۶۵	۴۴	۲/۲	۴۲/۱۴	۲/۱۴
سوم	۳۳/۱۴	۲/۰۸	۴۲/۲۵	۶/۶۶	۴۱/۷۱	۳/۵
چهارم	۳۹/۵۷	۱/۷۸	۴۵/۲۵	۳/۴۳	۴۲/۲۸	۲/۴۲
کل	۳۷/۰۷	۳/۲۸	۴۴/۸۴	۴/۷۱	۴۱/۷۵	۲/۶۵

بحث و نتیجه گیری

پژوهش حاضر باهدف بررسی اثربخشی بازی درمانی آدلری بر کاهش پرخاشگری و افزایش تنظیم هیجان کودکان مبتلا به اختلال بی اعتنایی مقابله ای انجام شد. نتایج تحلیل دیداری نمودارها، روش PAND، اندازه اثر و درصد بهبودی آزمودنی ها نشان داد که بازی درمانی آدلری، پرخاشگری دانش آموزان مبتلا به اختلال بی اعتنایی مقابله ای را کاهش و تنظیم هیجان این کودکان را افزایش می دهد. یافته های پژوهش حاضر، همسو و هماهنگ با مطالعات باتلر، شیلینگ فورد، باتلر و توله (۲۰۱۳)، مقدسی (۱۴۰۲)، گودرزی،

مریدیان و روزبهانی (۱۳۹۸)، پناهیان امیری، اکبرنتاج بیشه و فخری (۱۴۰۱)، کهریزی، مؤمنی و مرادی (۱۳۹۳) می‌باشد.

در تبیین یافته‌های این مطالعه می‌توان گفت، کودکان در بازی درمانی آدلری، حس شایستگی را تجربه می‌کنند. آن‌ها از درمانگر دلگرمی و حمایت دریافت می‌کنند و دیگر نیاز به انجام رفتارهای نابهنجار ندارند (مینی والن، براتون و کاتمن، ۲۰۱۴). درمانگر با استفاده از بازی درمانی آدلری، فنون بازی را به کار می‌برد تا اطلاعاتی در مورد سبک زندگی کودک جمع‌آوری کند و به کودک یاد دهد چگونه در برقراری ارتباط موفق، رفتار اجتماعی مناسب و ایجاد تصویر مثبت از خودش ناتوان است (کاتمن، ۲۰۰۱). در نظریه آدلر هر رفتار بد کودک، دارای چهار هدف است: به دست آوردن احساس تعلق، احساس توانمندی، احساس به حساب آمدن، احساس دلگرمی. بازی درمانگر آدلری از طریق بازی، هنر و داستان‌گویی هدف‌بدرفتاری کودک را شناسایی می‌کند تا به کودک برای رسیدن به اهداف سازنده و مثبت مانند احساس تعلق، احساس توانایی، به حساب آمدن و کفایت کمک کند (علیزاده، غلامی، رضایی، اصغری نکاح، ۱۴۰۰). نظریه محرومیت نسبی، پرخاشگری را نتیجه احساس ناکامی می‌داند. محرومیت نسبی مهم‌ترین دلیل احساس ناکامی است. محرومیت نسبی، اعم از فردی و جمعی، نتیجه احساس وجود شکاف غیرقابل تحمل بین توقعات ارزشی و قابلیت رسیدن به آن‌ها است، احساس محرومیت نسبی، بسته به شدت پابندی به ارزش‌های مورد توقع، مشروع دانستن محرومیت، فرصت‌های بدیل ممنوع شده و دفعات محرومیت، به نارضایتی و خشم منجر می‌گردد (رابرت گر، ۱۳۹۵). بندورا در نظریه یادگیری اجتماعی تأکید ویژه‌ای بر نقش یادگیری مشاهده‌ای در یادگیری رفتار دارد. بر اساس این نظریه پرخاشگری و خشونت نیز نوعی رفتار و کنش اجتماعی است که از طریق فرایندهای اجتماعی، تولید، بازتولید و فراگرفته می‌شود. به بیان دیگر بر تأثیرات متقابل بین رفتار و محیط تأکید دارد و بر الگوهایی از رفتار متمرکز می‌شود که فرد آن‌ها را برای کنار آمدن با محیط در خود پرورش می‌دهد (بخشی جغناپ، موسوی، امامعلی زاده و فصیحی، ۱۴۰۱). بازی درمانی آدلری بر اهمیت بازی و

توانمندسازی کودکان در ابراز احساسات در موقعیت طبیعی (بازی) و بینش نسبت به خود و محیط تأکید دارد. علاوه بر این، این مدل بر رفتار، منطق و مفاهیم خانواده تأکید دارد که می‌تواند چارچوبی برای شکل دادن به سلامت روان کودکان باشد (ایزاتی، کولیمما و استوتی، ۲۰۱۶).

طبق نظریه بازدارندگی، مشارکت افراد در نقش‌ها و فعالیت‌های اجتماعی (کار، زندگی، خانوادگی، سرگرمی و...) باعث می‌شود که افراد، فرصت کمتری برای درگیر شدن در رفتارهای پرخاشگرانه داشته باشند (قاسمی نژاد، حسنوند و قلیزاده، ۱۳۹۶). بازی درمانی آدلری از فن‌های بازی مستقیم و غیرمستقیم استفاده می‌کند تا به کودکان کمک کند درک عمیق‌تری از نحوه نگرششان به خود، دیگران و جهان به دست آورند و تغییر ادراکشان را تسهیل کند (آکای و براتون، ۲۰۱۷). بازی درمانگران آدلری از ۶ استراتژی مختلف در کار خود با مراجع استفاده می‌کنند: فعالیت‌های ماجراجویی درمانی، تجربیات رقص، حرکت و موسیقی؛ فن‌های هنری؛ استعاره و داستان‌سرایی و فعالیت‌های بازی ساخت‌یافته (کاتمن و مینی والن، ۲۰۱۸).

در تبیین چگونگی اثربخشی بازی درمانی آدلری بر تنظیم هیجان می‌توان گفت، نقص در مهارت‌های تنظیم هیجان به‌طور گسترده با سازگاری عاطفی ضعیف همراه است (امام دوست، تیموری، خوی نژاد، رجایی، ۱۳۹۹). بد تنظیمی هیجانی، به عدم توانایی فهم هیجانات، تعدیل تجربه هیجانی و ابراز هیجانات اشاره دارد (اسدی، بخشی پور رودسری، محمود علیلو، سید موسوی، ۱۴۰۰). بر اساس بازی درمانی آدلری، ویژگی‌های رفتاری کودک در بازی او کاملاً مشخص است. بسیاری از فرضیه‌ها از طریق مشاهده کودک در بازی می‌تواند تأیید شود. آدلر معتقد بود که شیوه تفکر و رفتار کودک و همچنین ادراکات شخصی او باعث می‌شود که علایق کودک مشخص شود (جعفری و امینی، ۱۴۰۲). بازی درمانی آدلری با استفاده از فن‌هایی در ایجاد فضایی باز و پذیرنده برای کودکان مؤثر است. کودک با استفاده از این فن‌ها، احترام به حقوق دیگران، مدارا و همکاری با دیگران، خودپنداری مثبت قوی، افزایش احساس تعلق و تمایل به

اشتراک‌گذاری با دیگران را در خود نشان می‌دهد. (باتلر، شیلینگ فورد، باتلر و توله، ۲۰۱۳).

تنظیم هیجانی موفق به‌طورمعمول شامل بخش‌های چندگانه از پردازش هیجانی است که با خود آگاهی دقیق هیجانی آغاز می‌شود و با استفاده درست از راهبردهای مقابله‌ای تنظیم هیجانی برای تعدیل و برانگیختگی هیجانی به اوج می‌رسد (گرتز و روئمر، ۲۰۰۴). در نتیجه، بد تنظیمی هیجان تنها فقدان کنترل هیجان نیست بلکه تنظیم ناسازگارانه هیجان‌ها را نیز شامل می‌شود (وولف، تومپسون، توماس، نسی، بتیس، رنسفورد، اسکوپلیتی، فریزر و لئو، ۲۰۱۹). بد تنظیمی هیجانی، فقدان آگاهی، درک هیجان‌های دیگری، ناتوانی در پذیرفتن پریشانی هیجانی و درگیر شدن در فعالیت‌های هدفمند به هنگام تجربه‌ی هیجانی است (گرتز و روئمر، ۲۰۰۴). بازی‌درمانی آدلری پویایی‌های بین فردی و درون فردی مراجع را بررسی می‌کند. فرضیه‌هایی در مورد سبک زندگی مراجع ایجاد می‌کند. بر اساس این فرضیه‌ها برای مراجعین برنامه‌های درمانی طراحی می‌کند. به مراجع کمک می‌کند تا بینش خود را به دست آورد و تصمیمات جدیدی در مورد خود، جهان و دیگران بگیرد. بازی‌درمانی آدلری به کودک در ایجاد الگوهای جدید تفکر و هیجان در مورد خود، دیگران و جهان کمک می‌کند (کاتمن، ۲۰۲۰). تنظیم هیجان بر نحوه شناخت و دست‌کاری ورود اطاعات فراخوانده هیجان دلالت دارد. به عبارت دیگر، به طرز تفکر اشخاص پس از بروز یک حادثه منفی یا رویداد آسیب‌زا برای آن‌ها اشاره می‌کند (منجری، اسدپور، رسولی و زهراکار، ۱۴۰۲). هر هیجان خاصی برای یک هدف استفاده می‌شود (باردین و فرگوس، ۲۰۲۰). نظریه پردازان آدلری معتقدند هر رفتاری هدفی دارد، افراد دائماً در تلاش برای غلبه بر فروافتادگی‌های حقارت خود هستند، راه‌های مثبت و منفی بی‌شماری وجود دارد که کودک ممکن است به وسیله آن به دنبال جلب توجه باشد. برای یک کودک، توجه ممکن است به هر شکلی موردنظر باشد. حتی اگر اقداماتی که منجر به دریافت توجه منفی می‌شود؛ بنابراین، کودکان اغلب به مداخلات و حمایت‌هایی نیاز دارند تا به آن‌ها کمک کند تا اهداف و باورهای اشتباه را تغییر دهند. این امر موجب

تغییر هیجان‌های آن‌ها نیز می‌شود (باتلر، شیلینگ فورد، باتلر و توله، ۲۰۱۳).
در نهایت بررسی اثربخشی بازی درمانی آدلری می‌تواند در پژوهش‌های آتی،
بر متغیرهای دیگری مانند مدیریت استرس و کاهش اضطراب، کاهش پرخاشگری، ارتقای
هوش هیجانی، افزایش پیشرفت تفصیلی مورد بررسی و تحقیق قرار گیرد.

تشکر و قدردانی

بدین وسیله از همه افرادی که ما را در اجرای این پژوهش یاری کردند، تشکر و قدردانی
می‌نمایم.

تعارض منافع

تعارض منافی وجود ندارد.

ORCID

Shahram Vahedi

Saeed Armun



<https://orcid.org/0000-0001-6673-2294>



<https://orcid.org/0000-0003-0931-1799>

منابع

- اسماعیل‌پور، خلیل، افروز، میر، زارعی، احمد. (۱۳۹۵). رابطه مشکلات دلبستگی با علائم اختلال نافرمانی مقابله‌ای کودکان. *فصلنامه سلامت روان کودک*، ۳ (۳)، ۷۳-۸۳.
- امام دوست، زیبا؛ تیموری، سعید؛ خوی نژاد، غلامرضا؛ و رجایی، علیرضا. (۱۳۹۹). مقایسه اثربخشی شناخت درمانگری مبتنی بر ذهن آگاهی و واقعیت درمانگری بر تنظیم شناختی هیجان در مادران کودکان مبتلا به اختلال طیف اوتیسم. *فصلنامه علمی پژوهشی علوم روان‌شناختی*، ۱۹ (۸۹)، ۶۴۷-۶۵۵.
- اسدی، سیده سمیه، بخشی پور رودسری، عباس، محمود علیلو، مجید، سید موسوی، پریسا سادات. (۱۴۰۰). رابطه امنیت دلبستگی با بد تنظیمی هیجانی نوجوانان: نقش میانجی توانایی ذهنی سازی، رویش روانشناسی، ۱۲ (۶۹)، ۸۵-۹۶.
- اکبری، اکرم، منیرپور، نادر میرزاحسینی، حسن. (۱۴۰۰). مقایسه اثربخشی بازی درمانی با و بدون آموزش والدین مبتنی بر دلبستگی بر کاهش رفتار پر خاشگرانه در کودکان مبتلا به اختلال بی‌اعتنایی مقابله‌ای. *خانواده درمانی کاربردی*، ۲ (۲)، ۳۴۱-۳۵۸.
- بخشی جغنا، قدیر، موسوی، سید محسن، امامعلی زاده، حسین و فصیحی، بهمن. (۱۴۰۱). عوامل مؤثر بر گرایش به نزاع فردی و جمعی با تأکید بر راهکارهای پیشگیرانه، *پژوهشنامه مددکاری اجتماعی*، ۹ (۳۴)، ۲۲۹-۱۸۶.
- پناهیان امیری، سمانه، اکبرنتاج بیشه، کلثوم و فخری، محمدکاظم. (۱۴۰۱). اثربخشی بازی درمانی بر رفتار پر خاشگری کودکان مبتلا به اختلال بیش فعالی، *خانواده درمانی کاربردی*، ۳ (۳)، ۳۱۲-۲۹۷.
- جعفری، مرضیه و امینی، ناصر. (۱۴۰۲). اثربخشی بازی درمانی به سبک آدلری بر جرات ورزی دانش آموزان مقطع ابتدایی شهرستان کازرون. *رویکرد فلسفه در مدارس و سازمان‌ها*، ۲ (۱)، ۲۹-۴۲.
- خونساری، فاطمه، عاشوری، محمد. (۱۴۰۰). بازی درمانی: تنظیم هیجان در کودکان کم‌شنا با تأکید بر چرخ هیجان، *مجله پیشرفت‌های نوین در روانشناسی، علوم تربیتی و آموزش و پرورش*، ۴ (۳۴)، ۹۷-۱۰۵.

اثربخشی بازی درمانی آدلری بر پرخاشگری و تنظیم هیجان کودکان...؛ واحدی و آرمون | ۲۴۹

رابرت گر، تد. (۱۳۹۵)، چرا انسان‌ها شورش می‌کنند؟ ترجمه: علی مرشدی زاده، تهران: پژوهشکده مطالعات راهبردی

قاسمی نژاد، ابودر، باقر، حسونند و قلیزاده، حامد. (۱۳۹۶)، «تحلیل شکل‌گیری نزاع‌های دسته جمعی در مناطق روستایی شهرستان سلسله». پژوهش‌نامه جغرافیای انتظامی، ۵، (۱۸)، ۱-۳۰.

سیف، علی اکبر. (۱۳۶۶). طرح‌های پژوهشی تک آزمودنی، فصلنامه تعلیم و تربیت (آموزش و پرورش)، ۱۰، (۴)، ۳۸-۲۱.

شریفی درآمدی، پرویز، بگیان کوله مرز، محمدجواد، پادروند، حافظ و گراوند، فرشید. (۱۳۹۲). اثربخشی آموزش کنترل تکانه بر تکانش‌گری و بهبود نشانه‌های مرضی دانش‌آموزان مبتلا به اختلال نافرمانی مقابله‌ای. روان‌شناسی بالینی، ۵، (۴)، ۲۹-۴۱.

علیزاده، حمید، غلامی، مرضیه، رضایی، سعید، اصغری نکاح، سید محسن. (۱۴۰۰). بازی درمانی آدلری: ماهیت و کاربرد، مجله مطالعات ناتوانی، ۸۰، (۱۱)، ۷-۱.

فلاح، فاطمه، رضاپور میر صالح، یاسر، بهجتی اردکانی، فاطمه. (۱۴۰۰). اثربخشی بازی درمانی آدلری بر مهارت‌های اجتماعی کودکان دارای اختلال اضطراب اجتماعی: یک طرح سری‌های زمانی. پژوهش‌های روانشناسی اجتماعی، ۱۱، (۴۲)، ۱-۱۶.

کمالی ایگلی، سمیه، ابوالمعالی الحسینی، خدیجه. (۱۳۹۹). تبیین پرخاشگری بر اساس راهبردهای مثبت و منفی تنظیم شناختی هیجان در دختران نوجوان. فصلنامه روانشناسی تحلیلی شناختی، ۸، (۴۰)، ۱-۱۱.

کهریزی، سمیه، مؤمنی، خدا مراد، مرادی، آسیه. (۱۳۹۳). اثربخشی شن بازی درمانی بر کاهش پرخاشگری/بیش‌فعالی کودکان پیش دبستانی. نشریه فرهنگ مشاوره و روان درمانی، ۵، (۱۸)، ۱۱۱-۱۳۵.

گودرزی، کوروش، مریدیان، سارا و روزبهانی، مهدی. (۱۳۹۸). تعیین اثربخشی بازی درمانی بر پرخاشگری،

استرس و اضطراب کودکان، مجله علوم حرکتی و رفتاری، ۲، (۲)، ۱۱۶-۱۲۵.

منجری، فرزانه، اسدپور، اسمعیل، رسولی، محسن و زهراکار، کیانوشو (۱۴۰۲). مقایسه تأثیر طرح‌واره درمانی و

درمان شناختی رفتاری بر تنظیم شناختی هیجان نوجوانان دختر طلاق. *روانشناسی کاربردی*، ۱۷، (۲)، ۹۲-۱۱۳.

مشهدی، علی، قاسم پور، عبدالله، اکبری، ابراهیم، ایل بیگی، رضا و حسن زاده، شهناز. (۱۳۹۲). نقش حساسیت اضطرابی و تنظیم هیجانی در پیش‌بینی اختلال اضطراب اجتماعی دانشجویان. *دانش و پژوهش در روان‌شناسی کاربردی*، ۱۴، (۲)، ۸۹-۹۹.

مقدسی، رویاسادات. (۱۴۰۱). تأثیر بازی درمانی بر اضطراب کودکان تک والدی. *ایده‌های نوین روانشناسی*، ۱۷، (۲۱)، ۷-۱.

موسی نژاد جدی، الناز، واحدی، شهرام، نظری، محمدعلی و هاشمی نصرت آباد، تورج. (۱۳۹۷). محاسبه اندازه اثر در طرح‌های تک آزمودنی با استفاده از روش‌های ناهمپوش. *روش‌ها و مدل‌های روان‌شناختی*، ۹، (۳۴)، ۱۱۵-۱۳۰.

منصوری، پریناز. (۱۳۹۲). تأثیر اصلاح شناختی بر کاهش امتناع از مدرسه رفتن و افزایش عملکرد تحصیل دانش آموزان دختر: مطالعه تک آزمودنی. *پایان نامه کارشناسی ارشد روانشناسی تربیتی*. دانشکده علوم تربیتی و روانشناسی، دانشگاه تبریز

نوفرستی، اعظم و حسن آبادی، حمیدرضا. (۱۳۹۷). تحلیل داده‌ها در طرح‌های آزمایشی تک آزمودنی. *رویش روان‌شناسی*، ۷، (۱۲)، ۲۹۱-۳۰۶.

References

- Akay, S., & Bratton, S. (2017). The effects of Adlerian play therapy on maladaptive perfectionism and anxiety in children: A single case design. *International Journal of Play Therapy*, 26(2), 96.
- Arias, V. B., Aguayo, V., & Navas, P. (2021). Validity of DSM-5 oppositional defiant disorder symptoms in children with intellectual disability. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 18(4), 1977.
- Bandura, A. (2001). Social cognitive theory: An agentic perspective. *Annual review of psychology*, 52(1), 1-26.
- Bardeen, J. R., & Fergus, T. A. (2020). Emotion regulation self-efficacy mediates the relation between happiness emotion goals and

- depressive symptoms: A cross-lagged panel design. *Emotion*, 20(5), 910.
- Bettner, B. L. (2000). A parent's guide to motivating children (Rev. ed.). *Newton Center, MA: Connexions*.
- Butler, M. A. S. A. K., Shillingford, M. A., Butler, S. K., & Tolle, E. (2013). Anger management and Adlerian play therapy. *Integrating Play Techniques in comprehensive school counseling programs*, 42(7) 263-281.
- Bratton, S. C., 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.
- Crick, N. R., & Dodge, K. A. (1994). A review and reformulation of social information-processing mechanisms in children's social adjustment. *Psychological Bulletin*, 115 (12), 74-101.
- Dollard, J., Coob, L., Miller, N. E., Mowrer, O. H., & Sears, R. (1939). Frustration and Aggression. Yale University. Press, New Haven.
- Evans, C. (2020). Adlerian play therapy and trauma. *The Journal of Individual Psychology*, 76(2), 217-228.
- Evans, S. C., Karlovich, A. R., Khurana, S., Edelman, A., Buza, B., Riddle, W., & López Sosa, D. (2024). Evidence base update on the assessment of irritability, anger, and aggression in youth. *Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology*, 33(9) 1-32.
- Gratz, K. L., & Roemer, L. (2004). Multidimensional assessment of emotion regulation and dysregulation: Development, factor structure, and initial validation of the difficulties in emotion regulation scale. *Journal of psychopathology and behavioral assessment*, 26 (6), 41-54.
- Gross, J. J., & John, O. P. (2003). Individual differences in two emotion regulation processes: implications for affect, relationships, and well-being. *Journal of personality and social psychology*, 85(2), 348-362.
- Hommersen, P., Murray, C., Ohan, J. L., & Johnston, C. (2006). Oppositional defiant disorder rating scale: preliminary evidence of reliability and validity. *Journal of Emotional and Behavioral Disorders*, 14(2), 118-125.
- Iwakabe, S., Nakamura, K., & Thoma, N. C. (2023). Enhancing emotion regulation. *Psychotherapy Research*, 33(7), 918-945.
- Izzaty, R. E., Cholimah, N., & Astuti, B. (2016). The implementation of an integrative model of adventure-based counseling and Adlerian

- play therapy value-based taught by parents to children to increase adjustment ability of preschool children. *Asia Pacific Journal of Multidisciplinary Research*, 4(4), 36-45.
- Kököneyi, G., Kovács, L. N., Szabó, J., & Urbán, R. (2024). Emotion regulation predicts depressive symptoms in adolescents: A prospective study. *Journal of youth and adolescence*, 53(1), 142-158.
- Kottman, T. (1994). Adlerian play therapy. In K. O'Connor & C. Schaefer (Eds.), *Handbook of play therapy* (Vol. 2, pp. 3-26). New York: NY: Wiley.
- Kottman, T. (2001). Adlerian play therapy. *International journal of play therapy*, 10(2), 1-15.
- Kottman, T., & Meany-Walen, K. (2016). *Partners in play: An Adlerian approach to play therapy* (3rd ed.). Alexandria, VA: American Counseling Association.
- Kottman, T., & Meany-Walen, K. (2018). *Doing play therapy: From building the relationship to facilitating change*. Guilford
- Kottman, T. (2020). Adlerian play therapy: A personal and professional journey. *The Journal of Individual Psychology*, 76(2), 162-175.
- Kottman, T. (2020). Adlerian Play Therapy: A Personal and Professional Journey. *The Journal of Individual Psychology*, 76(2), 162-175.
- Kottman, T. (2023). Adlerian applications of sandtray play therapy. *World Journal for Sand Therapy Practice*, 23(9) 1-13.
- Kersten, R., & Greitemeyer, T. (2024). Human aggression in everyday life: An empirical test of the general aggression model. *British journal of social psychology*. 16(5)
- Kratochwill, T. R., Hitchcock, J., Horner, R. H., Levin, J. R., Odom, S. L., Rindskopf, D. M., & Shadish, W. R. (2010). Single-case designs technical documentation. *What works clearinghouse*.
- Lane, J. D., Gast, D. L. (2014). Visual analysis in single case experimental design studies: Brief review and guidelines. *Neuropsychological Rehabilitation*, 24(4): 445-463.
- Lin, X., He, T., Heath, M., Chi, P., & Hinshaw, S. (2022). A systematic review of multiple family factors associated with oppositional defiant disorder. *International journal of environmental research and public health*, 19(17), 10866.
- Lin, S. C., Kehoe, C., Pozzi, E., Lontos, D., & Whittle, S. (2024). Research Review: Child emotion regulation mediates the association between family factors and internalizing symptoms in

- children and adolescents—a meta- analysis. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 65(3), 260-274.
- Ma, Y., Li, Y., Zhang, Y., Xie, X., Lin, X., Fu, H., ... & Tang, J. (2024). Labor migration of parents and aggression among their offspring in China. *JAMA network open*, 7(2), e2355315-e2355315.
- Meany- Walen, K. K., Bratton, S. C., & Kottman, T. (2014). Effects of Adlerian play therapy on reducing students' disruptive behaviors. *Journal of Counseling & Development*, 92(1), 47-56.
- Mesa, N. D. K., & Aripa, L. (2024). Anxiety Levels of Preschool Children on the Effect of Play Therapy Due to Hospitalization at Makassar City Hospital. *International Journal of Health Sciences*, 2(1), 393-402.
- Meany- Walen, K. K., Kottman, T., Bullis, Q., & Dillman Taylor, D. (2015). Effects of Adlerian play therapy on children's externalizing behavior. *Journal of Counseling & Development*, 93(4), 418-428.
- Meany-Walen, K. K., & Teeling, S. (2016). Adlerian play therapy with students with externalizing behaviors and poor social skills. *International Journal of Play Therapy*, 25(2), 64-77.
- Parker, R. I., Hagan -Burke, S., & Vannest, K. (2007). Percentage of all non -overlapping data (PAND) an alternative to PND. *The Journal of Special Education*. 40(4), 194 - 204.
- Posar, A., Visconti, P. (2024). Possible Overestimation of Comorbid Oppositional Defiant Disorder in Autism Spectrum Disorder. *Turkish Archives of Pediatrics*, 6(2), 16-17.
- Sadeghi, F., Mousavi, S., Goudarzi, A., & Shahsavari, M. R. (2022). The effect of cognitive-behavioral play therapy on emotion regulation and separation anxiety: A quasi-experimental study in elementary-school children in Isfahan. *Caspian Journal of Pediatrics*, 8(2), 730-738.
- Slavick, S., & Carlson, J. (2006). *Readings in the theory of Individual Psychology*. New York, NY: Routledge.
- Wolff, J. C., Thompson, E., Thomas, S. A., Nesi, J., Bettis, A. H., Ransford, B., ... & Liu, R. T. (2019). Emotion dysregulation and non-suicidal self-injury: A systematic review and meta-analysis. *European Psychiatry*, 59 (18), 25-36.

Loeber, R., Burke, J., & Pardini, D. A. (2009). Perspectives on oppositional defiant disorder, conduct disorder, and psychopathic features. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 50(1- 2), 133-142.

استناد به این مقاله: واحدی، شهرام، آرمون، سعید. (۱۴۰۴). اثربخشی بازی‌درمانی آدلری بر پرخاشگری و تنظیم هیجان کودکان مبتلا به اختلال نافرمانی مقابله‌ای، فصلنامه فرهنگ مشاوره و روان‌درمانی، ۱۶(۶۳)، ۲۵۴-۲۰۷. DOI: 10.22054/qccpc.2025.80285.3325



Counseling Culture and Psychotherapy is licensed under a Creative Commons Attribution-NonCommercial 4.0 International License.