

مقایسه اثربخشی بازی درمانی با درمان شناختی-رفتاری بر کاهش پرخاشگری در کودکان سوءمصرف کننده مواد (۹-۱۲ سال)

تاریخ چاپ: ۱۴۰۵/۰۳/۰۱

تاریخ پذیرش: ۱۴۰۴/۱۰/۰۲

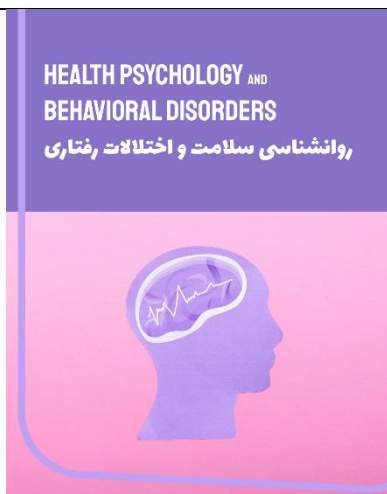
تاریخ بازنگری: ۱۴۰۴/۰۹/۳۰

تاریخ ارسال: ۱۴۰۴/۰۶/۲۹

چکیده

هدف این پژوهش مقایسه اثربخشی بازی درمانی و درمان شناختی-رفتاری در کاهش پرخاشگری کودکان سوءمصرف کننده مواد بود. پژوهش با طرح نیمه آزمایشی پیش آزمون-پس آزمون با گروه کنترل و پیگیری دوماهه انجام شد. جامعه آماری شامل کودکان پسر ۹ تا ۱۲ ساله سوءمصرف کننده مواد شهرستان تربت جام در سال ۱۴۰۱-۱۴۰۲ بود که پس از سم زدایی کامل به مراکز درمانی مراجعه کرده بودند. نمونه شامل ۲۴ کودک واجد شرایط بود که به روش هدفمند انتخاب و به طور تصادفی در سه گروه بازی درمانی، درمان شناختی-رفتاری و کنترل (هر گروه ۸ نفر) جایگزین شدند. مداخلات در ۱۰ جلسه ۶۰ دقیقه‌ای اجرا شد. ابزار پژوهش پرسشنامه پرخاشگری شهیم (۱۳۸۵) بود. تحلیل داده‌ها با آزمون‌های کوواریانس تک متغیره و چندمتغیره در نرم افزار SPSS-۲۳ انجام شد. نتایج ANCOVA نشان داد تفاوت معناداری میان سه گروه در پس آزمون ($F=40.32, p<0.001$) و پیگیری ($F=35.07, p<0.001$) وجود دارد. هر دو مداخله باعث کاهش معنادار پرخاشگری کلی و مؤلفه‌های جسمانی، رابطه‌ای و کلامی شدند ($p<0.001$). آزمون بنفرونی نشان داد بازی درمانی در پس آزمون اثربخشی بیشتری نسبت به درمان شناختی-رفتاری داشت ($p<0.001$) و اثرات هر دو درمان در پیگیری حفظ شد. بازی درمانی و درمان شناختی-رفتاری هر دو روش‌های مؤثری برای کاهش پرخاشگری کودکان سوءمصرف کننده مواد هستند، اما بازی درمانی اثربخشی قوی‌تری نشان داد.

کلیدواژه‌گان: بازی درمانی؛ درمان شناختی-رفتاری؛ پرخاشگری؛ کودکان؛ سوءمصرف مواد



فاطمه صحرانی^۱، ابوالفضل بخشی پور^{۲*}،
محمود جاجرمی^۲

۱. دانشجوی دکتری، گروه روانشناسی، واحد بجنورد، دانشگاه آزاد اسلامی، بجنورد، ایران
۲. گروه روانشناسی، واحد بجنورد، دانشگاه آزاد اسلامی، بجنورد، ایران.

* ایمیل نویسنده مسئول:

Bakhshipur@bojnourdiau.ac.ir

شیوه استناددهی: صحرانی، فاطمه، بخشی پور، ابوالفضل، و جاجرمی، محمود. (۱۴۰۵). مقایسه اثربخشی بازی درمانی با درمان شناختی-رفتاری بر کاهش پرخاشگری در کودکان سوءمصرف کننده مواد (۹-۱۲ سال). *روانشناسی سلامت و اختلالات رفتاری*، ۴(۲)، ۲۰-۱.

Comparison of the Effectiveness of Play Therapy and Cognitive Behavioral Therapy on Reducing Aggression in Substance-Abusing Children (9–12 Years)

Submit Date: 2025-09-20

Revise Date: 2025-12-21

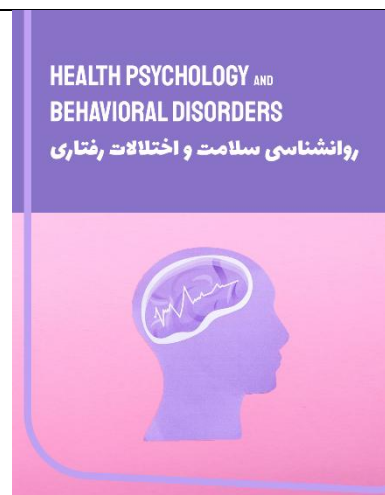
Accept Date: 2025-12-23

Publish Date: 2026-05-22

Abstract

This study aimed to compare the effectiveness of play therapy and cognitive behavioral therapy in reducing aggression among substance-abusing children. A quasi-experimental pretest–posttest design with a control group and two-month follow-up was employed. The population consisted of 9–12-year-old substance-abusing boys in Torbat-Jam, Iran (2022–2023) who had completed detoxification. Twenty-four eligible children were purposively selected and randomly assigned to play therapy, cognitive behavioral therapy, and control groups ($n=8$ each). Interventions were delivered in ten 60-minute sessions. Aggression was assessed using the Shahim Aggression Questionnaire. Data were analyzed using univariate and multivariate ANCOVA in SPSS-23. ANCOVA revealed significant group differences at posttest ($F=40.32$, $p<0.001$) and follow-up ($F=35.07$, $p<0.001$). Both interventions significantly reduced total aggression and its physical, relational, and verbal components ($p<0.01$). Bonferroni comparisons indicated that play therapy produced significantly greater reductions than CBT at posttest ($p<0.01$), with treatment effects maintained at follow-up. Both play therapy and CBT are effective for reducing aggression in substance-abusing children, with play therapy demonstrating superior therapeutic impact.

Keywords: *Play Therapy; Cognitive Behavioral Therapy; Aggression; Children; Substance Abuse*



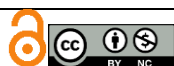
Fatemeh Sahraei¹, Abolfazl Bakhshipour^{2*}, Mahmoud Jajarmi²

1. Phd Student, Department of Psychology, Boj.C., Islamic Azad University, Bojnord, Iran

2. Department of Psychology, Boj.C., Islamic Azad University, Bojnord, Iran

*Corresponding Author's Email: hatami513@gmail.com

How to cite: Sahraei, F., Bakhshipour, A., & Jajarmi, M. (2026). Comparison of the Effectiveness of Play Therapy and Cognitive Behavioral Therapy on Reducing Aggression in Substance-Abusing Children (9–12 Years). *Health Psychology and Behavioral Disorders*, 4(2), 1-20.



سوءمصرف مواد یکی از پیچیده‌ترین مسائل سلامت روان و سلامت اجتماعی است که پیامدهای آن صرفاً به وابستگی جسمانی یا مصرف تکرارشونده یک ماده محدود نمی‌شود، بلکه مجموعه‌ای از اختلالات شناختی، هیجانی، رفتاری، خانوادگی و بین‌فردی را دربر می‌گیرد. اختلالات مصرف مواد معمولاً در تعامل میان آسیب‌پذیری‌های فردی، شرایط خانوادگی، فشارهای محیطی، محرومیت اجتماعی و مشکلات تنظیم هیجان شکل می‌گیرند و به همین دلیل، درمان آن‌ها مستلزم توجه هم‌زمان به عوامل زیستی، روان‌شناختی و اجتماعی است. افراد دارای مشکلات مصرف مواد ممکن است علاوه بر نشانه‌های مستقیم وابستگی، با طرد اجتماعی، بی‌اعتبارسازی تجربیات، ضعف حمایت‌های اجتماعی و هم‌ابتلائی با مشکلات سلامت روان مواجه باشند؛ عواملی که می‌توانند فرایند بهبود و بازگشت آنان به زندگی عادی را دشوار سازند (Semb et al., 2019). یافته‌های پژوهشی همچنین نشان داده‌اند که مداخلات روان‌شناختی مانند درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، ذهن‌آگاهی و مصاحبه انگیزشی می‌توانند برخی ظرفیت‌های سازگاران، از جمله تحمل‌پریشانی، را در افراد دارای اختلال مصرف مواد بهبود بخشند و از این طریق نقش مکملی در درمان‌های نگهدارنده داشته باشند (Kashifi Zadeh et al., 2022). افزون بر این، شواهد مربوط به پیامدهای جسمانی بلندمدت نشان می‌دهد که اختلالات مصرف مواد با نتایج نامطلوب‌تر در وضعیت سلامت و فرایند بهبودی بیماران همراه است و می‌تواند بار بیماری و هزینه‌های مراقبتی را افزایش دهد (Andalibi et al., 2021).

اگرچه بیشتر مطالعات اختلالات مصرف مواد بر جمعیت بزرگسال تمرکز داشته‌اند، کاهش سن شروع مصرف و مشاهده الگوهای مصرف در کودکان و نوجوانان، توجه به مداخلات متناسب با مراحل رشد را ضروری ساخته است. دوران کودکی میانی، به‌ویژه فاصله سنی ۹ تا ۱۲ سال، مرحله‌ای حساس در تحول شناختی، هیجانی، اخلاقی و اجتماعی است. در این دوره، کودک به تدریج توانایی درک قواعد اجتماعی، کنترل تکانه‌ها، ارزیابی پیامدهای رفتار و استفاده از راهبردهای پیچیده‌تر حل مسئله را به دست می‌آورد، اما این توانایی‌ها هنوز به سطح پختگی نوجوانی و بزرگسالی نرسیده‌اند. از دیدگاه روان‌شناسی رشد، رفتارهای ناسازگاران کودک باید در چارچوب تعامل میان ویژگی‌های رشدی، روابط خانوادگی، تجربه‌های یادگیری، توانایی تنظیم هیجان و شرایط محیطی تفسیر شوند (Burke, 2024). همچنین، مسیرهای تحول پرخاشگری، بیش‌فعالی، بی‌توجهی و خلق مضطرب یا افسرده ممکن است با یکدیگر هم‌پوشانی داشته باشند و در طول رشد به شکل الگوهای هم‌زمان یا تقویت‌کننده ظاهر شوند (Morales et al., 2024). بنابراین، سوءمصرف مواد در این سنین ممکن است نه تنها سلامت جسمانی کودک، بلکه رشد مهارت‌های خودکنترلی، سازگاری اجتماعی، عملکرد تحصیلی و روابط خانوادگی او را نیز مختل کند.

یکی از مهم‌ترین مشکلات رفتاری مرتبط با سوءمصرف مواد در کودکان و نوجوانان، پرخاشگری است. پرخاشگری مفهومی چندبعدی است که به مجموعه رفتارها، افکار و گرایش‌هایی اطلاق می‌شود که با قصد یا پیامد آسیب‌رساندن به خود، دیگران یا روابط اجتماعی همراه هستند. این پدیده می‌تواند از واکنش‌های کلامی و تهدیدآمیز تا رفتارهای جسمانی، تخریب اموال، طرد اجتماعی، شایعه‌پراکنی و دست‌کاری روابط بین‌فردی گسترده باشد. بر اساس دیدگاه روان‌شناسی اجتماعی، پرخاشگری حاصل تعامل عوامل شخصیتی، شناختی، هیجانی، موقعیتی و فرهنگی است و نمی‌توان آن را صرفاً به یک ویژگی ثابت فردی نسبت داد (Krahé, 2020). در کودکان، پرخاشگری معمولاً در سه شکل اصلی جسمانی، کلامی و رابطه‌ای بررسی می‌شود. پرخاشگری جسمانی شامل ضرب‌وشتم، هل‌دادن، پرتاب اشیاء و سایر رفتارهای بدنی آسیب‌رسان است؛ پرخاشگری کلامی با توهین، فریاد، تهدید و تحقیر همراه است؛ و پرخاشگری رابطه‌ای از طریق طردکردن، بی‌اعتبارسازی، تخریب دوستی‌ها و آسیب‌زدن به جایگاه اجتماعی دیگران بروز می‌کند. بررسی اشکال و کارکردهای متفاوت پرخاشگری اهمیت ویژه‌ای دارد، زیرا برخی ویژگی‌های ضداجتماعی و روان‌شناختی می‌توانند شدت و نحوه بروز انواع پرخاشگری را در کودکان و نوجوانان تعدیل کنند (DeLisi et al., 2021).

پرخاشگری دوران کودکی یک واکنش گذرا و بی‌اهمیت نیست، بلکه در صورت تداوم می‌تواند زمینه‌ساز مشکلات بین‌فردی، افت تحصیلی، طردشدگی از سوی همسالان، رفتارهای ضداجتماعی، قانون‌شکنی و اختلالات روان‌شناختی بعدی شود. کیفیت روابط والد-کودک و نحوه پاسخ‌گویی والدین به هیجان‌های کودک نیز می‌تواند در تشدید یا تعدیل این رفتارها نقش داشته باشد. برای نمونه، فرزندپروری طردکننده

ممکن است از طریق کاهش احساس امنیت، تضعیف ارزشمندی شخصی و افزایش هیجان‌های منفی با افسردگی و پرخاشگری نوجوانان مرتبط شود، در حالی که شایستگی بازنشانی هیجان می‌تواند شدت این روابط را تغییر دهد (Shin & Bae, 2023). کودکی که قادر به شناسایی، نام‌گذاری و بیان مناسب خشم، ترس، شرم یا ناکامی نیست، ممکن است این هیجان‌ها را به صورت رفتارهای تکانشی یا پرخاشگرانه نشان دهد. این مسئله در کودکانی که تجربه مصرف مواد، سم‌زدایی، تعارض خانوادگی یا انگ اجتماعی دارند، می‌تواند شدیدتر باشد؛ زیرا آنان ممکن است هم‌زمان با تنش‌های جسمانی و روانی، از منابع حمایتی محدودتری برخوردار باشند.

ارتباط میان مصرف مواد و پرخاشگری در پژوهش‌های مختلف تأیید شده است. مصرف مواد می‌تواند از طریق کاهش بازداری رفتاری، اختلال در قضاوت، افزایش تحریک‌پذیری، تشدید تعارض‌های بین‌فردی و تأثیرگذاری بر نظام‌های عصبی مرتبط با کنترل تکانه، احتمال رفتارهای پرخاشگرانه را افزایش دهد. در مقابل، کودک یا نوجوانی که پیشاپیش دارای الگوهای پرخاشگری، تکانشگری، هیجان‌خواهی یا ضعف مهارت‌های مقابله‌ای است، ممکن است برای کاهش تنش یا سازگاری با گروه همسالان به مصرف مواد گرایش پیدا کند. از این‌رو، رابطه مصرف مواد و پرخاشگری می‌تواند دوسویه و چرخه‌ای باشد. یافته‌های مربوط به نوجوانان نشان داده‌اند که سوءمصرف مواد با رفتارهای پرخاشگرانه ارتباط دارد و این هم‌زمانی می‌تواند پیامدهای فردی، خانوادگی و اجتماعی مهمی ایجاد کند (Fauziah et al., 2012). همچنین، بررسی رابطه مواد مختلف با خشونت نشان داده است که الکل، مواد غیرقانونی و برخی مواد نیروزا می‌توانند با خشونت معطوف به دیگران و رفتارهای آسیب‌رسان به خود ارتباط داشته باشند (Lundholm, 2013). بر این اساس، کاهش پرخاشگری باید یکی از محورهای اساسی برنامه‌های بازتوانی کودکان و نوجوانان دارای سابقه سوءمصرف مواد باشد.

درمان پرخاشگری در کودکان سوءمصرف‌کننده مواد باید علاوه بر کاهش رفتارهای آشکار، به عوامل زیربنایی مانند ناتوانی در تنظیم هیجان، افکار ناکارآمد، ضعف خودکنترلی، مشکلات ارتباطی و ناتوانی در حل تعارض توجه کند. پژوهش درباره افراد دارای اختلال مصرف مواد نشان داده است که درمان شناختی-رفتاری گروهی می‌تواند در کاهش پرخاشگری این جمعیت مؤثر باشد (Najafi & Moradzadeh, 2015). باین‌حال، انتقال مستقیم مداخلات طراحی‌شده برای بزرگسالان به کودکان همیشه مناسب نیست؛ زیرا سطح رشد شناختی، توانایی تفکر انتزاعی، دامنه واژگان هیجانی و شیوه برقراری ارتباط کودکان با بزرگسالان تفاوت دارد. کودکان ممکن است نتوانند تجربه‌های پیچیده خود را در قالب گفت‌وگوی مستقیم و تحلیل کلامی بیان کنند و در برابر ساختارهای درمانی رسمی یا پرسش‌های مستقیم مقاومت نشان دهند. از این‌رو، مداخلاتی که زبان طبیعی کودک، یعنی بازی، تصویر، داستان و نقش‌آفرینی را به کار می‌گیرند، می‌توانند دسترسی مناسب‌تری به تجربه‌های هیجانی و تعارض‌های درونی او فراهم کنند.

بازی درمانی یکی از مهم‌ترین رویکردهای روان‌درمانی کودک است که از بازی به عنوان ابزار ارتباط، ارزیابی، ابراز هیجان و ایجاد تغییر استفاده می‌کند. در این رویکرد، بازی صرفاً فعالیتی سرگرم‌کننده نیست، بلکه رسانه‌ای نمادین است که کودک از طریق آن تجربه‌های دشوار، اضطراب‌ها، تعارض‌ها، خشم و نیازهای خود را بازنمایی می‌کند. رابطه درمانی امن، پذیرش بدون قضاوت، انعکاس احساسات و احترام به انتخاب‌های کودک از عناصر بنیادین بازی درمانی محسوب می‌شوند (Kenl, 2016). در فضای بازی، کودک می‌تواند تجربه‌هایی را که بیان کلامی آن‌ها دشوار است، به کمک عروسک، نقاشی، داستان، ساخت‌وساز، نمایش و بازی‌های تخیلی بازآفرینی کند. گزارش‌های بالینی نیز نشان داده‌اند که بازی درمانی می‌تواند فرایندی معنادار برای شناخت دنیای درونی کودک و تسهیل تغییرات رفتاری و هیجانی فراهم سازد (Senko & Bethany, 2019). مرور مداخلات درمانی مبتنی بر بازی نشان می‌دهد که این رویکرد در طیف متنوعی از مشکلات کودکان کاربرد دارد و می‌تواند مهارت‌های تنظیم هیجان، ارتباط، حل مسئله و سازگاری را تقویت کند (Shrinivasa et al., 2018).

یکی از مزیت‌های اصلی بازی درمانی آن است که با سطح تحول شناختی و شیوه طبیعی یادگیری کودک سازگار است. کودک در جریان بازی می‌تواند احساس خشم و ناکامی را در محیطی کنترل‌شده تخلیه کند، پیامد رفتارهای مختلف را بیازماید، نقش‌های اجتماعی متفاوت را تمرین کند و راه‌های غیرپرخاشگرانه‌تری برای پاسخ‌گویی به تعارض‌ها بیاموزد. انواع بازی‌های حرکتی، نمایشی، ساختنی، نمادین و هنری هرکدام

می‌توانند برای اهداف خاص درمانی به کار گرفته شوند و به کاهش مشکلات رفتاری و هیجانی کمک کنند (Sohrabi Shegefti, 2011). همچنین، فعالیت‌های هنری مشارکتی می‌توانند فرصت مناسبی برای کاهش تنش، بیان غیرکلامی هیجان و تجربه همکاری فراهم آورند؛ سازوکاری که هرچند در بافت‌های متفاوت مطالعه شده، اهمیت فعالیت خلاقانه و مشترک را در کاهش فشار روانی نشان می‌دهد (Salzano et al., 2013). در بازی درمانی، درمانگر به جای تحمیل مستقیم راه‌حل، شرایطی را ایجاد می‌کند که کودک در آن احساس کنترل، امنیت و پذیرش داشته باشد و به تدریج الگوهای رفتاری سازگارانه‌تری را تجربه کند.

شواهد پژوهشی، اثربخشی بازی درمانی را در کاهش انواع مشکلات رفتاری کودکان تأیید کرده‌اند. برای نمونه، بازی درمانی گروهی موجب کاهش رفتارهای پرخاشگرانه و افزایش مهارت‌های اجتماعی کودکان پیش‌دبستانی شده است (Ebrahimi et al., 2019). همچنین، بازی درمانی در کاهش هم‌زمان پرخاشگری، اضطراب و استرس کودکان مؤثر گزارش شده است (Goudarzi et al., 2019). در کودکان شش تا دوازده ساله دارای اختلال نارسایی توجه/بیش‌فعالی نیز بازی درمانی گروهی توانسته است مشکلات اجتماعی، پرخاشگری و قانون‌شکنی را کاهش دهد (Timourian et al., 2020). یافته‌های جدیدتر نیز نشان داده‌اند که بازی درمانی گروهی می‌تواند علاوه بر کاهش رفتار پرخاشگرانه، مهارت‌های ارتباطی کودکان بیش‌فعال را بهبود بخشد (Shad, 2025). این نتایج اهمیت بازی را نه فقط به‌عنوان وسیله تخلیه هیجان، بلکه به‌عنوان بستری برای یادگیری قواعد اجتماعی، نوبت‌گیری، همدلی، گفت‌وگو و حل تعارض برجسته می‌کنند.

اثربخشی بازی درمانی در نمونه‌های متنوع کودکان نیز بررسی شده است. بازی درمانی کودک‌محور با بهبود عملکرد رفتاری دانش‌آموزان دوره ابتدایی دارای اختلال نارسایی توجه/بیش‌فعالی همراه بوده است (Robinson et al., 2017). درمان مبتنی بر رابطه والد-کودک نیز نشان داده است که مشارکت والدین در فرایند بازی و تقویت تعامل عاطفی می‌تواند در بهبود روابط و کاهش مشکلات کودکان خانواده‌های فرزندپذیر مؤثر باشد (Opiola & Bratton, 2018). این یافته‌ها بیانگر آن است که بازی درمانی می‌تواند از طریق تقویت پیوند درمانی، بهبود احساس امنیت، افزایش خودبیانگری و اصلاح تعاملات بین‌فردی عمل کند. برای کودکان دارای سابقه سوءمصرف مواد، که ممکن است تجربه‌هایی از طردشدگی، بی‌ثباتی، تعارض و شرم داشته باشند، ایجاد چنین فضای امنی می‌تواند به کاهش حالت دفاعی و افزایش مشارکت در درمان کمک کند.

رویکردهای تلفیقی بازی و درمان شناختی-رفتاری نیز نتایج مطلوبی نشان داده‌اند. بازی درمانی شناختی-رفتاری توانسته است پرخاشگری کودکان پیش‌دبستانی دارای اختلال نارسایی توجه/بیش‌فعالی را کاهش دهد (Akbari & Rahmati, 2015). همچنین، این نوع بازی درمانی در کاهش ابعاد جسمانی، رابطه‌ای و کلامی پرخاشگری کودکان مؤثر گزارش شده است (Yaseminejad & Solgi, 2018). کاربرد بازی درمانی شناختی-رفتاری در مشکلاتی مانند ترس از تاریکی نیز نشان می‌دهد که تکنیک‌های بازی می‌توانند آموزش‌های شناختی و رفتاری را برای کودک ملموس‌تر، جذاب‌تر و قابل‌فهم‌تر سازند (Alikhani, 2018). افزون بر این، بازی درمانی گروهی شناختی-رفتاری در اصلاح ناسازگاری اجتماعی کودکان دارای کم‌توانی ذهنی نیز اثربخش بوده است (Karami et al., 2015). در مجموع، این یافته‌ها نشان می‌دهند که بازی می‌تواند بستری مناسب برای آموزش مهارت‌های مقابله‌ای، بازسازی افکار، تمرین رفتارهای اجتماعی و تقویت خودکنترلی فراهم آورد.

در کنار بازی درمانی، درمان شناختی-رفتاری یکی از معتبرترین و پرکاربردترین رویکردهای مداخله‌ای برای مشکلات هیجانی و رفتاری کودکان و نوجوانان است. این درمان بر ارتباط متقابل افکار، هیجان‌ها، واکنش‌های جسمانی و رفتارها تأکید دارد و فرض می‌کند که تغییر در ارزیابی‌های شناختی و الگوهای رفتاری می‌تواند به کاهش هیجان‌های منفی و رفتارهای ناسازگارانه منجر شود. در درمان پرخاشگری، کودک می‌آموزد موقعیت‌های برانگیزاننده خشم را شناسایی کند، نشانه‌های بدنی خشم را تشخیص دهد، افکار خصمانه یا غیرمنطقی را مورد ارزیابی قرار دهد و پاسخ‌های جایگزین مانند آرام‌سازی، حل مسئله، گفت‌وگو و جرئت‌ورزی را به کار گیرد. رویکردهای جدید درمان شناختی-رفتاری برای کودکان و نوجوانان بر یادگیری بازداری، مواجهه با موقعیت‌های دشوار و ایجاد تجربه‌های اصلاحی تأکید می‌کنند (McGuire & Storch, 2018).

2019). به کارگیری روش‌های ساختاریافته شناختی-رفتاری همچنین در کاهش خشم و رفتارهای پرخاشگرانه در موقعیت‌های مختلف مؤثر گزارش شده است (Kazemini et al., 2011).

درمان شناختی-رفتاری می‌تواند با آموزش خودنظارتی، توقف فکر، بازسازی شناختی، آرام‌سازی، کنترل تکانه و حل مسئله، چرخه میان تحریک، تفسیر خصمانه، خشم و رفتار پرخاشگرانه را تضعیف کند. در کودکان، این آموزش‌ها باید با زبان ساده، مثال‌های عینی، کارت‌های تصویری، تمرین عملی و بازخورد مستمر همراه شوند. نتایج یک پژوهش نشان داده است که درمان شناختی-رفتاری گروهی در کاهش پرخاشگری کودکان اثربخش است و می‌تواند به اصلاح افکار و رفتارهای مرتبط با خشم کمک کند (Rajabi et al., 2013). درمان شناختی-رفتاری به کودک می‌آموزد که موقعیت بیرونی به‌تنهایی تعیین‌کننده رفتار نیست، بلکه نحوه تفسیر موقعیت و انتخاب پاسخ نیز اهمیت دارد. در کودک دارای سابقه سوءمصرف مواد، این مهارت‌ها ممکن است به تحمل ناکامی، کنترل میل به واکنش فوری، کاهش تعارض و پیشگیری از بازگشت به رفتارهای پرخطر کمک کنند.

با وجود اثربخشی هر دو رویکرد، بازی درمانی و درمان شناختی-رفتاری از نظر شیوه ورود به تجربه کودک تفاوت دارند. بازی درمانی بیشتر بر ارتباط نمادین، تجربه هیجانی، رابطه درمانی و آزادی هدایت‌شده تأکید می‌کند، در حالی که درمان شناختی-رفتاری ساختارمندتر است و به آموزش مستقیم مهارت‌ها، شناسایی افکار و اصلاح رفتار می‌پردازد. برای کودکان ۹ تا ۱۲ ساله، هر دو شیوه می‌توانند مفید باشند؛ زیرا آنان از یک سو هنوز به بازی و بیان غیرکلامی نیاز دارند و از سوی دیگر، به تدریج توانایی درک رابطه میان فکر، احساس و رفتار را کسب می‌کنند. با این حال، مشخص نیست در کودکانی که علاوه بر پرخاشگری، سابقه سوءمصرف مواد و سم‌زدایی دارند، کدام شیوه می‌تواند تأثیر بیشتری داشته باشد. جذابیت، انعطاف و تناسب رشدی بازی درمانی ممکن است مشارکت درمانی را افزایش دهد، در حالی که ساختار و آموزش مستقیم درمان شناختی-رفتاری می‌تواند مهارت‌های خودکنترلی را به شکل روشن‌تری تقویت کند.

مرور مطالعات نشان می‌دهد بخش عمده پژوهش‌ها اثربخشی بازی درمانی یا درمان شناختی-رفتاری را به صورت جداگانه و عمدتاً در کودکان دارای بیش‌فعالی، مشکلات اجتماعی، ترس، ناسازگاری یا پرخاشگری عمومی بررسی کرده‌اند. مطالعات محدودتری به کودکان دارای سابقه مصرف مواد پرداخته‌اند و مقایسه مستقیم این دو درمان در این جمعیت کمتر مورد توجه قرار گرفته است. افزون بر این، ارزیابی صرف پس‌آزمون برای تعیین پایداری مداخله کافی نیست و بررسی نتایج در مرحله پیگیری می‌تواند نشان دهد که آیا تغییرات رفتاری پس از پایان جلسات نیز حفظ می‌شوند یا خیر. از نظر کاربردی، شناسایی مداخله مؤثرتر می‌تواند به روان‌شناسان، مشاوران مراکز ترک اعتیاد، والدین و متخصصان حوزه کودک در انتخاب روش درمانی متناسب با نیازهای رشدی و رفتاری این کودکان کمک کند. بنابراین، هدف پژوهش حاضر مقایسه اثربخشی بازی درمانی و درمان شناختی-رفتاری بر کاهش پرخاشگری جسمانی، رابطه‌ای، کلامی و پرخاشگری کلی در کودکان پسر ۹ تا ۱۲ ساله دارای سوءمصرف مواد بود.

روش‌شناسی

نحقیق حاضر با طرح پیش‌آزمون-پس‌آزمون در سه گروه (دو گروه آزمایش و یک گروه کنترل) انجام شد. جامعه آماری کلیه کودکان پسر ۹-۱۲ ساله سوء مصرف مواد شهرستان تربت جام در سال ۱۴۰۱-۱۴۰۲ که به مراکز ترک اعتیاد مراجعه نموده و دوره سم‌زدایی را به پایان رسانده بودند. نمونه مورد بررسی شامل ۲۴ کودک ۹-۱۲ ساله با توجه به ملاک‌های ذیل انتخاب شدند: جنسیت پسر، داشتن سن ۹ تا ۱۲ سال، مصرف مواد فقط تریاک بوده باشد، ساکن شهرستان تربت جام باشند، دوره سم‌زدایی را به پایان رسانده و از زمان دوره سم‌زدایی ۳ تا ۴ ماه بیشتر نگذشته باشند، مادر معتاد نداشته باشند. مادر و کودک سواد خواندن و نوشتن داشته باشند، کسب نمره پرخاشگری یک انحراف معیار بالاتر از میانگین، همچنین رضایت والدین، عدم شرکت در برنامه‌های درمانی دیگر بطور همزمان، از ملاکهای ورود در نظر گرفته شد و شرایط و معیار خروج عبارت بودند از: غیبت دو جلسه در جلسات تا پایان دوره؛ استفاده از داروی ترک اعتیاد، در هر جلسه به دلیل رعایت اصول اخلاقی

برای گروه کنترل نیز جلساتی در نظر گرفته شده که در صورت تمایل بعد از پایان تحقیق برای آنها اجرا می‌شود. در این پژوهش ملاحظات اخلاقی مورد توجه قرار گرفتند: توضیحات لازم درباره موضوع و روش انجام پژوهش به کلیه واحدهای مورد مطالعه به نحوی که شرکت آنها در این تحقیق با آگاهی کامل و رضایت شخصی آنها و بدون اجبار باشد. کسب رضایت نامه کتبی آگاهانه از کودکان و والدین آنها. در تمام روند اجرای پژوهش به واحدهای پژوهش نیز این اطمینان داده شد که تمامی اطلاعات گردآوری شده اعم از اطلاعات شناسایی و درمانی کاملاً محرمانه است و فقط نتایج کلی آنها اعلام خواهد شد.

نحوه اجرا بدینصورت بود که در این پژوهش پس از انتخاب نمونه‌های آماری برحسب ملاکهای ورود، ۸ نفر در گروه آزمایش (بازی درمانی) ۸ نفر در گروه آزمایش (درمان شناختی رفتاری) و ۸ نفر در گروه گواه قرار گرفتند و هر دو گروه آزمایش به مدت ۱۰ جلسه ۶۰ دقیقه‌ای تحت درمان قرار گرفتند اما گروه گواه در انتظار قرار داده شد تا پس از مرحله پیگیری به طور داوطلبانه تحت درمان قرار بگیرند. پس از اتمام جلسات، هر سه گروه، پرسشنامه پرخاشگری توسط مادر کودک تکمیل گردید، آزمون فوق پس از ۱۰ جلسه گروه درمانی برای هر گروه آزمایش و نیز پس آزمون و پیگیری انجام گرفت.

پرسشنامه پرخاشگری: این پرسشنامه توسط شهیم (۱۳۸۵) ساخته شد، این پرسشنامه که دارای ۲۱ گویه چهارگزینه‌ای است، پایایی و روایی آن برای کودکان دبستانی شهر شیراز مورد ارزیابی قرار گرفته است این پرسشنامه دارای سه زیر مقیاس پرخاشگری جسمانی (۷ گویه)، پرخاشگری رابطه‌ای (۸ گویه) پرخاشگری کلامی (۶ گویه) می‌باشد. نقطه برش برای تشخیص کودک پرخاشگر در هر زیر مقیاس یک انحراف استاندارد بالاتر از میانگین است. ضریب آلفای کرونباخ برای کل پرسشنامه ۰/۹۱ و بسیار مطلوب است. ضریب آلفای کرونباخ برای پرخاشگری جسمانی، رابطه‌ای و واکنش کلامی به ترتیب ۰/۸۵، ۰/۸۹، ۰/۸۳ است. ارزیابی روایی پرسشنامه با استفاده از تحلیل عامل با محور اصلی و به دنبال آن چرخش مایل گویه‌ها نیز به استخراج سه عامل با ارزش ویژه بیشتر از ۱ گردید که درصد واریانس را تبیین می‌کند. برای جلسات درمانی در هر گروه نیز پروتکل درمانی خاص آن روش اجرا گردید.

پروتکل بازی درمانی این پژوهش بر اساس رویکرد کودک‌محور اکسلاین طراحی و طی ۱۰ جلسه ۶۰ دقیقه‌ای، هفته‌ای دو بار اجرا گردید. در جلسه نخست، درمانگر با معرفی خود و فضای درمانی، امکان انتخاب آزادانه بازی را برای کودک فراهم ساخت و با بهره‌گیری از ابزارهایی مانند اسباب‌بازی‌های متنوع، عروسک و لگو، اصول پذیرش بی‌قید و شرط و گوش دادن فعال را به کار گرفت. جلسه دوم بر نمایش و شناسایی احساسات از طریق عروسک‌ها و کارت‌های هیجانی و انعکاس غیرقضوتی هیجانات کودک متمرکز بود. در جلسه سوم، کودکان با استفاده از نقاشی و ماسک‌سازی شخصیت‌های مختلف، انتخاب‌ها و ترجیحات خود را بیان کردند و درمانگر با ایجاد فضای امن، به انتخاب‌های آنان احترام گذاشت. جلسه چهارم شامل بازی‌های تخلیه خشم مانند کوبیدن بالش، پرتاب توپ و نمایش تعارض با عروسک‌ها بود که با هدف پذیرش هیجان خشم و آموزش بیان سالم آن انجام شد. در جلسه پنجم، بازی‌های ساختنی و پازل با تأکید بر انگیزش درونی و آزادی انتخاب اجرا گردید. جلسه ششم از طریق نقش‌آفرینی و تمرین نوبت‌گیری، مهارت‌های ارتباطی و توجه به تجربه هیجانی کودک را تقویت کرد. در جلسه هفتم، کودکان با داستان‌پردازی و بازی‌های تخته‌ای به حل مسئله و تصمیم‌گیری غیرمستقیم پرداختند. جلسه هشتم با اجرای نمایش کوتاه و نقش‌آفرینی به بیان افکار و احساسات اختصاص یافت. جلسه نهم بر بازنمایی تجربه‌های دشوار و هیجانات از طریق نقاشی و بازی نمایشی متمرکز داشت و در نهایت جلسه دهم با بازی آزاد، مرور دستاوردها و تقویت حس خودارزشمندی و موفقیت کودک به پایان رسید.

پروتکل درمان شناختی-رفتاری بر اساس نظریه سیلر طراحی و در قالب ۱۰ جلسه ۶۰ دقیقه‌ای، هفته‌ای دو بار اجرا شد و تمرکز آن بر افزایش خودکنترلی، اصلاح شناخت‌ها و بهبود تنظیم هیجان کودک بود. در جلسه اول، رویدادهای برانگیزاننده، شناسایی هیجانات و اهداف درمانی معرفی شد. جلسه دوم به آموزش احساسات، تشخیص هیجانات دیگران از طریق حالات چهره و زبان بدن، تغییرات هیجانی روزانه و آموزش تکنیک‌های آرام‌سازی شامل تنفس، کشش عضلانی و ریلکسیشن اختصاص یافت. در جلسه سوم، ارتباط میان نشانه‌های بدنی، افکار، احساسات و رفتار بررسی شد و مهارت‌های خودکنترلی و آگاهی از موقعیت‌های خطرناک آموزش داده شد. جلسه چهارم بر شناسایی افکار ناکارآمد، تأثیر

شناخت‌ها بر هیجانات و رفتار، آموزش جرأت‌ورزی و مهارت‌های مقابله با هیجان‌های منفی تمرکز داشت. در جلسه پنجم، پیوند میان افکار، احساسات، نشانه‌های بدنی و رفتار و تأثیر تغییر هر یک بر سایر مؤلفه‌ها بررسی گردید. جلسه ششم با آموزش شیوه‌های فکری جایگزین و پرسشگری شناختی برای درک بهتر افکار نگران‌کننده ادامه یافت. جلسه هفتم بر آموزش حل مسئله مبتنی بر شواهد، جایگزینی توجه به راه‌حل‌ها، تقویت افکار مثبت و مرور تکنیک‌های آرام‌سازی همراه با نظام تقویتی امتیازدهی متمرکز بود. در جلسه هشتم، برنامه‌ریزی هدف‌محور با استفاده از شش گام هدف‌گذاری و تقویت حمایت متقابل گروهی اجرا شد. جلسه نهم به آموزش تفاوت‌های فردی در نگرانی‌ها، شناسایی افکار و احساسات تداوم‌بخش هیجان منفی و بررسی شیوه‌های محافظتی افراد در برابر نگرانی اختصاص داشت و جلسه دهم با آموزش خردسازی اهداف، تقویت الگوگیری از افراد موفق در مواجهه با مشکلات و تثبیت مهارت‌های آموخته‌شده پایان یافت. برای تجزیه و تحلیل داده‌ها نیز از تحلیل کوواریانس تک متغیره و چند متغیره و نرم افزار SPSS-23 استفاده شد.

یافته‌ها

جدول ۱ همان‌طور که مشاهده می‌شود، میانگین و انحراف معیار نمرات پیش‌آزمون پرخاشگری کلی در گروه بازی درمانی در مرحله‌ی پیش-آزمون به ترتیب برابر با ۵۴ و ۵/۵۳، در مرحله‌ی پس‌آزمون برابر با ۳۱/۶۱ و ۴/۲۱ و در مرحله پیگیری ۳۵/۲۵ و ۲/۹۲ می‌باشد، همچنین در گروه درمان شناختی - رفتاری در مرحله‌ی پیش‌آزمون به ترتیب برابر با ۵۵/۶۳ و ۶/۵۲، در مرحله‌ی پس‌آزمون برابر با ۴۰/۶۲ و ۶/۳۰ و در مرحله پیگیری ۳۹/۶۲ و ۵/۵۵ می‌باشد و در گروه گواه در مرحله‌ی پیش‌آزمون به ترتیب برابر با ۵۱ و ۵۴/۲۵، در مرحله‌ی پس‌آزمون برابر با ۵۴/۲۵ و ۵/۲۳ و در مرحله پیگیری ۵۴/۶۲ و ۵/۷۳ است.

جدول ۱. میانگین و انحراف معیار سن شرکت کنندگان به تفکیک گروه

مقیاس	گروه	بازی درمانی	درمان شناختی - رفتاری	گواه
		میانگین	انحراف استاندارد	میانگین
پرخاشگری جسمانی	پیش آزمون	۱۸/۸۸	۲/۶۴	۱۹/۷۵
	پس آزمون	۱۱/۳۸	۳/۶۲	۱۳/۲۵
	پیگیری	۱۲/۰۰	۳/۳۸	۱۴/۶۲
پرخاشگری رابطه‌ای	پیش آزمون	۱۵/۱۲	۲/۴۲	۱۶/۵۰
	پس آزمون	۹/۷۵	۱/۲۸	۱۳/۲۵
	پیگیری	۹/۰۰	۲/۸۸	۱۱/۷۵
پرخاشگری کلامی	پیش آزمون	۲۰/۰۰	۳/۸۵	۱۹/۳۸
	پس آزمون	۱۰/۵۰	۲/۵۶	۱۴/۱۲
	پیگیری	۱۴/۲۵	۲/۸۲	۱۳/۲۵
پرخاشگری	پیش آزمون	۵۴/۰۰	۵/۵۳	۵۵/۶۳
	پس آزمون	۳۱/۶۲	۴/۲۱	۴۰/۶۲
	پیگیری	۳۵/۲۵	۲/۹۲	۳۹/۶۲

در این پژوهش جهت پاسخگویی به فرضیات پژوهشی از تحلیل کوواریانس استفاده شده است. برای انجام آزمون‌های آماری پارامتریک، علاوه بر فاصله‌ای بودن مقیاس اندازه گیری متغیرها بهنجار بودن توزیع متغیرها ضروری است. از سوی دیگر برای استفاده از تحلیل کوواریانس محقق شدن مفروضات همگنی واریانس‌ها باید مورد بررسی قرار گیرد. در ادامه به توضیح و بررسی هر یک از مفروضات پرداخته شده است. بررسی مفروضه‌های آماری نشان داد که به‌منظور ارزیابی نرمال بودن توزیع داده‌ها، با توجه به حجم نمونه، از آزمون شاپیرو-ویلک استفاده شد که نتایج آن حاکی از نرمال بودن توزیع متغیرهای پژوهش بود؛ به‌طوری‌که در مؤلفه پرخاشگری جسمانی مقادیر آماره شاپیرو-ویلک در مراحل پیش‌آزمون ۰,۹۷ با سطح معناداری ۰,۷۲، پس‌آزمون ۰,۹۶ با سطح معناداری ۰,۳۶ و پیگیری ۰,۹۳ با سطح معناداری ۰,۰۶ به‌دست آمد، در

پرخاشگری رابطه‌ای در مراحل پیش‌آزمون ۰,۹۵ با سطح معناداری ۰,۲۶، پس‌آزمون ۰,۹۵ با سطح معناداری ۰,۲۳ و پیگیری ۰,۹۷ با سطح معناداری ۰,۷۶ گزارش شد، در پرخاشگری کلامی مقادیر ۰,۹۱ با سطح معناداری ۰,۰۴ در پیش‌آزمون، ۰,۹۴ با سطح معناداری ۰,۱۷ در پس‌آزمون و ۰,۹۳ با سطح معناداری ۰,۰۷ در پیگیری حاصل گردید و برای نمره کلی پرخاشگری نیز مقادیر ۰,۹۴ با سطح معناداری ۰,۲۱ در پیش‌آزمون، ۰,۹۴ با سطح معناداری ۰,۲۰ در پس‌آزمون و ۰,۹۳ با سطح معناداری ۰,۰۸ در مرحله پیگیری به‌دست آمد که با توجه به بالاتر بودن سطح معناداری اکثر متغیرها از ۰,۰۵، می‌توان نتیجه گرفت داده‌ها از توزیع نرمال برخوردار بوده و استفاده از آزمون‌های پارامتریک موجه است. همچنین به‌منظور بررسی همگنی واریانس‌ها از آزمون لوین استفاده شد که نتایج آن نشان داد در مؤلفه پرخاشگری جسمانی مقادیر F در پیش‌آزمون ۲,۹۰ با سطح معناداری ۰,۰۸، در پس‌آزمون ۰,۷۲ با سطح معناداری ۰,۵۰ و در پیگیری ۱,۱۶ با سطح معناداری ۰,۳۳ بود، در پرخاشگری رابطه‌ای مقادیر F در پیش‌آزمون ۰,۴۴ با سطح معناداری ۰,۶۵، در پس‌آزمون ۱,۰۳ با سطح معناداری ۰,۳۷ و در پیگیری ۰,۴۸ با سطح معناداری ۰,۶۳ به‌دست آمد، در پرخاشگری کلامی نیز مقادیر F در پیش‌آزمون ۱,۳۱ با سطح معناداری ۰,۲۹، در پس‌آزمون ۰,۲۷ با سطح معناداری ۰,۷۷ و در پیگیری ۰,۵۶ با سطح معناداری ۰,۵۸ گزارش شد و برای نمره کلی پرخاشگری مقادیر F برابر با ۰,۶۹ با سطح معناداری ۰,۵۱، در پیش‌آزمون، ۱,۴۱ با سطح معناداری ۰,۲۷، در پس‌آزمون و ۲,۸۳ با سطح معناداری ۰,۰۸ در پیگیری حاصل گردید که این نتایج نشان می‌دهد واریانس‌های گروه‌های آزمایش و گواه همگن بوده و مفروضه همگنی واریانس‌ها برای انجام تحلیل‌های بعدی برقرار است.

جدول ۲. نتایج تحلیل کوواریانس و آزمون‌های تعقیبی پرخاشگری و مؤلفه‌های آن

مرحله	متغیر وابسته	منبع تغییرات	مجموع مجزورات	درجه آزادی	میانگین مجزورات	F	سطح معناداری
پس‌آزمون	پرخاشگری کلی	پیش‌آزمون	۶۴,۷۵	۱	۶۴,۷۵	۲,۴۵	۰,۱۳
	گروه		۲۱۳۰,۷۹	۲	۱۰۶۵,۴۰	۴۰,۳۲	۰,۰۰
	خطا		۵۲۸,۵۰	۲۰	۲۶,۴۳		
پیگیری	پرخاشگری کلی	پیش‌آزمون	۳۳,۶۹	۱	۳۳,۶۹	۱,۴۳	۰,۲۵
	گروه		۱۶۵۳,۶۲	۲	۸۲۶,۸۱	۳۵,۰۷	۰,۰۰
	خطا		۴۷۱,۵۶	۲۰	۲۳,۵۸		
پس‌آزمون	پرخاشگری جسمانی	گروه	۱۶۲,۵۸	۲	۸۱,۲۹	۱۱,۱۷	۰,۰۰
	پرخاشگری رابطه‌ای	گروه	۱۲۷,۴۳	۲	۶۳,۷۱	۳۱,۱۲	۰,۰۰
	پرخاشگری کلامی	گروه	۲۳۵,۹۴	۲	۱۱۷,۹۷	۹,۲۷	۰,۰۰
پیگیری	پرخاشگری جسمانی	گروه	۱۵۷,۵۶	۲	۷۸,۷۸	۸,۷۸	۰,۰۰
	پرخاشگری رابطه‌ای	گروه	۱۳۶,۲۹	۲	۶۸,۱۴	۱۰,۸۷	۰,۰۰
	پرخاشگری کلامی	گروه	۱۴۴,۳۲	۲	۷۲,۱۶	۶,۳۴	۰,۰۱

نتایج تحلیل کوواریانس نشان داد که پس از کنترل اثر پیش‌آزمون، تفاوت معناداری بین سه گروه در نمره کلی پرخاشگری در مرحله پس‌آزمون با مقدار F برابر با ۴۰,۳۲ و سطح معناداری کمتر از ۰,۰۰۱ و همچنین در مرحله پیگیری با مقدار F برابر با ۳۵,۰۷ و سطح معناداری کمتر از ۰,۰۰۱ وجود دارد که بیانگر اثربخشی معنادار مداخلات است. همچنین بررسی مؤلفه‌های پرخاشگری نشان داد که در مرحله پس‌آزمون تفاوت بین گروه‌ها در پرخاشگری جسمانی ($F=11.17, p<0.001$)، پرخاشگری رابطه‌ای ($F=31.12, p<0.001$) و پرخاشگری کلامی ($F=9.27, p<0.001$) معنادار است و این تفاوت‌ها در مرحله پیگیری نیز پایدار باقی مانده است به‌گونه‌ای که در پرخاشگری جسمانی مقدار F برابر با ۸,۷۸، در پرخاشگری رابطه‌ای ۱۰,۸۷ و در پرخاشگری کلامی ۶,۳۴ به‌دست آمد که همگی در سطح معناداری کمتر از ۰,۰۱ قرار داشتند. افزون بر این، نتایج آزمون تعقیبی بنفرونی در پس‌آزمون نشان داد که تفاوت میانگین پرخاشگری بین گروه بازی‌درمانی و درمان شناختی-رفتاری برابر با ۸,۵۲- و معنادار در سطح ۰,۰۱ است، بین بازی‌درمانی و گروه گواه برابر با ۲۳,۵۱- و معنادار در سطح کمتر از ۰,۰۰۱ و بین

درمان شناختی-رفتاری و گروه گواه برابر با ۱۴,۹۹- و معنادار در سطح کمتر از ۰,۰۰۱ می باشد که نشان می دهد هر دو مداخله موجب کاهش معنادار پرخاشگری شده اند، اما میزان کاهش در گروه بازی درمانی به طور معناداری بیشتر از درمان شناختی-رفتاری است.

جدول ۳. نتایج آزمون های تعقیبی بنفرونی در پس آزمون و پیگیری

مرحله	متغیر / مؤلفه	درمان I	درمان J	تفاوت میانگین (I-J)	سطح معناداری
پیگیری	پرخاشگری کلی	بازی درمانی	شناختی-رفتاری	-۴,۰۳	۰,۳۵
	بازی درمانی	گواه		-۲۰,۰۲	۰,۰۰
	شناختی-رفتاری	گواه		-۱۵,۹۹	۰,۰۰
پس آزمون	جسمانی	بازی درمانی	شناختی-رفتاری	-۱,۲۴	۱,۰۰
	بازی درمانی	گواه		-۶,۹۲	۰,۰۰
	شناختی-رفتاری	گواه		-۵,۶۹	۰,۰۰
	رابطه ای	بازی درمانی	شناختی-رفتاری	-۲,۶۸	۰,۰۱
	بازی درمانی	گواه		-۶,۵۰	۰,۰۰
	شناختی-رفتاری	گواه		-۳,۸۲	۰,۰۰
	کلامی	بازی درمانی	شناختی-رفتاری	-۳,۸۹	۰,۱۵
	بازی درمانی	گواه		-۸,۸۶	۰,۰۰
	شناختی-رفتاری	گواه		-۴,۹۷	۰,۰۶
پیگیری	جسمانی	بازی درمانی	شناختی-رفتاری	-۲,۱۷	۰,۵۴
	بازی درمانی	گواه		-۷,۱۱	۰,۰۰
	شناختی-رفتاری	گواه		-۴,۹۴	۰,۰۲
	رابطه ای	بازی درمانی	شناختی-رفتاری	-۲,۴۸	۰,۲۲
	بازی درمانی	گواه		-۶,۶۹	۰,۰۰
	شناختی-رفتاری	گواه		-۴,۲۲	۰,۰۲
	کلامی	بازی درمانی	شناختی-رفتاری	۱,۲۷	۱,۰۰
	بازی درمانی	گواه		-۵,۱۳	۰,۰۴
	شناختی-رفتاری	گواه		-۶,۴۰	۰,۰۱

نتایج مقایسه های تعقیبی نشان داد که در مرحله پیگیری، تفاوت پرخاشگری کلی بین گروه بازی درمانی و درمان شناختی-رفتاری معنادار نبود (تفاوت میانگین -۴,۰۳، $p=۰,۳۵$)، اما هر دو گروه بازی درمانی و شناختی-رفتاری نسبت به گروه گواه کاهش معناداری در پرخاشگری نشان دادند به گونه ای که تفاوت میانگین بازی درمانی با گواه برابر با ۲۰,۰۲- و تفاوت میانگین شناختی-رفتاری با گواه برابر با ۱۵,۹۹- بود ($p<۰,۰۰۱$). در مرحله پس آزمون، در مؤلفه پرخاشگری جسمانی تفاوت میان بازی درمانی و شناختی-رفتاری معنادار نبود ($p=۱,۰۰$ ، -۱,۲۴)، اما هر دو گروه درمانی در مقایسه با گروه گواه کاهش معناداری نشان دادند ($p<۰,۰۰۱$ ، -۵,۶۹ و -۶,۹۲). در مؤلفه پرخاشگری رابطه ای، بازی درمانی نسبت به شناختی-رفتاری کاهش بیشتری ایجاد کرد ($p=۰,۰۱$ ، -۲,۶۸) و هر دو درمان در مقایسه با گروه گواه کاهش معنادار داشتند ($p=۰,۰۰۱$ ، -۳,۸۲ و -۶,۵۰). در مؤلفه پرخاشگری کلامی، تفاوت بین دو درمان معنادار نبود ($p=۰,۱۵$ ، -۳,۸۹)، اما بازی درمانی در مقایسه با گواه کاهش چشمگیرتری نشان داد ($p<۰,۰۰۱$ ، -۸,۸۶). در مرحله پیگیری نیز در مؤلفه جسمانی تفاوت میان دو درمان معنادار نبود ($p=۰,۵۴$ ، -۲,۱۷)، در حالی که هر دو درمان نسبت به گواه کاهش معنادار نشان دادند ($p\leq ۰,۰۲$ ، -۴,۹۴ و -۷,۱۱). همین الگو در پرخاشگری رابطه ای مشاهده شد؛ به گونه ای که تفاوت بین دو درمان معنادار نبود ($p=۰,۲۲$ ، -۲,۴۸) اما هر دو در مقایسه با گواه کاهش معنادار داشتند ($p\leq ۰,۰۲$ ، -۴,۲۲ و -۶,۶۹). در مؤلفه پرخاشگری کلامی در مرحله پیگیری، تفاوت میان بازی درمانی و شناختی-رفتاری معنادار نبود ($p=۱,۰۰$)، اما هر دو گروه درمانی نسبت به گروه گواه کاهش معناداری در پرخاشگری نشان دادند ($p\leq ۰,۰۴$ ، -۵,۱۳ و -۶,۴۰) که نشان دهنده پایداری اثر هر دو مداخله و برتری نسبی بازی درمانی در برخی مؤلفه ها به ویژه در مرحله پس آزمون است.

بحث و نتیجه‌گیری

پژوهش حاضر با هدف مقایسه اثربخشی بازی‌درمانی و درمان شناختی-رفتاری بر کاهش پرخاشگری در کودکان پسر ۹ تا ۱۲ ساله دارای سابقه سوءمصرف مواد انجام شد. نتایج تحلیل کوواریانس نشان داد که پس از کنترل اثر نمرات پیش‌آزمون، میان سه گروه بازی‌درمانی، درمان شناختی-رفتاری و گواه از نظر پرخاشگری کلی در مرحله پس‌آزمون تفاوت معناداری وجود داشت ($F=32/40$ و $p<0/001$). این تفاوت در مرحله پیگیری دوماهه نیز معنادار باقی ماند ($F=07/35$ و $p<0/001$). مقایسه میانگین‌های تعدیل‌شده و نتایج آزمون تعقیبی بنفرونی نشان داد که هر دو مداخله در مقایسه با گروه گواه، پرخاشگری کلی کودکان را به‌طور معناداری کاهش دادند. افزون بر این، در مرحله پس‌آزمون، میزان کاهش پرخاشگری در گروه بازی‌درمانی به‌طور معناداری بیشتر از گروه درمان شناختی-رفتاری بود؛ باین‌حال، در مرحله پیگیری تفاوت میان دو گروه درمانی معنادار نبود. بنابراین، می‌توان نتیجه گرفت که بازی‌درمانی در ایجاد تغییرات فوری در پرخاشگری کلی برتری نسبی داشت، اما در فاصله دو ماه پس از پایان مداخلات، هر دو روش از پایداری درمانی نسبتاً مشابهی برخوردار بودند.

اثربخشی هر دو مداخله در کاهش پرخاشگری کودکان دارای سابقه سوءمصرف مواد را می‌توان با توجه به ماهیت چندعاملی پرخاشگری تبیین کرد. پرخاشگری تنها یک رفتار آشکار و منفرد نیست، بلکه از تعامل میان برانگیختگی هیجانی، افکار خصمانه، ضعف بازداری رفتاری، تجربه‌های خانوادگی و نحوه تفسیر موقعیت‌های اجتماعی شکل می‌گیرد (Krahé, 2020). کودکان دارای رفتارهای پرخاشگرانه ممکن است موقعیت‌های مبهم را تهدیدآمیز تفسیر کنند، در کنترل تکانه مشکل داشته باشند و در هنگام تجربه ناکامی، خشم یا طردشدگی به پاسخ‌های فوری و آسیب‌رسان متوسل شوند. از سوی دیگر، اشکال گوناگون پرخاشگری می‌توانند با ویژگی‌های ضداجتماعی، مشکلات سلوک و ضعف تنظیم رفتار همراه باشند (DeLisi et al., 2021). هر دو مداخله پژوهش حاضر، اگرچه از سازوکارهای متفاوتی استفاده کردند، فرصت‌هایی برای شناسایی هیجان‌ها، کنترل پاسخ‌های تکانشی، تمرین رفتارهای جایگزین و بهبود ارتباط اجتماعی فراهم کردند و از این طریق به کاهش پرخاشگری انجامیدند.

یافته مربوط به اثربخشی بازی‌درمانی با نتایج مطالعات پیشین همسو است. گودرزی و همکاران نشان دادند که بازی‌درمانی می‌تواند پرخاشگری، اضطراب و استرس کودکان را کاهش دهد (Goudarzi et al., 2019). همچنین، ابراهیمی و همکاران گزارش کردند که بازی‌درمانی گروهی علاوه بر کاهش رفتارهای پرخاشگرانه، مهارت‌های اجتماعی کودکان پیش‌دبستانی را بهبود می‌بخشد (Ebrahimi et al., 2019). در پژوهش تیموریان و همکاران نیز بازی‌درمانی گروهی موجب کاهش مشکلات اجتماعی، پرخاشگری و قانون‌شکنی کودکان شش تا دوازده ساله دارای اختلال نارسایی توجه/بیش‌فعالی شد (Timourian et al., 2020). یافته‌های شاد نیز نشان داد که بازی‌درمانی گروهی در کاهش رفتار پرخاشگرانه و تقویت مهارت‌های ارتباطی کودکان بیش‌فعال مؤثر است (Shad, 2025). همسویی نتایج این مطالعات با پژوهش حاضر نشان می‌دهد که بازی‌درمانی در جمعیت‌های مختلف کودکان، از جمله کودکانی که با مشکلات رفتاری، تکانشگری، ضعف ارتباطی یا سابقه سوءمصرف مواد مواجه‌اند، ظرفیت مناسبی برای کاهش رفتارهای پرخاشگرانه دارد.

در تبیین اثربخشی بازی‌درمانی می‌توان به تناسب آن با ویژگی‌های تحولی کودکان اشاره کرد. کودکان ۹ تا ۱۲ ساله، اگرچه به سطح بالاتری از توانایی‌های شناختی نسبت به سال‌های پیش‌دبستانی دست یافته‌اند، همچنان ممکن است در بیان مستقیم تجربه‌های پیچیده، هیجان‌های منفی، شرم، ترس، خشم و تعارض‌های درونی محدودیت داشته باشند. از دیدگاه تحول روان‌شناختی، توانایی تنظیم هیجان، کنترل تکانه و درک دیدگاه دیگران به‌تدریج شکل می‌گیرد و تحت تأثیر تجربه‌های خانوادگی و محیط اجتماعی قرار دارد (Burke, 2024). بازی به کودک اجازه می‌دهد بدون الزام به توضیح‌های انتزاعی و کلامی، احساسات و تعارض‌های خود را از طریق نمادها، نقش‌آفرینی، عروسک‌ها، نقاشی، داستان و بازی‌های حرکتی بیان کند. در فضای امن بازی‌درمانی، رفتار یا احساس کودک بدون قضاوت پذیرفته می‌شود و درمانگر با انعکاس هیجان‌ها به کودک کمک می‌کند آن‌ها را شناسایی، تحمل و سازمان‌دهی کند (Kenll, 2016; Senko & Bethany, 2019).

کودکان دارای سابقه سوءمصرف مواد ممکن است علاوه بر مشکلات تنظیم هیجان، تجربه‌هایی از بی‌اعتبارسازی، طردشدگی، تعارض خانوادگی یا انگ اجتماعی داشته باشند. بی‌اعتبارسازی اجتماعی تجربه افراد دارای مشکلات هم‌زمان مصرف مواد و سلامت روان می‌تواند احساس انزوا، شرم و بی‌اعتمادی آنان را تشدید کند (Semb et al., 2019). در چنین شرایطی، رابطه درمانی پذیرنده و غیرقضای بازی درمانی می‌تواند احساس امنیت روان‌شناختی کودک را افزایش دهد و مقاومت او را در برابر درمان کاهش دهد. بازی درمانی به کودک اجازه می‌دهد کنترل بخشی از فرایند جلسه را در اختیار داشته باشد، فعالیت‌های خود را انتخاب کند و بدون ترس از تنبیه یا سرزنش، تجربه‌های هیجانی خود را بازآفرینی نماید. این احساس اختیار و پذیرش می‌تواند برای کودکانی که در محیط‌های خانوادگی یا اجتماعی با کنترل شدید، طرد یا بی‌ثباتی مواجه بوده‌اند، تجربه‌ای اصلاحی باشد.

فعالیت‌های بازی درمانی همچنین می‌توانند به تخلیه هدایت‌شده خشم و جایگزینی پاسخ‌های پرخاشگرانه با شیوه‌های سازگارانه کمک کنند. در جلسات پژوهش حاضر، استفاده از عروسک، بازی‌های نمایشی، فعالیت‌های ساختنی، نقاشی، پرتاب توپ نرم و کوبیدن بالش، فرصتی برای بیان نمادین و ایمن خشم فراهم کرد. کودک در این فرایند می‌آموزد که وجود خشم به‌خودی‌خود غیرقابل‌پذیرش نیست، بلکه نحوه بیان و مدیریت آن اهمیت دارد. روش‌های متنوع بازی می‌توانند در درمان مشکلات رفتاری و هیجانی کودکان به کار روند و امکان تجربه، بازسازی و اصلاح رفتار را در محیطی کم‌خطر فراهم کنند (Sohrabi Shegefti, 2011). فعالیت‌های هنری و مشارکتی نیز می‌توانند با کاهش تنش، افزایش تعامل و ایجاد فرصت برای بیان غیرکلامی، به تنظیم هیجان کمک کنند (Salzano et al., 2013). بنابراین، بخشی از کاهش پرخاشگری در گروه بازی درمانی ممکن است ناشی از فراهم‌شدن راه‌های سالم‌تر برای ابراز هیجان، تمرین خودکنترلی و تجربه پیامدهای رفتارهای مختلف بوده باشد.

نتایج پژوهش حاضر با یافته‌های مطالعات مربوط به بازی درمانی شناختی-رفتاری نیز هماهنگ است. اکبری و رحمتی نشان دادند که بازی درمانی شناختی-رفتاری موجب کاهش پرخاشگری کودکان پیش‌دبستانی دارای اختلال نارسایی توجه/بیش‌فعالی می‌شود (Akbari & Rahmati, 2015). یاسمین‌نژاد و سلگی نیز اثربخشی این مداخله را در کاهش پرخاشگری جسمانی، رابطه‌ای و کلامی کودکان گزارش کردند (Yaseminejad & Solgi, 2018). همچنین، بازی درمانی شناختی-رفتاری در کاهش ترس کودکان (Alikhani, 2018) و اصلاح ناسازگاری اجتماعی کودکان دارای کم‌توانی ذهنی مؤثر بوده است (Karami et al., 2015). این شواهد نشان می‌دهند که بازی می‌تواند علاوه بر ابراز هیجان، بستری برای یادگیری مفاهیم شناختی و رفتاری، تمرین مهارت‌های اجتماعی و اصلاح پاسخ‌های ناسازگارانه فراهم آورد. یافته‌های مرتبط با درمان شناختی-رفتاری نیز با نتایج تحقیقات پیشین همسو بود. نجفی و مرادزاده خراسانی گزارش کردند که درمان شناختی-رفتاری گروهی در کاهش پرخاشگری افراد دارای اختلال مصرف مواد اثربخش است (Najafi & Moradzadeh Khorasani, 2015). همچنین، رجبی و همکاران نشان دادند که درمان شناختی-رفتاری گروهی می‌تواند پرخاشگری کودکان را به میزان معناداری کاهش دهد (Rajabi et al., 2013). نتایج پژوهش کاظمینی و همکاران نیز نشان‌دهنده اثربخشی درمان شناختی-رفتاری در کاهش خشم و رفتار پرخاشگرانه بود (Kazemini et al., 2011). این همسویی بیانگر آن است که اصول شناختی-رفتاری، از جمله شناسایی افکار برانگیزاننده، ارزیابی پیامدهای رفتار، آموزش آرام‌سازی، خودکنترلی، جرئت‌ورزی و حل مسئله، می‌توانند در گروه‌های سنی و بالینی مختلف به کاهش پرخاشگری کمک کنند.

درمان شناختی-رفتاری از طریق ایجاد آگاهی نسبت به ارتباط میان موقعیت، فکر، احساس، واکنش جسمانی و رفتار عمل می‌کند. کودک پرخاشگر ممکن است یک رفتار مبهم همسال یا بزرگسال را عمدی، تهدیدکننده یا تحقیرآمیز تلقی کند و بدون بررسی شواهد، به حمله کلامی یا جسمانی روی آورد. آموزش شناختی-رفتاری به کودک کمک می‌کند افکار خودکار را شناسایی کند، برای یک موقعیت تفسیرهای جایگزین در نظر بگیرد و پیش از واکنش، پیامدهای احتمالی را ارزیابی کند. رویکردهای جدید شناختی-رفتاری برای کودکان و نوجوانان بر ایجاد یادگیری بازداری و شکل‌گیری پاسخ‌های جدید در برابر محرک‌های هیجانی تأکید دارند (McGuire & Storch, 2019). در پژوهش حاضر،

آموزش تنفس، کشش، آرام‌سازی، تشخیص نشانه‌های بدنی خشم، بازشناسی افکار، حل مسئله، هدف‌گذاری و خودکنترلی احتمالاً باعث شد کودکان به جای واکنش فوری، از راهبردهای سازگارانه‌تری استفاده کنند.

اثربخشی مداخلات در کودکان دارای سابقه سوءمصرف مواد اهمیت ویژه‌ای دارد، زیرا رابطه میان مصرف مواد و رفتارهای پرخطر می‌تواند دوسویه باشد. سوءمصرف مواد ممکن است با افزایش تحریک‌پذیری، ضعف قضاوت، کاهش بازداری و تشدید تعارض‌های بین‌فردی همراه شود و در مقابل، پرخاشگری و ضعف مهارت‌های مقابله‌ای نیز می‌تواند احتمال ادامه رفتارهای پرخطر را افزایش دهند. پژوهش‌های پیشین ارتباط معنادار میان سوءمصرف مواد و پرخاشگری نوجوانان را نشان داده‌اند (Fauziah et al., 2012). همچنین، مصرف الکل، مواد غیرقانونی و برخی مواد نیروزا با رفتارهای خشونت‌آمیز و آسیب‌رسان به خود ارتباط داشته است (Lundholm, 2013). افزون بر پیامدهای روان‌شناختی، اختلال مصرف مواد می‌تواند با پیامدهای جسمانی و درمانی نامطلوب نیز همراه باشد (Andalibi et al., 2021). از این‌رو، کاهش پرخاشگری در این کودکان نه تنها یک هدف رفتاری، بلکه بخشی از فرایند جامع بازتوانی و پیشگیری از استمرار رفتارهای پرخطر محسوب می‌شود.

نتایج تحلیل مؤلفه‌های پرخاشگری نشان داد که پس از کنترل پیش‌آزمون، تفاوت میان سه گروه در پرخاشگری جسمانی، رابطه‌ای و کلامی در مرحله پس‌آزمون معنادار بود. این تفاوت در مرحله پیگیری نیز برای هر سه مؤلفه حفظ شد. مقایسه‌های زوجی مرحله پس‌آزمون نشان داد بازی‌درمانی در مقایسه با گروه گواه، هر سه مؤلفه پرخاشگری را به‌طور معناداری کاهش داد. درمان شناختی-رفتاری نیز در مقایسه با گروه گواه، کاهش معناداری در پرخاشگری جسمانی و رابطه‌ای ایجاد کرد؛ با این حال، تفاوت مربوط به پرخاشگری کلامی پس از تعدیل بنفرونی به سطح معناداری نرسید. میان دو مداخله نیز فقط در پرخاشگری رابطه‌ای تفاوت معناداری به سود بازی‌درمانی مشاهده شد و تفاوت آن‌ها در پرخاشگری جسمانی و کلامی معنادار نبود. در مرحله پیگیری، هر دو مداخله نسبت به گروه گواه در هر سه مؤلفه اثربخش باقی ماندند، اما میان بازی‌درمانی و درمان شناختی-رفتاری در هیچ‌یک از مؤلفه‌ها تفاوت معناداری وجود نداشت.

کاهش پرخاشگری جسمانی را می‌توان ناشی از افزایش توانایی کودک در تشخیص نشانه‌های اولیه خشم، تأخیر در واکنش و استفاده از پاسخ‌های حرکتی ایمن‌تر دانست. در بازی‌درمانی، کودک فرصت داشت انرژی و تنش بدنی را در قالب فعالیت‌های کنترل‌شده تخلیه کند و در درمان شناختی-رفتاری نیز آرام‌سازی، تنفس و خودکنترلی را بیاموزد. کاهش پرخاشگری رابطه‌ای احتمالاً با تقویت مهارت‌های ارتباطی، همدلی، نوبت‌گیری، درک احساسات دیگران و حل تعارض مرتبط بود. شایستگی بازشناسی هیجان می‌تواند رابطه میان تجربه‌های منفی خانوادگی و بروز پرخاشگری را تعدیل کند (Shin & Bae, 2023). بازی‌های نقش‌آفرینی و اجتماعی به کودک کمک می‌کنند موقعیت را از دیدگاه دیگری مشاهده کند و پیامد، تهدید یا تحقیر را بهتر درک نماید. اثربخشی بیشتر بازی‌درمانی در پرخاشگری رابطه‌ای در پس‌آزمون ممکن است ناشی از تأکید مستقیم‌تر آن بر تعامل، نقش‌آفرینی، بازنمایی روابط و تجربه پیامدهای اجتماعی رفتار باشد.

در مورد پرخاشگری کلامی، نبود تفاوت معنادار میان درمان شناختی-رفتاری و گروه گواه در مقایسه زوجی پس‌آزمون، با وجود معناداری آزمون کلی، می‌تواند نشان دهد که تغییر پایدار در الگوهای کلامی به زمان یا تمرین بیشتری نیاز دارد. توهین، تهدید و فریاد ممکن است به‌عنوان عادت‌های ارتباطی تثبیت‌شده در محیط خانواده یا همسالان آموخته شده باشند و اصلاح آن‌ها مستلزم مشارکت والدین و تغییر الگوهای ارتباطی محیطی باشد. با این حال، معنادار شدن تفاوت درمان شناختی-رفتاری و گروه گواه در مرحله پیگیری می‌تواند بیانگر آن باشد که کودکان برای به‌کارگیری مهارت‌های آموخته‌شده، تعمیم آن‌ها به موقعیت‌های واقعی و جایگزینی تدریجی زبان پرخاشگرانه با بیان جرئت‌مندانه به زمان نیاز داشته‌اند.

برتری بازی‌درمانی نسبت به درمان شناختی-رفتاری در کاهش پرخاشگری کلی در پس‌آزمون را می‌توان بر اساس جذابیت، تناسب تحولی و مشارکت فعال‌تر کودکان تبیین کرد. بازی زبان طبیعی کودک است و به همین دلیل، ممکن است مقاومت درمانی را سریع‌تر کاهش دهد و احساس امنیت و انگیزه بیشتری ایجاد کند. مطالعات مربوط به بازی‌درمانی کودک‌محور نشان داده‌اند که این روش می‌تواند عملکرد رفتاری کودکان دارای مشکلات توجه و رفتار را بهبود بخشد (Robinson et al., 2017). همچنین، مداخلات مبتنی بر رابطه والد-کودک نشان

داده‌اند که تجربه بازی در یک رابطه حمایتگر می‌تواند به بهبود تعاملات و سازگاری کودک کمک کند (Opiola & Bratton, 2018). مرور مداخلات بازی‌محور نیز بر ظرفیت بازی برای بیان احساسات، یادگیری مهارت‌ها و درمان مشکلات کودکان تأکید دارد (Shrinivasa et al., 2018). بنابراین، کودکان گروه بازی‌درمانی ممکن است در مدت کوتاه‌تری با درمانگر و فعالیت‌های درمانی درگیر شده و هیجان‌های منفی خود را آزادانه‌تر بیان کرده باشند.

بالین‌حال، نبود تفاوت معنادار میان دو درمان در پیگیری دوماهه نشان می‌دهد که نباید برتری فوری بازی‌درمانی را به برتری مطلق و پایدار آن تعمیم داد. ممکن است مهارت‌های شناختی-رفتاری به دلیل نیاز به تمرین، تکرار و تعمیم به موقعیت‌های روزمره، به‌تدریج تثبیت شده باشند. کودکان پس از پایان جلسات فرصت داشته‌اند فنون آرام‌سازی، حل مسئله، شناسایی افکار و کنترل خشم را در محیط خانواده و تعاملات اجتماعی به کار گیرند؛ درنتیجه، فاصله میان دو درمان در طول زمان کاهش یافته است. از سوی دیگر، بخشی از تغییرات فوری بازی‌درمانی ممکن است به جذابیت بالای جلسات و رابطه درمانی فعال وابسته بوده باشد و پس از پایان درمان، شدت این مزیت کاهش یافته باشد. بنابراین، یافته پیگیری از اثربخشی و پایداری هر دو مداخله حمایت می‌کند و نشان می‌دهد انتخاب میان آن‌ها باید بر اساس ویژگی‌های کودک، توانایی کلامی، سطح تحول شناختی، نوع پرخاشگری و امکانات مرکز درمانی انجام شود.

در مجموع، یافته‌های پژوهش حاضر نشان داد بازی‌درمانی و درمان شناختی-رفتاری هر دو می‌توانند پرخاشگری کلی و ابعاد آن را در کودکان دارای سابقه سوءمصرف مواد کاهش دهند. بازی‌درمانی در کاهش فوری پرخاشگری کلی و پرخاشگری رابطه‌ای برتری بیشتری نشان داد، اما در پیگیری دوماهه تفاوت معناداری میان دو درمان مشاهده نشد. این نتایج بیانگر آن است که بازی‌درمانی از طریق بیان نمادین هیجان، رابطه درمانی ایمن، تخلیه هدایت‌شده خشم و تمرین تعاملات اجتماعی عمل می‌کند، در حالی که درمان شناختی-رفتاری از طریق اصلاح تفسیرهای ناکارآمد، افزایش خودآگاهی، کنترل برانگیختگی، آموزش حل مسئله و جایگزینی پاسخ‌های سازگارانه اثربخش است. استفاده متناسب یا تلفیقی از این دو رویکرد می‌تواند پاسخ‌گوی ابعاد هیجانی، شناختی و رفتاری پرخاشگری در کودکان دارای سابقه سوءمصرف مواد باشد.

پژوهش حاضر با محدودیت‌هایی همراه بود که در تفسیر و تعمیم نتایج باید مورد توجه قرار گیرند. حجم نمونه محدود و اختصاص نمونه به کودکان پسر ۹ تا ۱۲ ساله شهرستان تربت جام، تعمیم یافته‌ها به دختران، سایر گروه‌های سنی و کودکان ساکن مناطق دیگر را محدود می‌کند. نمونه‌گیری به روش هدفمند انجام شد و اگرچه شرکت‌کنندگان به‌طور تصادفی در گروه‌ها جایگزین شدند، امکان کنترل کامل تفاوت‌های فردی، خانوادگی و اجتماعی وجود نداشت. پرخاشگری صرفاً بر اساس پرسشنامه تکمیل‌شده توسط مادران سنجیده شد و احتمال سوگیری پاسخ‌دهی، مطلوبیت اجتماعی یا تأثیر برداشت شخصی والدین وجود دارد. همچنین، متغیرهایی مانند کیفیت روابط خانوادگی، شدت و مدت مصرف مواد، وضعیت اقتصادی، مشکلات هم‌زمان روان‌شناختی، میزان حمایت اجتماعی و پایبندی کودکان به تمرین‌های درمانی به‌طور کامل کنترل نشدند. دوره پیگیری دوماهه نیز برای ارزیابی پایداری بلندمدت اثرات درمان محدود بود و استفاده از گروه گواه در فهرست انتظار، امکان مقایسه با مداخلات فعال دیگر را فراهم نکرد.

پیشنهاد می‌شود پژوهش‌های آینده با نمونه‌های بزرگ‌تر، مشارکت کودکان دختر و پسر، دامنه‌های سنی مختلف و در مناطق جغرافیایی و فرهنگی متنوع انجام شوند. استفاده از طرح‌های کارآزمایی تصادفی کنترل‌شده، پیگیری‌های شش‌ماهه و یک‌ساله و مقایسه با سایر مداخلات فعال می‌تواند شواهد دقیق‌تری درباره پایداری و برتری نسبی درمان‌ها فراهم سازد. بهتر است ارزیابی پرخاشگری با استفاده هم‌زمان از گزارش والدین، گزارش معلمان، مشاهده مستقیم رفتار، مصاحبه بالینی و ابزارهای خودگزارشی متناسب با سن انجام شود. بررسی نقش میانجی متغیرهایی مانند تنظیم هیجان، خودکنترلی، تحمل ناکامی، شایستگی بازشناسی هیجان و مهارت حل مسئله نیز می‌تواند سازوکارهای اثرگذاری مداخلات را روشن کند. همچنین، مقایسه بازی‌درمانی فردی و گروهی، بررسی درمان‌های تلفیقی بازی‌درمانی و شناختی-رفتاری و مطالعه نقش مشارکت والدین در حفظ نتایج درمانی پیشنهاد می‌شود.

پیشنهاد می‌شود مراکز درمان و بازتوانی کودکان دارای سابقه سوءمصرف مواد، ارزیابی و درمان پرخاشگری را به‌عنوان یکی از اجزای اصلی برنامه‌های پس از سم‌زدایی در نظر بگیرند. بازی‌درمانی می‌تواند برای کودکانی که در بیان کلامی هیجان‌ها محدودیت دارند، انگیزه کمی برای مشارکت در درمان نشان می‌دهند یا پرخاشگری آنان بیشتر ماهیت هیجانی و رابطه‌ای دارد، در اولویت قرار گیرد. درمان شناختی-رفتاری نیز برای کودکانی که توانایی شناختی و کلامی مناسب‌تری دارند و می‌توانند ارتباط میان فکر، احساس و رفتار را درک کنند، به‌طور ساختاریافته اجرا شود. آموزش والدین درباره نحوه پاسخ‌گویی به خشم کودک، تقویت رفتارهای سازگانه، کاهش تنبیه و تحقیر و ایجاد الگوهای ارتباطی سالم می‌تواند به تثبیت نتایج کمک کند. همچنین، هماهنگی میان روان‌شناس، خانواده، مدرسه و مراکز ترک اعتیاد و برگزاری جلسات تقویتی پس از پایان درمان برای پیشگیری از بازگشت رفتارهای پرخاشگرانه ضروری است.

مشارکت نویسندگان

در نگارش این مقاله تمامی نویسندگان نقش یکسانی ایفا کردند.

موازین اخلاقی

در انجام این پژوهش تمامی موازین و اصول اخلاقی رعایت گردیده است (کد اخلاق: IR.IAU.TJ.REC.1399.038).

تعارض منافع

در انجام مطالعه حاضر، هیچ‌گونه تضاد منافی وجود ندارد.

تشکر و قدردانی

پژوهشگران از تمامی شرکت‌کنندگان که در اجرای پژوهش حاضر کمک نمودند نهایت قدردانی و سپاس را دارند.

شفافیت داده‌ها

داده‌ها و مآخذ پژوهش حاضر در صورت درخواست از نویسنده مسئول و ضمن رعایت اصول کپی رایت ارسال خواهد شد.

حامی مالی

این پژوهش حامی مالی نداشته است.

چکیده گسترده

EXTENDED ABSTRACT

Introduction

Substance use in childhood is a complex biopsychosocial problem associated with adverse physical, psychological, familial, and social consequences. Individuals with substance use problems may experience emotional dysregulation, interpersonal conflict, social invalidation, poor distress tolerance, and co-occurring mental health difficulties that complicate treatment and rehabilitation (Kashifi Zadeh et al., 2022; Semb et

al., 2019). Substance use disorders may also be associated with unfavorable long-term health outcomes and increased healthcare burdens (Andalibi et al., 2021). These concerns become particularly serious when substance use occurs during childhood, a developmental period in which self-regulation, social cognition, impulse control, and adaptive coping skills are still evolving (Burke, 2024).

Aggression is one of the most important behavioral problems associated with substance use. It is a multidimensional construct encompassing physical aggression, such as hitting and pushing; verbal aggression, such as threatening and insulting; and relational aggression, such as exclusion, rejection, and damage to interpersonal relationships. Aggressive behavior develops through the interaction of cognitive interpretations, emotional arousal, behavioral inhibition, social learning, family relationships, and environmental conditions (Krahé, 2020). Different forms and functions of aggression may also be associated with conduct problems, antisocial tendencies, and difficulties in behavioral regulation (DeLisi et al., 2021). Developmental research indicates that aggression can co-occur with hyperactivity, inattention, anxiety, and depressed mood, creating complex trajectories of psychological maladjustment during childhood and adolescence (Morales et al., 2024). Moreover, inadequate emotional recognition and rejective parenting practices may intensify aggressive and depressive responses among young people (Shin & Bae, 2023).

The association between substance use and aggression may be reciprocal. Substance use can reduce behavioral inhibition, impair judgment, increase irritability, and intensify interpersonal conflict, whereas pre-existing aggression, impulsivity, and poor coping skills may increase vulnerability to risky behaviors and continued substance use. Previous evidence has demonstrated a meaningful relationship between substance use and aggressive behavior among adolescents (Fauziah et al., 2012). Alcohol, illicit drugs, and other psychoactive substances have also been associated with interpersonal violence and self-directed harmful behavior (Lundholm, 2013). Therefore, the reduction of aggression should be considered an essential component of psychological rehabilitation for children with a history of substance use.

Play therapy is a developmentally appropriate psychotherapeutic approach that uses play as the child's natural medium of communication, emotional expression, and learning. Through symbolic play, drawing, storytelling, role-play, construction activities, and interaction with toys, children can express experiences that may be difficult to communicate verbally. A safe, accepting, and nonjudgmental therapeutic relationship enables the child to explore anger, fear, shame, frustration, and interpersonal conflict without being overwhelmed (Kenll, 2016; Senko & Bethany, 2019). Play-based interventions can facilitate emotional release, improve self-awareness, strengthen social skills, and provide opportunities to practice adaptive responses (Shrinivasa et al., 2018; Sohrabi Shegefti, 2011). Child-centered play therapy has also been associated with improvements in behavioral functioning among children with attention-deficit/hyperactivity disorder (Robinson et al., 2017). Previous studies have supported the effectiveness of play therapy in reducing childhood aggression and related behavioral difficulties. Group play therapy has reduced aggressive behaviors and improved social skills in preschool children (Ebrahimi et al., 2019), while other studies have reported reductions in aggression, anxiety, and stress (Goudarzi et al., 2019). Group play therapy has also improved social problems, aggression, and rule-breaking behavior among children with attention-deficit/hyperactivity disorder (Timourian et al., 2020). Cognitive-behavioral play therapy has demonstrated favorable effects on physical, relational, and verbal aggression (Yaseminejad & Solgi, 2018), aggression among children with attention-deficit/hyperactivity disorder (Akbari & Rahmati, 2015), childhood fears (Alikhani, 2018), and social maladjustment (Karami et al., 2015). More recent evidence has similarly shown that group play therapy can improve communication skills and reduce aggressive behavior in hyperactive children (Shad, 2025).

Cognitive behavioral therapy is another well-established intervention for childhood emotional and behavioral problems. It is based on the reciprocal relationships among thoughts, emotions, physiological reactions, and behaviors. In the treatment of aggression, children learn to recognize anger-provoking situations, identify

bodily signs of arousal, examine hostile or distorted interpretations, practice relaxation, and use problem-solving and assertive communication instead of aggression. Contemporary cognitive-behavioral approaches emphasize the development of alternative learning and inhibitory responses to emotionally challenging situations (McGuire & Storch, 2019). Group cognitive behavioral therapy has been effective in reducing aggression among children (Rajabi et al., 2013), individuals with substance use disorders (Najafi & Moradzadeh Khorasani, 2015), and people displaying anger-related aggressive behavior (Kazemini et al., 2011). Nevertheless, relatively few studies have directly compared play therapy and cognitive behavioral therapy among children with a history of substance use. Accordingly, this study aimed to compare the effectiveness of play therapy and cognitive behavioral therapy in reducing total, physical, relational, and verbal aggression among 9–12-year-old boys with substance use.

Methods and Materials

This study employed a quasi-experimental pretest–posttest design with two intervention groups, a control group, and a two-month follow-up assessment. The statistical population consisted of all 9–12-year-old boys with a history of substance use who had attended addiction treatment centers in Torbat Jam, Iran, during 2022–2023 and had completed detoxification. Twenty-four eligible children were selected through purposive sampling and randomly assigned to a play therapy group, a cognitive behavioral therapy group, or a waiting-list control group, with eight participants in each group.

The inclusion criteria were male sex, age between 9 and 12 years, a history of opium use, residence in Torbat Jam, completion of detoxification within the previous three to four months, literacy of the child and mother, an aggression score at least one standard deviation above the mean, parental consent, and no simultaneous participation in another psychological treatment. Children were excluded when they missed two intervention sessions or used addiction-treatment medication during the intervention period. Written informed consent was obtained from the parents, and the children participated voluntarily. Confidentiality of identifying and clinical information was maintained.

Aggression was assessed using the Shahim Aggression Questionnaire, a 21-item measure completed by the children's mothers. The questionnaire evaluates physical aggression through seven items, relational aggression through eight items, and verbal aggression through six items. The total aggression score and the three component scores were measured at pretest, posttest, and two-month follow-up.

The first experimental group received ten 60-minute child-centered play therapy sessions, delivered twice weekly. The intervention included free play, emotional expression through dolls and emotion cards, drawing and mask-making, safe anger-release activities, construction games, puzzles, role-playing, problem-solving games, storytelling, and the review of therapeutic achievements. The second experimental group received ten 60-minute cognitive behavioral therapy sessions, also delivered twice weekly. The sessions included emotional recognition, identification of anger-provoking situations, breathing and relaxation, awareness of bodily reactions, recognition of thoughts, examination of relationships among thoughts, emotions, physical signs, and actions, assertiveness training, cognitive restructuring, problem-solving, goal setting, self-control, and the development of adaptive coping responses. The control group received no intervention during the study and remained on a waiting list.

Data were analyzed using SPSS version 23. Descriptive indices included means and standard deviations. Univariate analysis of covariance was used to compare total aggression across the groups after controlling for pretest scores. Multivariate analysis of covariance was used to evaluate group differences in physical, relational, and verbal aggression. Bonferroni-adjusted pairwise comparisons were conducted to determine the specific differences between the three groups.

Findings

The results of the univariate analysis of covariance showed a statistically significant difference among the three groups in total aggression at posttest, after controlling for pretest scores, $F(2,20)=40.32$, $p<0.001$. A significant group difference was also observed at the two-month follow-up, $F(2,20)=35.07$, $p<0.001$.

Bonferroni comparisons at posttest indicated that total aggression was significantly lower in the play therapy group than in the control group, with an adjusted mean difference of -23.51 , $p<0.001$. Total aggression was also significantly lower in the cognitive behavioral therapy group than in the control group, with an adjusted mean difference of -14.99 , $p<0.001$. The play therapy group demonstrated a significantly greater reduction in total aggression than the cognitive behavioral therapy group, with an adjusted mean difference of -8.52 , $p=0.01$.

At follow-up, both interventions remained significantly more effective than the control condition. The adjusted mean difference between play therapy and control was -20.02 , $p<0.001$, while the difference between cognitive behavioral therapy and control was -15.99 , $p<0.001$. However, the difference between play therapy and cognitive behavioral therapy was not statistically significant at follow-up, with an adjusted mean difference of -4.03 , $p=0.35$.

The multivariate analysis showed a significant combined group effect on physical, relational, and verbal aggression at posttest, Wilks' $\lambda=0.13$, $F(6,32)=9.54$, $p<0.001$, partial $\eta^2=0.64$. The combined effect remained significant at follow-up, Wilks' $\lambda=0.14$, $F(6,32)=8.93$, $p<0.001$, partial $\eta^2=0.63$.

Univariate analyses demonstrated significant posttest group differences in physical aggression, $F=11.17$, $p<0.001$; relational aggression, $F=31.12$, $p<0.001$; and verbal aggression, $F=9.27$, $p<0.001$. At follow-up, significant differences remained for physical aggression, $F=8.78$, $p<0.001$; relational aggression, $F=10.87$, $p<0.001$; and verbal aggression, $F=6.34$, $p=0.01$.

At posttest, play therapy produced significant reductions in all three aggression components compared with the control group. Cognitive behavioral therapy significantly reduced physical and relational aggression compared with the control group, whereas its pairwise difference from the control group in verbal aggression did not reach the Bonferroni-adjusted significance level. Play therapy was significantly more effective than cognitive behavioral therapy in reducing relational aggression, but the two interventions did not differ significantly in physical or verbal aggression. At follow-up, both intervention groups had significantly lower physical, relational, and verbal aggression than the control group. No significant differences were found between play therapy and cognitive behavioral therapy for any aggression component at follow-up.

Discussion and Conclusion

The findings indicate that both play therapy and cognitive behavioral therapy are effective interventions for reducing aggression among children with a history of substance use. The maintenance of improvement at the two-month follow-up suggests that the therapeutic effects were not limited to the immediate treatment period. Both approaches appear capable of strengthening emotional regulation, behavioral inhibition, communication, and adaptive responses to anger-provoking situations.

The stronger immediate effect of play therapy on total aggression may be explained by its developmental suitability and experiential nature. Play provides children with a familiar and engaging method of expressing emotions, reenacting difficult experiences, releasing tension safely, and practicing alternative social behaviors. Because participation does not depend entirely on abstract verbal reasoning, children may become involved in the therapeutic process more rapidly and display earlier behavioral improvement. The greater posttest effect of play therapy on relational aggression may also reflect the emphasis placed on role-playing, interpersonal interaction, emotional reflection, and the rehearsal of cooperative behavior.

Cognitive behavioral therapy was also effective, although some of its benefits may have required more time to become generalized to everyday situations. Skills such as identifying automatic thoughts, evaluating

interpretations, controlling physiological arousal, and applying structured problem-solving strategies require repeated practice. The absence of a significant difference between the two interventions at follow-up suggests that cognitive-behavioral skills may have continued to consolidate after treatment, reducing the initial advantage observed for play therapy.

The findings concerning verbal aggression also suggest that communication habits may be more resistant to immediate change than physical or relational behaviors. Hostile language, threats, and shouting may be reinforced within family or peer environments and may therefore require parental involvement, environmental modification, and additional practice. The later significant improvement in the cognitive behavioral therapy group indicates that children may gradually learn to replace aggressive verbal responses with more controlled and assertive communication.

Overall, play therapy and cognitive behavioral therapy can both be used to reduce physical, relational, verbal, and total aggression in 9–12-year-old boys with a history of substance use. Play therapy produced a stronger immediate reduction in total and relational aggression, whereas the two interventions demonstrated comparable effectiveness at the two-month follow-up. Treatment selection should therefore consider the child's developmental level, verbal abilities, preferred mode of communication, pattern of aggression, and willingness to engage in structured tasks. Integrating play-based emotional expression with cognitive-behavioral skills training may provide a particularly comprehensive intervention for this vulnerable population.

فهرست منابع

References

- Akbari, B., & Rahmati, F. (2015). The effectiveness of cognitive-behavioral play therapy on reducing aggression in preschool children with Attention Deficit/Hyperactivity Disorder. *Journal of Child Mental Health*, 2(2), 93-100. https://childmentalhealth.ir/browse.php?a_code=A-10-123-1&sid=1&slc_lang=fa
- Alikhani, V. (2018). Investigating the impact of cognitive-behavioral play therapy on fear of the dark in children. Proceedings of the Third International Conference on Psychology, Educational Sciences, and Behavioral Sciences, https://www.sid.ir/fa/VEWSSID/S_pdf/9291397h0303.pdf
- Andalibi, M. S. S., Ardani, A. R., Amiri, A., Morovatdar, N., Talebi, A., Azarpazhooh, M. R., & Mokhber, N. (2021). The Association between Substance Use Disorders and Long-Term Outcome of Stroke: Results from a Population-Based Study of Stroke among 450,229 Urban Citizens. *Neuroepidemiology*, 55(3), 171-179. <https://doi.org/10.1159/000514401>
- Burke, L. (2024). *Developmental psychology, Volume 2*. Tehran: Arasbaran. <https://api.taylorfrancis.com/content/books/mono/download?identifierName=doi&identifierValue=10.4324/9780203728185&type=googlepdf>
- DeLisi, M., Pechorro, P., Gonçalves, R. A., & Maroco, J. (2021). An antisocial alchemy: psychopathic traits as a moderator of the different forms and functions of aggression in delinquency and conduct disorder among youth. *International journal of law and psychiatry*, 77, 101717. <https://doi.org/10.1016/j.ijlp.2021.101717>
- Ebrahimi, T., Aslipoor, A., & Khosro Javid, M. (2019). The impact of group play therapy on aggressive behaviors and social skills in preschool children. *Journal of Child Mental Health*, 6(2), 40-52. <https://doi.org/10.29252/jcmh.6.2.5>
- Fauziah, I., Mohamad, M. S., Chong, S. T., & Abd manaf, A. (2012). Substance abuse and aggressive behavior among adolescents. *Asian Social Science*, 9(8), 92-97. <https://doi.org/10.5539/ass.v8n9p92>
- Goudarzi, K., Moridian, S., & Roozbahani, M. (2019). The effectiveness of play therapy on aggression, anxiety, and stress in children. *Journal of Movement and Behavioral Sciences*, 2(2), 116-125. https://www.jmbs.ir/article_91795_0.html?lang=en
- Karami, J., Shafiee, B., & Heidari Sharaf, P. (2015). The effectiveness of cognitive-behavioral group play therapy in improving social maladjustment among girls with intellectual disabilities. *Exceptional Education Quarterly*, 3(113), 21-30. <https://www.magiran.com/paper/1437535>
- Kashifi Zadeh, M., Taher, M., Hossein Khan Zadeh, A. A., & Haj Abtahabi, N. (2022). A comparative study on the effectiveness of Acceptance and Commitment Therapy, Mindfulness, and Motivational Interviewing in distress tolerance among men with substance use disorders undergoing maintenance treatment. *New Psychological Research Quarterly*, 17(67), 2013-2201. https://psychologyj.tabrizu.ac.ir/article_15338.html

- Kazemini, T., Ghanbari Hashem Abadi, B. A., Madras Gharavi, M., & Ismaili Zadeh, M. (2011). The effectiveness of cognitive-behavioral group therapy in reducing anger and aggressive driving behavior. *Clinical Psychology Journal*, 3(3), 1-12. https://jcp.semnan.ac.ir/article_2049.html
- Kenll, G. L. (2016). *Play therapy: The art of the relationship*. New York: N.Y: Brunner Ruttledge. <https://www.amazon.com/Play-Therapy-Relationship-Garry-Landreth/dp/1583913270>
- Krahé, B. (2020). *The social psychology of aggression*. Routledge. <https://doi.org/10.4324/9780429466496>
- Lundholm, L. (2013). Substance use and violence: influence of alcohol, illicit drugs and anabolic androgenic steroids on violent crime and self-directed violence. <http://uu.diva-portal.org/smash/record.jsf?pid=diva2:601819>
- McGuire, J. F., & Storch, E. A. (2019). An inhibitory learning approach to cognitive-behavioral therapy for children and adolescents. *Cognitive and Behavioral Practice*, 26(1), 214-224. <https://doi.org/10.1016/j.cbpra.2017.12.003>
- Morales, M. F., MacBeth, A., Nagin, D., & Girard, L. C. (2024). Developmental trajectories of aggression, hyperactivity/inattention, and anxious depressed mood: co-occurring problems within a Chilean context. *Current Psychology*, 43(5), 3928-3943. <https://doi.org/10.1007/s12144-023-04530-3>
- Najafi, M., & Moradzadeh Khorasani, S. (2015). The effectiveness of cognitive-behavioral group therapy on aggression in individuals with substance use disorders. *Journal of Addiction Studies and Substance Abuse Research*, 9(36), 94-81. <https://etiadpajohi.ir/article-1-710-fa.html>
- Opiola, K. K., & Bratton, S. C. (2018). The efficacy of child parent-relationship therapy for adoptive families: A replication study. *Journal of Counseling & Development*, 96(2), 155-166. <https://doi.org/10.1002/jcad.12189>
- Rajabi, Z., Najafi, M., & Rezaei, A. M. (2013). The effectiveness of group cognitive-behavioral therapy on reducing aggression in children. *Clinical Psychology Quarterly*, 10(3), 55-71. https://jcps.atu.ac.ir/article_1988.html
- Robinson, A., Simpson, C., & Hott, B. L. (2017). The effects of child-centered play therapy on the behavioral performance of three first grade students with ADHD. *International Journal of Play Therapy*, 26(2), 73-83. <https://doi.org/10.1037/pla0000047>
- Salzano, A. T., Lindemann, E., & Tronsky, L. N. (2013). The effectiveness of a collaborative art-making task on reducing stress in hospice caregivers. *Art in*. <https://doi.org/10.1016/j.aip.2012.09.008>
- Semb, R., Tjora, A., & Borg, M. (2019). Communal invalidation of young adults with co-occurring substance abuse and mental health issues. *Disability & Society*, 34(6), 926-944. <https://doi.org/10.1080/09687599.2019.1584089>
- Senko, K., & Bethany, H. (2019). Play Therapy: An Illustrative Case. *Innovation Clinic Neuroscience*, 16(5-6), 38. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31440400/>
- Shad, R. (2025). *The effectiveness of group play therapy on communication skills and aggressive behavior in hyperactive children aged 5 to 8 in Nishapur, 2023-2024* Master's thesis in psychology, Islamic Azad University, Nishapur Branch]. <https://theses.iaus.ac.ir/abstract/thesis-27516.html>
- Shin, J., & Bae, S. M. (2023). Moderating Effects of Emotional Recognition Competency in Rejective Parenting and Adolescent Depression and Aggression. *International journal of environmental research and public health*, 20(18), 6775. <https://doi.org/10.3390/ijerph20186775>
- Shrinivasa, B., Bukhari, M., Ragesh, G., & Hamza, A. (2018). Therapeutic intervention for children through play: An overview. *Archives of Mental Health*, 19(2), 82-92. https://doi.org/10.4103/AMH.AMH_34_18
- Sohrabi Shegefti, N. (2011). Various methods of play and their application in treating behavioral and emotional disorders in children. *Psychological Methods and Models*, 1(4), 45-63. <https://www.noormags.ir/view/fa/articlepage/916201>
- Timourian, S., Mirzaei, H., Pishiyareh, E., & Hosinzadeh, S. (2020). The impact of group play therapy on social problems, aggression, and delinquency in children aged six to twelve with Attention Deficit Hyperactivity Disorder. *Rehabilitation Journal*, 21(3), 390-405. <https://doi.org/10.32598/RJ.21.3.3158.1>
- Yaseminejad, P., & Solgi, Z. (2018). Effectiveness of Play Therapy Based on Cognitive Behavior Therapy on Physical Relational and Verbal Aggression of Preschool Children. Behavioral Research Center of SBMU, <https://www.sid.ir/FileServer/JE/50009620180201.pdf>