

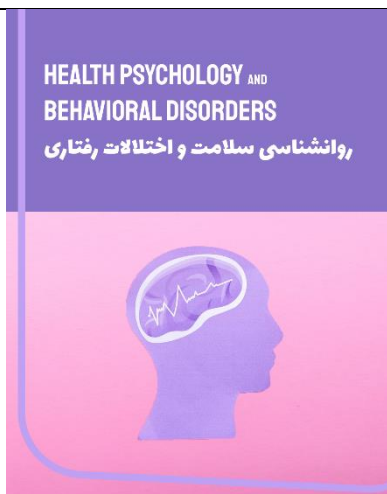
اثربخشی بازی درمانی شناختی-رفتاری بر نارسایی هیجانی و مشکلات رفتاری کودکان دارای اختلال رفتاری

تاریخ چاپ نهایی: ۱۴۰۳/۰۶/۰۱

تاریخ پذیرش: ۱۴۰۳/۰۵/۲۶

تاریخ بازنگری: ۱۴۰۳/۰۵/۱۸

تاریخ ارسال: ۱۴۰۳/۰۳/۲۰



چکیده

پژوهش حاضر با هدف تعیین اثربخشی بازی درمانی شناختی-رفتاری بر نارسایی هیجانی و مشکلات رفتاری کودکان دارای اختلال رفتاری انجام شد. این پژوهش از نوع نیمه آزمایشی با طرح پیش آزمون-پس آزمون و گروه کنترل بود. جامعه آماری شامل کودکان ۱۰ تا ۱۲ سال دارای اختلال رفتاری و والدین آنان بود که از تیر تا آذر ۱۴۰۴ به مراکز مشاوره تحت نظارت بهزیستی کرج مراجعه کرده بودند. پس از غربالگری اولیه، ۳۰ کودک واجد شرایط به روش همدمند انتخاب و در گروه‌های ۱۰ نفره جایگزین شدند. مداخله بازی درمانی شناختی-رفتاری در ۸ جلسه یک ساعته اجرا شد. ابزارهای پژوهش شامل نسخه والدین پر سنامه اختلال رفتاری کودکان راتر، آزمون نقاشی آدمک گودیناف، پرسشنامه نارسایی هیجانی تورنتو و سیاهه رفتاری کودک آخنباخ بود. داده‌ها با استفاده از تحلیل کوواریانس چندمتغیره و آزمون‌های تکمیلی تحلیل شدند. نتایج اثر ترکیبی نشان داد که مداخله بازی درمانی شناختی-رفتاری بر متغیرهای وابسته معنادار بود ($Wilks' \lambda = 0.75, F = 46.77, p < 0.001, \eta^2 = 0.61$). همچنین اثر مداخله بر ناتوانی در شناسایی احساسات ($F = 149.85, p < 0.001, \eta^2 = 0.87$) و سبک تفکر عینی ($F = 12.67, p = 0.003, \eta^2 = 0.46$) معنادار شد. افزون بر این، اثر مداخله بر مشکلات رفتاری کلی ($F = 11.37, p = 0.004, \eta^2 = 0.40$)، مشکلات درونی سازی شده ($F = 47.35, p < 0.001, \eta^2 = 0.74$) و مشکلات برونی سازی شده ($F = 17.14, p = 0.001, \eta^2 = 0.52$) معنادار بود. بازی درمانی شناختی-رفتاری می‌تواند با تقویت شناسایی و بیان هیجان‌ها، بهبود تنظیم هیجانی، آموزش حل مسئله و کاهش رفتارهای ناسازگارانه، در کاهش نارسایی هیجانی و مشکلات رفتاری کودکان دارای اختلال رفتاری مؤثر باشد.

کلیدواژه‌گان: بازی درمانی شناختی-رفتاری، نارسایی هیجانی، مشکلات رفتاری، کودکان، اختلال رفتاری.

آیدا زکی زاده^۱، گیتی همی راد^{۲*}

۱. گروه روانشناسی عمومی، واحد علوم و تحقیقات، دانشگاه

آزاد اسلامی، تهران، ایران

۲. گروه روانشناسی، دانشگاه پیام نور، تهران، ایران

* ایمیل نویسنده مسئول:

g.hemati@pnu.ac.ir

شیوه استناددهی: زکی زاده، آیدا، و همی راد، گیتی. (۱۴۰۳). اثربخشی بازی درمانی شناختی-رفتاری بر نارسایی هیجانی و مشکلات رفتاری کودکان دارای اختلال رفتاری. *روانشناسی سلامت و اختلالات رفتاری*، ۲ (۲)، ۱-۱۷.

The Effectiveness of Cognitive-Behavioral Play Therapy on Alexithymia and Behavioral Problems in Children with Behavioral Disorders

Submit Date: 2024-06-09

Revise Date: 2024-08-08

Accept Date: 2024-08-16

Final Publish Date: 2024-08-22

Abstract

This study aimed to determine the effectiveness of cognitive-behavioral play therapy on alexithymia and behavioral problems in children with behavioral disorders. This quasi-experimental study used a pretest-posttest design with a control group. The statistical population included 10- to 12-year-old children with behavioral disorders and their parents who referred to counseling centers supervised by the Welfare Organization in Karaj from July to December 2025. After initial screening, 30 eligible children were selected through purposive sampling and assigned to 10-member groups. The cognitive-behavioral play therapy intervention was implemented in eight 60-minute sessions. The research instruments included the parent version of the Rutter Children's Behavioral Disorder Questionnaire, the Goodenough Draw-a-Man Test, the Toronto Alexithymia Scale for Children and Adolescents, and the Achenbach Child Behavior Checklist. Data were analyzed using multivariate analysis of covariance and follow-up tests. The multivariate combined effect of cognitive-behavioral play therapy on the dependent variables was statistically significant (Wilks' $\lambda=0.75$, $F=46.77$, $p<0.001$, $\eta^2=0.61$). The intervention had a significant effect on total alexithymia ($F=149.85$, $p<0.001$, $\eta^2=0.87$). Significant effects were also observed for difficulty identifying feelings ($F=32.07$, $p<0.001$, $\eta^2=0.65$), difficulty describing feelings ($F=47.35$, $p<0.001$, $\eta^2=0.74$), and externally oriented thinking ($F=12.67$, $p=0.003$, $\eta^2=0.46$). In addition, the intervention significantly affected total behavioral problems ($F=11.37$, $p=0.004$, $\eta^2=0.40$), internalizing problems ($F=12.33$, $p=0.003$, $\eta^2=0.43$), and externalizing problems ($F=17.14$, $p=0.001$, $\eta^2=0.52$). Cognitive-behavioral play therapy appears to be an effective intervention for reducing alexithymia and behavioral problems in children with behavioral disorders by improving emotional awareness, emotional expression, self-regulation, problem-solving skills, and adaptive behavioral responses.

Keywords: *Cognitive-behavioral play therapy, alexithymia, behavioral problems, children, behavioral disorder.*

HEALTH PSYCHOLOGY AND BEHAVIORAL DISORDERS

روانشناسی سلامت و اختلالات رفتاری

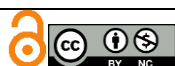
**Aida Zakizade¹, Giti Hematirad^{2*}**

1. Department of General Psychology, Science and Research Branch, Islamic Azad University, Tehran, Iran

2. Department of Psychology, Payame Noor University, Tehran, Iran

*Corresponding Author's Email: g.hemati@pnu.ac.ir

How to cite: Zakizade, A., & Hematirad, G. (2024). The Effectiveness of Cognitive-Behavioral Play Therapy on Alexithymia and Behavioral Problems in Children with Behavioral Disorders. *Health Psychology and Behavioral Disorders*, 2(2), 1-17.



دوران کودکی یکی از حساس‌ترین دوره‌های تحول انسان است؛ دوره‌ای که در آن پایه‌های تنظیم هیجان، سازگاری رفتاری، تعامل اجتماعی، خودکنترلی و توانایی حل مسئله شکل می‌گیرد. در این دوره، هرگونه اختلال در مسیر رشد هیجانی و رفتاری می‌تواند پیامدهایی فراتر از رفتارهای مقطعی کودک داشته باشد و بر عملکرد تحصیلی، روابط خانوادگی، تعامل با همسالان و کیفیت سازگاری روان‌شناختی او در سال‌های بعد اثر بگذارد. اختلالات رفتاری کودکان معمولاً تنها به رفتارهای آشکار مانند پرخاشگری، نافرمانی، قانون‌شکنی یا تکانشگری محدود نمی‌شوند، بلکه اغلب با مشکلات درونی‌سازی‌شده مانند اضطراب، کناره‌گیری، خلق منفی، نگرانی، احساس ناکارآمدی و دشواری در بیان هیجان‌ها نیز همراه هستند. از این رو، توجه به اختلالات رفتاری در کودکان نیازمند نگاهی چندبعدی است؛ نگاهی که هم رفتارهای بیرونی و قابل مشاهده و هم سازوکارهای درونی و هیجانی کودک را در نظر بگیرد. در ادبیات روان‌شناسی کودک، اختلالات هیجانی و رفتاری به‌عنوان مجموعه‌ای از الگوهای ناسازگارانه شناخته می‌شوند که می‌توانند در محیط خانه، مدرسه و روابط اجتماعی کودک اختلال ایجاد کنند و نیازمند مداخله زودهنگام، هدفمند و متناسب با سطح تحول کودک هستند (Landrum, 2024).

کودکان دارای اختلالات رفتاری معمولاً در تنظیم پاسخ‌های هیجانی، کنترل تکانه، پذیرش محدودیت‌ها، رعایت قوانین، تعامل سازنده با همسالان و پاسخ‌دهی مناسب به موقعیت‌های ناکام‌کننده با دشواری روبه‌رو هستند. این کودکان ممکن است در موقعیت‌های اجتماعی رفتارهای پرخاشگرانه، مخالفت‌جویانه یا تکانشی نشان دهند و در برخی موارد نیز با نشانه‌هایی مانند اضطراب، کاهش عزت‌نفس و دشواری در سازگاری تحصیلی مواجه شوند. اهمیت این مسئله زمانی بیشتر می‌شود که شواهد پژوهشی نشان می‌دهد مشکلات رفتاری کودکان در بسیاری از موارد با عوامل شناختی، هیجانی، خانوادگی و محیطی پیوند دارد و در صورت بی‌توجهی می‌تواند زمینه‌ساز مشکلات پایدارتر در دوره نوجوانی و بزرگسالی شود. برای مثال، پژوهش‌های مربوط به کودکان و نوجوانان دارای مشکلات یادگیری نشان داده‌اند که مشکلات رفتاری اغلب در کنار اضطراب، افت خودپنداره و دشواری‌های هیجانی ظاهر می‌شوند و این هم‌زمانی می‌تواند شدت ناسازگاری کودک را افزایش دهد (Zuppardo et al., 2023). همچنین، شواهد مربوط به کودکان قرارگرفته در محیط‌های پرتنش یا آسیب‌زا نشان می‌دهد که مسائل روان‌شناختی و رفتاری آنان ممکن است تحت تأثیر تجربه‌های نامطلوب، بی‌ثباتی محیطی و ضعف حمایت هیجانی تشدید شود (Engler et al., 2022).

یکی از مفاهیم مهمی که در سال‌های اخیر برای تبیین مشکلات رفتاری و هیجانی کودکان مورد توجه قرار گرفته، نارسایی هیجانی یا آلکسی‌تایمیا است. نارسایی هیجانی به دشواری در شناسایی احساسات، ناتوانی در توصیف هیجان‌ها، ضعف در تمایز میان حالت‌های بدنی و هیجانی و گرایش به سبک تفکر عینی اشاره دارد. کودکانی که در شناسایی و بیان احساسات خود ناتوان هستند، معمولاً نمی‌توانند به‌درستی تجربه‌های درونی خود را نام‌گذاری کنند و در نتیجه، احتمال بیشتری دارد که هیجان‌های ناخوشایند را از طریق رفتارهای ناسازگارانه، پرخاشگرانه یا اجتنابی نشان دهند. در چنین شرایطی، رفتار مشکل‌ساز کودک ممکن است نه صرفاً نشانه مخالفت یا سرکشی، بلکه بازتاب ناتوانی او در فهم، پردازش و بیان هیجان‌های پیچیده باشد. در ادبیات بالینی، نارسایی هیجانی در کودکان و نوجوانان با مشکلات روان‌تنی، ضعف تنظیم هیجان و دشواری در ارتباطات خانوادگی و اجتماعی پیوند داده شده است (O'Malley, 2023).

اهمیت نارسایی هیجانی از آن جهت است که هیجان‌ها نقش بنیادی در سازمان‌دهی رفتار دارند. کودکی که نمی‌تواند خشم، ترس، شرم، غم یا ناکامی خود را به‌درستی تشخیص دهد، در انتخاب پاسخ رفتاری مناسب نیز با مشکل روبه‌رو می‌شود. چنین کودکی ممکن است به جای بیان کلامی ناراحتی یا درخواست کمک، به گریه شدید، قهر، پرخاشگری، تخریب وسایل، کناره‌گیری یا رفتارهای تکانشی متوسل شود. پژوهش‌های جدید نشان داده‌اند که نارسایی هیجانی با مشکلات تنظیم هیجان و حتی مشکلات خواب در کودکان سن مدرسه مرتبط است و این ارتباط می‌تواند چرخه‌ای از آشفتگی هیجانی، کاهش خودتنظیمی و افزایش مشکلات رفتاری ایجاد کند (Hashem et al., 2023). از سوی دیگر، مرور فراتحلیلی درباره بدرفتاری با کودک و نارسایی هیجانی نشان داده است که تجربه‌های آسیب‌زا و روابط ناسالم در دوران

کودکی می‌توانند توانایی کودک برای شناخت و بیان هیجان‌ها را تضعیف کنند و در نتیجه، زمینه بروز مشکلات هیجانی و رفتاری را افزایش دهند (Ditzer et al., 2023).

در کنار نارسایی هیجانی، اختلالات رفتاری کودکان به‌طور مستقیم با سازوکارهای تشخیصی و طبقه‌بندی روان‌پزشکی نیز مرتبط هستند. طبقه‌بندی‌های نوین اختلالات روانی نشان می‌دهند که تجربه بالینی و پژوهشی درباره اختلالات دوران کودکی و نوجوانی همچنان در حال تحول است و توجه به ابعاد هیجانی، رفتاری و زمینه‌ای اختلالات اهمیت زیادی دارد (Reed et al., 2022). در همین راستا، اختلالات رفتاری کودکان را نمی‌توان صرفاً مجموعه‌ای از نشانه‌های بیرونی دانست؛ بلکه باید آن‌ها را در پیوند با نظام پردازش هیجان، تعاملات خانوادگی، مهارت‌های اجتماعی، کیفیت دلبستگی و تجربه‌های محیطی کودک تحلیل کرد. این مسئله به‌ویژه در کودکانی اهمیت دارد که هم‌زمان با مشکلات رفتاری، درک محدودی از هیجان‌های خود دارند و نمی‌توانند میان احساسات، افکار و رفتارهای خود ارتباط معنادار برقرار کنند. در چنین وضعیتی، مداخله‌هایی که تنها بر کنترل رفتار بیرونی تمرکز دارند، ممکن است اثربخشی محدودی داشته باشند، مگر آنکه به مهارت‌های شناختی و هیجانی زیربنایی نیز بپردازند.

یکی از رویکردهای درمانی که ظرفیت مناسبی برای پاسخ‌گویی به این نیاز دارد، بازی‌درمانی شناختی-رفتاری است. بازی در دوران کودکی زبان طبیعی کودک محسوب می‌شود و بستری فراهم می‌کند که کودک بتواند تجربه‌های درونی، تعارض‌ها، ترس‌ها، تمایلات، احساسات و الگوهای رفتاری خود را در قالبی قابل فهم و کمتر تهدیدکننده بیان کند. هنگامی که اصول درمان شناختی-رفتاری با بازی ترکیب می‌شود، کودک می‌تواند مفاهیمی مانند شناخت هیجان، ارتباط فکر و احساس، کنترل تکانه، حل مسئله، خودگویی مثبت، بازسازی شناختی، آرام‌سازی و رفتارهای اجتماعی مناسب را نه به شکل صرفاً کلامی، بلکه از طریق تجربه، تمرین و تعامل فعال بیاموزد. پژوهش‌ها نشان داده‌اند که بازی‌درمانی شناختی-رفتاری می‌تواند بر توجه، تمرکز و سازگاری اجتماعی کودکان اثرگذار باشد و زمینه بهبود عملکرد روان‌شناختی و رفتاری آنان را فراهم کند (Mehrafza et al., 2022).

رویکرد شناختی-رفتاری بر این فرض استوار است که افکار، هیجان‌ها و رفتارها در ارتباطی متقابل با یکدیگر قرار دارند. بر این اساس، تغییر در باورها و برداشت‌های ناکارآمد می‌تواند به تغییر در هیجان‌ها و رفتارهای ناسازگارانه منجر شود. در کار با کودکان، اجرای مستقیم و کلامی تکنیک‌های شناختی-رفتاری همیشه امکان‌پذیر نیست؛ زیرا سطح تحول شناختی کودک، دامنه توجه، توانایی انتزاع و ظرفیت بیان کلامی او با بزرگسالان متفاوت است. بازی‌درمانی شناختی-رفتاری این محدودیت را کاهش می‌دهد، زیرا مفاهیم درمانی را از طریق داستان، نقش‌آفرینی، بازی نمادین، فعالیت‌های گروهی، تمرین مهارت و بازخورد رفتاری به کودک منتقل می‌کند. شواهد مربوط به کاربرد درمان شناختی-رفتاری در اختلالات اضطرابی کودکان و نوجوانان نیز نشان می‌دهد که این رویکرد می‌تواند در کاهش نشانه‌های هیجانی و بهبود راهبردهای مقابله‌ای مؤثر باشد (Nicoara et al., 2023). همچنین، استفاده از بازی‌ها و نقش‌آفرینی در مداخلات شناختی-رفتاری، به دلیل ایجاد درگیری فعال و تجربه اجتماعی، می‌تواند به افزایش اثربخشی درمان کمک کند (Varrette et al., 2023).

بازی‌درمانی شناختی-رفتاری از نظر کاربرد بالینی برای کودکان دارای اختلال رفتاری اهمیت ویژه‌ای دارد؛ زیرا این کودکان غالباً در برابر مداخلات مستقیم، توصیه‌محور یا مبتنی بر نصیحت مقاومت نشان می‌دهند. اما در فضای بازی، درمانگر می‌تواند بدون ایجاد احساس تهدید، کودک را با پیامد رفتارهای خود آشنا کند، مهارت‌های جایگزین را آموزش دهد و رفتارهای مطلوب را از طریق تقویت، الگوسازی و تمرین تثبیت کند. در این فرایند، کودک می‌آموزد احساسات خود را شناسایی کند، راه‌های مناسب بیان هیجان را تجربه کند، تفاوت رفتار مناسب و نامناسب را بفهمد، برای حل تعارض از راهبردهای سازنده استفاده کند و در برابر ناکامی، پاسخ‌های کنترل‌شده‌تری نشان دهد. مطالعات موردی و بالینی نیز نشان داده‌اند که بازی‌درمانی شناختی-رفتاری می‌تواند در کار با کودکانی که نشانه‌هایی مانند نقص توجه، تکانشگری یا مشکلات سازگاری دارند، چارچوبی انعطاف‌پذیر و متناسب با نیازهای تحولی کودک فراهم کند (Remey, 2024).

از سوی دیگر، درمان اختلالات رفتاری کودکان نیازمند رویکردهایی است که نه تنها شدت نشانه‌ها را کاهش دهند، بلکه بر عوامل تداوم‌بخش مشکل نیز اثر بگذارند. مرورهای نظام‌مند درباره درمان اختلالات رفتار مخرب کودکان نشان داده‌اند که مداخلات روان‌شناختی می‌توانند در کاهش رفتارهای ناسازگارانه، بهبود روابط کودک و افزایش کنترل رفتاری نقش مهمی داشته باشند، اما اثربخشی این مداخلات به تناسب روش درمان با ویژگی‌های کودک و خانواده وابسته است (Perlstein et al., 2023). از این منظر، بازی‌درمانی شناختی-رفتاری می‌تواند پلی میان نیازهای هیجانی و رفتاری کودک ایجاد کند؛ زیرا از یک سو، به کودک کمک می‌کند هیجان‌های خود را بشناسد و بیان کند و از سوی دیگر، مهارت‌های رفتاری لازم برای تعامل اجتماعی، همکاری، حل مسئله و کنترل خشم را در اختیار او قرار می‌دهد. بنابراین، این مداخله می‌تواند هم بر نارسایی هیجانی و هم بر مشکلات رفتاری اثر بگذارد.

در تبیین رابطه میان مشکلات رفتاری و تنظیم هیجان، باید توجه داشت که برخی مشکلات رفتاری کودکان در قالب نشانه‌های آشکار مانند پرخاشگری یا نافرمانی بروز می‌کند، اما برخی دیگر در قالب مشکلات خواب، اضطراب، تحریک‌پذیری، آشفتگی هیجانی و دشواری در کنترل برانگیختگی ظاهر می‌شود. هرچند برخی دستورالعمل‌های بالینی مانند راهنمای مدیریت اختلال رفتار خواب REM بیشتر در حوزه اختلالات خواب و شرایط اختصاصی بالینی متمرکز هستند، اما اهمیت آن‌ها از این جهت است که نشان می‌دهند رفتارهای نامنظم و آشفتگی‌های هیجانی-رفتاری می‌توانند با جنبه‌های زیستی، روان‌شناختی و تنظیمی فرد در ارتباط باشند و مداخله مؤثر نیازمند توجه به چندبعدی بودن رفتار است (Howell et al., 2023). در کودکان دارای اختلال رفتاری نیز رفتار مشکل‌ساز اغلب حاصل تعامل میان عوامل هیجانی، شناختی، محیطی و رشدی است و به همین دلیل، مداخله‌ای که فقط بر مهار رفتار بیرونی متمرکز کند، ممکن است نتواند تغییر عمیق و پایدار ایجاد کند.

با وجود اهمیت بازی‌درمانی شناختی-رفتاری، بخش قابل توجهی از مطالعات پیشین بیشتر بر پیامدهایی مانند اضطراب، توجه، سازگاری اجتماعی یا برخی رفتارهای مشکل‌ساز متمرکز داشته‌اند و بررسی هم‌زمان نارسایی هیجانی و مشکلات رفتاری کودکان دارای اختلال رفتاری کمتر مورد توجه قرار گرفته است. این خلأ پژوهشی از آن جهت مهم است که نارسایی هیجانی می‌تواند یکی از سازوکارهای زیربنایی رفتارهای ناسازگارانه باشد و کاهش آن ممکن است مسیر بهبود رفتار را تسهیل کند. به بیان دیگر، اگر کودک بتواند هیجان‌های خود را بهتر تشخیص دهد، آن‌ها را کلامی‌تر و سازگارانه‌تر بیان کند، میان فکر، احساس و رفتار رابطه برقرار سازد و برای موقعیت‌های دشوار راه‌حل‌های مناسب‌تری بیابد، احتمال بروز رفتارهای تکانشی و ناسازگارانه کاهش می‌یابد. بنابراین، بررسی اثر بازی‌درمانی شناختی-رفتاری بر هر دو حوزه نارسایی هیجانی و مشکلات رفتاری می‌تواند به فهم دقیق‌تر کارکردهای درمانی این مداخله کمک کند.

در مجموع، شواهد نظری و تجربی نشان می‌دهد که اختلالات رفتاری کودکان مسئله‌ای چندعاملی است و با دشواری‌های هیجانی، ضعف خودتنظیمی، مشکلات خانوادگی، تجربه‌های محیطی و محدودیت در مهارت‌های شناختی و اجتماعی ارتباط دارد. نارسایی هیجانی نیز به‌عنوان یکی از سازه‌های کلیدی در فهم رفتارهای ناسازگارانه می‌تواند توضیح دهد که چرا برخی کودکان به جای بیان احساسات، رفتارهای مشکل‌آفرین نشان می‌دهند. از سوی دیگر، بازی‌درمانی شناختی-رفتاری با فراهم کردن محیطی امن، فعال، کودک‌محور و ساختاریافته می‌تواند مهارت‌هایی را آموزش دهد که برای شناسایی هیجان‌ها، کنترل خشم، حل مسئله، تعامل اجتماعی و کاهش رفتارهای ناسازگارانه ضروری هستند. بر همین اساس، هدف پژوهش حاضر تعیین اثربخشی بازی‌درمانی شناختی-رفتاری بر نارسایی هیجانی و مشکلات رفتاری کودکان دارای اختلال رفتاری بود.

روش‌شناسی

پژوهش حاضر از نظر هدف، کاربردی و از نظر روش اجرا، نیمه‌آزمایشی با طرح پیش‌آزمون، پس‌آزمون و گروه کنترل بود. جامعه آماری پژوهش شامل کلیه کودکان ۱۰ تا ۱۲ سال مبتلا به اختلالات رفتاری و یکی از والدین آنان بود که از تیر تا آذر ۱۴۰۴ به مراکز مشاوره تحت نظارت

بهزیستی شهر کرج مراجعه کرده بودند و تشخیص اختلال رفتاری را از روان‌شناسان کودک یا روان‌پزشکان اطفال دریافت کرده بودند. در مرحله نخست، ۵۰ کودک دارای تشخیص اختلال رفتاری به‌عنوان جامعه در دسترس شناسایی شدند و پس از اجرای نسخه والدین پرسشنامه اختلال رفتاری کودکان راتر و آزمون نقاشی آدمک گودیناف، ۳۰ کودک که در پرسشنامه راتر نمره بالاتر از ۱۰ و در آزمون گودیناف هوشبهر بالاتر از ۹۰ کسب کرده بودند، به روش نمونه‌گیری هدفمند انتخاب شدند. سپس شرکت‌کنندگان به‌صورت تصادفی در گروه آزمایش و گروه کنترل جایگزین شدند. معیارهای ورود به پژوهش شامل رضایت والدین برای شرکت در پژوهش، قرار داشتن کودک در دامنه سنی ۱۰ تا ۱۲ سال، داشتن پرونده و تشخیص اختلال رفتاری در مراکز مشاوره و خدمات روان‌شناختی سازمان بهزیستی، برخورداری از هوشبهر نرمال بر اساس آزمون گودیناف، کسب نمره ۱۰ تا ۴۰ در نسخه والدین پرسشنامه اختلال رفتاری کودکان راتر، و داشتن حداقل تحصیلات کارشناسی توسط یکی از والدین بود. معیارهای خروج از پژوهش نیز شامل عدم رضایت برای ادامه همکاری و غیبت بیش از دو جلسه از جلسات مداخله بود.

نسخه والدین پرسشنامه اختلال رفتاری کودکان راتر توسط راتر در سال ۱۹۹۴ با هدف سنجش اختلال‌های رفتاری کودکان سن مدرسه طراحی شده است و دارای دو نسخه والدین و معلم است. در پژوهش حاضر از نسخه والدین این ابزار استفاده شد. این پرسشنامه دارای ۳۱ سؤال سه‌گزینه‌ای درباره ویژگی‌های رفتاری کودک است و والدین هر گویه را بر اساس مقیاس درجه‌بندی «مشکل یا مورد ندارد» با نمره ۰، «کمی یا گاهی مشکل دارد» با نمره ۱ و «زیاد یا همیشه مشکل دارد» با نمره ۲ پاسخ می‌دهند. دامنه نمره کل آزمون از ۰ تا ۶۲ متغیر است و نمرات بالاتر نشان‌دهنده شدت بیشتر مشکلات و اختلالات رفتاری کودک است. در این ابزار، کسب نمره مساوی یا بالاتر از نقطه برش تعیین‌شده نشان‌دهنده احتمال وجود اختلال رفتاری است. راتر پایایی پرسشنامه را به روش بازآزمایی با فاصله دو ماه ۰،۷۴ و همبستگی بین نسخه والدین و معلم را ۰،۷۶ گزارش کرده است. در مطالعات داخلی نیز حساسیت ابزار ۰،۹۷، ویژگی آن ۰،۸۸ و ضریب پایایی بازآزمایی با فاصله دو هفته ۰،۹۵ گزارش شده است. همچنین در پژوهش پورشهریار و همکاران، آلفای کرونباخ این ابزار ۰،۹۰ به دست آمده است. آزمون نقاشی آدمک گودیناف توسط گودیناف در سال ۱۹۲۰ برای ارزیابی تحول شناختی و برآورد هوشبهر کودکان تدوین شد. این آزمون یکی از ابزارهای غیرکلامی سنجش توانایی ذهنی کودکان است و بر این فرض استوار است که کیفیت، جزئیات و سازمان‌یافتگی نقاشی کودک از تصویر انسان می‌تواند بازتابی از سطح رشد شناختی و ادراکی او باشد. در اجرای این آزمون، از کودک خواسته می‌شود تصویر یک آدم را تا حد امکان کامل ترسیم کند و سپس نقاشی بر اساس وجود اجزای اصلی بدن، تناسب، جزئیات، هماهنگی و سازمان کلی تصویر نمره‌گذاری می‌شود. نمره خام آزمون با استفاده از جدول‌های استاندارد به سن عقلی یا شاخص تقریبی هوشبهر تبدیل می‌شود. در پژوهش حاضر، این آزمون به‌منظور غربالگری توانایی شناختی کودکان و اطمینان از برخورداری آنان از هوشبهر نرمال مورد استفاده قرار گرفت و کودکانی وارد پژوهش شدند که بر اساس این آزمون هوشبهر بالاتر از ۹۰ داشتند. روایی و پایایی این ابزار در مطالعات مختلف برای ارزیابی تقریبی توانایی ذهنی کودکان تأیید شده است.

پرسشنامه نارسایی هیجانی تورنتو مخصوص کودکان و نوجوانان بر اساس نسخه اصلی مقیاس نارسایی هیجانی بزرگسالان تدوین شده و توسط ریف و همکاران در سال ۲۰۰۵ ساخته شده است. این پرسشنامه دارای ۲۰ سؤال است که بر اساس مقیاس لیکرت سه‌درجه‌ای «کاملاً»، «تا حدودی» و «به هیچ وجه» پاسخ داده می‌شود. این ابزار سه مؤلفه ناتوانی در شناسایی احساسات، ناتوانی در توصیف احساسات و سبک تفکر عینی را ارزیابی می‌کند. مؤلفه ناتوانی در شناسایی احساسات شامل گویه‌های ۱، ۳، ۶، ۷، ۹، ۱۳ و ۱۴ است و دامنه نمره آن از ۷ تا ۲۱ متغیر است. مؤلفه ناتوانی در بیان احساسات شامل گویه‌های ۲، ۴، ۱۱، ۱۲ و ۱۷ است و دامنه نمره آن از ۵ تا ۱۵ قرار دارد. مؤلفه سبک تفکر عینی نیز شامل گویه‌های ۵، ۸، ۱۰، ۱۵، ۱۶، ۱۸، ۱۹ و ۲۰ است و دامنه نمره آن از ۸ تا ۲۴ متغیر است. گویه‌های ۴، ۱۰، ۱۸ و ۱۹ به‌صورت معکوس نمره‌گذاری می‌شوند و نمره بالاتر نشان‌دهنده سطح بالاتر نارسایی هیجانی است. روایی همزمان این مقیاس از طریق همبستگی با هوش هیجانی، بهزیستی روان‌شناختی و درماندگی روان‌شناختی بررسی و تأیید شده است. همچنین نتایج تحلیل عاملی تأییدی، ساختار

سه‌عاملی این ابزار را تأیید کرده‌اند. ضریب آلفای کرونباخ این مقیاس در مطالعات پیشین ۰,۷۵ گزارش شده و در پژوهش حاضر پایایی آن با استفاده از ضریب آلفای کرونباخ ۰,۸۳ به دست آمد.

پرسشنامه سیاهه رفتاری کودک آخنباخ در سال ۱۹۹۱ طراحی شده و یکی از ابزارهای پرکاربرد برای سنجش مشکلات رفتاری و هیجانی کودکان و نوجوانان است. این ابزار دارای ۱۱۳ سؤال درباره انواع حالات و مشکلات رفتاری کودک است و توسط یکی از والدین یا فردی که شناخت کافی از وضعیت رفتاری کودک دارد، تکمیل می‌شود. پاسخ‌دهی به گویه‌ها بر اساس مقیاس لیکرت سه‌گزینه‌ای از ۰ تا ۲ انجام می‌شود؛ به این صورت که نمره ۰ به حالتی تعلق می‌گیرد که رفتار مورد نظر در کودک وجود ندارد، نمره ۱ به رفتارهایی داده می‌شود که گاهی مشاهده می‌شوند و نمره ۲ به رفتارهایی اختصاص می‌یابد که بیشتر اوقات یا همیشه در کودک دیده می‌شوند. این پرسشنامه هشت سندرم عاطفی-رفتاری شامل اضطراب/افسردگی، گوشه‌گیری/افسردگی، شکایات جسمانی، مشکلات اجتماعی، مشکلات تفکر، مشکلات توجه، رفتار قانون‌شکنی و رفتار پرخاشگری را اندازه‌گیری می‌کند. افزون بر این، سه شاخص پهن‌بند شامل مشکلات درونی‌سازی‌شده، مشکلات برونی‌سازی‌شده و مشکلات کلی نیز از این ابزار استخراج می‌شود. در تفسیر نمرات، در مقیاس‌های درونی‌سازی‌شده، برونی‌سازی‌شده و مشکلات کلی، نمره T کمتر از ۶۰ در محدوده نرمال، نمره T بین ۶۰ تا ۶۳ در محدوده مرزی-بالینی و نمره T بالاتر از ۶۳ در محدوده بالینی قرار می‌گیرد. همچنین در مقیاس‌های هشت‌گانه سندرم‌های عاطفی-رفتاری، نمره T کمتر از ۶۵ نرمال، نمره T بین ۶۵ تا ۶۹ مرزی-بالینی و نمره T بالاتر از ۶۹ بالینی تلقی می‌شود. ضرایب کلی اعتبار فرم‌های CBCL با استفاده از آلفای کرونباخ ۰,۹۷ و با روش بازآزمایی ۰,۹۴ گزارش شده است. در ایران نیز این ابزار توسط تهرانی‌دوست و همکاران ترجمه و هنجاریابی شده و در پژوهش‌های داخلی، دامنه آلفای کرونباخ خرده‌مقیاس‌ها از ۰,۶۳ تا ۰,۹۵ و ضرایب ثبات زمانی از ۰,۳۲ تا ۰,۶۷ گزارش شده است. همچنین یزدخواستی و عریضی ضریب آلفای کرونباخ فرم والدین، معلم و کودک را به ترتیب ۰,۹۰، ۰,۹۳ و ۰,۸۲ گزارش کرده‌اند.

مداخله بازی‌درمانی شناختی-رفتاری در ۸ جلسه ۶۰ دقیقه‌ای توسط پژوهشگر اجرا شد. محتوای جلسات بر اساس پروتکل استالارد و کادوسان و شفره تنظیم شد و هدف آن آموزش مهارت‌های هیجانی، شناختی و رفتاری به کودکان از طریق فعالیت‌های بازی‌محور بود. در جلسه نخست، آشنایی اولیه با کودکان، معرفی پژوهشگر، توضیح هدف کلی جلسات، ایجاد فضای دوستانه و هدایت کودکان به اتاق بازی انجام شد. در جلسه دوم، آموزش روان‌شناختی درباره احساسات و هیجان‌ها، مرور تجربه‌های هیجانی، آموزش بیان احساسات و شناسایی علائم بدنی مرتبط با عصبانیت و ناکامی اجرا شد. در جلسه سوم، از طریق بازی‌های گروهی، همکاری، تعامل اجتماعی و دوست‌یابی تقویت شد. در جلسه چهارم، رفتارهای مناسب و نامناسب برای کودکان توضیح داده شد و مهارت تشکر، قدردانی و رفتارهای اجتماعی مطلوب تمرین شد. در جلسه پنجم، مهارت حل مسئله، تصمیم‌گیری روزانه و اهمیت مشورت با والدین و بزرگسالان آموزش داده شد. در جلسه ششم، تمرین‌های آرام‌سازی، مرور مهارت‌های آموخته‌شده و راهبردهای کنترل ناکامی و عصبانیت اجرا شد. در جلسه هفتم، مهارت خودآگاهی، ابراز وجود، بیان مؤثر خواسته‌ها و یافتن راه‌حل‌های مناسب در موقعیت‌های دشوار تمرین شد. در جلسه هشتم، کلیه مهارت‌ها و مفاهیم جلسات قبل مرور شد، پیشرفت کودکان مورد ارزیابی قرار گرفت و بر تعمیم مهارت‌های آموخته‌شده به موقعیت‌های روزمره و پیشگیری از بازگشت رفتارهای نامطلوب تأکید شد.

داده‌های گردآوری‌شده پس از کدگذاری و ورود به نرم‌افزار آماری SPSS تحلیل شدند. در بخش توصیفی، از شاخص‌های میانگین و انحراف استاندارد برای توصیف نمرات نارسایی هیجانی، مشکلات رفتاری و مؤلفه‌های آن‌ها در مراحل پیش‌آزمون و پس‌آزمون استفاده شد. پیش از اجرای آزمون‌های استنباطی، مفروضه‌های آماری شامل نرمال بودن توزیع داده‌ها با آزمون‌های کلموگروف-اسمیرنوف و شاپیرو-ویلک، همگنی شیب رگرسیون از طریق بررسی اثر تعاملی متغیر مستقل و پیش‌آزمون، همگنی ماتریس‌های واریانس-کوواریانس با آزمون باکس و همگنی واریانس‌ها با آزمون لون بررسی شد. با توجه به تأیید مفروضه‌های لازم، برای بررسی اثربخشی بازی‌درمانی شناختی-رفتاری بر نارسایی هیجانی و مشکلات رفتاری از تحلیل کوواریانس چندمتغیره و تحلیل‌های تک‌متغیره پیگیری استفاده شد. همچنین برای بررسی تفاوت‌های پس‌آزمون

پس از کنترل اثر پیش‌آزمون از آزمون‌های تعقیبی مناسب استفاده شد. سطح معناداری در تمام تحلیل‌ها ۰,۰۵ در نظر گرفته شد و اندازه اثر نیز با استفاده از مجذور اتا گزارش شد.

یافته‌ها

برای توصیف وضعیت نمرات نارسایی هیجانی، مشکلات رفتاری و مؤلفه‌های آن‌ها در دو گروه آزمایش و کنترل، شاخص‌های میانگین و انحراف استاندارد در مراحل پیش‌آزمون و پس‌آزمون محاسبه شد. نتایج توصیفی در جدول ۱ ارائه شده است.

جدول ۱. شاخص‌های توصیفی متغیرهای پژوهش در گروه آزمایش و کنترل

متغیر	مرحله آزمون	میانگین گروه آزمایش	انحراف استاندارد گروه آزمایش	میانگین گروه کنترل	انحراف استاندارد گروه کنترل
نارسایی هیجانی	پیش‌آزمون	۵۲,۴۶	۶,۲۵	۵۱,۹۳	۶,۲۰
نارسایی هیجانی	پس‌آزمون	۳۳,۵۸	۵,۵۲	۵۰,۰۸	۴,۹۰
ناتوانی در شناسایی احساسات	پیش‌آزمون	۱۸,۶۴	۳,۵۱	۱۸,۴۶	۳,۶۰
ناتوانی در شناسایی احساسات	پس‌آزمون	۱۱,۷۳	۲,۳۰	۱۷,۳۱	۳,۲۰
ناتوانی در بیان احساسات	پیش‌آزمون	۱۳,۳۱	۲,۵۰	۱۲,۲۲	۲,۳۰
ناتوانی در بیان احساسات	پس‌آزمون	۸,۴۰	۱,۶۱	۱۲,۷۴	۲,۱۰
سبک تفکر عینی	پیش‌آزمون	۲۰,۵۱	۳,۳۰	۲۱,۲۵	۳,۰۷
سبک تفکر عینی	پس‌آزمون	۱۳,۴۵	۲,۵۶	۲۰,۷۵	۲,۷۶
مشکلات رفتاری کلی	پیش‌آزمون	۱۵۶,۰۸	۱۳,۲۵	۱۴۸,۹۸	۱۴,۰۲
مشکلات رفتاری کلی	پس‌آزمون	۱۱۶,۸۷	۱۱,۶۵	۱۵۳,۰۵	۱۲,۷۷
مشکلات درونی‌سازی‌شده	پیش‌آزمون	۵۵,۶۴	۷,۴۴	۵۷,۱۱	۸,۳۱
مشکلات درونی‌سازی‌شده	پس‌آزمون	۲۹,۷۲	۵,۵۹	۵۶,۹۵	۷,۶۰
مشکلات برونی‌سازی‌شده	پیش‌آزمون	۴۸,۸۲	۶,۳۹	۴۹,۲۰	۶,۴۵
مشکلات برونی‌سازی‌شده	پس‌آزمون	۳۲,۱۲	۵,۴۵	۵۱,۲۴	۶,۷۴

همان‌طور که در جدول ۱ مشاهده می‌شود، میانگین نمرات دو گروه آزمایش و کنترل در مرحله پیش‌آزمون در متغیرهای نارسایی هیجانی، مشکلات رفتاری و مؤلفه‌های آن‌ها نسبتاً نزدیک بود؛ بنابراین، دو گروه در آغاز پژوهش از نظر متغیرهای وابسته وضعیت تقریباً مشابهی داشتند. با این حال، در مرحله پس‌آزمون، میانگین نمرات گروه آزمایش در نارسایی هیجانی، ناتوانی در شناسایی احساسات، ناتوانی در بیان احساسات، سبک تفکر عینی، مشکلات رفتاری کلی، مشکلات درونی‌سازی‌شده و مشکلات برونی‌سازی‌شده کاهش قابل ملاحظه‌ای نشان داد، در حالی که در گروه کنترل تغییر محسوسی مشاهده نشد یا تغییرات در جهت بهبود معنادار نبود. این الگوی توصیفی نشان می‌دهد که پس از اجرای بازی درمانی شناختی-رفتاری، نمرات گروه آزمایش در مقایسه با گروه کنترل کاهش یافته است؛ با این حال، برای تعیین معناداری آماری این تفاوت‌ها، تحلیل کوواریانس اجرا شد.

پیش از اجرای تحلیل کوواریانس، مفروضه‌های آماری بررسی شد. نتایج آزمون‌های کلموگروف-اسمیرنوف و شاپیرو-ویلک نشان داد که توزیع نمرات نارسایی هیجانی و مشکلات رفتاری در مراحل پیش‌آزمون و پس‌آزمون در دو گروه از نرمال بودن انحراف معناداری نداشت، زیرا سطح معناداری در همه موارد بزرگ‌تر از ۰,۰۵ بود. همچنین نتایج بررسی اثر تعاملی متغیر مستقل و پیش‌آزمون نشان داد که تعامل گروه و پیش‌آزمون برای نارسایی هیجانی معنادار نبود ($F=۲,۱۲$, $p=۰,۱۴$) و برای مشکلات رفتاری نیز معنادار نبود ($F=۱,۲۲$, $p=۰,۲۲$)؛ بنابراین، مفروضه همگنی شیب‌های رگرسیون تأیید شد. افزون بر این، آزمون باکس برای بررسی همگنی ماتریس‌های واریانس-کوواریانس معنادار نبود ($F=۱,۶۰$, $p=۰,۴۴$) و نتایج آزمون لون نیز برای نارسایی هیجانی ($F=۱,۰۳$, $p=۰,۳۲$) و مشکلات رفتاری ($F=۱,۶۰$, $p=۰,۴۴$) معنادار نبود؛ در نتیجه، مفروضه همگنی واریانس‌ها نیز تأیید شد. بر این اساس، استفاده از تحلیل کوواریانس چندمتغیره و تحلیل‌های تک‌متغیره

پیگیری مجاز بود. همچنین اثر ترکیبی مداخله بر اساس لامبدای ویلکز معنادار بود ($Wls' Lambda=0.75, F=46.77, p=0.000, \eta^2=0.61$) و نشان داد که بازی درمانی شناختی-رفتاری به طور کلی بر مجموعه متغیرهای وابسته اثر معنادار داشته است.

جدول ۲. نتایج تحلیل کوواریانس اثر بازی درمانی شناختی-رفتاری بر نارسایی هیجانی و مشکلات رفتاری

متغیر وابسته	منبع تغییرات	مجموع مجزورات	درجه آزادی	میانگین مجزورات	F	سطح معناداری	اندازه اثر
نارسایی هیجانی	مداخله	۱۹۵۶.۲۳	۱	۱۹۵۶.۲۳	۱۴۹.۸۵	۰.۰۰۰	۰.۸۷
نارسایی هیجانی	خطا	۳۰۰.۲۴	۹	۱۳.۰۵			
ناتوانی در شناسایی احساسات	مداخله	۱۲۸۱.۹۰	۱	۱۲۸۱.۹۰	۳۲.۰۷	۰.۰۰۰	۰.۶۵
ناتوانی در شناسایی احساسات	خطا	۶۷۹.۴۰۴	۹	۳۹.۹۶۵			
ناتوانی در بیان احساسات	مداخله	۱۵۰۲.۱۲	۱	۱۵۰۲.۱۲	۴۷.۳۵	۰.۰۰۰	۰.۷۴
ناتوانی در بیان احساسات	خطا	۴۴۹.۸۵۷	۹	۲۶.۴۶۲			
سبک تفکر عینی	مداخله	۲۸۳۴.۷۳	۱	۲۸۳۴.۷۳	۱۲.۶۷	۰.۰۰۳	۰.۴۶
سبک تفکر عینی	خطا	۳۳۵۴.۴۴	۹	۲۲۳.۶۳			
مشکلات رفتاری کلی	مداخله	۷۲۰.۸۶	۱	۷۲۰.۸۶	۱۱.۳۷	۰.۰۰۴	۰.۴۰
مشکلات رفتاری کلی	خطا	۱۰۷۷.۷۹	۹	۶۳.۴۰			
مشکلات درونی سازی شده	مداخله	۲۹۱۵.۳۴	۱	۲۹۱۵.۳۴	۱۲.۳۳	۰.۰۰۳	۰.۴۳
مشکلات درونی سازی شده	خطا	۳۷۸۳.۹۸	۹	۲۳۶.۵۰			
مشکلات برونی سازی شده	مداخله	۳۲۶۶.۹۰	۱	۳۲۶۶.۹۰	۱۷.۱۴	۰.۰۰۱	۰.۵۲
مشکلات برونی سازی شده	خطا	۳۰۴۸.۸۶	۹	۱۹۰.۵۵			

نتایج جدول ۲ نشان می دهد که پس از کنترل اثر پیش آزمون، مداخله بازی درمانی شناختی-رفتاری بر نارسایی هیجانی کودکان دارای اختلال رفتاری اثر معنادار داشته است ($F=149.85, p=0.000, \eta^2=0.87$). همچنین اثر مداخله بر مؤلفه های نارسایی هیجانی شامل ناتوانی در شناسایی احساسات ($F=32.07, p=0.000, \eta^2=0.65$)، ناتوانی در بیان احساسات ($F=47.35, p=0.000, \eta^2=0.74$) و سبک تفکر عینی ($F=12.67, p=0.003, \eta^2=0.46$) معنادار بود. این یافته نشان می دهد که بازی درمانی شناختی-رفتاری توانسته است نارسایی هیجانی و ابعاد آن را در گروه آزمایش نسبت به گروه کنترل کاهش دهد. همچنین نتایج تحلیل کوواریانس نشان داد که اثر مداخله بر مشکلات رفتاری کلی معنادار بوده است ($F=11.37, p=0.004, \eta^2=0.40$). افزون بر این، بازی درمانی شناختی-رفتاری بر مشکلات درونی سازی شده ($F=12.33, p=0.003, \eta^2=0.43$) و مشکلات برونی سازی شده ($F=17.14, p=0.001, \eta^2=0.52$) نیز اثر معنادار داشته است. بر اساس اندازه اثرها، مداخله به ترتیب ۸۷ درصد از تغییرات نارسایی هیجانی، ۶۵ درصد از تغییرات ناتوانی در شناسایی احساسات، ۷۴ درصد از تغییرات ناتوانی در بیان احساسات، ۴۶ درصد از تغییرات سبک تفکر عینی، ۴۰ درصد از تغییرات مشکلات رفتاری کلی، ۴۳ درصد از تغییرات مشکلات درونی سازی شده و ۵۲ درصد از تغییرات مشکلات برونی سازی شده را تبیین کرده است. بنابراین، می توان نتیجه گرفت که بازی درمانی شناختی-رفتاری در کاهش نارسایی هیجانی و مشکلات رفتاری کودکان دارای اختلال رفتاری مؤثر بوده است.

بحث و نتیجه گیری

هدف پژوهش حاضر تعیین اثربخشی بازی درمانی شناختی-رفتاری بر نارسایی هیجانی و مشکلات رفتاری کودکان دارای اختلال رفتاری بود. نتایج تحلیل کوواریانس نشان داد که پس از کنترل اثر پیش آزمون، مداخله بازی درمانی شناختی-رفتاری بر نارسایی هیجانی کلی کودکان اثر معنادار داشت و اندازه اثر به دست آمده نشان داد که بخش قابل توجهی از تغییرات نمرات نارسایی هیجانی ناشی از اجرای مداخله بوده است. همچنین اثر مداخله بر مؤلفه های نارسایی هیجانی شامل ناتوانی در شناسایی احساسات، ناتوانی در بیان احساسات و سبک تفکر عینی معنادار بود. علاوه بر این، یافته ها نشان داد که بازی درمانی شناختی-رفتاری بر مشکلات رفتاری کلی، مشکلات درونی سازی شده و مشکلات

برونی‌سازی شده کودکان دارای اختلال رفتاری نیز اثر معنادار داشته است. به بیان دیگر، کودکانی که در جلسات بازی درمانی شناختی-رفتاری شرکت کردند، در مقایسه با گروه کنترل، پس از مداخله کاهش بیشتری در نارسایی هیجانی و مشکلات رفتاری نشان دادند. این یافته‌ها بیانگر آن است که مداخله بازی درمانی شناختی-رفتاری توانسته است هم بر سازوکارهای هیجانی درونی کودک و هم بر جلوه‌های رفتاری بیرونی و درونی‌سازی شده او اثر بگذارد.

یافته نخست پژوهش، یعنی اثربخشی بازی درمانی شناختی-رفتاری بر کاهش نارسایی هیجانی، از منظر نظری قابل تبیین است؛ زیرا نارسایی هیجانی اساساً با ضعف در شناسایی، نام‌گذاری، تمایزگذاری و بیان هیجان‌ها ارتباط دارد. در کودکان دارای اختلال رفتاری، هیجان‌های ناخوشایند اغلب به صورت کلامی و تنظیم شده بیان نمی‌شوند، بلکه در قالب رفتارهایی مانند پرخاشگری، مخالفت جویی، اجتناب، کناره‌گیری یا واکنش‌های تکانشی ظاهر می‌شوند. بازی درمانی شناختی-رفتاری از طریق فراهم کردن محیطی ایمن و غیرتهدیدکننده، امکان بازشناسی هیجان‌ها، تمرین بیان احساسات، ارتباط دادن تجربه‌های بدنی با حالت‌های هیجانی و یادگیری شیوه‌های مناسب ابراز هیجان را برای کودک فراهم می‌کند. این تبیین با دیدگاه‌هایی همسو است که نارسایی هیجانی را یکی از مشکلات مهم کودکان و نوجوانان در فرایند یکپارچه‌سازی ذهن و بدن، پردازش هیجان و روابط خانوادگی می‌دانند (O'Malley, 2023). همچنین، نتایج پژوهش حاضر با یافته‌هایی همخوان است که نشان داده‌اند نارسایی هیجانی با ضعف تنظیم هیجان و مشکلات مرتبط با کارکردهای روان‌شناختی کودکان سن مدرسه ارتباط دارد (Hashem et al., 2023).

در تبیین کاهش ناتوانی در شناسایی و بیان احساسات می‌توان گفت که محتوای جلسات مداخله، به‌ویژه آموزش روان‌شناختی درباره احساسات و هیجان‌ها، مرور تجربه‌های هیجانی، آشنایی با نشانه‌های بدنی خشم و ناکامی و تمرین بیان احساسات در قالب بازی، مستقیماً بر مهارت‌های هیجانی کودک اثر گذاشته است. کودک در جریان بازی یاد می‌گیرد که احساسات خود را مشاهده کند، آن‌ها را نام‌گذاری کند و به جای تخلیه رفتاری، از شیوه‌های کلامی و نمادین برای ابراز آن‌ها استفاده کند. چنین فرایندی می‌تواند موجب کاهش ابهام هیجانی و افزایش خودآگاهی شود. این نتیجه با شواهدی همسو است که نشان داده‌اند تجربه‌های آسیب‌زا و روابط نامطلوب در کودکی می‌توانند با افزایش نارسایی هیجانی مرتبط باشند و بنابراین، مداخله‌هایی که به بازشناسی و بیان هیجان‌ها می‌پردازند، می‌توانند در کاهش پیامدهای هیجانی ناسازگارانه نقش داشته باشند (Ditzer et al., 2023). از این منظر، بازی درمانی شناختی-رفتاری با ایجاد رابطه درمانی حمایتی و استفاده از فعالیت‌های نمادین، می‌تواند بخشی از ضعف کودک در پردازش هیجانی را ترمیم کند.

اثر معنادار مداخله بر سبک تفکر عینی نیز قابل توجه است. سبک تفکر عینی به گرایش کودک برای تمرکز بر وقایع بیرونی و ناتوانی در توجه به تجربه‌های درونی و هیجانی اشاره دارد. کاهش این مؤلفه پس از مداخله نشان می‌دهد که بازی درمانی شناختی-رفتاری توانسته است کودک را از سطح صرفاً رفتاری و عینی به سطحی تأملی‌تر از فهم تجربه‌های خود هدایت کند. در این فرایند، کودک از طریق داستان، نقش‌آفرینی، بازی گروهی، گفت‌وگوی هدایت‌شده و بازخورد درمانگر می‌آموزد که میان موقعیت، فکر، احساس و رفتار ارتباط برقرار کند. این سازوکار با منطق رویکرد شناختی-رفتاری هماهنگ است؛ زیرا درمان شناختی-رفتاری بر رابطه متقابل شناخت، هیجان و رفتار تأکید دارد و می‌کوشد کودک را نسبت به نقش افکار و برداشت‌های خود در شکل‌گیری پاسخ‌های هیجانی و رفتاری آگاه سازد. شواهد مربوط به کاربرد درمان شناختی-رفتاری در کودکان و نوجوانان نشان داده‌اند که این رویکرد می‌تواند با آموزش مهارت‌های مقابله‌ای، بازسازی شناختی و تنظیم هیجان، در کاهش مشکلات هیجانی مؤثر باشد (Nicoara et al., 2023).

یافته دوم پژوهش نشان داد که بازی درمانی شناختی-رفتاری بر کاهش مشکلات رفتاری کلی کودکان دارای اختلال رفتاری اثر معنادار داشته است. این یافته با ماهیت چندبعدی اختلالات رفتاری کودکان همخوان است؛ زیرا مشکلات رفتاری معمولاً حاصل تعامل میان ضعف خودتنظیمی، ناتوانی در حل مسئله، کنترل ناکافی تکانه، ادراک ناکارآمد از موقعیت‌های اجتماعی و ضعف مهارت‌های ارتباطی است. در جلسات بازی درمانی شناختی-رفتاری، کودکان از طریق بازی‌های گروهی، تمرین همکاری، تشخیص رفتارهای مناسب و نامناسب، آموزش قدردانی،

تمرین حل مسئله، آرام‌سازی و کنترل خشم، فرصت یافتند مهارت‌های رفتاری جدیدی را در محیطی کنترل‌شده و امن تجربه کنند. این یافته‌ها با ادبیات مربوط به اختلالات هیجانی و رفتاری همسو است که تأکید می‌کند این اختلالات باید به‌صورت هم‌زمان در سطح رفتار، هیجان، روابط اجتماعی و عملکرد تحصیلی مورد توجه قرار گیرند (Landrum, 2024). همچنین، مرورهای درمانی درباره اختلالات رفتار مخرب کودکان نشان داده‌اند که مداخلات روان‌شناختی می‌توانند در کاهش نشانه‌های رفتاری و بهبود سازگاری کودک مؤثر باشند، به‌ویژه زمانی که بر مهارت‌آموزی و تغییر الگوهای رفتاری ناسازگارانه تمرکز داشته باشند (Perlstein et al., 2023).

کاهش مشکلات درونی‌سازی‌شده در گروه آزمایش نیز نشان می‌دهد که بازی‌درمانی شناختی-رفتاری تنها بر رفتارهای آشکار و بیرونی اثر نگذاشته، بلکه توانسته است نشانه‌هایی مانند اضطراب، کناره‌گیری، نگرانی، شکایات هیجانی و دشواری‌های درونی کودک را نیز کاهش دهد. این نتیجه قابل انتظار است؛ زیرا در این مداخله، کودک در فضایی امن با هیجان‌های خود مواجه می‌شود، می‌آموزد احساسات ناخوشایند را تحمل کند، درباره آن‌ها صحبت کند و برای موقعیت‌های تنش‌زا پاسخ‌های مناسب‌تری انتخاب کند. مطالعات مربوط به کودکان و نوجوانان دارای مشکلات یادگیری نیز نشان داده‌اند که مشکلات رفتاری اغلب با اضطراب، عزت‌نفس پایین و آشفتگی‌های هیجانی همراه هستند و بنابراین، کاهش مشکلات رفتاری بدون توجه به مؤلفه‌های درونی و هیجانی کودک کامل نخواهد بود (Zuppardo et al., 2023). همچنین، پژوهش‌های مربوط به کودکان قرارگرفته در شرایط آسیب‌زا یا محیط‌های خانوادگی دشوار نشان می‌دهند که مشکلات روان‌شناختی و رفتاری در کودکان می‌تواند با تجربه‌های محیطی و ضعف حمایت هیجانی ارتباط داشته باشد (Engler et al., 2022). از این رو، رابطه درمانی و تجربه ایمن بازی می‌تواند برای کاهش نشانه‌های درونی‌سازی‌شده اهمیت داشته باشد.

اثر معنادار مداخله بر مشکلات برونی‌سازی‌شده نیز نشان‌دهنده نقش بازی‌درمانی شناختی-رفتاری در کاهش رفتارهایی مانند پرخاشگری، قانون‌شکنی، مخالفت‌جویی و رفتارهای تکانشی است. کودکان دارای مشکلات برونی‌سازی‌شده معمولاً در تحمل ناکامی، رعایت قواعد، درک پیامد رفتار و انتخاب پاسخ‌های جایگزین دچار دشواری هستند. بازی‌های ساختاریافته، نقش‌آفرینی، فعالیت‌های گروهی و تمرین‌های حل مسئله به کودک کمک می‌کند که پیامد رفتارهای خود را در موقعیتی قابل کنترل تجربه کند و رفتارهای مناسب‌تر را جایگزین واکنش‌های ناسازگارانه سازد. این یافته با پژوهش‌هایی همسو است که بر استفاده از مؤلفه‌های شناختی-رفتاری و بازی‌محور در بهبود رفتار و سازگاری کودکان تأکید کرده‌اند. برای نمونه، اثربخشی بازی‌درمانی شناختی-رفتاری بر توجه، تمرکز و سازگاری اجتماعی دانش‌آموزان گزارش شده است که از نظر سازوکار درمانی با نتایج پژوهش حاضر همخوانی دارد (Mehrafza et al., 2022). همچنین، مطالعه موردی بازی‌درمانی شناختی-رفتاری با کودک دارای نشانه‌های نقص توجه و شرایط دشوار ناشی از همه‌گیری نشان داده است که این رویکرد می‌تواند به‌صورت انعطاف‌پذیر برای مشکلات رفتاری و سازگاری کودکان به کار رود (Remey, 2024).

از منظر فرایند درمان، یکی از دلایل احتمالی اثربخشی مداخله حاضر، استفاده از بازی به‌عنوان زبان طبیعی کودک است. برخلاف درمان‌های صرفاً کلامی که ممکن است برای کودکان کم‌سن یا دارای مشکلات رفتاری دشوار و خسته‌کننده باشد، بازی‌درمانی شناختی-رفتاری مفاهیم درمانی را در قالب تجربه، حرکت، نماد، تعامل و نقش‌آفرینی منتقل می‌کند. چنین ویژگی‌ای به‌ویژه برای کودکانی اهمیت دارد که در بیان مستقیم احساسات خود دشواری دارند. افزون بر این، استفاده از نقش‌آفرینی و بازی‌های گروهی می‌تواند فرصت تمرین رفتارهای اجتماعی، خودابرازی، رعایت نوبت، همکاری و حل تعارض را فراهم کند. این مسئله با شواهدی همخوان است که نشان می‌دهد ترکیب فنون شناختی-رفتاری با فعالیت‌های نقش‌آفرینی و بازی می‌تواند در افزایش مشارکت درمانی و کاهش نشانه‌های اضطرابی و اجتماعی مؤثر باشد (Varrette et al., 2023). بنابراین، به نظر می‌رسد ماهیت فعال، تجربی و کودک‌محور بازی‌درمانی شناختی-رفتاری یکی از عوامل مهم موفقیت آن در پژوهش حاضر بوده است.

از زاویه‌ای گسترده‌تر، یافته‌های پژوهش حاضر با رویکردهای نوین مداخله در اختلالات رفتاری همسو است؛ رویکردهایی که بر ضرورت درمان مبتنی بر شواهد، ارزیابی چندبعدی و توجه به هم‌زمانی مشکلات هیجانی و رفتاری تأکید دارند. تجربه‌های جدید در طبقه‌بندی اختلالات و

مقوله‌های بالینی نشان می‌دهد که اختلالات روان‌شناختی کودکان و نوجوانان باید در ارتباط با زمینه تحولی، عوامل محیطی و نشانه‌های همایند بررسی شوند (Reed et al., 2022). همچنین، دستورالعمل‌های بالینی در حوزه اختلالات رفتاری مرتبط با خواب نشان می‌دهند که برای مدیریت نشانه‌های رفتاری، اتکا به ارزیابی دقیق، راهبردهای مداخله‌ای روشن و پیگیری بالینی اهمیت اساسی دارد (Howell et al., 2023). اگرچه حوزه اختلال رفتار خواب REM با موضوع پژوهش حاضر تفاوت دارد، اما از نظر تأکید بر ضرورت مداخلات مبتنی بر شواهد و توجه به چندبعدی بودن نشانه‌های رفتاری، با منطق پژوهش حاضر قابل ارتباط است. در مجموع، یافته‌های این پژوهش نشان می‌دهد که بازی درمانی شناختی-رفتاری می‌تواند به‌عنوان مداخله‌ای ساختاریافته و متناسب با ویژگی‌های رشدی کودکان، برای کاهش نارسایی هیجانی و مشکلات رفتاری مورد استفاده قرار گیرد.

در نهایت، می‌توان گفت اثربخشی بازی درمانی شناختی-رفتاری در پژوهش حاضر احتمالاً حاصل تعامل چند سازوکار درمانی بوده است: افزایش آگاهی هیجانی، تقویت توانایی بیان احساسات، کاهش سبک تفکر عینی، آموزش آرام‌سازی، تمرین حل مسئله، تقویت همکاری، بهبود خودآگاهی، افزایش ابراز وجود و تعمیم مهارت‌های آموخته‌شده به موقعیت‌های روزمره. این سازوکارها با هم موجب می‌شوند کودک بتواند به جای واکنش‌های تکانشی و ناسازگارانه، پاسخ‌های شناختی و رفتاری مناسب‌تری انتخاب کند. بنابراین، یافته‌های پژوهش حاضر ضمن تأیید اهمیت مداخله زودهنگام در کودکان دارای اختلال رفتاری، نشان می‌دهد که پرداختن هم‌زمان به ابعاد هیجانی و رفتاری می‌تواند اثربخشی درمان را افزایش دهد و زمینه بهبود پایدارتر در عملکرد کودک را فراهم سازد.

از جمله محدودیت‌های پژوهش حاضر می‌توان به حجم نسبتاً کم نمونه، استفاده از نمونه‌گیری هدفمند و محدود بودن شرکت‌کنندگان به کودکان ۱۰ تا ۱۲ سال مراجعه‌کننده به مراکز مشاوره تحت نظارت بهزیستی شهر کرج اشاره کرد. این ویژگی‌ها می‌تواند تعمیم‌پذیری یافته‌ها را به سایر گروه‌های سنی، مناطق جغرافیایی، بافت‌های فرهنگی و کودکان دارای شدت‌های متفاوت اختلال رفتاری محدود سازد. همچنین، اتکای بخشی از داده‌ها به گزارش والدین ممکن است تحت تأثیر سوگیری پاسخ‌دهی، برداشت ذهنی والدین یا تمایل آنان به مطلوب‌نمایی قرار گرفته باشد. محدودیت دیگر آن است که پژوهش حاضر فاقد دوره پیگیری طولانی‌مدت بود؛ بنابراین، درباره پایداری اثرات مداخله در ماه‌ها یا سال‌های بعد نمی‌توان با قطعیت اظهار نظر کرد.

پیشنهاد می‌شود در پژوهش‌های آینده از نمونه‌های بزرگ‌تر و متنوع‌تر استفاده شود و کودکان از گروه‌های سنی مختلف، مدارس، کلینیک‌ها و بافت‌های فرهنگی متفاوت وارد مطالعه شوند تا امکان تعمیم نتایج افزایش یابد. همچنین، انجام مطالعات طولی با دوره‌های پیگیری سه‌ماهه، شش‌ماهه و یک‌ساله می‌تواند به روشن‌تر شدن پایداری اثرات بازی درمانی شناختی-رفتاری کمک کند. پیشنهاد می‌شود پژوهش‌های بعدی این مداخله را با سایر رویکردهای درمانی مانند آموزش والدین، درمان مبتنی بر دلبستگی، آموزش مهارت‌های اجتماعی یا درمان‌های تنظیم هیجان مقایسه کنند. همچنین، بررسی نقش متغیرهای میانجی و تعدیل‌گر مانند سبک فرزندپروری، کیفیت رابطه والد-کودک، شدت اولیه مشکلات رفتاری، جنسیت، وضعیت اقتصادی-اجتماعی و میزان مشارکت والدین می‌تواند به فهم دقیق‌تر سازوکارهای اثرگذاری مداخله کمک کند.

از نظر کاربردی، پیشنهاد می‌شود مراکز مشاوره کودک، کلینیک‌های روان‌شناسی، مدارس و مراکز خدمات سلامت روان از بازی درمانی شناختی-رفتاری به‌عنوان رویکردی ساختاریافته و متناسب با ویژگی‌های رشدی کودکان دارای اختلال رفتاری استفاده کنند. آموزش درمانگران کودک در زمینه اجرای دقیق پروتکل‌های بازی درمانی شناختی-رفتاری، طراحی اتاق بازی مناسب، استفاده از فعالیت‌های نقش‌آفرینی، آموزش بیان هیجان، تمرین آرام‌سازی و حل مسئله می‌تواند کیفیت اجرای مداخله را افزایش دهد. همچنین، مشارکت والدین و معلمان در فرایند درمان توصیه می‌شود تا مهارت‌های آموخته‌شده کودک تنها به فضای درمان محدود نشود و در خانه و مدرسه نیز تقویت گردد. اجرای برنامه‌های پیشگیرانه مبتنی بر بازی، آموزش هیجان و مهارت‌های رفتاری در مدارس می‌تواند به کاهش زودهنگام مشکلات رفتاری و ارتقای سازگاری اجتماعی کودکان کمک کند.

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.

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

Childhood is a decisive developmental period in which emotional regulation, behavioral self-control, interpersonal adjustment, and early patterns of social functioning are formed. Emotional and behavioral disorders in children are not limited to visible disruptive behaviors, but often include complex patterns of emotional dysregulation, social maladjustment, anxiety, impulsivity, aggression, withdrawal, and difficulty in adaptive communication. Children with behavioral disorders may experience persistent problems in home, school, and peer contexts, and these problems can negatively influence academic performance, family relationships, peer acceptance, and later psychological development. Contemporary perspectives on emotional and behavioral disorders emphasize that such difficulties should be understood as multidimensional developmental problems involving behavioral manifestations, emotional processes, family context, and environmental stressors (Landrum, 2024). Evidence also indicates that children exposed to adverse or unstable caregiving environments are at increased risk for mental health and behavioral difficulties, highlighting the importance of early and structured psychological intervention (Engler et al., 2022).

One construct that may explain part of the emotional basis of behavioral problems in children is alexithymia. Alexithymia refers to difficulty identifying feelings, difficulty describing feelings, limited emotional

awareness, and a tendency toward externally oriented thinking. Children with high alexithymia may fail to recognize internal emotional states and may express distress through maladaptive behaviors rather than verbal communication. This is clinically important because emotional unawareness can intensify impulsive, aggressive, avoidant, or oppositional responses. Alexithymia in children and adolescents has been discussed as a developmental and psychosomatic problem that can interfere with emotional expression, family communication, and psychological adaptation (O'Malley, 2023). Research has also shown that alexithymia is related to emotion regulation problems and sleep difficulties in school-aged children, suggesting that weak emotional processing may be associated with broader psychological and behavioral dysfunction (Hashem et al., 2023). Moreover, meta-analytic evidence has linked childhood maltreatment with alexithymia, indicating that emotional processing deficits may emerge or intensify in adverse developmental contexts (Ditzer et al., 2023).

Behavioral problems in childhood often include both internalizing and externalizing dimensions. Internalizing problems may appear as anxiety, withdrawal, sadness, somatic complaints, or emotional inhibition, whereas externalizing problems may include aggression, rule-breaking, oppositional behaviors, and impulsivity. Studies have shown that behavioral problems frequently co-occur with anxiety, reduced self-esteem, learning difficulties, and broader psychosocial maladjustment in children and adolescents (Zuppardo et al., 2023). In diagnostic and clinical frameworks, childhood behavioral problems are increasingly examined in relation to developmental context, comorbidity, and functional impairment rather than as isolated behavioral symptoms (Reed et al., 2022). Clinical guidelines in related behavioral domains also show the importance of structured, evidence-based assessment and intervention when behavioral dysregulation affects functioning (Howell et al., 2023).

Cognitive-behavioral play therapy is a developmentally appropriate intervention that integrates cognitive-behavioral principles with the natural language of children: play. Through play, children can express emotions, rehearse adaptive behaviors, learn problem-solving, practice self-control, and explore alternative responses to distressing situations. Cognitive-behavioral approaches have demonstrated value in child and adolescent emotional problems, particularly through techniques such as psychoeducation, cognitive restructuring, relaxation, coping skills training, and behavioral rehearsal (Nicoara et al., 2023). When these techniques are delivered through play-based activities, they may become more accessible and engaging for children who have limited verbal expression or resistance to direct instruction. Previous findings have supported the effectiveness of cognitive-behavioral play therapy in improving attention, concentration, and social adjustment in children (Mehrafza et al., 2022). Case-based evidence has also shown that cognitive-behavioral play therapy can be flexibly applied to children experiencing behavioral and adjustment difficulties (Remey, 2024). Furthermore, interventions that use role-playing and game-based cognitive-behavioral methods can increase active participation and provide opportunities for practicing social and emotional skills in structured contexts (Varrette et al., 2023). Systematic evidence on disruptive behavior disorders also supports the importance of psychological interventions that target maladaptive behavioral patterns and related emotional processes (Perlstein et al., 2023). Therefore, the present study aimed to determine the effectiveness of cognitive-behavioral play therapy on alexithymia and behavioral problems in children with behavioral disorders.

Methods and Materials

This study was conducted using a quasi-experimental pretest-posttest design with a control group. The statistical population consisted of 10- to 12-year-old children with behavioral disorders and one of their parents who referred to counseling centers supervised by the Welfare Organization in Karaj from July to December 2025. The children had received a diagnosis of behavioral disorder from child psychologists or child psychiatrists. In the first stage, 50 children with diagnosed behavioral disorders were identified and screened using the parent version of the Rutter Children's Behavioral Disorder Questionnaire and the Goodenough

Draw-a-Man Test. From this group, 30 children who obtained a score higher than 10 on the Rutter questionnaire and an intelligence quotient higher than 90 on the Goodenough test were selected through purposive sampling. The participants were then randomly assigned to the experimental and control groups. The inclusion criteria were parental consent to participate, child age between 10 and 12 years, having a clinical file and diagnosis of behavioral disorder in welfare-supervised counseling and psychological service centers, normal intellectual functioning based on the Goodenough test, obtaining a score between 10 and 40 on the parent version of the Rutter Children's Behavioral Disorder Questionnaire, and having at least one parent with a bachelor's degree or higher. The exclusion criteria were withdrawal of consent and absence from more than two intervention sessions.

The data collection instruments included the parent version of the Rutter Children's Behavioral Disorder Questionnaire, the Goodenough Draw-a-Man Test, the Toronto Alexithymia Scale for Children and Adolescents, and the Achenbach Child Behavior Checklist. The Rutter questionnaire was used to assess behavioral disorder symptoms, while the Goodenough test was used for screening intellectual functioning. The Toronto Alexithymia Scale assessed total alexithymia and its components, including difficulty identifying feelings, difficulty describing feelings, and externally oriented thinking. The Achenbach Child Behavior Checklist was used to assess total behavioral problems, internalizing problems, and externalizing problems.

The cognitive-behavioral play therapy intervention was implemented in eight 60-minute sessions by the researcher. The intervention included introductory activities, establishment of a friendly therapeutic environment, psychoeducation about emotions, training in emotional expression, recognition of physiological signs of anger and frustration, group play to promote cooperation, identification of appropriate and inappropriate behaviors, training in gratitude and prosocial behavior, daily decision-making, problem-solving, consultation with parents and adults, relaxation training, anger and frustration management, self-awareness, assertiveness, and generalization of learned skills to everyday situations. The control group did not receive the intervention during the study period. Data were analyzed using descriptive statistics, assumption testing, multivariate analysis of covariance, and follow-up univariate covariance analyses. The significance level was set at 0.05.

Findings

Descriptive results showed that the experimental and control groups were relatively similar at pretest in alexithymia, behavioral problems, and their components. In the experimental group, the mean score of alexithymia decreased from 52.46 at pretest to 33.58 at posttest, whereas in the control group it changed from 51.93 to 50.08. Difficulty identifying feelings decreased in the experimental group from 18.64 to 11.73, while the control group changed from 18.46 to 17.31. Difficulty describing feelings decreased in the experimental group from 13.31 to 8.40, whereas the control group changed from 12.22 to 12.74. Externally oriented thinking decreased in the experimental group from 20.51 to 13.45, while the control group changed from 21.25 to 20.75. For behavioral problems, the mean score of total behavioral problems in the experimental group decreased from 156.08 at pretest to 116.87 at posttest, whereas the control group changed from 148.98 to 153.05. Internalizing problems decreased in the experimental group from 55.64 to 29.72, while the control group changed from 57.11 to 56.95. Externalizing problems decreased in the experimental group from 48.82 to 32.12, whereas the control group changed from 49.20 to 51.24.

Before conducting the main inferential analyses, statistical assumptions were examined. The results of the Kolmogorov-Smirnov and Shapiro-Wilk tests confirmed the normal distribution of the study variables. The interaction between the independent variable and the pretest was not significant for alexithymia or behavioral problems, confirming the assumption of homogeneity of regression slopes. Box's M test was not significant, indicating homogeneity of variance-covariance matrices. Levene's test was also not significant for alexithymia and behavioral problems, confirming homogeneity of variances.

The multivariate test based on Wilks' Lambda showed that the combined effect of cognitive-behavioral play therapy on the dependent variables was statistically significant (Wilks' Lambda=0.75, $F=46.77$, $p=0.000$, $\eta^2=0.61$). The results of univariate covariance analyses showed that the intervention had a significant effect on total alexithymia ($F=149.85$, $p=0.000$, $\eta^2=0.87$). Significant effects were also found for difficulty identifying feelings ($F=32.07$, $p=0.000$, $\eta^2=0.65$), difficulty describing feelings ($F=47.35$, $p=0.000$, $\eta^2=0.74$), and externally oriented thinking ($F=12.67$, $p=0.003$, $\eta^2=0.46$). These findings indicate that cognitive-behavioral play therapy significantly reduced alexithymia and its components in children with behavioral disorders.

The results also showed that cognitive-behavioral play therapy had a significant effect on total behavioral problems ($F=11.37$, $p=0.004$, $\eta^2=0.40$). In addition, the intervention significantly reduced internalizing problems ($F=12.33$, $p=0.003$, $\eta^2=0.43$) and externalizing problems ($F=17.14$, $p=0.001$, $\eta^2=0.52$). Based on the effect sizes, the intervention explained 87% of the variance in total alexithymia, 65% in difficulty identifying feelings, 74% in difficulty describing feelings, 46% in externally oriented thinking, 40% in total behavioral problems, 43% in internalizing problems, and 52% in externalizing problems.

Discussion and Conclusion

The findings of this study indicated that cognitive-behavioral play therapy was effective in reducing alexithymia and behavioral problems among children with behavioral disorders. The reduction in alexithymia suggests that the intervention helped children recognize, label, and express their emotional experiences more effectively. Because children with behavioral disorders often express distress through impulsive or maladaptive behaviors rather than verbal emotional communication, improving emotional awareness can reduce the need for behavioral discharge. The play-based format likely allowed children to explore emotions in a safe, symbolic, and developmentally appropriate environment. Through psychoeducation, emotional expression exercises, role-playing, and relaxation training, children learned to connect bodily sensations, feelings, thoughts, and behaviors, which may explain the reduction in difficulty identifying and describing feelings.

The decrease in behavioral problems can also be explained by the behavioral and cognitive components of the intervention. Children practiced cooperation, rule-following, problem-solving, anger control, assertiveness, and adaptive responses to frustration. These skills directly target the mechanisms underlying externalizing behaviors such as aggression, impulsivity, and rule-breaking. At the same time, the intervention reduced internalizing problems by providing a supportive environment in which children could express fears, worries, and emotional discomfort. Thus, cognitive-behavioral play therapy appears to affect both overt behavioral symptoms and underlying emotional dysregulation.

Overall, the results support the use of cognitive-behavioral play therapy as a structured, child-centered, and developmentally appropriate intervention for children with behavioral disorders. By integrating emotional awareness, cognitive restructuring, relaxation, social skills training, and behavioral rehearsal within play activities, this approach can help children develop more adaptive patterns of emotional and behavioral functioning. The findings suggest that early intervention using cognitive-behavioral play therapy may reduce alexithymia, improve self-regulation, decrease internalizing and externalizing problems, and promote healthier social and emotional adjustment in children with behavioral disorders.

فهرست منابع

References

- Ditzer, J., Wong, E. Y., Modi, R. N., Behnke, M., Gross, J. J., & Talmon, A. (2023). Child Maltreatment and Alexithymia: A Meta-Analytic Review. *Psychological bulletin*, 149(5-6), 311. <https://doi.org/10.1037/bul0000391>

- Engler, A. D., Sarpong, K. O., Van Horne, B. S., Greeley, C. S., & Keefe, R. J. (2022). A Systematic Review of Mental Health Disorders of Children in Foster Care. *Trauma, Violence, & Abuse*, 23(1), 255-264. <https://doi.org/10.1177/1524838020941197>
- Hashem, M. M., Abdalla, A. A., Mohamed, A. M., Mohamed, L. A., & Ahmed, G. K. (2023). The Relationship Between Alexithymia, Emotion Regulation, and Sleep Problems in School-Aged Children: A Multicentric Study. *Sleep Medicine*, 112, 39-45. <https://doi.org/10.1016/j.sleep.2023.09.032>
- Howell, M., Avidan, A. Y., Foldvary-Schaefer, N., Malkani, R. G., During, E. H., Roland, J. P., & Ramar, K. (2023). Management of REM Sleep Behavior Disorder: An American Academy of Sleep Medicine Clinical Practice Guideline. *Journal of Clinical Sleep Medicine*, 19(4), 759-768. <https://doi.org/10.5664/jcsm.10424>
- Landrum, T. J. (2024). Emotional and Behavioral Disorders. In *Handbook of Special Education* (pp. 301-326). Routledge. <https://doi.org/10.4324/9781003302766-15>
- Mehrafza, M., Nakhostin Goldoost, A., & Kiamarsi, A. (2022). The Effectiveness of Cognitive-Behavioral Play Therapy on Attention and Concentration and Social Adjustment of Students with Intellectual Disability. *Journal of Scientific Education and Evaluation*, 15(58), 67-87.
- Nicoara, N. D., Marian, P., Petris, A. O., Delcea, C., & Manole, F. (2023). A Review of the Role of Cognitive-Behavioral Therapy on Anxiety Disorders of Children and Adolescents. *Pharmacophore*, 14(4), 35-39. <https://doi.org/10.51847/IKULo5pB1T>
- O'Malley, P. (2023). Alexithymia in Children/Adolescents and Psychosomatic Families. In *Handbook of Mind/Body Integration in Child and Adolescent Development* (pp. 157-166). Springer International Publishing. https://doi.org/10.1007/978-3-031-18377-5_11
- Perlstein, S., Fair, M., Hong, E., & Waller, R. (2023). Treatment of Childhood Disruptive Behavior Disorders and Callous-Unemotional Traits: A Systematic Review and Two Multilevel Meta-Analyses. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 64(9), 1372-1387. <https://doi.org/10.1111/jcpp.13774>
- Reed, G. M., First, M. B., Billieux, J., Cloitre, M., Briken, P., Achab, S., & Bryant, R. A. (2022). Emerging Experience with Selected New Categories in the ICD-11: Complex PTSD, Prolonged Grief Disorder, Gaming Disorder, and Compulsive Sexual Behaviour Disorder. *World Psychiatry*, 21(2), 189-213. <https://doi.org/10.1002/wps.20960>
- Remey, L. (2024). ADHD and COVID-19: Cognitive Behavioral Play Therapy with an African American Child. In *Contemporary Case Studies in Clinical Mental Health for Children and Adolescents* (pp. 61-75). <https://doi.org/10.5040/9798216425885.ch-005>
- Varrette, M., Berkenstock, J., Greenwood-Ericksen, A., Ortega, A., Michaels, F., Pietrobon, V., & Schodorf, M. (2023). Exploring the Efficacy of Cognitive Behavioral Therapy and Role-Playing Games as an Intervention for Adults with Social Anxiety. *Social Work With Groups*, 46(2), 140-156. <https://doi.org/10.1080/01609513.2022.2146029>
- Zuppardo, L., Serrano, F., Pirrone, C., & Rodriguez-Fuentes, A. (2023). More than Words: Anxiety, Self-Esteem, and Behavioral Problems in Children and Adolescents with Dyslexia. *Learning Disability Quarterly*, 46(2), 77-91. <https://doi.org/10.1177/07319487211041103>