

## اثربخشی گروه درمانی رابطه والد- کودک بر پرخاشگری کودکان پیش دبستانی

تاریخ دریافت: ۹۰/۷/۱۲

تاریخ پذیرش: ۹۰/۱۰/۲۱

مجتبی رجب‌پور\*، شاهرخ مکوندحسینی\*\*، پروین رفیعی‌نیا\*\*\*

### چکیده

**مقدمه:** با توجه به اینکه پرخاشگری پیامدهای زیانباری برای خود کودک پرخاشگر و اطرافیان وی دارد، این پژوهش با هدف بررسی اثربخشی گروه درمانی رابطه والد- کودک بر پرخاشگری کودکان پیش دبستانی انجام شد.

**روش:** در یک طرح شبه آزمایشی با پیش‌آزمون- پس‌آزمون توأم با گروه کنترل، تعداد ۴۵ کودک پرخاشگر (۲۵ پسر و ۲۰ دختر) با استفاده از روش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب شده و والدین آنها، پس از موافقت با شرکت در پژوهش، به صورت تصادفی به دو گروه آزمایش و گواه تقسیم شدند. به منظور سنجش پرخاشگری کودکان، مریبان مهد کودک‌های آنان پرسشنامه پرخاشگری پیش دبستانی را تکمیل نمودند. والدین در ۱۰ جلسه، گروه درمانی رابطه والد- کودک را بر اساس دستور العمل لندرت و براتون دریافت نمودند. پس از اتمام جلسات درمان، به منظور سنجش پرخاشگری از مریبان مهد پس‌آزمون و نیز پس از یک ماه آزمون پیگیری به عمل آمد. داده‌ها با استفاده از آزمون تحلیل کواریانس مورد تحلیل قرار گرفتند.

**یافته‌ها:** با توجه به یافته‌های به دست آمده از تحلیل کواریانس، گروه درمانی رابطه والد- کودک منجر به کاهش معنادار پرخاشگری فیزیکی- تهاجمی و کلامی- تهاجمی در گروه آزمایشی در مقایسه با گروه گواه گردیده اما باعث کاهش معنادار پرخاشگری رابطه‌ای در پی جلسات درمان در گروه آزمایشی در مقایسه با گروه گواه نشده است.

**نتیجه‌گیری:** گروه درمانی رابطه والد- کودک، با آموزش مهارت‌های فرزند پروری در کاهش پرخاشگری کلامی و فیزیکی کودکان پیش دبستانی مؤثر است. با این وجود، گروه درمانی رابطه والد- کودک طی یک دوره درمانی ۱۰ جلسه‌ای برای کاهش پرخاشگری رابطه‌ای کودکان کافی نیست. این امر لزوم طراحی یک مداخله جامع و مناسب برای کاهش انواع پرخاشگری را یادآور می‌سازد.

**واژه‌های کلیدی:** رابطه والد- کودک، پرخاشگری آشکار، پرخاشگری رابطه‌ای، گروه درمانی

mj\_rajabpour@yahoo.com

\* نویسنده مسئول: کارشناسی ارشد روان‌شناسی بالینی دانشگاه سمنان، سمنان، ایران

shmakvand@yahoo.com

\*\* استادیار، گروه روان‌شناسی دانشگاه سمنان، سمنان، ایران

parvin\_rafienia@yahoo.com

\*\*\* استادیار، گروه روان‌شناسی دانشگاه سمنان، سمنان، ایران

## مقدمه

خشم و پرخاشگری از شایع‌ترین مشکلات کودکان و نوجوانان و از دلایل مهم ارجاع آنها به مراکز مشاوره و روان‌درمانی است [۱، ۲، ۳، ۴]. پرخاشگری را می‌توان به عنوان رفتاری تعریف کرد که منجر به آسیب یا صدمه زدن به دیگران می‌شود [۵]. یکی از انواع پرخاشگری که در اوایل سال‌های پیش دبستانی پدیدار می‌شود پرخاشگری خصمانه<sup>۱</sup> است که شامل دو حالت پرخاشگری آشکار<sup>۲</sup> و رابطه‌ای<sup>۳</sup> می‌باشد [۶]. پرخاشگری آشکار- فیزیکی<sup>۴</sup> و کلامی<sup>۵</sup> شامل رفتارهای خصمانه نظیر زدن، هل دادن، لگزدن و نیز تهدید به انجام این اعمال به صورت کلامی است [۴]. پرخاشگری رابطه‌ای، شکلی از پرخاشگری است که فرد پرخاشگر با هدف برهم زدن روابط دوستانه و بین فردی قربانی، اقدام به پخش شایعات یا بدگویی و وادار کردن افراد به قطع ارتباط با فرد می‌نماید و از این طریق باعث مزوی شدن او می‌گردد [۷]. مطالعات نشان داده‌اند که پسران در سنین پیش دبستانی، کودکی اولیه و میانه بیش از دختران از پرخاشگری فیزیکی استفاده می‌کنند [۸]. این تفاوت در بسیاری از گروه‌های اجتماعی اقتصادی مختلف و فرهنگ‌های گوناگون مشاهده شده است [۹]. با این حال، تاکنون یافته‌های متناقضی درباره تفاوت‌های جنسیتی از لحاظ شیوع پرخاشگری رابطه‌ای به دست آمده است [۴، ۷، ۱۰، ۱۱]. پرخاشگری در سال‌های اولیه زندگی باعث به وجود آمدن مشکلات بسیاری در قلمرو فردی و بین فردی زندگی کودک پرخاشگر از جمله خودپنداره ضعیف [۱۲]، طرد از سوی همسالان [۷]، عملکرد تحصیلی ضعیف [۱۳] و بسیاری مشکلات دیگر [۱۴، ۱۵، ۱۶، ۱۷] می‌شود. مطالعات همچنین بیانگر تداوم اشکال مختلف پرخاشگری در طول زمان و اثرگذاری آن بر جنبه‌های مختلف زندگی فردی و اجتماعی فرد در آینده می‌باشند [۱۸، ۱۹، ۲۰]. هر چند تاکنون پژوهش‌های بسیاری برای بررسی اثربخشی مداخلات درمانی مختلف بر پرخاشگری کودکان انجام گرفته است. اما اغلب این

پژوهش‌ها دارای محدودیت‌های اساسی هستند. بنابر گفته لِف<sup>۶</sup> و کریک<sup>۷</sup> [۲۱]. این محدودیت‌ها شامل تمرکز بیشتر بر پسران در مقایسه با دختران پرخاشگر، تمرکز بیشتر بر اشکال آشکار پرخاشگری در مقایسه با اشکال ظریف‌تر و ماهرانه‌تر آن مانند پرخاشگری رابطه‌ای و ارائه درمان‌هایی مدرسه محور می‌باشد. علاوه بر این، خانواده درمانی نیز با وجود اثربخشی بسیار بر مشکلات رفتاری کودکان، مستلزم صرف هزینه زیاد زمان و پول می‌باشد [۲۲]. توجه به این محدودیت‌ها، لزوم بکارگیری مداخلات جدید را نمایان می‌سازد. در انتخاب و کاربست این مداخلات بایستی عوامل خطر اولیه پرخاشگری را مورد توجه قرار داد؛ چرا که شناخت عوامل خطر اولیه منجر به دیدگاهی جامع‌تر نسبت به مسأله شده و انتخاب بهتر را میسر می‌سازد. ملاحظه ادبیات پژوهشی در این زمینه، نشانگر اهمیت محیط ابتدایی رشد کودک، بالاخص خانواده می‌باشد که تحقیقات در این زمینه بر نقش فعال رفتار والدینی، شیوه فرزند پروری و سبک‌های دلبستگی والدین و کودکان تأکید نموده و آنها را از عوامل تأثیر گذار بر پیدایش، افزایش و یا تعدیل پرخاشگری کودکان می‌دانند [۲۳، ۲۴، ۲۵، ۲۶، ۲۷]. در پژوهشی مشخص شد که بین فرزند پروری سخت و انضباط خشن مانند تنبیه بدنی با مشکلات پرخاشگری و رفتارهای برون ریزی شده فرزندان رابطه وجود دارد [۲۸]. اشکال منفی فرزند پروری اولیه و کنترل روانی والدین در پرخاشگری رابطه‌ای با همسالان مشارکت دارد [۱۱]. محققان برقراری محیطی گرم و صمیمی در خانواده و رابطه محبت آمیز بین والدین و فرزندان را عاملی در جهت کاهش پرخاشگری کودکان می‌دانند [۲۹، ۳۰، ۳۱، ۳۲]. از سوی دیگر، توجه به سطح رشد و توانایی شناختی کودک نیز در انتخاب و کاربست مداخلات پیشگیرانه و درمانی پرخاشگری دارای اهمیت است. طبق نظر پیاژه کودکان تا قبل از سن یازده سالگی توانایی شناختی برای تفکر انتزاعی را ندارند و تجربیات خود را در بازی نشان می‌دهند [۶]. پژوهشگران بازی درمانی را به عنوان شکلی از درمان متناسب با رشد و تحول کودک می‌دانند [۳۳]. گروه درمانی رابطه والد- کودک<sup>۸</sup> متمرکز بر بهبود رابطه والد و کودک از

- 1- hostile aggression
- 2- overt aggression
- 3- relational aggression
- 4- physical
- 5- verbal

6- Leff

7- Crick

8- Child-Parent Relationship Therapy

همدلا نه والدین با کودکان، افزایش پذیرش والدینی و نیز کاهش مشکلات رفتاری کودکان بدنبال اتمام جلسات درمان بود. در پژوهش دیگری آشکار شد که استفاده از آموزش بازی درمانی و مهارت‌های بهبود ارتباط به والدین دارای کودک مبتلا به بیماری مزمن بستری در بیمارستان، باعث کاهش استرس والدینی و کاهش مشکلات رفتاری کودکان می‌شود. یعنی آموزش مهارت‌های ارتباطی والد-کودک مشکلات رفتاری کودکان را بهبود داد [۳۷]. بدیهی [۳۸] اثربخشی این روش را در بهبود مشکلات رفتاری کودکان مبتلا به اختلال نقص توجه- بیش‌فعالی نشان داده است. فولی<sup>۳</sup>، هیگدان<sup>۴</sup> و وایت<sup>۵</sup> [۳۹] و کینزورثی<sup>۶</sup> و گرزای<sup>۷</sup> [۴۰] نیز با سنجش کیفی متغیرهای پژوهش، نتایج مداخلات خود را تحت عناوین «افزایش صمیمیت و اعتماد در رابطه والد-کودک»، «تغییر شیوه فرزند پروری»، «کاهش استرس والدینی» و «بهبود مشکلات رفتاری کودکان» گزارش نمودند. علاوه بر این، پژوهش‌های مختلف اثربخشی این روش درمانی بر کاهش مشکلات رفتاری و رفتارهای برون‌ریزی شده کودکان را در نقاط مختلف جهان از جمله آمریکا، کره و ترکیه نشان داده است [۴۱، ۴۲، ۴۳، ۴۴]. در این پژوهش‌ها مشخص گردید که گروه درمانی رابطه والد-کودک موجب افزایش دانش و اطلاعات و نیز اعتماد به نفس والدین در فرزند پروری می‌شود. همچنین ارتباط والد-کودک تقویت شده، روابط آنها مستحکم‌تر گردیده و موجب کاهش مشکلات رفتاری در میان شرکت‌کنندگان کودک می‌شود [۴۴]. با توجه به پیامدهای نامطلوب پرخاشگری در حال و آینده، عوارض مربوط به استفاده از دارو در روان‌پزشکی اطفال، هزینه‌های بالای روان‌درمانی کودکان و نیز فقدان پژوهش در مورد بررسی اثربخشی رابطه درمانی بر کاهش پرخاشگری کودکان پیش‌دستانی، مورد بررسی قرار گرفت. به بیان دیگر پژوهش حاضر با هدف بررسی تأثیر گروه درمانی رابطه والد-کودک بر پرخاشگری کودکان سنین قبل از دبستان و با تأکید بر پرخاشگری رابطه‌ای انجام شد.

طریق بازی بوده و بر این فرض استوار است که بهبود این رابطه موجب بهبود مشکلات رفتاری و عاطفی کودک گردیده و سلامت روان والد و کودک را تضمین می‌کند [۳۴]. بر طبق این دستورالعمل درمانی که توسط لندرت<sup>۱</sup> و براتون<sup>۲</sup> مطرح گردید والدین، به عنوان عامل درمانی، در جلسات درمانی می‌آموزند که چگونه محیطی گرم و صمیمی در خانه ایجاد نموده، رابطه‌ای غیر قضاوتی، نامشروط و اصیل با فرزند خود برقرار کرده و از این طریق باعث ایجاد احساس ایمنی در کودک خود گردند. بکارگیری این مهارت‌ها توسط والدین در بازی با کودکان موجب رشد منبع کنترل درونی کودکان می‌گردد [۳۵]. تفاوت اساسی گروه درمانی رابطه والد-کودک با بازی درمانی در این است که در اولی بر رابطه بین والد با کودک تأکید می‌شود اما دومی متمرکز بر رابطه بین مشاور یا بازی درمانگر و کودک است [۳۵]. یکی از جنبه‌های خاص درمان این است که به جای تأکید بر تغییر رفتار کودک، ادراک کودک در مورد والدین و رابطه والد-کودک تغییر کند. در این رویکرد، رفتار به عنوان عملکرد ادراک ملاحظه می‌شود. بنابراین، تغییر در ادراک باعث تغییر در رفتار خواهد گردید. علاوه بر این بر خلاف سایر مدل‌های آموزش والدین که راهبردهایی برای تغییر کودک تجویز می‌کنند، این رویکرد بر تغییر والد از طریق افزایش سودمندی و کارآمدی والدینی تمرکز می‌نماید. همچنین گروهی بودن جلسات باعث تسهیل شکستن موانع دفاعی و انزوای والدین می‌گردد [۳۵]. یکی دیگر از ویژگی‌های اصلی گروه درمانی رابطه والد-کودک این است که آموزش‌های آن متمرکز بر آینده است. به علاوه، در حالیکه اغلب مدل‌های آموزش والدین ریشه در روابط و رخداد‌های گذشته داشته و بر تصحیح رفتار گذشته کودک تأکید می‌کنند، رابطه درمانی بر آنچه کودک توانایی تبدیل شدن به آن را دارد تأکید می‌ورزد نه آنچه قبلاً انجام داده است. براتون و لندرت [۳۶] در پژوهشی به آموزش مهارت‌های بازی درمانی و بهبود رابطه به والدین ۴۳ خانواده تک‌والدی پرداختند که کودکان ۳ تا ۷ ساله خود را دارای مشکلات رفتاری می‌دانستند. یافته‌های پژوهش آنها نشانگر افزایش معنادار تبادلات

3- Foley

4- Higdon

5- White

6- Kinsworthy

7- Garza

1- Landreth

2- Bratton

## روش

**طرح پژوهش:** پژوهش حاضر، یک طرح شبه آزمایشی با پیش‌آزمون، پس‌آزمون است که در آن از دو گروه آزمایش و گواه استفاده می‌شود. در این طرح، گروه آزمایشی که شامل کودکان پرخاشگری است که والدین آنها ۱۰ جلسه آموزش والدین بر اساس دستورالعمل لندرت و براتون را دریافت می‌کند با گروه گواهی که هیچ مداخله‌ای را دریافت نکرده و در فهرست انتظار قرار دارند، مورد مقایسه قرار می‌گیرد.

**آزمودنیها:** جامعه پژوهش حاضر را تمامی کودکان ۴-۶ ساله در مهد کودک‌های شهر سمنان در سال تحصیلی ۸۹-۹۰ تشکیل دادند. نمونه‌گیری پژوهش در مرحله انتخاب آزمودنیها به صورت هدفمند و در مرحله جایگزینی در گروه‌های آزمایش و گواه به صورت تصادفی انجام شد. بدین صورت که ابتدا مقیاس پرخاشگری پیش‌دبستانی در تمامی مهد کودک‌های شهر سمنان توزیع و ۵۶ کودک پرخاشگر که نمره آنها در پرسشنامه پرخاشگری پیش‌دبستانی یک انحراف معیار بالاتر از میانگین بود، طبق نظر مربی شناسایی و مادران آنها برای شرکت در تحقیق دعوت شدند. ۴۶ مادر، با احراز ملاک‌های ورود به پژوهش، به صورت تصادفی در دو گروه ۲۳ نفره آزمایش و گواه قرار گرفتند. در پایان، اطلاعات یکی از شرکت‌کنندگان گروه کنترل به دلیل ریزش از تحلیل نهایی حذف شد. ملاک‌های ورود به پژوهش شامل توان ذهنی نرمال و عدم سابقه روان‌پزشکی کودکان و نیز عدم جدایی مادر و پدر بود. ملاک‌های خروج از پژوهش نیز شامل غیبت بیش از دو جلسه مادر در جلسات مشاوره گروهی و عدم حضور کودک در مهد کودک تا پایان دوره درمان و مرحله پیگیری بود.

## ابزار:

مقیاس پرخاشگری پیش‌دبستانی: این مقیاس یک پرسشنامه ۴۳ سؤالی با مقیاس رتبه‌بندی لیکرت، برای ارزیابی پرخاشگری جسمانی، رابطه‌ای و واکنشی-کلامی کودکان پیش‌دبستانی است. این پرسشنامه برای اولین بار در سال ۱۳۸۷ توسط واحدی، فتحی‌آذر، حسینی نسب و مقدم با بهره‌گیری از پرسشنامه پرخاشگری کودکان دبستانی شهیم و پرسشنامه پرخاشگری اهواز به منظور

سنجش ابعاد مختلف پرخاشگری در کودکان سنین پیش‌دبستانی طراحی گردید. این پرسشنامه که توسط مربی یا والدین کودک تکمیل می‌گردد شامل یک نمره کلی و چهار زیرمقیاس: الف) پرخاشگری کلامی-تهاجمی، ب) پرخاشگری فیزیکی-تهاجمی، ج) پرخاشگری رابطه‌ای و د) خشم تکانشی می‌باشد که در پژوهش حاضر، با توجه به هدف تحقیق، از سه زیرمقیاس اول استفاده شد. نمره دهی این پرسشنامه در یک مقیاس لیکرتی ۵ درجه‌ای اصلاً=۰، به ندرت=۱، یک بار در ماه=۲، یک بار در هفته=۳، اغلب روزها=۴ می‌باشد که نمره هر زیرمقیاس از جمع نمره سؤال‌های مربوطه و نمره کل از جمع تمامی زیرمقیاس‌ها حاصل می‌گردد. همچنین نقطه برش در انتخاب افراد پرخاشگر بر اساس این پرسشنامه، دو انحراف معیار بالاتر از میانگین است. ضریب اعتبار آلفای کرونباخ در کل مقیاس ۰/۹۸ و در عامل‌های چهارگانه پرخاشگری کلامی-تهاجمی، فیزیکی-تهاجمی، رابطه‌ای و خشم تکانشی به ترتیب ۰/۹۳، ۰/۹۲، ۰/۹۴ و ۰/۸۸ به دست آمده است [۴۵]. در پژوهش حاضر نیز، ضریب اعتبار آلفای کرونباخ برای زیرمقیاس‌های پرخاشگری کلامی-تهاجمی، پرخاشگری فیزیکی-تهاجمی، پرخاشگری رابطه‌ای و نمره کل مقیاس پرخاشگری به ترتیب برابر با ۰/۷۹، ۰/۷۴، ۰/۷۴ و ۰/۸۴ به دست آمد.

**روند اجرای پژوهش:** روند اجرای پژوهش به این صورت بود که پس از انتخاب آزمودنیها و گمارش تصادفی آنها به دو گروه آزمایش و گواه، به منظور کارایی بهتر درمان، گروه آزمایش در دو گروه ۸ نفره و یک گروه ۷ نفره مجزا قرار گرفتند و در ۱۰ جلسه ۲ ساعته رابطه درمانی که به صورت هفتگی در یک مرکز مشاوره در سمنان برگزار گردید شرکت نمودند. افراد گروه کنترل هیچ آموزشی را دریافت نکردند و تنها در فهرست انتظار قرار گرفتند. در ابتدای درمان قوانین کلاس برای افراد توضیح داده شد و بر لزوم شرکت منظم و فعال در کلاس تأکید گردید. جلسات به صورتی برگزار می‌گردید که هم مبتنی بر محتوای آموزشی و هم حمایت گروهی بود. محقق هر هفته عناوین، مهارت‌ها و بحث‌های گروهی مربوط به مسائل فرزند پروری را بر اساس دستورالعمل گروه درمانی رابطه‌والد-کودک [۳۵] مطرح می‌نمود. علاوه بر این، والدین برای

و نیابدهای جلسات بازی، آموزش مهارت دادن حق انتخاب به کودک.

جلسه هفتم: بررسی گزارش والدین از جلسات بازی و نقد فیلم ویدئویی ضبط شده توسط آنها؛ حمایت و تشویق والدین در استفاده از مهارت‌ها؛ آموزش مهارت پاسخ‌های سازنده عزت نفس؛ ایفای نقش مهارت‌های تنظیم محدودیت، پاسخدهی انعکاسی، و پاسخ‌های سازنده عزت نفس.

جلسه هشتم: بررسی گزارش والدین از جلسات بازی و نقد فیلم ویدئویی ضبط شده توسط آنها؛ آموزش مهارت تشویق در برابر تحسین و ایفای نقش مربوط به آن.

جلسه نهم: بررسی گزارش والدین از جلسات بازی و نقد فیلم ویدئویی ضبط شده توسط آنها؛ حمایت و تشویق والدین در استفاده از مهارت‌های آموخته شده؛ آموزش مهارت تنظیم محدودیت پیشرفته و ایفای نقش مربوط به آن.

جلسه دهم: بررسی گزارش والدین از جلسات بازی و نقد فیلم ویدئویی ضبط شده توسط آنها؛ مرور اصول پایه گروه درمانی رابطه والد-کودک و مهارت‌های آموخته شده؛ آموزش چگونگی تعمیم مهارت‌ها به خارج از جلسه بازی.

جلسه یازدهم: بررسی استفاده موفقیت آمیز مهارت‌های آموخته شده بر اساس نظر والدین؛ گرفتن بازخورد از والدین در مورد جلسات درمان و تکنیک‌های ارائه شده.

داده‌های حاصل از پژوهش با استفاده از نرم‌افزار SPSS-17 مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت که ابتدا با استفاده از روش‌های آمار توصیفی، داده‌ها توصیف شدند و سپس با استفاده از روش‌های آماری استنباطی، تحلیل کواریانس چند متغیری، تفاوت‌های موجود بین گروه‌های آزمایش و گواه مورد بررسی قرار گرفتند. برای بررسی تفاوت دو گروه پژوهش، تأثیر نمرات پیش آزمون از روی نمرات پس آزمون و پیگیری برداشته شده و سپس دو گروه با توجه به نمرات باقیمانده مقایسه شدند.

#### یافته‌ها

از آنجایی که در این پژوهش بررسی تفاوت‌های گروهی کودکان پرخاشگر گروه آزمایش و گواه بر اساس سه متغیر وابسته همبسته صورت گرفت، و نیز از آنجا که اثر پیش آزمون نیز کنترل گردید، برای تحلیل داده‌ها از آزمون

درونی کردن مهارت‌های تازه آموخته شده، به صورت زنده به ایفای نقش می‌پرداختند. از هر کدام از والدین خواسته شد تا در فواصل جلسات یک جلسه بازی ۳۰ دقیقه‌ای با کودک مورد نظر، با بکارگیری مهارت‌ها و اطلاعات ارائه شده در جلسات اجرا و فیلمبرداری نموده و در جلسه بعد با خود به گروه بیاورند. پس از بازبینی فیلم‌های مورد نظر در گروه، بازخوردهای لازم به والدین ارائه می‌شد. در پایان دوره درمان، از مربیان مهد کودک‌ها پس آزمون به عمل آمده و برای سنجش تداوم اثر درمان، آزمون پیگیری پس از گذشت یک ماه از پایان درمان برگزار گردید. محتوای ۱۰ جلسه درمان به شرح ذیل می‌باشد:

جلسه اول: معرفی اعضا و درمانگر و توضیح روند کار و قوانین حاکم بر گروه؛ ارائه توضیحی مختصر در مورد گروه درمانی رابطه والد-کودک؛ بیان اهداف و مفاهیم ضروری و نیز آموزش مهارت پاسخدهی انعکاسی.

جلسه دوم: ایجاد جوی حمایت کننده و تسهیل ارتباط بین والدین؛ آماده سازی والدین برای اجرای جلسات بازی در منزل به وسیله مرور پاسخدهی انعکاسی؛ آشنا سازی والدین با اصول پایه جلسات بازی و اهمیت ایجاد ساختار برای جلسات بازی، انتخاب اسباب بازی و زمان و مکان مناسب برای جلسات بازی با کودک؛ ایفای نقش و نشان دادن مهارت‌های اساسی جلسات بازی.

جلسه سوم: توضیح در مورد بایدها و نیابدهای جلسه بازی؛ ایفای نقش بایدها و نیابدهای جلسه بازی؛ و ارائه فهرست فرایند جلسه بازی به والدین همراه با رهنمودهای تکمیلی.

جلسه چهارم: بررسی گزارش والدین از جلسه بازی با کودک؛ نقد فیلم ویدئویی تهیه شده توسط والدین از جلسات بازی مخصوص کودکان؛ آموزش مهارت تنظیم محدودیت به روش سه مرحله‌ای A-C-T؛ توضیح در مورد چرایی و اهمیت وضع قوانین و محدودیت‌ها؛ ایفای نقش مهارت تنظیم محدودیت.

جلسه پنجم: بررسی گزارش والدین از جلسات بازی و نقد فیلم ویدئویی ضبط شده توسط آنها؛ مرور مهارت تنظیم محدودیت و تمرین آن به صورت ایفای نقش.

جلسه ششم: بررسی گزارش والدین از جلسات بازی و نقد فیلم ویدئویی ضبط شده توسط آنها؛ تهیه پوستری از بایدها

است که بین متغیرهای وابسته همبستگی کافی وجود دارد. بنابراین استفاده از آزمون تحلیل کواریانس چند متغیری برای تحلیل داده‌های پژوهش حاضر منطقی به نظر می‌رسد.

تحلیل کواریانس چند متغیره استفاده شد. نتایج آزمون M باکس از لحاظ آماری معنادار نبود ( $F=0/94, P>0/05$ ) و این به معنای تأیید پیش فرض همگونی ماتریس‌های کواریانس می‌باشد. نتیجه آزمون کرویت بارتلت در پژوهش حاضر در سطح کوچکتر از  $0/001$  معنادار بود که بیانگر آن

جدول ۱) میانگین و انحراف معیار دو گروه در پرخاشگری کلامی، فیزیکی و رابطه‌ای

شاخص آماری گروه‌ها	نوع پرخاشگری	پیش آزمون		پس آزمون		پیگیری
		انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	میانگین	
گروه آزمایش	کلامی	۳۶/۳۰	۵/۴۶	۳۲/۸۲	۴/۴۳	۳/۸۶
	فیزیکی	۲۸/۵۲	۴/۷۰	۲۵/۹۱	۴/۰۳	۵/۱۴
	رابطه‌ای	۲۶/۴۷	۳/۴۲	۲۵/۸۲	۳/۲۷	۳/۲۵
گروه گواه	کلامی	۳۶/۳۶	۵/۵۶	۳۶/۴۵	۴/۹۸	۴/۸۳
	فیزیکی	۲۹/۵۹	۵/۴۶	۲۹/۹۵	۵/۲۱	۵/۱۷
	رابطه‌ای	۲۶/۴۰	۳/۳۶	۲۶/۳۱	۳/۲۵	۳/۱۱

(در گروه آزمایش  $28/52$  به  $25/91$  تقلیل یافته است در حالی که در گروه گواه  $29/59$  به  $29/95$  تبدیل شده است) در پس آزمون و پیگیری تفاوت برجسته‌ای دارد، ولی در پس آزمون و پیگیری متغیر پرخاشگری رابطه‌ای (در گروه آزمایش  $26/47$  با کاهش جزئی به  $25/82$  تبدیل شده است) تفاوت چندان بارز نیست (جدول ۱).

یافته‌های توصیفی شامل میانگین و انحراف معیار متغیرهای مورد مطالعه در پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری به تفکیک گروه آزمایش و گواه در جدول ۱ ارائه شده است. میانگین گروه آزمایشی با گروه گواه در متغیرهای پرخاشگری کلامی - تهاجمی (در گروه آزمایش  $36/30$  به  $32/82$  تقلیل یافته است در حالی که در گروه گواه  $36/36$  به  $36/45$  تبدیل شده است) و فیزیکی - تهاجمی

جدول ۲) آزمون تحلیل کواریانس چند متغیره

اثر	آماره	مقدار	F	معناداری	مجذور نسبی اتا	توان آماری
پس آزمون	اثر پیلایی	۰/۵۴۳	۱۵/۰۲	۰/۰۰۱	۰/۵۴۳	۱/۰۰۰
	لامبدای ویلکز	۰/۴۵۷	۱۵/۰۲	۰/۰۰۱	۰/۵۴۳	۱/۰۰۰
	اثر هاتلینگ	۱/۱۸۶	۱۵/۰۲	۰/۰۰۱	۰/۵۴۳	۱/۰۰۰
	بزرگترین ریشه روی	۱/۱۸۶	۱۵/۰۲	۰/۰۰۱	۰/۵۴۳	۱/۰۰۰
پیگیری	اثر پیلایی	۰/۱۸۷	۲/۹۲	۰/۰۴۶	۰/۱۸۷	۰/۶۴۸
	لامبدای ویلکز	۰/۸۱۳	۲/۹۲	۰/۰۴۶	۰/۱۸۷	۰/۶۴۸
	اثر هاتلینگ	۰/۲۳۱	۲/۹۲	۰/۰۴۶	۰/۱۸۷	۰/۶۴۸
	بزرگترین ریشه روی	۰/۲۳۱	۲/۹۲	۰/۰۴۶	۰/۱۸۷	۰/۶۴۸

نتایج تحلیل کواریانس در مورد تفاوت بین گروه آزمایش و گواه در هر یک از مؤلفه‌های پرخاشگری در پس آزمون و پیگیری در جدول ۳ آمده است.

با توجه به مقدار F و سطح معناداری شاخص‌های مانکوا در جدول (۲) نیز ملاحظه می‌شود که ترکیب خطی مؤلفه‌های پرخاشگری با توجه به تعلق گروهی تفاوت معنادار دارند.

جدول ۳) آزمون تحلیل کواریانس تک متغیره در مقیاس‌های پرخاشگری کلامی، فیزیکی و رابطه‌ای

معناداری	F	میانگین مجزورات	درجه آزادی	مجموع مجزورات	متغیرهای وابسته
۰/۰۰۱	۱۵/۹۵	۱۳۵/۹۷	۱	۱۳۵/۹۷	عدد ثابت
		۸/۵۲	۴۰	۳۴۰/۸۲	خطا
۰/۰۰۴	۹/۱۵	۱۵۷/۹۸	۱	۱۵۷/۹۸	عدد ثابت
		۱۷/۲۵	۴۰	۶۹۰/۱۴	خطا
۰/۰۰۱	۴۰/۵۹	۱۰۴/۹۴	۱	۱۰۴/۹۴	عدد ثابت
		۲/۵۸	۴۰	۱۰۳/۳۹	خطا
۰/۱۳۰	۲/۳۹	۵۲/۶۸	۱	۵۲/۶۸	عدد ثابت
		۲۱/۹۹	۴۰	۸۷۹/۷۶	خطا
۰/۲۰۹	۱/۶۳	۲/۸۵	۱	۲/۸۵	عدد ثابت
		۱/۷۵	۴۰	۷۰/۱۳	خطا
۰/۲۷۱	۱/۲۴	۱۰/۹۸	۱	۱۰/۹۸	عدد ثابت
		۸/۸۱	۴۰	۳۵۲/۷۷	خطا

یافته‌های پژوهش حاضر در راستای یافته پژوهش‌های قبلی [۳۶، ۳۹، ۴۰] مبنی بر اثربخشی گروه درمانی رابطه والد- کودک بر کاهش پرخاشگری کودکان می‌باشد. در تبیین این یافته می‌توان گفت که فضا و بافتار خشن خانواده و نیز فرزند پروری خشن باعث بروز و افزایش رفتار پرخاشگرانه و غیر مطیعانه در کودکان می‌گردد. بنابراین، طبیعی به نظر می‌رسد که با تغییر سبک فرزند پروری و بهبود بافتار خانواده و شیوه تعامل اعضا با یکدیگر و مخصوصاً بهبود تعامل والدین با کودک، شاهد کاهش رفتار پرخاشگرانه کودک باشیم. بین گروه آزمایشی و گواه در کاهش پرخاشگری کلامی- تهاجمی در پیگیری نیز تفاوت معناداری به لحاظ آماری وجود داشت که بیانگر این مطلب است که استفاده از روش گروه درمانی رابطه والد- کودک باعث کاهش معنادار پرخاشگری کلامی- تهاجمی در پیگیری یک ماهه در گروه آزمایشی در مقایسه با گروه گواه شده است. این یافته‌ها با یافته پژوهش‌های قبلی در این زمینه [۳۶، ۳۷، ۳۸] همسو است. به طور کلی این یافته‌ها را می‌توان اینگونه تفسیر نمود که درمان گروهی رابطه والد- کودک اثر دیرپایی بر کاهش پرخاشگری کلامی- تهاجمی کودک داشته و می‌تواند به بهبود نسبتاً پایداری در پرخاشگری کودکان منجر شود. اثربخشی درمان در طولانی مدت بیانگر تداوم فضای رو به بهبود ارتباطات درون خانوادگی و تغییر سبک فرزند پروری است که بنابر یافته‌های پژوهشی [۲۴، ۲۵، ۲۷] از علل زیربنایی

با توجه به جدول ۳ مشاهده می‌شود که در پرخاشگری کلامی- تهاجمی پس از آزمون، درمان تأثیر گذار بوده است ( $F=15/95$  و  $P<0/001$ ). از آنجایی که این تأثیر گذاری در پیگیری نیز معنادار است حکایت از آن می‌کند که تأثیر درمان در کاهش پرخاشگری کلامی- تهاجمی باقی مانده است ( $F=9/15$  و  $P<0/01$ ). همچنین، با توجه به جدول ملاحظه می‌شود که در پرخاشگری فیزیکی- تهاجمی، درمان در مرحله پس از آزمون مؤثر بوده ( $P<0/01$ ) و  $F=40/59$ ، اما این تأثیر گذاری در مرحله پیگیری تداوم نداشته است ( $F=2/39$  و  $P>0/05$ ). علاوه بر این، در پرخاشگری رابطه‌ای، درمان در پس از آزمون تأثیر گذار نبوده ( $F=1/63$  و  $P>0/05$ ) و در پیگیری نیز مؤثر نبوده است ( $F=1/24$  و  $P>0/05$ ).

#### بحث

پژوهش حاضر به منظور بررسی اثربخشی گروه درمانی رابطه والد- کودک بر کاهش اشکال مختلف پرخاشگری کودکان انجام گردید. بر اساس یافته‌های پژوهش حاضر، بین میانگین گروه‌های آزمایشی و کنترل در پرخاشگری کلامی- تهاجمی تفاوت معناداری به لحاظ آماری در پس از آزمون وجود دارد و استفاده از روش گروه درمانی رابطه والد- کودک باعث کاهش معنادار پرخاشگری کلامی- تهاجمی در گروه آزمایش در مقایسه با گروه گواه شده است. اگرچه مطالعه‌ای در مورد اثربخشی درمان‌های روان‌شناختی بر انواع مختلف پرخاشگری یافت نشد،

دخیل را یادآور شد. کودکان پرخاشگر رابطه‌ای در واقع به دلایل متعددی نظیر کوتاه بودن طول مدت درمان به درمان‌های روان‌شناختی کمتر پاسخ می‌دهند. یافته شهیم [۴] مبنی بر محبوبیت کودکان پرخاشگر رابطه‌ای نیز احتمالاً می‌تواند تبیین کننده عدم اثربخشی معنادار درمان در کوتاه مدت باشد. بین گروه آزمایشی و گواه در کاهش پرخاشگری رابطه‌ای در پیگیری نیز تفاوت معناداری وجود نداشت و گروه درمانی رابطه والد- کودک باعث کاهش معنادار پرخاشگری رابطه‌ای در پیگیری نشده است. در تبیین این یافته‌ها نیز می‌توان گفت که کودکان پرخاشگر رابطه‌ای به خاطر جایگاهی که در نتیجه نوع رفتار خود در میان همسالان دارند [۴] در برابر درمان‌های روان‌شناختی میان مدت مقاومتند ولی با توجه به سیر نزولی میانگین پرخاشگری رابطه‌ای در پس آزمون و سپس در پیگیری می‌توان احتمال دانست که تداوم درمان به مدت بیشتر می‌تواند اثرات مثبت‌تری بر جای بگذارد. نتایج نهایی پژوهش بر اثربخشی گروه درمانی رابطه والد- کودک در کاهش پرخاشگری فیزیکی و کلامی کودکان پیش دبستانی تأکید داشت ولی نتایج حاکی از آن بود که گروه درمانی رابطه والد- کودک برای کاهش پرخاشگری رابطه‌ای کودکان پیش دبستانی در یک دوره دو ماهه درمان ناکافی است که این موضوع، لزوم تداوم درمان و یا طراحی یک مداخله مناسب برای این مشکل رفتاری کودکان را یادآوری می‌کند. محدودیت زمانی دوره درمان و نیز دوره پیگیری، حجم نمونه پایین، عدم دستیابی مناسب به تحقیقات مرتبط و نیز عدم امکان سنجش پرخاشگری کودک در منزل از محدودیت‌های پژوهش حاضر بود که پیشنهاد می‌شود در پژوهش‌های بعدی، پژوهشگران برای رفع این محدودیت‌ها تلاش نمایند. همچنین، پیشنهاد می‌شود در پژوهش‌های آتی به مقایسه اثربخشی این مداخله با سایر مداخلات روان‌شناختی بر کاهش مشکلات رفتاری کودکان سنین مختلف پرداخته شود.

#### منابع

- 1- Goodwin T, Pacey K, Grace M. Children: Violence prevention in preschool settings. *J Child Adoles Psychiatric Nursing*. 2003; 16: 52-59.
- 2- Sukhodolsky DG, Kassinove H, Gorman BS. Cognitive-behavioral therapy for anger in children and adolescents: A meta-analysis. *Aggression and Viol Behav*. 2004; 9: 247-269.

پر خاشگری کودکان می‌باشند. بین گروه‌های آزمایشی و کنترل در مقیاس پس آزمون پر خاشگری فیزیکی- تهاجمی تفاوت معناداری به لحاظ آماری وجود داشت و گروه درمانی رابطه والد- کودک باعث کاهش معنادار این نوع پر خاشگری در گروه آزمایشی در مقایسه با گروه گواه شده است. این یافته با پژوهش‌های قبلی [۴۱، ۴۲، ۴۳، ۴۴] همسو است. یافته‌های این پژوهش به طور قابل توجهی حاکی از آن است که مهارت‌های ارائه شده در طی جلسات درمانی از قبیل گوش دادن انعکاسی، محدودیت گذاری درمانی، شناسایی و پاسخدهی به احساسات کودکان و نیز دادن حق انتخاب به کودکان به آنها می‌آموزد که احساسات و هیجانات خود را به صورتی قابل قبول ابراز نموده و خودکنترلی را در خود پرورش دهند. بین گروه آزمایشی و کنترل در کاهش پر خاشگری فیزیکی- تهاجمی در پیگیری تفاوت معناداری وجود نداشت و استفاده از گروه درمانی رابطه والد- کودک باعث کاهش معنادار پر خاشگری فیزیکی- تهاجمی در پیگیری یک ماهه در گروه آزمایشی در مقایسه با گروه گواه نشده است. این یافته‌ها با پژوهش‌های قبلی [۳۶، ۳۷، ۴۱] مبنی بر تداوم اثربخشی درمان بر کاهش پر خاشگری کودکان مغایرت دارد. به طور کلی این یافته‌ها را می‌توان اینگونه تفسیر نمود که مشکلات رفتاری و پر خاشگری کودکان سنین قبل از دبستان در برابر درمان‌ها و مداخلات کوتاه مدت مقاوم هستند و به احتمال زیاد تداوم درمان به مدت طولانی‌تری اثر ماندگارتری بر جای بگذارد. بین میانگین گروه آزمایشی و گواه در پس آزمون پر خاشگری رابطه‌ای تفاوت معناداری به لحاظ آماری وجود ندارد و استفاده از گروه درمانی رابطه والد- کودک باعث کاهش معنادار پر خاشگری رابطه‌ای در گروه آزمایشی در مقایسه با گروه گواه نشده است. اگرچه همان طور که قبلاً نیز گفته شد، پژوهش در مورد اثربخشی درمان روان‌شناختی بر پر خاشگری رابطه‌ای یافت نشد، اما می‌توان یافته‌های پژوهش حاضر را برخلاف یافته پژوهش‌های قبلی [۳۷، ۳۸، ۳۹، ۴۰] مبنی بر اثربخشی گروه درمانی رابطه والد- کودک بر کاهش مشکلات پر خاشگری کودکان دانست. در تبیین این یافته می‌توان به تفاوت ماهیت این نوع پر خاشگری در مقایسه با دیگر انواع پر خاشگری اشاره نموده [۴۶] و عمیق‌تر بودن سازوکارهای



- Evidence of two factors over time? *Child Dev.* 2003; 74: 1628-1638.
- 19- Broidy LM, Nagin DS, Tremblay RE, Bates JE, Brame B, Dodge KA, et al. Developmental trajectories of childhood disruptive behaviors and adolescent delinquency: A six-site, cross-national study. *Dev Psychol.* 2003; 39: 222-245.
- 20- Lee K, Baillargeon RH, Vermunt JK, Wu H, Tremblay RE. Age differences in the prevalence of physical aggression among 5-11-year-old Canadian boys and girls. *Aggressive Behav.* 2007; 33: 26-37.
- 21- Leff SS, Crick NR. Interventions for Relational Aggression: Innovative Programming and Next Steps in Research and Practice. *School Psychol Rev.* 2010; 39(4): 504-507.
- 22- Kinsworthy S, Garza Y. Filial Therapy with Victims of Family Violence: a Phenomenological Study. *J Fam Viol.* 2010; 25: 423-429.
- 23- Liu J. Early health risk factors for violence: Conceptualization, evidence, and implications. *Aggression and ViolBehav.* 2011; 16: 63-73.
- 24- Underwood MK, Beron KJ, Gentsch JK, Galperin MB, Risser SD. Family correlates of children's social and physical aggression with peers: Negative interparental conflict strategies and parenting styles. *International J Behav Dev.* 2008; 32: 549-562.
- 25- Gershoff ET. Parental corporal punishment and associated child behaviors and experiences: A meta-analytic and theoretical review. *Psychol Bulletin.* 2002; 128: 539-579.
- 26- Kuppens S, Grietens H, Onghena P, Michiels D. Associations between parental control and children's overt and relational aggression. *British J Dev Psychol.* 2009; 27: 607-623.
- 27- Sandstrom MJ. A link between mothers' disciplinary strategies and children's relational aggression. *British J Dev Psychol.* 2007; 25: 399-407.
- 28- Conger RD, Neppl T, Kim KJ, Scaramella L. Angry and aggressive behavior across three generations: A prospective, longitudinal study of parents and children. *J Abnorm Child Psychol.* 2003; 31: 143-160.
- 29- Meunier JC, Roskam I, Browne D. Relations between parenting and child's behavior: Exploring child's personality and parental self-efficacy as third variables. *International J of Behav Dev.* In press.
- 30- Aunola K, Nurmi J. The role of parenting styles in children's problem behavior. *Child Dev.* 2005; 76: 1144-1159.
- 31- Xu Y, Farver JAM, Zhang Z. Temperament, Harsh and Indulgent Parenting, and Chinese Children's Proactive and Reactive Aggression. *Child Dev.* 2009; 80(1): 244-258.
- 32- Brotman LM, O'Neal CR, Huang HY, Gouley KK, Rosenfelt A, Shrout PE. An experimental test of parenting practices as a mediator of early
- 3- Bornmann BA, Mitelman SA, Beer DA. Psychotherapeutic relaxation: How it relates to levels of aggression in a school within inpatient child psychiatry: A pilot study. *The Arts in Psychotherapy.* 2007; 34: 216-222.
- 4- Shahim S. Relational aggression among preschoolers. *Clin Psychiatry and psychology.* 2007; 13(3): 264-271. [Persian].
- 5- Anderson CA, Bushman BJ. Human aggression. *Annual Rev Psychol.* 2002; 53: 27-51.
- 6- Berk LE, Developmental through the life span. Seyyed Mohammadi Y., translator. 2<sup>nd</sup> ed. Tehran: arasbaran; 2006. [Persian].
- 7- Crick NR, Grotpeter JK. Relational aggression, gender, and social psychological adjustment. *Child Dev.* 1995; 66: 710-722.
- 8- Card NA, Stucky BD, Sawalani GM, Little TD. Direct and indirect aggression during childhood and adolescence: A meta-analytic review of gender differences, intercorrelations, and relations to maladjustment. *Child Dev.* 2008; 79: 1185-1229.
- 9- Archer J. Sex differences in aggression in real-world settings: A meta-analytic review. *Rev General Psychol.* 2004; 8: 291-322.
- 10- Ostrov JM. Deception and subtypes of aggression during early childhood. *J Exp Child Psychol.* 2006; 93: 322-336.
- 11- Michiels D, Grietens H, Onghena P, Kuppens S. Parent-child interactions and relational aggression in peer relationships. *Dev Rev.* 2008; 28: 522-540.
- 12- Matsuura N, Hashimoto T, Toichi M. Correlations among self-esteem, aggression, adverse childhood experiences and depression in inmates of a female juvenile correctional facility in Japan. *Psychiatry and ClinNeurosci.* 2009; 63(4): 478-485.
- 13- Bradley RH, Corwyn RF, Burchinal M, McAdoo HP, Garcia Coll C. The home environments of children in the United States part II: Relations with behavioral development through age thirteen. *Child Dev.* 2001; 72: 1868-1886.
- 14- Hodges EVE, Perry DG. Personal and interpersonal antecedents and consequences of victimization by peers. *J Personality Social Psychol.* 1999; 76: 677-685.
- 15- Baldry AC. The impact of direct and indirect bullying on the mental and physical health of Italian youngsters. *Aggressive Behav.* 2004; 30: 343-355.
- 16- Ostrov JM. Forms of aggression and peer victimization during early childhood: A short-term longitudinal study. *J Abnorm Child Psychol.* 2008; 36: 311-322.
- 17- Smith PK, Hart CH. *The Wiley-Blackwell Handbook of Childhood Social Development.* 2nd ed. West Sussex: Wiley-Blackwell; 2011.
- 18- Vaillancourt T, Brendgen M, Boivin M, Tremblay RE. A longitudinal confirmatory factor analysis of indirect and physical aggression:

- childhood physical aggression. *J Child Psychol and Psychiatry*. 2009; 50(3): 235-245.
- 33- Landreth GL. *Play Therapy: The art of the relationship*, 2nded. New York: Routledge; 2002.
- 34- Yuen T, Landreth G, Baggerly J. Filial therapy with immigrant Chinese families. *International J Play Therapy*. 2002; 11: 63-90.
- 35- Landreth GL, Bratton SC. *Child parent relationship therapy (CPRT): A ten session filial therapy model*. New York: Routledge; 2006.
- 36- Bratton S, Landreth, G. (1995). Filial therapy with single parents: Effects on parental acceptance, empathy, and stress. *International J Play Therapy*. 1995; 4(1): 61-80.
- 37- Tew K, Landreth G, Joiner KD, Solt MD. Filial therapy with parents of chronically ill children. *International J Play Therapy*. 2002; 11(1): 79-100.
- 38- Badihi M. the effectiveness of child parent relationship therapy on stress, parental acceptance and attention deficit/ hyperactivity disorder. [M. A. Dissertation]. Semnan: Semnan University; 2010. [Persian].
- 39- Foley YC, Higdon C, White JF. A qualitative study of filial therapy: Parent's Voices. *International J Play Therapy*. 2006; 15: 37-64.
- 40- Kinsworthy S, Garza Y. Filial Therapy with Victims of Family Violence: a Phenomenological Study. *J Fam Viol*. 2010; 25: 423-429.
- 41- Jang M. Effectiveness of filial therapy for Korean parents. *International J Play Therapy*. 2000; 2: 39-56.
- 42- Lee M, Landreth G. Filial therapy with immigrant Korean parents in the United States. *International J Play Therapy*. 2003; 12: 67-85.
- 43- Akgun E, Yesilyaprak B. Effectiveness of training program in improving mother child relationship through play. *J Faculty EduSci*. 2010; 43: 123-147.
- 44- Edwards AN, Sullivan MJ, Meany-Walen K, Kantor RK. *Child Parent Relationship Training: Parents' Perceptions of Process and Outcome*. *International J Play Therapy*. 2010; 19: 159-173.
- 45- Vahedi Sh, Fathiazar S, Hosseini-Nasab SD, Moghaddam M, validity and reliability of the aggression scale for preschoolers of aggression in preschool children in Uromia. *Quarterly of fundamentals of mental health*. 2008; 10(37): 15-24. [persian].
- 46- Soenens B, Vansteenkiste M, Goossens L, Duriez B, Niemiec C. The intervening role of relational aggression between psychological control and friendship quality. *Social Dev*. 2008; 17: 661-681.

## The Effectiveness of Child-Parent Relationship Therapy on Aggression in Preschoolers

Rajabpour, M. \* M. A., Makvand-Hoseini, Sh. Ph.D., Rafienia, P. Ph.D.

### Abstract

**Introduction:** As the aggression has destructive consequences for aggressive child and his relatives, this study aimed to investigate the effectiveness of Child-Parent Relationship Therapy (CPRT) on aggression reduction in preschoolers.

**Method:** In a semi-experimental design with pretest-posttest and control group, 45 aggressive children (25 boys and 20 girls) were selected with available sampling and their parents were randomly assigned to experimental and control groups. Preschool teachers completed Aggression Scale for Preschoolers (ASFP) for the sake of assessment of children's aggression. Treatment group received Child Parent Relationship Therapy (CPRT) during 10 sessions while control group received no therapy. All the groups were retested after completion of treatment sessions (post-test) and in 1 month later (follow up). The data was analyzed using Multiple Analysis of Covariance (MANCOVA).

**Results:** Findings showed that Child Parent Relationship Therapy resulted in statistically significant reduction of verbal and physical aggression in treatment group, compare with control group ( $P < 0/001$ ). Also, results showed significant reduction of relational aggression in treatment group in comparison with control group.

**Conclusion:** CPRT, through teaching parenting skills, is effective in reducing physical and verbal aggression of preschoolers. However, CPRT doesn't sufficient for decreasing relational aggression in 10 session period. This issue notices planning and implementation of comprehensive and tailored interventions for aggressive children.

**Keywords:** Child-Parent Relationship Therapy, Overt Aggression, Relational Aggression, Group Therapy

---

\*Correspondence E-mail:  
mj\_rajabpour@yahoo.com