

Research Paper



Comparison of the Efficacy of Parent-centered Meta-Emotional Education and Family-centered Play Therapy on and Disruptive Behaviors in Preschool Children



Zahra Mohammadzadeh¹, Molouk Khademi Ashkzari^{*2}, Khadijeh Abolmaali Alhosseini³

1. Ph.D Student in Educational Psychology, Science and Research Branch, Islamic Azad University, Tehran, Iran.
2. Associate Professor, Department of Educational Psychology, Faculty of Education and Psychology, AlZahra University. Tehran, Iran.
3. Associate Professor, Department of Psychology, Tehran North Branch, Islamic Azad University, Tehran, Iran.



DOI: 10.22034/JMPR.2022.15555

DOR: [20.1001.1.27173852.1401.17.67.30.2](https://doi.org/10.22034/JMPR.2022.15555)

URL: https://psychologyj.tabrizu.ac.ir/article_15555.html



ARTICLE INFO

Keywords:
Parent-centered meta-emotional training, family-centered play therapy, disruptive behaviors, preschool children

Received: 2022/08/17
Accepted: 2022/09/19
Available: 2022/12/21

ABSTRACT

Emotional and behavioral problems usually start in pre-primary school, and parent-centered meta-emotional training and family-centered play therapy are interventions that can be effective in this field. The purpose of the present study was to compare parent-centered meta-emotional training and family-centered play therapy on the disruptive behaviors of preschool children. This research design was semi-experimental, with a pre-test, post-test, and follow-up plan with a control group. The study's statistical population included preschool children in Tehran from 1400-1401, and 45 were selected based on the inclusion criteria. They were divided into three equal groups, the test, and the control, using the purposeful sampling method. The parents of the first experimental group underwent parent-centered meta-emotional training, the parents of the second experimental group underwent family-centered play therapy, and the control group did not receive any intervention. Rater's Behavioral Problems Questionnaire was used to collect data. Data analysis was done using mixed variance analysis. The results showed that both two interventions had a significant effect on reducing children's disruptive behaviors ($P < 0.001$). There was no significant difference between the effectiveness of the two groups ($P < 0.05$). Based on this, parent-centered meta-emotional training and family-centered play therapy can be used as effective interventions in correcting children's behavioral problems.



* Corresponding Author: Molouk Khademi Ashkzari

E-mail: mkhademi@alzahra.ac.ir

مقاله پژوهشی



مقایسه اثربخشی آموزش فراهیجانی والد محور و بازی درمانی خانواده محور بر کاهش رفتارهای مخل کودکان پیش دبستانی



زهرا محمدزاده^۱، ملوک خادمی اشکذری^{۲*}، خدیجه ابوالمعالی الحسینی^۳

۱. دانشجوی دکتری روانشناسی تربیتی، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد علوم و تحقیقات، تهران، ایران.
۲. دانشیار، گروه روانشناسی تربیتی، دانشکده علوم تربیتی و روانشناسی، دانشگاه الزهراء(س)، تهران، ایران.
۳. دانشیار، گروه روان شناسی، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد تهران شمال، تهران، ایران.



DOI: 10.22034/JMPR.2022.15555

DOR: [20.1001.1.27173852.1401.17.67.30.2](https://doi.org/10.22034/JMPR.2022.15555)

URL: https://psychologyj.tabrizu.ac.ir/article_15555.html



چکیده

مشخصات مقاله

مشکلات هیجانی و رفتاری معمولاً از دوره پیش از دبستان شروع می‌شوند و آموزش فراهیجانی والد محور و بازی درمانی خانواده محور مداخلاتی هستند که می‌توانند در این زمینه موثر باشند. هدف پژوهش حاضر مقایسه آموزش فراهیجانی والد محور و بازی درمانی خانواده محور بر رفتارهای مخل کودکان پیش دبستانی بود. زوش این پژوهش نیمه آزمایشی با طرح پیش آزمون، پس آزمون و پی‌گیری با گروه گواه بود. جامعه آماری پژوهش، شامل کودکان پیش دبستانی شهر تهران در سال ۱۴۰۱-۱۴۰۰ بود که با روش نمونه‌گیری هدفمند ۴۵ نفر از آنان بر اساس معیارهای ورود انتخاب و به روش تصادفی ساده در سه گروه مساوی آزمایش و گواه قرار گرفتند. والدین گروه آزمایش اول تحت آموزش فراهیجانی والد محور و والدین گروه آزمایش دوم تحت بازی درمانی خانواده محور قرار گرفتند و گروه کنترل هیچ‌گونه مداخله‌ای دریافت نکرد. برای گردآوری داده‌ها از پرسشنامه مشکلات رفتاری راتر استفاده شد. تجزیه و تحلیل داده‌ها با استفاده از تحلیل واریانس آمیخته انجام شد. نتایج نشان‌دهنده این بود که آموزش فراهیجانی والد محور و بازی درمانی خانواده محور بر کاهش رفتارهای مخل کودکان در مرحله پس آزمون و پیگیری اثر معنادار داشته‌اند ($P < 0/001$). اما تفاوت معناداری بین اثربخشی دو گروه وجود نداشته است ($P > 0/05$). بر این اساس، در اصلاح مشکلات رفتاری کودکان می‌توان از آموزش فراهیجانی والد محور و بازی درمانی خانواده محور به عنوان مداخلات اثربخش استفاده کرد.

کلیدواژه‌ها:

آموزش فراهیجانی والد محور، بازی درمانی خانواده محور، رفتارهای مخل، کودکان پیش دبستانی

دریافت شده: ۱۴۰۱/۰۵/۲۶

پذیرفته شده: ۱۴۰۱/۰۶/۲۸

منتشر شده: ۱۴۰۱/۰۹/۳۰

* نویسنده مسئول: ملوک خادمی اشکذری

رایانامه: mkhademi@alzahra.ac.ir

مقدمه

شایع‌ترین مشکلات کودکان خردسال که موجب مراجعه به روانشناس می‌گردد، اختلال رفتاری است (جنکینز و دماری،^۱ ۲۰۱۲). منظور از مشکلات رفتاری کلیه رفتارهای تکراری غیرعادی و آزاردهنده مانند مکیدن انگشت ناخن جویدن تیک لکنت زبان کتک کاری قشقرق راه انداختن و ... است که باعث اختلال در کارکرد فرد و خانواده می‌شود (آهنی، و هاشمی نسب، ۱۳۹۶). ریشه بسیاری از مشکلات رفتاری از دوره پیش از دبستان شروع شده و به دوره های بعد از رشد و تحول کودکان تسری می‌یابد (هاوز، والز، بیرد، بجورک، دیک، ساترلند و گانزالز،^۲ ۲۰۲۱). پژوهشگران دو بُعد گسترده و فراگیر اختلال‌های رفتاری را شناسایی کرده‌اند: رفتار برون‌نمود^۳ که معطوف به دیگران است. رفتار درون‌نمود^۴ که تعارض‌های روانی یا هیجانی مانند افسردگی و اضطراب را دربرمی‌گیرد (بریدر و همکاران،^۵ ۲۰۲۲). اغلب کودکان با اختلالات رفتاری، احساسات منفی دارند و با دیگران بدر رفتاری می‌کنند و در بیشتر موارد، معلمان و همکلاسی‌ها، آنان را طرد می‌کنند (ورهان و همکاران،^۶ ۲۰۲۱). آشکارترین مشکل کودکان با اختلال رفتاری، شکست در ایجاد روابط عاطفی صمیمانه و رضایت‌بخش با دیگران است. بیشتر افراد با اختلال‌های رفتاری در دوست‌یابی موفق نیستند و برخی از کودکان با اختلال رفتاری این است که گوشه‌گیر هستند و از مهارت‌های اجتماعی پایینی برخوردارند (انجمن روان‌پزشکی آمریکا،^۷ ۲۰۱۹). گفته می‌شود این کودکان توانایی محدودی در تفسیر حالت‌های درونی خود دارند و در نتیجه آگاهی و درک محدودی از تجربه‌های هیجانی خود دارند (ارس، لین، لانهام، جیلارد و بیتز،^۸ ۲۰۲۱). بنابراین به نظر می‌رسد یکی از عناصری که در خانواده ممکن است مشکلات کودک با اختلال رفتاری را تشدید نماید، مسئله فراهیجان^۹ است. سازه فراهیجان و تأکید آن بر نقش تفکرات و احساسات والدین درباره هیجان‌ها، در فرایند فرزندپروری مورد استقبال پژوهشگران قرار گرفته است (دامیکو و گراسی،^{۱۰} ۲۰۲۲). منظور از فراهیجان، هیجان‌هایی است که در پاسخ به هیجان‌های دیگر رخ می‌دهند (منسینی و منسینی،^{۱۱} ۲۰۱۸). فراهیجان به واکنش‌های هیجانی شخص نسبت به هیجان‌های خودش گفته می‌شود و می‌تواند به عنوان زیرمجموعه‌ای از هیجان‌های ثانویه درک شود؛ یک هیجان ثانویه مثل اضطرابی که به دنبال یک هیجان اولیه مانند خشم می‌آید (بایلن، وو و تامپسون،^{۱۲} ۲۰۱۹). مهارت فراهیجان مثبت سبب می‌شود فرد تمایل کمتری به تصمیم‌گیری غیرمنطقی و تکانشی داشته باشد (اولار،^{۱۳} ۲۰۲۰). هوون، گاتمن، کاتز،^{۱۴} (۱۹۹۵) معتقدند که والدین برای رسیدن به دیدگاه فراهیجانی موثر، پنج مرحله را

باید پشت سر بگذارند: آگاهی از هیجان‌ها خود و فرزندان، تشخیص هیجان‌ها^{۱۵}، گوش دادن به فرزندان از روی همدلی، نامگذاری هیجان‌ها و ایجاد محدودیت‌های رفتاری برای فرزندان. پرداختن به هر کدام از این مراحل برای رسیدن به یک دیدگاه فراهیجانی ضروری است. کاتز و هانتز^{۱۶} (۲۰۰۷) و گاتمن، کاتز و هوون^{۱۷} (۱۹۹۶) در تحقیقات خود دریافتند که تشخیص هیجان‌ها و نام‌گذاری آنها توسط والدین به فرزندان کمک می‌کند تا قدرت بیشتری برای آرام کردن خود به دست آورند و در هنگام برخورد با مشکلات عاطفی و جسمی بهبودی سریع‌تری نشان دهند. این افراد یاد می‌گیرند که چگونه در زمان استرس، خود را آرام نمایند و این به معنای آن نیست که این افراد ترس یا ناکامی کمتری را تجربه می‌کنند، بلکه تفاوت آنان در این است که تجربه چنین احساساتی آنان را تاب‌آور بار می‌آورد و به خوبی قادرند احساسات خود را پردازش نمایند (نجاتی فر، عابدی و قمرانی، ۱۳۹۹). زرگرانی، مشهدی و طیبی (۱۳۹۳) در مطالعه‌ای به مقایسه اثربخشی آموزش گروهی نظم جویی هیجان بر بازداری رفتاری و شناختی دختران نوجوان مبتلا به نشانگان اختلال شخصیت مرزی و اختلال نارسیایی توجه/فزون کنشی پرداختند. یافته‌ها نشان داد که پس از این آموزش زمان واکنش گروه اختلال نارسیایی توجه/فزون کنشی نسبت به گروه آزمایش نشانگان اختلال شخصیت مرزی و میانگین نمره تداخل گروه آزمایش نشانگان اختلال شخصیت مرزی نسبت به گروه آزمایش اختلال نارسیایی توجه/فزون کنشی به طور معناداری کاهش یافت. در مطالعه‌ای به بررسی تاثیر آموزش مدیریت هیجان‌ها به مادران در کاهش مشکلات رفتاری فرزندان پرداخته شد و نتایج نشان داد که برنامه آموزش مدیریت هیجان‌ها به مادران در کاهش مشکلات رفتاری فرزندان گروه آزمایش در مقایسه با گروه کنترل به‌طور معناداری مؤثر بوده است. همچنین نتایج نشان داد که آموزش مدیریت هیجان‌ها به مادران موجب کاهش اضطراب و افسردگی فرزندان دارای مشکلات رفتاری شده است (گودینی و طهماسبی، ۱۳۹۶).

همچنین، در تلاش برای یافتن مداخله‌ای مؤثر جهت کاهش مشکلات رفتاری و عاطفی کودکان، پژوهشگران بر اهمیت بازی درمانی تأکید دارند. در واقع، با توجه به این که در سنین کودکی، آموزش غیرمستقیم کودکان بر آموزش مستقیم اولویت دارد و با توجه به گرایش و علاقه بچه‌ها به بازی، چنانچه از بازی به عنوان یک وسیله آموزشی استفاده شود، کودکان رفتار مناسب را بهتر خواهند آموخت (گاو و همکاران،^{۱۸} ۲۰۱۵). بازی درمانی تکنیکی است که در طول آن کودک فرصتی جهت آزمودن و تجربه کردن موضوعات مختلف، تحت آرمانی‌ترین شرایط را به دست خواهد آورد (پیرعباسی و

- 10 D'Amico, A., & Geraci
- 11 Mancini, A., & Mancini
- 12 Bailen, N. H., Wu, H., & Thompson
- 13 Avelar
- 14 Hooven, Gottman & Katz
- 15 . recognizing emotion
- 16 Katz, L. F., & Hunter
- 17 Gottman, J. M., Katz, L. F., & Hooven
- 18 Gao

- 1 Jenkins, L. N., & Demaray
- 2 Hawes, S. W., Waller, R., Byrd, A. L., Bjork, J. M., Dick, A. S., Sutherland, M. T., & Gonzalez
3. Externalizing behavior
4. Internalizing behavior
5. Breider et al
- 6 Werhahn et al
7. American Psychiatric Association
- 8 Eres, R., Lim, M. H., Lanham, S., Jillard, C., & Bates
- 9 meta-emotion

پرسشنامه‌ها حذف شدند و داده‌های مربوط به ۱۵ نفر از هر گروه وارد مرحله تحلیل شد. معیارهای ورود انتخاب نمونه برای پژوهش عبارت بودند از: کودکان سنین ۶-۴ سال، داشتن مشکلات رفتاری بر اساس پرسشنامه مشکلات رفتاری راتر، رضایت والدین برای شرکت در پژوهش، نداشتن بیماری طبی جدی و نداشتن اختلال عمده روانپزشکی در مورد کودک و والدین. معیارهای خروج عبارتند از: داشتن بیماری طبی جدی، داشتن تشخیص اختلالات عمده روانپزشکی تشخیص داده شده توسط روانپزشک. حجم نمونه توسط فرمول مقایسه میانگین با ضریب اطمینان ۹۵ درصد، خطای آلفای ۰/۰۵، توان آزمون ۸۰ درصد و احتمال ریزش ۰/۱۰ محاسبه و تعداد ۱۵ نفر برای هر گروه آزمایشی و کنترل برآورد شد.

$$n = \frac{2\sigma^2(z_{1-\alpha} + z_{1-\beta})^2}{d^2}$$

در مطالعه حاضر، ابتدا با مراکز پیش دبستانی مذاکره شده و پس از جلب موافقت آنها و دریافت مجوز و امضای قرارداد اخلاقی توسط پژوهشگر، برای انتخاب اعضای گروه نمونه شامل کودکان پیش دبستانی اقدام شد. در ابتدا در مورد تعدادی از این کودکان پرسشنامه مشکلات رفتاری تکمیل شد و از بین این کودکان آن افرادی که نمرات لازم در این ابزار ارزیابی و سایر بر ملاک‌های ورود و خروج مطالعه را برآورده نمودند و با توجه به فرمول نمونه‌گیری، تعداد ۵۴ کودک برای شرکت در مطالعه انتخاب شدند. در ادامه به والدین در مورد روند کلی کار توضیحاتی داده شد و با موافقت آنها برای شرکت در تحقیق، کودکان به طور تصادفی در دو گروه آموزش فراهیجانی والد محور و بازی درمانی خانواده محور و یک گروه کنترل جایگزین شدند. در ادامه از والدین گروه‌های مداخله درخواست شد حدود ۲ ماه در آموزش فراهیجانی والد محور یا بازی درمانی خانواده محور به صورت گروهی شرکت کنند و از گروه کنترل خواسته شد تا پایان این دوره در لیست انتظار بمانند. همچنین قبل از اجرای مداخله، در طی یک جلسه توجیهی به شرکت کنندگان توضیحاتی در خصوص پژوهش، اهداف و ضرورت آن و شرایط برگزاری جلسات و تعداد و مدت زمان آنها ارائه شد. شرکت کنندگان در آغاز دوره مداخلاتی و پایان دوره و دو ماه بعد از آن، پرسشنامه مشکلات رفتاری راتر را تکمیل کردند. در پایان اجرای مداخلات درمانی، برای رعایت اصول اخلاقی گروه کنترل نیز تحت مداخله درمانی قرار گرفت.

برای تحلیل داده‌های پژوهش از نرم افزار SPSS نسخه ۲۱ و آمار توصیفی شامل میانگین و فراوانی برای بررسی اطلاعات جمعیت شناختی و تحلیل واریانس آمیخته برای تحلیل داده‌های حاصل از پرسشنامه در سطح ۰/۰۵ استفاده شد.

صفرزاده، ۱۳۹۸). اغلب کودکان، فاقد مهارت‌های لازم برای بیان اضطراب و ترس‌های خود هستند و بازی درمانی جایگزین مناسبی برای درمان مبتنی بر گفتگو است (نرسانا و ادی، ۲۰۲۰). بازی موجب می‌شود که کودک احساسات درونی‌اش را در قالب ارتباطات بیرونی‌اش بیان کند و از این طریق، بستری برای توسعه تمایلات، مهارت‌های ارتباطی و افزایش سازگاری کودک با محیط اطرافش فراهم می‌شود (فتاحی اندبیل، صابری و کواکی، ۱۳۹۷). در جریان بازی، این امکان فراهم می‌شود تا کودک با همبازی خود ارتباط دو جانبه و برابر برقرار کند و در بافت این ارتباط قادر به تجربه الگوهای رفتاری، هیجانی و ارتباطی متفاوت خواهد بود که خود می‌تواند زمینه‌ای برای رشد و تحول وی باشد (توماس، وایت، رایان و بایرن، ۲۰۲۰). بنابراین انتظار می‌رود وجود جلسات بازی درمانی قادر به کاهش شدت رفتارهای مخل در کودکان باشد. مالکی، محمدی‌نیا، محمدی‌نیا و فتاحی، (۱۳۹۹) در بررسی خود نشان دادند که بازی درمانی شناختی رفتاری بر کاهش اضطراب مدرسه و کم‌رویی دانش‌آموزان دارای اختلال یادگیری اثربخش است. در پژوهشی، آدرپیک و نصری (۱۳۹۶) مطالعه‌ای بر روی دانش‌آموزان کم‌توان ذهنی انجام و نشان دادند که بازی‌های گروهی و محلی می‌تواند موجب بهبود مهارت‌های اجتماعی این کودکان در ابعاد ارتباط با دیگران و همسالان، کاهش پرخاشگری و همدلی با دیگران شود. فلاح و همکاران (۱۴۰۰) در مطالعه خود نشان دادند که بازی درمانی آدلری بر بهبود مهارت‌های اجتماعی کودکان دارای اختلال اضطراب اجتماعی موثر است. در مجموع و با توجه به نقش موثر خانواده و رابطه والد-فرزند در ایجاد و یا رفع و درمان اختلالات و مشکلات رفتاری و هیجانی کودکان؛ انتظار می‌رود که از طریق مداخلات خانواده محور و بهبود رابطه والد-فرزند، بتوان نسبت به درمان مؤثر پرخاشگری در کودکان اقدام نمود. با این حال تاکنون مطالعه جامعی در این زمینه انجام نشده است و لذا هدف انجام پژوهش حاضر، مقایسه اثربخشی آموزش فراهیجانی والد محور و بازی درمانی خانواده محور بر کاهش رفتارهای مخل کودکان پیش دبستانی است.

روش

روش پژوهش حاضر نیمه آزمایشی و طرح آن از نوع پیش آزمون-پس آزمون و پیگیری با گروه آزمایش و کنترل بود. جامعه آماری پژوهش، شامل کودکان پیش دبستانی بود که در مراکز پیش دبستانی شهر تهران در سال ۱۴۰۱-۱۴۰۰ حضور داشتند. برای نمونه‌گیری، از بین این کودکان و بر اساس ملاک‌های ورود و با در نظر گرفتن احتمال ریزش، ۵۴ نفر با روش نمونه‌گیری هدفمند انتخاب شده و به صورت تصادفی در دو گروه آزمایش و یک گروه کنترل جایگزین شدند (هر گروه ۱۸ نفر). والدین گروه آزمایش اول تحت آموزش فراهیجانی والد محور و والدین گروه آزمایش دوم تحت بازی درمانی خانواده محور قرار گرفتند و گروه کنترل هیچ‌گونه مداخله‌ای دریافت نکرد. در نهایت سه نفر از هر گروه به دلیل عدم مشارکت در جلسات یا عدم تکمیل

پرسشنامه مشکلات رفتاری: از این ابزار برای ارزیابی مشکلات رفتاری کودکان استفاده می‌شود. این پرسشنامه توسط مایکل راتر در سال ۱۹۷۵ ساخته شده که دو فرم والدین (الف) و معلم (ب) دارد. فرم الف دارای ۱۸ عبارت است و توسط والدین تکمیل می‌شود. فرم ب دارای ۳۰ عبارت است و توسط معلم تکمیل می‌گردد. در این پژوهش از فرم والدین استفاده شد و والدین در حدود ۲۰ دقیقه با توجه به رفتارهای کودک در چند ماه گذشته به پرسش‌ها پاسخ دادند. نمره گذاری به صورت صفر «اصلاً درست نیست»، ۱ «درست نیست»، ۲ «تا حدی درست است» می‌باشد. دامنه نمره‌ها بین صفر تا ۳۶ و نمره ۱۳ نقطه برش است و کودکانی که نمره ۱۳ یا بالاتر بگیرند دارای مشکل رفتاری شناخته می‌شوند (گودینی، پورمحمدزای تجریشی، طهماسبی و بیگلریان، ۱۳۹۵). راتر و کاکس (۱۹۷۵) پایایی بازآزمایی و پایایی درونی این پرسشنامه با فاصله زمانی دو ماه ۰/۷۴ گزارش شده است. میزان توافق پرسشنامه نیز ۰/۷۶ به دست آمد. توکل‌زاده، بوالهروی، مهریار و دژکام (۱۳۷۶) در ایران نیز پایایی این پرسشنامه را با روش دو نیمه کردن و بازآزمایی به ترتیب ۰/۶۸ و ۰/۸۵ گزارش کردند. ضریب آلفای کرونباخ این پرسشنامه در مطالعه حاضر ۰/۸۱ بود.

تغییراتی جسمی و رفتاری در فرد می‌شود، آموزش آگاهی هیجانی در قالب آموزش نام گذاری هیجانات.

چهارم بررسی و آموزش راهبردهای فراهیجانی به والدین شامل راهبردهای هدایتگری، برنامه ریزی و کنترلی و تاکید بر نقش این راهبردها در تسهیل فراخواندن هیجانات و کمک به فرزند برای ابراز هیجاناتش به شکل مدیریت شده، آموزش راهبردهای فراهیجانی به والدین.

پنجم شناخت و آموزش هدایتگری، برنامه‌ریزی و کنترلی هیجانی، متقاعد کردن والدین در راستای ابراز مناسب و مثبت هیجانات فرزندانش، آموزش روشهای هدایتگری هیجانی شامل: ارزشمند شمردن احساسات کودک، الگوی مناسب بودن برای کودک در شرایط تنش زا، کمک به کودک برای نامگذاری احساسات خود.

ششم آشنایی شرکت کنندگان با سبک‌های فراهیجانی قابل رخدادهای سبک بی‌توجه: هدایت‌گری و آگاهی پایین. سبک رد کننده: هدایتگری بالا و آگاهی پایین؛ سبک تأییدگر: آگاهی بالا و هدایتگری پایین؛ سبک هدایتگر: هدایتگری و آگاهی بالا.

هفتم مرور مطالب آموزش داده در جلسات قبل/ گرفتن بازخورد ارزیابی تغییرات ایجاد شده در سبک‌های فراهیجانی والدین و بررسی اثرات آن در بروز خشم کودکان و کاهش پرخاشگری و رفتارهای مخمل آنها/ پاسخ به سوالات احتمالی والدین

جدول ۲: شرح جلسات مداخله مبتنی بر بازی درمانی خانواده محور

جلسه	محتوا
اول	آشنایی با والدین/ تلاش برای اعتماد سازی اولیه یا همدلی کردن، شناسایی نقاط قوت والدین و تمرکز بر آنها/ بیان اهمیت دوران کودکی در فرایند رشد و تحول/ بررسی و شناسایی ویژگی‌های خلفی و رفتاری والدین و فرزندانشان و شناسایی ویژگی‌هایی در دو طرف که می‌تواند یالقه موجب ایجاد تنش در روابط والد فرزند شود.
دوم	توضیح کارکرد بازی درمانی و اینکه روشی مناسب است که به وسیله آن می‌توان حالات و هیجانات طبیعی کودک را مشاهده کرد و از طریق آن یا کودک ارتباط برقرار کرد.
سوم	بیان مراحل رشد و تحول کودک، معرفی و ارائه اسباب بازی‌های مورد نیاز، معرفی و ایفای نقش مهارت‌های اساسی در بازی یا کودک، انتخاب نوع بازی، انتخاب ابزار سنجش و یا مشاهده مستقیم رفتار کودک حین بازی، بیان تفاوت‌های فردی و آموزش به والدین برای کشف آن در کودک خود، بیان شرایط بازی مثل مکان، زمان محیط قیاسی و اهمیت دنبال کردن میل کودک.
چهارم	بیان اصول اولیه‌ای که والدین حین بازی باید رعایت کنند: والدین باید در ابتدا برای ایجاد یک رابطه دوستانه یا کودک خود تلاش کنند، والدین هیچ نوع بازی را برای کودک تحمیل نمی‌کنند و کودک را آزاد می‌گذارند تا به بازی بپردازد و والدین آن هوشیارانه بازی او را مورد مشاهده قرار می‌دهند.
پنجم	بازی کلمات احساسی: توضیح والدین من از تو می‌خواهم به من یچی بچه‌های هم سن تو چه احساس‌هایی می‌تون داشته باشن. چیدن کارت‌ها روی میز جلوی کودک والدین داستانی را بیان می‌کنند که قهرمان داستان احساسات را تجربه می‌کند. بازی زندگی خود را رنگ یزنند: این بازی روشی مناسب و کاملاً عملیاتی برای درک و بیان حالت‌های هیجانی مختلف است. در آغاز به منظور این که کودک احساس معادل هر رنگ را بشناسد، والد از کودک می‌پرسد: می‌تونن به من یچی وقتی رنگ قرمز رو می‌بینی چه حسی در تو ایجاد می‌شه. گفتگو برای تک تک رنگ‌ها و مرتبط ساختن هر رنگ یا هر احساس. / قنون بازی درمانی بازی یادکنک خشم: در این تکنیک به کودکان آموزش می‌دهیم چگونه خشم می‌تواند به آرامی تخلیه شود یا مانند یک یمب منفجر شده و باعث آسیب به خود و دیگران شود. والد از کودک می‌خواهد که یادکنک را منفجر کند و برای کودک توضیح می‌دهد که یادکنک مثل یدن ما بود و منفجر شدن آن مثل رفتار پرخاشگرانه‌ای است که باعث آسیب رساندن به خود و دیگران می‌شود.
ششم	مشاهده بازی والدین کودک، بحث پیرامون همدلی و خلاصه و مرور کل جلسات و گرفتن بازخورد در مورد اثرات درمانی آن جلسات

مداخلات: برنامه مداخله مبتنی بر آموزش فرا هیجانی در این پژوهش برگرفته از اصول فراهیجانی گاتمن و همکاران (۱۹۹۶) بود. این برنامه به صورت گروهی و طی ۷ جلسه دو ساعته برای والدین برگزار شد. در این پژوهش از مداخله بازی درمانی خانواده محور برگرفته از اصول بازی درمانی در قالب ۶ جلسه دو ساعته برای گروه مداخله دوم شامل والدین و فرزندانشان اجرا شد. شرح مختصر جلسه‌های آموزش فرا هیجانی و بازی درمانی خانواده محور به شرح ذیل است.

جدول ۱: شرح جلسات مداخله مبتنی بر آموزش فراهیجانی

جلسه	اهداف	محتوا
اول	ارتباط و آشنایی با والدین، معرفی برنامه‌ها و اهداف آموزشی، آشنایی والدین با مفهوم آموزش فراهیجانی به عنوان یک مهارت در سازماندهی افکار و احساسات خود درباره هیجانات خود و فرزندانشان، آشنا سازی والدین به اهمیت و نقش هیجانات در سلامت جسمی و روانی و اهمیت هیجانات در حفظ بقاء، ارزیابی و شناسایی عملکرد هیجان‌ها در فرایند سازگاری انسان، فواید آنها. دادن تکلیف	
دوم	توضیح و تبیین انواع هیجان‌ها و شناخت آنها/ بحث در مورد فهم هیجان‌ها و شناخت هیجانات خود و کودک/ شناسایی موقعیت‌های برانگیزاننده هیجانات در خود و کودک/ آگاه ساختن والدین از نوع پاسخشان به هیجانات خود و کودکان و تاثیر آن در فرایند رشد کودکان/ توانمند ساختن خود (والدین) و کودک خود برای استفاده از راهبردهای مختلف و از نظر موقعیتی مناسب برای ابراز هیجانات و انعطاف پذیری در پاسخ.	
سوم	شناسایی نشانه‌های کلامی و غیرکلامی انواع هیجانات مختلف، بررسی تجربیات هیجانی هر یک از والدین، یک رویداد ویژه منجر به بروز چه	

نتایج

میانگین گروه سنی گروه کنترل ۵/۳۰، آموزش فراهیجانی والد محور ۵/۰۷ و بازی درمانی خانواده محور ۴/۹۷ بود. در گروه کنترل، آموزش فراهیجانی والد محور و بازی درمانی خانواده محور به ترتیب ۱۰، ۷ و ۹ دختر حضور داشتند. در جدول ۳ به میانگین و انحراف استاندارد نمرات هر سه گروه در مقیاس مشکلات رفتاری در طی مراحل درمان پرداخته شده است.

جدول ۳: میانگین انحراف استاندارد نمرات هر سه گروه در رفتارهای مغل در طی مراحل درمان

گروه	پیش آزمون	پس آزمون	پی گیری
آموزش فراهیجانی والد محور	۲۰/۱۳	۲/۴۱	۱۲/۰۶
بازی درمانی خانواده محور	۲۰/۸۲	۴/۴۴	۱۴/۰۳
کنترل	۲۲/۳۰	۴/۰۶	۲۰/۹۷

در ادامه با استفاده از آزمون تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر به مقایسه تفاوت نمرات رفتارهای مغل بر حسب موقعیت بین گروهی و درون گروهی پرداخته شد. قبل از آن پیش فرض نرمال بودن توزیع فراوانی متغیرها بررسی شد و نتایج آزمون کالموگروف-اسمیرنوف حاکی از نرمال بودن توزیع فراوانی داده‌ها بود ($P > 0.05$). نتایج آزمون لوین بیانگر برقراری همگنی ماتریس‌های واریانس ($P = 0.53$) بود. نتایج آزمون چندمتغیره در جدول ۴ آورده شده است. این تحلیل در ابتدا ترکیب خطی نمره رفتارهای مغل را در بین گروه‌ها، بر حسب زمان و نیز اثرات تعاملی گروه و زمان به طور جداگانه مورد مقایسه قرار می‌دهد.

جدول ۴: نتایج آزمون چندمتغیره نمره رفتارهای مغل

منبع تغییرات	لامبدای ویلکز	F	df فرضیه	df خطا	P	اندازه اثر
زمان	۰/۳۲	۴۲/۶۵	۲	۴۱	۰/۰۰۱	۰/۶۷
گروه × زمان	۰/۶۴	۵/۰۰	۴	۸۲	۰/۰۰۱	۰/۱۹

آن چنان که در جدول ۴ نشان داده شده است، بین نمره رفتارهای مغل در سه بار اجرای پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری تفاوت معنادار وجود دارد. همچنین بخش دوم نتایج این جدول نشان می‌دهد که بین اثر گروه و زمان تعامل وجود دارد و به عبارت دیگر، نمره رفتارهای مغل در سه بار اجرای پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری در دو گروه آزمایش و یک کنترل تفاوت معناداری وجود دارد ($P < 0.001$). بعد از اینکه مشخص شد بین سه بار اجرا (پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری) تفاوت معنی‌داری وجود دارد، نتایج آزمون اثرات درون آزمودنی و اثرات بین آزمودنی بررسی می‌شود. اما قبل از آن نیاز است تا مفروضه آزمون کرویت موخلی - بررسی همسانی ماتریس کوواریانس خطا - آزمون شود که نتایج آن نشان داد که این فرض در مورد رفتارهای مغل رعایت شده است ($P > 0.05$).

جدول ۵: نتایج آزمون تحلیل واریانس برای بررسی الگوهای تفاوت در نمره رفتارهای مغل

منبع تغییرات	SS	Df	MS	F	P	اندازه
زمان (مرحله)	۸۹۵/۳۰	۲	۴۴۷/۶۵	۴۳/۷۷	۰/۰۰۱	۰/۵۱
گروه * زمان (مرحله)	۲۵۷/۰۰	۴	۶۴/۲۵	۶/۲۸	۰/۰۰۱	۰/۲۳
گروه	۱۰۷۰/۴۱	۲	۵۳۵/۲۰	۴۴/۷۳	۰/۰۰۱	۰/۶۸

طبق نتایج جدول ۵، اثر زمان (مرحله) آزمایش در سطح 0.001 معنادار بود و بنابراین نمرات رفتارهای مغل در سه مرحله آزمایش یعنی پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری دارای تفاوت معناداری هستند. طبق نتایج جدول ۵ اثر تعامل گروه و مراحل آزمایش (پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری) در سطح 0.001 معنادار بود. همچنین طبق نتایج این جدول می‌توان گفت بین نمرات رفتارهای مغل در بین گروه‌ها نیز تفاوت معناداری در سطح 0.001 وجود دارد. نتایج آزمون تعقیبی بنفرونی برای مقایسه گروه‌ها و مراحل اجرای آزمایش در جدول ۶ و ۷ گزارش شده است.

جدول ۶: نتایج آزمون تعقیبی بنفرونی رفتارهای مخل در دو گروه آزمایش و کنترل

مقایسه گروه	تفاوت میانگین	انحراف معیار	معناداری	فاصله اطمینان ۰/۹۵	حد بالا حد پایین
آموزش فراهیجانی	۶/۴۶	۰/۷۲	۰/۰۰۱	-۸/۲۸	-۴/۶۴
بازی درمانی خانواده آموزش فراهیجانی	۵/۳۱	۰/۷۲	۰/۰۰۱	-۷/۱۲	-۳/۴۹
والد محور- بازی درمانی خانواده	۱/۱۵	۰/۷۲	۰/۳۶	-۲/۹۷	۰/۶۶

نتایج آزمون تعقیبی بنفرونی در جدول ۶ نشان می‌دهد که تفاوت معناداری بین نمرات رفتارهای مخل بین گروه‌های آزمایش یعنی آموزش فراهیجانی والد محور و گروه بازی درمانی خانواده محور با گروه کنترل در سطح ۰/۰۰۱ وجود دارد. ولی بین دو گروه آزمایش از نظر نمرات رفتارهای مخل تفاوت معناداری وجود نداشت. بنابراین گرچه که دو گروه آموزش فراهیجانی والد محور و گروه بازی درمانی خانواده محور در مقایسه با گروه کنترل دارای تفاوت معناداری در کاهش رفتارهای مخل هستند ولی تفاوت معناداری بین دو گروه آزمایش از این نظر وجود ندارد.

جدول ۷: نتایج آزمون تعقیبی بنفرونی رفتارهای مخل برای سه بار اجرای پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری

مقایسه گروه	تفاوت میانگین	انحراف معیار	معناداری	فاصله اطمینان ۰/۹۵	حد پایین حد بالا
پس آزمون-پیش	۵/۹۷	۰/۷۱	۰/۰۰۱	۴/۳۵	۷/۶۰
پیش آزمون-پیگیری	۴/۷۳	۰/۶۶	۰/۰۰۱	۲/۹۴	۶/۵۱
پس آزمون-پیگیری	۱/۲۴	۰/۶۵	۰/۱۸	-۰/۳۸	۲/۸۷

نتایج آزمون تعقیبی بنفرونی برای بررسی تفاوت بین مراحل آزمون در جدول ۷ نشان داد که تفاوت نمره رفتارهای مخل در پس آزمون نسبت به پیش آزمون ۵/۹۷ و پیش آزمون نسبت به پیگیری ۴/۷۳ است که این مقادیر در سطح ۰/۰۰۱ معنادار هستند. اما تفاوت نمرات مرحله پیگیری و پس آزمون ۱/۲۴ بود که این از نظر آماری معنادار نبود.

بحث و نتیجه‌گیری

مطالعه حاضر با هدف مقایسه آموزش فراهیجانی والد محور و بازی درمانی خانواده محور بر رفتارهای مخل کودکان پیش دبستانی انجام شد. طبق نتایج

آموزش فراهیجانی والد محور و بازی درمانی خانواده محور موجب کاهش مشکلات رفتاری کودکان شد و تفاوت معناداری بین اثربخشی دو گروه وجود نداشت. این یافته با نتایج مطالعات زرگرانی و همکاران (۱۳۹۳)؛ نجاتی فر و همکاران (۱۳۹۹)؛ آذریک و نصری (۱۳۹۶)؛ فلاح و همکاران (۱۴۰۰) و مالکی و همکاران (۱۳۹۹) همسو است.

در تبیین اثربخشی آموزش فراهیجان والد محور در کاهش رفتارهای مخل کودکان تحت مطالعه باید بیان داشت که دیدگاه فراهیجانی والدین به عنوان یک متغیر محافظت کننده از کودکان، در برابر اثرات زیان بار موقعیت‌های غیرقابل تحمل عمل می‌کند و منجر به تواناسازی کودک در تنظیم بهتر هیجانات و کاهش گرایش به رفتارهای مخل می‌شود. در آموزش فراهیجان والد محور والدین یاد گرفتند در قدم اول نسبت به هیجان‌های خود و فرزندانشان آگاهانه‌تر برخورد کنند و در به بحث گذاشتن ابعاد هیجانات در خانواده توانمند شدند. والدین علاوه بر آموزش دیدن در زمینه آگاهی خود از هیجانات و آگاهی دادن به فرزند در مورد هیجان‌هایی که تجربه می‌کند، آموزش دیدند تا این هیجانات را بپذیرند و کودک را نسبت به بروز آن به صورت صحیح هدایت نمایند (اولار، ۲۰۲۰). راهبردهایی که آموزش فراهیجانی در اختیار افراد قرار می‌دهد، دانشی است بر اساس هدایت‌گری، برنامه ریزی و کنترلی. در این صورت، این راهبردهای فراهیجانی سبب می‌شود تا پاسخ والدین به هیجان فراخوانده شده در کودک که بر اثر محرکات محیطی صورت می‌گیرد، با پذیرش همراه باشد و مشاهده و پاسخ‌دهی والدین به تظاهر بیرونی هیجانات کودک، شکل مدیریت شده و سازماندهی شده‌تری را به خود بگیرد (دامیکو و گراسی، ۲۰۲۲). والدین آموزش دیدند تا با هدایت‌گری و استفاده از ابزارهایی مانند دستوره‌های مستقیم و صحبت کردن با فرزندان در مورد هیجان‌هایشان و احترام به آنها و پذیرش تجربیات هیجانی کودک، وی را در مسیر ابراز هیجانات منفی و شدید خود یاری برسانند (بایلن و همکاران، ۲۰۱۹). راهبرد هدایت‌گری باعث شد هیجان‌های منفی بدون نظارت کافی قدرت بروز پیدا نکنند و به صورت آگاهانه بررسی شوند تا تحت نظر دانش فراهیجانی فراخوانده شده و بروز پیدا کنند. همچنین بعد برنامه ریزی دانش فراهیجانی با لحاظ کردن ترتیب بروز هیجان‌ها با توجه به اقتضات محیطی باعث شد که هیجان‌ها با توجه به شرایط نمایان شوند و کودک این توانمندی را کسب کرد که هیجان‌ها را بدون درک شرایط حال بروز ندهد و ترتیب بروز هیجان‌ها را نیز در نظر داشته باشد (گاتمن و همکاران، ۱۹۹۶). در بعد کنترلی دانش فراهیجانی کودک دارای این توانایی می‌شود که به کنترل و تنظیم هیجان‌ها دست زده و بدون تلاش برای کاستن شدت هیجان بتواند آن را تعدیل کند. از این رو توانایی کودک در کنترل هیجان سبب می‌شود که وی بتواند در یک موقعیت یک هیجان خاصی را تعدیل، در شرایطی دیگر تقویت و یا در زمان دیگری حفظ کند و مجموع این فرایندها می‌تواند در کاهش مشکلات رفتاری و هیجانی کودک نقش داشته باشد (نجاتی فر و همکاران، ۱۳۹۹). نجاتی فر و همکاران (۱۳۹۹) در مطالعه

است. بر همین اساس پیشنهاد می‌شود تا مطالعات بعدی با در نظر گرفتن گروه نمونه وسیع‌تر و انتخاب تصادفی شرکت‌کنندگان انجام شوند.

سیاسگزاری

این مقاله مستخرج از پایان‌نامه دکترای علوم تربیتی می‌باشد. در انتها از شرکت‌کنندگان در پژوهش که زمینه انجام و اجرای این تحقیق را فراهم ساختند، تشکر و قدردانی می‌شود.

منابع

- آهنی، رضا؛ و هاشمی نسب، محسن. (۱۳۹۶). مقایسه اختلالات رفتاری در کودکان ۷-۱۲ سال دارای والدین سوءمصرف‌کننده مواد با کودکان دارای والدین عادی، نشریه پرستاری کودکان، ۳، ۳۰-۲۳.
- آذریک، قاسم و نصری، صادق. (۱۳۹۶). تاثیر بازی‌های گروهی و محلی بر افزایش مهارت‌های اجتماعی دانش‌آموزان کم‌توان ذهنی. تعلیم و تربیت استثنایی، ۱، ۴۲-۳۳.
- پیرعباسی، زینب و صفرزاده، سحر. (۱۳۹۸). اثربخشی بازی درمانی گروهی بر مهارت‌های اجتماعی و عملکرد حافظه دانش‌آموزان دبستانی دختر دارای اختلال یادگیری خاص. مجله پرستاری کودکان، ۶، ۱۲-۵.
- توکلی‌زاده، جهانشیر؛ بوالهروی، جعفر؛ مهریار، هوشنگ و دژکام، محمود (۱۳۷۶). همه‌گیرشناسی اختلال‌های رفتاری ایذایی و کمبود توجه در دانش‌آموزان دبستانی شهر گناباد. مجله روانپزشکی و روانشناسی بالینی، ۱۳(۱)، ۵۲-۴۰.
- زرگرانی، نیکو؛ مشهدی، علی؛ و طیبی، زهرا. (۱۳۹۳). اثربخشی آموزش گروهی نظم‌جویی هیجان مبتنی بر الگوی گروس بر بازداری رفتاری و شناختی دختران نوجوان مبتلا به نشانگان اختلال شخصیت مرزی و اختلال نارسیب توجه/فزون‌کنشی، مجله روانشناسی بالینی، ۶، ۸۹-۷۵.
- گودینی، رحمان؛ و طهماسبی، سیامک. (۱۳۹۶). تأثیر آموزش مدیریت هیجان به مادران بر مشکلات رفتاری فرزندان از دیدگاه والدین. مجله روانشناسی بالینی، ۳۳(۴-۴۱).
- فتاحی‌اندبیل، اعظم؛ صابری، هایده و کواکی، اصغر. (۱۳۹۷). اثربخشی بازی درمانی گروهی شناختی رفتاری و تحریک الکتریکی فراجمعه‌ای مغز بر کارکردهای اجرایی حافظه فعال و بازداری پاسخ کودکان دارای اختلال بیش‌فعالی-نقص توجه. فصلنامه عصب‌روانشناسی، ۴، ۹۰-۷۳.
- فلاح، فاطمه؛ رضایر میرصالح، یاسر و بهجتی اردکانی، فاطمه. (۱۴۰۰). اثربخشی بازی درمانی آدلری بر مهارت‌های اجتماعی کودکان دارای اختلال اضطراب اجتماعی: یک طرح سری‌های زمانی. پژوهش‌های نوین روانشناختی، ۱۱(۴۲)، ۱۶-۱.
- مالکی، سارا؛ محمدی‌نیا، زهرا، محمدی‌نیا، ندا و فتاحی، سعیده. (۱۳۹۹). اثربخشی بازی درمانی شناختی رفتاری بر اضطراب مدرسه و کم‌رویی دانش‌آموزان دارای اختلال یادگیری. مجله علوم پزشکی مشهد، ۶۳(۵)، ۱۲۴-۱۱۰.
- نجاتی فر، سارا؛ عابدی، احمد و قمرانی، امیر. (۱۳۹۹). اثربخشی مداخله والدمحور مبتنی بر فلسفه فراهیجانی گاتمن بر تنظیم شناختی هیجان کودکان با مشکلات رفتاری برونی‌شده. فصلنامه کودکان استثنایی، ۲۰(۴)، ۲۵-۳۶.

ای نشان دادند که مداخله والدمحور مبتنی بر فلسفه فراهیجانی گاتمن بر بهبود مهارت تنظیم شناختی هیجان کودکان با مشکلات رفتاری برونی‌شده اثربخش است.

در خصوص اثربخشی بازی درمانی خانواده محور در کاهش رفتارهای مخل کودکان باید بیان داشت که دوره پیش از دبستان آغاز رشد خلاقیت در کودکان است که در آن، بازی نقش عمده‌ای در شکوفایی استعدادها ایفا می‌کند. بازی، اعتماد به نفس کودک را افزایش می‌دهد، از اضطرابش می‌کاهد و خودپنداره مثبت و خودکارآمدی وی را تقویت می‌کند، سبب اجتماعی شدن، ایجاد استقلال، آموزش مهارت‌های ارتباطی، استحکام روابط خانوادگی و مهارت در دوست‌یابی می‌شود (آذریک و نصری، ۱۳۹۶). بازی نقش مهمی در ایجاد خلاقیت در کودک ایفا می‌کند، بنابراین بازی ابعاد خلاق شخصیت کودک را پرورش می‌دهد به خصوص در فرایند بازی درمانی خانواده محور که عناصری از تقلید از بزرگسالان را نیز دربردارد. از طرف دیگر، نیروی کودک در مدیریت رفتار از پیروی و تقلید آغاز می‌گردد و در فرایند بازی درمانی خانواده محور، والدین بهترین فرصت را برای ارائه یک الگوی مناسب رفتاری به کودک خود در اختیار دارند تا آن رفتاری که درست است را در قالب نقش با کودک خود بازی کنند (مالکی و همکاران، ۱۳۹۹). همچنین با توجه به اینکه هیجان‌ها و رفتارهای ناسازگار کودک در بستر خانواده شکل می‌گیرند، بنابراین انتظار می‌رود بازی درمانی خانواده محور با بهبود روابط بین فردی در خانواده بخصوص بهبود تعامل والد کودک، به اصلاح روش‌های ناکارآمد تربیتی والدین و تقویت روابط مثبت بین اعضا به کاهش مشکلات رفتاری کودکان کمک کند (گاو و همکاران، ۲۰۱۵). همچنین بازی مسیری مناسب و سالم برای ابراز و تخلیه تعارضات و هیجان‌ات درونی است که بخودی خود می‌تواند منشا رفتارهای مخل باشند. در واقع، بازی از درون کودک نشات می‌گیرد و بنابراین رفتار کودک در طی بازی بیان‌کننده پاسخ شخصی و واقعی او به محیطش است و قابلیت و قدرت‌های تخیلی کودک را به ظهور می‌رساند (فتاحی‌اندبیل و همکاران، ۱۳۹۷). بنابراین بازی درمانی بخصوص بازی درمانی خانواده محور می‌تواند نقش منحصر به فردی در کاهش اختلالات رفتاری-هیجانی کودکان داشته باشد.

در مجموع یافته مطالعه حاضر گویای تاثیر آموزش فراهیجانی والد محور و بازی درمانی خانواده محور در کاهش رفتارهای مخل کودکان بود. متخصصان حوزه کودک می‌توانند طبق یافته این مطالعه، از آموزش فراهیجانی والد محور و بازی درمانی خانواده محور به عنوان یک مداخله موثر در کاهش رفتارهای مخل کودکان بهره ببرند. لازم به ذکر است که برخی از محدودیت‌های روش شناختی پژوهش حاضر از جمله محدود بودن مطالعه به کودکان شهر تهران، تعمیم‌پذیری نتایج آن را با محدودیت مواجه می‌کند. همچنین عدم امکان انتخاب تصادفی گروه نمونه نیز از دیگر محدودیت پژوهش حاضر

- American Psychiatric Association. (2019). American psychiatric association.
- Avelar, B. (2020). Views of Emotion in Adulthood: The Role of Caregiver Meta-Emotional Philosophy. *URJ-UCCS: Undergraduate Research Journal at UCCS*, 13(2).
- Bailen, N. H., Wu, H., & Thompson, R. J. (2019). Meta-emotions in daily life: Associations with emotional awareness and depression. *Emotion*, 19(5), 776.
- Breider, S., Hoekstra, P. J., Wardenaar, K. J., Van Den Hoofdakker, B. J., Dietrich, A., & De Bildt, A. (2022). Early-Life Environmental and Child Factors Associated with the Presence of Disruptive Behaviors in Seven-Year-Old Children with Autistic Traits in the Avon Longitudinal Study of Parents and Children. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 52(6), 2747-2761.
- Chen, F. M., Lin, H. S., & Li, C. H. (2012). The role of emotion in parent-child relationships: Children's emotionality, maternal meta-emotion, and children's attachment security. *Journal of Child and Family Studies*, 21(3), 403-410.
- D'Amico, A., & Geraci, A. (2022). Sex differences in emotional and meta-emotional intelligence in pre-adolescents and adolescents. *Acta Psychologica*, 227, 103594.
- Eres, R., Lim, M. H., Lanham, S., Jillard, C., & Bates, G. (2021). Loneliness and emotion regulation: Implications of having social anxiety disorder. *Australian Journal of Psychology*, 73(1), 46-56.
- Gao, Z., Chen, S., Pasco, D., & Pope, Z. (2015). A meta-analysis of active video games on health outcomes among children and adolescents. *Obesity reviews*, 16(9), 783-794.
- Gottman, J. M., Katz, L. F., & Hooven, C. (1996). Parental meta-emotion philosophy and the emotional life of families: Theoretical models and preliminary data. *Journal of Family Psychology*, 10(3), 243.
- Hawes, S. W., Waller, R., Byrd, A. L., Bjork, J. M., Dick, A. S., Sutherland, M. T., ... & Gonzalez, R. (2021). Reward processing in children with disruptive behavior disorders and callous-unemotional traits in the ABCD study. *American Journal of Psychiatry*, 178(4), 333-342.
- Hooven, C., Gottman, J. M., & Katz, L. F. (1995). Parental meta-emotion structure predicts family and child outcomes. *Cognition & Emotion*, 9(2-3), 229-264.
- Jenkins, L. N., & Demaray, M. K. (2012). Social support and self-concept in relation to peer victimization and peer aggression. *Journal of School Violence*, 11(1), 56-74.
- Katz, L. F., & Hunter, E. C. (2007). Maternal meta-emotion philosophy and adolescent depressive symptomatology. *Social Development*, 16(2), 343-360.
- Mancini, A., & Mancini, F. (2018). Rescripting memory, redefining the self: A meta-emotional perspective on the hypothesized mechanism (s) of imagery rescripting. *Frontiers in psychology*, 9, 581.
- Nursanaa, W. O., & Ady, I. N. C. (2020). Play therapy for children with anxiety disorders. In *5th ASEAN Conference on Psychology, Counselling, and Humanities (ACPCH 2019)* (pp. 81-86). Atlantis Press.
- Thomas, S., White, V., Ryan, N., & Byrne, L. (2021). Effectiveness of play therapy in enhancing psychosocial outcomes in children with chronic illness: A systematic review. *Journal of Pediatric Nursing*.
- Werhahn, J. E., Mohl, S., Willinger, D., Smigielski, L., Roth, A., Hofstetter, C., ... & Brandeis, D. (2021). Aggression subtypes relate to distinct resting state functional connectivity in children and adolescents with disruptive behavior. *European child & adolescent psychiatry*, 30(8), 1237-1249.