اثربخشی بازی‌درمانی آدلری بر اضطراب اجتماعی و کمال‌گرایی ناسازگارانه کودکان دارای لکنت‌زبان

اسماعیل برزگر[۱]، دکتر علیرضا بوستانی‌پور[۲]
خدیجه فتوح‌آبادی[۳]

تاریخ دریافت.: ۱۳۹۹/۸/۱۵ تجدیدنظر: ۱۳۹۹/۱۲/۱۹
پذیرش نهایی: ۱۴۰۰/۲/۱۹

چکیده

هدف: پژوهش حاضر بررسی اثربخشی بازی‌درمانی آدلری بر کاهش اضطراب اجتماعی و کمال‌گرایی ناسازگارانه کودکان دارای لکنت زبان بود. **روش**: روش پژوهش از نوع نیمه‌آزمایشی و طرح آن پیش‌آزمون-پس‌آزمون با گروه کنترل بود. جامعه آماری تمامی کودکان ۸ تا ۱۲ ساله دارای لکنت‌زبان مراجعه‌کننده به مراکز گفتار درمانی شهر شیراز در سال تحصیلی ۹۷-۹۸ بودند. نمونه پژوهش حاضر شامل ۲۴ نفر از کودکان دارای لکنت‌زبان که از نظر اضطراب اجتماعی و کمال‌گرایی ناسازگار در مرز بالینی قرار داشتند، بودند؛ به شیوه نمونه‌گیری در دسترس انتخاب و به‌صورت تصادفی در دو گروه آزمایش و کنترل جایگزین شدند. برای جمع‌آوری اطلاعات از مقیاس اضطراب اجتماعی لایبوویتز (۲۰۰۳) و کمال‌گرایی چندبُعدی فراست و همکاران (۱۹۹۰) در دو مرحله پیش‌آزمون و پس‌آزمون استفاده شد. محتوای جلسه‌ها براساس بازی‌درمانی آدلری تهیه شد. داده‌ها نیز با روش‌های آماری توصیفی و تحلیل کوواریانس تجزیه و تحلیل شد. **یافته‌ها**: نتایج تحلیل کوواریانس نشان داد که میانگین نمره‌های اضطراب اجتماعی و کمال‌گرایی ناسازگار و مؤلفه‌های آن گروه آزمایش نسبت به گروه کنترل کاهش معناداری پیدا کرده است. **نتیجه‌گیری**: بنابراین بازی‌درمانی آدلری در کاهش اضطراب اجتماعی و کمال‌گرایی ناسازگار کودکان دارای لکنت‌زبان مؤثر بوده است.

واژه‌های کلیدی: *بازی‌درمانی آدلری، اضطراب اجتماعی، کمال‌گرایی ناسازگار، لکنت‌زبان، کودکان.*

۱. **نویسنده مسئول**: دانشجوی دکتری مشاوره، گروه مشاوره، دانشکده علوم‌تربیتی و روانشناسی، دانشگاه اصفهان، اصفهان، ایران.
۲. گروه روان‌شناسی،دانشکده روان‌شناسی و علوم تربیتی،دانشگاه آزاد اسلامی واحد علوم و تحقیقات، تهران، ایران.
۳. کارشناس‌ارشد مشاوره خانواده، دانشگاه آزاد اسلامی مرودشت، مرودشت، ایران

Effectiveness of Adlerian Play Therapy on Reduction of Social Anxiety and Maladaptive Perfectionism in Children with Stuttering

Esmail Barzegar[1] , M.A,
Alireza Bostanipoor[2], Ph.D.,
Khadije Fotoohabady[3], M.A

Received: 11. 15.2020 Revised: 03.9.2021
Accepted: 05. 9.2021

Abstract

Objective: The purpose of this research was to investigate the effectiveness of Adlerian play therapy on reduction of social anxiety and maladaptive perfectionism in children with stuttering. **Method**: The present study is quasi-experimental research with pretest-posttest control group design. The statistical population included all children aged 8 to 12 years with stuttering referred to the speech-therapy clinics of Shiraz City in the academic year 2018-2019. The sample consisted of 24 children with stuttering who had social anxiety and maladaptive perfectionism in the clinical boundaries. They were selected and randomly divided into two experimental and control groups. Liebowitz Social Anxiety Scale for Children (2003) and Frost, R. O. Multidimensional Perfectionism Scale (1990) were used to collect data, which were administered as both the pretest and posttest. The content of sessions was provided according to Adlerian Play Therapy. Data were analyzed by using descriptive statistics and multivariate analysis of covariance (ANCOVA) method. **Results**: The ANCOVA results indicated that the mean scores on social anxiety and maladaptive perfectionism and its components in the experimental groups decreased significantly in comparison with the control groups. **Conclusion**: Thus, it can be concluded that Adlerian Play Therapy was effective in reducing social anxiety and maladaptive perfectionism in children with Stuttering.

Keywords: *Adlerian Play Therapy; Social Anxiety; Maladaptive Perfectionism; Stuttering; Children*

1. **Corresponding Author**: Ph.D Student in Counseling, Department of Counseling, Faculty of Education and Psychology, University of Isfahan, Isfahan, Iran. **Email**: Counselor1363@yahoo.com
2. Department of Psychology, Faculty of Psychology and Educational Sciences, Islamic Azad University, Science and Research Branch, Tehran, Iran
3. Department of Counseling, Marvdasht Branch, Islamic Azad University, Marvdasht, Iran

[Downloaded from joec.ir on 2026-11-24]

[DOR: 20.1001.1.16826612.1400.21.2.10.0]

مقدمه

لکنت‌زبان[1] یک اختلال شایع گفتاری است که ممکن است مادرزادی یا اکتسابی باشد (کریگ و ترن، ۲۰۱۸). متن پنجمین راهنمای تشخیصی و آماری اختلال‌های روانی انجمن روان‌پزشکی آمریکا[2] (۲۰۱۳)، لکنت‌زبان را اختلال در سلاست طبیعی و الگوی زمانی تکلم، نامتناسب با سن فرد تعریف کرده است که به‌صورت وقوع مکرر تکرار صوت‌ها و سیلاب‌ها، طولانی‌شدن صوت‌های صدادار و بی‌صدا، بیان شکسته کلمه‌ها، انسداد قابل سمع یا صامت، بیان غیرمستقیم از راه به‌کاربردن کلمات جایگزین به جای کلمه‌های مشکل‌ساز، تولید کلمه‌ها با تنش جسمی فراوان، تکرار کامل کلمه‌های تک‌سیلابی مثل «من من من او را دیدم»، مشاهده می‌شود. لکنت‌زبان به‌طور معمول از کودکی شروع می‌شود و شیوع این اختلال یک درصد از جمعیت است (مگویر و همکاران، ۲۰۱۹). بیشتر قبل از ۱۲ سالگی نمود پیدا می‌کند، هرچند که در بیشتر موارد از هجده‌ماهگی تا ۹ سالگی قابل تشخیص است. همچنین، دوره اوج آن بین ۲ تا ۳/۵ سالگی و ۵ تا ۷ سالگی است (برزگر، بوستانی‌پور، فتوح‌آبادی، زهره‌ای و ابراهیمی، ۱۳۹۸). اگر لکنت بیش از ۸ سالگی ادامه پیدا کند، علایم اغلب در طول زندگی ادامه دارد (مگویر و همکاران، ۲۰۱۹). کودکان دارای لکنت‌زبان در مقایسه با همسالان خود، ناسازگاری اجتماعی، آموزشی و عاطفی، بیشتری دارند (الحاربی، حسن، سیمونز، بروفیت و گرین، ۲۰۲۰). لکنت در بسیاری از حوزه‌های کیفیت زندگی، از جمله نشاط، درد، شناخت، فعالیت‌های روزمره و عملکرد اجتماعی و هیجانی تأثیر منفی می‌گذارد (اسچوریچ، بیدل و وانریکگم، ۲۰۱۹). لکنت با علایم رفتاری و روانی-اجتماعی از جمله حساسیت عاطفی، افسردگی و اجتناب اجتماعی نیز مشخص می‌شود (پرز و استوکل، ۲۰۱۶؛ جورجتتی، اولیویرا و جیاچتی، ۲۰۱۵). ترس، عصبی‌بودن، تنش، احساس گناه، نگرانی، اضطراب و کمال‌گرایی[3] از دیگر تغییرات رفتاری است که در افراد لکنت دیده می‌شود (سیکندر، طاهر و شاه، ۲۰۱۹). کمال‌گرایی پدیده اپی‌ژنتیکی است که در لکنت‌زبان نقش دارد (بروکلوهست، دریک و کورلی، ۲۰۱۵). لکنت‌ها تمایل دارند دیگران را تحمیل‌کننده استانداردها و الزام‌های غیرواقعی و ارزیابی‌کننده انتقادی عملکردشان درک کنند، آنها به‌طور انتخابی در برابر شکست‌ها و اشتباه‌ها واکنش نشان می‌دهند؛ به‌طور دائم اطلاعات منفی را انتخاب می‌کنند؛ به موفقیت‌ها و دستاوردهای خود را کم‌ارزش و بی‌توجه هستند؛ آنها تمایل به تفکر دوقطبی (از نوع همه یا هیچ چیز) دارند (گورشکووا و وولیکووا، ۲۰۱۷). براساس مطالعه‌ها، افراد دارای لکنت‌زبان، نگران اشتباهات احتمالی در فعالیت‌های خود هستند؛ زمان حل وظایف زندگی تردیدهای مداوم دارند؛ نگران ارزیابی بیرونی هستند و نظارت بیش از حد بر اقدام‌ها (مرتبط با گفتار و غیرگفتاری) و دیدگاه منفی نسبت به خطای خود دارند (بروکلوهست و همکاران، ۲۰۱۵؛ شریورس، دی بروین،دیستو، هولشتیان و صبا، ۲۰۱۰؛ آرنشتاین، لیکی، کامپتون و کلاینو، ۲۰۱۱). مطالعه‌ها نشان داده‌اند که افراد دارای لکنت‌زبان یک کمال‌گرایی ناسازگار نشان می‌دهند (گورشکووا و همکاران، ۲۰۱۷؛ آمستر و کلاین، ۲۰۱۶؛ بروکلوهست و همکاران، ۲۰۱۵). کمال‌گرایی، به‌ویژه نگرانی در مورد اشتباه‌کردن، منجر به افزایش آگاهی و نگرانی در مورد خطاهای گفتاری می‌شود و پریشانی ناشی از آن باعث اجتناب می‌شود. درنتیجه، کمال‌گرایی می‌تواند یک ویژگی شخصی مرتبط با توسعه و حفظ لکنت‌زبان باشد (آمستر و کلاین، ۲۰۱۸). همچنین براساس مطالعه‌ها، لکنت زمانی بدتر می‌شود که فرد مبتلا به لکنت با فردی غریبه و یا فردی که حس می‌کند مافوق اوست، صحبت می‌کند که در چنین مواقعی ممکن است از صحبت‌کردن بترسند یا اجتناب ورزند (الم، ۲۰۱۵؛ وانیکرکه، متیوز و خو، ۲۰۱۷). در چنین مواقعی افراد اضطراب و ترس را

[Downloaded from joec.ir on 2026-11-24]

[DOR: 20.1001.1.16826612.1400.21.2.10.0]

تجربه می‌کنند و این امر دربرابر سبب تشدید و استمرار لکنت می‌شود (ایوراچ و همکاران، ۲۰۱۶). مطالعه‌های زیادی به وجود اضطراب در افراد دچار لکنت‌زبان اشاره داشته‌اند (چن، راپی و ابوت، ۲۰۱۳؛ هو و نگ، ۲۰۱۴؛ جانفرانته و همکاران، ۲۰۱۴؛ واسودف، یالاپا و سایا، ۲۰۱۵). درواقع افراد دچار لکنت‌زبان مستعد اضطراب و اختلال‌های اضطرابی به‌ویژه اختلال اضطراب اجتماعی[۴] هستند (اسمیت، ایوراچ، ابراین، کفالیانوس و ریلی، ۲۰۱۴). شواهد نشان می‌دهد که اختلال اضطراب اجتماعی ممکن است در میان افراد دارای لکنت‌زبان نیز شایع باشد (ایوراچ و همکاران، ۲۰۱۶؛ ایوراچ و همکاران، ۲۰۱۸). اختلال اضطراب اجتماعی اختلالی شایع و ناتوان‌کننده و همچنین هزینه‌بر در بین اختلال‌های روانی محسوب می‌شود. این اختلال می‌تواند با اختلال افسردگی و سایر اختلال اضطرابی همراه شود و بر بسیاری از جنبه‌های زندگی افراد مبتلا به آن تأثیر بگذارد (آدرکا، ۲۰۱۷؛ به نقل از دهقانی و حکمتیان فرد، ۱۳۹۸). اسمیت و همکاران (۲۰۱۴) نشان دادند که نوجوانان دچار لکنت‌زبان نگرش‌های منفی نسبت به ارتباط‌های اجتماعی دارند که این خود عاملی در جهت رشد بیشتر اضطراب اجتماعی است. لکنت با چندین عامل خطر برای ایجاد اضطراب اجتماعی، از جمله اعتمادبه‌نفس پایین، کاهش عملکرد مدرسه، ترس از ارزیابی منفی و خجالت اجتماعی همراه است (ایوراچ و همکاران، ۲۰۱۸).

در کودکان مبتلا به اختلال لکنت‌زبان، فشار و نگرانی همیشه لکنت را بیشتر می‌کند و به همین دلیل بسیاری از پیشنهادهای درمانی برای کمک به کاهش هرچه بیشتر این عوامل است (پلنگی، حبیبی و قاسمی‌نژاد، ۱۳۹۵). به همین جهت در راستای شیوه‌های اثربخش برای درمان اختلال‌های اضطرابی کودکان می‌توان از بازی و بازی‌درمانی استفاده کرد. انجمن بازی‌درمانی[۵] (۲۰۱۶)، بازی‌درمانی را چنین تعریف کرده است: استفاده منظم از یک مدل نظری برای ایجاد یک فرایند بین‌فردی که در آن بازیِ درمانگران آموزش‌دیده از قدرت درمانیِ بازی برای کمک به مراجعان، برای جلوگیری یا حل مشکلات روانی اجتماعی و دستیابی به رشد و توسعه مطلوب استفاده می‌کنند. بازی‌درمانی فرصتی را برای کودکان فراهم می‌کند تا از راه ایمن‌بودن رابطه درمانی، افکار، احساسات و واکنش‌های خود را بیان و کاوش کنند و به رشد شایستگی‌های اجتماعی، ظرفیت‌های هیجانی و انعطاف‌پذیری، خلاقیت، مهارت‌های حل مسئله، تقویت بهداشت روانی و جسمی خود بپردازند (واندرشورن و ترزا، ۲۰۱۴؛ نیهوف و همکاران، ۲۰۱۸). چندین روش تئوریک برای بازی‌درمانی وجود دارد که بازی‌درمانی آدلری به‌عنوان سومین روش استفاده‌شده شناخته شده است (تیلور، میانی- والن، نلسون و گونگور، ۲۰۲۰). در فرایند بازی‌درمانی آدلری، به کودکان در یک رابطه امن و حمایتی فرصتی داده می‌شود تا رفتارهای اجتماعی مفید را تمرین کنند و افکار و احساسات جدید را تجربه کنند. روند بازی و مهارت‌درمانی متخصص بازی‌درمانگر آدلری به کودکان این امکان را می‌دهد که به‌طور مستقیم یا غیرمستقیم، ادراک‌ها، نگرش‌ها و رفتارهای متغیر خود را از راه زبان و یا استعاره تکرار کنند (میانی‌والن، بولیس، کوتمن و تیلور، ۲۰۱۵). بازی‌درمانگران آدلری در تمام مراحل بازی از مهارت‌های مختلفی از جمله ردیابی، انعکاس احساسات، ارتباط برقرارکردن، به‌چالش‌کشیدن، تفانداختن در سوپ مراجع، فنون حرکتی یا هنری، با هدف به‌دست‌آوردن بینش و توسعه و تمرین مهارت‌های بین فردی با مزیت اجتماعی برای اعضای گروه استفاده می‌کنند (میانی- والن و کوتمن، ۲۰۱۹). بازی‌درمانی آدلری فرصتی را برای کودکان فراهم می‌کند تا بتوانند خودشان را بیان کنند؛ در مورد خودشان و دیگران یاد بگیرند و از راه استفاده از اسباب بازی‌ها و رسانه‌های خلاق در گروه، رفتارهای مناسب اجتماعی را تمرین کنند (میانی- والن و

[Downloaded from joec.ir on 2026-11-24]

[DOR: 20.1001.1.16826612.1400.21.2.10.0]

همکاران، ۲۰۱۵؛ میانی- والن، تلینگ، دیویس، آرتلی و ویگنویچ، ۲۰۱۷). از اهداف اصلی بازی‌درمانی آدلری این است که کودکان در مورد سبک زندگی خود - اعتقادهای آنها در مورد خودشان، دیگران و جهان - بینش کسب کنند و سپس نگرش‌های خودتقویت‌نننده و رفتارهای اجتماعی را جایگزین باورهای خودشکن و رفتارهای بی‌فایده اجتماعی کنند (کوتمن و میانی- والن، ۲۰۱۶؛ تیلور و همکاران، ۲۰۲۰). پژوهش‌ها نشان داده است که استفاده از بازی‌درمانی برای درصد قابل ملاحظه‌ای از کودکان دارای پیامدهای ارزشمندی است. در پژوهش آکای و بارتون (۲۰۱۷) بازی‌درمانی آدلری یک مداخله امیدوارکننده برای درمان کمال‌گرایی ناسازگار و مسائل مرتبط با اضطراب کودکان نشان داده شده است. آکای (۲۰۱۳) در پژوهش خود نشان داد که بازی‌درمانی آدلری بر کمال‌گرایی ناسازگارانه و اضطراب کودکان تأثیر معناداری دارد. استوتی، دان، شالنات و رایان (۲۰۱۷) در پژوهشی نشان دادند که بازی‌درمانی آدلری بر کاهش رفتارهای مخرب و ناسازگارانه کودکان مؤثر است. مطالعه میانی- والین و تلینگ (۲۰۱۶) نیز نشان داد که بازی‌درمانی آدلری به‌طور چشمگیری باعث بهبود در مهارت‌های اجتماعی می‌شود. حشمتی، اصل اناری و شکراللهی (۱۳۹۵) در پژوهش خود نشان دادند که بازی‌درمانی گروهی باعث کاهش هیجان‌های منفی، افزایش و بهبود روابط بین‌فردی کودکان مبتلا به ناتوانی یادگیری می‌شود. مطالعه سادات‌موسوی و خدابخشی‌کولایی (۱۳۹۵) نیز نشان داد که بازی‌درمانی گروهی در کاهش اضطراب کودکان مؤثر است.

با توجه به اینکه لکنت واکنش‌های شناختی، عاطفی و رفتاری افراد را درگیر ساخته و منجر به ایجاد اضطراب، دلهره بالا برای ارتباط‌ها، خواسته‌های ناکافی زیادی از خود، تردید در انجام وظایف و نگرانی از ارزیابی بیرونی در فرد می‌شود که سراسر زندگی آنها را تحت تأثیر قرار می‌دهد، از طرفی اضطراب اجتماعی و کمال‌گرایی ناسازگار بر فرد و کیفیت زندگی وی می‌تواند اثرهای مخربی داشته باشد. بنابراین شناسایی این مشکلات در کودکان مبتلا به لکنت از اهمیت و ضرورت بسیاری برخوردار است. همچنین هیچ‌یک از پژوهش‌های داخلی، تأثیر بازی‌درمانی آدلری را بر کودکان دارای لکنت‌زبان بررسی نکرده‌اند. ازاین‌رو هدف مطالعه حاضر بررسی تأثیر بازی‌درمانی آدلری بر اضطراب اجتماعی و کمال‌گرایی ناسازگارانه کودکان دارای لکنت‌زبان می‌باشد. به همین منظور دو فرضیه به شرح زیر تدوین و پاسخ داده شد:

۱. بازی‌درمانی آدلری بر اضطراب اجتماعی کودکان دارای لکنت‌زبان مؤثر است.

۲. بازی‌درمانی آدلری بر کمال‌گرایی ناسازگارانه کودکان دارای لکنت‌زبان مؤثر است.

روش

پژوهش حاضر از نوع نیمه‌آزمایشی و طرح پیش‌آزمون- پس‌آزمون با گروه کنترل بود. جامعه آماری شامل تمامی کودکان ۸ تا ۱۲ ساله دارای لکنت‌زبان مراجعه‌کننده به مراکز گفتار درمانی شهر شیراز در سال تحصیلی ۹۷-۹۸ بود. نمونه پژوهش حاضر شامل ۲۴ نفر از کودکان دارای لکنت‌زبان که از نظر اضطراب اجتماعی و کمال‌گرایی در مرز بالینی قرار داشتند، به شیوه نمونه‌گیری در دسترس انتخاب و به‌صورت تصادفی در دو گروه آزمایش و کنترل گمارده شدند. ملاک ورود به این مطالعه داشتن حداقل یک سال سابقه اختلال لکنت‌زبان، قرارگرفتن در دامنه سنی ۸ تا ۱۲ سال و رضایت خانواده برای همکاری در برنامهٔ مداخله‌ای بود. شیوه‌نامه درمانی کوتمن (۲۰۰۹) بر مبنای بازی‌درمانی گروهی آدلری[۶] که شامل استفاده از مهارت‌های مشاوره گروهی مانند پیونددادن، ترسیم‌کردن، یا درگیرکردن در بحث و فعالیت‌های گروهی است. این برنامه در هشت جلسه هفتگی ۶۰ دقیقه‌ای برای گروه آزمایش به‌وسیله بازی‌درمانگر همراه با پژوهشگر اجرا شد و گروه

[Downloaded from joec.ir on 2026-11-24]

[DOR: 20.1001.1.16826612.1400.21.2.10.0]

کنترل، هیچ‌گونه مداخله‌ای دریافت نکرد. پیش از آموزش، گروه آزمایش و کنترل، پرسشنامه اضطراب اجتماعی و کمال‌گرایی را تکمیل کردند و پس از پایان آموزش نیز هر دو گروه به این پرسشنامه پاسخ دادند.

ابزار

پرسشنامه اضطراب اجتماعی: این مقیاس در سال ۲۰۰۳ توسط لایبوویتز، ماسیا- وارنر و کلاین در نیویورک ساخته شد. ۴۸ ماده دارد. روش نمره‌گذاری این پرسشنامه به‌صورت پنج گزینه‌ای لیکرتی و به‌صورت "هرگز"، "به‌ندرت"، "اغلب" و "همیشه" است که برای آنها نمره‌ای از یک تا چهار تعلق می‌گیرد. اعتبار این پرسشنامه از راه همسانی درونی (ضریب آلفای کرونباخ) به‌وسیله سازندگان ۹۷/-۰ ۰/۹۰ و اعتبار بازآزمایی آن ۰/۹۴- ۰/۸۹ گزارش شده است (ماسیا-وارنر و همکاران، ۲۰۰۳). اعتباریابی این آزمون نیز در نمونه ۱۰۵ نفری اولیه اجرا شد و از طریق همسانی درونی (ضریب آلفای کرونباخ) و بازآزمایی در ۲۰ دانش‌آموز با فاصله ۱۰ روز، به‌ترتیب برابر با ۰/۹۳ و ۰/۸۷ به دست آمد. روایی مقیاس نیز با استفاده از روش روایی سازه از نوع افتراقی برآورد شد. به‌این‌ترتیب که پس از مراجعه به چند مرکز مشاوره و مطلب روان‌شناختی، ۱۵ نفر از کودکان و نوجوانانی که تشخیص یکی از اختلال‌های طبقه اضطرابی را دریافت کرده بودند، انتخاب و این آزمون در مورد آنها اجرا شد. سپس به‌منظور مقایسه نتایج، مقیاس در ۱۵ کودک که فاقد تشخیص اضطراب اجتماعی بودند، به اجرا در آمد. نتایج به‌دست‌آمده نشان دادند که مقیاس اضطراب اجتماعی لایبویتز برای کودکان می‌تواند بین گروه بالینی و غیربالینی تمایز ایجاد کند.

پرسشنامه کمال‌گرایی: این پرسشنامه در سال ۱۹۹۰ توسط فراست و همکاران بر پایه مدل چندبُعدی کمال‌گرایی، ساخته شد و شامل شش مؤلفه و ۳۵ گویه است. ابعاد ناسازگار پرسشنامه شامل نگرانی درباره اشتباه، شک درباره اعمال، انتظارهای والدینی و انتقادگری والدینی و ابعاد سازگار پرسشنامه شامل استانداردهای شخصی و نظم و ترتیب یا سازماندهی می‌باشد (استوبر، ۱۹۹۸). همهٔ گویه‌ها در یک پیوستار ۵ درجه‌ای از کاملاً مخالفم (۱) تا کاملاً موافقم (۵) نمره‌گذاری می‌شوند و دامنه نمره‌های بین ۳۵ و ۱۷۵ است. اعتبار همگرای پرسشنامه براساس همبستگی با پرسشنامه کمال‌گرایی مثبت و منفی اعتبار مناسبی گزارش شده است (تری‌شورت و همکاران، ۱۹۹۵). در نسخه ایرانی این پرسشنامه، ضریب همسانی درونی برای کل پرسشنامه برابر با ۰/۸۶ و برای زیرمقیاس‌ها به‌ترتیب برابر با ۰/۸۵، ۰/۷۲، ۰/۷۸، ۰/۴۷، ۰/۵۷ و ۰/۸۳ به دست آمده است. ضریب همبستگی بازآزمایی با فاصله یک هفته نیز برای کل پرسشنامه برابر با ۰/۹۰ به دست آمد. همچنین روایی همگرای پرسشنامه کمال‌گرایی چندبُعدی فراست براساس رابطه با پرسشنامه کمال‌گرایی مثبت و منفی مناسب گزارش شده است (به نقل از صیف، رستگار و ارشادی، ۱۳۹۶) (جدول ۱).

جدول ۱ شرح بسته آموزشی بازی‌درمانی گروهی آدلری در ۸ جلسه

مراحل	هدف جلسه	محتوای جلسه‌ها
مرحله اول	ایجاد یک رابطه برابری‌طلبانه	کودک (کودکان) و بازی‌درمانگر با هم همکاری می‌کنند تا رابطه‌ای ایجاد کنند که در آن قدرت و تصمیم‌گیری مشترک باشد؛ اعتماد برقرار شود و قوانین عمومی روابط ایجاد شود. مهارت‌های درمانگر مورد استفاده در این مرحله شامل انعکاس احساسات، پرسش و پاسخ به سؤال‌های کودک، تخریب روند مشاوره و بازی فعالانه با هم.
مرحله دوم	بررسی سبک زندگی کودک	جمع‌آوری اطلاعات درباره کودک و سبک زندگی او: سؤال از پدر یا مادر کودک، مشاهده کودک در اتاق بازی، سؤال از کودک و مشاهده او جلسه. مداخله‌های خاص شامل فعالیت‌های هنری، شن و ماسه بازی، عروسک‌بازی، بازی و تعامل‌ها با اعضای گروه یا بازی‌درمانگر. بررسی توانایی‌ها و باورها و

[Downloaded from joec.ir on 2026-11-24]

[DOR: 20.1001.1.16826612.1400.21.2.10.0]

		رفتارهای نادرست کودک، اولویت‌های شخصیتی، باورهای اشتباه درباره خود، دیگران و جهان، توانایی‌های کودک.
مرحله سوم	کسب بینش از سبک زندگی	کمک به کودک در کسب بینش از سبک زندگی خود (آنچه در مرحله قبلی کشف نشده بود)، شامل تفانداختن در سوپ مراجع، داستان‌سرایی، فنون حرکتی یا هنری، عروسکی‌بازی، آموزش تکنیک‌های جسمانی کنترل علایم اضطراب.
مرحله چهارم	بازآموزی و جهت‌گیری دوباره	آموختن مهارت‌های جدید از راه فعالیت‌های بازی، نقش بازی به کودک: ایجاد فرصت برای تمرین رفتارهای اجتماعی مفید و آزمایش افکار و احساسات جدید از راه رابطه امن و حمایتی. واردکردن سوم شخص به بازی، دو جلسه گروه درمانی، گروه درمانی- خارج‌شدن درمانگر از جلسه بازی.

یافته‌ها

برای تجزیه و تحلیل داده‌های پژوهش از روش‌های آمار توصیفی مانند میانگین، انحراف استاندارد و نیز روش‌های آمار استنباطی از تحلیل کوواریانس (ANCOVA) استفاده شد. ۲۴ کودک (۸ تا ۱۲ سال؛ میانگین سن ۱۰/۴ سال و انحراف استاندارد ۱/۱۳) در این مطالعه شرکت کردند. میانگین سنی کودکان در دو گروه آزمایش و کنترل به‌ترتیب ۱۰/۴۶ سال و ۱۰/۷۱ سال بود (جدول ۲).

جدول ۲ میانگین و انحراف استاندارد و بررسی نرمال‌بودن متغیرهای موردپژوهش در گروه‌های آزمایش و کنترل

		پیش‌آزمون		پس‌آزمون		
مقیاس‌ها	گروه‌ها	M	SD	M	SD	کلموگروف ـ اسمیرنف
کل اضطراب اجتماعی	آزمایش	۸۷/۵۰	۱۰/۱۷	۶۰/۴۱	۱۲/۸۵	۰/۰۹۶
	کنترل	۹۰/۴۱	۵/۵۸	۹۰/۵۰	۴/۶۶	
اضطراب عملکردی	آزمایش	۲۲/۵۸	۳/۹۱	۱۶/۷۵	۳/۷۹	۰/۱۹۲
	کنترل	۲۳/۳۳	۲/۳۸	۲۳/۳۳	۱/۹۶	
اجتناب عملکردی	آزمایش	۲۱/۹۱	۳/۲۰	۱۴/۴۱	۳/۷۷	۰/۰۸۳
	کنترل	۲۲/۲۵	۲/۱۷	۲۲/۴۱	۲/۰۲	
اضطراب اجتماعی	آزمایش	۲۱/۱۶	۲/۷۵	۱۵/۱۶	۳/۱۲	۰/۱۴۲
	کنترل	۲۲/۵۸	۲/۴۲	۲۳/۲۵	۱/۶۵	
اجتناب اجتماعی	آزمایش	۲۱/۸۳	۲/۸۲	۱۴/۰۸	۳/۹۶	۰/۱۷۱
	کنترل	۲۲/۲۵	۱/۹۵	۲۲/۳۳	۱/۷۷	
نگرانی درباره اشتباه‌ها	آزمایش	۳۲/۰۸	۳/۸۰	۲۴/۷۵	۵/۲۹	۰/۱۳۲
	کنترل	۳۲/۰۸	۴/۲۰	۳۱/۰۸	۳/۰۵	
شک درباره اعمال	آزمایش	۱۲/۷۵	۳/۱۰	۶/۵۰	۳/۳۴	۰/۱۲۷
	کنترل	۱۳/۲۵	۲/۴۹	۱۳/۳۳	۲/۰۵	
انتظارهای والدینی	آزمایش	۱۶/۵۰	۳/۷۲	۱۱/۳۳	۳/۳۶	۰/۱۶۷
	کنترل	۱۴/۷۵	۲/۹۸	۱۴/۹۱	۲/۴۶	
انتقادگری والدینی	آزمایش	۱۱/۴۱	۲/۴۶	۷/۰۸	۲/۰۲	۰/۱۴۴
	کنترل	۱۱/۹۱	۱/۹۷	۱۲/۱۶	۱/۴۶	

براساس جدول ۲ در پیش‌آزمون میانگین نمره های دو گروه در بیشتر خرده‌مقیاس‌ها نزدیک به هم است، ولی در مرحلهٔ پس‌آزمون تفاوت‌هایی وجود دارد و براساس نتایج آزمون کلموگراف- اسمیرنوف برای داده‌های پیش‌آزمون اضطراب اجتماعی و کمال‌گرایی ناسازگار تفاوت معناداری در داده‌ها مشاهده نمی‌شود و مفروضهٔ نرمال‌بودن برقرار است (جدول ۲).

جدول ۳ نتایج آزمون لوین برای بررسی همگنی واریانس نمره‌های متغیرهای پژوهش در دو گروه

متغیرها	F	Df1	Df2	Sig
کل اضطراب اجتماعی	۰/۶۵۱	۱	۲۲	۰/۴۲۸
اضطراب عملکردی	۲/۳۱	۱	۲۲	۰/۱۴۳
اجتناب عملکردی	۰/۴۵۲	۱	۲۲	۰/۵۰۸

[Downloaded from joec.ir on 2026-11-24]

[DOR: 20.1001.1.16826612.1400.21.2.10.0]

اضطراب اجتماعی	۰/۷۶۹	۱	۲۲	۰/۳۹۰
اجتناب اجتماعی	۱/۲۷	۱	۲۲	۰/۲۷۱
نگرانی درباره اشتباه‌ها	۳/۸۹	۱	۲۲	۰/۰۶۱
شک درباره اعمال	۱/۷۲	۱	۲۲	۰/۲۰۲
انتظارات والدینی	۰/۹۹۵	۱	۲۲	۰/۳۲۹
انتقادگری والدینی	۰/۱۸۲	۱	۲۲	۰/۶۷۴

نتایج بررسی پیش فرض‌های آماری در جدول ۳ نشان داد که هر دو پیش‌شرط تساوی واریانس‌ها و نرمال‌بودن برقرار است. بنابراین استفاده از تحلیل کوواریانس بدون مانع است (جدول ۴).

جدول ۴ نتایج حاصل از تحلیل کوواریانس روی میانگین نمره‌های پس‌آزمون اضطراب اجتماعی کودکان دارای لکنت‌زبان

متغیر وابسته	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	سطح معناداری	اندازه اثر
اضطراب عملکردی	۲۳۸/۳۹	۱	۲۳۸/۳۹	۳۶/۰۶	۰/۰۰۱	۰/۶۶۷
اجتناب عملکردی	۳۷۱/۰۳	۱	۳۷۱/۰۳	۵۵/۸۲	۰/۰۰۱	۰/۷۵۶
اضطراب اجتماعی	۳۴۵/۴۴	۱	۳۵۴/۴۴	۵۳/۷۶	۰/۰۰۱	۰/۷۴۹
اجتناب اجتماعی	۳۸۲/۹۲	۱	۳۸۲/۹۲	۳۹/۷۴	۰/۰۰۱	۰/۶۸۸
کل اضطراب اجتماعی	۵۱۴۶/۳۰	۱	۵۱۴۶/۳۰	۵۱/۱۶	/۰۰۱	۰/۷۴

نتایج جدول ۴ نشان می‌هد مقدار F برای متغیر اضطراب اجتماعی کودکان ۵۱/۱۶ به دست آمد که در سطح P< ۰/۰۰۱ معنادار است و همچنین نمره‌های مؤلفه‌های اضطراب عملکردی (F = ۳۶/۰۶)، اجتناب عملکردی (F = ۵۵/۸۲)، اضطراب اجتماعی (F = ۵۳/۷۶) و اجتناب اجتماعی (F = ۳۹/۷۴) در سطح P< ۰/۰۰۱ معنادار است که می‌توان گفت بین میانگین اختلاف نمره‌های پیش‌آزمون و پس‌آزمون در گروه آزمایش و کنترل کودکان تفاوت معناداری وجود دارد، درنتیجه فرض صفر رد می‌شود. بنابراین، می‌توان گفت شیوه درمانی بر کاهش اضطراب اجتماعی و مؤلفه‌های آن کودکان مؤثر است (جدول ۵).

جدول ۵ نتایج حاصل از تحلیل کوواریانس روی میانگین نمره‌های پس‌آزمون کمال‌گرایی ناسازگار دارای لکنت‌زبان

متغیر وابسته	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	سطح معناداری	اندازه اثر
نگرانی درباره اشتباه‌ها	۱۸۰/۷۴	۱	۱۸۰/۷۴	۱۱/۲۰	۰/۰۰۴	۰/۳۸۴
شک درباره اعمال	۲۴۳/۶۱	۱	۲۴۳/۶۱	۲۹/۰۷	۰/۰۰۱	۰/۶۱۸
انتظارات والدینی	۱۲۱/۹۴	۱	۱۲۱/۹۴	۲۶/۱۱	۰/۰۰۱	۰/۵۹۲
انتقادگری والدینی	۱۲۰/۰۹	۱	۱۲۰/۰۹	۶۵/۸۷	۰/۰۰۱	۰/۷۸۵

نتایج جدول ۵ نشان می‌دهد مقدار F برای نگرانی درباره اشتباه‌ها (F = ۱۱/۲۰)، شک درباره اعمال (F = ۲۹/۰۷)، انتظارات والدینی (F = ۲۶/۱۱) و انتقادگری والدینی (F = ۶۵/۸۷) در سطح P< ۰/۰۰۱ معنادار است که می‌توان گفت بین میانگین اختلاف نمره‌های پیش‌آزمون و پس‌آزمون در گروه آزمایش و کنترل کودکان تفاوت معناداری وجود دارد، درنتیجه فرض صفر رد می‌شود. بنابراین، می‌توان گفت شیوه

[Downloaded from joec.ir on 2026-11-24]

[DOR: 20.1001.1.16826612.1400.21.2.10.0]

درمانی بر کاهش کمال‌گرایی ناسازگار کودکان مؤثر است.

بحث و نتیجه‌گیری

پژوهش حاضر با هدف سنجش تأثیر بازی‌درمانی آدلری بر اضطراب اجتماعی و کمال‌گرایی ناسازگارانه کودکان دارای لکنت‌زبان انجام شد. نتایج حاصل از تحلیل کواریانس نشان داد بین میانگین اختلاف نمره‌های پیش‌آزمون و پس‌آزمون در گروه آزمایش و کنترل تفاوت معناداری وجود دارد؛ یعنی بازی‌درمانی آدلری بر اضطراب اجتماعی و مؤلفه‌های آن و کمال‌گرایی ناسازگارانه کودکان دارای لکنت‌زبان تأثیر معناداری داشته است. این یافته‌ها با نتایج پژوهش‌های آکای (۲۰۱۳)، میانی- والین و همکاران(۲۰۱۶)، آکای و همکاران (۲۰۱۷)، استوتی و همکاران (۲۰۱۷)، میانی- والین و همکاران (۲۰۱۶)، حشمتی و همکاران (۱۳۹۵) و سادات‌موسوی و همکاران (۱۳۹۵) هماهنگ و همسو است. در تبیین معناداری فرضیه اول و دوم مبنی بر اثربخشی بازی‌درمانی آدلری بر اضطراب اجتماعی کودکان دارای لکنت‌زبان، می‌توان اذعان کرد که اختلال اضطراب اجتماعی نوعی اضطراب است که با ترس و اضطراب زیاد در موقعیت‌های اجتماعی تعریف می‌شود و می‌تواند بسیاری از حیطه‌های زندگی فرد را مختل کند. اضطراب اجتماعی، در موارد شدید می‌تواند کیفیت زندگی فرد را به شکل چشمگیری کاهش دهد (ارات، فلانگان و بیرمن ، ۲۰۱۰). کودکان مبتلا به لکنت در موقعیت‌های تعامل اجتماعی از استراتژی‌های مقابله‌ای ناسازگار به‌صورت اجتناب، ارزیابی منفی و ترس استفاده می‌کنند. برای چنین افرادی دشوار است که انتقاد و طرد از افراد اطرافیان خود تجربه کنند. کودکان مبتلا به لکنت اغلب احساس می‌کنند که دیگران از آنها انتظار موفقیت دارند. آنها بر این باورند که دیگران به‌طور دائم کیفیت گفتاری آنها را ارزیابی می‌کنند و انتظارهای غیرواقعی از آنها انتظار دارند (گورشکوا و همکاران، ۲۰۱۷). ازاین‌رو بدیهی است که کودکان مبتلا به لکنت‌زبان احتمال اضطراب اجتماعی بیشتری دارند. از آن‌جایی‌که لکنت‌زبان نوعی اختلال ارتباطی است که با تکرارها و وقفه‌های غیرارادی در گفتار مشخص می‌شود، می‌تواند باعث گوشه‌گیری فرد، کناره‌گیری از فعالیت‌های اجتماعی، استرس و اضطراب، بدبینی، پرخاشگری، افسردگی، خودکم‌بینی، پیشرفت‌نداشتن در تحصیل یا حرفه موردنظر شود (اسمیت و همکاران، ۲۰۱۴). بازی به کودکان احساس توانایی و توانایی حل مشکلات و تسلط بر تجربیات و ایده‌های جدید را می‌دهد تا بتوانند به تقویت اعتمادبه‌نفس و موفقیت کمک کنند (دروز و شفر، ۲۰۱۸). بازی بیشتر ناشی از انگیزه درونی است تا انگیزه بیرونی و این بازتاب درون کودک است. بازی موجب می‌شود که کودک احساسات و ارتباط‌های بیرونی خود را بیان کند. همچنین موجب کاهش اضطراب، توسعه تمایل‌ها، مهارت‌های ارتباطی و افزایش شادی و سازگاری کودک با محیط اطرافش می‌شود (لاندرس، ۲۰۱۱). آدلر اظهار می‌کند: به‌طور کلی بازی یک نوع حرفه است و باید به همین صورت آن را تلقی کرد. بازی‌درمانی آدلری با تأکید بر اصول اساسی این نظریه همچون علاقه اجتماعی، برتری‌جویی، احساس حقارت، هدف‌های تخیلی و خاطرات در قالب بازی زمینه ای برای رشد و شکوفایی کودکان و نیز کاهش اضطراب‌های آنان فراهم می‌آورد. بازی‌درمانی می‌تواند برای آشکارسازی و هدایت دوباره اهداف انحرافی و همچنین در نشان‌دادن میزان رشد علاقه اجتماعی کودک استفاده شود (میانی- والن و کوتمن، ۲۰۱۹). در بازی‌درمانی آدلری، وسایل بازی به کودکان ارائه می‌شود که به آنها امکان می‌دهد تا طیف وسیعی از احساسات را ابراز کنند؛ احساس کنترل و تسلط را تقویت کنند و فرصت‌هایی را برای تمرین رفتارهای قابل قبول اجتماعی در طول بازی فراهم کنند. بازی‌درمانی آدلری به‌طور غیرمستقیم تجربه کودکان را تغییر می‌دهد و ویژگی‌های خودمقابله‌ای، از جمله

[Downloaded from joec.ir on 2026-11-24]

[DOR: 20.1001.1.16826612.1400.21.2.10.0]

عزت‌نفس، توانایی‌های مدیریت استرس و باورهای واقعیت را افزایش می‌دهد که قادر به ایجاد تجربه‌های دلپذیر و مطلوب هستند. کودکانی که تحت بازی‌درمانی آدلری قرار می‌گیرند، زمانی‌که توسط بازی‌درمانگران خود تشویق و حمایت می‌شوند، احساس اعتماد به نفس می‌کنند که به احساس توانمندی دست پیدا می‌کنند و همچنین می‌توانند پیشرفت‌هایی در مهارت‌های اجتماعی نشان دهند (جمال‌الدین، جوهری، آمات و لی، ۲۰۱۸). بنابراین پرواضح است که بازی‌درمانی آدلری کودکان با مبادرت به بازی و تخلیه احساسات و عواطف خود، زمینه برون‌سازی و تخلیه هیجانی خود را مهیا می‌سازد که این مسئله می‌تواند در کاهش اضطراب اجتماعی مفید واقع شود.

درخصوص تبیین معناداری بازی‌درمانی آدلری بر کمال‌گرایی ناسازگارانه کودکان دارای لکنت‌زبان نیز می‌توان اشاره کرد که تلاش برای رسیدن به کمال ذاتی است؛ به این معنا که بخشی از زندگی است. به گفته وی، هدف افزایش از حالت فرومایه به برتر از اوایل کودکی آغاز می‌شود و تا پایان زندگی ادامه دارد. وی بیان کرد که کمال‌گرایی این مزیت را دارد که به افراد در پیشرفت خودشان و جامعه کمک کند. از طرفی کمال‌گرایی می‌تواند ناسالم شود، درصورتی‌که افراد در رفتارهایی که هدف آنها دستیابی به استانداردهای بالا است، سخت‌گیری نشان دهند (آکای و بارتون، ۲۰۱۷). افراد با کمال‌گرایی ناسازگار، رفتارهای بسیار انتقادی نسبت به خود و علایم روان‌شناختی مانند اضطراب و افسردگی نشان می‌دهند. آنها اغلب در کنارگذاشتن اعتقادهای کمال‌گرایانه خود با مشکل روبه‌رو می‌شوند، زیرا نیاز به کامل‌بودن بخش مهمی از هویت آنهاست. آنها خود را شکست‌خورده می‌خوانند زیرا بیش از حد روی کامل‌بودن تمرکز می‌کنند و تمام دستاوردهای گذشته خود را نادیده می‌گیرند. این کودکان برای جلوگیری از عواملی که باعث ناامیدی شدید، عصبانیت نسبت به خود و دیگران و ناراحتی می‌شوند، از حضور در تعامل‌های اجتماعی و شرکت در بحث‌های گروهی خودداری می‌کنند (میانی والن و همکاران، ۲۰۱۵). آدلر بیان می‌کند که نقص درک‌شده می‌تواند برای کودکان سنگین باشد و احساس حقارت بیش از حد کنند که ممکن است باعث عدم علاقه به دیگران و جهان شود. بازی‌درمانی آدلری با فنون و راهبردهای مانند تسهیل بینش در افکار و نگرش‌های مسئله‌دار و تشویق به رفتارهای عملکردی، تغییرات رفتاری را تسهیل می‌کند. بازی‌درمانگران آدلری با تشویق جنبه‌های سازگارانه کمال‌گرایی باعث کاهش انتقاد از خود و ترس از اشتباهات می‌شوند. تشویق مراجعان برای غلبه بر نگرش‌های مورد تردید آنها نسبت به زندگی، راه اصلی بهبود و تغییر است. استفاده از تشویق در چهار مرحله بازی‌درمانی آدلری شجاعت کودک را برای خطرپذیری و آموختن از اشتباه‌های خود، منجر به افزایش علاقه اجتماعی و توانایی ارتباط با دیگران می‌کند که باعث تسهیل و کاهش کمال‌گرایی ناسازگار می‌شود (آکای و بارتون، ۲۰۱۷). بنابراین پرواضح است که درمان مذکور با تسهیل بینش در افکار و نگرش‌های مسئله‌دار و تشویق به رفتارهای عملکردی می‌تواند بر کاهش کمال‌گرایی ناسازگار آنان مؤثر واقع شود.

این پژوهش مانند دیگر پژوهش‌هایی که در حوزه علوم رفتاری و روان‌شناسی انجام می‌شود، با محدودیت‌هایی مواجه بوده است. از جمله محدودیت‌های پژوهش حاضر، امکان نداشتن انجام مرحله پیگیری بود. همچنین با وجود اینکه نتایج پژوهش حاضر بیانگر اثربخش‌بودن بازی‌درمانی آدلری بر اضطراب اجتماعی و کمال‌گرایی ناسازگارانه کودکان دارای لکنت‌زبان بود، اما تعمیم این نتایج به دیگر گروه‌های جامعه با محدودیت‌هایی روبه‌رو است. بنابراین پیشنهاد می‌شود با توجه به اثربخش‌بودن بازی‌درمانی آدلری بر اضطراب اجتماعی و کمال‌گرایی

[Downloaded from joec.ir on 2026-11-24]

[DOR: 20.1001.1.16826612.1400.21.2.10.0]

ناسازگار کودکان دارای لکنت‌زبان، این خدمات در مراکز درمانی موجود در کشور استفاده شود. همچنین، استفاده از این روش درمانی در درمان سایر اختلال‌های روان‌شناختی مرتبط با اضطراب و کمال‌گرایی ناسازگار پیشنهاد می‌شود.

تشکر و قدردانی

در پایان لازم است از تمام افرادی که ما را در انجام این پژوهش یاری کردند، به‌خصوص مبتلایان به لکنت، تقدیر و تشکر شود.

پی‌نوشت‌ها

1. Stuttering
2. American Psychiatric Association
3. Perfectionism
4. Social anxiety
5. Association for Play Therapy
6. Group Adlerian Play Therapy

منابع

برزگر، ا؛ بوستانی‌پور، ع ر؛ فتوح‌آبادی، خ؛ زهره‌ای، ا؛ ابراهیمی، ش؛ (۱۳۹۸) «اثربخشی درمان کوتاه‌مدت راه‌حل محور بر کاهش اضطراب اجتماعی کودکان و نوجوانان دارای لکنت‌زبان»، *پژوهش‌های روان‌شناسی بالینی و مشاوره*، ۹(۱): ۷۶-۹۲.

پلنگی، ا؛ حبیبی، ی؛ قاسمی‌نژاد، م ع. (۱۳۹۵) «مقایسه فشار اجتماعی و حساسیت به طرد در دانش‌آموزان با و بدون لکنت‌زبان، *مجله روان‌شناسی مدرسه*، ۵(۳): ۲۴-۳۸.

حشمتی، ر؛ اصل‌اناری، ر؛ شکراللهی، ر.(۱۳۹۵) «اثربخشی تکنیک‌های بازی‌درمانی گروهی بر اضطراب حالت، احساسات مثبت و سطح سازگاری عمومی کودکان مبتلا به ناتوانی یادگیری خاص»، *مجله ناتوانی‌های یادگیری*، ۵(۴): ۷-۲۴.

دهقانی، ی؛ حکمتیان‌فرد، ص .(۱۳۹۸) «نقش طرحواره‌های ناسازگار اولیه، سیستم فعال‌سازی- بازداری رفتاری و راهبردهای تنظیم شناختی هیجان در پیش‌بینی اضطراب اجتماعی دانش‌آموزان دارای اختلال یادگیری»، *فصلنامه کودکان استثنایی*، ۱۹(۴): ۷۷-۹۰.

سادات‌موسوی، ه؛ خدابخشی‌کولایی، آ. (۱۳۹۵) «اثربخشی بازی‌درمانی گروهی به شیوه مراجع‌محوری بر ترس و اضطراب کودکان پیش‌دبستانی، *سلامت اجتماعی*، ۳(۴):۲۶۱-۲۶۹.

صیف، م ح؛ رستگار، ا؛ ارشادی، ر. (۱۳۹۶) «بررسی رابطه کمال‌گرایی با فرسودگی به‌واسطه درگیری تحصیلی»، *پژوهش در آموزش علوم پزشکی*، ۹(۲): ۳۴-۴۳.

Akay, S., & Bratton, S. (2017). The Effects of Adlerian Play Therapy on Maladaptive Perfectionism and Anxiety in Children: A Single Case Design. *International Journal of Play Therapy*, 26(2), 96-110.

Akay, S. (2013). *The effects of Adlerian play therapy on maladaptive perfectionism and anxiety in children*. Doctor of Philosophy (Counseling), University of North Texas.

Alharbi, S., Hasan, M., Simons, A., Brumfitt, S., & Green, P. (2020). Sequence Labeling to Detect Stuttering Events in Read Speech. *Computer Speech & Language*, 62, 101052.

Alm, PA. (2015). Is it thinking and not feeling that influence variability of stuttering in social situations? About stuttering and social cognition. *Procedia-Social and Behavioral Sciences*, 193(4), 289-290.

American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mentaldisorders* (Fifth Edition (DSM-5). Washington, DC: American Psychiatric Association.

Amster, B.J., & Klein, E.R. (2016). Perfectionism and stuttering: Is there a connection? [Elektronnyi resurs]. International Stuttering Awareness Day Online Conference. Available at: http://www.*mnsu.edu/comdis /isad11/papers/ amster11*.html.

Amster, B.J., & Klein, E.R. (2018). *The social, emotional, and cognitive dimensions of stuttering*. San Diego: Plural Publishing.

Arnstein, D., Lakey, B., Compton, R. J., & Kleinow, J. (2011). Preverbal error-monitoring in stutterers and fluent speakers. *Brain and Language*, 116(3), 105-115.

Association for Play Therapy. (2016). Why play therapy? Retrieved from http://www.*a4pt.org/page/* WhyPlayTherapy.

Brocklehurst, P.H., Drake, E., & Corley, M. (2015). Perfectionism and stuttering: Findings of an online survey. *Journal of Fluency Disorders*, 44, 46-62.

Chen, J., Rapee, R. M., & Abbott, M. J. (2013). Mediators of the relationship between social anxiety and post-event rumination**.** *Journal of Anxiety Disorders*, 27(1), 1-8.

Craig, A., Tran, Y. (2018). Fear of speaking: chronic anxiety and stammering. *Advances in Psychiatric Treatment*, 12 (1), 63-8.

[Downloaded from joec.ir on 2026-11-24]

[DOR: 20.1001.1.16826612.1400.21.2.10.0]

Drewes, A. A., & Schaefer, C. E. (2015). *The Therapeutic Powers of Play*. Handbook of Play Therapy: Second Edition.

Erath, S., Flanagan, K., & Bierman, K. (2010). Friendships moderate psychosocial maladjustment in socially anxious early adolescents. *Journal of Applied Developmental Psychology*, 31, 15-26.

Giorgetti, P., Oliveira, M., Giacheti, M. (2015). Behavioral and social competency profiles of stutterers. *Codas*, 27 (1), 44-50.

Gianferante, D., Thoma, M. V., Hanlin, L., Chen, X., Breines, J. G., Zoccola, P. M., & Rohleder, N. (2014). Post-stress rumination predicts HPA axis responses to repeated acute stress. *Psych. Neuroendocrinology*, 49(11), 244-252.

Gorshkova, E.N., Volikova, S.V. (2017). Social Anxiety and Perfectionism in Young People Who Stutter. *Counseling Psychology and Psychotherapy*, 25(1), 40–58.

Hou, W. K., & Ng, S. M. (2014). Emotion-focused positive rumination and relationship satisfaction as the underlying mechanisms between resilience and psychiatric symptoms. *Personality and Individual Differences*, 71(4), 159-164.

Iverach, L., Jones, M., McLellan, L. F., Lyneham, H. J., Menzies, R. G., Onslow, M., & Rapee, R. M., (2016). Prevalence of anxiety disorders among children who stutter. *Journal of Fluency Disorders*, 49, 13-28.

Iverach, L., Jones, M., Lowe, R., O'Brian, S., Menzies, R., Packman, A., & Onslow, M. (2018). Comparison of adults who stutter with and without social anxiety disorder. *Journal of Fluency Disorders*, 56, 55-68.

Jamaludin, L., Johari, K. S. K., Amat, S., & Lee, G. M. (2018). The Effectiveness of Adlerian Group Play Therapy-based Counseling Intervention on the Holistic Wellness of Neglected Children. *International Journal of Academic Research in Business and Social Sciences*, 8(4), 1221–1232.

Kottman, T., & Meany-Walen, K. (2016). *Partners in play: An Adlerian approach to play therapy* (3rded.). Alexandria, VA: American Counseling Association.

Landreth, G. L. (2011). *Play therapy: The art of the relationship*. New York, N.Y: Brunner Ruttledge.

Maguire, G., LaSalle, L., Hoffmeyer, D., Nelson, M., Lochhead, J., Davis, K., Burris, A., & Yaruss, J. (2019). Ecopipam as a pharmacologic treatment of stuttering. *Annals of Clinical Psychiatry: Official Journal of the American Academy of Clinical Psychiatrists*, 31(3), 1040-1237.

Masia-Warner, C. L., Storch, E. A., Pincus, D. B., Klein, R. G., Heimberg, R. G. & Liebowitz, M. R. (2003). The Liebowitz Social Anxiety Scale for Children and Adolescents: An initial psychometric investigation. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 42, 1076-1084.

Meany-Walen, K., Bullis, Q., Kottman, T., & Taylor, D. (2015) Group Adlerian Play Therapy With Children With Off-Task Behaviors, *The Journal for Specialists in Group Work*, 40(3), 294-314.

Meany-Walen, K. K., & Kottman, T. (2019). Group Adlerian play therapy. *International Journal of Play Therapy*, 28, 1–12.

Meany-Walen, K., & Teeling, S. (2016). Adlerian Play Therapy with Students with Externalizing Behaviors and Poor Social Skills. *International Journal of Play Therapy*, 25(2), 64-77.

Meany-Walen, K. K., Teeling, S., Davis, A., Artley, G., & Vignovich, A. (2017). Effectiveness of a play therapy intervention on children's externalizing and off-task behaviors. *Professional School Counseling*, 20, 89–101.

Nijhof, SL., Vinkers, CH., Van Geelen, SM., Duijff, SN., Achterberg, EJ., Der Net, JV., et al. (2018). Healthy play, better coping: the importance of play for the development of children in health and disease. *Neurosci Biobehav Rev.*, 95, 421-429.

Perez, HR., & Stoeckle, JH. (2016). Stuttering: Clinical and research update. *Can. Fam. Physician*, 62(6), 479-84.

Scheuricha, A., Beidela, D., & Vanryckeghem, M. (2019). Exposure therapy for social anxiety disorder in people who stutter: An exploratory multiple baseline design. *Journal of Fluency Disorders*, 59, 21–32

Schrijvers, D., De Bruijn, E. A., Destoop, M., Hulstijn, W., & Sabbe, B. C. (2010). The impact of perfectionism and anxiety traits on action monitoring in major depressive disorder. *Journal of Neural Transmission*, 117(7), 869–880.

Seif, M., Rastgar, A., & Ershadi, R. (2017). The Relationship between Perfectionism with Burnout through Academic Engagement. *Research in Medical Education*, 9(2), 43-34.

Sikandar, M.Z., Tahir, F.N., & Shah S.I.A. (2019). Self-Esteem and Anxiety among Young Adult Male Stutterers of Central Punjab. *Biomedica*, 35(1), 33-38.

Smith, K., Iverach, L., O'Brian, S., Kefalianos, E., Reilly, S. (2014). Anxiety of children and adolescents who stutter: *A review. Journal of Fluency Disorders*, 40, 22–34.

Stöeber, J. (1998). The Frost multidimensional perfectionism scale revisited: More perfect with four (instead of six) dimensions. *Personality and Individual Differences*, 24(4), 481-491.

[Downloaded from joec.ir on 2026-11-24]

[DOR: 20.1001.1.16826612.1400.21.2.10.0]

Stutey, D. M., Dunn, M., Shelnut, J., Ryan, J.B. (2017). Impact of Adlerian play therapy on externalizing behaviors of at-risk preschoolers**.** *International Journal of Play Therapy*, 26(4), 196-206.

Taylor, D., Meany-Walen, K., Nelson, K., & Gungor, A. (2020). Investigating Group Adlerian Play Therapy for Children with Disruptive Behaviors: A Single-Case Research Design. *International Journal of Play Therapy*, 28(3), 168–182.

Tery-Short, L. A., Owens, R.G., Salde, P. D., & Dewey, M.E. (1995). Positive and negative perfectionism. *Journal of Personality and Individual Differences*, 18, 663-668.

Vanderschuren, L., & Trezza, V. (2014). What the laboratory rat has taught us about social play behavior: role in behavioral development and neural mechanisms. *Curr. Top Behav. Neurosci*, 16,189- 212.

Vanryckeghem, M., Matthews, M., & Xu, P. (2017). Speech situation checklist–revised: Investigation with adults who do not stutter and treatment-seeking adults who stutter. *American Journal of Speech-Language Pathology*, 26(4), 1129-1140.

Vasudev, R., Yallappa, S., & Saya, G. (2015). Assessment of quality of life in obsessive compulsive disorder and dysthymic disorder a comparative study. *Journal Clin. Diagn*, 9, 4-7.

[Downloaded from joec.ir on 2026-11-24]

[DOR: 20.1001.1.16826612.1400.21.2.10.0]