

## اثربخشی شن‌بازی درمانی بر کاهش نشانه‌های افسردگی کودکان در طبقه اجتماعی اقتصادی پایین

آذر نادی<sup>\*</sup>، شکوه‌السادات بنی‌جمالی<sup>\*\*</sup>،

زهره خسروی<sup>\*\*\*</sup> و غلامرضا دهشیری<sup>\*\*\*\*</sup>

### چکیده

هدف پژوهش حاضر بررسی کارایی شن‌بازی درمانی در کاهش نشانه‌های افسردگی کودکان طبقه پایین اجتماعی اقتصادی بود. روش پژوهش طرح تجربی تک موردی از نوع چند خط پایه بود. سه کودک هفت تا ده سال از طبقه پایین اجتماعی اقتصادی که دارای نشانه‌های افسردگی متوسط تا خفیف بودند با شیوه نمونه‌گیری هدفمند انتخاب شدند. پرسشنامه افسردگی کودکان (CDI)، مقیاس پنج سؤالی افسردگی، پرسشنامه علائم مرضی کودکان (CSI-4)، و مقیاس خودپنداره کودکان (CSCS) برای آزمودنی‌ها به کار گرفته شد. شرکت‌کنندگان چهارده جلسه مداخله درمانی دریافت کردند و مرحله پیگیری نیز سه ماه پس از پایان درمان انجام شد. نتایج نشان داد که شن‌بازی درمانی برای کاهش نشانه‌های افسردگی کودکان طبقه پایین اجتماعی اقتصادی مؤثر واقع شده است. این یافته‌ها حاکی از آن است که شن‌بازی درمانی برای کاهش نشانه‌های افسردگی کودکان، کارایی لازم را دارد.

کلیدواژه‌ها: شن‌بازی درمانی کودکان؛ نشانه‌های افسردگی؛ طبقه اجتماعی اقتصادی

\*. دانشجوی دکتری روانشناسی الزهراء(س) azarnady2015@gmail.com

\*\* دانشیار دانشگاه الزهراء(س)

\*\*\* استاد دانشگاه الزهراء(س)

\*\*\*\* استادیار دانشگاه الزهراء(س)

تاریخ پذیرش ۱۳۹۵/۴/۲

تاریخ دریافت: ۱۳۹۴/۹/۵

## مقدمه

روان‌شناسان تحولی و متخصصان بالینی کودک برای مدت زیادی تصور می‌کردند که کودکان سن دبستانی از نظر تحولی ناپخته‌تر<sup>۱</sup> از آن هستند که بتوانند افسردگی را تجربه کنند. بر این اساس، این ایده که کودک می‌تواند افسرده شود توسط روان‌درمانگران دست‌کم گرفته می‌شد؛ اما بعدها مطالعات متعدد روانشناسی نشان دادند که حتی کودکان ۶ ساله هم می‌توانند نشانه‌های افسردگی و حتی نشانه‌های افسردگی اساسی<sup>۲</sup> را نشان دهند (کارلسون و کنتول<sup>۳</sup>، ۱۹۸۰). در حال حاضر، افسردگی کودکی حوزه‌ای است که به‌خوبی شناخته‌شده است. افسردگی سنین پیش‌دبستانی با نشانه‌های معمول افسردگی مانند بی‌لذتی، تغییرات خواب و اشتها، تغییرات سطح فعالیت و حس گناه مشخص می‌شود (لوینسون، روهه، سیلی، فیشر<sup>۴</sup>، ۱۹۹۳). شیوع افسردگی اساسی در میان کودکان سن دبستانی حدود ۲-۵٪ تخمین زده شده است (هگنل، لنک، رورسمان، اوجسو<sup>۵</sup>، ۱۹۸۲؛ جانگ<sup>۶</sup>، ۲۰۰۹؛ کسلر و والترز<sup>۷</sup>، ۱۹۹۸؛ لوینسون و همکاران، ۱۹۹۳؛ کواکس، گاتسونیس<sup>۸</sup>، ۱۹۹۴) و پیشنهاد شده است که در چند دهه اخیر افسردگی فراوانی بیشتری نسبت به دهه‌های اولیه قرن ۲۰ داشته است (لوی<sup>۹</sup>، ۲۰۱۰). نرخ بالای تداوم افسردگی از کودکی تا بزرگسالی نشان داده‌شده است (سراگ و مستروپری<sup>۱۰</sup>، ۱۹۹۸) و مطالعات نشان می‌دهند که در نتیجه افسردگی آسیب‌های مهمی در کارکردهای اجتماعی کودکان ایجاد می‌شود، از جمله پیشرفت تحصیلی کم و مشکل در رابطه با همسالان و خانواده (مافسون، ویسمان، موریو، گرافینکل<sup>۱۱</sup>، ۱۹۹۹؛ ویز، مک‌کارتی و والری<sup>۱۲</sup>، ۲۰۰۶).

- 
1. Immature
  2. Major
  3. Carlson & Cantwell
  4. Lewinsohn, Rohde, Seeley & Fischer
  5. Hagnell, Lanke, Rorsman & Ojesjo
  6. Jang
  7. Kessler & Walters
  8. Kovacs & Gatsonis
  9. Luby
  10. Scruggs & Mastropier.
  11. Mufson, Weissman, Moreau & Garfinkel
  12. Weisz, McCarty & Valeri

آسیب‌های روان‌شناختی با افزایش شدت افسردگی بیشتر می‌شوند، با وجود این، حتی افسردگی زیر آستانه‌ای هم با آسیب‌های زیادی توأم است (جود، اکیسکال، زیلر<sup>۱</sup>، ۲۰۰۰).

متعاقب این پژوهش‌ها، پژوهش‌های زیادی نیز بر درمان افسردگی کودکان تمرکز کردند؛ اما مطالعات مختلف نشان داده‌اند که کم‌تر از نیمی از افسردگی‌ها قبل از سنین ۱۸ سالگی درمان می‌شوند (ویتینگتون، کندال، فوناگی، کاترس، کاتگراو، بودینگتون<sup>۲</sup>، ۲۰۰۴؛ ویتلو و سودو<sup>۳</sup>، ۲۰۰۴). یک نقطه ضعف در این فرایند، فقدان مداخله مؤثر و نیرومند برای افسردگی در کودکان کوچک‌تر است. اثر بخشی درمان شناختی- رفتاری که برای درمان افسردگی بزرگسالی بسیار به‌کار رفته، در میان کودکان متوسط ارزیابی شده است (ویز و همکاران، ۲۰۰۶). همچنین در طی سال‌های اخیر، تریدهایی درباره ایمن بودن مداخله دارویی برای افسردگی پدید آمده است (ویتینگتون و همکاران، ۲۰۰۴؛ ویتلو و سودو، ۲۰۰۴). بنابراین، پرداختن به شیوه‌های متفاوت درمانی و توجه به اثر بخشی آن‌ها برای افسردگی کودکی مهم و ضروری به نظر می‌رسد. لوفلد<sup>۴</sup> (۱۹۷۹) پزشک اطفال بریتانیایی، «تکنیک جهان» را ایجاد کرد که همچنین به «بازی جهان» مشهور است که منادی شن‌بازی درمانی محسوب می‌شود. سپس دورا کاف، مشاور یونگی، در سال ۱۹۵۰، شن‌بازی را به عنوان یک مداخله درمانی غیر کلامی برای کار با کودکان گسترش داد (کاف<sup>۵</sup>، ۲۰۰۳). کاف (۱۹۹۱) مطرح کرد که در این شیوه درمانجو به یک «فضای آزاد و ایمن» شکل می‌دهد. در اوایل دهه ۱۹۸۰، دی‌دومینیکو<sup>۶</sup> (۱۹۹۵) از اندازه‌ها و شکل‌های مختلفی از سینی شن استفاده کرد. او همچنین این روش کلینیکی جدید و متفاوت را در میان کودکان، نوجوانان، بزرگسالان، زوج‌ها و خانواده‌ها و گروه‌ها انجام داد. به این ترتیب نظریه و کاربرد شن‌بازی درمانی تحقق و تکامل پیدا کرد. دی‌دومینیکو مانند محققان قبلی بر قدرت شفای ذهن تأکید کرد. به جای تمرکز بر اعماق ذهن ناخودآگاه، او به طور مستقیم با ذهن خودآگاه انسان از طریق تسهیل کردن روند تجربه مراجع

- 
1. Judd, Akiskal & Zeller
  2. Whittington, Kendall, Fonagy, Cottress, Cotgrove & Boddington
  3. Vitiello & Swedo
  4. Lowenfeld
  5. Kalff
  6. DeDomenico

از جهان و خودش و حذف تفسیرهای کلامی و غیر کلامی درمانگر کار کرد (دی دومینیکو، ۱۹۹۵). در سال ۱۹۶۵، روانکاو یونگی ژاپنی، به نام لیستز کاوی هایوا<sup>۱</sup>، شن‌بازی درمانی را برای اولین بار در ژاپن به کار برد و سپس شن‌بازی با خرد شرقی<sup>۲</sup> تلفیق شد، به طوری که شن‌بازی درمانی شرقی در مقایسه با شن‌بازی غربی تبیین<sup>۳</sup> کم‌تر، اما همراهی<sup>۴</sup> بیشتری دارد. طی آن درمانگر محدود به سمبل‌شناسی کار درمانجو نیست، در مقابل درمانگر پذیرش<sup>۵</sup> و همدردی<sup>۶</sup> بیشتری نسبت به درمانجو نشان می‌دهد (ژانگ<sup>۷</sup>، ۲۰۰۶). اثربخشی استفاده از تکنیک‌های بازی‌درمانی (بزمی و نرسی، ۱۳۹۱) و شن‌بازی‌درمانی بر کاهش نشانه‌های افسردگی کاهش اضطراب اجتماعی، تنهایی و بهبود ابراز خود و کاهش مشکلات رفتاری، بهبود عزت نفس و هوش هیجانی (سو<sup>۸</sup>، ۲۰۱۱؛ جانگ و یان هی<sup>۹</sup>، ۲۰۱۲؛ یسل یانگ<sup>۱۰</sup>، ۲۰۱۴؛ زیگلر و هیل<sup>۱۱</sup>، ۲۰۱۱) نشان داده شده است. در ادبیات پژوهشی مربوط به کودکان همواره بر در نظر گرفتن محیط تأکید شده است. کودکانی که وضعیت اقتصادی-اجتماعی نامساعدی دارند، در معرض خطر ابتلا به اختلالات متعددی در دوران بزرگسالی قرار دارند. این امر ناشی از سختی‌های متعددی است که آن‌ها تجربه کرده‌اند (ملچور، مافت، ملین<sup>۱۲</sup>، ۲۰۰۷). پیشرفت تحصیلی تحت تأثیر شرایط اجتماعی اقتصادی قرار می‌گیرد (شکری، کدیور، فرزاد، سنگری، زین‌آبادی، غنایی، ۱۳۸۵؛ نریمانی و آریان پور، ۱۳۸۵) و فراوانی اختلالات مختلف روانی از جمله افسردگی در طبقات پایین اجتماعی اقتصادی بیشتر گزارش شده است (آنکوئیست و واملای<sup>۱۳</sup>، ۲۰۱۲؛ ملچور و همکاران، ۲۰۰۷؛ تایلور، پاگ، مورل، هاریسون کارتر<sup>۱۴</sup>،

- 
1. Lysts Kawi Hayoa
  2. Oriental Wisdom
  3. Explanation
  4. Companionship
  5. Acceptance
  6. Empathy
  7. Zhang
  8. Sue
  9. Jang & Yun-hee
  10. Ye-seul Yang
  11. Zeigler & Hill
  12. Melchior, Moffitt & Milen
  13. Ahnquist & Wamala
  14. Taylor, page, Morrell, Harrison & carter

۲۰۰۵؛ هادسون<sup>۱</sup>، ۲۰۰۵؛ سکر و بارتلی<sup>۲</sup>، ۲۰۰۳). با توجه به اینکه شاخص شکاف طبقاتی در ایران بالاست (کمالی، ۱۳۷۹) و افراد زیادی نیز در طبقه اجتماعی اقتصادی پایین قرار دارند و لزوم بررسی روش‌های درمانی که می‌تواند جنبه پیشگیرانه برای ارتقاء سلامت روان افراد این قشر داشته باشد، پژوهش حاضر بر کودکان این قشر تمرکز کرده است. شواهد اخیر نشان داده‌اند که مداخلات اولیه بر روی کودکان در معرض خطر، در بهبودی شناختی و سلامت روان در جنبه‌های شناختی و اجتماعی و عاطفی طولانی مدت آن‌ها مؤثر است (ملچیور و همکاران، ۲۰۰۷).

بنابراین، در پژوهش حاضر اثربخشی شن‌بازی درمانی بر کاهش نشانه‌های افسردگی کودکان ۷ - ۱۰ سال طبقه پایین اجتماعی اقتصادی و اینکه شن‌بازی درمانی موجب کاهش نشانه‌های افسردگی در کودکان ۷ - ۱۰ ساله طبقه پایین اجتماعی اقتصادی می‌شود، در قالب فرضیه پژوهشی بررسی شد. در پژوهش حاضر از الگویی استفاده شد که دی دومینیکو ارائه کرده است، با این تفاوت که در این شیوه، عناصر شن‌بازی شرقی نیز به کار برده شد.

## روش

در پژوهش حاضر از طرح آزمایشی تک موردی و روش چندخط پایه استفاده شد. طرح چند خط پایه، یکی از طرح‌های تک آزمودنی که برای آزمودنی‌های مختلف به‌طور تصادفی طول خط پایه متفاوت است و نشان می‌دهد که این شیوه کنترل آزمایشی پدید می‌آورد (استفان، ریچارد و تیلمور<sup>۳</sup>، ۲۰۱۳). جامعه آماری پژوهش حاضر را کودکان بین ۷ - ۱۰ ساله واقع در طبقه پایین اجتماعی اقتصادی در شهر تهران تشکیل می‌دادند.

نمونه پژوهش از طریق نمونه‌گیری هدفمند به‌دست آمد که بر اساس این روش نمونه‌هایی انتخاب می‌شوند که از نظر اهداف پژوهشی مناسب هستند (کرلینجر<sup>۴</sup>، ۱۹۸۶). سرند اولیه برای گزینش نمونه‌ای دارای معیارهای ورود انجام شد؛ که معیارهای ورود عبارت از داشتن سن بین ۷ - ۱۰ سال، داشتن نشانه‌های خفیف تا متوسط افسردگی، قرار داشتن در طبقه پایین

- 
1. Hudson
  2. Schoon, Sacker & Bartley
  3. Stephen, Richard & Taylor
  4. Kerlinger

اجتماعی - اقتصادی بودند. برای بررسی طبقه اجتماعی اقتصادی از معیارهای منطقه محل سکونت، درآمد، شغل والدین، تحصیلات والدین، وضعیت منزل مسکونی و امکانات رفاهی بر اساس دیدگاه کارکردگرایی در مفهوم قشربندی اجتماعی استفاده شد. یکسان بودن وضعیت اجتماعی - اقتصادی شرکت‌کننده‌ها به کنترل بیشتر عوامل بیرونی نیز منجر می‌شود. علت استفاده از شرکت‌کنندگان دارای افسردگی متوسط تا خفیف برای شن‌بازی‌درمانی و انتخاب نکردن افراد دارای افسردگی حاد، این بود که به دلیل ماهیت پژوهش، یکی از محدودیت‌های اخلاقی پژوهش این است که نمی‌توان افراد دارای افسردگی حاد را تا زمان ثبت خط پایه معطل نگاه داشت. معیارهای خروج نیز عبارت از ابتلا به سایر اختلالات روانشناسی غیر از افسردگی به عنوان تشخیص اصلی، دریافت درمان دارویی یا درمان‌های روانی دیگر، ابتلا به بیماری‌های جسمی خاص، داشتن تجربه رویداد آسیب‌رسان خاص در شش ماه سال گذشته بودند. بنابراین، برای دست یافتن به نمونه موردنظر از مؤسسات خیریه واقع در مناطق جنوبی شهر استفاده شد و با اجرای پرسشنامه‌های استاندارد و نیز مصاحبه نیمه ساختار یافته و بررسی بالینی، نمونه پژوهش حاضر شامل سه کودک بین ۷ - ۱۰ سال انتخاب شدند که ساکن منطقه ۱۸ بودند.

برای تعیین طبقه اجتماعی اقتصادی از پرسشنامه محقق ساخته بر اساس معیارهای درآمد، منطقه محل سکونت، تحصیلات، امکانات رفاهی و وضعیت مسکن استفاده شد.

**پرسشنامه افسردگی کودکان<sup>۱</sup>:** این آزمون (کواکس، ۱۹۹۲) برای اندازه‌گیری افسردگی کودکان ۷ - ۱۷ سال پدید آمد. این پرسشنامه شامل ۵ خرده مقیاس خلق منفی - مشکلات بین فردی - ناکارآمدی - بی‌لذتی - عزت نفس منفی می‌شود. نقاط برش بین ۱۲ و ۱۹ است (کواکس و استاف<sup>۲</sup>، ۲۰۰۳). محققان بسیاری ضریب پایایی از طریق همسانی درونی این پرسشنامه را ۰/۸۰ و بالاتر گزارش کرده‌اند (کول و کارپینتری<sup>۳</sup>، ۱۹۹۰؛ ویس، ویز، پولیتاو،

- 
1. Child Depression Inventory (CDI)
  2. Staff
  3. Cole & Carpenieri

کاری، نلسون، فینچ<sup>۱</sup>، ۱۹۹۱؛ کوکس، ۱۹۸۵) همچنین روایی آن در مطالعات مختلف تأیید شده است (کوکس ۱۹۹۲؛ تاستوم<sup>۲</sup>، ۲۰۰۵).

ویژگی‌های روان‌سنجی این پرسشنامه را دهشیری، نجفی، شیخی و حبیبی (۱۳۸۸) در ایران بررسی کرده‌اند که پایایی بازآزمایی و همسانی درونی کل پرسشنامه CDI به ترتیب ۰/۸۲ و ۰/۸۳ بوده است.

همچنین همبستگی بین پرسشنامه افسردگی کودکان، مقیاس افسردگی کودکان و پرسشنامه افسردگی بک به ترتیب ۰/۷۹، ۰/۸۷ محاسبه شد که بیان‌کننده روایی همگرایی پرسشنامه افسردگی کودکان است. نتایج تحلیل عاملی تأییدی نشان داد که مدل ۵ عاملی پرسشنامه افسردگی کودکان در جامعه ایرانی برازش دارد. همچنین در این پژوهش از چک لیست خود ارزیابی افسردگی کودکان استفاده شد که شامل ۵ سؤال است که از پرسشنامه CDI بر اساس تحلیل عاملی استخراج شده است. این چک لیست در پژوهش‌های تک آزمودنی برای سنجش‌های با توالی بیشتر کاربرد دارد. روایی هم‌زمان آن با CDI ۰/۸۹ و پایایی آن نیز به روش آلفای کرونباخ ۰/۸۹ به دست آمده است (سو، ۲۰۱۱).

**پرسشنامه علائم مرضی کودکان (CSI-4<sup>۳</sup>):** مقیاس درجه‌بندی رفتار است که گادو و اسپرافکین<sup>۴</sup> (۱۹۹۴) به منظور غربال اختلال رفتاری و هیجانی در کودکان سنین ۵ - ۱۲ سال طراحی کرده‌اند. فرم والدین ۹۷ سؤال دارد که به منظور غربالگری ۱۸ اختلال رفتاری و هیجانی تنظیم شده است. در بررسی که گادو و اسپرافکین (۱۹۹۷) انجام داده‌اند، اعتبار بازآزمایی پرسشنامه بررسی شد و نتایج نشان داد که برای همه طبقه‌های به دست آمده از دو بار اجرای پرسشنامه، اعتبار بازآزمایی در سطح ۰/۰۱ معنادار بود. همچنین روایی تشخیصی آن در بررسی اسپرافکین و گادو (۱۹۹۴) با استفاده از روش نمره برش غربال بررسی و تأیید شد.

در ایران روایی و اعتبار این تست را علی پور و محمد اسماعیل (۱۳۸۳) بررسی کردند. ضرایب اعتبار بازآزمایی برای ۱۱ اختلال از پایین‌ترین حد (۰/۲۹) و برای اختلال هراس اجتماعی تا بالاترین حد (۰/۷۶) برای اختلال سلوک برآورد شد که همگی به استثنای هراس

- 
1. Wess, Weisz, Politano, Carey, Nelson & Finch
  2. Thastum
  3. Children Symptom Inventory
  4. Gadow & Sprafkin

اجتماعی در سطح ۰/۰۱ معنادار بوده‌اند. به طور کلی نتایج اعتبار و پایایی آزمون CSI-4 را تأیید کردند.

برای بررسی روایی آزمون نیز از روش روایی محتوای استفاده شد که نتایج بررسی‌ها، همگونی و مناسبت محتوای پرسشنامه با حیطه مورد سنجش آن را تأیید کردند.

فرم مصاحبه نیمه ساختار یافته: از مصاحبه با والدین به منظور بررسی تاریخچه و شرایط رشدی و جسمی و روانی کودک در کنار مصاحبه و مشاهده بالینی استفاده شد.

آزمون خودپنداره کودکان<sup>۱</sup>: این مقیاس را برای سنجش خود پنداره کودکان، اهلوالیا<sup>۲</sup> (۱۹۸۴) ساخته است؛ و ۸۰ سؤال دارد که پاسخ آن بلی و خیر است؛ و شش مقیاس فرعی دارد که در روانشناسی کودکی و نوجوانی مهم تلقی می‌شوند. پایایی آزمون- بازآزمون آن در پژوهش اهلوالیا (۱۹۸۵) با اجرا در میان ۱۰۶۰ دانش‌آموز ۰/۸۸ بود و پایایی به شیوه دو نیمه کردن ۰/۷۹ به دست آمد.

برای اطمینان از روایی هم‌زمان مقیاس خود پنداره، همبستگی نمرات هر مقیاس فرعی با هم به دست آمد و تمام همبستگی‌ها در سطح ۰/۰۱ معنادار بودند. همچنین تحلیل عاملی با استفاده از شیوه تحلیل مؤلفه‌های اصلی انجام و شش عامل مذکور مشخص شد (کرمی، ۱۳۷۸). هدف از استفاده از این آزمون در ابتدا و اواسط و انتهای پژوهش این بود که دقت آزمایشی بیشتری انجام شود، چرا که در پژوهش‌های آزمایشی تک‌آزمودنی، برای بررسی تغییرات در متغیر وابسته، اجرای آزمون‌های دارای همبستگی با متغیر وابسته می‌تواند دقت را بالاتر ببرد. اغلب نتایج، نمایانگر رابطه منفی بین خود پنداره و افسردگی بوده است (ابلا و پاین<sup>۳</sup>، ۲۰۰۳؛ چنو و شنتیک<sup>۴</sup>، ۲۰۱۴؛ اورت، روبین، ترزنسکی و اسمیت<sup>۵</sup>، ۲۰۰۹؛ زیگلر و هیل<sup>۶</sup>، ۲۰۱۱).

- 
1. Children Self-Concept Scale(CSCS)
  2. Ahluwalia
  3. Abela & Payne
  4. Chen Wu & Shin- ting
  5. Orth, Robin, trzesniewski, Maes & Schmitt
  6. Zeigler & Hill



شیوه اجرای پژوهش به شرح زیر بود:

در ابتدا، آزمون استاندارد افسردگی CDI و پرسشنامه مشخصات فردی برای کودکان ۷-۱۰ ساله ساکن در منطقه ۱۸ اجرا شد که در موسسه خیریه محل عضو بودند و سپس از میان کودکانی که نشانه‌های افسردگی خفیف تا متوسط را نشان دادند، مشاهده بالینی و مصاحبه با کودک و مصاحبه نیمه ساختار یافته با مادر انجام شد و سه کودک انتخاب شدند که شرایط قرار گرفتن در طبقه پایین اجتماعی اقتصادی و افسردگی متوسط تا خفیف داشتند و نیز اجرای پرسشنامه علائم مرضی کودکان نشان داد که به اختلال روانی دیگری مبتلا نیستند. برای حفظ حریم شخصی شرکت‌کنندگان، از اسامی مستعار استفاده شد و نیز رضایت‌نامه کتبی گرفته شد مبنی بر انتشار نتایج درمان/پژوهش به صورتی که شرکت‌کننده ناشناس بماند.

جلسات شن‌بازی درمانی به صورت تک نفره و هفته‌ای دو بار برگزار شد؛ و هر آزمودنی در مجموع ۱۴ جلسه درمان شن‌بازی در طی ۷ هفته دریافت کرد. برای انجام شن‌بازی درمانی از شن خشک دانه ریز و از جعبه چوبی ۴۰ در ۵۰ سانتی متری با عمق ۸ سانتی متر و از اشیاء کوچک از مقوله‌های مختلف استفاده شد. روند مداخله بدین صورت بوده است که پس از معرفی شن‌بازی به درمانجو به او گفته شد که دنیای شنی خود را در جعبه شن خلق کند و آزاد است که از هر کدام از اشیاء کوچک که می‌خواهد استفاده کند و اگر مایل باشد می‌تواند بدون استفاده از اشیاء هم شن‌بازی کند. الگوی درمانی این پژوهش شیوه ارائه شده توسط دی دومینیکو (۱۹۸۸، ۱۹۸۹، ۱۹۹۵) بوده است که بر اساس این روش شش مرحله در شن‌بازی درمانی رخ می‌دهد؛ مرحله ۱- ساخت جهان؛ که طی این مرحله، درمانجو آزادانه جهان خود را خلق می‌کند؛ مرحله ۲- تجربه و سازمان مجدد؛ که طی این مرحله درمانجو دنیای خود را دست‌کاری می‌کند و سازمان مجدد می‌دهد. مرحله ۳- درمان؛ که طی این مرحله، درمانگر فرایند خلاقانه مراجع را به عنوان گفتگوی ارتباطی دریافت می‌کند و در این مرحله درمانگر می‌تواند از تکنیک‌های مختلف استفاده کند. مرحله ۴- ثبت؛ که طی این مرحله تصویر دنیای مراجع به وسیله گرفتن عکس ثبت می‌شود. مرحله ۵- انتقال؛ که طی این مرحله ارتباط بین دنیای شنی و دنیای واقعی برقرار می‌شود و مرحله ۶- از بین بردن؛ که در این مرحله مراجع اختیار دارد قبل از ترک اتاق، دنیای شنی خود را از هم بپاشد. همانطور که دی دومینیکو خاطر نشان کرد، روند پیوسته است و تا جای مناسب ادامه می‌یابد و جریان دارد. مراحل جدا نیستند و بین آن‌ها خط کشی وجود ندارد. چگونگی کار درمانگر با مراجع در یک

جلسه به گرایش درمانی خود درمانگر و نیازهای مراجع در آن زمان بستگی دارد (بویک و گودوین، ۲۰۰۰).

چک لیست خودارزیابی ۵ سؤالی افسردگی (استخراج شده از تحلیل عاملی CDI) هر هفته ۳ بار اجرا و ثبت شد که دو بار در آغاز جلسات درمانی و یکبار به صورت تلفنی ثبت شد. جهت اطمینان از اثربخشی متغیر آزمایشی، پرسشنامه خود پنداره کودکان اهلوالیا در کنار پرسشنامه افسردگی (CDI)، نیز در زمان ثبت خط پایه هم‌زمان با اجرای چک لیست خودارزیابی افسردگی ۵ سؤالی اجرا شد و نیز هر دو هفته یکبار (جلسات ۴، ۱۲، ۲۸) در طی فرایند مداخله و نیز در پایان مداخله اجرا شد. مطالعات مختلف ارتباط نزدیک بین بهبود خودپنداره پس از کاهش افسردگی را نشان داده‌اند (ابلا و پاین، ۲۰۰۳؛ چنو و شنتیک، ۲۰۱۴؛ اورت و همکاران، ۲۰۰۹؛ زیگلر و هیل، ۲۰۱۱). برای شرکت‌کننده اول یک هفته خط پایه ثبت شد و سپس مداخله درمانی آغاز شد. شرکت‌کننده دوم، یک هفته بعد از شرکت‌کننده اول شروع به دریافت مداخله کرد و شرکت‌کننده سوم نیز یک هفته بعد از شرکت‌کننده دوم شروع به دریافت مداخله کرد.

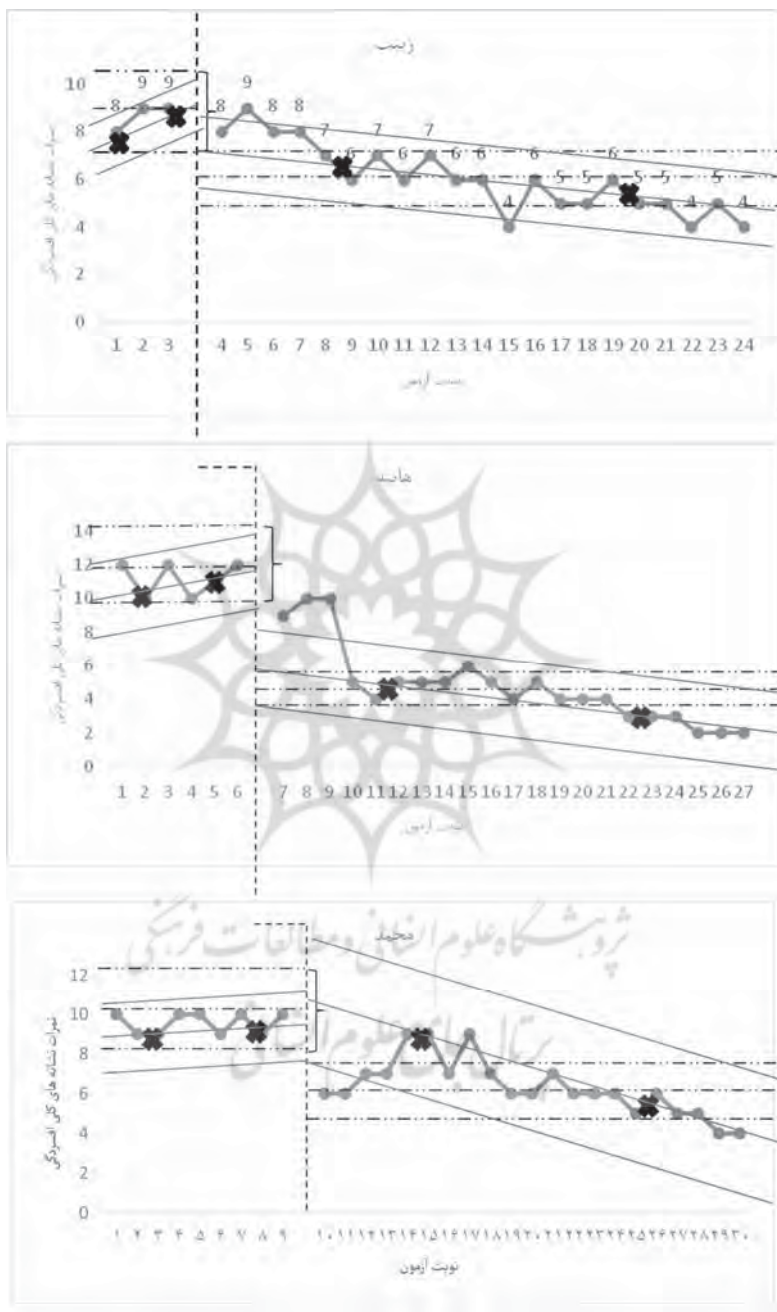
## یافته‌ها

در جدول ۱ به ویژگی‌های جمعیت شناختی مراجعان اشاره شده است.

جدول ۱: ویژگی‌های جمعیت شناختی مراجعان

آزمودنی	سن	جنسیت	شغل مادر	شغل پدر	تحصیلات مادر	تحصیلات پدر
زینب	۹	دختر	پرستار سالمند	دست‌فروش	سیکل	سیکل
هانیه	۱۰	دختر	خانه دار	کارگر کفاشی	ابتدایی	سیکل
محمد	۷	پسر	خانه دار	نظافتچی	سیکل	سیکل

شکل ۱، تغییرات نمرات نشانه‌های افسردگی سنجیده شده با چک لیست پنج سؤالی خودارزیابی افسردگی بک و کوکس در طول خط پایه و جلسات مداخله درمانی را نشان می‌دهد. همانطور که شکل ۱ نشان می‌دهد خط روند و محفظه ثبات ترسیم شده است و برای هر سه شرکت‌کننده، پس از دریافت مداخله نمرات نشانه‌های افسردگی سیر نزولی نشان می‌دهد؛ و این روند نزولی برای محمد نسبت به هانیه و زینب بیشتر است.



شکل ۱: اثربخشی مداخله شن‌بازی درمانی برای کاهش نشانه‌های افسردگی زینب، هانیه و محمد

همچنین تحلیل دیداری درون موقعیتی و بین موقعیتی برای موقعیت‌های خط پایه و مداخله برای آزمودنی‌های اول (زینب)، دوم (هانیه)، سوم (محمد) در جداول ۲ و ۳ و ۴ نشان داده شده است. در این جداول تغییر سطح مطلق و نسبی، تغییر سطح میانه و میانگین و نیز میزان شاخص ناهمپوشی داده‌ها (PND) گزارش شده است.

یک شاخص برای بررسی اثر آزمایشی، شاخص ناهمپوشی داده‌ها است. بر اساس نظر اسکراگس و مستروپری (۱۹۸۸) به ازای PND‌های بالاتر از ۹۰٪ مداخله فوق‌العاده مؤثر گزارش می‌شود، به ازای PND بین ۷۰٪ تا ۹۰٪ مداخله مؤثر قلمداد می‌شود. برای PND‌های بین ۵۰٪ تا ۷۰٪، اثربخشی مداخله مورد تردید است؛ و برای PND‌های کم‌تر از ۵۰٪ مداخله غیرمؤثر گزارش می‌شود.

همان‌طور که در جدول ۲ مشاهده می‌شود، میانگین نمرات نشانه‌های کلی افسردگی برای آزمودنی شماره ۱ از ۸/۵ در موقعیت خط پایه به ۶/۲۳ در موقعیت مداخله رسیده است. همچنین درصد همپوشی داده‌ها بین نقاط خط پایه و مداخله ۲۰٪ است، یعنی طبق شاخص PND درمان با ۸۰٪ اطمینان مؤثر بوده است.

جدول ۲: متغیرهای تحلیل دیداری درون موقعیتی و بین موقعیتی نشانه‌های کلی افسردگی برای آزمودنی شماره ۱ "زینب"

بین موقعیتی		درون موقعیتی	
A به B	مقایسه موقعیت	B	A
	تغییرات روند	۲۱	۳
نزولی به صعودی	تغییر جهت		
مثبت	اثر وابسته به هدف	۶/۰۸	۹
بائبات به باثبات	تغییر ثبات	۶/۲۳	۸/۵
	تغییر در سطح	۴-۹	۸-۹
۹ به ۷	تغییر نسبی	بائبات	بائبات
	تغییر مطلق		
۹ به ۸	تغییر میانه	۸-۵/۵	۸/۵-۹
۹ به ۶/۰۸	تغییر میانگین	۸-۴	۸-۹
۸/۵ به ۶/۲۳	همپوشی داده‌ها		
٪۸۰	PND	نزولی	صعودی
٪۱۹	POD	بائبات	بائبات
		خیر	خیر

تحلیل درون موقعیتی و بین موقعیتی برای آزمودنی شماره ۲، مندرج در جدول ۳، نشان می‌دهد که میانگین نمرات نشانه‌های کلی افسردگی برای این آزمودنی از ۸/۱۶ در موقعیت خط پایه به ۴/۹۰ در موقعیت مداخله رسیده است. همچنین درصد همپوشی داده‌ها بین نقاط خط پایه و مداخله ۱۰٪ است، یعنی طبق شاخص PND درمان با ۹۰٪ اطمینان مؤثر بوده است.

جدول ۳: متغیرهای تحلیل دیداری درون موقعیتی و بین موقعیتی نشانه‌های کلی افسردگی برای آزمودنی شماره ۲ «هانیه»

درون موقعیتی		بین موقعیتی	
A	B	B	A به B
توالی موقعیت‌ها	۶	۲۱	مقایسه موقعیت
طول موقعیت‌ها			تغییرات روند
سطح			تغییر جهت
میان	۱۱/۵	۴/۷۲	اثر وابسته به هدف
میانگین	۸/۱۶	۴/۹۰	تغییر ثبات
دامنه تغییرات	۱۰-۱۲	۲-۱۰	تغییر در سطح
دامنه تغییرات محفظه ثبات	بائبات	بائبات	تغییر نسبی
۲۰٪ از میان هر موقعیت			۱۱ به ۵
تغییر سطح			تغییر مطلق
تغییر نسبی	۱۰-۱۱	۵/۳-۳	تغییر میانه
تغییر مطلق	۱۲-۱۲	۹-۳	تغییر میانگین
روند			همپوشی داده‌ها
جهت	صعودی	نزولی	PND
ثبات	بائبات	بائبات	POD
مسیرهای چندگانه	خیر	خیر	۹۰٪
			۱۰٪

جدول ۴ نشان می‌دهد که میانگین نمرات نشانه‌های کلی افسردگی برای آزمودنی شماره ۳

از ۹/۵۵ در موقعیت خط پایه به ۷/۴۲ در موقعیت مداخله رسیده است. همچنین درصد همپوشی داده‌ها بین نقاط خط پایه و مداخله ۱۴٪ است، یعنی طبق شاخص PND درمان با ۸۶٪ اطمینان مؤثر بوده است.

جدول ۴: متغیرهای تحلیل دیداری درون موقعیتی و بین موقعیتی نشانه‌های کلی افسردگی برای آزمودنی شماره ۳ «محمد»

بین موقعیتی		درون موقعیتی		
A به B	مقایسه موقعیت	B	A	توالی موقعیت‌ها
	تغییرات روند	۲۱	۹	طول موقعیت‌ها
نزولی به صعودی	تغییر جهت			سطح
مثبت	اثر وابسته به هدف	۶/۳۱	۹/۶	میان‌ه
اثبات به اثبات	تغییر ثبات	۷/۴۲	۹/۵۵	میانگین
	تغییر در سطح	۴-۹	۹-۱۰	دامنه تغییرات
۹ به ۷	تغییر نسبی	اثبات	اثبات	دامنه تغییرات محفظه ثبات
				۲۰٪ از میان‌ه هر موقعیت
۱۰ به ۶	تغییر مطلق			تغییر سطح
۹/۶ به ۶/۳۱	تغییر میان‌ه	۷/۵-۵/۵	۹-۹	تغییر نسبی
۹/۵۵ به ۷/۴۲	تغییر میانگین	۶-۴	۱۰-۱۰	تغییر مطلق
	همپوشی داده‌ها			روند
٪۸۶	PND	نزولی	صعودی	جهت
٪۱۴	POD	اثبات	اثبات	ثبات
		خیر	خیر	مسیرهای چندگانه

جدول ۵ نتایج نمرات پرسشنامه افسردگی (CDI) و پرسشنامه خودپنداره (CSCS) را نشان می‌دهد. همان‌طور که جدول نشان می‌دهد، درصد بهبودی افسردگی سنجیده شده با CDI برای زینب ۷۲/۲٪، هانیه ۶۸/۷٪ و محمد ۷۶/۴٪ است؛ و درصد بهبودی خودپنداره سنجیده شده با CSCS برای زینب ۶۶٪، هانیه ۷۱٪ و محمد ۷۲/۵٪ است؛ و روند بهبودی در پیگیری ادامه یافته است؛ که نتایج مؤید اثرگذاری شن‌بازی درمانی بر کاهش نشانه‌های افسردگی و مؤید فرضیه پژوهش است.

جدول ۵: مقایسه نمرات شرکت‌کنندگان در پرسشنامه افسردگی (CDI) و خودپنداره (CSCS)

محمد	هانیه	زینب	
۱۷	۱۶	۱۸	CDI(خط پایه)
۱۱	۱۲	۱۱	CDI(جلسه چهارم)
۷	۸	۹	CDI(جلسه هشتم)
۵	۷	۶	CDI(جلسه دوازدهم)
۴	۶	۶	CDI(جلسه آخر)
۴	۵	۵	CDI(پیگیری ۳ ماه)
٪۷۶/۴	٪۶۸/۷	٪۷۲/۲	درصد بهبودی
	٪۷۲/۴		درصد بهبودی کلی
۴۰	۳۸	۳۵	CSCS(خط پایه)
۵۶	۵۳	۴۵	CSCS(جلسه چهارم)
۶۳	۵۸	۵۲	CSCS(جلسه هشتم)
۶۹	۶۱	۵۶	CSCS(جلسه دوازدهم)
۶۹	۶۵	۵۸	CSCS(جلسه آخر)
۷۲	۶۷	۵۹	CSCS(پیگیری ۳ ماه)
٪۷۲/۵	٪۷۱	۶۶	درصد بهبودی
	٪۶۹		درصد بهبودی کلی

### بحث و نتیجه‌گیری

هدف اصلی پژوهش حاضر بررسی کارایی و اثر بخشی شن‌بازی درمانی در کاهش نشانه‌های افسردگی کودکان بوده است. اینگرام، هیز و اسکات<sup>۱</sup> (۲۰۰۰) مطرح کردند که نتایج پژوهش‌های مداخله‌ای را باید بر اساس شش متغیر بررسی کرد. نتایج این پژوهش نیز با توجه به این شش متغیر بررسی و تبیین‌های متناسب ارائه میشود. این شش متغیر عبارت از اندازه تغییر، کلیت تغییر<sup>۲</sup>، عمومیت تغییر، میزان پذیرش<sup>۳</sup>، ایمنی<sup>۴</sup> و ثبات<sup>۵</sup> نتایج درمان هستند. اندازه تغییر: نتایج پژوهش نشان می‌دهد که کاهش ملاحظه‌پذیری در نشانه‌های افسردگی رخ داده است. با توجه به ملاک PND مداخله برای زینب در محدوده مؤثر قرار می‌گیرد. برای دو

1. Ingram, Hyes & Scott
2. Generity of change
3. Acceptability
4. Safety
5. Stability

آزمودنی دیگر مداخله در محدوده مؤثر و در مرز فوق‌العاده مؤثر قرار می‌گیرد. در تبیین اثربخشی شن‌بازی در مرز فوق‌العاده مؤثر می‌توان به ماهیت شن‌بازی به عنوان عامل ویژه اثرگذار اشاره کرد. صرف‌نظر از رویکرد درمانی به کار رفته در حین شن‌بازی، چنانچه کاف (۲۰۰۳) اشاره کرد. شن‌بازی درمانی فرایند تخیل فعال<sup>۱</sup> را تسهیل می‌کند و باعث فعال شدن انرژی روان می‌شود و گذار از یک حالت ذهن به حالت دیگر را امکان پذیر می‌کند. همچنین یک نمود عینی از دنیای درونی مراجع فراهم می‌کند که مراجع می‌تواند آن را دست‌کاری کند و بدین طریق به فرد کمک می‌کند که به حس کفایت خود و تسلط بیشتری دست یابد (کاف، ۲۰۰۳). بنابراین، در روابط خود با دیگران و در محیط به گونه مؤثرتری عمل کند و بنابراین، با کفایت بیشتری در محیط زندگی خود و در ارتباط با اطرافیان خود رفتار می‌کند و این به بهبود کلی او منجر می‌شود.

کلیت تغییر: نتایج نشان می‌دهد که مراجعان در پایان درمان به ۷۱٪ بهبودی کلی در نشانه‌های افسردگی دست یافته‌اند و خودپنداره آن‌ها نیز ۶۹٪ بهبود نشان داده است و این نتیجه در پیگیری سه ماهه نیز حفظ شده است. یک تبیین در بالا بودن کلیت تغییر در شرکت‌کنندگان این پژوهش این است که این کودکان در واقع دارای نشانه‌های متوسط تا خفیف افسردگی بوده و دچار افسردگی حاد نبوده‌اند و تغییر در جهت بهبود خلق با سرعت بیشتری در آن‌ها رخ داد. همچنین برای شرکت‌کنندگان این پژوهش که از طبقه محروم اجتماعی اقتصادی بودند، مانند دیگر کودکان، شن‌بازی بسیار جذاب و رغبت‌انگیز بوده است. لذت بخش بودن شن‌بازی و تازگی داشتن نوع بازی و اسباب‌بازی‌ها، شادی و شمع در کودکان پدید می‌آورد که در بهبود خلق افسرده تأثیر به‌سزایی داشته است. چنانچه بویک (۲۰۰۰) هم اشاره کرده است، لذت بردن از شن‌بازی می‌تواند به فرایند شفا کمک کند و این پژوهش نشان داد که به کاهش بی‌لذتی منجر می‌شود.

عمومیت تغییر: بررسی نتایج حاصل از پژوهش نشان می‌دهد که هر سه شرکت‌کننده تغییراتی در جهت کاهش نشانه‌های افسردگی نشان داده‌اند. در تبیین عمومیت این تغییرات می‌توان به نقش مهم ارتباط با درمانگر اشاره کرد. از آنجا که شن‌بازی درمانی، با ایجاد فضای ایمن به کودک اجازه ابراز آزادانه خود را می‌دهد (بویک، ۲۰۰۰)، این شیوه می‌تواند به بهبود



روابط بین فردی و کاهش مشکلات بین فردی منجر شود. همچنین چنانچه لوفلد (۱۹۷۹) اشاره کرد کودک با شن‌بازی به عینی‌سازی افکارش می‌پردازد، به‌گونه‌ای که بتواند آن‌ها را تعریف و محدود کند و متعاقباً بر آن تسلط یابد. این نتایج با نتایج سایر محققان (سو، ۲۰۱۱؛ جانگ و یان‌هی، ۲۰۱۲؛ یسل یانگ، ۲۰۱۴؛ زیگلر و هیل، ۲۰۱۱) همسو بوده است. از سویی می‌توان گفت با توجه به اینکه شرکت‌کنندگان این پژوهش از طبقه محروم اجتماعی-اقتصادی هستند، عوامل محیطی مانند سطح تحصیلات پایین والدین، نبود امکانات مادی و آموزشی و درمانی، عامل مهمی در پدیدآیی افسردگی هستند (هادسون، ۲۰۰۵). بنابراین، به نظر می‌رسد عوامل محیطی در مقایسه با عوامل درون‌زاد و ژنتیکی مؤلفه قوی در شکل‌گیری نشانه‌های افسردگی این کودکان است و مداخله درمانی شن‌بازی با کمک به ایجاد تغییر در محیط به بهبودی ملاحظه‌پذیری منتهی می‌شود.

میزان پذیرش: در پژوهش حاضر تمام آزمودنی‌ها تا پایان مرحله درمان روند را ادامه دادند و افت شرکت‌کننده در پژوهش پیش نیامد و شاید به همین دلیل شن‌بازی درمانی را بتوان جزو درمان‌هایی تلقی کرد که قابلیت پذیرش بالایی دارند. ایمنی: طبق اظهارنظر شرکت‌کننده‌ها درمان موجب گرفتاری یا دردسر برای آن‌ها نشد و روند تغییرات CDI و CSCS نشان می‌دهد که شرکت‌کننده‌ها به سطح پایین‌تر از نشانه‌های افسردگی و نیز به بهبود سطح خودپنداره دست یافتند.

ثبات نتایج درمان: پیگیری سه ماهه نتایج درمان نشان می‌دهد که مراجعان توانستند سطح بهبود یافته نشانه‌های افسردگی را بعد از پایان دوره درمانی نیز حفظ کنند. در تبیین نتایج درمان می‌توان گفت که شن‌بازی درمانی، به دلیل دست‌کاری عینی در دنیای نمادین کودک، حس کفایت فردی را افزایش می‌دهد و از سویی تعامل با درمانگر در محیط امن، در بهبود روابط بین فردی مؤثر واقع می‌شود، این روند به این منجر می‌شود که بعد از پایان دوره درمانی نیز، فرد در محیط خود تعامل مؤثرتری با اطرافیان در پیش گیرد و این به تداوم نتایج مثبت حاصل شده منجر می‌شود. از سوی دیگر همان‌طور که دی دومینیکو (۱۹۸۹، ۱۹۹۵) و کاف (۲۰۰۳) اشاره کردند، این شیوه فرایند شفای ذهن را تسهیل می‌کند، چنانچه دی دومینیکو نیز بر اعتماد به ذهن درمانجو و آنچه در بازی‌درمانی تولید می‌کند، بر جهت حرکت صادقانه مراجع به سمت بهبودی و رشد تأکید کرد؛ بنابراین، می‌توان به طور کلی گفت که با بهبود

وضعیت انرژی و خلق کودک که خود پیامد دریافت توجه، ارتباط و لذت در جریان شن بازی است، نگرش منفی‌گرای کودک رو به سمت نگرش مثبت‌گرا می‌رود. از سویی دنیای شنی چون نمودی ملموس و قابل مشاهده و تغییر از دنیای واقعی کودک است (لوفلد، ۱۹۷۹؛ کاف، ۲۰۰۳) او ارتباطات و تنش‌های زندگی خود را در آن ترسیم می‌کند و فرصتی می‌یابد که مسائل و مشکلات خود را به شیوه‌های ملموس از بیرون نگاه کند و شرایط را به صورت نمادین به نفع خواسته‌ها و تمایلات خود تغییر دهد. همچنین در خلال شن بازی، کودک یک رابطه خوب با درمانگر را تجربه می‌کند، رابطه‌ای که در آن کودک و افکار و احساساتش به طور کامل و آزادانه پذیرفته می‌شود. دریافت توجه، همدلی و انعکاس از درمانگر به بهبود حس خودپنداره کودک و بهبود مهارت‌های ارتباط اجتماعی در او کمک می‌کند. بهبود «مهارت‌های اجتماعی و ارتباطی» خود می‌تواند مقدمه‌ای باشد برای افزایش «حس تسلط» (کاف، ۲۰۰۳؛ دی دومینیکو، ۱۹۹۵؛ بویک، ۲۰۰۰) بر محیط که افزایش تصور امن از جهان و امکان شادتر زیستن را تسهیل می‌کند. این تغییرات با یکدیگر همپوشی داشته و با پیدایش این تغییرات در خلق و نگرش کودک، نیروهای خلاق در او فعالانه‌تر عمل می‌کنند؛ که این خود ارتباط دو سویه‌ای با افزایش عزت نفس و حس خود ارزشمندی و کاهش نشانه‌های افسردگی دارد.

از محدودیت‌های این پژوهش، عدم استفاده از این شیوه برای افسردگی حاد بوده است که به دلیل ملاحظات اخلاقی امکان استفاده از روش خط پایه چندگانه برای اختلالات حاد روانی وجود ندارد. محدودیت دیگر پژوهش، بررسی در میان گروه سنی مشخص بود و بررسی برای سنین پایین‌تر و به خصوص سنین پیش‌دبستانی امکان پذیر نبود. پیشنهاد می‌شود این پژوهش با نمونه وسیع‌تر و برای گروه‌های سنی دیگر در چهارچوب طرح‌های آزمایشی و با سایر گروه‌های اجتماعی - اقتصادی اجرا شود تا بهتر بتوان به اثربخشی آن اعتماد کرد. همچنین پیشنهاد می‌شود استفاده از این شیوه برای درمان افسردگی حاد و با شیوه‌های دیگر آزمایشی صورت گیرد. همچنین پژوهش‌هایی انجام شود که عوامل درون فردی اثرگذار دیگر (مانند شخصیت، هوش و ...) را در کنار متغیرهای پژوهش بررسی کند. همچنین پیشنهاد می‌شود پژوهش‌هایی اجرا شود که نتایج حاصل از این پژوهش را با کشورها و فرهنگ‌های دیگر مقایسه کند.

تشکر و قدردانی: محقق در اینجا لازم می‌داند از مؤسسه خیریه چهارده معصوم و سرای محله سرآسیاب که در انجام پژوهش همکاری به عمل آوردند، تشکر و قدردانی کند.

## منابع

- دهشیری، غلامرضا، نجفی، محمود، شیخی، منصوره و حبیبی عسکرآباد، مجتبی (۱۳۸۸). بررسی مقدماتی ویژگی‌های روانسنجی پرسشنامه افسردگی کودکان (CDI). *مجله خانواده پژوهی*، ۵(۲)، ۱۷۷-۱۵۹.
- بزمی، نعیمه و ترسی، مهنوش (۱۳۹۱). اثر تکنیک‌های بازی‌درمانی در کاهش اضطراب و افزایش احساسات مثبت و سطح سازگاری عمومی در کودکان ۹-۱۲ سال مبتلا به سرطان خون. *مجله مطالعات روان‌شناختی*، ۸(۴)، ۱۰۷-۱۳۰.
- شکری، امید، کدیور، پروین، فرزاد، ولی‌الله، سنگری، علی‌اکبر، زین‌آبادی، حسن رضا و غنایی، معصومه (۱۳۸۵). نقش وضعیت اجتماعی-اقتصادی، رویکردهای یادگیری و سبک‌های تفکر بر پیشرفت تحصیلی دانشجویان: ارائه مدل‌های علی. *مجله مطالعات روان‌شناختی*، ۲(۳)، ۱۳۹-۱۶۹.
- علی‌پور، احمد و محمد اسماعیل، الهه (۱۳۸۳). بررسی اعتبار، روایی و تعیین نقاط برش پرسشنامه علائم مرضی کودکان (CSI-4) بر روی دانش‌آموزان ۶-۱۴ ساله مدارس ابتدایی و راهنمایی شهر تهران. تهران: پژوهشکده کودکان استثنایی.
- کرمی، ابوالفضل (۱۳۷۸). بررسی روایی و اعتبار پرسشنامه خودپنداره کودکان اهل ووالیا. تهران: روان‌سنجی.
- کمالی، علی (۱۳۷۹). *جامعه‌شناسی نابرابری‌های اجتماعی*. تهران: سمت.
- نریمانی، محمد و آریان‌پور، سعید (۱۳۸۵). بررسی فشارزاهای روانی-اجتماعی و راهبردهای مقابله‌ای و رابطه آن با پیشرفت تحصیلی در دانش‌آموزان دختر. *مجله مطالعات روان‌شناختی*، ۲(۳)، ۳۹-۵۶.
- Abela, J., Payne, A.V (2003). A test of the integration of the hopelessness and self – esteem theories of depression in school children. *Cognitive therapy and research*, 27(5), 519-535.
- Ahnquist, J., Wamala, M (2012). *Social determinants of health: Interaction effects of socioeconomic factors on health outcomes*. New York: Random House.
- Alipoor, A., Mohamad Esmail, E (2004). *Reliability, validity and determine cut-off points Child Symptom Inventory (CSI-4) on 6-14 year-old students in elementary and secondary schools in Tehran*. Tehran: Exceptional Children Research Institute(Text in Persian).

- Bazmi, N., Nersi, M (2011). The effect of play therapy techniques in reducing anxiety and increasing positive emotions and adjustment in children 9-12 years old with leukemia public. *Journal of psychological study*, 8 (4), 101-103(Text in Persian).
- Birmaher, B., Williamson, D. E., Dahl, R. E (2004). Clinical presentation and course of depression in youth: does onset in childhood differ from onset in adolescence? *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 43(1), 63-70.
- Boik, B.L., Goodwin, E. A (2000). *Sand play therapy*. New York: w. norton and company.
- Carlson, G. A., Cantwell, D. P (1980). Unmasking masked depression from childhood through adulthood: Analysis of three studies. *American Journal of Psychiatry*, 145(1), 1222-1225.
- Chen, Wu. P., Shin, T (2014). Academic achievement, self-concept and depression in Towanese children: Moderated / mediation effect. *School psychology international - published online*, 1-18.
- Cole, D. A., Carpenieri, S (1990). Social status and the co-morbidity of childhood depression and conduct disorder. *Journal of consulting and clinical psychology*, 58(6), 748- 757.
- Dc Domenico, G. S (1988). *Sand tray world play: A comprehensive guide to the use of sand tray play in therapeutic transformational settings*. Vision Quest into Reality, 1946 Clemens Rd, Oakland, CA 94602.
- De Domenico, G. S. (1989). *Experiential training level 1: Workbook*
- DeDomenico,G. (1995). *Sand tray world play: A comprehensive guide to the use of sand tray play in therapeutic transformational settings*. Oakland, CA: Vision Ouest Images.
- Dehshiri, Gh. R., Najafi, M., Shikhi.M., Habibi, A (2009). Investigating Primary Psychometric Properties of Children's Depression Inventory (CDI) . *Journal of Family Research*, 5(2), 159-177(Text in Persian).
- Gadow, K.D., Sprafkin, J (1994). *Child symptom interventories manual*. Stony Brook, Ny: Checkmate Plus.
- Gadow, K.D., Sprafkin, J., Pierre, C (1997). *A Test-Retest Reliability study of the child symptom inventory- norms manual*. Stony Brook, Ny: Checkmate Plus.
- Hudson, C. G (2005). Socioeconomic status and mental Illness: Tests of the social causation and selection hypothesis. *American journal of psychiatry*, 75(1), 3-18.
- Hagnell, O., Lanke, J., Rorsman, B., Ojesjo, L (1982). Are we entering an age of melancholy? Depressive illnesses in a prospective epidemiological study over 25 years: the Lundby Study, Sweden. *Psychol Med*, 12(2), 279-89.
- Ingram, R. E., Hayes, A. Q., Scott, W (2000). *Empirically supported treatment: A Critical analysis*. In. C. R. Snyder & Q. R. E. Ingram (Eds.), *Handbook of psychological change*. New York: Wiley.
- Jang, M (2009). *Child counseling*. Seol: Tae-Young Publishing Company.
- Jang, M., Yun-hee, K (2012). The effect of group sand plays therapy on the social anxiety, lonliness and self - expression of migrant women in international

- marriages in South Korea. *The Art Psychotherapy*, 39(1), 38-41.
- Judd, L. L., Akiskal, H. S., Zeller, P. J (2000). Psychosocial disability during the long-term course of unipolar major depressive disorder. *Arch Gen Psychiatry*, 57(4), 375-80.
- Kalff, D. M (1991). Introduction to Sand play Therapy. *Journal of Sand play Therapy*, 1(1), 9-15.
- Kalff, D. M (2003). *Sand play: A psychotherapeutic approach to the psyche*. USA: Temenos Press. (Original work published in 1980).
- Kamali, A (2002). *Sociology of social inequalities*. Tehran: Samt Press(Text in Persian).
- Karami, A (1999). *Evaluate the validity and reliability of self-awareness Ahluwalia*. Tehran: Psychometric(Text in Persian).
- Kerlinger, F. N (1986). *Foundation of behavioral research*. New York Holt, Rinehart and Winston.
- Kessler, R.C., Walters, E. E (1998). Epidemiology of DSM-III-R major depression and minor depression among adolescents and young adults in the National Comorbidity Survey. *Depress Anxiety*, 7(1), 3-14.
- Kovacs, M (1985). The children's depression inventory. *Psychopharmacology Bulletin*, 21(4), 995-998.
- Kovacs, M (1992). *Manual for the children's depression inventory*. Multi health System, Norton Tonawanda, NJ.
- Kovacs, M., MHS Staff (2003). *Children's Depression Inventory (CDI): Technical Manual Update*. North Tonawanda, NY: Multi-Health Systems Inc.
- Kovacs, M., Gatsonis, C (1994). Secular trends in age at onset of major depressive disorder in a clinical sample of children. *J Psychiatric Research*, 28(3), 319-29.
- Lewinsohn, P. M., Rohde, P., Seeley, J. R., Fischer, S. A (1993). Age-cohort changes in the lifetime occurrence of depression and other mental disorders. *J Abnorm Psychol*, 102(1), 110-20.
- Lowenfeld, M (1979). *The world technique*. London: George Allen & Unwi
- Luby, J. I (2010). Preschool depression: the importance of identification of depression early in development. *Current direction in psychological science*, 19 (2), 91-95.
- Melchior, M., Moffitt, T., Milen, B (2007). Why do children from socioeconomically disadvantaged families suffer from poor health when they reach adulthood? *American journal of epidemiology*, 166(8), 966-984.
- Mufson, L., Weissman, M. M., Moreau, D., Garfinkel, R (1999). Efficacy of interpersonal psychotherapy for depressed adolescents. *Arch Gen Psychiatry*, 56(6), 573-79.
- Narimani, M., Aryanpoor, S (2006). Check psychosocial stressors and coping strategies and its relationship to academic achievement among female students. *Journal of Psychological Studies*, 2 (3), 39-56(Text in Persian).
- Orth, U., Robins, R. W., Trzesniewski, K. H., Maes, J., Schmitt, M (2009). Low self – esteem is a risk factor for depressive symptoms from young adulthood to

- old age. *Journal of abnormal psychology*, 118(3), 472-478.
- Orth, u., Robins, R.W., Roberts, B.W (2008). Low self-esteem prospectively predicts depression in adolescent and young adulthood. *Journal of personality and social psychology*, 95(3), 695-708.
- Puig-Antich, J., Kaufman, J., Ryan, N. D (1993). The psychosocial functioning and family environment of depressed adolescents. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 32(2), 244-53.
- Puig-Antich, J., Lukens, E., Davies, M., Goetz, D., Brennan-Quattrock, J., Todak, G (1985). Psychosocial functioning in prepubertal major depressive disorders I: interpersonal relationships during the depressive episode. *Arch Gen Psychiatry*, 42(5), 500-07.
- Rao, U., Ryan, N.D., Birmaher, B (1995). Unipolar depression in adolescents: clinical outcome in adulthood. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 34(5), 566-78.
- Ryan, N.D., Williamson, D. E., Iyengar, S (1992). A secular increase in child and adolescent onset affective disorder. *J Am Child Adolesc Psychiatry*, 31(4), 600-05.
- Schoon, I., Sacker, A., Bartley, M (2003). Socio-economic adversity and psychological adjustment: A developmental-contextual perspective. *Social science & medicine*, 57(8), 1001-1015.
- Scruggs, T. E., Mastropieri, M. A (1998). Summarizing single-subject research: Issues and implications. *Behavior Modification*, 22(3), 221-242.
- Shokri, O., Kadivar, P., Farzad, V. A., Sangari, A. A., Zeinabadi, H. R., Ghanaie, M (2006). The role of socioeconomic status approaches to learning and thinking styles on educational achievement: provide causal models. *Journal of Psychological Studies*, 2 (3), 139-169.
- Sue, D. L (2011). Single-case study of sand tray therapy of Depressive symptoms in early adolescence. PhD dissertation. George Washington University.
- Sweeney, D. S., Homeyer, L. E (1998). *Sand tray: A practical manual*. Canyon Lake, TX: Lindan Press.
- Stephen, B., Richard, S., Ronald, T (2013). *Single subject research: Application in Educational and clinical settings*. Cengage Learning Publish.
- Taylor, K., Page, A., Morrell, S., Harrison. Carter, G (2005). Mental health and socio-economic variations in Australian suicide. *Social science & medicine*, 61(7), 1551-1559.
- Thastum, M (2005). The children's depression inventory and classification of major depressive disorder: Validity and reliability of the Danish version. *European Child and Adolescent Psychiatry*, 14(6), 328 - 334.
- Vitiello, B., Swedo, S (2004). Antidepressant medications in children. *New England Journal of Medicine*, 350, 1489-1491.
- Wess, B., Weisz, J. R., Politano, M., Carey, M., Nelson, W. M., Finch, A. J (1991). Developmental differences in the factor structure of the children's depression Inventory. *Psychological Assessment*, 3(1), 38-45.



- Weisz, J., Mccarty, C., Valeries, S (2006). Effects of psychotherapy for depression in children and adolescents. Ameta- analysis. *Psychological Bulletin*, 132(1),132-149.
- Whittington, C. J., Kendall, T., Fonagy, P., Cottress, D., Cotgrove, A., Boddington, E (2004). Selective serotonin reuptake inhibitors in childhood depression: Systematic review of published vs. *unpublished data*. *Lancet*, 363(9418), 1341-1345
- Ye-seul, Y (2014). The Effects of Sand play Therapy on the Behavioral Problems, Self-esteem, and Emotional Intelligence of Children in Grandparents-grandchildren Families in Rural Korean Areas. *J Sym & San Therapy*, 5(1), 7-13.
- Zeigler, M., Hill, V (2011). The connections between self – esteem and psychopathology. *Journal of contemporary psychotherapy*, 41(3), 157-164.
- Zhang, R (2006). *Sand play therapy*. Beijing: People’s Education Press.





پروہشگاہ علوم انسانی و مطالعات فرہنگی  
پرتال جامع علوم انسانی



---

**The effect of sandplay therapy on decreasing  
the depression symptoms in children in low  
social class**

---

Azar Nadi\*, Shokooh-Sadat BaniJamali\*\*,

Zohre Khosravi\*\*\* & Gholam Reza Dehshiri\*\*\*\*

**Abstract**

The aim of this study was to examine the efficacy of sand play therapy in the treatment of children with depressive symptoms in low socio-economic class. The research method was multiple baseline experimental single case study. Three children of low socio-economic class with the mild to moderate depressive symptoms were selected using purposeful sampling. Participants completed child depression inventory (CDI), Child symptom inventory (CSI-4), five questions scale of depression, and children self-concept scale (CSCS). Treatment program was carried out for 14 sessions and twice a week, with a follow-up period of 3 months subsequent to treatment termination. Results showed that sand play therapy is significantly efficient on treatment's target. Sand play therapy has appropriate efficacy in declining childrens depressive symptoms.

*Key words:* Sand play therapy; Depressive symptoms; Socio;economic class

---

\* PhD student, Alzahra University

\*\* Associate Professor, Alzahra University

\*\*\* Professor, Alzahra University

\*\*\*\* Assistant Professor, Alzahra University

Reseived:2015/11/26

Accepted:2016/6/22

DOI: 10.22051/psy.2016.2381