



# تأثیر بازی درمانی گروهی بر کودکان افسرده

زهرا حاتمی، کارشناس ارشد روان‌شناسی  
دکتر مجید یوسفی لویه، دکتر علی دلاور

## مقدمه

به‌طور کلی، اختلال‌های افسردگی از مشکلات بارز دوران کودکی به‌شمار می‌آیند. کودکان افسرده در رفتارها و عملکردهایشان نسبت به همسالان خود نقص دارند و در ایجاد روابط با حفظ روابط سالم بین خود و دیگران ناتوانند و اغلب به صورت نامناسب و ناپخته عمل می‌کنند؛ بنابراین، در نتیجهٔ حالات یاد شده، طبیعی خواهد بود که چنین کودکانی را افسرده و ناشاد ببینیم (سیف نراقی و نادری، ۱۳۷۹). افسردگی در بین دختر و پسر شیوع یکسانی دارد اما در دورهٔ بلوغ می‌توان گفت دختران بیش‌تر از پسران در معرض افسردگی قرار می‌گیرند. فرومر، ۱۹۶۸ به نقل از هارینگتون (ترجمهٔ تونزنده جانی و کمال‌پور، ۱۳۸۰) در اولین تلاش برای مطالعهٔ افسردگی در کودکان اظهار داشت که سه نوع افسردگی در کودکان وجود دارد: افسردگی ساده، افسردگی شب‌اداراری و افسردگی هراس. کودکان مبتلا به افسردگی ساده تنها گروهی هستند که شکایت‌های خود انگیزهٔ افسردگی در آن‌ها شایع است، این کودکان اغلب مشکلات رفتاری چون عدم سازگاری، گوشه‌گیری و گریستن را از خود نشان می‌دهند. کودکان مبتلا به افسردگی شب‌اداراری، اغلب دشواری‌های شدیدی در مدرسه و مشکلاتی در زمینهٔ یادگیری و مهارت‌های شناختی دارند. همچنین، این کودکان از تأخیرهایی رنج می‌برند که شب‌اداراری یکی از ویژگی‌های آن‌هاست. در گروه دیگر کودکان مبتلا به افسردگی، هراس با اضطراب فراوان همراه است که با شکایت‌های جسمانی و بدنی

## چکیده

**هدف:** هدف از پژوهش حاضر تعیین کارایی فنون بازی‌درمانی در کاهش نشانه‌های افسردگی کودکان افسرده و افزایش توان‌مندی‌های آن‌ها در رویارویی با مشکلات و غلبه بر نگرانی‌هایشان بوده است. **روش:** در چارچوب روش پژوهش نیمه‌آزمایشی و طرح پژوهش پیش‌آزمون- پس‌آزمون، ۱۴ نفر از دانش‌آموزان دختر پایهٔ سوم و چهارم ابتدایی که دارای نشانه‌های افسردگی بودند، به‌طور تصادفی به دو گروه آزمایش و کنترل واگذار شدند. از پرسش‌نامهٔ علائم مرضی کودکان (CSI4) برای شناسایی کودکان دارای مشکلات افسردگی استفاده شده است. پس از انجام پیش‌آزمون، گروه آزمایش به مدت ۱۲ جلسه (هر جلسه به مدت ۴۵ دقیقه) تحت تأثیر برنامهٔ بازی‌درمانی قرار گرفت. برای تحلیل داده‌ها از آزمون مقایسهٔ میانگین‌های مستقل استفاده شد. **یافته‌ها:** نتایج نشان داد که نشانه‌های افسردگی کودکان افسرده پس از اجرای برنامهٔ بازی‌درمانی به‌طور معنی‌داری کاهش یافته است. **نتیجه‌گیری:** بازی‌درمانی موجب کاهش نشانه‌های افسردگی در کودکان افسرده شده است؛ بنابراین، می‌توان از بازی‌درمانی به عنوان یک روش برای درمان نشانه‌های افسردگی در کودکان افسرده استفاده کرد.

**کلیدواژه‌ها:** بازی‌درمانی، اختلال‌های افسردگی کودکی

و رفتاری بسیاری مشخص می‌شود. البته DSM-III برای افسردگی در کودکی طبقه‌بندی جداگانه‌ای ندارد. طبقه‌بندی افسردگی در کودکان با معیارهای مورد استفاده در بزرگسالان یکی است. این موضوع حالت دیسفوری (افسردگی توأم با اضطراب) یا عدم علاقه به فعالیت‌های عادی را نیز دربرمی‌گیرد. از جمله این حالت‌ها می‌توان از تغییر در نحوه خوردن، خوابیدن یا فعالیت‌های حرکتی، خستگی، احساس بی‌ارزشی، تمرکز ضعیف و درصدد خودکشی بودن نام برد (نلسون، ایزرائل / منشی طوسی، ۱۳۷۲). افسردگی در کودکان به مشکلات رفتاری و هیجانی منجر می‌شود و اغلب خطر جدی برای عزت‌نفس و پیشرفت تحصیلی کودکان به‌شمار می‌آید. طبق تحقیقات انجام شده، بین افسردگی کودکی و دیگر اختلالات رفتاری و هیجانی رابطه معناداری وجود دارد (فاسلر و دومس / پارسا، ۱۳۸۴). اغلب کودکانی که به اختلال خواندن دچارند، بیش‌تر به عنوان کودکان افسرده تشخیص داده می‌شوند (استنبرگ و همکاران، ۲۰۰۴). کی، ۱۹۹۴ و مج ۲۰۰۶ نیز در تحقیقات خود بر روی کودکان با ناتوانایی یادگیری، به نقش عمده افسردگی در این کودکان اشاره کرده‌اند. هم‌چنین اختلال افسردگی همراه با اضطراب به عنوان یک اختلال شایع در بین کودکان مشاهده شده است (لاکر و کراپلی، ۲۰۰۴).

از دیگر اختلالات همراه با افسردگی در کودکان، اختلال سلوک است. کودکانی که افسردگی همراه با اختلال سلوک دارند، در مقایسه با کودکان افسرده بدون اختلال، در کوتاه‌مدت مشکلات بیشتری دارند.

هم‌چنین می‌توان گفت بین اختلال سلوک و افسردگی در کودکان ارتباط معناداری وجود دارد. این کودکان در عملکرد اجتماعی و ارتباطی مشکلات رفتاری بیش‌تری دارند (بلاک‌من، استرنر، هرمن، ۲۰۰۵). برای بررسی و درمان افسردگی در کودکان، شناخت علت آن ضروری است (نرول، ۱۹۸۵). عوامل بسیاری در پیدایش افسردگی در کودکان مؤثرند. واتس و مارخام (۲۰۰۵) در سه زمینه علت افسردگی، کودکان را مورد بررسی قرار دادند: فاکتور زیستی یا عوامل شناختی، کنش‌های عاطفی و عوامل محیطی مثل اتفاقات و رویدادهای پراسترس. از جمله عوامل تأثیرگذار در افسردگی کودکان، عوامل روانی اضطراب است که زیربنای همه اختلالات روانی به‌شمار می‌رود.

بل (۲۰۰۶) طی ۱۴ سال تحقیق درباره کودکان افسرده نشان داد که بین اضطراب و افسردگی در کودکان رابطه معنی‌داری وجود دارد. هم‌چنین می‌توان گفت که عوامل مختلف اضطراب در افسردگی نقش مهمی دارند. اما به‌طور کلی، موضوع محرومیت از مادر و کمبود محبت او از علل مهمی است که افسردگی کودکان را از افسردگی بزرگسالان متفاوت می‌سازد. نمونه‌ای از کودکانی که علت افسردگی آنان به خاطر رفتار والدین بود، توسط بریس و همکاران (۲۰۰۶) مورد تحقیق قرار گرفته است. نقشی که پدر و مادر، به‌خصوص مادر (اغلب بدون این که خود متوجه باشد) در ایجاد و نگهداری مشکلات اجتماعی کودکان بازی می‌کنند، در مواردی توسط بروس (۲۰۰۶) و لیو و لن (۲۰۰۳) گزارش شد. نتایج بیان‌گر این مطلب بود که مادران افسرده و بیش از حد حمایت‌کننده، اغلب دارای کودکان افسرده بودند. هم‌چنین، می‌توان گفت که مشکلات شدید در دوره کودکی، جدا شدن از والدین، بحران خانوادگی، بیماری روانی یکی از والدین و بد رفتاری جنسی یا جسمی، در کودکان افسرده بیش‌تر از کودکان سالم است. بعضی از محققان و متخصصان بالینی، افسردگی کودکان را با توجه به معیارهای مشابه معیارهای تشخیصی بزرگسالان در نظر گرفته‌اند. در یک بررسی علمی مشخص شد که نشانه‌های افسردگی در کودکان با نشانگان

افسردگی در بزرگسالان هم‌خوانی قابل توجهی دارد. در مقیاس افسردگی بزرگسالان مواردی هم‌چون تغییرات خلق، تغییرات شناختی، انگیزشی و اختلال‌های زیستی و روانی و حرکتی دیده می‌شود که در بررسی بالینی ویژه کودکان نیز همین نشانه‌ها به صورت چشم‌گیری مشهود است (فاسلر و دومس / پارسا، ۱۳۸۴).

به‌طور کلی می‌توان گفت که این نشانه‌ها در کودکان شامل واکنش‌های فیزیولوژیکی چون مشکلات خوردن، خوابیدن، دفع و دردهای جسمی، و تغییرات رفتاری، که جزو اولین نشانه‌های افسردگی در کودکان است، با بی‌علاقه شدن به دوستان و مدرسه، انزوای اجتماعی، قهر کردن، گوشه‌گیری و مشکلات شناختی، نارسایی در تمرکز و توجه، عدم اعتماد به نفس و نبود تجربه‌های شادی آور خود را نشان می‌دهد (هرسن و ترنر / شاملو و همکاران، ۱۳۸۲).

هم‌چنین کودکان افسرده نسبت به کودکان عادی تفکر منفی‌تری درباره ابراز وجود دارند. این کودکان نیز به پدر و مادر وابستگی بیش‌تری دارند (بلا، هنکین، های و آدامز، ۲۰۰۵) البته نشانه‌های افسردگی در خردسالان به صورت مخفی‌تری تظاهر می‌کند. در این کودکان خلق و خوی افسرده و قیافه‌گریبان اغلب دیده نمی‌شود اما اختلال خواب شایع‌ترین علامت بیماری در آن‌هاست. اختلال گوارشی، به‌خصوص بی‌اشتهایی، گاهی به‌تنهایی و گاه توأم با دل درد ممکن است اولین یا حتی تنها علامت بیماری باشد (کازدین، ۲۰۰۰).

### درمان کودکان افسرده

با توجه به مشکلات فراوانی که افسردگی برای کودکان و خانواده آن‌ها ایجاد می‌کند، تشخیص و درمان آن به‌ویژه در دوره‌های اولیه رشد، فوق‌العاده حساس و در عین حال متضمن دقت و درایت خاص است (کیمیایی‌پور، ۱۳۸۳). تحقیقات به‌عمل آمده نشان می‌دهد که از جمله روش‌های درمانی مفید، روش درمانی شناختی- رفتاری برای کودکان افسرده است. پژوهشگرانی چون جولای (۲۰۰۶) و

فردن (۲۰۰۸) با تمرکز بر مشکلات خانوادگی و محیطی، اثربخشی این روش را به اثبات رساندند. البته در کودکانی که گرفتار مشکلات رفتاری یا درماندگی عاطفی هستند، اغلب به علت محدودیت در رشد شناختی و توانایی کلامی و هم‌چنین ساختن افکار و اندیشه‌ها، این روش‌های درمانی به سختی انجام می‌گیرد (کداسن و شفر / صابری و وکیلی، ۱۳۸۳).

به‌طور کلی،  
موضوع محرومیت از  
مادر و کمبود محبت او از  
علل مهمی است که افسردگی  
کودکان را از افسردگی  
بزرگسالان متفاوت  
می‌سازد





با استفاده از بازی و فن بازی درمانی و تدارک اسباب‌بازی‌های ضروری و تشکیل جلسات بازی می‌توان به صورت انفرادی یا گروهی به کودکانی که طی درمان کلامی همکاری نمی‌کنند، اجازه داد تا احساسات هشیار و ناهشیارشان را آشکار سازند (محمد اسماعیل، ۱۳۸۱).

بازی‌درمانی در جهت درمان کودک به عنوان یک عامل بازدارنده و تثبیت‌کننده، نقش به‌سزایی دارد و می‌توان آن را به عنوان یک ابزار درمانی قوی برای درمان کودکان به‌کار برد (کیمیایی‌پور، ۱۳۸۳). پژوهش‌های بسیاری به استفاده از رویکردهای درمانی مناسب با هر اختلال و تعیین مراحل آن و ابزارهای خاص مورد نیاز هر کودک با مشکل خاص و عوامل زمانی مؤثر در درمان اختصاص یافته‌اند (محمد اسماعیل، ۱۳۸۱). به عقیده پژوهش‌گران، استفاده از بازی‌درمانی تأثیر به‌سزایی در رشد کودک داشته و رابطه نزدیکی با بهداشت روانی، رشد هوشی، خلاقیت و توانایی حل مسئله و حتی سازندگی در امور شغلی در آینده دارد و همانند یک منبع حمایتی برای مقابله با مشکلات، راهی برای تسهیل یادگیری، انطباق و سازگاری و فعالیت‌سازنده عمل می‌کند (کازدین، ۲۰۰۰). این روش باعث رشد اجتماعی و هیجانی کودکان می‌شود (جوسفی، ۲۰۰۴).

بنابراین، از طریق بازی‌هایی که با ساخت درمانی پویایی کودکان سازگار است، می‌توان به حل مسائل و مشکلات آنان همت گمارد. در حقیقت، بازی درمانی روشی است که به یاری کودکان می‌شتابد تا بتوانند مسائل خود را به سمت خویش حل کنند و در عین حال، نشان‌دهنده این واقعیت است که بازی برای کودک همانند یک وسیله طبیعی است. در این نوع درمان، به کودک فرصت داده می‌شود تا احساسات آزاددهنده و مشکلات درون خود را از طریق بازی بروز دهد و آن‌ها را به نمایش بگذارد (محمد اسماعیل، ۱۳۸۱).

بنیان‌گذاری این دیدگاه، که بازی را به عنوان یک رویکرد درمانی مورد توجه قرار داده است را می‌توان به درمان‌گران متعددی که دارای جهت‌گیری روان‌تحلیلی بوده‌اند، نسبت داد. یکی از تأثیرگذارترین این افراد، ملانی کلاین است. او بازی‌درمانی را به عنوان وسیله‌ای جای‌گزین برای ابزار کلامی و هم‌چنین شیوه آشکارسازی خیال‌پردازی‌های کودک و احساسات به طریق احساسات ناهشیارانه، که باید توسط درمان‌گر مورد تعبیر و تفسیر قرار گیرد، به کار برد (موتاکس، ۱۹۵۱، به نقل از محمد اسماعیل، ۱۳۸۱). از این طریق



می‌توان کودکانی را که ناسازگاری‌های رفتاری، اختلالات عاطفی و روانی و مشکلات خانوادگی دارند، درمان کرد و رفتارها و امیال سرکوب شده‌ی آنان را کاهش داد (کیمیایی پور، ۱۳۸۳). گلد و لوگان (۱۹۹۹)، به تأثیر بازی درمانی در افزایش عزت‌نفس و کاهش احساس شرم، گناه و خودانگاره منفی و ناسازگاری‌هایی که کودکان در محیط دارند، اشاره داشتند.

برنت و لدیارد (۱۹۹۹) برای تعیین میزان اثربخشی بازی درمانی بر کودکان دارای مشکلات گوناگون عاطفی و رفتاری، از جمله مشکلات درون نمود مانند کناره‌گیری، اضطراب و افسردگی، و ایجاد مهارت‌های اجتماعی پژوهشی انجام دادند. تحلیل داده‌ها نشان داد که کودکان تحت درمان به بهبودی چشم‌گیری در مشکلاتشان دست یافتند.

سنت کروز، مندز و سنچز (۲۰۰۶) به اثر بازی درمانی در کاهش ترس از تاریکی و آسیب‌های روانی در کودکان اشاره داشتند. هم‌چنین، مشخص شده است که بازی درمانی به رشد اجتماعی و جسمانی در کودک (جوسفی، ۲۰۰۴) و افزایش عزت‌نفس، ایجاد سازگاری، رشد شخصی، برون‌ریزی هیجانات سرکوب شده و کاهش افسردگی و اضطراب در کودکان منجر می‌شود (گلد و لوگان، ۱۹۹۹).

طی ۷۵ سال گذشته بسیاری از مشاوران مدرسه و کلینیک‌ها از این روش برای درمان کودکان افسرده استفاده کرده‌اند. (ری‌نک، ۲۰۰۸).

پژوهش صورت گرفته بر روی ۱۲ کودک ۶ تا ۱۲ ساله افسرده که احساس عدم توانایی و حس درماندگی، یأس و نومییدی داشتند، نشان داد که بازی درمانی می‌تواند روشی مؤثر در درمان این گونه کودکان باشد (اگرس‌سی، ۱۹۹۸).

برای درمان کودکان افسرده می‌توان از بازی درمانی همراه با بازی‌های داستانی نیز استفاده کرد (ملوس، ۲۰۰۲). با توجه به تکنیک‌های کاربردی بازی درمانی، هدف پژوهش حاضر تعیین کارایی فنون بازی درمانی گروهی در کاهش نشانه‌های افسردگی در کودکان دارای مشکلات افسردگی و افزایش توان‌مندی‌های آن‌ها در مبارزه با مشکلات و غلبه بر نگرانی‌هایشان است.

## روش

پژوهش حاضر از نوع کاربردی و روش آن نیمه‌آزمایشی است و طی آن تأثیر یک متغیر آزمایشی (بازی درمانی) بر متغیر وابسته (افسردگی) در قالب طرح پیش‌آزمون - پس‌آزمون با گروه کنترل بررسی شده است.

## جامعه نمونه و روش نمونه‌گیری

جامعه آماری پژوهش حاضر را دانش‌آموزان دختر پایه سوم و چهارم ابتدایی که دارای اختلال افسردگی بودند و در سال تحصیلی ۸۶-۸۵ در مدارس شهرستان فیروزکوه به تحصیل اشتغال داشتند، تشکیل داده‌اند. برای روش نمونه‌گیری، با استفاده از روش نمونه‌گیری تصادفی چند مرحله‌ای یکی از مدارس ابتدایی دخترانه شهرستان فیروزکوه انتخاب و با هماهنگی لازم با اولیای مدرسه و والدین بچه‌ها، فرم معلم پرسش‌نامه علائم مرضی کودکان (CSI4) برای همه دانش‌آموزان پایه سوم و چهارم ابتدایی اجرا شد. ۱۴ دانش‌آموزی که مطابق با پرسش‌نامه فرم معلم دارای افسردگی بودند، در پژوهش شرکت داده شدند که ۷ نفر از آنان گروه آزمایش و ۷ نفر دیگر، گروه کنترل را تشکیل می‌دادند. واگذاری آزمودنی‌ها به دو گروه آزمایش و کنترل تصادفی بوده است.

## ابزار

در پژوهش حاضر، از فرم والد پرسش‌نامه علائم مرضی کودکان (CSI4) برای تعیین اختلال‌های روان‌شناختی کودکان استفاده شد. این پرسش‌نامه، یک مقیاس درجه‌بندی رفتاری است که اولین بار در سال ۱۹۸۴ توسط اسپیرافکین و گادو براساس طبقه‌بندی DSM-II ساخته شد و در سال ۱۹۹۴ در چاپ چهارم DSM-IV با تغییرات اندکی مورد تجدیدنظر قرار گرفت و با عنوان CSI4 منتشر شد. همانند فرم‌های قبلی دارای دو فرم والد و معلم است. فرم والدین دارای ۱۲ سؤال است که برای ۱۱ گروه عمده و یک گروه اضافی از اختلال‌های رفتاری تنظیم شد. فرم معلم ۷۷ سؤال دارد و ۹ گروه عمده از اختلال‌های رفتاری را دربرمی‌گیرد. در ایران نیز مطالعه‌ای توسط توکلی‌زاده (۱۳۷۵) با هدف کلی تعیین میزان شیوع اختلال‌های رفتار ایدایی و کاستی توجه بر روی ۳۴۸ دانش‌آموز دبستان‌های شهر گناباد، (۲۲۰ پسر و ۱۲۸ دختر) انجام گرفت. هم‌چنین محمد اسماعیل (۱۳۸۳) طی یک هنجاریابی، مجدداً شاخص‌های روایی و پایایی این پرسش‌نامه را بر روی تعداد ۶۸۰ دانش‌آموز ۶ تا ۱۴ ساله مورد مطالعه قرار داده است. نتایج پژوهش در زمینه بررسی پایایی CSI4 با روش اجرای مجدد آزمون نشان می‌دهد که این پرسش‌نامه به عنوان ابزار سنجش اختلال‌های رفتاری و هیجانی در کودکان ایرانی از پایایی نسبی خوبی در فرم والدین برخوردار است و به عنوان یک ابزار غربالگری اختلال‌های رفتاری و هیجانی در کودکان می‌تواند مورد استفاده قرار گیرد (محمد اسماعیل، ۱۳۸۳).

ابزار دیگر مورد استفاده در پژوهش حاضر، مکعب‌های مقوایی پلاستیکی، ۷ عدد جعبه با محتویات کفش، کاغذ، سنجاق، نخ، پوشال، ورقه قلع، گچ، چسب، کارت‌های فهرست‌نویسی، ۷ برگ کاغذ به اندازه ۱۱/۵ × ۸/۵ سانتی‌متر، یک عدد مداد یا خودکار، ۷ عدد مار بازی به یک اندازه، ۷ عدد جعبه کوچک و خاک برای بازی و بازی درمانی بوده است.

از جمله اهداف مهم بازی، اهداف آموزشی و تربیتی، اخلاقی، اجتماعی، جسمانی و درمانی است، که در بین این اهداف، بازی درمانی هدفی ویژه به حساب می‌آید که از طریق آن می‌توان به افکار و احساسات کودک دسترسی پیدا کرد. به همین خاطر، در امر روان‌درمانی کودکان از روش بازی درمانی برای ایجاد رابطه با کودک و حل مشکلات و استفاده می‌شود

## ● فن بازی عصبانیت (پاتریشیا دیوید سون)

هدف از به‌کارگیری این روش آن است که به دانش‌آموزان اجازه داده شود تا عصبانیت خود را در حین بازی نشان دهند و علاوه بر این، بتوانند به نوعی به یک احساس پذیرفتگی برسند و راه‌های مناسب و منطقی بیان عصبانیت را به اندازه دیگر احساسات خارج از محیط بازی، یاد بگیرند.

شیوه اجرا در این مرحله به این صورت است که ابتدا از آزمودنی‌ها خواسته می‌شود که دور یک میز به صورت گرد بنشینند. آن‌گاه به هر آزمودنی دو عدد مکعب با رنگ‌های متفاوت داده می‌شود. آزماینده هم ۲ عدد از مکعب‌ها را جلوی خود می‌گذارد و برای آزمودنی‌ها توضیح می‌دهد که هر مکعب برای بیان یکی از مسائل و اتفاقاتی است که به‌تازگی رخ داده و موجب عصبانیت شما شده است. در ابتدا، خود آزماینده با گذاشتن یکی از مکعب‌ها در وسط میز و بیان کردن مسئله‌ای که باعث ناراحتی‌اش شده است، بازی را شروع می‌کند. و بدین ترتیب هر یک از آزمودنی‌ها با مطرح کردن خشم و ناراحتی خود، مکعب‌اش را روی بقیه مکعب‌ها می‌گذارد. این فن طی ۳ جلسه، جلسات (۱، ۲ و ۳) به کار برده شد.

### ● به دنیای درک شده شکل دهید (مایکل کایسو)

هدف از انجام دادن این بازی این است که کودکان از تعارضات و فشارهای روانی رها شوند و احساس آرامش کنند. این روش به کودکانی که دچار تعارض اند، امکان برون‌ریزی می‌دهد. علاوه بر این، فرصتی برای کودک ایجاد می‌شود که خود را به شکلی صمیمانه و غیرانتقادی مطرح کند. روش اجرای این بازی بدین صورت است که آزماینده از بچه‌ها می‌خواهد در مدت ۱۵ دقیقه از همه‌ی موادی که داخل جعبه قرار دارد، مثل چسب، گچ، نخ و مقوا استفاده کنند و آن‌چه را به ذهنشان می‌رسد، بسازند. پس از تمام شدن وقت، آزماینده از تک‌تک آزمودنی‌ها می‌خواهد تا هر کدام در مورد وسیله‌ای که ساخته است، داستانی تعریف کند و در مورد آن با سایر اعضای گروه به گفت‌وگو بپردازد. در این مرحله، آزماینده در مورد وسیله‌ی ساخته شده از آزمودنی‌ها سؤال‌هایی می‌کند تا از این طریق آزمودنی‌ها بیشتر در مورد وسایل خود صحبت کنند. این فن طی ۳ جلسه، جلسات (۴، ۵ و ۶) به کار برده شد.

### ● فن مار (آلن لوباف)

این روش بازی برای ابراز ادراکات خود، تردیدها، اضطراب و خشم به کار برده می‌شود. افکار و احساسات درونی ترس‌آور از طریق داستان‌پردازی بیان می‌شوند (به نقل از کداسن و شفر/ صابری و وکیلی، ۱۳۸۲). هدف از اجرای این فن، شناخت رویدادهایی است که موجب وارد آمدن ضربه‌ی عاطفی به کودک و یا آزار او و ایجاد حس ترس و عدم امنیت در کودک شده‌اند. در این روش، آزماینده ۷ جعبه‌ی کوچک پر از خاک را در مقابل آزمودنی‌ها قرار می‌دهد و در داخل هر جعبه یک عدد مار بازی می‌گذارد. آزماینده در ابتدا احساس آزمودنی‌ها را در مورد مارها می‌پرسد و از آن‌ها می‌خواهد تصویر یک مار واقعی را در ذهنشان داشته باشند و هر عملی را که دوست دارند با مارها انجام دهند. پس از مدت زمان کوتاهی، آزماینده از هر یک از آزمودنی‌ها می‌خواهد که هر داستانی را که در مورد این مارها به ذهنش می‌رسد بگوید. در این بازی، اغلب ترس، خشم و تنفر نهفته است. در ابتدای جلسه ترسی که بعضی از آزمودنی‌ها از مار داشتند، مانع ایجاد ارتباط و همکاری لازم شد اما بعد از گذشت زمان کمی از جلسه، به تدریج آزمودنی‌ها توانستند مارها را در دست بگیرند و با آن‌ها بازی کنند؛ به طوری که حتی پس از اتمام سه جلسه ترس از مار در آن‌ها از بین رفت. احساس عدم کفایت و امنیت در بیان کودکانی که از برنده شدن در این پیکار احساس درماندگی می‌کنند، دیده می‌شود. این فن طی ۳ جلسه، جلسات (۷، ۸ و ۹) به کار برده شد.

### ● فن پیش‌گو (جویدیت فرایند من با بلکوک)

این روش بازی برای کودکانی که احساس شکست می‌کنند و به تصور چیزهای بهتری نیازمندند، مفیدترین روش است. برای استفاده از این بازی، آزماینده ۷ قطعه کاغذ به قطر  $11/5 \times 8/5$  سانتی‌متر را تا می‌زند، می‌برد و هر لبه آن‌ها را برمی‌گرداند و در روی هر لبه اسم یک رنگ را به انتخاب آزمودنی‌ها می‌نویسد. آن‌گاه به هر کدام از آزمودنی‌ها یک عدد کاغذ فن پیش‌گو می‌دهد و از آن‌ها می‌خواهد که در زیر هر رنگ، یکی از آرزوها و آن‌چه را که دوست دارند در آینده اتفاق بیفتد، بنویسند. سپس آزماینده کاغذ هر آزمودنی را می‌گیرد و از او می‌خواهد یک شماره از ۱ تا ۲۰ را بگوید و بعد براساس آن عدد، کاغذ پیش‌گو را باز و بسته می‌کند تا به شماره مورد نظر برسد. آن‌گاه آرزو را بلند می‌خواند و همه‌ی دانش‌آموزان برای آزمودنی مورد نظر دست می‌زنند و به این ترتیب، نوبت به آزمودنی بعدی می‌رسد و همه‌ی این مراحل برای او انجام می‌شود. این روش برای کمک به ایجاد هم‌دلی با کودک و درک آرزوها و

ترس‌های او بسیار مفید است و حتی مناسب‌ترین راه برای پیدا کردن دوست به حساب می‌آید. این فن طی ۳ جلسه، (۱۰، ۱۱ و ۱۲) به کار برده شد.

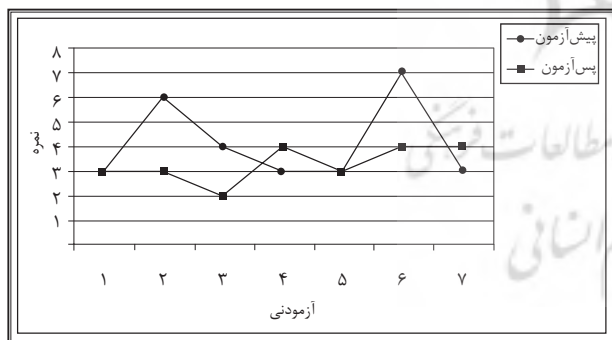
### یافته‌ها

در جدول‌های ۱-۴ و ۲-۴ نمره‌های آزمودنی‌های گروه آزمایشی و گروه گواه در پرسش‌نامه‌ی CSI4 (فرم معلم) در پیش‌آزمون و پس‌آزمون ارائه شده است.

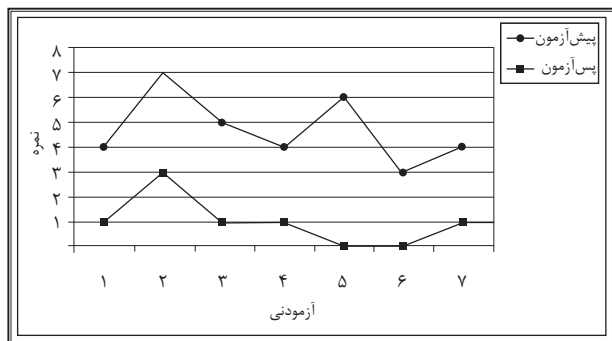
داده‌های ارائه شده در جدول‌های ۱-۴ و ۲-۴ در نمودارهای شماره ۱-۴ و ۲-۴ نشان داده شده است.

ردیف آزمودنی	پیش‌آزمون	پس‌آزمون
۱	۴	۱
۲	۷	۳
۳	۵	۱
۴	۴	۱
۵	۶	۰
۶	۳	۰
۷	۴	۱

ردیف آزمودنی	پیش‌آزمون	پس‌آزمون
۱	۳	۳
۲	۶	۳
۳	۴	۲
۴	۳	۴
۵	۳	۳
۶	۷	۴
۷	۳	۴



شکل ۱-۴. نمودار نمره‌های پرسش‌نامه‌ی CSI4 (فرم معلم) در کودکان دارای افسردگی (گروه آزمایشی)



شکل ۲-۴. نمودار نمره‌های پرسش‌نامه‌ی CSI4 (فرم معلم) در کودکان دارای افسردگی (گروه گواه)

### استنباط آماری داده‌ها

در پژوهش حاضر، متغیر مستقل (عامل) بازی درمانی و متغیر وابسته، افسردگی است. برای بررسی تأثیر متغیر مستقل (بازی درمانی) بر متغیر وابسته (افسردگی) از آزمون مقایسه دو میانگین مستقل برای نمره‌های افتراقی استفاده شده است.

نمره‌های افتراقی و میانگین نمره‌ها به تفکیک گروه آزمایشی و گروه گواه در جدول ۳-۴ ارائه شدند.

برای مقایسه میانگین نمره‌های افتراقی دو گروه آزمایشی و گواه از آزمون میانگین دو گروه مستقل استفاده شده که نتایج آن در جدول ۴-۴ نشان داده شده است.

جدول ۳-۴. نمره‌های افتراقی (پیش‌آزمون - پس‌آزمون) آزمودنی‌ها در پرسش‌نامه CSI4 (فرم معلم)

نمره‌های افتراقی $D=X_1-X_2$	پس‌آزمون $X_2$	پیش‌آزمون $X_1$	آزمودنی‌ها
۳	۱	۴	گروه آزمایشی E
۴	۳	۷	
۴	۱	۵	
۳	۱	۴	
۶	۰	۶	
۳	۰	۳	
۳	۱	۴	
۲۶	$\Sigma$		
۳/۷۱	X		
۱/۱۱۳	S		
۰	۳	۳	گروه گواه C
۳	۳	۶	
۲	۲	۴	
-۱	۴	۳	
۰	۳	۳	
۳	۴	۷	
-۱	۴	۳	
۶	$\Sigma$		
۰/۸۶	X		
۱/۷۷۳	S		

در جدول ۳-۴ ابتدا نمره افتراقی ( $D=X_1-X_2$ ) برای هر یک از افراد گروه نمونه محاسبه شده است. نمره افتراقی نشان‌دهنده تفاوت بین نمره افسردگی در پیش‌آزمون و پس‌آزمون برای هر کدام از افراد گروه نمونه است.

سپس، شاخص‌های میانگین و انحراف استاندارد نمره‌های افتراقی به تفکیک گروه آزمایشی و گروه کنترل محاسبه و در داخل جدول نشان داده شده است.

برای تحلیل داده‌ها و بررسی تأثیر متغیر مستقل (بازی درمانی)، میانگین نمره‌های افتراقی در گروه آزمایشی و گروه کنترل با استفاده از آزمون میانگین دو گروه مستقل بررسی شده و خلاصه نتایج محاسبات در جدول ۴-۴ ارائه شده است.

با توجه به این که متغیر مستقل تنها برای گروه آزمایشی اعمال شده است، در صورت مشاهده تفاوت معنادار بین میانگین نمره‌های افتراقی دو گروه، تفاوت مشاهده شده ناشی از کاربرد متغیر مستقل در مورد گروه آزمایشی خواهد بود.

### نتیجه‌گیری آماری: با توجه به این که شاخص t محاسبه شده (۳/۶۱۲)

بزرگ‌تر از t بحرانی در سطح ۰/۰۱ در آزمون‌های یک دامنه (۲/۶۸۱) است، بنابراین با اطمینان ۹۹ درصد، فرض صفر مبنی بر برابری میانگین‌های محاسبه شده در دو گروه آزمایشی و گواه رد می‌شود. به عبارت دیگر، میانگین نمره‌های افتراقی در گروه آزمایشی به‌طور معنادار بیش‌تر از گروه گواه است.

با توجه به این که متغیر مستقل (بازی درمانی) در فرایند پژوهش تنها در مورد گروه آزمایشی اعمال شده است و دو گروه آزمایشی و کنترل از لحاظ سایر متغیرهای احتمالی، که می‌توانستند در آزمودنی‌ها تأثیر گذار باشند، در شرایط یکسان قرار داشتند، تفاوت معنادار مشاهده شده بین میانگین‌های نمره‌های افتراقی در دو گروه می‌تواند تنها به دلیل تأثیر متغیر مستقل پژوهش باشد.

### نتیجه‌گیری پژوهشی: بازی درمانی باعث کاهش افسردگی در کودکان

گروه آزمایشی شده است.

### بحث و نتیجه‌گیری

از جمله اهداف مهم بازی، اهداف آموزشی و تربیتی، اخلاقی، اجتماعی، جسمانی و درمانی است، که در بین این اهداف، بازی درمانی هدفی ویژه به حساب می‌آید که از طریق آن می‌توان به افکار و احساسات کودک دست‌رسی پیدا کرد. به همین خاطر، در امر روان‌درمانی کودکان از روش بازی درمانی برای ایجاد رابطه با کودک و حل مشکلات او استفاده می‌شود (کیمیایی پور، ۱۳۸۳).

از طریق بازی می‌توان به حل مشکلات و تعارضات درونی کودکان همت گمارد و در جهت درمان آنان کوشید. در حقیقت، بازی درمانی روشی است که به باری کودکان می‌شتابد و به آنان کمک می‌کند تا مسائل خود را به دست خویش حل کنند. این روش، در عین حال نشان‌دهنده این واقعیت است که بازی برای کودک همانند یک وسیله طبیعی است، با این هدف که بتوانند خویشتن و ویژگی‌های روانی خود را بشناسند و متناسب با آن‌ها عمل

آزمون میانگین				آزمون یک‌سانی واریانس‌ها					
حدود میانگین با اطمینان ۹۵ درصد	تفاوت خطای استاندارد	تفاوت میانگین‌ها	سطح معناداری	درجه آزادی	t	سطح معناداری	F		
								حد بالا	حد پایین
۴/۵۸۱	۱/۱۳۳	۰/۷۹۱	۲/۸۶	۰/۰۰۴	۱۲	۳/۶۱۲	۰/۰۵۲	۴/۷۴۱	یک‌سانی واریانس‌ها
۴/۶۱۸	۱/۰۹۷	۰/۷۹۱	۲/۸۶	۰/۰۰۵	۱۰/۰۹۲	۳/۶۱۲			عدم یک‌سانی واریانس‌ها

جدول ۴-۴. آزمون میانگین دو گروه مستقل برای نمره‌های افتراقی (پیش‌آزمون - پس‌آزمون) در گروه آزمایشی و گروه گواه



**بازی درمانی روشی**  
**است که از رابطه متقابل و سالم**  
**بین والدین و فرزند الگوبرداری**  
**شده است. این رویکرد، روشی را**  
**برای درمان توصیف می کند که در**  
**آن والدین ابتدا به عنوان ناظر**  
**و سپس به عنوان درمان گر**  
**مشارکت کنند**

روش بازی درمانی به عنوان یک متد ابداعی برای بچه‌هایی که دارای مشکلات گوناگون احساسی و رفتاری بودند، از جمله مشکلات عزت نفس و افسردگی، استفاده کرد و به نتایج قابل قبولی در این زمینه دست یافت. همچنین، این روش را به عنوان یک روش درمانی موثر به دیگر پژوهشگران توصیه کرد. ملوس (۲۰۰۲) برای کاهش افسردگی در کودکان از ترکیب روش بازی درمانی فردی و بازی‌های داستانی استفاده کرد و به نتایج قابل قبولی در این زمینه دست یافت. مطالعات نشان داده است که کودکانی که از نظر اجتماعی در سطح پایینی قرار دارند، بیش تر در معرض خطر ابتلا به افسردگی هستند. نتایج تحقیقات اگرس‌سی (۱۹۸۸) بر روی کودکان افسرده نشان داد که استفاده از بازی درمانی منجر به ایجاد حس اعتماد به نفس بالا و امیدواری و بهبودی در روابط اجتماعی در این کودکان می‌شود که این امر در کاهش افسردگی آنها موثر است. به همین دلیل، در پژوهش حاضر، این روش به عنوان یک روش درمانی موثر برای درمان کودکان افسرده طی ۱۲ جلسه درمانی مورد استفاده قرار گرفت. در همه جلسات درمانی بر ساخت‌مند بودن جلسات، مداخله و همکاری، ایجاد رابطه حسنه میان درمان‌گر و کودک، ایجاد فضا و مکان مناسب و آرام، و دادن آزادی عمل به کودک برای بیان احساسات تاکید می‌شد. نتایج پژوهش حاضر نشان‌گر کاهش چشمگیر نشانه‌های افسردگی در کودکان دارای اختلال افسردگی با استفاده از روش بازی درمانی بود. پژوهش‌های مختلفی درباره اثربخشی روش بازی درمانی بر درمان اختلالات عاطفی و رفتاری کودکان صورت گرفته است که از جمله آنها می‌توان به تاثیر بازی درمانی بر کاهش اختلالات رفتاری و پرخاش‌گری در کودکان، (قدیری، ۱۳۷۷)، استفاده از بازی درمانی برای درمان مشکلات ارتباطی و اجتماعی کودکان (لدیارد، ۱۹۹۹) و برای درمان ترس و اضطراب کودکان (بومر، ۲۰۰۲) اشاره کرد. نتایج پژوهش حاضر نیز از نظر اثربخشی بازی درمانی بر اختلالات عاطفی و رفتاری کودکان با پژوهش‌های پیش گفته هم‌خوانی دارد.

منابع در دفتر مجله موجود است.

کنند. بازی درمانی روشی است که از رابطه متقابل و سالم بین والدین و فرزند الگوبرداری شده است. این رویکرد، روشی را برای درمان توصیف می‌کند که در آن والدین ابتدا به عنوان ناظر و سپس به عنوان درمان‌گر مشارکت کنند (محمد اسماعیل، ۱۳۸۱). به کمک این روش درمانی می‌توان به ناسازگاری‌های رفتاری کودکان، از جمله خشم و اضطراب، پی برد و آن‌ها را درمان کرد. همچنین، تأثیرات این روش بر کودکانی که دچار مشکلات ارتباطی و بیان احساسات و عواطف سرکوب شده بودند نیز از طریق پژوهش‌های ملوس (۲۰۰۲) به اثبات رسیده است. بومر نیز در سال (۲۰۰۲) استفاده از روش بازی درمانی را به عنوان یک روش درمانی برای کاهش اضطراب کودکان پیش‌دبستانی مفید دانست. در جهت ارتباط بازی درمانی با مشکلات ارتباطی و آشفته‌گی‌های عاطفی در کودکان، مانند افسردگی و گوشه‌گیری، که از جمله مشکلات عمده آنان نیز به‌شمار می‌آید. لدیارد (۱۹۹۹) این روش درمانی را برای حل مشکلات این کودکان مطرح کرد و به نتایج قابل قبولی دست یافت. همچنین، ملوس (۲۰۰۲) نشان داد که بازی درمانی فردی و بازی درمانی همراه با قصه می‌تواند در کاهش افسردگی کودکان مفید باشد. پژوهش حاضر نیز کوشیده است تا اثر بازی درمانی را در کاهش نشانه‌های افسردگی در کودکان مورد بررسی قرار دهد. این واقعیت که کودکان منزوی به بزرگسالان بی‌کفایت، غمگین و بیمار تبدیل خواهند شد، دلیل کافی برای توجه به این مشکل رفتاری در آنان است. به علاوه، این که درصد بالایی از کودکان ما در مقطع ابتدایی به این اختلال مبتلا هستند، نیاز به درمان را به امری کاملاً جدی تبدیل می‌کند. در درمان اختلالات افسردگی در کودکان، شناخت علمی این اختلال‌ها و خصوصیات رفتاری کودکان ضروری است. همچنین، علل ایجادکننده و شرایط و عوامل موثر در پیدایش و استمرار آنها باید مورد توجه قرار گیرد (هرسن، ترنر، شاملو، ۱۳۸۲). اگرس‌سی (۱۹۸۸) بعد از بررسی‌هایی که بر روی تئوری‌های بنیادی و شناختی بازی درمانی انجام داد، با تاکید بر این تئوری برای کودکان افسرده، روش یاد شده را مفید برای درمان این کودکان دانست. برنت (۱۹۹۱) از