

تأثیرش بازی درمانی بر کاهش اختلالات اضطرابی

یده مصومه یدی اندی*، شاهرخ کوفه حسینی** و فرزانه کزلیان ارثی***

چکیده

پژوهش حاضر با هدف بررسی تأثیر شش بازی درمانی در کاهش اختلالات اضطرابی دختران دبستانی شهرستان بابل انجام شد. در چهارچوب روشی آزمایشی و در قالب یک طرح پیش‌آزمون-پس‌آزمون با گروه کنترل، ۴۰ دختر ۷-۱۰ ساله که در پرسشنامه اضطراب اسپنر نمره یک انحراف معیار بالاتر از میانگین کسب کرده بودند، به‌عنوان نمونه داوطلب انتخاب شده و به صورت چابک‌زینی تصادفی در دو گروه آزمایش و کنترل قرار گرفتند؛ سپس گروه آزمایش ۱۰ جلسه تحت تأثیر متغیر مستقل شش بازی درمانی قرار گرفت و گروه کنترل هیچ مداخله‌ای دریافت نکرد. پس از پایان مداخله هر دو گروه آزمون شدند تا تأثیر متغیر مستقل بر متغیر وابسته «اختلالات اضطرابی» مشخص شود. داده‌ها با استفاده از روش تحلیل کوواریانس تحلیل شدند. نتیجه پژوهش نشان داد که شش بازی درمانی بر کاهش اختلالات اضطرابی تأثیر معناداری دارد و همچنین باعث کاهش علائم هراس و ترس از فضای باز، اضطراب جدایی، ترس از آسیب فیزیکی، ترس اجتماعی، وسواس فکری و عملی و اضطراب عمومی می‌شود. احتمالاً کار با سینی شش به کودک این فرصت را می‌دهد تا در محیطی امن ترس‌های خود را جستجو و کشف کند و با بازآفرینی رویدادها به ترس‌های خود عینیت بخشد، نسبت به آن‌ها به شناخت و بینش برسد و برای حل مسائل مختلف راه حل پیدا کند.

کلید واژه‌ها

اختلالات اضطرابی؛ شش بازی درمانی؛ کودکان دبستانی.

* نویسنده مسئول: کارشناس ارشد روانشناسی عمومی، گروه روانشناسی، دانشکده روانشناسی و علوم تربیتی

دانشگاه سمنان، سمنان، ایران
masoumehseyyedi@yahoo.com

دانشگاه سمنان، سمنان، ایران

** دانشجویار گروه روانشناسی، دانشکده روانشناسی و علوم تربیتی دانشگاه سمنان، سمنان، ایران

*** استادیار گروه روانشناسی، دانشکده روانشناسی و علوم تربیتی دانشگاه سمنان، سمنان، ایران

مقدمه

اختلال اضطرابی یکی از نشانه‌های شایع روان‌پزشکی در دوران کودکی است که حدود ۱۵ - ۲۰ درصد کودکان از آن رنج می‌برند (برنستین^۱ و همکاران، ۲۰۰۵). این اختلال با شروع زودرس و تأثیری که بر خط سیر تکاملی فرد دارد، احتمال ابتلا به اختلالات دوران بزرگسالی را افزایش می‌دهد (اوآنا^۲، ۲۰۱۰). راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی^۳ نشانه را برای اضطراب در کودکان ذکر کرده که شامل بی‌قراری، خستگی مفرط، دشواری در تمرکز، تحریک پذیری، تنش عضلانی و اختلال خواب است (لاین^۴ و همکاران، ۲۰۰۹). کودکانی که دارای اضطراب هستند دچار تنش‌ها و دلواپسی‌های زیادی می‌شوند و نگرانی‌های آن‌ها گاهی اوقات به اندازه‌ای می‌رسد که دیگر به انجام دادن کاری قادر نیستند (روسکیو^۵ و همکاران، ۲۰۰۷). اختلالات اضطرابی اغلب در کودکان تشخیص داده نشده و درمان نمی‌شوند، زیرا به سادگی توسط والدین و معلم‌ها نادیده گرفته می‌شوند. شایان ذکر است اگر اضطراب کودکان درمان نشود، در فعالیت‌های ذهنی و تحصیلی اختلال ایجاد می‌کند (ویکز^۶ و همکاران، ۲۰۰۹). بنابراین، والدین این کودکان باید بسیار هوشیار بوده و به نشانه‌های اضطراب در کودکان خود دقت کنند تا مانع از پیشرفت این حالت‌ها شوند (پینکاس^۷ و همکاران، ۲۰۰۸). مداخله کارآمد در دوران کودکی نه تنها سازگاری کنونی را بهبود می‌بخشد، بلکه کاهش چشمگیر اختلال‌های رفتاری آینده را نیز در پی دارد (نصیرزاده و روشن، ۱۳۸۹). از بین درمان‌های متفاوتی که برای انواع اختلالات سازشی و عاطفی دوران کودکی مطرح می‌شود بازی درمانی از روش‌هایی است که برای بسیاری از مشکلات شایع دوران کودکی تأیید شده است (یورکوئیزا^۸، ۲۰۱۰). بازی به کودک فرصت می‌دهد تا در قالب بازی با تجربه‌های

رتال جامع علوم انسانی

1. Bernstein
2. Oana
3. Diagnostic and Statistical Manual (DSM-IV-TR)
4. Bernat & Victor
5. Rusicio
6. Weeks
7. Pincus
8. Urquiza

ناخوشایند زندگی خود مواجه شود (نورتن^۱ و همکاران، ۲۰۱۱) و با تکیه بر ارتباطات غیرکلامی به تسهیل و تقویت منابع درونی اقدام کند (تیلور^۲، ۲۰۰۹). همچنین کودک قادر خواهد بود با استفاده از تصاویر غیرتهدیدکننده، احساس خصومت و ناامنی خود را بدون هیچگونه محدودیتی در باره انتخاب و استفاده از اسباب بازی‌ها بیان کند (گرین و کونولی^۳، ۲۰۰۹). بدین دلیل، از بازی به‌عنوان یک تکنیک درمانی برای مشکلات کودکان، به‌طور روزافزون استفاده شده است (سیوا^۴، ۲۰۱۰). از بین روش‌های مختلف، «شن بازی درمانی»^۵ روشی است که در این پژوهش برای درمان به کار برده شد. این روش نوعی بازی درمانی غیرمستقیم است که در آن درمانگر نقش تسهیل‌گر را دارد و مراجعان می‌توانند آزادانه هیجانات و تصویرهای ذهنی خود را با استفاده از جعبه شن و اشیاء مینیاتوری مختلف در درون جعبه شن خلق کنند (بویک و گودوین^۶، ۲۰۰۰). تاریخچه شن بازی درمانی به یک متخصص اطفال یعنی مارگارت لوئنفلد برمی‌گردد. او در سال ۱۹۲۸، یک بیمارستان برای مطالعه و درمان کودکان دشوار و عصبی بنیان نهاد و به بررسی و ارزیابی فنون جهانی در فعالیت‌های درمانی با کودکان اقدام کرد (ماتسون و ولدورال^۷، ۲۰۱۰). در سال ۱۹۸۰، دورا کاف درمانگر پیرو یونگ و از شاگردان لوئنفلد، مفاهیم و روش‌های لوئنفلد را با مفاهیم یونگ و فلسفه شرق تلفیق کرد و پس از چند سال کار درمانی به پیشرفت‌های تکنیکی و تحلیلی چشمگیری در این زمینه دست یافت و روش جدیدی برای کار با کودکان ابداع کرد و در نهایت آن را شن بازی درمانی نامید تا از روش تکنیک دنیای لوئنفلد متمایز باشد (دین^۸، ۲۰۰۱؛ بردوی^۹، ۲۰۰۶). کار با سینی شن به کودک فرصت می‌دهد تا داستان‌سرایی کند و در تخیل خود رویدادها و موقعیت‌های گذشته و کنونی را باز آفرینی کند. او در خلال این بازی می‌تواند رویدادهای خاص گذشته، حال و آینده را بررسی کند، آن چیزهایی که برای او مقبول نبوده یا نیستند-

1. Norton
2. Taylor
3. Green & Connolly
4. Siua
5. sand play therapy
6. Boik & Goodwin
7. Mattson & Veldorale
8. Dean
9. Bradway

مانند مرگ- به عمل در آورد، نسبت به رویدادها به درک شناختی و کسب بینش برسد و می‌تواند برای مسائل مختلف راه حل پیدا کند و بین دوگانگی‌ها هماهنگی برقرار کند (بردوی، ۲۰۰۶). بر اساس دیدگاه شناختی، اختلالات اضطرابی افکار و باورهای نادرست، غیرواقعی و غیرمنطقی هستند، به‌ویژه باورهای غیر منطقی اغراق‌آمیز نسبت به مخاطرات محیطی. دیدگاه شناختی مانند دیدگاه روان‌کاوی، به جریان‌های درونی به عنوان علل اختلالات اضطرابی توجه دارد، اما به جای تأکید بر تعدیل نیازها و انگیزه‌ها معتقد است که افراد اطلاعات کسب کرده را تعبیر و تفسیر می‌کنند و آن‌ها را در حل مسائل زندگی به‌کار می‌برند (دادستان، ۱۳۸۲). درمان شناختی متشکل از مجموعه تکنیک‌های درمانی است که هدف آن تخفیف نشانه‌های پریشانی روانی است و از طریق اصلاح مستقیم تصورات ناسازگارانه انجام می‌شود (محمداسماعیل، ۱۳۸۹). مشاور با تعریف و تمجید از کودک و تفسیر آنچه اتفاق می‌افتد به کودک کمک می‌کند رفتارهای جدید بیاموزد و شناخت خود را بالا ببرد. درمانگر توجه خود را بر افکار، احساسات، خیال‌پردازی‌ها و محیط کودک متمرکز می‌کند و راهبردهایی را تدارک می‌بیند تا افکار و رفتارهایی سازگارانه‌تر در کودک به‌وجود بیاید. همچنین بر موضوعاتی همچون کنترل رفتار و تسلط بر رفتار خود و مسئولیت‌پذیری در قبال تغییر رفتار خویش تأکید می‌کند و برای شروع تغییر رفتار می‌کوشد با او همدلی کند و صمیمی و گرم باشد (تامپسون و رودلف، ۱۳۸۸). مشاوره فردی در این روش سبب می‌شود کودک نسبت به افکار، احساسات و اعمال خود آگاهی بیش‌تری به دست آورد (کراتوچویل و موریس^۱، ۱۳۸۸). پژوهش‌ها و مطالعات متعددی نشان می‌دهند که از روش‌های مختلف بازی درمانی در میان کودکان مبتلا به آشفتگی‌های عاطفی و رفتاری استفاده می‌شود. در پژوهشی شن بازی درمانی را در میان کودکانی اجرا کردند که تحت تأثیر سونامی قرار گرفته بودند. در پایان جلسات، کودکان توانستند به زندگی عادی خود برگردند و شادمانی کودکانه خود را مجدداً بازیابند (لاکرویکس^۲ و همکاران، ۲۰۰۷).

طبق گزارش‌ها، در پژوهشی که بر روی بازماندگان ضربه‌های روحی روانی انجام شده است، تجربه مجدد وقایع گذشته یا آسیب‌ها باعث شد کودک تصور کند چگونه می‌توانسته

1. Kratochwill & Muriss

2. Lacroix

نقش خود را در آن حوادث تغییر دهد تا احساس راحت‌تری داشته باشد و از این طریق بتواند حس مهارت و غلبه بر حوادث را تجربه کند (نورتن و همکاران، ۲۰۱۱). پژوهش‌ها نشان می‌دهند این روش می‌تواند وسیله‌ای مؤثر برای ایجاد تماس اولیه با بیمارانی باشد که از نظر عاطفی آسیب دیده‌اند یا دچار مشکلات رفتاری هستند (گرین و کونولی، ۲۰۰۹). یافته‌ها نشان داد در افراد دارای مشکلات میان‌فردی بعد از جلسات درمانی، ارتباطات متقابل میان افراد افزایش پیدا کرده بود. بازی با اشکال و عروسک‌ها در شن بازی درمانی کمک کرد تا پیامدهای رفتارهای اجتماعی را تجربه و درک کنند و رفتارهای مقبول را بیاموزند و در اجتماع به‌کار گیرند (ون^۱ و همکاران، ۲۰۱۱). بازی به کودک این اجازه را می‌دهد تا دربارهٔ اعمال خود فکر کند و به تجربهٔ افکار، احساسات و رفتارهای دیگران اقدام کند. این تجربیات به کودک کمک می‌کند تا بتواند احساس دیگران را درک کند و در نتیجه همدلی خود را رشد دهد (تیلور^۲، ۲۰۰۹). در پژوهشی دیگر شن درمانی را همراه با قصه درمانی به‌کار بردند، کودکان توانستند دنیای اطراف خود را بازسازی کنند و تطابق سازگارانه‌تری با محیط داشته باشند (روسو^۳ و همکاران، ۲۰۰۶). در ایران نیز پژوهش‌هایی (ذوالمجد و همکاران، ۱۳۸۶؛ عبدالهی بقرآبادی و همکاران، ۱۳۸۸) برای مشاهده تأثیر تکنیک شن بازی درمانی بر پرخاشگری انجام شد. نتایج نشان داد، شن بازی محیطی فراهم می‌کند تا در جریان آن کودکان به برون‌ریزی انرژی نهفته خود اقدام کنند. بازی با اسباب‌بازی‌ها و عروسک‌ها در سینی شن، به کودکان احساس قدرت می‌دهد. چنین فعالیت‌هایی می‌تواند باعث تخلیهٔ هیجانی شود، زیرا کودکان به روش عینی می‌توانند توانایی‌های خود را نمادی کرده و در محیط مداخله کنند (نورتن و همکاران، ۲۰۱۱). از جمله اختلالات عاطفی که از شن بازی درمانی برای درمان آن استفاده می‌شود، اختلالات اضطرابی است. در مطالعات قبلی انجام شده در ایران، شن بازی درمانی برای کودکان پرخاشگر و کودکان دارای اختلال کمبود توجه و بیش‌فعالی بررسی شده است. از آنجایی که اضطراب دوران کودکی به بزرگسالی تعمیم می‌یابد، باید هرچه زودتر درمان شود، همچنین در ایران در زمینه شن بازی درمانی برای اختلالات اضطرابی، پژوهشی انجام نشده است، لذا نیاز

-
1. Wen
 2. Taylor
 3. Russo

به این گونه پژوهش‌های تجربی بیش از پیش احساس می‌شود. پژوهش حاضر نیز به منظور بررسی تأثیر شن بازی درمانی بر اختلالات اضطرابی بود. فرضیه پژوهش حاضر عبارت بود از اینکه شن بازی درمانی باعث کاهش اختلالات اضطرابی می‌شود.

روش

پژوهش حاضر در قالب یک طرح آزمایشی و به صورت پیش‌آزمون-پس‌آزمون با دو گروه آزمایش و کنترل بود. جامعه پژوهش تمام دانش‌آموزان دختر مقطع ابتدایی سال تحصیلی ۹۱-۹۰ شهرستان بابل بودند. نمونه پژوهش حاضر ۴۰ نفر از دانش‌آموزان مقطع ابتدایی از دو منطقه مختلف شهرستان بابل بودند که بر اساس نمره کسب شده در پرسشنامه اضطراب اسپنر و ملاک‌های تشخیصی چهارمین راهنمای آماری و تشخیصی اختلال‌های روانی توسط روان‌پزشک و مصاحبه با والدین آن‌ها داوطلبانه، به عنوان نمونه آماری انتخاب شدند و به صورت جایگزینی تصادفی در دو گروه آزمایش و کنترل قرار گرفتند. از دو گروه آزمایش و کنترل پیش‌آزمون گرفته شد. در ادامه عمل مداخله شن بازی درمانی در میان گروه آزمایش انجام شد. مداخله این پژوهش به صورت بازی درمانی به مدت ۱۰ جلسه ۳۰ دقیقه‌ای، هر هفته دو جلسه در دستور کار قرار گرفت، اما گروه کنترل هیچ مداخله‌ای دریافت نکرد. بعد از اتمام مداخلات از هر دو گروه پس‌آزمون به عمل آمد تا تأثیر متغیر مستقل بر متغیر وابسته اختلالات اضطرابی مشخص شود. ابزارهای پژوهش عبارت بودند از:

۱- پرسشنامه اضطراب اسپنر: در این پژوهش برای سنجش اضطراب از پرسشنامه اضطراب کودکان اسپنر نسخه ۳۸ سوالی فرم والدین استفاده شد که برای ارزیابی سطح اضطراب به طور کلی و به عنوان نشانه‌های مربوط به اختلال وسواس، اضطراب جدایی، ترس اجتماعی، موقعیت هراس، اضطراب تعمیم یافته و ترس از آسیب فیزیکی (وحشت‌زدگی) استفاده می‌شود. نمره کلی آزمون از مجموع این خرده مقیاس‌ها به دست می‌آید. پایایی آزمون با

1. statistical and diagnostic manual of mental disorder(DSM- IV-TR)
2. Spence Children Anxiety Scale (SCAS)

ضریب آلفای کرونباخ ۰/۹۲ برآورد شده است. این همسانی درونی برای خرده مقیاس‌ها با ضریب آلفای کرونباخ ۰/۸۲ برای هراس؛ ۰/۷۰ برای اضطراب جدایی؛ ۰/۷۰ برای ترس اجتماعی؛ ۰/۶۰ ترس از آسیب فیزیکی؛ ۰/۷۳ برای وسواس فکری عملی؛ و ۰/۷۳ برای اضطراب عمومی، مقبول بوده است. همچنین پایایی این پرسشنامه از طریق بازآزمایی به فاصله شش ماه در حدود ۰/۶ برای نمرات کلی آزمون گزارش شده است و برای خرده مقیاس‌ها، ۰/۴۵ برای هراس؛ ۰/۵۷ برای اضطراب جدایی؛ ۰/۵۷ برای ترس اجتماعی؛ ۰/۵۰ ترس از آسیب فیزیکی؛ ۰/۵۳ برای وسواس فکری عملی؛ و ۰/۵۶ برای اضطراب عمومی گزارش شده است. همسانی درونی با استفاده از روش دونیمه کردن گاتمن^۱ ۰/۹۰ برآورد شده است (اسپنر^۲ و همکاران، ۲۰۰۳). در پژوهش حاضر ضریب آلفای کرونباخ محاسبه شده برای همسانی درونی آزمون برابر با ۰/۸۷ شده است. این همسانی درونی برای خرده مقیاس‌ها با ضریب آلفای کرونباخ ۰/۷۹ برای هراس؛ ۰/۷۰ برای اضطراب جدایی؛ ۰/۷۰ برای ترس اجتماعی؛ ۰/۷۹ ترس از آسیب فیزیکی؛ ۰/۷۸ برای وسواس فکری عملی و ۰/۷۹ برای اضطراب عمومی مقبول بوده است.

۲- شن بازی درمانی: در این روش از یک سری عروسک و اسباب بازی در سینی شنی به ابعاد ۶×۷ سانتی متر و عمق ۱۰ سانتی متر استفاده می‌شود. دیوارها و کف این جعبه با رنگ آبی رنگ آمیزی شده و با شن به عمق ۵ سانتی متر پر می‌شود، از عروسک‌ها و اسباب‌بازی‌های کوچکی نیز استفاده می‌شود که لیست آن‌ها به شرح زیر است: عروسک‌های انسان، عروسک‌های فانتزی، عروسک سرباز و وسایل جنگی، حیوانات اهلی و حیوانات وحشی، خانه با وسایل و لوازم داخل آن، وسایل نقلیه گوناگون، علائم راهنمایی و رانندگی، درخت‌ها و حصارها و.... دستورالعمل شن بازی درمانی، راهنمایی کلی برای آگاهی دانش‌آموزان به منظور شروع بازی، چگونگی استفاده از وسایل بازی و نحوه بازی است.

یافته‌ها

میانگین سنی کودکان مورد بررسی در گروه آزمایش و کنترل هشت سال و شش ماه بود.

1. Guttman
2. Spence

در جدول میانگین و انحراف استاندارد پیش‌آزمون و پس‌آزمون اضطراب و مؤلفه‌های آن در دو گروه آزمایش و کنترل نشان داده شده است. همان‌طور که مشاهده می‌شود میانگین نمره‌های پیش‌آزمون اضطراب در گروه کنترل و آزمایش نزدیک به هم است، اما تفاوت نمره‌های این دو گروه در پس‌آزمون بیشتر است. برای بررسی فرضیه پژوهش از آزمون تحلیل کوواریانس چندمتغیری استفاده شد. به‌منظور بررسی پیش‌فرض‌های تحلیل کوواریانس یکسانی ماتریس کوواریانس با استفاده از آزمون ام باکس بررسی شد. نتایج این آزمون نشان می‌دهد فرض یکسانی ماتریس کوواریانس تأیید می‌شود ($P > 0.05$, $F = 1/498$, $F = 37/963$ MBBox's). بررسی آزمون لوین نشان داد با توجه به فقدان معناداری مقدار F در سطح خطای کوچک‌تر از 0.05 می‌توان گفت که واریانس خطای این ابعاد در بین گروه‌های مختلف با هم برابر بوده و از این حیث تفاوت معناداری با یکدیگر ندارند. بنابراین، با توجه به نتایج آزمون ام باکس و لوین استفاده از آزمون تحلیل کوواریانس چند متغیری بلامانع است. در جدول ۲ نتایج تحلیل کوواریانس بر حسب مقیاس لامبدای ویلکز نشان داده شده است. نتایج تحلیل کوواریانس نشان می‌دهد مقدار F در مقیاس لامبدای ویلکز با سطح معناداری کوچک‌تر از 0.05 معنادار است و در نتیجه میانگین نمرات خرده مقیاس‌های اضطراب در بین افراد گروه آزمایش و کنترل متفاوت است. در ادامه در جدول ۳ نتایج آزمون تحلیل کوواریانس چند متغیری یعنی آزمون‌های اثرات بین آزمودنی‌ها در ابعاد اضطراب ارائه شد. نتایج این تحلیل نشان می‌دهد که تفاوت بین دو گروه کنترل و آزمایش برای هر یک از زیر مقیاس‌ها معنادار است.

جدول ۱: میانگین و انحراف استاندارد پیش‌آزمون و پس‌آزمون اضطراب و مؤلفه‌های آن در دو گروه

آزمایش و کنترل

مؤلفه اضطراب	گروه	پیش‌آزمون		پس‌آزمون	
		میانگین	انحراف استاندارد	میانگین	انحراف استاندارد
هراس	آزمایش	۱۱/۴۰	۲/۹۰	۴/۶۰	۲/۸۹
	کنترل	۹/۳۵	۳/۶۸	۹/۵۰	۳/۴۱
اضطراب جدایی	آزمایش	۱۲/۵۰	۱/۶۴	۷/۷۰	۱/۷۵
	کنترل	۱۲/۵۵	۱/۳۲	۱۲/۷۵	۱/۱۶
ترس از آسیب	آزمایش	۱۲/۶۵	۱/۹۳	۶/۵۵	۱/۴۷
	کنترل	۱۱/۹۵	۱/۳۵	۱۱/۷۰	۱/۳۰
ترس اجتماعی	آزمایش	۱۱/۸۰	۱/۳۶	۶/۳۰	۱/۸۳
	کنترل	۱۲/۶۰	۱/۴۶	۱۲/۵۰	۱/۹۳
وسواس	آزمایش	۱۰/۸۰	۲/۰۹	۴/۹۰	۱/۷۱
	کنترل	۱۰/۹۰	۱/۰۲	۱۰/۸۸	۱/۲۵
اضطراب عمومی	آزمایش	۱۰/۸۰	۲/۶۴	۶/۰۰	۱/۸۰
	کنترل	۱۰/۵۰	۱/۶۴	۱۰/۲۰	۱۱/۹۳
کل	آزمایش	۶۸/۸۵	۵/۰۴	۳۵/۶۰	۷/۱۵
	کنترل	۶۶/۷۵	۴/۵۵	۶۶/۴۵	۴/۷۲

n=۲۰

جدول ۲: تحلیل کوواریانس چند متغیری بر حسب مقیاس لامبدای ویلکز

اثر	ارزش F	درجه آزادی	خطای درجه آزادی	سطح معناداری
گروه لامبدای ویلکز	۵/۰۶۲	۶	۲۷	۰/۰۰۱

جدول ۳: اثرات بین آزمودنی‌ها در مؤلفه‌های اضطراب

منبع تغییرات	متغیرهای وابسته	مجموع مجزورات	درجه آزادی	میانگین مجزورات	F	سطح معناداری	
گروه	هراس	۲۹۶/۹۲۶	۱	۲۹۶/۹۲۶	۷۳/۲۹۵	۰/۰۰۱	
	اضطراب جدایی	۱۸۲/۰۴۸	۱	۱۸۲/۰۴۸	۱۲۵/۱۳۳	۰/۰۰۱	
	ترس از آسیب	۲۵۳/۵۰۷	۱	۲۵۳/۵۰۷	۱۸۳/۱۱۳	۰/۰۰۱	
	ترس اجتماعی	۲۸۹/۳۳۳	۱	۲۸۹/۳۳۳	۱۳۱/۶۵۲	۰/۰۰۱	
	وسواس	۳۲۹/۳۴۸	۱	۳۲۹/۳۴۸	۲۲۷/۶۷۲	۰/۰۰۱	
	اضطراب عمومی	۱۳۰/۶۸۷	۱	۱۳۰/۶۸۷	۴۷/۰۱۴	۰/۰۰۱	
	خطا	هراس	۱۲۹/۶۳۷	۳۲	۴/۰۵۱		
		اضطراب جدایی	۴۶/۵۵۱	۳۲	۱/۴۵۵		
		ترس از آسیب	۴۴/۳۰۲	۳۲	۱/۳۸۴		
		ترس اجتماعی	۷/۳۲۷	۳۲	۲/۱۹۸		
وسواس		۴۶/۲۹۱	۳۲	۱/۴۴۷			
اضطراب عمومی	۸۸/۹۵۲	۳۲	۲/۷۸۰				

بحث و نتیجه‌گیری

نتایج این بررسی نشانه وجود تفاوت معنادار از لحاظ نشانه‌ها و میزان اضطراب بین آزمودنی‌های گروه‌های آزمایشی در مقایسه با گروه کنترل بود که این تفاوت‌ها بیان‌کننده کاهش اضطراب کودکان گروه آزمایش پس از مداخله ده جلسه‌ای شن بازی درمانی است. این یافته همسو با یافته‌های پژوهش‌هایی است که شن بازی را در کاهش اختلالات عاطفی و رفتاری مؤثر می‌دانند (تیلور، ۲۰۰۹؛ ذوالمجد و همکاران، ۱۳۸۶؛ روسو و همکاران، ۲۰۰۶؛ زینی، ۱۹۹۷؛ عبدالهی بقرآبادی، زرافشان و قاسم پور، ۱۳۹۰؛ عبدالهی بقرآبادی شریفی و دولت آبادی، ۱۳۸۸؛ کاری، ۱۹۹۰؛ مایز و بلکول، ۲۰۰۹؛ ون و همکاران، ۲۰۱۱). پژوهشگر پژوهشی را پیدا نکرد که مستقیماً تأثیر شن بازی درمانی بر اختلالات اضطرابی را بررسی کرده باشد، لذا پژوهش مورد نظر با پژوهش‌های مشابه مقایسه شد. یافته‌ها با پژوهش‌های پیشین همخوانی داشت و مغایرتی با پژوهش‌های پیشین یافت نشد. از آنجا که مبتلایان به اختلالات اضطرابی اغلب در مواجهه با موقعیت‌ها، حوادث یا محرک‌های خاص ترس نشان می‌دهند و در نتیجه از مواجهه مستقیم با حوادث ناتوان هستند، لذا به نظر می‌رسد یکی از تکنیک‌های مناسب برای مشاوره و حل مشکلات این کودکان بازی درمانی و از جمله آن شن بازی درمانی باشد (تیلور، ۲۰۰۹). دلیل قانع‌کننده برای سودمند بودن این فن، غیرمستقیم بودن و غیرکلامی بودن آن است که به فرد اجازه می‌دهد تا در محیطی امن و بدون مداخله مستقیم درمانگر، احساسات، ترس‌ها و تنش‌های خود را ابراز کند و با آن مواجه شود (کاف، ۲۰۰۳). شن بازی درمانی به کودک اجازه می‌دهد جهان را در مقیاس کوچک‌تر با دست‌های خود بسازد و تحت نفوذ در آورد و مسائل را با دست خویش حل کند (بویک و گودوین، ۲۰۰۰). کودکان با اختلال اضطراب به‌طور غیرمعمول، به نشانگان فیزیولوژیک اضطراب حساس هستند (کارلتون^۳ و همکاران، ۲۰۱۰) افزون بر آن شیوه فکر کردن این افراد نشانگان اضطراب آن‌ها را بدتر می‌کند. آن‌ها تمایل به شخصی کردن حوادث منفی دارند؛ یعنی خود را به خاطر این رویدادها سرزنش می‌کنند و اغلب در گیر تفکر فاجعه‌آمیز هستند. این تفکر فاجعه‌آمیز به افزایش

1. Carey
2. Mayes & Blackwell
3. Carleton

آشناختگی روان‌شناختی منجر می‌شود، در نتیجه این افراد با کوچک‌ترین نشانگان اضطرابی، آگاهی بسیار زیادی می‌یابند (ورسلوت^۱ و همکاران، ۲۰۰۸). کاربرد سینی شن به این افراد کمک می‌کند تا نسبت به حوادث، با پرورش تصویر بصری، از حوادثی که در زندگی آن‌ها اتفاق افتاده یا می‌توانست اتفاق بیفتد، بصیرت خود را بالا ببرند. کودکی که بخواهد به پرورش بصیرت و درک خویشتن و دیگران اقدام کند احتمالاً باید بدانند چگونه در وقایع مهم زندگی خود درگیر شده و چگونه تجربه‌اش را در نظام اجتماعی وسیع‌تر متناسب کند (بردوی^۲ و همکاران، ۲۰۰۵). یکی از عناصر با اهمیتی که در شن بازی درمانی باعث درمان و بهبود می‌شود، فضای آزاد و در عین حال محافظت شده از سوی درمانگر و نیز استفاده از شن و شکل‌هایی است که به فرد کمک می‌کند تا تخیلات، ترس‌ها و تجربیات درونی خود را واقعیت بخشد (بردوی، ۲۰۰۶). جای‌گذاری اشیاء داخل سینی شن می‌تواند، نماینده نمادین از روابط علت و معلولی در جهان واقعی باشد (ماتسون و ولدورال، ۲۰۱۰). در سینی شن، کودکان دارای اضطراب، ترس خود را عینیت می‌بخشند و بعد از آن می‌توانند به‌طور سمبلیک از عهده آن برآیند، مثلاً ممکن است زیر شن دفنشان کنند یا از سینی شن خارج کنند. نرده‌ای که کودک دور خانه ساکن شده در سینی شن می‌کشد و درختانی هم که به‌عنوان محافظ دور نرده‌ها می‌گذارد، احتمالاً مسائل امنیتی را به‌وجود می‌آورند. ترکیب این عوامل در فضای شن بازی درمانی به انرژی‌ها و تنش‌های درونی، امکان رهایی به طریقی بهنجار و مقبول می‌دهد (محمداسماعیل، ۱۳۸۹). به‌عنوان مثال در پژوهشی شن درمانی در یک کودک دشوار و مشکل‌دار اجرا شد. پیش از اتمام جلسات شن درمانی، کودک مورد نظر توانست نزاع درونی خود را در محیطی امن بیان کند و بدون ناراحتی از جدایی مادر به فعالیت خود ادامه دهد. اکثر کودکانی که دچار اختلال اضطراب جدایی هستند از رفتن به مدرسه، اردوها و فعالیت با دوستان، به دلیل اجتناب از جدایی امتناع می‌ورزند (آلن^۳ و همکاران، ۲۰۱۰). این کودکان درباره آسیب رسیدن جسمانی به خود یا والدین خود نگران هستند (پلگ^۴ و همکاران، ۲۰۰۹). عواملی که در کودکان با اختلال اضطراب جدایی نقش عمده‌ای دارد، بازداری رفتاری در

1. Versloot
2. Bradway
3. Allen
4. Peleg

آن‌هاست که باعث شده که در موقعیت‌های ناآشنا و در پی محرک‌های تازه، برانگیختگی سیستم عصبی خودکار آن‌ها افزایش یابد (کاردرایت هاتن^۱ و همکاران، ۲۰۰۵). یکی از مشکلات کودکان مضطرب این است که قادر نیستند در اجتماع حضور یابند و حضور در مکان‌های عمومی برای آن‌ها ناگوار است.

این کودکان هنگام خواندن با صدای بلند، یا انجام دادن کاری برای دیگران، یا در زمینه‌های ورزشی، اضطراب شدیدی را گزارش می‌دهند (تیلور و همکاران، ۲۰۱۰) و معمولاً از موقعیت‌های اضطراب‌زا دوری می‌کنند که این اجتناب اجتماعی باعث افزایش اضطراب می‌شود (مورگان و بانرژ، ۲۰۰۸). برای اینکه کودک مهارت‌های اجتماعی خود را بالا ببرد باید بتواند پیامدهای رفتار اجتماعی را تجربه و درک کند، بازی با اسباب بازی‌ها و عروسک‌های کوچک در سینی شن به کودکان این فرصت را می‌دهد تا رفتارهای اجتماعی مقبول را بیاموزند و آن‌ها را در اجتماع به‌کار ببرند. صحبت کردن روشی برای تخلیه هیجانات و استرس فرد است، اما چون کودکان مضطرب به دلیل ترسو و خجالتی بودن نمی‌توانند ارتباط مناسبی با محیط اطراف خود برقرار کنند، توضیح تصاویری که در سینی شن ساخته‌اند به آن‌ها کمک می‌کند، حواس خود را از آنچه باعث اضطراب آن‌ها شده رها کنند و به یک آرامش نسبی برسند (گرابز^۳، ۱۹۹۵).

پژوهش‌هایی که درباره رفتارهای اجتنابی و ترس اجتماعی انجام شدند، پیشرفت جالب توجهی را در میزان آگاهی‌های اجتماعی و هماهنگی تجربه شده با اعضای گروه نشان داده‌اند؛ همچنین جلسات مداخله، ارتباطات متقابل میان افراد را افزایش داده بود (ون و همکاران، ۲۰۱۱؛ روسو و همکاران، ۲۰۰۶). یکی از مؤلفه‌های دیگری که باعث ایجاد اضطراب می‌شود، مؤلفه شناختی است. چه بسا این شناخت در کودکان به دلیل فقدان رشد و تجربه کافی در تزلزل بیش‌تری است.

بنابراین، نخستین قدم باید به‌دست آوردن شناخت جدید و درک واقعیت جدید باشد تا بتواند آگاهانه هدف و انگیزه و چارچوب‌های اساسی فعالیت خود را، حداقل نزد خود به

1. Cartwright-Hatton
2. Morgan & Banerjee
3. Grubbs

روشنی بیان کند. تفکرات ذهنی کودک که همواره آن‌ها را نشخوار کرده و باعث استرس آن‌ها شده است با شن بازی درمانی کاهش یافته و کودک به تصورات مثبتی از خود می‌رسد (گرابز، ۱۹۹۵). هدف اصلی شن بازی درمانی در کودکان مضطرب، توجه دادن به خودشان است تا به کودک این امکان داده شود، عوامل زمینه‌ساز اضطراب و تنش خود را بشناسد و احساس درونی خود را نسبت به آن بیان کنند و خود را از نظر روحی تخلیه کنند (دوگاس^۱ و همکاران، ۲۰۱۰). پاشیدن شن به دیوارهای سینی شن، ضربه زدن به شن و مدفون کردن اسباب بازی‌ها باعث تخلیه روحی این کودکان می‌شود.

در کار سینی شن کودکان متوجه قدرت خودشان در مواجهه با محیط می‌شوند و احساس صاحب‌اختیاری می‌کنند (محمداسماعیل، ۱۳۸۹). کودکان می‌توانند چیزها یا شکل‌ها را در شن دفن کنند تا از نظر محو یا پنهان کنند. از طریق چنین فعالیت‌هایی می‌توانند باعث تخلیه هیجانی خود شوند چون به این طریق، به روش عینی می‌توانند توانایی‌های خود را نمادی کنند و در محیط نفوذ کنند (کاف، ۲۰۰۳). کار با سینی شن به فرد اجازه می‌دهد، فضاهایی خیالی برای خود فرض کند و در آن فضاها احساس تسلط کند. از نمادها و شکل‌ها مثل عکس می‌توان استفاده کرد (دین، ۲۰۰۱).

همان‌طور که بیان شد، یافته‌ها و نتایج پژوهش‌ها مفید و سودمند بودن این تکنیک را تأیید می‌کند. نتایج به دست آمده به گونه‌ای با نتایج حاصل از پژوهش‌های مشابه، همخوانی دارد. کار با سینی شن این فرصت را فراهم می‌آورد تا کودک حوادث و وقایعی را، که تاکنون تجربه کرده است یا احتمال می‌دهد در آینده با آن مواجه شود، عینیت بخشیده و به جستجوی امکانات و احتمالات در آینده اقدام کرده و خیالبافی‌هایش را بیان کند.

او در خلال این بازی می‌تواند رویدادهای گذشته، حال و آینده را بررسی کند و آن مسائلی که برای او مقبول نبوده یا نیستند به عمل در آورد و نسبت به رویدادها به درک شناختی و کسب بیش برسد و می‌تواند برای مسائل مختلف راه حل پیدا کند. آشنایی با این فنون به والدین و مربیان می‌آموزد تا با به کار بردن این روش دنیای درون کودکان خود را کشف کنند.

در پایان شایان ذکر است که پژوهش حاضر از نظر تعمیم‌پذیری بررسی‌های بیشتری را می‌طلبد. با توجه به اینکه محل اجرای پژوهش تنها در یک منطقه محدود جغرافیایی (یک شهر) انجام شده است، امکان تعمیم نتایج به کل جامعه میسر نیست، لذا پیشنهاد می‌شود همین پژوهش در مناطق جغرافیایی دیگر نیز تکرار شود. همچنین مطالعه اثر جنسیت ممکن است یافته‌های ضمنی مهمی در بر داشته باشد که به محققان آینده در این زمینه توصیه می‌شود.



پژوهشگاه علوم انسانی و مطالعات فرهنگی
پرتال جامع علوم انسانی

منابع

- تامپسون، چارلز. ل و رودلف، لیندا. ب (۱۳۸۸). *مشاوره با کودکان*، ترجمه جواد طهوریان. تهران: رشد.
- دادستان، پریخ (۱۳۸۲). *روانشناسی مرضی تحولی- از کودکی تا بزرگسالی* (جلد اول). تهران: سمت.
- ذوالمجد، آنیا، برجعلی، احمد و آرین، خدیجه (۱۳۸۶). تأثیر شن بازی درمانی بر رفتارهای پرخاشگرانه پسران. *پژوهش در زمینه کودکان استثنایی*، ۷(۲)، ۱۵۵-۱۶۸.
- عبداللهی بقرآبادی، قاسم، زرافشان، هادی و قاسم پور، صالحه (۱۳۹۰). *اثر بخشی بازی درمانی بر کاهش نقص توجه کودکان*. انجمن روانشناسی پیام نور نوش آباد.
- عبداللهی بقرآبادی، قاسم، شریفی درآمدی، پرویز و دولت آبادی، شیوا (۱۳۸۹). بررسی تأثیر شن درمانی بر کاهش پرخاشگری دانش آموزان پسر ناشنوا. *مطالعات روانشناختی*، ۶(۱)، ۱۱۲-۱۳۴.
- کراتچویل، آر، موریس، جی (۱۳۸۸). *روانشناسی بالینی کودک: روش های درمانگری*، ترجمه محمدرضا نائینیان و همکاران. تهران: رشد.
- محمداسماعیل، الهه (۱۳۸۹). *بازی درمانی: نظریه ها، روش ها و کاربردهای بالینی*. تهران: دانژه.
- نصیرزاده، راضیه و روشن، رسول (۱۳۸۹). تأثیر قصه گویی در کاهش پرخاشگری پسران شش تا هشت ساله. *مجله روانپزشکی و روانشناسی بالینی ایران*، ۱۶(۲)، ۱۱۸-۱۲۶.
- Allen, J., Lavallee, K., Herren, Ch., Ruhe, K., & Schneider, S. (2010). DSM-IV criteria for childhood separation anxiety disorder: Informant, age, and sex differences. *Journal of Anxiety Disorders*, 24, 946-952.
- Bradway, K. (2006). What is Sand play therapy? *Journal of sand play therapy*, 15 (2), 7.
- Bradway, K., Chambers, L., & Chiaia, M. (2005). Sandplay in Three Voices: Images, Relationships, the Numinous, Routledge. *The Arts in Psychotherapy*, 32, 395-399.
- Bernstein, G., Layne, A., Egar, E. & Nelson, L. (2005). Maternal phobic anxiety and Child anxiety. *Anxiety Disorders*, 19, 658-672.
- Boik, B. L., & Goodwin, E. A. (2000). *Sandplay therapy: a step-by-step manual for psychotherapists of diverse orientations*. New York: W. W. Norton & Company.
- Carey, L. (1990). Sand play therapy with a troubled child. *The Arts in psychotherapy*, 17, 197-209.

- Carleton, R. N., Collimore, K. C., & Asmundson, G. J. (2010). "It's not just the judgements-It's that I don't know": Intolerance of uncertainty as a predictor of social anxiety. *Journal of Anxiety Disorders*, 24, 189-195.
- Cartwright-Hatton, S., McNally, D., & White, C. (2005). A new cognitive behavioural parenting intervention for families of young anxious children: A pilot study. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 33, 243-248.
- Dean, J. E. (2001). Sandtray consultation: a method of supervision applied to couple's therapy. *The Arts in Psychotherapy*, 28, 175-180.
- Dugas, M. J., Anderson, K. G., Deschenes, S. S., & Eleanor Donegan, E. (2010). Generalized anxiety disorder publications: Where do we stand a decade later? *Journal of Anxiety Disorders*, 24, 780-784.
- Green, E. & Connolly, M. (2009). Jungian family sandplay with beraved children: Implication for play therapist. *International journal of play therapy*, 18 (2), 84-98.
- Grubbs, G. A. (1995). A Comparative analysis of the sandplay process of sexually abused and nonclinical. *The Arts in Psychotherapy*, 22, (5), 429-446.
- Kalff, D. (2003). *Sand play: A psychotherapeutic approach to the psyche*. USA: Temenos Press. Original work published in 1980.
- Lacroix, L., Rousseau, C., Gauthier, M., Singh, A., Gigue, N., & Lamzoudi, Y. (2007). Immigrant and refugee preschoolers and play representations of the Tsunami. *The Arts in psychotherapy*, 34, 99-113.
- Layne, A., Bernat, D., Victor, A., & Bernstein, G. (2009). Generalized anxiety disorders in a nonclinical sample of children: Symptom presentation and predictors of impairment. *Journal of Anxiety Disorders*, 23, 283-289.
- Mattson, D., & Veldorale, A. (2010). Objectifying the sandtray: an initial example of three-dimensional art image analysis for assessment. *The Arts in psychotherapy*, 37, 90-96.
- Mayes, C., & Blackwell, M. (2009). Sand tray therapy with A-24-year-old woman in the residual phase of schizophrenia. *International journal of play therapy*, 15 (1), 101-116.
- Morgan, J., Banerjee, R. (2008). Post-event processing and autobiographical memory in social anxiety: The influence of negative feedback and rumination. *Journal of Anxiety Disorders*, 22, 1190-1204.
- Norton, B., Ferriegel, M., & Norton, C. (2011). Somatic expression of trauma in experimental play therapy. *International journal of play therapy*, 20(3), 138-152.
- Oana, B. (2010). Investigation the structure of anxiety symptoms among Romanian preschools using the Spence preschool anxiety scale, <http://www.priodicals.faqs.org/.htm>.
- Peleg, O., Halaby, E., & Whaby, E. (2009). The relationship of maternal separation anxiety and differentiation of self to children's separation anxiety and adjustment to kindergarten: A study in Druze families. *Anxiety Disorders*, 20, 973-995.
- Pincus, B., Santucci, L., & Ehrenreich, J. (2008). The implementation of modified parent-child interaction therapy for youth with separation anxiety disorder. *Cognitive and Behavioral practice*, 15, 118-125.
- Ruscio, A., Chiu, W., Roybyrne, p., Stang, P., Stein, D., Wittchen, H., & Kessler, r. (2007). Broadening the definition of generalized anxiety disorder effect on

- prevalence and associations with other disorders in the national comorbidity survey replication. *Journal of Anxiety Disorder*, 21, 662-676.
- Russo, M., Vernam, J., & Wolbert, A. (2006). Sand play and story telling: social constructivism and cognitive development in child counselling. *The Arts in psychotherapy*, 33, 229-237.
- Siu, A. (2010). Play therapy in Hong Kong: Opportunities and challenges. *Department of Educational psychology*, 34, 281-289.
- Spence, S. H., Barrett, P.M., & Turner, C.M. (2003). Psychometric properties of the Spence children anxiety scale with young adolescents. *Anxiety disorders*, 17, 605-625.
- Taylor, E. (2009). Sand tray and solution focused therapy. *International journal of play therapy*, 18 (1), 56-68.
- Taylor, Ch. T., Bomyea, J., & Amir, N. (2010). Attentional bias away from positive social information mediates the link between social anxiety and anxiety vulnerability to a social stressor. *Journal of Anxiety Disorders*, 24, 403-408.
- Urquiza, A. (2010). Qualitative research and its role in play therapy research. *International journal of play therapy*, 19 (1), 54-61.
- Versloot, J., Veerkamp, J., Hoogstraten, J. (2008). Dental anxiety and psychological functioning in children: its relationship with behaviour during treatment. *Eur Arch Paediatr Dent*, 1, 36-40.
- Weeks, M., Coplan, R., & Kingsbury, A. (2009). The correlates and consequences of early appearing social anxiety in young children. *Journal of Anxiety Disorders*, 23, 956-972.
- Wen, Z., Risheng, Zh., Haslam, D., & Zhiling, J. (2011). The effects of restricted group sand play therapy on interpersonal issues of college students in China. *The Arts In Psychotherapy*, 38, 281-289.
- Zinni, V. R. (1997). Differential aspects of sandplay with 10- and 11-year-old children. *Child abuse & neglect*, 21, 657-668.



پښتو ښکلا څانګه علوم انساني او مطالعات فرهنگي
پرتال جامع علوم انساني