

# Effectiveness of Play Therapy (with a Sand Play Approach) in Children with PTSD

Asghar Shamsipour, B.A.<sup>1</sup>, Rahim Solgi, M.A.<sup>2</sup>,  
Morteza Rouzbahani, M.A.<sup>3</sup>,  
Nahid Babaee Amiri, Ph.D.<sup>4</sup>,  
Behzad Darabi, M.A.<sup>5</sup>

Received: 05.28.2018 Revised: 08.18.2018  
Accepted: 01.05.2019

## Abstract

**Objective:** The purpose of this study was to investigate the effectiveness of play therapy (with a sand play approach) on the signs of children with posttraumatic stress disorder (PTSD). **Method:** The present study was a quasi-experimental one with a pretest-posttest design and a control group. The statistical population included all children aged 8-11 years with PTSD in Tehran, Iran. The sample consisted of 30 children with PTSD selected upon an announcement (15 in the experimental and 15 in the control group). Data were collected using a revised version of the Horowitz Children's Impact of Event Scale. Therapeutic intervention was offered using sand play therapy, and data were analyzed using MANCOVA and ANCOVA. **Results:** The sand play therapy caused a significant decrease in the signs of PTSD in children. Also, this therapy led to a significant decrease in the intrusive thoughts and avoidance of children with PTSD. **Conclusion:** The sand play therapy is an effective method for reducing the signs of PTSD.

**Keywords:** Sand play therapy, PTSD, children

1. M.A. student of Clinical Psychology, Islamic Azad University of Garmsar, Garmsar, Iran
2. Ph.D. student of General psychology, Islamic Azad University of Science and Research, Tehran, Iran
3. **Corresponding Author.** M.A in General Psychology, Allameh Tabataba'i University, Tehran, Iran. **Email:** morteza.rouzbahani1@gmail.com
4. Assistant professor, Yadegar Emam Islamic Azad University
5. M.A. in Psychology of Exceptional Children, Islamic Azad University of Central Tehran, Tehran, Iran

# بررسی اثربخشی بازی درمانی با رویکرد شن بازی در کودکان مبتلا به اختلال استرس پس از سانحه

اصغر شمسپور<sup>۱</sup>، رحیم سلگی<sup>۲</sup>،  
مرتضی روزبهانی<sup>۳</sup>، دکتر ناهید بابایی امیری<sup>۴</sup>،  
بهزاد دارابی<sup>۵</sup>

تاریخ دریافت: ۱۳۹۷/۳/۷  
تجدید نظر: ۱۳۹۷/۵/۲۷  
پذیرش نهایی: ۱۳۹۷/۱۰/۱۵

## چکیده

**مقدمه:** هدف پژوهش حاضر بررسی اثربخشی بازی درمانی با رویکرد شن بازی بر نشانه‌های کودکان مبتلا به اختلال استرس پس از سانحه بود. **روش:** پژوهش حاضر نیمه تجربی و دارای طرح پیش‌آزمون-پس‌آزمون با گروه گواه بود. جامعه آماری شامل کلیه کودکان ۸-۱۱ ساله مبتلا به اختلال استرس پس از سانحه در شهر تهران بود. نمونه پژوهش، ۳۰ کودک مبتلا به اختلال استرس پس از سانحه بودند که طی یک فراخوان انتخاب شدند (۱۵ کودک گروه آزمایش و ۱۵ کودک گروه گواه). برای گردآوری داده‌ها از فرم تجدیدنظر شده مقیاس تأثیر حوادث کودکان هورویتز استفاده شد. مداخله درمانی با استفاده از شن بازی درمانی صورت گرفت. داده‌ها با روش تحلیل کوواریانس چندمتغیری و تک‌متغیری تجزیه و تحلیل شد. **یافته‌ها:** طبق نتایج، شن بازی درمانی موجب کاهش معنی‌دار نشانه‌های اختلال استرس پس از سانحه در کودکان مبتلا به این اختلال شد. همچنین، شن بازی درمانی باعث کاهش معنی‌دار افکار مزاحم و اجتناب کودکان مبتلا به اختلال استرس پس از سانحه شد. نتیجه‌گیری: می‌توان نتیجه گرفت که یکی از روش‌های مؤثر در کاهش نشانه‌های اختلال پس از سانحه، استفاده از رویکرد شن بازی درمانی است.

**واژه‌های کلیدی:** شن بازی درمانی، اختلال استرس پس از سانحه، کودکان.

۱. دانشجوی کارشناسی ارشد روان‌شناسی بالینی دانشگاه آزاد اسلامی.
۲. دانشجوی دکتری روان‌شناسی عمومی و مدرس دانشگاه آزاد اسلامی.
۳. نویسنده مسئول: کارشناسی ارشد روان‌شناسی عمومی دانشگاه علامه طباطبائی.
۴. دکتری روان‌شناسی تربیتی و عضو هیئت علمی دانشگاه آزاد اسلامی.
۵. کارشناسی ارشد کودکان استثنایی دانشگاه آزاد اسلامی واحد تهران مرکز.

## مقدمه

فشار برخی از رخدادهایی که در زندگی یک انسان رخ می‌دهند، ممکن است بالاتر از سطح توانایی مقاومت فرد بوده و موجب بروز مجموعه‌ای از اختلال‌های جسمی و روانی در وی گردند (سیسا، ۲۰۱۷)، و فرد را متحمل فشار روانی زیادی کنند و حتی پیامدهایی مانند ابتلا به اختلال استرس پس از سانحه<sup>۱</sup> را به دنبال داشته باشد. در واقع، اختلال استرس پس از سانحه به دنبال قرارگرفتن فرد در معرض یک محرک تنش‌زای به شدت آسیب‌زا و یک رویداد تهدیدکننده بروز می‌یابد و شخص طی آن، با یادآوری‌های برگشت‌کننده و مزاحم یا رؤیاهای پریشان‌کننده از رویداد آسیب‌زا مواجه می‌گردد (کاظمی، بنی‌جمالی، احدی و فرخی، ۱۳۹۱). برخی کودکان مبتلا به اختلال استرس پس از سانحه، ممکن است زیرنوع تجزیه‌ای<sup>۲</sup> این اختلال را تجربه کنند (هاگان، جنتری، اپین و لیبرمن، ۲۰۱۸). بر اساس ویرایش پنجم راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روان‌شناسی<sup>۳</sup>، اختلال استرس پس از سانحه، اختلال شدیدی در سلامت روان است که به وسیله تجربه مجدد و مداوم، اجتناب، بیش‌انگیزگی و نشانه‌های شناختی و عاطفی در پاسخ مستقیم یا غیرمستقیم مواجه‌شدن با حادثه‌ای تروماتیک، مشخص می‌شود (انجمن روان پزشکی آمریکا، ۲۰۱۳).

افرادی که دچار اختلال استرس پس از سانحه می‌شوند، علاوه بر بروز علائم این اختلال با مشکلات فراوانی در زندگی شخصی خود مواجه می‌باشند؛ از جمله احساس گناه<sup>۴</sup> و کناره‌گیری هیجانی<sup>۵</sup> و گاه پرخاشگری بیشتری از خود نشان می‌دهند و نمی‌توانند نقش‌های خود را به عنوان یک فرد به درستی ایفا نمایند (کالتو، استیوتز، کارول، ۲۰۰۷). مشکلات متوالی در روابط بین فردی<sup>۶</sup>، مشکلاتی در خصوص روابط جنسی، انسجام خانواده<sup>۷</sup>، بیان عواطف<sup>۸</sup> و عملکردهای اصلی زندگی دارند. در این افراد مقدار زیادی خصومت و پرخاشگری<sup>۹</sup> نسبت به دیگران

گزارش شده است (بکهام، رودمن، بارفت، هانی، هلمز و فیربانچ، ۲۰۰۶). همچنین، افراد مبتلا به اختلال استرس پس از سانحه از مشکلات تجربه مجدد، اجتناب و بیش‌برانگیزگی رنج می‌برند (بروین و اسمارت، ۲۰۰۵). اختلال استرس پس از سانحه همبودی زیادی با اختلال افسردگی دارد (زو، یان، لئو، زووا و آن، ۲۰۱۸) و عواقب غیر قابل پیش‌بینی، مخرب و بلندمدتی را برای فرد آسیب‌دیده، خانواده وی و اجتماعی که در آن زندگی می‌کند، به همراه می‌آورد (کاظمی، بنی‌جمالی، احدی و فرخی، ۱۳۹۱). بیشتر افرادی که وقایع آسیب‌زا را تجربه می‌کنند، نشانگان این اختلال را به سرعت بعد از واقعه نشان می‌دهند، اما فقط ۳۰٪ از آنها این نشانه‌ها را تا یک ماه بعد از واقعه دارا هستند (کوهن، بوستین، والتر، بنسون، کریسمن، فارشیون و مدیکیوس، ۲۰۱۰). واقعه آسیب‌زا در هر مکان و زمانی می‌تواند اتفاق بیفتد و هر شخصی در هر سنی، از سال اول زندگی تا آخرین لحظه‌های دوران زندگی‌اش نیز می‌تواند مورد هجوم و آسیب این وقایع قرار گیرد. از جمله علت‌های متعدد ذکر شده برای وقایع آسیب‌زا می‌توان به آزار و اذیت شدن، سوء استفاده جنسی، تبعیض شغلی، خشونت پلیس، قلدری و خشونت خانگی اشاره کرد که به خصوص در دوران کودکی رخ می‌دهد (ویتفیلد، ۲۰۱۰). به باور پژوهشگران، بیش از یک چهارم کودکان قبل از رسیدن به بزرگسالی یک حادثه آسیب‌زای برجسته را تجربه می‌کنند، و اختلال استرس پس از سانحه در دوران کودکی، احتمال بروز برخی مشکلات دوران نوجوانی و بزرگسالی را افزایش می‌دهد (کوهن و همکاران، ۲۰۱۰). بنابراین، اختلال استرس پس از سانحه یکی از مشکلات جدی است که برخی کودکان را نیز مبتلا می‌سازد.

در این پژوهش به منظور بهبود وضعیت چنین کودکانی که از اختلال استرس پس از سانحه رنج می‌برند، از بازی‌درمانی<sup>۱۰</sup> استفاده شد. بازی در عین اینکه وسیله سرگرمی است، جنبه آموزشی و

کاهش مشکلات رفتاری در کودکان گروه آزمایش نسبت به گروه کنترل شد. پژوهش آذنیوشان، به‌پژوه و غباری بناب (۱۳۹۱) نیز از اثر بخش بودن بازی‌درمانی با رویکرد شناختی-رفتاری بر مشکلات رفتاری کودکان کم‌توان ذهنی حمایت کرد. افزون بر این، بازی‌درمانی منجر به کاهش نشانه‌های اختلال نافرمانی مقابله‌ای در میان دانش‌آموزان گردید (صفری، فرامرزی و عابدی، ۱۳۹۳). در مجموع، به نظر می‌رسد بازی‌درمانی به کودکان کمک می‌کند که سطح تنش، نگرانی و اضطراب خود را کاهش داده و مواردی مانند خودکنترلی و ابراز احساسات را یاد بگیرند. بنابراین، امکان آ « هست که این درمان بتواند برای کاهش نشانه‌ها و مشکلات شدید ناشی از اختلال استرس پس از سانحه در کودکان نیز مفید باشد و بتواند فرصت تجربه متعادل‌تری را از هیجان‌ها برای کودکان مبتلا به این اختلال فراهم آورد. با توجه به مشاهده‌نشدن پژوهشی که به این موضوع پرداخته باشد، انجام مطالعه‌ای تجربی برای آزمون اثربخشی بازی‌درمانی در مورد اختلال استرس پس از سانحه ضروری به نظر می‌رسد. بر همین اساس، هدف پژوهش حاضر پاسخ‌گویی به این سؤال بود که آیا بازی‌درمانی بر نشانه‌های اختلال استرس پس از سانحه در کودکان مبتلا به این اختلال اثربخش است؟

#### روش

پژوهش حاضر نیمه‌تجربی و دارای طرح پیش‌آزمون-پس‌آزمون با گروه گواه بود. جامعه پژوهش شامل کلیه کودکان مبتلا به اختلال استرس پس از سانحه شهر تهران در فاصله زمانی دی ماه ۹۵ الی خرداد ماه ۹۶ بودند. برای شناسایی و جذب کودکان مبتلا به اختلال استرس پس از سانحه ضمن تنظیم فراخوان و انتشار آن در فضاها و گروه‌های مجازی و مراکز درمانی، با بیمارستان‌های مختلف ویژه کودکان و نهادهای متولی آسیب‌های اجتماعی (شامل اداره کل بهزیستی استان تهران، اداره کل آموزش‌های

سازندگی نیز دارد. کودکان در خلال بازی‌ها به‌ویژه بازی‌های آموزشی، به مفاهیم ذهنی جدیدی دسترسی پیدا می‌کنند و مهارت‌های بیشتر و بهتری را کسب می‌کنند (درتاج، ۱۳۹۲). بازی‌درمانی به عنوان ارتباط بین‌فردی پویا بین کودک و درمانگر آموزش‌دیده در فرایند بازی‌درمانی توصیف می‌شود، که یک ارتباط امن را برای کودک فراهم می‌آورد تا کودک به طور کامل خود را بیان کند. بازی فواید و ارزش‌های زیادی برای کودک دارد. او در طی آن پدیده‌ها را درک می‌کند، روابط را می‌فهمد و احساس راحتی می‌کند و از آن به عنوان ابزاری برای ایجاد ارتباط، مبادله و آزمایش و تسلط بر واقعیت‌های بیرونی استفاده می‌کند (که‌ریزی، مرادی و مومنی، ۱۳۹۲). همچنین، در بازی‌درمانی گروهی کودک محور در جهت کمک به مشارکت، یادگیری خودکنترلی، کمک به ابراز احساسات، احترام گذاشتن، پذیرفتن خود و دیگران و بهبود رفتارهایی چون مهارت‌های اجتماعی، عزت نفس و کاهش افسردگی تلاش می‌شود (باگرلی و پارکر، ۲۰۰۵).

به باور پژوهشگران، درهم شکستن مقاومت در کودک، ایجاد لیاقت و توانایی، تفکرخلاق، پالایش، تخلیه هیجانی، ایفای نقش، خیال‌پردازی، آموزش نمادین، ایجاد و ارتقای رابطه و دلبستگی، هیجان مثبت و غلبه بر ترس‌های مربوط به دوران رشد از فواید بازی‌درمانی برای کودک است (آقایی و درآمدی، ۱۳۹۴). شواهد پژوهشی نیز از تأثیرات مثبت بازی‌درمانی حمایت کرده‌اند. به عنوان مثال، بازی‌درمانی کودک‌محور در نمونه‌ای از کودکان ۶ تا ۸ ساله دارای سطوح بالای اضطراب، منجر به کاهش اضطراب و کاهش نگرانی آنان شد (استالماکر و ری، ۲۰۱۵)، و به کاهش نمره‌های تشخیصی و شدت افسرده‌خویی کودکان کمک می‌کند (فرحزادی و مصافی، ۲۰۱۳). همچنین، بر اساس نتایج پژوهش مصطفوی، شعیری، اصغری مقدم و محمودی (۱۳۹۱) آموزش مهارت‌های بازی‌درمانی به مادران موجب

آمیزی داشته است. البته دو تحقیق مجزا نشان داد که کودکان تعدادی از آیتم‌ها را غلط تفسیر و برداشت می‌کنند. به همین دلیل، مقیاس ۸ ماده‌ای تهیه شد که عوامل اساسی و پایه‌ای مقیاس اولیه را هم منعکس می‌کرد و نمره‌گذاری آن به شکل طیف لیکرت است. نمره کل مقیاس ۸ ماده‌ای همبستگی زیادی با نمره کل نسخه ۱۵ ماده‌ای دارد ( $r=0/95$ ،  $P<0/001$ ). نسخه I ۸ ماده‌ای که برای کودکان و نوجوانان طراحی شد شامل زیرمقیاس‌های افکار مزاحم (سوالات ۱، ۳، ۶، ۷) و اجتناب (سوالات ۲، ۴، ۵، ۸) است (سجادیان، ۱۳۹۲). در پژوهش سجادیان (۱۳۹۲)، مقدار پایایی با روش آلفای کرونباخ  $0/74$  گزارش شده است. در پژوهش حاضر نیز پایایی این مقیاس با روش آلفای کرونباخ برای افکار مزاحم  $0/87$ ، برای اجتناب  $0/89$  و برای کل ابزار سنجش  $0/91$  به دست آمد.

**فرایند مداخله سینی‌شن‌بازی:** شن‌بازی درمانی به دلیل آن که زبان در آن برای درک عملکرد ذهن نقش چندانی ندارد، به مثابه روشی بین‌فرهنگی در سراسر دنیا مورد استفاده قرار می‌گیرد. در این درمان درمان‌گر نقش تسهیل‌گر را دارد و مراجعان می‌توانند آزادانه هیجان‌ات و تصویرهای ذهنی خود را با استفاده از جعبه شن و اشیای مینیاتوری مختلف درون جعبه شن خلق کنند. دستورالعمل شن‌بازی که شامل راهنمایی کلی به منظور آگاهی کودکان برای شروع بازی، چگونگی استفاده از وسایل بازی و نحوه بازی است، در ابتدای جلسه بیان می‌شود. در ۱۵ دقیقه اول درمان‌گر و کودک روی کفپوش روبه‌روی هم نشسته و به بازی مشغول می‌شوند. ضمن آن‌که درمانگر در هر جلسه یک سری اهداف را در نظر گرفته و آن‌ها را آموزش می‌دهد. برای مثال آموزش‌ها شامل تشخیص شکل در زمینه، طبقه‌بندی اجسام برحسب شکل و اندازه، توجه به محرک خاص، فهم ارتباط فضایی اجسام (چیدن اشکال مشابه در یک ردیف)، توانایی پر و خالی کردن شن‌ها به کمک

شهروندی شهرداری تهران، انستیتو روان‌پزشکی کودکان، بیمارستان کودکان حضرت علی اصغر<sup>(ع)</sup>، بیمارستان فوق تخصصی کودکان مفید، بیمارستان کودکان بهرامی، بیمارستان هاجر به عنوان مکان آزمایش، و انجمن حمایت از کودکان کار) نامه‌نگاری و مراجعه و معرفی گروه هدف جهت آزمایش این موضوع درخواست شد. بر این اساس، کودکان ۸ - ۱۱ ساله‌ای که می‌توانستند در پژوهش حاضر شرکت کنند، شناسایی شده و ۳۰ نفر از آنان به صورت نمونه گیری در دسترس انتخاب شدند. سپس، این کودکان به صورت تصادفی در دو گروه آزمایش و گواه گمارش شدند و مقیاس تجدیدنظر شده تأثیر حوادث کودکان در مرحله پیش‌آزمون در اختیار آنان قرار گرفت. سپس ۱۵ کودکی که در گروه آزمایش قرار گرفته بودند، مورد مداخله‌شن‌بازی قرار گرفتند. به ۱۵ کودک گروه گواه هیچ مداخله‌ای ارائه نشد. در گام بعد، پس از اتمام جلسات مداخله، مقیاس تجدیدنظر شده تأثیر حوادث کودکان به عنوان مرحله پس‌آزمون در اختیار هر دو گروه قرار گرفت. در نهایت، تجزیه و تحلیل داده‌ها با استفاده از آزمون آماری تحلیل کوواریانس چندمتغیره و تحلیل کواریانس تک‌متغیره در محیط نرم‌افزاری SPSS صورت گرفت.

#### ابزار پژوهش

**مقیاس تأثیر حوادث کودکان<sup>۱۱</sup>:** مقیاس تجدید نظر شده حوادث کودکان که توسط هورویتز و همکاران (۱۹۷۹) تهیه شده است، یک پرسش‌نامه خودسنجی هشت ماده‌ای است که میزان نشانه‌های پس از حادثه، مانند اجتناب، برانگیختگی و علائم آزاردهنده را در مقیاس‌های جداگانه می‌سنجد. این مقیاس در اصل به منظور ارزیابی تجربه مجدد حوادث آسیب‌زا و اجتناب از آن حوادث و احساسات مربوط به آن طرح و بسط یافت و در ابتدا دارای ۱۵ ماده و زیر مقیاس‌های افکار مزاحم و اجتناب بود. این مقیاس در اصل برای کودکان طراحی نشده بود ولی در برخی تحقیقات روی کودکان بیشتر از هشت سال نتایج موفقیت

خیال‌پردازی راجع به روابط احتمالی آینده از دیگر اهداف بازی است. فرایند استفاده از حیوانات مینیاتوری اساساً فرا فکانه است (کهریزی، مرادی و مومنی، ۱۳۹۲).

آزمودنی‌های گروه آزمایش به صورت انفرادی در ۱۰ جلسه ۴۵ دقیقه‌ای حاضر می‌شوند و با وسایل و اشیای سمبولیک بازی می‌کنند. در این روش، نقش پژوهش‌گر یا آزمون‌گر، ثبت مشاهدات بالینی و حالات و رفتارهای آزمودنی‌ها در طی تمامی جلسه‌ها با استفاده از نشان‌دادن عکس‌العمل متناسب با موقعیت است. هم‌چنین پژوهش‌گر یا آزمون‌گر باید در پایان هر جلسه از تصاویری که مراجعان می‌سازند، عکس تهیه کند و با آن‌ها درباره محتوای تصاویر گفت‌وگو کند. اداره جلسه‌ها به روش غیرمستقیم است، به صورتی که آزمودنی‌ها هدایت جلسه را به عهده دارند و پژوهش‌گر یا آزمون‌گر تنها در مواردی مداخله می‌کند که آزمودنی سؤال داشته یا نیازی احساس شود. اصول بازی در این روش مداخله مبتنی بر مواردی مانند ایجاد ارتباط عاطفی با کودک، رهبر بودن کودک در جلسه درمان و حفظ احترام کودک است. محور هر یک از جلسات ده‌گانه بازی‌درمانی در ادامه ذکر شده است:

جلسه اول:	رفع وسواس عملی با تماس اولیه
جلسه دوم:	پرورش حس لامسه
جلسه سوم:	شروع رشد و پرورش گویایی
جلسه چهارم:	رشد و پرورش خلاقیت
جلسه پنجم:	رشد و پرورش مهارت‌های اجتماعی
جلسه ششم:	آغاز شروع کاهش وابستگی
جلسه هفتم:	پرورش قدرت تجسم فضایی و هندسی
جلسه هشتم:	افزایش مسئولیت‌پذیری
جلسه نهم:	کاهش دل‌بستگی
جلسه دهم:	کاهش اضطراب

#### یافته‌ها

ویژگی‌های جمعیت‌شناختی ۳۰ شرکت‌کننده در پژوهش (۱۵ نفر گروه آزمایش و ۱۵ نفر گروه کنترل) شامل منطقه زندگی، جنسیت، پایه تحصیلی و سن

ابزارهای مرتبط، ترسیم اشکال هندسی در محوطه‌های شنی، توانایی تمیز بین اشکال هندسی ترسیم‌شده و ... خواهد بود. در ۱۵ دقیقه دوم درمان‌گر می‌گوید «در اینجا یک جعبه شن و تعدادی اسباب‌بازی‌های متفاوت وجود دارد. من از تو می‌خواهم که با دقت به اسباب‌بازی‌ها نگاه کنی و با کمک آن‌ها در این جعبه یک تصویر بسازی. می‌توانی از تمامی این اسباب‌بازی‌ها استفاده کنی. مثلاً می‌توانی از حیوانات در تصویرت استفاده کنی (آزمون‌گر، خودش یکی یا دو تا از حیوانات را در جعبه جای‌گذاری کرده و دوباره بر می‌گرداند) یا اینکه می‌توانی تصویرهایت را با خانه بسازی (این بار آزمون‌گر، خانه‌ها را جایگزین می‌کند و دوباره آن‌ها را از جعبه شن خارج می‌کند) تو می‌توانی هر تصویری که دوست داری بسازی و از هرکدام از این اسباب‌بازی‌ها که بخواهی استفاده کنی. اگر شن‌ها را کنار بزنی خواهی دید که کف جعبه آبی است، این می‌تواند به‌منزله آب، دریا و دریاچه باشد (آزمون‌گر شن‌ها را با دست کنار می‌زند) و اگر هم دوست نداشتی می‌توانی این کار را نکنی (آزمون‌گر دوباره شن‌ها را به حالت اولیه برمی‌گرداند) خوب وقت تو از الان شروع می‌شود، تو وقت داری تا تصویرت را بسازی و در پایان هم باید برای تصویرت یک اسم انتخاب کرده و در مورد آن برای من توضیح بدهی.

من اینجا به کارهایم می‌پردازم، اگر سؤالی داشتی می‌توانی بپرسی و اگر نه، وقتی تصویرت را ساختی و تمام شد به من اعلام کن.» در ۱۵ دقیقه نهایی کودک و درمانگر در مورد شکل ساخته‌شده به گفت‌وگو می‌نشینند. هدف اصلی از این مرحله آن است که به کودک امکان دهیم تا در مورد استنباط خویش از روابط شخصی خود و دیگران به داستان‌سرایی بپردازد. بررسی روابط او با دیگران در گذشته، حال و آینده، دستیابی به شناخت کامل‌تری از موقعیت خود در خانواده، بررسی و کشف ترس‌های مربوط به روابط آینده خود و دیگران و

نفر در پایه پنجم (۱۳/۳۳٪) و در گروه کنترل ۰ نفر در پایه اول (۰٪)، ۵ نفر در پایه دوم (۳۳/۳۳٪)، ۵ نفر در پایه سوم (۳۳/۳۳٪)، ۳ نفر در پایه چهارم (۲۰٪) و ۲ نفر در پایه پنجم (۱۳/۳۳٪) مشغول به تحصیل بودند. از نظر توزیع وضعیت سنی شرکت کنندگان، در گروه آزمایش سن ۵ نفر ۸ سال (۳۳/۳۳٪)، ۲ نفر ۹ سال (۱۳/۳۳٪)، ۴ نفر ۱۰ سال (۲۶/۶۷٪) و ۴ نفر ۱۱ سال (۲۶/۶۷٪) و در گروه کنترل ۵ نفر ۸ سال (۳۳/۳۳٪)، ۲ نفر ۹ سال (۱۳/۳۳٪)، ۳ نفر ۱۰ سال (۲۰٪) و ۵ نفر ۱۱ سال (۳۳/۳۳٪) بودند. در ادامه نیز میانگین و انحراف استاندارد پیش‌آزمون و پس‌آزمون نشانه‌های اختلال استرس پس از سانحه و ابعاد آن شامل افکار مزاحم و اجتناب به تفکیک گروه‌های آزمایش و کنترل ارائه شده است.

جدول ۱. میانگین و انحراف استاندارد پیش‌آزمون و پس‌آزمون نشانه‌های اختلال استرس پس از سانحه، افکار مزاحم و اجتناب گروه‌های

آزمایش و کنترل

متغیرها	گروه آزمایش				گروه کنترل			
	پیش‌آزمون		پس‌آزمون		پیش‌آزمون		پس‌آزمون	
	SD	M	SD	M	SD	M	SD	M
نشانه‌های اختلال استرس پس از سانحه	۴/۰۶۱	۲۲/۷۳۳	۳/۱۷۲	۱۵/۹۳۳	۴/۱۰۹	۲۲/۲۰۰	۴/۵۳۸	۲۲/۲۰۰
افکار مزاحم	۲/۹۳۲	۱۰/۸۰۰	۱/۹۹۵	۷/۵۳۳	۲/۹۲۲	۱۱/۴۰۰	۳/۱۷۷	۱۱/۳۳۳
اجتناب	۲/۰۵۱	۱۱/۹۳۳	۲/۰۹۹	۸/۴۶۶	۲/۷۲۲	۱۰/۸۶۶	۲/۵۰۳	۱۰/۸۶۶

و برای بررسی پیش‌فرض برابری واریانس‌های چندمتغیری، داده‌ها با استفاده از نمودارهای جعبه‌ای مورد ارزیابی قرار گرفتند و هیچ داده پرتی وجود نداشت. همچنین از آزمون کولموگروف-اسمیرنوف برای بررسی پیش‌فرض نرمال بودن استفاده شد. با توجه به معنی‌دار نشدن آماره F در آزمون کولموگروف-اسمیرنوف برای همه متغیرهای وابسته پژوهش، فرض نرمال بودن توزیع تأیید می‌شود. افزون بر این، برای بررسی پیش‌فرض برابری ماتریس‌های واریانس-کوواریانس از آزمون M باکس

آنان به تفکیک گروه‌های آزمایش و کنترل مشخص شده است. از نظر توزیع منطقه شهری محل سکونت شرکت‌کنندگان در شهر تهران، در گروه آزمایش ۶ نفر در منطقه ۶ (۴۰٪)، ۴ نفر در منطقه ۷ (۲۶/۶۷٪) و ۵ نفر در منطقه ۱۵ (۳۳/۳۳٪) و در گروه کنترل ۶ نفر در منطقه ۶ (۴۰٪)، ۴ نفر در منطقه ۷ (۲۶/۶۷٪) و ۵ نفر در منطقه ۱۵ (۳۳/۳۳٪) زندگی می‌کردند. از نظر توزیع جنسیت، در گروه آزمایش ۷ نفر پسر (۴۶/۶۷٪) و ۸ نفر دختر (۵۳/۳۳٪) و در گروه کنترل ۷ نفر پسر (۴۶/۶۷٪) و ۸ نفر دختر (۵۳/۳۳٪) بودند. همچنین، از نظر توزیع وضعیت پایه تحصیلی شرکت کنندگان، در گروه آزمایش ۱ نفر در پایه اول (۶/۶۷٪)، ۵ نفر در پایه دوم (۳۳/۳۳٪)، ۵ نفر در پایه سوم (۳۳/۳۳٪)، ۲ نفر در پایه چهارم (۱۳/۳۳٪) و ۲

جدول ۲. نتایج تحلیل کوواریانس تک متغیری نشانه‌ها اختلال استرس پس از سانحه در کودکان مبتلا به استرس پس از سانحه

منبع اثر	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	آماره F	مقدار احتمال	مجذورات
پیش‌آزمون گروه	۱۷۴/۶۱۱	۱	۱۷۴/۶۱۱	۲۳/۲۵۶	۰/۰۰۱	۰/۴۶۳
واریانس خطا	۳۲۲/۹۹۳	۱	۳۲۲/۹۹۳	۴۳/۰۱۹	۰/۰۰۱	۰/۶۱۴
واریانس کل	۲۰۲/۷۲۲	۲۷	۷/۵۰۸			
واریانس کل اصلاح شده	۱۱۵۷۸/۰۰۰	۳۰				
	۶۷۱/۸۶۷	۲۹				

از ابعاد اختلال استرس پس از سانحه (افکار مزاحم و اجتناب) داشته است یا نه، از آزمون شاخص‌های اعتباری چندمتغیری و تحلیل کواریانس چندمتغیری استفاده شد. نتایج شاخص‌های اعتباری نشان داد که متغیر مستقل بر متغیرهای وابسته اثر معنی‌دار داشته است. در واقع، با توجه به نتایج شاخص چندمتغیری لامبدای ویلکز ( $F=0/602, P<0/001$ )، می‌توان گفت که در میان گروه‌ها حداقل از نظر یکی از متغیرها تفاوت وجود دارد. بنابراین، ادامه تحلیل کواریانس چندمتغیری بلامانع است. نتایج آزمون تحلیل کواریانس چندمتغیری در جدول ۳ ذکر شده است.

جدول ۳. خلاصه نتایج تحلیل کواریانس چندمتغیری

متغیر وابسته	منبع اثر	مجموع مجزورات	درجه آزادی	میانگین مجزورات	آماره F	مقدار احتمال	مجذور اتا
افکار مزاحم	گروه	۷۴/۲۷۱	۱	۷۴/۲۷۱	۳۷/۷۶۸	۰/۰۰۱	۰/۵۹۲
اجتناب	گروه	۷۵/۹۵۸	۱	۷۵/۹۵۸	۲۴/۶۵۲	۰/۰۰۱	۰/۴۸۷

کریستن، ۲۰۱۲؛ فرحزادی و مصافی، ۲۰۱۳؛ استالماکر و ری، ۲۰۱۵) همخوان بود. در تبیین این یافته‌ها بر مبنای نظریه لاکرویکس، راسیو، گاسیئر، سینگ، گیگوئر و لیمزودی (۲۰۰۷) می‌توان گفت که شن‌بازی درمانی روشی است غیرکلامی که در آن کودک با ساختن دنیای خود در سینی شن به بیان تعارضات، تمایلات و هیجان‌اتش می‌پردازد و درمان‌گر نقش مشاهده‌گر صامت را در جریان خلق صحنه توسط کودک بازی می‌کند و تعبیر و تفسیر انجام نمی‌پذیرد تا زمانی که مراجع (کودک) چندین سینی شن را در مدت زمانی معین بسازد. این امر باعث آشکار شدن طبیعی جریان درمان بدون دخالت ذهنی می‌شود. آگاهی شناختی عمیقی از تجربه شن‌بازی در درمان‌جو ایجاد می‌شود که اغلب سطح جدیدی از بینش را در او ایجاد می‌کند. شن‌بازی فرصتی را ایجاد می‌کند که در آن فرد با بیان خود به ایجاد ارتباط بین ذهن، بدن و تخیلاتش می‌پردازد. همچنین عنصر پراهمیت دیگری که در شن‌بازی باعث درمان و بهبود می‌شود، فضای آزاد و در عین حال محافظت شده از

با توجه به نتایج جدول ۲، نتایج تحلیل کواریانس تک‌متغیری با کنترل اثر پیش‌آزمون نشان داد که متغیر مستقل اثر معنی‌داری بر نمره های پس‌آزمون داشته است و با در نظر گرفتن مجذور اتا می‌توان گفت ۶۱/۴ درصد تغییرات نشانه‌های اختلال استرس پس از سانحه کودکان ناشی از تأثیر بازی‌درمانی با رویکرد شن‌بازی است. بنابراین می‌توان گفت بازی‌درمانی با رویکرد شن‌بازی باعث کاهش معنی‌دار نشانه‌های اختلال استرس پس از سانحه کودکان شد ( $F=43/019, P<0/001$ ). برای بررسی اینکه آیا متغیر مستقل از نظر آماری اثر معنی‌داری بر هر یک

با توجه به نتایج جدول ۳، متغیر مستقل اثر معنی‌داری بر نمره‌های پس‌آزمون افکار مزاحم و اجتناب داشته است. با توجه به مجذور اتا، ۵۹/۲ درصد تغییرات افکار مزاحم ناشی از تأثیر بازی‌درمانی با رویکرد شن‌بازی بود، لذا این شیوه درمانی باعث کاهش معنی‌دار افکار مزاحم کودکان مبتلا به اختلال استرس پس از سانحه شد ( $F=37/768, P<0/001$ ). علاوه بر این، ۴۸/۷ درصد تغییرات اجتناب ناشی از تأثیر بازی‌درمانی با رویکرد شن‌بازی بود، لذا این شیوه درمانی باعث کاهش معنی‌دار اجتناب کودکان مبتلا به اختلال استرس پس از سانحه شد ( $P<0/001, F=24/652$ ).

### بحث و نتیجه‌گیری

با توجه به یافته‌های پژوهش حاضر، بازی‌درمانی با رویکرد شن‌بازی باعث کاهش معنادار نشانه‌های اختلال استرس پس از سانحه در کودکان مبتلا به این اختلال شد. نتایج این پژوهش با نتایج پژوهش‌های قبلی (آقابگی و درآمدی، ۱۳۹۴؛ سیدی اندی، مکوند حسینی و کیان ارثی، ۱۳۹۲؛ استکی و زارعی، ۱۳۹۰؛

کلامی و شناختی کودکان هماهنگ است و تجربه خوشایندی برای کودکان به حساب می‌آید، می‌تواند به نحو مؤثری امکان بررسی و تشخیص مسائل و مشکلات کودک را فراهم سازد. بنابراین ایجاد چارچوب ارتباطی امن و پذیرنده استفاده از شن و مجسمه‌های نمادین به برون‌ریزی و بازآفرینی مسائل کودک کمک می‌کند. تلاش کودک برای غلبه بر تعارض‌ها و یافتن راه‌حل‌های سازش‌یافته را تسریع و زمینه درمان و بهبود مشکلات او را هموار می‌سازد. در نتیجه این عوامل ابتدا باعث کاهش درگیری‌ها و مشغله‌های فکری کودکان و در نهایت باعث کاهش افکار مزاحم آنان می‌شوند. در این راستا، مشاهده شده است که شن‌بازی درمانی موجب کاهش وسواس فکری و عملی دختران ۷ تا ۱۰ ساله (سیدی اندی و همکاران، ۱۳۹۲) و بهبود رشد شناختی کودکان از جمله رشد مفهوم‌سازی، تفکر نمادی و تفکر اجتماعی می‌شود (ملک پور و همکاران، ۱۳۹۰).

افزون بر این، با توجه به نتایج بازی‌درمانی با رویکرد شن‌بازی باعث کاهش معنی‌دار اجتناب کودکان مبتلا به اختلال استرس پس از سانحه شد. نتایج این پژوهش با نتایج پژوهش‌های قبلی (ملک پور و همکاران، ۱۳۹۰؛ لو، پترسون، لاکروئیکس و رواسیئو، ۲۰۱۰؛ ریچاردز، پیلا و فریتز، ۲۰۱۲؛ کریستن، ۲۰۱۲؛ فرحزادی و مصافی، ۲۰۱۳؛ استالماکر و ری، ۲۰۱۵) همخوان بود. در تبیین این یافته بر مبنای نظر ابراین و برنت (۲۰۰۰) می‌توان گفت که شن‌بازی این فرصت را در اختیار کودکان می‌گذارد که احساس‌های درونی خود را که ناشی از تنش‌ها، ناکامی‌ها، پرخاشگری‌ها، ترس‌ها، آشفتگی‌ها و سردرگمی‌های اوست، به نمایش بگذارد. با آشکار ساختن این گونه احساسات ضمن آنکه کودک با آنها روبه‌رو می‌شود، می‌آموزد که آنها را کنترل کند یا کنار بگذارد. هنگامی که کودک به این ترتیب به آزادسازی عاطفی دست یافت، به درک توانایی خود توفیق می‌یابد و می‌تواند برای خود بیندیشد و

سوی درمان‌گر و استفاده از عناصر آب و خاک با یکدیگر است که در آن مراجع (کودک) به تخلیلات و تجربیات درونی‌اش امکان واقعیت می‌بخشد. ترکیب این عوامل در فضای موردنظر به انرژی‌های خلاق و بازی‌گونه امکان‌رهایی به طریق طبیعی و بهنجار را می‌دهد که همه این عوامل می‌توانند باعث کاهش نشانه‌های اختلال استرس پس از سانحه در کودکان شوند. در همین راستا، پژوهش آقاییگی و درآمدی (۱۳۹۴) نشان دهنده کاهش اضطراب فراگیر و اضطراب جدایی کودکان در نتیجه شن‌بازی‌درمانی بود، و پژوهش کریستن (۲۰۱۲) از اثربخش بودن شن‌بازی درمانی در کاهش مشکلات روان‌شناختی شامل استرس و اضطراب حمایت کرد.

همچنین با توجه به یافته‌ها، بازی‌درمانی با رویکرد شن‌بازی باعث کاهش معنی‌دار افکار مزاحم کودکان مبتلا به اختلال استرس پس از سانحه شد. نتایج این پژوهش با نتایج پژوهش‌های قبلی (روسو، ورنام و وولبرت، ۲۰۰۶؛ سیدی اندی، مکوند حسینی و کیان ارثی، ۱۳۹۲؛ ملک‌پور، عابدی و مقدم، ۱۳۹۰؛ فرحزادی و مصافی، ۲۰۱۳؛ پارسونز، ۲۰۱۴؛ استالماکر و ری، ۲۰۱۵) همخوان بود. در تبیین این یافته، بر مبنای نظر مؤمنی و کهریزی (۱۳۹۳) می‌توان گفت، افرادی که با کودکان کار می‌کنند به این نکته واقف هستند که زمانی که از کودک خواسته می‌شود تا درباره وضعیت خود صحبت کند، بسیار مضطرب می‌شود. علاوه بر آن کودکان حتی در صورت وجود شناخت احساس‌ها و افکار خود، از دامنه لغات کافی برای بیان آنها برخوردار نیستند. در حالی که روش‌های درمان غیر شفاهی برای کودکان به راحتی قابل پذیرش است. از این رو شن‌بازی درمانی روش مناسبی برای کار با کودکان است، زیرا فرصت‌های بسیاری را برای ابراز طیف وسیعی از احساس‌ها با استفاده از شن (حفاری، ریختن و پنهان کردن) و اشیای نمادین فراهم می‌آورد. به این ترتیب از آنجا که شن‌بازی درمان‌گری با ظرفیت‌های تحولی،



مشاوران و روان‌شناسان بالینی در این زمینه آموزش‌های لازم را ببینند، این روش می‌تواند به عنوان یک روش کارآمد و کاربردی برای کودکان استفاده شود. با توجه به اینکه شن‌بازی درمانی قابلیت کاربرد در مراکز درمانی دارد، لذا پیشنهاد می‌شود که مشاوران، روان‌شناسان بالینی و درمان‌گران از این روش برای ایجاد تغییر در متغیرهای روان‌شناختی به ویژه نشانه‌های اختلال استرس پس از سانحه در کودکان استفاده کنند. همچنین مشاوران، مسئولان و برنامه‌ریزان مراکز و کلینیک‌ها با توجه به مشکلاتی که کودکان دارند، می‌توانند از روش بازی‌درمانی با رویکرد شن‌بازی برای بهبود وضعیت روان‌شناختی استفاده کنند.

#### پی‌نوشت‌ها

1. post-traumatic stress disorder (PTSD)
2. dissociative-subtype
3. diagnostic and statistical manual of mental disorders (DSM-5)
4. feel guilty
5. emotional withdrawal
6. interpersonal relationships
7. family cohesion
8. express emotions
9. aggression
10. play therapy
11. the children, s impact of event scale- revised (CRIES-R-8)

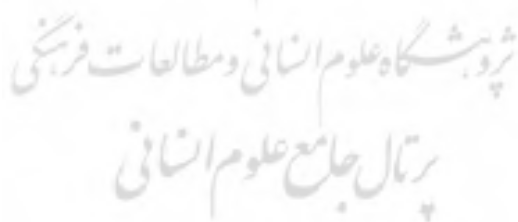
#### منابع

- آذرنیوشان، ب؛ به‌پژوه، ا. و غباری بناب، ب. (۱۳۹۱). اثر بازی‌درمانی با رویکرد شناختی-رفتاری بر مشکلات رفتاری دانش‌آموزان کم‌توان ذهنی در دوره ابتدایی. *فصلنامه ایرانی کودکان استثنایی*، ۱۲(۲)، ۵-۱۶.
- آقابیگی، م.، شریفی درآمدی، پ. (۱۳۹۴). *اثربخشی شن‌بازی درمانی بر اضطراب و پرخاشگری کودکان ۵ تا ۷ سال*. اولین کنگره توسعه و ترویج علوم تربیتی و روانشناسی.
- استکی، م.، و زارعی، ا. (۱۳۹۰). *تأثیر شن‌بازی درمانی بر کاهش اضطراب دانش‌آموزان عقب‌مانده ذهنی (پایان‌نامه کارشناسی ارشد)*. دانشگاه آزاد اسلامی واحد تهران مرکزی.
- درتاج، ف. (۱۳۹۲). *مقایسه تأثیر دو روش آموزش به شیوه بازی و سنتی بر انگیزه و پیشرفت تحصیلی ریاضی دانش‌آموزان*. *مجله روانشناسی مدرسه*، ۲(۴)، ۶۲-۸۰.

تصمیم‌های خود را شخصاً بگیرد و از لحاظ روانی پخته‌تر شود. زیرا شن‌بازی یک پل دیداری بسیار محرک بین درمان‌های کلامی و بیانی ایجاد می‌کند. در نتیجه بازی کودک با شن و ماسه به خاطر تجربه لمسی و جنبشی آن و ترسیم در محوطه شنی، موجب برون‌ریزی و تخلیه هیجانی می‌شود و از نظر شناختی توانایی شناسایی و حل مشکلات را در او به وجود می‌آورد و باعث کاهش رفتارهای اجتنابی می‌شود. تبیین دیگر بر مبنای نظر لو و همکاران (۲۰۱۰) اینکه شن‌بازی یک مداخله بدون ساختار خلاق است که در آن به کودک فرصت داده می‌شود محرک رشد درونی خود را در مسیری سازنده و مثبت قرار دهد. کودکان در بازی رفتاری فراتر از سن خود بروز می‌دهند و به صورت بداهه و ناهشیار ارتباطات و اتفاقات پیشین خود را به صورت خلاقانه و نمادین در جعبه شن برون‌سازی می‌کنند. در واقع هنگامی که به کشاننده درونی به گونه‌ای طبیعی و مستمر پاسخ داده شود، وضعیتی مطلوب پیش آمده است و کودک احساس‌هایی را که برای آشکار ساختن آنها تحت فشار بوده است، آزاد می‌سازد و نسبت به مشکل خود آگاهی می‌یابد. بنابراین شن‌بازی درمانی فرصتی برای تخلیه انرژی درونی، احساس‌ها، رفتارها و انباشت‌های ذهنی کودکان ایجاد می‌کند و باعث تسهیل رفتارهای اجتماعی و کاهش رفتارهای اجتنابی در کودکان می‌شود. همسو با تبیین‌های ارائه شده در بالا، مطالعات از اثربخشی شن‌بازی درمانی در کاهش مشکلات عاطفی و رفتاری کودکان (ریچاردز و همکاران، ۲۰۱۲) و بهبود رفتارهای اجتماعی (لو و همکاران، ۲۰۱۰)، حمایت کرده‌اند. به طور کلی، بازی‌درمانی با رویکرد شن‌بازی در کاهش و بهبود نشانه‌های اختلال استرس پس از سانحه، افکار مزاحم و اجتناب کودکان اثربخش است، زیرا فضایی امن برای ایفای نقش‌ها و تجربه هیجانات ناراحت‌کننده فراهم می‌آورد. با توجه به نتایج، در صورتی که بسترهای لازم برای اجرای این روش فراهم شود و

- Brewin, C. R., & Smart, L. (2005). Working memory capacity and suppression of intrusive thoughts. *Journal of behavior therapy and experimental psychiatry*, 36(1), 61-68.
- Calvete, E., Estévez, A., & Corral, S. (2007). Trastornos por estrés postraumático y su relación con esquemas cognitivos disfuncionales en mujeres maltratadas. *Psicothema*, 19 (3), 446-451.
- Cohen, J. A. Bukstein, O. Walter, H. Benson, R. S. Chrisman, A. Farchione, T. R. & Medicus, J. (2010). Practice parameter for the assessment and treatment of children and adolescents with posttraumatic stress disorder. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 49(4), 414-430.
- Farahzadi, M., & Masafi, S. (2013). Effectiveness of Gestalt and Cognitive-behavioural Play Therapy in Decreasing Dythymic Disorder. *Procedia - Social and Behavioral Sciences*, 84(9), 1642-1645.
- Hagan, M.J., Gentry, M., Ippen, C.G., & Lieberman, A. (2018). PTSD with and without dissociation in young children exposed to interpersonal trauma. *Journal of Affective Disorders*, 227, 536-541.
- Kristín, U. (2012). The influence of sandplay and imaginative storytelling on children's learning and emotional-behavioral development in an Icelandic primary school. *The Arts in Psychotherapy*, 39, 328-332.
- 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.
- Lu, L., Petersen, F., Lacroix, L., & Rousseau, C. (2010). Stimulating creative play in children with autism through sandplay. *The Arts in Psychotherapy*, 37, 24-56.
- O'Brien, P., & Burnett, P. C. (2000). Counselling children using a multiple intelligences framework. *British Journal of Guidance and Counselling*, 28(3): 353-371.
- Parsons, M.A. (2014). *Using the symbolic expression of sand tray to kinesthetically connect to the inner cognitions of individuals diagnosed with a neurocognitive disorder*. Electronic Thesis or Dissertation. Florida Atlantic University.
- سجادیان، پ. (۱۳۹۲). ارائه الگوی ساختاری عوامل خطر سوگ بحران‌زا و رابطه آن با اختلال استرس پس از ضربه در کودکان و نوجوانان داغ‌دیده مهاجر افغانی (پایان‌نامه کارشناسی ارشد). دانشکده روان‌شناسی و علوم تربیتی، دانشگاه اصفهان.
- سیدی اندی، م.، مکوند حسینی، ش. و کیان ارثی، ف. (۱۳۹۲). تأثیر شن‌بازی درمانی بر کاهش اختلالات اضطرابی. *فصلنامه اندیشه‌های نوین تربیتی*، ۳۵، ۷۶-۹۳.
- صفری، س.، فرامرزی، س.، و عابدی، ا. (۱۳۹۳). تأثیر بازی‌درمانی شناختی-رفتاری بر نشانه‌های رفتاری دانش‌آموزان نافرمان. *مجله پزشکی ارومیه*، ۲۵(۳)، ۲۶۷-۲۷۲.
- کاظمی، آ.، بنی‌جمالی، ش.س.، احدی، ح.، و فرخی، ن. (۱۳۹۱). بررسی اثربخشی آموزش راهبردهای شناختی-رفتاری در کاهش علائم اختلال استرس پس از ضربه و مشکلات روان‌شناختی همسران (STSD) ثانویه مزمن ناشی از جنگ تحمیلی جانبازان مبتلا به PTSD. *مجله علوم پزشکی دانشگاه آزاد اسلامی*، ۲۲(۲)، ۱۲۲-۱۲۹.
- کهریزی، س.، مرادی، آ.، و مؤمنی، خ. (۱۳۹۲). اثربخشی شن‌بازی درمانی بر کاهش پرخاشگری/بیش‌فعالی کودکان پیش دبستانی. *فصلنامه مشاوره و روان‌درمانی*، ۵(۱۸)، ۱۲۷-۱۳۶.
- مصطفوی، س.، شعیری، م.، صفری‌مقدم، م.ع.، و محمودی قزایی، ج. (۱۳۹۱). تأثیر آموزش بازی‌درمانی مبتنی بر رابطه والد-کودک مطابق با الگوی لندرت به مادران بر کاهش مشکلات رفتاری کودکان. *مجله روانشناسی بالینی و شخصیت*، ۱۹(۷)، ۳۳-۴۲.
- ملک‌پور، م.، عابدی، ا.، و مقدم، ب. (۱۳۹۰). اثربخشی روش مداخله‌ای شن‌بازی درمانی بر رشد شناختی کودکان ناتوان ذهنی آموزش‌پذیر شهر اصفهان (پایان‌نامه کارشناسی ارشد روان‌شناسی). دانشکده روان‌شناسی و علوم تربیتی دانشگاه اصفهان.
- مؤمنی، خ.، و کهریزی، س. (۱۳۹۳). اثربخشی شن‌بازی درمان‌گری بر کاهش نشانه‌های پرخاشگری کودکان پیش‌دبستانی. *نشریه روان‌شناسی تحولی: روان‌شناسان ایرانی*، ۱۱(۴)، ۱۴۷-۱۵۷.
- American Psychiatric Association. (2013). *The Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders: DSM 5*. Bookpoint US.
- Baggerly, J. & Parker, M. (2005). Child-centered group play therapy with African-American boys at the elementary school level. *Journal of Counseling and Development*, 83, 387-396.
- Beckham, J. C., Roodman, A. A., Barefoot, J. C., Haney, T. L., Helms, M. J., & Fairbank, J. A. (1996). Interpersonal and self-reported hostility among combat veterans with and without posttraumatic stress disorder. *Journal of Traumatic Stress*, (9), 335-342.

- Richards, S.D., Pillay, J., & Fritz, E. (2012). The use of sand tray techniques by school counsellors to assist children with emotional and behavioural problems. *The Arts in Psychotherapy*, 39, 367–373.
- Russo, M., Vernam, J., & Wolbert, A. (2006). Sand play and storytelling: social constructivism and cognitive development in child counselling. *The Arts in psychotherapy*, 33, 229-237.
- Sessa, B (2017). MDMA and PTSD treatment: PTSD: From novel pathophysiology to innovative therapeutics. *Neurosci Lett*, 10 (649),176-180.
- Stulmaker, H.L., & Ray, D.C. (2015). Child-centered play therapy with young children who are anxious: A controlled trial. *Children and Youth Services Review*, 57, 127-133.
- Whitfield, C. L. (2010). Psychiatric drugs as agents of Trauma. *The International Journal of Risk and Safety in Medicine*, 22(4), 195-207.
- Xu, W., Yuan, G., Liu, Z., Zhou, Y., & An, Y. (2018). Prevalence and predictors of PTSD and depression among adolescent victims of the Summer 2016 tornado in Yancheng City. *Archives of Psychiatric Nursing*, Available online in: <https://doi.org/10.1016/j.apnu.2018.04.010>





پروہشگاہ علوم انسانی و مطالعات فرہنگی  
پرتال جامع علوم انسانی