

استفاده از بازی درمانی مبتنی بر رویکرد شناختی-رفتاری  
در درمان مشکلات هیجانی کودکان دارای فلج مغزی

**The Effectiveness of Cognitive-Behavioral Play Therapy  
in Reducing Emotional Problems of Children with Cerebral Palsy**

**Negar Alizadeh**

Ph.D. student in psychology, Tabriz university, Tabriz, Iran.

*Email: Negar.Alizadeh68@gmail.com*

**Majid Mahmoud Alilou**

Prof. faculty of psychology, Tabriz university, Tabriz, Iran.

نگار علیزاده\*

دانشجوی دکتری رشته روانشناسی، دانشگاه سراسری تبریز، تبریز، ایران.

مجید محمودعلیلو

استاد تمام، دانشگاه سراسری تبریز، تبریز، ایران.

**Abstract**

Through play, children recreate and release their traumatic and stressful experiences, and in this way, they gain a sense of power and control over their emotional problems. Play is probably the most appropriate and powerful tool during development for children to establish relationships with adults, to develop the necessary cause and effect thinking to control immediate stimuli and to be able to process stressful experiences and learn the essential social skills. Play can give a child a sense of power and control that comes from solving problems and mastering new experiences, ideas, and issues; As a result, it can help children build their confidence and progress. In the game, children without needing to speak can communicate symbolically or practically. Therefore, the use of play therapy in the treatment of some problems and behavioral disorders of children seems to be effective. In this research, we have an overview of the research related to the function of play therapy in the treatment of children's emotional problems.

**Keywords:** Cognitive-behavioral, Play Therapy, Emotional Problems, Cerebral Palsy.

**چکیده**

کودکان از طریق بازی تجربیات آسیب‌رسان و پراز تنش خود را بازآفرینی و رها می‌کنند و به این شکل احساس قدرت و کنترل بر مشکلات به آنها دست می‌دهد. بازی احتمالاً مناسب‌ترین و قدرتمندترین وسیله در زمان رشد برای کودکان است تا بتوانند با بزرگسالان رابطه برقرار کنند؛ تفکر علت و معلول لازمی کنترل محرک‌های آنی را به وجود آورند و بتوانند تجربیات همراه با استرس را پردازش کرده و مهارت‌های اجتماعی لازم را بیاموزند. بازی می‌تواند احساسی از قدرت و کنترل را به کودک بدهد که ناشی از حل مشکلات و مهارت یافتن در تجربیات، ایده‌ها و مسائل جدید است؛ در نتیجه می‌تواند به ایجاد اعتماد به نفس و پیشرفت او کمک کند. کودکان در بازی می‌توانند بدون نیاز به سخن گفتن، به صورت نمادین و یا عملی؛ ارتباط برقرار نمایند. لذا استفاده از بازی درمانی در درمان برخی مشکلات و اختلالات رفتاری کودکان مفید به نظر می‌رسد. در این پژوهش، مروری بر تحقیقات و پژوهش مرتبط با کارکرد بازی درمانی در درمان مشکلات هیجانی کودکان داریم.

**واژه‌های کلیدی:** درمان شناختی، رفتاری، بازی درمانی، مشکلات هیجانی، فلج مغزی.

## مقدمه

شناسایی درمان‌های موثر برای کودکانی که از اختلالات هیجانی و رفتاری رنج می‌برند، یک دغدغه در حال رشد است. بازی درمانی یکی از روش‌های درمانی است که به علت پاسخدهی موثر به نیازهای رشدی منحصر به فرد و متنوع کودکان به طور گسترده‌ای برای درمان مشکلات هیجانی و رفتاری کودکان مورد استفاده قرار می‌گیرد (Bratton et al. 2005). اغلب کودکان زیر ۱۱ سال ظرفیت رشد یافته کافی برای تفکر انتزاعی که پیش نیاز بیان کلامی با معنا و ادراک مسائل پیچیده و انگیزه‌ها و احساسات است را ندارند، بنابراین برخلاف بزرگسالان که به طور طبیعی با استفاده از کلمات ارتباط برقرار میکنند، کودکان به طور طبیعی خودشان را از طریق دنیای عینی بازی و فعالیت‌ها ابراز میکنند (پیاژه<sup>۱</sup>، ۱۹۶۲، نقل از Bratton et al. 2005). بازی درمانی<sup>۲</sup> یک تعامل کمکی بین کودک و بزرگسال آموزش دیده است که از طریق ارتباط نمادین در بازی، در جست‌وجوی راه‌هایی برای کاهش آشفتگی‌های هیجانی کودک است. به طوری که کودک در طی تعاملات بین‌فردی با درمانگر، پذیرش، تخلیه هیجانی، کاهش اثرات رنج آور، جهت دهی مجدد تکانه‌ها و تجربه هیجانی تصحیح شده را تجربه می‌کند (محمد اسماعیل، ۱۳۸۳). بازی درمانی بر اساس این واقعیت استوار است که بازی وسیله طبیعی کودک برای بیان خود و فرصتی است که به کودک داده می‌شود تا احساسات و مسائل خود را از طریق آن بیان نماید. درست مانند بعضی از انواع خاص درمان بزرگسالان که در آن فرد مشکلات خود را از طریق صحبت کردن بیان می‌کند، هنگامی که کودک آزادانه بازی می‌کند، شخصیت خود را بیان می‌نماید و احساسات و نگرش‌های خود را که برای بیرون آمدن فشار می‌آورند رها می‌سازد (لندرث، ۱۳۹۳). در بازی درمانی، استفاده از اسباب‌بازی به شکل نمادین به جای انتقال عواطف به افراد باعث انتقال اضطراب، ترس، تخیلات و احساس گناه به ابزار و وسایل می‌شود. به علاوه استفاده از این ابزارها تغییرات شناختی قابل توجهی در کودکان ایجاد می‌کند و مهارت‌های شناختی و اجتماعی مورد نیاز برای حضور در اجتماع را به آنان ارائه می‌کند.

## اختلالات رفتاری در کودکان فلج مغزی

اختلالات رفتاری در کودکان فلج مغزی دو دسته می‌باشند:

۱) مشکلات رفتاری خارجی

۲) مشکلات رفتاری داخلی

مشکلات رفتاری خارجی: شامل تخریب، حواس پرتی، واکنش‌های فاجعه آمیز، تف کردن، گریه کردن، هایپر اکتیویته (پرحرفی، دندان قروچه، شلوغ کردن) تحریک پذیری، آزار دادن، فحش دادن، ناهماهنگی، خنده‌های بی‌مورد و غیر قابل کنترل بودن. مشکلات رفتاری داخلی: شامل بی‌ثباتی عاطفی، تکرار کلام یا عمل، مخالفت جویی، کناره‌گیری، تنبلی، نوسان عملکرد یادگیری، عدم رشد اجتماعی، خوب به نظر رسیدن (extreme goodness)، ترس، افسردگی، اختلالات یادگیری، حواس پرتی می‌باشد. فهرست مشکلاتی که در اثر صدمه مغزی حاصل می‌شوند عبارتند از:

۱) اختلالات درکی که شامل حواس پرتی و تکرار است.

۲) اختلالات فکری که شامل ناتوانی در دلیل آوردن و فرم عزت نفس است.

۳) اختلالات رفتاری شامل رفتارهای تکانشی و رفتارهای غیرمهارتی، مشکل خنده‌های بی‌مورد و گریه کردن می‌باشد که به خصوص در بچه‌هایی که هنوز در وضعیت درازکش هستند دیده می‌شود. در کودکان ۳ تا ۹ ساله بیشتر گریه کردن و خنده‌های بی‌مورد دیده می‌شود. اما کودکان ۹ تا ۱۵ سال بیشتر اضطرابشان با غش و زیاد خندیدن نشان می‌دهند.

<sup>1</sup> Piaget

<sup>2</sup> Play therapy

ترس از عمل جراحی در کودکان فلج مغزی مشاهده می‌شود و آنها را عصبی و تحریک پذیر می‌کند. بعد از عمل جراحی آنها به استرس عاطفی زیادی دچار می‌شوند. به خصوص اگر لازم باشد که مدتی را در تخت به سر ببرند این افسردگی و سرخوردگی ناشی از این است که نمی‌توانند شرایطشان را تغییر دهند. لازم است که درمانگران این عکس‌العمل‌های بعد از جراحی را به خانواده‌ها آموزش دهند و همچنین باید به کودک گفت که این بهترین راه کمک به او می‌باشد.

ترس از افتادن نیز در کودکان مبتلا به فلج مغزی وجود دارد که یکی از علل آن توقع زود کودکان برای ایستادن و راه رفتن است که توسط خانواده‌ها نیز افزایش می‌یابد. یک علت دیگر ترس از افتادن، ادراک بینایی و نقص در تصویر بدنی است (بی‌غم و شبیدینی، ۱۳۹۶).

کودکان با محدودیت‌های عملکردی شدید به طور قابل توجهی بیشتر از کودکان سالم در زمینه‌های اجتماعی و رفتاری زندگی‌شان دچار مشکل هستند. مشکلات ذهنی و رفتاری در کودکان مبتلا به فلج مغزی همی‌پلژیا که توسط معلمان در مدارس اصلی گزارش داده شده است، نشان دهنده این است که این کودکان در معرض ریسک بالای طرد شدن توسط همسالان، نداشتن دوست و مورد تعرض قرار گرفتن هستند. نرخ شیوع مشکلات رفتاری در کودکان مبتلا به فلج مغزی همی‌پلژیا بالاتر از سایر انواع فلج مغزی است، گودمن و گراهام گزارش داده‌اند که ۲۵٪ از کودکان مبتلا به فلج مغزی همی‌پلژیا اختلالات هیجانی، ۲۴٪ مشکلات رفتاری، ۱۰٪ بیش‌فعالی فراگیر و ۱۳٪ بیش‌فعالی موقعیتی دارند (Liptak & Accardo, 2004).

### علل اختلالات رفتاری در کودکان فلج مغزی

- ۱) معلولیت و سرخوردگی
- ۲) ترس که شامل ترس از عمل جراحی، ترس از افتادن، ترس از تمسخر اجتماعی و ترس از ظهور اجتماعی می‌باشد.
- ۳) اختلالات گفتاری
- ۴) ضایعات شنیداری
- ۵) خستگی
- ۶) ناتوانی در بازی
- ۷) اختلالات درکی که شامل ناتوانی در درک وضعیت در فضا و ناتوانی حرکتی بینایی، اختلال در درک بینایی و اختلال در ثبت بینایی می‌باشد.
- ۸) زمینه‌های ذهنی
- ۹) تشنج
- ۱۰) علل محیطی (صمدی، ۱۳۹۶).

### افسردگی و درمان آن کودکان

اگرچه افسردگی دوران کودکی، اختلال نسبتاً کمیابی است ولی اختلال بسیار پیچیده‌ای محسوب می‌شود و چون به عوامل رشدی بستگی دارد، تا حدودی با اختلالات رابطه دارد و بر کارکردهای روانی اجتماعی کودک تأثیر منفی و بلند مدت می‌گذارد (گلر و همکاران، ۲۰۰۱؛ به نقل از شرودر و گوردن، ۱۳۹۶). اگرچه کارکرد کودکان افسرده از جهات مختلف مختل می‌شود ولی اکثر این کودکان مورد توجه متخصصان سلامت روان قرار نمی‌گیرند (وو و همکاران، ۱۹۹۹؛ به نقل از شرودر و گوردن، ۱۳۹۶). در کودکان افسرده، تحریک پذیری بیشتر از خلق افسرده دیده می‌شود و خودکشی (اعم از فکری و عملی) بین کودکان افسرده کمیاب است. کودکان افسرده بیش از بزرگسالان و نوجوانان افسرده احتمال دارد شکایات بدنی، اضطراب

جدایی، هراس، احساس گناه شدید، عزت نفس کم و مشکلات رفتاری داشته باشند. اختلال افسردگی خاصی که غالباً در رابطه با کودکان مطرح می‌شود، اختلال افسردگی ماژور یا صورت تحت بالینی اختلال افسردگی ماژور است. وقتی تشخیص افسردگی ماژور داده می‌شود که کودک در یا چند دوره ۲ هفته‌ای، شواهدی دال بر تغییر کارکرد نشان بدهد؛ از جمله این که افسرده یا تحریک‌پذیر شود، بی‌علاقه شود و از خیلی چیزها لذت نبرد یا هر دو حالت را داشته باشد. افسردگی دوران کودکی با عزت نفس کم، انتقادگری زیاد از خود، احساس کنترل نداشتن بر وقایع منفی و تفسیر منفی اطلاعات و کنار آمدن با استرس رابطه دارد. افسردگی بیش از اختلالات دیگر با بقیه اختلالات روانپزشکی همراه می‌شود (Schaefer, 2001).

درمان افسردگی دوران کودکی پیچیده و سخت است. اکثر رویکردهای درمان افسردگی کودکان، مشتقات رویکردهای درمانی بزرگسالان هستند. درمان افسردگی دوران کودکی تا حدودی به این دلیل موفق نیست که مثل درمان بزرگسالان، فقط خود کودک تحت درمان قرار می‌گیرد. آنها می‌گویند به دلیل دخالت عوامل رشدی، درمان کودکان افسرده باید متوجه شرایط محیطی کودکان (مثلاً پدر و مادر و خانواده) و فشارهای روانی-اجتماعی (مثلاً طرد شدن از سوی همسالان یا مشکلات کودک در مدرسه) باشد. پاسخدهی ضعیف به درمان با شدت افسردگی، همزمانی با سایر اختلالات روانی به ویژه اضطراب، محروم بودن والدین و کودک از حمایت، آسیب‌های روانی والدین، اختلاف شدید خانوادگی، بالا بودن میزان استرس زندگی و پایگاه پایین اجتماعی-اقتصادی رابطه دارد (Goodman & Graham, 1996).

### خشم و اضطراب در کودکان

اختلالات اضطرابی در کودکان بیش از آنچه تصور می‌شود طول می‌کشند و کودکی که یک دوره اختلال اضطرابی دارد به احتمال زیاد چند دوره دیگر هم خواهد داشت. معمولاً با اختلالات اضطرابی، افسردگی نیز رخ می‌دهد. به همین دلیل کودکان بیش از پیش در معرض خطر هستند. کاستلو و آنگولد (۱۹۹۵) یافته‌های تحقیقاتی اخیر در مورد خصوصیات اختلالات اضطرابی در نمونه‌های سطح اجتماع و مدارس را این‌گونه خلاصه می‌کنند: (۱) کودکان بیش از والدین، نشانه‌های اختلالات اضطرابی خود را گزارش می‌دهند؛ (۲) شیوع اختلالات اضطرابی جز در مورد اختلال اضطراب جدایی، با افزایش سن بیشتر می‌شود؛ (۳) در نمونه‌های غیربالینی، دخترها بیش از پسرها اختلالات اضطرابی دارند. اضطراب بر کارکرد کودکان تأثیر می‌گذارد. کودکان مضطرب در روابط خود با همسالان مشکل دارند، افسردگی آنها زیاد است، خودپنداره خوبی ندارند، مشکل توجه دارند و معلمان‌شان از مشکلات درسی آنها ناراضی هستند. هم چنین به اندازه کودکانی که اختلال سلوک دارند، نزد همسالان خود مطرود هستند و مورد بی‌توجهی آنها قرار می‌گیرند و این عوامل باعث می‌شوند که این کودکان مشکلات میان فردی بعدی پیدا کنند (به نقل از Knell, 2015).

خشم به عنوان یک شیوه‌ی بیان اضطراب بسیار فراوان است و در اکثر مواقع، وجود یک اضطراب شدید نه تنها کودک را دچار ناپایداری هیجانی شدید می‌کند، بلکه موجب می‌شود تا در برابر جزئی‌ترین سرزنش‌ها یا تذکرها، حساسیت نشان دهد و به صورت مکرر دچار خشم شود. این خشم‌های ناگهانی که وهله‌های احساس گنهکاری را در پی دارند، واکنش‌های منفی اطرافیان را بر می‌انگیزند و به همین دلیل، شیوه‌ی برخورد آنها با کودک در چنین مواقعی به گونه‌ای است که نه تنها آنچه را که وی بیش از هر چیز نیاز دارد، یعنی احساس ایمنی و اطمینان خاطر را در او به وجود نمی‌آورد، بلکه احساس گنهکاری وی را نیز تشدید می‌کند (دادستان، ۱۳۹۲).

اختلالات اضطرابی با عوارض متعددی همراه، و معمولاً مزمن و در مقابل درمان مقاوم هستند (سادوک و سادوک، ۱۳۹۴). مداخلات رفتاری و شناختی-رفتاری از بیشترین پشتوانه‌ی تجربی در درمان اختلالات اضطرابی کودکان برخوردارند (Kot et al., 1998). کودکانی که هراس و اختلالات اضطرابی دیگر دارند، درگیر افکار حاشیه‌ای می‌شوند و بیش از کودکان دیگر

خودشان را به صورت منفی ارزیابی می‌کنند و ارزیابی مثبت آنها از خودشان خیلی کم است. بنابراین منطقی است که درمان کودکان مبتلا به اختلالات اضطرابی بر شناخت‌های مرتبط با اضطراب متمرکز باشد. در درمان شناختی-رفتاری، فنون رفتار درمانی با فرایندهای فکری ترکیب می‌شوند. درمان شناختی-رفتاری اختلالات اضطرابی کودکان بر تغییر ادراک، افکار، تصورات و باورهای ناسازگارانه از طریق دستکاری و بازسازی این شناخت‌های تحریف شده متمرکز است (شرودر و گوردن، ۱۳۹۶). اغلب رویکردها برای درمان خشم، مبنای شناختی-رفتاری دارند که از لحاظ نظری، مداخلات مختلف شناختی-رفتاری، جنبه‌های مختلف راه انداز؛ ارزیابی شناختی؛ خشم؛ بیان رفتاری و نتایج را مورد هدف قرار می‌دهند. هسته اصلی اکثر این مداخلات آموزش مهارت‌های کنترل خشم و بازسازی شناختی و استفاده از تکنیک‌های گوناگون آموزش آرمیدگی است. تأکید تمام مداخلات مدیریت خشم بر تعدیل شدت، طول مدت و فراوانی بیان خشم است و افزایش پاسخ‌های غیرپرخاشگرانه در روابط بین فردی است (مین و امبرز، ۱۹۹۴؛ به نقل از Feindler, 2006).

### تعریف بازی

بازی تجربه اصلی کودک برای ادراک جهان پیرامون است و جایگاه وی در جهان را مشخص می‌کند. سوزان ایزاکر (۱۹۹۳) می‌گوید: بازی زندگی کودک است و وسیله‌ای است که با استفاده از آن جهانی را که در آن زندگی می‌کند می‌شناسد (نقل از صمدی، ۱۳۹۶). بازی برای کودکان مانند نفس کشیدن حیاتی و طبیعی است و شیوه‌ای از ابراز وجود کودکان بوده که در سرتاسر جهان نمود می‌کند و می‌تواند بر تفاوت‌هایی چون نژاد، زبان یا دیگر جنبه‌های فرهنگی برتری یابد (Kriger, 2006). استفاده از فانتزی (تخیل)، بازی‌های نمادین و فرضی، یک فعالیت طبیعی همراه با سیرتکاملی در کودکان می‌باشد (Box et al., 2007). بازی نه تنها یک عامل محوری بلکه عنصری حیاتی برای دوران رشد در کودکان است. بازی به اندازه تغذیه صحیح و احساس صمیمیت و امنیت برای رشد کودک مهم و ضروری است. بازی کردن فرصتی فراهم می‌کند تا مهارت‌های بدنی نادرست اصلاح شود و همچنین در تأمین و حفظ سلامت جسمی کودک نیز موثر است (صمدی، ۱۳۹۶). بازی کردن می‌تواند برای فرار از بی‌حوصلگی یا تغییر دادن کانون توجه کودک از موضوعی ناخوشایند درد جسمی یا احساسی نامطلوب، مفید باشد. بازی ممکن است اثری آرام بخش داشته باشد. بازی به کودک کمک می‌کند تا آنچه را که در ناخودآگاهش نهفته است را آشکار کند و تنش خود را تسکین دهد (قزوینی‌نژاد، ۱۳۸۵).

### قدرت‌های درمانی بازی

بازی نه تنها برای بهبود رشد عادی کودک لازم است، بلکه قدرت‌های درمان‌کننده‌ی بسیاری نیز دارد. در تمام درمان‌ها علاوه بر مسائل گوناگون، شکل‌گیری رابطه‌ی درمانی همراه با استفاده از یک وسیله مناسب برای تعامل مورد نیاز می‌باشد (Ray et al., 2001). استفاده از بازی کمک می‌کند رابطه‌ای توأم با همکاری با کودکان ایجاد شود، خصوصاً با گروهی که فاقد مهارت‌های کلامی لازم برای بیان مشکلاتشان بوده و یا حتی کودکان بزرگتر که نسبت به ابراز احساسات و مشکلات خود مقاومت نشان می‌دهند یا در این زمینه ناتوان هستند. وجود اسباب‌بازی‌ها و دیگر وسایل بازی در اتاق درمان، این پیام را به کودک مخابره می‌کند که این فضا متفاوت از تمامی دیگر جاها بوده و او اجازه دارد خودش باشد و کاملاً آزاد است هرگونه که هست رفتار کند. بازی توسط متخصصان بازی درمانی و پزشکان کودک به عنوان ابزاری برای کمک به کودک استفاده می‌شود تا با مشکلات احساسی و رفتاری‌اش مواجهه کند. برای درک بیشتر دنیای کودکان باید آنها را در هنگام بازی مورد مشاهده قرار داد. کودکان از طریق بازی احساسات، ناکامی‌ها و اضطراب‌های خود را بیان می‌دارند. در نتیجه بازی‌ها برای درمانگران وسیله مناسبی هستند تا به دنیای کودکان وارد شوند و بدان طریق آنها را بیشتر و بهتر بشناسند و به مشکلات آنها پی‌ببرند (لندرت، ۱۳۹۳).

## بازی در کودکان دارای ناتوانی‌های مختلف

یکی از موضوعات مهم متخصصان فعال در زمینه بازی این است که آیا کودکان مبتلا به ناتوانی‌های مختلف از نظر الگوی بازی و یا بازی‌هایی که انجام می‌دهند با سایر کودکان متفاوت هستند یا خیر. گاروی (۱۹۷۷) تعدادی از پیش نیازهای لازم برای انجام بازی با اشیا را برشمرده است. از جمله این پیش نیازها می‌توان به چنگ زدن هدایت شده بصری، هماهنگی بین چشم و دست، پایداری شیء، الگوهای مرتبط با عملکردهای متمایز (برنامه‌ریزی حرکتی) حافظه و داشتن توانایی استفاده از نمادها اشاره کرد. حتی ساده‌ترین استفاده از اشیا و وانمود کردن اینکه شیء دیگری هستند، نیازمند مسیرهای متنوع و چندگانه حسی و حرکتی و یا ترکیب عملکردهای مختلف با حالت و وضعیت‌های بدن و یا کلمات برگرفته از تجارب پیشین است تا این وانمود سازی بتواند قابلیت انجام داشته باشد. به دلیل اینکه اغلب کودکان مبتلا به ناتوانی‌های مختلف در زمینه‌های ذکر شده فوق دارای ناتوانی‌های متنوعی هستند، لازم است والدین و مراقبان به منظور رفع مشکلات موجود و تسهیل تعامل کودک با اشیا و محیط و فراهم آوری امکان رشد کودک مداخله بیشتری داشته باشند. هنگامی که سطوح پایین عملکردهای بازی در این کودکان مشاهده می‌شود باید به منظور کشف فرصت‌های فراهم شده برای رشد پیش‌نیازهای مورد نیاز برای کسب تجارب درونی کودک اقدام به مداخله کرد. کودکان مبتلا به اختلالات حرکتی، شناختی و حسی، بازی می‌کنند و بازی‌های آنان در صورت فراهم بودن فرصت‌های مناسب، موازی با بازی‌های کودکانی است که فاقد این مشکلات هستند. هنگامی که کودک مبتلا به ناتوانی‌های مختلف در انجام بازی تاخیر نشان می‌دهد، این تاخیر در بازی‌هایی خود را نشان می‌دهد که کودک برای انجام آنها به حسی که دچار ضعف و ناتوانی است احتیاج دارد (نقل از صمدی، ۱۳۹۶).

## بازی درمانی

طبق نظر انجمن بازی درمانی (APT) این رشته این گونه تفسیر می‌شود: "استفاده‌ی سازماندهی شده از یک مدل نظری برای ایجاد یک رابطه‌ی بین فردی که در آن متخصص بازی درمانی از قدرت‌های درمانگر بازی برای کمک به بیمارانش استفاده می‌کند و باعث پیشگیری یا حل مشکلات روانی-اجتماعی و بهینه شدن فرآیند رشد و پرورش کودک می‌شود" بازی درمانی تکنیکی است که به وسیله آن طبیعت کودکان به صورت بیانی معنی می‌شود و روشی است برای مقابله با استرس‌های هیجانی. درمانگرانی که کار بازی درمانی را انجام می‌دهند معتقدند که این تکنیک به کودکان اجازه می‌دهد مسائلی را که نمی‌توانند در محیط روزانه‌شان مطرح کنند در قالب بازی ارائه دهند و با هدایت درمانگر هیجانات مخفی خود را نمایان کنند. در بازی درمانی، درمانگر رفتار کودکان را بدون قید و شرط می‌پذیرد. بدون این که آنها را غافلگیر کند، با آنها بحث کند و یا نادرستی کار آنها را گوشزد کند. تحقیقات انجام شده در سال‌های اخیر تأکید پژوهشگران را بر بازی نشان می‌دهد و آن را به عنوان تکنیکی که مشکلات هیجانی و اجتماعی را کاهش می‌دهد، مطرح می‌کند (Garza & Bratton, 2005).

## رویکردهای بازی درمانی

### بازی درمانی مبتنی بر رویکرد روان تحلیلی<sup>۳</sup>

در حالیکه زیگموند فروید به طور کلی با بزرگسالان کار می‌کرد، دخترش، آنا فروید، با مشاهده بازی کودکان یک شیوه کار روان تحلیلی با کودکان را به وجود آورد. آنا فروید انگیزه ناخودآگاه را در پشت بازی خیالی، طراحی و نقاشی کودک جستجو می‌کرد و پس از برقراری ارتباط، محتوای بازی کودک را برایش تفسیر می‌کرد (گلدراد و گلدراد، ۱۳۹۳). بازی درمانی براساس

<sup>3</sup> Psychoanalytic play therapy

رویکرد روان‌تحلیلی نقش مهمی در توسعه‌ی تحلیل روانی کودک ایفا کرده است. تئوری آنا فروید (۱۹۶۵) با مستحکم‌ترین و یکپارچه‌ترین شیوه در انتخاب روش تحقیق به ارزیابی و بررسی آسیب‌شناسی روانی کودک پرداخته است و شیوه‌های تحلیل کودک به وضعیت تحولی هر بیمار، چه کودک و چه نوجوان وابسته است. بازی درمانی به شیوه تحلیل کودک به عنوان تکنیکی بنیادین نمایان شده است، که بازشناسی و درک فشارهای درونی کودکان و نوجوانان را امکان پذیر می‌سازد و بدین وسیله تثبیت‌ها و وقفه‌های تحولی را برطرف می‌سازد (نقل از محمد اسماعیل، ۱۳۸۳). از دیگر پیشگامان رویکرد روان‌تحلیلی ملانی کلاین بود که همراه با آنا فروید باعث شد که بازی به عنوان روشی درمانی و مداخله‌ای برای کودکان و بزرگسالان مورد استفاده قرار گیرد (صمدی، ۱۳۹۶). ملانی کلاین با کودکان در یک شیوه تماماً غیرمستقیم کار می‌کرد، او بازی را به عنوان جایگزینی برای روش‌های تداعی آزاد کلامی زیگموند فروید به کار برد (گلدراد و گلدراد، ۱۳۹۳). کلاین اصطلاح بازی درمانگری را به منظور توصیف یک فرآیند درمانگری که بازی کودک را معادل همخوانی آزاد تلقی می‌کند، به کار برده است و عقیده دارد که کودک خیالپردازی‌ها، امیال و تجربه‌های کنونی خود را به گونه‌ای رمزی در بازی‌های خویشتن بیان می‌کند. چرا که بازی مهمترین شیوه‌ی بیان اوست و عناصری که در آن آشکار می‌شوند مشابه عناصری هستند که در خواب‌بیده‌های بزرگسالان مشاهده می‌گردند و بنابراین می‌توان در خلال فرآیند تحلیل‌گری کودکان خردسال به تفسیر این داده‌ها پرداخت. همچنین کلاین، وجود روان‌آزردگی انتقال را در خلال تحلیل‌گری کودکان می‌پذیرد (دادستان، ۱۳۹۲). وظیفه اصلی یک بازی درمانگر در مکتب تحلیل روانی این است که استعاره‌های موجود در بازی کودک را شناسایی و تفسیر کند. برای نیل به این مقصود کلاین اتاق بازی را با انبوهی از وسایل و اسباب‌بازی‌های مختلف پر کرد تا کودک از میان مجموعه اسباب‌بازی‌ها و عروسک‌ها، عناصر خیالی بازی‌های خود را سیراب کرده و به فعالیت وادارد (صمدی، ۱۳۹۶).

#### بازی درمانی رهايشی<sup>۴</sup>

این روش در آمریکا و توسط لوی<sup>۵</sup> (۱۹۳۸) تدوین گردید. این شیوه از بازی درمانی بر کودکانی تأکید دارد که تجارب خاص، دردناک و آسیب‌رسانی را از سر گذرانده‌اند و به منظور باری رساندن و این کودکان و کسب تسلط بر احساسات حاصل از این تجارت ناخوشایند انجام می‌شود. درمان بر اساس دیدگاه مکتب تحلیل روانی انجام می‌شود و به وسیله تحریک مجدد و فراهم آوری امکان تجربه مجدد یک حادثه خاص، احساسات محصور شده و سرپوش نهاده شده رها می‌شوند و در نهایت به سمت خاموشی پیش می‌روند. اگرچه کودک در انتخاب نوع بازی آزاد است، اما ابزارهای بازی محدود هستند و به گونه‌ای انتخاب می‌شوند که با نوع ضربه تجربه شده توسط کودک مرتبط باشند (نقل از صمدی، ۱۳۹۶).

#### بازی درمانی مبتنی بر رویکرد کودک محور<sup>۶</sup>

بازی درمانی کودک محور از سازه‌های نظری متمرکز بر درمان مراجع محوری<sup>۷</sup> پیروی می‌کند که توسط کارل راجرز<sup>۸</sup> (۱۹۵۱) به وجود آمده است. ویرجینیا آکسلاين از همکاران راجرز این اصول را در مورد کودکان به کار برد و چیزیی تحت عنوان بازی درمانی کودک محور به وجود آورد. سازه‌های نظری رویکرد کودک محور برای بازی درمانی نه تنها با سن و رشد جسمی مرتبط است بلکه تا حدی با نیروهای درونی، روش و اقدامات فرد برای برقراری ارتباط با خود و کشف خویشتن ارتباط دارد. در این

<sup>4</sup> Release Therapy

<sup>5</sup> Levy

<sup>6</sup> Child-centered play therapy

<sup>7</sup> Client center therapy

<sup>8</sup> Carl Rogers

رویکرد به رشد فردی به عنوان یک فرایند جاری، سیال و بالنده نگریسته می‌شود. در نظریه کودک محور ساختار شخصیت بر سه سازه اصلی و مهم استوار است: شخص، میدان پدیداری و خود (محمداسماعیل، ۱۳۸۳).

### بازی درمانی مبتنی بر رویکرد شناختی-رفتاری<sup>۹</sup>

الگوی شناختی و روش درمانی مرتبط با آن با نام آرون. تی. بک<sup>۱۰</sup> پیوند خورده است، بک در سال‌های اول دهه ۱۹۶۰، شناخت درمانی را به عنوان درمانی برای افسردگی مطرح نمود، اما از آن به بعد، این روش درمانی برای همه‌ی اختلالات روان‌شناختی و همچنین مشکلات کلی زندگی روزمره به کار رفته است، شناخت درمانی بر پایه الگوی شناختی ایجاد شده است. طبق الگوی شناختی، تفکر تحریف شده یا ناکارآمد، زمینه ساز تمام اختلالات روان‌شناختی است. به علاوه تفکر ناکارآمد، تاثیر مهمی بر روی خلق و رفتار ما دارد. مفهوم کلیدی الگوی شناختی این است که خود وقایع بر روی رفتار ما تاثیر نمی‌گذارد، بلکه نحوه درک و برداشت ما از وقایع است که بر رفتار ما اثر می‌گذارد (طالبی، ۱۳۹۵).

درمان شناختی رفتاری بر مبنای این فرضیه استوار است که عاطفه و رفتار فرد تا حد زیادی به واسطه‌ی روشی که افراد براساس آن، این جهان را تفسیر می‌کنند، تعیین می‌گردند. در حوزه روان‌درمانی کودک و نوجوان همواره تاکید فزاینده‌ای بر استفاده از شیوه‌های درمانی مستند بوده است. یکی از شیوه‌های رایج، CBT یا رویکرد شناختی-رفتاری می‌باشد که متمرکز بر تغییر تفکرات و رفتارهای ناسازگارانه است. هرچند این شیوه اصالتاً برای بزرگسالان ایجاد شده، اما در سال‌های اخیر پشتوانه‌ی تجربی مناسبی برای استفاده در مورد کودکان و نوجوانان نیز کسب کرده است. در هر حال هنوز هم سوالاتی در این زمینه باقی مانده‌اند که چگونه می‌توان CBT را به بهترین نحو برای کودکان استفاده کرد. نویسندگان بسیاری به بحث در این رابطه پرداخته‌اند که مسائل خاص دوران رشد، چالش‌هایی را برای مدل درمانی CBT ایجاد می‌کند (گراوی و بلیست، ۲۰۰۴؛ مک کارتی و وایز، ۲۰۰۷؛ اولندیک، گریلز و کینگ، ۲۰۰۱؛ ساوتهم-گرو و کندال، ۲۰۰۰؛ وایز، ساوتهم-گرو و مک کارتی، ۲۰۰۱، به نقل از دروز، ۱۳۹۶).

بازی درمانی شناختی-رفتاری یا CBPT آنچنان که نل<sup>۱۱</sup> (۲۰۰۳) مفهوم آن را ارائه می‌کند، تلفیقی از شناخت درمانی، رفتاردرمانی و بازی درمانی کلاسیک می‌باشد. CBPT یک رویکرد درمانی مناسب از نظر ملاحظات سنی و رشد می‌باشد که ویژه کودکان طراحی شده است. با استفاده از این شیوه به کودکان کمک می‌شود خود در اعمال تغییرات درمان بخش شرکتی فعال داشته باشند و بر مشکلات‌شان چیره شوند. این شیوه براساس نظریات شناختی و رفتاری، رشد احساسی و هیجانی و هم چنین آسیب‌شناسی و مداخله‌های مشتق شده از این نظریات شکل گرفته است. در واقع می‌توان CBPT را فرزند شناخت درمانی یا CT در محتوای مفهومی که آرون بک ارائه می‌دهد، فرض کرد (نقل از دروز، ۱۳۹۶). بازی درمانی رفتاری-شناختی، یک انطباق حساس از نظر رشدی از درمان‌های شناختی و رفتاری است. درمان را می‌توان به طور غیرمستقیم و با استفاده از فعالیت‌های بازی برای کودکان انجام داد. به عنوان مثال می‌توان عروسک‌های خیمه شب‌بازی و حیوانات توخالی را برای طرح‌ریزی راهبردهای شناختی نظیر مقابله با عقاید ناسازگار و به خود گویی مثبت مورد استفاده قرار داد. بازی درمانی رفتاری-شناختی برای درمان کودکانی که تشخیص‌های ویژه‌ای از قبیل لالی انتخابی، بی‌اختیاری دفع و ترس‌ها در مورد آنها داده شده است و نیز کودکانی که رویدادها یا آسیب‌های زندگی نظیر طلاق و سوءاستفاده جنسی را تجربه کرده‌اند، به کار می‌رود. بازی درمانی رفتاری-شناختی بر درگیری کودک در درمان و نیز مشارکت او از طریق سخن گفتن در مورد موضوعاتی راجع به کنترل، تسلط و مسئولیت برای تغییر رفتار خود فرد، تاکید فراوان دارد. کودک با ترکیب مؤلفه‌های شناختی می‌تواند به یک

<sup>9</sup> Cognitive Behavioral Play Therapy

<sup>10</sup> Aaron T. Beck

<sup>11</sup> Knell



شرکت کننده‌ی فعال در این تغییر بدل گردد، به عنوان مثال می‌توان از طریق کمک به کودکان در شناسایی و تغییر عقایدی که بالقوه ناسازگارند، قدرت فردی را تجربه نمود (نل، ۱۹۹۳؛ به نقل از محمداسماعیل، ۱۳۸۳).

### اتاق بازی درمانی

مشاوره با کودکان در اتاقی که به طور خاصی برای استفاده از وسایل ارتباطی و برای بازی درمانی در نظر گرفته شده است، آسانتر و مؤثرتر می‌باشد (گلدارد و گلدارد، ۱۳۹۳). کودک در یک اتاق امن و حمایت کننده‌ی بازی درمانی می‌تواند نگرانی‌ها و مسائل خود را توسط بازی بروز دهد؛ تجربه‌ای که ممکن است در صورت تماس مستقیم یا صحبت کردن در حضور درمانگری که می‌خواهد به او کمک کند؛ بیش از حد اضطراب‌آور یا ترسناک باشد. در واقع اسباب‌بازی‌ها واژه‌های کودک و بازی کلام او می‌شود، سپس درمانگر می‌تواند آن‌ها را منعکس کند و با این بازخورد، درک بیشتری از مشکلات کودک بدست آورد (دروز، ۱۳۹۶). انتخاب اسباب‌بازی‌هایی که کودک بتواند به وسیله آنها در موقعیت‌های زندگی احساس کنترل کند؛ تعادل درونی کودک را ارتقا می‌بخشد. هرگاه کودک بتواند تجربیات زندگی روزمره‌ی خود را در بازی بیان کند و درمانگر نیز این تجربه‌ها را درک کند و بپذیرد، آن گاه این تجربیات زندگی واقعی ابعادی معقول پیدا می‌کند. در صورتی که اسباب‌بازی‌هایی مانند عروسک‌های نمایشی در اختیار کودک باشد، ابراز احساسات متنوع، آسانتر صورت می‌پذیرد، زیرا کودک می‌تواند به راحتی به وسیله این اسباب‌بازی‌ها احساسات خود را بروز دهد. انتخاب اسباب‌بازی‌هایی که به سهولت برای بیان احساسات به کار گرفته شوند، در مواقعی که نیاز به ابراز آن احساسات در درون کودک شدت می‌گیرد، این کار را تسهیل می‌کنند. عروسک‌های نمایشی راهی امن برای ابراز احساسات بدون احساس خطر است، زیرا شخصیت عروسک‌های نمایشی شخصیت همان فردی است که آن احساسات را ابراز می‌کند.

به طور ایده‌آل اتاق بازی درمانی باید ضد صدا باشد، به طوری که سر و صدای بیرون موجب حواسپرتی کودک نشود. همچنین به کودک کمک می‌کند تا باور نماید آنچه را که می‌گوید توسط دیگران شنیده نمی‌شود. وجود یک پنجره در اتاق مطلوب است. اتاق باید هوای متعادلی داشته باشد. اتاق باید به گونه‌ای باشد که کودک قادر به استفاده از آب و شستشو بعد از استفاده از وسایلی مانند گل رس و رنگ باشد. اتاق بازی درمانی باید با انواع اسباب‌بازی‌ها، وسایل ارتباطی و مواد مورد نیاز تجهیز شود، زیرا اسباب‌بازی‌های گوناگون، وسایل ارتباطی و مواد مورد نیاز با توجه به اشکال مختلف بازی انتخاب می‌شوند (گلدارد و گلدارد، ۱۳۹۳). اتاق باید حس گرم و راحتی را ایجاد کند. طوری که با دیگر اتاق‌های کلینیک‌ها فرق داشته و باید فضای مناسب و کافی برای بازی‌های پر جنب و جوش، سازنده و مهیج را داشته باشد (محمداسماعیل، ۱۳۸۳).

### شرایط بازی درمانگر

ویژگی‌های متعددی باعث می‌شود که بازی برای کودک، بزرگسالی متفاوت باشد و یکی از عمده‌ترین آن‌ها هنر کاملاً حضور داشتن است، به معنای این‌که با مشاهده، گوش سپردن و بیان عبارت‌های حاکی از درک، با کودک به تعامل بپردازد. در بسیاری از ارتباط‌های کودکان با بزرگسالان، حضور داشتن به ندرت یافت می‌شود. آن‌ها کودکان را در سر و صدای تلویزیون مشاهده می‌کنند و زمانی متوجه آن‌ها می‌شوند که کار نادرستی انجام داده باشند. برای این که درمانگر در بازی درمانی موفق باشد، باید از سه ویژگی زیر که لازمه‌ی شخصیت هر درمانگر بازی درمانی است برخوردار باشد: قابل اعتماد بودن، پذیرش، احترام به کودک. در بازی درمانی باید شرایطی فراهم شود که کودک به درمانگر خود اعتماد کند. رابطه‌ای که در حین بازی میان کودک و درمانگر به وجود می‌آید سبب اعتماد یا عدم اعتماد کودک نسبت به درمانگر می‌شود. پذیرش عبارت است از پذیرش اعمال، احساسات و ویژگی‌های شخصی و ادراکی کودک از سوی درمانگر، همان گونه که از سوی کودک ابراز می‌شود. درمانگر باید

رویه‌ای مثبت و توافقی داشته باشد و از هر گونه انتقاد، سرزنش، تحقیر و تنبیه لفظی پرهیز کند. در بازی درمانی کودک باید احساس کند که به عنوان فردی قابل احترام، افکارش مورد توجه درمانگری مهربان قرار گرفته است (قزوینی‌نژاد، ۱۳۸۵).

### پیشینه پژوهشی

یکی از مفیدترین مطالعات بازی درمانی تجزیه و تحلیل کلان براتون، ری، راین<sup>۱۲</sup> و جونز<sup>۱۳</sup> در سال ۲۰۰۵ بود. آن‌ها نتایج ۹۳ تحقیق بازی درمانی انجام شده بین سال‌های ۱۹۵۳ و ۲۰۰۰ را با یک دیگر تلفیق و ارزیابی کردند. این تحلیل تعیین کننده‌ی میزان تغییر در افرادی که در گروه درمانی قرار داشتند، در مقابل گروه کنترل بود و سپس میانگین این تغییرات در مطالعات مختلف محاسبه و ارزیابی شد. این پژوهشگران متوجه شدند میزان تأثیرگذاری تمام این ۹۳ پژوهش برابر با  $d=0/80$  بود که نشان دهنده‌ی تأثیر گسترده‌ی بازی درمانی است. این پژوهشگران به این نتیجه رسیدند که بازی درمانی از نظر آماری با توجه به نتایج تحلیل کلان یک مداخله‌ی پایدار می‌باشد (Bratton et al., 2005).

شن<sup>۱۴</sup> (۲۰۰۲) کودکان چینی را مورد مطالعه قرار داد که قربانیان زمین لرزه بودند. در این پژوهش ۳۰ کودک بین سنین ۸ تا ۱۲ سال مورد ارزیابی شدند و آن دسته که در گروه آزمایش قرار داشتند بین ۱۰ تا ۴۰ دقیقه در جلسات گروهی بازی درمانی کودک-محور شرکت می‌کردند. ارزیابی‌های قبل و پس از درمان، با استفاده از فهرست سلامت روانی کودکان، فهرست مشکلات فرزندان، معیار سنجش اضطراب در کودکان نسخه‌ی اصلاح شده و فهرست چند امتیازی افسردگی در کودکان انجام شد. در این پژوهش نیز بازی درمانی تأثیر بسزایی در کاهش اضطراب و تمایل کودکان به خودکشی داشت. میزان تأثیرگذاری نشان دهنده‌ی تأثیر بسیار بیشتر در کاهش اضطراب و تأثیر کم تا متوسط در ریسک خودکشی می‌باشد.

نتایج مطالعه اکتشافی ری و همکاران<sup>۱۵</sup> (۲۰۰۹) در مورد بازی درمانی کودک-محور با کودکان پرخاشگر نشان می‌دهد که بازی درمانی پرخاشگری کودکان را به طور معناداری کاهش می‌دهد.

استولمیکر<sup>۱۶</sup> و ری (۲۰۱۵) با بیان اینکه روش‌های قدیمی درمان اضطراب برای کودکان مؤثر نبوده است، بازی درمانی کودک-محور را بر روی ۵۳ کودک ۸-۶ ساله مضطرب که به طور تصادفی در دو گروه آزمایش و کنترل قرار گرفته بودند اجرا کردند. کودکانی که بازی درمانی کودک-محور دریافت کرده بودند به طور معناداری سطح کلی اضطراب و نگرانی خود را کاهش دادند، و براساس یافته‌های این پژوهش به طور کلی بازی درمانی کودک-محور می‌تواند به عنوان یک درمان رشدی مناسب برای کودکان مضطرب در نظر گرفته شود.

در مطالعه‌ی دیگر باگرلی و جنکینز<sup>۱۷</sup> (۲۰۰۹) در پژوهش خود تحت عنوان "اثر بخشی بازی درمانی کودک-محور بر عوامل رشدی و تشخیصی کودکان بی‌خانمان"، تعداد ۳۶ کودک دبستانی بی‌خانمان را مورد بررسی قرار دادند. نتایج پژوهش نشان دهنده تفاوت‌های معنادار آماری در بهبود ۵۰٪ دامنه رشدی و ۳۳٪ نیم‌رخ تشخیصی کودکان است. پژوهش باگرلی و پارکر<sup>۱۸</sup> (۲۰۰۹) نشان داده است که بازی درمانی بر یادگیری، خودکنترلی، مسئولیت، ابراز احساسات، احترام گذاشتن، پذیرش خود و دیگران، بهبود مهارت‌های اجتماعی، عزت نفس، کاهش اضطراب، پرخاشگری و افسردگی مؤثر است.

<sup>12</sup> Rhine

<sup>13</sup> Jones

<sup>14</sup> Shen

<sup>15</sup> Ray, Blanco, Sullivan, Holliman

<sup>16</sup> Stulmaker

<sup>17</sup> Baggerly, Jenkins

<sup>18</sup> Parker

استفاده از بازی درمانی مبتنی بر رویکرد شناختی-رفتاری در درمان مشکلات هیجانی کودکان دارای فلج مغزی

گارزا<sup>۱۹</sup> و براتون<sup>۲۰</sup> (۲۰۰۵) بررسی خود را با استفاده از مقایسه‌ی گروه مورد مطالعه شامل کودکان دبستانی با نژاد آمریکای لاتین انجام دادند. ۲۹ کودک که به علت مشکلات رفتاری برای مشاوره ارجاع داده شده بودند، به دو گروه تقسیم شده و برای یک گروه ۱۵ جلسه‌ی ۳۰ دقیقه‌ای بازی درمانی کودک-محور به صورت انفرادی و هفتگی اجرا شد و برای گروه دیگر همین تعداد جلسه، اما در قالب مشاوره‌های گروهی براساس مواد درسی انجام گرفت. نتایج نشان دهنده‌ی کاهش شاخص رفتارهای انفجاری کودکان در گروه بازی درمانی بود. حجم تأثیرگذاری این شیوه، نشان دهنده‌ی تأثیر درمانی بسیار زیاد در مشکلات رفتاری‌های برون ریزی شده و تأثیر درمانی متوسط در مشکلات رفتاری درونی و اضطراب می‌باشد.

ریسو آبرند<sup>۲۱</sup> (۲۰۰۵) در یک مطالعه طولی، تأثیر بازی درمانی بر نشانه‌های تروما در کودکانی که مورد سوءاستفاده جنسی قرار گرفته بودند را مورد بررسی قرار دادند. نتایج نشان دهنده آن بود که شدت نشانه‌های تروما بعد از گذشت ۶ ماه بازی درمانی کاهش یافته است، علاوه بر این اضطراب، افسردگی، استرس پس از ضربه و تنیدگی ناشی از سوءرفتار جنسی نیز کاهش قابل توجهی داشتند.

پژوهش باقری (۱۳۹۶) به بررسی اثربخشی بازی درمانی بر اضطراب آشکار، افسردگی و تکانشگری کودکان کار پرداخته است. نتایج حاصل از پژوهش نشان داد که اجرای بازی درمانی گروهی بر اضطراب آشکار، افسردگی و تکانشگری کودکان کار تأثیر مثبت معناداری دارد.

علویان (۱۳۹۴) در پژوهش خود اثربخشی بازی درمانی والد-کودک بر کاهش نشانگان افسردگی کودکان مبتلا به سرطان، کاهش استرس ادراک شده مادران و بهبود رابطه والد-کودک را مورد بررسی قرار داد. تعداد ۱۴ کودک به صورت تصادفی در دو گروه مداخله و کنترل گمارش شدند. نتایج نشان داد که افسردگی کودکان گروه آزمایش نسبت به گروه کنترل به طور معناداری کاهش یافته است. همچنین رابطه والد-کودک در گروه آزمایش نسبت به گروه کنترل به طور معناداری بهبود پیدا کرد اما در متغیر استرس ادراک شده بین مادران گروه کنترل و آزمایش تفاوت معناداری یافت نشد.

رضایی میرقائد (۱۳۹۶) به بررسی اثربخشی بازی درمانی مبتنی بر شناختی-رفتاری بر رفتار پرخاشگرانه و مشکلات اجتماعی کودکان کار شهر اهواز پرداخت. نتایج پژوهش نشان داد که بازی درمانی مبتنی بر رویکرد شناختی-رفتاری باعث کاهش معنی‌دار رفتار پرخاشگرانه و مشکلات اجتماعی در گروه آزمایش نسبت به گروه کنترل می‌شود. همچنین، نتایج تحلیل داده‌ها نشان داد اثرات مداخله بر رفتار پرخاشگرانه و مشکلات اجتماعی در طول زمان پایدار می‌باشند. یافته‌های این پژوهش با یافته‌های گوهرتاج طالبی که به بررسی اثربخشی بازی درمانی بر افزایش عزت نفس و کاهش پرخاشگری کودکان ۸ تا ۱۲ پرداخته است، همخوانی دارد. بررسی نمرات در این پژوهش نشان داد که بازی درمانی سبب کاهش پرخاشگری به هنگام ناکامی و پرخاشگری بدنی و همین طور افزایش عزت نفس اجتماعی و عزت نفس خانوادگی در کودکان گردیده است (طالبی، ۱۳۹۵).

نتایج پژوهش گنجی (۱۳۹۴) با عنوان مقایسه اثربخشی بازی درمانی با خنده درمانی در کودکان مبتلا به افسردگی، نشان دهنده آن است که بازی درمانی و خنده درمانی بر افسردگی کودکان تأثیر دارد و تفاوت معناداری نیز بین خنده درمانی و بازی درمانی بر افسردگی کودکان مشاهده نشده است.

اکبری و همکاران (۱۳۹۵) تأثیر بازی درمانی با رویکرد شناختی-رفتاری بر تنظیم هیجان و اضطراب و افسردگی کودکان مبتلا به دیابت نوع یک را مورد بررسی قرار دادند. یافته‌ها نشان دادند بازی درمانی به شیوه شناختی-رفتاری موجب افزایش تنظیم شناختی هیجان و کاهش اضطراب و افسردگی کودکان مبتلا به دیابت نوع یک شده است.

<sup>19</sup> Garza

<sup>20</sup> Bratton

<sup>21</sup> Reyes & Asbrand

آل منصور (۱۳۹۵) در پژوهش خود تحت عنوان تأثیر بازی درمانی بر عزت نفس و سازگاری اجتماعی نوآموزان پیش دبستانی نشان داد که بازی درمانی تأثیر معناداری بر عزت نفس و سازگاری اجتماعی کودکان دارد.

اکبری و رحمتی (۱۳۹۴) به بررسی اثربخشی بازی درمانی مبتنی بر روی آورد شناختی-رفتاری بر کاهش پرخاشگری کودکان پیش دبستانی مبتلا به اختلال نارسایی توجه/فزون کنشی پرداختند. نتایج پژوهش نشان داد که آموزش بازی درمانی مبتنی بر روی آورد شناختی-رفتاری بر کاهش پرخاشگری کودکان معنادار بوده است.

در پژوهش امینی و همکاران (۱۳۹۴)، ۳۴ کودک دارای اختلال استرس پس از ضربه ناشی از سوءاستفاده جنسی به روش نمونه گیری در دسترس انتخاب شدند و به صورت تصادفی در گروه‌های آزمایشی و کنترل قرار گرفتند و گروه آزمایش طی ۷ جلسه ۱/۵ ساعته تحت درمان قرار گرفت. یافته‌های پژوهش نشان دهنده آن است که بازی درمانی گروهی به طور مؤثری باعث کاهش افسردگی و احساس تنهایی در کودکان مبتلا به اختلال استرس پس از ضربه شده است.

در پژوهشی با عنوان "اثربخشی بازی درمانی بر کاهش پرخاشگری کودکان" که توسط حاجی‌آبادی (۱۳۹۴) انجام شده است، نتایج نشان دهنده آن است که بازی درمانی بر کاهش پرخاشگری کودکان مؤثر است ولی بین بازی درمانی و کاهش پرخاشگری رابطه‌ای کودکان تفاوت معناداری وجود ندارد.

همسو با نتایج قبلی قوی میدانی (۱۳۹۷) نیز در پژوهش خودنشان داده است که بازی درمانی توانسته پرخاشگری واکنشی در کودکان دچار اختلالات پرخاشگری و رفتاری را به طور معناداری کاهش دهد.

نتایج تحقیق دیگری که توسط بنی سی، هوازاده و بنیسی (۱۳۹۸) در جهت بررسی اثربخشی بازی درمانی مبتنی بر مدل شناختی-رفتاری بر عزت نفس و اعتماد به نفس کودکان دچار اختلال بیش فعالی کمبود توجه انجام گرفته است نیز نشان داده است که بازی درمانی باعث افزایش اعتماد به نفس و عزت نفس در این کودکان شده است.

## نتیجه گیری

بیماری‌های مزمن و درد مزمن می‌توانند باعث احساس بی‌پناهی، ناامیدی و افسردگی شوند. صحبت در مورد احساسات و یا حتی سعی در توصیف چگونگی احساس درد و مریض بودن سخت است و اغلب باعث احساس بدتر شدن در کودکان می‌شود یا کودکان را مأیوس تر می‌کند، زیرا آنها را تحت فشار قرار می‌دهد تا بپذیرند که آنها این شیوه را برای یک زمان طولانی احساس کرده‌اند و ممکن است به این شیوه احساس کردن یا بدتر شدن برای حتی مدت طولانی‌تر ادامه دهند. بازی درمانی غیرکلامی به کودکان اجازه می‌دهد تا احساسات ترسناک خود را، شکست خوردن و حتی احساساتی را که نمی‌توان به زبان آورد را به شکل عینی و محسوس درآوردند که بعداً بتوانند در روند درمان تغییر داده شوند (کادوسون و شافر ۲۲، ۱۳۹۶).

با وجود نرخ شیوع بالاتر مشکلات رفتاری و هیجانی در کودکان مبتلا به فلج مغزی نسبت به جمعیت کلی، به تازگی پژوهشگران متوجه تأثیراتی که فلج مغزی از طریق‌های مختلف بر روی وضعیت سلامتی و کیفیت زندگی کودکان دارند شده‌اند. تحقیقات اندکی مشکلات رفتاری و هیجانی کودکان مبتلا به فلج مغزی را مورد بررسی قرار داده‌اند و اطلاعات بسیار کمی در مورد ثبات و پایداری مشکلات رفتاری و اجتماعی مبتلایان به فلج مغزی تا دوران بزرگسالی وجود دارد. نتایج تحقیقاتی که انجام گرفته نیز نشان دهنده این موضوع است که کودکان مبتلا به فلج مغزی اغلب از مشکلات هیجانی، مشکلات با همسالان، انزوا و کناره‌گیری اجتماعی، مشکلات تمرکز و رفتار غیراجتماعی رنج می‌برند و این مشکلات روانشناختی در نهایت منجر به کاسته شدن از سلامت و رفاه و آسایش کودکان و اعضای خانواده‌هایشان می‌شود. اگرچه مشکلات هیجانی و رفتاری مسائل مهمی

استفاده از بازی درمانی مبتنی بر رویکرد شناختی-رفتاری در درمان مشکلات هیجانی کودکان دارای فلج مغزی

هستند که تاثیر زیادی در کارکردهای اجتماعی و کیفیت زندگی مبتلایان به فلج مغزی دارند، تحقیقات در مورد مشکلات هیجانی و اجتماعی و رفتاری این بیماران بسیار نادر است (Weber et al., 2015). اغلب تحقیقات قبلی در مورد کودکان مبتلا به فلج مغزی تنها در مورد بررسی مشکلات جسمانی و حرکتی و مداخلات درمانی پزشکی برای این کودکان بوده است و مشکلات هیجانی ناشی از فلج مغزی نیز به طور محدودی و عمدتاً بدون ارائه برنامه مداخله‌ای خاصی مورد بررسی قرار گرفته است و لذا ضرورت دارد برنامه‌های مداخلات روانشناختی با در نظر گرفتن محدودیت‌های عملکردی کودکان مبتلا به فلج مغزی مورد بررسی قرار بگیرند.

### تعارض منافع

نویسندگان اعلام می‌دارند که تعارض منافع ندارند.

### سپاسگزاری

از زحمات و حمایت‌های تمامی اساتید و کارکنان دانشکده روانشناسی تبریز سپاسگزارم

## منابع

- [۱] اکبری، بهمن و رحمتی، فهیمه. (۱۳۹۳). اثربخشی بازی درمانی مبتنی بر روی آورد شناختی-رفتاری بر کاهش پرخاشگری کودکان پیش‌دبستانی مبتلا به اختلال نارسایی توجه/فزون کنشی. فصلنامه تحول روانشناختی کودک، ۲(۲)، ۹۳-۱۰۰.  
<http://childmentalhealth.ir/article-1-53-fa.html>
- [۲] اکبری، مریم، دهقانی، بهناز، جعفری، مریم و کارد، آمنه. (۱۳۹۵). تأثیر بازی درمانی با رویکرد شناختی-رفتاری بر تنظیم هیجان و اضطراب و افسردگی کودکان مبتلا به دیابت نوع یک. مجله ایده‌های نوین روانشناسی، ۱(۲)، ۴۵-۵۴.  
<http://jnip.ir/article-1-94-fa.html>
- [۳] امینی، کیانوش، طاهرشاد دوست، حمید، مظاهری، محمدعلی و نادری، محمدعلی. (۱۳۹۴). اثربخشی بازی درمانی گروهی بر میزان افسردگی و احساس تنهایی کودکان ۷-۱۱ ساله دارای اختلال استرس پس از ضربه ناشی از سوءاستفاده جنسی شهر تهران. فصلنامه آموزش بهداشت و ارتقاء سلامت، ۴(۲)، ۱۳۰-۱۳۸.  
<http://journal.ihepsa.ir/article-1-400-fa.html>
- [۴] آل‌منصور، مونیکا. (۱۳۹۵). تأثیر بازی درمانی بر عزت نفس و سازگاری اجتماعی نوآموزان پیش‌دبستانی آموزش و پرورش شهر شیراز. پایان نامه کارشناسی ارشد. دانشگاه شیراز.  
<https://ganj.irandoc.ac.ir/#/articles/78873fce8a0657c99c9eee86933824be>
- [۵] بنی‌سی، پریناز، هوزاداه، مهرداد و بنیسی وحید. (۱۳۹۸). اثربخشی بازی درمانی مبتنی بر مدل شناختی رفتاری بر اعتماد به نفس، عزت نفس، کارکردهای اجرایی و نشانه‌های بیش‌فعالی کودکان دچار اختلال بیش‌فعالی و کمبود توجه. فصلنامه روانشناسی و علوم رفتاری ایران، ۱۷(۱)، ۱۰۹-۱۱۹.  
<https://psyj.ir/user/articles/2659>
- [۶] بی‌غم سوسستانی، مهدی و شبدینی، شیلا. (۱۳۹۶). فلج مغزی نظریه‌ها، روش‌ها و درمان. نشر دانه
- [۷] پریخ، دادستان. (۱۳۹۲). روانشناسی مرضی تحولی (از کودکی تا بزرگسالی). نشر سمت
- [۸] جانشین گنجی، الهام. (۱۳۹۴). مقایسه اثربخشی بازی درمانی با خنده درمانی در کودکان مبتلا به افسردگی. پایان‌نامه کارشناسی ارشد. دانشگاه آزاد اسلامی واحد تهران مرکزی.  
<https://ganj.irandoc.ac.ir/#/articles/0dd947dc5e11ef04f5dcf80e5a3f7070>
- [۹] حاجی آبادی، محدثه. (۱۳۹۴). اثربخشی بازی درمانی بر کاهش پرخاشگری کودکان. پایان‌نامه کارشناسی ارشد. دانشگاه آزاد اسلامی شاهرود.  
<https://ganj.irandoc.ac.ir/#/articles/e8cf130641f9e157fd0b0d998dbdc5>
- [۱۰] دروز، آتنا. (۱۳۹۶). ترکیب بازی درمانی با رفتار درمانی شناختی. ترجمه ی غزال رضانی. نشر وانیا
- [۱۱] رضایی میرقاند، معصومه. (۱۳۹۶). اثربخشی بازی درمانی مبتنی بر رویکرد شناختی-رفتاری بر رفتار پرخاشگرانه و مشکلات اجتماعی کودکان کار شهر اهواز. پایان‌نامه کارشناسی ارشد. دانشگاه شهید چمران اهواز.  
<https://ganj.irandoc.ac.ir/#/articles/3e830d23bc163fe3757559d8f97577e2>
- [۱۲] سادات علویان، رویا. (۱۳۹۴). اثربخشی بازی درمانی والد-کودک بر کاهش نشانگان افسردگی کودکان مبتلا به سرطان، کاهش استرس ادراک شده مادران و بهبود رابطه والد-کودک. پایان‌نامه کارشناسی ارشد. دانشگاه فردوسی مشهد.
- [۱۳] سادوک، بنیامین جیمز و سادوک، ویرجینا آلکوت. (۱۳۹۴). خلاصه روانپزشکی. ترجمه‌ی مهدی گنجی. نشر ساوالان
- [۱۴] شرودر، کارولین، گوردون، بتی. (۱۳۹۶). سنجش و درمان مشکلات دوران کودکی. ترجمه مهرداد فیروزبخت. نشر دانه
- [۱۵] شیخ باقری، سودا. (۱۳۹۶). اثربخشی بازی درمانی بر اضطراب آشکار، افسردگی و تکانشگری کودکان کار. پایان‌نامه کارشناسی ارشد. دانشگاه محقق اردبیلی.  
<https://repository.uma.ac.ir/id/eprint/276/1/Sevda%20Sheikhbagheri.pdf>
- [۱۶] صمدی، سیدعلی. (۱۳۹۶). بازی درمانی نظریه‌ها، انجام پژوهش و روش‌های مداخله. نشر دانه
- [۱۷] طالبی، گوهرتاج. (۱۳۹۵). اثربخشی بازی درمانی بر افزایش عزت نفس و کاهش پرخاشگری کودکان ۸ تا ۱۲ ساله. پایان‌نامه کارشناسی ارشد. دانشگاه آزاد اسلامی شاهرود.  
<https://sid.ir/paper/891360/fa>
- [۱۸] علویان، رویا سادات، طیبی، زهرا، بنی‌هاشم، عبدالله، عبدخدایی، محمدسعید. (۱۳۹۵). اثربخشی بازی درمانی والد-کودک بر کاهش نشانگان افسردگی کودکان مبتلا به سرطان، کاهش استرس ادراک شده مادران و بهبود رابطه والد-کودک. خانواده پژوهی، ۱۲(۳)، ۴۶۱-۴۸۲.  
[https://jfr.sbu.ac.ir/article\\_97421.html](https://jfr.sbu.ac.ir/article_97421.html)
- [۱۹] قزوینی‌نژاد، حمیرا. (۱۳۸۵). کلیات بازی درمانی. نشر دانه
- [۲۰] قوی‌میدانی، مریم. (۱۳۹۷). اثربخشی مداخله بازی درمانی مبتنی بر والد-کودک بر پرخاشگری واکنشی کودکان پیش‌دبستانی. فصلنامه روانشناسی و علوم رفتاری ایران، ۱۴(۱)، ۹۲-۸۰.  
<http://psyj.ir/user/articles/2520>

- [۲۱] کادوسون، هیدی جرارد و شافر، چارلز. (۱۳۹۶). ۱۰۱ تکنیک بازی درمانی. ترجمه الهه محمد اسماعیل. نشر دانه
- [۲۲] گلدارد، کترین و گلدارد، دیوید. (۱۳۹۳). مشاوره با کودکان با روش بازی درمانی. ترجمه زهرا ارجمندی. انتشارات ارجمند
- [۲۳] لندرث، گاری. (۱۳۹۳). بازی درمانی (دینامیسم مشاوره با کودکان). ترجمه خدیجه آرین. انتشارات اطلاعات
- [۲۴] محمد اسماعیل، الهه. (۱۳۸۳). بازی درمانی نظریه ها، روش ها و کاربرد بالینی. نشر دانه
- [25] Baggarly, J & Jenkins, W, (2009). The effectiveness of child-centered play-therapy on developmental and diagnostic factors in children who are homeless. *International Journal of Play Therapy*, 8, 1, 45-55. <http://dx.doi.org/10.1037/a0013878>
- [26] Bax, M., Goldstein, M., Rosenbaum, P., Leviton, A., & Paneth, N. (2007). Proposed definition and classification of cerebral palsy, April 2005. *Developmental Medicine & Child Neurology*, 47(8), 571-571. doi:10.1111/j.1469-8749.2005.tb01195.x [https://research-repository.uwa.edu.au/files/36347128/THESIS\\_DOCTOR\\_OF\\_PHILOSOPHY\\_MCLEAN\\_Belinda\\_Anne\\_2018.pdf](https://research-repository.uwa.edu.au/files/36347128/THESIS_DOCTOR_OF_PHILOSOPHY_MCLEAN_Belinda_Anne_2018.pdf)
- [27] Bratton, S. C., Ray, D., Rhine, T., & Jones, L. (2005). The Efficacy of Play Therapy With Children: A Meta-Analytic Review of Treatment Outcomes. *Professional Psychology: Research and Practice*, 36(4), 376-390. doi:10.1037/0735-7028.36.4.376 <http://dx.doi.org/10.1037/0735-7028.36.4.376>
- [28] Feindler, E.L.(2006). Anger-Related Disorders A Practitioner's Guide toComparative emerging: Learn to handle anger and avoid seven deadly responses. American Health. <https://www.amazon.com/Anger-Related-Disorders-Practitioners-Comparative-Psychological/dp/0826140467>
- [29] Garza, Y., & Bratton, S. C. (2005). School-Based Child-Centered Play Therapy with Hispanic Children: Outcomes and Cultural Consideration. *International Journal of Play Therapy*, 14(1). <https://psycnet.apa.org/doi/10.1037/h0088896>
- [30] Goodman, R., & Graham, P. (1996). Psychiatric problems in children with hemiplegia: cross sectional epidemiological survey. *BMJ*, 312(7038), 1065-1069. <https://doi.org/10.1136/bmj.312.7038.1065>
- [31] Knell, S. M. (2015). Cognitive-Behavioral Play Therapy. *Handbook of Play Therapy*, 119-133. <http://dx.doi.org/10.1002/9781119140467.ch6>
- [32] Kot, S., Landreth, G. L., & Giordano, M. (1998). Intensive child-centered play therapy with child witnesses of domestic violence. *International Journal of Play Therapy*, 7(2), 17-36. <https://psycnet.apa.org/doi/10.1037/h0089421>
- [33] Krigger, K.W., 2006. Cerebral palsy: an overview. *Am. Fam. Phys*, 73(1), 91-100. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/16417071/>
- [34] Liptak, G. S., & Accardo, P. J. (2004). Health and social outcomes of children with cerebral palsy. *The Journal of Pediatrics*, 145(2), S36-S41. doi:10.1016/j.jpeds.2004.05.021 [www.doi:10.5923/j.linguistics.20170502.03](http://www.doi:10.5923/j.linguistics.20170502.03)
- [35] Ray, D. C., Blanco, P. J., Sullivan, J. M., & Holliman, R. (2009). An exploratory study of child-centered play therapy with aggressive children. *International Journal of Play Therapy*, 18(3), 162-175. doi:10.1037/a0014742 <https://psycnet.apa.org/doi/10.1037/a0014742>
- [36] Ray, D., Bratton, S., Rhine, T., & Jones, L. (2001). The effectiveness of play therapy: Responding to the critics. *International Journal of Play Therapy*, 10(1), 85-108. <http://dx.doi.org/10.1037/h0089444>
- [37] Reyes, C., Asbrand, J. (2005). A longitudinal study assessing trauma symptom in sexually abused children engaged in play therapy. *International journal of play therapy*, 14, 25-47 <http://dx.doi.org/10.1037/h0088901>
- [38] Schaefer, C. E. (2001). Prescriptive play therapy. *International Journal of Play Therapy*, 10(2), 57-73. <http://dx.doi.org/10.1037/h0089480>

- [39] Shen, Y.J. (2002). Short-term group play therapy with Chinese earthquake victims: Effects on anxiety, depression and adjustment. *International Journal of Play Therapy, 11*(1), 43–63. <http://dx.doi.org/10.1037/h0088856>
- [40] 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. doi:10.1016/j.chilyouth.2015.08.005 <https://psycnet.apa.org/doi/10.1037/pla0000046>
- [41] Weber, P., Bolli, P., Heimgartner, N., Merlo, P., Zehnder, T., & Kätterer, C. (2016). Behavioral and emotional problems in children and adults with cerebral palsy. *European Journal of Paediatric Neurology, 20*(2), 270-274. <https://doi.org/10.1016/j.ejpn.2015.12.003>