

مقدمه

اضطراب^۱ و افسردگی^۲ که هر دو از مشکلات درونی سازی در دوران کودکی به حساب می-آیند، غالباً به عنوان دو اختلال متمایز از یکدیگر مورد توجه قرار گرفته‌اند، ولی در موارد بسیار زیادی مشاهده شده است که این دو اختلال با هم در دوران کودکی اتفاق می‌افتد. به عبارت دیگر به احتمال زیاد افسردگی در کودکان و نوجوانان می‌تواند با نشانه‌های شدید اضطراب همراه باشد (آنگولد و ارکانلی^۳، ۱۹۹۹).

اضطراب عبارت است از یک احساس منتشر، ناخوشایند و مبهم هراس و دلواپسی با منشا ناشناخته که فرد تجربه می‌کند و آن شامل عدم اطمینان، درماندگی و برانگیختگی فیزیولوژیکی است (لطفی و امیری، ۱۳۹۰). اضطراب مستلزم مفهوم نایمنی یا تهدیدی است که فرد منبع آن را به وضوح درک نمی‌کند و به صورت یک موقعیت تهدیدآمیز که تحت تاثیر بالا رفتن تحریکات، اعم از درونی و بیرونی تصور می‌گردد که فرد در کنترل کردن آنها ناتوان است (دادستان، ۱۳۸۲). اختلال‌های اضطرابی جزء طبقه اختلال‌های درون‌گرا بشمار می‌رود (شکوهی یکتا و پرند، ۱۳۸۴). این هیجان دارای عاطفه منفی است و یک احساس نگرانی در مورد خطری که احتمال بروز دارد را در بر می‌گیرد. نشانه‌های اضطراب در کودکان و بزرگسالان تقریباً یکی است، اما تظاهرات آن در سنین گوناگون متفاوت می‌باشد (پاچر، مونیکا و هال^۴، ۲۰۰۹).

کودکان دچار اختلالات اضطرابی اغلب از علائم جسمانی شکایت دارند و نسبت به تغییرات بدنشان بسیار حساسند. آنها اغلب حساس‌تر از همسالانشان بوده و به راحتی اشکشان سراپز می‌شود که نشان دهنده نزول فاحش اعتماد به نفس آنها می‌باشد (آموری^۵، ۲۰۰۷). اختلالات اضطرابی جزو شایع‌ترین اختلالات رایج در کودکان می‌باشد که منجر به اختلال در عملکرد تحصیلی، سازگاری اجتماعی، زندگی خانوادگی و روابط با همسالان می‌گردد (وارنر، ریگاد، فیشر، سابرسکی و بنکو^۶، ۲۰۰۹).

کودکانی که دارای اضطرابند دچار تنش‌ها و دلواپسی‌های زیادی می‌شوند. نگرانی‌های آنها گاهی اوقات به اندازه‌ای می‌رسد که دیگر قادر به انجام دادن کاری یا تصمیم گرفتن و حتی فکر کردن در مورد مسائل اطراف خود نمی‌باشند (لطفی و امیری، ۱۳۹۰). کودکان مضطرب اغلب

1. Anxiety

2. Depression

3. Angold, A. Erkanli, A.

4. Pacher J, Monica S, Hul J

5. Amaury, S

6. Warner. C.M, Reigade, C. Fisher, P.H, Saborsky, A.L & Benkov, K.J

کودکانی ساکت، عصبی، شاکی، ناراضی و کم طاق هستند و اغلب درباره همه چیز مشکل دارند. تداوم اضطراب در این کودکان منجر به بروز مشکلاتی از قبیل نداشتن رابطه دوستی با دیگران، شکست‌ها و ضربه‌های اجتماعی و درونی و کمبود شدید اعتماد به نفس در آینده خواهد شد (لطفی کاشانی و وزیری، ۱۳۷۶). در سبب‌شناسی اختلال‌های اضطرابی عوامل زیستی، روانی و اجتماعی دارای بیش‌ترین تاثیر می‌باشد. ولی در این بین عوامل محیطی و اجتماعی دارای نقش برجسته‌تری است (بیماهر، اکسل سون، مونک، کالاس، کلارک، اهمان، بریدج، هو و برنت؛ ۲۰۰۳). شیوع اختلالات اضطرابی در دوران کودکی و اوایل نوجوانی حدود ده درصد تخمین زده می‌شود و با افزایش سن سیری صعودی در پیش می‌گیرد و شیوع آن در دختران بیش‌تر از پسران است (کاپلان و سادوک^۲، ۲۰۰۸). در ۱۱ مطالعه‌ای که هاتن^۳، مک نیکول^۴ و دوبلری^۵ (۲۰۰۶) در خصوص مقدار مقدار شیوع اختلال‌های اضطرابی روی کودکان زیر ۱۲ سال انجام دادند، دریافتند که شیوع هر یک از آنها به مقدار قابل ملاحظه‌ای متفاوت گزارش شده است. حداقل مقدار ۲/۶ درصد و حداکثر آن ۴۱/۲ درصد بوده است.

از طرفی اختلال افسردگی نیز یکی از رایج‌ترین مشکلات دوران کودکی است (واتس و مارکان^۶، ۲۰۰۵). اختلال افسردگی به عنوان یک مساله روانی که در آن شخص به‌گونه پایدار ناراحتی عمیق و مداوم و علاقه کاسته شده‌ای را در تمام فعالیت‌ها برای دوره‌ای حداقل دوهفته‌ای تجربه می‌کند، تعریف شده است (انجمن روان پزشکی آمریکا، ۲۰۰۱). افسردگی روی همه سنین از جمله کودکان تاثیر می‌گذارد و مخصوص نژاد، مذهب یا فرهنگ خاصی نیست (ساباتینو، وبست و بونی و انس^۷، ۲۰۰۱). چنانکه کودکان که دارای افسردگی‌اند حالت خمودگی و کرختی از خود نشان می‌دهند، خود را کنار می‌کشند و در گوشه‌ای منزوی می‌شوند. بازداري حرکتی آنها به صورت مشکلات در بازی کردن یا انجام دادن هر وظیفه یا اشتغال به خصوص کارهایی که قبلاً برای آنها لذت بخش بوده، مشاهده می‌گردد. احساس مورد علاقه نبودن در این کودکان فراوان است. یکی از بارزترین جنبه‌های قابل رویت در مورد این احساس، شکست تحصیلی و یا بی رغبتی و بی‌علاقگی نسبت به تحصیل در این دوران می‌باشد (دادستان، ۱۳۷۶). شروع زودرس افسردگی

¹. Bimaher B, Axelson DA, Monk K, Kalas C, Clark DB, Ehmann M, Bridge J, Heo J, Brent DA.

². Kaplan and Saduke

³. Hatton

⁴. McNicol

⁵. Dou bleday

⁶. Watts, Sh, Markham, R

⁷. Sabatino, D.A, Webste, B.G, Booneyvance, H

کودکی شکل وخیم بیماری است و در مقایسه با بزرگسالان آنها با تعداد بیش تری از دوره‌های عود افسردگی کودک می‌شوند(رابرتس، اتکینسون و رسن بلات^۱، ۱۹۹۸). اختلال افسردگی کودک به‌گونه منفی عملکرد شخصی و خانوادگی به هنجار کودک را تحت تاثیر قرار می‌دهد و اغلب تا بزرگسالی به صورت متناوب ادامه می‌یابند(سواف، توماس، امسلای، گراهام، مایز و تارین^۲، ۲۰۰۱؛ سیچتی^۳، ۱۹۹۸)

کودکانی که افسرده هستند ممکن است به عنوان افسرده برجسب نخورند، زیرا افسردگی آنها ذهنی و یک واکنش شخصی است(هامن و رودالف^۴، ۲۰۰۳). در سبب شناسی اختلال افسردگی افسردگی کودک، به سابقه خانوادگی، عوامل زیستی، عوامل اجتماعی و شیوه فرزندپروری اشاره گردیده شده است. در این جامعه، نقش عوامل خانوادگی و اجتماعی دارای بیش‌ترین تاثیر می‌باشد(گلد، گرین برگ، ولتینگ و شافر^۵، ۲۰۰۳). شیوع اختلال افسردگی در دوره‌های تحول دو درصد کودکان ۴ تا ۱۶ سالگی تخمین زده شده است. این فراوانی در اوایل نوجوانی حدود هفت درصد می‌باشد. مقدار شیوع افسردگی در آمریکا در کودکان ۰/۴ تا ۲/۵ درصد و مقدار شیوع آن در طی عمر برای نوجوانان سنین ۱۵ تا ۱۸ سال ۱۴ درصد تخمین زده شد. در مقدار افسردگی بین پسران و دختران در سنین کودکی تفاوت قابل ملاحظه‌ای مشاهده نگردیده است (نولن و هیت^۶، ۲۰۰۸، آبل و هانکین^۷، ۲۰۰۸، کریچنر^۸، ۲۰۰۰). قابل ذکر اینکه هر چقدر سن افسردگی پایین‌تر باشد، پیش آگهی ضعیف‌تر است(کاریشن، والر و کاف^۹، ۱۹۹۷).

کودکان به دلیل پایین بودن سطح تفکر انتزاعی، قادر به بیان هیجانات و احساسات خود نیستند، سرکوب و عدم مهارت در بیان احساسات بویژه از نوع منفی آن بهداشت روانی کودک را به مخاطره می‌اندازد. لذا بازی ابزاری است که کودک به کمک آن خود را بیان می‌کند(رای، اسکتل کرب و تسای^{۱۰}، ۲۰۰۷). بازی درمانی^{۱۱} را به عنوان یک رویکرد درمانی چنین توصیف می‌کنند: بازی درمانی عبارت است از یک ارتباط جاری^{۱۲} بین یک درمانگر آموزش دیده^۱ و یک کودک که

¹. Raberts, R. Attkinsson, C.C, Rosenblatt, A

². Shoaf , Thomas L, Emslie, Graham J, Mayes, Taryn L

³. Ciechetti, D

⁴. Hammen, C. Rudolph, K.D

⁵. Gould MS, Greenberg T, Velting DM, Shaffer D.

⁶. Nolen- Hooksemas, Hilt L.M

⁷. Abela JRZ, Hankin BL

⁸. Krichner, J.

⁹. Carrision CA, Waller JL, Coffe SP

¹⁰. Ray D, Schottelkorb A, Tsai M-H

¹¹. Play Therapy

¹². Ongoing relationship

مشکلات رفتاری و هیجانی دارد، با استفاده از فعالیت‌های متنوع و گوناگون در بازی^۲ که منجر به ایجاد تغییرات درمانی^۳ در مراجع می‌گردد. بازی درمانی کاری خلاقانه در روان درمانی کودک است (فیبس موناهان، سندس، مارچ و نیگ بارس^۴، ۲۰۰۶). پژوهشگران عمده‌ترین ویژگی بازی را لذت بخش بودن آن می‌دانند (هال، کادسون و شفر^۵، ۲۰۰۲؛ لندرت^۶، ۲۰۰۲). بازی به عنوان یک روش صحیح و درست در درمان کودک است، زیرا کودکان اغلب در بیان شفاهی احساساتشان دچار مشکل هستند. از راه بازی کودکان می‌توانند موانعشان را کاهش داده و احساساتشان را بهتر نشان دهند (پرتر، هراندز، ریف و جس^۷، ۲۰۰۷). از آنجا که بازی برای کودکان همانند کلام برای بزرگسالان است، وسیله‌ای است برای بیان احساسات، برقراری روابط، توصیف تجربیات، آشکار کردن آرزوها و خودشکوفایی، و از طرفی باعث ارتباط افکار درونی کودک با دنیای خارجی کودک می‌شود (پریس و اولندیچ^۸، ۲۰۰۳). بازی درمانی تکنیکی است که به وسیله آن طبیعت کودکان به صورت بیانی معنی می‌شود و روشی است برای مقابله با استرس‌های هیجانی و هم‌چنین برای کودکانی که دچار آشفتگی‌هایی هستند، به کار می‌رود. این تکنیک به کودکان اجازه می‌دهد مسائلی را که نمی‌توانند در محیط اطرافشان مطرح نمایند، در قالب بازی ارائه دهند و هیجانات منفی خود را نمایان سازند (پرتر، هراندز، ریف و جس، ۲۰۰۷؛ جونز^۹، ۲۰۰۲) شافر^{۱۰} به نقل از تامپسون^{۱۱} و رودلف^{۱۲} (۲۰۰۸) در خصوص اثرات بازی درمانی بر کودکان، معتقد است که در هم شکستن مقاومت در کودک، ایجاد لیاقت و توانایی، پالایش، تفکر خلاق، تخلیه هیجانی، ایفای نقش، خیال پردازی، آموزش نمادین، ایجاد و ارتقای رابطه و دلبستگی، هیجان مثبت و غلبه بر ترس‌های مربوط به دوران رشد از فواید بازی درمانی برای کودک می‌باشد. بازی درمانی یک شیوه‌ی موثر برای کاهش اضطراب کودکان در طول زمان است (آلتی^{۱۳}، ۲۰۰۵). بازی با نقش درمانی خود

¹. Trained therapist

². Play- Based activit

³. Therapeutic change

⁴. Phipps Monahan, Sands, March, Neighbors

⁵. Hall, T,M , Kaduson, HG, Schaefer C,E.

⁶. Landreth, GL.

⁷. Porter, M.L, Heruandez. Reif, M & Jessee, P

⁸. Prins PJ, Ollendich TH

⁹. Dayle Jones, K

¹⁰. Shafer

¹¹. Tampson

¹². Roodlef

¹³. Althy, A.L

فرصتی را برای کودک فراهم می‌آورد تا بتواند نگرانی‌ها و نارضایتی‌هایش از محیط را تخلیه و عواطفش را بیان کند. بازی درمانی هم چنین نقش پالاینده روانی برای کودک دارد و از شدت ناکامی‌ها کاسته و نقشه‌های مفیدی را برای حل مشکلات در حین بازی به کودک ارائه می‌کند (احدی و بنی جمالی، ۱۳۸۴). پژوهش‌هایی درباره کارآمدی بازی درمانی روی اختلالات روانی و هیجانی کودکان انجام گرفته است که از آن جمله می‌توان به مطالعه‌های جی یوم شین^۱ (۲۰۰۲) اشاره کرد. وی در پژوهشی تاثیر بازی درمانی کوتاه مدت را روی اضطراب و افسردگی کودکانی که زلزله چین را تجربه کردن مورد بررسی قرار داد و نتایج نشانگر کاهش چشمگیر مقدار سطح اضطراب، فوبی و احتمال خطر خودکشی پس از بازی درمانی بود. تاکنون تاثیر بازی درمانی روی سازگاری اجتماعی و روان شناختی کودکان (داگرتی^۲، ۲۰۰۶)، مراحل گوناگون رشد کودکان (باگرلی کودکان (باگرلی و لندرت^۳، ۲۰۰۱)، اضطراب و افسردگی و افزایش سطح حرمت خود (برت^۴، ۱۹۷۵) خود (برت^۴، ۱۹۷۵) مورد بررسی قرار گرفته و نتایج حاکی از آن است که بازی درمانی توانسته به بهبود موارد ذکر شده بینجامد. جاسینسکی^۵ (۲۰۰۰) نشان داد که بازی درمانی در مرحله پیش عملیاتی یک روش موثر برای کاهش اضطراب است. اگاوا^۶ (۲۰۰۴) بیان کرد که بازی درمانی یک مداخله درمانی موثر برای کودکان آسیب دیده و کودکانی است که مبتلا به اختلال استرس پس از سانحه^۷ شده اند. لندرت، ری و براتون^۸ (۲۰۰۹) بیان می‌کنند که بازی درمانی کودک محور تاثیر مثبتی بر روی رفتار و هیجانات دارد. هم چنین ری، براتون، رین و جونس^۹ (۲۰۰۱) به تجزیه و تحلیل ۹۴ مطالعه پژوهشی در رابطه با تاثیرات بالینی بازی درمانی در بیماران گوناگون پرداخته‌اند. نتیجه تجزیه و تحلیل ای انجام شده تاثیر فراوان بازی درمانی را بر دامنه وسیعی از مشکلات کودکان را نشان می‌دهد. باگرلی و پاکر^{۱۰} (۲۰۰۵) نیز بیان کردند که بازی درمانی به بهبود مهارت‌های اجتماعی، حرمت خود، پذیرش خود و دیگران و کاهش افسردگی و سایر اختلالات کودکان می‌گردد. حال با توجه به ادبیات پژوهش، که در آن به نقش مخرب اختلالات هیجانی و رفتاری (از جمله اضطراب و افسردگی) بر رشد هیجانی و شخصیت کودکان اشاره گردید، و از طرفی با توجه به

1. Jiumshen

2. Dougherty JL

3. Baggerly J, Landreth G

4. Berret D

5. Jasinski

6. Ogawa

7. Posttraumatic Stress Disorder

8. Landreth, Ray & Bratton

9. Ray, D. Bratton, S. Rhine, T & Jones

10. Baggerly & parker

عوامل موجد افسردگی و اضطراب که در بین آنها عوامل اجتماعی و خانوادگی دارای نقش برجسته‌تری بودند و همچنین توجه به نقش بازی درمانی در برون فکنی هیجانات منفی تحمیل شده از طرف محیط به کودکان، چنین فرض می‌شود که می‌توان از بازی درمانی کودک محور در جهت رهایی کودک از بند فشارها و هیجانات تحمیل شده از محیط و بستر خانواده، بهره جست. ضرورتی که برای این پژوهش ایجاد می‌شود این است که با توجه به نقش مثبت بازی درمانی در برون فکنی هیجانات منفی کودکان، می‌توان از آن به عنوان روش درمانی موثری برای کاهش اثرات مخرب اختلالات هیجانی و رفتاری بهره برد. بدیهی است که نمی‌توان از کودکی که دارای دلمشغولی‌های ذهنی و مشکلات هیجانی و رفتاری می‌باشد، انتظار داشت که همانند کودکان عادی به فرایند مسیر رشدی سالم خود بپردازند. هدف این پژوهش بررسی مقدار اثربخشی بازی درمانی کودک محور بر کاهش مقدار اضطراب در کودکان دختر دارای اضطراب و کاهش مقدار افسردگی در کودکان دارای افسردگی می‌باشد. بنابراین، فرضیه‌های پژوهش این است که:

۱. بازی درمانی کودک محور، بر کاهش مقدار اضطراب کودکان دختر دارای اختلال اضطراب در دوره دبستان موثر می‌باشد.
۲. بازی درمانی کودک محور، بر کاهش مقدار افسردگی کودکان دختر دارای اختلال افسردگی در دوره دبستان موثر می‌باشد.

روش

روش پژوهش، جامعه آماری و روش نمونه‌گیری: این پژوهش، یک طرح آزمایشی حقیقی از نوع پیش آزمون، پس آزمون با گروه گواه (روش کلاسیک) بود که در آن از دو گروه آزمایش مجزا با نام‌های اضطراب و افسردگی و دو گروه گواه استفاده گردید. متغیر مستقل برای هر دو گروه‌های آزمایشی آموزش بازی درمانی و متغیرهای وابسته نشانه‌های افسردگی و نشانه‌های اضطراب بود. هر یک از گروه‌ها نیز دارای گروه گواه (که هیچ مداخله‌ای در طی پژوهش دریافت نکرد) بود. جامعه آماری این پژوهش را تمام دانش آموزان دختر دارای اختلال افسردگی و اضطراب در دوره ابتدایی آموزش و پرورش شهر اصفهان، در سال تحصیلی ۹۱-۹۰ که به مراکز مشاوره شش گانه آموزش و پرورش مراجعه نموده بودند، تشکیل می‌دادند. نمونه‌گیری در دو مرحله انجام شد. برای شناسایی افراد مضطرب و افسرده از روش در دسترس و برای انتخاب آنها برای شرکت در آزمایش از روش تصادفی ساده استفاده شد. بدین صورت که شیوه نمونه‌گیری بدین صورت بود که از بین نواحی شش گانه آموزش و پرورش، به شیوه‌ی نمونه‌گیری تصادفی خوشه‌ای یک ناحیه (ناحیه ۶) انتخاب، و پس از مراجعه به مرکز مشاوره آموزش و پرورش این ناحیه، دانش آموزان دختری که با علائم اضطراب و افسردگی از طرف معلمان ارجاع داده شده بودند، مورد بررسی و با استفاده از آزمون

تشخیصی اختلالات مرتبط با اضطراب کودکان^۱ (SCARED) و آزمون تشخیص افسردگی کودکان^۲ (CDI)، اضطراب و افسردگی آنها محرز گردید. پس از تشخیص اضطراب و افسردگی در دانش آموزان فوق، از بین ۷۳ دانش آموز دختر دارای اختلال اضطراب به شیوه تصادفی ۳۰ دانش آموز و از بین ۸۱ دانش آموز دختر دارای اختلال افسردگی ۳۰ دانش آموز انتخاب و با گمارش تصادفی در گروه‌های آزمایش و گواه گمارده شدند (۱۵ دانش آموز در گروه آزمایش و ۱۵ دانش آموز در گروه کنترل برای گروه دارای اضطراب، ۱۵ دانش آموز در گروه آزمایش و ۱۵ دانش آموز در گروه کنترل برای گروه دارای افسردگی). روش آماری این پژوهش، تحلیل کواریانس بود که در آن نمرات پیش آزمون کنترل گردید و برای بررسی تاثیر متغیر مستقل نمرات پس آزمون مورد بررسی قرار گرفت.

جدول شماره (۱): دیاگرام پیش آزمون - پس آزمون با گروه کنترل (گروه آزمایش اضطراب)

گروه	گزینش آزمودنی ها	پیش آزمون	متغیر مستقل	پس آزمون	مداخلات روان شناختی
گروه آزمایش اضطراب	R	T ₁	X	T ₂	بازی درمانی
گروه گواه	R	T ₁	-	T ₂	گواه

جدول شماره (۲): دیاگرام پیش آزمون - پس آزمون با گروه کنترل (گروه آزمایش افسردگی)

گروه	گزینش آزمودنی ها	پیش آزمون	متغیر مستقل	پس آزمون	مداخلات روان شناختی
گروه آزمایش افسردگی	R	T ₁	X	T ₂	بازی درمانی
گروه گواه	R	T ₁	-	T ₂	گواه

ابزارهای پژوهش

۱- پرسش نامه افسردگی کودکان (CDI):

پرسش نامه افسردگی کودکان یک مقیاس خود گزارش دهی است که به وسیله کوکس^۳ (۱۹۹۲) که با توجه به مدل پرسش نامه افسردگی بک ساخته شده و مبتنی بر نشانگان روان-شناختی است که برای سنجش علائم رفتاری، شناختی و عاطفی افسردگی در کودکان و نوجوانان ۷ تا ۱۷ ساله طراحی شده است و گستره وسیعی از نشانگان افسردگی شامل خلق آشفته^۴، مشکلاتی در ظرفیت لذت بردن^۱، عملکرد نباتی، خود ارزیابی پایین^۲، ناامیدی^۳ و مشکلات

^۱. Tte scale for child Anxiety related emotional disorders

^۲. Childrens Depression Inventory

^۳. Kovacs, M

^۴. Disturbed mode

مشکلات بین فردی^۴ را اندازه‌گیری می‌کند (لندرث و گری^۵، ۲۰۰۱). مطالعه‌های بین‌المللی قبلی نشان داده‌اند پرسش‌نامه افسردگی کودکان (CDI) یک اندازه‌گیری معتبر با همسانی درونی بالا با آلفای کرونباخ ۰/۷۱ تا ۰/۸۹ به دست می‌دهد (جونز، ۲۰۰۲؛ تامپسون و همکاران، ۲۰۰۸؛ آلتی، ۲۰۰۵ و جیوم شین، ۲۰۰۲). هم‌چنین بمنظور بررسی روایی پرسشنامه افسردگی کودکان، این پرسشنامه به همراه فرم کوتاه افسردگی بک و مقیاس افسردگی کودکان بر روی ۴۲ آزمودنی اجرا شد و سپس ضریب همبستگی میان آنها محاسبه شد. نتایج این بررسی نشان داد که همبستگی نمره کل پرسشنامه افسردگی کودکان با پرسشنامه افسردگی بک و مقیاس افسردگی کودکان به ترتیب برابر با ۰/۷۹ و ۰/۸۷ می‌باشد که بیانگر روایی همگرایی بالای این پرسشنامه است. ضرایب همسانی درونی برای زیر مقیاس‌های CDI با توجه به تعداد پرسش‌های هر زیر مقیاس قابل قبول گزارش شده است: خلق منفی ۶ پرسش ۰/۶۲، مشکلات بین فردی ۴ پرسش ۰/۵۹، ناکارآمدی ۴ پرسش ۰/۶۳، عزت نفس منفی ۵ پرسش ۰/۶۸ و فقدان احساس لذت ۸ پرسش ۰/۶۶ (جاسینسکی، ۲۰۰۰). روایی و اعتبار CDI در ایران نیز بررسی شده است، در مطالعه رجبی و عطاری که روی نمونه‌ای از دختران و پسران مقطع راهنمایی اهواز انجام شد، ضریب همسانی درونی ۰/۸۸ و اعتبار بازآزمایی ۰/۸۱ به دست آمد. در مطالعه دهشیری و همکاران (به نقل از محمدی، برجلی، اسکندری و دلاور، ۱۳۸۹) CDI روی نمونه‌ای از دختران و پسران مقطع راهنمایی شهر تهران اجرا شد، این محققان ضریب اعتبار بازآزمایی و همسانی درونی را به ترتیب ۰/۸۳ و ۰/۸۲ گزارش کرده‌اند. در این پژوهش از این پرسشنامه هم به عنوان آزمون تشخیصی افسردگی و هم به عنوان پیش آزمون - پس آزمون (جهت بررسی مقدار اثرپذیری متغیر وابسته از متغیر مستقل) استفاده گردید. نمونه پرسش پرسشنامه فوق عبارتند از:

الف) احساس میکنم که اوضاع و حوادث هیچوقت مطابق میل من نیست و یا درست در نمی‌آید.

ب) از سطح انرژی بدنی پایینی برخوردارم یا بدون دلیل روشنی احساس خستگی می‌کنم.

1. Hedonic capacity

2. Interpersonal problems

3. Hopelessness

4. Interpersonal problems

5. Landerth, Gary Al

۲- پرسشنامه تشخیص اختلالات مرتبط با اضطراب کودکان (SCARED)

این آزمون که یک ابزار خودگزارشی است، به وسیله بیماهر^۱ (۱۹۹۹) بمنظور ارزیابی علائم اختلالات اضطرابی بر طبق معیارهای DSM-IV در کودکان ۸ تا ۱۸ ساله ساخته شده و شامل یک مقیاس اضطراب کلی و پنج زیرمقیاس (اضطراب تعمیم یافته، اضطراب جدایی، اضطراب جدایی، مدرسه هراسی و اختلال هراس جسمانی شکل) است.

نسخه اصلی این پرسشنامه دارای ۳۸ ماده بود که بیماهر (۱۹۹۹) سه ماده به زیر مقیاس اضطراب اجتماعی آن افزودند. بنابراین، فرم کنونی این آزمون که بیش تر در پژوهش‌ها به کار می‌رود دارای ۴۱ عبارت است که از این تعداد ۱۳ ماده مربوط به زیر مقیاس هراس/ جسمانی شکل، ۹ ماده مربوط به زیر مقیاس اضطراب تعمیم یافته، ۸ ماده مربوط به زیر مقیاس اضطراب جدایی، ۷ ماده مربوط به زیر مقیاس اضطراب اجتماعی و ۴ ماده مربوط به زیر مقیاس اختلال مدرسه هراس است. شایان ذکر است که این پرسشنامه بر مبنای نمونه بالینی طراحی شده است. برای تعیین پایایی این آزمون از سه روش آلفای کرونباخ، دو نیمه کردن (همسانی درونی) و باز آزمایی (ثبات) استفاده گردیده، ضرایب آلفای کرونباخ در خرده آزمون‌ها در محدوده ۰/۷۴ - ۰/۹۳ و در کل ۰/۹۳، در روش دو نیمه سازی در محدوده ۰/۹۱ - ۰/۷۱ و در کل ۰/۸۹ و در باز آزمایی در محدوده ۰/۹۲ - ۰/۸۲ و در کل ۰/۹۲ بدست آمده است (قمری گیوی، عباسی و فلاح زاده، ۱۳۸۸). در این پژوهش از این پرسشنامه هم به عنوان آزمون تشخیصی اضطراب و هم به عنوان پیش آزمون- پس آزمون (جهت بررسی مقدار اثرپذیری متغیر وابسته از متغیر مستقل) استفاده گردید. نمونه پرسش پرسشنامه فوق عبارتند از:

الف) احساس تنش در معده دارم.

ب) نمی‌توانم بر افکار خود تمرکز کنم.

شیوه‌ی انجام پژوهش

برای اجرای هر چه بهتر روش بازی درمانی کودک محور، یکی از اتاق‌های کلینیک مشاوره اداره آموزش و پرورش ناحیه ۶ شهر اصفهان به عنوان اتاق بازی درمانی آماده سازی و تجهیز شد. پس از اجرای پرسشنامه افسردگی کودکان (CDI) و پرسشنامه تشخیص اختلالات مرتبط با اضطراب کودکان (SCARED)، تعداد ۶۰ دانش آموز دختر از کودکانی که دارای این اختلالات تشخیص داده شدند (۳۰ دانش آموز دارای اضطراب و ۳۰ دانش آموز دارای افسردگی)، انتخاب و به صورت تصادفی در چهار گروه ۱۵ نفری (۱۵ دانش آموز در گروه آزمایش اضطراب، ۱۵ نفر در گروه گواه اضطراب، ۱۵ دانش آموز در گروه آزمایش افسردگی و ۱۵ دانش آموز در گروه گواه افسردگی)

^۱. Bimaher

گمارده شدند. سپس مطابق با برنامه آموزشی پیش بینی شده، مداخلات آموزشی طراحی و اجرا گردید. آموزش گروه‌های آزمایش طی ۹ جلسه آموزشی ۴۵ دقیقه‌ای و هر هفته ۳ جلسه که به-وسیله پژوهشگر انجام می‌گرفت، برگزار شد. آموزش گروه‌های آزمایش ۳ ماه به طول انجامید. در حالیکه گروه گواه هیچ‌گونه مداخله‌ای را دریافت نکرد. خلاصه جلسات آموزش به شرح ذیل بود:

جلسه اول: قبل از شروع جلسات گروهی کودکان یک جلسه به صورت انفرادی به اتاق بازی درمانی هدایت شدند که هدف کاهش حساسیت آنان به اتاق بازی درمانی و آشنایی با آن بود. از طرفی نیز با درمانگر ارتباط بهتری برقرار کنند تا در نتیجه به یک احساس آرامش و امنیت برای مشارکت بهتر در جلسات درمانی برسند.

جلسه دوم: اعضای گروه به یکدیگر معرفی شدند. در این جلسه تطابق کودکان با محیط و یکدیگر مدنظر بود و برای ایجاد رابطه دوستی و احساس امنیت هر بازی که کودکان پیشنهاد می‌دادند انجام شد. در این جلسه بخصوص درمانگر برای ارتباط بهتر بین کودکان نقش میانجی داشت. جلسه سوم: در ابتدا بمنظور آمادگی کودکان برای شرکت در بازی‌های گروهی از بازی مینی بسکتبال استفاده شد که هدف از انجام این بازی ایجاد شور و نشاط و تهییج کودکان برای بازی‌های بعدی بود. بازی طراحی با نخ برای کودکانی که در نتیجه افسردگی و اضطراب دارای حرمت خود پایینی بودند یا ترس از انتقاد داشتند، به صورت گروهی انجام شد. در این بازی طرح درست و غلط وجود ندارد و هر آنچه که کودکی به ذهنش می‌رسد می‌تواند ارائه دهد.

جلسه چهارم: استفاده از حیوانات و انسان‌های اسباب بازی: هدف اصلی استفاده از حیوانات و انسان‌های اسباب بازی ترغیب کودک به صحبت و به سطح آوری کیفیت روابط خود با دیگران و بالعکس می‌باشد. هم‌چنین کشف نگرانی‌های کودک از روابطش در آینده، کشف منابع اصلی افسردگی و اضطراب وی، کشف ترس یا کناره‌گیری از روابط با دیگران و نهایتاً کشف مواردی که وی را از مسیر تحولی بهنجار دور کرده است. در انتهای این جلسه از کودکان خواسته شد که نمایشی را ما بین حیوانات طراحی کرده و در جلسه آینده به اتاق بازی درمانی بیاورند.

جلسه پنجم: مرور بازی با حیوانات و انسان‌های اسباب بازی در جلسه قبل و اجرای نمایش‌هایی که کودکان در جلسه قبل مایل بودند برای این جلسه بیاورند. هدف از اجرای نمایش مورد نظر کودکان بررسی کردن ریشه‌های مشکلات کودکان بود زیرا کودکان نمایش‌هایی را برمی‌گزینند که با شرایط روحی حاضر وی همخوانی داشته باشد.

جلسه ششم: مشارکت دادن و نظر خواهی از کودکان درباره بازی‌های نمایشی کودکان دیگر. هدف این بود که کودکان با ماجراهای متفاوت آشنا شده و راه‌های حل آنها را بیاموزند که در صورت پیش آمدن مشکلی دیگر با شدت کمتری دچار اضطراب و افسردگی شوند.

جلسه هفتم: خمیر بازی: وسیله‌ی ارزشمندی در بازی با کودکان است. خمیر بازی راه‌های جدید برای بیان کودک ایجاد می‌کند. ویژگی بازی گونه و آشنای خمیرهای رنگی باعث سرگرمی کودک می‌شود. در عین آن که همزمان نیروهای دفاعی وی را کاهش می‌دهد. شکل پذیری و خاصیت تغییرپذیری خمیر، توانایی کودک در بازی با آن و شکل دادن به موضوع‌های مهم و با عین حال نظارت بر آن را تسهیل می‌کند. خمیر همان‌گونه که تغییر شکل می‌دهد به عنوان یک استعاره برای تغییر دادن نیز مفید است.

جلسه هشتم: بازی سفر خیالی: بیش‌ترین اهمیت این سفرهای خیالی این است که کودک تشویق می‌شود تا داستان خود را بگوید، نگاهی به درون خود و رفتار دیگران داشته باشد و دلیل احتمالی بعضی حوادث گذشته را دریابد. بعضی از هدف‌های بازی خیالی عبارتند از اینکه کودک احساس کند نقش فعال و موثری را در زندگی داشته است، کودک قادر شود رفتارهای مناسب‌تر را که پیامدهای بهتری دارد بشناسد و تجربه کند و قادر شود بر رفتار خود و دیگران بصیرت پیدا کند.

جلسه نهم: علاوه بر مرور بازی سفر خیالی به آنها کمک شد تا راه کارهایی برای حل مشکلات پیش آمده در جریان یک سفر خیالی ارائه دهند و نظرات دیگر کودکان را نیز بشنوند در حالی که آن را به معنی بی‌ارزش بودن نظر خود نپندارند. این جلسه انتهای مداخله آموزشی نیز بود (محمد اسماعیل، ۱۳۸۳).

یافته‌ها

فرضیه‌های این پژوهش، این بود که:

۱. بازی درمانی کودک محور، بر کاهش مقدار اضطراب کودکان دارای اختلال اضطراب در دوره دبستان موثر می‌باشد.

۲. بازی درمانی کودک محور، بر کاهش مقدار افسردگی کودکان دارای اختلال افسردگی در دوره دبستان موثر می‌باشد.

شاخص‌های توصیفی گروه‌های آزمایش و کنترل، قبل و بعد از آزمایش در جداول ذیل آورده شده است. هم‌چنین جهت بررسی تفاوت میانگین‌ها (بین پیش آزمون و پس آزمون) از آزمون تحلیل کواریانس (به دلیل کنترل نمرات پیش آزمون) استفاده شد. قبل از اجرای آزمون برخی مفروضه‌های آن مورد بررسی قرار گرفت. نتایج این مفروضه‌ها و هم‌چنین نتایج تحلیل کواریانس در گروه‌های آزمایش به صورت مجزا آورده شده است.

جدول (۳): میانگین و انحراف استاندارد گروه‌ها قبل و بعد از آزمایش در گروه آزمایش اضطراب

زمان اندازه‌گیری				گروه
پس آزمون		پیش آزمون		
انحراف استاندارد	میانگین	انحراف استاندارد	میانگین	
۱/۵۵	۱۸/۱۳	۲/۴۹	۲۴/۰۶	گروه آزمایش اضطراب
۲/۱۰	۲۲/۴۶	۱/۹۵	۲۲/۶۶	کنترل

جدول (۴): میانگین و انحراف استاندارد گروه‌ها قبل و بعد از آزمایش در گروه آزمایش افسردگی

زمان اندازه‌گیری				گروه
پس آزمون		پیش آزمون		
انحراف استاندارد	میانگین	انحراف استاندارد	میانگین	
۰/۹۱	۹/۶۰	۱/۵۷	۱۲/۲۶	گروه آزمایش افسردگی
۲/۰۵	۱۲/۴۳	۱/۹۵	۱۵/۴۶	کنترل

جدول (۵): خلاصه تحلیل کوواریانس گروه اضطراب

منبع تغییرات	مجموع مجزورات	درجه آزادی	میانگین مجزورات	مقدار F	سطح معناداری	شاخص اندازه ی اثر کوهن
همپراش	۱۵/۲۱	۱	۱۵/۲۱	۴/۹۹	۰/۰۳	۰/۱۵
گروه	۱۵۶/۰۴	۱	۱۵۶/۰۴	۵۱/۲۲	۰/۰۰	۰/۶۵
خطا	۸۲/۲۵	۲۷	۳/۰۴			

جدول (۶): خلاصه تحلیل کوواریانس افسردگی

منبع تغییرات	مجموع مجزورات	درجه آزادی	میانگین مجزورات	مقدار F	سطح معناداری	شاخص اندازه ی اثر کوهن
همپراش	۳/۱۵	۱	۳/۱۵	۱/۲۶	۰/۲۶	۰/۱۴
گروه	۱۰۱/۰۱	۱	۱۰۱/۰۱	۴۱/۲۸	۰/۰۰	۰/۶۰
خطا	۶۷/۳۷	۲۷	۲/۴۹			

در گروه آزمایش اضطراب، آزمون لوین نشان داد که واریانس‌های خطای متغیر وابسته در دو گروه همسان هستند:

$$F(1,28)= 51.22 \text{ و } P>.05$$

با احراز مفروضه‌های مهم ANCOVA این آزمون انجام شد که خلاصه نتایج برای گروه آزمایش اضطراب در جدول ۵ آمده است.

معناداری همپراش نشان می‌دهد که این نمرات دارای همبستگی معناداری با نمرات متغیر وابسته (پس آزمون) بوده است که با تحلیل کواریانس ایناثر کنترل شده است. با توجه به ردیف دوم جدول (۵) متغیر گروه‌بندی (مستقل) تفاوت معنادارای در گروه ایجاد کرده است و ۶۵ درصد از تغییرات متغیر وابسته را تبیین می‌کند.

در گروه آزمایش افسردگی، آزمون لوین نشان داد که واریانس‌های خطای متغیر وابسته در دو گروه همسان هستند: $F(1,28)=41.28$ و $P>.05$

خلاصه نتایج کواریانس برای گروه آزمایش افسردگی در جدول ۶ آمده است.

با توجه به ردیف دوم جدول (۶) متغیر گروه‌بندی (مستقل) تفاوت معنادارای در گروه ایجاد کرده است و ۶۰ درصد از تغییرات متغیر وابسته را تبیین می‌کند. در حالی که پیش آزمون نتوانسته اثر معناداری بر تغییرات پس آزمون نداشته است.

بحث

این پژوهش، با هدف اثربخشی بازی درمانی کودک محور، بر کاهش مقدار اضطراب و افسردگی کودکان دختر دارای اختلال اضطراب و افسردگی انجام گرفت. فرضیه اول در این پژوهش، این بود که: بازی درمانی کودک محور بر کاهش مقدار اضطراب کودکان دارای اختلال اضطراب در دوره دبستان موثر می‌باشد. نتایج تحلیل کواریانس گروه آزمایش اضطراب نشان داد، حتی با حذف اثر تفاوت‌های اولیه، مداخلات بازی درمانی کودک محور بر کاهش مقدار اضطراب کودکان دختر دارای اضطراب در مرحله پس آزمون مؤثر بوده است. فرضیه دوم نیز بدین شکل بود که: بازی درمانی کودک محور بر کاهش مقدار افسردگی کودکان دارای اختلال افسردگی در دوره دبستان موثر می‌باشد. نتایج تحلیل کواریانس گروه آزمایش افسردگی نیز نشان داد، مداخلات بازی درمانی کودک محور بر کاهش مقدار افسردگی کودکان دختر دارای افسردگی در مرحله پس آزمون مؤثر بوده است. این پژوهش هم راستا با پژوهش‌های التی (۲۰۰۵)، جی یوم شین (۲۰۰۲) بوده است. آنها در پژوهش‌های خود نشان دادند که بازی درمانی شیوه‌ای است که کودکان به وسیله‌ی آن به راهی مناسب نگرانی، نارضایتی و رنجش‌هایشان را از محیط ابراز می‌دارند. التی (۲۰۰۵) هم-چنین به این نکته اشاره می‌نماید که بیش‌ترین این نارضایتی و رنجش‌ها در نتیجه شرایطی بوده است که از سمت والدین به این کودکان تحمیل گردیده است. هم‌چنین داگرتی (۲۰۰۶) در پژوهش خود به این نتیجه رسید که بازی درمانی بر روی سازگاری اجتماعی و روان‌شناختی کودکانی که دارای مشکلاتی در زمینه‌های می‌باشند دارای تاثیرات مثبتی است. از طرفی یافته‌های این پژوهش در راستای یافته‌های باگرلی و لندرت (۲۰۰۲) و اگوا (۲۰۰۴) می‌باشد. چنانکه این مولفان در پژوهش‌های خود به صورت کلی‌تر نشان داده‌اند که بازی درمانی دارای تاثیرات مثبت بر روی

سازگاری اجتماعی و روان‌شناختی کودکان، مراحل گوناگون رشد آنان و افزایش سطح اعتماد به نفس بوده است. باگرلی و پاکر (۲۰۰۵) نیز در پژوهش‌های خود نشان داده‌اند که بازی درمانی به بهبود مهارت‌های اجتماعی و کاهش افسردگی می‌انجامد. برت (۱۹۷۵) در پژوهشی با عنوان بررسی اثربخشی بازی درمانی بر روی کاهش مقدار اضطراب و افسردگی و افزایش سطح حرمت خود در کودکان دارای مشکلات روان‌شناختی و اجتماعی مشاهده نمود که بازی درمانی نقش بسیار مثبتی در کاهش اضطراب و افسردگی و همچنین افزایش سطح حرمت خود در این کودکان داشته است. یافته‌های این پژوهش را به این صورت می‌توان تبیین کرد:

چون کودکان هنوز به تفکر انتزاعی دست نیافته‌اند تا بتوانند به بیان هیجانات و احساسات بپردازند، بنابراین باید به دنبال راهی بود تا کودکان به وسیله‌ی آن هیجانات و احساسات مثبت و منفی خود را نمایان سازند تا بتوان به چرایی رفتار آنان پی برد. از آنجا که بازی برای کودکان همانند کلام برای بزرگسالان است، بنابراین وسیله‌ای است برای بیان احساسات، برقراری روابط، توصیف تجربیات، آشکار کردن آرزوها و خودشکوفایی، و از طرفی باعث ارتباط افکار درونی کودک با دنیای خارجی وی می‌شود. نکته قابل توجه اینکه کودکان در جریان بازی درمانی هیجانات منفی خود نسبت به محیط خود را به سطح قابل مشاهده انتقال می‌دهند و درمانگر با مشاهده این رفتارهای آشکار (که در قالب بازی نمایان می‌شود) به مشکلات درونی و دل‌مشغولی‌های ذهنی وی پی می‌برد.

نقش بازی درمانی تنها در به سطح آوری مشکلات درونی کودکان خلاصه نمی‌گردد. چنانکه وقتی درمانگر با یک کودک مضطرب یا افسرده مواجه می‌گردد علت‌ها و یا فرضیه‌های گوناگونی را می‌تواند برای چرایی و ریشه این مشکلات متصور گردد که این فرضیات با انتخاب نوع اسباب بازی، شیوه و محتوای سخنان کودک با اسباب بازی یا گروه حالت منسجم‌تری را برای تشخیص پیدا می‌کند. وقتی کودکی به بیان مشکلات و چرایی آنها به زبان نمادین می‌پردازد این ظرفیت در وی به وجود می‌آید که با پذیرش اصول جدید به بازاندیشی افکار خود بپردازد و از طرفی با بکارگیری راه‌های جایگزین منسجم و جامع‌تر با مسئله چالش برانگیز جدید روبرو گردد. از این روست که بازی درمانی قدرت حل مسئله را در کودکان افزایش می‌دهد. کودکان در جریان بازی درمانی تجربه‌های سخت و آسیب‌زای گذشته را در بازی‌های خود دوباره به نمایش می‌گذارند تا درک درست‌تری از آنها به دست آورند و بتوانند تسلط بیش‌تری بر آینده داشته باشند. هم‌چنین می‌آموزند که چگونه روابط و کشمکش‌های شان را با شیوه‌های بهتری مدیریت کنند. بازی درمانی می‌تواند نتایج کلی، مانند کاهش اضطراب و افزایش اعتماد به نفس یا نتایج خاص، همچون تغییر رفتار و بهبود روابط با اعضای خانواده و دوستان داشته باشد.

بنابراین، بر مبنای یافته‌های این پژوهش می‌توان گفت که بازی درمانی نقش کم نظیری در درمان اختلالات کودکان من جمله افسردگی و اضطراب دارد. در راستای یافته‌های این پژوهش، پیشنهادات کاربردی ذیل را می‌توان ارائه نمود:

الف) والدین به مقوله بازی و نقش آن در رشد، بالندگی و ابراز هیجانات کودک توجه بیش تری را مبذول نمایند و آن را تنها به عنوان یک سرگرمی برای کودک نپندارند. چنانکه بازی برای کودک روشی در جهت به کارگیری اندیشه‌هایش در زندگی روزمره است. بنابراین، بهتر است که والدین فضا و ابزار مناسب بازی را برای کودک فراهم نمایند.

ب) کلینیک‌های مشاوره ادارات آموزش و پرورش مجهز به اتاق بازی درمانی شوند تا با به کارگیری بازی درمانی کودک محور، قدمی در جهت کاهش اختلالات روان‌شناختی و رفتاری کودکان برداشته باشند.

پ) کلینیک‌های بالینی کودک توجه بیش تری به نقش بازی درمانی کودک محور در درمان اختلالات افسردگی و اضطراب دوران کودکی داشته باشند.

از محدودیت‌های این پژوهش می‌توان این موارد را بیان کرد:

الف) این پژوهش در مورد دختران صورت گرفته، لذا از تعمیم آن به تمام کودکان جانب احتیاط را باید رعایت کرد. ب) گروه‌های نمونه کوچک بوده‌اند و این احتمال وجود دارد که این نتایج از ثبات و پایایی کافی برخوردار نباشد.

منابع

- احدی، ح. بنی جمالی، ش. *روان شناسی رشد*. تهران: انتشارات پردیس؛ ۱۳۸۵.
- انجمن روان پزشکی آمریکا. (۱۳۸۱) *متن تجدیدنظر شده راهنمای تشخیص و آماری اختلالات روانی*، ترجمه محمدرضا نیکخواه و هامایاک آوادیس یانس. تهران: انتشارات سخن
- باچر، ج. منیکا، س. هول، ج. *آسیب شناسی روانی*، جلد دوم (۱۳۸۸). ترجمه یحیی سید محمدی. تهران: انتشارات ارسباران
- تامپسون، ج. رودلف، ل. لیندا، ب. (۱۳۸۸). *مشاوره با کودکان*. ترجمه جواد طهوریان. تهران: انتشارات رشد.
- دادستان، پ. (۱۳۸۲). *روان شناسی مرضی تحولی از کودکی تا بزرگسالی*، جلد اول. تهران: انتشارات سمت
- شکوهی یکتا، م. پرنده، ا. (۱۳۸۴) *اختلالات رفتاری کودکان و نوجوانان*. تهران: انتشارات طیب
- قمری گیوی، حسین. عباسی، ابوالقاسم. فلاح زاده، محمود. (۱۳۸۸). بررسی میزان سیوع اختلال اضطراب منتشر در بین دانش آموزان پایه پنجم و اثربخشی روش های خود گویی درونی و بیرونی بر کاهش آن. *مجله مطالعات روان شناختی*، دوره پنج، شماره ۲.
- کاپلان و سادوک، خلاصه *روان پزشکی جلد سوم* (۱۳۸۸). ترجمه فرزین رضائی. انتشارات ارجمند.
- لطفی کاشانی، ف. وزیری، ش (۱۳۷۶). *روان شناسی مرضی کودک*، تهران: نشر ارسباران؛ جلد دوم.
- لطیفی، ز. امیری، ش. *درمان اختلالات اضطرابی* (۱۳۹۰). اصفهان، انتشارات جهاد دانشگاهی واحد اصفهان.
- لندرث، گاری ال. *دینامیسم مشاوره با کودکان*. ترجمه خدیجه آربین (۱۳۷۰). تهران، انتشارات اطلاعات.

- محمدی، کوروش. برجعلی، احمد. اسکندری، حسین. دلاور، علی. (۱۳۸۹). کارآیی بالینی پرسش‌نامه افسردگی کودکان در تشخیص اختلال افسردگی کودکان و نوجوانان، *مجله روان‌شناسی بالینی*: سال دوم، شماره ۱ (پیاپی ۵)، ص ۸-۱
- محمد اسماعیل، ا. بازی درمانی نظریه‌ها، روش‌ها و کاربردهای بالینی (۱۳۸۳). تهران، انتشارات دانژه
- Angold, A. Erkanli, A. (1999). *Co morbidity. Journal of child Psychology and Psychiatry*, 40, 57 – 87
- Amaury, S. (2007). *The effect of social skill instruction on sport and game related behaviors of children an adolescents with emotional or behavioral disorders*. Unpublished PH.D.dissertation, university of. ohio state university.
- Warner. C.M, Reigade, C. Fisher, P.H, Saborsky, A.L & Benkov, K.J (2009). CBT for anxiety and associated somatic complaints in pediatric medical setting: An open pilot study *journal of clinical psychology mediation* 16: 169-177.
- Lieberman, L.C. Lipp, O.V. Spence, S.H & March, S (2006). Evidence for retarded extinction of aversive learning in anxious children. *Behavior Research and therapy*. 1491- 1502.
- Hatton C, McNicols, Doubleday K (2006). Anxiety in a neglected population: prevalence of anxiety disorders in pre- adolescents children. *Clinical psychology review*.(26): 817-833
- Watts, Shirley, Markham, Ramona (2005). Etiology of depression in children *journal of Instructional psychology*, 32(3).
- Sabatino, D.A, Webste, B.G, Boonevance, H.(2001). Children mood disorders: History, characteristics, diagnosis and treatment. *Clinical Assessment of child and adolescent behavior*. (pp.413-449).
- Raberts, R. Attkinsson, C.C, Rosenblatt, A. (1998). Prevalence of psychopathology among children and adolescents. *American journal of psychiatry*, 155(6).
- Shoaf , Thomas L, Emslie, Graham J, Mayes, Taryn L(2001). Childhood depression: Diagnosis and treatment strategies in general pediatrics. *Pediatric Annals*, 30(3).
- Ciechetti, D. (1998). The development of depression in children and adolescents. *American psychologists*.53(2).
- Hammen, C. Rudolph, K.D.(2003). Childhood depression, child psychopathology, (pp 233-263).
- Nolen- Hooksemas, Hilt L.M.(2008) *Hand Book of Depression in Adolescents*. New York: Routledg.
- Abela JRZ, Hankin BL. (2008) *Hand Book of Depression in Adolescents*. New York: The Guilford press.
- Krichner, J.(2000). Depression in children and adolescents. *American family physician*: 62(40).
- Corrosion CA, Waller JL, Coffe SP.(1997). Incidence of major depressive disorder and dysthymia in young adolescents. *American Academic Children Adolescents Psychiatry*. 36: 458- 465
- Ray D, Schottelkorb A, Tsai M-H. (2007). Play therapy with children ethibiting symptoms of Attention Deficit Hyperactivity Disorder. *International journal of play therapy*, 16, 95-111.

- Phipps Monahan, Sands, March, Neighbors.(2006). Medical Surgical Nursing.Pheladelphia, WB, Mosby: 670-691.
- Hall, T,M , Kaduson, HG, Schaefer C,E.(2002). Fifteen effective play therapy techniques. Professional psychology: Research and practice. Vol.33, No, 6, 515-522.
- Landreth, GL.(2002). Play therapy .the art of the relationship (2ed) New York: brunner-Routledge.
- Porter, M.L, Heruandez. Reif, M &Jessee, P.(2007). Play therapy: A review- Early child developmental and care.Taylor& Francis.
- Prins PJ, Ollendich TH.(2003). Cognitive change and enhanced coping: missing meditational links in cognitive behavior therapy with anxiety. Disordered children. Clinical children family psychology Review: 6(2): 87-105.
- Dayle Jones, K.(2002). Group play therapy with sexually abused preschool children: Group behaviors and intervention, journal for special in Group work.
- Althy, A.L. (2005). Effects of a trained therapy dog in child- centered play therapy on childrens bio behavioral measures of anxiety. Dissertation.University of north Texas.
- Berret D.(1975). the effects of play therapy on the social and psychological adjustment of five to nine years old children [Dissertation] Abstraction International (36): 20-32.
- Dougherty JL. (2006). Impact of child- Centered play therapy on children of different developmental stages [Dissertation]. University of North Texas.(67-04): 128.
- Baggerly J, Landreth G.(2001) Training children to help children: A New dimension in play therapy. The peer facilitator quarterly, (1): 6-14.
- Jiumshen. (2002). Short- term Group play therapy with Chinese Earth Quake Victims: Effects on Anxiety, Depression, and Adjustment. International journal play therapy, (11):43-63.
- Jasinski , D.M. (2000). Use of play therapy in some day pediatric surgery: Impact on patient and parent anxiety and level of parent satisfaction, Dissertation, the catholic university of America.
- Ogawa, T. (2004).Childhood Trauma and play therapy intervention for traumatized children. Journal of professional counseling: practice, theory & research, 32(1): 19-29.
- Landreth, G.L, Ray, D.C, Bratton, S. (2009). Play therapy in elementary school .psychology in the school. 46(3): 1-9.
- Ray, D. Bratton, S. Rhine, T & Jones, L. (2001). The effectiveness of play therapy: Research to the critics. International Journal of play therapy. 10(1): 85-108.
- Baggerly, A. Parker, M. (2005). Child- centered group play therapy with African American boys of the elementary school level, Journal of Counseling & development. 83: 387- 396.
- Kovacs, M. (1992).Manual for the children's depression inventory.Multi health System, Norton Tonawanda, NJ.
- Bimaher B, Axelson DA, Monk K, Kalas C, Clark DB, Ehmann M, Bridge J, Heo J, Brent DA.(2003). Fluvoxamine for the treatment of childhood anxiety disorders. Journal American academy child and adolescent psychiatry:42: 415.

Gould MS, Greenberg T, Velting DM, Shaffer D.(2003). Youth suicide risk and preventive interventions: A review of the past ten years. Journal American academy child and adolescent psychiatry؛42: 386.

