

اثربخشی بازی درمانگری گشتالتی در کاهش هراس اجتماعی

Effectiveness of Gestalt Play Therapy in Decreasing Social Phobia

Maryam Farahzadi
MA in Clinical Psychology

Mehdi Zare Bahramabadi, PhD
The Center for Research and
Development in Humanities

دکتر مهدی زارع بهرام‌آبادی
استادیار مرکز تحقیق و توسعه علوم انسانی
سازمان مطالعه و تدوین کتب علوم انسانی
(سمت)

مریم فرحزادی
کارشناس ارشد روان‌شناسی بالینی

Mohammad Ali Mohammadifar, PhD
Semnan University

دکتر محمدعلی محمدی‌فر
استادیار دانشگاه سمنان

چکیده

این پژوهش با هدف بررسی اثربخشی بازی درمانگری گشتالتی در کاهش هراس اجتماعی دانش‌آموزان پایه چهارم دبستان انجام شد. بدین منظور به روش نمونه‌برداری خوشه‌ای تصادفی از بین فهرست مدارس دخترانه منطقه دو آموزش و پرورش شهر تهران، دو مدرسه انتخاب و پس از اجرای فرم معلم سیاهه نشانه مرضی کودک (CSI-4؛ گادو و اسپیرافکن، ۱۹۹۴) ۱۲ دانش‌آموز (میانگین = ۱۱) انتخاب و به طور تصادفی در دو گروه مساوی آزمایشی و گواه قرار داده شدند. طرح تحقیق از نوع پیش‌آزمون - پس‌آزمون با گروه گواه بود. اعضای گروه آزمایشی ۱۰ جلسه، به مدت یک ساعت و سی دقیقه، تحت بازی درمانگری گشتالتی به صورت گروهی قرار گرفتند. بعد از پایان جلسه‌های درمانگری، فرم معلم سیاهه نشانه مرضی به عنوان پس‌آزمون در دو گروه اجرا شد. داده‌ها با استفاده از تحلیل کوواریانس تحلیل شدند. نتایج نشان دادند که بازی درمانگری گشتالتی سبب کاهش نمره‌های عامل‌های تشخیص و شدت اختلال هراس اجتماعی در مرحله پس‌آزمون می‌شود.

واژه‌های کلیدی: بازی درمانگری گشتالتی، هراس اجتماعی، دانش‌آموزان پایه چهارم ابتدایی

Abstract

The purpose of this study was to investigate the effectiveness of Gestalt play therapy in decreasing social phobia of fourth grade students. In order to select participants, two girls schools of the 2nd educational district of Tehran were selected by cluster random sampling method. Then, the teachers completed the social phobia items of the Child Symptom Inventory (CSI-4; Gadow, & Sparfkin, 1994). Based on teachers' reports, 12 students (M=11) were selected and assigned randomly to two equally experimental and control groups. The research design was pretest - posttest control group. The experimental group received 10 sessions of Gestalt play therapy (90 minutes a week) in groups. After 10th session, the teachers completed the social phobia items of the Child Symptom Inventory for both groups. Data were analyzed using covariance analyses. The results indicated that Gestalt play therapy was effective on decreasing the scores of the diagnosing and the severity factors of social phobia symptoms in the posttest phase.

Key words: Gestalt play therapy, social phobia, fourth grade students

received: 22 August 2010

accepted: 15 March 2011

دریافت: ۸۹/۵/۳۱

SID.ir

مقدمه

اضطراب، تجربه‌ای همگانی است که در افراد مختلف از سطوح پایین تا سطوح بالا گسترده است و می‌تواند قلمروهای اجتماعی، شخصی و تحصیلی را تحت تأثیر خود قرار دهد. با این حال، سطوح متوسط اضطراب به دلیل افزایش هشیاری نسبت به خطر و پیامهای مبنی بر انجام دادن عمل می‌تواند سودمند باشد (هوپرتی، ۲۰۰۴). بالعکس، اضطراب مرضی نیز وجود دارد که نه تنها نمی‌توان آن را پاسخ سازش یافته دانست بلکه آن را می‌توان منبع شکست، سازش نایافتگی و استیصال گسترده‌ای تلقی کرد که فرد را از بخش عمده‌ای از امکاناتش محروم می‌کند، انعطاف فردی را کاهش می‌دهد و طیف گسترده اختلالات اضطرابی^۱ را که از اختلالات شناختی و بدنی تا ترسهای غیرموجه و وحشت‌زدگیها گسترده‌اند، به وجود می‌آورد (دادستان، ۱۳۸۳).

اختلالات اضطرابی در زندگی کودکان نیز شایع‌اند و پیامدهای منفی و پایداری را در کنش‌وری کنونی و آتی کودک بر جای می‌گذارند. با این حال، کمتر از ۲۰ درصد (ماش^۲ و بارکلی^۳، ۱۳۸۳/۲۰۰۳) تمام کودکان نیازمند خدمات بهداشت روانی، مداخله لازم را دریافت می‌کنند. رایج‌اندک خدمات بهداشت روانی ممکن است تا اندازه‌ای ناشی از عدم شناسایی مناسب اختلالات روانی در کودکان، مخصوصاً اختلالات درونی‌سازی شده نظیر اضطراب باشد.

بر طبق چهارمین مجموعه تشخیصی و آماری اختلالات روانی (انجمن روان‌پزشکی آمریکا، ۱۹۹۴ نقل از ماش و بارکلی، ۱۳۸۳/۲۰۰۳)، کودکان با یکی از نه اختلال اضطرابی تشخیص داده می‌شوند که هراس اجتماعی^۴، یکی از این اختلالات است. هراس اجتماعی ترس بارز و مستمر از یک یا چند موقعیت اجتماعی یا عملکردی است که در آن شخص می‌ترسد شرمساری‌اش پدیدار شود (ماش و بارکلی، ۱۳۸۳/۲۰۰۳).

کودکان مبتلا به هراس اجتماعی در موقعیتهای رسمی نظیر رفتن به مهمانی، تعامل با افراد ناآشنا و غذا خوردن

در جمع، ترس شدیدی را تجربه می‌کنند. با این حال، از متداولترین وقایع تنیدگی‌زا برای این کودکان، تعامل با همسالان و ملحق شدن در فعالیتهای خارج از مدرسه است که ممکن است هر روز رخ دهند. در چنین شرایطی واکنشهای هیجانی نیز ممکن است بسیار شدید باشند و شامل موارد زیر شوند: سردرد یا معده درد، حمله‌های وحشت اتفاقی، گریه و اجتناب رفتاری. کودکان مبتلا به هراس اجتماعی از سطوح بالای اضطراب تعمیم‌یافته^۵، بیقراری و افسردگی نیز رنج می‌برند (لويس، ۲۰۰۲).

با اینکه هراس اجتماعی در کودکان و نیز در بزرگسالان دیده می‌شود، تفاوتی در تجربه این اختلال وجود دارد. اول آنکه، کودکان لزوماً نمی‌دانند که ترسشان غیرمنطقی است. دوم آنکه، کودکان فاقد آزادی بزرگسالان برای اجتناب از موقعیتهای اضطراب‌آور، مانند اجبار در صحبت کردن علنی در مدرسه هستند و به نظر می‌رسد به دلیل گریزناپذیر بودن این موقعیتهای گاهی اضطراب خود را به صورت غیرمستقیم نشان می‌دهند (هالجین^۶ و ویتبورن^۷، ۱۳۸۷/۲۰۰۳)؛ به عنوان مثال، کودک از دنبال کردن راهنماییها، تکمیل تکلیفها و نیز افزایش توجه پیش از رویدادهای تنیدگی‌زا نظیر صحبت کردن در کلاس یا حتی نشستن در کنار همسالان غریبه در گروههای کلاسی، ناتوان است (لويس، ۲۰۰۲).

کودکان و نوجوانان مبتلا به هراس اجتماعی دارای روابط دوستانه کمتر و سطوح پایین‌تر پذیرش میان گروههای همسالان هستند (بارت، ۲۰۰۴). در گذشته این فرض مطرح بوده است که عدم پذیرش این کودکان در گروههای همسالان به دلیل مشکلاتی است که آنها در مهارتهای اجتماعی دارند، اما بررسیهای اخیر نشان داده‌اند که ضرورتاً کودکان مبتلا به هراس اجتماعی مشکلات مهارتهای اجتماعی ندارند (هاتون، اسپیریز و گمرسال، ۲۰۰۴)، بلکه افراد مبتلا به اختلالات اضطرابی به ویژه هراس اجتماعی، در پی رویدادهای اجتماعی منفی، احساس بی‌ارزشی بیشتری دارند. همچنین، این کودکان می‌ترسند از اینکه صحبت یا عملشان احمقانه

1. anxiety disorders
2. Mash, E.
3. Barkley, R.

4. social phobia
5. generalized anxiety
6. Halgin, R. P.

7. Whitbourne, S. K.

خود جلب کرده است و در حیطه درمانگری به عنوان جایگزینی برای روشهای مبتنی بر کلامی سازی در بزرگسالی در نظر گرفته می شود (برتن، ری و رهین، ۲۰۰۵). در تجربه بازی به عنوان روش درمانگری، محیط امنی به کودک ارایه می شود تا خود را در آن واریسی کند، به بیان خود نایل شود و خود را بهتر بشناسد (لنדרت^۴، ۱۳۶۹/۱۹۳۷). افزون بر این، بازی درمانگری^۵ به دنبال کاهش مسائل هیجانی و رفتاری کودکان است که به طور معناداری در کنش وری بهنجار کودک مداخله می کند (فاین، ۲۰۰۳). در سالهای اخیر از بازی درمانگری در درمان مشکلات اضطرابی استفاده شده است که می توان به کاهش اختلال اضطرابی (ککس، ۱۹۵۳؛ جلالی، ۱۳۸۷)، کاهش هراس تاریکی (سنتاکروز، مندز و مکا، ۲۰۰۶)، کاهش اضطراب در کودکان نجات یافته از زلزله (شن^۶، ۲۰۰۱ نقل از بیات، ۱۳۸۷) و کاهش اضطراب و افزایش سطح احساسهای مثبت و سازگاری عمومی در کودکان (نرسی، ۱۳۸۳) اشاره کرد.

تاکنون روی آوردهای متفاوتی در زمینه بازی درمانگری مطرح شده اند. یکی از این روی آوردها، بازی درمانگری گشتالتی^۷ است که ویولت اوکلاندر^۸ (نقل از تامپسون^۹ و رودلف^{۱۰}، ۱۳۸۴/۱۹۹۶) از آن برای کار با کودکان سود جسته است. در بازی درمانگری گشتالتی، کودک تشویق می شود که به جای انکار تعارضهایی که در شخصیت او وجود دارند، این تعارضها را به صورت دو قسمت از شخصیت تجسم کند و بین آنها گفتگو برقرار نماید. همچنین، کودک با استفاده از بازی درمانگری گشتالتی مسئولیت پذیری نسبت به پیامد رفتارش را می آموزد. با استفاده از این شیوه، درمانگر به حالتهای بدنی و چهره ای، آهنگ صدا، تنفس و سکوت کودک توجه می کند و در مورد هر یک از این نشانه ها بحث می کند تا وی به روشنی از احساسهای خود مطلع شود (گلدارد^{۱۱} و گلدارد^{۱۲}، ۱۳۸۷/۲۰۰۲). بدین منظور در بازی درمانگری گشتالتی تمرینهایی وجود دارد که کودک برای انجام

باشد و از سوی همسالان طرد شوند یا اینکه آشکارا در زمان انجام تکلیفهای مدرسه شکست بخورند. بنابراین، چنین ارزیابی از خود سبب کناره گیری این کودکان از گروههای همسالان می شود (ویلسون^۱ و رایبی^۲ نقل از یوسفی، مظاهری و ادهمیان، ۱۳۸۷). بدیهی است باید نشانگان اختلال حداقل ۶ ماه ادامه یابد تا از ناشیگریهای اجتماعی موقت که بسیاری از کودکان در محیطهای جدید نشان می دهند، متمایز شود و تشخیص دقیق هراس اجتماعی میسر شود (لوپس، ۲۰۰۲).

یکی از مهمترین شیوه های متفاوت درمان هراس اجتماعی، شناخت - رفتار درمانگری^۳ است. درمانگران تأکید کرده اند که برای استفاده از این روش، مراجع باید مهارتهای کلامی بالا و حدی از بینش و خودآگاهی داشته باشد (فریتسچر، ۲۰۰۸). با توجه به این مسئله کاربرد این روش در کودکان با محدودیتهای قابل ملاحظه ای روبه رو است، زیرا کودکان هنوز قادر نیستند همه افکار، احساسها و حالتهای خود را بیان کنند و از سوی دیگر، در بسیاری از موارد نسبت به رفتارها و مشکلات خود بینش ندارند. بنابراین، اگرچه این روش در نوجوانان کارآمد و مؤثر است، به کارگیری آن در کودکان به دلیل محدودیتهای شناختی و کلامی آنها معقول به نظر نمی رسد (بیات، ۱۳۸۷). کودکان برخلاف بزرگسالان - که از طریق واژگان، خود را ابراز می کنند - برای بیان مسایل خویش به ابزارهای دیگری (مانند وسایل و اسباب بازیها) متوسل می شوند. بازی فعالیتی است که آزادانه از سوی کودکان انتخاب می شود و کودک معمولاً مایل به انجام دادن آن است (روبین، فاین و وندنبرگ، ۱۹۸۳). برای کودک بازی لذت بخش است و می تواند فعالانه هر طور که می خواهد در بازی رفتار کند (هاگس، ۱۹۹۵). بنابراین، بازی به دلیل منطبق بودن با شرایط و نیازهای تحولی منحصر به فرد کودک و نیز ظرفیت بیانی گسترده ای که در اختیار کودک قرار می دهد تا مسایل خود را ابراز کند، توجه روان شناسان کودک را به

1. Wilson, J.

2. Rapee, R.

3. Cognitive Behavioral Therapy (CBT)

4. Landreth, G.

5. play therapy

6. Shen, Y.

7. gestalt play therapy

8. Oaklander, V.

9. Thompson, H. L.

10. Rudolph, L.

11. Geldard, K.

12. Geldard, D.

دادن آن باید از حواس خود استفاده کند و احساساتش را بروز دهد (تامپسون و رودلف، ۱۳۸۴/۱۹۹۶).

در حال حاضر بازی درمانگری گشتالتی یکی از روی آوردهای مهم در این حیطه است، اما از سایر روی آوردها پشتوانه پژوهشی کمتری دارد. از بین محدود پژوهشهای انجام گرفته در این زمینه می توان به تأثیر حمایتی بازی درمانگری گشتالتی در کودکان مبتلا به ناتوانی یادگیری (ورن، ۲۰۰۶) اشاره کرد.

از آنجا که اختلالهای اضطرابی به ویژه هراس اجتماعی سبب افت عملکرد تحصیلی، اجتماعی و عاطفی کودکان می شود، لزوم اتخاذ روشهایی برای کاهش این مشکل اجتناب ناپذیر است. بدیهی است با توجه به ظرفیتهای کلامی، شناختی و اجتماعی کودکان بهترین مداخله در این سطح بازی درمانگری خواهد بود. افزون بر این، با توجه به ویژگیهای خاص روی آورد گشتالتی در بازی درمانگری مانند تلاش برای آگاه کردن کودکان نسبت به حالتها و بازخوردهای بدنی شان - که یکی از مؤلفه های مهم مشکلات اضطرابی است - تقویت تصویر سازیها و تجسمهای ذهنی و نیز تمرکز بر رابطه گرم و پویا بین درمانگر و کودک، انتظار می رود بازی درمانگری گشتالتی روش مؤثری در کاهش هراس اجتماعی کودکان باشد. از آنجا که کودکان ایرانی تاکنون از بازی درمانگری گشتالتی بهره نبرده اند، این پژوهش با هدف تعیین اثربخشی بازی درمانگری گشتالتی در کاهش هراس اجتماعی در نمونه ای از دانش آموزان دوره ابتدایی انجام شده است.

روش

پژوهش حاضر براساس طرح شبه آزمایشی پیش آزمون و پس آزمون با گروه گواه انجام شد. شرکت کنندگان، ۱۲ دانش آموز دختر پایه چهارم دوره ابتدایی با دامنه سنی ۱۰-۱۲ سال (میانگین = ۱۱) بودند. به منظور انتخاب شرکت کنندگان، دو مدرسه از منطقه ۲ آموزش و پرورش

تهران به روش نمونه برداری خوشه ای انتخاب شدند. سپس، معلمان سؤالهای مربوط به هراس اجتماعی از فرم معلم سیاهه نشانه مرضی کودک^۱ (محمداسماعیل، ۱۳۸۳ برگرفته از گادو^۲ و اسپرافکن^۳، ۱۹۹۴) را به عنوان پیش-آزمون تکمیل کردند. دوازده دانش آموز که در بعد تشخیص، نمره حداقل ۳ را - که نمره برش است - به دست آوردند (نقل از محمداسماعیل، ۱۳۸۳ ب) پس از مصاحبه بالینی نیمه ساخت دار، انتخاب و به طور تصادفی در دو گروه قرار داده شدند. ۱۰ جلسه ۹۰ دقیقه ای (دو بار در هفته) بازی درمانگری گشتالتی در مورد گروه آزمایشی اجرا شد (جدول ۱). پس از اتمام جلسه ها، معلمان بار دیگر سؤالهای مربوط به هراس اجتماعی سیاهه نشانه مرضی کودک را به عنوان پس آزمون برای دو گروه تکمیل کردند.

سیاهه نشانه های مرضی کودکان دو فرم معلم و والد دارد که برای سنین ۵ تا ۱۲ طراحی شده است. فرم والد مشتمل بر ۱۱۲ گویه است که برای ۱۱ گروه اصلی و یک گروه اضافی از اختلالهای رفتاری تنظیم شده است. فرم معلم ۷۷ گویه دارد و هشت گروه اختلال را دربرمی گیرد: اختلال نارسایی توجه-فزون کنشی^۴، اختلال تضادورزی گستاخانه^۵، اختلال رفتار هنجاری^۶، اختلالهای اضطرابی، اختلال اضطرابی و تیک^۷، اختلالهای روان گسستگی^۸، اختلالهای خلقی^۹، اختلالهای فراگیر تحولی^{۱۰} (نقل از محمداسماعیل، ۱۳۸۳ ب).

روایی^{۱۱} و اعتبار^{۱۲} سیاهه در پژوهشهای متعدد تأیید شده است. به عنوان مثال، کلانتری، نشاط دوست و زارعی (۱۳۸۰ نقل از محمداسماعیل، ۱۳۸۳ ب) ضریب آلفای کرونباخ را به عنوان شاخصی از اعتبار برای فرم معلم ۰/۹۱ و برای فرم والد ۰/۸۵ گزارش کرده اند. در مورد روایی صوری این سیاهه باید گفت که این سیاهه مبنای ملاکهای چهارمین مجموعه تشخیصی و آماری اختلالهای روانی انجمن روان پزشکی امریکا تهیه شده است.

1. Child Symptom Inventory (CSI-4)

2. Gadow, K. D.

3. Sprafkin, J.

4. Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder

5. oppositional defiant disorder

6. conduct disorder

7. tic and anxiety disorder

8. psychosis disorders

9. mood disorders

10. pervasive developmental disorders

11. validity

12. reliability

جدول ۱.

هدف و محتوای جلسه‌های بازی درمانگری گشتالی

جلسه‌ها	هدف	محتوا
اول	آشنایی اعضای گروه با یکدیگر و پژوهشگر	آشنایی اعضا با هدفها و قوانین گروه و تشریح فعالیت‌های هر جلسه
دوم	استفاده از حواس بساوایی و یکپارچه کردن حواس، تشویق اعضا به بیان نظرهای خود در گروه	انجام فعالیت‌هایی نظیر بریدن، تکه‌تکه کردن، چنگ‌زدن به گل رس و بیان احساسهای خود در هنگام انجام فعالیتها
سوم	استفاده از حواس بساوایی و یکپارچه کردن حواس، تعامل اعضا با یکدیگر، کمک به اعضا برای رسیدن به بینش و آگاهی از جانب دیگران، قادر ساختن کودک برای فرافکنی احساساتش به اشکال ساخته شده	ساختن مجسمه‌هایی از گل رس که نشان‌دهنده احساسهای کودک است. توضیح احساسها توسط اعضای گروه
چهارم	استفاده از حواس بساوایی و یکپارچه کردن حواس، کمک به کودک برای شرح داستان و مشارکت در آن با استفاده از اشکال ساخته شده	ساختن مجسمه‌هایی از گل رس که بیانگر کودک باشد. بیان داستان در مورد مجسمه‌ها توسط هر یک از اعضا
پنجم	شناخت احساسهای خود و نیز آگاهی از احساسهای دیگران	چیدن مجسمه‌ها در کنار یکدیگر به تشخیص اعضای گروه بحث در مورد چگونگی وضعیت قرارگرفتن هر مجسمه
ششم	استفاده از بازی تخیلی به منظور ترغیب اعضا برای گفتگو با یکدیگر، ایجاد فرافکنی احساس، افکار، آرزوها و توانمندیها در قالب شخصیت‌های خیالی(حیوانی)	انتخاب حیوان مورد نظر هر یک از اعضای گروه بحث در مورد افکار، علایق، نیازها و فعالیت‌های حیوان مورد نظر هر یک از اعضا
هفتم	هدفهای جلسه ششم	نوشتن داستان و بحث در مورد آن توسط اعضای گروه و پژوهشگر
هشتم - دهم	فرافکنی احساسها، نیازها و آرزوهای کودک در شکل شخصیت‌های نمایش (عروسک‌های دستی حیوانی)، آشنایی با قطب‌های متضاد شخصیت (ضعیف یا سلطه‌پذیر، قوی یا سلطه‌گر)، ارزیابی پیامد رفتارهای شخصیتها که سبب بینش کودک از کنش خود می‌شود، بهبود مهارت‌های حل مسئله و تصمیم‌گیری، قوی‌شدن از طریق نمایش جسمانی. در این جا هیجانهای غیرقابل پذیرش می‌توانند بدون احساس ترس از مورد سرزنش قرار گرفتن بیان شوند.	انتخاب موضوع نمایش در مورد کلاس درس انتخاب شخصیت‌های نمایش (سلطه‌پذیر یا ترسو و سلطه‌گر یا قوی) تکرار برخی کلمه‌ها یا رفتارهای هر یک از شخصیت‌های نمایش توسط کودک نمایش‌دهنده بحث در مورد آهنگ و حالت‌های هر یک از شخصیتها توسط اعضای گروه و پژوهشگر بحث و گفتگو در مورد کنش هر یک از شخصیت‌های نمایش و نیز پیامد آن توسط اعضای گروه و پژوهشگر

یافته‌ها

مشخصه‌های توصیفی متغیرهای مورد مطالعه قبل و بعد از کاربردی آزمایشی در جدول ۲ آورده شده‌اند. نتایج جدول ۲ نشان می‌دهند که میانگین نمره‌های کسب شده در دو متغیر هراس اجتماعی و شدت نشانه‌ها در پس‌آزمون گروه آزمایشی کمتر از پس‌آزمون گروه گواه است. برای کنترل و خنثی کردن اثرات پیش‌آزمون از روش تحلیل کوواریانس بهره گرفته شد. نتایج این تحلیل در

جدول ۳ ارایه شده است.

همان‌گونه که در جدول ۳ مشاهده می‌شود بازی درمانگری گشتالتی در کاهش اجتماعی مؤثر بوده است ($F=10/80, P<0/01$). به بیان دیگر، بعد از تعدیل نمره‌های پس‌آزمون با نمره‌های پیش‌آزمون بین نمره‌های دو گروه آزمایشی و گواه تفاوت وجود دارد. بازی درمانگری گشتالتی بر شدت نشانه‌ها نیز مؤثر بوده است ($F=36/28, P<0/01$) و اندازه اثر این شیوه درمانی $0/801$ است. به بیان دیگر، پس از تعدیل نمره‌های

پس از آزمون با نمره‌های پیش آزمون، بین نمره‌های دو گروه آزمایشی و گواه تفاوت وجود دارد.

جدول ۲.

میانگین و انحراف استاندارد نمره‌های هراس اجتماعی و شدت نشانه‌ها

متغیر	گروه آزمایشی				گروه گواه			
	پیش آزمون		پس آزمون		پیش آزمون		پس آزمون	
	SD	M	SD	M	SD	M	SD	M
هراس اجتماعی	۰/۵۱	۳/۳۳	۰/۴۱	۱/۶۷	۰/۵۲	۳/۶۷	۰/۹۸	۲/۸۳
شدت نشانه‌ها	۰/۷۵	۸/۱۷	۰/۸۲	۲/۶۷	۱/۶۳	۸/۶۷	۱/۶۳	۷/۳۳

جدول ۳.

خلاصه نتایج تحلیل کوواریانس نمره‌های هراس اجتماعی و شدت نشانه‌ها

متغیرها	df	SS	MS	F	η^2
هراس اجتماعی					
پیش آزمون	۱	۰/۶۶۷	۰/۶۶۷	۱/۲۰	۰/۱۱۸
بازی درمانگری گشتالتی	۱	۶/۰۰	۶/۰۰	۱۰/۸۰**	۰/۵۴۵
خطا	۹	۵/۰۰	۰/۵۵۶		
شدت نشانه‌ها					
پیش آزمون	۱	۰/۵۵۷	۰/۵۵۷	۰/۳۱۱	۰/۰۳۳
بازی درمانگری گشتالتی	۱	۶۴/۹۴	۶۴/۹۴	۳۶/۲۸**	۰/۸۰۱
خطا	۹	۱۶/۱۱	۱/۷۹		

** $P < 0.01$.

بحث

همان گونه که بیان شد هدف پژوهش حاضر تعیین اثربخشی بازی درمانگری گشتالتی در کاهش هراس اجتماعی دانش‌آموزان بود. نتایج نشان دادند که بازی درمانگری گشتالتی در کاهش هراس اجتماعی دانش‌آموزان مؤثر است. نتیجه به دست آمده با یافته‌های پژوهشهای پیشین (برای مثال، ری^۱، براتون^۲، رینه^۳ و جونز^۴، ۲۰۰۱ نقل از جلالی، ۱۳۸۷؛ بیتانه، ۱۳۸۷؛ جلالی، ۱۳۸۷؛ براتون و ری، ۲۰۰۲ نقل از بیتانه، ۱۳۸۷؛ باگرلی و پارکر، ۲۰۰۵) مبنی بر تأثیر بالینی بازی درمانگری بر اختلالات اضطرابی همخوان است.

روی آوردهای متفاوت بازی درمانگری در کودکان به کار برده شده‌اند، اما صرف‌نظر از جهت‌گیری خاص تقریباً همه آنها دارای یک باور مشترک‌اند: استفاده از

بازی یا محیط بازی، ویژگی اجتناب‌ناپذیر تشخیص و درمان کودکانی است که مشکل دارند (هیوز، ۱۳۸۷/۱۹۹۹). کودک از طریق بازی به کاوش و آزمایش می‌پردازد. او به کشف این امر نایل می‌شود که چطور با جهان پیرامون برخورد کند، با تکلیفهای زندگی سازش و بر مهارتها، تکنیکها و فرایندهای نمادین به روش خود تسلط یابد. زمانی که کودک نسبت به خویشتن اطمینان و اعتماد می‌یابد، این آمادگی را پیدا می‌کند که مهارتهای دیگر را بیاموزد و الگوهای کمتر پذیرفته شده را بپذیرد (لندرث، ۱۹۸۲). همچنین، بازی فرایند تحول شخصیت را آشکار می‌سازد. جایی است که کودک تعلیم می‌بیند و مکرراً فعالیت‌های زندگی را از طریق کاوش و دستکاری تمرین می‌کند و بین خود و گذشته، از طریق تجربه کردن مجدد احساسها در زمان کنونی ارتباط برقرار می‌کند (لوندبرگ،

اطمینان در جلسه‌های ابتدایی (کار با گل رس) سبب شد هر کودک احساسهای انکار شده خود نظیر ترس و خجالت را بیان کند و در گروه به اشتراک گذارد و احساسهای مشابه را در کودکان دیگر در برخورد با تکلیفهای مدرسه مشاهده کند. کودک در خلال جلسه‌های کار با گل رس، زمانی که از فعالیتهای مدرسه سخن می‌گفت به طور همزمان از احساسهای خود آگاه می‌شد. وی دریافت آنچه در درون او در جریان است جدا از او نیست، بدین ترتیب انکار و مقاومت در برابر آنها را کنار گذاشت. کودکان در جلسه‌های میانی، توانایی بیان مسائل خود را به گونه‌ای نمادین به دست آوردند و از افکاری سخن گفتند که سبب نگرانی آنها شده‌اند؛ افکاری نظیر پیش‌بینی شکست و عدم پذیرش که سبب جدایی کودک از تجربه کردن زمان حال شده بودند. کودکان با پیشرفتهای حاصل از جلسه‌های ابتدایی و میانی توانستند احساسهای خود را شناسایی کنند و دلیل نگرانیهای خود را بیابند. در نهایت، کودکان در جلسه‌های پایانی به بازنگری در مورد کنش‌وری خود پرداختند و به خلق رفتارهای جدید نایل آمدند. کودکان با نزدیک شدن به پایان درمانگری توانستند تا حد قابل توجهی بر نگرانیهای خود غلبه کنند و این امر سبب کاهش چشمگیر هراس اجتماعی آنان شد. بنابراین، بازی درمانگری گشتالتی سبب تماس کودک با محیط شد. مقصود از تماس این است که فرد بتواند با استفاده از حواس خود مثل، دیدن، شنیدن و بوییدن - که واسطه بین او و محیط هستند - در یک موقعیت حضور کامل داشته باشد. تشخیص آنچه انجام می‌شود و آگاهی از طریقه انجام آن، همان فرایند حفظ تماس با محیط است (تامپسون و رودلف، ۱۹۹۶/۱۳۸۴). بدین ترتیب از آنجا که بازی درمانگری با ظرفیتهای تحولی، کلامی و شناختی کودکان هماهنگ است و تجربه خوشایندی برای کودکان به حساب می‌آید، می‌تواند به نحو مؤثری امکان بررسی و تشخیص مسائل کودک را فراهم آورد و سبب تسریع تلاش کودک برای غلبه بر تعارضها و یافتن راه‌حلهای سازش

کودک با مرور تجربه‌های گذشته خویش، آنها را با تصورها و الگوهای جدید زندگی منطبق می‌کند. افزون بر این از طریق بازی، سعی می‌کند مسائل و تعارضهای خود را حل کند. در سرتاسر این کنشها، کودک پیوسته به کشف مجدد خویش می‌پردازد، تصویر خود را اصلاح می‌کند و در روابط خود با جهان پیرامون نیز تجدیدنظر می‌کند (امستر، ۱۹۸۲). در همین جهت، کادسون^۱، کانگوسی^۲ و شافر^۳ (۱۹۹۷ نقل از تامپسون و رودلف، ۱۳۸۴/۱۹۹۶) پیشنهاد کرده‌اند که به جای این عبارت فریود «درمان از راه صحبت» - به ویژه وقتی سخن از درمان کودکان به میان می‌آید - بهتر است از عبارت «درمان از راه بازی» استفاده شود.

اگرچه بازی بسیار سودمند است، زمانی که از بازی درمانگری صحبت می‌شود کودک همراه با یک بزرگسال آموزش‌دیده در محیطی امن به تعامل می‌پردازد. تجربه‌های گذشته خود را مرور می‌کند و از خلال تعاملهای بین فردی پذیرش^۴، پالایش^۵، کاهش تأثرات رنج‌آور، جهت‌دهی مجدد برانگیختگیها و تجربه هیجانی تصحیح شده را تجربه می‌کند. بدین ترتیب، کودک با روشی مدون با بازنگری رفتارهای خود نسبت به مسائل، باورها، علایق، نیازها و پیامدهای رفتار خود آگاهی به دست می‌آورد و در جهت تغییر گام برمی‌دارد (محمداسماعیل، ۱۳۸۳ الف). شافر (۱۹۹۳ نقل از تامپسون و رودلف، ۱۳۸۴/۱۹۹۶) اثربخشی بازی درمانگری را در چند نکته تلخیص کرده است: (۱) درهم شکستن مقاومت کودک؛ (۲) ارتباط؛ (۳) لیاقت و توانایی؛ (۴) تفکر خلاق؛ (۵) پالایش؛ (۶) ایفای نقش؛ (۷) خیالپردازی؛ (۸) آموزش نمادین؛ (۹) ایجاد رابطه و دلبستگی؛ (۱۰) ارتقای رابطه؛ (۱۱) هیجان مثبت؛ (۱۲) غلبه بر ترسهای مربوط به دوران تحول؛ (۱۳) پرداختن به بازیهای گوناگون.

به منظور دستیابی به هدف کلی پژوهش حاضر که کاهش هراس اجتماعی دانش‌آموزان بود، هدفهایی برای هر جلسه تعیین شد. با این کار، فرایند تغییر در هر جلسه قابل بحث و مشاهده می‌شد. ایجاد رابطه گرم و توأم با

یافته شود (بیات، ۱۳۸۷).

پژوهش حاضر با محدودیتهایی همچون تعداد کم کودکان گروه نمونه، عدم پیگیری نتایج و روش مورد استفاده در بازی درمانگری مواجه بود. بنابراین، پیشنهاد می شود در پژوهشهای بعدی با افزودن تعداد آزمودنیها، پیگیری نتایج و انتخاب روشهای دیگر بازی درمانگری بر وسعت و غنای اطلاعات به دست آمده، افزوده شود.

منابع

بیات، م. (۱۳۸۷). بازی درمانگری بی‌رهنمود در کودکان مبتلا به مشکلات درونی‌سازی شده. فصلنامه روان‌شناسان ایرانی، ۱۵، ۲۶۷-۲۷۶.

بیاتنه، م. (۱۳۸۷). تاثیر بازی درمانی بر کاهش مشکلات هیجانی (اضطراب) کودکان دبستانی. پایان‌نامه کارشناسی ارشد، دانشکده روان‌شناسی دانشگاه آزاد اسلامی واحد تهران مرکز.

تامپسون، ج. ل. و رودلف، ل. (۱۳۸۴). مشاوره با کودکان، ترجمه ج. طهوریان. تهران: نشر رشد (تاریخ انتشار اثر اصلی، ۱۹۹۶).

جلالی، س. (۱۳۸۷). تأثیر بازی درمانی بر اختلالات اضطرابی کودکان ۵-۱۱ ساله شهر اصفهان. پایان‌نامه کارشناسی ارشد، دانشکده روان‌شناسی دانشگاه آزاد اسلامی واحد خوراسگان.

دادستان، پ. (۱۳۸۳). روان‌شناسی مرضی تحولی: از کودکی تا بزرگسالی (جلد اول). تهران: سمت.

گلدارد، ک. و گلدارد، د. (۱۳۸۷). مشاوره با کودک با روش بازی درمانی. ترجمه ز. ارجمندی. تهران: نشر اندیشه‌آور (تاریخ انتشار اثر اصلی، ۲۰۰۲).

لندرت، گ. (۱۳۶۹). بازی درمانی (دینامیسم مشاوره با کودکان)، ترجمه خ. آرین. تهران: نشر اطلاعات (تاریخ انتشار اثر اصلی، ۱۹۳۷).

ماش، ا. و بارکلی، ر. (۱۳۸۳). روان‌شناسی مرضی کودک: آسیب‌شناسی روانی کودک (جلد اول)، ترجمه ج. توننده‌جانی، ج. توکلی‌زاده و ن. کمال‌پور. مشهد: نشر آوای کلک (تاریخ انتشار اثر اصلی، ۲۰۰۳).

محمداسماعیل، ا. (۱۳۸۳الف). بازی درمانی: نظریه‌ها، روشها و کاربردهای بالینی. تهران: نشر دانژه.

محمداسماعیل، ا. (۱۳۸۳ب). بررسی اعتبار و روایی و تعیین برش

اختلالهای پرسشنامه علایم - مرضی کودکان (OSI4) بر روی دانش‌آموزان ۱۴-۶ ساله مدارس ابتدایی و راهنمایی شهر تهران. پژوهشکده کودکان استثنایی

نرسی، م. (۱۳۸۳). اثر تکنیکهای بازی درمانی در کاهش اضطراب و افزایش سطح احساسات مثبت و سازگاری عمومی در کودکان ۹ تا ۱۲ ساله. پایان‌نامه کارشناسی ارشد، دانشکده روان‌شناسی دانشگاه آزاد اسلامی واحد رودهن.

هالچین، ر. پ. و ویتبورن، س. ک. (۱۳۸۷). آسیب‌شناسی روانی: دیدگاههای بالینی درباره اختلالهای روانی (جلد اول). ترجمه ی. سید محمدی. تهران: نشر روان (تاریخ انتشار اثر اصلی، ۲۰۰۳).

هیوز، ف. پ. (۱۳۸۷). روان‌شناسی بازی کودکان، بازی و رشد، ترجمه ک. گنجی. تهران: نشر رشد (تاریخ انتشار اثر اصلی، ۱۹۹۹).

یوسفی، ر.، مظاهری، م. ع. و ادهمیان، ا. (۱۳۸۷). احساس کهنتری در بیماران مبتلا به هراس اجتماعی و وسواس - بی‌اختیاری، فصلنامه روان‌شناسان ایرانی، ۱۵، ۶۸-۶۳.

Amster, F. (1982). Differential uses of play in treatment of young children. *American Journal of Orthopsychiatry*, 13, 62-68.

Baggry, J., & Parker, M. (2005). Child-centered group play therapy with African American boys at the elementary school level. *Journal of Counseling & Development*, 83, 387-396.

Barrett, P. M. (2004). Treatment of childhood anxiety: Developmental aspects, *Clinical Psychology*, 20, 479-494.

Bratton, S. C., Ray, D., & Rhine, T. (2005). Behavioral Disorders. *International Journal of Play Therapy*, 10, 85-108.

Cox, F. (1953). Sociometric status before and after play therapy. *Journal of Abnormal and Social Psychology*, 48, 354-356.

Fine, S. (2003). *Play therapy*. Retrieved August 27, 2005, from: <http://www.healthline.com>

Fritscher, L. (2008). *Play therapy in children with phobias*. Retrieved March 6, 2008, from: <http://www.about.com>

of the effectiveness of play therapy and their utilization of play therapy methods. Unpublished master thesis, Miami University.

Rubin, K. H., Fein, G. G., & Vandenberg, B. (1983). Play. In P.H. Mussen (Ed.), *Handbook of child psychology: Socialization, personality and social development* (pp. 693-774). New York: John Wiley & Sons.

Santacruz, L. Mendez. F. J., & Meca. J. (2006). Play therapy applied by parents for children with darkness phobia comparison of two programmes. *Journal of Child & Family Behavior Therapy*, 28, 19-35

Wren, B. P. (2006). *Gestalt play therapy with children receiving remedial intervention*. Unpublished master thesis, University of South Africa.

Hatton, S., Schernitz, T., & Gomersall, H. (2004).

Social anxiety in children: Social skills deficit, or cognitive distortion. *Journal Behavior Research and Therapy*, 43, 131-141.

Huberty, T. J. (2004). *Anxiety and anxiety disorders in children: Information for parents*. Retrieved January 13, 2006, from: <http://www.nasponline.org>

Hughes, F. P. (1995). *Children, play and development*. Boston: Allyn & Bacon.

Landreth, G. L. (1982). Child-centered play therapy. *Elementary School Guidance & Counseling*, 28 (1), 17 – 29.

Lewis, M. (2002). *Child and adolescent psychiatry: A comprehensive, textbook* (3rd Ed). Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.

Lundberg, A. M. (2004). *Practitioners perceptions*