

اثربخشی شن‌بازی درمانی بر کاهش پرخاشگری / بیش‌فعالی کودکان پیش‌دبستانی

سمیه کهریزی^۱

آسیه مرادی^۲

خدامراد مؤمنی^۳

تاریخ پذیرش: ۹۳/۰۲/۱۹

تاریخ وصول: ۹۲/۷/۱۵

چکیده

هدف: پژوهش حاضر به منظور بررسی اثربخشی شن‌بازی درمانی، بر کاهش پرخاشگری / بیش‌فعالی کودکان پیش‌دبستانی شهرستان کرمانشاه انجام شد. روش تحقیق: روش مطالعه، تجربی از نوع پیش‌آزمون- پس‌آزمون با گروه کنترل بود و روش آماری آن تحلیل کوواریانس چند متغیره است. جامعه آماری مطالعه کلیه کودکان ۷-۵ ساله دارای پرخاشگری / بیش‌فعالی شهر کرمانشاه و روش نمونه‌گیری تصادفی ساده بود. ابتدا از میان مناطق سه‌گانه شهر کرمانشاه، شش مهد کودک (از هر منطقه دو مهد کودک) به تصادف انتخاب شد. ۵۴ کودک دارای اختلال پرخاشگری/بیش‌فعالی شناسایی شدند. سپس براساس شرایط ورود و خروج از مطالعه، ۳۰ کودک (۱۰ دختر و ۲۰ پسر) به عنوان گروه نمونه انتخاب و به صورت تصادفی در گروه آزمایش ۱۵ نفر و کنترل ۱۵ نفر قرار گرفتند. پرسشنامه اختلال رفتاری راتر فرم معلم (۱۹۶۷) در مرحله پیش‌آزمون- پس‌آزمون و یک ماه بعد از پایان مداخله توسط مربیان تکمیل شد. کودکانی که در گروه آزمایشی قرار داشتند به مدت ده جلسه هفتگی (۴۵ دقیقه در هفته) در فعالیت شن‌بازی درمانی به صورت انفرادی شرکت داده شدند. یافته‌ها: نتایج نشان داد که شن‌بازی درمانی اثر معنی‌داری بر کاهش پرخاشگری/بیش‌فعالی کودکان گروه

۱- کارشناس ارشد روان‌شناسی دانشگاه رازی کرمانشاه Kahrizi.sahar@yahoo.com

۲- عضو هیأت علمی دانشگاه رازی کرمانشاه behrozx1@gmail.com

۳- عضو هیأت علمی دانشگاه رازی کرمانشاه Khmomeni2000@yahoo.com

آزمایشی در مقایسه با کودکان گروه کنترل دارد. چنین دستاوردی در پیگیری یک ماه حفظ شد. نتیجه‌گیری: با توجه به نتایج به دست آمده می‌توان گفت شن بازی درمانی می‌تواند در کاهش اختلال رفتاری کودکان مؤثر واقع شود و بر ضرورت کاربرد شن بازی درمانی به منظور کاهش پرخاشگری/بیش‌فعالی و افزایش سلامت روانی در کودکان دارای این اختلال تأکید شد.

واژگان کلیدی: کودکان، پرخاشگری، بیش‌فعالی، شن بازی.

مقدمه

دوران کودکی سال‌های مناسبی برای تشخیص مشکلات کودکان، مداخله بهنگام و پیشگیری از بروز مشکلات عاطفی، اجتماعی و تحصیلی آنان در آینده است. در واقع مداخله بهنگام و اصلاح رفتارهای ناسازگار کودک در این دوره حساس، موجب افزایش مهارت‌های اجتماعی و محبوبیت نزد همسالان و بزرگسالان می‌شود و کودک را برای پذیرش مسئولیت‌های آتی آماده می‌سازد (شهیم، ۱۳۸۶). پرخاشگری^۱ یکی از شایع‌ترین مشکلات کودکان و یکی از دلایل ارجاع آنان به روان‌درمانگران است (سرخودولسکی، کاسینوف و گرمن^۲، ۲۰۰۴). شناخت این مشکل نزد کودکان خردسال و مداخله به هنگام می‌تواند از ادامه این رفتار پیشگیری کند (گودوین، پسی و گرین^۳، ۲۰۰۳).

پرخاشگری به هر گونه رفتاری اطلاق می‌شود که به قصد آسیب رساندن به دیگران از یک فرد سر می‌زند (آندرسون و بوشمان^۴، ۲۰۰۲) و ممکن است به شیوه‌های متفاوتی خود را نشان دهد. خصومت، معرف جنبه شناختی پرخاشگری و خشم، نشان‌دهنده جنبه هیجانی آن است. جنبه رفتاری پرخاشگری نیز به شکل کلامی و جسمانی بروز می‌کند (نولز، دهون،

-
1. Aggression
 2. Sukhodolsky, Kassinove & Gorman
 3. Goodwin, Pacey & Grace
 4. Anderson & Bushman

الکساندر و گوتویسکی^۱، (۲۰۱۰). از یک سو یافته‌های برآمده از پژوهش‌ها نشانگر آن است که کودکان پرخاشگر در بزرگسالی هم به ادامه پرخاشگری تمایل دارند (کریک، کاساس و ماسر^۲، ۲۰۰۷) و از سوی دیگر بررسی‌ها از گسترش روز افزون خشونت و رفتارهای پرخاشگرانه در مدارس به ویژه در سال‌های اخیر حکایت می‌کنند (مک‌نیل^۳، ۲۰۰۲؛ سیلور^۴، ۲۰۰۷). این گونه رفتارها تأثیرات بلند مدت و جبران‌ناپذیر بر کودکان بر جای می‌گذارد. مانند خودپنداره^۵ ضعیف و افسردگی^۶ (ماتسوریا، هاشیموتو و تویکی^۷، ۲۰۰۹)، تکانش‌گری و بیش‌فعالی^۸ (همل^۹، ۲۰۱۳) و طرد شدن از سوی همسالان (کریک و گرات پیتز^{۱۰}، ۱۹۹۵)، که خود می‌تواند زمینه ساز بسیاری از مشکلات هم‌چون اخراج از مدرسه و بزهکاری، تشدید مشکلاتی مانند پرخاشگری (اسمیت و هارت^{۱۱}، ۲۰۱۱)، عملکرد تحصیلی ضعیف و بیزاری از مدرسه (ووچتلیوکس^{۱۲}، ۲۰۰۴) شود. علاوه بر این پرخاشگری بر قربانیان این گونه رفتارها نیز پیامدهایی منفی مانند افسردگی، اضطراب، احساس تنهایی، عزت‌نفس پایین (واندروال^{۱۳}، ۲۰۰۵)، شکل‌گیری دیدگاه منفی نسبت به مدرسه که منجر به دوری جستن از مدرسه می‌شود (کراترس و همکاران^{۱۴}، ۲۰۰۷). بنابراین ضرورت تشخیص اولیه این مشکلات رفتاری و نیز مداخلات مؤثر و روش‌های درمانی متناسب با هر کودک بیش از پیش احساس می‌شود.

1. Nevels, Dehon , Alexander & Gontkovsky
2. Crick, Casas & Masher
3. Mac Niel
4. Silver
5. Self-concept
6. Depression
7. Matsuura, Hashimoto & Toichi
8. Impulsivity / hyperactivity
9. Hamel
10. Crick & Grotpeter
11. Smith & Hart
12. Wojtalewicz
13. Van der Wal
14. Crothers & et.al

پرخاشگری معمولاً با اختلالات رفتاری دیگر در کودکان همراه می‌شود که از مهمترین آن‌ها می‌توان به بیش‌فعالی و تکانشگری (اسکاتمن و نسرادین^۱، ۲۰۰۶) اشاره کرد. اختلال بیش‌فعالی از رایج‌ترین اختلالات دوران کودکی است که توجه روان‌شناسان و روان‌پزشکان را به خود جلب کرده است (بونسیگ، ماسن، بل، پورتر، گارون^۲، ۲۰۱۰).

بیش‌فعالی/نارسایی توجه، اختلالی عصبی-رشدی است که با سه ویژگی اصلی یعنی نارسایی توجه/بیش‌فعالی و تکانشگری توصیف می‌شود. این اختلال از شایع‌ترین اختلالات دوران کودکی است و بخش قابل توجهی از جمعیت جهان را مبتلا کرده است (انجمن روانپزشکی آمریکا، ۲۰۰۱). افراد مبتلا به این اختلال، ممکن است توانایی توجه دقیق به جزئیات را نداشته باشند و یا در انجام تکالیف مدرسه، کار یا سایر فعالیت‌ها از روی بی‌احتیاطی مرتکب اشتباه شوند. اغلب در انجام تکالیفشان بی‌نظمی وجود دارد و وظایف محوله را با دقت پایین و تأمل ناکافی انجام می‌دهند و به سختی می‌توانند برای به پایان رساندن تکالیف توجه خود را متمرکز کنند (ابیکاف و همکاران^۳، ۲۰۰۹). طبق راهنمای تشخیصی و آماری روانپزشکی آمریکا تشخیص با تأکید بر وجود علائم متعدد در زمینه بی‌توجهی یا بیش‌فعالی/تکانشگری یا هر دو به عمل می‌آید و به سه نوع فرعی اغلب بی‌توجه، اغلب بیش‌فعال و نوع مرکب تقسیم می‌شود (کالینگ، جانکلز، تانوک، کاتسلانوس^۴، ۲۰۰۸).

این اختلال برای روان‌شناسان و روان‌پزشکان، والدین و معلمان به صورت معضلی حل نشدنی در آمده است. ویژگی‌های اصلی آن یعنی ناتوانی در مهار رفتار نارسایی توجه، ناتوانی یادگیری^۵، پرخاشگری، مشکلات تحصیلی، بی‌قراری حرکتی و برانگیختگی برای والدین، معلمان و همسالان، تحمل‌ناپذیر است (دنین و فیز رالد^۶، ۲۰۱۰). از سویی دیگر این اختلال به

-
1. Shechtman & Nasaraladin
 2. Bussing, Mason, Bell, Porter & Garvan
 3. Abikoff & et.al
 4. Kieling, Goncalves, Tannock & Castellanos
 5. learning disability
 6. Dineen & Fitzgerald

فرایند تحول استعدادهای ذهنی و مهارت‌های اجتماعی کودکان مبتلا آسیب می‌رساند، به گونه‌ای که ضعف تحصیلی با پایین بودن سطح حرمت خود، بزهکاری، افسردگی (رتز^۱ و همکاران، ۲۰۰۸)، اختلال‌های شخصیت (کنی^۲، ۲۰۰۷) را به همراه دارد.

افراد مبتلا به بیش‌فعالی دارای عزت نفس پایین، عملکرد تحصیلی ضعیف هستند، در طول زندگی و در تعاملات فردی طولانی شکست خورده هستند و بالغین مبتلا به بیش‌فعالی و نقص توجه، اغلب در فعالیت‌های پرخطر شرکت می‌کنند. بنابراین درمان این اختلال از اهمیت بسزایی برخوردار است تا از شدت علائم کاسته شود و مبتلایان در زمینه‌های شخصی، تحصیلی و اجتماعی در آینده دچار مشکل نشوند. درمان‌های دارویی به ویژه با داروهای محرک، شیوه‌های رفتار درمانی (آموزش خودهدایتی^۳ و آموزش والدین^۴) و بازی درمانی^۵ از جمله شیوه‌های درمانی هستند که برای درمان مبتلایان به اختلال نقص توجه و بیش‌فعالی مورد استفاده قرار می‌گیرد (علیزاده، ۱۳۸۳).

استفاده از شن و ماسه سابقه بسیار طولانی در فرایند درمان و التیام بخشی داشته است. محوطه‌های شنی بیش از این و اکنون از نظر بسیاری از فرهنگ‌ها دارای خصوصیات حفاظت کننده می‌باشد (می‌یانگ و کیم^۶، ۲۰۱۲). شاید عجیب نباشد که بگوییم شن‌درمانی^۷ جایگاه جدیدی در جهان درمان بویژه در درمان کودکان یافته است. هم‌چنین علاقه فزاینده به سنت‌های جایگزین ایجاد شده، به ویژه آن‌هایی که در زمینه قصه‌گویی و معنویت و آیین‌پرستی امتیاز ویژه دارند (وار-ویلیامز^۸، ۲۰۱۲) زیرا باعث تسهیل ارتباط با شرکت‌کنندگان می‌شوند.

-
1. Retz & et.al
 2. Kenny
 3. education directedness
 4. parent education
 5. Play therapy
 6. Mi-yung & Kim
 7. sand play
 8. Warr-Williams

مارگارت لوفلد^۱ به عنوان اولین نفری شناخته شده است که شن درمانی واقعی را بنیان نهاده است (ماتسون و ولدرابروگن^۲، ۲۰۱۰). این روش نوعی از بازی درمانی غیرمستقیم است و درمانگر نقش تسهیل گر را دارد و مراجعان می توانند آزادانه هیجانها و تصویرهای ذهنی خود را با استفاده از جعبه شن و اشیای مینیاتوری مختلف در درون جعبه شن خلق کنند. برای یک درمانگر، صرف نظر از جهت گیری وی، این روش درمانی می تواند منبعی با ارزش باشد (بویک و گودوین^۳، ۲۰۰۰).

کالف^۴، یکی از شاگردان لوفلد، پس از چندین سال از تکنیک دنیا برای درمان مراجعان خود استفاده کرد، در این زمینه به پیشرفت‌های تکنیکی و تحلیلی مانند (استفاده از اشیای مینیاتوری متنوع و مختلف، تعبیر و تفسیر با تأخیر) دست یافت و روش جدیدی برای کار با کودکان ابداع کرد و واژه شن‌بازی درمانی^۵ را برای روش خود انتخاب کرد تا از روش تکنیک جهان لوفلد متمایز باشد (برادوی^۶، ۲۰۰۶). مطالعات آلن و براون (۱۹۹۳) نشان می‌دهد شن‌بازی درمانی در کاهش رفتارهای تکانشی و پرخاشگرانه و بهبود مهارت‌های اجتماعی و توانایی انتقال انرژی به فعالیت‌های مناسب، نظیر هنر مؤثر است. بدین صورت که بازی با شن به کودکان اجازه می‌دهد تا احساسات پرخاشگرانه و لطمه دیده خود را برای تسهیل رفتارهای مناسب‌تر و اجتماعی‌تر بیان کنند.

از آنجاکه پژوهشی با استفاده از روش شن‌بازی درمانی با کودکان مبتلا به اختلال پرخاشگری / بیش‌فعالی یافت نشد، اما چندین پژوهش با استفاده از بازی درمانی با کودکان بیش‌فعال انجام پذیرفته است از جمله در تحقیقی ری، شاتل کورب و سای^۷ (۲۰۰۷) اثربخشی

-
1. Margaret Lownfeld
 2. Mattson & Veldorale-Brogan
 3. Boik & Goodwin
 4. Kalf
 5. Sandplay therapy
 6. Bradway
 7. Ray, Schottelkorb & Tsai

بازی درمانی را بر روی ۶۰ کودک مبتلا به اختلال بیش‌فعالی در ۱۶ جلسه مورد بررسی قرار دادند. نتایج به دست آمده کاهش اضطراب و فشارهای عاطفی را نشان داد. هم‌چنین بازی درمانی اثر مثبتی بر روی کاهش مشکلات رفتاری و افزایش خودکارآمدی کودکان مبتلا داشته است. در پژوهشی دیگر هانا^۱ (۱۹۸۶) به بررسی تاثیر بازی درمانی بر کاهش مشکلات رفتاری کودکان مبتلا به اختلال بیش‌فعالی پرداخت که نتایج حاصل نشان‌گر کاهش مشکلات رفتاری کودکان مبتلا پس از پایان جلسات بازی درمانی بوده است. در پژوهشی شاتل کورب و ری^۲ (۲۰۰۹) به بررسی تاثیر بازی درمانی کودک محور بر روی دو کودک مقطع ابتدایی مبتلا به اختلال بیش‌فعالی به مدت ۱۲ جلسه پرداختند که نتایج به دست آمده حاکی از کاهش نشانگان نقص توجه و بیش‌فعالی پس از پایان جلسات درمانی بوده است و بلین^۳ (۱۹۹۹) در پژوهشی تاثیر بازی درمانی را بر روی کودکان مبتلا به اختلال بیش‌فعالی مورد بررسی قرار داد. یافته‌های به دست آمده بیانگر کاهش رفتارهای تکانشی و بهبود عزت نفس بوده است. تحقیقات نشان می‌دهد که بیان غیر کلامی احساسات و اعمال، تأثیر سریع‌تری نسبت به استفاده از کلمات دارد و می‌تواند از طریق مداخلات حسی فعال گردد (سوداوسون^۴، ۲۰۱۱). همان‌طور که در پیشینه پژوهشی مشخص شد، تا به حال پژوهشی درباره اثر بخشی شن‌بازی درمانی در کاهش پرخاشگری و بیش‌فعالی انجام نشده است و با توجه به شواهدی مبنی بر بالابودن میزان این اختلال در کودکان و پیامدهای منفی این متغیر در زندگی آن‌ها و اطرافیان، مسأله اصلی پژوهش حاضر بررسی تأثیر شن‌بازی درمانی بر کاهش پرخاشگری و بیش‌فعالی کودکان پیش دبستانی است. فرضیه این مطالعه عبارت است از: شن‌بازی درمانی باعث کاهش پرخاشگری/بیش‌فعالی در کودکان پیش دبستانی می‌شود.

-
1. Hannah
 2. Schottelkorb & Ray
 3. Blin
 4. Sue Dawson

روش، جامعه و نمونه

پژوهش حاضر یک مطالعه تجربی از نوع پیش‌آزمون-پس‌آزمون با گروه کنترل است. روش پردازش داده‌ها در سطح توصیفی با استفاده از شاخص‌های گرایش مرکزی و پراکنندگی است. روش آماری مورد استفاده تحلیل داده‌ها تحلیل واریانس چندمتغیره و تک‌راهه است که با استفاده از آن فرضیه پژوهش مورد آزمون قرار می‌گیرد. در این مطالعه متغیر وابسته (پرخاشگری/بیش‌فعالی) در دو گروه (آزمایشی و کنترل) در سه نوبت پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری (یک ماه پس از پایان مداخله) اندازه‌گیری شده‌اند. جامعه آماری مطالعه شامل تمام کودکان دارای اختلال پرخاشگری/بیش‌فعالی مهد کودک و پیش‌دستانی زیر نظر بهزیستی شهر کرمانشاه در سال ۹۲ می‌شد. در این مطالعه از روش نمونه‌برداری تصادفی استفاده شد. به این صورت که پس از مراجعه به سازمان بهزیستی شهر کرمانشاه، شش مهد کودک (براساس پیشینه پژوهشی از هر منطقه دو مهد کودک) به صورت تصادفی انتخاب شد. در این مرحله، پرسشنامه اختلال رفتاری راتر فرم معلم (۱۹۶۷) در اختیار مربیان قرار گرفت و از آنان خواسته شد برای هر کودک پرسشنامه را تکمیل نمایند. از (۳۲۴) پرسشنامه ارائه شده، ۳۲۰ پرسشنامه قابل نمره‌گذاری بازگردانده شد. در مرحله بعد پس از تصحیح پرسشنامه‌ها ۵۴ کودک دارای اختلال رفتاری که نمره آنها در پرسشنامه اختلال رفتاری بالاتر یا برابر با نقطه برش (۱۳ یا بالاتر از آن) بود انتخاب شدند. که در نهایت با توجه به ملاک ورود و خروج از مطالعه آزمودنی‌ها، ۳۰ کودک (۱۰ دختر و ۲۰ پسر) که دامنه سنی آنها بین ۵ تا ۷ سال ($M= 5/67$, $DS= 0/61$) بود، باقی ماندند که به شیوه جایگزینی تصادفی در گروه‌های آزمایشی و کنترل گمارده شدند. لازم به یادآوری است که تجزیه و تحلیل داده‌ها با استفاده از نرم‌افزار کامپیوتری SPSS_{۱۸} انجام پذیرفت. جدول ۱ ویژگی‌های جمعیت شناختی نمونه پژوهشی را نشان می‌دهد.

جدول ۱. ویژگی‌های جمعیت شناختی گروه نمونه

گروه	جنس		سن			تحصیلات		تحصیلات	
	دختر	پسر	۵	۶	۷	پدر	مادر	تحصیلات	تحصیلات
						دیپلم	دیپلم	دیپلم	دیپلم
آزمایش	۶	۹	۶	۸	۱	۳	۴	۸	۶
%	۴۰	۶۰	۴۰	۵۳/۳۳	۶/۶۷	۳۰	۲۶/۶۷	۵۳/۳۳	۴۰
کنترل	۴	۱۱	۵	۵	۲	۲	۳	۱۰	۵
%	۲۶/۶۷	۷۳/۳۳	۳۳/۳۳	۱۳/۲۴	۱۳/۲۳	۲۰	۶۶/۶۷	۲۰	۳۳/۳۳

شرایط ورود به مطالعه آزمودنی‌ها عبارت بود از: کسب نمره برابر یا بالاتر از ۱۳ در پرسشنامه اختلال رفتاری راتر، رضایت والدین، گذشت حداقل شش ماه از ثبت نام در مهد کودک، زندگی در کنار پدر و مادر است. شرایط خروج از مطالعه نیز شامل: داشتن اختلال بارز گفتاری، شنوایی، بینایی و حرکتی، استفاده از روش‌های دیگر درمانی (مشاوره‌ای و یا پزشکی) می‌شد.

بعد از انتخاب و جایگزینی تصادفی کودکان در گروه‌های آزمایش و گواه، کودکان حاضر در گروه آزمایشی به مدت ۱۰ جلسه تحت مداخله قرار گرفتند. طبق طرح تحقیقی انتخاب شده، در فرایند اجرای مداخله برای مقایسه دو گروه آزمایشی و کنترل، در مرحله پیش آزمون، پس آزمون و یک ماه پس از مداخله (پیگیری) پرسشنامه‌ها مجدداً توسط مربیان کامل شد. در این مطالعه، مداخله‌ای که برای گروه آزمایش اجرا شد عبارت بود از مداخله به کمک شن‌بازی درمانی (براساس کتاب راهنمای گام به گام شن‌بازی درمانی) است. مداخله توسط پژوهشگر به مدت دو ماه و نیم به صورت هفتگی در ۱۰ جلسه (هر جلسه چهل و پنج دقیقه) اجرا شد.

ابزارگردآوری داده‌ها

پرسش‌نامه اختلال رفتاری راتر فرم B (فرم معلم): این آزمون توسط مایکل راتر^۱ (۱۹۶۷) جهت تمایز گذاشتن بین کودکان بهنجار و کودکان دارای مشکلات رفتاری تنظیم شده است. پرسشنامه راتر فرم B شامل ۲۶ سؤال می‌باشد که به شیوه لیکرت (۰-۲) نمره گذاری می‌شود. نقطه برش مقیاس ۹ می‌باشد و کودکانی که نمره ۹ یا بیشتر می‌گیرند به عنوان کودکان دارای اختلال شناخته می‌شوند (راتر، ۱۹۶۷). در پژوهش اولیه راتر و همکاران (۱۹۷۰) که در مورد ۹۱ کودک انجام شد، میزان توافق پرسشنامه با تشخیص روانپزشک اطفال ۷۶/۶ درصد گزارش شده که در سطح ۰/۰۱ معنی‌دار بوده است. در پژوهش دیگری که توسط راتر و همکاران (۱۹۷۵) صورت گرفت درصد توافق حدود ۶۱/۵ درصد گزارش گردید. راتر (۱۹۸۵) پایایی این پرسشنامه را از طریق بازآزمایی به فاصله سیزده هفته در حدود ۰/۸۵ گزارش کرده است. راتر، کاسپی و موفیت^۲ (۲۰۰۳) اظهار می‌دارند که ضرایب پایایی بازآزمایی و آلفای کرونباخ این پرسشنامه بسیار بالا است. ضریب پایایی بازآزمایی (با فاصله دو ماه) برای فرم والدین و ۰/۸۹ برای فرم معلم گزارش شده است. همچنین همبستگی بین پاسخ‌های پدران و مادران ۰/۶۴ و بین نمره گذاری دو معلم ۰/۷۲ بود. این پرسشنامه توسط دکتر مهریار و یوسفی (۱۳۷۰) برای ارزیابی مشکلات رفتاری کودکان ایرانی (شیراز) به کار گرفته شد. دکتر مهریار و همکارانش با توجه به فرهنگ جامعه ایرانی ۶ سؤال به آن افزوده‌اند. طبق تحقیق راتر نمره ۹ جهت تمایز بین کودکان هنجار و دارای مشکل در نظر گرفته شد ولی در ایران بعد از تغییراتی که توسط دکتر مهریار و همکارانش صورت گرفت نمره ۱۳ و بالاتر جهت این تفاوت گذاری تعیین شد. این پرسشنامه ۵ بعد مختلف اختلالات رفتاری را در بر می‌گیرد که عبارتند از: پرخاشگری و بیش‌فعالی، اضطراب و افسردگی، ناسازگاری اجتماعی، رفتارهای ضد اجتماعی و اختلال کمبود توجه. در این مطالعه پرخاشگری/بیش‌فعالی با هم مورد ارزشیابی قرار گرفته

1. Rutter

2. Rutter, Caspi & Moffitt

است و منظور نمره‌ای است که فرد از سؤالات ۱، ۲، ۳، ۴، ۸، ۱۹، ۲۳ پرسشنامه سنجش اختلالات رفتاری، مایکل راتر کسب می‌نماید.

این پرسشنامه از روایی قابل قبولی در ایران برخوردار است. مهریار و یوسفی روایی این پرسشنامه را به شیوه تشخیص روانپزشک و پرسشنامه راتر به دست آوردند که در نتیجه میزان توافق در وجود اختلالات رفتاری در سطح ۰/۰۱ معنی دار بوده است. پایایی این پرسشنامه نیز معتبر است. عدل (۱۳۷۲) با به کار بردن روش‌های دو نیمه کردن و باز آزمایی ضریب همبستگی پرسشنامه را به ترتیب ۰/۶۸ و ۰/۸۵ گزارش کرده است که هر دو روش در سطح ۰/۰۱ معنی دار بوده‌اند. یوسفی (۱۳۷۷) پرسشنامه اختلال راتر ویژه معلمان را به همراه آزمون بندر گشتالت اجرا نمودند و ضریب همبستگی ۰/۹۶ را به دست آوردند. علیخانی (۱۳۷۶) با به کار بردن روش‌های دو نیمه کردن و باز آزمایی، ضریب هم بستگی، این پرسشنامه را به ترتیب ۰/۶۸ و ۰/۸۵ گزارش کرده است که هر دو در سطح ۰/۰۱ معنی دار بودند. در پژوهشی ابوالقاسمی، نریمانی و کیامرئی (۱۳۸۴) ضرایب پایایی دو نیمه‌سازی و آلفای کرونباخ این پرسشنامه به ترتیب ۰/۸۳ و ۰/۹۱ گزارش شد.

دستورالعمل شن بازی درمانی

دستورالعمل شن درمانی، راهنمایی کلی به منظور آگاهی کودکان برای شروع بازی، چگونگی استفاده از وسایل بازی و نحوه بازی است که در ابتدای جلسه بدین صورت بیان می‌شود. « در این جا یک جعبه شن و تعدادی اسباب بازی‌های متفاوت وجود دارد من از تو می‌خواهم که با دقت به اسباب بازی‌ها نگاه کنی و با کمک آن‌ها در این جعبه یک تصویر بسازی. می‌توانی از تمامی این اسباب بازی‌ها استفاده کنی مثلاً می‌توانی از حیوانات در تصویرت استفاده کنی (آزمونگر، خودش یکی یا دوتا از حیوانات را در جعبه جای گذاری کرده و دوباره بر می‌گرداند) و یا اینکه می‌توانی تصویرهایت را با خانه بسازی (این بار آزمونگر، خانه‌ها را جایگزین می‌کند و دوباره آنها را از جعبه شن خارج می‌کند). تو می‌توانی هر تصویری که

دوست داری بسازی و از هر کدام از این اسباب بازی‌ها که بخواهی می‌توانی استفاده کنی. اگر شن‌ها را کنار بزنی خواهی دید که کف جعبه آبی است، این می‌تواند به منزله آب، دریا و دریاچه باشد (آزمونگر شن‌ها را با دست کنار می‌زند) و اگر هم دوست نداشتی می‌توانی این کار را نکنی (آزمونگر دوباره شن‌ها را به حالت اولیه برمی‌گرداند). خوب وقت تو از الان شروع می‌شود، تو ۴۵ دقیقه وقت داری تا تصویرت را بسازی و در پایان هم باید برای تصویرت یک اسم انتخاب کرده و در مورد آن برای من توضیح بدهی. من اینجا به کارهایم می‌پردازم، اگر سؤالی داشتی می‌توانی بررسی و اگر نه وقتی تصویرت را ساختی و تمام شد به من اعلام کن»

شیوه اجرا

آزمودنی‌های گروه آزمایش به صورت انفرادی در ۱۰ جلسه ۴۵ دقیقه‌ای حاضر می‌شوند و با وسایل و اشیاء سمبولیک بازی می‌کنند. در این روش نقش پژوهشگر/آزمونگر، ثبت مشاهدات بالینی و حالات و رفتارهای آزمودنی‌ها در طی تمامی جلسه‌ها با استفاده از نشان دادن عکس العمل متناسب با موقعیت است. هم‌چنین پژوهشگر/آزمونگر باید در پایان هر جلسه از تصاویری که مراجعان می‌سازند عکس تهیه کند و با آنها درباره محتوای تصاویر گفتگو کند. اداره جلسه‌ها به روش غیرمستقیم است، به صورتی که آزمودنی‌ها هدایت جلسه را به عهده دارند و پژوهشگر/آزمونگر تنها در مواردی مداخله می‌کند که آزمودنی سؤال داشته و یا نیازی احساس شود. اصول بازی در این روش مداخله، مبتنی بر مواردی مانند (ایجاد ارتباط عاطفی با کودک، رهبر بودن کودک در جلسه درمان، حفظ احترام کودک) را شامل می‌شود (بویک و گودوین، ۲۰۰۰).

یافته‌ها

در پژوهش حاضر آزمودنی‌های گروه آزمایش شامل ۱۵ نفر (۶ دختر و ۹ پسر) و گروه کنترل نیز شامل ۱۵ نفر (۴ دختر و ۱۱ پسر) بود. میانگین سنی آزمودنی‌ها (۵/۶۷ سال، انحراف استاندارد ۰/۶) است. شاخص توصیفی نمره پرخاشگری/بیش‌فعالی در پیش‌آزمون و پس‌آزمون و پیگیری در جدول ۲ مشاهده می‌شود.

جدول ۲. شاخص‌های توصیفی نمره اختلال پرخاشگری/بیش‌فعالی در پیش‌آزمون و پس‌آزمون

متغیر	گروه	پیش‌آزمون		پس‌آزمون		پیگیری	
		SD	M	SD	M	SD	M
پرخاشگری/بیش‌فعالی	آزمایش	۳/۳۹	۳/۲۷	۳/۲۹	۳/۲۷	۲/۹۳	۳/۱۵۰
	کنترل	۴/۷۹	۴/۷	۴/۷۶۳	۷/۴۰	۷/۵۳	۴/۷۷۹

با ملاحظه جدول ۲ می‌توان به تفاوت نمره‌های کودکان در مرحله اصلی و پیگیری در متغیر پرخاشگری/بیش‌فعالی در گروه آزمایش و کنترل پی برد. برای بررسی پیش‌فرض‌های مانکووا، ابتدا همگنی شیب پیش‌آزمون‌ها با پس‌آزمون‌ها محاسبه شد، در جدول ۳ همگنی شیب پیش‌آزمون پرخاشگری/بیش‌فعالی پس‌آزمون پرخاشگری/بیش‌فعالی آمده است.

جدول ۳. همگنی شیب پیش‌آزمون پرخاشگری/بیش‌فعالی

متغیرها	نام آزمون	مقدار	F	فرضیه df	خطا df	سطح معنی داری
گروه * پیش‌آزمون پرخاشگری/بیش‌فعالی	آزمون اثر پیلایی	۰/۵۸۷	۴/۸۲۶	۵	۱۷	۰/۱۶
	آزمون لامبدای ویلکز	۰/۴۱۳	۴/۸۲۶	۵	۱۷	۰/۱۶
	آزمون اثر هتلینگ	۱/۴۱۹	۴/۸۲۶	۵	۱۷	۰/۱۶
	آزمون بزرگترین ریشه‌وری	۱/۴۱۹	۴/۸۲۶	۵	۱۷	۰/۱۶

فرهنگ مشاوره و روان درمانی

همان طور که در جدول (۳) مشاهده می شود گروه *پیش آزمون پرخاشگری/بیش فعالی نشان می دهد میان پیش آزمون و پس آزمون پرخاشگری/بیش فعالی در گروه آزمایش و کنترل تفاوتی وجود ندارد. با وجود این شرط، مهمترین شرط تحلیل کوواریانس یعنی پیش آزمون و پس آزمون ها یکسان است و تفاوتی بین آنها وجود ندارد، برقرار است.

جدول ۴. نتایج آزمون لوین بر مؤلفه پرخاشگری/بیش فعالی

متغیر	F	df _۱	df _۲	سطح معنی داری
پرخاشگری/بیش فعالی	۰/۴۵۰	۱	۲۸	۰/۵۰۸

همان طور که در جدول (۴) مشاهده می شود مقدار F لوین برای پرخاشگری/بیش فعالی در سطح $P < ۰/۰۵$ معنی دار نبود. بنابراین مفروضه همگنی کوواریانس داده ها و برقراری شیب رگرسیون مورد استفاده قرار می گیرد و استفاده از آزمون تحلیل کوواریانس برای فرضیه با پیش فرض همگنی کوواریانس بلامانع ارزیابی گردید.

جدول ۵. نتایج حاصل از تجزیه و تحلیل مانکوا بر روی میانگین نمره های پس آزمون مؤلفه

پرخاشگری/بیش فعالی گروه های آزمایش و کنترل، با کنترل پیش آزمون

نام آزمون	مقدار	F	فرضیه df	خطا df	سطح معنی داری
آزمون اثر پیلایی	۰/۸۳۰	۱۸/۵۴۳	۵	۱۹	۰/۰۵
آزمون لامبدای ویلکز	۰/۱۷۰	۱۸/۵۴۳	۵	۱۹	۰/۰۵
آزمون اثر هتلینگ	۴/۸۹۵	۱۸/۵۴۳	۵	۱۹	۰/۰۵
آزمون بزرگترین ریشه	۴/۸۹۵	۱۸/۵۴۳	۵	۱۹	۰/۰۵

گروه
وری

نتایج حاصل از تحلیل کوواریانس چند متغیری در جدول (۵) ارائه شده است. از نتایج می‌توان استنباط کرد که: مداخله آزمایش بر متغیر وابسته (پرخاشگری/ بیش‌فعالی) اثربخش بوده است.

برای روشن شدن این مطلب که مداخله آزمایشی به چه نحوی متغیر وابسته را تحت تأثیر قرار داده است از تحلیل کوواریانس مجزا که در متن تحلیل مانکوا ارائه شده است، استفاده می‌گردد.

جدول ۶. تحلیل کوواریانس تک متغیری در متن مانکوا برای تأثیر شن‌بازی درمانی بر

پرخاشگری/بیش‌فعالی

منبع تغییرات	متغیر وابسته	مجموع مجزورات	درجه آزادی	میانگین مجزورات	F	سطح معنی‌داری	اندازه اثر
گروه	پرخاشگری/بیش‌فعالی	۴۶/۵۸۱	۱	۴۶/۵۸۱	۲۵/۵۵۸	۰/۰۱	۰/۵۲۶

نتایج تحلیل کوواریانس (۶) تفاوت دو گروه آزمایش و کنترل در حیطه پرخاشگری/ بیش‌فعالی را نشان می‌دهد. براساس این نتایج، بین این دو گروه در حیطه کاهش پرخاشگری/ بیش‌فعالی تفاوت معنی‌داری ($F=۴۶/۵۸۱$ ، $P<۰/۰۵$) بوده و شن‌بازی درمانی بر کاهش پرخاشگری/ بیش‌فعالی تأثیر داشته است. توان آماری ۱ دلالت بر کفایت حجم نمونه برای تحلیل‌ها دارد. مجذور اتا، نشان می‌دهد که ۵۲ درصد این تغییرات ناشی از تأثیر شن‌بازی درمانی بوده است.

در ادامه برای بررسی اثر تداوم مداخله بر گروه آزمایش، از آزمون t وابسته برای مقایسه نمره پرخاشگری/بیش‌فعالی گروه آزمایش در مراحل پس‌آزمون و پیگیری استفاده شد که نتایج آن در جدول (۷) درج شده است.

جدول ۷. نتایج آزمون t وابسته برای مقایسه نمرهٔ پرخاشگری/بیش‌فعالی کودکان گروه

آزمایش (۱۵ نفر) در مراحل پس آزمون و پیگیری

متغیر	مرحله	میانگین	انحراف معیار	درجه	t	سطح معنی
				آزادی		داری
اضطراب/افسردگی	پس آزمون	۳/۲۷	۳/۳۹	۲۹	۱	۰/۳۲۶
	پیگیری	۲/۹۳	۳/۱۵۰			

همان‌گونه که در جدول (۷) مشاهده می‌شود، در گروه آزمایش که مداخله شن بازی درمانی را دریافت کرده‌اند، میزان پرخاشگری/بیش‌فعالی ($t=1$ و $P>0/05$) در مرحله پیگیری نسبت به پس آزمون تفاوت معنی‌داری نکرده است. به عبارت دیگر اثر مداخله شن بازی بر کاهش پرخاشگری/بیش‌فعالی در گروه آزمایش تداوم داشته است.

بحث و نتیجه‌گیری

پژوهش حاضر با هدف بررسی اثربخشی شن بازی درمانی بر کاهش پرخاشگری/بیش‌فعالی کودکان پیش دبستانی انجام شد. یافته‌های پژوهش نشان داد شن بازی درمانی بر کاهش پرخاشگری/بیش‌فعالی کودکان مؤثر است. این یافته‌ی پژوهشی با نتایج پژوهش‌های عبداللهی بقرآبادی و همکاران (۱۳۸۹)؛ آلن و براون (۱۹۹۳)؛ دادستان و همکاران (۲۰۱۰) همسو می‌باشد.

روی آورده‌های متفاوت بازی درمانگری در درمان کودکان به کار برده شده است، اما صرف نظر از جهت‌گیری خاص، تقریباً همهٔ آن‌ها دارای یک باور مشترک‌اند: استفاده از بازی یا محیط بازی، ویژگی اجتناب‌ناپذیر تشخیص و درمان کودکانی است که مشکل دارند (هیوز، ۱۳۸۷). کودک از طریق بازی به کاوش و آزمایش می‌پردازد. او به کشف این امر نایل می‌شود که چطور با جهان پیرامون برخورد کند، با تکنیک‌های زندگی سازش و بر مهارت‌ها، تکنیک‌ها و فرایندهای نمادین به روش خود تسلط یابد. زمانی که کودک نسبت به خویشتن

اعتماد و اطمینان می‌یابد، این آمادگی را پیدا می‌کند که مهارت‌های دیگر را بیاموزد و الگوهای کمتر پذیرفته شده را بپذیرد (لندرت^۱، ۱۹۸۲). کودک با مرور تجربه‌های گذشته خویش، آن‌ها را با تصویرها 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 تجدید نظر می‌کند (امستر^۲، ۱۹۸۲).

عبداللهی بقرآبادی و همکاران (۱۳۸۹) در تبیین نتایج مطالعه خود اشاره کردند که دلیل قانع کننده برای سودمند بودن این تکنیک (شن بازی درمانی)، غیر کلامی و غیر مستقیم بودن آن است که به کودک اجازه می‌دهد تا در محیطی امن و آرام و بدون مداخله مستقیم درمانگر احساسات و هیجانات پرخاشگرانه خود را تخلیه کنند.

در همین راستا آلن و براون (۱۹۸۷) به این نتیجه رسیدند که شن بازی با فراهم کردن شرایطی امن از طریق برون‌ریزی تخیلی و رشد احساس مهارت و کنترل بر تکانه‌های درونی در حل مشکلات کودکان مؤثر است. آن‌ها همچنین بیان کردند شن بازی توانایی انتقال انرژی به فعالیت‌های مناسب را دارد. بدین صورت که بازی با شن، به کودکان اجازه می‌دهد تا احساسات پرخاشگرانه و لطمه دیده خود را برای تسهیل رفتارهای مناسب‌تر و اجتماعی‌تر ابراز کند.

شن بازی در دنیای امروزی و به ویژه در درمان کودکان عصر حاضر، جایگاه مناسب خود را یافته است. ما در فرهنگ وسیع و در خود فرهنگ روان‌درمانی شاهد افزایش علاقه به دیگر سنت‌ها به ویژه سنت‌هایی که قصه‌گویی، روحانیت و مراسم عبادی قداست دارد، بوده‌ایم، مطابق با این سنت‌ها بویک و گودوین (۲۰۰۰) به این نکته اشاره کرده‌اند که هر دو روش ترسیم با شن و شن بازی، شرط‌های درمانی هستند که باعث فعال شدن انرژی روان می‌شوند و

1. Landreth
2. Amster

گذار از یک حالت ذهن به حالت‌های دیگر را امکان‌پذیر می‌سازند، از طرفی یونگ که شن بازی درمانی بر پایه تئوری او بنا نهاده شده است، می‌گوید: یک تجربه هیجانی که با واژه‌های شناختی، درک و بیان شدنی نیست، می‌تواند با شکل دیداری بخشیدن به آن تعریف شود.

در تبیین اثربخشی شن بازی درمانی بر کاهش پرخاشگری/بیش‌فعالی می‌توان به نظر اکسلاین (۱۳۷۳) اشاره کرد که معتقد بود: تجربه بازی بدان سبب درمانی است که باعث پیدایش ارتباطی ایمن بین کودک و بزرگسال می‌شود، به گونه‌ای که کودک، آزادی و امکان بیان خویش را به شیوه خود، یعنی کاملاً به همان حالتی که در آن لحظه هست، به شیوه خاص خود و در زمان خود پیدا می‌کند. این شیوه، به دلیل علاقه وافر کودکان به شن، لذت بخش است و در نتیجه توجه کودک را بیشتر و بهتر متمرکز می‌نماید (پیرسون^۱، ۲۰۰۳). تنش فضای آموزشی و درمانی و نگرانی از نحوه عملکرد را به دنبال ندارد و از آن جا که کودک در جریان بازی، گام به گام به کشف موقعیت مشکل، جستجوی گزینه‌های مقابله‌ای و انتخاب راه‌حل و از همه مهمتر برون‌ریزی و تخلیه هیجانی، می‌پردازد، شرایط یادگیری و تعمیم‌پذیری و سرایت به محیط طبیعی را به بهترین نحو فراهم می‌کند.

از سویی دیگر می‌توان چنین تبیین کرد که شن بازی این فرصت را در اختیار کودکان می‌گذارد تا توسط آن، احساس‌های درونی خود را که ناشی از تنش‌ها، ناکامی‌ها، پرخاشگری‌ها، ترس‌ها و سردرگمی‌های اوست به نمایش بگذارد. با آشکار ساختن این‌گونه احساسات، ضمن آن که کودک با آن‌ها روبه‌رو می‌شود؛ می‌آموزد که آن‌ها را کنترل کند و یا کنار بگذارد. هنگامی که کودک به این ترتیب، به سبک‌سازی عاطفی دست یافت به درک توانایی و نیروی درون خود توفیق می‌یابد. این نیرو به او اجازه می‌دهد که خودش باشد، برای خود بیاندیشد و تصمیم‌های خود را شخصاً بگیرد و از لحاظ روانی پخته‌تر شود و به این ترتیب خویشتن خویش را بازشناسد. در عین حال لمس کردن و حرکت دادن شن باعث آزادسازی

1. Pearson

احساسات منفی می‌شود (برتینگ^۱، ۲۰۰۹). علاوه بر این شن‌بازی روش مداخله‌ای است که خطر آن کم و موفقیت آن زیاد است. همچنین فرایند ساختن یک محوطه شنی برای کودکان جذاب است و بیان غیرمستقیمی را بدون نیاز به صحبت کردن دربرمی‌گیرد. تمرکز بر فرایندهای خلاق و غیرکلامی و به فعل درآوردن توانایی‌های بالقوه فرد، موجب تقویت نیمکره راست مغز می‌شود که مربوط به فرایندهای ادراکی، حافظه تصویری، تجسم سازی، خیال پردازی، تخیل و احساسات است (برگر^۲، ۲۰۱۲). تخیل در حقیقت، روش کودک برای غلبه یافتن بر مشکلات محیطی است. کودک مشکلی را بارها به تصور خویش در می‌آورد و به نگرش اجتماعی شده‌ای دسترسی می‌یابد که سرانجام در سطحی از عمل یا رفتار تجلی می‌یابد. همچنین شن‌بازی باعث شده بود که آزمودنی‌ها، مقداری از انرژی خود را در جلسات بازی صرف نمایند. این صرف انرژی سبب کمتر شدن تکانش‌وری و بیش‌فعالی آزمودنی‌ها در ساعات باقی مانده روز شده بود. علاوه بر این در شن‌بازی تخلیه هیجانی و رفتاری کودکان از طریق زبان شن‌بازی قدرت می‌یابد و تقویت می‌شود.

اجرا توسط پژوهشگر که ممکن است باعث سوگیری شود و محدود بودن دوره زمان پیگیری، از جمله محدودیت‌های پژوهش حاضر به شمار می‌روند. پیشنهاد می‌شود پژوهشگران در پژوهش‌های بعدی، برای رفع این محدودیت‌ها تلاش نمایند. همچنین پیشنهاد می‌شود پژوهشگران در پژوهش‌های آتی به مقایسه اثربخشی این مداخله با سایر مداخلات روان‌شناختی بر کاهش سایر مشکلات رفتاری کودکان بپردازند. از نتایج این پژوهش می‌توان در مهدهای کودک و مراکز درمانی کودکان استفاده کرد.

منابع فارسی

- ابوالقاسمی، عباس؛ نریمانی، محمد؛ کیامرئی، آذر. (۱۳۸۴). بررسی میزان شیوع و هم‌ابتلائی اختلال‌های رفتاری در دانش‌آموزان دوره ابتدایی و ارتباط آن با پیشرفت تحصیلی، مجله علم و فناوری، ۴(۳): ۱۹-۱۴.
- اکسلاین، ویرجنیا. (۱۳۷۳). بازی درمانی. ترجمه احمد حجاریان. تهران: کیهان.
- پیتیهیوز، فرگاس. (۱۹۹۹). روانشناسی بازی، کودک، بازی و رشد. ترجمه کامران گنجی (۱۳۸۴). تهران: رشد.
- عبداللهی بقرآبادی، قاسم؛ شریفی درآمدی، پرویز؛ دولت‌آبادی، شیوا. (۱۳۸۹). بررسی تأثیر شن بازی درمانی بر پرخاشگری دانش‌آموزان پسر ناسنوا. مطالعات روان‌شناختی، ۱(۶).
- عدل، اکرم. (۱۳۷۲). تأثیر به‌کارگیری روش آموزش مهارت‌های اجتماعی در بهبود اختلال رفتاری اختلال‌گرانه کودکان، پایان‌نامه کارشناسی ارشد، انستیتو روانپزشکی ایران.
- علیخانی، فاطمه. (۱۳۷۶). بررسی و مقایسه شیوع اختلال‌های رفتاری در کودکان پرورشگاهی و غیرپرورشگاهی شهر تهران با تکیه بر نوع خانواده. پایان‌نامه کارشناسی ارشد. دانشگاه آزاد اسلامی. واحد خوراسگان.
- علیزاده، حمید. (۱۳۸۳). اختلال نارسایی توجه/فزون‌جنشی. تهران: انتشارات رشد.
- شهیم، سیما. (۱۳۸۵). تأثیر قصه‌گویی در درمان پرخاشگری. مقاله‌ارایه شده در اولین همایش بین‌المللی و انپزشکی کودک و نوجوان، ۱۵۴.
- مهریار، امیر هوشنگ.، یوسفی، فریده. (۱۳۷۰). تشخیص و درمان بیماری‌های روانی در کودکان. تهران: انتشارات رشد.
- یوسفی، فریده (۱۳۷۷). هنجاریابی مقیاس راتر به منظور بررسی مشکلات رفتاری و عاطفی دانش‌آموزان دختر و پسر مدارس ابتدایی شیراز. مجله علوم انسانی و اجتماعی دانشگاه شیراز، ۱۳(۱): ۱۹۲-۱۷۲.

منابع لاتین

- Abikoff. H, Nissley-Tsiopinis. J, Gallagher.R, Zambenedetti. M, Sevffert. M, Boorady. R, McCarthy. J, (2009). Effects of MPH-OROS on the Organizational, Time Management, and Planning Behaviors children with ADHD. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 48(2), 166-175.
- Allan, J., & Berry, P. (1987). Sandplay. *Journal of the Elementary School Guidance and Counseling*, 21: 300-306.
- Allan.J. & Brown.K. (1993). Jungian Play Therapy in Elementary Schools. *Journal of the Elementary School Guidance and Counseling*, 28:30-42.
- Amster, F. (1982). Differential uses of play in treatment of young children. *American Journal of Orthopsychiatry*, 13, 62-68.
- Anderson CA, Bushman BJ. (2002). Human aggression. *Journal of Annual Review of Psychology*. 2002;53:27-51.
- Berger R, Tiry M. (2012). The enchanting forest and the healing sand ÇöNature therapy with people coping with psychiatric difficulties. *Journal of the Arts in Psychotherapy*; 39(5): 412-6.
- Berting, T. (2009). Directive or nondirective play therapy? *Journal of the Play Therapy*, pp. 23-25.
- Blin n, E. L. (1999). *Efficacy of play therapy on problem behaviors of a child with attention- deficit hyperactivity disorder*. Unpublished doctoral dissertation, California School of Professional Psychology, Fresno.
- Boik, B., & Goodwin, E. (2000). *Sandplay therapy: A sept by step manual for Psychotherapists of diverse orientations*. New York: Norton.
- Bradway, K. (2006). What is sandplay? *Journal of Sandplay Therapy*, (15)2:7-16.
- Bussing.R, Mason D.M, Bell. L, Porter.PH,Garvan. C, (2010). Adolescent Outcomes of Childhood Attention- Deficit/Hyperactivity Disorder in a Diverse Community Sample. *Journal of American Academy of Child and Adolscent Psychiatry*, 49(6), 565-605.
- Crick, N. R., & Grotpeter, J. K. (1995). Relational aggression, gender, and social-psychological adjustment. *Journal of Child Development*, 66, 710-722.
- Crick, N. R., Casas, J. F., & Masher, M. (1997). Relational and overt aggression in preschool. *Journal of Developmental Psychology*, 33, 579-588.
- Crothers, L. M., Field, J. E., Kolbert, J. B., Bell, G. R., Blasik, J., Camic, L. A., Greisler, M. J., & Keener, D. (2007). Relational aggression in childhood and adolescence: Etiology, characteristics, diagnostic assessment, and treatment. *Journal of Counseling and Human Development*, 39, 1-23.

- Dadsetan, P., Bayat, M. & Asgari, A. (2010). Effectiveness of child-centered play therapy on children's externalizing problems reduction, *Journal of Behavioral Sciences*, 3, 4, 26-35.
- Dineen, P., Fitzgerald, M. (2010). P01-192 Executive function in routine childhood ADHD assessment, (2010). *Journal of European Psychiatry*, 25(1), 402.
- Goodwin, T., Pacey, K., & Grace, M. (2003). Children: Violence prevention in preschool settings. *Journal of Child and Adolescent Psychiatric Nursing*, 16, 52-59.
- Hamel, N. (2013). *Children's understanding and experience of anger within their peer groups*. MA, school of graduate and Postdoctoral Studies, Western University, London, Ontario.
- Hannah, G. L. (1986). An investigation of play therapy: Process and outcome using interrupted time-series analysis. Unpublished doctoral dissertation, University of Northern Colorado, Greeley.
- Kenny, P.J. (2007). Brain reward systems and compulsive drug use. *Journal of Trends in Pharmacological Sciences*, 28(3), 135-141.
- Kieling, C., Goncalves, R. R. F., Tannock, R., & Castellanos, F. X. (2008). Neurobiology of attention deficit hyperactivity disorder. *Journal of Child and Adolescent Psychiatric Clinics of North America*, 17, 285-307.
- Kozden, A. (1997). *Conduct disorder across the life span*. In S. Luthar, J. Burack, D. Cicchetti (Eds.), *Developmental psychology: Perspectives on adjustment, risk, and disorder* (pp. 248-272). Cambridge, UK: Cambridge University Press.
- Ladd, G., & Burgess, K. (1999). Charting the relationship trajectories of aggressive/non withdrawn, and aggressive/ withdrawn children during early grade school. *Journal of Child Development*, 70, 910-929.
- Landreth, G. L. (1982). Child-centered play therapy. *Journal of Elementary School Guidance & Counseling*, 28 (1), 17 - 29.
- Mac Niel, G. (2002). School bullying: An overview. In L. Rapp- Paglicci, A. Roberts, & J. Wodarski (Eds.), *Handbook of violence*. New York: Wiley.
- Matsuura, N., Hashimoto, T., & Toichi, M. (2009). Correlations among self-esteem, aggression, adverse childhood experiences and depression in inmates of a female juvenile correctional facility in Japan. *Journal of Psychiatry and Clinical Neurosciences*, 63 (4), 478-85.
- Mattson, DC., Veldorale-Brogan, A. (2010). Objectifying the sand tray: An initial example of three-dimensional art image analysis for assessment. *The Arts in Psychotherapy*; 37(2): 90-96.
- Boik, B., & Goodwin, E. (2000).

- Sandplay therapy: A sept by step manual for Psychotherapists of diverse orientations.* New York: Norton.
- Mi-yung, J., Kim, Y. (2012). The effect of group sandplay therapy on the social anxiety, oneliness and self- expression of migrant women in international marriages in South Korea. *Journal of The Arts in Psychotherapy*؛ 39(1):38-41.
- Nevels RM, Dehon EE, Alexander K, Gontkovsky ST. (2010). Psychopharmacology of aggression in children and adolescents with primary neuropsychiatric disorders: a review of current and potentially promising treatment options. *Journal of Expect Clinical Psychopharmacol.* 18(2):184-201.
- Parker, J. G., & Asher, S. R. (1993). Friendship and friendship quality in middle childhood: Links with peer group acceptance and feelings of loneliness and social dissatisfaction. *Journal of Developmental Psychology*, 29, 611-621.
- Pearson M. (2003). Guidance Officer and Counsellor Perspectives on Using Expressive Therapies to Support Students. *Australian Journal of Guidance & Counselling.* 13(2): 205-24.
- Ray, D., Schottelkorb,A., &Tsai,M.(2007). Play therapy with children exhibiting symptoms Of attention deficit hyperactivity disorder. *International Journal of play Therapy*,16,95-111.
- Retz. W, Freitag.C.M, Retz-Junginger.P, Wenzler. D, Schneider.M, Kissling. C, Thome. J, Rosler.M,(2008). A Functional Serotonin Transporter Promoter Gene polymorphism Increases ADHD Symptoms in Delinquents: Interaction with diverse childhood environment. *Psychiatry Research*, 158(2), 123-131.
- Rutter M, A. (1967). children's behavior questionnaire. *Journal of child psychology and psychiatry.* 8: 1-11.
- Rutter M, Graham P, Yule W (1970) A neuropsychiatric study in childhood. *Clinics in developmental medicine.* Heinemann, London. (pp;109).
- Rutter M. (1997). Child psychiatric disorder. Measures, causal mechanisms, and interventions. *Journal of Arch General Psychiatry.* 54(9):785-9.
- Rutter, M., Caspi, A., & Moffitt, T. E. (2003). Using sex differences in psychopathology to study causal mechanisms: Unifying issues and research strategies. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 44: 1092–1115.
- Schottelkorb,A.&Ray,D.(2009). ADHD symptom reduction in elementary students: a single- case effectiveness design. *Journal of Professional School Counseling*, v13 n1 p11-22.
- Shechtman, Z., & Nasaraladin , D. B. (2006). Treating mothers of aggressive children: A research study, international. *Journal of Group Psychotherapy*, 56 (1), 93-112.

- Silver, R. (2007). *The silver drawing test and draw a story*. New York and London: Routledge.
- Smith, PK., Hart, CH. (2011). *The Wiley-Blackwell Handbook of Childhood Social Development*. 2ⁿ ed. West Sussex: Wiley-Blackwell.
- Sue Dawson, L. (2011). Single-Case Analysis of Sand Tray Therapy of Depressive Symptoms in Early Adolescence. The Faculty of the graduate school of education and human development and columbian college of arts and sciences of the George Washington University.
- Sukhodolsky, D. G., Kassinove, H., & Gorman, B. S. (2004). Cognitive-behavioral therapy for anger in children and adolescents: A meta-analysis. *Journal of Aggression and Violent Behavior*, 9, 247-269.
- Van der Wal, M. F. (2005). There is bullying and bullying. *Journal of European Journal of Pediatrics*, 164, 117- 118.
- Warr-Williams. E.J (2012). Conversations in the sand: advanced sandplay therapy training curriculum for master level clinicians. University of Pennsylvania Scholarly Commons.
- Wojtalewicz, M. P. (2004). *Examination of head start children's social competence and social cognitions after participating in a universal violence prevention program*. Doctoral Dissertation. University of Florida.