

مقاله‌ی پژوهشی

بررسی اثربخشی بازی درمانی تحولی مبتنی بر دلبستگی بر علایم اختلال آسیب دیدگی تحولی در کودکان ۳ تا ۹ سال

خلاصه

مقدمه: در پژوهش حاضر کارایی بازی درمانی تحولی مبتنی بر دلبستگی را در اختلال آسیب دیدگی تحولی مورد بررسی قرار داده‌ایم.

روش کار: در این پژوهش نیمه آزمایشی با گروه شاهد در سال ۱۳۸۸، چهارده بیمار مراجعه کننده به درمانگاه روان پزشکی اطفال بیمارستان ابن سینا و دکتر شیخ مشهد که بر اساس معیارهای وندرکولک مبتلا به اختلال آسیب دیدگی تحولی تشخیص داده شده بودند، به طور تصادفی به دو گروه شاهد و آزمون تقسیم شدند. مادران کودکان، آزمون‌های یول جهت سنجش تنش کودکان و فرم کوتاه پرسش‌نامه‌ی تنش والدین را جهت بررسی تنش والدین پاسخ گفتند. جهت گروه آزمون ۱۰ جلسه‌ی هفتگی ۱/۵ ساعته بازی درمانی تحولی مبتنی بر دلبستگی انجام گردید. در پایان جلسات، والدین هر دو گروه مجدداً آزمون‌ها را تکمیل کردند. یافته‌ها با کمک آزمون‌های آماری مجذور خی و تی تفسیر شدند.

یافته‌ها: تفاوتی بین دو گروه در متغیرهای جنس، سن و سطح تحصیلات کودکان و سن و سطح تحصیلات مادران وجود نداشت ($P > 0/05$). تفاوت نمرات پرسش‌نامه‌ی یول، پرسش‌نامه‌ی تنش والدین و مقیاس پریشانی والد آن بین گروه آزمون با شاهد پس از مداخله معنی‌دار بود (به ترتیب $P < 0/001$ ، $P = 0/01$ و $P = 0/01$). تغییر معنی‌دار در نمره‌ی کلی پرسش‌نامه‌ی تنش والدین و مقیاس‌های پریشانی والد و اختلال عملکرد در ارتباط کودک‌والد در طی درمان در گروه آزمون دیده شد ($P < 0/05$) که در گروه شاهد تغییر معنی‌دار مشاهده نشد ($P > 0/05$).

نتیجه‌گیری: بازی درمانی تحولی مبتنی بر دلبستگی، تنش تجربه شده توسط کودکان و مادران ایشان را کاهش می‌دهد.

واژه‌های کلیدی: اختلال آسیب دیدگی تحولی، دلبستگی، روان درمانی

عاطفه سلطانی‌فر

استادیار گروه روان پزشکی، مرکز تحقیقات روان پزشکی و علوم رفتاری، دانشگاه علوم پزشکی مشهد

سیدمرتضی جعفرزاده فدکی

روان‌پزشک

مرتضی مدرس غروی

استادیار گروه روان پزشکی (روانشناس بالینی)، مرکز تحقیقات روان پزشکی و علوم رفتاری، دانشگاه علوم پزشکی مشهد

نغمه مخبر

دانشیار گروه روان پزشکی، مرکز تحقیقات روان پزشکی و علوم رفتاری، دانشگاه علوم پزشکی مشهد

آمیر رضایی اردانی

استادیار گروه روان پزشکی، مرکز تحقیقات روان پزشکی و علوم رفتاری، دانشگاه علوم پزشکی مشهد

*مؤلف مسئول:

ایران، مشهد، میدان بوعلی، بیمارستان روان پزشکی ابن سینا، مرکز تحقیقات روان پزشکی و علوم رفتاری

تلفن: ۰۵۱۱۷۱۱۲۷۰۱

rezaeia@mums.ac.ir

تاریخ وصول: ۱۳۸۹/۱/۲۰

تاریخ تایید: ۱۳۸۹/۶/۳

بی‌نوشت:

این مطالعه پس از تایید کمیته‌ی پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی مشهد و بدون حمایت مالی نهاد خاصی انجام شده و با منافع نویسندگان ارتباطی نداشته است. از کلیه خانواده‌هایی که با حضور در جلسات بازی درمانی ما را یاری کردند تشکر می‌نمایم.

Original Article

The efficacy of developmental attachment-based play therapy on developmental trauma disorder symptoms in children from 3 to 9 years old

Abstract

Introduction: In the present study we examined the effect of developmental attachment-based play therapy (ADAPT) on developmental traumatic disorder (DTD).

Materials and Methods: This research was a semi experimental control study which was performed in Mashhad city, north east of Iran in 2009. Fourteen patients referred to child psychiatry clinic of Ibn-e-Sina and Dr. Sheikh hospitals, who were diagnosed as having DTD based on Vander Kolk criteria by a child psychiatrist, were divided in to 2 groups of intervention and control. Mothers were asked to complete Yule scale and Parenting Stress Index-short form (PSI-SF) to determine child's and parent's stress level, respectively. Ten weekly sessions of ADAPT were conducted for intervention groups, each session lasted 1.5 hours. After last session all mothers completed questionnaires for the second time. Data was analyzed by chi square and t test.

Results: There were no significant differences in the variables of age, sex and level of education of children and age and level of education of mothers between 2 groups ($P>0.05$). There were significant differences in scores of Yule scale, PSI-SF and parental distress (one of PSI-SF sub scales) between 2 groups after intervention ($P<0.001$, $P=0.01$ and $P=0.01$ respectively). After intervention, significant differences were seen in the scores of PSI-SF, parental distress and parent-child dysfunctional interaction in the intervention group ($P<0.05$) which was not seen in control group ($P>0.05$).

Conclusion: Attachment based developmental play therapy reduces perceived stress in children and their mothers.

Keywords: Attachment, Developmental traumatic disorder, Psychotherapy

Atefeh Soltanifar

Assistant professor of psychiatry, Psychiatry and Behavioral Sciences Research Center, Mashhad University of Medical Sciences

Seyyed Morteza Jafarzadeh Fadaki
Psychiatrist

Morteza Modarres Gharavi

Assistant professor of psychiatry (clinical psychologist), Psychiatry and Behavioral Sciences Research Center, Mashhad University of Medical Sciences

Naghme Makhber

Associate professor of psychiatry, Psychiatry and Behavioral Sciences Research Center, Mashhad University of Medical Sciences

**Amir Rezaei Ardani*

Assistant professor of psychiatry, Psychiatry and Behavioral Sciences Research Center, Mashhad University of Medical Sciences

*Corresponding Author:

Psychiatry and Behavioral Sciences Research Center, Ibn-e-Sina Hospital, Boo-Ali Sq, Mashhad, Iran

Tel: +985117112701

rezaeia@mums.ac.ir

Received: Apr. 09, 2010

Accepted: Aug. 25, 2010

Acknowledgement:

This study was approved by research committee of Mashhad University of Medical Sciences. No grant has supported the present study and the authors had no conflict of interest with the results.

Vancouver referencing:

Soltanifar A, Jafarzadeh Fadaki SM, Modarres Gharavi M, Makhber N, Rezaei Ardani A. The efficacy of developmental attachment-based play therapy on developmental trauma disorder symptoms in children from 3 to 9 years old. *Journal of Fundamentals of Mental Health* 2010; 12(2): 620-29.

مقدمه

هر ساله میلیون‌ها کودک با وقایع آسیب‌زا مواجه می‌شوند (۱). اگرچه احساس امنیت ناشی از دل‌بستگی ایمن، عامل محافظت‌کننده‌ای در مقابل تنش ناشی از تروما است اما زمانی که تنش شدید باشد و یا والدین منبع پریشانی کودک باشند، نمی‌توانند در انطباق کودک به او کمک کنند (۲). در بچه‌های کوچک‌تر پاسخ به صورت برانگیختگی است که علامتی برای توجه بیشتر مراقبان است (۳). در سایر کودکان، کم‌حرکی، احساس گناه و اجتناب از بروز واکنش‌ها را می‌توان دید (۴). به علاوه بخش عمده‌ای از اعمال خشن و خلاف قانون توسط کسانی صورت می‌گیرد که در دوران کودکی در معرض تجربیات آسیب‌زا مانند بی‌توجهی والدین و سوءرفتار قرار داشته‌اند (۵-۷). در مجموع به نظر می‌رسد بیش از ۳۰ درصد کودکان در معرض تروما مبتلا به یک نشانگان بالینی با نشانه‌های فیزیکی، شناختی، رفتاری و هیجانی می‌شوند که اخیراً اختلال آسیب‌دیدگی تحولی^۱ (DTD) نامیده شده است. معیارهای پیشنهادی برای توصیف این اختلال شامل چهار مورد ذیل است که با وجود حداقل سه مورد از این معیارها تشخیص محتمل‌تر است:

الف- مواجهه یا تروماهای بین‌فردی به صورت متعدد و مزمّن و چندشکلی که اثر نامطلوب بر تکامل داشته باشد و به شکل یک تجربه‌ی درونی مانند شرم، خشم و خجالت و شکست درک شود.

ب- الگوی تکراری و پاسخی مختل به یادآوری‌های تروما داشته باشد و باعث اختلال در پاسخ به مواجهه یا یادآوری تروما شود و این تغییرات پایدار بوده و شدت آن‌ها به صورت آگاهانه کاهش نمی‌یابد و با توانایی‌های تکاملی اصلی فرد تداخل دارد و این الگو باعث یک سری تدابیر تنظیمی به صورت انطباقی و آشفته و در حالت انتظار باشد.

ج- تغییرات پایدار انتظارات در بیمار به صورت مکرر وجود داشته باشد.

د- اختلال عملکرد تحصیلی، خانوادگی، ارتباطات با همسالان، وضعیت شغلی در بیمار ایجاد شود (۸).

درمان کودکان و نوجوان آسیب‌دیده کار بسیار پیچیده و دشواری است. این کودکان نیازمند احساس ایمنی هستند و لازم است رفتارهای وابسته به ترومای آنان مانند پرخاشگری و اجتناب به صورت صحیح تحت درمان قرار گیرند. در این راستا مداخلات درمانی غیردارویی متعددی از جمله بازی‌درمانی، روان‌درمانی روان‌پویشی و درمان‌های شناختی پیشنهاد شده‌اند (۹، ۱۰). بازی‌درمانی یکی از مداخلات درمانی مهم برای کودکان محسوب می‌شود. با وجودی که مطالعات صورت گرفته در کشورهای مختلف در حوزه‌ی چگونگی و کیفیت کاربرد آن ناکافی می‌باشد (۱۱)، تاکنون در کشور ما جهت درمان اختلال افسردگی، پرخاشگری و سایر اختلالات رفتاری، اختلال نقص توجه بیش‌فعالی و اختلال استرس پس از سانحه مطالعه شده است (۱۲-۱۴). با توجه به تاثیر تروما بر رشد روان‌شناختی و تکامل کودکان و با توجه به محدود بودن تحقیقات در زمینه‌ی تاثیر بازی‌درمانی در اختلالات ناشی از بروز تروما در کودکی، به خصوص عدم وجود مطالعه در خصوص بازی‌درمانی مبتنی بر دل‌بستگی، بر آن شدیم تا این روش بازی‌درمانی را با توجه به ویژگی‌های فرهنگی و بومی کشور خود شکل داده و تاثیر آن را بر کودکان ۳-۹ ساله با سابقه‌ی انواع آسیب و سوءرفتار و با تشخیص اختلال آسیب‌دیدگی تکاملی در مقایسه با گروه شاهد بررسی نماییم.

روش کار

بعد از تهیه‌ی بسته‌ی آموزشی بازی‌درمانی تحولی که در قالب ۱۰ جلسه ارائه می‌شود، از تابستان سال ۱۳۸۸ مطالعه به شکل پژوهشی از نوع نیمه‌آزمایشی با گروه شاهد، شروع و تا اواخر زمستان ۱۳۸۸ ادامه یافت. شرکت‌کنندگان، کودکان ۳ تا ۹ ساله‌ی مراجعه‌کننده به درمانگاه فوق‌تخصصی روان‌پزشکی اطفال بیمارستان ابن‌سینا و بیمارستان دکتر شیخ مشهد بودند. از بین مراجعین، تعداد ۱۴ نفر که در مرحله‌ی غربالگری بر اساس معیارهای وندرکولک^۲ تشخیص اختلال آسیب‌دیدگی تحولی را گرفته بودند و والد یا قیم کودک تمایل به شرکت در مطالعه را اعلام نموده بود، انتخاب شدند. به خانواده‌ها در خصوص پژوهشی بودن طرح، استفاده از نتایج آن در

²Van der Kolk¹Developmental Traumatic Disorder

تصورسازی و افزایش در روابط و احساسات با خانواده بود. جهت ارتباط بهتر و همکاری مناسب‌تر خانواده‌ها تغییراتی در روش‌های بازی‌درمانی صورت گرفت تا با فرهنگ والدین هماهنگ‌تر گردد. به عنوان مثال به جای رقص در طی جلسات درمان از حرکات هماهنگ نرمشی بهره گرفته شد. آموزش این مهارت‌ها در هر جلسه‌ی هفتگی انجام می‌شد، به صورت یک در میان نزدیکان کودک در بازی‌درمانی شرکت می‌کردند و بر حسب نیاز بیماران روی هر یک از اجزای ذکر شده، تمرکز بیشتری می‌شد. در جلسه‌ی ۱ تا ۳ روی بازی‌های تکاملی کودک کار شد. در جلسه‌ی ۴ تا ۶ روی بازی‌های نمادین کودک و از جلسه‌ی ۷ تا ۹ روی سایر انواع بازی‌ها و قوانین مربوط به آن و تقویت موفقیت‌های درون‌فردی کار شد. در جلسه‌ی ۱۰ با حضور خانواده‌ی بیماران به صورت تدریجی بازی‌درمانی را قطع کردیم. در پایان ۱۰ جلسه از والدین خواسته شد مجدداً آزمون‌های انجام شده در مرحله‌ی پیش‌آزمون را تکمیل نمایند. جهت کنترل نتایج مداخله‌ی صورت پذیرفته از گروه شاهد نیز درخواست شد مجدداً آزمون‌ها را پاسخ گویند. با استفاده از ابزار آماری SPSS داده‌های پژوهش با روش‌های توصیفی و استنباطی مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت و از آزمون‌هایی مثل آزمون تی و آزمون خی‌دو استفاده شد. در این مطالعه $P < 0.05$ معنی‌دار در نظر گرفته شد. این مطالعه به تایید کمیته‌ی اخلاق دانشگاه علوم پزشکی مشهد رسیده است.

ابزارهای ارزیابی: دو ابزار ارزیابی برای جمع‌آوری اطلاعات قبل و بعد از درمان مورد استفاده قرار گرفتند.

۱- پرسش‌نامه‌ی سنجش اختلال تنش پس از رویدادهای آسیب‌زا در کودکان و نوجوانان زیر ۱۵ سال- فرم گزارش والدین (مقیاس بول): این ابزار، پرسش‌نامه‌ی قابل اعتماد و معتبری جهت اختلال تنش پس از سانحه در کودکان است و با تعداد ۲۵ سؤال ۴ گزینه‌ای با پاسخ‌های خیلی کم، کم، زیاد و خیلی زیاد به ارزیابی وجود یا عدم وجود علائم اختلال استرس پس از سانحه و میزان شدت آن در کودکان می‌پردازد. کسب نمره‌ی بیش از ۲۴ از پرسش‌نامه وجود اختلال در کودکان را نشان می‌دهد. بر اساس این پرسش‌نامه امکان

قالب‌های تحقیقاتی و محرمانه ماندن مشخصات فردی بیماران توضیح داده شد و ایشان به صورت کتبی و در قالب فرم رضایت آگاهانه، موافقت خود را برای شرکت در مطالعه اعلام کردند. شرایط ورود بیماران به مطالعه شامل عدم وجود اختلالات طبی و عدم مصرف دارو بود. تشخیص بیماران با مصاحبه‌ی روان‌پزشکی توسط روان‌پزشک اطفال و در محل بیمارستان انجام شد و بعد از انجام مصاحبه‌ی بالینی و اخذ شرح حال کامل از کودک و خانواده، آزمون‌های مقیاس یول^۱ و پرسش‌نامه‌ی تنش والدین- فرم کوتاه^۲ (PSI-SF) به ترتیب جهت سنجش میزان تنش در کودکان و والدین در مرحله‌ی پیش‌آزمون و توسط یک کارشناس ارشد روان‌شناسی بالینی از مادران همه‌ی کودکان گرفته شد. در مرحله‌ی بعد کودکان انتخاب شده جهت ورود به مطالعه به‌طور تصادفی به دو گروه ۷ نفری آزمون و شاهد تقسیم شدند. برای تصادفی بودن این تقسیم‌بندی از جدول اعداد تصادفی استفاده شد. گروه آزمون در ۱۰ جلسه‌ی بازی‌درمانی به صورت جلسات ۱/۵ ساعته شرکت کردند و گروه شاهد در لیست انتظار درمان قرار گرفتند. جهت گروه آزمون بازی‌درمانی تحولی مبتنی بر دلبستگی توسط دستیار تخصصی روان‌پزشکی آموزش‌دیده با کمک یک کارشناس روان‌شناسی بالینی و دو دانشجوی آموزش‌دیده‌ی مقطع کارشناسی روان‌شناسی بالینی تحت نظارت یک فوق‌تخصص روان‌پزشکی کودک و نوجوان و یک دکترای تخصصی روان‌شناسی بالینی اجرا شد. گروه شاهد نیز تحت جلسات بازی‌درمانی آزاد و با رویکرد حمایتی تا زمان پایان مطالعه قرار گرفتند و سپس از لیست انتظار خارج شده و بر اساس تمایل خانواده‌ها درمان برای ایشان آغاز گردید. بازی‌درمانی تحولی مبتنی بر دلبستگی با تکیه بر چند اصل از دستورالعمل استاندارد بازی‌درمانی شامل آموزش مهارت‌های همکاری با دیگران، افزایش حس اعتماد به نفس در کودکان، مهارت‌های حل مشکل در موقعیت‌های مختلف، افزایش حس ابراز هیجانی در موقعیت‌های مختلف، آموزش روش‌های افزایش آگاهی و آرمیدگی، افزایش درخلاقیت‌های

¹Yule Scale

²Parenting Stress Index-Short Form

در نمونه استانداردسازی از ۸۱ تا ۹۱ درصد متغیر بود. همبستگی آزمون- بازآزمون برای PSI-SF ۵۷ تا ۶۸ درصد بود (۱۷، ۱۸).

نتایج

۱۴ کودک پس از انجام مصاحبه‌ی بالینی به دو گروه آزمون و شاهد تقسیم شدند. نتایج متغیرهای جمعیت شناختی شرکت کنندگان در جدول ۱ آمده است. تعداد ۸ نفر از ایشان دختر و ۶ نفر پسر بودند که در گروه آزمون ۴ پسر در برابر ۳ دختر و در گروه شاهد ۵ دختر در برابر ۲ پسر بود. نسبت دختر به پسر در دو گروه از اختلاف معنی‌داری برخوردار نبود ($P=0/28$). با توجه به سن کم کودکان، جهت ارزیابی دقیق‌تر، سن ایشان بر اساس ماه گزارش گردیده است. متوسط سن کودکان در گروه آزمون $63 \pm 25/05$ ماه و در گروه شاهد $85/86 \pm 29/02$ ماه گزارش گردید. در متغیر سن کودکان نیز تفاوت معنی‌داری بین دو گروه دیده نشد ($P=0/14$).

جدول ۱- بررسی متغیرهای جمعیت‌شناختی کودکان شرکت‌کننده در مطالعه و مادران ایشان

P	گروه‌ها		متغیر
	گروه شاهد	گروه آزمون	
$P=0/14$	$85/86 \pm 29/02$	$63 \pm 25/05$	سن کودکان (ماه)
$P=0/45$	$30/71 \pm 5/85$	$32 \pm 3/70$	سن مادران (سال)
$P=0/28$	۵	۳	جنس دختر
		۴	کودکان پسر
$P=0/48$	۳	۴	تحصیلات بی‌سواد
		۲	کودکان کلاس اول
		۱	کلاس دوم
		۱	تحصیلات بی‌سواد
$P=0/45$	۳	۱	مادران زیر دیپلم
		۴	دیپلم
		۲	دانشگاهی

همان‌طور که در جدول ۱ مشاهده می‌شود میزان تحصیلات در کودکان جز ۲ نفر متناسب با سن ایشان بوده است. اگرچه در سنین پایین، میزان تحصیلات می‌تواند متغیر وابسته‌ای به متغیر سن کودک در نظر گرفته شود لیکن با توجه به اختلاف

ارزیابی شدت اختلال نیز می‌باشد. جهت توصیف شدت، اختلال کودکان به ۴ دسته‌ی شدید (۷۵-۱۰۰)، متوسط (۵۰-۷۵)، خفیف (۲۵-۵۰) و بدون علامت (<25) تقسیم می‌گردد. (۱۵) سؤال‌های این پرسش‌نامه با علایم معیارهای وندرکولک در خصوص اختلال DTD تشابه کامل دارند و لذا می‌توان برای ارزیابی وجود اختلال آسیب‌دیدگی تحولی نیز از آن بهره برد. به نقل از محمودی قرائی و همکاران این پرسش‌نامه در ایران به صورت متعدد توسط دکتر یاسمی و همکاران در مطالعات مربوط به اختلال استرس پس از سانحه به کار رفته است (۱۰).

۲- شاخص تنش والدین- فرم کوتاه: برای ارزیابی دقیق مشکلات رفتاری و هیجانی، یک مقیاس استاندارد استفاده شد. اندکس تنش والدین- فرم کوتاه به این منظور انتخاب گردید. این مقیاس بر دیسترس والدین، ویژگی کودک دشوار و تعامل نامطلوب والد و کودک تکیه می‌کند (۱۶). PSI-SF چهار مقیاس جداگانه به نام‌های «پاسخ دفاعی^۱»، «پریشانی والد^۲»، «کودک مشکل^۳» و «اختلال عملکرد در ارتباط کودک والد^۴» دارد که برای توصیف ویژگی‌های کودک، شخصیت والد و متغیرهای موقعیتی استفاده می‌شوند. این آزمون یک مقیاس دارای ۳۶ عبارت است که از آزمون کامل PSI گرفته شده است. این ابزار نوعی گزارش مراقب یا والدین کودکان ۱۲ ساله و کوچک‌تر است. PSI-SF توصیفات رفتارهای قابل مشاهده‌ی کودک و تعاملات والد-کودک را بر اساس یک مقیاس ۵ نمره‌ای با توجه به این که این نشانه در ماه قبل با چه فراوانی رخ داده است، ارزیابی می‌کند. PSI-SF به صورت تجربی برای پی‌گیری رفتار مشاهده شده‌ی والد و انطباق هیجانی و رفتاری کودک در حال حاضر و آینده در جمعیت‌های مختلف بین‌المللی معتبر است. تحقیقات در فرهنگ‌های مختلف و در جمعیت‌های متنوعی مانند چینی‌ها، پرتغالی‌ها، فرانسوی-کانادایی‌ها، ایتالیایی‌ها، کره‌ای‌ها و غیره انجام شده است. یکنواختی درونی برای مقیاس‌های بالینی

¹Defensive Responce

²Parental Distress

³Difficult Child

⁴Parent-Child Dysfunctional Interaction

تفاوتی در گروه شاهد نه در نمره‌ی کلی ونه در هیچ یک از مقیاس‌ها دیده نشده است.

بحث و نتیجه‌گیری

۱۴ کودک پس از انجام مصاحبه‌ی بالینی با ایشان و مادران‌شان وارد کارآزمایی بالینی شدند. با توجه به نتایج جدول ۱ تفاوت معنی‌داری در متغیرهای جمعیت‌شناختی کودکان شرکت‌کننده در مطالعه و مادران ایشان وجود نداشته است. در مجموع با وجود تصادفی بودن انتخاب کودکان گروه آزمون و شاهد، این دو گروه در متغیرهای جمعیت‌شناختی مورد مطالعه از همگنی قابل توجهی برخوردار بودند که در تحلیل سایر متغیرها کمک‌کننده می‌باشد. پرسش‌نامه‌ی سنجش اختلال تنش پس از رویدادهای آسیب‌زا در کودکان و نوجوانان زیر ۱۵ سال-فرم گزارش والدین (مقیاس یول) جهت گروه آزمون، قبل و بعد از انجام بازی‌درمانی و در گروه شاهد نیز در دو نوبت انجام شد. همان‌طور که اشاره شد تفاوت معنی‌داری بین گروه آزمون با شاهد پیش از انجام درمان مداخله‌ای در نمرات مقیاس یول مشاهده نمی‌شود ($P=0/10$). این امر به معنای همگنی دو گروه مورد مقایسه در مورد علائم ناشی از تروما در کودکان می‌باشد. پس از اتمام دوره‌ی درمان در گروه آزمون مشاهده گردید تفاوت معنی‌داری در نمرات کسب شده قبل از مداخله‌ی درمانی با نمرات بعد از مداخله در مقیاس یول وجود دارد ($P=0/02$) لیکن در مقایسه‌ی نمرات کسب شده در گروه شاهد، تفاوت نمرات بدون معنا بوده است ($P=0/85$). به عبارت دیگر کودکانی که تحت درمان بوده‌اند بهبودی‌ی علائم را تجربه کرده‌اند، در حالی که بهبودی در گروه شاهد رخ نداده است. علاوه بر تغییر مشاهده شده در گروه آزمون طی درمان، تفاوت بین دو گروه نیز در پایان دوره‌ی درمانی با توجه به $P<0/001$ معنی‌دار بوده است. به عبارت دیگر بهبودی علائم کودکان از تغییرات تصادفی علائم در گروه شاهد که بتواند به گذشت زمان و تقویت مکانیسم‌های تطابقی کودک نسبت داده شود به‌طور معنی‌داری بیشتر بوده است. در مطالعات دیگری نیز از مقیاس یول جهت ارزیابی میزان آسیب ناشی از تروما در کودکان بهره گرفته شده است. در مطالعه‌ای که بر

مشاهده شده در میزان تحصیلات و سن دو کودک از دو گروه آزمون و شاهد، این متغیر نیز به‌طور جداگانه بررسی شد که تفاوت معنی‌داری بین دو گروه دیده نشد ($P=0/48$). در مقایسه‌ی متغیر تحصیلات مادران نیز در دو گروه آزمون و شاهد با توجه به $P=0/45$ تفاوت معنی‌داری گزارش نگردید. متوسط سن مادران $32\pm3/70$ سال در گروه آزمون و $30/71\pm5/85$ سال در گروه شاهد بوده است. در مقایسه بین این دو گروه $P=0/63$ به دست آمد که نشان از عدم تفاوت معنی‌دار بین دو گروه بود. نتایج پرسش‌نامه‌ی سنجش اختلال تنش پس از سانحه در کودکان و نوجوانان زیر ۱۵ سال-فرم گزارش والدین (مقیاس یول) در جداول ۲ و ۳ آمده است. همان‌طور که مشاهده می‌شود تفاوت معنی‌داری بین گروه آزمون با شاهد پیش از انجام درمان مداخله‌ای در نمرات مقیاس یول مشاهده نمی‌شود. لیکن پس از انجام درمان تفاوت بین دو گروه معنی‌دار بوده است. در این جدول نمرات کسب شده در مقیاس یول در گروه آزمون به‌طور جداگانه قبل و بعد از مداخله‌ی درمانی و نیز همین مقایسه در نمرات کسب شده در گروه شاهد آمده است. با مقایسه‌ی این دو مشاهده می‌شود تفاوت نمرات طی مداخله در گروه آزمون، معنی‌دار و در گروه شاهد، بدون معنی بوده است. نتایج پرسش‌نامه‌ی تنش والدین فرم کوتاه در جداول ۲ و ۳ آمده است. همان‌طور که مشاهده می‌شود تفاوت معنی‌داری بین گروه آزمون با شاهد پیش از انجام درمان مداخله‌ای در نمرات پرسش‌نامه‌ی تنش والدین فرم کوتاه و مقیاس‌های «پیشانی‌والد» و «کودک مشکل» آن مشاهده نمی‌شود. هر چند در مقیاس‌های «پاسخ دفاعی» و «اختلال عملکرد در ارتباط کودک-والد» پیش از انجام درمان مداخله‌ای تفاوت معنی‌داری وجود دارد. با این وجود در ارزیابی پس از مداخله بین گروه آزمون و شاهد تنها در مقیاس‌های پاسخ دفاعی و کودک مشکل، تفاوت معنی‌دار دیده نمی‌شود. به علاوه مقایسه‌ی نمرات کسب شده در گروه آزمون، قبل و بعد از مداخله‌ی درمانی نشان از تغییر معنی‌دار در نمره‌ی کلی آزمون و مقیاس‌های پیشانی‌والد و اختلال عملکرد در ارتباط کودک-والد دارد در حالی که چنین

باعث کاهش معنی‌دار در نمرات مقیاس یول گردید (۱۰). در مطالعه‌ی شهرکرد در گروه سنی ۱۰-۵ سال میانگین نمره قبل از مداخله $۵۴/۲۶ \pm ۱۳/۸$ و بعد از مداخله $۴۳ \pm ۵/۷$ بوده است که نشان‌دهنده‌ی کاهش میانگین نمره از شدت متوسط به شدت خفیف می‌باشد (۱۵). در مطالعه‌ی حاضر نیز که از دامنه‌ی سنی مشابهی برخوردار است، نتایج مشابه بوده است.

روی کودکان دچار سانحه‌ی آتش‌سوزی در شهرکرد انجام شده است، مشخص گردیده که استفاده از راه‌کارهای درمانی مانند گروه‌های کاری، بازگویی روان‌شناختی و شناخت افکار اجتماعی در کاهش معنی‌دار نمرات مقیاس یول موثر بوده است (۱۵). در مطالعه‌ی دیگری که در جمعیت کودکان دچار سانحه‌ی زلزله انجام گردید، بازی درمانی گروهی متمرکز بر سوگ

جدول ۲- مقایسه‌ی نمرات کسب شده‌ی پیش‌آزمون با پس‌آزمون گروه‌های آزمون و شاهد با تی زوجی

P	t	انحراف معیار \pm میانگین		متغیر
		قبل مداخله	بعد مداخله	
۰/۰۱	۳/۵۲	$۴۹/۵۷ \pm ۱۱/۵۹$	$۵۷/۵۷ \pm ۱۵/۲۱$	آزمون مقیاس یول
۰/۸۵	۰/۱۹	$۷۰/۰۰ \pm ۱۱/۰۰$	$۷۰/۱۴ \pm ۱۱/۲۵$	شاهد
۰/۷۴	-۰/۳۵	$۲۱/۱۴ \pm ۱۰/۰۴$	$۱۹/۸۶ \pm ۴/۸۸$	آزمون پاسخ‌دفاعی
۰/۲۲	۱/۳۷	$۱۳/۲۹ \pm ۳/۶۴$	$۱۴/۰۰ \pm ۳/۳۲$	شاهد تنش‌والدین
۰/۰۰۱	-۵/۳۰	$۴۵/۵۷ \pm ۱۲/۱۱$	$۳۱/۴۳ \pm ۹/۷۱$	آزمون پریشانی‌والد
۰/۸۱	۰/۲۵	$۲۸/۲۹ \pm ۷/۲۷$	$۲۸/۵۷ \pm ۵/۸۳$	شاهد
۰/۰۱	-۰/۳۷	$۴۹/۴۳ \pm ۹/۶۱$	$۴۱/۲۹ \pm ۹/۴۵$	آزمون اختلال عملکرد در ارتباط کودک‌والد
۰/۵۲	۰/۶۹	$۲۸/۰۰ \pm ۶/۴۳$	$۲۸/۷۱ \pm ۷/۱۱$	شاهد
۰/۰۹	-۲/۰۱	$۳۳/۴۳ \pm ۷/۸۷$	$۲۷/۴۳ \pm ۷/۲۵$	آزمون کودک‌مشکل
۰/۷۰	۰/۴۱	$۲۶/۲۹ \pm ۹/۱۸$	$۲۶/۷۱ \pm ۷/۷۴$	شاهد
۰/۰۱	-۳/۶۳	$۱۰۶/۵۷ \pm ۲۳/۵۹$	$۸۰/۲۹ \pm ۲۱/۷۸$	آزمون نمره‌ی کل
۰/۶۸	۰/۴۳	$۶۹/۲۹ \pm ۱۷/۶۴$	$۷۰/۰۰ \pm ۱۶/۷۲$	شاهد

جدول ۳- مقایسه‌ی نمرات کسب شده‌ی گروه آزمون با شاهد در پیش‌آزمون و پس‌آزمون با تی مستقل

P	t	انحراف معیار \pm میانگین		متغیر
		شاهد	آزمون	
۰/۱۰	-۱/۷۶	$۷۰/۱۴ \pm ۱۱/۲۵$	$۵۷/۵۷ \pm ۱۵/۲۱$	مقیاس یول قبل مداخله
۰/۰۰۱	-۳/۸۸	$۷۰/۰۰ \pm ۱۱/۰۰$	$۴۹/۵۷ \pm ۱۱/۵۹$	بعد مداخله
۰/۰۲	۲/۶۳	$۱۴/۰۰ \pm ۳/۳۲$	$۱۹/۸۶ \pm ۴/۸۸$	قبل مداخله پاسخ‌دفاعی
۰/۰۸	۱/۹۵	$۱۳/۲۹ \pm ۳/۶۴$	$۲۱/۱۴ \pm ۱۰/۰۴$	بعد مداخله تنش‌والدین
۰/۵۲	۰/۶۹	$۲۸/۵۷ \pm ۵/۸۳$	$۳۱/۴۳ \pm ۹/۷۱$	قبل مداخله پریشانی‌والد
۰/۰۱	۳/۲۴	$۲۸/۲۹ \pm ۷/۲۷$	$۴۵/۵۷ \pm ۱۲/۱۱$	بعد مداخله
۰/۰۲	۲/۸۱	$۲۸/۷۱ \pm ۷/۱۱$	$۴۱/۲۹ \pm ۹/۴۵$	قبل مداخله اختلال عملکرد در ارتباط کودک‌والد
۰/۰۰۱	۴/۹۱	$۲۸/۰۰ \pm ۶/۴۳$	$۴۹/۴۳ \pm ۹/۶۱$	بعد مداخله
۰/۸۶	۰/۱۸	$۲۶/۷۱ \pm ۷/۷۴$	$۲۷/۴۳ \pm ۷/۲۵$	قبل مداخله کودک‌مشکل
۰/۱۴	۱/۵۶	$۲۶/۲۹ \pm ۹/۱۸$	$۳۳/۴۳ \pm ۷/۸۷$	بعد مداخله
۰/۳۴	۰/۹۹	$۷۰/۰۰ \pm ۱۶/۷۲$	$۸۰/۲۹ \pm ۲۱/۷۸$	قبل مداخله نمره‌ی کل
۰/۰۱	۳/۳۵	$۶۹/۲۹ \pm ۱۷/۶۴$	$۱۰۶/۵۷ \pm ۲۳/۵۹$	بعد مداخله

می‌شود با وجود تفاوت در روش‌های درمانی مورد استفاده، در تمام مطالعات تغییرات در مقیاس یول نشان‌دهنده‌ی کاهش میزان دیسترس وارد بر کودک و در نتیجه دستیابی وی به

زیرا میانگین نمره‌ی پیش‌آزمون $۵۷/۵۷ \pm ۱۵/۲۲$ و نمره‌ی پس از مداخله‌ی درمانی $۴۶/۵۷ \pm ۱۱/۵۹$ بوده که تغییر از طبقه با شدت متوسط به خفیف را می‌رساند. همان‌طور که مشاهده

بر مقیاس «پریشانی والد» تاثیر قابل توجهی داشته است ولی باعث تغییر معنی‌داری در مقیاس «کودک مشکل» نشده است. تفسیر اثرات درمان بر مقیاس «اختلال عملکرد در ارتباط کودک-والد» نیاز به توجه بیشتری دارد. به همین جهت به مقایسه‌ی نمرات کسب شده‌ی پیش‌آزمون و پس‌آزمون در گروه آزمون و شاهد به‌طور جداگانه پرداختیم. مقایسه‌ی نمرات کسب شده در گروه آزمون، قبل و بعد از مداخله‌ی درمانی نشان از تغییر معنی‌دار در مقیاس‌های «پریشانی والد» ($P < 0/001$) و «اختلال عملکرد در ارتباط کودک-والد» ($P = 0/01$) داشت، در حالی که چنین تفاوتی در مقیاس «کودک مشکل» در گروه آزمون و در هیچ یک از مقیاس‌های گروه شاهد دیده نشد. تغییر معنی‌دار مشاهده شده در مقیاس «پریشانی والد» در گروه آزمون با توجه به نتایج قابل توجه و معنی‌دار حاصل از مقایسه‌ی دو گروه در پایان دوره‌ی درمان قابل پیش‌بینی بود ولی تفاوت معنی‌دار در نمرات کسب شده در مقیاس «اختلال عملکرد در ارتباط کودک-والد» گروه آزمون با توجه به عدم تغییر معنی‌دار در نمرات این مقیاس در گروه شاهد بسیار حایز اهمیت می‌باشد. بر این اساس می‌توان نتیجه گرفت که بازی‌درمانی انجام شده جهت کودکان با بهبودی قابل توجه در روابط کودک-والد همراه بوده است. به‌طور کلی نمرات مربوط به والدین در شاخص PSI-SF معطوف به وضعیت دلبستگی مادر-کودک می‌باشد (۱۶). از این رو می‌توان عنوان کرد که بازی‌درمانی انجام شده می‌تواند بر تقویت و تکامل دلبستگی مادر-کودک موثر باشد. از سوی دیگر مقیاس «کودک مشکل» بیشتر بر نوع رفتار مداخله‌گرانه‌ی والدین دلالت دارد که در این مطالعه ثابت نشد که بازی‌درمانی تحولی مبتنی بر دلبستگی بتواند تغییرات قابل توجهی بر رفتارهای مادر به عنوان والد شرکت‌کننده در مطالعه داشته باشد (۱۶). در ارزیابی نمره‌ی کل پرسش‌نامه، تفاوت معنی‌داری بین گروه آزمون با شاهد پیش از انجام درمان مداخله‌ای در نمرات پرسش‌نامه‌ی تنش والدین-فرم کوتاه وجود نداشت ($P = 0/34$). لیکن پس از انجام درمان، تفاوت بین دو گروه با توجه به $P = 0/01$ معنی‌دار بوده است. همان‌طور که این تفاوت معنی‌دار در گروه آزمون در نمرات کسب شده قبل از مداخله‌ی

اثر بازی‌درمانی تحولی مبتنی بر دلبستگی در اختلال آسیب‌دیدگی تحولی سطوح بالاتری از سلامت روان می‌باشد. اثربخشی مشاهده شده از روش بازی‌درمانی تحولی مبتنی بر دلبستگی به شکل کاهش علائم هیجانی کودکان دچار اختلال تروماتیک تحولی در سایر بررسی‌ها نیز نشان داده شده است (۱۹). شاخص تنش والدین-فرم کوتاه نیز جهت گروه آزمون قبل و بعد از انجام بازی‌درمانی و در گروه شاهد نیز در دو نوبت انجام شد. مقیاس پاسخ‌های دفاعی این پرسش‌نامه جهت ارزیابی صحت پاسخگویی والدین به کار می‌رود. طبق نظر مولف نمرات زیر ۱۰ نشان‌دهنده‌ی مقادیر بسیار پایین بوده و از صحت کمی برخوردار هستند (۱۶). در بررسی نمرات این مقیاس مشخص شد یکی از شرکت‌کنندگان نمره‌ی پیش‌آزمون کمتر از ۱۰ به معنای پاسخ‌های با صحت پایین داشته است که در بررسی پس‌آزمون نیز مشاهده شد نمره‌ی همین شرکت‌کننده که یکی از اعضای گروه شاهد بود کمتر از ۱۰ بوده است. نمره‌ی دیگر پاسخ‌دهندگان در محدوده‌ی ۸۵-۱۱ بود که از صحت خوبی برخوردار بوده‌اند. بنا بر این اگر چه میانگین نمرات مقیاس پاسخ‌دفاعی در دو گروه تفاوت معنی‌داری داشت، لیکن با توجه به این که نمرات اکثر شرکت‌کنندگان در این مقیاس در بازه‌ی طبیعی بود و مشخص شد تنها یکی از پرسش‌نامه‌ها از صحت کافی برخوردار نبوده است، با حذف آن پرسش‌نامه، مقایسه‌ی نمرات کسب شده در شاخص تنش والدین بین دو گروه آزمون و شاهد از دقت خوبی برخوردار بود. مقایسه‌ها نشان داد که مقیاس‌های «پریشانی والد» و «کودک مشکل» در شروع مطالعه در دو گروه تفاوت معنی‌داری نداشته‌اند (به ترتیب $P = 0/75$ و $P = 0/95$) ولی مقیاس «اختلال عملکرد در ارتباط کودک-والد» پیش از انجام درمان مداخله‌ای تفاوت معنی‌داری در دو گروه داشته است ($P = 0/03$) که این امر تحلیل اثرات درمان بر این متغیر را متاثر خواهد کرد. بر اساس مقایسه بین گروه آزمون و شاهد در پایان دوره‌ی درمان، مقیاس «کودک مشکل» تفاوت معنی‌داری بین دو گروه نداشته است ($P = 0/20$) ولی تفاوت معنی‌داری در مقیاس‌های «پریشانی والد» ($P = 0/02$) و «اختلال عملکرد در ارتباط کودک-والد» ($P < 0/001$) وجود داشت. بر این اساس می‌توان به سادگی نتیجه گرفت بازی‌درمانی تحولی مبتنی بر دلبستگی

بر نتیجه‌ی اختلالات ناشی از تروما موثر باشند، بازی‌درمانی تحولی مبتنی بر دل‌بستگی باعث کاهش نمرات شاخص تنش والدین شده است که نشان از خودباوری بالاتر والدین و توانمندی بیشتر ایشان در کنترل عوامل تنش‌زا می‌باشد (۱۶).

درمانی با نمرات بعد از مداخله نیز دیده شد ($P=0/01$) لیکن در مقایسه‌ی نمرات کسب شده در گروه شاهد مشاهده شد که تفاوت نمرات بدون معنا بوده است ($P=0/68$). بر این مبنا می‌توان نتیجه گرفت که فارغ از عوامل مداخله‌گری مانند گذشت زمان یا حمایت‌های گروهی و خانوادگی که می‌توانند

References

1. Child maltreatment: Reports from the states to the national child abuse and neglect data system, Children's Bureau, Agency for Children and Families. [cited 2003]. Available from: URL; <http://www.nectac.org/topics/earlyid/capta.asp#hhs>
2. Van der Kolk BA, Roth S, Pelcovitz D, Mandel FS, Spinazzola J. Disorders of extreme stress: the empirical foundation of a complex adaptation to trauma. *J Trauma Stress* 2005; 18: 389-99.
3. Pop-Jordanova N, Zorcec T. Child trauma, attachment and biofeedback mitigation. *Prilozi* 2004; 25(1-2):103-14.
4. Pfefferbaum B. Post-traumatic stress disorder in children: A review of the past 10 years. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatr* 1997; 36(11): 1503-11.
5. Clark CC. Post traumatic stress disorder: How to support healing. *Am J Nurs* 1997; 97(8): 27-32.
6. Teplin LA, Abram KM, McClelland GM, Dulcan MK, Mericle AA. Psychiatric disorders in youth in juvenile detention. *Arch Gen Psychiatry* 2002; 59(12): 1133-43.
7. Widom CS, Maxfield MG. A prospective examination of risk for violence among abused and neglected children. *Ann N Y Acad Sci* 1996; 794: 224-37.
8. Romano E, De Luca RV. Exploring the relationship between childhood sexual abuse and adult sexual perpetration. *J Fam Violence* 1997; 12(1): 85-98.
9. Perry BD. Posttraumatic stress disorder in children and adolescents. *Curr Opin Pediatr* 1999; 11(4): 310-2.
10. Mahmoudi-Gharaei J, Bina M, Yasami MT, Emami A, Naderi F. [Trauma/grief group play therapy effect on Bam earthquake related emotional and behavioral symptoms in preschool children: A before-after trial]. *Iranian journal of pediatrics* 2007; 16(2): 137-42. (Persian)
11. Wethington HR, Hahn RA, Fuqua-Whitley DS, Sipe TA, Crosby AE, Johnson RL, et al. The effectiveness of interventions to reduce psychological harm from traumatic events among children and adolescents: A systematic review. *Am J Prev Med* 2008; 35(3): 287-313.
12. Baedi Z. [On the effectiveness of the cognitive behavioral play therapy in reducing the aggression of children with conduct disorder (a case study)]. *Iranian journal of psychiatry and clinical psychology* 2001; 26: 111. (Persian)

13. Janatian S, Noori A, Shafti SA, Molavi H, Samavatian H. [On the effectiveness of the cognitive-behavioral based play therapy on the severity of symptoms of attention deficit/hyperactivity disorder in male students aged 9-11]. *Journal of research in behavioural sciences* 2009; 6(2): 109-18. (Persian)
14. Zareapour A, Falahi Khoshknab M, Kashaninia Z, Biglarian A, Babashahabi R. [Effect of group play therapy on depression in children with cancer]. *Scientific journal of Kurdistan University of Medical Sciences* 2009; 14(3): 64-72. (Persian)
15. Moazi M, Shakeri M, Khadivi R, Pourheidar B. [Severity of post traumatic stress disorder in adolescents of Safilan village of Chahar mahal va Bakhtiari, south west of Iran, and the effectiveness of psychological intervention on it]. *Journal of Shahrekord University of Medical Sciences* 2007; 9(1): 63-9. (Persian)
16. Abidin RR. *Parenting stress index: Professional manual*. 3rd ed. Odessa, FL: Psychological Assessment Resources Inc; 1995: 130-49.
17. Ethier LS, Lasharite C, Couture G. Childhood adversity, parental stress and depression of negligent mothers. *Child Abuse Neglect* 1995; 19(5): 619-32.
18. Pipp-Siegel S, Sedey AL, Yoshinaga-Itano C. Predictors of parental stress in mothers of young children with hearing loss. *J Deaf Stud Deaf Educ* 2002; 7(1): 1-17.
19. Lefebvre-McGevna JA. *A developmental attachment-based play therapy (ADAPTTM): A new treatment for children diagnosed with reactive attachment and developmental trauma disorders*. Ph.D. Dissertation. Hartford: University of Hartford, College of Charleston, 2006: 120-35.