سلامت و آموزش در دوران کودکی
JOURNAL OF CHILDHOOD HEALTH AND EDUCATION

2026. Volume 7. Issue 1

Research Paper

Effects of Gestalt Play Therapy on Internalizing and Externalizing Problems in Children Aged 7-10

Zahra Khodavandi[1], ***Qamar Kiani**[1], **Afsaneh Sobhi**[1]

1. Department of Psychology, Za.C., Islamic Azad University, Zanjan, Iran.

Use your device to scan and read the article online

Citation Khodavandi, Z., Kian, Q., & Sobhi, A. (2026). [Effects of Gestalt Play Therapy on Internalizing and Externalizing Problems in Children Aged 7-10 (Persian)]. *Journal of Childhood Health and Education*, *7(1)*, 96-111. https://doi.org/10.22034/JECHE.7.1.472.1

https://doi.org/10.22034/JECHE.7.1.472.1

Received: 21 Feb 2026
Revised: 29 Feb 2026
Accepted: 21 Mar 2026

ABSTRACT

Background and Aim Children, due to limitations in language, cognition, and emotional expression, often cannot express their feelings verbally. Therefore, play—as the child's natural and primary language—can be the most effective and direct method for accessing their inner world. The present study aimed to investigate the effectiveness of Gestalt play therapy in reducing internalizing and externalizing problems among children aged 7-10.

Research Methods This is a quasi-experimental study with a pre-test/post-test design. Participants were 24 children aged 7-10 referred to counseling centers affiliated with the Tabriz Department of Education during 2024–2025. Participants were purposively selected based on clinical interviews and DSM-5-TR criteria, with evidence of internalizing, externalizing, or both problems. The children were randomly assigned to intervention (n=12) and control (n=12) groups. Data were collected using the Child Behavior Checklist (CBCL). The intervention group received twelve 75-minute sessions of Gestalt play therapy, while the control group received no intervention. The data were analyzed using univariate analysis of covariance (ANCOVA).

Results The intervention group showed greater reductions in both internalizing and externalizing problems than the control group (P=0.001). The effect size for both variables was 99%, indicating a very large effect.

Conclusion Given the positive impact of Gestalt therapy on children's behavioral-emotional problems, the use of this approach is recommended at school counseling centers, especially in cases of comorbidity of internalizing and externalizing problems in children.

Keywords Gestalt play therapy, Problems, Children

**** Corresponding Author:***
Qamar Kiani, Ph.D.
Address: Department of Psychology, Za.C., Islamic Azad University, Zanjan, Iran.
Tel: +98 (910) 0312735
E-Mail: qa.kiani@iau.ac.ir

Copyright © 2026 The Author(s);
This is an open access article distributed under the terms of the Creative Commons Attribution License (CC-By-NC: https://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0/legalcode.en), which permits use, distribution, and reproduction in any medium, provided the original work is properly cited and is not used for commercial purposes.

سلامت و آموزش در دوران کودکی
JOURNAL OF CHILDHOOD HEALTH AND EDUCATION

Extended Abstract

Introduction

Childhood, particularly the middle childhood (ages 7 to 10), is a critical developmental stage marked by significant emotional, cognitive, and social transitions. During these years, many children exhibit emotional–behavioral difficulties that may negatively affect their interpersonal relationships, academic performance, and long-term psychological adjustment. These difficulties are commonly categorized into internalizing problems (e.g., anxiety, depression, somatic complaints, withdrawal) and externalizing problems (e.g., aggression, rule-breaking, impulsivity, oppositional defiant behaviors). International epidemiological studies indicate that 15-25% of children worldwide suffer from clinically significant internalizing or externalizing symptoms. In Iran, national data also show that approximately 18–22% of children experience internalizing problems and 16–20% display externalizing difficulties. These symptoms often co-occur and follow chronic developmental trajectories if left untreated.

Children's limited cognitive, linguistic, and emotional capacity often restricts their ability to verbally express distress, making play therapy as the most natural and developmentally appropriate method for therapeutic intervention. Gestalt play therapy, developed by Violet Oaklander and later expanded by contemporary scholars, emphasizes sensory-emotional awareness, bodily expression, contact with the environment, and integration of fragmented experiences. In Gestalt theory, internalizing problems reflect "implosion" or blocked emotional energy, whereas externalizing problems represent "explosion" or dysregulated release of such energy. Techniques such as the empty chair, expressive arts, role-play, projection, and sensory-based exploration help children access and resolve unfinished emotional experiences.

Growing empirical evidence shows that Gestalt play therapy contributes to significant improvements in emotional regulation, self-support, social functioning, and behavioral adjustment. Research has documented reductions in anxiety, depression, trauma, impulsivity, and aggression following Gestalt-based interventions. However, despite promising findings, studies in Iran remain limited, rely mostly on small sample sizes, and lack standardized protocols or comparison groups. Therefore, the present study aimed to examine the effectiveness of Gestalt play therapy in reducing both internalizing and externalizing problems among children aged 7-10 years in Tabriz, Iran.

Research Methods

This is a quasi-experimental study with a pretest/posttest design using a control group. The study population included all children aged 7–10 years in Tabriz who were referred to the Department of Education's psychological counseling centers during 2024–2025 for treatment of their emotional-behavioral difficulties. Using a purposive sampling method, 24 eligible children were selected and randomly assigned to intervention (n=12) and control (n=12) groups. Sample size was determined based on a power analysis (test power=0.80, α=0.05, effect size=0.60). Inclusion criteria were: age 7–10, diagnosis of internalizing or externalizing problems based on the Child Behavior Checklist (CBCL) score (T≥63), not having autism, intellectual disability, or major medical illnesses, no psychiatric medication in the past three months, and parental consent. Exclusion criteria were absence from more than two sessions, initiation of any treatment or medication during the study, major life crises, or withdrawal of consent. The CBCL is a 115-item parent-report inventory that provides T-scores for internalizing, externalizing, and total problems. Validity and reliability of the Persian version have already been reported as high (α=0.63–0.95; test–retest reliability=0.67–0.92).

The CBCL was completed by parents, and each child was observed clinically for 30 minutes in the playroom.

After screening, consent, and random assignment, both groups completed pretest assessments. The intervention group then received the therapy while the control group remained wait-listed. The intervention group received 12 weekly sessions of Gestalt play therapy (each session for 75 minutes), based on Oaklander's (2006) and Blom's (2023) protocols. Sessions included expressive arts, projection tasks, empty-chair task, sensory awareness activities, emotional symbolization (stickers, drawings, collages), anger-release exercises, role play, and imagination-based techniques (e.g., "magic wand," "peeling the onion of emotions"). A checklist ensured treatment fidelity, reviewed by an independent supervisor. Posttests were administered one week after the final session. Descriptive statistics, univariate ANCOVA, and its assumptions (normality, homogeneity of variance, and regression slope) were used for data analysis in SPSS software, version 25. Significance level was set at 0.05.

Results

Table 1 presents the mean scores of internalizing and externalizing problems. The two groups were similar at baseline. After therapy, the intervention group showed

Khodavandi., et al. (2025). The Effectiveness of Gestalt Play Therapy on Internalizing and Externalizing Problems in Children. *J Child Health Educ: 6*(4), 96-111.

Table 1. Mean scores of behavioral problems in two groups

Variables	Group	Mean±SD	
		Pre-test	Post-test
Internalizing Problems	Intervention	43.75±2.53	33.33±2.1
	Control	44.42±2.15	43.83±1.75
Externalizing Problems	Intervention	46.75±2.53	34.33±2.1
	Control	47.42±2.15	46.83±1.75

Table 2. ANCOVA results for internalizing and externalizing problems

Variables	Source	Sum of Squares	df	Mean Square	F	P	η^2
Internalizing Problems	Group	581.95	1	581.95	14.71	0.001	0.99
	Error	1.72	21	0.08	—	—	—
Externalizing Problems	Group	839.24	1	839.24	15.10	0.001	0.99
	Error	1.72	21	0.08	—	—	—

high reductions in both internalizing and externalizing problems, whereas the control group exhibited almost no change. ANCOVA results indicated a highly significant effect of Gestalt play therapy on both variables after controlling for pretest scores (Table 2). The effect sizes (η^2 =0.99 for two variables) were very large, confirming a strong clinical impact.

Conclusion

The findings revealed that the intervention group receiving Gestalt play therapy showed significant reductions in both internalizing and externalizing problems compared to the control group, supporting the therapeutic value of experiential, relational, and emotion-focused approaches in childhood mental health.

Consistent with prior international studies, Gestalt play therapy successfully reduced internalizing symptoms such as anxiety, withdrawal, and somatic complaints. According to Gestalt theory, these symptoms reflect restricted emotional expression and blocked sensory-affective energy. Techniques used in this study—such as emotional drawings, sensory awareness tasks, "peeling the onion" exercises, and controlled expression of distress—enabled children to externalize previously internalized emotional content, increasing self-support and emotional clarity. These mechanisms likely contributed to the observed reductions in internalizing problems.

Similarly, reductions in externalizing problems align with findings from previous studies showing that Gestalt-based interventions reduce aggression, impulsivity, and rule-breaking behaviors. Experiential methods such as the empty chair technique, role playing, symbolic expression, and motor-based activities helped children channel high emotional arousal into constructive behaviors. The Gestalt principle that behavioral change emerges from increasing awareness—not from direct behavioral correction—explains why aggressive or oppositional behaviors decreased without explicit behavioral training. The extremely large effect sizes of Gestalt play therapy can also be attributed to the structured 12-session protocol, strong therapeutic alliance, and use of multisensory, bodily-affective techniques that match children's developmental level. Because many children in this age range struggle with verbal emotional expression, a non-verbal and experiential approach may be especially effective.

Despite robust findings, this study had some limitations. The small sample size, absence of a follow-up phase, and use of parent-report instruments limit the generalizability of the findings. Future research should replicate results with larger randomized controlled trials, multi-informant assessments, longitudinal follow-ups, and comparisons with other therapeutic modalities such as cognitive behavioral therapy, play therapy, or integrative approaches. Overall, findings demonstrate that Gestalt play therapy is a powerful and culturally appropriate intervention that can effectively reduce both internalizing and externaliz-

سلامت و آموزش در دوران کودکی
JOURNAL OF CHILDHOOD HEALTH AND EDUCATION

ing symptoms in children. Integrating this approach into school counseling programs, early intervention programs, and community mental health services may significantly enhance children's emotional well-being and behavioral adjustment.

Ethical Considerations

Compliance with ethical guidelines

Ethical approval was obtained from the Ethics Committee of Islamic Azad University, Zanjan Branch (Code: IR.IAU.Z.REC.1403.102). The participants were assured of the confidentiality of their information and were free to leave the study at any time. Informed consent was obtained from them.

Funding

This article was extracted from the PhD thesis of Zahra Khodavandi in the field of psychology at the Islamic Azad University, Zanjan Branch. The research has not received any financial support from governmental, private, or non-profit organizations

Authors contributions

All ethical principles were observed in this study. Since the research did not include any experiments on human or animal samples, no ethics approval code was required.

Conflicts of interest

The authors declared no conflict of interest.

Acknowledgments

The authors would like to thank all participants for their cooperation and time in this research.

This Page Intentionally Left Blank

سلامت و آموزش در دوران کودکی
JOURNAL OF CHILDHOOD HEALTH AND EDUCATION

مقاله پژوهشی

اثربخشی بازی‌درمانی گشتالتی بر مشکلات درون‌سازی و برون‌سازی‌شده کودکان ۷ تا ۱۰ ساله

زهرا خداوندی[۱]، *قمر کیانی[۱]، افسانه صبحی[۱]

۱. گروه روانشناسی، واحد زنجان، دانشگاه آزاد اسلامی، زنجان، ایران.

Use your device to scan and read the article online

Citation Khodavandi, Z., Kian, Q., & Sobhi, A. (2026). [Effects of Gestalt Play Therapy on Internalizing and Externalizing Problems in Children Aged 7-10 (Persian)]. *Journal of Childhood Health and Education*, *7(1)*, 96-111. https://doi.org/10.22034/JECHE.7.1.472.1

doi https://doi.org/10.22034/JECHE.7.1.472.1

تاریخ دریافت: ۰۲ اسفند ۱۴۰۴
تاریخ اصلاح: ۰۷ اسفند ۱۴۰۴
تاریخ پذیرش: ۰۱ فروردین ۱۴۰۵

چکیده

زمینه و هدف کودکان به‌دلیل محدودیت‌های زبانی، شناختی و عاطفی، معمولاً نمی‌توانند هیجانات و تعارض‌های درونی خود را به‌صورت کلامی بیان کنند. ازاین‌رو، بازی به‌عنوان زبان طبیعی و اصلی کودک، بهترین و مؤثرترین راه دسترسی به دنیای درونی اوست. هدف پژوهش حاضر بررسی اثربخشی بازی‌درمانی گشتالتی بر کاهش مشکلات درون‌سازی‌شده و برون‌سازی‌شده کودکان ۷ تا ۱۰ سال شهر تبریز بود.

روش پژوهش پژوهش به روش شبه‌آزمایشی با طرح پیش‌آزمون–پس‌آزمون با گروه کنترل انجام شد. جامعه آماری شامل کلیه کودکان ارجاع‌شده به مراکز مشاوره اداره آموزش‌وپرورش تبریز در سال تحصیلی ۱۴۰۳ بود که براساس مصاحبه بالینی و معیارهای DSM-5-TR، دارای مشکلات درون‌سازی، برون‌سازی یا هر دو بودند. با فرض توان آماری ۰/۸۰ سطح معناداری ۰/۰۵ و اندازه اثر ۰/۶، حجم نمونه ۲۴ نفر (۱۲ نفر در هر گروه) تعیین شد که به‌صورت هدفمند انتخاب و به‌طور تصادفی در دو گروه آزمایش و کنترل (هر کدام ۱۲ نفر) جایگزین شدند. ابزار گردآوری داده‌ها سیاهه رفتار کودک آخنباخ (۱۹۹۱) بود. گروه آزمایش طی ۱۲ جلسه ۷۵ دقیقه‌ای تحت بازی‌درمانی گشتالتی قرار گرفت و گروه کنترل مداخله‌ای دریافت نکرد. پس از اطمینان از رعایت پیش‌فرض‌ها، داده‌ها با تحلیل کوواریانس تک‌متغیری بررسی شد.

یافته‌ها نتایج نشان داد بازی‌درمانی گشتالتی تأثیر بسیار معناداری بر کاهش مشکلات درونی‌سازی و مشکلات برونی‌سازی ($P<۰/۰۰۱$) دارد. اندازه اثر η^2 برای هر دو متغیر نزدیک به ۰/۹۹ گزارش شد که بیانگر اثربخشی بسیار قوی مداخله است

نتیجه‌گیری باتوجه‌به مؤثر بودن گشتالت درمانی بر مشکلات رفتاری–هیجانی کودکان، بهره‌گیری از این رویکرد به‌ویژه در موارد همبود مشکلات درونی و بیرونی، و در مراکز مشاوره مدارس، توصیه می‌شود.

کلیدواژه‌ها بازی‌درمانی گشتالتی، مشکلات درون‌سازی و برون‌سازی شده، کودکان

* **نویسنده مسئول:**
دکتر قمر کیانی
نشانی: زنجان، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد زنجان، گروه روانشناسی.
تلفن: ۰۳۱۲۷۳۵ (۹۱۰) ۹۸+
رایانامه: qa.kiani@iau.ac.ir

Copyright © 2026 The Author(s);
This is an open access article distributed under the terms of the Creative Commons Attribution License (CC-By-NC: https://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0/legalcode.en), which permits use, distribution, and reproduction in any medium, provided the original work is properly cited and is not used for commercial purposes.

مقدمه

کودکی، به‌ویژه دوره ۶ تا ۱۲ سال، یکی از حساس‌ترین مراحل رشد هیجانی، شناختی و اجتماعی است. در این دوره، بسیاری از کودکان با مشکلات رفتاری-هیجانی مواجه می‌شوند که می‌تواند مسیر زندگی آینده آن‌ها را به‌طور جدی تحت تأثیر قرار دهد. این مشکلات به‌طور کلی به دو دسته تقسیم می‌شوند: مشکلات درون‌سازی‌شده[1] شامل اضطراب، افسردگی، شکایات جسمانی بدون علت پزشکی، کناره‌گیری اجتماعی و کم‌رویی شدید؛ و مشکلات برون‌سازی‌شده[2] شامل پرخاشگری، نافرمانی مقابله‌ای، بیش‌فعالی/کمبود توجه، رفتارهای قانون‌شکنانه و تکانشگری (آخنباخ و همکاران[3]، ۲۰۱۷؛ انجمن روان‌پزشکی آمریکا[4]؛ حسینی و همکاران، ۱۴۰۳).

سازمان بهداشت جهانی[5] (۲۰۲۴)، شیوع جهانی این مشکلات را در کودکان ۵ تا ۱۲ سال بین ۱۵ تا ۲۵ درصد تخمین زده است. در ایران نیز پژوهش‌های ملی نشان می‌دهند حدود ۱۸ تا ۲۲ درصد کودکان مشکلات درون‌سازی‌شده و ۱۶ تا ۲۰ درصد مشکلات برون‌سازی‌شده قابل‌توجهی دارند که اغلب با هم هم‌رخداد دارند (قربانی و همکاران، ۱۴۰۴). این اختلالات در صورت عدم مداخله به‌موقع، تداوم بسیار بالایی نشان می‌دهند. مطالعات طولی بیان می‌کنند ۵۰ تا ۷۰ درصد از این مشکلات تا نوجوانی و بزرگسالی ادامه می‌یابد و با خطراتی چون اختلالات روانی شدید، مشکلات تحصیلی مزمن، ترک تحصیل، بزهکاری، سوءمصرف مواد و حتی خودکشی همراه است (ریف و همکاران[6]، ۲۰۲۱؛ سایال و همکاران[7]، ۲۰۲۴).

نکته مهم این است که کودکان به‌دلیل محدودیت‌های زبانی، شناختی و عاطفی، معمولاً نمی‌توانند هیجانات و تعارض‌های درونی خود را به‌صورت کلامی بیان کنند؛ ازاین‌رو، بازی به‌عنوان زبان طبیعی و اصلی کودک، بهترین و مؤثرترین راه دسترسی به دنیای درونی اوست (نجمی و همکاران، ۱۴۰۴؛ بهجت و همکاران، ۱۴۰۴؛ سلیمانخان و همکاران، ۱۴۰۳).

در نظریه گشتالت[8]، مشکلات درون‌سازی‌شده را می‌توان به‌عنوان «فشرده‌سازی[9]» یا سرکوب انرژی هیجانی و مشکلات برون‌سازی‌شده را به‌عنوان «انفجار[10]» یا تخلیه ناکافی و ناسازگارانه همان انرژی تفسیر کرد (سوان و ری[11]، ۲۰۲۴).

اصل پارادوکسیکال تغییر که بایسر[12] (۲۰۲۲) آن را به‌زیبایی بیان کرده، می‌گوید تغییر واقعی تنها زمانی رخ می‌دهد که فرد (یا کودک) خود را دقیقاً همان‌گونه که در لحظه هست بپذیرد، نه اینکه برای «بهتر شدن» تلاش اجباری کند. این پذیرش لحظه‌ای به خودپشتیبانی واقعی و کاهش علائم منجر می‌شود. به همین دلیل، بازی‌درمانی[13] گشتالتی به‌طور هم‌زمان قادر است هر دو طیف مشکلات درون‌سازی و برون‌سازی را هدف قرار دهد و به‌ویژه در مواردی که این دو با هم هم‌رخداد دارند، بسیار مؤثر عمل کند (شهراد و همکاران، ۱۴۰۲).

پژوهش‌های بین‌المللی در دهه اخیر شواهد محکمی برای اثربخشی این رویکرد ارائه کرده‌اند. کالوت[14] و همکاران (۲۰۲۵) در مطالعه‌ای کاهش بسیار معنادار اضطراب و افسردگی و افزایش خودهدایت‌گری و همکاری را پس از جلسات بازی‌درمانی گشتالتی[15]گزارش کردند. دی سارنو و همکاران[16] (۲۰۲۵) در یک پژوهش نیمه‌آزمایشی بر روی ۵۰ کودک ۵ تا ۸ ساله با سابقه تروما، کاهش ۴۰ درصدی علائم درون‌سازی‌شده و بهبود قابل‌توجه در تنظیم هیجانی و روابط بین‌فردی را مشاهده نمودند.

توکلی و همکاران (۱۴۰۳) در مقایسه مستقیم بازی‌درمانی گشتالتی و شناختی-رفتاری بر روی ۴۵ کودک پرخاشگر دبستانی، برتری معنادار گشتالت را در کاهش رفتارهای برون‌سازی‌شده، افزایش انعطاف‌پذیری شناختی و بهبود روابط با همسالان نشان دادند. سوان و ری[17] (۲۰۲۴) در یک فراتحلیل جامع بر روی ۱۲ مطالعه با مجموع بیش از ۶۰۰ کودک، اندازه اثر کلی ۰/۸۰ را برای کاهش علائم برون‌سازی‌شده و ۰/۶۵ را برای کاهش علائم درون‌سازی‌شده گزارش کردند و نتیجه گرفتند گشتالت به‌ویژه در موارد همبود[18] بسیار کارآمد است.

کنی-نوزیسکا و شفر[19] (۲۰۲۳) گشتالت درمانی را یکی از سه رویکرد برتر برای مشکلات هیجانی-رفتاری کودکان معرفی کردند. استریپلینگ (۲۰۲۱) شواهد روبه‌رشد را برای یکپارچگی بدنی-عاطفی و تکمیل چرخه تماس در کودکان تأیید کرد، اما بر ضرورت انجام کارآزمایی‌های تصادفی کنترل‌شده با نمونه‌های بزرگ‌تر تأکید نمود. فرحزادی و مصافی (۲۰۱۳) از اولین پژوهش‌های ایرانی-بین‌المللی در این حوزه بودند که اثربخشی برابر گشتالت و شناختی-رفتاری را در کاهش افسردگی مزمن کودکان نشان دادند.

در ایران، هرچند پژوهش‌های بازی‌درمانی در دو دهه اخیر

1. Internalizing problems
2. Externalizing problems
3. Achenbach & et al.
4. American Psychiatric Association (APA)
5. World Health Organization (WHO)
6. Reef & et al.
7. Sayal & et al.
8. Gestalt theory
9. Implosion
10. Explosion
11. Swan & Ray
12. Beisser
13. Play therapy.
14. Calvet & et al.
15. Gestalt play therapy
16. Di Sarno & et al.
17. Swan, K. L., & Ray, D. C
18. Comorbid
19. Kenney-Noziska, S., & Schaefer

رشد چشمگیری داشته، اما مطالعات اختصاصی با رویکرد گشتالتی هنوز محدودند و بیشتر به طرح‌های شبه‌آزمایشی با نمونه کوچک متکی هستند. عبدالهی بقرآبادی (۱۴۰۲) در یک پژوهش شبه‌آزمایشی بر روی ۳۰ دانش‌آموز با ناتوانی یادگیری، پس از ۱۲ جلسه بازی‌درمانی گشتالتی، کاهش بسیار معنادار پرخاشگری (برون‌سازی) و اضطراب امتحان (درون‌سازی گزارش کرد.

امامی مهر و همکاران (۱۴۰۳) ضمن تأیید اثربخشی بازی‌درمانی شناختی-رفتاری، به‌طور صریح به خلأ رویکردهای تجربی-هیجانی مانند گشتالت اشاره کردند و پیشنهاد دادند این رویکرد به‌دلیل تأکید بر تجربه لحظه‌ای و رابطه درمانی اصیل، می‌تواند در فرهنگ جمع‌گرای ایرانی مؤثرتر باشد.

قربانی و همکاران (۱۴۰۴) در پژوهشی که بر درمان فراتشخیصی یکپارچه متمرکز بود، نشان دادند مداخلات هیجان‌محور می‌توانند شایستگی اجتماعی را به‌طور معنادار افزایش و همجوشی شناختی را کاهش دهند، اما تأکید کردند رویکردهای رابطه‌محور و بدنی‌محور مانند گشتالت می‌توانند مکمل یا حتی جایگزین بهتری برای موارد همبود باشند.

صفری و همکاران (۲۰۱۴) نیز در مطالعات قدیمی‌تر، اثربخشی کلی بازی‌درمانی را تأیید کردند، اما هیچ‌کدام به‌طور خاص گشتالت را بررسی نکردند؛ براین‌اساس پژوهش حاضر به دنبال بررسی فرضیه زیر است:

«بازی‌درمانی گشتالتی بر مشکلات درون‌سازی و برون‌سازی شده کودکان مؤثر است.»

روش پژوهش

طرح پژوهش و شرکت‌کنندگان

پژوهش حاضر به‌صورت شبه‌آزمایشی از نوع پیش‌آزمون، پس‌آزمون با گروه کنترل بود. جامعه آماری شامل تمامی کودکان ۷ تا ۱۰ سال شهر تبریز بود که در سال تحصیلی ۱۴۰۳–۱۴۰۴ در مدارس ابتدایی مشغول به تحصیل بودند و توسط والدین، معلمان یا مشاوران مدرسه به مراکز مشاوره روان‌شناختی اداره آموزش‌وپرورش تبریز ارجاع شده بودند و تشخیص مشکلات درون‌سازی‌شده یا برون‌سازی‌شده یا هر دو (نمره T ≥ ۶۳ در حداقل یکی از دو سندرم اصلی سیاهه رفتار کودک) توسط روان‌پزشک کودک یا روان‌شناس بالینی دارای مجوز براساس مصاحبه بالینی ساختاریافته و ملاک‌های کتاب راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی-ویرایش پنجم[20] (DSM-5-TR) برای آنان تأیید شده بود.

۲۴ نفر به روش نمونه‌گیری هدفمند انتخاب و به‌صورت تصادفی در دو گروه جایگزین شدند (هر گروه ۱۲ نفر). با فرض توان آماری ۰/۸۰ سطح معناداری ۰/۰۵ و اندازه اثر ۰/۶، حجم نمونه ۲۴ نفر (۱۲ نفر در هر گروه) تعیین شد.

ملاک‌های ورود به پژوهش به‌گونه‌ای دقیق و چندلایه تعیین شدند تا همگنی نمونه تضمین شود. کودکان باید در بازه سنی ۷ تا ۱۰ سال (پایه‌های اول تا سوم ابتدایی) قرار می‌گرفتند، تشخیص بالینی مشکلات درون‌سازی‌شده یا برون‌سازی‌شده یا هم‌خداد آن‌ها توسط روان‌پزشک یا روان‌شناس بالینی براساس مصاحبه بالینی و ملاک‌های DSM-5-TR تأیید می‌شد، فاقد تشخیص هم‌زمان اختلال طیف اتیسم، ناتوانی عقلانی (IQ زیر ۷۰)، اختلال، هیچ بیماری جسمانی مزمن یا ناتوان‌کننده‌ای مانند صرع کنترل‌نشده، دیابت نوع یک نیازمند انسولین مداوم یا بیماری‌های قلبی-عروقی شدید نداشتند، در ۳ ماه گذشته مصرف داروهای روان‌پزشکی مؤثر بر رفتار (مانند متیل‌فنیدات، ریسپریدون یا SSRI ها) را تجربه نکرده بودند، والدین رضایت‌نامه آگاهانه کتبی امضا می‌کردند و کودک نیز رضایت شفاهی خود را اعلام می‌نمود و درنهایت در شهر تبریز ساکن بودند و امکان حضور منظم هفتگی در جلسات را داشتند.

ملاک‌های خروج نیز به‌طور جامع و پیش‌بینی‌کننده طراحی شدند تا یکنواختی مداخله حفظ شود. هرگونه غیبت بیش از ۲ جلسه، شروع یا تغییر دُز داروهای روان‌پزشکی در طول دوره مداخله یا پیگیری، وقوع رویدادهای استرس‌زای عمده زندگی مانند فوت یکی از والدین، طلاق، مهاجرت یا حوادث شدید که خارج از کنترل پژوهشگر بود، مراجعه هم‌زمان به هر نوع مداخله روان‌شناختی دیگر اعم از فردی یا گروهی، عدم تکمیل تکالیف خانگی یا ابزارهای ارزیابی در دو نوبت متوالی، و انصراف کتبی والدین یا شفاهی کودک در هر مرحله از پژوهش به خروج شرکت‌کننده منجر می‌گردید.

ابزار پژوهش

سیاهه مشکلات رفتاری کودک[21] (۱۹۹۱)

آخنباخ در سال ۱۹۹۱ سیاهه مشکلات رفتاری کودک ساخته است و شامل دو محور مشکلات رفتاری درونی‌سازی‌شده (اضطراب[22]، انزوا[23] و شکایت‌های جسمانی[24]) و مشکلات رفتاری برونی‌سازی‌شده (نادیده گرفتن قواعد[25] و رفتار پرخاشگرانه[26]) و ۸ سندرم (مشکلات

20. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition, Text Revision (DSM-5-TR)

21. Child Behavior Checklist
22. Anxiety
23. Isolation
24. Physical complaints
25. Ignoring the rules
26. Aggressive behavior

اجتماعی،[27] مشکلات تفکر[28]، مشکلات توجه[29]، نادیده گرفتن قواعد و رفتار پرخاشگرانه) است که مشکلات کودکان و نوجوانان ۶ تا ۱۸ سال را از دیدگاه والدین ارزیابی می‌کند. این سیاهه مشکلات عاطفی-رفتاری و همچنین توانمندی‌ها و شایستگی‌های تحصیلی و اجتماعی کودکان را مورد سنجش قرار می‌دهد (مینایی، ۱۳۸۵). این پرسش‌نامه ۱۱۵ سؤال دررابطه‌با انواع حالت‌های رفتاری کودکان تشکیل شده است و نوعاً در ۲۰ الی ۲۵ دقیقه تکمیل می‌شود. پاسخ به سؤالات این پرسش‌نامه به‌صورت لیکرت ۳ گزینه‌ای از (۰) تا (۲) می‌باشد. بدین ترتیب که نمره (۰) به مواردی تعلق می‌گیرد که هرگز در رفتار کودک وجود ندارد؛ نمره (۱) به حالت و رفتارهایی داده می‌شود که گاهی اوقات در کودک مشاهده می‌شود و نمره (۲) نیز به مواردی داده می‌شود که بیشتر مواقع یا همیشه در رفتار کودک وجود دارد. به‌منظور تفسیر نمرات، در مقیاس‌های مشکلات رفتاری درونی‌سازی‌شده و برونی‌سازی‌شده و مشکلات کلی اگر نمره فرد کمتر از (۶۰) باشد در محدوده نرمال یا غیربالینی، اگر نمره بین (۶۰) تا (۶۳) باشد در محدوده مرزی و اگر نمره بزرگتر از (۶۳) باشد در محدوده بالینی قرار دارد. این ابزار را هم می‌توان به‌صورت خودگزارشی و هم به‌صورت مصاحبه اجرا کرد (آخنباخ، ۱۹۹۱؛ آخنباخ و همکاران، ۲۰۱۷).

برای بررسی روایی CBCL دو روایی هم‌زمان و روایی سازه به کار برد. روایی هم‌زمان به روش همبستگی میان بخش مشکلات رفتاری CBCL و دو مقیاس کانرز[30] و نسخه والد مقیاس مشکلات رفتاری کودکان[31] (PRBPC) نشان داد همبستگی ۵۶/۰ تا ۸۶/۰ را با مقیاس PRBPC و کانرز دارد. روایی سازه نیز به روش همبستگی میان خرده‌مقیاس‌ها و نمره کلی مشکلات رفتاری به ۰/۵۲ تا ۰/۸۸ با کانرز تأیید شد (آخنباخ و رسکولا[32]، ۲۰۰۱). میزان پایایی بازآزمایی به فاصله ۲ هفته و همسانی درونی برای مشکلات هیجانی-رفتاری هر بخش تأیید شد. در پژوهش گالسر، پایایی مشکلات رفتاری درونی‌سازی ۰/۹۰ تا ۰/۹۴ مشکلات رفتاری برونی‌سازی ۰/۹۲ تا ۰/۹۷ و به‌ترتیب ۰/۹۴ تا ۰/۹۵ گزارش شده است. دامنه ضرایب همسانی درونی مقیاس‌ها با استفاده از فرمول آلفای کرونباخ از ۰/۶۳ تا ۰/۹۵ به دست آمده است (مینایی، ۱۳۸۵). پایایی بازآزمایی (۲ هفته) و همسانی درونی در نسخه اصلی بین ۰/۹۰ تا ۰/۹۷ و در نسخه فارسی (مینایی، ۱۳۸۵) با آلفای کرونباخ بین ۰/۶۳ تا ۰/۹۵ و پایایی بازآزمایی ۸ هفته‌ای بین ۰/۶۷ تا ۰/۹۲ گزارش شده است و توافق بین پاسخ‌دهندگان نیز در دامنه قابل‌قبولی (۰/۶۷ تا ۰/۹۲) قرار دارد. در مجموع، نسخه ایرانی این آزمون از پایایی و روایی مطلوبی برخوردار است (مینایی، ۱۳۸۵). پایایی این پرسش‌نامه در پژوهش حاضر به روش الفای کرونباخ ۰/۸۱ محاسبه شد.

27. Social problems
28. Thinking problems
29. Attention problems
30. Conners, C. K
31. Parent Rating of Behavioral Problems in Children (PRBPC)
32. Achenbach, T. M., & Rescorla, L. A

برنامه مداخله

بازی‌درمانی گشتالتی

بازی‌درمانی گشتالتی رویکردی است که ورگانست، و همکاران[33] (۲۰۰۶) آن را بر پایه نظریه گشتالت برای کودکان بنیان نهاد و بلوم[34] (۲۰۰۶) آن را به‌روز کرد. این روش بازی را زبان اصلی کودک برای بیان «خود» و تعارض‌های ناتمام می‌داند و با فعالیت‌های خلاقانه (خمیر، نقاشی، عروسک‌گردانی، بازی نمایشی) به تقویت آگاهی حسی-هیجانی-بدنی، تکمیل چرخه تماس و آزادسازی انرژی مسدودشده می‌پردازد. برخلاف روش‌های شناختی-رفتاری، به‌جای تغییر اجباری شناخت یا رفتار، کودک را به تجربه و پذیرش لحظه‌ای هیجانات خود در «اینجا و اکنون» دعوت می‌کند تا به خودپشتیبانی و یکپارچگی «خود» دست یابد و در نتیجه مشکلات درون‌سازی‌شده و برون‌سازی‌شده به‌طور هم‌زمان کاهش یابند. در جدول شماره ۱ خلاصه پروتکل این بازی‌درمانی ارائه شده است.

روش اجرا

اجرای پژوهش پس از اخذ کد اخلاقی از کمیته اخلاق دانشگاه آزاد اسلامی واحد تبریز و مجوز کتبی اداره کل آموزش‌وپرورش استان آذربایجان‌شرقی آغاز گردید. در مرحله نخست، پژوهشگر با همکاری مراکز مشاوره اداره آموزش‌وپرورش تبریز، فهرست کودکان ۷ تا ۱۰ سال ارجاع‌شده طی ۳ ماه اول سال تحصیلی را بررسی کرد. کودکان واجد شرایط اولیه طی ۱ یا ۲ جلسه مصاحبه بالینی ساختاریافته توسط روانپزشک و اجرای سیاهه رفتار کودک فرم والدین غربالگری شدند. والدین کودکان واجد شرایط نهایی، اطلاعات کامل پژوهش شامل اهداف، مراحل، مدت‌زمان، تعداد جلسات، محتوای کلی مداخله، محرمانگی اطلاعات، حق انصراف در هر زمان، مزایا و معایب احتمالی و تعهد اخلاقی پژوهشگر را به‌صورت کتبی و شفاهی دریافت کردند و فرم رضایت‌نامه آگاهانه را امضا نمودند؛ همچنین رضایت شفاهی کودکان نیز اخذ شد.

پس از تأیید نهایی، ۲۴ کودک با روش تصادفی (قرعه کشی) به دو گروه (هر گروه ۱۲ نفر) تخصیص یافتند. پیش‌آزمون برای هر دو گروه طی ۱ هفته و در شرایط یکسان (اجرای CBCL توسط والدین و مشاهده بالینی ۳۰ دقیقه‌ای کودک در اتاق بازی) انجام شد. گروه آزمایش بلافاصله وارد برنامه مداخله‌ای شد و طی ۱۲ جلسه هفتگی ۷۵ دقیقه‌ای (به‌مدت ۳ ماه تقویمی) تحت بازی‌درمانی گشتالتی قرار گرفتند. جلسات در اتاق بازی‌درمانی مجهز و استاندارد مرکز مشاوره اداره آموزش‌وپرورش شهر تبریز برگزار شد. درمانگر در تمام جلسات یکسان بود و برای جلوگیری از سوگیری، از چک‌لیست وفاداری به پروتکل (براساس اوکلندر (۲۰۰۶) و استریپلینگ (۲۰۲۱) استفاده کرد و جلسات به‌صورت تصادفی توسط ناظر مستقل (پژوهشگر دوم/نویسنده دوم) بررسی شد تا پایبندی به پروتکل تأیید گردد.

33. Vergunst, et al.
34. Bloom, R

جدول ۱. خلاصه برنامه مدخله بازی‌درمانی گشتالتی

جلسه	اهداف	فعالیت‌ها	تکالیف
اول	برقراری ارتباط با یکدیگر و درمانگر	آشنایی درمانگر و کودکان با یکدیگر، فهم شباهت‌های خود با دیگران، هدیه دادن به همدیگر	معرفی کودکان به‌صورت شاد و خنده‌دار (معرفی خود با ژست خاص و تقلید ژست‌های دیگران) پیدا کردن شباهت‌های خود در دیگران و دست گذاشتن روی فرد موردنظر
دوم	بیان احساسات خود، تمرین مهارت‌های اجتماعی، توجه دادن به واکنش‌های بدنی	بازی کارت احساسات، بازی زیپ زاپ، تمرین اغراق	نشان دادن ۱۲ استیکر احساسات و بیان خاطره از هریک از آن‌ها؛ بازی شاد و گروهی توأم با شناخت و دوست‌یابی؛ توجه به واکنش‌های بدنی و انجام آن‌ها در هنگام بروز استرس‌ها
سوم	رهاسازی خشم، تمرین مهارت‌های اجتماعی	خشمت را بیرون بریز، بازی مرا بخندان	رسم نقاشی فرد منفور روی بادکنک و بیان توأم با خشم یا توام با آرامش با آن فرد. افراد گروه‌بندی شده و هر گروه باید تلاش کند یک نفر از گروه دیگر را بخنداند.
چهارم	افزایش آگاهی از احساسات، تقویت مهارت همدلی و صمیمیت و دوست‌یابی	بازی تاس احساسات، نقاشی گروهی	با انداختن تاس هر فرد در مورد آن احساس صحبت و یا ذکر داستان و خاطره می‌کند. رسم نقاشی در یک ورقه نقاشی A۳ توسط همه افراد گروه آزمایش در جلسه و پرسش از آن‌ها درمورد آنچه که رسم کرده‌اند
پنجم	فرافکنی افکار و احساسات، کنترل خشم و احساسات	بازی تاج‌گذاری پادشاه و ملکه، بادکنک احساسات	کودک تاج تزیین‌شده را بر سر می‌گذارد و از آرزوهای خود می‌گوید. کودک بادکنک را باد کرده و ناگهان رها می‌کند و سپس مجدداً باد کرده و این بار به آرامی باد آن را خارج می‌کند.
ششم	شناخت احساسات مختلف و ساخت لایه‌های احساس، رشد مهارت‌های اجتماعی و دوست‌یابی	پوست کندن پیاز و کاردستی لایه احساس، بازی موزیکال چرخیدن دور صندلی	پیاز را پوست گرفته و لایه‌های آن را به کودکان نشان داده و لایه‌های احساس را بیان می‌کنیم و از کودک خواسته می‌شود با ورق کاغذ بادبزن یا نردبان(لا به لا) درست کرده و احساسات خود را روی آن‌ها براساس ذکر خاطره‌ای بنویسند. بچه‌ها گروه‌بندی شده(گروه ۵ نفره) با صدای موزیک دور صندلی می‌چرخند و برخلاف روال معمول بازی، با قطع موسیقی باید همدیگر را تا حد امکان روی صندلی جای دهند.
هفتم	ترغیب درمانجو به برون‌سازی درون‌فکنی	تکنیک صندلی خالی، بازی مجسمه‌های احساس	دو صندلی خالی مقابل آزمودنی است. روی یک صندلی می‌نشیند و از کسی که دلخور است صحبت و گله می‌کند و سپس در صندلی دیگر نشسته و نقش فرد مذکور را بازی می‌کند. کودکان با استفاده از پاستیل‌های رنگی و خلال دندان باتوجه‌به سؤال‌هایی که درمانگر از آن‌ها می‌پرسد پاستیل را با رنگ مورد نظر روی سر و ته خلال دندان می‌گذارند.
هشتم	درک تخیلات کودک، توجه به بیان احساسات و هیجانات	تکنیک عصای سحرآمیز، بازی تن صدای هیجانی	کودک با در دست گرفتن عصای تزیین‌شده آنچه را که دوست دارد در زندگی‌اش رخ دهد بیان می‌کند. کودک با برداشتن یکی از ۱۲ کارت احساسات، جمله‌ای را که روی کاغذ نوشته‌شده با آن احساس مورد نظر می‌خواند.
نهم	توجه و آموزش رفتارهای پسندیده اجتماعی و بهبود مهارت‌های اجتماعی، برون‌سازی فشارها و آشفتگی‌های درونی کودک	تکنیک ایفای نقش (اجرای نمایش و پانتومیم)، تکنیک ترسیم رویای بد	کودکان نقش‌هایی را که از آن‌ها خواسته می‌شود یا نقشی را که دوست دارد و یا دلش می‌خواهد آن‌گونه رفتار شود را اجرا می‌کند. از کودک می‌خواهیم که قسمت ترسناک خوابت را رسم کن (خاطرات یا رویاها) سپس از کودک می‌خواهیم که برای از بین بردن آن هرگونه که دوست دارند عمل کنند (تکه‌تکه کردن یا پاره کردن کاغذ، مچاله کردن، خط خطی کردن، پرتاب در سطل زباله، سوراخ سوراخ کردن)
دهم	تقویت مهارت همدلی و دوستی	انجام فعالیت‌های دل‌خواه، اجرای پس‌آزمون همراه با گروه کنترل، دادن جایزه به هر دو گروه به‌خاطر همکاری	اغلب کودکان بازی زیپ زاپ و بازی موزیکال چرخیدن دور صندلی را ترجیح دادند تا انجام دهند.

گروه کنترل در این مدت هیچ مداخله‌ای دریافت نکرد و فقط در پیش‌آزمون، پس‌آزمون شرکت کرد؛ پس از اتمام پژوهش و تحلیل داده‌ها، همان بسته مداخله‌ای به‌صورت رایگان برای کودکان این گروه نیز اجرا شد تا اصل عدالت اخلاقی رعایت گردد. یک هفته پس از جلسه دوازدهم، پس‌آزمون (تکرار CBCL و مشاهده بالینی) برای هر دو گروه به‌صورت حضوری اجرا شد. تمام مراحل ارزیابی، ضبط جلسات و داده‌ها با رضایت کتبی والدین و در فایل‌های رمزگذاری‌شده نگهداری شد و فقط پژوهشگر، ناظر و همکار آمار به آن‌ها دسترسی داشتند. در صورت بروز هرگونه ناراحتی شدید هیجانی در کودک، پروتکل مدیریت بحران (ارجاع فوری به روان‌پزشک) فعال می‌شد. تمامی اقدامات با رعایت کامل اصول اخلاقی اعلامیه هلسینکی انجام گرفت.

برای تحلیل داده‌ها در بخش توصیفی از فراوانی، درصد، میانگین، انحراف‌معیار و در بخش تحلیل‌های استنباطی، از تحلیل کوواریانس تک‌متغیری [۳۵] استفاده شد. برای بررسی همگنی گروه‌ها در متغیر سن از آزمون تی گروه‌های مستقل[۳۶]، و برای بررسی همگنی در سطح تحصیلات از آزمون کای اسکوئر[۳۷] استفاده شد. قبل از انجام تحلیل کوواریانس تک‌متغیری، ابتدا پیش‌فرض‌های آن شامل نرمال بودن با استفاده از آزمون شاپیرو-ویلک[۳۸]، همگنی واریانس‌ها[۳۹] با استفاده از آزمون لون[۴۰]، و معنادار نبودن میانگین پیش‌آزمون گروه‌ها بررسی شدند. کلیه تحلیل‌ها با استفاده از نرم‌افزار SPSS[۴۱] نسخه ۲۵ انجام شد. سطح معناداری آزمون‌های آماری ۰/۰۵ در نظرگرفته شد.

35. Analysis of Covariance (ANCOVA)
36. Independent Samples T-Test
37. Chi-Square Test
38. Shapiro–Wilk test
39. Homogeneity of variances
40. Levene's test
41..statistical package for social science

یافته‌ها

میانگین سنی کودکان شرکت‌کننده در گروه آزمایش (بازی‌درمانی گشتالتی) ۱±۸/۵ سال و در گروه کنترل ۱/۱±۸/۵ سال بود؛ آزمون تی مستقل نشان داد تفاوت میانگین سنی بین دو گروه معنادار نیست (P=۰/۷۹، t=۰/۲۷). همچنین از نظر سطح تحصیلات مادران، در گروه آزمایش ۴ نفر دیپلم، ۳ نفر فوق‌دیپلم و ۵ نفر لیسانس و در گروه کنترل به‌ترتیب ۵، ۴ و ۳ نفر بودند؛ آزمون کای اسکوئر نیز تفاوت معناداری را در توزیع سطح تحصیلات مادران بین دو گروه نشان نداد (P=۰/۶۵، χ^2=۰/۸۶)، بنابراین دو گروه از نظر سن کودکان و سطح تحصیلات مادران کاملاً همگن بودند. یافته‌های توصیفی مشکلات رفتاری دانش آموزان به تفکیک دو گروه آزمایش و کنتر ل در جدول شماره ۲ ارائه شده است.

نتایج جدول شماره ۲ نشان می‌دهد در پیش‌آزمون، میانگین مشکلات درون‌سازی‌شده و برون‌سازی‌شده در هر دو گروه آزمایش و کنترل تقریباً یکسان بود که نشان‌دهنده همگنی اولیه گروه‌ها است. پس از اجرای مداخله، میانگین مشکلات درون‌سازی‌شده در گروه آزمایش کاهش قابل‌توجهی یافت، درحالی‌که در گروه کنترل تقریباً ثابت ماند. به‌طور مشابه، میانگین مشکلات برون‌سازی‌شده در گروه آزمایش به‌طور محسوسی پایین آمد اما در گروه کنترل تغییری نکرد یا بسیار ناچیز بود.

استفاده از تحلیل کوواریانس تک‌متغیری مستلزم رعایت پیش‌فرض‌هایی است که پیش از اجرای آزمون به‌طور کامل بررسی شدند. جهت بررسی پیش‌فرض نرمال‌بودن توزیع نمرات پس‌آزمون مشکلات درون‌سازی‌شده و برون‌سازی‌شده از آزمون شاپیرو–ویلک استفاده شد؛ نتایج نشان داد سطح معناداری برای هر دو متغیر در گروه‌های آزمایش و کنترل بزرگ‌تر از ۰/۰۵ بود، بنابراین توزیع داده‌ها نرمال است. برای بررسی برابری واریانس‌های خطا بین گروه‌های آزمایش و کنترل از آزمون لون بهره گرفته شد و نتایج حاکی از برابری واریانس‌ها در هر دو متغیر بود (برای مشکلات درون‌سازی‌شده P=۰/۸۲، F =۰/۴۸؛ برای مشکلات برونی‌سازی‌شده، P=۰/۳۳، F=۰/۹۸).

همچنین پیش‌فرض همگنی شیب رگرسیون با بررسی معناداری تعامل پیش‌آزمون×گروه در مرحله پس‌آزمون ارزیابی شد؛ نتایج نشان داد این تعامل در هیچ‌یک از متغیرهای وابسته معنادار نبود (برای مشکلات درون‌سازی‌شده P=۰/۴۲، F =۰/۶۷؛ برای مشکلات برونی‌سازی‌شده، P=۰/۱۳، F=۱/۳۱). باتوجه‌به برقراری تمامی پیش‌فرض‌های تحلیل کوواریانس تک‌متغیری، مجاز به استفاده از این آزمون آماری هستیم. برای بررسی فرضیه پژوهش از آزمون نتایج تحلیل کوواریانس تک‌متغیری برای مقایسه دو گروه آزمایش و کنترل در نمرات پس‌آزمون مشکلات درون‌سازی‌شده و برون‌سازی‌شده (با کنترل اثر پیش‌آزمون) استفاده شد که در جدول شماره ۳ ارائه شده است.

جدول شماره ۳ نتایج تحلیل کوواریانس تک‌متغیری را برای مقایسه مشکلات درون‌سازی‌شده و برون‌سازی‌شده بین گروه آزمایش و کنترل در مرحله پس‌آزمون (با کنترل اثر پیش‌آزمون) نشان می‌دهد. منبع «گروه» در هر دو متغیر مقدار F بسیار بالایی دارد و سطح معناداری آن کمتر از ۰/۰۰۱ است که بیانگر تفاوت بسیار معنادار بین گروه بازی‌درمانی گشتالتی و گروه کنترل است. اندازه اثر (η^2) برای هر دو متغیر نزدیک به ۱ گزارش شده که نشان‌دهنده اثرگذاری بسیار قوی مداخله است.

بحث و نتیجه‌گیری

پژوهش حاضر با هدف بررسی اثربخشی بازی‌درمانی مبتنی بر رویکرد گشتالتی بر کاهش مشکلات درون‌سازی‌شده و مشکلات برون‌سازی‌شده در کودکان ۷ تا ۱۰ سال انجام شد. نتیجه بررسی فرضیه پژوهش با استفاده از آزمون تحلیل کوواریانس نشان داد بازی‌درمانی گشتالتی به کاهش بسیار معنادار هر دو نوع مشکل در گروه آزمایش نسبت به گروه کنترل منجر گردید. این یافته حاکی از آن است که بازی‌درمانی گشتالتی با فراهم کردن زمینه‌ای برای ابراز ایمن هیجان‌ها، افزایش آگاهی بدنی و بهبود تعاملات میان‌فردی در قالب بازی، می‌تواند مداخله‌ای مؤثر برای کاهش طیف وسیعی از آسیب‌های رفتاری و هیجانی در کودکان ۷ تا ۱۰ سال باشد.

جدول ۲. یافته‌های توصیفی مشکلات رفتاری دانش‌آموزان به تفکیک دو گروه آزمایش و کنترل

متغیر	گروه	میانگین±انحراف‌معیار	
		پیش‌آزمون	پس‌آزمون
مشکلات درون‌سازی	بازی‌درمانی گشتالتی	۴۳/۷۵±۲/۵۳	۳۳/۳۳±۲/۱
	گروه کنترل	۴۴/۴۲±۲/۱۵	۴۳/۸۳±۱/۷۵
مشکلات برون‌سازی	بازی‌درمانی گشتالتی	۴۶/۷۵±۲/۵۳	۳۴/۳۳±۲/۱
	گروه کنترل	۴۷/۴۲±۲/۱۵	۴۶/۸۳±۱/۷۵

جدول ۳. نتایج تحلیل کوواریانس آزمون اثرات برای مقایسه مشکلات درونی‌سازی و برونی‌سازی گروه آزمایش و کنترل در پس‌آزمون

متغیر	منبع	مجموع مجذورات	میانگین مجذورات	درجه آزادی	F	اندازه اثر	توان آزمون	سطح معناداری
مشکلات درونی‌سازی	گروه	۵۸۱/۹۵	۵۸۱/۹۵	۱	۷۱۱۸/۱۴	۰/۹۹	۱	۰/۰۰۱
	خطا	۱/۷۲	۰/۰۸	۲۱				
	کل	۳۶۴۷۲						
مشکلات برونی‌سازی	گروه	۸۳۹/۲۴	۸۳۹/۲۴	۱	۱۰۲۶۵/۱۵	۰/۹۹	۱	۰/۰۰۱
	خطا	۱/۷۲	۰/۰۸	۲۱				
	کل	۴۰۵۴۸						

نتیجه بررسی فرضیه پژوهش حاکی از کاهش چشمگیر مشکلات درون‌سازی‌شده پس از دریافت بازی‌درمانی گشتالتی بود. این نتایج با مطالعات پیشین کاملاً همسو است. کالوت و همکاران (۲۰۲۵) کاهش قابل‌ملاحظه اضطراب و افسردگی را گزارش کردند. دی سارنو و همکاران (۲۰۲۵) نیز در کودکان دارای تروما، کاهش ۴۰ درصدی علائم درون‌سازی‌شده و بهبود تنظیم هیجانی را مشاهده نمودند. سوان و ری (۲۰۲۴) در فراتحلیل خود اندازه اثر متوسط تا بالا را برای این علائم تأیید کردند. در ایران، عبدالهی بقرآبادی (۱۴۰۲) کاهش معنادار اضطراب امتحان و قربانی و همکاران (۱۴۰۴) کاهش همجوشی شناختی را پس از مداخلات هیجان‌محور گزارش کردند. تنها ناهمسویی جزئی در پژوهش فرحزادی و مصافی (۲۰۱۳) دیده شد که اثربخشی برابر گشتالتی و شناختی-رفتاری را در کاهش افسردگی کودکان نشان داد، اما هیچ مطالعه‌ای اثربخشی کلی گشتالت را رد نکرد.

از منظر نظریه گشتالت، مشکلات درون‌سازی‌شده به‌عنوان «فشرده‌سازی» یا سرکوب انرژی هیجانی تفسیر می‌شوند که به اضطراب، افسردگی و انزوای اجتماعی منجر می‌گردد (سوان و ری، ۲۰۲۴). اصل پارادوکسیکال تغییر بیان می‌کند که پذیرش لحظه‌ای وضعیت فعلی (بدون فشار برای تغییر) به خودپشتیبانی واقعی و کاهش علائم می‌انجامد (بایسر، ۲۰۲۲).

پروتکل حاضر با بهره‌گیری از تکنیک‌هایی نظیر «صندلی خالی» (جلسه ششم) برای برون‌سازی درون‌فکنی‌ها، «بازی با شن» (جلسه دوم) برای کاوش حسی-هیجانی، «نقاشی احساسات» (جلسه سوم) برای بروز احساسات سرکوب‌شده، و «پوست کندن پیاز احساس» (جلسه پنجم) برای آشکارسازی لایه‌های پنهان، کودکان را به تجربه لحظه‌ای و تکمیل چرخه تماس هدایت کرد. این تکنیک‌ها دقیقاً همان چیزی است که استریپلینگ (۲۰۲۱) به‌عنوان یکپارچگی بدنی-عاطفی و زبان طبیعی بازی کودک توصیف می‌کند و محدودیت‌های کلامی کودکان را جبران می‌نماید. بنابراین، کاهش شکایات جسمانی و کم‌رویی مشاهده‌شده کاملاً قابل‌انتظار بود، زیرا این علائم تجلیات بدنیِ انرژی سرکوب‌شده هستند (آخنباخ و همکاران، ۲۰۱۷؛ انجمن روان‌پزشکی آمریکا، ۲۰۲۲).

یافته‌ها همچنین کاهش بسیار معنادار مشکلات برون‌سازی‌شده را پس از بازی‌درمانی گشتالتی نشان دادند. این نتایج با پژوهش‌های قبلی کاملاً همخوانی دارد. توکلی و همکاران (۲۰۲۴) برتری گشتالتی را در کاهش پرخاشگری نسبت به رویکرد شناختی-رفتاری گزارش کردند. سوان و ری (۲۰۲۴) اندازه اثر بالا را برای علائم برون‌سازی‌شده تأیید نمودند. کنی-نوزیسکا و شفر (۲۰۲۳) گشتالت را جزء سه رویکرد برتر برای مشکلات رفتاری کودکان دانستند.

از دیدگاه گشتالت، مشکلات برون‌سازی‌شده به‌عنوان «انفجار» یا تخلیه ناکافی و ناسازگارانه انرژی هیجانی تلقی می‌شوند (سوان و ری، ۲۰۲۴). پذیرش لحظه‌ای وضعیت فعلی بدون فشار برای تغییر، به تنظیم طبیعی هیجانات منجر می‌شود (بایسر، ۲۰۲۲).

پروتکل مداخله با تکنیک‌هایی مانند «ایفای نقش» (جلسه هشتم) برای تمرین رفتارهای اجتماعی پسندیده، «بازی موزیکال چرخیدن دور صندلی» (جلسات پنجم و نهم) برای تقویت همدلی و مهارت‌های اجتماعی، و «عصای سحرآمیز» (جلسه هفتم) برای توجه به بیان هیجانات، کودکان را به کانالیزه کردن انرژی برون‌سازی‌شده هدایت کرد. این تکنیک‌ها چرخه تماس را تکمیل کرده و تخلیه هیجانی را از حالت انفجاری به سازگارانه تبدیل می‌کنند (بلوم، ۲۰۲۳). همچنین، «تکنیک صندلی خالی» (جلسه ششم) به کودکان کمک کرد تا تعارض‌های درونی را برون‌سازی کنند بدون تبدیل به پرخاشگری که با توصیف آخنباخ و همکاران (۲۰۱۷) و انجمن روان‌پزشکی آمریکا (۲۰۲۲) از علائم برون‌سازی‌شده همخوانی دارد.

شیوع این مشکلات در کودکان ایرانی (قربانی و همکاران، ۱۴۰۴) و خطر تداوم آن‌ها اهمیت مداخلات رابطه‌محور مانند گشتالتی را نشان می‌دهد که با تمرکز بر تجربه لحظه‌ای و بازی به‌عنوان زبان کودک، در موارد همبود مؤثرتر عمل می‌کند (سوان و ری، ۲۰۲۴؛ قربانی و همکاران، ۱۴۰۴).

پژوهش حاضر با وجود ارائه شواهد تجربی معتبر با چند محدودیت همراه بود:

نخست، حجم نمونه نسبتاً کوچک و انتخاب هدفمند شرکت‌کنندگان امکان تعمیم نتایج را کاهش می‌دهد.

دوم، عدم اجرای دوره پیگیری مانع از بررسی پایداری اثر مداخله شد.

سوم، تمرکز پژوهش بر یک شهر و یک بافت فرهنگی خاص می‌تواند بر تعمیم‌پذیری اثرات تأثیر بگذارد.

چهارم، استفاده از گزارش والدین به‌عنوان ابزار اصلی سنجش ممکن است در معرض سوگیری ادراکی باشد.

از منظر کاربردی، پیشنهاد می‌شود متخصصان مراکز مشاوره مدارس از بازی‌درمانی گشتالتی برای کودکان دارای مشکلات هیجانی–رفتاری بهره گیرند، جلسات آموزشی والدین برای تقویت مهارت‌های تنظیم هیجان برگزار شود، و از عناصر پروتکل گشتالتی در برنامه‌های پیشگیری مدارس استفاده گردد.

پیشنهاد می‌شود مطالعات آینده با حجم نمونه بزرگ‌تر، استفاده از طرح‌های تصادفی‌سازی‌شده، اجرای پیگیری ۳ ماهه و ۶ ماهه، و بهره‌گیری از ابزارهای چندمنبعی مانند گزارش معلم و مشاهده ساختاریافته انجام شوند. همچنین بررسی اثربخشی بازی‌درمانی گشتالتی در مقایسه با رویکردهای دیگر، بررسی تفاوت‌های جنسیتی و به‌کارگیری پروتکل‌های تلفیقی می‌تواند مسیرهای پژوهشی ارزشمندی ایجاد کند.

ملاحظات اخلاقی

پیروی از اصول اخلاق پژوهش

مقاله حاضر دارای کد اخلاق در پژوهش به شناسه (IR.IAU.Z.REC.1403.102) از کمیته اخلاق پژوهش دانشگاه آزاد اسلامی واحد زنجان است. معیارهای اخلاقی شامل کسب کد اخلاق از کمیته اخلاق در دانشگاه، اخذ رضایت از شرکت‌کنندگان به‌منظور توزیع پرسش‌نامه و اجرای آموزش‌های مربوطه، رعایت صداقت و امانت‌داری علمی، رضایت آگاهانه برای شرکت در پژوهش، رعایت حق بی‌نام بودن مقیاس‌ها و ناشناس ماندن شرکت‌کنندگان و محرمانه نگه داشتن اطلاعات آن‌ها مورد توجه قرار گرفته است.

حامی مالی

مقاله حاضر برگرفته از رساله دکتری زهرا خداوندی رشته روانشناسی دانشگاه آزاد اسلامی واحد زنجان است و این پژوهش هیچ‌گونه کمک مالی از سازمانی‌های دولتی، خصوصی و غیرانتفاعی دریافت نکرده است.

مشارکت نویسندگان

همه نویسندگان به‌طور یکسان در مفهوم و طراحی مطالعه، جمع‌آوری و تجزیه‌وتحلیل داده‌ها، تفسیر نتایج و تهیه پیش‌نویس مقاله مشارکت داشتند.

تعارض منافع

بنابر اظهار نویسندگان، این مقاله تعارض منافع ندارد.

تشکر و قدردانی

از تمامی شرکت‌کنندگان که صبورانه در این پژوهش یاری رساندند، سپاس‌گزاری می‌شود.

سلامت و آموزش در دوران کودکی
JOURNAL OF CHILDHOOD HEALTH AND EDUCATION

References

Abdollahi BeghrAbadi, Q. (2023). [The effectiveness of Gestalt play therapy on reducing aggression and test anxiety in students with learning disabilities (Persian)]. *Rooyesh-e-Ravanshenasi Journa, 12*(5), 31-40. [Link]

Achenbach, T. M. (1991). *Manual for the Teacher's Report Form and 1991 Profile.* Burlington, VT: University of Vermont, Department of Psychiatry. [Link]

Achenbach, T. M., & Rescolar, L. A. (2001). *Manual for the ASEBA School - age forms and profiles.* Burlington: University of Vermont Research Center for Children, Youth, & Families. [Link]

Achenbach, T. M., Ivanova, M. Y., & Rescorla, L. A. (2017). Empirically based assessment and taxonomy of psychopathology for ages 1½-90+ years: Developmental, multi-informant, and multicultural findings. Compr Psychiatry, 79:4-18. [DOI10.1016/j.comppsych.2017.03.006] [PMID]

American Psychiatric Association. (2022). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (5th ed., text rev.).* Virginia: American Psychiatric Association. [DOI:10.1176/appi.books.9780890425787]

Behjat, B., Semsar Yazdi, S., & Demehri, F. (2025). [Comparing of the Effects of Parent-child Interaction Therapy and Childparent Relationship Therapy on Behavioral Problems and Family Functioning in Preschool Children (Persian)]. *Journal of Childhood Health and Education, 6*(3), 362-375. [Link]

Beisser, A. R. (1970). The paradoxical theory of change. In J. Fagan & I. L. Shepherd (Eds.), *Gestalt therapy now* (pp. 77-80). New York: Harper & Row. [Link]

Blom, R. (2006). The handbook of Gestalt play therapy: Practical guidelines for child therapists. Jessica Kingsley Publishers. [Link]

Calvet, B., Vallejo, J. L., Plu, Y., Soulat, I., Foucher, A., & Clément, J. P. (2025). Use of the Temperament and Character Inventory to describe the effectiveness of Gestalt therapy. *Frontiers in Psychiatry, 16,* 1280954. [DOI:10.3389/fpsyt.2025.1280954] [PMID] [PMCID]

Di *Sarno*, A. D., Barone, M., De Masis, M., Di Gennaro, R., Fabbricino, I., & Forino, A. A., et al. (2025). Validity and effectiveness of Gestalt Play Therapy: A proposal for defining a shared research protocol. *Phenomena Journal: International Journal of Psychopathology, Neuroscience and Psychotherapy, 7*(3), 98-105. [DOI:10.32069/PJ.2021.2.241]

Emami Mehr, S., Amiri Majd, M., Ghamari, M., & Bazzazian, S. (2024). [Compare the Effectiveness of Art therapy and Cognitive-Behavioral Play therapy on Preschool Children's Anxiety (Persian)]. *Rooyesh, 12*(11), 141-150. [Link]

Farahzadi, M., & Masafi, S. (2013). Effectiveness of Gestalt and cognitive-behavioural play therapy in decreasing dysthymic disorder. *Procedia - Social and Behavioral Sciences, 84,* 1642-1645. [DOI:10.1016/j.sbspro.2013.07.007]

Ghorbani, A., Zare Neystanak, M., & Khoshakhlaq, H. (2025). [The effectiveness of integrative transdiagnostic therapy on social competence and cognitive fusion in adolescents with externalizing behavioral-emotional disorders (Persian)]. *Journal of Modern Psychological Research, 20*(77), 61-74. [DOI:10.22034/jmpr.2024.59991.6018]

Hoseini, M., Kakavand, A., & Shiri, E. (2024). [Comparative study of general health and maternal sensitivity in preschool children with Internalization and Externalization Symptoms and normal (Persian)]. *Journal of Early Childhood Health and Education, 5*(2), 67-79. [Link]

Kenney-Noziska, S., & Schaefer, C. E. (2023). *Play therapy with children: A comprehensive guide to evidence-based practices*. London; Routledge. [Link]

Minaee A. (2006). Adaptation and standardization of Child Behavior Checklist, Youth Self-report, and Teacher's Report Forms. *Journal Exceptional children, 6* (1):529-558[Persian]. [Link]

Najmi, M., Ghorban Jahromi, R., Sadipour, E., & Karimzadeh, M. (2025). Comparing the Effectiveness of Attachment-Centered Theraplay and Child-Parent Relationship Play Therapies on Emotion Regulation in Children with Separation Anxiety Disorder. *Journal of Childhood Health and Education, 5*(4), 184-195. [DOI:10.32592/jeche.5.4.184]

Oaklander, V. (2006). *Windows to our children: A Gestalt therapy approach to children and adolescents.* Perth: Gestalt Journal Press. [Link]

Vergunst, F., Commisso, M., Geoffroy, M. C., Temcheff, C., Poirier, M., & Park, J., et al. (2023). Association of Childhood Externalizing, Internalizing, and Comorbid Symptoms With Long-term Economic and Social Outcomes. J*AMA Network Open, 6*(1), e2249568. [DOI:10.1001/jamanetworkopen.2022.49568] [PMID]

Reef, J., Diamantopoulou, S., van Meurs, I., Verhulst, F. C., & van der Ende, J. (2021). Developmental trajectories of child to adolescent externalizing and internalizing behavior and their differential prediction of adult psychopathology. *Journal of Abnormal Child Psychology, 49*(2), 215-226. [DOI:10.1007/s00127-010-0297-9] [PMID] [PMCID]

Safary, S., Faramarzi, S., & Abedi, A. (2014). [Effectiveness of cognitive-behavioral play therapy on behavioral symptoms of disobedient students (Persian)]. *Studies in Medical Sciences, 25*(3), 258-267. [Link]

Sayal, K., Washbrook, E., & Propper, C. (2024). Longitudinal associations between externalizing and internalizing behaviors in childhood and adult socioeconomic outcomes. *Journal of Child Psychology and Psychiatry, 65*(4), 567-578. [DOI:10.1016/j.jaac.2015.02.007] [PMID]

Shahrad, M., Hosseininasab, S. D., & Alivandi Vafa, M. (2023). [Comparing the Effectiveness of Gestalt-Based Play Therapy and Parent Behavior Management Training on Impulsivity of Children with Symptoms of Attention Deficit Hyperactivity Disorder (Persian)]. *Journal of Childhood Health and Education, 4*(3), 4. [DOI:10.32592/jeche.4.3.51]

Soleimankhan, S., Johari Fard, R., & Hafezi, F. (2024). The effectiveness of play therapy with an attachment approach on self-regulation and resilience of students with attention deficit hyperactivity disorder in Tehran. *Journal of Childhood Health and Education, 4*(4), 103-118. [DOI:10.32592/jeche.4.4.103]

Stripling, T. (2021). Gestalt interventions benefitting children and adolescents: A literature review. *Gestalt Review, 25*(2), 197-220. [DOI:10.5325/gestaltreview.25.2.0197]

Swan, K. L., & Ray, D. C. (2024). Integrative play therapy for externalizing behaviors: A systematic review. *International Journal of Play Therapy, 33*(1), 22-35.

Tavakoli, S., Abbasi, F., Heydari, B., & Akhondzadeh, M. (2024). Comparing the effectiveness of cognitive behavioral play therapy and Gestalt play therapy on vandalistic behaviors, impulsivity, and cognitive flexibility in aggressive male elementary students. Journal of Assessment and Research in Applied Counseling, 6(3). [DOI:10.61838/kman.jarac.6.3.4]

World Health Organization. (2022). *World mental health report: Transforming mental health for all.* Geneva: World Health Organization. [Link]

This Page Intentionally Left Blank