

## The Effectiveness of Cognitive Behavior Play Therapy on Decreasing Behavior Problems of Children

Zare, Mehdi & Ahmadi, Soniya

*This study aims to investigate the effectiveness of cognitive behavior play therapy on decreasing behavior problems of children aged between 7 and 9 years old. In so doing, five boys between 7 and 9 year old were selected. The play therapy was done with cognitive behavior play therapy (CBPT) approach in children's home during 10 individual and group therapy sessions twice a week. The results indicate that cognitive behavior play therapy sessions decrease behavior problems of the children.*

## اثربخشی بازی درمانی به شیوه رفتاری شناختی در کاهش مشکلات رفتاری کودکان

مهدی زارع<sup>۱</sup>، سونیا احمدی<sup>۲</sup>

هدف پژوهش حاضر، بررسی اثربخشی بازی درمانی به شیوه ی شناختی- رفتاری در کاهش مشکلات رفتاری کودکان ۷ تا ۹ ساله ی پسر است. به این منظور، پنج کودک پسر ۷ تا ۹ ساله، به شیوه ی غیر تصادفی و هدفمند، انتخاب شدند. بازی درمانی با رویکرد CBPT طی ده جلسه ی انفرادی و گروهی و هفته ای دو بار در محل اقامت آنها انجام شد. نتایج گویای آن است که جلسات بازی درمانی شناختی- رفتاری، موجب کاهش مشکلات رفتاری کودکان شده است.

### مقدمه

اختلال های رفتاری، مشکلات فردی و اجتماعی فراوانی را بوجود می آورد. کودکان مبتلا به این اختلال ها، خانواده، آموزشگاه و اجتماع را با مسایل و دشواری های گوناگونی مواجه می کنند و آنها را نیز در برابر آشفتگی های روانی- اجتماعی دوران نوجوانی و حتی بزرگسالی، آسیب پذیر می سازند.

پژوهش های مختلف، نشان می دهد که تقریباً ۳۰ درصد کودکان و نوجوانان در طول زندگی خود، یک اختلال روان پزشکی قابل تشخیص را تجربه خواهند کرد، ولی ۷۰ تا ۸۰ درصد آنها مداخله ی مناسب را دریافت نمی کنند. این اختلال ها، به نقص عملکرد در زمینه های مختلف از

۱- هیات علمی دانشگاه آزاد اسلامی واحد اراک

۲- کارشناس روان شناسی

جمله زمینه های تحصیلی و خانوادگی منجر می شود که در نهایت، افت تحصیلی یا رفتارهای بزهکارانه را موجب می شود (ایوانز<sup>۱</sup> و همکاران، ۲۰۰۵).

در ایران نیز، پیش بینی می شود که شیوع اختلال های رفتاری در کودکان، بیش از حد انتظار باشد. در پژوهش ابوالقاسمی و همکاران (۱۳۸۴) بر روی ۵۱۳۶ دانش آموز مدرسه ی ابتدایی دخترانه و پسرانه مشخص شد که ۲ درصد دانش آموزان ابتدایی، مبتلا به اختلال های هیجانی هستند. این پژوهش، نشان داد که ۳ درصد دانش آموزان، اختلال سلوک، ۲ درصد اختلال هیجانی، ۳/۱ درصد اختلال نقص توجه، ۳/۳ درصد اختلال بیش فعالی، ۳/۴ درصد اختلال نقص توجه همراه با بیش فعالی و ۲/۶ درصد اختلال بی اعتنایی مقابله ای دارند. این پژوهش، نشان داد که پسران، در مقایسه با دختران، بیشتر به اختلال های سلوک، نقص توجه بیش فعالی و نقص توجه همراه با بیش فعالی مبتلا هستند. در پژوهش کدخدایی (۱۳۷۶) بر روی دانش آموزان دبستانی در اصفهان، میزان شیوع اضطراب و افسردگی کمتر از ۱ درصد بدست آمده است.

درمان های غیر دارویی همچون روان درمانی و مشاوره ی کودکان، با استفاده از شیوه های بازی درمانی، برای درصد قابل ملاحظه ای از کودکان، نتیجه بخش بوده است. هرگاه زبان کلامی برای ابراز افکار و احساسات کودکان کفایت نکند، درمانگران از بازی درمانی برای کمک به کودکان برای ابراز آنچه آنها را ناراحت کرده است، استفاده می کنند (جیل<sup>۲</sup>، ۱۹۹۱). بازی درمانی رویکردی با ساختار و مبتنی بر نظریه ی درمان است که فرایندهای یادگیری و ارتباط طبیعی و بهنجار کودکان را پایه ریزی می کند (کارمیخیل<sup>۳</sup>، ۲۰۰۶، لندرت، ۲۰۰۲، اوکانر و شافر<sup>۴</sup>، ۱۹۸۳). قدرت درمانی که در بازی درمانی نهفته است به طرق گوناگون مورد استفاده قرار می گیرد. درمانگران از طریق بازی به کودکانی که مهارت های اجتماعی یا عاطفی شان ضعیف است رفتارهای سازگارانه تری را می آموزند (پدرو-کارول و ردی<sup>۵</sup>، ۲۰۰۵). رابطه ی حسنه ای که بین درمانگر و کودک در طول جلسه های بازی درمانی شکل می گیرد، تجربه ی مهمی را که برای درمان لازم است فراهم

1-Evans

2-Gil,E.

3-Carmichael

4-O'connor & Schaefer

5-Pedro-Carroll & Reddy



می آورد (موستاکس<sup>۱</sup>، ۱۹۹۷). در بازی درمانی، اسباب بازی ها مثل کلمات کودک و بازی، زبان کودک است (لندرت، ۲۰۰۲).

تحقیقات مختلف، تاثیر بازی درمانی را در زمینه های اجتماعی، عاطفی، رفتاری و مشکل هایی که به محرک های تنش زای زندگی همچون طلاق، مرگ، جابجایی، بستری شدن در بیمارستان، سو استفاده های جنسی و جسمی و خشونت خانوادگی مربوط می شود تایید می کند (پدرو کارل و ردی، ۲۰۰۵).

از جمله روشهای موثر بازی درمانی، روش شناختی- رفتاری است. در این روش همانند درمان بزرگسالها، بر تاثیر باورها با نگرش های ناسازگارانه یا ناکارآمد تاکید می شود. پیش فرض مورد استفاده آن است که واکنش کودک به یک رویداد، متأثر از معانی و مضامینی است که به رویداد نسبت می دهد. به بیان دیگر، پاسخ های عاطفی و رفتاری فرد به رویدادهای زندگی روزمره تابعی هستند از این که چگونه این رویدادها ادراک و یادآوری می شوند. در این روش چنین فرض می شود که آنها فاقد مهارت های رفتاری مناسب هستند یا باورها و محتویات شناخت، یا استعدادهای حل مساله (فرایندهای شناختی) از جهاتی آشفته و مختل می باشند که موارد اخیر، نارسایی های شناختی یا تحریف های شناختی را منعکس می سازند.

نارسایی های شناختی به عدم پردازش شناختی کارآمد، اشاره دارند؛ مانند کودک بی توجه که با مسایل، به شیوه ای تکانه ای و بدون تامل برخورد می کند. تحریف های شناختی نیز به باورها یا نگرش هایی دلالت دارند که بر منطق غیر عقلانی یا تحریف شده، مبتنی هستند مانند کودک یا نوجوانی که همواره توانایی هایش را کمتر از میزان واقعی برآورد می کند. با در نظر داشتن این موضوع، بازی درمانگران شناختی- رفتاری همواره سعی می کنند از طریق تسهیل کسب مهارت های رفتاری جدید و فراهم آوردن تجاربی که تغییر شناختی را تسهیل کند، به کودک و نوجوان کمک کنند.

بدین ترتیب، روند درمان با سنجش دقیق عواملی شروع می شود که مشکل رفتاری یا عاطفی کودک را ایجاد می کند، سپس روش هایی ارایه می شود که به منظور افزایش توانایی رفتاری

طراحی شده‌اند و نیز فونونی که برای تصحیح شناخت‌های اشتباه یا ناسازگارانه به کار می‌روند (اسپنس و همکاران، ۲۰۰۰).

بازی درمانی شناختی- رفتاری، درحین عبور کودک از مراحل متعدد درمانی (مرحله آغازین [آشنایی]، مرحله ارزیابی، مرحله میانی و مرحله پایانی) انجام می‌گیرد. بعد از آمادگی برای بازی درمانی شناختی- رفتاری مرحله ارزیابی آغاز می‌شود. درمانگر، در مرحله‌ی میانی نقشه‌ی درمان را طراحی می‌کند و درمان، روی افزایش خودکنترلی کودک، حس پیشرفت و یادگیری پاسخ‌های سازگارانه‌تر برای رویارویی با موقعیت‌های خاص متمرکز می‌شود. تعمیم و پیشگیری از عود و بازگشت در مرحله‌ی میانی بکار گرفته می‌شود تا کودک مهارت‌های جدیدی در مورد زمینه‌های گوناگون بیاموزد. در مرحله‌ی پایانی، کودک و خانواده‌اش برای خاتمه‌ی درمان آماده می‌شوند (نل<sup>۱</sup>، ۱۹۹۹). در بازی درمانی شناختی- رفتاری مداخله‌های متعدد رفتاری و شناختی به کار گرفته می‌شود. از جمله این مداخله‌های رفتاری می‌توان از حساسیت‌زدایی منظم تصویرسازی ذهنی برانگیزاننده، مدیریت وابستگی تقویت مثبت، شکل‌دهی، خاموش‌سازی و الگوسازی، نام برد. از طرفی روش‌های رفتاری که معمولاً در بازی درمانی شناختی- رفتاری استفاده می‌شوند با تغییر رفتار و روش‌های شناختی با تغییر افکار، سروکار دارند. چون این‌گونه تصور می‌شود که شناخت‌های ناسازگارانه باعث رفتار همراه با ترس و اضطراب می‌شوند، فرض بر این است که تغییر در تفکر، تغییر در رفتار را به همراه دارد. درمانگر، به کودک کمک می‌کند تا شناخت‌های خود را شناسایی و اصلاح کند و یا آنها را بسازد، او علاوه بر کمک کردن به کودک در شناسایی تحریف‌های شناختی خود، به او یاد می‌دهد که این تفکر ناسازگارانه را با تفکر سازگارانه تعویض نماید (نل، ۱۹۹۹، گالاگر و همکاران، ۲۰۰۴).

پژوهش‌های تحقیقات انجام شده در رابطه با روش‌ها و مداخله‌های شناختی- رفتاری در کاهش اختلال‌های هیجانی و رفتاری کودکان، هر کدام اثربخشی این روش را نشان داده‌اند. اسپنس دونوان و بریچمن (۲۰۰۰) برنامه‌ای شناختی- رفتاری را برای کودکان مبتلا به هراس اجتماعی تدارک دیدند که شامل به چالش کشیدن باورهای شناختی، آموزش مهارت‌های اجتماعی و

مواجهه‌ی رفتاری است. این مداخله، بیانگر آن است که میزان اضطراب عمومی و اجتماعی گروه مورد مطالعه، کاهش یافته و وضعیت تشخیصی آنها تغییر کرده است. نتایج بدست آمده تا یکسال پیگیری مداوم داشته است. در مطالعه‌ی دیگری که توسط گالاگر و همکاران (۲۰۰۴) در جهت اثربخشی گروه درمانی شناختی- رفتاری کوتاه مدت در درمان هراس اجتماعی کودکان صورت گرفت، نشان داد که علاوه بر کاهش هراس اجتماعی میزان اضطراب و افسردگی نیز در طول درمان، کاهش می‌یابد. در برنامه‌ی درمانی آنها از مداخله‌ها شناختی- رفتاری همچون تمرین‌های شناختی، تمرین‌های روانی آموزش و مواجهه‌ی رفتاری استفاده شده است. باتوجه به آنچه گفته شد، در این پژوهش به دنبال بررسی اثربخشی بازی درمانی رفتاری- شناختی در کاهش مشکل‌های کودکان بوده‌ایم.

## روش

پنج کودک پسر ۷ تا ۹ ساله از بین کودکان ۶ تا ۱۲ ساله‌ای که مقیم در مرکز شبانه روزی شهید رضایی بهزیستی شهرستان اقلید بودند، به طور هدفمند انتخاب شدند. شیوه‌ی انتخاب شرکت کنندگان از طریق دو ملاک بود. اول، گرفتن نمره‌ی برش برای تشخیص مشکلات رفتاری در پرسش‌نامه‌ی مشکلات رفتاری راتر که توسط مربیان مرکز شبانه روزی پاسخ داده می‌شد و دوم انجام مصاحبه‌ی بالینی با هر یک از شرکت کنندگانی که قبلاً از طریق پرسش‌نامه‌ی راتر، دارای مشکل رفتاری، شناخته شده بودند. از طریق پاسخگویی مربیان مرکز به پرسش‌نامه‌ی راتر و انجام مصاحبه‌های بالینی با کودکان و همچنین گرفتن شرح حال هر یک از شرکت کنندگان از مسوولین مرکز، تعداد ۵ کودک ۷ تا ۹ ساله برای آغاز برنامه‌ی درمانی مناسب تشخیص داده شدند. در جدول ۱ تشخیص‌هایی که پس از انجام مصاحبه‌ی بالینی با کودکان و مربیان بر اساس ملاک‌های DSM-IV بدست آمده‌ارایه شده است.

جدول ۱. تشخیص‌های داده شده برای کودکان بر اساس ملاک‌های DSM-IV (تعداد ۵ نفر)

مصابحه ی کودک	مصابحه ی مربیان	
۲	۲	فوبی اجتماعی
۱	۱	فوبی خاص
۲	۲	لجبازی و نافرمانی

## ابزار

پرسش نامه ی مشکلات رفتاری راتر: در این پژوهش، از آزمون سنجش مشکلات رفتاری راتر استفاده شده است. این آزمون توسط مایکل راتر (۱۹۶۷) جهت تمایز گذاشتن بین کودکان بهنجار و کودکان دارای مشکلات رفتاری تنظیم شده است. آزمون دارای ۳۰ سوال که به ۵ زیر گروه (آیتم) طبقه بندی شده است که هر یک، سوالات خاصی را دربرمی گیرد. زیر گروه های آزمون عبارتند از: پرخاشگری - بیش فعالی، اضطراب - افسردگی، ناسازگاری اجتماعی، رفتار ضد اجتماعی و اختلال کمبود توجه.

این آزمون، در ایران به وسیله مهریار و همکاران، ترجمه و مورد استفاده قرار گرفته است. در پژوهش مهریار (۱۳۶۷) میزان توافق تشخیص روان پزشکی با پرسش نامه در وجود اختلال و انواع فرعی آن در سطح ۰/۰۰۱ معنی دار بوده است. پایایی آزمون نیز در پژوهش های مختلف مورد تایید قرار گرفته است. چنانکه در پژوهش راتر (۱۹۷۵) با روش دونیمه کردن حدود ۰/۸۹ و در پژوهش باقری (۱۳۷۳)، نقل از ابوالقاسمی، (۱۳۸۴) با استفاده از روش بازآزمایی ۰/۸۷ گزارش شده است.

مصاحبه تشخیصی: در انجام مصاحبه ی تشخیصی، نشانه های رفتاری گزارش شده توسط مربیان و مسوولین مرکز و همچنین نتایج حاصل از پرسش نامه راتر، یک بار دیگر و در قالب مصاحبه ی تشخیصی با توجه به ملاک های DSM-IV در رابطه با اختلال های رفتاری کودکان خصوصاً اختلال های مرتبط با رشد مورد بررسی قرار گرفتند که نتایج آن در جدول ۱ قابل مشاهده است. ملاک های تشخیص اختلال های فوق از طریق گرفتن شرح حال و وضعیت روانی کودکان، از طرف مربیان و مسوولین مرکز و هم در فرایند مصاحبه و مشاهده ملاک ها با کودکان، حاصل شده است.

## برنامه

برنامه ی درمانی در قالب یک پژوهش شبه آزمایشی و در چهارچوب یک طرح پیش آزمون و پس آزمون، برای یک گروه صورت گرفت. پس از انجام مصاحبه های تشخیصی با هر یک از

کودکان، تمایل آنها به شرکت در جلسه‌های بازی درمانی، مورد بررسی قرار گرفت و زمینه‌ی ترغیب آنها فراهم شد.

### طرح کلی درمان

**جلسه اول:** آشنایی و ترغیب همکاری: آشنایی درمانگر و کودکان با همدیگر و فعالیت‌های جلسات گروهی، ارائه قوانین و وظایف هر عضو، ترغیب کودکان در بیان ناراحتی‌های فعلی خود، پرداختن به ابعاد نشانه‌های رفتاری و جسمانی و شناختی کودکان، پرداختن به فعالیت انتخابی جلسه.

**جلسه دوم:** افزایش مهارت‌های ارتباط بین فردی و گروهی (قسمت اول): بررسی محاسن ارتباط با دیگران و انجام کار گروهی در مقایسه با انجام کار به تنهایی، تقویت نقش و جایگاه مهم افراد در فعالیت‌های گروهی، تقسیم کار و تسهیل امور در کارهای محل زندگی، پرداختن به فعالیت انتخابی در جلسه.

**جلسه سوم:** افزایش مهارت‌های ارتباط بین فردی و گروهی (قسمت دوم) تقویت و آموزش مهارت‌های ارتباط کلامی و غیر کلامی مثل گوش دادن و نحوه‌ی گفتگوی صحیح، نحوه‌ی درخواست محترمانه از دیگران، رعایت کردن حقوق دیگران خصوصاً در محل زندگی مشترک، پرداختن فعالیت انتخابی.

**جلسه چهارم:** افزایش مهارت خود آگاهی (قسمت اول): شناخت ویژگی‌های جسمانی و عقلانی هر فرد، بررسی تفاوت‌های ظاهری کودکان از نظر ویژگی‌های ظاهری (مثل رنگ مو، چشم، رنگ پوست و...) در جهت تقویت باور بی نظیر بودن افراد و افزایش اعتماد به نفس، پرداختن به فعالیت انتخابی.

**جلسه پنجم:** افزایش مهارت‌های خود آگاهی (قسمت دوم): شامل بررسی و تقویت توانایی‌ها و نقاط قوت هر کودک در مقایسه با گذشته خود و با هدف تقویت احساس ارزشمندی او، پرهیز از خود گویی‌های منفی و بررسی نقش آنها در احساس ناامیدی، استفاده از آموزش روش بازسازی شناختی ABC در تعیین تفاوت تلقین‌های منفی در مقایسه با خود گویی‌های مثبت و اثر آن در احساس کودک، پرداختن به فعالیت‌های انتخابی.

**جلسه ششم:** افزایش مهارت مقابله با هیجان‌های منفی (قسمت اول): کمک به کودکان در جهت شناسایی چهار احساس اصلی غم، ترس، شادی، خشم و حالت‌های چهره ای و غیر کلامی آنها، لزوم بیان تجارب هیجانی به شیوه صحیح، آموزش مهارت خود نظارتی در جهت شناسایی و ثبت هیجان‌های مختلف در یک برنامه هفتگی و گزارش آن در جلسه‌های بعد، پرداختن به فعالیت‌های انتخابی.

**جلسه هفتم:** افزایش مهارت مقابله با هیجان‌های منفی (قسمت دوم): مرور تجارب هیجانی کودکان در طول هفته، بررسی نشانه‌ها و علل هیجان خشم در افراد، استفاده از روش بازسازی شناختی ABC در تشخیص باورهای اشتباه و موثر در عصبانیت، بهره‌گیری از خود گویی‌های مثبت در هنگام عصبانیت، پرداختن به فعالیت انتخابی.

**جلسه هشتم:** افزایش مهارت مقابله با هیجان‌های منفی (قسمت سوم): بررسی نشانه‌ها و علل هیجان و احساس غم در افراد، استفاده از روش ABC در تشخیص علل اشتباه در غم، تعیین موضوعات غم در هر یک از کودکان، بهره‌گیری از خود گویی‌های مثبت در هنگام غم، پرداختن به فعالیت انتخابی.

**جلسه نهم:** افزایش مقابله با هیجان‌های منفی (قسمت چهارم): بررسی نشانه‌ها و علل هیجان ترس در افراد، استفاده از روش ABC در تشخیص علل و باورهای اشتباه و موثر در ترس و نگرانی، تعیین موضوعات ترس در هر یک از کودکان، آموزش مهارت‌های مقابله با ترس (حساسیت زدایی منظم و با استفاده از تصاویر مثبت و خوشایند کودکان)، پرداختن به فعالیت انتخابی.

**جلسه دهم:** افزایش مهارت حل مساله و تصمیم‌گیری شامل آشنایی کودکان با تصمیم‌های روزانه در طول زندگی، اهمیت مشورت با افراد قابل اعتماد در تصمیم‌گیری، کمک گرفتن از مربیان و سرپرست مرکز شبانه‌روزی در حل مشکلات، پرداختن به فعالیت انتخابی.

در جلسه اول درمانگر، قوانین و فعالیت های جلسه های بازی درمانی را با کودکان در میان گذاشت. همچنین موضوع اضطراب و ترس اجتماعی کودکان در جمع، با توجه به ابعاد شناختی، رفتاری و فیزیولوژیکی اضطراب و با استفاده از داستان مورد بحث، قرار گرفت. پس از آن و در مرحله ی ارزیابی و سنجش و در طول جلسات درمان از تکنیک خود نظارتی، برای میزان وقوع رفتارهای حاکی از اضطراب و ترس در جمع و نشانه ها و افکار متعاقب آن استفاده شد. برای کودکان از تصاویر مرتبط و رنگ کردن آنها به جای نوشتن استفاده می شد. به طور کلی، طرح درمانی جلسات بر روی افزایش خودکنترلی کودک، آگاه سازی کودکان نسبت به نشانه های رفتارهای ناسازگارانه خصوصا اضطراب پرخاشگری، خشم و بی انضباطی آنها و یادگیری پاسخ های سازگارانه تر متمرکز بود.

برای پیشبرد طرح درمانی، درمانگر از تکنیک های شناختی همچون تعلیم خودآموزی و تشخیص خطاهای شناختی و بازسازی شناختی استفاده کرده است. همچنین پاره ای از مداخله های رفتاری به کارگرفته شده طی جلسه های درمان عبارتند از: حساسیت زدایی منظم (از طریق روش تصویرسازی تدریجی و با القای تصاویر ذهنی مثبت و خوشایند کودکان همچون شخصیت های کارتونی خوشایند و همراه کردن تدریجی آنها با محرک های اضطراب زای کودکان) فنون مدیریت وابستگی شامل تقویت مثبت، شکل دهی و خاموش سازی و سرمشق دهی. فنون استفاده شده در جلسات بازی درمانی عمدتا از طریق بازی گروهی و با هدف کاهش رفتارهای ناسازگارانه ترس اجتماعی، نافرمانی و در جهت افزایش رفتارهای مسوولیت پذیرانه ی کودکان بوده است.

درمانگر، از تصاویر و داستان های کتاب آموزش مهارت های زندگی سال اول و دوم دبستان تهیه شده توسط سازمان بهزیستی کشور در جهت عملی کردن فنون درمان شناختی رفتاری، بهره گرفته است.

#### یافته ها

همانطور که در جدول شماره ۲ آمده است، برای مقایسه ی نمرات پیش آزمون و پس آزمون شرکت کنندگان در طرح درمان، از آزمون آماری t استفاده شده است. همه ی تحلیل های آماری



انجام شده در یک آزمون دو دامنه و در سطح معناداری ۰/۰۱ معنادار هستند ( $P < 0.01$ ). میانگین نمره ی کلی مشکلات رفتاری بر اساس مقیاس مشکلات رفتاری راتر در تمام شاخص ها، پس از انجام مداخله های درمانی نسبت به قبل از انجام مداخله، معنادار است ( $P < 0.01$ ). به عبارت دیگر انجام مداخله های درمانی شناختی- رفتاری موجب کاهش نمرات پس آزمون در شاخص های مشکل های رفتاری اضطراب- افسردگی، پرخاشگری- بیش فعالی رفتارهای ضد اجتماعی، نقص توجه و خصوصاً رفتار ناسازگارانه شده است.

پس از انجام طرح درمانی در طی ۱۰ جلسه، مصاحبه ای تشخیصی با هدف واریسی مجدد ملاک های تشخیصی DSM-IV در رابطه با اختلال های تشخیص داده شده در قبل از مداخله، انجام شد. بررسی ملاک های تشخیصی DSM-IV از طریق مصاحبه با کودک و مشاهده ی رفتارهای آن توسط درمانگر و مربیان، گویای کاهش بارز نشانه های اختلال های تشخیص داده شده در کودکان است به نحوی که از ۵ تشخیص ارایه شده ی قبل از مداخله های درمانی، صرفاً دو تشخیص به طور نسبی پابرجا مانده اند.

جدول ۲: مقایسه ی میانگین شاخص های مقیاس راتر قبل و بعد از مداخله

شاخص های مقیاس	قبل از مداخله		بعد از مداخله	
	میانگین (انحراف معیار)	میانگین (انحراف معیار)	میانگین (انحراف معیار)	میانگین (انحراف معیار)
مشکلات رفتاری	۱۹/۹ (۴/۳۲)	۳ (۱/۴۸)	۷/۰۸	۰/۰۰۲
پرخاشگری- بیش فعالی	۵/۶ (۱/۵۵)	۱/۳۵ (۱/۰۱)	۶/۰۱۶	۰/۰۰۴
اضطراب- افسردگی	۲/۶ (۱/۶۳)	۱/۴ (۰/۸۹)	۳/۴۱	۰/۰۲۷
ناسازگاری اجتماعی	۴/۴ (۱/۳۴)	۱/۶ (۰/۰۸)	۷/۰۵	۰/۰۰۲
رفتار ضد اجتماعی	۳/۹ (۰/۶۵)	۰/۳ (۰/۰۶)	۴/۷۳	۰/۰۱
اختلال کمبود توجه	۳/۵ (۰/۶۳)	۱/۵ (۰/۵۱)	۴/۷۲	۰/۰۰۵

### بحث و نتیجه گیری

هدف از پژوهش حاضر، بررسی اثربخشی بازی درمانی به شیوه شناختی- رفتاری (CBPT) در کاهش مشکلات رفتاری کودکان ۷ تا ۹ ساله مقیم در مرکز شبانه روزی بهزیستی شهید رضایی شهرستان اقلید بود. همانطور که نتایج پژوهش نشان داد، بازی درمانی شناختی- رفتاری در کاهش

مشکلات رفتاری کودکان مورد مطالعه، موثر بوده است. به نحوی که میانگین نمره کلی مشکلات رفتاری در تمام شاخص‌های مشکلات رفتاری، اختلال توجه اضطراب-افسردگی پرخاشگری-بیش‌فعالی، رفتار ضد اجتماعی و رفتار ناسازگارانه با توجه به آنچه که پرسش‌نامه‌ی مشکلات رفتاری راتر می‌سنجد، پس از انجام مداخله‌های درمانی کاهش یافته است. همچنین داده‌های کیفی حاصل از مصاحبه‌های بالینی با مریبان مرکز شبانه‌روزی و کودکان، بیانگر اثربخشی بازی درمانی شناختی-رفتاری در کم کردن نشانه‌های تشخیصی قبل از مداخله‌ها بوده است. این نتایج با نتایج مداخله‌های شناختی-رفتاری سایر پژوهشگران و درمانگران در رابطه با مشکلات رفتاری کودکان همخوان است. اسپنس و همکاران (۲۰۰۰) در طی یک برنامه شناختی-رفتاری برای کودکان مبتلا به هراس اجتماعی اثربخشی مداخله‌های شناختی-رفتاری را در کاهش هراس اجتماعی و اضطراب عمومی کودکان نشان داده‌اند. در مطالعه‌ی دیگر که توسط گالاگر (۲۰۰۴) صورت گرفته است نیز گروه درمانی شناختی-رفتاری کوتاه مدت در درمان هراس اجتماعی، اضطراب و افسردگی کودکان موثر بوده است. سایر تحقیقات، همچون نل (۱۹۹۹)، شافر (۱۹۸۳)، پدرو و ردی (۲۰۰۵)، ایوانز، مولت و فرائز (۲۰۰۵) اثر بخشی مداخله‌ها شناختی-رفتاری را در درمان مشکلات رفتاری کودکان و درمان کودکانی که مشکلات آنها به سبب محرک‌های تنش‌زای زندگی همچون طلاق، مرگ، جابجایی و حوادث ایجاد شده نشان داده‌اند.

بازی درمانی شناختی-رفتاری با کودکان، به طور خاص برای کودکان سن پیش از مدرسه و کودکان سنین آغاز مدرسه طراحی می‌شود و با تأکید بر مشارکت کودک در درمان و از طریق مورد توجه قرار دادن موضوعاتی چون کنترل، تسلط و پذیرش مسوولیت در قبال تغییر رفتار شخصی خویش، ایجاد می‌گردد (نل، ۱۹۹۹). در این روش همچون درمان‌های شناختی-رفتاری با بزرگسال‌ها، اعتقاد بر آن است که رفتار انطباقی حاصل تعامل بین افکار، احساسات و رفتار فرد است.

## منابع

- ابوالقاسمی، عباس، نریمانی، محمد، کیامرثی، آذر (۱۳۸۴). بررسی میزان شیوع و هم ابتلای اختلال های رفتاری در دانش آموزان دوره ابتدایی و ارتباط آن با پیشرفت تحصیلی. *مجله علم و فناوری*. جلد چهارم. شماره ۳ و ۴.
- راینیکه، ای، مارک و راتیلیو، ام فرانک. شناخت درمانی در کودکان و نوجوانان. (ترجمه ی جواد علاقه بند راد، ۱۳۸۰). تهران. انتشارات موسسه علوم شناختی.
- کدخدایی، مریم (۱۳۷۶). بررسی اضطراب و افسردگی و رابطه ی آن با الگوهای تربیتی خانواده در کودکان دبستانی اصفهان. تهران. اولین کنگره انجمن روان شناسی ایران.
- نیک پرور، ریحانه (۱۳۸۴). *راهنمای برنامه آموزش مهارت هایی برای زندگی ویژه معلم اول و دوم ابتدایی*. سازمان بهزیستی کشور، معاونت امور فرهنگی و پیشگیری.
- Carmichael, K.D.(2006). *Play therapy: An introduction*. Glenview, IL: Prentice Hall.
- Evans, S.W. , Mullett, E. , Weist, M.D., & Franz K. (2005). Feasibility of the mind matters' school mental health promotion program in American schools. *Journal of youth and Adolescence*, 34,51-58.
- Gallagher, M.H. , Rabian. A.B., Mc closkey, S.M. (2004). A brief group cognitive-behavioral intervention for social phobia in childhood. *Journal of Anxiety disorders* (18) 459-479.
- Gil, E. (1991). *Healing power of play: working with abused children*. New york, NY: The Guilford press.
- Knell, S.M. (1999). Cognitive-behavioral play therapy. In S.W. russ & T. Ollendick (Eds.), *Hand book of psychotherapies with children and families* (pp. 385-404). New york: kluwer Academic/plenum publishers.
- Landreth, G. L. (2002). *Play therapy: The art of the relationship*. New york, N.Y.:Brunner-Rutledge.
- Moustakas, C. (1997). *Relationship play therapy*. Northvale, NJ: Jason Aronson, Inc.
- O'conner K.J. , Schaefer C.E. (1983). *Hand book of play therapy*. New york, NY: John Wiley & sons , Inc.
- Pedro-Carroll, J. , Reddy, L. (2005). A preventive play intervention to foster children resilience in the after of divorce. In L. Reddy, T. Files-Hall, & C. Schaefer (Eds.) , *Empirically based play interventions for children*. (pp 51-75). Washington, Dc: American psychological association.
- Rvss,S.W.(2004). *In child development and psychotherapy*. Mahwah,NJ: Lawrence Erl Baum Associates, publishers.
- Schaefer, C. E. (1993). *The therapeutic power of play northvale*, NJ: Jason arenson, Inc.
- Spence, S.H., Donovan, & Berchman-Toussaint. M. (2000). The treatment of children social phobia: the effectiveness of a social skills training-based, cognitive-behavioral intervention, with and without parental involvement. *Journal of child psychology and psychiatry and allied Disciplines*, 41, 743-726.