

بررسی کارایی بازی درمانی رفتاری شناختی روی پرخاشگری کودکان مبتلا به اختلال سلوک

نویسندگان: نیلوفر قادری^۱، دکتر محمدعلی اصغری مقدم^۲، دکتر محمد رضا شعیری^۲

۱. کارشناس ارشد روان‌شناسی بالینی

۲. استادیار دانشگاه شاهد

چکیده

در این پژوهش، کارایی بازی درمانی رفتاری شناختی روی پرخاشگری کودکان پسر ۸-۱۱ ساله مبتلا به اختلال سلوک، ساکن در مراکز بهزیستی شهر تهران مورد بررسی قرار گرفت. نمونه این پژوهش ۲۴ نفر بود که از میان ۷۵ کودک ساکن ۳ مرکز بهزیستی، پس از تکمیل پرسشنامه CSI-4 توسط مربیان انتخاب و در دو گروه آزمایشی و کنترل جایگزین شدند. سپس چک لیست پرخاشگری توسط مربیان در هر دو گروه تکمیل شد و جلسات بازی درمانی رفتاری شناختی به مدت ۵ هفته و در ۱۰ جلسه روی گروه آزمایشی توسط درمانگر و دو کمک‌درمانگر که از کودکان نرمال ساکن همان مراکز بودند انجام گرفت. پس از اتمام جلسات درمان، دوباره چک لیست پرخاشگری در هر دو گروه کنترل و آزمایشی توسط همان مربیان تکمیل شد و نتایج توسط آزمون t برای گروه‌های مستقل مورد مقایسه قرار گرفت. نتایج نشان داد که تفاوت معناداری بین دو گروه در تفاضل نمرات پیش آزمون-پس آزمون پرخاشگری به نفع گروه آزمایشی وجود دارد.

واژه‌های کلیدی: بازی درمانی رفتاری شناختی، اختلال سلوک، پرخاشگری، کودک

دو ماهنامه علمی-پژوهشی
دانشگاه شاهد
سال سیزدهم - دوره جدید
شماره ۱۹
آبان ۱۳۸۵

مقدمه

ناسازگاری در روابط بین فردی است که مشکلات رفتاری و هیجانی مختلفی را برای این کودکان و خانواده‌های آنان ایجاد می‌کند. این پیامدها می‌تواند تشدیدشده، به رفتارهای ضد اجتماعی شدیدتر (جنایتکاری و اختلال شخصیت ضد اجتماعی) تبدیل شود. بنابراین، شناسایی و درمان به موقع و زود هنگام

راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی (DSM-IV-) (TR) اختلال سلوک را در گروه اختلال‌های نقص توجه و رفتار ایذایی (آشسته)، شامل اختلال سلوک، اختلال نافرمانی مقابله‌ای و اختلال نقص توجه، همراه با بیش‌فعالی قرار می‌دهد [۱].
مشخصه بارز اختلال سلوک، پرخاشگری و

آن می‌تواند در پیشگیری از اختلال سلوک مؤثر باشد [۲].

ناتوانی کودکان مبتلا به اختلال سلوک در پردازش واقع‌بینانه اطلاعات و نیز کمبود مهارت‌های اجتماعی، به عنوان مهم‌ترین عوامل بروز رفتارهای ناسازگارانه این کودکان برشمرده شده است. این کودکان، بر اساس تجارب خود در موقعیت‌های اجتماعی و روابط بین فردی، سوگیری‌های رفتاری-شناختی خشونت‌آمیز داشته، از ایجاد روابط مبتنی بر احترام و اعتماد ناتوان هستند [۳].

البته این نظر که کودکان پرخاشگر به نوعی نارسایی در شناخت اجتماعی دچار هستند دیدگاه تازه‌ای نیست. حجم عظیمی از پژوهش‌های انجام شده در زمینه شناسایی شاخص‌های شناختی - اجتماعی کودکان پرخاشگر، از وجود نارسایی‌های شناختی این کودکان در موقعیت‌های اجتماعی حمایت می‌کنند. برای مثال، مدل پردازش اطلاعات داچ در ۱۹۸۹ [به نقل از ۴] که برای تبیین نارسایی‌های شناختی اجتماعی این اختلال ارائه گردیده است، در گام پنجم خود فرض می‌کند که مشکلات کودکان پرخاشگر عبارتند از: الف) نارسایی در کدگذاری شاخص‌های اجتماعی، ب) تفسیرها و اسنادهای نادرست در مورد رویدادهای اجتماعی، ج) ناتوانی در طرح راه‌حل‌های سازگارانه متنوع برای مشکلاتی که با آن‌ها مواجه می‌شوند، د) عجز در تصمیم‌گیری در مورد انتخاب هر یک از راه‌حل‌ها براساس پیامدهای احتمالی هر راه حل، ه) ناتوانی در عمل کردن بر اساس راهکار انتخاب‌شده به شکل ماهرانه و مسلط.

مطالعات متعدد حاکی از آن است که اساساً کودکان پرخاشگر، از سوی همسالان خود طرد می‌شوند، از نظر تحصیلی عملکرد ضعیفی دارند و در معرض خطر بزهکاری در دوره نوجوانی و اخراج از مدرسه هستند.

این پیامدها در شمال و جنوب آمریکا، اروپا و آسیا گزارش شده‌اند [۳].

ارتباط بین پرخاشگری و خودکشی نیز به خوبی شناخته شده است. نوجوانانی با سطوح بالای پرخاشگری و تخاصم در معرض خطر بیش‌تر مرگ در اثر انجام خودکشی یا اعمال پرخاشگرانه دیگر هستند [۵].

کودکان پرخاشگر مبتلا به اختلال سلوک که به دوران نوجوانی می‌رسند علائمی نظیر اضطراب را نشان می‌دهند. پژوهش‌ها نشان داده‌اند که این نوجوانان، حتی بیش از همسالان مبتلا به اسکیزوفرنی، فاقد مهارت‌های مقابله‌ای رفتاری و شناختی مؤثر هستند. این کودکان بعدها در زندگی به نسبت دیگر کودکان و مبتلایان به سایر اختلالات، به احتمال بیش‌تری، مصرف مواد مخدر و الکل و اعتیاد را پیش می‌گیرند و مدت زمان بستری طولانی‌تری نیز دارند. به علاوه، پژوهش‌ها، دیگرکشی و پرخاشگری علیه دیگران را بارها نشان داده‌اند [۶].

اخیراً بررسی گسترده‌ای در نیوزیلند نشان داد که ۴۰ درصد افراد ۲۶ ساله مبتلا به اختلالات اسکیزوفرنیفرم در ۱۵ سالگی، اختلال سلوک داشته‌اند [۶]. به علاوه، این کودکان در روابط با خواهر و برادر و والدین خود نیز مشکلات عدیده‌ای ایجاد می‌کنند [۷].

بررسی ریشه مشکلات این کودکان، ارتباط بین خشونت در خانواده و پرخاشگری کودکان را نشان می‌دهد که کاملاً همساز با نظریه یادگیری اجتماعی است. کودکان، خشونت و پرخاشگری را در محیط اطراف خود مشاهده و آن را الگو قرار می‌دهند. وقتی آن‌ها شاهد پرخاشگری در محیط اطراف یا خانواده، در ارتباط با مراقبین یا والدین هستند، احتمالاً آن پرخاشگری را الگوی رفتاری خود می‌سازند. مواجهه با خشونت در محیط افراد بی‌خانمان، به پیامدهای منفی

اضطراب و بی‌اختیاری ادرار و مدفوع و بسیاری از اختلالات دیگر نشان داده‌اند [۱۱ و ۱۲].

متاآنالیز انجام شده بر روی ۹۳ مطالعه کنترل شده که به بررسی تأثیر بازی درمانی پرداخته، تأثیر کلی درمان را مثبت ارزیابی کرد، و نشان داده که استفاده از والدین در این بین، بیش‌ترین کارایی را نشان داده است. با وجود حمایت‌های تجربی از بازی درمانی سنتی، در مطالعات متعدد، انتقاداتی نیز بر آن وارد شده است، از جمله: (۱) عدم وجود مدلی گام به گام و سازمان‌یافته از تفسیر که از تکنیک‌های اصلی بازی درمانی سنتی است، استفاده از آن را مشکل ساخته است. (۲) این نوع بازی درمانی نیاز به مدت زمانی طولانی دارد. (۳) امکان آموزش مهارت‌ها در این نوع درمان وجود ندارد و تغییر رفتار و شناخت، و آموزش مهارت‌های حل مسأله که از مشکلات عمده کودکان پرخاشگر است، در این درمان جایی ندارد [۱۳].

بنابراین، پژوهشگران، بازی درمانی رفتاری شناختی را که ترکیبی از تکنیک‌های سنتی بازی درمانی با تکنیک‌های رفتاری شناختی است به کار بردند. ثابت شده که چنین رویکردهایی در رشد مهارت‌های حل مسأله و مهارت‌های اجتماعی کودکان و دیگر راهکارهای انطباقی و سازگارانه رفتاری شناختی مفید و مؤثرند. این نوع بازی درمانی، امکان تعامل فعال کودک را با همسن و سالان خود فراهم کرده، مشارکت فعال وی را در درمان خود می‌طلبد و در نتیجه، مزایایی که در این رویکرد وجود دارد نقایص سایر رویکردها را تا حد زیادی برطرف می‌کند [۱۴]. به‌علاوه، چنان‌که کازدین [۱۰] اشاره کرده یکی از مهم‌ترین مزایای بازی درمانی رفتاری شناختی این است که اهداف و روش‌های درمانی کاملاً اختصاص‌یافته دارد. چنین رویکردهایی، امکان تعیین اهداف درمانی روشن و واضح را فراهم می‌سازد. در زمینه موفقیت بازی درمانی رفتاری شناختی، بدون توجه به رویکرد درمانگر، اکثر

بعدی برای کودکان منجر می‌شود. پیامدهای شدید خشونت و پرخاشگری در زندگی افراد بی‌خانمان، شامل مشکلات رفتاری و پرخاشگری در رابطه با همسالان، کناره‌گیری و طرد از اجتماع و مشکلات دیگر می‌شود و خشونت شدید در ۶۰ درصد کودکان و نوجوانان فراری و بی‌خانمان دیده شده است [۸].

از جمله درمان‌های روانشناختی برای درمان پرخاشگری، آموزش معلمان و والدین در باب چگونگی برخورد با کودکان است که تحقیقات بسیاری روی آن صورت گرفته است. این تحقیقات نشان داده‌اند که این نوع درمان در کوتاه مدت مفید، ولی در دراز مدت کارایی چندانی نداشته و بر روابط کودک با هم سن و سالان هم بی‌تأثیر بوده و فقط در مقایسه با گروه کنترل، کارایی جزئی داشته است. روش‌های رفتار درمانی نیز با تکنیک‌های تقویت و آموزش مهارت‌های اجتماعی بر روی این کودکان مفید واقع شده، ولی نتایج در مقایسه گروه‌های کنترل و آزمایش معنادار نبوده است. یکی از عوامل عدم موفقیت این روش احتمالاً آن است که در این روش، امکان تعامل با همسن و سالان وجود نداشت [۹].

رفتار درمانی شناختی بر بسیاری از اختلالات مؤثر واقع شده، در تغییر رفتارها و عادت‌های ناکارآمد و منفی و بهبود مهارت‌های حل مسأله استفاده می‌شود، ولی مطالعات کنترل‌شده زیادی نشان داده که در درمان پرخاشگری و اختلالات رفتاری بازده آن چشمگیر نبوده است [۱۰].

درمان‌های مؤثر دیگر، مانند بازی درمانی نیز موضوع پژوهش‌های بسیاری واقع شده است. بازی درمانی سنتی، ابزاری مفید و ارزشمند در تعامل با کودکان در اختلالات مختلف است که از اصول ۸ گانه اکسلاین تبعیت می‌کند و با فراهم کردن محیطی امن، باعث تخلیه هیجانی و کاهش تنش و بیان آزاد عواطف و احساسات می‌شود که تحقیقات، اثربخشی آن را بر پرخاشگری،

بازی‌درمانگران معتقدند که در ۸۰ درصد موارد، درمان‌های آن‌ها موفقیت‌آمیز است. مکانیزم تأثیر این رویکرد از طریق اصلاح تصورات ناسازگارانه و تغییر عقاید و نگرش‌های مرتبط با نشانه‌های بیماری صورت می‌گیرد و تعامل دوجانبه و پیچیده بین شناخت‌ها، هیجان‌ها و رفتار و محیط را مورد توجه قرار می‌دهد. این درمان برای کودکان دبستانی و پیش‌دبستانی طراحی شده و کودک، عضوی فعال در تغییر رفتار خود است [۱۵و۱۴].

نل [۱۶] طی پژوهشی، تأثیر بازی درمانی رفتاری شناختی را همراه با تکنیک‌های همدلی، مواجهه و تفسیر، در گروهی از کودکان مطالعه کرد که در این بین، کودکان مبتلا به اختلال سلوک گروهی مجزا بودند و نتایج، حاکی از کاهش معنادار پرخاشگری این گروه در مقایسه با گروه کنترل و دیگر گروه‌ها بود.

در پژوهشی، با عدی [۱۷] بازی درمانی رفتاری شناختی را روی کودکان مبتلا به اختلال سلوک انجام داد که نتایج بهبودی معنادار ۱ نفر از ۳ نفر مورد بررسی را در مقایسه با خط پایه نشان داد. علت عدم کارایی چشمگیر درمان روی ۲ کودک دیگر محیط زندگی آن‌ها ذکر شد که برحسب اتفاق، در اوایل درمان، مرگ پدر در یکی وجدایی والدین در کودک دیگر به وقوع پیوست و مانعی در راه درمان شد.

بازی درمانی سنتی در ایران در پژوهش‌های مختلف، نتایج چشمگیری در جهت مثبت به دست داده است. این نتایج در اختلالات پرخاشگری [۱۸، ۱۹ و ۲۰]، اضطراب [۲۱]، و تأخیر تکامل اجتماعی [۲۲] انجام شده است. ولی بازی درمانی با تکنیک‌های رفتاری شناختی، کم‌تر مورد استفاده قرار گرفته است. بنابراین با توجه به ادبیات پژوهشی و علم به این‌که اغلب مراجعه‌کنندگان به مراکز بالینی، مشکلات سلوک و پرخاشگری دارند [۱۷] و نیز درصد بالای کودکان بی‌خانمان و فقیر که به مراکز بهزیستی تحویل داده می‌شوند و بالطبع از

مشکلات پرخاشگری در محیط رنج می‌برند و نیازمند بهبودی و یادگیری مجموعه‌ای از مهارت‌های مقابله‌ای هستند، برآن شدیم پژوهشی را روی این کودکان، با هدف بررسی کارآمدی بازی درمانی رفتاری شناختی روی پرخاشگری کودکان مبتلا به اختلال سلوک انجام دهیم. فرضیه ما پس از مرور ادبیات پژوهشی، این‌گونه تنظیم شد: بازی درمانی رفتاری شناختی، باعث کاهش پرخاشگری کودکان مبتلا به اختلال سلوک می‌شود.

روش

پژوهش حاضر پیرو طرح شبه آزمایشی پیش‌آزمون-پس‌آزمون با گروه کنترل است. آزمودنی‌های پژوهش، شامل ۲۴ کودک مبتلا به اختلال سلوک بودند که از بین ۷۵ کودک پسر ۸-۱۱ ساله ساکن در مراکز بهزیستی تهران و از طریق پرسشنامه CSI-4 غربال و در گروه کنترل و آزمایش جایگزین شدند. در هر دو گروه چک‌لیست پرخاشگری توسط مربیان تکمیل و جلسات بازی درمانی رفتاری شناختی روی گروه آزمایشی انجام شد. این درمان طی ۱۰ جلسه انجام گرفت و گروه کنترل در انتظار ماند. بازی درمانی به عنوان متغیر مستقل و میزان پرخاشگری، متغیر وابسته بود. پس از اتمام جلسات، دوباره چک‌لیست پرخاشگری توسط مربیان تکمیل شد و نتایج از طریق آزمون «t» مورد مقایسه و تحلیل قرار گرفت [۲۳، ۲۴ و ۲۵].

آزمودنی‌ها

جامعه آماری پژوهش، شامل کودکان پسر ۸-۱۱ ساله ساکن مراکز بهزیستی شهید قدوسی، شهدای انقلاب و آیت‌الله سعیدی شهر تهران بود. تعداد این کودکان ۷۵ نفر بود که از این بین ۲۴ نفر پس از شناسایی و مصاحبه بالینی انتخاب شده، به صورت غیر تصادفی در دو گروه کنترل و آزمایش جای گرفتند. چون امکانات موجود در مرکز شهید قدوسی به درمانگر

ملاک‌های تشخیصی اختلال سلوک در DSM-IV تهیه گردیده است. ۱۲ آیتم این چک‌لیست به ویژگی‌های پرخاشگرانه کودکان مبتلا به اختلال سلوک اشاره دارد و والدین یا مراقبین کودک براساس آن می‌توانند رفتار کودک را در طول روز، مورد ارزیابی قرار داده، فراوانی هر یک از رفتارها را ثبت کنند. ضریب آلفای کرونباخ این چک‌لیست در تحقیق حاضر ۰/۸۵ بوده که رضایت‌بخش است.

شیوه مداخله

روش بازی درمانی که در این پژوهش مورد استفاده قرار گرفت از روش پیشنهادی جرالدر در ۱۹۹۹ [۱۴] که به منظور درمان کودکان پرخاشگر طراحی شده است، اقتباس گردید. این روش درمانی حاوی ۱۰ جلسه است.

- **جلسه اول:** کودک نقش یک پادشاه پیروز و قدرتمند و دو کمک‌درمانگر به عنوان زیردستان وی ایفای نقش می‌کنند. در این جلسه، سبک رفتاری و توانمندی‌ها یا نقص‌های شناختی کودک ارزیابی می‌گردد.

- **جلسه دوم:** کودک احساسات اصلی را با استفاده از تصاویر ارائه‌شده توسط درمانگر شناسایی می‌کند و با کمک درمانگرها تمرین می‌کند.

- **جلسه سوم:** تمرین در مورد احساسات اصلی با نمایش هیجان‌های مختلف توسط کمک‌درمانگرها و شناسایی آن‌ها توسط آزمودنی‌ها ادامه می‌یابد.

- **جلسه چهارم و پنجم:** مهارت‌های ارتباطی با استفاده از روش‌های Modeling و Roleplaying تمرین می‌شود. مهارت‌های پرسیدن سؤال، مورد تحسین قرار گرفتن، تعارف کردن در رابطه با دیگران، و مهارت‌های پیچیده‌تر، مثل پیشنهاد مشارکت، درخواست مشارکت، پیوستن به فعالیت و ترک فعالیت نیز تمرین می‌شود.

- **جلسه ششم و هفتم و هشتم:** آموزش حل مسأله بین فردی که با تشخیص مشکل و مسأله و ارائه

اجازه کار در آن مرکز را نمی‌داد، کودکان ساکن آن مرکز به عنوان گروه کنترل و کودکان ساکن در دو مرکز دیگر به عنوان گروه آزمایش انتخاب شدند. ۱۲ نفر در گروه آزمایش و ۱۲ نفر در گروه کنترل گنجانده و در نهایت با توجه به عدم همکاری برخی آزمودنی‌ها و افت نمونه، دو گروه ۱۰ نفره به عنوان گروه آزمایش و کنترل در نظر گرفته شدند.

ابزار

۱. پرسشنامه CSI-4

پرسشنامه علائم مرضی کودکان CSI ابزاری غربالگر برای شایع‌ترین اختلالات روان‌پزشکی است که عبارات آن براساس ملاک‌های DSM-IV تدوین شده است. نظر به منابع اطلاعاتی متعدد، این پرسشنامه دارای دو چک‌لیست والدین و معلمان است که جایگزین مناسبی به عنوان یک مصاحبه قابل قبول روان‌پزشکی است که در وقت نیز صرفه‌جویی می‌کند [۱۷].

چک‌لیست والدین یا سرپرستان کودک، دارای ۱۱۲ عبارت است که هر یک از عبارات در یک مقیاس ۴ درجه‌ای «هرگز، گاهی، اغلب و بیش‌تر اوقات» پاسخ داده می‌شود و نمره‌گذاری آن به غیر از چند ماده در بخش مربوط به اختلال سلوک که گزینه گاهی هم نمره ۱ را به خود اختصاص می‌دهد به ترتیب براساس ۱، ۰، ۰، ۱ است. روش نمره‌گذاری دیگری نیز وجود دارد که در آن، عبارات براساس ۴، ۳، ۲، ۱، ۰ نمره‌گذاری می‌شود. در این پژوهش و اغلب پژوهش‌ها از روش اول استفاده شده است [۲۳]. براساس پژوهش توکلی‌زاده [۲۶] اعتبار این پرسشنامه برای تشخیص اختلال سلوک ۸۶ تا ۸۰ درصد برآورد شد. همبستگی بین چک‌لیست والدین و مقیاس برون‌ریز چک‌لیست رفتار کودک در مورد اختلال سلوک ۰/۵۸ گزارش گردید.

۲. چک‌لیست پرخاشگری

این چک‌لیست توسط باعدی [۱۷] و براساس

راه‌حل‌های مختلف و انتخاب بهترین راه‌حل‌ها همراه است، توضیح و نمایش داده شده، در نهایت تمرین می‌شود.

مشاهده تفاوت‌ها طی ۹ جلسه دوباره انجام می‌گیرد. - جلسه دهم: هدف از آموزش‌های ارائه‌شده، توضیح داده شده، مراحل حل مسأله مجدداً مرور می‌شود.

- جلسه نهم: ارزیابی شبیه جلسه اول برای می‌شود.

نتایج

جدول ۱ شاخص‌های توصیفی مربوط به سن آزمودنی‌های گروه کنترل و آزمایش به‌علاوه مقایسه میانگین‌های سنی دو گروه یادشده

سطح معناداری	«t» مشاهده شده	درجه آزادی	تعداد	کم‌ترین	بیش‌ترین	انحراف معیار	نفا	میانگین	شاخص آزمودنی	
									کنترل	آزمایش
/۵۸	-۰/۵	۱۸	۱۰	۸	۱۱	۱/۱۷	۸	۹/۴	کنترل	
			۱۰	۸	۱۱	۱/۲۵	۱۱	۹/۷	آزمایش	
-	-	-	۲۰	۸	۱۱	۱/۱۹	۱۱	۹/۵	کل	

نتایج مندرج در جدول ۱ نشان می‌دهد که «t» مشاهده شده ناشی از مقایسه سن آزمودنی‌های گروه کنترل و آزمایش برابر ۰/۵ است که در مقایسه با مقادیر بحرانی «t»، معنادار نیست. بنابراین، می‌توان گفت که میانگین سن دو گروه مورد بررسی، تفاوت معناداری ندارد و متغیر سن کنترل شده است.

جدول ۲ شاخص‌های توصیفی مربوط به پیش‌آزمون و پس‌آزمون پرخاشگری در آزمودنی‌های تحقیق به‌علاوه مقایسه میانگین‌های تفاضل پیش - پس‌آزمون پرخاشگری گروه کنترل و آزمایشی

سطح معناداری	«t» مشاهده شده	درجه آزادی	انحراف معیار تفاضل پیش و پس‌آزمون	میانگین تفاضل پیش و پس‌آزمون	پس‌آزمون				پیش‌آزمون				شاخص آزمودنی	
					بیش‌ترین	کم‌ترین	انحراف معیار	میانگین	بیش‌ترین	کم‌ترین	انحراف معیار	میانگین	کنترل	آزمایش
۰/۰۰۱	-۴/۲	۱۸	۱۶/۹۴	-۱/۳۴	۱۹۰	۱۱۵	۲۸/۱۳	۱۵۳/۵۴	۱۹۱	۱۰۸	۳۴/۸۲	۱۵۲/۲	کنترل	
			۳۶/۹۹	۵۲/۷	۱۶۶	۹۱	۲۳/۹۵	۱۱۴	۲۵۱	۱۰۶	۴۵/۸۷	۱۶۶/۷	آزمایش	

در پژوهش حاضر، جلسات دوم و سوم در شناسایی هیجانان و احساسات در اطرافیان به کودک کمک می‌کند و چگونگی واکنش مناسب را به این هیجانان در قالب نقش‌ها به وی آموزش می‌دهد. همان‌طور که می‌دانیم این کودکان در روابطشان در بُعد کدگذاری شاخص‌های اجتماعی با مشکلاتی مواجهند. مخصوصاً کودکان مورد مطالعه ما بر اثر تجارب خود در موقعیت‌های اجتماعی و روابط بین فردی، سوگیری‌های رفتاری شناختی خشونت‌آمیز داشته، از ایجاد روابط درست ناتوان می‌مانند. می‌توان گفت این دو جلسه در بهبود بخشیدن به این عامل و بالطبع کاهش پرخاشگری مفید واقع شده است. جلسات چهارم و پنجم، مهارت‌های ارتباطی را در ارتباط با همسالان آموزش می‌دهد که این بُعد نیز از ضعف‌های عمده کودکان مبتلا به اختلال سلوک و پرخاشگر است که مشکلاتی را در سازگاری آن‌ها پدید می‌آورد و باعث طرد شدنشان از سوی دوستان و همسالان می‌شود. آموزش مهارت‌ها در خلال جلسات بازی درمانی، باعث بهبود این بُعد نیز شده است. همان‌طور که براساس مدل پردازش اطلاعات داچ [۴]، این کودکان در بُعد حل مسأله و طرح راه حل در مسائل بین فردی نیز با مشکل مواجهند، جلسات ششم، هفتم و هشتم درمان انجام شده در این پژوهش به آن می‌پردازد و از طریق آموزش و نمایش این مهارت‌ها به مهارت‌های کودک در این بُعد می‌افزاید. پس بازی درمانی رفتاری شناختی با مورد هدف قرار دادن عوامل بروز پرخاشگری کودکان در کاهش پرخاشگری آنان مؤثر واقع می‌شود. البته این درمان با توجه به شرایط کودکان مورد مطالعه، بدون دخالت والدین طراحی شده بود و با توجه به مطالعات پیشین می‌دانیم که چشمگیرترین نتایج با دخالت والدین به دست آمده است [۱۰، ۱۳ و ۲۸]. بنابراین در صورت وجود شرایطی مبنی بر دخالت والدین، نتایج بهتری هم قابل دسترس بود. در ضمن بنا به ادعای لاجمن و همکارانش، درمان

نتایج جدول ۲ نشان می‌دهد که میانگین گروه آزمایشی در پرخاشگری، تغییرات چشمگیری را در نمرات پس آزمون در مقایسه با پیش آزمون نشان می‌دهد. در حالی که در گروه کنترل چنین تفاوتی جزئی و ناچیز است. نگاهی به میانگین تفاضل پیش و پس آزمون گروه کنترل و آزمایش نیز این تمایز را آشکارتر می‌سازد. نتایج مربوط به (t) مستقل نشان می‌دهد که تفاوت میانگین تفاضل پیش آزمون-پس آزمون گروه کنترل و آزمایش، در مقایسه با مقادیر بحرانی «(t)»، در سطح آلفای ۰/۰۱ معنادار است.

بحث و نتیجه گیری

همان‌طور که در بخش نتایج مشاهده شد، آزمون «(t)» برای گروه‌های مستقل، بیانگر این بود که بازی درمانی رفتاری شناختی، پرخاشگری کودکان پسر ۸-۱۱ ساله مبتلا به اختلال سلوک را به طور معناداری کاهش داده است. یافته‌های حاصل از تحقیق در این زمینه با نتایج تحقیقات انجام شده دیگر در مورد کارآمدی روش بازی درمانی رفتاری شناختی بر پرخاشگری هماهنگ است و یافته‌های آن‌ها را مورد تأیید قرار می‌دهد [۱۴، ۱۶ و ۱۷]. این پژوهشگران معتقدند که مهم‌ترین عوامل بروز رفتارهای ناسازگارانه و پرخاشگرانه در کودکان مبتلا به اختلال سلوک و پرخاشگر، ناتوانی این کودکان در پردازش واقع‌بینانه اطلاعات اجتماعی است [۴] و نتایج تحقیقات مختلف، دلیلی بر این مدعا است. مثلاً در تحقیقی، اهمیت تغییر شناخت‌های کودک به علاوه درمان نواقص مهارت‌های اجتماعی او برای افزایش میزان رفتارهای مطلوب و کاهش رفتارهای ناسازگارانه توصیف شده است. در این درمان، کودکان با میزان بالای پرخاشگری از درمانی که سعی در تغییر شناخت‌ها و افزایش مهارت‌های اجتماعی آنها داشت بهره‌مند شده، تأثیر آن در طولانی مدت نیز باقی ماند که این نتایج همسو با نتایج دیگر تحقیقات بود [۲۷].

- مطالعه حاضر تنها در مورد پرخاشگری کودکان مبتلا به اختلال سلوک انجام شده، و به سادگی نمی توان از تعمیم نتایج در دیگر حوزه ها سخن گفت.

- اندازه گیری پرخاشگری کودکان مبتلا، بر چکلیست خاص پرخاشگری مبتنی بوده که تکیه بر این چکلیست، خود می تواند محدودیت اندازه گیری را نشان دهد.

- مقایسه گروه کنترل و آزمایش بر مبنای روش بازی درمانی رفتاری شناختی انجام شده و روش دیگری مورد مطالعه قرار نگرفته است.

منابع

1. Gordon Betty, N. and Schrooder carolyns (2000) Assessment and treatment of childhood problems. New York, London: Guilford press.
2. Weller, Elizabeth, BRowan.A, and Ela, J.Weller, K.A (1999) Aggressive behavior in patients with attention deficit hyper activity Disorders, Conduct disorder, Perrasive developmental disorders. American journal of Psychotherapy. Vol, 25, pp, 412 - 418.
3. Cheah charisa and park sung-yun(2006)sout korean mothers beliefs regarding agrgression and social withdrawal in preschoolers.Early childhood research quarterly.VOL.21,PP.61-75.
4. Lachman.j and lenhart, lisa A (1993) Anger coping intervention for aggressive children,Conceptual models and outcome efforts. clinical psychology Review.VOL. 13, 785 - 805.
5. Mitto Paolo,Coppi Monica,Frezza Michela,Petretto Donatella,Masalla and Preti Antonio(2003)suicidal ideation and aggressiveness in school-aged youths.psychiatry Research.VOL.120,ISSUE.3,PP.247-255.
6. Hodgins s,Tiihonen J and Ross D(2005).The consequences of conduct disorder males who develop schizophrenia .schizophrenia research.VOL.78,ISSUES.2-3.PP.323-335.

رفتاری شناختی طولانی تر (۱۸-۱۲) جلسه باعث کاهش بیش تر پرخاشگری می شود و نتایج ثابت تر می ماند [۲۹ و ۳۰]. بنابراین در صورت طولانی تر بودن جلسات می توانستیم نتایج بهتری نیز به دست بیاوریم. به علاوه، این کودکان در شرایطی بودند که پرخاشگری یکدیگر را تقویت می کردند و حتی گاه مربیانشان در پرخاشگری، الگوی رفتاری آن ها بودند. بنابراین، بهبود چشمگیرتر و یا حذف کامل پرخاشگری امری دور از انتظار بود.

به طور کلی، یافته های پژوهش حاضر بیان می کند که بازی درمانی رفتاری شناختی در کاهش پرخاشگری کودکان راهبردی مؤثر است و می تواند به گستره های عملی در این بُعد پیوندد. کودکان در این درمان، مهارت های لازم را در ارتباط با اطرافیان فرا می گیرند و خود، این مهارت ها را در نقش هایی که طی جلسات وجود دارد ایفا می کنند. در نتیجه، این رویکرد، بستری را برای فراگیری مهارت های سازگاران و مقابله ای و اصلاح پردازش شناختی سوگیرانه فراهم می کند که بالطبع باعث کاهش پرخاشگری می شود.

محدودیتها

این پژوهش دارای محدودیت هایی بود که لازم است به آن ها اشاره شود:

- محدود بودن تعداد آزمودنی های تحقیق حاضر، یکی از محدودیت های مطالعه کنونی است که تعمیم نتایج را با دشواری مواجه می سازد.

- از آن جا که گروه کنترل و آزمایش، در دو مرکز به شکل جداگانه انتخاب شدند و در دو گروه، جایگزینی تصادفی انجام نشد، می توان از محدودیت دیگری در کنترل عوامل سخن گفت .

- از آن جا که کودکان مورد مطالعه همگی پسر بودند قابلیت تعمیم نتایج به دختران کاهش می یابد .

۱۹. آرزومانیان، کریستینه (۱۳۷۹) بررسی تأثیر بازی درمانی غیر مستقیم روی اختلالات رفتاری کودکان، پایان نامه کارشناسی ارشد روانشناسی، تهران: دانشگاه آزاد اسلامی واحد رودهن.
۲۰. قدیری لشکاجانی، فاطمه (۱۳۷۵) تأثیر بازی درمانی بی رهنمود در کاهش اختلالات رفتاری و پرخاشگری کودکان ناسازگار، پایان نامه کارشناسی ارشد روانشناسی بالینی، تهران: دانشگاه علوم پزشکی ایران.
۲۱. ممی یانلو، مریم (۱۳۷۹) تأثیر بازی درمانی بر کاهش اضطراب کودکان بستری در بخشهای داخلی مرکز طبی تهران، پایان نامه کارشناسی ارشد روانشناسی، تهران: دانشگاه علوم بهزیستی.
۲۲. رسولی، مریم (۱۳۷۶) تأثیر بازی درمانی بر تعامل اجتماعی کودکان ۶-۴ ساله دچار تأخیر تکامل اجتماعی، پایان نامه کارشناسی ارشد روانشناسی، تهران: دانشگاه علوم بهزیستی.
۲۳. دلاور، علی (۱۳۷۵) احتمالات و آمار کاربردی در روانشناسی و علوم تربیتی، تهران: انتشارات رشد.
۲۴. هومن، حیدر علی (۱۳۷۳) شناخت روش علمی، تهران: انتشارات دیبا.
۲۵. فرگوسن جرج، ا. تاکانه، یوشیو (۱۳۷۷) تحلیل آماری در روان شناسی و علوم تربیتی، ترجمه علی دلاور و سیامک نقشبندی، تهران: نشر ارسباران.
۲۶. توکلی زاده، جهانشیر (۱۳۷۵) همه گیر شناسی اختلالات رفتار ایدایی و کمبود توجه در دانش آموزان دبستانی، پایان نامه کارشناسی ارشد روانشناسی، تهران: دانشگاه علوم پزشکی ایران.
27. Strand Paol(2000)A Modern behavioral perspective on child conduct disorder:integrating behavioral momentum and matching theory.clinical psychology review .VOL.20,NO.5,PP.593-615.
28. Miller gloria and prinz Ronald(2003)Engagement of families in treatment for childhood conduct problems.Behavior therapy.VOL.34,ISSUE.4,PP.512-534.
7. Haber stick Brett,Smolen A and Hewitt john(2004)family based Association test of 5HTTLPR and aggressive behavior in a General population sample of children. biopsychiatry. VOL.10,PP.1-8.
8. Anooshian linda(2005) violence and aggression in the lives of homeless children:A review.aggression and violent behavior.VOL.10,PP.129-152.
9. Howard,R,W(1998).Every Psychologist needs to be a theorist.American Psychologist.VOL.53,PP.69-70.
10. Kazdin, Alan, E (2000) Encyclopedia of psychology, New York: Lexington press.
11. Glozier Trish(1997)play therapy for children in the emergency department.australian emergency nursing journal.VOL.1,ISSUE.2,PP.52-53.
12. Lendreth.G (2002)Play therapy, the Art of relationship, New York:Brunner – Routledge press.
13. Bratton suec,Ray dee,Rhine Tammy and Jones Leslie(2005)The efficacy of play therapy with children.professional psychology:research and practice.VOL.36,ISSUE.4,PP.376-390.
14. Gerald, G. (1999) Short term play therapy. New york: Allynbucon.
۱۵. محمد اسماعیل، الهه (۱۳۸۳) بازی درمانی، تهران: انتشارات دانژه.
16. Neil, Cabe (1999) Conduct disorder, journal of cognitive behavior playtherapy. Vol. 87, pp. 302 – 312.
۱۷. باعدی، زهرا (۱۳۷۹) بررسی کارآمدی بازی درمانی شناختی - رفتاری روی کاهش پرخاشگری کودکان مبتلا به اختلالات رفتاری، پایان نامه کارشناسی ارشد روانشناسی، تهران: دانشگاه علوم پزشکی ایران.
۱۸. احمدی، مهرناز (۱۳۷۶) تأثیر بازی درمانی متمرکز بر کودک روی پرخاشگری، پایان نامه کارشناسی ارشد روانشناسی، تهران: دانشگاه تربیت مدرس.

30. Simos gregoris(2002)cognitive behavior therapy.
USA:Brunner-Routledge.

29. Kutcher Stan,Aman Michael,Brooks Sarah,Baltelaar
Jan(2004)International consensus statement on attention
deficit/hyperactivity disorder(ADHD)and disruptive
behavior disorders. European neropsychopharmacology.
VOL.14,PP.11-28.

