

# اثربخشی درمان شناختی رفتاری بر کاهش مشکلات برونی سازی شده کودکان

الناز گیوه چی<sup>۱</sup>، شکوه نوابی نژاد<sup>۲</sup>، ولی اله فرزاد<sup>۳</sup>

## چکیده:

هدف از پژوهش حاضر بررسی اثربخشی درمان شناختی رفتاری بر کاهش نشانگان برونی سازی شده کودکان ۵ تا ۸ سال بود. جهت رسیدن به اهداف پژوهش از روش نیمه آزمایشی استفاده شد. جامعه آماری پژوهش شامل کودکان ۵ تا ۸ سال شهر تهران مراجعه کننده به مرکز آتیه و گروه نمونه عبارت از ۲۰ کودک دارای نشانگان برونی سازی شده از جامعه آماری مورد نظر بودند که به روش در دسترس و هدفمند انتخاب شده و به صورت تصادفی در دو گروه آزمایشی شناختی رفتاری و کنترل قرار گرفتند. گروه های آزمایش تحت درمان شناختی رفتاری قرار گرفتند و گروه کنترل در این مدت هیچ درمانی را دریافت نکردند. برای جمع آوری داده ها از مقیاس فهرست رفتاری کودک

---

۱ - دکتری مشاوره واحد علوم و تحقیقات تهران - ایران Elgiv61@yahoo.com

۲ - استاد گروه مشاوره دانشگاه خوارزمی تهران - ایران navabinejad@yahoo.com

۳ - استادیار گروه روانشناسی دانشگاه خوارزمی تهران - ایران

(CBCL) استفاده شد که توسط شرکت کنندگان قبل از شروع درمان، پس از پایان درمان و در مرحله پیگیری تکمیل شد. تجزیه و تحلیل کوواریانس تک متغیری نشان داد که تفاوت معناداری بین گروه آزمایشی شناختی رفتاری و گروه کنترل در مرحله پس آزمون وجود داشت و همچنین نتیجه در مرحله پیگیری با ثبات همراه بوده است.

**واژگان کلیدی:** درمان شناختی رفتاری، نشانگان برونی سازی شده

## مقدمه:

در طول سال های اخیر، افزون بر رشد جسمانی کودک، توجه به تحول عاطفی- اجتماعی وی نیز افزایش یافته است. پیش از این، بسیاری از والدین و متخصصان بر این باور بودند که بسیاری از مشکلات کودکان ناشی از نارسایی های تحولی آن هاست و پشت سر گذاشته خواهد شد. یکی از مشکلاتی که زیرمجموعه مشکلات ارتباطی - عاطفی قرار می گیرد، اختلال های برونی سازی شده کودکان است که مواردی مانند پرخاشگری، نادیده گرفتن قوانین و رفتارهای مقابله و مخالفت را شامل می شود. اختلال های برونی سازی شده کودکان از جمله اختلال های دوران کودکی است که محتوای اصلی آن ها را رفتارهای ضد اجتماعی و تضادورزانه تشکیل می دهند که بر اساس طبقه بندی ابعادی، با اصطلاح اختلال های برونی سازی شده نام گذاری شده اند. این نوع مشکلات در طبقه بندی مقوله ای انجمن روان پزشکی امریکا به سه اختلال تضادورزی جسورانه، اختلال رفتار هنجاری و اختلال نارسایی توجه / افزون کنشی تقسیم می شوند. اختلال های برونی سازی شده، الگوهای رفتاری سازش نیافته کودکان در موقعیت های مختلف هستند که مشکلاتی برای اطرافیان

ایجاد می کنند. در این اختلال ها، که اختلال های رفتاری نیز نامیده می شوند، مشکلات رفتاری کودک که ناشی از ضعف مهارگری اوست، به تعارض بین کودک با بافت اجتماعی منجر می شود و شامل دو نشانگان رفتاری نادیده گرفتن قواعد و رفتار پرخاشگرانه است. این اختلال ها در کودکان بیش از سایر اختلال ها مشاهده می شوند. دلیل نامگذاری نشانگان برونی سازی شده این است که مشکلاتی را شامل می شود که اساساً مستلزم تعارض با دیگران است. به بیان دیگر به مشکلات فرد با دیگران ارتباط دارد (آخنباخ و رسکورلا، ۱، ۲۰۰۱/۱۳۸۴). در بین تمامی اختلال های یاد شده، مطالعه مشکلات رفتاری برونی سازی شده به چند دلیل اهمیت دارد؛ نخست اینکه مشکل اولیه درصد بالایی از کودکان که به مراکز خدمات سلامت روانی ارجاع می شوند، "مشکلات رفتاری برونی سازی شده" است. برای مثال پرخاشگری از دلایل مهم ارجاع کودکان به مراکز مشاوره و روان درمانی است (سوخودالسکی، کاسی نو و گلن ۲، ۲۰۰۴). دوم اینکه نشانه های مشکلات رفتاری برونی سازی شده، به طور کلی پایداری قابل توجهی طی زمان نشان می دهند و در طول تحول به شکل های مختلفی بروز می کنند (لی و لیتل جونز، ۳، ۲۰۰۷)، چنان که پرخاشگری یکی از پایدارترین مشکلات در طول دوران کودکی است که با پیامدهای منفی در دوره نوجوانی مانند استفاده از دارو و الکل، وقت گذرانی و افت تحصیلی، بزهکاری و خشونت همراه است (لیو، ۴، ۲۰۰۴). پاره ای از پژوهشگران با تاکید بر درمان زود هنگام این مشکلات در سنین پایین، که خود نوعی پیشگیری محسوب می شود، نشان داده اند که اگر این مشکلات در سنین پیش دبستان و سال های ابتدایی کودکی شناسایی و درمان شوند تا حد زیادی تخفیف می یابند و به بهبود عملکرد کودک در زمینه های مختلف منجر می شوند (آرنولد و همکاران، ۵، ۲۰۰۶). در مجموع با توجه به نظر متخصصان مبنی بر انجام مداخله های بهداشت روان برای کودکان دبستانی به منظور پیشگیری اولیه، درمان و توسعه بهداشت روان و همچنین تاکید بر درمان به هنگام مشکلات برونسازي شده در سنین پایین، که خود نوعی پیشگیری محسوب می شود، نتایج مطالعات مختلف نیز نشان داده اگر مشکلات رفتاری برون سازی شده در سال های نخستین کودکی شناسایی، مهار و درمان شوند، به بهبود کنش وری کودک در زمینه های مختلف منجر می گردند. از این رو، یافتن درمان های مؤثر و راهبردهای پیشگیری از گسترش مشکلات رفتاری در کودکان در معرض خطر، یکی از خطوط عمده پژوهشی در این حیطه است. در تلاش جهت یافتن مؤثرترین روش های

---

1 Achenbach & Rescorla

2 Sukhodolsky, Kassinove & Gorman

3 Lee & Littlejohns

4 Liu

5 Arnold, et al

درمانگری، پژوهش های متعددی به بررسی اثربخشی روش های مختلف پرداخته اند. درنگاهی کلی می توان این روش هارابه چنددسته روش های پیشگیری، دارودرمانگری، روش های جامعه محور، روش های مدرسه محور، روش های خانواده محور و روش های کودک محور طبقه بندی نمود (یگانه، خانزاده و زربخش، ۱۳۹۲).

یکی از روش های درمانگری متمرکز بر کودک، درمان شناختی- رفتاری است. ساپ و فارل (۱۹۹۴) اساس این روی آورد را بدین صورت شرح داده اند: شناخت (افکار)، عواطف (هیجانها) و رفتار (اعمال) یک دانش آموزانمی توان به صورت مجزاسیدگی کرد، زیرا آن ها فرایندهای همپوش هستند. این روی آورد در مداخله بادسته ای از روش ها مشخص می شود که در آن ها تأکید بر تنظیم درونی رفتار است. مداخلات در سطح فردی شامل آموزش مهارت اجتماعی و حل مسأله است. کودکان و نوجوانان تحت آموزش تکنیک های رفتاری و شناختی قرار گرفته و راهبردهایی که برای حل مسأله ی بین فردی مفید هستند را می آموزند. برنامه آموزش مهارت های اجتماعی، ترکیبی از مهارت های حل مسأله، مهارت های کنترل خشم، مهارت های کنار آمدن و ابراز وجود می باشد. از آنجا که رفتار والدین دارای تأثیر مهمی در مهارت های خودتنظیمی کودکان است، تغییر در رفتار والدین منجر به تغییر رفتار کودکان دارای اختلال سلوک می شود (یگانه، وهمکاران، ۱۳۹۲). پژوهشگران گستره وسیعی از درمان ها را برای حل مشکلات برونی سازی شده کودکان به کار می برند. کوشش های پژوهشی روان درمانگران همواره معطوف به آن بوده است که حداکثر اثربخشی را از روش های درمانی مورد استفاده داشته باشند. سوالی که برای محقق مطرح می شود، این است که آیا درمان شناختی رفتاری بر کاهش مشکلات برونی سازی شده کودکان ۵ تا ۸ سال تاثیر دارند و این اثربخشی به چه میزان است؟

ضرغامی و همکاران (۱۳۹۴) نشان دادند که درمانگری شناختی رفتاری مبتنی بر برنامه مقابله ای کندال علاوه بر کاهش نشانگان درونی سازی، نشانگان برونی سازی کودکان ۸ تا ۱۰ ساله ایرانی مبتلا به اضطراب را نیز کاهش داده است. محمودی و همکاران (۱۳۹۲) نشان دادند که درمان گروهی آموزش مهارت های اجتماعی مبتنی بر قصه گوئی توانسته است باعث کاهش رفتارهای پر خاشگرانه و قانون شکنانه در پایان دوره شود. یافته های این پژوهش واجد کاربردهای بالینی در قلمرو پیشگیری و درمان مشکلات رفتاری برونی سازی شده کودکان در فضاهای بالینی و مدارس است. صریحی و همکاران (۱۳۹۴) نشان دادند که بازی درمانی گروهی توانسته است باعث کاهش مشکلات رفتاری کودکان پیش دبستانی گردد. رجبی و همکاران (۱۳۹۲) نشان دادند که درمان شناختی رفتاری

گروهی توانسته است باعث کاهش پرخاشگری واکنشی کلامی و رابطه ای در کودکان شود، ولی اثری روی پرخاشگری جسمانی نداشته باشد. یگانه و همکاران (۱۳۹۲) بیان داشت که آموزش مهارت های اجتماعی با شیوه شناختی - رفتاری روش موثری در کاهش نشانه های اختلال های رفتاری برون نمود است. برزگر و همکاران (۱۳۹۱) نشان داد که بازی درمانی شناختی- رفتاری در کاهش ترس اجتماعی کودکان موثر است. لاکمن و همکاران ۱ (۲۰۱۱) در پژوهشی به بررسی "درمان شناختی - رفتاری برای کودکان دارای اختلالات برونی سازی شده" پرداختند، این مطالعه اثربخشی راهبردهای درمان شناختی - رفتاری را برای اختلالات برونی سازی شده تایید می نماید.

در پژوهش حاضر فرضیه ای به شرح زیر آزمون می شود:

درمان شناختی رفتاری بر کاهش نشانگان برونی سازی شده کودکان تاثیر دارد.

**روش:** این پژوهش به دلیل بررسی اثربخشی درمان شناختی رفتاری بر کاهش نشانگان برونی سازی شده کودکان، کاربردی و از لحاظ روشی که دنبال میکند، نیمه آزمایشی با طرح پیش آزمون، پس آزمون، پیگیری و گروه کنترل می باشد.

جامعه آماری: جامعه آماری پژوهش حاضر را کلیه کودکان ۵ تا ۸ سال شهر تهران که توسط والدینشان در پاییز ۹۳ به مرکز جامع اعصاب و روان آتیه مراجعه کرده بودند و توسط پرسشنامه فهرست رفتاری کودک که توسط والدین آن ها تکمیل شده بود، دارای نشانگان برونی سازی شده تشخیص گذاری شده بودند و نمره کل درونی سازی شده آن ها پایین تر از خط برش بود، تشکیل می دهد.

روش نمونه گیری و حجم نمونه: در پژوهش حاضر با توجه به اینکه تمامی مراجعہ کنندگان (والدین) تمایل به شرکت در طرح پژوهش را نداشتند و همچنین با توجه به شدت مشکلات برخی کودکان و نیاز آن ها به درمان زودهنگام و یا دارو، نمونه گیری به صورت در دسترس و هدفمند انجام شد. بر اساس مصاحبه اولیه و نتیجه پرسشنامه فهرست رفتاری کودک ۲۰ نفر به صورت هدفمند انتخاب شدند و به صورت تصادفی در ۲ گروه جایگزین شدند. ۱۰ نفر برای شرکت در جلسات درمان شناختی رفتاری انتخاب شدند و ۱۰ نفر نیز به عنوان گروه کنترل در لیست انتظار قرار گرفتند.

در این قسمت ویژگی‌های جمعیت شناختی (دمو گرافیک) آزمودنی‌ها مورد بررسی قرار گرفته که نتایج آن‌ها در جداول زیر ملاحظه می‌شود.

• سن

در جدول ذیل توزیع فراوانی و فراوانی درصدی سنی گروه‌ها ارائه شده است. همان‌طور که ملاحظه می‌شود فراوانی کودکان ۷ سال با فراوانی ۶ نفر (۳۰٪) بیشترین افراد و گروه سنی ۸ سال با فراوانی ۴ نفر (۲۰٪) کمترین افراد را تشکیل می‌دهند.

توزیع فراوانی و فراوانی درصدی سنی گروه‌ها

کل		کنترل		شناختی رفتاری		
درصد	فراوانی	درصد	فراوانی	درصد	فراوانی	سن
۲۵	۵	۴۰	۴	۱۰	۱	۵ سال
۲۵	۵	۳۰	۳	۲۰	۲	۶ سال
۳۰	۶	۲۰	۲	۴۰	۴	۷ سال
۲۰	۴	۱۰	۱	۳۰	۳	۸ سال
۱۰۰/۰	۲۰	۱۰۰/۰	۱۰	۱۰۰/۰	۱۰	جمع

• جنس

جدول ذیل توزیع فراوانی و درصد جنسیت کودکان شرکت‌کننده در پژوهش را نشان می‌دهد، نتایج جدول نشان می‌دهد ۶۰٪ از کودکان پسر و ۴۰٪ هم دختر هستند.

توزیع فراوانی و فراوانی درصدی جنسیت آزمودنی‌ها

کل		کنترل		شناختی رفتاری		
درصد	فراوانی	درصد	فراوانی	درصد	فراوانی	جنس
۶۰	۱۲	۷۰	۷	۵۰	۵	پسر
۴۰	۸	۳۰	۳	۵۰	۵	دختر
۱۰۰/۰	۳۰	۱۰۰/۰	۱۰	۱۰۰	۱۰	جمع

• سطح تحصیلات مادر

نتایج جدول ذیل نشان می‌دهد که بیشترین فراوانی مربوط به سطح تحصیلات فوق لیسانس با ۹ نفر (۴۵٪) و کمترین آن فوق دیپلم با ۱ نفر (۵٪) بوده‌اند.

توزیع فراوانی و فراوانی درصدی سطح تحصیلات مادر

کل		کنترل		شناختی رفتاری		
درصد	فراوانی	درصد	فراوانی	درصد	فراوانی	تحصیلات مادر
25	۵	۳۰	۳	۲۰	۲	دیپلم
5	۱	۰	۰	۱۰	۱	فوق دیپلم
25	۵	۰	۰	۵۰	۵	لیسانس
45	۹	۷۰	۷	۲۰	۲	فوق لیسانس
۱۰۰/۰	۲۰	۱۰۰/۰	۱۰	۱۰۰/۰	۱۰	جمع

ابزار جمع آوری اطلاعات: ابزار این پژوهش برای اندازه گیری نشانگان برونی سازی شده کودکان مقیاس فهرست رفتاری کودک ۱ می باشد.

فهرست رفتاری کودک : این پرسشنامه، یکی از فرم های نظام سنجش مبتنی بر تجربه آخنباخ است که توسط یکی از والدین، بر اساس وضعیت کودک در شش ماه گذشته تکمیل می شود. نسخه اولیه این فهرست توسط آخنباخ و ادلبروک (۱۹۸۳) نقل از ونوگت و دیگران، (۲۰۱۲) تدوین شده است. این مقیاس مشتمل بر ۱۱۸ ماده است که هر ماده دلالت بر رفتار خاصی در این حوزه دارد. در این پرسشنامه مقیاس هایی براساس اختلالات دی اس ام ویرایش پنجم تنظیم شده است که عبارتند از مشکلات انزوا/افسردگی، اضطراب/افسردگی، مشکلات بدنی، نارسایی توجه/فزون-کنشی، نادیده گرفتن قوانین و رفتارهای پرخاشگرانه.

همچنین ضرایب آلفای مقیاس های سندرمی مبتنی بر تجربه نیز در سطح رضایت بخشی قرار دارد و دامنه آن از ۰/۶۷ تا ۰/۸۸ برای فهرست رفتاری کودک گزارش شده است.



ضریب پایایی پرسشنامه توسط پژوهشگر محاسبه شد. نتیجه حاصل از بررسی پرسشنامه نشان داد که ضریب آلفای کرونباخ محاسبه شده برای مقیاس فهرست رفتاری کودک ۰/۸۷ می باشد (مینایی، ۱۳۸۴).

فرایند اجرای پژوهش: پژوهش حاضر در مرکز جامع اعصاب و روان آتیه انجام شد. طبق روال معمول خدمات دهی مرکز، تمامی مادران قبل از ورود به بخش تشخیص، مقیاس فهرست رفتاری کودک را به صورت رایانه ای پر می کنند و نمودار آن در اختیار ارزیاب قرار می گیرد. در پژوهش حاضر نیز با استفاده از فرایند معمول مرکز آتیه، نشانه ها و مشکلات برونی سازی شده بر اساس تکمیل فهرست رفتاری کودکان از نظام سنجش مبتنی بر تجربه آخنباخ تعیین شد. جهت ورود به پژوهش، نمودار نشانگان برونی سازی شده مراجعین بایستی بالای خط برش و نشانگان درونی سازی شده بایستی پایین خط برش باشد. خط برش برای نشانگان درونی سازی شده و برونی سازی شده معادل  $T=64$  می باشد. با توجه به معیارهای ورود و خروج حدود ۲۰۰ مصاحبه انجام شد. در نهایت ۲۰ نفر برای نمونه انتخاب شدند که به صورت تصادفی در دو گروه آزمایشی شناختی رفتاری و کنترل قرار گرفتند.

در پژوهش حاضر درمان شناختی رفتاری عبارت است از برنامه شناختی رفتاری ولز، کارن سی؛ لاجمن، جان ای؛ لنهارت؛ لیزا ا که توسط شیرین ولی زاده و رحمان بردی اوزونی دوجی در سال ۱۳۸۹ ترجمه گردیده است. پژوهشگر با توجه به اهداف پژوهش، برنامه را در ۱۰ جلسه تلخیص کرده و پس از بررسی و تایید متخصصان این حوزه به اجرا در آورده است.

جلسه های آموزش ظرف مدت ۱۰ هفته؛ هر هفته یک جلسه یک و نیم ساعته، طبق برنامه زمان بندی شده برگزار گردید. گروه کنترل نیز در لیست انتظار برای ورود به درمان بعد از اتمام اجرا در گروه آزمایشی قرار گرفت.

اجرای تحقیق ظرف مدت تقریبی سه ماه به طول انجامید. کلیه والدین پرسشنامه پژوهش را در سه نوبت پیش از آغاز جلسات درمانی، پس از پایان جلسات درمانی و در مرحله پیگیری تکمیل کردند.

محتوای جلسات	جلسات
<p>-بحث در مورد ساختار و هدف گروه</p> <p>-توضیح قوانین گروه</p> <p>-بحث در مورد سیستم های امتیاز و سه اخطار</p> <p>-درگیر کردن کودکان در یک فعالیت به منظور ایجاد انسجام گروهی</p> <p>-صحبت در مورد تعیین هدف رفتاری</p> <p>-مشاوره با مادران</p>	جلسه اول
<p>-مرور جلسه</p> <p>-مشخص کردن تفاوت بین اهداف کوتاه مدت و بلند مدت</p> <p>-خاطر نشان کردن اهمیت اهداف بلند مدت و کوتاه مدت</p> <p>-تشریح فرآیند تعیین هدف شخصی</p> <p>-مشاوره با مادران</p>	جلسه دوم
<p>-مرور جلسه پیش</p> <p>-مرور صفحه های مربوط به اهداف هفتگی و تعیین اهدافی برای هفته بعد</p> <p>-بررسی میزان پیشرفت در رسیدن به اهداف</p> <p>-بررسی موانع اهداف و چگونگی غلبه بر آن ها</p> <p>-مشاوره با مادران</p>	جلسه سوم
<p>-مرور جلسه قبل و تکالیف آن</p> <p>-مرور صفحات مربوط به هدف هفتگی</p> <p>-شناسایی اجزای رفتاری، شناختی و جسمی مربوط به حالت های هیجانی مختلف</p> <p>-تشخیص تحریک کننده های فراخوان موقعیتی حالت های مختلف هیجانی</p> <p>-خاطر نشان کردن این نکته که "بیان هیجانات ممکن است دشوار باشد"</p> <p>-تعیین اهداف هفتگی جدید</p> <p>-مشاوره با مادران</p>	جلسه چهارم
<p>-مرور جلسه پیش</p> <p>-مرور صفحات هدف هفتگی</p> <p>-تشخیص سرخ های مختلف مربوط به عصبانیت</p> <p>-تشخیص سطوح مختلف عصبانیت</p> <p>-تشخیص تحریک کننده های سطوح مختلف عصبانیت و راه های غلبه بر آن</p>	جلسه پنجم

<p>-تعیین اهداف هفتگی جدید -تعیین تکالیف -مشاوره با مادران</p>	
<p>-مرور تکالیف و مطالب جلسه پیش -مرور صفحات مربوط به اهداف هفتگی -مرور روش های مختلف مقابله با عصبانیت -تمرین حافظه کنترل خود -تعیین اهداف هفتگی جدید -ارائه تکلیف -مشاوره با مادران</p>	<p>جلسه ششم</p>
<p>-مرور تکالیف جلسه پیشین -مرور صفحه مربوط به اهداف هفتگی -توضیح مفاهیم مربوط به خودآموزی -استفاده از عروسک ها برای تمرین خود آموزی و حواسپرتی به عنوان مهارت های غلبه -تعیین اهداف هفتگی جدید -مشاوره با مادران</p>	<p>جلسه هفتم</p>
<p>-مرور جلسه پیش -مرور اهداف این هفته -ادامه آموزش حواس پرتی و فرمان دادن به خود -تشویق تعمیم این مهارت به خارج از کلاس -تعیین اهداف هفتگی جدید -ارائه تکلیف خانه -مشاوره با مادران</p>	<p>جلسه هشتم</p>
<p>-مرور جلسه پیش و تکالیف آن -مرور صفحات مربوط به اهداف هفتگی -مرور خودآموزی -تقویت حافظه برای به خاطر سپاری جملات مقابله</p>	<p>جلسه نهم</p>

<p>-تمرین کنترل خود -تعیین اهداف هفتگی جدید -مشاوره با مادران</p>	
<p>-مرور جلسه پیش -مرور صفحات مربوط به اهداف هفتگی -آموزش کنترل خود از طریق نفس عمیق -تشخیص و غلبه بر موانع استفاده از کنترل خود -جمع بندی و به کارگیری محتوای جلسات در آینده -مشاوره با مادران</p>	<p>جلسه دهم</p>

### یافته ها:

میانگین و انحراف معیار متغیر وابسته تحقیق یعنی نشانگان برونی سازی شده کودکان در گروه‌های آزمایشی و کنترل در جدول ۱-۴ ارائه شده است.

مقایسه نشانگان برونی سازی شده کودکان در مرحله پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری به تفکیک گروه ها

گواه		شناختی - رفتاری		گروهها
انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	میانگین	نشانگان برونی سازی شده کودکان
۷/۳۲	۲۳/۷۰	۸/۳۰	۲۳/۲۰	پیش آزمون
۷/۸۵	۲۴/۴۰	۷/۳۳	۱۸/۳۰	پس آزمون
-	-	۷/۶۳	۱۸/۸۰	پیگیری

اطلاعات جدول ۴-۴ نشان می دهد که میانگین نشانگان برونی سازی شده گروه کودکان با شیوه آموزش شناختی رفتاری از ۲۳/۲ به ۱۸/۳ کاهش یافته است و در مرحله پیگیری نیز تغییر جزئی داشته و به ۱۸/۸ رسیده است.

نمرات نشانگان برونی سازی شده گروه کودکان گواه هم در مرحله پیش از مون ۲۳/۷ بوده و در مرحله پس از مون به ۲۴/۴ تغییر یافته است. در نتیجه براساس اطلاعات موجود، نمرات نشانگان برونی سازی شده گروه کودکانی که با آموزش رویکرد شناختی- رفتاری آموزش دیده اند، کاهش پیدا کرده است و در مرحله پیگیری نیز از ثبات نسبی برخوردار بوده است  
روش آماری استنباطی

در این بخش فرضیه پژوهش مورد آزمون قرار می گیرد. جهت استفاده از روش تحلیل کوواریانس تک متغیری ابتدا مفروضه های این روش آماری یعنی پیش فرض نرمال بودن توزیع و برابری واریانس های خطا و همگنی ضرایب و رگرسیون مورد بررسی قرار گرفته است.  
نتیجه آزمون تک متغیری (تحلیل کوواریانس) برای متغیر نشانگان برونی سازی شده در جدول ذیل ارائه شده است.

نتایج تجزیه و تحلیل کوواریانس برای مقایسه میانگین نمرات پس از آزمون نشانگان برونی سازی شده

منابع تغییرات	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	معناداری (P)	مجذوراتا	توان آماری
پیش آزمون نشانگان برونی سازی شده	۱۱۱۲/۹۸۲	۱	۱۱۱۲/۹۸۲	۳۸/۰۱۵	۰/۰۰۰	۰/۲۲۱	۰/۷۸۸
گروه	۳۰۸۱/۹۱۳	۳	۱۰۲۷/۳۰۴	۳۵/۰۸۸	۰/۰۰۰	۰/۳۴	۰/۸۹۵
خطا	۱۰۲۴/۷۱۸	۱۵	۲۹/۲۷۸				
کل	۲۶۰۶۷/۰۰۰	۲۰					

نتایج جدول بالانشان می دهد با در نظر گرفتن نمرات پیش از آزمون نشانگان برونی سازی شده به عنوان متغیر کمکی تفاوت بین عملکرد ۲ گروه مداخله و کنترل در این متغیر معنی دار است. همان طور که مشاهده می شود نتیجه تحلیل کوواریانس تک متغیری حاکی از آن است که اثر گروه

معنادار بوده و این به معنای آن است که در متغیر وابسته یعنی نشانگان برونی سازی شده بین گروه‌ها تفاوت وجود دارد. به عبارت دیگر پس از تعدیل اثر متغیر کمکی بین دو گروه از نظر نشانگان برونی سازی شده تفاوت معناداری وجود دارد. بنابراین نتیجه گرفته می‌شود که در اثر اعمال متغیر مستقل (درمان شناختی رفتاری)، در متغیر نشانگان برونی سازی شده در گروه آزمایش نسبت به گروه کنترل تغییر ایجاد شده است. با در نظر گرفتن مجذور اتا می‌توان گفت ۳۴٪ از این تغییرات ناشی از تأثیر متغیر مستقل (مداخله) می‌باشد.

### بحث:

شواهد موجود و تحلیل‌های انجام شده، نشان داد که نشانگان برونی سازی شده گروه کودکانی که مداخله با رویکرد شناختی- رفتاری داشته‌اند، کاهش داشته‌است. در واقع گروه کودکانی که درمان شناختی رفتاری را دریافت کرده بودند، در مقایسه با گروه کنترل که مداخله درمانی را دریافت نکرده بودند، در متغیر وابسته تغییرات معنی داری را نشان داده بودند. نتایج این بخش از تحقیق با پژوهش‌های صریحی و همکاران (۱۳۹۴)، ضرغامی و همکاران (۱۳۹۴)، رجبی و همکاران (۱۳۹۲)، یگانه و همکاران (۱۳۹۲)، برزگر و همکاران (۱۳۹۱)، محمودی و همکاران (۱۳۹۲) و لاکمن و همکاران (۲۰۱۱) همخوانی دارد.

نتایج نشان داد که آموزش درمان شناختی رفتاری در کاهش نشانگان برونی سازی شده کودکان مورد مطالعه موثر بوده است.

در تبیین تایید این یافته می‌توان به این نکته نیز اشاره نمود که رویکرد شناختی - رفتاری، شامل راهبردهای خاص برای جبران مشکلات مهم رفتاری است. حل مسئله، آموزش خود، بازآموزی اسنادی، آموزش تنش زدایی به طور موثر جهت بهبود رفتار استفاده می‌شوند. مداخله به طور معمول شامل آموزش فرایند شناسایی برانگیزاننده‌های درونی و بیرونی و نیز استفاده از محرک‌های درونی (مانند خودگویی، حل مسئله و تصویرسازی ذهنی) به کودکان است. درمان شناختی رفتاری درمانی است که بر نقش مهم تفکر در سبب شناسی و تداوم مشکلات تاکید دارد و هدف فنون شناختی رفتاری، اصلاح الگوی فکری است که در ایجاد مشکلات بیمار نقش دارند، همچنین در اصلاح رفتارهای مشکل ساز، از اصول شرطی سازی و یادگیری استفاده می‌شود. طبق پژوهش‌های انجام شده در طی سال‌های اخیر، کارآمدی مداخلات و رویکردهای شناختی رفتاری برای بسیاری از اختلال‌های روان شناختی، مورد تایید قرار گرفته است. البته هرچند بسیاری از مطالعات پژوهشی نشان داده‌اند که مداخلات شناختی رفتاری برای بسیاری از اختلال‌های روان شناختی از کارایی

واثربخشی لازم برخوردار است، اما این یافته ها هم ممکن است در مورد همه موقعیت ها و همه بیماران صدق نکند ( سادوک، ۱۳۹۳/۱۵/۲۰). هدف درمان شناختی رفتاری آموزش این نکته به مراجعان است که با وجودی که آن ها نمی توانند بر تمام جنبه های دنیای پیرامونشان کنترل داشته باشند اما می توانند چگونگی تعبیر و تفسیر و پرداختن به چیزهایی که در محیطشان وجود دارد را کنترل کنند.

با توجه به اینکه کودکان دارای نشانگان برونی سازی شده فاقد مهارت های اجتماعی مناسب هستند، اساسا در روابط با بزرگسالان و همسالان دچار مشکل می باشند. این کودکان هنگام برخورد با محرک های تنش زا از موقعیت پیش رو برداشت نامناسب و خصمانه دارند؛ همچنین در به کارگیری حل مسئله در هنگام مواجهه با محرک ها توانایی لازم را ندارند.

هدف اولیه درمان شناختی رفتاری نیز شناسایی و تغییر افکار ناسازگار مرتبط با رفتارها و مشکلات هیجانی کودک است که با تغییرات شناختی، رفتارهای سازگارانه تر در کودک ایجاد می شود. از طرفی رفتارها با تعیین پیامدهای مناسب تقویت و یا خاموش می گردند. کودکان به آموزش های لازم و والدین به آموزش در جهت ماندگاری تغییر رفتار کودکان مجهز می شوند. بنابراین به طور کلی درمان شناختی - رفتاری یک درمان موثر برای کودکان با مشکلات رفتاری برونی سازی شده است.

**نتیجه گیری:** در نتیجه گیری نهایی می توان به این نکته اشاره نمود که درمان شناختی - رفتاری بر کاهش نشانگان برونی سازی شده کودکان تاثیر داشته است. بنابراین نتایج پژوهش می تواند به منظور انتخاب مداخله های درمانی مناسب برای کودکان دارای نشانگان برونی سازی شده مورد استفاده قرار گیرد. رویکردهای مختلف روان شناختی توانسته اند در کنار رویکردهای دارو درمانی موفقیت هایی داشته باشند. در پژوهش حاضر یکی از رویکردهای نظری و در واقع یک درمان و مداخله تحت عنوان درمان شناختی رفتاری گروهی بررسی شد و نتایج آن به خوبی روشن نمود که این مداخله توانمندی های قابل توجهی برای کار با اختلالات رفتاری در بین کودکان دارد.

اختلالات برونی سازی شده از جمله اختلالات رایج در کودکان بوده و بخش وسیعی از موارد بالینی را شامل می شوند. این اختلالات پیشرونده و مزمن بوده و مشکلات فزاینده ای در زندگی کودک و خانواده اش ایجاد می کند و فرد مبتلا را با خطر ابتلا به اختلالات وخیم تر در دوران بزرگسالی مواجه می سازند. به واسطه مداخله شناختی - رفتاری کودکان دارای اختلالات رفتاری برونی سازی شده قادر می شوند رفتار خویش را درونی سازند و همین امر به مثابه

نقطه اتکای خود کنترلی عمل می کند. این مهم، درخصوص کودکان با نیازهای خاص که از مشکلات رفتاری بیشتری نیز برخوردار می باشند، اهمیتی مضاعف می یابد. کودکانی که مشکلات رفتاری برونی سازی شده دارند باید به دنبال کمک به آن ها در همان سال های اولیه کودکی برای جلوگیری از هر گونه عواقب منفی آینده بود.

پروتکل درمانی با تعداد محدود نمونه و محدودیت سنی کودکان معرف کل کودکان نیستند و لذا نسبت به تعمیم نتایج باید احتیاط نمود. همچنین اجرای این پژوهش در گروه وسیع تری از کودکان بر غنای اطلاعات به دست آمده خواهد افزود.

### منابع:

- آخنباخ، ت، رسکورلا، ل. (۱۳۸۴). کتابچه راهنمای فرم های سن مدرسه نظام سنجش مبتنی بر تجربه آخنباخ. ترجمه ا. صغر مینایی. تهران: پژوهشکده کودکان استثنایی [تاریخ انتشار اثر اصلی، ۲۰۰۱]
- انجمن روانپزشکی آمریکا (۱۳۹۳). راهنمای تشخیصی و آماری اختلالهای روانی. ترجمه یحیی سید محمدی، تهران: نشر روان، [چاپ اصلی ۲۰۱۳]
- برزگر زهرا، پورمحمدرضای تجریشی معصومه، بهنیا فاطمه. (۱۳۹۱). اثربخشی بازی بر مشکلات برونی سازی در کودکان پیش دبستانی با مشکلات رفتاری. مجله علوم رفتاری. ۶: (۴) ۱۳-۱۴.
- رجبی، زهرا؛ نجفی، محمود؛ محمدرضایی، علی. (۱۳۹۲). اثربخشی درمان شناختی رفتاری گروهی بر کاهش پرخاشگری کودکان. مجله: مطالعات روانشناسی بالینی، سال سوم- شماره ۱۰، ۷۲-۵۵
- سادوک. (۱۳۹۳). خلاصه روانپزشکی کاپلان و سادوک علوم رفتاری و روانپزشکی بالینی. ترجمه دکتر رضایی و ارجمند. تهران: نشر ارجمند [چاپ اصلی ۲۰۱۵]
- صریحی، نفیسه؛ پورنسایی، غزل سادات؛ نیک اخلاق، مهناز. (۱۳۹۴). اثربخشی بازی درمانی گروهی بر مشکلات رفتاری کودکان پیش دبستانی. فصلنامه روانشناسی تحلیلی\_شناختی، سال ششم، شماره ۲۳؛ ۴۱-۳۵
- ضرغامی، فیروزه؛ حیدری نسب، لیلیا؛ شعیری، محمدرضا؛ شهریور، زهرا. (۱۳۹۴). اثربخشی درمانگری شناختی\_ رفتاری مبتنی بر برنامه مقابله ای کندال بر اختلال های اضطرابی: یک



روی آورد فراتشخیصی. فصلنامه روانشناسی تحولی (روانشناسان ایرانی)، دوره ۱۲، شماره ۴۵، ۳۷-۴۹

- کوری، جرالده. (۱۳۸۹). نظریه و کاربست مشاوره و روان درمانی. ترجمه یحیی سید محمدی. تهران: نشر ارسباران [تاریخ انتشار به زبان اصلی ۱۹۳۷]
- محمودی، ندا؛ صالحی سیروس؛ تیزدست طاهر. (۱۳۹۲). اثربخشی آموزش گروهی مهارت های اجتماعی مبتنی بر قصه گویی بر مشکلات رفتاری برونی سازی شده کودکان. روانشناسی تحولی (روانشناسان ایرانی): دوره ۹، شماره ۳۵؛ ۲۵۷-۲۴۹.
- مینایی، اصغر. (۱۳۸۴). کتابچه راهنمای فرم های سن مدرسه نظام سنجش مبتنی بر تجربه آشناباخ. تهران: نشر پژوهشکده کودکان استثنایی.
- ولز، کارن سی. (۱۳۸۹). راهنمای عملی درمان شناختی رفتاری (قدرت مقابله). ترجمه شیرین ولی زاده و همکاران. تهران: نشر ارجمند.

- یگانه، طیبه؛ خانزاده، عباس علی؛ زربخش، محمد رضا. (۱۳۹۲). اثربخشی آموزش مهارت های اجتماعی به شیوه شناختی- رفتاری بر کاهش نشانه های اختلال های رفتاری برون نمود در دانش آموزان. فصلنامه روان شناسی افراد استثنایی، سال سوم، شماره ۱۱، ۴۳.

- Cutierrez, S.M., Escarti C.A., & Pasual, C. (2011). Relationships among empathy, prosocial behavior, aggressiveness, self- efficacy and pupil's personal and social responsibility. *psicothema*, 23(1), 9-13.
- Eisenberg, N. (1992). *The caring child* (Vol. 28). Harvard University Press.
- Eisenberg, N., & McNally, S. (1993). Socialization and mothers' and adolescents' empathy-related characteristics. *Journal of Research on Adolescence*, 3(2), 171-191.
- Lee, L., & Littlejohns, S. (2007). Deconstructing Agnes-externalization in systemic supervision. *Journal of Family Therapy*, 29(3), 238-248.
- Liu, J. (2004). Childhood externalizing behavior: theory and implications. *Journal of child and adolescent psychiatric nursing*, 17(3), 93-10

- Lochman, J. E., Powell, N. P., Boxmeyer, C. L., & Jimenez-Camargo, L. (2011). Cognitive-behavioral therapy for externalizing disorders in children and adolescents. *Child and adolescent psychiatric clinics of North America*, 20(2), 305-318.
- Roberts, W., & Strayer, J. (1996). Empathy, emotional expressiveness, and prosocial behavior. *Child development*, 67(2), 449-470.
- Sukhodolsky, D. G., Kassinove, H., & Gorman, B. S. (2004). Cognitive-behavioral therapy for anger in children and adolescents: A meta-analysis. *Aggression and violent behavior*, 9(3), 247-269.