

اثر بخشی مدل آموزشی تنظیم هیجان ها بر کاهش اختلالات رفتاری کودکان *The Effectiveness of Educational Model of Emotion Regulation on reducing children Behavior disorders*

Hossein Robooby

Ph.D. Student, Department of Psychology, Faculty of Medical Sciences and Psychology, Garmsar Branch, Islamic Azad University, Garmsar, Iran

Daood Manavipour (Corresponding author)

Associate Professor, Department of Psychology, Faculty of Medical Sciences and Psychology, Garmsar Branch, Islamic Azad University, Garmsar, Iran
Email: manavipor53@yahoo.com

Naseraldin Kazemi Haghighi

Vice President of the Scientific Society of Exceptional Children of Iran, Permanent Member of the International Association for the Development of Talent and Excellence.

Abstract

Aim: This study was to investigate The Effectiveness of Educational Model of Emotion Regulation on reducing children Behavior disorders. **Method:** This was a quasi-experimental study with a control group and a four-month follow-up period. The statistical population consisted of all children between the ages of 8 and 12 years old referred to the Rehabilitation and Psychology Centers in Tehran by 2019. From this statistical population, 60 persons were selected by convenience sampling and were randomly divided into two groups of experimental and control. The experimental group received 14 sessions of forty-five minutes of individual intervention twice a week. For both groups before, after, and at the four-month follow-up. For both groups, the IQ test and Child Behavior Checklist was performed before the intervention and during the four-month follow-up period, only CBCL was completed. Data were analyzed using repeated measures analysis of variance. **Results:** The results indicated that the effects of interventions on anxiety/depression ($F=295/476$; effect size=0/83), withdrawn/depression ($F=346/639$; effect size=0/85), somatic complaints ($F=266/312$ effect size=0/82), social problems ($F=239/718$; effect size=0/80), thought problems ($F=191/224$; effect size=0/80), attention problems ($F=381/511$; effect size=0/82), rule-breaking behavior ($F=228/304$; effect size=0/79), aggressive behaviors ($F=4/889$; effect size=0/78), Internalizing behavior disorder ($F=241/386$; effect size=0/80), externalizing behavior disorder ($F=237/440$; effect size=0/80) and sustainability of this effect it was in the follow-up period. **Conclusion:** According to the results of this study, it is suggested that use Educational Model of Emotion Regulation to Reduce children's behavioral disorders

Keywords: emotion regulation, behavioral disorders, dynamic psychotherapy, child.

حسین ربوبی

دانشجوی دکتری روانشناسی تربیتی، گروه روانشناسی، دانشکده علوم پزشکی و روانشناسی، واحد گرمسار، دانشگاه آزاد اسلامی، گرمسار، ایران

داود معنوی پور (نویسنده مسئول)

دکترای تخصصی روانشناسی تربیتی، دانشیار، گروه روانشناسی، دانشکده علوم پزشکی و روانشناسی، واحد گرمسار، دانشگاه آزاد اسلامی، گرمسار، ایران.

Email: manavipor53@yahoo.com

ناصرالدین کاظمی حقیقی

دکترای روانشناسی کودکان استثنایی، نایب رییس انجمن علمی کودکان استثنایی ایران، عضو دائمی انجمن بین المللی پژوهش در پرورش استعداد و تعالی

چکیده

هدف: هدف پژوهش بررسی تاثیرمدل آموزشی برگرفته از رویکرد روان پویشی جهت تنظیم هیجان ها در کاهش اختلالات رفتاری کودکان بود. روش: نیمه آزمایشی با گروه آزمایش، کنترل و پیگیری چهارماهه بود. جامعه آماری شامل همه کودکان ۸ تا ۱۲ ساله مراجعه کننده به مراکز توان بخشی و روان شناسی شهر تهران در سال ۱۳۹۷ بودند. از جامعه آماری ۶۰ نفر با روش نمونه گیری در دسترس انتخاب شده و به صورت تصادفی ساده در دو گروه آزمایش و کنترل قرار گرفتند. گروه آزمایش تحت چهارده جلسه مداخله انفرادی چهل و پنج دقیقه ای قرار گرفتند. قبل از مداخله، آزمون هوش و کسلر ویرایش چهارم صادقی، ربیعی و عابدی (۱۳۹۰) و سیاهه ی رفتاری کودک، مینایی (۱۳۸۵) و بعد از مداخله و در دوره پیگیری، فقط سیاهه ی رفتاری کودک تکمیل شد. داده ها با استفاده از تحلیل واریانس مختلط با اندازه گیری های مکرر تحلیل شدند. یافته ها: از تأثیر مداخلات فوق بر افسردگی/اضطراب ($F=295/476$; $F=0/83$ اندازه اثر)، گوشه گیری/افسردگی ($F=346/639$; $F=0/85$ اندازه اثر)، شکایات جسمانی ($F=266/312$; $F=0/82$ اندازه اثر)، مشکلات اجتماعی ($F=239/718$; $F=0/80$ اندازه اثر)، مشکلات توجه ($F=191/224$; $F=0/80$ اندازه اثر)، رفتار قانون شکنی ($F=381/511$; $F=0/82$ اندازه اثر)، رفتار پر خاشنگری ($F=228/304$; $F=0/79$ اندازه اثر)، برونی سازی ($F=4/889$; $F=0/78$ اندازه اثر)، درونی سازی ($F=241/386$; $F=0/80$ اندازه اثر) و پایداری در دوره پیگیری بود. نتیجه گیری: بر اساس نتایج مدل مداخلات آموزشی اصلاح هیجان ها که برگرفته از رویکرد روان پویشی بود؛ جهت کاهش اختلالات رفتاری کودکان پیشنهاد می شود.

کلمات کلیدی: تنظیم هیجان، اختلالات رفتاری، روان پویشی، کودک

مقدمه

در سال‌های اخیر، بررسی مشکلات رفتاری و روانی کودکان و نوجوانان به‌عنوان یکی از موضوعات اساسی روان‌پزشکی و روانشناسی تبدیل شده است. اختلالات رفتاری کودکان مشکلات شایع و ناتوان‌کننده‌ای هستند که علاوه بر خود کودک، برای معلمان و خانواده مشکلات فراوانی پدید می‌آورند. اختلالات رفتاری موجب می‌شوند تا پاسخ‌های هیجانی و رفتاری کودک با هنجارهای سنی، فرهنگی و قومی متفاوت باشد به‌طوری‌که بر سازگاری فردی و محیطی، روابط اجتماعی، پیشرفت تحصیلی و مراقبت از خود و سلامت روانی تأثیر نامطلوبی بگذارد. متأسفانه مشکلات سلامت روان در بین کودکان و نوجوانان در حال افزایش است و پیشی بینی سازمان بهداشت جهانی افزایش ۵۰ درصد آن تا سال ۲۰۲۰ میلادی است (امام قلی زاده، معنوی پور، پیرخانی، ۱۳۹۷). اختلالات رفتاری هنگامی مشهود است که پاسخ‌های هیجانی و رفتاری کودک با هنجارهای سنی، فرهنگی و قومی متفاوت باشد؛ به‌طوری‌که بر سازگاری فردی و محیطی، روابط اجتماعی، پیشرفت تحصیلی و مراقبت از خود تأثیر نامطلوبی بگذارد (ال یاگون، ۲۰۰۹؛ غباری بناب، پرند، حسین خان‌زاده فیروزجاه، موللی و نعمتی، ۱۳۸۸). اختلالات رفتاری کودکان، شایع و ناتوان‌کننده بوده و علاوه بر خود کودک، برای معلمان و خانواده مشکلات فراوانی پدید می‌آورد. اختلالات رفتاری کودکان از طریق افزایش خستگی و راهبردهای مقابله ناکارآمد مادران، تنیدگی آن‌ها را افزایش می‌دهند (حجتی، قدم‌پور، عباسی و صنوبر، ۱۳۹۸). اغلب کودکان با اختلالات رفتاری با دیگران بدرفتاری می‌کنند؛ این عمل موجب طرد ایشان از سوی همسالان شده و در آینده سبب بروز مشکلات رفتاری جدی در نوجوانی ایشان می‌گردد (لیارد، جوردن، دوج، پتی و بیتز، ۲۰۰۱). ماهیت مشکلات رفتاری به‌گونه‌ای است که موجب تشدید خود می‌شوند به‌طور مثال طرد شدن از سوی همسالان، موجب تشدید رفتار پرخاشگری می‌شود. نکته قابل توجه در مورد اختلالات هیجانی رفتاری^۱، این است که باید حداقل در دو مکان مختلف بروز کنند که مدرسه، یکی از این مکان‌ها است (شورای کودکان استثنایی، ۱۹۹۱).

بیشتر مشکلات هیجانی و رفتاری با یکدیگر رابطه دارند و به‌سختی می‌توان کودک یا نوجوانی را یافت که فقط یک مشکل رفتاری داشته باشد. باوجود طبقه‌بندی‌های متنوعی که برای اختلالات رفتاری ارائه شده؛ همگی در دو دسته کلی قرار گرفته‌اند. یکی اختلالات رفتاری درونی‌سازی که مرتبط با دنیای درونی فرد و تعارض‌های روانی است و دیگری اختلالات رفتاری برونی‌سازی که به مشکلات فرد با دیگران مرتبط است (آخنباخ، هاول، کوی، کانر و بیتز، ۱۹۹۱). بر اساس طبقه‌بندی آخن باخ، اختلالات رفتاری در ده دسته قرار می‌گیرند: اضطراب، افسردگی، شکایات جسمانی، مشکلات اجتماعی، مشکلات تفکر، مشکلات توجه، قانون‌شکنی، رفتار پرخاشگری، درونی‌سازی، برونی‌سازی و سایر مشکلات (مینایی، ۱۳۸۵).

روان‌درمانی پویشی^۲ یکی از مداخلات مؤثر و مفید در کودکان مبتلا به مشکلات هیجانی^۳ و رفتاری است (کرشچر، اسمولکا، وویت، لمکول، فلچنر، فرانک و هلمیک، ۲۰۱۹). مداخلات مؤثر بر هیجان و احساس^۴ که از روان‌پویشی^۵ الهام

^۱ emotional behavioral disorders

^۲ psychodynamic psychotherapy

^۳ emotional

^۴ feeling

^۵ dynamic Psychotherapy

گرفته شده اند. با اصلاح مکانیسم‌های دفاع روانی و تنظیم احساسات و هیجان‌ات کودکان موجب افزایش ظرفیت هیجانی و تحمل عواطف دردناک در کودکان می‌شوند (پرات، برنشتین، گین، آیزین، سسلر، راسین، اشپیلمن، رایس و هافمن، ۲۰۲۰). چنین مداخلاتی با افزایش ظرفیت تنظیم هیجانی سازگاران و تقویت قدرت تاب‌آوری کودکانی که با رویدادهای استرس‌زای محیطی مواجه هستند؛ موجب افزایش توان خودتنظیمی، انعطاف‌پذیری بیشتر در پاسخ به محرک‌های محیطی و بهبود ارتباط بین فردی می‌شوند (پرات، مالون، رایس، هافمن و رزینس، ۲۰۱۹). یکی از انواع روان‌پوشی، روان‌درمانی پویایی فشرده کوتاه‌مدت^۱ است که توسط دوانلو (۲۰۰۵) طراحی شد. در این روش، روان تحلیل‌گری از کاهش سائق، بر الگوی ارتباطی متمرکز شده است (معنوی پور و روشنی، ۱۳۹۴). این روش برخلاف بیشتر فنون رایج روان تحلیل‌گری که طولانی‌مدت و سازمان نیافته هستند؛ کوتاه‌مدت، سازمان یافته و البته اثربخش است (دوانلو، ۲۰۰۵). دیدگاه روان‌پوشی بر این اندیشه استوار است که افکار، هیجان‌ات و احساسات موجود در ناخودآگاه از علل مهم رفتار بوده و رفتار قابل مشاهده تابعی از فرایندهای روانی داخلی و رویدادهای پنهان است. هدف این روش؛ دسترسی به احساسات و عواطف ناهشیار است که در طولانی‌مدت توسط فرد سرکوب یا مورد غفلت واقع شده‌اند (کنی، آرتی و عباس، ۲۰۱۴). البته دسترسی به این احساسات آسان نیست و همواره با مقاومت از طرف بیماران همراه است. دوانلو نیرویی قدرتمند به نام اتحاد درمانی ناهشیار^۲ معرفی کرد که با مقاومت به نبرد می‌رود و با تولید تصاویر ذهنی و خاطرات زنده از محتوای ناخودآگاه، روشنایی را بر ساختار هسته اصلی ناهشیار می‌تاباند. تا هنگامی که اتحاد درمانی ناهشیار بر مقاومت مسلط است، ناهشیار گشوده شده است و به عبارتی دسترسی مستقیم به ناخودآگاه به روشی جزئی یا کلی حاصل می‌شود. در هشت سال ابتدایی زندگی ایراد و اشکال در روابط دل‌بستگی، سبب تعارضات احساسی و هیجانی در افراد می‌گردد (پاولی پات و مرتیساگر، ۲۰۰۹). به گفته دیگر؛ دوانلو بر این باور است که شروع اختلالات را می‌توان با توجه به رابطه فرد با چهره‌های مهم دل‌بستگی در اوایل کودکی تشخیص داد. این ایراد در روابط دل‌بستگی بین والد و کودک با ایجاد تعارضات درونی برای کودک موجب بروز احساساتی چون خشم، غم و احساس گناه می‌گردد (کنی و همکاران، ۲۰۱۴ و دوانلو، ۲۰۰۵)، در این حالت برای ممانعت از ورود این احساسات به قسمت آگاهانه و هوشیار روان، فرد اضطراب را تجربه می‌نماید (گلووینسکی، ۲۰۱۱). در نتیجه بروز این اضطراب، مکانیسم‌های دفاع روانی فرد به صورت خودکار فعال شده و بر عملکردها و رفتار فرد تأثیر نیرومندی می‌گذارند (دوانلو، ۱۹۹۶).

در ارتباط با اثر روان‌پوشی فشرده کوتاه‌مدت بر روی اختلالات رفتاری کودکان مطالعات بسیار کمی در دسترس است. در پژوهشی، رنجبر سودجانی و شریفی، روان‌پوشی فشرده کوتاه‌مدت را برای کودکان کم‌توان ذهنی استفاده کردند و آن را در کاهش اضطراب اجتماعی کودکان کم‌توان ذهنی روشی مؤثر یافتند (رنجبر سودجانی و شریفی، ۱۳۹۶). تأثیر این روش در افزایش انگیزش (ربوبی و همکاران، ۱۳۹۷) و افزایش توانمندی کودکان نیز تأیید شده است (ربوبی و همکاران، ۱۳۹۸).

^۱ Intensive Short-term Dynamic Psychotherapy

^۲ unconscious therapeutic alliance

بنابراین با استناد به ادبیات پژوهش که بیانگر رابطه‌ای قدرتمند بین هیجانات و رفتار بوده و اهمیت روان‌پوشی به‌عنوان یکی از روش‌های مؤثر بر تسلط، آگاهی و به‌کارگیری هیجانات و احساسات و همچنین کمبود پژوهش‌های در زمینه روان‌پوشی (خصوصاً در مورد کودکان) و همچنین با توجه به تنوع، شیوع بالا و مشکلات زیادی که اختلالات رفتاری برای کودکان پدید می‌آورند؛ پژوهش فوق با این سؤال اصلی شکل گرفت: آیا می‌توان از مدل مداخلات آموزشی تنظیم هیجان که با الهام از رویکرد دوانلویی طراحی شده؛ به‌منظور کاهش اختلالات رفتاری کودکان استفاده کرد؟

روش

پژوهش شبه آزمایشی با طرح پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری چهارماهه همراه با گروه کنترل بود. جامعه آماری شامل همه کودکان بین سن ۸ تا ۱۲ ساله مراجعه‌کننده به مراکز توان‌بخشی و روان‌شناسی رشد در شهر تهران در سال ۱۳۹۷ بودند. از این جامعه آماری ۶۰ نفر با روش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب شدند و به‌صورت تصادفی ساده در دو گروه آموزش و کنترل قرار گرفتند. ملاک ورود به مطالعه شامل کودکان بین ۸ تا ۱۲ ساله، هوش‌بهر نرمال، نداشتن بیماری روانی و تکمیل فرم رضایت توسط والدین بود. ملاک خروج از مطالعه شامل سابقه مداخلات روان‌شناسی در طول یک سال قبل، مصرف داروهای روان‌پزشکی، غیبت بیش از دو جلسه و ابتلا به بیماری‌هایی جسمانی پزشکی مانند صرع، ناراحتی کلیوی و قلبی بود.

ابزار

آزمون هوش و کسلر کودکان ویرایش چهارم (WISC-IV) که از معتبرترین آزمون‌های هوش است و توسط وکسلر تهیه و ویرایش چهارم آن در سال ۲۰۰۳ منتشر شد. این آزمون برای اندازه‌گیری کلی هوش کودکان ۶ تا ۱۶ ساله، به‌صورت انفرادی و با کمک چهار شاخص درک مطلب کلامی، استدلال ادراکی، حافظه فعال و سرعت پردازش تهیه شده است. این آزمون شامل ۱۳ خرده‌آزمون اصلی با میانگین ۱۰۰ و انحراف معیار ۱۵ است. ضریب اعتبار کلی با روش آلفای کرونباخ ۰/۹۷ و روایی از طریق تحلیل عاملی اکتشافی و همبستگی بین این مقیاس و مقیاس‌های وکسلر کودکان ویرایش سوم، مقیاس پیشرفت انفرادی وکسلر و مقیاس حافظه کودکان بیانگر روایی مناسب آن بود. در ایران توسط صادقی و همکارانش بررسی شد و ضریب اعتبار کلی مقیاس با روش آلفای کرونباخ بین ۰/۶۵ تا ۰/۹۴ و روایی آن از طریق همبستگی با مقیاس وکسلر کودکان ویرایش سوم و ماتریس‌های پیش‌رونده ریون تایید شد (صادقی و همکاران، ۱۳۹۵).

سیاهه‌ی رفتاری کودک^۱: سیاهه‌ی رفتاری کودک (CBCL) که توسط آخنباخ و بر اساس شیوه‌سنجشی مبتنی بر تجربه آخنباخ در سال ۱۹۹۱ معرفی شد. این پرسشنامه با ۱۱۳ سؤال، توسط والدین و برای سنجش کودکان و نوجوانان ۶ تا ۱۸ ساله تکمیل می‌شود. این پرسشنامه یک مقیاس، سه امتیازی (۰=درست، ۱=تا حدی یا گاهی درست، ۲=کاملاً یا غالباً درست) نمره‌گذاری می‌شود و مشکلات عاطفی- رفتاری را در هشت زمینه اضطراب/ افسردگی، گوشه‌گیری/ افسردگی، شکایت‌های جسمانی، مشکلات اجتماعی، مشکلات تفکر، مشکلات توجه، رفتار

¹ Child Behavior Checklist (CBCL)

قانون‌شکنی و رفتار پرخاشگرانه می‌سنگد. مطالعات آخن باخ و رسکولا، به نقل از مینایی، نشان داد که همخوانی و ارتباط زیادی بین تشخیص‌های راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی، ویرایش چهارم و نمرات این پرسشنامه وجود دارد. ضرایب اعتبار کلی آن از طریق آلفای کرونباخ ۰/۹۷ و با استفاده از اعتبار باز آزمایی ۰/۹۴ محاسبه شد. روایی محتوایی و روایی ملاکی توسط بررسی همبستگی با مقیاس نشانه‌های مرضی کودک - ویرایش چهارم^۱ و روایی سازه آن نیز توسط آخن باخ و رسکولا مطلوب گزارش شد (آخن باخ و رسکولا، ۲۰۰۱). سیاهه‌ی رفتاری کودک در ایران توسط مینایی بررسی و ضریب اعتبار کلی مقیاس با روش آلفای کرونباخ بین ۰/۶۳ تا ۰/۹۵ گزارش شد. ثبات زمانی مقیاس‌ها نیز از ۰/۳۲ تا ۰/۶۷ به‌دست‌آمده است. نهایتاً مشخص شد که CBCL از اعتبار و روایی مطلوب و بالایی برخوردار است (مینایی، ۱۳۸۵).

روش اجرا

ابتدا جلسه انفرادی توجیهی پژوهش برای والدین کودکان منتخب برگزار و با اخذ رضایت‌نامه کتبی از ایشان، کودک وارد طرح پژوهشی می‌گردید. کودکان به تصادف در دو گروه آزمایش و گروه کنترل توزیع شدند. گروه آزمایش تحت چهارده جلسه مداخله انفرادی چهل و پنج دقیقه‌ای، هفته‌ای دو بار، بر اساس مدل آموزشی مداخلات احساسی روان‌پویشی قرار گرفتند. هر دو گروه آزمایش و کنترل در ابتدا به وسیله آزمون هوشی وکسلر و سیاهه رفتاری کودک ارزیابی شدند.

با توجه به اینکه محقق اصلی این پژوهش بیش از دو دهه به امور آموزشی و درمانی کودکان مبادرت داشت. جهت تدوین مدل آموزشی تنظیم هیجان‌ها با استفاده از تجربیات خود در زمینه برقراری ارتباط، آموزش و روان‌درمانی کودکان و نیز با بررسی منابع و متون موجود و دستورنامه روان‌پویشی متمرکز کوتاه‌مدت دوانلو مطابق کتابچه راهنمای روان‌پویشی دوانلو (۱۳۹۵) به تهیه برنامه اولیه اقدام گردید. سپس محتوای جلسات جهت بررسی و ارائه نظر به تعدادی از متخصصین و کارشناسان روان‌شناسی و روان‌درمانی کودکان و نیز تعدادی از صاحب‌نظران و روان‌درمان‌گران پویشی ارائه و ضمن استفاده از نظرات و بازخوردهای ایشان، اصلاحات لازم انجام گرفت. خلاصه نهایی محتوای جلسات بدین شرح بود: جلسه اول: برقراری ارتباط با کودک هم‌زمان با ارزیابی غیرمستقیم اولیه دفاع‌های روانی و ارزیابی میزان علاقه و سطح همکاری کودک با توجه به سن وی اصلی‌ترین برنامه این جلسه بود. به طوریکه در صورت نیاز زمان بیشتری صرف برقراری ارتباط با کودکان می‌گردید. برقراری ارتباط با کودک اساسی‌ترین رکن اجرای مداخلات در جلسات آتی بود. در مورد کودکان (خصوصاً کوچک‌تر) معمولاً بازی راهکاری مناسب برای شروع ارتباط بود. جلسه دوم: بررسی و شناسایی کانال اضطراب، هم‌زمان با اجرای درمان آزمایشی در این جلسه، بررسی بازخورد کودک و میزان همکاری وی مهم‌ترین موارد این جلسه بود. در این جلسه نیز ممکن بود زمان بیشتری صرف برقراری ارتباط با کودکان گردد. جلسه سوم: ارزیابی اثرات مداخلات جلسه دوم، بررسی نظر والدین و همچنین تمایل و نظر کودک جهت ادامه مداخلات و تصمیم‌گیری در مورد ادامه جلسات از موارد این جلسه بود. در این جلسه امکان داشت به دلایلی مثل عدم همکاری مناسب کودک یا والدین، مرجع از روند پژوهش کنار گذاشته

¹ Child Symptom Inventory-4

شود. همچنین در این جلسه کودک به الگوی استفاده از برخی دفاع‌هایش با ذکر مثال‌هایی قابل‌فهم برای وی آگاه می‌گردد. به‌عنوان مثال سرکشی و نافرمانی وی در هنگام ناکامی و احساس خشم برایش روشن و مشخص می‌گردد. جلسه چهارم: در این جلسه ضمن پی‌گیری موارد جلسه سوم، سعی می‌شد تا با استفاده از کلمات مورد استفاده کودک و با توجه به سطح شناختی وی، آشنایی بیشتر با انواع مکانیسم‌های دفاعی‌اش (دفاع تاکتیکی غیرکلامی و کلامی، دفاع‌های روان رنجور، دفاع‌های نابالغ، دفاع‌های خودشیفته و دفاع‌های بالغ) که مورد استفاده قرار می‌داد؛ فراهم شود. جلسه پنجم تا چهاردهم: از جلسه پنجم به بعد توالی پویشی هفتگانه شامل: پرسش مشکلات، فشار، چالش، مقاومت انتقالی، دستیابی مستقیم به ناهشیار، تحلیل انتقال و کاوش پویشی طبق پروتکل روان‌پویشی کوتاه‌مدت فشرده دوانلو اجرا و با توجه به نوع دفاع‌های تاکتیکی کودکان مداخلات مناسب هر کودک به کار گرفته شد. هدف از این مداخلات آشنایی کودک با احساسات و هیجانات و آموزش تنظیم هیجانات بود. تفکیک احساسات اصلی بر اساس روان‌پویشی کوتاه‌مدت فشرده دوانلویی (به‌جز میل جنسی) بود. نکته مهم در مورد کاربرد این مدل آموزشی برای کودکان؛ تأکید بیشتر بر روی همدلی با خود، نسبت به بروز خشم (درزمینه بزرگسالان) بود. این موضوع از ویژگی‌های اصلی مورد استفاده در مداخلات احساسی و عاطفی مربوط به کودکان بود؛ زیرا بروز خشم می‌تواند به‌عنوان الگویی نادرست توسط وی در زندگی روزمره بکار گرفته شود. با پیشرفت جلسات بینش جدیدی در تجربه احساس و هیجان روی می‌داد. کاوش در احساسات کودک با بررسی چگونگی ارتباط این احساسات با والدین و تعارضات موجود برای ایشان اتفاق می‌افتاد. در این جلسات تخلیه هیجانات و رفع تعارضات ناهشیار نیز صورت می‌گرفت و کودک از نظر تجربه‌ی احساسات ناهشیار و تجربه همدلی با خود نیز مورد بررسی قرار می‌گرفت. در نهایت تنظیم و کنترل هیجانات برای وی تسهیل می‌گردید. نکته قابل توجه در اجرای جلسات این بود که توالی و مراحل به‌صورت خطی مطرح نبود. طی جلسات، کودک می‌توانست بازگشت‌هایی به مراحل قبل‌تر و یا پیشرفت‌هایی فراتر از حدود گفته‌شده از خود نشان دهد. به‌طور کلی در این مدل آموزشی، مداخلات به‌صورت انعطاف‌پذیر و با توجه به وضعیت موجود در هر جلسه پیش می‌رفت. در جلسه آخر محتوای جلسات جمع‌بندی و مراحل کار مرور شده، برنامه پیگیری و نیز زمان پس‌آزمون و پیگیری مشخص و ختم جلسات اعلام می‌گردد.

در انتهای دوره و دوره پیگیری، برای هر دو گروه مجدداً پرسشنامه سیاهه رفتاری کودک تکمیل شد. جهت رعایت موازین اخلاقی بعد از اتمام مراحل پژوهش از والدین گروه کنترل دعوت به عمل آمد و ضمن تشکر از شرکت در پژوهش تفسیر نتایج آزمون هوش کودک و پرسشنامه سیاهه رفتاری کودک به ایشان تحویل و راهنمایی لازم به ایشان ارائه گردید. داده‌ها با استفاده از نرم‌افزار اس.پی.اس. اس نسخه ۲۴ و به روش تحلیل واریانس مختلط با اندازه‌گیری‌های مکرر بررسی شدند.

یافته‌ها

شرکت‌کنندگان شامل ۶۰ کودک ۸ تا ۱۲ ساله بودند که به‌صورت تصادفی در دو گروه ۳۰ نفره آزمایش و کنترل قرار گرفتند. از این تعداد ۳۴ نفر پسر (۵۶/۶۶٪) و ۲۶ نفر دختر (۴۳/۳۴٪) بودند. ۱۱ نفر ۸ سال سن (۱۸/۳۳٪)، ۱۴ نفر ۹ سال سن (۲۳/۳۳٪)، ۱۵ نفر ۱۰ سال (۲۵٪)، ۱۲ نفر ۱۱ سال سن (۲۰٪) و ۸ نفر ۱۲ سال سن (۱۳/۳۳٪) داشتند.

جدول ۱. خلاصه نتایج شاخص توصیفی نمره‌های دو گروه

شاخص‌های آماری		پیش‌آزمون		پس‌آزمون		پیگیری	
متغیر	گروه	میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار
افسردگی/اضطراب	آزمایش	۷۲/۰۷	۴/۵۴	۵۵/۳۳	۶/۵۰	۵۵/۷۳	۵/۹۸
	کنترل	۷۱/۹۳	۴/۵۶	۷۱/۷۳	۴/۵۷	۷۱/۶۶	۴/۵۰
گوشه‌گیری/افسردگی	آزمایش	۵۶/۳۷	۱۰/۹۵	۴۳/۲۳	۹/۳۹	۴۳/۹۰	۹/۹۱
	کنترل	۵۶/۳۳	۱۰/۵۷	۵۶/۴۶	۱۱/۰۱	۵۶/۲۰	۱۰/۹۹
شکایات جسمانی	آزمایش	۵۲/۰۳	۱۳/۸۳	۳۸/۷۳	۱۰/۵۳	۳۹/۸۶	۱۰/۹۹
	کنترل	۵۲/۶۰	۱۳/۶۱	۵۱/۸۰	۱۳/۳۹	۵۱/۶۳	۱۳/۶۱
مشکلات اجتماعی	آزمایش	۵۱/۶۳	۱۲/۶۵	۳۷/۸۳	۱۰/۳۹	۳۹/۵۳	۱۰/۱۰
	کنترل	۵۱/۴۳	۱۲/۶۴	۵۱/۸۰	۱۲/۴۹	۵۱/۶۳	۱۲/۶۷
مشکلات تفکر	آزمایش	۵۰/۴۰	۱۱/۵۰	۳۷/۷۶	۸/۷۱	۳۸/۶۶	۹/۱۸
	کنترل	۵۰/۰۳	۱۱/۳۸	۵۰/۲۳	۱۱/۵۶	۵۰/۵۶	۱۱/۴۸
مشکلات توجه	آزمایش	۵۱/۸۰	۱۰/۴۷	۳۸/۴۳	۸/۹۰	۳۹/۵۰	۹/۳۱
	کنترل	۵۱/۷۳	۱۰/۵۴	۵۱/۶۰	۱۰/۶۱	۵۱/۹۳	۱۰/۶۰
رفتار قانون‌شکنی	آزمایش	۵۶/۹۴	۱۰/۱۹	۴۷/۱۰	۸/۳۱	۳۹/۵۰	۹/۳۱
	کنترل	۵۹/۸۶	۹/۸۹	۵۶/۸۸	۱۰/۰۴	۵۶/۶۲	۱۰/۳۱
رفتار پرخاشگری	آزمایش	۷۴/۲۳	۴/۶۸	۶۰/۴۰	۴/۵۶	۶۱/۷۰	۴/۵۳
	کنترل	۷۴/۰۷	۴/۸۱	۷۳/۷۳	۴/۸۴	۷۴/۰۳	۴/۶۰
درونی سازی	آزمایش	۶۰/۲۷	۶/۰۹	۴۶/۴۳	۷/۵۳	۴۷/۴۴	۷/۲۱
	کنترل	۶۰/۱۹	۶/۲۸	۶۰/۰۳	۶/۱۰	۵۹/۷۳	۶/۶۳
برونی سازی	آزمایش	۶۵/۶۲	۵/۸۰	۵۲/۸۳	۵/۶۱	۵۴/۰۱	۵/۶۲
	کنترل	۶۵/۵۸	۵/۹۵	۶۵/۵۳	۵/۷۶	۶۴/۷۳	۵/۹۲

نتایج جدول ۱، بیانگر کاهش نمرات افسردگی/اضطراب، گوشه‌گیری/افسردگی، شکایات جسمانی، مشکلات اجتماعی، مشکلات تفکر، مشکلات توجه، رفتار قانون‌شکنی، رفتار پرخاشگری، درونی سازی و برونی‌سازی در مرحله پس‌آزمون و پیگیری بود.

نرمال بودن داده‌ها بر اساس آزمون کولموگروف - اسمیرنوف بررسی شد. سطح معناداری بزرگ‌تر از ۰/۰۵ برای همه متغیرهای وابسته، فرض نرمال بودن آن‌ها را تأیید کرد. نتایج آزمون لوین نشان‌دهنده برقراری شرط همسانی واریانس-ها بود، چون آماره موخلی برای تمام متغیرها معنادار شد؛ واریانس تفاوت‌ها در بین سطوح متغیر وابسته به‌صورت معناداری متفاوت گردید، بنابراین مشخص شد که مفروضه کورویت رعایت نشده است و لازم بود با بررسی مقدار اپلیسون، از آزمون محافظه‌کارتر استفاده شود؛ بنابراین با توجه به مقدار اپلیسون که کمتر از ۰/۸ است، برای تفسیر نتایج آزمون‌های اثرات درون آزمودنی‌ها از آزمون گرینهاوس-گیسر استفاده شد.

جدول ۲. نتایج جدول تحلیل واریانس مختلط با اندازه‌گیری‌های مکرر

متغیر	منبع تغییرات	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	نسبت F	معناداری	اندازه اثر
افسردگی/اضطراب	درون‌گروهی (مراحل)	۱۶۰۲/۱۲۸	۱/۲۷۸	۲۲۰۰/۷۵۸	۴۱۱/۷۷۳	۰/۰۰۰۱	۰/۸۷
	تعامل (مراحل × مداخله)	۲۶۵۸/۵۳۳	۱/۲۷۸	۲۰۸۰/۶۱۵	۳۸۹/۲۹۴	۰/۰۰۰۱	۰/۸۸
	بین‌گروهی	۷۲۲/۵۰۰	۱	۷۲۲/۵۰۰	۲۹۵/۴۷۶	۰/۰۰۰۱	۰/۸۳
گوشه‌گیری/افسردگی	درون‌گروهی (مراحل)	۱۶۴۴/۹۳۳	۱/۶۰۱	۱۰۲۳/۹۶۷	۴۷۳/۵۹۰	۰/۰۰۰۱	۰/۸۹
	تعامل (مراحل × مداخله)	۱۶۴۴/۹۳۳	۱/۶۰۱	۱۰۲۳/۹۶۸	۴۷۵/۱۳۰	۰/۰۰۰۱	۰/۸۹
	بین‌گروهی	۵۰۴/۱۰۰	۱	۵۰۴/۱۰۰	۳۴۶/۶۹۳	۰/۰۰۰۱	۰/۸۵
شکایات جسمانی	درون‌گروهی (مراحل)	۱۶۳۲/۶۳۳	۱/۳۶۵	۱۱۹۶/۱۸۸۰	۲۹۴/۴۸۳	۰/۰۰۰۱	۰/۸۳
	تعامل (مراحل × مداخله)	۱۶۲۹/۸۱۱	۱/۳۶۵	۱۱۹۴/۱۱۲	۲۹۳/۹۷۴	۰/۰۰۰۱	۰/۸۳
	بین‌گروهی	۵۳۷/۷۷۸	۱	۵۳۷/۷۷۸	۲۶۶/۳۱۲	۰/۰۰۰۱	۰/۸۲
مشکلات اجتماعی	درون‌گروهی (مراحل)	۱۶۲۲/۰۷۸	۱/۵۳۱	۱۰۵۹/۳۰۶	۱۹۷/۱۳۳	۰/۰۰۰۱	۰/۷۷
	تعامل (مراحل × مداخله)	۱۷۷۷/۳۴۴	۱/۵۳۱	۱۱۶۰/۷۰۴	۲۱۶/۰۰۲	۰/۰۰۰۱	۰/۷۸
	بین‌گروهی	۶۴۲/۶۶۹	۱	۶۴۲/۶۶۹	۲۳۹/۷۱۸	۰/۰۰۰۱	۰/۸۰
مشکلات تفکر	درون‌گروهی (مراحل)	۱۴۰۷/۷۴۴	۱/۲۶۱	۱۱۱۵/۹۴۶	۲۱۹/۰۰۳	۰/۰۰۰۱	۰/۸۰
	تعامل (مراحل × مداخله)	۱۵۷۷/۴۳۳	۱/۲۶۱	۱۲۵۰/۴۶۱	۲۴۵/۴۰۲	۰/۰۰۰۱	۰/۸۰
	بین‌گروهی	۴۴۸/۹۰۰	۱	۴۴۸/۹۰۰	۱۹۱/۲۲۴	۰/۰۰۰۱	۰/۸۰
مشکلات توجه	درون‌گروهی (مراحل)	۱۶۵۳/۱۰۰	۱/۷۵۶	۹۴۱/۱۶۸	۶۴۴/۸۳۵	۰/۰۰۰۱	۰/۸۲
	تعامل (مراحل × مداخله)	۱۶۵۹/۵۴۴	۱/۷۵۶	۹۴۴/۸۳۷	۶۴۷/۳۴۹	۰/۰۰۰۱	۰/۸۲
	بین‌گروهی	۴۸۷/۶۶۹	۱	۴۸۷/۶۶۹	۳۸۱/۵۱۱	۰/۰۰۰۱	۰/۸۲
رفتار قانون‌شکنی	درون‌گروهی (مراحل)	۹۰۷/۹۴۶	۱/۳۵۶	۶۶۸/۲۰۳	۱۴۷/۴۳۷	۰/۰۰۰۱	۰/۷۱
	تعامل (مراحل × مداخله)	۸۶۵/۳۹۸	۱/۳۵۶	۶۳۹/۸۹۸	۱۴۰/۵۲۸	۰/۰۰۰۱	۰/۷۰
	بین‌گروهی	۳۰۴/۹۴۹	۱	۳۰۴/۹۴۹	۲۲۸/۳۰۴	۰/۰۰۰۱	۰/۷۹
رفتار پرخاشگری	درون‌گروهی (مراحل)	۲۲۰۸/۸۷۸	۱/۰۲۹	۲۱۴۵/۸۹۱	۴۲/۲۸۳	۰/۰۰۰۱	۰/۴۲
	تعامل (مراحل × مداخله)	۱۴۲۳/۵۴۴	۱/۰۲۹	۱۳۸۳/۵۷۸	۲۷/۲۶۷	۰/۰۰۰۱	۰/۳۲
	بین‌گروهی	۲۵۱/۶۶۹	۱	۲۵۱/۶۶۹	۴/۸۸۹	۰/۰۳۱	۰/۷۸
درونی سازی	درون‌گروهی (مراحل)	۸۶۳/۸۶۸	۱/۱۹۰	۱۵۶۵/۹۹۶	۲۵۸/۴۸۲	۰/۰۰۰۱	۰/۸۱
	تعامل (مراحل × مداخله)	۱۷۰۹/۹۰۵	۱/۱۹۰	۱۴۳۶/۶۳۹	۲۳۷/۱۳۱	۰/۰۰۰۱	۰/۸۰
	بین‌گروهی	۵۶۰/۸۳۵	۱	۵۶۰/۸۳۵	۲۴۱/۳۸۶	۰/۰۰۰۱	۰/۸۰
برونی سازی	درون‌گروهی (مراحل)	۱۶۰۲/۶۳۹	۱/۱۹۱	۱۳۴۶/۰۸۸	۲۲۶/۶۷۶	۰/۰۰۰۱	۰/۷۹
	تعامل (مراحل × مداخله)	۱۴۱۰/۹۳۹	۱/۱۹۱	۱۱۸۵/۰۷۵	۱۹۹/۵۶۲	۰/۰۰۰۱	۰/۷۷
	بین‌گروهی	۵۴۰/۶۳۳	۱	۵۴۰/۶۳۳	۲۳۷/۴۴۰	۰/۰۰۰۱	۰/۸۰

مطابق جدول ۲، مداخلات احساسی، عاطفی روان‌پویشی فشرده کوتاه‌مدت دوانلویی بر افسردگی/اضطراب ($F=۲۹۵/۴۷۶$; $اندازه\ اثر=۰/۸۳$)، گوشه‌گیری/افسردگی ($F=۳۴۶/۶۹۳$; $اندازه\ اثر=۰/۸۵$)، شکایات جسمانی ($F=۲۶۶/۳۱۲$; $اندازه\ اثر=۰/۸۲$)، مشکلات اجتماعی ($F=۲۳۹/۷۱۸$; $اندازه\ اثر=۰/۸۰$)، مشکلات تفکر ($F=۱۹۱/۲۲۴$; $اندازه\ اثر=۰/۸۰$)، مشکلات توجه ($F=۳۸۱/۵۱۱$; $اندازه\ اثر=۰/۸۲$)، رفتار قانون‌شکنی ($F=۲۲۸/۳۰۴$; $اندازه\ اثر=۰/۷۹$)، رفتار پرخاشگری ($F=۴/۸۸۹$; $اندازه\ اثر=۰/۷۸$)، درونی سازی ($F=۲۴۱/۳۸۶$; $اندازه\ اثر=۰/۸۰$) و برونی سازی ($F=۲۳۷/۴۴۰$; $اندازه\ اثر=۰/۸۰$) مؤثر بود.

جدول ۳. نتایج آزمون بنفرونی در مورد متغیرهای مطالعه در سه مرحله

معناداری	خطای معیار	تفاوت میانگین ها (I-J)	مرحله (I)		متغیر
۰/۰۰۰	۰/۴۰۸	-۸/۴۶۷	پیش آزمون	پس آزمون	افسردگی / اضطراب
۰/۰۰۰	۰/۳۸۲	-۸/۳۰۰	پیش آزمون	پیگیری	
۰/۹۹۶	۰/۱۷۰	۰/۱۶۷	پس آزمون	پیگیری	
۰/۰۰۰	۰/۲۷۷	-۶/۵۰۰	پیش آزمون	پس آزمون	گوشه گیری / افسردگی
۰/۰۰۰	۰/۲۵۹	-۶/۳۰۰	پیش آزمون	پیگیری	
۰/۷۴۶	۰/۱۷۲	۰/۲۰۰	پس آزمون	پیگیری	
۰/۰۰۰	۰/۳۶۰	-۶/۶۱۷	پیش آزمون	پس آزمون	شکایات جسمانی
۰/۰۰۰	۰/۳۴۳	-۶/۱۳۳	پیش آزمون	پیگیری	
۰/۳۲۱	۰/۱۷۳	۰/۴۸۳	پس آزمون	پیگیری	
۰/۰۰۰	۰/۴۰۵	-۶/۷۱۷	پیش آزمون	پس آزمون	مشکلات اجتماعی
۰/۰۰۰	۰/۴۳۰	-۵/۹۵۰	پیش آزمون	پیگیری	
۰/۰۹۸	۰/۱۲۵	۰/۳۸۳	پس آزمون	پیگیری	
۰/۰۰۰	۰/۳۹۹	-۶/۲۱۷	پیش آزمون	پس آزمون	مشکلات تفکر
۰/۰۰۰	۰/۳۶۹	-۵/۶۰۰	پیش آزمون	پیگیری	
۰/۶۷۵	۰/۱۲۱	۰/۱۵۶	پس آزمون	پیگیری	
۰/۰۰۰	۰/۲۳۸	-۶/۷۵۰	پیش آزمون	پس آزمون	مشکلات توجه
۰/۰۰۰	۰/۲۰۷۰	-۶/۰۵۰	پیش آزمون	پیگیری	
۰/۳۲۱	۰/۱۰۲	۰/۱۵۲	پس آزمون	پیگیری	
۰/۰۰۰	۰/۳۲۹	-۴/۹۲۲	پیش آزمون	پس آزمون	رفتار قانون شکنی
۰/۰۰۰	۰/۴۰۱	-۴/۵۸۹	پیش آزمون	پیگیری	
۰/۲۹۰	۰/۱۹۷	۰/۳۳۳	پس آزمون	پیگیری	
۰/۰۰۰	۱/۱۴۱	-۸/۲۰۰	پیش آزمون	پس آزمون	رفتار پر خاشگری
۰/۰۰۰	۰/۱۵۸	-۶/۲۸۳	پیش آزمون	پیگیری	
۰/۲۸۹	۱/۱۳۴	۱/۹۱۷	پس آزمون	پیگیری	
۰/۰۰۰	۰/۴۲۰	-۶/۹۹۴	پیش آزمون	پس آزمون	درونی سازی
۰/۰۰۰	۰/۴۰۴	-۶/۶۴۴	پیش آزمون	پیگیری	
۰/۰۶۰	۰/۲۴۶	۰/۳۵۰	پس آزمون	پیگیری	
۰/۰۰۰	۰/۴۱۶	-۶/۴۱۹	پیش آزمون	پس آزمون	برونی سازی
۰/۰۰۰	۰/۴۰۰	-۶/۲۳۶	پیش آزمون	پیگیری	
۰/۶۳۲	۰/۱۴۵	۰/۱۸۳	پس آزمون	پیگیری	

نتایج جدول ۳، نشان می دهد که تفاوت میانگین نمرات متغیرهای افسردگی / اضطراب، گوشه گیری / افسردگی، شکایات جسمانی، مشکلات اجتماعی، مشکلات تفکر، مشکلات توجه، رفتار قانون شکنی، رفتار پر خاشگری، درونی سازی و برونی سازی در مرحله پس آزمون / پیش آزمون و پیگیری / پیش آزمون پایدار است.

بحث و نتیجه گیری

هدف اصلی این پژوهش بررسی تأثیر مدل آموزشی برگرفته از رویکرد روان پویایی جهت تنظیم هیجان ها در کاهش اختلالات رفتاری کودکان بود. نتایج آماری نشان داد که اجرای مداخلات احساسی و عاطفی موجب بروز تغییرات معنی دار، قابل مشاهده و پایدار در همه زمینه های مشکلات رفتاری مورد بررسی یعنی افسردگی، اضطراب، گوشه گیری، شکایات جسمانی، مشکلات اجتماعی، مشکلات تفکر، مشکلات توجه، رفتار قانون شکنی و رفتار پر خاشگری شد. همچنین این تغییرات از ثبات بعد از دوره پیگیری برخوردار بودند. یافته های فوق با مطالعه رنجبرسودجانی و شریفی

که روان‌پوشی فشرده کوتاه‌مدت را در کاهش اضطراب اجتماعی کودکان کم‌توان ذهنی روشی مؤثر یافتند؛ همسو بود (رنجبر سودجانی و شریفی، ۱۳۹۶). همچنین با مطالعات کرشچر و همکارانش که روان تحلیل‌گری را درزمینه اختلالات رفتاری و عاطفی کودکان مؤثر دانستند (کرشچر و همکاران، ۲۰۱۹) و مطالعه پرات و همکارانش که اثر مثبت روان‌درمانی بر اصلاح مکانیسم‌های دفاع روانی و تنظیم احساسات و هیجانات کودکان را نشان داد (پرات و همکاران، ۲۰۱۹، ۲۰۲۰) همسو بود.

کاهش علائم اختلال رفتاری در تمام زمینه‌های فوق‌الذکر بیانگر تأثیر عاملی بنیادین است که توانسته به‌صورت قدرتمند بر تمام مشکلات رفتاری اثر بگذارد. این عامل همان چیزی است که تحت عنوان هیجان و احساس از آن یاد می‌شود. در تبیین آن بر اساس روان تحلیل‌گری، می‌توان به موضوع رفع یا کاهش تعارضات عاطفی موجود در ناهشیار و در نتیجه اصلاح مکانیسم‌های دفاع روانی اشاره کرد. دیدگاه روان تحلیل‌گری معتقد است که همواره در ناهشیار تعارضاتی بین احساسات و تکانه‌های درونی فرد و ارزش‌ها و قوانینی که محیط خارجی برای کنترل کردن این تکانه‌ها وضع کرده، وجود دارد. این احساسات، اضطراب و مکانیسم‌های دفاع روانی، گوشه‌های، مثلث تعارض را تشکیل می‌دهند. این مکانیسم‌ها و سبک‌های دفاعی می‌توانند باعث تطابق بهتر فرد با عوامل نامساعد باشند اما استفاده مفرط و نابجا از آن‌ها خود می‌تواند منجر به بروز اختلال در رفتار گردد. به عبارت دیگر با وجودیکه مکانیسم‌های دفاع روانی افراد تا حدودی اجازه ارضای بی‌خطر و غیرمستقیم تکانه‌ها را می‌دهند و تعارض را کاهش می‌دهند و حتی سبک‌های دفاعی سازش یافته با سلامت جسمانی و روانی مرتبطاند؛ اما تعارض را از بین نمی‌برند. از طرفی سبک‌های دفاعی سازش نایافته نیز با شاخص‌های منفی سلامت مانند اختلال‌های شخصیت و افسردگی مرتبطاند. نمونه بارز این مکانیسم‌های دفاع روانی، خودبیمارانگاری و جسمانی‌سازی مشکلات روانی است. در آن‌ها فرد شکایات جسمانی و مکرر بدون علت طبی را مطرح کرده و یا پدیده‌های روان‌شناختی را به نشانه‌های جسمانی مانند بیماری‌ها تبدیل می‌نماید. (دوانلو، ۲۰۰۵؛ کنی، ۲۰۱۴، عباس و همکاران، ۲۰۱۰، عباس و همکاران، ۱۰۱۳). بر اساس مثلث تعارض، مداخلات عاطفی و احساسی مبتنی بر روان‌پوشی با رفع تعارضات موجود در ناهشیار موجب کاهش اضطراب و اصلاح مکانیسم‌های دفاع روانی ناسالم در فرد می‌شوند.

همچنین فروید انسان را یک نظام بسته و معین انرژی معرفی می‌کند. وی انرژی بین اجزا روانی را سرمایه‌گذاری روانی^۱ نامید. به نظر وی سرمایه‌گذاری روانی روی یک موضوع منجر به احساس و تمایل شدید نسبت به آن موضوع و گسیل انرژی روانی به‌سوی آن می‌شود. خاطرات پیرامون آن موضوع نیز تصورات و تخیلات مکرر را پدید می‌آورند؛ بنابراین با رفع تعارض، انرژی روانی مصروف آن آزاد می‌گردد و ظرفیت هیجانی فرد افزایش می‌یابد. دوانلو، این افزایش ظرفیت را با افتراق گوشه‌های مثلث تعارض؛ جدا کردن من از فرمان و مقاومت از بیمار شرح داد (دوانلو، ۲۰۰۵).

مداخلات مبتنی بر روان‌پوشی با روش مشفقانه و چالش‌برانگیز، موجب برداشتن موانع تجربه احساسی و افزایش ظرفیت هیجانی می‌شود. افزایش ظرفیت عاطفی، هیجانی نیز منجر به توانایی بیشتر در تنظیم هیجانی می‌گردد. تنظیم

^۱.cathexis

هیجانی از عوامل مؤثر در اختلالات رفتاری کودکان است. مطالعات زیادی نشان‌دهنده رابطه بین دشواری در خودتنظیم‌گری هیجانی و سبک‌های دفاعی است. به عبارتی نارسایی هیجانی و مؤلفه‌های آن با سبک دفاعی رشد یافته رابطه‌ی منفی و با سبک‌های دفاعی نوروپیک رشد نیافته رابطه‌ی مثبت معنی‌داری نشان می‌دهد. منظور از نارسایی هیجانی، دشواری در خودتنظیم‌گری هیجانی یا ناتوانی در پردازش اطلاعات هیجانی و تنظیم هیجان‌ها است. استفاده از سبک‌های دفاعی نوروپیک و رشد نیافته در شرایط ناگوار و استرس‌زای محیطی منجر به ناتوانی در مدیریت عواطف درمانده ساز و ناتوان‌کننده و بروز رفتار ناهنجار می‌گردد (عباس، ۲۰۱۰). در واقع تنظیم هیجانی با افزایش ظرفیت عاطفی، هیجانی و تنظیم سازگارانه احساسات و هیجان‌ها، منجر به افزایش قدرت تحمل، خودتنظیمی و انعطاف‌پذیری در فرد می‌گردد. تقویت انعطاف‌پذیری به‌عنوان راهبردی مؤثر در مدیریت استرس و انطباق‌پذیری مورد استفاده قرار می‌گیرد (پیرخائفی و معنوی پور، ۱۳۹۱).

همچنین بر اساس دیدگاه روان‌پویشی، رفتارهای افراد تأثیرگذار در زندگی گذشته کودک مانند بی‌توجهی، تمسخر باعث آسیب به تصور مثبت کودک از خود و عزت‌نفس می‌گردد. روان‌پویشی فشرده کوتاه‌مدت با بررسی و ترمیم روابط گذشته و دوران کودکی همراه تمرکز بر احساسات و هیجان‌ها و عواطف حال بیمار، موجب درک و شناخت بیشتر فرد از خودش می‌گردد. پاسبانی و همکارانش نیز بیان داشتند که روان‌پویشی فشرده کوتاه‌مدت می‌تواند موجب بهبود رابطه متعارض بین مادر و فرزند شود. هراندازه میزان تعارض والدین و کودکان بیشتر باشد میزان هیجان‌ها منفی و مشکلات رفتاری در ایشان بیشتر می‌شود. این تعارضات اگر به شیوه درستی مرتفع نگردند؛ مشکلاتی همچون: افسردگی، رفتار ضداجتماعی، عدم تنظیم هیجانی و پرخاشگری را به همراه دارد (پاسبانی و همکاران، ۱۳۹۷)؛ بنابراین هم‌زمان با پیشرفت مداخلات روان‌پویشی و افزایش شناخت مثبت فرد از خودش، اعتماد به نفس و عزت‌نفس وی نیز ارتقا می‌یابد. عزت‌نفس بالا می‌تواند به‌عنوان یک منبع حمایتی مهم از افراد در برابر رویدادهای ناگوار محیطی حفاظت و از اثرات منفی آن‌ها بکاهد. مطالعه رشیدی و همکارانش نیز نشان داد روان‌پویشی کوتاه‌مدت گروهی می‌تواند موجب افزایش عزت‌نفس و کاهش اضطراب گردد. (رشیدی و همکاران، ۱۳۹۵).

بهبود اختلالات رفتاری کودک بر کاهش رابطه متعارض مادر و کودک نیز نقش دارد. از آنجایی که اختلالات رفتاری کودکان می‌تواند با کاهش انرژی مادر موجب بروز الگوهای ناسازگارانه و به‌کارگیری روش‌های مقابله هیجان‌مدار و اجتنابی و بروز تنیدگی^۱ در مادر و در نتیجه بروز تشویش^۲ و اضطراب در وی گردد (حجتی و همکاران، ۱۳۹۸) و از طرفی دیدگاه روان‌پویشی، رفتارها مادر را در ایجاد آسیب‌های روانی بسیار مؤثر می‌داند؛ بنابراین با کاهش اختلالات رفتاری رابطه بین مادر و فرزند بهبود یافته و نقش پیشگیرانه نیز در افزایش رابطه متعارض بین مادر و فرزند دارد.

اثر روان‌پویشی فشرده کوتاه‌مدت بر خصوصیات شخصیتی نیز می‌تواند از عوامل مؤثر بر رفتار باشد. فروید معتقد بود که فراوانی استفاده از مکانیسم دفاعی متفاوت در یک فرد نسبت به دیگران (سبک دفاعی شخصی هر فرد)، متغیر اصلی برای تشخیص میزان سازش یافتگی، آسیب‌ها و شناخت شخصیت فرد است. رفتار انسان ناشی از عناصر اولیه زیستی، عاطفی، احساسی و شناختی و شخصیتی است بنابراین میزان چیرگی اشخاص در شناخت و به‌کارگیری صحیح

¹ stress

² apperhension

عواطف، احساسات می‌تواند در زندگی شخصی و اجتماعی افراد بسیار مؤثر و آن‌ها را تبدیل به افرادی توانمند، کارا، منعطف، سازش یافته و موفق نماید. مداخلات روان‌پوشی موجب می‌شود تا مراجع در کوتاه‌ترین زمان ممکن بر هیجانات خود تسلط یافته و راه‌های بهتری برای مدیریت تعارضات خود پیدا کند (عباس، ۲۰۱۳). میزان چیرگی اشخاص در شناخت و به‌کارگیری صحیح عواطف، احساسات می‌تواند در زندگی شخصی و اجتماعی افراد بسیار مؤثر و آن‌ها را تبدیل به افرادی توانمند، کارا، منعطف، سازش یافته و موفق نماید.

از سوی دیگر بر اساس نظریه هیجان اندیشه^۱ و گسترش آن در قلمرو شخصیت که بر ماهیت تعاملی شخصیت تأکید می‌کند. خصیصه شخصیتی نیرومندی روانی با خصیصه شخصیتی بیتابی روانی تعامل دارد؛ یعنی بیتابی روانی بالا با نیرومندی پایین، الگوهای رفتاری را مخدوش می‌کند و چنانچه بیتابی روانی کاهش داشته باشد و نیرومندی در سطحی بالا قرار گیرد، الگوهای رفتاری مناسب بروز می‌یابد (کاظمی حقیقی، ۱۳۹۴).

محدودیت اصلی این پژوهش شیوه نمونه‌گیری در دسترس بود که پیشنهاد می‌شود در پژوهش‌های دیگر از روش‌های نمونه‌گیری تصادفی چندمرحله‌ای استفاده گردد؛ بنابراین پیشنهاد می‌شود در پژوهش‌های آتی به‌جای استفاده از روش نمونه‌گیری در دسترس، از روش‌های نمونه‌گیری با درصد خطای پایین‌تری مانند تصادفی ساده، تصادفی چندمرحله‌ای استفاده گردد. همچنین با نمونه‌گیری در سطوح دیگر جامعه مثل مدارس (و نه فقط مراجعین به مراکز مشاوره) و نیز در شهرهای دیگر اجرا گردد. همچنین با توجه به کمبود مطالعات روان‌پوشی فشرده کوتاه‌مدت در مورد کودکان پیشنهاد می‌گردد کارایی این روش بر روی دیگر مشکلات و اختلالات کودکان نیز بررسی گردد.

در نهایت مدل آموزشی برگرفته از رویکرد روان‌پوشی جهت تنظیم هیجان‌ها با کاهش اختلالات رفتاری کودکان مقطع دبستان، اثربخش، کاربردی و مفید ارزیابی گردید. امید است با به‌کارگیری این مدل علاوه بر رفع مشکلات رفتاری کودکان، با افزایش توانمندی هیجانی و عاطفی کودکان این مرز و بوم، موجبات سلامت روان و پیشرفت بهتر در این قشر مهم و تأثیرگذار جامعه، فراهم و تحول و توسعه پایدار کشور عزیزمان ایران تسریع گردد.

تشکر و قدردانی

این مقاله برگرفته از رساله دوره دکتری حسین ربویی در دانشگاه آزاد اسلامی واحد گرمسار بود. بدین وسیله از همه کودکان و خانواده‌های محترم مشارکت‌کننده در این پژوهش قدردانی به عمل می‌آید.

منابع

- امام قلی زاده بابلی، مجید، معنوی پور داود، پیرخانفی علی رضا. (۱۳۹۷) بررسی میزان شیوع علائم وسواس خواندن و نوشتن در دانش‌آموزان دبیرستانی شهرستان بابل. مجله مطالعات ناتوانی. (۸) ۲۷، ۲۷-۳۷
- پاسبانی اردبیلی، محسن، برجعلی، احمد، پزشکی، شهلا (۱۳۹۶). اثربخشی روان‌درمانی روان‌پوشی فشرده و کوتاه مدت (ISTDP) بر بهبود رابطه متعارض مادر-فرزند. فصلنامه مطالعات روانشناسی بالینی دانشگاه علامه طباطبایی. سال هشتم. شماره سی ام. بهار ۹۷. ص ۱۳۹ تا ۱۶۹.
- پیرخانفی، علیرضا، معنوی پور، داود (۱۳۹۱). بررسی و مقایسه هوش هیجانی دانشجویان دارا و فاقد توانایی حل مسئله/ انعطاف‌پذیری. دو فصلنامه علمی- پژوهشی شناخت اجتماعی. (۱) ۱-۶.
- حجتی، محمد، قدم‌پور، عزت‌الله عباسی، محمد، صنوبر، عباس. (۱۳۹۸). اختلال‌های رفتاری کودکان و تنیدگی مادران: نقش واسطه‌ای خستگی و راهبردهای مقابله‌ای. *روانشناسی تحولی: روانشناسان ایرانی* (۲۲) ۱۶، ۲۱۵-۲۲۸

^۱ Emotion of thought

- غباری بناب، باقر، پرند، اکرم، حسین خانزاده فیروزجاه، عباسعلی، موللی، گیتا و نعمتی، شهروز (۱۳۸۸). میزان شیوع مشکلات رفتاری دانش‌آموزان مقطع ابتدایی شهر تهران. پژوهش در حیطه کودکان استثنایی، ۹(۳)، ۲۳۸-۲۲۳
- ربوبی، حسین، معنوی پور، داود، کاظمی حقیقی، ناصرالدین. اثربخشی مداخلات هیجانی مبتنی بر روان‌پوشی دوانلویی بر عملکردهای شناختی و انگیزش کودکان. سبک زندگی اسلامی با محوریت سلامت. ۱۳۹۷؛ ۲(۳): ۱۸۷-۱۹۶
- ربوبی، حسین و معنوی پور، داود و کاظمی حقیقی، ناصرالدین (۱۳۹۸) اثربخشی مدل روان درمانی پوشی فشرده کوتاه مدت برافزایش سطح توانمندی کودکان مقطع دبستان، چهارمین همایش ملی روان شناسی تربیتی شناختی، تهران، <https://civilica.com/doc/1040522>
- رشیدی، علیرضا، قانعی، امید، کرمی، جهانگیر (۱۳۹۵) اثربخشی روان‌پوشی کوتاه مدت گروهی بر عزت نفس افراد مبتلا به اضطراب اجتماعی. رویش روان شناسی؛ ۵(۳): ۶۷-۸۸
- رنجبر سودجانی، یوسف، شریفی، کبیر (۱۳۹۶). اثربخشی روان‌درمانی پوشی فشرده کوتاه‌مدت بر اضطراب اجتماعی کودکان کم‌توانی با اختلال ادراک بصری غیر وابسته به حرکت. تعلیم و تربیت استثنایی. ۱۴(۱)، ۱۰-۲۲
- صادقی، احمد، ربیعی، محمد و عابدی، محمد رضا (۱۳۹۰). روا سازی و اعتبار یابی چهارمین. ویرایش مقیاس هوش وکسلر. مجله روانشناسی تحولی، ۷(۲۸)، ۳۸۶-۳۷۷
- کاظمی حقیقی، ناصرالدین (۱۳۹۴). خلاقیت. تهران: انتشارات تابان خرد.
- معنوی پور داود، روشنی یاسمن (۱۳۹۴). سنجش دمای بدن در طول روان‌درمانی پوشی فشرده کوتاه‌مدت: یک مطالعه موردی. مجله علوم اعصاب شفای خاتم. دوره ۳ شماره دوم. بهار ۱۳۹۴.
- مینایی اصغر، ۱۳۸۵، انطباق و هنجاریابی سیاهه رفتاری کودک آخنباخ، پرسشنامه خودسنجی و فرم گزارش معلم (۱۹۱)، ۵۲۹-۵۵۸
- Abbass, A. Campbell, S. Hann, S.G. Lenzer, I. Tarzwell, R. & Maxwell, D. (2010). Cost Savings of Treatment of Medically Unexplained Symptoms Using Intensive Short-term Dynamic Psychotherapy (ISTDP) by a Hospital Emergency Department, *Journal of the Academy of Medical Psychology*, 1(2), 34-44
- Abbass, A. Town, J.M. & Driessen, E. (2013). Intensive short-term dynamic psychotherapy A Systematic Review and Meta-analysis of Outcome Research. *Psychopathology, Process and Outcome*, 16 (1): 6-15.
- Achenbach, T. M. Rescorla, L. A. (2001). *Manual for the ASEBA school age forms & profiles*. Burlington, VT: university of Vermont, Research center of children
- Achenbach, T. M. Howell, C. T. Quay, H. C. Conners, C. K. & Bates, J. E. (1991). National Survey of Problems and Competencies among Four-To Sixteen-Year-Olds: Parents' Reports for Normative and Clinical Samples. *Monographs of the Society for Research in Child Development*, i-130. <https://doi.org/10.2307/1166156>
- Al-Yagon, M. (2009). Comorbid LD and ADHD in childhood: socioemotional and behavioral adjustment and parents' positive and negative affect. *European Journal of Special Needs Education*, 24(4), 371-391.
- Council for Exceptional Children. (1991). Report of the CEC advocacy and Governmental Relations. Committee Regarding the New proposed U.S.
- Davanloo, H., (1996). Management of tactical defenses in intensive shortterm dynamic psychotherapy, Part I: Overview, tactical defenses of cover words and indirect speech. *International Journal of Intensive Short- Term Dynamic Psychotherapy*, 11(3), 129-152
- Davanloo, H. (2005). Intensive short-term dynamic psychotherapy. In B. J. Sadock & V. A. Sadock (Ed.), *Kaplan and Sadock's comprehensive textbook of psychiatry* (pp. 2628-2652). Lippincot: Williams and Wilkins
- Glowinski AL (2011). Reactive attachment disorder: an evolving entity. *Journal of the American Academy of Child Adolescent Psychiatry*, 50(3), 210-212. <https://doi.org/10.1016/j.jaac.2010.12.013>
- Krischer, M. Smolka, B. Voigt, B. Lehmkuhl, G. Flechtner, H. Sebastian Franke, S. Martin Hellmich, M. (2019). Effects of long-term psychodynamic psychotherapy on life quality in mentally disturbed children. *Psychother Res.*, 27:1-9. Doi: 10.1080/10503307.2019.1695169
- Laird, D. Jordan, K. Dodge, K. Pettit, G., Bates, J.) (2001). Peer rejection in childhood, involvement with antisocial peers in early adolescence, and the development of externalizing behavior problems. *Dev Psychopathol*, 13(2): 337-54. DOI: 10.1017/s0954579401002085
- Pauli-Pott, U. & Mertesacker, B. (2009). Affect expression in mother-infant interaction and subsequent attachment development. *Infant Behavior and Development*, 32(2), 208-215.
- Prout, T. A. Malone, A. Rice, T. Hoffman, L. (2019), Resilience, Defense Mechanisms, and Implicit Emotion Regulation in Psychodynamic Child Psychotherapy, *journal of Contemporary Psychotherapy*, 49, 235-244
- Prout TA, Bernstein M, Gaines E, Aizin S, Sessler D, Racine E, Spigelman A, Rice TR, Hoffman L. (2020), Regulation focused psychotherapy for children in clinical practice: Case vignettes from psychotherapy outcome studies. *International Journal of Play Therapy*; 29(1), 43-5.