

## مقایسه اثربخشی درمان شناختی رفتاری و الگوی ارتباط بدون خشونت بر کاهش مشکلات

### برونی سازی شده کودکان

الناز گیوه چی<sup>۱</sup>

شکوه نوایی نژاد<sup>۲</sup>

ولی اله فرزانه<sup>۳</sup>

#### چکیده

زمینه و هدف: هدف از پژوهش حاضر مقایسه اثربخشی دو روش شناختی رفتاری و الگوی ارتباط بدون خشونت بر کاهش نشانگان برونی سازی شده کودکان ۵ تا ۸ سال بود.

مواد و روش‌ها: 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 ۳۰ 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 ارتباط بدون خشونت و گروه کنترل قرار گرفتند. گروه‌های آزمایش تحت درمان‌های خاص خود قرار گرفتند و گروه کنترل در این مدت هیچ درمانی را دریافت نکردند. برای جمع آوری داده‌ها از مقیاس فهرست رفتاری کودک (CBCL) استفاده شد که توسط شرکت کنندگان قبل از شروع درمان، پس از پایان درمان و در مرحله پیگیری تکمیل شد.

یافته‌ها: تجزیه و تحلیل کوواریانس بین گروهی نشان داد که تفاوت معناداری بین گروه‌های آزمایشی شناختی رفتاری و الگوی ارتباط بدون خشونت روزنبرگ (NVC) و گروه کنترل در مرحله پس از آزمون وجود داشت. همچنین روش شناختی رفتاری اثربخش تر از الگوی ارتباط بدون خشونت بود.

بحث و نتیجه گیری: روش شناختی رفتاری را می‌توان به عنوان درمانی اثربخش بر کاهش مشکلات برونی سازی شده کودکان به کار برد.

**واژگان کلیدی:** درمان شناختی رفتاری، الگوی ارتباط بدون خشونت (NVC)، نشانگان برونی سازی شده.

۱ - دانشجوی دکتری، گروه مشاوره، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد علوم و تحقیقات تهران، تهران، ایران

۲ - استاد، گروه مشاوره، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد علوم و تحقیقات تهران، تهران، ایران (نویسنده مسئول navabinejad11@gmail.com)

۳ - استادیار، گروه مشاوره، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد علوم و تحقیقات تهران، تهران، ایران

## ۱. مقدمه

در طول سال‌های 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 نارسایی‌های تحولی آن‌هاست و پشت سر گذاشته خواهد شد. یکی از مشکلاتی که زیرمجموعه مشکلات ارتباطی - عاطفی قرار می‌گیرد، اختلال‌های برونی‌سازی شده کودکان است که مواردی مانند پرخاشگری، نادیده گرفتن قوانین و رفتارهای مقابله و مخالفت را شامل می‌شود. اختلال‌های برونی‌سازی شده کودکان از جمله اختلال‌های دوران کودکی است که محتوای اصلی آن‌ها را رفتارهای ضد اجتماعی و تضادورزانه تشکیل می‌دهند که بر اساس طبقه بندی ابعادی، با اصطلاح اختلال‌های برونی‌سازی شده نام گذاری شده‌اند. این نوع مشکلات در طبقه بندی مقوله ای انجمن روان پزشکی امریکا به سه اختلال تضادورزی جسورانه، اختلال رفتار هنجاری و اختلال نارسایی توجه /فزون کنشی تقسیم می‌شوند. اختلال‌های برونی‌سازی شده، الگوهای رفتاری سازش نایافته کودکان در موقعیت‌های مختلف هستند که مشکلاتی برای اطرافیان ایجاد می‌کنند (قمری کیوی و همکاران، ۱۳۹۳). در این اختلال‌ها، که اختلال‌های رفتاری نیز نامیده می‌شوند، مشکلات رفتاری کودک که ناشی از ضعف مهارگری اوست، به تعارض بین کودک با بافت اجتماعی منجر می‌شود (صالح و همکاران، ۱۳۹۴) و شامل دو نشانگان رفتاری نادیده گرفتن قواعد و رفتار پرخاشگرانه است (طاوولی و همکاران، ۱۳۹۲). این اختلال‌ها در کودکان بیش از سایر اختلال‌ها مشاهده می‌شوند. دلیل نامگذاری نشانگان برونی‌سازی شده این است که مشکلاتی را شامل می‌شود که اساساً مستلزم تعارض با دیگران است. به بیان دیگر به مشکلات فرد با دیگران ارتباط دارد (آخباخ و رسکورا، ۲۰۰۳). در بین تمامی اختلال‌های یاد شده، مطالعه مشکلات رفتاری برونی‌سازی شده به چند دلیل اهمیت دارد؛ نخست اینکه مشکل اولیه درصد بالایی از کودکان که به مراکز خدمات روانی ارجاع می‌شوند، "مشکلات رفتاری برونی‌سازی شده" است. برای مثال پرخاشگری از دلایل مهم ارجاع کودکان به مراکز مشاوره و روان درمانی است (سوخودالسکی، کاسی نو و گلمن، ۲۰۰۴). دوم اینکه نشانه‌های مشکلات رفتاری برونی‌سازی شده، به طور کلی پایداری قابل توجهی طی زمان نشان می‌دهند و در طول تحول به شکل‌های مختلفی بروز می‌کنند (لی و لیتل جونز، 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، وقت‌گذرانی و افت تحصیلی، بزهکاری و خشونت همراه است (لیو، ۲۰۰۴). پاره ای از پژوهشگران با تاکید بر درمان زودهنگام این مشکلات در سنین پایین، که خود نوعی پیشگیری محسوب می‌شود، نشان داده‌اند که اگر این مشکلات در سنین پیش دبستان و سال‌های ابتدایی کودکی شناسایی و درمان شوند تا حد زیادی تخفیف می‌یابند و به بهبود عملکرد کودک در زمینه‌های مختلف منجر می‌شوند (آرنولد و همکاران، ۲۰۰۶). در مجموع با توجه به نظر متخصصان مبنی بر انجام مداخله‌های 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 می‌شود، نتایج مطالعات مختلف نیز نشان داده‌اند اگر مشکلات رفتاری برون‌سازی شده در سال‌های نخستین کودکی شناسایی، مهار و درمان شوند، به بهبود کنش وری کودک در زمینه‌های مختلف منجر می‌گردند. از این رو، یافتن درمان‌های 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 روش‌های درمانگری، پژوهش‌های متعددی به بررسی اثربخشی روش‌های مختلف پرداخته‌اند. درنگاهی کلی می‌توان این روش‌ها را به چند دسته روش‌های پیشگیری، دارودرمانگری، روش‌های جامعه محور، روش‌های مدرسه محور، روش‌های خانواده محور و روش‌های کودک محور طبقه بندی نمود (یگانه، خانزاده و زربخش، ۱۳۹۲). از روش‌های کودک محور شناخته نشده می‌توان به الگوی ارتباط همدلانه و بدون خشونت روزنبرگ اشاره نمود. الگوی ارتباط بدون

خشونت روزنبرگ رفتارهای محبت آمیز با کودکان را در دستور قرار می دهد. به عقیده روزنبرگ (۱۹۹۹)، بهترین شیوه مهار پرخاشگری و کاهش خشونت در کودکان، پرورش ارتباط همدلانه، بدون خشونت و محبت آمیز است. ارتباط همدلانه و غیر خشونت آمیز یکی از توانایی‌های هیجانی مهم است که نشانه‌ها و نمودهای آن از اوایل کودکی آغاز می‌شود (روزنبرگ، ۱۹۹۹). پژوهش‌ها نشان می‌دهند رفتارهای محبت آمیز وبدون خشونت والدین و ارتباط آن‌ها با فرزندان با رشد همدلی آن‌ها مرتبط است (ایزنبرگ، ۱۹۹۲). برخورد صمیمی و دلگرم کننده والدین نسبت به فرزندان خود، به پرورش کودکانی منجر می‌شود که به پریشانی دیگران به مانند والدینشان پاسخ می‌دهند (ایزنبرگ و مکنالی، ۱۹۹۳). همدلی و ارتباط غیر خشونت آمیز کلید اصلی شکل‌گیری رفتارهای غیر پرخاشگرانه و جامعه‌گرا است (رابرتز و استرایر، ۱۹۹۶). پژوهش‌ها نشان می‌دهند بین ارتباط غیرخشونت آمیز مبتنی بر همدلی، با خودکارآمدی، مسئولیت و رفتارهای جامعه‌گرا ارتباط مثبت وجود دارد (بولتر و همکاران، ۲۰۰۶).

یکی دیگر از روش‌های درمانگری متمرکز بر کودک، روش‌های 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 آموزان می‌توان به صورت مجزاسیدگی کرد، زیرا آن‌ها فرایندهای همپوش هستند. این روی آورد در مداخله با دسته ای از روش‌ها مشخص می شود که در آن‌ها تأکید بر تنظیم درونی رفتار است. مداخلات در سطح فردی شامل آموزش مهارت اجتماعی و حل مسأله است. کودکان و نوجوانان تحت آموزش تکنیک‌های رفتاری و شناختی قرار گرفته و راهبردهایی که برای حل مسأله ی بین فردی مفید هستند را می‌آموزند. برنامه آموزش مهارت‌های اجتماعی، ترکیبی از مهارت‌های حل مسأله، مهارت‌های کنترل خشم، مهارت‌های کنار آمدن و ابراز وجود می‌باشد. از آنجا که رفتار والدین دارای تأثیر مهمی در مهارت‌های خودتنظیمی کودکان است، تغییر در رفتار والدین منجر به تغییر رفتار کودکان دارای اختلال سلوک می‌شود (یگانه و همکاران، ۱۳۹۲). پژوهشگران گستره وسیعی از درمان‌ها را برای حل مشکلات برونی سازی شده کودکان به کار می‌برند. کوشش‌های پژوهشی روان درمانگران همواره معطوف به آن بوده است که حداکثر اثربخشی را از روش‌های درمانی مورد استفاده داشته باشند. اثربخشی بسیاری از روش‌های درمانی چه به صورت درمان اصلی و چه به صورت درمان مکمل توسط پژوهشگران به اثبات رسیده است. اما همواره این سوال مطرح است که کدامیک از روش‌های مداخلاتی بیشترین اثرگذاری را بر کاهش مشکلات برونی سازی شده کودکان دارند؟ با مقایسه اثربخشی روش‌های گوناگون می توان به این مهم دست یافت. سوالی که برای محقق مطرح می شود، این است که کدام یک از روش‌های کودک محور نام برده شده تاثیر بیشتری بر مشکلات برونی سازی شده کودکان دارد. هنگامی که از برنامه ارتباط بدون خشونت و یا درمان شناختی رفتاری در حیطه مشکلات برونی سازی شده کودکان سخن می گوئیم، آیا این درمان‌ها قادرند باعث کاهش مشکلات مذکور گردند و هر کدام از این روش‌ها به چه میزان بر کاهش مشکلات برونی سازی شده کودکان ۵ تا ۸ سال تاثیر دارند؟

ضرغامی و همکاران (۱۳۹۴) نشان دادند که درمانگری شناختی رفتاری مبتنی بر برنامه مقابله‌ای کندال علاوه بر کاهش نشانگان درونی‌سازی، نشانگان برونی‌سازی کودکان ۸ تا ۱۰ ساله ایرانی مبتلا به اضطراب را نیز کاهش داده است. اسپیریچ و همکاران (۲۰۱۶) نشان دادند که درمان شناختی رفتاری توانسته است باعث کاهش علائم بیش فعالی نوجوانان ۱۴ تا ۱۸ ساله تحت دارودرمانی شود. هافمن (۲۰۱۲) اثربخشی رویکرد شناختی رفتاری را بر افراد دارای اختلالات رفتاری بررسی و تایید نمود. اسکرادر (۲۰۱۲) نشان داد که اختلالات اضطرابی کودکان (چه همراه با اختلالات برونی سازی شده و چه بدون آن) توسط درمان شناختی رفتاری بهبود می یابند. ماسکوس و همکاران (۲۰۱۶) نشان دادند که آموزش ارتباط بدون خشونت باعث توانایی بهتر افراد در ارتباط خودجوش، فهم بهتر از مکانیسم همدلی و پرورش توانایی رهبری گروهی در افراد می‌شود. باتاگلیز و همکاران (۲۰۱۵) در یک پژوهش فراتحلیلی نشان دادند که درمان شناختی رفتاری باعث

کاهش نشانگان برونی سازی شده کودکان، کاهش نگرانی والدین و کاهش علائم افسردگی مادر می‌شود. محمودی و همکاران (۱۳۹۲) نشان دادند که درمان گروهی آموزش مهارت‌های اجتماعی مبتنی بر قصه گویی توانسته است باعث کاهش رفتارهای پرخاشگرانه و قانون‌شکنانه در پایان دوره شود. یافته‌های 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 رابطه‌ای در کودکان شود، ولی اثری روی پرخاشگری جسمانی نداشته باشد. یگانه و همکاران (۱۳۹۲) بیان داشت که آموزش مهارت‌های اجتماعی با شیوه شناختی - رفتاری روش موثری در کاهش نشانه‌های اختلال‌های رفتاری برون نمود است. دادستان و همکاران (۱۳۹۲) نشان داد که آموزش رفتاری والدین می‌تواند روشی کارآمد برای کاهش مشکلات برونی سازی شده کودکان باشد. یافته‌های این پژوهش می‌تواند کاربردهای بالینی داشته باشد. برزگر و همکاران (۱۳۹۱) نشان داد که بازی درمانی شناختی - رفتاری در کاهش ترس اجتماعی کودکان موثر است. لاکمن و همکاران (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 می‌نماید. جانکادلا (۲۰۱۳) در یک پژوهش فراتحلیلی تاثیر ارتباط بدون خشونت در مدل طراحی همدلی را بررسی نمود. نتایج تحقیق افزایش امیدوار کننده‌ای در مورد اثربخشی الگوی ارتباط بدون خشونت بر طراحی مدل همدلی نشان داد. در پژوهش حاضر سه فرضیه به شرح زیر آزمون می‌شوند:

۱. اثربخشی درمان شناختی رفتاری و الگوی ارتباط بدون خشونت بر کاهش نشانگان برونی سازی شده کودکان متفاوت است.
۲. درمان شناختی رفتاری بر کاهش نشانگان برونی سازی شده کودکان تاثیر دارد.
۳. آموزش الگوی ارتباط بدون خشونت بر کاهش نشانگان برونی سازی شده دیگران تاثیر دارد.

## ۲. روش پژوهش

این پژوهش به دلیل مقایسه اثربخشی درمان شناختی رفتاری و آموزش الگوی ارتباط بدون خشونت<sup>۱</sup> 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 می‌باشد. 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 آنها تکمیل شده بود، دارای نشانگان برونی سازی شده تشخیص گذاری شده بودند و نمره کل درونی سازی شده آنها پایین تر از خط برش بود، تشکیل می‌دهد. در پژوهش حاضر با توجه به اینکه تمامی مراجعه کنندگان (والدین) تمایل به شرکت در طرح پژوهش را نداشتند و همچنین با توجه به شدت مشکلات برخی کودکان و نیاز آنها 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 ۳۰ نفر به صورت هدفمند انتخاب شدند و به صورت تصادفی در ۳ گروه جایگزین شدند. تعداد ۱۰ نفر به عنوان گروه کنترل در لیست انتظار قرار گرفتند. تعداد ۱۰ نفر برای شرکت در جلسات برنامه ارتباط بدون خشونت، و ۱۰ نفر نیز برای شرکت در جلسات درمان شناختی رفتاری انتخاب شدند. ویژگی‌های جمعیت شناختی نمونه متشکل از سن و جنس کودکان و تحصیلات مادر به شرح زیر بود:

## سن

در جدول ذیل توزیع فراوانی و فراوانی درصدی سنی گروه‌ها ارائه شده است. همان‌طور که ملاحظه می‌شود فراوانی کودکان ۷ سال با فراوانی ۹ نفر (۳۰٪) بیشترین افراد گروه سنی ۸ سال با فراوانی ۶ نفر (۲۰٪) کمترین افراد را تشکیل می‌دهند.

جدول ۱. توزیع فراوانی و فراوانی درصدی سنی گروه‌ها

گروه‌ها	شناختی رفتاری		ارتباط بدون خشونت		کنترل		کل	
	فراوانی	درصد	فراوانی	درصد	فراوانی	درصد	فراوانی	درصد
۵ سال	۱	۱۰	۲	۲۰	۴	۴۰	۷	۲۳/۳
۶ سال	۲	۲۰	۳	۳۰	۳	۳۰	۸	۲۶/۶
۷ سال	۴	۴۰	۳	۳۰	۲	۲۰	۹	۳۰
۸ سال	۳	۳۰	۲	۲۰	۱	۱۰	۶	۲۰
جمع	۱۰	۱۰۰/۰	۱۰	۱۰۰/۰	۱۰	۱۰۰/۰	۳۰	۱۰۰/۰

## 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.

جدول ۲. توزیع فراوانی و فراوانی درصدی جنسیت آزمودنی‌ها

گروه‌ها	شناختی رفتاری		ارتباط بدون خشونت		کنترل		کل	
	فراوانی	درصد	فراوانی	درصد	فراوانی	درصد	فراوانی	درصد
پسر	۵	۵۰	۶	۶۰	۷	۷۰	۱۸	۶۰
دختر	۵	۵۰	۴	۴۰	۳	۳۰	۱۲	۴۰
جمع	۱۰	۱۰۰/۰	۱۰	۱۰۰/۰	۱۰	۱۰۰/۰	۳۰	۱۰۰/۰

## سطح تحصیلات مادر

نتایج جدول ذیل نشان می‌دهد که بیشترین فراوانی مربوط به سطح تحصیلات لیسانس با ۱۴ نفر (۴۶/۶٪) کمترین آن فوق دیپلم با ۱ نفر (۳/۳٪) بوده‌اند.

جدول ۳. توزیع فراوانی و فراوانی درصدی سطح تحصیلات مادر

گروه‌ها	شناختی رفتاری		ارتباط بدون خشونت		کنترل		کل	
	فراوانی	درصد	فراوانی	درصد	فراوانی	درصد	فراوانی	درصد
دیپلم	۲	۲۰	۳	۳۰	۴	۴۰	۹	۳۰
فوق دیپلم	۱	۱۰	۰	۰	۰	۰	۱	۳/۳
لیسانس	۵	۵۰	۴	۴۰	۵	۵۰	۱۴	۴۶/۶
فوق لیسانس	۲	۲۰	۳	۳۰	۱	۱۰	۶	۲۰
جمع	۱۰	۱۰۰/۰	۱۰	۱۰۰/۰	۱۰	۱۰۰/۰	۳۰	۱۰۰/۰

ابزار این پژوهش برای اندازه‌گیری نشانگان برونی سازی شده کودکان مقیاس فهرست رفتاری کودک<sup>۱</sup> می‌باشد. فهرست رفتاری کودک: این پرسشنامه، یکی از فرم‌های نظام‌سنجش مبتنی بر تجربه آخنباخ است که توسط یکی از والدین، بر اساس وضعیت کودک در شش ماه گذشته تکمیل می‌شود. 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 مقیاس‌هایی 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 مقیاس‌های 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 می‌باشد (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 رایانه‌ای پر می‌کنند و نمودار آن در اختیار ارزیاب قرار می‌گیرد. در پژوهش حاضر نیز با استفاده از فرایند معمول مرکز آتیه، نشانه‌ها و مشکلات برونی سازی شده بر اساس تکمیل فهرست رفتاری کودکان از نظام‌سنجش 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  $T=64$  می‌باشد. با توجه به معیارهای ورود و خروج حدود ۳۰۰ مصاحبه انجام شد. در نهایت ۳۰ نفر برای نمونه انتخاب شدند که به صورت تصادفی در دو گروه آزمایش شناختی رفتاری و ارتباط بدون خشونت و یک گروه کنترل قرار گرفتند.

در پژوهش حاضر درمان شناختی رفتاری عبارت است از برنامه شناختی رفتاری ولز، کارن سی، لاجمن، جان ای، لنهاوت؛ 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 آمده است.

1- CBCL

2- DSM-V

همچنین برنامه ارتباط بدون خشونت عبارت است از به کارگیری برنامه زبان زرافه که توسط نادا ایگنیا توویچ ساویچ و همکاران بر اساس الگوی ارتباط بدون خشونت روزنبرگ طراحی گردیده است و در سال ۱۳۹۰ توسط فرشته سبحانی ترجمه گردیده است. برنامه زبان زرافه یک برنامه ۱۶ جلسه ای می‌باشد که پژوهشگر با توجه به هدف پژوهش حاضر جلسات مربوط به مشکلات درونی سازی شده (ترس، خجالت، آبرو ریزی، نه گفتن و...) را حذف کرد و جلسات را در ۱۰ جلسه تدوین کرد که پس از بررسی و تایید توسط متخصصان این حوزه به اجرا در آمد.

جلسه‌های 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 روش درمانی که بعد از اتمام اجراها بیشترین اثربخشی را دارا باشد، قرار گرفتند. 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.

در زیر خلاصه ای از پروتکل درمانی آورده شده است:

پروتکل شناختی- رفتاری (ولز، لاچمن و لنهارت ترجمه ولی زاده و بردی اوزونی دوجی، ۱۳۸۹)

جلسات	محتوای جلسات
جلسه اول	<ul style="list-style-type: none"> <li>- بحث در مورد ساختار و هدف گروه</li> <li>- توضیح قوانین گروه</li> <li>- بحث در مورد سیستم‌های امتیاز و سه اخطار</li> <li>- درگیر کردن کودکان در یک فعالیت به منظور ایجاد انسجام گروهی</li> <li>- صحبت در مورد تعیین هدف رفتاری</li> <li>- مشاوره با مادران</li> </ul>
جلسه دوم	<ul style="list-style-type: none"> <li>- مرور جلسه</li> <li>- مشخص کردن تفاوت بین اهداف کوتاه مدت و بلند مدت</li> <li>- خاطر نشان کردن اهمیت اهداف بلند مدت و کوتاه مدت</li> <li>- تشریح فرآیند تعیین هدف شخصی</li> <li>- مشاوره با مادران</li> </ul>
جلسه سوم	<ul style="list-style-type: none"> <li>- مرور جلسه پیش</li> <li>- مرور صفحه‌های مربوط به اهداف هفتگی و تعیین اهدافی برای هفته بعد</li> <li>- بررسی میزان پیشرفت در رسیدن به اهداف</li> <li>- بررسی موانع اهداف و چگونگی غلبه بر آنها</li> <li>- مشاوره با مادران</li> </ul>
جلسه چهارم	<ul style="list-style-type: none"> <li>- مرور جلسه قبل و تکالیف آن</li> <li>- مرور صفحات مربوط به هدف هفتگی</li> <li>- شناسایی اجزای رفتاری، شناختی و جسمی مربوط به حالت‌های هیجانی مختلف</li> <li>- تشخیص تحریک کننده‌های فراخوان موقعیتی حالت‌های مختلف هیجانی</li> <li>- خاطر نشان کردن این نکته که "بیان هیجان‌ات ممکن است دشوار باشد"</li> <li>- تعیین اهداف هفتگی جدید</li> <li>- مشاوره با مادران</li> </ul>
جلسه پنجم	<ul style="list-style-type: none"> <li>- مرور جلسه پیش</li> <li>- مرور صفحات هدف هفتگی</li> <li>- تشخیص سرنخ‌های مختلف مربوط به عصبانیت</li> </ul>

<ul style="list-style-type: none"> <li>- تشخیص سطوح مختلف عصبانیت</li> <li>- تشخیص تحریک کننده‌های سطوح مختلف عصبانیت و راه‌های غلبه بر آن</li> <li>- تعیین اهداف هفتگی جدید</li> <li>- تعیین تکالیف</li> <li>- مشاوره با مادران</li> </ul>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>- مرور تکالیف و مطالب جلسه پیش</li> <li>- مرور صفحات مربوط به اهداف هفتگی</li> <li>- مرور روش‌های مختلف مقابله با عصبانیت</li> <li>- تمرین حافظه کنترل خود</li> <li>- تعیین اهداف هفتگی جدید</li> <li>- ارائه تکلیف</li> <li>- مشاوره با مادران</li> </ul>	جلسه ششم
<ul style="list-style-type: none"> <li>- مرور تکالیف جلسه پیشین</li> <li>- مرور صفحه مربوط به اهداف هفتگی</li> <li>- توضیح مفاهیم مربوط به خودآموزی</li> <li>- استفاده از عروسک‌ها برای تمرین خودآموزی و حواس‌پرتی به عنوان مهارت‌های غلبه</li> <li>- تعیین اهداف هفتگی جدید</li> <li>- مشاوره با مادران</li> </ul>	جلسه هفتم
<ul style="list-style-type: none"> <li>- مرور جلسه پیش</li> <li>- مرور اهداف این هفته</li> <li>- ادامه آموزش حواس پرتی و فرمان دادن به خود</li> <li>- تشویق تعمیم این مهارت به خارج از کلاس</li> <li>- تعیین اهداف هفتگی جدید</li> <li>- ارائه تکلیف خانه</li> <li>- مشاوره با مادران</li> </ul>	جلسه هشتم
<ul style="list-style-type: none"> <li>- مرور جلسه پیش و تکالیف آن</li> <li>- مرور صفحات مربوط به اهداف هفتگی</li> <li>- مرور خودآموزی</li> <li>- تقویت حافظه برای به خاطر سپاری جملات مقابله</li> <li>- تمرین کنترل خود</li> <li>- تعیین اهداف هفتگی جدید</li> <li>- مشاوره با مادران</li> </ul>	جلسه نهم
<ul style="list-style-type: none"> <li>- مرور جلسه پیش</li> <li>- مرور صفحات مربوط به اهداف هفتگی</li> <li>- آموزش کنترل خود از طریق نفس عمیق</li> <li>- تشخیص و غلبه بر موانع استفاده از کنترل خود</li> <li>- جمع بندی و به کارگیری محتوای جلسات در آینده</li> <li>- مشاوره با مادران</li> </ul>	جلسه دهم



پروتکل ارتباط بدون خشونت (ساویج، نادا ایگنیاتوویچ و همکاران؛ ترجمه سبحانی، ۱۳۹۰)

جلسات	محتوای جلسات
جلسه اول	<ul style="list-style-type: none"> <li>- بیان احساس</li> <li>- بازی اول: "معرفی با توپ"</li> <li>- بازی دوم: "ما یک قلب می‌سازیم"</li> <li>- نقاشی: "تصویر قلب"</li> <li>- فعالیت: "معرفی زرافه"</li> <li>- داستان: "جشن تابستانی در جنگل"</li> <li>- نمایشگاه نقاشی</li> <li>- قدردانی</li> <li>- مشاوره با مادران</li> </ul>
جلسه دوم	<ul style="list-style-type: none"> <li>- بیان احساس</li> <li>- بازی: "معرفی رنگی"</li> <li>- شعر: "هر کی یه کاری بلده"</li> <li>- فعالیت: "معرفی شغال"</li> <li>- بازی: "مانع" و "زرافه‌ها و شغال‌ها در جاده"</li> <li>- قدردانی</li> <li>- مشاوره با مادران</li> </ul>
جلسه سوم	<ul style="list-style-type: none"> <li>- بیان احساس</li> <li>- بازی اول: "احساسات و حرکات"</li> <li>- بازی دوم: "بدن سخنگو"</li> <li>- فعالیت: "حدس زدن احساسات"</li> <li>- کولاژ: "فهرست احساسات"</li> <li>- پانتومیم: "حدس زدن احساسات"</li> <li>- نقاشی: "الان چه احساسی دارید"</li> <li>- قدردانی</li> <li>- مشاوره با مادران</li> </ul>
جلسه چهارم	<ul style="list-style-type: none"> <li>- بیان احساس</li> <li>- بازی: "احساس مشترک"</li> <li>- نقاشی: "اگر برای من اتفاق بیفتد"</li> <li>- پانتومیم: "حدس زدن احساسات"</li> <li>- قدردانی</li> <li>- مشاوره با مادران</li> </ul>
جلسه پنجم	<ul style="list-style-type: none"> <li>- بیان احساس</li> <li>- بازی: "تلفن‌های خراب"</li> <li>- فعالیت: "معرفی گوش‌ها"</li> <li>- داستان: "باغچه زرافه"</li> <li>- فعالیت: "گوش زرافه"</li> <li>- گفتگو: "موافقت زرافه ای"</li> <li>- قدردانی</li> <li>- مشاوره با مادران</li> </ul>

<ul style="list-style-type: none"> <li>- بیان احساس</li> <li>- مرور سرفصل آموخته‌ها</li> <li>- مرور بازی‌ها</li> <li>- مرور داستان‌ها</li> <li>- گفتگو: "زرافه درون من"</li> <li>- نمایشگاه نقاشی</li> <li>- مراسم جشن</li> <li>- قدردانی</li> <li>- مشاوره با مادران</li> </ul>	جلسه ششم
<ul style="list-style-type: none"> <li>- بیان احساس</li> <li>- نمایش: "من عصبانی هستم"</li> <li>- نقاشی: "عصبانیت من"</li> <li>- فعالیت: "ابراز خشم"</li> <li>- قدردانی</li> <li>- مشاوره با مادران</li> </ul>	جلسه هفتم
<ul style="list-style-type: none"> <li>- بیان احساس</li> <li>- شعر: "زنبور عسل"</li> <li>- نمایش: "تعمیر کاران گوش"</li> <li>- گفتگو: "خشم و نیازها"</li> <li>- داستان: "الما"</li> <li>- قدردانی</li> <li>- مشاوره با مادران</li> </ul>	جلسه هشتم
<ul style="list-style-type: none"> <li>- بیان احساس</li> <li>- پانتومیم: "من دوست دارم..."</li> <li>- نقاشی اول: "من دوست ندارم..."</li> <li>- نقاشی دوم: "من دوست دارم..."</li> <li>- گفتگو: "زبان عمل مثبت و منفی"</li> <li>- قدردانی</li> <li>- مشاوره با مادران</li> </ul>	جلسه نهم
<ul style="list-style-type: none"> <li>- بیان احساس</li> <li>- بازی: "حرکات لطیف و ملایم"</li> <li>- مرور مفاهیم</li> <li>- مراسم جشن</li> <li>- قدردانی</li> <li>- مشاوره با مادران</li> </ul>	جلسه دهم

### ۳. یافته‌ها

یافته‌های بدست آمده از جدول ۴ نشان می‌دهد 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.

جدول ۴. مقایسه نشانگان برونی‌سازی شده کودکان در مرحله پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری به تفکیک گروه‌ها

گروهها	شناختی- رفتاری		ارتباط بدون خشونت		گواه
	انحراف میانگین	انحراف معیار	انحراف میانگین	انحراف معیار	
نشانگان برونی‌سازی شده کودکان					
پیش‌آزمون	۲۳/۲۰	۸/۳۰	۲۳/۶۰	۷/۲۶	۲۳/۷۰
پس‌آزمون	۱۸/۳۰	۷/۳۳	۲۰/۴۰	۸/۵۵	۲۴/۴۰
پیگیری	۱۸/۸۰	۷/۶۳	۲۰/۹۰	۸/۲۱	-

میانگین نشانگان برونی‌سازی شده در گروه کودکان با آموزش الگوی ارتباط بدون خشونت روزنبرگ از ۲۳/۶ در پیش‌آزمون به ۲۰/۴ در مرحله پس‌آزمون کاهش یافته است و در مرحله پیگیری هم با اندکی تغییر به ۲۰/۹ رسیده است. نمرات نشانگان برونی‌سازی شده گروه کودکان گواه هم در مرحله پیش‌آزمون ۲۳/۷ بوده و در مرحله پس‌آزمون به ۲۴/۴ تغییر یافته است.

در نتیجه براساس اطلاعات موجود، نمرات نشانگان برونی‌سازی شده گروه کودکانی که با آموزش رویکرد شناختی- رفتاری آموزش دیده‌اند، بیشتر کاهش پیدا کرده است و در مرحله پیگیری نیز از ثبات نسبی برخوردار بوده است و گروه کودکانی که با آموزش الگوی ارتباط بدون خشونت روزنبرگ آموزش دیده‌اند در رتبه دوم قرار می‌گیرند به منظور روشن شدن یکسانی نمرات بین گروهها در مرحله پیش‌آزمون از تحلیل واریانس یکراهه (ANOVA) استفاده شد. با توجه به نتایج جدول ۵ و آزمون تحلیل واریانس یکراهه (ANOVA)، تفاوت نشانگان برونی‌سازی شده در بین کودکان در مرحله پیش‌آزمون معنادار نمی‌باشد (f: ۰/۱۱۱؛ ۳۶؛ df: ۳).

جدول ۵. آزمون تحلیل واریانس نمرات نشانگان برونی‌سازی شده بین گروهها در مرحله پیش‌آزمون

منبع تغییر	مجموع مجزورات	df	میانگین مجزورات	F	Sig.
بین گروهی	۱۸	۳	۶	۰/۱۱۱	۰/۹۵۳
درون گروهی	۱۹۳۷/۶۰۰	۳۶	۵۳/۸۲۲		
کل	۱۹۵۵/۶۰۰	۳۹			

در این بخش فرضیه اصلی پژوهش مورد آزمون قرار می‌گیرد. جهت استفاده از روش تحلیل کوواریانس تک متغیری ابتدا مفروضه‌های این روش آماری یعنی پیش فرض نرمال بودن توزیع و برابری واریانس‌های خطا و همگنی ضرایب و رگرسیون مورد بررسی قرار گرفته است.

- نرمال بودن توزیع

باتوجه به اینکه گروه‌های مورد مطالعه با رعایت همه شرایط و به صورت کاملاً تصادفی انتخاب شده‌اند، لذا توزیع داده‌ها کاملاً نرمال بوده است.

- آزمون برابری واریانس‌های خطا

یکی از مفروضه‌های تحلیل کوواریانس، مفروضه برابری واریانس‌های خطا (تجانس واریانس‌ها) است که برای بررسی این مفروضه از F لوین برای بررسی پس آزمون متغیر وابسته بهره برده شده است که نتایج این تحلیل‌ها در جدول ذیل آورده شده است. بر اساس نتایج گزارش شده در جدول مشاهده می‌شود که تجانس واریانس‌ها در سطح اطمینان ۹۵٪ معنادار نمی‌باشند ( $p > 0/05$ ) و لذا این مفروضه برقرار است.

جدول ۶. نتیجه آزمون همگنی واریانس‌ها

معناداری (sig)	df 2	df 1	F لوین	آزمون‌های همگنی واریانس متغیر پژوهشی
۰/۳۸۷	۳۶	۳	۱/۰۳۹	پس‌آزمون نشانگان برونی سازی شده

- مفروضه همگنی ضرایب و رگرسیون

یکی دیگر از مفروضه‌های مهم تحلیل کوواریانس تک متغیری، همگنی ضرایب رگرسیون است که نتایج این تحلیل در جدول ذیل آورده شده است. لازم به ذکر است که آزمون همگنی ضرایب رگرسیون از طریق تعامل پیش‌آزمون نشانگان برونی سازی شده و متغیر مستقل (روش‌های درمان) مورد بررسی قرار می‌گیرد. چنانچه تعامل این پیش‌آزمون با متغیر مستقل معنادار نباشد حاکی از همگنی ضرایب رگرسیون می‌باشد.

جدول ۷. نتیجه آزمون همگنی ضرایب رگرسیون

معناداری (sig)	درجه آزادی	F	تعامل
۰/۶۷۶	۳	۰/۱۷۸	پیش‌آزمون نشانگان برونی سازی شده و متغیر مستقل (روش‌های درمان)

نتیجه آزمون تک متغیری (تحلیل کوواریانس) برای متغیر نشانگان برونی سازی شده در جدول ۸ ارائه شده است.

جدول ۸. نتایج تجزیه و تحلیل کوواریانس برای مقایسه میانگین نمرات پس‌آزمون نشانگان برونی سازی شده

منابع تغییرات	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	معناداری (P)	مجذور اتا	توان آماری
مدل اصلاح شده	۴۲۹۴/۲۵۷	۴	۱۰۷۳/۵۶۴	۳۶/۶۶۸	۰/۰۰۰	۰/۳۰۷	۰/۸۹۵
ثابت	۵/۲۱۰	۱	۵/۲۱۰	۰/۱۷۸	۰/۶۷۶	۰/۰۰۵	۰/۰۷۰
پیش‌آزمون نشانگان برونی سازی شده	۱۱۱۲/۹۸۲	۱	۱۱۱۲/۹۸۲	۳۸/۰۱۵	۰/۰۰۰	۰/۲۲۱	۰/۷۸۸
گروه‌ها	۳۰۸۱/۹۱۳	۳	۱۰۲۷/۳۰۴	۳۵/۰۸۸	۰/۰۰۰	۰/۳۴	۰/۸۹۵
خطا	۱۰۲۴/۷۱۸	۳۵	۲۹/۲۷۸				
کل	۲۶۰۶۷/۰۰۰	۴۰					

نتایج جدول ۸ نشان می‌دهد که با در نظر گرفتن نمرات پیش‌آزمون نشانگان برونی‌سازی شده به عنوان متغیر کمکی تفاوت بین عملکرد سه گروه مداخله و کنترل در این متغیر معنی‌دار است. همان‌طور که مشاهده می‌شود 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 برونی‌سازی شده بین گروه‌ها تفاوت وجود دارد. به عبارت دیگر پس از تعدیل اثر متغیر کمکی بین سه گروه از نظر نشانگان برونی‌سازی شده تفاوت معناداری وجود دارد. بنابراین نتیجه گرفته می‌شود که در اثر اعمال متغیر مستقل (روش‌های درمان)، در متغیر نشانگان برونی‌سازی شده در گروه‌های آزمایشی 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.

جدول ۹. خلاصه نتایج مقایسه‌های زوجی میانگین‌های پس‌آزمون نشانگان برونی‌سازی شده کودکان گروه‌های نمونه

میزان تاثیر	معناداری P	تفاوت میانگین	گروه گواه	ارتباط بدون خشونت	شناختی رفتاری	مقایسه گروهها
-	۰/۰۰۲	-۲/۱	-	۲۰/۴۰	۱۸/۳۰	ارتباط بدون خشونت رفتاری
۰/۳۴۴	۰/۰۰۱	-۶/۱	۲۴/۴۰	-	۱۸/۳۰	شناختی رفتاری گروه گواه
۰/۲۲۱	۰/۰۰۱	-۴	۲۴/۴	۲۰/۴	-	ارتباط بدون خشونت گروه گواه

همان‌طور که مشاهده می‌شود روش‌های شناختی رفتاری و ارتباط بدون خشونت با گروه گواه تفاوت معنی‌داری دارند. همچنین شیوه شناختی رفتاری به صورت معنی‌داری از روش ارتباط بدون خشونت موثرتر بوده است. بنا بر شواهد موجود می‌توان به این نتیجه اشاره نمود که بهترین شیوه مداخله برای کاهش نشانگان برونی‌سازی شده در میان کودکان بهره‌گیری از شیوه شناختی رفتاری است.

#### ۴. بحث و نتیجه گیری

شواهد موجود و تحلیل‌های انجام شده، نشان داد که نشانگان برونی‌سازی شده گروه کودکانی که مداخله با رویکرد شناختی- رفتاری داشته‌اند، کاهش بیشتری داشته است و سپس گروه کودکانی که با الگوی ارتباط بدون خشونت روزنبرگ آموزش دیده‌اند، کاهش نشانگان برونی‌سازی شده را نشان دادند؛ در واقع گروه کودکانی که به روش‌های شناختی رفتاری و آموزش الگوی ارتباط بدون خشونت روزنبرگ مداخله درمانی را دریافت کرده بودند، در مقایسه با گروه کنترل که مداخله درمانی را دریافت نکرده بودند، در متغیر وابسته تغییرات معنی‌داری را نشان داده بودند. نتایج این بخش از تحقیق با پژوهش‌های صریحی و همکاران (۱۳۹۴)، اسپیریچ و همکاران (۲۰۱۶)، شاپینا (۲۰۱۶)، اسکرادر (۲۰۱۲)، ماسکوس و همکاران (۲۰۱۶)، باتاگلیز و همکاران (۲۰۱۵)، ضرغامی و همکاران (۱۳۹۴)، رجبی و همکاران (۱۳۹۲)، یگانه و همکاران (۱۳۹۲)، دادستان و همکاران (۱۳۹۲)، برزگر و همکاران (۱۳۹۱)، محمودی و همکاران (۱۳۹۲) و جانکادالا (۲۰۱۳) همخوانی دارد.

در تبیین نتایج فوق ذکر این نکته حائز اهمیت است که با توجه به اهمیت و تأثیرات فراوان اختلالات رفتاری کودکان مدل‌ها و رویکردهای گوناگونی به منظور تبیین، پیش‌بینی و درمان این اختلالات ایجاد شده‌اند، اما آنچه که حائز اهمیت

است، این است که بتوان با بهره‌گیری از رویکردهای گوناگون درمانی به بررسی علل و پیشگیری از مشکلات رفتاری کودکان پرداخت و به طور قطع با ملاحظه نتایج می‌توان به رویکردهای موثرتری دست یافت و حتی در برخی مواقع متناسب با شرایط و نوع اختلال، از سایر رویکردها به عنوان روش درمانی تکمیلی بهره جست. از آنجا که اختلالات رفتاری بر ونی سازی شده کودکان، اختلالات شایع و ناتوان کننده ای هستند که برای معلمان، خانواده و خود کودکان مشکلات بسیاری را ایجاد می‌کند و همچنین ممکن است با استمرار آن‌ها، در آینده به طور قابل ملاحظه ای بر عملکرد تحصیلی و حرفه ای کودکان و نوجوانان تأثیر منفی داشته باشد و احتمال ابتلاء به بیماری‌های روانی، فعالیت‌های بزهکارانه، اختلالات اضطرابی و خلقی، ناتوانی یادگیری، اختلالات عصب روانشناختی و اختلال شخصیت مرزی را در دوره بزرگسالی افزایش دهند، لذا بهره‌گیری از شیوه‌های تلفیقی در این زمینه مفید و موثر خواهد بود.

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 شرطی‌سازی 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 داده اند که مداخلات شناختی رفتاری برای بسیاری از اختلال‌های روان شناختی از کارایی و اثربخشی لازم برخوردار است، اما این یافته‌ها هم ممکن است در مورد همه موقعیت‌ها و همه بیماران صدق نکند (سادوک<sup>۱</sup>، ۲۰۱۵/۱۳۹۳). هدف درمان شناختی رفتاری آموزش این نکته به مراجعان است که با وجودی که آن‌ها نمی‌توانند بر تمام جنبه‌های دنیای پیرامونشان کنترل داشته باشند اما می‌توانند 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 مهارت‌های اجتماعی مناسب هستند، اساسا در روابط با بزرگسالان و همسالان دچار مشکل می‌باشند. این کودکان هنگام برخورد با محرک‌های تنش‌زا از موقعیت پیش رو برداشت نامناسب و خصمانه دارند؛ همچنین در به کارگیری حل مسئله در هنگام مواجهه با محرک‌ها 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 می‌شود. از طرفی رفتارها با تعیین پیامدهای مناسب تقویت و یا خاموش می‌گردند. کودکان به آموزش‌های لازم و والدین به آموزش در جهت ماندگاری تغییر رفتار کودکان مجهز می‌شوند. بنابراین به طور کلی درمان شناختی - رفتاری یک درمان موثر برای کودکان با مشکلات رفتاری برونی سازی شده است.

همچنین یافته‌های پژوهش حاضر نشان داد ارتباط بدون خشونت روزنبرگ بر کاهش نشانگان برونی سازی شده کودکان تأثیر دارد. نتایج این پژوهش همسو با نتایج جانکادالا (۲۰۱۳) می‌باشد. پژوهش مذکور یک پژوهش فراتحلیلی بود که کلیه

نتایج تحقیق به جز دو تحقیق در رابطه با مدل همدلی اثر معنی دار و مثبتی نشان دادند. نتایج تحقیق افزایش امیدوار کننده ای در مورد اثربخشی الگوی ارتباط بدون خشونت نشان داد.

در تبیین تایید این اثربخشی می‌توان گفت که تعاملی بودن ارتباط بدون خشونت یکی از ویژگی‌های مثبت در این الگو محسوب می‌شود. به عقیده روزنبرگ (۲۰۰۳)، بهترین شیوه مهار پرخاشگری و کاهش خشونت در کودکان، پرورش ارتباط همدلانه، بدون خشونت و محبت آمیز است. ارتباط همدلانه و غیر خشونت آمیز یکی از توانایی‌های هیجانی مهم است که نشانه‌ها و نمودهای آن از اوایل کودکی آغاز می‌شود. مبنای مدل ارتباط بدون خشونت روزنبرگ، مهارت‌های کلامی و ارتباطی است تا توانایی انسان‌ها را در تعامل مثبت، حتی در شرایط سخت، تقویت کند. مدل ارتباط بدون خشونت انسان را به بازسازی چگونگی بیان خود و گوش دادن به دیگران هدایت می‌کند تا به جای واکنش‌های غیر ارادی و از سر عادت، کلمه‌ها و جملاتمان را آگاهانه بر شناخت نسبت به آنچه درک می‌کنیم، احساس می‌کنیم و نیاز داریم برگزینیم. از آن جایی که کودکان دارای مشکلات رفتاری فاقد مهارت همدلی می‌باشند و از سویی در روابط خود با والدین، معلمان و همسالان دچار اشکال می‌باشند، به نظر می‌رسد الگویی که بر آموزش شیوه‌های کار آمد ارتباطی و همچنین افزایش مهارت همدلی تاکید دارد؛ در کاهش مشکلات رفتاری این کودکان موثر واقع شود. از سوی دیگر پژوهش‌های متعدد به اهمیت شیوه‌های تعاملی والدین در پدید آمدن مشکلات رفتاری تاکید کرده‌اند و در این الگو نیز به اصلاح نوع تعامل والدین در کنار آموزش‌های فردی کودک تاکید می‌شود. بنابراین برنامه الگوی ارتباط بدون خشونت روزنبرگ یک درمان موثر برای کاهش مشکلات رفتاری کودکان می‌باشد.

در نتیجه گیری نهایی می‌توان به این نکته اشاره نمود که از بین دو شیوه مداخله بر نشانگان برونی‌سازی شده کودکان یعنی شیوه درمان شناختی - رفتاری و شیوه آموزش ارتباط بدون خشونت، درمان شناختی - رفتاری نسبت الگوی ارتباط بدون خشونت تاثیر بیشتری بر کاهش نشانگان برونی‌سازی کودکان داشته است. به بیان دیگر در پژوهش حاضر نتایج حاکی از آن بود که شیوه درمان شناختی - رفتاری در مقایسه با شیوه دیگر مفیدتر است و اثربخشی بهتر دارد. هم چنین آموزش الگوی ارتباط بدون خشونت باعث کاهش نشانگان برونی‌سازی شده کودکان شده است. بنابراین نتایج پژوهش می‌تواند به منظور انتخاب مداخله‌های درمانی مناسب برای کودکان دارای نشانگان برونی‌سازی مورد استفاده قرار گیرد. رویکردهای مختلف روان شناختی توانسته‌اند در کنار رویکردهای دارو درمانی موفقیت‌هایی 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 توانمندی‌های قابل توجهی برای کار با اختلالات رفتاری در بین کودکان دارد.

همچنین می‌توان گفت آموزش الگوی ارتباط بدون خشونت باعث ایجاد نگرشی متفاوت نسبت به ابتدای دوره درمان در کودکان شده است. اختلالات برونی‌سازی شده از جمله اختلالات رایج در کودکان بوده و بخش وسیعی از موارد بالینی را شامل می‌شوند. این اختلالات پیشرونده و مزمن بوده و مشکلات فزاینده ای در زندگی کودک و خانواده اش ایجاد می‌کند و فرد مبتلا را با خطر ابتلا به اختلالات وخیم تر در دوران بزرگسالی مواجه می‌سازند. حسب نتایج پژوهش حاضر، یکی از بهترین مداخلات درمانی، فنون آموزش شناختی رفتاری می‌باشد. به واسطه مداخله شناختی - رفتاری کودکان دارای اختلالات رفتاری برونی‌سازی شده قادر می‌شوند رفتار خویش را درونی سازند و همین امر به مثابه نقطه اتکای خود کنترلی عمل می‌کند. این مهم، درخصوص کودکان با نیازهای خاص که از مشکلات رفتاری بیشتری نیز برخوردار می‌باشند، اهمیتی مضاعف می‌یابد. کودکانی که مشکلات رفتاری برونی‌سازی شده دارند باید به دنبال کمک به آن‌ها در همان سال‌های اولیه کودکی برای جلوگیری از هر گونه عواقب منفی آینده بود. پروتکل‌های 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.

با در نظر گرفتن نتایج این پژوهش، پیشنهادات کاربردی زیر مطرح می‌شوند:

- یافته‌های این پژوهش و سایر پژوهش‌های مشابه در زمینه اثربخشی آموزش گروهی در اختیار مراکز مشاوره قرار گیرد تا آن‌ها در جریان تاثیر مثبت و موثر این گونه شیوه‌های درمانی قرار گیرند.

- به مسئولان و مدیران کلینیک‌های درمانی در مورد کودکان توصیه می‌شود که با تامین بودجه لازم برای فعال تر نمودن دفاتر و مراکز مشاوره روان درمانی تخصصی، امکان گسترش اقدامات و انجام مداخله‌های مربوط به کودک را بیش از گذشته فراهم نمایند.

- با توجه به اثربخشی آموزش گروهی شناختی- رفتاری بر کاهش نشانگان برونی سازی شده کودکان، پیشنهاد می‌شود بخش‌ها و مراکز مشاوره، با بهره مندی از افراد با تجربه در این زمینه دوره‌های مستمر و منظم مداخله شناختی رفتاری گروهی دایر و آن را در سطح گسترده تری برای این کودکان اجرا نمایند.

- با توجه به اثربخشی آموزش الگوی ارتباط خشونت، پیشنهاد می‌شود که درمانگران بیشتری با این برنامه آشنا شوند و از این الگو در درمان استفاده کنند.



## REFERENCE

- **Achenbach T, Rescorla L.** Manual for the ASEBA Brief Problem Monitor (BPM). Tehran: Exceptional Children Research Institute, 2003 (In Persian)
- **American Psychology Association.** Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. Washington, American Psychological Association, 1994
- **Barzegar Z, Pourmohamadrezatajrishi M, Behnia F.** The effectiveness of playing on externalizing problems in preschool children with behavioral problems. *Journal of Behavioral Sciences.* 2012; 6 (4):13-14 (In Persian)
- **Battagliese G, Caccetta M, Luppino OI, Baglioni C, Cardi V, Mancini F, Buonanno C.** Cognitive-behavioral therapy for externalizing disorders: A meta-analysis of treatment effectiveness. *Behaviour research and therapy.* 2015; 31(75):60-71.
- **Butler AC, Chapman JE, Forman EM, Beck AT.** The empirical status of cognitive-behavioral therapy: a review of meta-analyses. *Clinical psychology review.* 2006 Jan 31;26(1):17-31.
- **Cutierrez SM, Escarti CA, Pasual C.** Relationships among empathy, prosocially behavior, aggressiveness, self- efficacy and pupil's personal and social responsibility. *Psicothema.* 2011; 23(1): 9-13
- **Dadsetan P, Ghanbari S, Heydari M.** The Effectiveness of Behavioral Parent Training on Reducing Externalization Problems in 7 to 9 Years Old Children. *Journal of Psychology.* 2014; 17 (4): 401-419
- **Eisenberg N, McNally S.** Socialization and mothers' and adolescents' empathy-related characteristics. *Journal of Research on Adolescence.* 1993; 3(2): 171-191
- **Gamari H, nader M, savari H.** Effectiveness of the cognitive behavior therapy and mindfulness in crack abuser's mental health. *sh-addiction.* 2014; 1 (4):47-62 (In Persian)
- **Hofmann SG, Asnaani A, Vonk IJ, Sawyer AT, Fang A.** The efficacy of cognitive behavioral therapy: A review of meta-analyses. *Cognitive therapy and research.* 2012 ; 36(5):427-40.
- **Lee L, Littlejohns S.** Deconstructing Agnes–externalization in systemic supervision. *Journal of Family Therapy.* 2007; 29(3): 238-248
- **Liu J.** Childhood externalizing behavior: theory and implications. *Journal of child and adolescent psychiatric nursing.* 2004; 17(3): 93-103
- **Lochman JE, Powell NP, Boxmeyer CL, Jimenez-Camargo L.** Cognitive-behavioral therapy for externalizing disorders in children and adolescents. *Child Adolesc Psychiatr Clin N AM.* 2011; 20(2); 305-318
- **Mahmoudi N, Naseh A, Tizdast T.** The Effectiveness of Group Story–Based Social Skills Training on Children Externalizing Behavior Problems. *Journal of Developmental Psychology.* 2013; 35(9); 249-257 (In Persian)
- **Museux AC, Dumont S, Careau E, Milot É.** Improving interprofessional collaboration: The effect of training in nonviolent communication. *Social work in health care.* 2016 2;55(6):427-39.
- **Rajabi Z, Najafi M, Mohammad Rezaee A.** Effectiveness of Cognitive–Behavioral Group Therapy in Reducing Children's Aggression. *Clinical Phycology Studies.* 2013; 10(3): 55-71 (In Persian)
- **Roberts W, Strayer J.** Empathy, emotional expressiveness, and prosocial behavior. *Child development.* 1996; 67(2): 449-470
- **Rosenberg M.** *Nonviolent Communication: A language of compassion.* Del Mar, CA: Puddle Dancer Press, 1999
- **Sadock BJ, SadockVA.** *Kaplan & Sadock's concise textbook of clinical psychiatry.* Lippincott Williams & Wilkins, 2008.
- **Saleh J, Mahmoudi O, Paydar M.** Efficacy of Cognitive-Behavioral Therapy on the Reduction of Depression among Students. *JCMH.* 2015; 2 (1):83-88 (In Persian)
- **Sarihi N, Pournesaei GS, Nikaghlagh M.** Effectiveness of group play therapy on behavior problems in preschool children. *Journal of Analytical – Cognitive Psychology.* 2015; 23(6); 35-41(In Persian)
- **Schroeder EF, Suveg C, Safford S, Kendall PC.** Comorbid Externalizing Disorders and child Anxiety treatment outcomes. *Behaviour change.* 2012; 21(1):14\_25

- **Shubina I.** Counseling and therapy of patients with behavioural disorders using the cognitive behavioural approach. *Procedia social and behavioral sciences*. 2016; 217,1008\_1018
- **Sprich SE, Safren SA, Finkelstein D, Remmer JE, Hammerness P.** A randomized controlled trial of cognitive behavioral therapy for ADHD in medication treated adolescents. *Journal of child psychology and psychiatry*. 2016; 57(11):1218\_1226
- **Sukhodolsky DG, Kassinove H, Gorman BS.** Cognitive-behavioral therapy for anger in children and adolescents: A meta-analysis. *Aggression and violent behavior*. 2004; 9(3): 247-269.
- **Tavoli A, Allahyari A, Azadfalsh P, Fahi-Ashtiani A, Melyani M.** A Comparison of the effectiveness of interpersonal and cognitive behavioral therapies for social anxiety disorder. *Journal of Behavioral Sciences*. 2013; 7 (3):3-4 (In Persian)
- **Yeganeh T, Khanzadeh A, Zarbakhsh MR.** Effectiveness of Social Skill Training via Cognitive-Behavioral Approach on Reducing Symptoms of ADHD Disorder in Students. *Journal of Social Cognition*. 2014; 5(3): 57-72 (In Persian)
- **Zarghami F, Heidarinasab L, Shairi MR, Shahrivar Z.** The Effectiveness of Cognitive Behavior Treatment Based on Kendall's Coping Program on Anxiety Disorders: A Transdiagnostic Approach. *Journal of Developmental Psychology*. 2015; 12 (45); 37-49 (In Persian)