DOI: *10.29252/rbs.19.2.212*

Journal of Research in Behavioral Sciences

Year 2021, Volume 19, Issue 2

Comparison of the effectiveness of cognitive-behavioral and Psychodrama therapy on symptoms of externalized disorders in children

Sakine Karimi[1], Mahboubeh Chin Aveh[2], Samad Fereydoni[3]

1. PhD Student, Department of Psychology, Arsanjan Branch, Islamic Azad University, Arsanjan, Iran
2. (Corresponding author)* Assistant Professor, Department of Psychology, Arsanjan Branch, Islamic Azad University, Arsanjan, Iran
3. Shiraz University of Medical Sciences, Shiraz, Iran

Abstract

Aim and Background: Psychodrama is a type of emotional discharge that reopens a specific person's personality problem and presents aspects of his life and its comparison with cognitive-behavioral therapy can determine their effectiveness; Therefore, the aim of the present study was to compare the effectiveness of cognitive-behavioral and Psychodrama therapy on the symptoms of externalized disorders in children aged 7 to 12 years.

Methods and Materials: The research method is quasi-experimental (quasi-experimental) studies with pre-test, post-test and follow-up with a control group. The sample group was available among 24 children who were registered at Ava Mehr Pasargad Counseling Center to diagnose the symptoms of externalized disorder and met the necessary criteria to participate in the study, 24 people were randomly selected. They were divided into two experimental groups and one control group. Cognitive-behavioral and Psychodrama were performed for the experimental groups, but the control group did not receive any special intervention. The research instruments included the Achenbach Child Behavior Inventory Questionnaire (parents' version). Analysis of covariance and Tukey post hoc test were used to analyze the data and examine the relationships between variables.

Findings: The results showed that there was no significant difference between the effectiveness of cognitive-behavioral therapy and psychodrama therapy in the variables of aggressive behavior and law-breaking behavior in the post-test stage ($P \geq 0.001$) but there was a significant difference in the follow-up stage in the law-breaking behavior variable. .000.001) According to the effect size values for the variables of aggressive behavior and law-breaking behavior in cognitive-behavioral therapy and psychodrama, it was found that the effectiveness of psychodrama is more than cognitive-behavioral therapy ($P \leq 0.001$).

Conclusions: It seems that cognitive-behavioral therapy is more useful than psychodrama in improving aggressive behaviors.

Keywords: Cognitive-Behavioral Therapy, Psychodrama, Externalized Disorders

Citation: Karimi S, Chin Aveh M, Fereydoni S. **Comparison of the effectiveness of cognitive-behavioral and Psychodrama therapy on symptoms of externalized disorders in children**. Res Behav Sci 2021; 19(2): 212-224.

* **Mahboubeh Chin Aveh**
Email: hivachinaveh@gmail.com

[Downloaded from rbs.mui.ac.ir on 2025-12-14]
[DOR: 20.1001.1.17352029.1400.19.2.16.5]
[DOI: 10.52547/rbs.19.2.212]

مقایسه اثربخشی درمان شناختی– رفتاری و روان‌نمایشگری بر نشانه‌های اختلال‌های برونی‌سازی شده کودکان

سکینه کریمی[۱]، محبوبه چین‌آوه[۲]، صمد فریدونی[۳]

۱- دانشجوی دکتری، گروه روانشناسی، واحد ارسنجان، دانشگاه آزاد اسلامی، ارسنجان، ایران.

۲- (نویسنده مسئول)* استادیار، گروه روانشناسی، واحد ارسنجان، دانشگاه آزاد اسلامی، ارسنجان، ایران.

۳- دانشگاه علوم پزشکی شیراز، شیراز، ایران

[Downloaded from rbs.mui.ac.ir on 2025-12-14]

[DOR: 20.1001.1.17352029.1400.19.2.16.5]

[DOI: 10.52547/rbs.19.2.212]

چکیده

زمینه و هدف: روان‌نمایشگری نوعی تخلیه هیجانی است که به بازگشایی مشکل شخصیتی یک فرد مشخص و ارائه جنبه‌هایی از زندگی او می‌پردازد و مقایسه آن با درمان شناختی-رفتاری می‌تواند تعیین‌کننده میزان اثربخشی آن‌ها باشد؛ بنابراین هدف از پژوهش حاضر مقایسه اثربخشی درمان شناختی- رفتاری و روان‌نمایشگری بر نشانه‌های اختلال‌های برونی‌سازی شده کودکان ۷ تا ۱۲ سال می‌باشد.

مواد و روش‌ها: روش پژوهش از نوع مطالعات نیمه‌تجربی (شبه‌آزمایشی) است که با طرح پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری به همراه گروه کنترل صورت پذیرفت. گروه نمونه به‌صورت در دسترس از بین کودکانی که در مراجعه به مرکز مشاوره آوای مهر پاسارگاد، تشخیص نشانه‌های اختلال برونی‌سازی شده برای آنان ثبت شده بود و واجد ملاک‌های لازم جهت شرکت در پژوهش بودند، تعداد ۲۴ نفر به‌صورت تصادفی در دو گروه آزمایش و یک گروه کنترل قرار گرفتند. درمان شناختی- رفتاری و روان‌نمایشگری برای گروه‌های آزمایشی اجرا گردید، اما گروه کنترل هیچ مداخله خاصی دریافت نکرد. ابزارهای پژوهش شامل پرسشنامه سیاهه‌ی رفتاری کودک آخنباخ (نسخه والدین) بود. برای تجزیه‌وتحلیل داده‌ها و بررسی روابط بین متغیرها از تحلیل کوواریانس و آزمون تعقیبی توکی و آزمون t مستقل استفاده گردید.

یافته‌ها: نتایج تحقیق نشان داد که بین اثربخشی درمان شناختی رفتاری و درمان روان نمایشگری در متغیرهای رفتار پرخاشگری و رفتار قانون شکنانه در مرحله پس‌آزمون تفاوت معناداری وجود ندارد ($P\geq0.001$) ولی در مرحله پیگیری در متغیر رفتار قانون شکنانه تفاوت معنی‌داری وجود دارد ($P\leq0.001$). با توجه به مقادیر اندازه اثر برای متغیرهای رفتار پرخاشگری و رفتار قانون شکنانه در درمان شناختی رفتاری و روان نمایشگری مشخص گردید اثربخشی درمان روان نمایشگری بیشتر از درمان شناختی رفتاری می‌باشد ($P\leq0.001$).

نتیجه‌گیری: به نظر می‌رسد که روش درمان روان‌نمایشگری نسبت به درمان شناختی-رفتاری در بهبود رفتارهای پرخاشگرانه و قانون شکنانه سودمندتر می‌باشد.

واژه‌های کلیدی: درمان شناختی- رفتاری، روان‌نمایشگری، اختلال‌های برونی‌سازی شده

ارجاع: کریمی سکینه، چین‌آوه محبوبه، فریدونی صمد. **مقایسه اثربخشی درمان شناختی- رفتاری و روان‌نمایشگری بر نشانه‌های اختلال‌های برونی‌سازی شده کودکان.** مجله تحقیقات علوم رفتاری ۱۴۰۰؛ ۱۹(۲): ۲۲۴-۲۱۱.

*- **محبوبه چین‌آوه**

رایانامه: hivachinaveh@gmail.com

مقدمه

اختلال‌های برونی‌سازی شده ازجمله مشکلاتی است که در دوران کودکان با پیامدهای منفی تحصیلی، اجتماعی، رفتاری و سلامتی همراه است و خانواده و جامعه را تحت تأثیر قرار می‌دهد. مشکلات رفتاری به شرایطی گفته می‌شود که پاسخ‌های هیجانی و رفتاری فرد در مدرسه با هنجارهای سنی، فرهنگی و قومی در تناقض باشد و بر عملکرد تحصیلی فرد، مراقبت از خود، روابط اجتماعی و سازگاری فردی نیز تأثیر منفی بگذارد. این مشکلات باید حداقل در دو موقعیت متفاوت بروز کنند (۱). تاکنون طبقه‌بندی‌های گوناگونی برای مشکلات رفتاری انجام‌شده است، اما از مهم‌ترین آن‌ها قراردادن مشکلات رفتاری در دو مقوله درونی سازی و برونی‌سازی است. مشکلات رفتار برونی‌سازی، به‌صورت تعارض با دیگران و هنجارهای اجتماعی توصیف می‌شود و رفتارهای قانون‌شکنی و رفتار پرخاشگرانه را شامل می‌شود. اغلب کودکان با اختلالات رفتاری، احساساتی منفی داشته و با دیگران بدرفتاری می‌کنند. علاوه بر این، انزوای اجتماعی این کودکان باعث بروز رفتارهای پرخاشگرانه بیشتر در آن‌ها می‌شود و بنابراین، مجموعه این عوامل، آن‌ها را در معرض خطر بروز رفتارهای ضداجتماعی قرار می‌دهد (۲). در نشانه‌های برونی‌سازی شده مشکلات معمولاً به سمت بیرون از فرد معطوف هستند، مثل برون‌ریزی، لجبازی، مشکل سازی و نافرمانی. کودکانی که مشکلات رفتاری جدی نشان می‌دهند (مثل دعوا، تعرض و تهدید)، معمولاً در کنترل و تنظیم رفتارها و هیجانات خود مشکلات جدی دارند. این مشکلات معمولاً مخفی نیستند و شناسایی آن‌ها آسان است، زیرا به‌طور مستقیم می‌توان آن‌ها را مشاهده کرد. اختلالات برونی‌سازی شده نوعاً به‌واسطه ترکیبی از کنش‌های تکانه‌ای، افراطی پرخاشگرانه و بزهکارانه مشخص می‌شود. این اختلالات، شامل گستره وسیعی از رفتارهای برون‌ریز از رفتارهای آزاردهنده ولی ملایم مانند، عدم توافق و بدخلقی تا رفتارهای وخیم می‌توانند پرخاشگری فیزیکی و دزدی باشد (۳). اختلال‌های برونی‌سازی شده الگوهای رفتاری سازش نایافته‌ای است که در تعارض با دیگر افراد و انتظارهایشان قرار می‌گیرد. این گروه از اختلال‌ها که در گستره پژوهشی با عناوینی مانند مشکلات رفتاری، مشکلات انضباطی رفتارهای اغتشاش‌آمیز، بزهکاری، گذار به عمل، رفتارهای غیرقابل‌مهار و غیر مشخص می‌شوند، طیف وسیعی از مشکلات را دربر می‌گیرند که آثار مخربی بر کودک و نوجوان و درمجموع بر کل جامعه داشته باشند. نشانه‌های این دسته از اختلالات برخلاف رفتارهای برونی‌سازی شده در رفتارهای برونی کودکان و نوجوانان ظاهر و نمایانگر عمل منفی کودک و نوجوانان بر محیط بیرونی هستند (۴)

درمان شناختی- رفتاری، یک رویکرد روان‌درمانی است که احساسات ناکارآمد و رفتارها، فرایندها و مضامین شناختی ناسازگارانه را، از طریق شماری از روش‌های سیستماتیک، صریح و هدف‌مدار نشانه می‌گیرد. این روش اشاره به رفتاردرمانی، شناخت درمانی و به ترکیبی درمانی از این دو بر اساس اصول پایه و پژوهش‌های رفتاری و شناختی دارد (۵). بسیاری از این درمانگران با مشکلاتی از قبیل اضطراب و افسردگی بر اساس مجموعه‌ای از روش‌های شناختی و رفتاری مقابله می‌کنند. این روش اذعان دارد که ممکن است رفتارهایی باشند که از طریق تفکر عقلانی قابل‌کنترل نباشند. رفتاردرمانی شناختی با «تمرکز بر حل مسئله» عهده‌دار حل مشکلات به خصوصی می‌شود و در این رویکرد درمانگر با «عمل‌گرایی» تلاش می‌کند با کمک به مراجع در انتخاب استراتژی خاصی برای مواجهه با مشکل به او کمک کند (۶). همچنین درمان شناختی رفتاری، یک روش روان‌درمانی کوتاه‌مدت است که روان‌درمانگران از آن برای آموزش افراد استفاده می‌کنند و احساسات و رفتارهای آن‌ها را از طریق تغییر الگوهای فکری و باورهایشان، تغییر می‌دهند. در حقیقت اساس رفتاردرمانی شناختی این است که نوع تفکر و الگوهای فکری و شناخت ما از محیط اطراف و خودمان و البته تفسیر شخصی ما از اتفاقات زندگی، باعث بروز رفتارها و احساسات ما می‌شود و به‌طورکلی ما هرطور که فکر کنیم، همان‌طور هم احساس می‌کنیم و رفتارهای ما متناسب با همان افکار و احساسات شکل می‌گیرند (۷).

از سویی دیگر یکی دیگر از مداخلاتی که می‌تواند در بهبود کارکردهای اجرایی اثربخش باشد درمان روان‌نمایشگری (سایکودراما) است. روان‌نمایشگری، نوعی روان‌درمانی گروهی محسوب می‌شود که هدف آن پیشبرد انسجام و ساختار شناختی درباره تجربه هیجانی در نمایشی تئاترگونه است. به عبارتی این روش درمانی نوعی تخلیه هیجانی است که به بازگشایی مشکل شخصیتی یک فرد مشخص و ارائه جنبه‌هایی از زندگی او می‌پردازد و علاوه بر آن نقش او را در روابط بین‌فردی به حضار نشان می‌دهد. در روان‌نمایشگری حوادث گذشته با ترس‌هایش و آینده با امیدهایش به زمان حال انتقال‌یافته و حل می‌شود (۸).

[Downloaded from rbs.mui.ac.ir on 2025-12-14]
[DOR: 20.1001.1.17352029.1400.19.2.16.5]
[DOI: 10.52547/rbs.19.2.212]

درمان روان‌نمایشگری یکی از انواع گروه درمانگری‌هاست که به شخص کمک می‌کند تا ابعاد روان‌شناختی مسئله‌اش را از طریق به نمایش درآوردن آن‌ها و نه‌فقط از راه گفتگو بازنگری و کشف کند. این رویکرد که از تصویرسازی ذهنی، تخیل، اعمال بدنی و پویایی گروه استفاده می کنه ترکیبی از هنر، بازی، حساسیت عاطفی و تفکر صریح است که با تسهیل در رها کردن عواطف حبس شده به افراد در کسب رفتارهای جدید و مؤثرتر و گشودن راه‌های نامکشوف حل تعارض و همچنین شناخت قالب خویشتن کمک می‌کند (۹). درمان روان‌نمایشگری تحلیل شناختی را با ابعاد تجربی و کنشی پیوند می‌دهد. در عمل پیاده کردن تعامل بین فردی در یک مسئله، درگیر کردن جسم و ذهن به این‌که رویدادی در زمان حال در حال وقوع است، نظرات و احساس‌هایی را به سطح آگاهی فرد منتقل می‌کند که فقط در حالت گفتگو در مورد آن مسئله امکان‌پذیر نیست. وجوه غیرکلامی نه‌فقط در کم و کیف رابطه اثر دارند، بلکه سرنخ‌هایی از انگیزه‌ها و نگرش‌های نهفته درونی هستند مثلاً از بروز رفتارهایی با شدت عصبانیت بیشتر یا حالت‌های ترس آشکارتر سبب آگاهی به هیجان‌هایی می‌شود که ممکن است در فرد نهفته و فروخورده شده باشند (۱۰).

پژوهش‌های اندکی به اثربخشی درمان شناختی- رفتاری و روان‌نمایشگری بر اختلال‌های برونی‌سازی شده کودکان پرداختند. برای مثال گیوه‌چی و همکاران (۱۱) در پژوهشی تحت عنوان اثربخشی درمان شناختی رفتاری بر کاهش مشکلات برونی‌سازی شده کودکان که بر روی ۲۰ کودک دارای نشانگان برونی‌سازی شده از بین کودکان ۵ تا ۸ سال شهر تهران انجام شد نشان دادند که تفاوت معناداری بین گروه آزمایشی شناختی رفتاری و گروه کنترل در مرحله پس‌آزمون وجود داشت و همچنین نتیجه در مرحله پیگیری باثبات همراه بوده است. شیشه‌فر و همکاران (۱۲) در پژوهشی تحت عنوان مقایسه اثربخشی آموزش مهارت‌های شناختی اجتماعی با بازی‌درمانی شناختی- رفتاری بر مهارت‌های اجتماعی و مقبولیت اجتماعی کودکان با اختلالات رفتار ایذایی که بر روی ۴۶ کودک پایه اول و دوم ابتدایی مناطق ۱، ۲ و ۳ شهر کرج در سال ۱۳۹۵ که به دو گروه آموزش مهارت‌های شناختی اجتماعی و گروه آموزش بازی‌درمانی شناختی رفتاری تقسیم‌شده بودند، انجام شد نشان دادند که دو گروه ازنظر شدت تأثیر دو مداخله تفاوت معناداری باهم ندارند، ولی هر دو مداخله مهارت‌های شناختی اجتماعی و بازی‌درمانی شناختی- رفتاری، موجب تحول مهارت‌های اجتماعی و مقبولیت اجتماعی در دو گروه آزمایش شد. از این پژوهش چنین نتیجه‌گیری شده است که آموزش مهارت‌های شناختی اجتماعی و بازی‌درمانی شناختی اجتماعی هر دو در تحول مهارت‌های اجتماعی و مقبولیت اجتماعی کودکان با اختلالات رفتاری مؤثر هستند و می‌توان از آن‌ها در مداخلات بالینی استفاده کرد. گیوه‌چی و همکاران (۱۳) در پژوهشی تحت عنوان مقایسه اثربخشی درمان شناختی رفتاری و الگوی ارتباط بدون خشونت بر کاهش مشکلات برونی‌سازی شده کودکان که بر روی ۳۰ کودک دارای نشانگان برونی‌سازی شده از بین کودکان ۵ تا ۸ سال شهر تهران انجام شد نشان دادند که در نمرات نشانگان برونی‌سازی شده کودکان در دو گروه آزمایشی در مقایسه با قبل و بعد از مداخله تفاوت معنی‌دار و پایداری وجود داشته است. درحالی‌که در نمرات کودکان گروه کنترل که مداخله دریافت نکرده‌اند، تفاوت معنی‌داری وجود نداشته است. ضمن این‌که از دو روش مداخله‌ای، روش‌شناختی رفتاری، در کاهش نشانگان برونی‌سازی شده کودکان مؤثرتر بوده است. از این پژوهش چنین نتیجه‌گیری شده است که با توجه به تأثیر درمان‌های روان‌شناختی فوق در کاهش نشانگان برونی‌سازی شده کودکان، به نظر می‌رسد که این روش‌ها می‌توانند در حوزه درمان مشکلات رفتاری کودکان مؤثر واقع شوند. چاندلر و همکاران (۱۴) در پژوهشی تحت عنوان اثربخشی درمان شناختی رفتاری گروهی بر اختلالات فردی نتایج نشان دادند که درمان شناختی-رفتاری بر کاهش نشانگان اختلالات فردی مؤثر است. کورز و همکاران (۱۵) در پژوهشی تحت عنوان رفتاردرمانی شناختی برای کودکان مبتلابه اختلال طیف اوتیسم: یک مطالعه مشاهده‌ای آینده‌نگر نشان دادند که درمان شناختی-رفتاری بر کاهش نشانگان اختلالات برونی‌سازی شده کودکان، کاهش نگرانی والدین و کاهش علائم افسردگی مادر اثربخش است. باتاگیلز و همکاران (۱۶) در پژوهشی تحت عنوان درمان شناختی-رفتاری برای اختلالات برونی‌سازی شده: متاآنالیز اثربخشی درمان نشان دادند که درمان شناختی-رفتاری بر کاهش نشانگان اختلالات برونی‌سازی شده کودکان، کاهش نگرانی والدین و کاهش علائم افسردگی مادر اثربخش است.

تحقیقات مربوط به روان نمایشگری بیشتر در ارتباط با تنظیم و خودگردانی هیجانی کودکان (۱۷, ۱۸) انجام‌شده است و با توجه به اینکه مشکلات رفتاری کودکان می‌تواند در ارتباط با هیجانات باشد (۱) محقق از این رویکرد در جهت مقایسه با درمان شناختی- رفتاری استفاده نموده است تا میزان اثرگذاری

[Downloaded from rbs.mui.ac.ir on 2025-12-14]
[DOR: 20.1001.1.17352029.1400.19.2.16.5]
[DOI: 10.52547/rbs.19.2.212]

هر رویکرد مشخص شود. با توجه به اهمیت و نقشی که مقایسه درمان شناختی- رفتاری و روان‌نمایشگری بر نشانه‌های اختلال‌های برونی‌سازی شده‌ی کودکان به عهده دارد، پژوهش حاضر باهدف مقایسه درمان شناختی- رفتاری و روان‌نمایشگری بر نشانه‌های اختلال‌های برونی‌سازی شده‌ی کودکان ۷ تا ۱۲ سال طراحی‌شده است.

مواد و روش‌ها

پژوهش حاضر از نوع مطالعات نیمه‌تجربی (شبه‌آزمایشی) است که با طرح پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری به همراه گروه کنترل به مقایسه درمان شناختی- رفتاری و روان‌نمایشگری بر نشانه‌های اختلال‌های برونی‌سازی شده‌ی کودکان ۷ تا ۱۲ سال اجرا گردید. جامعه آماری پژوهش حاضر شامل؛ کلیه کودکان دارای نشانگان اختلال در کارکردهای اجرایی در سال ۱۳۹۸، بود که توسط والدینشان جهت درمان به مرکز مشاوره آوای مهر شهرستان پاسارگاد مراجعه و توسط فرد متخصص (روان‌شناس بالینی و روان‌پزشک) تشخیص نشانه‌های اختلال‌های برونی‌سازی شده دریافت کرده بودند. لذا کودکان دارای نشانگان اختلال به‌صورت نمونه در دسترس انتخاب شدند به این صورت که ۲۴ نفر از کودکانی که واجد ملاک‌های شمول بودند در جریان پژوهش قرارگرفته و با موافقت والدین، آنان فرم رضایت امضا و به‌عنوان نمونه پژوهش انتخاب شدند و به‌طور تصادفی در دو گروه آزمایشی مداخله درمان شناختی- رفتاری (۸ نفر)؛ مداخله روان‌نمایشگری ۸ نفر و گروه کنترل (۸ نفر)، قرار داده گرفتند.

ابتدا مجوزهای لازم جهت اجرا پژوهش از دستگاه‌های مقتضی (دانشگاه و مرکز مشاوره آوای مهر شهرستان پاسارگاد) اخذ گردید و سپس از بین کودکان دارای نشانگان اختلال، مراجعه‌کننده به مرکز مشاوره آوای مهر شهرستان پاسارگاد توسط متخصص (روان‌شناس بالینی و روان‌پزشک) تشخیص نشانه‌های اختلال‌های برونی‌سازی شده دریافت نمودند، سپس پیش‌آزمون به‌وسیله پرسشنامه سیاهه‌ی رفتاری کودک آخنباخ (نسخه والدین) انجام شد، افراد آزمودنی به ۲ گروه؛ مداخله درمان شناختی-رفتاری و روان‌نمایشگری دو ۱ گروه کنترل (بدون دریافت هیچ‌گونه مداخله) تقسیم شدند، پس از اتمام دوره‌های گروه‌درمانی (که پروتکل درمانی و شرح اجرا به‌صورت کامل در ذیل ذکر گردیده است)، مجدداً پرسشنامه‌های فوق-الذکر بین هر سه گروه توزیع و پس از ۳ ماه، آزمون پیگیری انجام شد. سپس داده‌ها با استفاده از نرم‌افزار SPSS نسخه ۲۵ مورد تحلیل آماری قرار گرفتند.

ملاک‌های ورود کودکان دارای نشانگان اختلال به پژوهش شامل: ۱- آزمودنی در زمان انجام پژوهش با تشخیص ثبت‌شده در پرونده تحت عنوان نشانه‌های اختلال برونی‌سازی شده دریافت کرده باشد ۲- آزمودنی در محدوده سنی بین ۷ تا ۱۲ سال باشد ۳- آزمودنی فاقد اختلالاتی نظیر اختلال بینایی یا اختلال شنوایی، فاقد مشکلات و بیماری‌های روان‌پزشکی تأثیرگذار بر کارکردهای شناختی و همچنین فاقد بیماری‌های جسمی مزمن باشد. همچنین ملاک‌های خروج از پژوهش شامل: ۱- غیبت بیش از دو جلسه در مداخلات درمانی ۲- عدم تمایل والدین یا خود آزمودنی برای ادامه فرآیند مداخلات ۳- عدم تکمیل پرسشنامه‌ها در مراحل مختلف پژوهش بود.

به‌منظور گردآوری داده‌ها، در این پژوهش از سیاهه‌ی رفتاری کودک آخنباخ (نسخه والدین) استفاده شد که به‌طور خلاصه شرح زیر می‌باشد:

سیاهه‌ی رفتاری کودک آخنباخ (نسخه والدین):

سیاهه‌ی رفتاری کودک از مجموعه فرم‌های موازی آخنباخ ASEBA بوده و مشکلات کودکان و نوجوانان را در ۸ عامل اضطراب/ افسردگی، انزوا/ افسردگی، شکایت‌های جسمانی، مشکلات اجتماعی، مشکلات تفکر، مشکلات توجه، نادیده گرفتن قواعد و رفتار پرخاشگرانه ارزیابی می‌کند. دو عامل نادیده گرفتن قواعد و رفتار پرخاشگرانه عامل مرتبه دوم مشکلات برونی‌سازی‌شده را تشکیل می‌دهند. این پرسشنامه مشکلات عاطفی- رفتاری و همچنین توانمندی‌ها و شایستگی‌های تحصیلی و اجتماعی کودکان ۱۸-۶ سال را از دیدگاه والدین موردسنجش قرار می‌دهد و نوعاً در ۲۰ الی ۲۵ دقیقه تکمیل می‌شود. سیاهه‌ی رفتاری کودکان ابزاری است که توسط یکی از والدین یا فرد دیگری که با شایستگی‌ها و مشکلات رفتاری کودک به‌خوبی آشناست تکمیل می‌گردد. این ابزار را هم می‌توان به‌صورت خودگزارشی و هم به‌صورت مصاحبه اجرا کرد. همچنین سیاهه‌ی رفتاری کودکان را می‌توان به‌منظور اندازه‌گیری تغییرات رفتاری کودک در زمان یا به دنبال درمان مورداستفاده قرارداد. این پرسشنامه ۱۱۵ سؤال در رابطه با انواع حالات رفتاری کودکان تشکیل‌شده است. پاسخ به سؤالات این پرسشنامه به‌صورت لیکرت ۳ گزینه‌ای از ۰ تا ۲ می‌باشد. بدین

[Downloaded from rbs.mui.ac.ir on 2025-12-14]
[DOR: 20.1001.1.17352029.1400.19.2.16.5]
[DOI: 10.52547/rbs.19.2.212]

ترتیب که نمره "۰" به مواردی تعلق می‌گیرد که هرگز در رفتار کودک وجود ندارد؛ نمره "۱" به حالات و رفتارهایی داده می‌شود که گاهی اوقات در کودک مشاهده می‌شود و نمره "۲" نیز به مواردی داده می‌شود که بیشتر مواقع یا همیشه در رفتار کودک وجود دارد. این فرم، ۸ مشکل یا سندرم عاطفی- رفتاری را اندازه می‌گیرد که عبارت است از: رفتار قانون‌شکنی (شامل مواد ۲، ۲۶، ۲۸، ۳۹، ۴۳، ۶۳، ۶۷، ۷۲، ۷۳، ۸۱، ۸۲، ۹۰، ۹۶، ۹۹، ۱۰۱، ۱۰۵ و ۱۰۶)؛ رفتار پرخاشگری (شامل مواد ۳، ۱۶، ۱۹، ۲۰، ۲۱، ۲۲، ۲۳، ۲۷، ۳۷، ۵۷، ۶۸، ۸۶، ۸۷، ۸۸، ۸۹، ۹۴، ۹۵، ۹۷ و ۱۰۴). در مورد تفسیر نمرات آزمون چنان‌که آخنباخ (۱۹۹۱) اذعان می‌دارد در مقیاس‌های مشکلات رفتاری درونی‌سازی شده و برونی‌سازی شده و مشکلات کلی اگر نمره‌ی T فرد کمتر از ۶۰ باشد در محدوده‌ی نرمال یا غیر بالینی و اگر نمره‌ی T بین ۶۳-۶۰ باشد در محدوده‌ی مرزی- بالینی و اگر نمره‌ی T بزرگ‌تر از ۶۳ باشد در محدوده‌ی بالینی قرار دارد. همچنین در مقیاس‌های ۸ مشکل یا سندرم عاطفی- رفتاری اگر نمره‌ی T فرد کمتر از ۶۵ باشد در محدوده‌ی نرمال یا غیر بالینی و اگر نمره‌ی T بین ۶۹-۶۵ باشد در محدوده‌ی مرزی-بالینی و اگر نمره‌ی T بزرگ‌تر از ۶۹ باشد در محدوده‌ی بالینی قرار دارد. ضرایب کلی اعتبار فرم‌های سیاهه‌ی رفتاری کودکان با استفاده از آلفای کرونباخ ۰/۹۷ و با استفاده از اعتبار بازآزمایی ۰/۹۴ گزارش شده است.

پروتکل گروه درمان شناختی- رفتاری: برای انجام مداخلات شناختی مداخله ۱۱ جلسه‌ای بر اساس یک پروتکل درمانی که به‌صورت ترکیبی از شناخت‌درمانی بک (۱۹۷۶) و درمان منطقی- هیجانی الیس (۱۹۷۳)، تنظیم گردیده، صورت گرفت.

خلاصه پروتکل درمان شناختی- رفتاری.

جلسه اول باهدف معارفه. در این جلسه ضمن معارفه و آشنایی اعضای گروه کودک با یکدیگر و مطرح کردن قوانین گروه سعی خواهد شد محیطی امن و مناسب برای آزمودنی‌ها و تشویق آن‌ها به همکاری ایجاد شود. پس‌ازآن درباره تفکرات مثبت و منفی، آموزش A.B.C و درمجموع آشنایی با درمان رفتاری- شناختی توضیحاتی ارائه شد و سپس برای منزل تکالیفی مشخص خواهد شد.

جلسه دوم باهدف افکار و احساسات و آنچه انجام می‌دهید. صحبت درباره افکار و احساسات و کاری که کودک انجام می‌دهد، آموزش چگونگی جایگزینی تفکرات ثمربخش و کار عملی دایره جادویی وتله منفی، آزمون اگر/پس چه فکری می‌کنم، چه‌کاری انجام می‌دهم یا چه احساسی دارم. درنهایت برای منزل تکالیفی مشخص خواهد شد (از طریق نقاشی وکاربرگ ها).

جلسه سوم باهدف افکار خودکار. افکار و احساسات، افکار حاد من، افکار خوب درباره خودمان، کار خوب و زیبا درباره آینده‌ام، افکار ناخوشایند درباره خودم، افکار نگران‌کننده درباره کاری که انجام می‌دهم، دیگران چه فکر می‌کنند، بازی گربه و موش و سگ و گربه در فکر کردن (از طریق نقاشی وکاربرگ ها).

جلسه چهارم باهدف اشتباهات تفکر و تشخیص آن‌ها. خطاهای فکری، عینک بدبینی، تفکر سیاه‌وسفید، بزرگ کردن موارد منفی، گلوله برفی، نداشتن نکات مثبت، انتظار شکست، ذهن‌خوانی، غیب‌گویی، استدلال هیجانی، برچسب سطل زباله، مرا سرزنش کن، اهداف غلط که به شکست می‌انجامد (از طریق نقاشی وکاربرگ ها)

جلسه پنجم باهدف تفکر متعادل. جستجو به دنبال مدرک، بهترین دوست، چالش، حمایت، افکار. تفکر متعادل، مدارک مغایر، مدارک حمایت‌کننده، افکار، حرارت‌سنج فکر (از طریق نقاشی وکاربرگ ها).

جلسه ششم باهدف باورهای اساسی. شناسایی باورهای اساسی، چالش باورهای اساسی، باورهای متداول، سنجش افکار (از طریق نقاشی وکاربرگ ها).

جلسه هفتم باهدف کنترل رفتار. افکار و باورهایتان را آزمایش کنید، چالشگر فکر، جستجو برای نکات مثبت، خودگویی مقابله‌ای، گاوصندوق نگرانی، نوار را خاموش‌کنید، موفق بودن را تمرین کنید، توقف فکر (از طریق نقاشی وکاربرگ ها).

جلسه هشتم باهدف چه احساسی دارید. افکار و احساسات، فعالیت‌ها و احساسات، جستجوی لغت به‌وسیله یابنده احساس، هر احساسی به کجا می‌رود، احساسات من و رنگ آن، وقتی غمگین هستم چه اتفاقی می‌افتد، وقتی عصبانی هستم چه اتفاقی می‌افتد، وقتی مضطرب هستم چه اتفاقی می‌افتد، وقتی خوشحال هستم چه اتفاقی می‌افتد، احساسات و مکان‌ها؛ حرارت‌سنج احساس (از طریق نقاشی وکاربرگ ها).

جلسه نهم باهدف کنترل احساسات. اتاق‌های احساس‌های قوی، آتشفشان عصیانی، آموزش آرمیدگی، مکان آرمیدگی من، فعالیت‌های آرام‌بخش من (از طریق نقاشی وکاربرگ ها).

[Downloaded from rbs.mui.ac.ir on 2025-12-14]
[DOR: 20.1001.1.17352029.1400.19.2.16.5]
[DOI: 10.52547/rbs.19.2.212]

جلسه دهم باهدف تغییر دادن رفتار. یادداشت روزانه از فعالیت‌ها، بالا رفتن از نردبان، چیزهایی که موجب می‌شود احساس خوبی داشته باشم، چیزهایی که موجب می‌شود احساس ناخوشایند داشته باشم، کارهایی که دوست دارم انجام دهم، با ترس‌های خود روبه‌رو شوید، گام‌های کوچک، عادت‌های خود را دور بریزید (از طریق نقاشی وکاربرگ ها).

جلسه یازدهم باهدف یادگیری حل مسئله. چرا مشکلات اتفاق می‌افتد، تشخیص راه‌حل‌های ممکن، استفاده از راه‌حل‌های دیگران، پیامدهای راه‌حل‌های من چه چیزهایی هستند، جستجو برای راه‌حل‌ها، درباره انجام کار با خودتان صحبت کنبد، بایستید، برنامه‌ریزی کنید، حرکت کنید (چراغ راهنمایی) (از طریق نقاشی وکاربرگ ها).

پروتکل روان‌نمایشگری: برای انجام مداخلات روان‌نمایشگری، مداخله ۱۲ جلسه‌ای که بر اساس نظریه روان‌نمایشگری که توسط مورینو (۱۹۳۹) تدوین‌شده است، صورت گرفت.

خلاصه پروتکل روان‌نمایشگری

جلسه اول باهدف معارفه. معارفه و آشنایی اعضای گروه با یکدیگر و ارائه توضیحاتی در مورد روان‌نمایشگری. همچنین درباره هدف از تشکیل گروه، ارکان آن، روش‌ها، زمان و همین‌طور قوانین گروه توضیح داده خواهد شد. برای آشنایی اعضاء با یکدیگر از آن‌ها خواسته می‌شود دوبه‌دو رو به روی هم قرار بگیرند و هرکدام خود را در مورد علاقه‌مندی‌ها و خصوصیات به دیگری معرفی کند. سپس هرکدام دوست خود را به گروه معرفی کند. به این صورت اعضاء باهم آشنا خواهند شد و حس برابری و نزدیکی بین آنان و محقق صورت خواهد پذیرفت.

جلسه دوم باهدف اعتمادسازی و انجام تمرینات پرورش بیان. در این جلسه تلاش خواهد شد تا اعضای گروه به روابطشان باهم بیشتر دقت کنند و سعی در شناخت اعضای هم‌گروهی خود داشته باشند. به صورتی که کارگردان از اعضای گروه خواهد خواست تا چند بار به‌صورت گروه‌های دونفری درآمده و خصوصیات اخلاقی و علایق یکدیگر مانند خصوصیات اخلاقی، اسم علائق، ویژگی‌های شخصیتی، شغل دلخواه، آرزوها، رنگ، گل و ... را بشناسند و از آزمودنی‌ها درخواست خواهد شد تا با کلمه من دوست خود را معرفی کنند. بعد از اتمام این تمرین از تکنیک دیگری به اسم رنگ‌ها استفاده خواهد شد. بدین‌صورت که باید به یکی از لحظه‌های زندگی آزمودنی به انتخاب خودش رنگی داده شود و وی باید آن لحظه را برای دوستانش تعریف کند. در اینجا از آزمودنی‌ها خواسته می‌شود تا خاطره‌ای تعریف کنند و به آن‌ها رنگی خاص بدهند و احساسشان را نسبت به آن خاطره بیان کنند

جلسه سوم باهدف آگاهی نسبت به هیجانات خود و دیگران. در این جلسه از تکنیک صندلی گرم استفاده خواهد شد به این صورت که از بازی صندلی برای گرم کردن استفاده خواهد شد. به تعداد اعضای گروه‌ها صندلی‌هایی به‌صورت دایره‌وار به‌طرف دیوار چیده می‌شود. از آزمودنی‌ها خواسته می‌شود تا روی صندلی‌ها بنشینند به‌این‌ترتیب هیچ‌یک از آن‌ها یکدیگر را نخواهند دید. باید همه در سکوت کامل باشند. به درخواست کارگردان به یکی از آزمودنی‌ها کلماتی گفته می‌شود (پدربزرگ، جنگل، تابستان و ...). آزمودنی‌ها باید احساس یا خاطره خود را بیان کنند. از یکی از آزمودنی‌ها خواسته می‌شود تا احساسش را نسبت به کلمه مادر بگوید، اگر چیزی در خاطر نداشته باشد، کلمه‌ی دیگری گفته خواهد شد (مثلاً عید)، بازهم اگر چیزی در خاطر نداشته باشد، به همین صورت کلمات دیگری نیز گفته خواهد شد. در قسمت بعد از آزمودنی‌ها درخواست می‌شود تا حلقه بزنند و بنشینند، با آن‌ها در خصوص عصبانیت صحبت خواهد شد و خواسته خواهد شد تا هرکدام در این خصوص تجربیات خود را بیان کنند (با چشمانی بسته و هرکدام با هر حالتی شاید درازکشیده، نشسته و ...). به‌عنوان‌مثال آزمودنی‌ها در خصوص پرخاشگری‌هایی که دیده‌اند یا انجام داده‌اند صحبت خواهند کرد و بقیه اعضا در پایان صحبت به تحلیل رفتارهای دوستشان یا افرادی که در آن داستان بودند خواهند پرداخت

جلسه چهارم باهدف آشنایی با زبان بدن. در این جلسه به تکنیک پیاده‌روی با چشمان بسته پرداخته خواهد شد. هر آزمودنی با انتخاب خود یک یاور (راهنما) به انجام فعالیت‌هایی می‌پردازد. در داخل یک اتاق با میز و صندلی موانعی چیده می‌شود و یک نفر چشم خود را می‌بندد و با کمک راهنمای خود قدم برمی‌دارد و موانع را رد می‌کند. درواقع این تمرین کمک به اعتمادسازی آزمودنی می‌کند. در تمرین بعد از آزمودنی‌ها خواسته می‌شود تا داستان‌هایی که در جلسه قبل گفتند را به‌صورت نمایش بازی کنند و بازهم پس از اتمام نمایش در خصوص رفتار افرادی که در نمایش بودند از طرف آزمودنی‌ها نقد و تحلیل‌هایی صورت خواهد گرفت

[Downloaded from rbs.mui.ac.ir on 2025-12-14]
[DOR: 20.1001.1.17352029.1400.19.2.16.5]
[DOI: 10.52547/rbs.19.2.212]

جلسه پنجم باهدف استفاده از شیوه غیرکلامی برای آگاهی از احساسات. در این جلسه به تکنیک پنهان در پشت پرداخته خواهد شد. در این جلسه تغییراتی در فضای برگزاری جلسات، ایجاد خواهد شد. چراغ‌ها خاموش شده و از هر آزمودنی به‌صورت جداگانه درخواست خواهد شد تا در پشت جایگاه مشخص‌شده قرار بگیرند. سپس از سایر دوستان و هم‌گروهی‌های او درخواست خواهد شد تا در خصوص رفتارهای خوب و بد دوست خود صحبت کنند. نقاط ضعف و نکات مثبت رفتاری بیان خواهد شد و بعد از آزمودنی موردنظر خواسته خواهد شد تا در خصوص انتقادهایی که بیان‌شده صحبت کند و خودش را نقد کند. این تکنیک به آزمودنی کمک می‌کند که بازتاب رفتار و شخصیت خود را بر دیگران شاهد باشد و با انتقاد از نظرات و پیشنهادهای دیگران درباره خودش به درک بهتری برسد و معایب خودش را بشناسد

جلسه ششم باهدف ترغیب اعضا به بازگویی مشکلات خود در قالب ایفای نقش. در این جلسه به بخشی از تکنیک مضاعف پرداخته خواهد شد. در این تکنیک فرد مضاعف پشت سر پرتاگونیست (شخصیت اصلی) می‌ایستد به‌نحوی‌که انگار به بخشی از او تبدیل‌شده و به‌صورت تلویحی چیزی را درصحنه اظهار می‌کند. انگار که آن احساس یا فکر جدیدی است که برای خود او اتفاق افتاده. وقتی‌که مضاعف صحبت می‌کند باید از ضمیر من یا از لحنی مشابه صحبت درونی از جانب شخصیت اصلی استفاده کند. قبل از شروع کردن باید اهمیت پیروی کردن و نه رهبری کردن را برای افراد مشخص کنیم. مضاعف یک کمک است. بدین‌صورت بر روی افراد گروه‌ها این روش انجام خواهد شد. مضاعف کردن قرار دادن یک فرد در جایگاه فرد دیگر است. از آزمودنی‌ها خواسته خواهد شد تا در مورد یکی اتفاق‌هایی که در خانه می‌افتد و مادر و پدر و یا سایر اعضای خانواده او را زیر سؤال می‌برند و یا او را مورد سرزنش قرار می‌دهند و یا اتفاق‌هایی که باعث می‌شود تا دروغ بگویند را بنویسند.

جلسه هفتم باهدف ترغیب اعضا به بازگویی مشکلات خود در قالب ایفای نقش. در این جلسه از تکنیک صندلی خالی استفاده خواهد شد. این تکنیک از یک صندلی خالی استفاده می‌کند، به‌طور مثال از یکی از آزمودنی‌ها خواسته می‌شود تا بر روی مشکلی که با اعضای خانواده یا دوستان صمیمی خود دارند کار کنند. به شکلی که آزمودنی باید مادر خود را روی صندلی قرار دهد و با او صحبت کند. از آزمودنی خواسته می‌شود تا شخص موردنظرش را توصیف کند و بگوید که او را چگونه می‌بیند (بابیان جزئیات عینی و فیزیکی). چنین عباراتی هیجان لازم و پل طبیعی بین شخص و موضوع را فراهم می‌آورد و حالا او می‌تواند صندلی خالی را مخاطب قرار دهد و گله‌هایی از شخص موردنظر می‌کند

جلسه هشتم باهدف مهارت در بروز دادن هیجانات به‌صورت کلامی. در این جلسه به روش جامعه‌سنجی پرداخته خواهد شد. درواقع یک تصویر زنده است. کودک به‌جای بازنمایی کردن توسط یک دایره بر روی یک‌تکه کاغذ، واقعاً در مرکز می‌نشیند یا می‌ایستد و احساسی که نسبت به هر یک از اعضای خانواده خود دارد را با استفاده از اعضای گروه، توسط فاصله‌اش با آن‌ها (دوری و نزدیکی) نشان می‌دهد و به هرکدام از اعضا جمله‌ای معروف که آن شخص در خانه بیشتر بیان می‌کند را می‌گوید و در ادامه مکالمه‌ای را با آن‌ها انجام می‌دهد.

جلسه نهم باهدف تمرین رفتاری. در این جلسه از تکنیک ضرب‌آهنگ استفاده خواهد شد. کارگردان با ضربه ساده‌ی ۲-۱ دست می‌زند و از فردی که کنار او ایستاده می‌خواهد که آن را تکرار کند و چیزی به آن اضافه کند. آن‌ها دور اتاق دور می‌زنند تا آخرین فرد تمام توالی را تکرار کند. این‌یک تکنیک موزیکال و انرژی‌زا است و به تمرکز کمک می‌کند و گروه را به چالش می‌طلبد تا از یکدیگر یاد بگیرند، به یکدیگر گوش کنند و باهم کار کنند. بعدازاین تمرین از تکنیک تندیس‌های خانوادگی استفاده خواهد شد. این تکنیک به وسلیه ویرجینیا ماتیر گسترش یافت. کارگردان از بچه‌ها می‌خواهد که یک تصویر زنده از خانواده‌شان بدهند

جلسه دهم باهدف مهارت در بروز دادن هیجانات به‌صورت غیرکلامی. در این جلسه به تکنیک ماسک‌ها پرداخته خواهد شد. از همه آزمودنی‌ها خواسته خواهد شد تا باهم جمع شده و در ساخت ماسک‌ها کمک کنند. صورتک‌هایی با کاغذهای رنگی به کمک کارگردان و نظر خودشان طراحی شد. این فعالیت در بطن خودش خلاقیت را تحریک کرده و به تعاون گروه کمک می‌کند، ماسک‌ها می‌توانند هر ویژگی اساسی انسانی را آشکار کنند، ماسک خصوصاً برای کشف و جستجوی تضادهایی که در حالت انسانی وجود دارند مفید هستند: جوانی، پیری، جدیت، حماقت، زشتی، زیبایی، پستی، مهربانی، سردی، گرمی. سپس یک صندوق شامل ۱۵ یا ۲۰ ماسک به اتاق آورده خواهد شد. اتاق از تمام لوازم همیشگی خالی می‌شود. فقط آینه‌ای قدی در آن قرار دارد. آزمودنی‌ها ماسک‌ها را امتحان می‌کنند و هرکدام یک

[Downloaded from rbs.mui.ac.ir on 2025-12-14]
[DOR: 20.1001.1.17352029.1400.19.2.16.5]
[DOI: 10.52547/rbs.19.2.212]

ماسک را که جذب آن شده‌اند را انتخاب می‌کنند. سپس کارگردان از یک‌یک آزمودنی‌ها درخواست می‌کند تا جلوی آینه بروند و متناسب با ماسکی که بر چهره دارند حرکاتی انجام دهند و دست‌ها و پاهایشان را حرکت دهند و سپس با ماسک راه بروند. بعد از این‌که ماسک‌ها جزئی از وجود آزمودنی‌ها شد، آن‌قدر بر روی حالات خود تمرکز می‌کنند که باعث می‌شود دیگر به شخصیت واقعی خود و دوستانشان فکر نکنند

جلسه یازدهم باهدف مهارت برقراری ارتباط. در این جلسه از فن خودمحقق‌سازی استفاده خواهد شد. هرگاه شخص به کمک من‌های یاور، طرح‌های ایده‌آل خود برای زندگی‌اش را به نمایش بگذارد و آرمان‌های خود را به تصویر بکشد گفته می‌شود که او از فن واقعی کردن درون خود و عینیت بخشیدن به جهان ذهنی‌اش یا خودمحقق‌سازی استفاده کرده است.

جلسه دوازدهم باهدف برنامه‌ریزی برای ادامه زندگی. در این جلسه از تکنیک ۵ سال بعد استفاده خواهد شد. از آزمودنی‌ها خواسته می‌شود ۵ سال بعد را تصور کنند و ببینند در چه وضعیت جسمانی و روحی‌ای قرار دارند. درواقع تصویر آینده همیشه آرزوها، ترس‌ها و نگرانی‌های انسان را آشکار می‌کند. گاهی این روش تراژیک یا طنزآمیز می‌شود، افراد گروه ممکن است او را در ۵ سال بعد در وضعیت جدیدتر یا بهتر از امروز در نظر بگیرند به‌هرحال هر تصویری که از ۵ سال آینده شخص اصلی داشته باشند در جهت شناخت بیشتر امکانات، توانایی‌ها و محدودیت‌های روحی شخص اصلی، کمک‌کننده است. ضمن این‌که فرد با تجسم آینده خود تا حدود زیادی با ایده‌آل‌ها به‌گونه‌ای واقع‌بینانه درگیر می‌شود و بهتر می‌تواند در مورد مشکلات امروزش تصمیم بگیرد. همچنین در پایان تاریخ اجرای پرسشنامه‌ها برای پس‌آزمون و پیگری مشخص و به اطلاع آزمودنی‌ها رسانده شد.

روش آماری

به‌منظور تحلیل داده‌های پژوهش حاضر از روش‌های آمار توصیفی شامل میانگین و انحراف استاندارد و روش‌های استنباطی ازجمله آزمون تحلیل کوواریانس و آزمون تعقیبی توکی استفاده با استفاده از نرم‌افزار SPSS نسخه ۲۵ انجام شد.

یافته‌ها

در این بخش ابتدا یافته‌های توصیفی در جدول ۱ نشان داده‌شده است و سپس با بررسی پیش‌فرض‌های تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر، یافته‌های استنباطی مطرح می‌شوند و یافته‌ها تجزیه‌وتحلیل می‌گردند.

جدول ۱. میانگین و انحراف معیار متغیرهای موردمطالعه در سه گروه

متغیر	گروه	پیش‌آزمون		پس‌آزمون		پیگیری	
		میانگین	انحراف استاندارد	میانگین	انحراف استاندارد	میانگین	انحراف استاندارد
رفتار پرخاشگری	شناختی رفتاری	۱۳/۰۰	۵/۴۵	۸/۰۰	۴/۳۰	۷/۷۵	۴/۲۶
	روان نمایشگری	۱۶/۵۰	۴/۸۴	۱۳/۷۵	۵/۵۲	۱۳/۱۲	۵/۱۹
	کنترل	۱۰/۸۷	۷/۵۴	۱۰/۵۰	۶/۵۶	۱۱/۱۲	۶/۳۱
رفتار قانون شکنانه	شناختی رفتاری	۱۰/۴۸	۵/۹۶	۷/۸۵	۳/۳۲	۸/۱۰	۳/۱۹
	روان نمایشگری	۱۴/۵۰	۳/۵۰	۱۳/۲۵	۴/۰۲	۱۲/۶۲	۳/۹۲
	کنترل	۹/۸۷	۵/۷۶	۱۰/۰۰	۳/۸۱	۱۰/۱۲	۳/۵۲

همان‌طور که در جدول ۱ نشان داده‌شده است، بین دو گروه در میانگین نمرات رفتار پرخاشگری و رفتار قانون شکنانه تفاوت وجود دارد. در متغیر رفتار پرخاشگری کمترین مقدار میانگین متعلق به گروه شناختی رفتاری در مرحله پیگیری و بیشترین مقدار میانگین متعلق به گروه روان نمایشگری در مرحله پیش‌آزمون می‌باشد. در متغیر رفتار قانون شکنانه، کمترین مقدار میانگین متعلق به گروه شناختی رفتاری در مرحله پس‌آزمون و بیشترین مقدار میانگین متعلق به گروه روان نمایشگری در مرحله پیش‌آزمون می‌باشد. برای بررسی معناداری این تفاوت‌ها، از آزمون تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر استفاده می‌شود.

[Downloaded from rbs.mui.ac.ir on 2025-12-14]
[DOR: 20.1001.1.17352029.1400.19.2.16.5]
[DOI: 10.52547/rbs.19.2.212]

ابتدا بـه بررسـی پـیش‌فـرض‌هـای ایـن آزمـون پرداختـه شـد. پیش‌فرض تساوی کوواریانس‌ها در تمامی متغیرهای وابسته بین دو گروه تجربی و گروه کنترل رعایت شده بود ($p>۰/۰۵$). نتایج حاصل از آزمون لوین در خصوص پیش‌فرض تساوی واریـانس-های نمرات رفتار پرخاشگری و رفتار قانون شکنانه، در هـر سـه گروه نشان داد واریانس‌ها دو گروه در دو متغیر رفتار پرخاشگری و رفتار قانون شکنانه همگن هسـتند ($p>۰/۰۵$). نتـایج آزمـون کرویت ماچلی نیز معنادار بود که برای اصـلاح درجـات آزادی از آزمون کرویت گرین هاوس گایزر استفاده شد.

جدول ۲. تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر جهت مقایسه تغییر نمرات متغیرهای رفتار پرخاشگری **و** رفتار قانون شکنانه

متغیرها		آزمون موچلی F	آزمون موچلی p	فرض کرویت	df	MS	F	p	اندازه اثر	توان آزمون
رفتار قانون شکنانه	زمان	۳/۳۸	۰/۰۰۱	گرین هاوس گایزر	۱/۴۶۸	۱۸/۲۴۷	۳/۴۱۰	۰/۰۴۹	۰/۴۱۱	۰/۵۱۸
	تعامل زمان و گروه			گرین هاوس گایزر	۲/۹۳۵	۷/۳۷۷	۱/۳۷۸	۰/۰۳۱	۰/۵۰۲	۰/۵۶۲
	گروه				۲	۷/۷۷۱	۱/۴۵۵	۰/۰۲۴	۰/۳۹۰	۰/۷۲۱
رفتار پرخاشگری	زمان	۱/۹۷	<۰/۰۲۳	گرین هاوس گایزر	۱/۳۷۷	۸۷/۹۱۸	۱۰/۰۷۰	۰/۰۰۲	۰/۴۲۷	۰/۹۲۹
	تعامل زمان و گروه			گرین هاوس گایزر	۲/۷۵۴	۲۶/۲۹۱	۳/۰۱۱	۰/۰۵	۰/۴۱۷	۰/۶۲۴
	گروه				۲	۳۱/۲۷۱	۳/۷۶۵	۰/۰۴۰	۰/۳۸۰	۰/۶۲۲

با توجه به نتایج جدول ۲ در مقادیر می‌توان گفت اثر اصلی زمان، اثر تعاملی زمان و گـروه و اثـر گـروه بـرای متغیـر رفتـار پرخاشگری و رفتار قانون شکنانه معنادار هستند. نمودار ۱، رونـد تغییرات متغیرهای رفتار پرخاشگری و رفتار قانون شـکنانه را در بـین دو گـروه در سـه مرحلـه ارزیـابی نشـان مـی‌دهـد.

رفتار پرخاشگری

رفتار قانون شکنانه

نمودار ۱. تغییرات نمرات رفتار پرخاشگری **و** رفتار قانون شکنانه **در سه مرحله آزمون**

همان‌طور که در نمودار ۱ نشان داده‌شده است و با توجـه بـه یافته‌های گزارش‌شـده در جـدول ۲، بـین دو گـروه تجربـی در مرحله پیش‌آزمون و پس‌آزمون پیگیـری در هـردو متغیـر رفتـار پرخاشگری و رفتار قانون شکنانه تفـاوت معنـاداری وجـود دارد. ولی بین دو گروه تجربی در مرحله پس‌آزمون و پیگیری در رفتار پرخاشگری و رفتار قانون شکنانه تفاوت معناداری وجود ندارد. در جدول ۳ مقایسه دوبه‌دوی میانگین‌های دو گروه تجربی در متغیر رفتار پرخاشگری را نشان می‌دهد.

[Downloaded from rbs.mui.ac.ir on 2025-12-14]
[DOR: 20.1001.1.17352029.1400.19.2.16.5]
[DOI: 10.52547/rbs.19.2.212]

جدول ۳. نتایج آزمون t وابسته برای مقایسه پیش‌آزمون و پس‌آزمون رفتار پرخاشگری گروه‌های تحقیق

گروه	پیش‌آزمون (میانگین± انحراف استاندارد)	پس‌آزمون (میانگین± انحراف استاندارد)	درجه آزادی	t	سطح معنی‌داری
شناختی رفتاری	۱۳/۰۰±۵/۵۴	۸/۰۰ ± ۴/۳۰	۷	۲/۹۵۸	۰/۰۲۳
روان نمایشگری	۱۶/۵۰±۴/۸۴	۱۳/۷۵ ± ۵/۵۲	۷	۱/۸۳۷	۰/۰۰۱
کنترل	۱۰/۸۷±۷/۵۴	۱۰/۵۰ ± ۶/۵۶	۷	۰/۴۴۴	۰/۶۷۰

همان‌طور که در جدول ۳ مشاهده می‌شود، در مقایسه درون‌گروهی در پس‌آزمون نسبت به پیش‌آزمون، با توجه به مقدار P حاصل از آزمون t وابسته، اختلاف مشاهده‌شده بین تفاضل میانگین آزمودنی‌ها در هر دو گروه شناختی و نمایشگری معنی‌دار است.

جدول ٤. نتایج آزمون t وابسته برای مقایسه پس‌آزمون و پیگیری رفتار پرخاشگری گروه‌های تحقیق

گروه	پس‌آزمون (میانگین± انحراف استاندارد)	پیگیری (میانگین± انحراف استاندارد)	درجه آزادی	t	سطح معنی‌داری
شناختی رفتاری	۸/۰۰ ± ۴/۳۰	۷/۷۵ ± ۴/۲۶	۷	۱/۵۲۸	۰/۰۰۱
روان نمایشگری	۱۳/۷۵ ± ۵/۵۲	۱۳/۱۲ ± ۵/۱۹	۷	۰/۵۶۸	۰/۰۴
کنترل	۱۰/۵۰ ± ۶/۵۶	۱۱/۱۲ ± ۶/۳۱	۷	−۱/۲۵۶	۰/۲۵۴

همان‌طور که در جدول ۴ مشاهده می‌شود، در مقایسه درون‌گروهی در پیگیری نسبت به پس‌آزمون، با توجه به مقدار P حاصل از آزمون t وابسته، اختلاف مشاهده‌شده بین تفاضل میانگین آزمودنی‌ها در هردو گروه تجربی معنی‌دار است.

جدول ٥. نتایج آزمون t وابسته برای مقایسه پیش‌آزمون و پس‌آزمون رفتار قانون شکنانه گروه‌های تحقیق

گروه	پیش‌آزمون (میانگین± انحراف استاندارد)	پس‌آزمون (میانگین± انحراف استاندارد)	درجه آزادی	t	سطح معنی‌داری
شناختی رفتاری	۱۰/٤۸±۵/۹۶	۷/۸۵ ± ۳/۳۲	۷	۲/۰۲۷	۰/۰۳۱
روان نمایشگری	۱٤/۵۰±۳/۵۰	۱۳/۲۵ ± ۴/۰۲	۷	۱/۵۲۸	۰/۰۴۲
کنترل	۹/۸۷±۵/۷۶	۱۰/۰۰ ± ۳/۵۸۱۶	۷	−۰/۱۱۰	۰/۹۱۶

همان‌طور که در جدول ۵ مشاهده می‌شود، در مقایسه درون‌گروهی در پس‌آزمون نسبت به پیش‌آزمون، با توجه به مقدار P حاصل از آزمون t وابسته، اختلاف مشاهده‌شده بین تفاضل میانگین آزمودنی‌ها در هر دو گروه شناختی و نمایشگری معنی‌دار است.

جدول ٦. نتایج آزمون t وابسته برای مقایسه پس‌آزمون و پیگیری رفتار قانون شکنانه گروه‌های تحقیق

گروه	پس‌آزمون (میانگین± انحراف استاندارد)	پیگیری (میانگین± انحراف استاندارد)	درجه آزادی	t	سطح معنی‌داری
شناختی رفتاری	۷/۸۵ ± ۳/۳۲	۸/۱۰ ± ۳/۱۹	۷	−۱/۴۳۲	۰/۱۶۳

[Downloaded from rbs.mui.ac.ir on 2025-12-14]
[DOR: 20.1001.1.17352029.1400.19.2.16.5]
[DOI: 10.52547/rbs.19.2.212]

روان نمایشگری	۱۳/۲۵ ± ۴/۰۲	۱۲/۶۲ ± ۳/۹۲	۷	۰/۵۸۵	۰/۰۰۴
کنترل	۱۰/۰۰ ± ۳/۸۱	۱۰/۱۲ ± ۳/۵۲	۷	−۱/۱۱۱	۰/۳۵۱

همان‌طور که در جدول ۴ مشاهده می‌شود، در مقایسه درون‌گروهی در پیگیری نسبت به پس‌آزمون، با توجه به مقدار P حاصل از آزمون t وابسته، اختلاف مشاهده‌شده بین تفاضل میانگین آزمودنی‌ها در گروه روان نمایشگری تحقیق معنی‌دار است.

بحث و نتیجه‌گیری

برای بررسی این فرضیه، داده‌ها به کمک تحلیل واریانس با رویکرد اندازه‌گیری مکرر، مورد تجزیه‌وتحلیل قرار گرفت که نتایج به‌دست‌آمده از تجزیه‌وتحلیل داده‌های آماری نشان داد که بین اثربخشی درمان شناختی رفتاری و درمان روان نمایشگری در متغیرهای تحقیق تفاوت معناداری وجود ندارد و با توجه به مقادیر اندازه اثر برای متغیرهای رفتار پرخاشگری اثربخشی درمان روان نمایشگری بیشتر از درمان شناختی رفتاری می‌باشد.

نتایج پژوهش گیوه‌چی و همکاران (۱۳)، شیشه‌فر و همکاران (۱۲)، گیوه‌چی و همکاران (۱۱)، باتاگیلز و همکاران (۱۶) و چاندلر و همکاران (۱۴) با این پژوهش همسو است. تبیین فرضیه فوق نشان داد که در توجیه اثربخشی بهتر مداخله روان‌نمایشگری نسبت به روش درمان شناختی-رفتاری در کاهش میزان پرخاشگری می‌توان گفت برخلاف سایر روش‌های درمانی که کلام مهم‌ترین نقش را ایفا می‌کند، در روان‌نمایشگری عمل از جایگاه ویژه‌ای برخوردار است به‌گونه‌ای که مهم‌ترین وجه تمایز روان‌نمایشگری نسبت به سایر روش‌های درمانی، عملی و اجرایی بودن آن است. پرخاشگری به‌ویژه پرخاشگری فیزیکی نیز جنبه غیرکلامی دارد؛ لذا روان‌نمایشگری با دو عنصر عمل و مشاهده فعالانه زمینه کاهش پرخاشگری فیزیکی را فراهم می‌آورد به این صورت که از طریق فنون مختلف ازجمله فن آینه، قدرت مشاهده رفتارهای مختلف، خصوصاً رفتارهای غیرکلامی را برای فرد فراهم می‌آورد، بدین ترتیب از مقاومت فرد پرخاشگر در پذیرش رفتارهای نامطلوب و تأثیر آن بر دیگران کاسته می‌شود. به‌عبارت‌دیگر، جنبه عملی بودن روان‌نمایشگری و همه‌جانبه بودن عمل در برگرفتن هیجان و تفکر، باعث می‌شود تا با بازآفرینی صحنه‌های پرخاشگری درصحنه روان‌نمایشگری، زمینه برون‌ریزی عمیق‌تری فراهم شود. همچنین عمل نقش تصحیح کننده‌ی ذهن انسان را ایفا می‌کند. بدین ترتیب از طریق آموزش نقش‌هایی مغایر با نقش‌های پرخاشگرانه قبلی و تمرین‌های رفتاری جدید، رفتارها و افکار پرخاشگرانه نسبت به روش درمان شناختی-رفتاری بیشتر کاهش می‌یابد. همچنین روان‌نمایشگری با بهره‌گیری از ترکیب هنر، بازی، حساسیت هیجانی و تفکر روشن در مورد مهارت‌های اجتماعی کودکان مبتلابه اختلال‌های برونی‌سازی شده باهدف بالابردن سطح ارتباط میان این کودکان با افراد محیط زندگی‌شان، رویارویی مستقیم با هیجان‌های طرف‌های درگیر در رابطه، نشان دادن کشمکش‌های هیجانی طرف‌های درگیر در زندگی روزمره و کاهش خودمحوری و در نظر گرفتن بیشتر دیگران، سعی دارد به این کودکان کمک کند تا ابعاد روان‌شناختی مشکل خود را کشف کنند؛ به‌این‌ترتیب فرد با نمایش مشکلات خود به‌صورت عملی و در ارتباط با دیگر همسالان، به آن‌ها می‌پردازد. این روش، به دلیل ماهیت ذاتی‌اش در رابطه محور بودن، در شرایط درمان، ادراک‌های ناکارآمد، نارسایی‌های ارتباطی، پاسخ‌های رفتاری هیجانی غیر مرتبط و ناکارآمد، رفتارهای کلیشه‌ای و رفتارهای تکانشی را مورد هدف تغییر قرار می‌دهد (۱۹).

یکی از مهم ترین مباحث مهم در بین کودکان مشکلات رفتاری برونی‌سازی شده است. ازآنجاکه دوران کودکی یکی از تأثیرگذارترین و حساس‌ترین مراحل زندگی است، توجه به مشکلات رفتاری برونی سازی شده کودکان در این مرحله نیز بسیار حیاتی و بااهمیت است. بدون شک کاهش مشکلات رفتاری کودکان ریشه در خانواده دارد (۲۰)، بنابراین برآیند موارد مذکور حاکی از سودمندتر بودن روش درمان شناختی-رفتاری روان‌نمایشگری نسبت به درمان روان‌نمایشگری در بهبود رفتارهای پرخاشگرانه است. از محدودیت‌های تحقیق می‌توان به‌دشواری در دسترسی به جامعه و گروه نمونه طولانی بودن کلاس‌های درمان که گاهی موجبات خستگی کودکان گروه آزمایش در ساعات حضورشان در جلسات درمانی شده است اشاره نمود. پیشنهاد می‌گردد نتیجه پژوهش حاضر در اختیار مشاوران قرار داده شود تا در صورت نیاز در مواجهه با کودکان دارای اختلالات برونی‌سازی شده، بهترین و اثربخش‌ترین روش درمانی را پیشنهاد یا به کاربندند. به مسئولان و مدیران

[Downloaded from rbs.mui.ac.ir on 2025-12-14]
[DOR: 20.1001.1.17352029.1400.19.2.16.5]
[DOI: 10.52547/rbs.19.2.212]

کلینیک‌های درمانی در مورد کودکان پیشنهاد می‌گردد که با تأمین هزینه‌های لازم برای فعال‌تر نمودن دفاتر و مراکز مشاوره روان‌درمانی تخصصی، امکان گسترش اقدامات و انجام مداخله‌های مربوط به کودک را بیش از گذشته فراهم نمایند.

تقدیر و تشکر

این مقاله برگرفته از رسالۀ دکتری روان‌شناسی دانشگاه آزاد اسلامی واحد ارسنجان می‌باشد. بدین‌وسیله از اساتید راهنما و مشاور و تمامی کسانی که در انجام این پژوهش مشارکت داشتند، قدردانی و تشکر می‌گردد.

References

1. Lee SJ, Pace GT, Lee JY, Knauer HJC, review ys. The association of fathers' parental warmth and parenting stress to child behavior problems. 2018;91:1-10.
2. Sekaran VC, Kamath VG, Ashok L, Kamath A, Hegde AP, Devaramane VJAjop. Parenting attitudes and dimensions as predictors of adolescent behavioural problems in the Indian context: A community-based study. 2020;50:101941.
3. Smith C, Cossette L, Melançon F, Beauvais-Dubois C, Smolla N, Gagnon-Oosterwaal N, et al. Behavior problems in adolescence among international adoptees, pre-adoption adversity, and parenting stress. 2018;57:53-61.
4. Santos-Nunes M, Narciso I, Vieira-Santos S, Roberto MSJC, Review YS. Adoptive parents' evaluation of expectations and children's behavior problems: The mediational role of parenting stress and parental satisfaction. 2018;88:11-7.
5. Ghielen I, Rutten S, Boeschoten RE, Houniet-de Gier M, van Wegen EE, van den Heuvel OA, et al. The effects of cognitive behavioral and mindfulness-based therapies on psychological distress in patients with multiple sclerosis, Parkinson's disease and Huntington's disease: Two meta-analyses. 2019;122:43-51.
6. Waterworth JA, Chignell M, Moller H. Age-sensitive well-being support: Design of interactive technologies that modulate internal–external attentional focus for improved cognitive balance and behavioral effectiveness. Technology and Health: Elsevier; 2020. p. 67-88.
7. McKay DJBt. Introduction to the special issue: integration of technological advances in cognitive-behavior therapy. 2018;49(6):851-2.
8. Dogan T. The effects of psychodrama on young adults' attachment styles. 2010;37(2):112-9.
9. Sevi OM, Ger M, Kaya F, Maşalı BJTAiP. The effect of psychodrama sessions on psychotic symptoms, depression, quality of life, and sociometric measures in patients with chronic schizophrenia. 2020;71:101719.
10. Wampold B. Psychotherapy: The humanistic (and effective) treatment. 2007;62(8):857.
11. Givehchi E, Navabinejad S, Farzad V. The effectiveness of cognitive-behavioral therapy on reducing children's externalized problems. Sciences Behavioral. 2017:121-38.
12. Shishefar S, Attarian F, Kargarbarzi H, Darvishnaranjbon S, Mohammadlo H. Comparison of the Effectiveness of Teaching Social Cognitive Skills and Cognitive Behavioral Play Therapy on the Social Skills and Social Acceptance of Children with Disruptive Behavior Disorders%J Journal of Exceptional Children. 2018;17(4):87-100. [In Persian].
13. Givehchi E, Navabinejad S, Farzad V. Comparing the Efficacy of the Cognitive-Behavioral Therapy with Non-Violent Communication Program on the Children's Externalizing Symptoms. J Shahid Sadoughi Univ Med Sci. 2017;25(5):333-46.
14. Chandler A, Fogg R, Smith JGJJoO-C, Disorders R. Effectiveness of group cognitive behavioral therapy for Hoarding Disorder: Evaluation of outcomes. 2019;21:144-50.
15. Kurz R, Huemer J, Muchitsch E, Feucht MJEJoPN. Cognitive behavioral therapy for children with autism spectrum disorder: a prospective observational study. 2018;22(5):803-6.

[Downloaded from rbs.mui.ac.ir on 2025-12-14]
[DOR: 20.1001.1.17352029.1400.19.2.16.5]
[DOI: 10.52547/rbs.19.2.212]

16. Battagliese G, Caccetta M, Luppino OI, Baglioni C, Cardi V, Mancini F, et al. Cognitive-behavioral therapy for externalizing disorders: A meta-analysis of treatment effectiveness. 2015;75:60-71.

17. Sepanta M, Abedi A, Yarahmadian A, Ghamarani A, Faramarzi S. The Efficacy of Psychodrama Training Program on Emotion Regulation in Students with Dyslexia%J Journal of Research in Behavioural Sciences. 2019;16(3):272-84.

18. kianynezhad A, Zare, Mahdi, Bagheri F. Effectiveness of Psychodrama in Emotional Self-regulation and Mental Health of Female Students of Junior High Schools in Area 1 of Karaj. Journal of Family Research. 2011;7(1):211-27. [In Persian].

19. Joronen K, Konu A, Rankin HS, Åstedt-Kurki PJHpi. An evaluation of a drama program to enhance social relationships and anti-bullying at elementary school: a controlled study. 2012;27(1):5-14.

20. Mirzaei M, Hashemi Geshnigani R, Pakdaman S, Hejazi Moughari E. Prediction of Internalizing and Externalizing Symptoms in Adolescents from Perception of Family's Process and Content. Developmental Psychology. 2017;14(4):203-14. [In Persian].

[Downloaded from rbs.mui.ac.ir on 2025-12-14]
[DOR: 20.1001.1.17352029.1400.19.2.16.5]
[DOI: 10.52547/rbs.19.2.212]