

یافته های نو در روان شناسی

سال ششم، شماره ۱۸، بهار ۱۳۹۰

صفحات مقاله: ۱۶-۷

تاریخ وصول: ۱۳۹۰/۱/۲۳ - تاریخ پذیرش: ۱۳۹۰/۶/۲۶

## بررسی تأثیر بازی درمانی با رویکرد شناختی- رفتاری مایکنبام در کاهش کمروبی و گوشه گیری اجتماعی کودکان دبستانی شهرستان ابهر

علیرضا جعفری \*

جواد خلعتبری \*\*

سیدرسول تودار \*\*\*

هادی ابوالفتحی \*\*\*\*

### چکیده

پژوهش حاضر به منظور بررسی تأثیر بازی درمانی با رویکرد شناختی- رفتاری مایکنبام در کاهش کمروبی و گوشه گیری اجتماعی کودکان دبستانی انجام گردید. به همین منظور تعداد ۵۰ نفر دانش آموز دختر و پسر در محدوده جغرافیایی شهرستان ابهر که در سال تحصیلی ۹۰-۸۹ مشغول به تحصیل بودند با استفاده از روش نمونه گیری تصادفی چندمرحله ای و از طریق اجرای چک لیست رفتاری کمروبی به عنوان دانش آموزان کمرو شناسایی و انتخاب شدند و در دو گروه آزمایش و کنترل (هرگروه شامل ۲۵ نفر) قرار گرفتند. روش پژوهش از نوع آزمایشی پیش آزمون پس آزمون با گروه کنترل بود. چک لیست رفتاری کمروبی به عنوان ابزار پژوهش قبل و بعد از اجرای متغیر مستقل (بازی درمانی شناختی - رفتاری) اجرا گردید و سپس داده های بدست آمده با استفاده از نرم افزار SPSS و با روش آمار توصیفی و آزمون t استفاده گردید. نتایج به دست آمده نشان داد که نمره کمروبی آزمودنی های گروه آزمایش بطور معناداری کمتر از آزمودنی های گروه کنترل است. همچنین نمره کمروبی آنها نسبت به نمره پیش آزمون، تغییر و تفاوت معناداری نشان داد. در نتیجه بازی درمانی شناختی رفتاری مایکنبام بر کاهش کمروبی کودکان دبستانی موثر بوده است.

واژه های کلیدی: بازی درمانی شناختی- رفتاری، کمروبی، گوشه گیری اجتماعی، رویکرد مایکنبام، خودگویی مثبت

\* عضو هیأت علمی دانشگاه آزاد اسلامی واحد ابهر (نویسنده مسئول)

\*\* استادیار گروه روانشناسی دانشگاه آزاد اسلامی واحد تنکابن

\*\*\* کارشناسی ارشد رشته علوم کتابداری و اطلاع رسانی دانشگاه آزاد اسلامی واحد چالوس

\*\*\*\* کارشناسی ارشد رشته علوم کتابداری و اطلاع رسانی دانشگاه آزاد اسلامی واحد علوم و تحقیقات خوزستان

## مقدمه

کمرویی مشکلی است که از گذشته تا کنون به جهات بسیار مختلف دامنگیر افراد مختلف بوده و هست. این مشکل به دلایل متعدد مورد توجه قرار نگرفته است، و عامه مردم کمتر از آن به عنوان یک معضل و مشکل یاد می کنند. غافل از این که انزوای طلبی و کمرویی در بطن جامعه، فرد را با مشکلات زیادی اعم از عدم توانایی ایجاد رابطه با دیگران و به تبع آن ناتوانی در یادگیری و کسب آگاهی ها و مهارت های مختلف مواجه می کند. شاید از دلایلی که والدین و حتی معلمان مدارس به این مشکل توجه نمی کنند برداشت غلطی است که از عملکرد افراد خجالتی دارند. این باور نادرست که کودک کمر و مؤدب است، در دسر ایجاد نمی کند و تربیت او راحت تر است، موجب متقاعد شدن والدین شده که کمرویی و گوشه گیری اجتماعی را به عنوان یک مشکل ندانسته و به این ترتیب از مشکلاتی که کودک در آینده با آن مواجه خواهد شد غافل بمانند (افروز، ۱۳۷۶).

در زمینه علل به وجود آورنده گوشه گیری و کمرویی نظریه های بسیاری وجود دارد و هر یک از نظریه پردازان به جنبه های خاصی از آن پرداخته اند و متناسب با آن روش های خاصی برای درمان آن ارائه داده اند. از جمله رویکرد شناختی-رفتاری که ترکیبی از رویکرد رفتاری و شناختی است. پژوهشگران شناختی معتقدند که علت کمرویی اشکالاتی است که در شناخت های این کودکان وجود دارد. به عنوان مثال براچ و همکارانش نشان داده اند کمرویی با نوع سبک اسنادی<sup>۱</sup> ناسازگارانه<sup>۲</sup> برای رویدادهای بین فردی مرتبط است. سوگیری اسنادی<sup>۳</sup> در این کودکان یکی از علل کمرویی آنها در نظر گرفته می شود (برایچ و بلکین<sup>۴</sup>، ۲۰۰۱). این کودکان همچنین "سوگیری تقویت خود"<sup>۵</sup> را معکوس می کنند و در شکست های بیشتر خود را سرزنش می کنند (هندرسون و زیمنباردو<sup>۶</sup>، ۱۹۹۸a).

بطور کلی پژوهشگران بسیاری بیان کرده اند شناخت های آسیب دیده یا پردازش های شناختی نابهنجار در کودکان مضطرب و کمر و وجود دارد. با این حال پژوهش های انجام شده در زمینه درمان، نشان داده است رفتار درمانی شناختی در درمان این مشکلات مناسب بوده است. این روش در تبدیل شناخت های منفی این کودکان به شناخت های مثبت مؤثر بوده است (آلفانو و همکاران<sup>۷</sup>، ۲۰۰۲؛ کندال و همکاران<sup>۸</sup>، ۱۹۸۲).

رفتار درمانی شناختی رشد و توسعه جدیدی در درمان روان شناختی به شمار می آید و امروزه علاقه زیادی به استفاده از این رویکرد وجود دارد. هاوتون سه دلیل عمده برای این علاقه مطرح کرده است:

۱- نخست آنکه روش های شناختی-رفتاری، برعکس سایر شکل های رفتار درمانی، مستقیماً با افکار و احساسات - که در تمامی اختلال های روانی از اهمیت آشکاری برخوردارند- سروکار دارد.

۲- دوم این که این روش شکافی را که بسیاری از درمان گران بین روش های صرفاً رفتاری و روان

1. Attributive Style
2. Maladaptive
3. Attributive bias
4. Bruch & Belkin
5. Self reinforcement bias
6. Henderson & Zimbardo
7. Alfani et al.
8. Kendall et al .

درمانی های پویا احساس می کنند، پر می سازد.

۳- در نهایت این که این روش های جدید درمانی، برعکس روان درمانی های پویا، پایه های علمی دارند و قابلیت بیشتری در ارزیابی فعالیت های بالینی از خود نشان می دهند (هاوتون و همکاران<sup>۱</sup>)، ترجمه قاسم زاده، ۱۳۸۲).

درمان شناختی - رفتاری بر نقش فرآیندهای شناختی در آسیب شناسی مسائل روانی تأکید می کند. با این حال این رویکرد یک نظریه یکپارچه ای نیست. چندین الگو در این حوزه قرار دارند. گروهی از نظریه های شناختی، آسیب های شناختی و گروهی دیگر نقص های شناختی را مسلم می دانند (سیلورمن و همکاران<sup>۲</sup>، ۲۰۰۱).

روش هایی که در رفتار درمانی شناختی بیشترین توجه را به خود جلب کرده اند، روش هایی هستند که تحت عنوان "بازسازی شناختی"<sup>۳</sup> قرار می گیرند. درمان هایی که در این محدوده قرار می گیرند، عمدتاً بر این فرض استوارند که اختلال های هیجانی، ناشی از الگوهای ناسازگار فکری اند. این الگوها باید تغییر کنند و بازسازی شوند. (قاسم زاده، ۱۳۸۴).

بنابر نظر هاوتون شاید نخستین رویکرد شناختی کامل العیاری که علاقه پژوهشگران شناختی را برانگیخته است، تعلیم خود آموزی<sup>۴</sup> مایکن بام باشد (هاوتون و همکاران ۱۹۸۹، ترجمه قاسم زاده ۱۳۸۲). روش خود آموزی مایکن بام دارای دو خاستگاه اصلی است: (۱) درمان منطقی - عاطفی ایس؛ و (۲) نظریه لوریا درباره نقش گفتار در کنترل رفتار<sup>۵</sup>: یعنی نقش نظم بخشی گفتار (قاسم زاده، ۱۳۸۴).

شهرت این رویکرد به اساس نظری ساده و نیز شباهت آن به مفهوم رفتار کنشگر ذهنی<sup>۶</sup> در چهارچوب نظریه کنشگر مربوط است. مایکنبام مطرح کرد که می توان با تغییر در دستورالعمل هایی که در جریان آن بیماران خود را مورد خطاب قرار می دهند، از سمت افکار ناسازگار و برآشوبنده به سوی خود گویی های سازگارتری حرکت کرد (هاوتون و همکاران، ترجمه قاسم زاده ۱۳۸۲).

در دهه های اخیر بررسی های زیادی در مورد استفاده از رفتار درمانی شناختی در جمعیت بزرگسالان در بیماری های اضطرابی و افسردگی گزارش شده است. این رویکرد درمانی هم اکنون در حال استفاده در جمعیت کودکان و نوجوانان بوده، و پژوهش های انجام شده، موفقیت های درمانی بسیار خوبی در زمینه استفاده از این رویکرد را گزارش کرده اند (کانر و همکاران<sup>۷</sup>، ۲۰۰۵).

رفتار درمانی شناختی بعد از رفتار درمانی به شکل وسیعی برای کودکان و بزرگسالان استفاده می شود. مشخصه ای که باعث رواج رفتار درمانی شناختی برای کودکان است، اولاً تأکید آن بر آموزش مهارت های مواجهه، بالا بردن خود کنترلی، و افزایش خود کارآمدی<sup>۸</sup> است. ثانیاً مشارکت فعال کودکان در

1. Hawton et al
2. Silverman et al
3. Cognitive restructuring
4. Self- instruction
5. Control conduct
6. Coverants
7. Connor, Thomas et al
8. Self- efficacy

کشف تفکرات و عقایدشان از طریق مشارکت با درمانگری که یکی از چهره های کلیدی درمان است و متفاوت از همکاران روان درمانگر و رفتار درمانگر عمل می کند (رنیکو و همکاران<sup>۱</sup>، ۲۰۰۳؛ رودباغ<sup>۲</sup> و همکاران، ۲۰۰۴؛ وودجی<sup>۳</sup> و همکاران، ۲۰۰۶).

اما چرا در درمان از رویکرد مایکن بام استفاده شده است به اهمیت استفاده از رویکرد مایکن بام در استفاده از زبان و گفتار برای کنترل رفتار باز می گردد که در ادامه کارهای لوریا و ویگوتسکی شکل گرفته است (کرین، ۱۳۸۴).

بر این اساس و با توجه به مطالب اشاره شده در این پژوهش سعی شده رفتار درمانی - شناختی را با بازی منطبق کنیم تا از این طریق جلسه های درمانی جذابیت بیشتری برای کودکان داشته و ارتباط مناسبی با آنها برقرار شود. به عبارت دقیق تر سعی شده است با اعمال شکلی از بازی درمانی شناختی - رفتاری بر روی کودکان به این سوال که «آیا بازی درمانی با رویکرد شناختی رفتاری مایکنبام در کاهش کمروبی و گوشه گیری کودکان دبستانی مؤثر است؟» پاسخ گوئیم.

### روش پژوهش

روش پژوهش تجربی از نوع پیش آزمون پس آزمون با گروه کنترل می باشد از آن جهت که در شکل عرضی و در مقطعی از زمان، دو گروه آزمایش و گواه، در شکلی که یکی تحت اعمال متغیر مستقل درمانی و دیگری بدون دریافت این متغیر با یکدیگر مقایسه می شوند. در عین حال سایر متغیرهای احتمالی مؤثر از طریق کنترل نظام مند، انتخاب تصادفی نمونه ها، تحت کنترل قرار می گیرند. و نوع پژوهش در درجه اول یک پژوهش بنیادی است از این جهت که به شناخت و فهم بهتر بازی درمانی در کودکان می انجامد. همچنین از آنجا که نتایج حاصل از پژوهش، به شکل گسترده ای قابل استفاده در مراکز درمانی و آموزشی است، پژوهش حاضر از نوع کاربردی نیز می باشد.

### جامعه آماری

جامعه پژوهش عبارت بود از کلیه دانش آموزان پایه اول، دوم و سوم مقطع ابتدایی (۱۸۷۵ دانش آموز دختر و پسر) که در سال تحصیلی ۹۰-۸۹ در دبستان های شهرستان ابهر مشغول به تحصیل بودند.

### نمونه و روش نمونه گیری

در این پژوهش نمونه شامل ۵۰ دانش آموز دختر و پسر (۲۵ نفر دختر و ۲۵ نفر پسر) مقطع دبستان بود با استفاده از چک لیست رفتاری و به روش نمونه گیری تصادفی چندمرحله ای انتخاب شدند. به این صورت که در ابتدا برای شناسایی کودکان کمرو از مریبان مدارس مورد نظر خواسته شد چک لیست رفتاری را در مورد دانش آموزانی که با ملاک های کمروبی مطابقت دارند در کلاس خود شناسایی کنند و سپس

1. Rincon et al.
2. Rodebaugh
3. Wood

چک لیست را در مورد آنها اجرا کنند. بعد از پرشدن چک لیست و جمع آوری نمره های هر یک از این دانش آموزان در مقیاس کمرویی، دانش آموزانی که بیشترین نمره ها را کسب کرده بودند به عنوان نمونه پژوهشی انتخاب شدند و به طور تصادفی به گروه آزمایشی و گواه تقسیم شدند. سپس چک لیست رفتاری کمرویی قبل و بعد از اجرای متغیر مستقل اجرا شد.

### ابزار پژوهش

در این پژوهش برای بررسی اثر بخشی بازی درمانی از چک لیست رفتاری کمرویی استفاده شده است. این چک لیست رفتاری دارای ۳۶ سؤال و ۶ زیر مقیاس ((وابستگی، تنهایی، بی تفاوتی، کناره گیری، انفعالی، طرد شدگی)) است. گزینه های پاسخگویی به سؤال های چک لیست، بر اساس مقیاس لیکرتی تنظیم شده است به این صورت که به گزینه همیشه بیشترین نمره (۵) و به گزینه هرگز کمترین نمره (یک) داده می شود. دامنه نمره هر آزمودنی در این چک لیست از ۳۶ تا ۱۸۰ است. در این پژوهش نقطه برش، نمره میانگین (۹۰) بوده است.

در بررسی ابزار پژوهش از روش ملاکی استفاده گردید، ضریب اعتبار کل چک لیست کمرویی با استفاده از روش کودریچاردسون در پژوهشهای حاضر ۰/۸۱ و در پژوهش حسینی (۱۳۸۴)، ۰/۸۴ بدست آمده است.

ضریب اعتبار مؤلفه های کمرویی این پرسشنامه در پژوهش حاضر به ترتیب: وابستگی ۰/۸۱، تنهایی ۰/۷۵، بی تفاوتی ۰/۷۹، کناره گیری ۰/۷۸، انفعالی ۰/۶۱ و طرد شدگی ۰/۵۸ به دست آمد.

### محدودیت های پژوهش

- کار درمانی باید به صورت گروهی انجام می شد، اما به دلیل مخالفت مدیران مدارس، پژوهشگر مجبور شد که گروه های خود را محدود به چند نفر کند؛ و این کار مستلزم صرف وقت و انرژی زیاد بود.
- تداخل ساعت های درسی آزمودنی ها با ساعت کار درمانی نیز مشکل دیگری ایجاد کرده بود.
- پژوهشگر برای اجرای درمان نیاز به مکانی داشت که مورد تأیید مسؤولان و اولیای کودکان شرکت کننده باشد و این محدودیت کنترل دقیق متغیرهای مزاحم (سر و صدا، رفت و آمد و...) را سخت می نمود.

### یافته های پژوهش

#### جدول ۱: میانگین و انحراف استاندارد پیش آزمون

#### و پس آزمون آزمودنی های پسر در گروه آزمایش و کنترل

| انحراف استاندارد | میانگین نمره | انحراف استاندارد | میانگین نمره | تعداد      | آزمودنی های |
|------------------|--------------|------------------|--------------|------------|-------------|
| پس آزمون         | پس آزمون     | پس آزمون         | پیش آزمون    | آزمودنی ها | پسر         |
| ۸/۷۶             | ۷۹/۵         | ۱۰/۸۳            | ۱۱۲/۸        | ۱۲         | گروه آزمایش |
| ۱۸/۶۵            | ۱۰۸/۳        | ۱۲/۲۲            | ۱۲۲/۶۰       | ۱۲         | گروه کنترل  |

در جدول ۱ داده های توصیفی مربوط به آزمودنی های پسر نشان داده شده است. بر طبق این داده ها همان طور که در گروه کلی آزمایش و گواه مشاهده نمودیم تفاوت میانگین های دو گروه در پیش آزمون و پس آزمون قابل توجه نیست.

**جدول ۲: میانگین و انحراف استاندارد پیش آزمون و پس آزمون آزمودنی های دختر در گروه آزمایش و کنترل**

| انحراف استاندارد | میانگین نمره | انحراف استاندارد | میانگین نمره | تعداد آزمودنی ها | آزمودنی ها  |
|------------------|--------------|------------------|--------------|------------------|-------------|
| پس آزمون         | پس آزمون     | پیش آزمون        | پیش آزمون    |                  |             |
| ۷/۷۹             | ۷۹/۵         | ۶/۰۶             | ۱۱۱/۵        | ۱۳               | گروه آزمایش |
| ۶/۳۷             | ۱۵/۹         | ۳/۱۶             | ۱۱۶/۷        | ۱۳               | گروه کنترل  |

میانگین نمره های آزمودنی های دختر در گروه کنترل و آزمایش نیز نشان دهنده تفاوت اندک این گروه ها در پیش آزمون و افزایش این تفاوت ها در پس آزمون است. هم در پسران و هم در دختران متناسب با نتایج کلی مذکور در جدول شماره یک، میانگین نمره کمرویی گروه آزمایشی در حد زیادی کاهش نشان می دهد.

**جدول ۳: مقایسه نمره های رفتار اجتماعی آزمودنی ها در پیش آزمون و پس آزمون دختران گروه آزمایش (نمره های درمانگر)**

| سطح معناداری | t      | درجه آزادی | انحراف استاندارد | میانگین کمرویی | تعداد آزمودنی ها | آزمودنی ها |
|--------------|--------|------------|------------------|----------------|------------------|------------|
| ۰/۰۰۵        | ۱۰/۱۲۹ | ۲۴         | ۳/۷۳۵            | ۶۴/۱۲          | ۱۳               | پیش آزمون  |
|              |        |            | ۴/۷۶۴            | ۷۴/۸۶          | ۱۳               | پس آزمون   |

جدول ۳ نتیجه مقایسه نمره های پیش آزمون و پس آزمون دختران گروه آزمایش را که مریبی از نظر میزان اجتماعی شدن و میزان تغییراتی که در رفتارهای اجتماعی آنها به وجود آمده است به آنها داده است را نشان می دهد. همان طور که نتایج ارایه شده در جدول نشان می دهد میانگین نمره آزمودنی ها از نظر میزان رفتارهای اجتماعی قبل از اجرای متغیر مستقل پایین تر از نمره های آنها بعد از اجرای متغیر مستقل و اجرای روش درمانی است. این نتایج نشان می دهد رفتارهای اجتماعی کودکان در پس آزمون افزایش یافته است و تفاوتی که در نمره های پیش آزمون و پس آزمون آنها مشاهده شده است در سطح معناداری ۰/۰۰۵ معنادار است.

**جدول ۴: نتیجه مقایسه نمره های پیش آزمون با پس آزمون کمرویی (تنهایی) دختران گروه آزمایش**

| سطح معناداری | t     | درجه آزادی | انحراف استاندارد | میانگین کمرویی | تعداد آزمودنی ها | آزمودنی ها |
|--------------|-------|------------|------------------|----------------|------------------|------------|
| ۰/۰۲۵        | ۲/۹۵۹ | ۲۴         | ۲/۳۳۲            | ۱۶/۱           | ۱۳               | پیش آزمون  |
|              |       |            | ۲/۸۲۱            | ۱۳/۵           | ۱۳               | پس آزمون   |



جدول فوق نمره های گروه آزمایشی دختران را در خرده مقیاس تنهایی نشان می دهد. میانگین نمره های آزمودنی ها در پس آزمون نسبت به پیش آزمون کاهش یافته است. در واقع نقش منع کننده این خرده آزمون در اثر درمان تا حدی تعدیل شده و کاهش یافته است و از جمله یافته های مکمل و مؤید مفروضه های پژوهش حاضر است.

**جدول ۵: نتیجه مقایسه نمره های پیش آزمون با پس آزمون کمرویی (بی تفاوتی) پسران گروه آزمایش**

| آزمودنی ها | تعداد آزمودنی ها | میانگین کمرویی | انحراف استاندارد | درجه آزادی | t     | سطح معناداری |
|------------|------------------|----------------|------------------|------------|-------|--------------|
| پیش آزمون  | ۱۲               | ۱۷/۷           | ۳/۷۵۶            | ۲۲         | ۳/۱۲۵ | ۰/۰۰۵        |
| پس آزمون   | ۱۲               | ۱۲/۹           | ۴/۳۳۵            |            |       |              |

داده های فوق نشان می دهد میانگین کمرویی پسران گروه آزمایش در خرده مقیاس بی تفاوتی در پس آزمون نسبت به پیش آزمون کاهش قابل توجهی داشته است. مفروضه های پژوهش دلالت بر آن داشته که در اثر درمان و کاربندی متغیر درمانی می توان میزانی از کمرویی آزمودنی ها را اعم از دختر و پسر تقلیل داد.

**جدول ۶: نتیجه مقایسه نمره های پس آزمون کمرویی در دختران گروه آزمایش با پسران گروه آزمایش**

| آزمودنی ها  | تعداد آزمودنی ها | میانگین کمرویی | انحراف استاندارد | درجه آزادی | t     | سطح معناداری |
|-------------|------------------|----------------|------------------|------------|-------|--------------|
| گروه دختران | ۱۳               | ۷۸/۹           | ۸/۸۹۰            | ۲۳         | ۱/۰۱۵ | ۰/۰۰۵        |
| گروه پسران  | ۱۲               | ۸۳/۹           | ۵/۳۵۲            |            |       |              |

جدول فوق نشان می دهد میانگین کمرویی در پس آزمون دختران کمتر از گروه پسران است.

### بحث و نتیجه گیری

در این پژوهش به بررسی این پرسش پرداخته شد که آیا بازی درمانی با رویکرد شناختی- رفتاری مایکنام در کاهش کمرویی و گوشه گیری اجتماعی کودکان دبستانی مؤثر است یا خیر؟ نتایج حاصل از پژوهش حاضر نشان داد که این روش در کاهش علایم کمرویی و گوشه گیری اجتماعی کودکان مؤثر است. یعنی فرض پژوهشی مبنی بر کارآمدی رفتار درمانی شناختی در کاهش علایم کمرویی تأیید شد و نتایج به دست آمده در سطح ۰/۰۰۵ معنادار است در حالیکه گروه ها در پیش آزمون تفاوت قابل توجهی نداشته و همگن بوده اند.

رویکردی که زیربنای نظری این پژوهش را تشکیل می دهد، رویکرد شناختی- رفتاری است. این رویکرد بر نقش فرآیندهای شناختی در آسیب شناسی مسایل روانی تأکید می کند. از نظر این رویکرد، شناخت نقش مهمی در استرس هایی که افراد تجربه می کنند دارد. مفهوم شناخت در این رویکرد به سه شیوه بکار رفته است که عبارتند از رویدادهای شناختی، فرآیندهای شناختی و ساختارهای شناختی.

رویدادهای شناختی به تصاویر ذهنی و افکار مشخص و روشنی اطلاق می شود که مایکن بام آنها را نوعی گفتگوی درونی که با قطع کیفیت خود کار رفتار شخص بروز می کنند، توصیف می کند. این گفتگو، اسنادها، انتظاراتها و ارزیابی هایی از خویش و تکلیف یا افکار و تصاویر ذهنی نامربوط به تکلیف را با هم ترکیب می کند. این گفتگوها خارج از کنترل شخص اند و ویژگی غیر قابل کنترل آن در موقعیت های پر استرس و ناراحت کننده بیشتر جلوه گر شده، بنابراین اثر گذاری آن بیشتر است. با وجود این درمانگر می تواند به مراجع کمک کند تا وی از چنین فرآیندهای فکری آگاه شود، به آنها توجه کرده و آنها را تغییر دهد.

فرآیندهای شناختی دومین جنبه از کاربرد مفهوم شناخت است. این فرایند که در اینجا از اهمیت زیادی برخوردار است سوگیری خود تأییدی یا "فرآیندهای خود کام بخش" است که بر مبنای آن افراد بر اساس فرض هایی که از قبل در ذهن دارند اطلاعات خاصی را در محیط جستجو کرده و با کمک این اطلاعات فرض های خود را تأیید می کنند و به تبع آن رفتار نموده و بر رفتار دیگران نسبت به خود نیز تأثیر می گذارند.

سومین جنبه از شناخت، اصطلاح ساختارهای شناختی است که به اعتقاداتها، تعهدها و فرضیه های ضمنی که فرد بر طبق عادت بر اساس آنها محیط را تعبیر و تفسیر می کند، اشاره دارد (مایکنام، ۱۳۸۶). همانطور که بسیاری از پژوهش ها نشان می دهند و نظریه پردازان بسیاری بر آن تأکید دارند هر یک از این جنبه های شناخت که ذکر شد، به گونه ای رفتار فرد را تحت تأثیر قرار می دهند.

بر اساس رویکردهای شناختی- رفتاری برای تغییر رفتار و حذف اثرهای منفی شناخت های آسیب دیده بر فرد، باید آنها را اصلاح کرده و تغییر داد. مایکن بام معتقد است که با استفاده از این خود گویی های درونی میتوان به افراد کمک نمود که رفتارهای خود را کنترل کنند. بر همین اساس در این پژوهش سعی کردیم با استفاده از بازی درمانی شناختی- رفتاری بر اساس نظریه مایکن بام علایم کمروبی را در کودکان کاهش دهیم؛ و تجزیه و تحلیل داده های حاصل از انجام پژوهش نشان می دهد این روش مؤثر بوده است. اما در مورد این که چرا این روش مؤثر واقع شده است دلایل بسیاری می توان احصاء نمود.

شواهد تجربی فراوانی بر اهمیت زبان در کنترل رفتار و نقش این گفتگوها بر رفتار شخص تأکید می کنند. حامیان اصلی این نظریه، یعنی ویگوتسکی، لوریا و مایکن بام پژوهش های زیادی در این زمینه انجام داده و اثر بخشی آن را نشان داده اند. علاوه بر آن پژوهشگران دیگری نیز این روش را در درمان اختلال های کودک خصوصاً اختلال های افسردگی و اضطرابی به کار برده و اثربخشی این روش را به اثبات رسانده اند. از جمله میتوان به کارهای اصفهانی و باعدی اشاره کرد (باعدی، ۱۳۸۰).

علاوه بر پژوهش هایی که در این زمینه انجام شده و نقش زبان را در طرح ریزی و هدایت رفتار نشان می دهند، بسیاری از رفتارهای روزانه ما نیز شاهی بر این مدعاست. به عنوان نمونه برای بسیاری از افراد موقعیت هایی نظیر درگیری بین فردی رخ داده است. بعد از این درگیری چه اتفاقی رخ می دهد؟ اگر به رفتارهای خود توجه کرده باشیم در غالب موارد متوجه می شویم که در چنین موقعیت هایی با خود صحبت می کنیم در حالیکه از آن غافل هستیم و گاهی این گفتگو با خود حتی با صدای بلند رخ داده و دیگران ما را از آن آگاه می کنند.



افراد در این گفتگوها با خود چه می گویند؟ در بسیاری از مواقع در این گفتگوها فرد بخش هایی را به آن صحنه افزوده و گاهی با طرف مقابل همچنان در ذهن خود مشاجره می کند. این عمل چه اثری بر رفتار فرد دارد؟ این گفتگوها بر اساس محتوای خود اثرهای متفاوتی بر رفتار فرد خواهند گذاشت. گاهی تسکین دهنده بوده و گاهی خشم و عصبانیت فرد را مضاعف می کنند. این یکی از مواردی است که بیانگر نقش و اهمیت گفتگوهای درونی بر رفتار و هدایت آن است که در زندگی افراد رخ می دهد اما از آن آگاهی ندارند. علاوه بر این گاهی از طریق همین گفتگو رفتار خود را نظم می دهند. اما نکته مهم در همه این موارد این است که این گفتگوها خود کار و ناخود آگاه بوده و فرد از اثر آنها بر رفتار خود غافل است. بنابراین اگر فرد به وجود آنها آگاه شده و محتویات آن را بررسی کند، متوجه می شود که بسیاری از تفکرهای منفی، تحریف های شناختی و خطاهای اسنادی را در این گفتگوهای درونی با خود تکرار می کند در حالیکه از آنها آگاه نیست. بنابراین، آگاهی فرد از این گفتگوها به او کمک خواهد کرد که کنترل بیشتری بر آنها داشته و از این طریق امکان اصلاح و تغییر آنها برای وی بیشتر فراهم می شود، این امر به نوبه خود رفتار وی را نیز متأثر خواهد کرد.

دلیل دیگری که برای اثربخشی می توان ذکر کرد اصلاح اسنادهای کودک در این خود گویی هاست. علاوه بر آگاه شدن از وجود چنین گفتگوهای اصلاح محتویات آنها نیز حائز اهمیت است. همچنین با این خود گویی ها کنترل رفتار، درونی شده و فرد رفتار خود را کنترل می کند و تکرار و تمرین، در درونی سازی آنها از طریق تلقین مفید واقع می شود.

گروهی بودن درمان نیز یکی از عوامل اثربخشی آن است همان طور که بسیاری از پژوهش ها نشان می دهند به کار گیری این درمان به صورت گروهی، به ویژه در مورد کودکان، اثربخشی آن را افزایش می دهد (دن بوئر، ۱۹۹۷). بر اساس نتایج حاصل از این پژوهش میزان کمرویی گزارش شده از سوی معلمان مدارس در دو جنس متفاوت است. نمره های آزمودنی های پسر غالباً بیشتر از دختران گزارش شده است. یکی از دلایلی که برای آن میتوان ذکر نمود این است که جنسیت بر کمرویی اثر می گذارد و از آنجا که والدین و اطرافیان کودک رفتارهای انزو و اطلبانه و گوشه گیرانه را در پسران کمتر قابل قبول می دانند از این رو به وجود چنین رفتارهایی در آنها اهمیت بیشتری می دهند و آن را شدیدتر ارزیابی می کنند. داده های پژوهشی حاضر نیز این فرضیه را تأیید می کند. به همین دلیل تلاش پسران برای تغییر نیز بیشتر دیده شد. با توجه به شواهد و دلایل ذکر شده در مجموع می توان گفت رویکرد رفتاردرمانی شناختی یکی از مؤثرترین روش های درمانی به ویژه در اختلال های اضطرابی است.

## منابع

- افروز، غلامعلی. (۱۳۷۶). روان شناسی کمرویی و روش های درمان. تهران، دفتر نشر فرهنگ اسلامی.
- باعدی. زهرا. (۱۳۸۰). بررسی کارآمدی شناختی-رفتاری در کاهش پرخاشگری کودکان مبتلا به اختلال سلوک (مطالعه تک موردی). فصلنامه اندیشه و رفتار، سال هفتم، شماره ۱ و ۲.
- قاسم زاده، حبیب .... (۱۳۸۴). رفتار درمانی، زمینه، مسایل و دورنما. تهران، انتشارات ارجمند.
- کرین، ویلیام کریستوفر. (۱۳۸۴). نظریه های رشد مفاهیم و کاربردها. ترجمه غلامرضا خوی نژاد و علیرضا رجایی. تهران، انتشارات رشد.
- هاوتون، کرک. (۱۳۸۲). رفتار درمانی شناختی راهنمای کاربردی در درمان اختلال های روانی. ترجمه حبیب الله قاسم زاده. تهران، انتشارات ارجمند.
- مایکنبام. (۱۳۸۶). آموزش ایمن سازی در مقابل استرس. مترجم: سیروس مبینی. تهران، انتشارات رشد.
- Alfano, C. A. Beidel .Deborah C, Turner. Samuel, M. (2002).Cognition in childhood anxiety: conceptual, methodological,and developmental issues, journal pergamon , Clinical Psychology Review, vol: 22 ,pp: 1209 1238.
- Bruch. Monroe A,and Belkin. Debra, K. (2001). Attributional Style in Shyness and Depression: Shared and Specific Maladaptive Patterns , Journal of Cognitive Therapy and Research, Vol:25, No. 3, pp: 247 – 259.
- Connor,Thomas G O',Creswell. Cathy ,(2005)Cognitive – behavioural therapy for children and adolescents, The Medicine Publishing Company Ltd.
- den Boer, J. A,(1997),Social phobia: epidemiology, recognition, and treatment, British medical journal: Health module, pp: 796.
- Henderson, L. & Zimbardo, P. (1998a). Encyclopedia of Mental Health. San Diego: Academic Press.
- Kendall. Philip C, Braswell. .(1982). Cogkitive – behavioral self-control therapy for children: A components analysis, Journal of Consulting and Clinical Psychology, Vol: 50, Issue 5, pp: 672 – 689.
- Rincon HG, Hoyos G, Badiel M, (2003), Group cognitive behavioral therapy for Depression and anxiety in an ambulatory psychosomatic cervice ( Preliminary report), Symposium abstract / Journal of Psychosomatic Research 55 , pg: 111– 129.
- Rodebaugh. T. L, Holawa R M. y, Heimberg. Richard G, (2004), The treatment of social anxiety disorder, Clinical Psychology Review 24 United States, pp: 883-908.
- Silverman. Sanford , Digiuseppe. Raymond ,(2001),Cognitive behavioral constructs Andchildrens behaviora and emotional problems, Journal of Rational – Emotive & Cognitive - Behavior Therapy , Volume 19, Number 2.
- Wood JJ, Piacentini JC, Southam-Gerow M,Chu BC,Sigman M.(2006),Familycognitive behavioral therapy for child anxiety disorders, J Am Acad Adolesc Psychiatry , 45(3), pp: 314–21.