

اثر بخشی درمان شناختی رفتاری گروهی بر کاهش پر خاشگری کودکان^۱

زهرا رجبی^۲، محمود نجفی^۳، علی محمد رضایی^۴

تاریخ پذیرش: 92/3/20

تاریخ وصول: 91/11/15

چکیده

مقدمه: هدف این پژوهش بررسی تاثیر درمان شناختی درمانی گروهی در کاهش علائم پر خاشگری کودکان دبستانی بود.

روش: پژوهش حاضر از نوع آزمایشی پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری با گروه کنترل بود. جامعه آماری شامل تمام کودکان (دختر و پسر) دبستان شهر شاهرود در بازه سنی 7 الی 12 سال بود که در سال تحصیلی 90-91 در دبستان های شهر شاهرود مشغول به تحصیل بودند. شرکت کنندگان به صورت تصادفی در دو گروه 20 نفره قرار گرفتند. گروه درمان به مدت 10 جلسه هفتگی مداخله دریافت کرد. داده ها با پرسشنامه پر خاشگری رابطه ای و آشکار گردآوری و با روش آماری تحلیل واریانس چند متغیری تجزیه و تحلیل شد.

۱. این مقاله مستخرج از پایان نامه کارشناسی ارشد روانشناسی عمومی دانشگاه سمنان است.

2. کارشناسی ارشد روان شناسی عمومی دانشگاه سمنان، سمنان، ایران. z.rajaby4@yahoo.com

3. نویسنده مسئول: استادیار، گروه روان شناسی بالینی دانشگاه سمنان، سمنان، ایران. m_najafi@sun-semnan.ac.ir

4. استادیار، گروه روانشناسی تربیتی دانشگاه سمنان، سمنان، ایران. zezaei_am@yahoo.com

یافته‌ها: نتایج پژوهش نشان داد که درمان شناختی رفتاری گروهی توانسته است باعث کاهش پرخاشگری و اکنشی کلامی و رابطه ای در کودکان شود ولی اثری روی پرخاشگری جسمانی نداشته باشد.

نتیجه‌گیری: نتایج پژوهش حاضر نشان داد که بهبود در تمامی مؤلفه‌های پرخاشگری حاصل نشد. اما رضایت بخش بودن درمان شناختی رفتاری گروهی بر کاهش پرخاشگری کودکان دبستانی، می‌تواند راهی مؤثر در بهبود رفتارهای کودکان باشد.

واژگان کلیدی: درمان شناختی رفتاری، پرخاشگری رابطه ای، پرخاشگری آشکار.

مقدمه

در طی سال‌های گذشته یک مجموعه رو به رشد تحقیقات حول محور پرخاشگری¹ و مشکلات آن در کودکان و نوجوانان در مدرسه اختصاص یافته است. زیرا رفتار پرخاشگرانه می‌تواند در برخی از کودکان در دوران ابتدایی و مدرسه دیده شود (باس و پلامین²، 1975). رفتار پرخاشگرانه می‌تواند باعث نتایج منفی از قبیل طرد همسالان و بزه‌کاری در نوجوانی شود (ون لیر، ویتارو و ایزنر³، 2007). پرخاشگری ارائه محرک آزارنده از فردی به فرد دیگر است به قصد آزار یا قصد آسیب. زمانی که فرد در حال فرار یا دور شدن از محرک است (گین⁴، 2001). با این حال انواع مختلف پرخاشگری وجود دارد که ممکن است هیچ تعریف واحدی از پرخاشگری نداشته باشد. در واقع پرخاشگری می‌تواند تظاهرات مختلفی به صورت مستقیم یا غیر مستقیم داشته باشد (پولمن⁵، 2008). انواع پرخاشگری، شامل پرخاشگری کلامی، پرخاشگری فیزیکی⁶ در برابر دیگران و پرخاشگری فیزیکی علیه اموال می‌باشد که پرخاشگری

1. aggression
2. Buss & Plomin
3. Vanlier, Vitaro & Eisner
4. Geen
5. Polman
6. physical aggression

18 سال در سال 2010 در کشورهای توسعه یافته رو به افزایش می باشد، بنابراین فقدان اقدامات لازم برای دخالت و غلبه بر این مشکلات اجتماعی می تواند به صورت یک کاتالیزور به سوء رفتار و صدمه به دیگران بیانجامد و باورها و فرض های مختلف را در مورد درک از پرخاشگری در کودکان بوجود بیاورد (ماتیوز¹، 2001). همچنین با توجه به این که کودکان پیوند ابتدایی و حیاتی خود را از خانواده آغاز می کنند اگر خانواده خود قادر به درک مسئولیت و حل مشکلات اجتماعی نباشد، می تواند تاثیر آن در شکل گیری شخصیت فرد و توسعه رفتارهای پرخاشگرانه بیانجامد (پارکر، بارت، هسکی²، 1992).

رفتار پرخاشگرانه رایج در میان کودکان در حال حاضر چالش عمده ای در مدارس ایجاد کرده است این مشکلات رفتاری مانند تمایلات مخرب، نزاع³، نافرمانی⁴ مربوط به این گونه رفتار می باشد (لوبر، بارک، لی هی، و نترز، زرا⁵، 2000). رفتار پرخاشگرانه می تواند توسط یک فرد یا یک گروه نشان داده شود و یا می تواند یک فرد یا یک گروه را هدف قرار دهد. علاوه بر این برای رهبری کردن یا کنترل تهدیدهای فیزیکی رفتارهای پرخاشگرانه به طور عمومی نیاز به یک قربانی⁶ دارد که این قربانی می تواند تاثیر منفی بر پرورش شخصیت داشته باشد (ترمبلی⁷ و همکاران، 2004).

یکی از دلایل اصلی مراجعه کودکان به مراکز مشاوره و روان درمانی رفتارهای پرخاشگرانه می باشد (آرم بستر، سوخودولوسکی، میشل سن⁸، 2001). با توجه به رویکردهای مختلف در زمینه خشم و پرخاشگری درمان های مختلفی نیز ارائه شده است، یکی از تکنیک های موثر شناختی که به افراد از جمله کودکان در مدیریت رفتارهای پرخاشگرانه

1. Matthews

2. Parker, Barrett & Hickie

3. quarreling

4. disobedience

5. Loeber, Burke, Lahey, Winters & Zera

6. victim

7. Tremblay

8. Armbruster, Sukhodolsky & Michalsen

پرخاشگری، اختلالات خوردن و غیره بکار گرفته شده است (اولندیکو کینگ¹، 2004). درمان شناختی رفتاری، نه تنها در مورد مشکلات و اختلالات بسیاری بکار گرفته شده بلکه این مداخلات در محیط‌های مختلفی که کودکان و نوجوانان به آنجا رفت و آمد دارند نیز مورد استفاده قرار گرفته است (کریسترن، استیوارت، و فریمن²، 2007).

بسیاری از منابع درمان شناختی رفتاری کودکان اغلب متمرکز بر مداخلات و روان‌درمانی‌های فردی است، با این حال بسیاری از متخصصان این رشته با محدودیت‌های زمانی و نیز تعداد زیاد مراجعین مواجه می‌باشند. به خاطر همین موضوع، درمانگران در جستجوی روشهای درمانی جایگزین و از لحاظ زمانی مقرون به صرفه می‌باشند تا در مورد کودکان و نوجوانان اعمال نمایند (کریسترن و همکاران، 2007). فریمن، پرتزر، فلمینگ و سیمون³ (2004) پیشنهاد می‌کنند که درمان شناختی رفتاری گروهی می‌تواند یک جایگزین طبیعی، و در برخی موارد، یک مداخله تکمیلی بر درمان فردی باشد. شواهد بسیار و فزاینده‌ای در مورد اثربخشی درمان شناختی رفتاری گروهی وجود دارد و نتایج مثبتی نیز برای شماری از مشکلات نوجوانان از جمله خشم و پرخاشگری (فیندلرو اکتون⁴، 1986؛ لارسن و لاچمن⁵، 2002)، افسردگی (کلارک، روهده، لوینسون، هاپز، سیلی⁶، 1999)، اضطراب (فلانری-کندال⁷، 2000؛ گینسبرگ، سیلورمن، و کرتینز⁸، 1995) وجود دارد.

بر این اساس، سؤال اصلی پژوهش حاضرین است که آیا آموزش شناختی رفتاری گروهی می‌تواند باعث کاهش پرخاشگری کودکان دبستانی گردد؟

-
1. Ollendick & King
 2. Christner, Stewart & Freeman
 3. Pretzer, Fleming & Simon
 4. Findler & Ecton
 5. Larsen & Lochman
 6. Clarke, Rohde, Lewinsohn, Hopz & Seeley
 7. Flannery-Schroeder & Kendall
 8. Ginsburg, Silverman & Kurtines

است. ضریب آلفای کرونباخ برای پرخاشگری جسمانی، رابطه‌ای، و واکنشی کلامی به ترتیب 0/85، 0/89، و 0/83 است (شهیم، 1385).

روند اجرای پژوهش

شرایط ورود به مطالعه کودکانی بودند که نمره پرخاشگری مورد نظر را کسب کرده بودند. دامنه سنی بین 7 الی 12 سال بود و پرسشنامه پرخاشگری در سه مرحله پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری انجام شد. جلسه پیگیری یک ماه بعد از اتمام جلسات درمانی در طی ده جلسه هفتگی به صورت گروهی انجام گرفت و اعضای گروه کنترل در لیست انتظار باقی ماندند. روش درمانی که در این پژوهش بر اساس دستورالعمل لوری سیلر (2008) انجام شد یک درمان شناختی رفتاری برای کودکان 7 تا 14 سال می باشد.

محتوای جلسات به شرح زیر می باشد:

جلسه اول: معرفی اعضا با یکدیگر، آغاز یادگیری درباره احساسات و نیز انجام هدف گذاری.
جلسه دوم: آموزش درباره احساسات مختلف، توجه به احساس دیگران با نگاه به حالات چهره و زبان بدن آنها، آموزش درباره تغییر احساسات در طول روز و همه روزه.
جلسه سوم: آگاهی از تغییرات فیزیکی در بدن، آموزش درباره ارتباط بین نشانه های بدنی و شیوه تفکر، احساس و رفتار.
جلسه چهارم: کمک به تشخیص افکار، آموزش درباره چگونگی تاثیر افکار ما بر احساسات و اعمال ما.

جلسه پنجم: ادراک ارتباط بین افکار، احساسات، نشانه های بدنی و اعمال، مشاهده چگونگی اثر گذاری تغییر درافکار، احساسات، نشانه های بدنی یا اعمال بر دیگر پیوندها.
جلسه ششم: آموزش امکان وجود شیوه های فکری متفاوت با شیوه فکری خود ما، آموزش سؤالاتی که ما را در فهم بهتر موضوعات نگران کننده ذهنمان یاری می کنند.

2/40	15/10	1/81	14/65	3/61	17/00	واکنشی کلامی	کنترل
3/29	19/60	3/23	17/45	5/63	22/95	رابطه ای	

با توجه به این که در این پژوهش تفاوت های گروهی کودکان پرخاشگر گروه آزمایش و کنترل بر اساس سه متغیر وابسته صورت گرفت برای تحلیل داده ها از آزمون تحلیل کواریانس چند متغیره (مانکووا) استفاده شد. نتایج تحلیل کواریانس چند متغیری برای مقایسه میانگین های پرخاشگری در پس آزمون و پیگیری در جدول 2 ارائه شده است.

جدول 2. تحلیل کواریانس چند متغیری برای مقایسه میانگین های پرخاشگری در پس آزمون و پیگیری

نام آزمون	مقدار	F	درجه آزادی	درجه آزادی	سطح معناداری
اثر بیلابی	0/73	13/77	6	30	0/001
لامبدای ویلکر	0/26	13/77	6	30	0/001
اثر هاتینگ	2/75	13/77	6	30	0/001
بزرگترین ریشه روی	2/75	13/77	6	30	0/001

با توجه به داده های جدول 2 میانگین نمرات پرخاشگری دو گروه آزمایش و کنترل در مراحل پس آزمون و پیگیری حداقل در یکی از مقیاس های پرخاشگری تفاوت معناداری با یکدیگر دارد. برای بررسی دقیق تر، نتایج تحلیل کواریانس در تفاوت بین دو گروه آزمایش و کنترل در هر یک از مؤلفه های پرخاشگری در جدول 3 ارائه گردیده است.

جدول 3. نتایج تحلیل کواریانس تفاوت میانگین پرخاشگری جسمانی، رابطه ای و واکنشی کلامی در دو

گروه پس آزمون و پیگیری

متغیرهای وابسته	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	سطح معناداری
پرخاشگری پیش آزمون	0/007	1	0/007	0/001	0/97
جسمانی پس آزمون	9/38	1	9/38	1/58	0/21

مؤلفه های پرخاشگری رابطه ای و واکنشی کلامی با پژوهش های لارسن و لاجمن، (2002)؛ گلن، اسپیلنز، ماسک، مسفال¹، (2007)؛ لارا، فارل، بوشن²، (2010)؛ دینا، هیرشلف، ماسک، هنین، بلکلی³، (2010)؛ غفوری و تراسس (2004) همخوانی دارد. همچنین در مؤلفه پرخاشگری جسمانی با پژوهش های فتیحی آذر و همکاران (1385)؛ بهرامی (1384)؛ صادقی، احمدی و عابدی (1381)؛ تایلر (2005)؛ سوخودلسکی، کاسینو و جرمن⁴ (2004)؛ اوزاباسی⁵، (2010)؛ در تناقض می باشد. پرخاشگری مجموعه ای بسیار وسیع از رفتارهای متنوع و ناهمگون است. شناخت دقیق پرخاشگری و نمودهای ظاهری و نیز علل زیر بنایی آن گامی مهم در انتخاب مداخلات و درمان مناسب می باشد. به طور کلی یافته های بدست آمده از این پژوهش نشانگر آن می باشد که درمان شناختی رفتاری می تواند به عنوان یک راه حل درمانی مناسب جهت ایجاد تغییرات مثبت بر افکار و هیجانات و به دنبال آن رفتارهای کودکان پرخاشگر 7 الی 12 ساله در هر دو جنس دختر و پسر باشد و مورد استفاده قرار بگیرد.

برگزاری جلسات درمانی موجب کاهش نمره پرخاشگری کودکان دبستانی گردیده است. درخصوص مؤلفه های پرخاشگری، پرخاشگری جسمانی با این که کاهش نمره داشته ولی از نظر آماری معنی دار نبوده است. پرخاشگری فیزیکی یا جسمانی شامل رفتارهایی نظیر زدن، هل دادن، لگزدن، پرتاب اشیاء و تهدید به انجام این اعمال می باشد که به طور مستقیم موجب آزار دیگران می شود (شهیم، 1385). از علل عدم تغییر پرخاشگری جسمانی در کودکان می توانیم به حضور دو جنس در گروه تحقیق اشاره کرد. بنابر تحقیقات انجام شده در بین کودکان، بیشترین گروه پرخاشگر مربوط به دختران با پرخاشگری رابطه ای است این درحالیست که دختران پرخاشگری آشکار و جسمانی بسیار کمی را از خود نشان می دهند (کریک و گراتپتر، 1995). از دیگر عوامل مؤثر بر عدم تغییر مقیاس پرخاشگری جسمانی در

-
1. Glen, Spielmans, Pasek & Mcfall
 2. Lara, Farrel & Boschen
 3. Dina, Hirshfeld, Masek, Henin & Blakely
 4. Sukhodolsky, Kassinov & Gorman
 5. Ozabaci

محرك‌های تحريك‌کننده توام با دشمنی تعريف شده است (داج و كوی¹، 1987 به نقل از شهيم، 1386). پرخاشگري واكنشی دربرگیرنده واكنش‌های تكانشی و پرخاشگري بیش فعال دربرگیرنده رفتارهای کنترل شده توأم با عناد می‌باشد. نتایج حاصل نشان داد که اجرای ده جلسه ای درمان شناختی رفتاری منجر به بهبود پرخاشگري کودکان پرخاشگر دبستانی شده است. با توجه به گفته‌های قبلی، پرخاشگري واكنشی کلامی و بیش فعال یکی از عوامل استخراج شده از پرخاشگري آشکار است. اگر چه در این پژوهش عامل دیگر پرخاشگري آشکار یعنی پرخاشگري جسمانی بهبودی را نشان نداد اما کاهش چشمگیر نمرات پرخاشگري واكنشی کلامی و بیش فعال، نشان دهنده تأثیر درمان شناختی رفتاری بر پرخاشگري آشکار نیز می‌باشد.

پژوهش حاضر محدود به کودکان دبستانی از مناطق شهری بود. همچنین مدت پیگیری کوتاه بود و امکان بررسی اثربخشی در طولانی مدت به صورت پیگیری نبود. پیشنهاد می‌شود در پژوهش‌های آتی اثربخشی این روش بر سایر مشکلات رفتاری کودکان در کنار سایر درمان‌های دیگر مورد بررسی قرار گیرد.

منابع فارسی

- بهرامی، فاطمه. (1384). کارآیی آموزش حل مساله در کاهش پرخاشگري دختران دانش آموز. *مجله اندیشه رفتار*. 11(4)، 269-476
- شهيم، سیما. (1386). پرخاشگري رابطه‌ای در کودکان پیش دبستانی. *مجله روانپزشکی و روان‌شناسی بالینی ایران*. 13 (3)، 271 - 264.

1. Dodge & Coi

- Field, T., Diego, M., & Hernandez-Reif, M. (2007). Massage therapy research. *Developmental Review*, 27, 75-89.
- Flannery-Schroeder, E. C., & Kendall, P. C. (2000). Group and individual cognitive-behavioral treatments for youth with anxiety disorders: A randomized clinical trial. *Cognitive Therapy and Research*, 24, 251-278.
- Freeman, A., Pretzer, J., Fleming, B., & Simon, K. M. (2004). *Clinical applications of cognitive therapy*. New York: Plenum
- Geen, R. G. (2001). *Human aggression* (2nd Ed.). Buckingham: Open University Press.
- Gendreau, P. L. & Archer, J. (2005). Subtypes of aggression in humans and animals. In R.E. Tremblay, W.W. Hartup, & J. Archer (Eds.), *Developmental origins of aggression* (pp. 25-46). New York, NY: Guilford Press.
- Ginsburg, G. S., Silverman, W. K., & Kurtines, W. K. (1995). Family involvement in treating children with phobia and anxiety disorders: A look ahead. *Clinical Psychology Review*, 15, 457-473.
- Ghafoori, B. & Tracz, S. M. (2004). Cognitive-Behavioral Therapy as A Clinical Intervention for Childhood Disruptive Behaviours: A Meta-Analysis. *Journal and violent behavior*, 10, 31-43.
- Glen, I., Spielmans, F., Pasek, J., Mcfall. (2007). what are the active ingredients cognitive and behavioral psychotherapy for anxious and depressed children? A Meta analytic review. *Clinical Psychology Review*, 27(5), 642-654
- Holline, R., McGuire, J., Hounscome, R. M. (2008). Cognitive skills behavioral programs for offenders in the community: A reconviction analysis. *Criminal Justice and Behavior Journal*, 35 (3), 269-238.
- Farrell, L. J., Schlup, B., Boschen, M. J. (2010). Cognitive-behavioral treatment of childhood obsessive-compulsive disorder in community-based clinical practice: clinical significance and benchmarking against efficacy. *Behaviour Research and Therapy*, 48(5), 409-417
- Lana, K. L., Chong Abdullaha., M, Roslana, S. (2010). Understanding Media Violence and the Development of Aggressive Behaviour of School Children. (International Conference on Learner Diversity). *Procedia Social and Behavioral Sciences*, 7, 522-527
- Loeber, R., Burke, J. D., Lahey, B. B., Winters, A., Zera, M. (2000). Oppositional defiant and conduct disorder: a review of the past 10 years, part I. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 39(12), 1468-84.
- Larson, J., & Lochman, J. E. (2002). *Helping schoolchildren cope with anger: A cognitive behavioral intervention*. New York: Guilford.
- Lochman, J. E., Dunn, S. E., & Wagner, E. E. (1997). Anger. In G. Bear, K. Minke, & A. Thomas (Eds.), *Children's needs II*. Washington, D.C.: National Association of School Psychology.
- Matthews, D. J. (2001). Summary of Tremblay, R. E. (May 2001). Origins, Development, and Prevention of Aggressive Behaviour. Summary of paper presented at the WebForum 2001: Millennium Dialogue on Early Child

