

فصلنامه پژوهش‌های نوین روانشناختی

سال هشتم شماره ۲۹ بهار ۱۳۹۲

## اثربخشی بازی درمانی مبتنی بر رویکرد شناختی- رفتاری بر اضطراب و عزت‌نفس کودکان مبتلا به اختلال نارسایی توجه/بیش‌فعالی (ADHD)

راحله حسنی<sup>۱</sup>  
بهرام میرزائی<sup>۲</sup>  
علیرضا خلیلیان<sup>۳</sup>

### چکیده

این پژوهش به منظور بررسی اثربخشی بازی درمانی مبتنی بر رویکرد شناختی- رفتاری بر اضطراب و عزت‌نفس کودکان مبتلا به ADHD انجام گرفت. با اعمال طرح شبه‌آزمایشی از میان کودکانی که به مراکز روانپزشکی سطح شهر مراجعه نموده و با تشخیص روانپزشک مبتلا به ADHD از نوع مرکب بوده‌اند، مصاحبه شد علاوه بر این جهت اطمینان از پرسشنامه علایم مرضی کودک (CSI-4) نیز استفاده شد. پس از اعلام آمادگی خانواده‌ها، ۲۴ کودک به صورت غیرتصادفی انتخاب و در دو گروه ۱۲ نفره آزمایش و کنترل جایگزین شدند. در هر دو گروه آزمایش و کنترل تعداد ۶ پسر و ۶ دختر با دامنه سنی ۷ تا ۱۲ سال قرار گرفتند. پیش از اجرای بازی درمانی مبتنی بر رویکرد شناختی- رفتاری، کودکان در دو گروه آزمایش و کنترل تعداد ۶ پسر و ۶ دختر با دامنه سنی ۷ تا ۱۲ سال قرار گرفتند. پیش از اجرای بازی درمانی، پس‌آزمون‌های عزت‌نفس کوپر اسمیت و اضطراب اسپنس به عنوان پیش‌آزمون اجرا گردید. پس از اجرای بازی درمانی، پس‌آزمون اجرا شد. نتایج با استفاده از روش کوواریانس تحلیل گردید. یافته‌ها نشان داد که بازی درمانی باعث افزایش معنی‌دار سطح عزت‌نفس کودکان ADHD می‌شود. ولی این رویکرد درمانی منجر به کاهش معنی‌دار علائم اضطراب کودکان ADHD نگردید. مبتنی بر یافته‌ها می‌توان بیان داشت که بازی درمانی مبتنی بر رویکرد شناختی- رفتاری به عنوان یک روش مؤثر برای افزایش عزت‌نفس کودکان مبتلا به ADHD است.

**واژگان کلیدی:** بازی درمانی مبتنی بر رویکرد شناختی- رفتاری، ADHD، اضطراب کودک، عزت‌نفس.

۱- کارشناس ارشد روانشناسی بالینی دانشگاه آزاد اسلامی واحد ساری (نویسنده مسئول) Email:hassani.rahele@yahoo.com

۲- استادیار گروه روانشناسی دانشگاه آزاد اسلامی واحد ساری

۳- استاد دانشگاه علوم پزشکی دانشگاه آزاد اسلامی واحد ساری

## مقدمه

بیش‌فعالی<sup>۱</sup> شاید رایج‌ترین یا همگانی‌ترین واژه بکار رفته برای نوعی اختلال روان‌شناختی در دوران کودکی است که از لحاظ تخصصی به اختلال کاستی توجه و بیش‌فعالی<sup>۲</sup> (ADHD) معروف است. (کندال<sup>۳</sup>، ۱۳۸۹). طبق نتایج مرکز کنترل بیماری‌ها در ایالات متحده، تقریباً ۴.۴ میلیون نفر از کودکان ۴-۱۷ ساله تشخیص اختلال ADHD را دریافت کرده‌اند (مرکز کنترل و پیشگیری بیماری‌ها<sup>۴</sup>، ۲۰۰۵). فراوانی بالای اختلال‌های روانپزشکی همبود<sup>۵</sup> با این اختلال، در مطالعات بالینی و همه‌گیرشناسی گزارش شده است (پلیسکا<sup>۶</sup>، ۲۰۰۰؛ بیدرمن<sup>۷</sup> و همکاران، ۲۰۰۶). نتایج پژوهش‌های مختلف نشان داده است که تقریباً ۷۳ درصد کودکان مبتلا به این اختلال، حداقل یک اختلال دیگر و ۶۷ درصد، بیش از دو اختلال دیگر را به صورت همبود، دارند (پلیسکا<sup>۶</sup>، ۲۰۰۹؛ مک‌گوگ<sup>۸</sup> و همکاران، ۲۰۰۵؛ کادسجو<sup>۹</sup> و همکاران، ۲۰۰۱). از بین این اختلال‌ها، اختلال سلوک و نافرمانی مقابله‌ای با ۳۲ درصد اختلال‌های خلقی با ۲۹ درصد، اختلال‌های اضطرابی با ۱۵ درصد، اختلال‌های یادگیری با ۱۰ درصد و اختلال‌های طیف درخودماندگی با ۵ درصد، بیشترین همبودی را با این اختلال دارند (پلیسکا<sup>۶</sup>، ۲۰۰۹). ترکیب ADHD و نشانه‌های درونی کردن نسبت به ADHD به تنهایی همانطور که توسط معلمان و والدین گزارش می‌شود با اختلال اجتماعی بیشتری همراه است (کاروستیس<sup>۱۰</sup>، پاور<sup>۱۱</sup>، رسکورلا<sup>۱۲</sup>، ایرالدی<sup>۱۳</sup> و گالاگر<sup>۱۴</sup>، ۲۰۰۰). کودکان با اختلالات اضطرابی غالباً بیش از یک اختلال در آن واحد دارند مانند سایر اختلالات اضطرابی و یا سایر انواع اختلالات مانند افسردگی و یا اختلال کاستی توجه/بیش‌فعالی. (چورپیتا<sup>۱۴</sup>، ۲۰۰۷). عزت‌نفس نیز به عنوان یکی از مؤلفه‌های هویت اجتماعی مورد توجه بسیاری از روانشناسان و روانپزشکان قرار

1- hyperactivity

3- Kendall

5- Comorbid

7- Biederman

9- Kadesjo

11- Power

13- Rescorla

15- Gallagher

2- Attention- Deficit/ Hyperactivity Disorder (ADHD)

4- Center for Disease Control and Prevention

6- Pliszka

8- Gough

10- Karustis

12- Eiraldi

14- Chorpita

گرفته است. برخی محققان چون فرنچ و ارگونیز وجود عزت نفس را یک نوع سپر فرهنگی در مقابل اضطراب دانسته‌اند (بیایانگر، ۱۳۷۳). اعتماد به نفس پایین در اختلالات افسردگی کاملاً آشکار بوده و با ADHD اختلال نافرمانی، ترس‌های گوناگون (فوبیا) و اختلالات تغذیه مرتبط است (شرک<sup>۱</sup>، بورول و هارتر؛ به نقل از دروز<sup>۲</sup>، ۲۰۰۹). متأسفانه بیشتر کودکان مبتلا به اختلالات رفتاری فیدبک‌های منفی رفتاری بیشتری را از دنیای پیرامونشان دریافت می‌کنند تا فیدبک‌های مثبت. این مسأله به مرور باعث کاهش عزت نفس در آنان می‌شود. (بلوم کیست<sup>۳</sup>، ۱۹۹۶). کنگره آمریکا با درک تأثیر ADHD بر کودکان و خانواده‌ها، به تازگی روزملی آگاهی از ADHD را تعیین کرد و اولین آن هفتم سپتامبر ۲۰۰۴ بود (دیویسون و جانسون<sup>۴</sup>، ۲۰۰۷).

جذب شدن کودک در فرایند درمان یک عامل پیش‌بینی‌کننده مهم برای نتیجه آن می‌باشد (چو<sup>۵</sup> و کندال، ۲۰۰۴). نشان داده شده است که آن گروه از کودکان مبتلا به اختلالات فزون کنشی/نارسایی توجه که میزان اضطراب و افسردگی در آنها بالاست، بهره کمتری از درمان‌های رایج در این اختلال می‌برند (هینشاو<sup>۶</sup>، ۲۰۰۷) تری<sup>۷</sup> (۲۰۰۲) در پژوهشی نشان داد که افزایش عزت نفس برای پیشگیری از مشکلاتی که ممکن است بر اثر عزت نفس پایین برای نوجوانان به وجود آید ضروری است. هدف نهایی درمان ADHD، توانا ساختن کودکان است که بتوانند بر مشکلاتی که در طول زندگی با آنها مواجه می‌شوند، فایق آیند. این هدف را نمی‌توان با دارو درمانی یا وادار کردن کودکان به رعایت قواعد بدست آورد، بلکه تنها راه به انجام رساندن آن، آموزش راهکارهایی در مورد شیوه برخورد با مردم و وظایفی است که در نحوه عملکرد روزانه کودک مفید است (گراهام<sup>۸</sup>، ۱۹۹۸). یکی از روش‌های درمان غیردارویی، استفاده از فنون بازی درمانی با رویکردهای متفاوت است. اکانر و براورمن<sup>۹</sup> (۱۹۹۷) به تأثیر بازی درمانی در کودکان مبتلا به اختلالات رفتاری پرداختند و در ارزیابی نهایی بعد از درمان، کاهش معنادار

1- Shirk  
3- Bloomquist  
5- Chu  
7- Teri  
9- Oconnor & Braverman

2- Drewes  
4- Davison & Johnson  
6- Hinshaw  
8- Graham

اختلالات را مشاهده کردند. متاآنالیز انجام شده بر روی ۹۳ مطالعه کنترل شده که به بررسی تأثیر بازی‌درمانی پرداختند، تأثیر کلی درمان را مثبت ارزیابی کرد (براتون<sup>۱</sup> و همکاران، ۲۰۰۵).

بازی درمانی رویکردی با ساختار و مبتنی بر نظریه درمان است که فرآیندهای یادگیری و ارتباط طبیعی و بهنجار کودکان را پایه ریزی می‌کند (کارمیخاییل<sup>۲</sup>، ۲۰۰۶). بازی درمانی راهی است برای غلبه بر اضطراب در کودکان آشفته و مضطرب، که در آن از بازی به عنوان یک واسطه ارتباطی میان کودک و تراپیست استفاده می‌کنند. این روش بر پایه یک فرض کلی استوار است که در آن بازی در جایگاهی قرار می‌گیرد که کودک ابتدا تفاوت بین "آنچه که من هستم" و "آنچه که من نیستم" را استوار است که در آن بازی در جایگاهی قرار می‌گیرد که کودک ابتدا تفاوت بین "آنچه که من هستم" و "آنچه که من نیستم" را تشخیص داده و شروع به بهبود ارتباط خود با جهان ماوراء خود می‌کند (کاتاناج، ۲۰۰۵). از جمله ملاحظات که برای افزایش عزت‌نفس پایین پیشنهاد می‌شود می‌توان به، بکارگیری روانشناسی بازی‌درمانی برای افزایش تجارب مرتبط با عواملی که منجر به تعارض و بی‌قراری در افراد می‌شود، اشاره نمود (آتش‌پور و همکاران، ۱۳۸۱).

بازی‌درمانی سنتی در ایران در پژوهش‌های مختلف، نتایج چشمگیری در جهت مثبت داده است. این نتایج در اختلالات پرخاشگری (احمدی، ۱۳۷۶؛ آرزومانیان، ۱۳۷۹؛ قدیری لشکاجانی، ۱۳۷۵)، اضطراب (ممی یانلو، ۱۳۷۹)، و تأخیر تکامل اجتماعی (رسولی، ۱۳۷۶) انجام شده است. ولی بازی‌درمانی با تکنیک‌های رفتاری-شناختی در اختلال‌های همبود ADHD کمتر مورد استفاده قرار گرفته است.

بازی درمانی با رویکرد رفتاری-شناختی<sup>۳</sup> (CBPT) بر مبنای مدل شناختی برای درمان کودکان دارای اختلالات هیجانی است. بازی درمانی با رویکرد رفتاری-شناختی کوتاه مدت، محدود به زمان، دارای ساخت رهنمودی<sup>۴</sup> و مشکل‌مدار<sup>۵</sup> است و به رابطه

1- Bratton  
3- Play Therapy with Cognitive Behavioral Therapy  
5- problem- oriented

2- Carmichael

4- directive

درمانی بی‌عیب و نقصی وابسته است که در آن یکی از نقش‌های درمان، نقش آموزشی آن است (محمداسماعیل، ۱۳۸۲). می‌توان از تکنیک‌های CBPT برای مواجهه با مسائلی چون عصبانیت، اضطراب، کامل‌پرستی افراطی، رفتارهای انفجاری، انزوا، کمبود مهارت‌های اجتماعی، اذیت و آزار و عدم اعتماد به نفس و خود ارزشمندی استفاده کرد. کادوسن<sup>۱</sup> (به نقل از کاتاناج<sup>۲</sup>، ۲۰۰۵) در سال ۱۹۹۷ استفاده از CBPT را درمان کودکان مبتلا به ADHD را توضیح می‌دهد. این اهداف در کودکان برای افزایش رفتارهای مربوط به انجام وظیفه، بالا بردن بیان کلامی احساسات، و افزایش خود کنترلی در آنها می‌باشد. پس از آن، کودک می‌تواند به گروه‌های مهارت اجتماعی برای تعمیم رفتارهایی که تازه آموخته است بپیوندد. در زمینه موفقیت بازی‌درمانی شناختی-رفتاری، بدون توجه به رویکرد درمانگر، اکثر بازی‌درمانگران معتقدند که در ۸۰ درصد موارد، درمان‌های آنان موفقیت‌آمیز است (جرالد<sup>۳</sup>، ۱۹۹۹).

نل<sup>۴</sup> (۱۹۹۳) اصولی را برای رویکرد بازی‌درمانی مبتنی بر رویکرد شناختی-رفتاری ارائه کرد که برگرفته از اصول CBT برای بزرگسالان بود این اصول که به طور مختصر ذکر شده‌اند، برای کودکان خردسال کاربرد دارند.

۱- شناخت درمانی براساس مدل شناختی اختلالات هیجانی و احساسی شکل گرفته است.

۲- شیوه‌ای بسیار مختصر بوده و از نظر زمانی محدود است.

۳- یک رابطه درمانی مناسب شرط لازمی مؤثر بودن CBT است.

۴- درمان تلاشی همراه با مساعدت درمانگر و بیمار می‌باشد.

۵- در CBT ابتدا از روش سقراطی استفاده می‌شود.

۶- CBT سازماندهی شده و جهت‌دار است.

۷- CBT متمرکز بر مشکل است.

۸- CBT براساس یک مدل پرورشی شکل گرفته است.

1- Kaduson  
3- Gerald

2- Caattanach  
4- Knell

۹- تئوری و تکنیک‌های CBT بر شیوه قیاسی تکیه دارند.

۱۰- انجام تکالیفی در خانه که یک جنبه محوری در CBT می‌باشد، در مورد CBPT برای کودکان خردسال کاربرد ندارد.

تقریباً ۷۵٪ از کودکان سنین مدرسه ابتدایی مبتلا به ADHD به یک یا چند دوز از داروهای محرک پاسخ مثبت می‌دهند. متیل فنیدیت و سایر محرک‌ها در کاهش نشانگان ADHD و رفتارهای مشکل‌ساز مربوط به آن در کودکان کم سن مؤثر هستند؛ اما، ضرورت دارودرمانی به جای سایر مداخله‌ها در این گروه سنی باید بررسی شود (دوپل و استونر<sup>۱</sup>، ۲۰۰۴). استفاده از یک داروی محرک به تنهایی نمی‌تواند "پاسخ جادویی" برای درمان نقص توجه باشد. درمان باید اقدامات چند جانبه‌ای را در برگیرد (جونز<sup>۲</sup>، ۱۹۹۸) در گذشته تصور می‌شد با بزرگ‌تر شدن این کودکان، اختلال از بین می‌رود؛ اما امروزه اعتقاد بر این است که ۷۰ درصد این کودکان نمی‌توانند از پس مشکلات مرتبط با اختلال کمبود توجه و اختلال‌های همبود با آن برآیند (لیندن<sup>۳</sup>، ۱۹۹۶). مطالعه لارا<sup>۴</sup> و همکاران (۲۰۰۹) نشان داد که تقریباً ۵۰٪ از کودکان مبتلا به ADHD ملاک‌های کامل اختلال را در بزرگسالی نیز نشان می‌دهند. به همین دلیل به نظر می‌رسد در کنار درمان دارویی، انجام درمان‌های روانشناختی و از آن جمله بازی درمانی مبتنی بر رویکرد شناختی- رفتاری برای کاهش اختلالات همراه با علائم ADHD ضرورت می‌یابد.

در این پژوهش علائم اختلال ADHD به طور خاص مدنظر نبوده و هدف از بازی درمانی با رویکرد شناختی- رفتاری کاهش علائم ADHD به تنهایی نبوده است. به نظر می‌رسد با اجرای بازی درمانی مبتنی بر رویکرد شناختی- رفتاری می‌توان به طور غیرمستقیم علائم اضطرابی این کودکان را کاهش داد و عزت‌نفس آنها را نیز ارتقا داد.

این پژوهش به دنبال پاسخ به این سؤال بود که آیا بازی درمانی مبتنی بر رویکرد شناختی- رفتاری در کاهش علائم اضطرابی و افزایش عزت‌نفس کودکان مبتلا به

1- Dupaul & Stoner  
3- Linden

2- Jones  
4- Lara

ADHD مؤثر است؟ بنابراین فرضیه‌های پژوهش عبارت اند از:

- ۱- بازی درمانی مبتنی بر رویکرد شناختی-رفتاری (CBPT) منجر به افزایش عزت نفس کودکان ADHD می‌شود.
- ۲- بازی درمانی مبتنی بر رویکرد شناختی-رفتاری (CBPT) منجر کاهش اضطراب کودکان ADHD می‌شود.

### روش پژوهش

پژوهش حاضر مطالعه شبه‌آزمایشی با نمونه در دسترس، با طرح پیش‌آزمون - پس‌آزمون با گروه کنترل می‌باشد.

### جامعه آماری

۵۰ کودک مراجعه کننده به دو کلینیک روانپزشکی سطح شهر در فاصله زمانی سال های ۹۰-۹۱ که تشخیص ADHD از نوع مرکب را دریافت نموده و تحت درمان دارویی بودند.

### نمونه و روش نمونه‌گیری

نمونه آماری این پژوهش شامل ۲۴ کودک ۷ الی ۱۲ ساله ای می باشند که تشخیص روانپزشک پس از مصاحبه بالینی در مورد آنها ADHD از نوع مرکب بوده و تحت درمان با داروی ریتالین بوده‌اند. علاوه بر این در پرسشنامه CDI-4، نمره‌ای بالاتر از نقطه برش (در بخش اختلال مذکور) کسب کرده بودند. از این میان، از ۲۴ کودک که خانواده‌های آنان اعلام آمادگی نمودند برای انجام پژوهش استفاده شد. ۱۲ آزمودنی مربوط به گروه کنترل و ۱۲ آزمودنی در گروه آزمایش قرار گرفتند (به صورت غیرتصادفی، بر مبنای آمادگی کودک و اعضای خانواده). البته تمامی کودکان از لحاظ بهره هوشی در گروه نرمال قرار داشته و هیچ‌یک از آنها علایم مرضی اضطراب را دارا نبودند. کودکان هر دو گروه تحت درمان دارویی با ریتالین قرار داشتند. در هر دو گروه کنترل و آزمایشی

از میان ۱۲ کودک ۶ کودک با جنسیت دختر و ۶ کودک با جنسیت پسر حضور داشتند. توان آماری نتایج (۰/۰۶۰۵) نشان داد که حجم نمونه کفایت می‌کند.

### ابزارهای اندازه‌گیری

**پرسشنامه علائم مرضی کودک (CSI-4):** این پرسشنامه یک ابزار غربالگری برای شایع‌ترین اختلال‌های روانپزشکی است. عبارت آن بر اساس DSM-IV تدوین شده است. این پرسشنامه دارای دو فهرست والدین و معلمان است، که در مقایسه با مقیاس‌ها و شیوه‌های دیگر، کارآمدی خود را نشان داده است. حساسیت پرسشنامه علائم مرضی کودکان بر اساس بهترین نمره برش ۷،۵،۴ برای هر یک از اختلال‌های بیش‌فعالی/ کمبود توجه، نافرمانی مقابله‌ای و اختلال سلوک به ترتیب ۰/۸۹/۰،۸۹/۷۵ و ویژگی آن به ترتیب ۰/۹۱/۹۲ و ۰/۹۰ بدست آمده است. علاوه بر این اعتبار پرسشنامه برای هرد فرم والد و معلم به ترتیب ۰/۹۰ و ۰/۹۳ برآورد شده است.

**پرسشنامه اضطراب اسپنس، نسخه کودکان (SCAS):** مقیاس اضطراب اسپنس از ۴۵ عبارت تشکیل می‌شود که ۳۸ عبارت آن نمره‌گذاری شده و شش عبارت آن که عبارت‌های پرسشی مثبت هستند، محاسبه نمی‌شوند. این پرسشنامه دارای ۶ خرده‌مقیاس می‌باشد که شامل هراس و ترس از فضای باز، اضطراب جدایی، ترس از آسیب فیزیکی، ترس اجتماعی (فوبی)، وسواس فکری - عملی و اضطراب عمومی می‌باشد. نمره کای تست از مجموع نمرات زیرمقیاس‌ها به دست می‌آید. حداکثر نمره ممکن برابر با ۱۱۴ بدست می‌آید.

در تحقیق اولیه اسپنس گزارش می‌کند این مقیاس در جمعیت کودک و نوجوان از ویژگی‌های روانسنجی مطلوبی برخوردار است؛ به طوری که پایایی این مقیاس برای اضطراب عمومی برابر ۰/۹۲ و برای خرده‌مقیاس‌ها بین ۰/۶۰ تا ۰/۸۲ گزارش شده است (هربرت و همکاران، ۲۰۰۹).



پرسشنامه عزت نفس کوپر اسمیت: این پرسشنامه دارای ۵۸ ماده است که ۸ ماده آن دروغ‌سنج است و در مجموع ۵۰ ماده آن به ۴ خرده‌مقیاس عزت‌نفس کلی، عزت‌نفس اجتماعی (همسالان)، عزت‌نفس خانوادگی (والدین) و عزت‌نفس تحصیلی تقسیم می‌شود. نمره‌گذاری آن به صورت صفر و یک است و نمره بالاتر در این آزمون بیانگر سطح عزت‌نفس بالاتر می‌باشد. ماده‌های این مقیاس از نظر لغوی برای کودکان ۸ تا ۱۰ ساله نوشته شده است، ولی می‌توان با دوباره نویسی و تغییرات لغوی آن را برای سنین مختلف مورد استفاده قرار داد. در پژوهشی که در سال ۱۳۷۰ بر روی ۲۳۰ نفر از دانش‌آموزان سال سوم دبیرستان‌های شهر تهران انجام شد، میانگین این آزمون برای آنها ۲۵٫۴ بدست آمد. لذا افرادی که در این آزمون بیشتر از میانگین مذکور نمره بدست آوردند دارای عزت‌نفس بالا، و افراد کمتر از آن دارای عزت‌نفس پایین، خواهند بود.

### روش اجرای پژوهش

قبل از اجرای بازی درمانی با گروه کنترل با خانواده‌های این کودکان صحبت و به صورت مختصر در مورد روش فوق توضیحاتی داده شد. به دلیل دشوار بودن کار با ۱۲ کودک به صورت گروهی و همزمان، آزمودنی‌های گروه آزمایش به دو گروه ۶ نفری تقسیم شدند. هر گروه به مدت ۸ جلسه و در هر جلسه به مدت ۳۰ تا ۴۵ دقیقه تحت بازی درمانی قرار گرفتند. شرایط و محل بازی‌درمانی از لحاظ نور، دما، کوچکی و بزرگی فضا برای هر دو گروه ۶ نفری یکسان بود.

جلسات بازی‌درمانی به ترتیب از جلسه اول تا هشتم به این شرح بود: ۱- در این جلسه کودکان باید ضمن حفظ توجه بر شئی معینی، فعالیت خاصی را انجام می‌دادند. ۲- در این جلسه از کودکان خواسته شد با چشمان بسته و با استفاده از حس لامسه خود فعالیت‌های مورد نظر را انجام دهند. ۳- در این جلسه هدف آن بود که توجه کودک به جزئیات جلب شود و با دقت هرچه تمامتر فعالیت‌ها و حرکات دقیق را انجام دهد. ۴- در این جلسه کودکان ضمن حفظ توجه بر اشیا یا فعالیت‌های معین، باید سعی می‌کردند آنها را به خاطر بسپارند. ۵- بازی‌هایی که در این جلسه انجام می‌شد به گونه‌ای بود که

موفق شدن در انجام آنها، مستلزم آن بود که کودکان ضمن توجه، با یکدیگر به صورت هماهنگ عمل کنند. ۶- در این جلسه از کودکان خواسته شد فعالیت‌های مورد نظر را تا می‌توانند در زمان طولانی‌تری انجام دهند. ۷- در این جلسه برای بهبود رفتارهای بدون تفکر از کودکان خواسته می‌شد که قبل از انجام بازی، ضمن انجام آن و بعد از آن به ارزیابی خود بپردازند. ۸- دویدن داخل ماز و صحبت کردن.

به احتمال زیاد کمک به والدین در درک ماهیت بازی درمانی یکی از مهم‌ترین کارهایی است که هر بازی درمانگر انجام می‌دهد، زیرا در بسیاری از موارد همکاری والدین برای آوردن کودک به جلسات بازی درمانی ضرورت دارد (لندرت، ۲۰۰۲). از این رو در انتهای هر جلسه از والدین تقاضا می‌شد که مدت ۵ الی ۱۰ دقیقه در اتاق حضور یافته و نحوه بازی‌های کودک خود را مشاهده نمایند و در جلسات بازی درمانی با کودکان خود ارتباط برقرار نمایند.

برای بررسی فرضیه‌های پژوهش از تحلیل کوواریانس، به منظور تعیین اثر بخشی بازی درمانی مبتنی بر رویکرد شناختی- رفتاری (CBPT) بر اضطراب و عزت‌نفس کودکان مبتلا به ADHD استفاده شد.

### یافته‌های

همانطور که در جدول (۱) مشاهده می‌شود، با توجه به اینکه استفاده از آزمون‌های پارامتریک دارای این مفروضه می‌باشند که توزیع نمرات طبیعی باشد، به عبارتی شرط برابری واریانس‌ها باید بین نمرات گروه‌ها برقرار باشد، لذا از آزمون لوین استفاده شد. نتیجه در متغیرهای عزت‌نفس و اضطراب، مقدار سطح معناداری را، بزرگ‌تر از (۰/۰۵)  $p >$  نشان داد لذا با ۹۵ درصد اطمینان شرط برابری واریانس‌ها برقرار بوده و مجاز به استفاده از تحلیل کوواریانس می‌باشیم.

جدول (۱) آزمون لوین برای پیش فرض برابری واریانس‌ها در مرحله پس آزمون

مرحله	مقدار F	درجه آزادی اول	درجه آزادی دوم	سطح معناداری (P)
عزت نفس پس آزمون	۰/۵۲۹	۱	۲۲	۰/۴۷۵
اضطراب پس آزمون	۰/۰۰۲	۱	۲۲	۰/۹۶۲

داده‌های جدول (۲) نشان می‌دهد بازی‌درمانی در مرحله پس آزمون منجر به افزایش عزت نفس کودکان ADHD می‌شود ( $P > 0.05$ ). با این حال این امر در مورد اضطراب صدق نمی‌کند. چنانچه در جدول فوق مشاهده می‌شود بازی درمانی در مرحله پس آزمون منجر به کاهش اضطراب نمی‌شود ( $P > 0.05$ ). بنابراین فرض اول پژوهش که در آن مطرح شده است "بازی‌درمانی مبتنی بر رویکرد شناختی- رفتاری منجر به افزایش عزت‌نفس می‌شود" تأیید می‌گردد و فرض دوم پژوهش که در آن عنوان شد "بازی درمانی مبتنی بر رویکرد شناختی- رفتاری منجر به کاهش اضطراب می‌شود" تأیید نشده است.

جدول (۲) گزارش تحلیل کواریانس در مرحله پس آزمون

منبع تغییرات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	ضریب F	معنی‌داری (P)	مجموع مجذورات نوع III	توان آماری
عزت‌نفس پیش آزمون	۱	۳۰۶/۷۵۲	۹۹/۷۴۷	۰/۰۰۰	۳۰۶/۷۵۲	۱/۰۰۰
عضویت گروهی	۱	۷۹/۴۴۸	۲۵/۸۳۴	۰/۰۰۰	۷۹/۴۴۸	۰/۹۹۸
پیش آزمون	۱	۶۴/۰۵۰	۱۳/۳۳۵	۰/۰۰۱	۶۴/۰۵۰	۰/۹۳۶
اضطراب عضویت گروهی	۱	۱۷/۴۸۳	۳/۶۴۰	۰/۰۷۰	۱۷/۴۸۳	۰/۴۴۵

### بحث و نتیجه‌گیری

این پژوهش با هدف بررسی اثربخشی بازی درمانی مبتنی بر رویکرد شناختی- رفتاری بر اضطراب و عزت‌نفس کودکان ۷-۱۲ سال ADHD انجام شد. نتایج حاصل از این پژوهش نشان داد که CBPT باعث افزایش عزت‌نفس گروه آزمایشی می‌شود که این

امر در طول اجرای جلسات بازی‌درمانی و پس از آن قابل مشاهده بود. والدین پس از اجرای جلسات بازی‌درمانی بازخوردهای مثبتی در خصوص تعاملات با کودک خود ارائه می‌دادند که به نظر می‌رسد همین بهبود تعاملات در افزایش عزت‌نفس و ارتقا خودباوری کودکان نقش داشته باشد. در واقع این نتیجه با نتایج هانسر و همکاران (۲۰۰۰) همسو می‌باشد. در پژوهشی که توسط هانسر<sup>۱</sup> و دیگران در سال ۲۰۰۰ بر اساس بازی‌درمانی بر روی کودکان مبتلا به ADHD ارائه شد، تأثیر بازی‌درمانی بر عزت‌نفس، مورد بررسی قرار گرفت. نتایج نشان دادند که بازی‌درمانی، سطح عملکرد و توانایی در مواجه شدن با رفتارهای مورد پذیرش اجتماعی را افزایش می‌دهد (هانسر، ۲۰۰۰).

به همین ترتیب انجام بازی‌درمانی و استفاده از تقویت مثبت در کودکان ADHD منجر به رفتارهای جرأت‌مندانه در این گروه از کودکان می‌شود و همین امر سبب افزایش اعتماد به نفس کودکان می‌شود.

در همین راستا، به نظر می‌رسد که این رویکرد درمانی به طور غیرمستقیم منجر به افزایش عزت‌نفس این کودکان می‌گردد. بنابراین بر اساس نتایج این پژوهش، می‌توان از بازی‌درمانی مبتنی بر رویکرد شناختی-رفتاری برای کودکان ADHD، در کنار درمان دارویی، جهت افزایش عزت‌نفس آنها استفاده نمود.

در فرضیه دوم مطرح شد که CBPT منجر به کاهش علائم اضطرابی کودکان می‌شود. که البته نتایج تحلیل نشان داد که این رویکرد درمانی اثر بخشی معناداری در کاهش سطح اضطراب کودکان ADHD ندارد.

نظریه و کاربردهای CBPT در متون پژوهشی متعددی منتشر شده است. بسیاری از این نوشته‌ها شامل توضیح پرونده بیماران و استفاده موفقیت‌آمیز CBPT برای کودکان دچار صحبت نکردن انتخابی<sup>۱</sup> (حالتی که فرد بنا به دلایل روانی تصمیم می‌گیرد صحبت نکند)، اضطراب از جدایی، اختلال اضطراب و سابقه آزار و اذیت می‌باشد. CBPT همچنین

---

1- Hanser

برای کودکانی با مشکلات خواب، رفتارهای انفجاری و کودکان طلاقمورد ارزیابی قرار گرفته است (نل و داساری؛ به نقل از دروز، ۲۰۰۹). نتایج پژوهش قدری و همکاران (۱۳۸۵) نشان داد که بازی‌درمانی رفتاری - شناختی در کاهش پرخاشگری کودکان راهبردی مؤثر است. با این حال اثرگذاری بازی درمانی مبتنی بر رویکرد شناختی- رفتاری بر اضطراب کودکان ADHD هنوز تأیید نشده است. در همین راستا نتایج پژوهش نصرآبادی و همکاران (۱۳۸۲) نشان داد که گروه درمانی با رویکرد شناختی- رفتاری منجر به کاهش اضطراب بیماران مرد بستری مبتلا به اختلال خلقی نمی‌شود.

در پژوهشی که توسط گنجی و همکاران (۱۳۹۰) انجام شد، مشخص گردید که بازی درمانی کودک-محور را می‌توان در کنار سایر روش‌های درمانی به عنوان روشی اثر بخش برای کاهش نشانه‌های رفتاری اختلال نارسایی توجه/فزون کنشی در کودکان به کار برد. در راستای نتایج این پژوهش در خصوص عدم اثر بخشی CBPT بر اضطراب کودکان ADHD، باید این امر مورد توجه قرار گیرد که درمان کودکان مبتلا به اختلالات رفتاری و خانواده‌های آنها باید به صورت مداوم و دوره‌ای باشد (کازدین، ۱۹۹۵؛ به نقل از بلوم کیست، ۱۹۹۶) اگرچه بیشتر درمان‌های اشاره شده تغییرات چشمگیری را در وضعیت روانی کودک به وجود آورده‌اند اما تنها تعداد کمی توانستند واقعاً کودک را درمان کنند. بیشتر این کودکان مجدداً علائم مشکل را از خود بروز می‌دهند و نیازمند پیگیری درمان می‌باشد. اختلالات رفتاری کودکان را باید نوعی مشکل مزمن دانست که نیازمند درمان مداوم می‌باشد. علاوه بر این، مدت درمان هم باید مورد توجه قرار گیرد (بلوم کیست، ۱۹۶۶). سطح پایین آگاهی خانواده‌ها از این اختلال و نحوه تعامل با کودکان منجر به تشدید علائم اضطرابی آنها شده و در نتیجه همان گونه که مشاهده شد، منجر به کاهش تأثیر بازی‌درمانی در علائم اضطرابی کودکان شد.

بنابراین پژوهش‌ها تاکنون تأثیر بازی‌درمانی بر علائم رفتاری ADHD را تا حدودی تأیید نموده‌اند اما در مورد اثربخشی روش فوق در علائم اضطراب کودکان ADHD

نتایج قابل ملاحظه‌ای یافت نشد. به نظر می‌رسد مشکلات اضطرابی این کودکان فراتر از حدی است که این رویکرد منجر به کاهش سطوح فوق گردد.

### پیشنهادات

با توجه به تأیید اثر بخشی روش درمانی فوق در افزایش عزت‌نفس کودکان ADHD استفاده از این روش در کنار دارو درمانی می‌تواند مؤثر باشد. علاوه بر این با توجه به عدم اثربخشی این رویکرد در کاهش اضطراب این گروه از کودکان و با توجه به فراوانی این اختلال در کودکان ADHD، پیشنهاد می‌شود رویکردهای درمانی دیگری را در کاهش اضطراب کودکان ADHD مورد پژوهش قرار دهند.

تاریخ دریافت نسخه اولیه مقاله: ۱۳۹۱/۱۲/۱۹

تاریخ دریافت نسخه نهایی مقاله: ۱۳۹۲/۰۲/۰۴

تاریخ پذیرش مقاله: ۱۳۹۲/۰۵/۲۱

## References

## منابع

- احمدی، مهرناز (۱۳۷۶). تأثیر بازی درمانی متمرکز بر کودک روی پرخاشگری، پایان نامه کارشناسی ارشد روانشناسی، تهران: دانشگاه تربیت مدرس.
- آرزومانیان، کریستینه (۱۳۷۹). تأثیر بازی درمانی غیرمستقیم روی اختلالات رفتاری کودکان، پایان نامه کارشناسی ارشد روانشناسی، تهران: دانشگاه آزاد اسلامی رودهن.
- آتش پور، سیدحمید؛ رشیدی، علی و مجتبی نیازی (۱۳۸۱). راهبردهای درمانی مرتبط با عزت نفس پایین، آموزه، شماره ۱۵، صص ۳۲-۳۵.
- بیابان گر، اسماعیل (۱۳۷۳). راههای افزایش عزت نفس در کودکان و نوجوانان، نشر انجمن اولیا و مربیان.
- جنتیان، سیما؛ نوری، ابوالقاسم؛ شفتی، سیدعباس؛ مولوی، حسین و حسین سماواتیان (۱۳۸۷). اثربخشی بازی درمانی مبتنی بر رویکرد شناختی- رفتاری بر شدت علائم اختلال بیش فعالی/ کمبود توجه در دانش آموزان پسر ۹ تا ۱۱ ساله مبتلا به ADHD، تحقیقات علوم رفتاری، دوره ۶، شماره ۲، صص ۱۱۸-۱۰۹.
- رسولی، مریم (۱۳۷۶). تأثیر بازی درمانی بر تعامل اجتماعی کودکان ۴-۶ ساله دچار تأخیر تکامل اجتماعی، پایان نامه کارشناسی ارشد روانشناسی، تهران: دانشگاه علوم بهزیستی.
- قادری، نیلوفر؛ اصغری مقدم، محمدعلی؛ شعیری، محمدرضا (۱۳۸۵). بررسی کارایی بازی درمانی رفتاری- شناختی روی پرخاشگری کودکان مبتلا به اختلال سلوک، دو ماهنامه علمی- پژوهشی دانشگاه شاهد، سال ۱۳، شماره ۱۹، صص ۸۴-۷۵.
- قدیری لشکاجانی، فاطمه (۱۳۷۵). تأثیر بازی درمانی بی رهنمود در کاهش اختلالات رفتاری و پرخاشگری کودکان ناسازگار، پایان نامه کارشناسی ارشد روانشناسی بالینی، تهران: دانشگاه علوم پزشکی ایران.
- کندال، فیلیپ سی. (۱۳۸۹). روانشناسی مرضی کودک، (مترجمان بهمن نجاریان، ایران داوودی)، تهران: رشد.
- گنجی، کامران؛ ذبیحی، رزیتا؛ خدابخش، روشنک و آدیس کراسکیان (۱۳۹۰). تأثیر بازی درمانی کودک محور بر کاهش نشانه‌های رفتاری کودکان با اختلال نارسایی توجه/ فزون کنشی، مجله روانشناسی بالینی، سال سوم، شماره ۴، صص ۲۵-۱۵.
- محمداسماعیل، الهه (۱۳۸۲). بازی درمانی: نظریه‌ها، روش‌ها و کاربردهای بالینی، تهران: دانژه.

می‌یانلو، مریم (۱۳۷۹). تأثیر بازی‌درمانی بر کاهش اضطراب کودکان بستری در بخش‌های داخلی مرکز طبی تهران، پایان‌نامه کارشناسی ارشد روانشناسی، تهران: دانشگاه علوم بهزیستی.

یعقوبی نصرآبادی، محمد؛ عاطف وحید، محمدکاظم، و غلامحسین احمدزاده (۱۳۸۲). تأثیر گروه درمانی شناختی- رفتاری بر کاهش افسردگی و اضطراب بیماران مبتلا به اختلال خلقی، اندیشه و رفتار، شماره ۲، سال ۹، صص ۶۳-۵۶.

Biederman J, Monuteaux MC, Mick E., Spencer T., Willens TE, Silva JM, et al. (2006). Young adult Outcome of Attention Deficit hyperactivity Disorder: A Controlled 10- Years Follow-up Study, *Psychol Med*; 36: 167-79.

Bloomquist, Micheal L. (1996). *Skill Training for Children with Behavior Disorders: A Parent and Therapist Guide Book*, New York: Guilford Press.

Bratton Suec, Ray dee, Rhine Tammy and Jones Leslie (2005). The Dfficacy of Play Therapywith Children, *Professional Psychology: Research and Practice*, Vol.36, PP: 376-390.

Caattanach, Ann (2005). *Introduction to Play Therapy*, This Edition Published in the Tylor & Francis e-Library.

Carmichael, K.D. (2006). *Play Therapy: An Introduction*, Glenview, IL: Prentice Hall.

Center for Disease Control and Privention (2005). Mental Health in the United States: Prevalence of Diagnosis and Medication Treatment for Attention-deficit/Hyperactivity Disorder, *Morbidity and Mortality Weekly Report*, 54, 842-847.

Chorpita, Bruce F. (2007). *Modular Cognitive-behavioral Therapy for Childhood Anxiety Disorders*, New York: Gilford Press.

Chu, B. C. & Kendall, P.C. (2004). Positive Association of Child Involvement and Treatment Outcome within a Manual - Based Cognitive - Behavioral Treatment for Children with Anxiety, *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 72, 821-829.

Drewes, Athena A. (2009). *Blending Play Therapy with Cognitive Behavioral Therapy: Evidence Based and Other Effective Treatments and Techniques*, New Jersey.



- Dupaul, George J., Stoner, Gary (2004). *ADHD in the Schools: Assessment and Intervention Atrategies*, New York: Gilford Press.
- Gerald, G. (1999). *Short Term Play therapy*. New York: Allynbucon.
- Graham, P. (1998). *Cognitive Behavior Therapy for Children and Families*, Cambridge University: PP 74, 75.
- Hanser S, Meissler K, Dvevs R. (2000). Kids Together: A Group Play Therapy Model for Children with ADHD Symptomalogy, *Journal of Child and Adolescent Group Therapy*, 10: 4, 391-402.
- Herbert JD, Gaudiano BA, Rheingold AA, Moitra E, Myers VH, Dalrymple KL, et al. (2009). Cognitive Behavior Therapy for Generalized Social Anxiety Disorder in Adolescents: Arandomized Contorlled Trial, *J Anxiety Disorder*, 23(2): 167-77.
- Hinshaw SP. (2007). Moderators and Mediators of Treatment Outcome for Youth with ADHD; Understanding for Whome and How Interventions Work, *Ambul Pediatr*, 7: 91-100.
- Jones.Clare B. (1998). *Attention Deficit Dossorder: Strategies for School Age*, Therapy Skill Builders.
- Kadesjo B. Gillberg C. (2001). Thecomorbidhe General Population of Swedish Schoolage Children, *J Child Psychol Psychiatry*, 42 (4): 487-92.
- Karustis, J.L., Power, T.J., Rescorla, L.A., Eiraldi, R.B., Gallagher, P. R. (2000). Anexity and Depression in Children with ADHD: Unique Associations with Academic and Social Functioning, *Journal of Attention Disorders*, 4, 133-149.
- Knell, S.M. (1993) .*Cognitive- behavioral Play Therapy*, Northvale, N J: Jason.
- Kring A.M, Davison G.C., Neals J.M, Johnson S.L. (2007). *Abnormal Psychology*, New York: John Wiley & Sons.
- Landreth, Garry Lee. (2002). *Play Therapy: The Art of the Relationship*, 2<sup>nd</sup> ed. New York: Brunner-Routledge.
- Lara, C., Fayyad, J., Graaf, R., Kessler, R.C., Aguilar-Gaxiola, S., Angermeyer, M. et al (2009). Childhood Predictors of Adult Attention - Defict/Hyperactivity Disorder: Results from the World Health

- 
- Organization World, Mental Health Survey Initiative, *Biological Psychiatry*, 65: 46-54.
- Linden, M., Habib, T., & Radojevic, V. (1996). A controlled Study of the Effects of EEG Biofeedback on the Cognition and Behavior of Children with Attention Deficit Disorders and Learning Disabilities, *Biofeedback and Self Regulation*, 21(1), 35-49.
- McCough JJ, Smaley SL, McCracken JT, Yang M, Del'Homme M, Lynn DE, et al. (2005). Psychiatric Comorbidity in Adult Attention Deficit hyperactivity Disorder: Findings from Multiplex Families, *Am J Psychiatry*; 162(9): 1621-7.
- Oconnor, K. & Braverman, L. (1997). *Play Therapy Theory and Practice: A Comparative Presentation*, New York; Wiley.
- Pliszka SR. (2000). Patterns of Psychiatric Comorbidity with Attention - deficit / hyperactivity Disorder, *Child Adolesc Psychiatr Clin N Am*, 9 (3): 525-40, vii.
- Pliszka SR. (2009). *Treating ADHD and Comorbid Disorders: Psychological and Psychopharmacological Interventions*, New York: Guilford Press.
- Schaefer, Charles E., Kaduson, Heidi Gerard (2006). *Contemporary Play Therapy (Theory, Research, and Practice)*, The- Guilford Press, New York. London.
- Teri. R. (2002). Self-esteem and Self-efficacy of Collage Students with Disabilities, *College Student Journal June*, Vol. 18: 34-42.