

سورة التوبة



دانشگاه اصفهان

دانشکده علوم تربیتی و روان‌شناسی

گروه روان‌شناسی کودکان با نیازهای خاص

پایان نامه کارشناسی ارشد رشته روان‌شناسی کودکان با نیازهای خاص

تأثیر بازی‌درمانی با رویکرد شناختی- رفتاری بر میزان نشانه‌های اختلال نافرمانی

مقابله‌ای در دانش‌آموزان پایه سوم دبستان در شهر اصفهان

استاد راهنما:

دکتر سالار فرامرزی

استاد مشاور:

دکتر احمدعابدی

پژوهشگر:

سهیلا صفری

مهرماه ۱۳۹۰

کلیه حقوق مادی مترتب بر نتایج مطالعات، ابتکارات و نوآوری‌های ناشی از تحقیق موضوع این پایان نامه متعلق به دانشگاه اصفهان است.



دانشگاه اصفهان

دانشکده علوم تربیتی و روان‌شناسی
گروه روانشناسی کودکان با نیازهای خاص

پایان نامه کارشناسی ارشد رشته روانشناسی کودکان با نیازهای خاص

خانم سهیلا صفری تحت عنوان

تأثیر بازی درمانی با رویکرد شناختی- رفتاری بر میزان نشانه‌های اختلال نافرمانی

مقابله‌ای در دانش آموزان پایه سوم دبستان در شهر اصفهان

در تاریخ ۹۰/۰۷/۲۶ توسط هیأت داوران زیر بررسی و با درجه عالی به تصویب نهایی رسید.

با مرتبه‌ی علمی استادیار

دکتر سالار فرامرزی

۱- استاد راهنمای پایان‌نامه

امضا

با مرتبه‌ی علمی استادیار

دکتر احمد عابدی

۲- استاد مشاور پایان‌نامه

امضا

با مرتبه‌ی علمی استاد

دکتر مختار ملک‌پور

۴- استاد داور داخل گروه

امضا

با مرتبه‌ی علمی استاد

دکتر ابوالقاسم نوری

۵- استاد داور خارج از گروه

امضای مدیر گروه

۹۰/۱۰/۲۶

باسپاس بسیار از استادان گرامی دکتر سالار فرامرزی و دکتر احمد علبدی که بارها همیانی های

خود مرا در انجام این پژوهش یاری دادند.

به پاس تعبیر عظیم و انسانی شان از واژه فداکاری و از خودگذشتگی

به پاس عاطفه سرشار و گرمای امید بخش وجودشان

که در این سردترین روزگار ان بهترین پشتیبان است

به پاس قلب های بزرگشان

که فریادرس است و سرگردانی و ترس در پناهشان به شجاعت می کراید

و به پاس محبت های بی دریغشان

که هرگز فروکش نمی کند

این مجموعه را به پدر و مادر عزیزم تقدیم می کنم

چکیده

هدف از انجام پژوهش حاضر بررسی تأثیر بازی درمانی با رویکرد شناختی- رفتاری بر میزان نشانه‌های اختلال نافرمانی مقابل در دانش‌آموزان پسر پایه سوم دبستان در شهر اصفهان بود. این پژوهش از نوع آزمایشی بوده و در آن از طرح پیش‌آزمون- پس‌آزمون و پیگیری با گروه کنترل استفاده شد. بدین منظور با استفاده از روش نمونه‌گیری تصادفی چندمرحله‌ای، از میان دانش‌آموزان پسر پایه سوم دبستان‌های شهر اصفهان در سال تحصیلی ۹۰-۸۹ تعداد ۳۰ نفر که ملاک‌های ورود به پژوهش را دارا بودند به صورت تصادفی انتخاب و در دو گروه آزمایش و کنترل گمارده شدند. ابزار جمع‌آوری داده‌ها، مقیاس درجه بندی سوانسون، نولان و پلهام (ویرایش چهارم) بود که توسط والدین و معلمان کودکان در مرحله پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری تکمیل گردید. سپس کودکان گروه آزمایش در ۱۰ جلسه یکساعته بازی درمانی (۴ جلسه انفرادی و ۶ جلسه گروهی) شرکت داده شدند. به منظور تجزیه و تحلیل آماری داده‌ها از روش تحلیل کوواریانس استفاده شد. تحلیل داده‌ها نشان داد که پس از پایان جلسات و بر اساس ارزیابی والد و معلم در مرحله پس‌آزمون و پیگیری، گروه آزمایش در مقایسه با گروه کنترل، کاهش معناداری در میزان نشانه‌های اختلال نافرمانی مقابله‌ای پیدا کرد ($P < 0/001$). بنابراین یافته‌های این مطالعه، روش بازی درمانی با رویکرد شناختی- رفتاری، سبب کاهش نشانه‌های اختلال نافرمانی مقابله‌ای در کودکان مبتلا به این اختلال می‌شود و می‌توان از این روش در موقعیت‌های بالینی و درمانی برای درمان یا کاهش نشانه‌های این اختلال استفاده کرد.

کلید واژه‌ها: بازی درمانی، رویکرد شناختی- رفتاری، اختلال نافرمانی مقابله‌ای، دانش‌آموزان

فهرست مطالب

صفحه	عنوان
	فصل اول: کلیات پژوهش
۱	مقدمه.....
۳	۱-۱ شرح و بیان مسئله پژوهشی.....
۷	۲-۱ اهمیت و ارزش پژوهش.....
۸	۳-۱ اهداف پژوهش.....
۹	۴-۱ فرضیه‌ها.....
۹	۵-۱ تعریف اصطلاحات.....
۹	۱-۵-۱ تعاریف مفهومی.....
۹	۲-۵-۱ تعاریف عملیاتی.....
	فصل دوم: پیشینه پژوهش
۱۰	مقدمه.....
۱۰	۱-۲ پیشینه نظری.....
۱۰	۱-۱-۲ اختلال نافرمانی مقابله‌ای.....
۱۰	۱-۱-۲-۱ تعریف و توصیف.....
۱۱	۲-۱-۲ تاریخچه اختلال.....
۱۳	۳-۱-۲ ویژگی‌های کودکان مبتلا به اختلال نافرمانی مقابله‌ای.....
۱۶	۴-۱-۲ شیوع.....
۱۷	۵-۱-۲ هم‌ابتلائی.....
۱۸	۶-۱-۲ سبب شناسی.....
۱۸	۱-۶-۱-۲ عوامل ژنتیکی و زیستی.....
۱۹	۲-۶-۱-۲ عوامل خانوادگی.....
۲۵	۳-۶-۱-۲ عوامل محیطی.....
۲۶	۷-۱-۲ سیر و پیش‌آگهی.....
۲۷	۸-۱-۲ تشخیص افتراقی.....
۲۸	۹-۱-۲ راهبردهای درمانی.....
۲۸	۱-۹-۱-۲ درمان‌های دارویی.....

۲۸	..... ۲-۹-۱-۱-۲ درمان‌های غیر دارویی
۳۱	..... ۲-۱-۲ بازی و بازی درمانی
۳۱	..... ۱-۲-۱-۲ تعریف بازی و اهمیت آن
۳۳	..... ۲-۲-۱-۲ نقش بازی در رشد کودکان
۳۵	..... ۳-۲-۱-۲ انواع بازی
۳۶	..... ۴-۲-۱-۲ مروری بر نظریه‌های بازی
۳۷	..... ۱-۴-۲-۱-۲ نظریه‌های زیست شناختی بازی
۳۹	..... ۲-۴-۲-۱-۲ نظریه‌های روان تحلیلی بازی
۴۰	..... ۳-۴-۲-۱-۲ نظریه‌های رشدی بازی
۴۱	..... ۵-۲-۱-۲ کاربردهای بازی
۴۲	..... ۶-۲-۱-۲ بازی درمانی و پیشینه آن
۴۶	..... ۷-۲-۱-۲ بازی درمانی شناختی- رفتاری
۴۹	..... ۲-۲ پیشینه پژوهشی
۴۹	..... ۱-۲-۲ پژوهش‌های انجام شده در خارج از کشور
۴۹	..... ۱-۱-۲-۲ پژوهش‌های انجام شده در زمینه اختلال نافرمانی مقابله ای
۵۲	..... ۲-۱-۲-۲ پژوهش‌های انجام شده در زمینه بازی درمانی
۵۶	..... ۳-۱-۲-۲ پژوهش‌های انجام شده در زمینه تاثیر بازی درمانی بر اختلال نافرمانی مقابله ای
۵۷	..... ۲-۲-۲ پژوهش‌های انجام شده در داخل کشور
۵۹	..... ۳-۲ جمع بندی

فصل سوم: روش پژوهش

۶۰	..... مقدمه
۶۰	..... ۱-۳ روش پژوهش
۶۱	..... ۲-۳ جامعه آماری
۶۱	..... ۳-۳ حجم نمونه و روش نمونه گیری
۶۱	..... ۴-۳ متغیرهای پژوهش
۶۱	..... ۵-۳ ابزار گردآوری داده‌ها
۶۳	..... ۶-۳ شیوه اجرای پژوهش
۶۳	..... ۷-۳ شرح جلسات درمان

۳-۸ روش و ابزار تجزیه و تحلیل آماری..... ۶۵

فصل چهارم: یافته‌های پژوهش

مقدمه..... ۶۶

۴-۱ آمار توصیفی..... ۶۷

۴-۲ آمار استنباطی..... ۷۰

۴-۲-۱ بررسی همبستگی بین متغیرهای پژوهش..... ۷۰

۴-۲-۲ پیش فرضهای آماری..... ۷۱

۴-۲-۳ بررسی استنباطی داده‌ها..... ۷۲

فصل پنجم: بحث و نتیجه‌گیری

۵-۱ مروری بر پژوهش..... ۷۵

۵-۲ بحث در یافته‌های پژوهش..... ۷۶

۵-۲-۱ توضیح در مورد تایید فرضیه‌ها از نظر آماری..... ۷۶

۵-۲-۲ بحث در یافته‌ها با توجه به پیشینه پژوهش..... ۷۷

۵-۳ محدودیت‌های پژوهش..... ۷۹

۵-۴ پیشنهادهای پژوهش..... ۸۰

۵-۴-۱ پیشنهادهای پژوهشی..... ۸۰

۵-۴-۲ پیشنهادهای کاربردی..... ۸۰

پیوست ۱..... ۸۲

پیوست ۲..... ۸۳

منابع و مأخذ..... ۸۵

فهرست جدول‌ها

عنوان	صفحه
جدول ۳-۱: دیاگرام طرح پژوهش.....	۶۰
جدول ۴-۱: فراوانی و درصد فراوانی گروه‌های مورد مطالعه بر اساس شغل پدر.....	۶۷
جدول ۴-۲: فراوانی و درصد فراوانی گروه‌های مورد مطالعه بر اساس تحصیلات پدر.....	۶۷
جدول ۴-۳: فراوانی و درصد فراوانی گروه‌های مورد مطالعه بر اساس تحصیلات مادر.....	۶۸
جدول ۴-۴: فراوانی و درصد فراوانی گروه‌های مورد مطالعه بر اساس درآمد.....	۶۸
جدول ۴-۵: فراوانی و درصد فراوانی گروه‌های مورد مطالعه بر اساس تعدد فرزندان.....	۶۹
جدول ۴-۶: شاخص‌های توصیفی مربوط به پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری نمرات نافرمانی مقابله‌ای در آزمودنی‌های پژوهش با توجه به ارزیابی والدین.....	۶۹
جدول ۴-۷: شاخص‌های توصیفی مربوط به پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری نمرات نافرمانی مقابله‌ای در آزمودنی‌های پژوهش با توجه به ارزیابی معلمان.....	۷۰
جدول ۴-۸: ضرایب همبستگی بین متغیرهای جمعیت شناختی و پس‌آزمون.....	۷۰
جدول ۴-۹: نتایج آزمون لوین برای نمرات نافرمانی مقابله‌ای در مرحله پس‌آزمون و پیگیری.....	۷۱
جدول ۴-۱۰: نتایج آزمون شاپیروویلیک برای نمرات نافرمانی مقابله‌ای در هر دو گروه.....	۷۲
جدول ۴-۱۱: نتایج تحلیل کوواریانس: مقایسه میانگین نمرات نافرمانی مقابله‌ای گروه آزمایش و کنترل بر اساس ارزیابی والدین در مرحله پس‌آزمون و پس از در نظر گرفتن متغیر پیش‌آزمون.....	۷۲
جدول ۴-۱۲: نتایج تحلیل کوواریانس: مقایسه میانگین نمرات نافرمانی مقابله‌ای گروه آزمایش و کنترل بر اساس ارزیابی معلم در مرحله پس‌آزمون و پس از در نظر گرفتن متغیر پیش‌آزمون.....	۷۳
جدول ۴-۱۳: نتایج تحلیل کوواریانس: مقایسه میانگین نمرات نافرمانی مقابله‌ای گروه آزمایش و کنترل بر اساس ارزیابی والد در مرحله پیگیری و پس از در نظر گرفتن متغیر پیش‌آزمون.....	۷۴
جدول ۴-۱۴: نتایج تحلیل کوواریانس: مقایسه میانگین نمرات نافرمانی مقابله‌ای گروه آزمایش و کنترل بر اساس ارزیابی معلم در مرحله پیگیری و پس از در نظر گرفتن متغیر پیش‌آزمون.....	۷۴

فصل اول

کلیات پژوهش

مقدمه

نگرانی در مورد سلامت روان کودکان و تاثیر آن بر رشد و عملکرد آنان، همزمان با افزایش میزان شیوع اختلالات روانی قابل تشخیص، در سالهای اخیر به طور چشمگیری افزایش یافته است و بر همین اساس متخصصان بر اهمیت ارزیابی و درمان به موقع اختلالهای روانشناختی تاکید می کنند. به علت اینکه الگوهای هیجانی و رفتاری در بزرگسالی دشوارتر تغییر می کنند، تشخیص هر چه زودتر مشکلات سلامت روان در کودکی یکی از مسایل پیشگیرانه بهداشت همگانی است.

در ۱/۵ تا ۳ سالگی کودکان ممکن است مشکلات رفتاری مانند بیقراری^۱، منفی کاری^۲ و تحریک پذیری^۳ نشان دهند که به صورت ژنتیکی یا زیست- محیطی تعیین شده اند. در سالهای پیش دبستانی (۳ تا ۶ سالگی) این مشکلات رفتاری به علت عوامل عصبی- زیستی^۴ از یکسو و رفتارهای والدی منفی^۵، که مشکلات رفتاری

-
- 1- Restlessness
 - 2- Negativism
 - 3- Irritability
 - 4- Neurobiological
 - 5- Negative Parenting Behaviors

کودک را فراخوانی می کند از سوی دیگر، می تواند به نشانه های اختلالات رفتار ایدایی^۱ گسترش پیدا کند و این اختلالات از جمله رایجترین تشخیصهای اختلالات سلامت روان در دوران کودکی هستند.

انجمن روانپزشکی امریکا^۲ در چهارمین ویرایش راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی^۳ (DSM-IV-TR)، سه نوع اختلال رفتار ایدایی را تعریف کرده است که شامل: اختلال بیش فعالی - نقص توجه^۴، اختلال نافرمانی مقابله ای^۵ و اختلال سلوک^۶ است. کودکان مبتلا به اختلالهای رفتاری برای والدین چالش برانگیزند. این کودکان دارای رفتارهایی هستند که تاثیر منفی بر افراد و محیط پیرامونشان می گذارد و معمولاً نتیجه انجام این رفتارهای منفی نیز به خود آنها باز می گردد. از میان این سه اختلال، اختلال نافرمانی مقابله ای از جمله رایجترین اختلالات روانی است که در کودکان پیش دبستانی یا اوایل سن مدرسه و پیش از نوجوانی بروز می کند. این اختلال به عنوان الگویی از سطوح نامناسب و عودکننده ای از منفی کاری، مخالفت، سرکشی و رفتار خصمانه نسبت به مراجع قدرت تعریف شده است. کودکان مبتلا به این اختلال، اساساً در روابط با والدین، معلمان و همسالان دارای نقص هستند و از نظر مهارتهای اجتماعی و صلاحیت تحصیلی در سطح پایینتری از همسالان خود قرار دارند (اسکلوس و تریون^۷، ۲۰۰۷). این اختلال، مشکلات فزاینده ای در زندگی کودک و خانواده اش ایجاد می کند و فرد مبتلا را در خطر ابتلا به اختلالات وخیم تر در دوران بزرگسالی قرار می دهد. اگر کودکی مبتلا به این اختلال تشخیص داده شود و اجازه داده شود که اختلال بدون درمان موثری ادامه پیدا کند، پیامدهای آن می تواند عمیق و گسترده باشد. در کودکان مبتلا به اختلال نافرمانی مقابله ای معمولاً مشکلاتی در ارتباطات اجتماعی دیده می شود. آنها از مهارتهای اجتماعی ضعیفی برخوردار بوده و نشانه های اجتماعی اطرافیان را به خوبی درک نمی کنند و در درک نقطه نظرهای دیگران و حل مشکلات بین فردی دارای نقص هستند. همچنین بیشتر این کودکان پسخوراند منفی زیادی از محیط دریافت می کنند و این باعث کاهش اعتماد به نفس، تضعیف روحیه و ناامیدی در آنها شده که خود، خطر ابتلا به افسردگی را افزایش می دهد (بلوم کویست^۸، ۱۳۸۹).

یکی از روشهای درمانی که می تواند به کاهش و حذف این مشکلات در کودکان مبتلا به اختلال نافرمانی مقابله ای کمک کند بازی درمانی^۹ است. بازی به کودکان اجازه می دهد تا شکاف بین تجربیات و فهمشان را پر

-
- 1- Disruptive Behavior Disorder (DBD)
 - 2- American Psychiatric Association (APA)
 - 3- Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders forth Revised Edition (DSM- IV- TR)
 - 4- Attention Deficit and Hyperactivity Disorder (ADHD)
 - 5- Oppositional Defiant Disorder (ODD)
 - 6- Conduct Disorder (CD)
 - 7- Skoulos & Tryon
 - 8- Bloomquist
 - 9- Play Therapy

کنند و از این راه برای بینش، یادگیری، حل مساله، سازگاری و تسلط حد وسطی فراهم می‌کند. بازی‌درمانی از اوایل ۱۹۰۰ برای مراجعان خردسال به کار برده شده است، اما تشکیل انجمن بازی‌درمانی (APT)^۱ در ۱۹۸۲ بازی‌درمانی را به یکی از درمانهای اختصاصی در رشته سلامت روان تبدیل کرد. تاثیر APT در کنار گسترش برنامه‌های آموزش بازی‌درمانی دانشگاهی و انتشار تلاشهای پیشگامان متخصص در این زمینه، عرصه رشد و گسترش سریع این رشته را در مدت ۲۰ سال گذشته فراهم کرده است. امروزه متخصصان بالینی از بازی‌درمانی برای درمان دامنه گسترده‌ای از مشکلات هیجانی و رفتاری استفاده می‌کنند (براتون، ری، راین و جونز^۲، ۲۰۰۵، براتون و ری، ۲۰۰۰؛ به نقل از آلمرایسی^۳، ۲۰۰۸).

بازی‌درمانی، یک شیوه روان‌درمانی است که مبتنی بر اصول رشدی و روان‌پویایی بوده و به منظور کاهش ناراحتی هیجانی کودکان خردسال از طریق اسباب‌بازیهای متنوعی به کار می‌رود. بازی‌درمانی اسباب‌بازیهای را به کار می‌گیرد که برقراری ارتباط را تقویت کرده و فرصتی برای بیان احساسات و نگرانی‌ها را برای کودکان فراهم می‌کند. اسباب‌بازیها به گونه‌ای انتخاب می‌شوند که فرصت بیان موضوعات واقعی زندگی، رهاسازی پرخاشگری و تحریک خلاقیت را به کودکان می‌دهند.

بنابراین با توجه به پیامدهای بسیاری که اختلال نافرمانی مقابله‌ای برای کودکان مبتلا به آن به همراه دارد لازم است تا روشهای درمانی متفاوت و گوناگونی که بازی‌درمانی نیز یکی از آنهاست و جذابیت بیشتری برای کودکان داشته و باعث همکاری بیشتر آنها در فرایند درمان میشود، به منظور درمان و یا کاهش مشکلات این کودکان، مورد پژوهش و بررسی قرار گیرد.

۱-۱ شرح و بیان مسئله پژوهشی

یکی از اختلال‌های دوران کودکی و نوجوانی، اختلال نافرمانی مقابله‌ای است که افزون بر دو اختلال سلوک و اختلال نقص توجه بیش‌فعالی، یکی از علت‌های مهم مراجعه به کلینیک‌های سلامت روان محسوب می‌شود (نوک، کازدین، هیریپی و کسلر^۴، ۲۰۰۷). بر اساس تعریف متن تجدید نظر شده در چهارمین راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی (DSM-IV-TR)، «اختلال نافرمانی مقابله‌ای، الگوی پایدار منفی کاری، نافرمانی، لجبازی، خصومت و سرکشی در برابر مراجع قدرت است». کودکان مبتلا به این اختلال معمولاً با بزرگترها جر و بحث می‌کنند، از کوره در می‌روند و خشمگین، رنجیده خاطر و زودرنج هستند. آنان مکرراً و فعالانه در مقابل

1- Association for Play Therapy (APT)

2- Bratton, Ray, Rhine & Jones

3- Almeraisi

4- Nock, Kazdin, Hiripi & Kessler

در خواسته‌های بزرگسالان نافرمانی می‌کنند و عمده‌اً باعث ناراحتی دیگران می‌شوند و برای اشتباهات و سوء رفتار خود دیگران را سرزنش می‌کنند. معمولاً نشانه‌های این اختلال در تعامل با بزرگسالان و همسالانی بروز می‌کند که کودک به خوبی با آنها آشناست. اختلال نافرمانی مقابله‌ای معمولاً بین ۸ تا ۱۲ سالگی نمایان می‌شود و شیوع آن در پسرها بیشتر از دخترها می‌باشد (کاپلان و سادوک^۱، ۱۳۸۷، صفحه ۱۶۲).

کودکان با نشانه‌های اختلال نافرمانی مقابله‌ای معمولاً در مدرسه پیشرفت خوبی ندارند (بورت، کروگر، مک‌گا و آیکونو^۲، ۲۰۰۱)، در روابط بین فردی ضعیف هستند (گرین، بایدرمن، زرواس، مونتیوکس، گورینگ و فارون^۳، ۲۰۰۲)، دارای مشکلات توجهی و نقص در کارکردهای اجرایی می‌باشند (لور، بارک، لاهی، ویتروز و زرا^۴، ۲۰۰۰؛ گادو و نولان^۵، ۲۰۰۲)، و عمدتاً فاقد مهارت‌های شناختی، اجتماعی و عاطفی مورد نیاز برای انجام تقاضاهای بزرگترها هستند (اوهان و جانسون^۶، ۲۰۰۵؛ هومرسن، موری^۷، اوهان و جانسون، ۲۰۰۷؛ اسکولوس و تریون، ۲۰۰۷).

در اواخر کودکی ضربات محیطی، بیماری یا ناتوانی مزمن مانند عقب ماندگی ذهنی ممکن است موجب بروز رفتار مقابله‌جویانه به عنوان دفاعی در برابر درماندگی، اضطراب و فقدان عزت نفس گردد. نظریه روانکاوی کلاسیک علت این اختلال را تعارضات حل نشده‌ای می‌داند که در دوره مقعدی پیدا شده است. رفتارگرایان نیز معتقدند که مقابله جویی، رفتار آموخته شده و تقویت شده‌ای است که کودک از طریق آن صاحبان قدرت را کنترل می‌کند.

پژوهش‌های همه گیرشناسی این اختلال را در ۱۶ تا ۲۲ درصد کودکان دبستانی گزارش کرده‌اند، هر چند که این اختلال ممکن است در ۳ سالگی نیز شروع شود، با این حال، سن شروع آن ۸ سالگی است و قبل از سن بلوغ، در پسران شایع‌تر است و پس از آن در همه سنین به طور یکسان بروز می‌کند (کاپلان و سادوک، ۱۳۸۷). اختلال نافرمانی مقابله‌ای با درجات بالایی از آسیب در مهارت‌های اجتماعی، تعاملات خانوادگی و عملکرد تحصیلی مرتبط است (اسپنسر، ابیکوف، کانور، بایدرمن، پلیسکا، بولنر، رید و پرت^۸، ۲۰۰۶). پژوهش کوی،

-
- 1- Kaplan & Sadock
 - 2- Burt, Krueger, McGae & Iacono
 - 3- Greene, Biederman, Zerwas, Monteaux, Goring & Faraone
 - 4- Loeber, Burke, Lahey, Winters & Zera
 - 5- Gadow & Nolan
 - 6- Ohan & Johnston
 - 7- Hommersen, Murray
 - 8- Spencer, Abikoff, Connor, Biederman, Pliszka, Boellner, Read & Pratt

اسپلتز و دکلن^۱ (۲۰۰۱)، در این زمینه نشان می‌دهد که پسران دارای اختلال نافرمانی مقابله‌ای نسبت به گروه بهنجار در رمزگردانی اطلاعات اجتماعی، عملکرد ضعیفی بروز می‌دهند.

کودکان با اختلال نافرمانی مقابله‌ای در مهارت‌های اجتماعی دارای نقص هستند. همچنین دیدگاه‌های جدید بیان می‌دارند که کودکان مبتلا به این اختلال دارای نقص در مجموعه مهارت‌های مجزایی هستند که منجر به ایجاد نشانه‌های این اختلال می‌شود. کودکی که در پاسخ به درخواست‌های والدینش از کوره در میرود، ممکن است فاقد مهارت‌های شناختی و اجتماعی لازم برای برآورده کردن درخواست آنها باشد. مثلاً ممکن است کودک مهارت‌های لازم جهت تعدیل عواطف^۲ را نداشته یا تمایل داشته باشد واکنش هیجانی شدید نشان دهد و فاقد توانایی لازم برای استدلال کردن باشد. همچنین ممکن است کودک نقایصی در مهارت‌های شناختی اجرایی^۳ مانند: حافظه‌ی کاری^۴، راهبردهای حل مساله سازمان یافته^۵ و مانند آن داشته باشد. این نقایص می‌تواند توانایی کودک برای برآورده کردن درخواست‌های بزرگسالان را تحلیل برد (ساتون همیلتون و آرماندو^۶، ۲۰۰۸). به علاوه در کودکان مبتلا به اختلال نافرمانی مقابله‌ای و کنترل تکانه ضعیف، ممکن است قضاوت اخلاقی^۷ آسیب ببیند (تیگز^۸، ۲۰۱۰).

در طول سالیان متمادی روش‌های درمانی متنوعی برای مواجهه با مشکلات رفتاری-شناختی و هیجانی کودکان مبتلا به اختلال نافرمانی مقابله‌ای به کار گرفته شده است. در این زمینه، بخشی از درمان‌ها بر مداخلات فردی و بخشی دیگر بر مداخلات خانوادگی، متمرکز شده اند؛ به نحوی که برنامه‌های آموزش والدین برای کمک به مدیریت رفتار فرزندشان، روان درمانی فردی برای مدیریت خشم، خانواده درمانی برای بهبود ارتباط، آموزش مهارت‌های اجتماعی برای افزایش انعطاف‌پذیری و تحمل ناکامی در بین همسالان و درمان شناختی-رفتاری برای آموزش حل مسئله و کاهش منفی‌گرایی بوده است (آکادمی روانپزشکی کودک و نوجوان امریکا، ۲۰۰۷؛ به نقل از هاشمی و همکاران، ۱۳۸۸).

همانگونه که اشاره شد درمان‌های شناختی-رفتاری از روشهایی است که برای درمان اختلال بی‌اعتنایی مقابله‌ای موثر می‌باشد. روش تفکر فرد درباره زندگی، تأثیری عمیق و فراگیر بر نوع رفتار و احساس او دارد.

-
- 1- Coy, Speltz, Deklen
 - 2- Affect Modulation
 - 3- Executive Cognitive Skills
 - 4- Working Memory
 - 5- Organized Problem Solving Strategies
 - 6- Sutton Hamilton & Armando
 - 7- Moral Judgment
 - 8- Tiggs

شناخت شامل تفکرات فرد از جمله باورها، فرضیات، انتظارات، اسنادها و نگرشهای اوست. بنابراین روشهای رفتاری شناختی سعی می‌کنند شناخت فرد را در حوزه گسترده‌ای از اختلالات و مشکلات روانشناختی و رفتاری تغییر دهد (کلارک و فربورن، ۱۳۸۰).

درمان شناختی- رفتاری می‌تواند به کودکان با اختلال نافرمانی مقابله‌ای در بهبود خلق و کنترل خشم کمک کند. این درمان آگاهی کودکان از الگوهای تفکر را که محرک و هدایت کننده رفتار آنهاست، افزایش می‌دهد و روش‌هایی را برای مقابله با تفکرشان، به آنها می‌آموزد.

می‌توان درمانهای شناختی- رفتاری را برای کودکان در یک مدل بازی درمانی ترکیب کرد. به گفته اوکانر^۱ (۲۰۰۰؛ به نقل از مک گی^۲، ۲۰۱۰) بازی درمانی، استفاده نظامدار از یک الگوی نظری به منظور برقراری یک فرایند میان فردی است که در آن درمانگران آموزش دیده، قدرت درمانی بازی را برای کمک به پیشگیری و یا رفع مشکلات روانی- اجتماعی مراجع و دستیابی به رشد و پرورش مطلوب وی به کار می‌گیرند. کودک می‌تواند از طریق بازی - که ابزار طبیعی ارتباط کودک است - خودش را کشف و بیان کند و با ادراکش از خود، دیگران و دنیا ارتباط برقرار کند (اسنو، باکلی و ویلیامز^۳، ۱۹۹۹). بازی می‌تواند ارتباطات کودک را تسهیل کرده و در عین حال امکان رهاسازی احساسات منفی را نیز به او بدهد و می‌تواند به کودک کمک کند تا سازگاری با محیطش را یاد بگیرد (شومن^۴، ۲۰۰۴).

بازی درمانی می‌تواند به کودکان مبتلا به اختلال نافرمانی مقابله‌ای کمک کند تا شیوه‌های سازگاری با محرکهای تنش‌زا را یاد بگیرند و راهبردهای جدیدی را برای پرورش حس تسلط و موفقیت در موقعیت‌های اجتماعی در رابطه با همسالان و خانواده بیاموزند. در روابط ایمن و غیر کنترل کننده درمان، می‌توانند ماهیت خود تخریبی رفتارشان را درک کرده، عزت نفس خود را باز یابند و واکنش‌های مثبت‌تری به کنترل‌های بیرونی نشان دهند. در بازی درمانی گروهی، کودکان می‌توانند قضاوت اخلاقی را نیز پرورش دهند و یاد بگیرند که چگونه با دیگران همکاری کرده و همه کودکان را یکسان بنگرند. همچنین راهبردهای حل مساله و چگونگی برقراری روابط مناسب اجتماعی با دیگران را می‌آموزند و. بنابراین مخالفت‌ها و نافرمانی‌های آنها کاهش یافته یا حذف می‌شود (تیگز، ۲۰۱۰).

1- O'Connor

2- McGee

3- Snow, Buckley & Williams

4- Schumann

بازی درمانی شناختی- رفتاری تاکید زیادی بر درگیری کودک در درمان دارد و از موضوعات کنترل، تسلط و مسئولیت برای تغییر رفتار فرد سخن به میان می‌آورد، به کودک کمک می‌شود تا به یک شرکت کننده فعال در تغییر مبدل گردد. درمانگر با ارائه اقدامات لازم از نظر رشدی به کودک کمک می‌کند تا از درمان بهرمنند شود. یک مجموعه گسترده از فنون و رویکردها را می‌توان در بازی درمانی با رویکرد شناختی- رفتاری گنجانند. بازی درمانی شناختی- رفتاری راهبرد یا راهبردهایی را برای رشد انطباقی تر افکار و رفتارها فراهم می‌آورد و راهبردهای جدیدی برای مقابله با موقعیت‌ها و احساس‌ها آموزش می‌دهد و کودک قادر می‌شود شیوه‌های ناسازگارانه مقابله را با راه‌های سازگارانه‌تر جایگزین کند (محمد اسماعیل، ۱۳۸۳).

بنابراین با توجه به پیامدهای نامطلوبی که اختلال نافرمانی مقابله‌ای به دنبال دارد و تاثیرات گسترده‌ای که بر زندگی فردی و اجتماعی کودک بر جای می‌گذارد، لازم است اقدامات لازم و اساسی برای درمان کودکان مبتلا به این اختلال صورت گیرد. با در نظر گرفتن این مسئله و بررسی پیشینه پژوهش‌های انجام شده در این زمینه، به نظر می‌آید که می‌توان از مداخلاتی که بر مشکلات اجتماعی و هیجانی و توانایی‌های حل مساله‌ی کودکان دارای این اختلال، تأثیرگذار است، برای درمان یا کاهش مشکلات آنها استفاده نمود. با توجه به مطالب گفته شده پرسش اساسی پژوهش حاضر این است که آیا بازی درمانی با رویکرد شناختی- رفتاری، به عنوان یک تکنیک درمانی می‌تواند نقش موثری در کاهش نشانه‌های اختلال نافرمانی مقابله‌ای داشته باشد، یا خیر و این پژوهش در صدد است تا این موضوع را مورد بررسی قرار دهد.

۱-۲ اهمیت و ارزش پژوهش

پافشاری فرد بر خواسته‌های خود و مقابله با خواسته دیگران برای رشد طبیعی اهمیت اساسی دارد و با برقراری خود مختاری، ایجاد هویت و تنظیم معیارها و کنترل درونی ارتباط دارد. اختلال نافرمانی مقابله‌ای مزمن تقریباً همیشه در روابط بین فردی و عملکرد تحصیلی کودک تداخل می‌کند. این کودکان اغلب دوستی ندارند و روابط انسانی را رضایت بخش نمی‌دانند. آنان با وجود هوش کافی به دلیل عدم مشارکت، مقاومت در برابر توقعات خارجی و اصرار بر حل مشکلات بدون کمک دیگران، در مدرسه پیشرفتی ندارند و ممکن است رد شوند. این مشکلات ممکن است باعث عزت نفس پایین، تحمل کم برای ناکامی، خلق افسرده و حملات عصبانیت شوند. نوجوانان ممکن است به سوء مصرف الکل و مواد مخدر روی بیاورند. این اختلال اغلب به اختلال سلوک یا اختلال خلقی ختم می‌شود (کاپلان و سادوک، ۱۳۸۷).

برخی از کودکانی که به این صورت رفتار می‌کنند، بیشتر با والدینشان مقابله می‌کنند تا با غریبه‌ها، اما اکثر آنان در هر زمینه‌ای مشکل دارند. رفتار آنان در عملکرد تحصیلی و روابط اجتماعی شان طوری اختلال ایجاد می‌کند که احترام معلمان و دوستی همسالانشان را از دست می‌دهند. این شکستها باعث می‌شود که آنها احساس بی‌کفایتی و افسردگی کنند. اگر این اختلال در کودکان دارای علایم نافرمانی از بین نرود باعث ایجاد حالات عاطفی منفی مانند پرخاشگری نسبت به همسالان، معلمان و والدین خواهد شد و این خود یک چرخه منفی را ایجاد می‌کند. اگر درمان مناسب فراهم شود علاوه بر بهبود پیشرفت تحصیلی و کاهش رفتارهای منفی، از پیشرفت اختلال نافرمانی به اختلال سلوک جلوگیری می‌شود و نقش تاثیرگذاری بر آینده این کودکان خواهد داشت بنابراین درمان برای کودکان دارای علایم نافرمانی مقابله‌ای امری ضروری است.

در روابط درمانی، کودک می‌تواند راهبردهای جدیدی را برای پرورش حس تسلط و موفقیت در موقعیت‌های اجتماعی در رابطه با همسالان و خانواده بیاموزد. در روابط ایمن و غیر کنترل کننده کودکان می‌توانند ماهیت خود تخریبی رفتارشان را درک کنند. قبل از اینکه این کودکان بتوانند واکنش‌های مثبت تری به کنترل‌های ضروری بیرونی نشان دهند، باید عزت نفس خود را بازیابند. همچنین باید راهبردهای حل مساله و چگونگی برقراری روابط مناسب اجتماعی با دیگران را بیاموزند.

بنابراین با توجه به پیامدهای نامطلوبی که این اختلال به دنبال دارد و تاثیرات گسترده‌ای که بر زندگی فردی و اجتماعی کودک بر جای می‌گذارد و می‌تواند زندگی آینده فرد را با چالش روبرو سازد و آسیب‌های اجتماعی جبران ناپذیری را هم در پی داشته باشد، لازم است اقدامات لازم و اساسی برای درمان کودکان مبتلا به این اختلال صورت گیرد و تا جای ممکن از پیشرفت این اختلال و تبدیل شدن آن به اختلال سلوک جلوگیری شود. پژوهش حاضر در پی آن است که با بررسی تاثیر روش بازی درمانی بر کاهش نشانه‌های اختلال نافرمانی مقابله‌ای بتواند در حوزه‌ی درمان کمک موثری نموده و این شوه را به عنوان یک روش درمانی مورد آزمایش قرار داده و معرفی نماید.

۳-۱ اهداف پژوهش

۱- تعیین اثربخشی بازی درمانی شناختی- رفتاری بر میزان نشانه‌های اختلال نافرمانی مقابله‌ای در مرحله پس آزمون.

۲- تعیین اثربخشی بازی درمانی شناختی- رفتاری بر میزان نشانه‌های اختلال نافرمانی مقابله‌ای در مرحله پیگیری.

۴-۱ فرضیه‌ها

۱- بازی درمانی شناختی- رفتاری بر میزان نشانه‌های اختلال نافرمانی مقابله‌ای در مرحله پس‌آزمون موثر است.

۲- بازی درمانی شناختی- رفتاری بر میزان نشانه‌های اختلال نافرمانی مقابله‌ای در مرحله پیگیری موثر است.

۵-۱ تعریف اصطلاحات

۱-۵-۱ تعاریف مفهومی

اختلال نافرمانی مقابله‌ای^۱: بر اساس تعریف متن تجدید نظر شده در چهارمین راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی (DSM IV-TR) اختلال نافرمانی مقابله‌ای الگوی پایدار منفی کاری، نافرمانی، لجبازی، خصومت و سرکشی در برابر اولیای قدرت است. «این رفتارها باید فراوان‌تر از آنچه برای سن و سطح رشدی معمول است روی داده و مشکلات خانوادگی و تحصیلی مهمی بوجود آورد (انجمن روانپزشکی آمریکا، ۲۰۰۰، صفحه ۱۰۰).

بازی درمانی با رویکرد شناختی- رفتاری^۲ (CBPT): در این شیوه درمانی، بازی درمانی و تکنیک‌های شناختی- رفتاری با هم ترکیب می‌شود و بر درگیری کودک در درمان با توجه به مشکلات کنترل، تسلط و مسئولیت برای تغییر رفتار فرد تاکید می‌کند. بازی درمانی شناختی- رفتاری به ویژه برای کودکان پیش دبستانی و سنین اولیه دبستان به کار می‌رود و به گونه‌ای طراحی می‌شود که از نظر رشدی مناسب باشد و به کودک کمک کند تا به یک شرکت کننده فعال در تغییر تبدیل شود (آلمرایسی، ۲۰۰۸، صفحه ۳۲).

۲-۵-۱ تعاریف عملیاتی

اختلال نافرمانی مقابله‌ای: به کمک نمره‌ای که کودک از مجموع سوالات مربوط به اختلال نافرمانی مقابله‌ای در مقیاس درجه‌بندی سوانسون، نولان و پلهام (ویرایش چهارم) بدست می‌آورد، سنجیده شده است.

بازی درمانی با رویکرد شناختی- رفتاری: عبارتست از به کارگیری روشهای شناختی- رفتاری مانند آموزش مهارت‌های اجتماعی، خودکنترلی، حل مساله و مانند آن در جلسات درمانی با استفاده از روشهای بازی درمانی که در این پژوهش در ۱۰ جلسه (۴ جلسه انفرادی و ۶ جلسه گروهی) به کودکان آموزش داده شد.

1- Oppositional Defiant Disorder (ODD)

2- Cognitive- Behavioral Play Therapy (CBPT)