



## مقایسه اثربخشی بازی درمانی شناختی-رفتاری و درمان تعامل والد-کودک بر کنش‌های اجرایی کودکان با اختلال مقابله‌ای / نافرمانی

### Comparison of the Effectiveness of Cognitive-Behavioral Play Therapy and Parent-Child Interaction Therapy on Executive Functions in Children with Oppositional Defiant Disorder

Elham Shiroodaghaei  
Azita Amirfakhraee  
Eghbal Zareei

الهام شیروود آقایی\*  
آزیتا امیرفخرایی\*\*  
اقبال زارعی\*\*\*

#### Abstract

The purpose of this study is to compare the effectiveness of cognitive-behavioral play therapy and parent-child interaction therapy on executive functions in children with oppositional defiant disorder. The method of this study is quasi-experimental with a pre-test-post-test design and a control group and the study is applied in terms of objective. The statistical population of the study includes girls with oppositional defiant disorder studying in first to third grade in Tonekabon City during the 2019-2020 school year. A two-stage sampling procedure was used to select 39 samples through screening, which were divided into three cognitive-behavioral play therapy and parent-child interaction therapy and control groups through homogenization and randomization. The present research instruments include the Child Symptom Inventory (CSI), the Behavior Rating Inventory of Executive Function (BRIEF), the cognitive-behavioral play therapy package, and the parent-child interaction therapy package. The data of the study were analyzed using the covariance analysis method and SPSS-24 software. The results showed that there was a significant difference between the effectiveness of cognitive-behavioral play therapy and parent-child interaction therapy on behavioral regulation with an Eta coefficient of 0.765 and metacognitive skills with an Eta coefficient of 0.779 in children with oppositional defiant disorder ( $P=0.001$ ). Both therapies seem to be effective in improving the executive functions of children with oppositional defiant disorder, but cognitive-behavioral play therapy was more effective.

**Keywords:** Cognitive-Behavioral Play Therapy, Executive Function, Oppositional Defiant Disorder, Parent-Child, Play Therapy.

#### چکیده

هدف پژوهش حاضر مقایسه اثربخشی بازی‌درمانی شناختی-رفتاری و درمان تعامل والد-کودک بر کنش‌های اجرایی کودکان با اختلال مقابله‌ای / نافرمانی است. روش این تحقیق از نوع شبه‌آزمایشی با طرح پیش‌آزمون-پس‌آزمون با گروه گواه و تحقیق به لحاظ هدف کاربردی است. جامعه آماری پژوهش شامل دختران دچار اختلال مقابله‌ای / نافرمانی مقاطع اول تا سوم ابتدایی شهر تنکابن در سال تحصیلی ۱۳۹۹-۱۳۹۸ است. با انتخاب دومرحله‌ای تصادفی مدارس، ۳۹ نفر به‌عنوان نمونه با غربالگری انتخاب شدند که با همگن‌سازی و تصادفی‌سازی در سه گروه بازی‌درمانی شناختی-رفتاری و درمان تعامل والد-کودک و گواه قرار گرفتند. ابزار پژوهش حاضر شامل پرسشنامه علائم مرضی کودکان (CSI)، پرسشنامه عملکرد اجرایی (BRIEF)، بسته بازی‌درمانی شناختی-رفتاری (CBPTP) و بسته درمان تعامل والد-کودک بود (PCITP). داده‌های پژوهش حاضر با استفاده از روش تحلیل کوواریانس و نرم‌افزار SPSS نسخه ۲۴ تحلیل شدند. نتایج نشان می‌دهد بین اثربخشی بازی‌درمانی شناختی-رفتاری و درمان تعامل والد-کودک بر مهارت‌های تنظیم رفتار با ضریب اتای ۰/۷۶۵ و فراشناخت با ضریب اتای ۰/۷۷۹ در کودکان با اختلال مقابله‌ای / نافرمانی تفاوت وجود دارد ( $P=0.001$ ). به‌نظر می‌رسد هر دو درمان با بهبود کنش‌های اجرایی کودکان دچار اختلال مقابله‌ای / نافرمانی اثرگذار باشند، اما اثربخشی بازی‌درمانی شناختی-رفتاری بیشتر است.

**واژه‌های کلیدی:** اختلال مقابله‌ای / نافرمانی، بازی‌درمانی شناختی-رفتاری، کنش‌های اجرایی، والد-کودک.

\* دانشجوی دکتری روان‌شناسی عمومی، گروه روان‌شناسی، واحد بندرعباس، دانشگاه آزاد اسلامی، بندرعباس، ایران

\*\* نویسنده مسئول: استادیار گروه روان‌شناسی، واحد بندرعباس، دانشگاه آزاد اسلامی، بندرعباس، ایران

\*\*\* دانشیار گروه روان‌شناسی و مشاوره، دانشکده روان‌شناسی و مشاوره، دانشگاه هرمزگان، ایران

## مقدمه

لجبازی و نافرمانی کودکان مرحله‌ای اجتناب‌ناپذیر از رشد آن‌هاست (سهرابی، اسدزاده و عرب‌زاده کوپانی، ۱۳۹۳). بارزترین رفتارهای مقابله‌ای بین ۱۸ تا ۲۴ ماهگی نمود می‌یابد و در سه سالگی به اوج می‌رسد (انجمن روان‌پزشکی آمریکا، ۲۰۱۳). این وضعیت زمانی جنبه آسیب‌شناختی پیدا می‌کند که از نظر تداوم یا شدت، وضعیتی غیرعادی بیابد، فراوانی آن چشمگیرتر شود و به بیان روشن‌تر با وضعیت رشدی و سنی کودک همانند نباشد. زمانی که این رفتارها بارها تکرار شود و شدت بیابد، به‌نوعی اختلال به نام اختلال مقابله‌ای / نافرمانی<sup>۱</sup> تبدیل می‌شود (سهرابی، اسدزاده و عرب‌زاده کوپانی، ۱۳۹۳). در ویرایش پنجم راهنمای تشخیصی و آماری اختلال‌های روانی<sup>۲</sup>، اختلال مقابله‌ای / نافرمانی به‌صورت الگویی از خلق تحریک‌پذیر<sup>۳</sup> / عصبانی<sup>۴</sup>، رفتار نافرمانی<sup>۵</sup> / جدلی<sup>۶</sup> و کینه‌جویی تعریف شده است که به مدت شش ماه ادامه داشته باشد. شیوع این اختلال پیش از بلوغ در پسران بیشتر است، اما بعد از بلوغ در هر دو جنس مساوی می‌شود (انجمن روان‌پزشکی آمریکا، ۲۰۱۳). اختلال نافرمانی مقابله‌ای نیز نوعی اختلال رفتاری محسوب می‌شود؛ زیرا در بسیاری از کودکان دچار اختلال نافرمانی مقابله‌ای نقایص شناختی و مشکلات کنش‌های اجرایی، اجتماعی و رفتاری مانند دیگر اختلال‌های رفتاری دیده می‌شود (کارگربرزی، شیشه‌فر، جعفری، قربانیان و گوردزی، ۱۳۹۶).

نقایص شناختی که آسیب به کنش‌های اجرایی را شامل می‌شود، در کارکرد اجتماعی و کیفیت زندگی تداخل ایجاد می‌کند (سانز و همکاران، ۲۰۱۸) که عبارت‌اند از: کنش‌های اجرایی<sup>۷</sup> فرایندهای عصبی درگیر در اکتساب<sup>۸</sup>، پردازش<sup>۹</sup>، نگهداری<sup>۱۰</sup> و کاربست اطلاعات<sup>۱۱</sup>. فرایندهای شناختی انسان به‌دلیل ضرورت حل مشکلات بوم‌شناختی و هدایت محیط‌های اجتماعی پیچیده تحول یافته‌اند. کنش‌های اجرایی رابط میان رفتار و ساختار مغز هستند و گستره وسیعی از توانایی‌های شناختی را شامل می‌شوند (نجاتی، ۱۳۹۲). کنش‌های اجرایی را چتری برای فرایندهای شناختی پیچیده تعریف کرده‌اند که رفتار هدفمند ایجاد می‌کند و شامل هدف‌گذاری، برنامه‌ریزی، سازمان‌دهی رفتار در طول زمان، انعطاف‌پذیری، توجه، حافظه فعال، نظارت و فرایندهای خودتنظیمی است. کنش‌های اجرایی نقش مهمی در موفقیت رفتار هدف انسان دارد، مهارت

- 
1. oppositional defiant disorder
  2. diagnostic and statistical manual of mental disorders
  3. irritable
  4. angry
  5. oppositional
  6. argumentative
  7. executive functions
  8. acquire
  9. processing
  10. maintain
  11. using of information

اجرایی‌مدار الزامی است (بل و مزا، ۲۰۲۰) و با کارهای مربوط به برنامه‌ریزی و حل مسئله در زندگی روزانه مرتبط است (کمپ، کارمی洛夫 اسمیت، توماس و فران، ۲۰۱۶). افراد دارای کنش‌های اجرایی ضعیف، در بیشتر موارد قادر نیستند رفتارهای نامناسب را کنترل و تکانه‌ها را مهار کنند؛ درحالی‌که این توانایی‌ها برای رفتار هدفمند ضروری هستند (مظفری‌نژاد، نظربلند و صادقی حسن‌آبادی، ۱۴۰۰).

بارکلی (۲۰۱۳) اختلال مقابله‌ای/ نافرمانی را حاصل اجزای هیجانی و اجتماعی می‌داند که براساس مدل چهارعاملی وی از والدگری مختل<sup>۱</sup>، ویژگی‌های کودک مانند خلق‌وخوی منفی<sup>۲</sup>، بدتنظیمی هیجانی و خلق<sup>۳</sup>، تکانشگری<sup>۴</sup> و بیش‌فعالی<sup>۵</sup>، ویژگی‌های والدین مانند بیش‌فعالی و اختلال‌های خلقی و ویژگی‌های محیط اجتماعی شکل می‌گیرد. از نظر بارکلی (۲۰۱۳) نقص در کنش‌های اجرایی در میان کودکان بیش‌فعال و مقابله‌ای/ نافرمانی مشترک است. همچنین چهار فرایند معیوب (نقص در خودتنظیمی حافظه کلامی<sup>۶</sup>، نقص در خودتنظیمی حافظه غیرکلامی<sup>۷</sup>، نقص در خودتنظیمی هیجان<sup>۸</sup> و انگیزش<sup>۹</sup> و نقص در سازمان‌بندی مجدد اندیشه<sup>۱۰</sup>) را که در نتیجه فقدان بازداری رفتاری حاصل می‌شوند، شامل می‌شود و بیان می‌دارد این نقص‌های چهارگانه به نقص در سیستم کنش‌های اجرایی مربوط می‌شود. بارکلی معتقد است نتیجه عملکرد کنش‌های اجرایی و سیستم بازداری رفتاری<sup>۱۱</sup>، توانمندی خودتنظیمی است که با شکل‌گیری آن، رفتار در طول زمان، تحت کنترل درمی‌آید و به فرد اجازه می‌دهد به پیش‌بینی و کنترل دست بزند.

رشد نظریه ذهن و شناختی اجتماعی (فالول، ۱۹۹۹) و همچنین روابط و تعاملات اجتماعی که از نظریه ذهن نشئت می‌گیرد، تحول سازوکارهای درونی را برای درک درونیات دیگر افراد و توانمندی در پردازش حالات ذهنی آن‌ها موجب می‌شود و نقش حیاتی در آن دارد (کاکوجویباری، شقاقی و برادران، ۱۳۹۱). نظریه ذهن، ظرفیتی درونی، روانی و شناختی را برای فرد به وجود می‌آورد که براساس آن کودکان می‌توانند رفتارهای دیگران را درک و رفتارهای خود را بر این اساس تنظیم کنند؛ بدین ترتیب درک حالات و رفتارهای دیگران برای کودکان جهت‌مند می‌شود و بدین ترتیب به این هدف نائل می‌شوند (خانجانی و حسون‌دخانی، ۱۳۸۸). کودکان مبتلا به اختلال مقابله‌ای/ نافرمانی به دلیل نقص در کنش‌های اجرایی از قبیل سوء‌گیری

- 
1. impaired parenting
  2. negative mood
  3. emotional and mood disorder
  4. impulsivity
  5. hyperactivity
  6. verbal memory
  7. nonverbal memory
  8. emotion self-regulation
  9. motivation
  10. defects in thought reorganization
  11. behavioral inhibition system

توجه<sup>۱</sup> (کانر، استیبر و مکبرنت، ۲۰۱۰)، مهار پاسخ‌گویی<sup>۲</sup>، عدم بازداری رفتاری<sup>۳</sup> (زی، یانگ، دو، لی و فان، ۲۰۱۷) و نارسایی در شناخت اجتماعی در بیشتر موارد نشانه‌های اجتماعی را اشتباه تفسیر می‌کنند. همچنین از بیان احساسات منفی خود با حالتی مناسب ناتوان هستند و رفتارهای سازش‌نا یافته از خود نشان می‌دهند؛ بنابراین این کودکان در تعاملات بین‌فردی مشکلاتی دارند (کانتراس، پیسارو و اپس، ۲۰۲۰).

درمانگران به کمک درمان‌هایی از قبیل درمان‌های شناختی-رفتاری به کودکانی که مهارت‌های اجتماعی یا عاطفی آن‌ها ضعیف و بی‌تأثیر است، رفتارهای سازش‌یافته را می‌آموزند (سوتام گرو، مک‌لیو، براون، کینوی و آونی، ۲۰۱۱). از آنجا که درمان‌های شناختی بر این باور مبتنی هستند که شناخت‌ها، احساسات و رفتارها ماهیت تعاملی و متقابل دارند، رویکردهای شناختی با نیازهای این کودکان که ویژگی‌هایی مانند نقص در خودتنظیمی و مشکلاتی در توجه و حافظه را نشان می‌دهند، سازگاری بسیاری دارند (ارجمندنی، حسونود و اصغری نکاح، ۱۳۹۷). بازی‌درمانی شناختی-رفتاری<sup>۴</sup> مداخلات شناختی-رفتاری را در برنامه بازی‌درمانی می‌گنجاند. فعالیت‌های بازی و همچنین ارتباط کلامی و غیرکلامی در حل کردن مشکلات کودک استفاده می‌شود (نل، ۲۰۱۵). بازی‌درمانی شناختی-رفتاری به‌طور گسترده برای درمان مشکلات عاطفی و رفتاری کودکان استفاده می‌شود؛ زیرا این نوع از درمان پاسخ‌گوی نیازهای رشدی منحصربه‌فرد و متنوع کودکان است (براتون و دافو، ۲۰۱۶). بیشتر کودکان در سنین کمتر از ۱۱ سالگی استعداد توسعه‌یافته برای تفکر انتزاعی ندارند که این امر پیش‌نیاز بیانات کلامی معنادار، درک مسائل پیچیده، انگیزه‌ها و احساسات است. از آنجا که سطوح تفکر انتزاعی در کودکان بالا نیست، آن‌ها نمی‌توانند احساسات و هیجانات خود را ابزار کنند. این مهارت‌نداشتن در ابرازگری هیجانی به‌ویژه هیجان‌های منفی، سلامت روان کودک را تهدید می‌کند و مشکلات رفتاری را برای او رقم می‌زند؛ بنابراین بازی ابزاری است که کودک به یاری آن خود را بیان می‌کند (بایرن، ۲۰۲۰). به‌دنبال تغییراتی که در بازی‌درمانی شناختی-رفتاری حاصل می‌شود، همچنین با اجرای تمرین‌های ایفای نقش و با گرفتن آموزش‌های نمادین، کودک به تفکر خلاق و خیال‌پردازی دست می‌یابد که موجب رشد بازنمایی‌های درونی<sup>۵</sup> او و ترمیم روابط دلبستگی‌اش<sup>۶</sup> می‌شود؛ به‌طوری‌که می‌تواند بر ترس‌های خود فائق آید. شکست مقاومت کودک تخلیه هیجانی و پالایش را برای او به همراه دارد و بدین ترتیب کودک احساس لیاقت و شایستگی می‌کند (نل، ۲۰۱۵).

یکی دیگر از عوامل تأثیرگذار بر بروز اختلال نافرمانی مقابله‌ای، رفتارهای منفی والدین با کودک است. علاوه‌براین، کودکان دچار اختلال‌های رفتاری چالش‌های زیادی را برای والدینشان به‌وجود می‌آورند

- 
1. attention bias
  2. inhibition of accountability
  3. lack of behavioral inhibition
  4. cognitive-behavioral play therapy
  5. internal representations
  6. attachment relationships

(کارگریزی و همکاران، ۱۳۹۶). وجود کودکی که برقراری رابطه با او مشکل است، بر کل نظام خانواده تأثیر می‌گذارد (مغربی سینکی، حسن‌زاده، خادمی و ارجمندیا، ۱۳۹۴). درمان کودکان مبتلا به نافرمانی مقابله‌ای، به کمک آموزش والدین آن‌ها امکان‌پذیر است (سهرابی، اسدزاده و عرب‌زاده کوپانی، ۱۳۹۳). به نظر می‌رسد بسیاری از اختلالات دوران کودکی از جمله اختلال‌های رفتاری از تعاملات نادرست و منفی والدین با کودکان آن‌ها نشئت می‌گیرد. تعاملات بی‌ثبات و تنبیه‌گرانه والدین با کودکان موجب نایمنی دل‌بستگی آن‌ها می‌شود که این امر از نبود مهارت‌های ارتباطی مناسب ناشی می‌شود و از جمله عوامل خطری است که کودک را در معرض اختلالات رفتاری قرار می‌دهد (اسچیچتر و ویلهیم، ۲۰۰۹)؛ از این رو در درمان تعامل والد-کودک<sup>۱</sup> اهدافی مانند بهبود کیفیت روابط والد-کودک، کاهش مشکلات رفتاری و افزایش رفتارهای اجتماعی، افزایش مهارت‌های والدینی شامل انضباط مثبت و کاهش استرس والدینی دنبال می‌شود (برینکمیر و ایبرگ، ۲۰۰۳). عباسی و نشاط‌دوست (۱۳۹۲) پیشنهاد کردند در درمان تعامل والد-کودک، والدین مهارت‌هایی برای ایجاد روابط امن و در جهت رشد کودکان‌شان فراگیرند و به این ترتیب رفتارهای اجتماعی را در کودک افزایش و رفتارهای منفی را در وی کاهش می‌دهند.

در پژوهش میرزاخانی، پورجبار، رضایی، دیباچ‌نیا و اکبرزاده باغبان (۱۳۹۵) بازی‌های ساختاریافته لگودرمانی<sup>۲</sup> کارکردهای اجرایی را در کودکان اتیسمی با عملکرد بالا به‌طور معناداری در پس‌آزمون گروه آزمایش افزایش داده است. این پژوهشگران نتیجه گرفتند لگودرمانی با استفاده از علایق طبیعی کودک و انگیزه یادگیری، تغییر رفتار را ایجاد می‌کند. ایزدی‌فرد، صبحی قراملکی و ارجمندیا (۱۳۹۶) درمان تعامل والد-کودک<sup>۳</sup> را راهبردی مؤثر برای افزایش توجه کودکان معرفی کردند.

افزایش شیوع اختلال‌های رفتاری در کودکان، نگرانی‌هایی را درباره سلامت روان و بهداشت عمومی در کودکان و تأثیرات آن بر رشد و تحول آن‌ها پدید آورده است (ویش و استولفی، ۲۰۲۰) که این موضوع بر اهمیت ارزیابی و درمان به‌موقع اختلال‌های رفتاری می‌افزاید. اختلال‌های رفتاری زود هنگام کودکان اغلب پیشایند رشد رفتارهای ضد اجتماعی است (رز، کاستلو، آنگولو، کوپلن و موگان، ۲۰۱۰). خانواده مانند هر نظامی، از عناصری تشکیل شده که در تعامل با یکدیگرند. تفاوت‌های فردی موجود در روابط هیجانی میان والدین و کودکان نتیجه تفاوت نگرش‌های والدین است و والدین می‌توانند بر رشد اجتماعی و هیجانی کودکان‌شان بسیار مؤثر باشند (خراسانی‌زاده، رنجبری‌پور، پورشریفی، باقری و پویامنش، ۱۳۹۸)؛ بنابراین مشکلات رفتاری در حیطه فردی و اجتماعی مشکلات فراوانی را به‌وجود می‌آورد. کودکان مبتلا به این اختلال‌ها، خانواده، مدرسه و به‌طور کلی جامعه را با مشکل روبه‌رو می‌کنند. زمانی که ظرفیت‌ها و توانایی این گروه از کودکان ناشناخته بماند و همچنین آن‌ها مداخله مناسب را دریافت نکنند، این مشکلات در ابعاد گوناگون زندگی از جمله زندگی تحصیلی و بین‌فردی این افراد موجب نواقص کارکردی می‌شود که در نهایت

1. parent-child interaction therapy

2. structured lego therapy games

3. parent-child interaction

می‌تواند به‌مثابه تهدید برای بهداشت روان کودک باشد تا جایی که او را در برابر آشفتگی روانی-اجتماعی دوره بزرگسالی آسیب‌پذیر می‌کند (رضائی اشونی، یارمحمدیان و فرهادی، ۱۳۹۷). به دلیل تأثیرات سوئی که مشکلات رفتاری بر جای می‌گذارند و کمبودهایی که در حیطه پیش‌بینی مشکلات رفتاری پیش از دبستان وجود دارد، پژوهش و تحقیق در این زمینه حائز اهمیت است. تلاش برای ابهام‌زدایی و روشن کردن رویکردهای مؤثرتر در این زمینه، بسیار ضرورت دارد؛ زیرا اگر اختلال‌هایی که در دوران کودکی و نوجوانی آن‌ها را گرفتار می‌کند به‌موقع درمان نشود و مداخلات کارآمدی دریافت نکنند، با آسیب‌ها و مشکلات جبران‌ناپذیری مواجه می‌شوند. از سوی دیگر، اگرچه این اختلال در پسران بیشتر از دختران است، این تفاوت‌های جنسیتی سبب می‌شود تا از دختران دچار این اختلال غفلت شود؛ از این‌رو هدف پژوهش حاضر پاسخ‌گویی به این پرسش است که آیا بین اثربخشی بازی‌درمانی شناختی-رفتاری و درمان تعامل والد-کودک بر کنش‌های اجرایی کودکان با اختلال مقابله‌ای/ نافرمانی تفاوت وجود دارد.

### روش پژوهش

روش این تحقیق از نوع شبه‌آزمایشی با طرح پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری با گروه گواه و هدف تحقیق کاربردی است. جامعه آماری پژوهش، شامل دختران دچار اختلال مقابله‌ای/ نافرمانی مقاطع اول تا سوم ابتدایی شهر تنکابن در سال تحصیلی ۱۳۹۸-۱۳۹۹ است. برخی محققان حجم نمونه برای پژوهش‌های شبه‌آزمایشی را برای هر گروه ۷ تا ۱۵ نفر توصیه کرده‌اند (ون وورهیس و مورگان، ۲۰۰۷) و برای نمونه‌گیری با انتخاب دومرحله‌ای تصادفی مدارس، ۳۹ نفر با غربالگری انتخاب شدند که با همگن‌سازی و تصادفی‌سازی در سه گروه آزمایش و گواه قرار گرفتند. معیارهای ورود به پژوهش شامل تشخیص قطعی اختلال مقابله‌ای/ نافرمانی، سن بین ۶ تا ۱۲ سال، نداشتن نقایص حسی مانند ناشنوایی و نابینایی در او، دریافت نکردن هم‌زمان مداخله‌های دارویی و روان‌شناختی به‌صورت مستقیم یا غیرمستقیم (کودک یا والدین)، تحت سرپرستی هر دو والدین بودن از بدو نوزادی تا زمان حال و تمایل به همکاری کودکان و خانواده او در این پژوهش بود. معیارهای خروج از پژوهش نیز شامل تشخیص مشکلات رفتاری شدید در کودکان، همکاری نکردن خانواده در جریان درمان و تعداد غیبت بیشتر از دو جلسه بود.

### ابزار پژوهش

#### پرسشنامه علائم مرضی کودک-نسخه والدین<sup>۱</sup> (CSI)

پرسشنامه علائم مرضی کودک گادو و اسپرافکین (۱۹۹۴) شامل ۱۱۰ گویه است که ۱۸ اختلال رفتاری و هیجانی در کودکان ۵ تا ۱۲ سال را در طیف لیکرت چهاردرجه‌ای هرگز، گاهی، اغلب اوقات و بیشتر اوقات ارزیابی می‌کند. هریک از عبارات در این مقیاس چهار درجه‌ای پاسخ داده می‌شود. در پژوهش حاضر، گروه B

1. Child Symptom Inventory (CSI)

که شامل گویه‌های ۱۹ تا ۲۶ بود و اختلال نافرمانی مقابله‌ای را سنجیده بود، استفاده شد. محمداسماعیل و علی‌پور (۱۳۸۱) ضریب اعتبار را برای این ابزار در دامنه‌ای از ۰/۲۹ تا ۰/۷۶ گزارش کردند. نقطه برشی که در این پژوهش برای خرده‌مقیاس‌های این ابزار به‌دست آمد، حساسیت بالای این ابزار را در شناسایی کودکان بیمار از غیربیمار در این خرده‌مقیاس‌ها نشان می‌دهد.

### پرسشنامه درجه‌بندی رفتاری-عملکرد اجرایی<sup>۱</sup> (BRIEF)

پرسشنامه درجه‌بندی رفتاری-عملکرد اجرایی جیویا، ایسکویسس، گای و کنورشی (۲۰۰۰) ۸۶ گویه دارد که دو خرده‌مقیاس مهارت‌های فراشناخت<sup>۲</sup> شامل مهارت‌های برنامه‌ریزی<sup>۳</sup>، سازمان‌دهی مواد<sup>۴</sup>، نظارت<sup>۵</sup>، حافظه کاری<sup>۶</sup>، آغازگری<sup>۷</sup> و مهارت‌های رفتاری<sup>۸</sup> شامل مهارت‌های بازداری<sup>۹</sup>، انتقال<sup>۱۰</sup> و کنترل هیجان<sup>۱۱</sup> را در کودکان ۶ تا ۱۲ سال در یک طیف لیکرت سه‌درجه‌ای از هیچ‌وقت=۱، گاهی اوقات=۲ تا همیشه=۳ ارزیابی می‌کند. عبدالحمیدی، علیزاده، غدیری، طیب لی و فتحی (۱۳۹۶) برای خرده‌مقیاس‌های مهارت‌های فراشناختی و تنظیم رفتاری این ابزار، ضرایب آلفای کرونباخ را به ترتیب ۰/۸۹ و ۰/۸۶ گزارش کردند. در پژوهش عبدالحمیدی و همکاران (۱۳۹۶) نتایج تحلیل عاملی تأییدی نشان می‌دهد این پرسشنامه از هشت مقیاس شکل گرفته و از ترکیب این هشت مقیاس دو شاخص تنظیم رفتار و شاخص فراشناختی به‌دست می‌آید.

### بسته بازی‌درمانی شناختی-رفتاری<sup>۱۲</sup> (CBPTP)

این بسته آموزشی براساس تکنیک‌های کتاب بازی‌درمانی نل (۲۰۱۵) آماده شده و شامل هشت جلسه آموزشی بازی‌درمانی است که هفته‌ای ۱ بار به مدت ۹۰ دقیقه توسط پژوهشگر و دستیار او در مدارس اجرا شد. بعد از اجرای هر جلسه بازی‌درمانی، تکالیفی برای اجرا و تمرین در منزل به کودکان و والدین آنان ارائه شد؛ برای مثال والدین موظف بودند نقاب‌ها یا نقاشی‌هایی را با هیجان‌ها و احساسات متفاوت درست یا رسم کنند و از کودک بخواهند به نام‌گذاری آن احساس و هیجان پردازد. در جدول ۱، خلاصه محتوای جلسات مداخله بازی‌درمانی ارائه شده است.

1. behavior rating inventory of executive function (brief)
2. metacognitive skills
3. planning
4. organizing materials
5. monitoring
6. working memory
7. initiation
8. behavioral skills
9. inhibition skills
10. transition
11. emotional control
12. cognitive-behavioral play therapy package (cbptp)

## جدول ۱. خلاصه جلسات بازی درمانی

جلسات	اهداف و محتوای جلسات
۱	پرداختن به ابعاد نشانه‌های رفتاری، جسمانی و شناختی کودکان، ترسیم تست نقاشی خانواده، پرداختن به فعالیت انتخابی جلسه
۲	توجه به نشانه‌های مقاومت و مخالفت با قوانین و دیگران
۳	توجه به نشانه‌های زودرنج‌بودن و ناراحت‌کردن عمدی افراد
۴	توجه به نشانه‌های زودرنج‌بودن و ناراحت‌کردن عمدی افراد
۵	توجه به نشانه‌های از کوره دررفتن، آزردده‌خاطر‌بودن و عصبانی‌بودن
۶	توجه به نشانه‌های نپذیرفتن اشتباهات و برخورد نادرست با دیگران
۷	بازی کیف زباله با هدف ایجاد بینش در کودکان به مشکلات محیط‌های مختلف و یافتن راه‌حل مناسب برای آن‌ها
۸	توجه به نشانه‌های بگوومگو کردن دائمی با بزرگ‌ترها و لجبازی و حرف‌نشوی

بسته درمان تعامل والد-کودک<sup>۱</sup> (PCITP)

این بسته آموزشی براساس جلسات درمان تعامل والد-کودک کتاب مک‌نیل، همبری کیچین و انهالت (۲۰۱۱) آماده شده است. درمان تعامل والد-کودک شامل دوازده جلسه است که طی آن دو دسته از مهارت‌های کودک‌محور و والد‌محور آموزش داده و هفته‌ای یک بار به مدت ۹۰ دقیقه توسط پژوهشگر و دستیار او در مدارس اجرا شد. بعد از اجرای هر جلسه درمان، تکالیفی برای اجرا و تمرین در منزل به کودکان و والدین آنان ارائه شد؛ برای مثال در تکالیف منزل، والدین تشویق شدند بر مهارت‌هایی تمرکز کنند که کودکان هنوز بر آن‌ها مسلط نشده بودند. در جدول ۲، خلاصه جلسات درمان تعامل والد-کودک گزارش شده است.

## جدول ۲. خلاصه جلسات درمان تعامل والد-کودک

جلسات	اهداف و محتوای جلسات
۱	علاوه بر مهارت‌های کودک‌محوری، والدین با تکنیک نادیده‌گرفتن و اثرات منفی انتقاد و سرزنش آشنا شدند.
۲	این جلسه با هدف تقویت رابطه درمانی با خانواده و ارائه حمایت اجرا شد.
۳	جلسه هدایت‌گری همراه با توضیح موضوع الگوگیری کودکان از والدین (با حضور کودک)
۴	جلسه هدایت‌گری همراه با تأکید بر موضوع دریافت حمایت (با حضور کودک)
۵	جلسه هدایت‌گری همراه با تأکید بر موضوع تنبیه‌گری کودکان (با حضور کودک)
۶	آموزش مهارت‌های تعامل والد‌محور (بدون حضور کودک)
۷	جلسه هدایت‌گری (با حضور کودک)
۸	جلسه هدایت‌گری همراه با آغاز تعمیم مهارت‌ها به خارج از اتاق بازی (با حضور کودک)
۹	جلسه هدایت‌گری (با حضور کودک)؛ تأثیرات درمان بر رفتار کودک با والدین مرور شد.
۱۰	بعد از هدایت تعامل والد‌محور، نمودار فهرست رفتار کودک بررسی و مشکلات رفتاری با والدین مرور شد.
۱۱ و ۱۲	هدایت‌گری همراه با آموزش مدیریت رفتار در اماکن عمومی (با حضور کودک)؛ اگر والدین فاصله بسیاری با ملاک‌های تسلط داشتند، زمان بیشتری صرف هدایت‌گری می‌شد.



## روش اجرا

پس از کسب مجوز و انتخاب دو مدرسه به‌صورت در دسترس، درمانگر دو مداخله را به‌صورت هفته‌ای ۱ جلسه یک‌ساعته در مدارس و به‌صورت گروهی روی گروه‌های آزمایشی اجرا کرد. گروه گواه در طول پژوهش مداخله‌ای دریافت نکردند، اما پس از اتمام پژوهش در همین محیط از مداخله‌ای تقریباً هم‌سنگ بهره‌مند شدند. در این پژوهش، پیش از اجرا والدین مادر از هدف پژوهش کاملاً آگاه شدند و رضایت خود را شفاهی اعلام کردند؛ بنابراین ملاحظات اخلاقی شامل رضایت آگاهانه برای شرکت یا رد مطالعه، برخورداری از حق انصراف از پژوهش و تضمین محرمانه‌ماندن اطلاعات شرکت‌کننده‌ها، کاملاً رعایت شده است.

## روش تجزیه و تحلیل اطلاعات

در پژوهش حاضر، به‌منظور تحلیل داده‌ها از شاخص‌های میانگین، انحراف استاندارد و تحلیل کوواریانس چندمتغیری با نرم‌افزار SPSS نسخه ۲۴ استفاده شد.

## یافته‌ها

### الف) توصیف جمعیت‌شناختی

جدول ۳ ویژگی‌های جمعیت‌شناختی مقطع تحصیلی، سن و تحصیلات شرکت‌کننده‌ها را در سه گروه بازی‌درمانی شناختی-رفتاری، درمان تعامل والد-کودک و گواه نشان می‌دهد.

جدول ۳. ویژگی‌های جمعیت‌شناختی مادران شرکت‌کننده در پژوهش

گواه		تعامل والد-کودک		بازی‌درمانی		مقطع تحصیلی
تعداد	درصد	تعداد	تعداد	درصد	تعداد	
۳۸/۴۶	۵	۳۰/۷۷	۴	۳۸/۴۶	۵	اول ابتدایی
۳۰/۷۷	۴	۳۸/۴۶	۵	۳۰/۷۷	۴	دوم ابتدایی
۳۰/۷۷	۴	۳۰/۷۷	۴	۳۰/۷۷	۴	سوم ابتدایی
۱۰۰	۱۳	۱۰۰	۱۳	۱۰۰	۱۳	کل
گواه		تعامل والد-کودک		بازی‌درمانی		دامنه سنی مادران
تعداد	درصد	تعداد	تعداد	درصد	تعداد	
۱۵/۳۹	۲	۱۵/۳۹	۲	۱۵/۳۸	۲	۲۰-۲۵ سال
۱۵/۳۹	۲	۱۵/۳۹	۲	۲۳/۰۷	۳	۲۶-۳۰ سال
۲۳/۰۷	۳	۲۳/۰۷	۳	۱۵/۳۸	۲	۳۱-۳۵ سال
۴۶/۱۵	۶	۴۶/۱۵	۶	۴۶/۱۵	۶	۳۵ سال به بالا
۱۰۰	۱۳	۱۰۰	۱۳	۱۰۰	۱۳	کل
گواه		تعامل والد-کودک		بازی‌درمانی		تحصیلات
تعداد	درصد	تعداد	تعداد	درصد	تعداد	
۷/۶۹	۱	۷/۶۹	۱	۷/۶۹	۱	دیپلم و زیر دیپلم
۵۳/۸۵	۷	۵۳/۸۵	۷	۶۱/۵۴	۸	فوق‌دیپلم
۳۸/۴۶	۵	۳۸/۴۶	۵	۳۰/۷۷	۴	لیسانس و بالاتر
۱۰۰	۱۳	۱۰۰	۱۳	۱۰۰	۱۳	کل

**ب) توصیف شاخص‌ها**

برای بررسی این مقوله که گروه‌های آزمایش و گواه در کدام‌یک از مؤلفه‌های کنش‌های اجرایی با یکدیگر تفاوت دارند، در جدول ۴ تحلیل کوواریانس چندمتغیری گزارش شده است.

**جدول ۴. میانگین و انحراف استاندارد متغیرهای پژوهش و آماره شاپیرو-ویلکز**

متغیر	وضعیت	گروه	میانگین	انحراف استاندارد	شاپیرو-ویلکز	P
مهارت‌های تنظیم رفتار	پیش‌آزمون	بازی‌درمانی	۱۹/۸۴	۲/۳۳	۰/۹۴۲	۰/۴۷۷
		درمان تعامل والد-کودک	۱۹/۹۲	۱/۷۵	۰/۹۷۷	۰/۹۷۰
		گواه	۲۰/۰۰	۲/۸۲	۰/۹۵۱	۰/۶۱۰
مهارت‌های فراشناخت	پس‌آزمون	بازی‌درمانی	۳۲/۱۵	۳/۹۱	۰/۹۱۴	۰/۲۰۸
		درمان تعامل والد-کودک	۳۴/۵۳	۴/۵۳	۰/۹۳۲	۰/۴۰۴
		گواه	۲۰/۰۰	۲/۶۴	۰/۸۸۳	۰/۰۷۹
مهارت‌های فراشناخت	پیش‌آزمون	بازی‌درمانی	۲۱/۲۳	۲/۱۲	۰/۹۱۳	۰/۱۹۹
		درمان تعامل والد-کودک	۲۱/۶۹	۱/۸۸	۰/۹۷۴	۰/۳۴۸
		گواه	۲۱/۵۳	۲/۲۲	۰/۸۶۳	۰/۰۴۲
مهارت‌های فراشناخت	پس‌آزمون	بازی‌درمانی	۳۹/۱۵	۲/۷۶	۰/۸۹۹	۰/۱۲۹
		درمان تعامل والد-کودک	۳۶/۶۱	۲/۴۳	۰/۹۲۸	۰/۵۶۸
		گواه	۲۱/۷۶	۱/۹۲	۰/۸۶۸	۰/۰۵۰

میانگین و انحراف استاندارد نمرات پیش‌آزمون - پس‌آزمون متغیرهای پژوهش در دو گروه آزمایش‌ها و گواه در جدول ۳ گزارش شده است. همچنین در این جدول، نتایج آزمون شاپیرو-ویلکز برای بررسی نرمال بودن توزیع متغیرها در گروه‌ها آمده است. با توجه به این جدول، نتایج آزمون شاپیرو-ویلکز برای همه متغیرها معنادار نیست؛ بنابراین می‌توان نتیجه گرفت که توزیع این متغیرها نرمال است.

**ج) آزمون فرضیه‌ها**

برای بررسی تأثیر آموزش بازی‌درمانی شناختی-رفتاری بر مؤلفه‌های کنش‌های اجرایی دختران از تحلیل کوواریانس چندمتغیری استفاده شد. نتایج آزمون بررسی همگنی شیب رگرسیون پیش‌آزمون و پس‌آزمون مهارت‌های تنظیم رفتار ( $F_2=1/93, P \leq 0/149$ ) و مهارت‌های فراشناخت ( $F_2=0/387, P \leq 0/724$ ) در گروه‌های آزمایش و گواه نشان می‌دهد شیب رگرسیون در هر دو گروه برابر است. همچنین مطابق نتایج آزمون لوین برای بررسی همگنی واریانس متغیرهای وابسته در گروه‌ها، واریانس مؤلفه‌های مهارت‌های تنظیم رفتار ( $F_{2,31}=0/117, P \leq 0/890$ ) و مهارت‌های فراشناخت ( $F_{2,31}=0/07, P \leq 0/993$ ) در گروه‌ها برابر است. نتایج آزمون ام‌اکس برای بررسی ماتریس کوواریانس متغیرهای وابسته در میان گروه آزمایش و گواه نشان می‌دهد که ماتریس کوواریانس متغیرهای وابسته در دو گروه برابر است ( $F_3=0/431, P \leq 0/859$ ). پس از بررسی پیش‌فرض‌های تحلیل کوواریانس چندمتغیری، نتایج آزمون نشان می‌دهد (M Box=2/85).

میان گروه‌ها در مؤلفه‌های کنش‌های اجرایی تفاوت معناداری وجود دارد ( $P < .001$ ،  $F = 16/88$ ،  $Wilks's\ Lambda = .108$ ).

#### جدول ۵. تحلیل کوواریانس مهارت‌های تنظیم رفتار و فراشناخت در پس‌آزمون در مقایسه دو گروه بازی‌درمانی و گروه درمان تعامل والد-کودک

مؤلفه	گروه	میانگین	تفاوت میانگین‌ها	خطای استاندارد	F	P	اندازه اثر
مهارت‌های تنظیم رفتار	بازی‌درمانی	۳۲/۱۵	۱۲/۱۵	۰/۰۵۱	۵۲/۲۳	۰/۰۰۱	۰/۷۶۵
	درمان تعامل والد-کودک	۳۲/۵۳	۱۲/۵۳	۰/۰۶۵			
مهارت‌های فراشناخت	بازی‌درمانی	۳۹/۱۵	۱۷/۳۹	۰/۰۴۹	۱۱/۷۱	۰/۰۰۱	۰/۷۷۹
	درمان تعامل والد-کودک	۳۶/۶۱	۱۴/۸۵	۰/۰۳۴			
	گواه	۲۰/۰۰	-	-			
	گواه	۲۱/۷۶	-	-			

با توجه به جدول ۵ آماره F برای مؤلفه‌های مهارت‌های تنظیم رفتار (۲۳/۵۲) و مهارت‌های فراشناخت (۱۱/۷۱) در سطح ۰/۰۰۱ معنادار است. نتایج بررسی میانگین‌ها نشان می‌دهد بین گروه‌های این مؤلفه‌ها تفاوت معنادار وجود دارد. با توجه به نتایج بررسی میانگین‌ها در جدول ۵، میانگین گروه بازی‌درمانی در مهارت‌های تنظیم رفتار (۳۲/۱۵) و مهارت‌های فراشناخت (۳۹/۱۵) و گروه درمان تعامل والد-کودک در مهارت‌های تنظیم رفتار (۳۲/۵۳) و مهارت‌های فراشناخت (۳۶/۶۱) بیشتر از میانگین گروه گواه در این مؤلفه‌هاست که به ترتیب با میانگین ۲۰/۰۰ و ۲۱/۷۶ هستند. با توجه به این یافته‌ها می‌توان گفت بازی‌درمانی شناختی-رفتاری و درمان تعامل والد-کودک موجب افزایش مهارت‌های تنظیم رفتار و مهارت‌های فراشناخت دختران می‌شود. همچنین اندازه اثر در جدول ۵ نشان می‌دهد عضویت گروهی ۷۶ درصد از تغییرات مهارت‌های تنظیم رفتار و ۷۷ درصد از تغییرات مهارت‌های فراشناخت را تبیین می‌کند.

#### جدول ۶. تفاوت میانگین مؤلفه‌های کنش‌های اجرایی

متغیر	گروه‌ها (I)	گروه‌ها (J)	تفاوت میانگین‌ها (I-J)	انحراف استاندارد	معناداری
تنظیم رفتار	بازی‌درمانی	درمان تعامل والد-کودک	۲/۷۶*	۰/۷۷۶	۰/۰۰۳
		گواه	۱۷/۳۸*	۰/۷۷۶	۰/۰۰۱
فراشناخت	بازی‌درمانی	درمان تعامل والد-کودک	-۲/۰۰	۱/۲۴	۰/۲۵۱
		گواه	۱۲/۱۵*	۱/۲۴	۰/۰۰۱
درمان تعامل والد-کودک	بازی‌درمانی	گواه	۱۴/۶۱*	۰/۷۷۶	۰/۰۰۱
		گواه	۱۴/۱۵*	۱/۲۴	۰/۰۰۱

\* $P \leq .05$

با توجه به جدول ۶ بین مقادیر میانگین تعدیل شده تنظیم رفتار ( $P > 0.05$ ,  $MD = 2/76$ ) در گروه‌های بازی درمانی و درمان تعامل والد-کودک تفاوت معناداری وجود دارد. در مقابل بین مقادیر میانگین تعدیل شده فراشناخت ( $P > 0.05$ ,  $MD = -2/00$ ) در گروه‌های بازی درمانی و درمان تعامل والد-کودک تفاوت معناداری وجود ندارد؛ بنابراین با اطمینان ۹۵ درصد گروه بازی درمانی در مقایسه با گروه تعامل والد-کودک میانگین تنظیم رفتاری بالاتری دارد. تفاوت میانگین‌های تعدیل شده تنظیم رفتار ( $P > 0.05$ ,  $MD = 17/38$ ) و فراشناخت ( $P > 0.05$ ,  $MD = 12/15$ ) در گروه بازی درمانی با گروه گواه و تفاوت میانگین‌های تعدیل شده تنظیم رفتار ( $P > 0.05$ ,  $MD = 14/61$ ) و فراشناخت ( $P > 0.05$ ,  $MD = 14/15$ ) در گروه بازی درمانی با گروه گواه معنادار است.

### بحث و نتیجه‌گیری

هدف پژوهش حاضر، مقایسه اثربخشی بازی درمانی شناختی-رفتاری و درمان تعامل والد-کودک بر کنش‌های اجرایی کودکان با اختلال مقابله‌ای/ نافرمانی بود. نتایج پژوهش حاضر نشان می‌دهد میان اثربخشی بازی درمانی شناختی-رفتاری و درمان تعامل والد-کودک بر مهارت‌های تنظیم رفتار با ضریب اتای ۰/۷۶۵ و فراشناخت با ضریب اتای ۰/۷۷۹ در کودکان با اختلال مقابله‌ای/ نافرمانی تفاوت وجود دارد. افرادی که از گروه بازی درمانی شناختی-رفتاری تأثیر گرفتند، در مقایسه با افرادی که تحت درمان تعامل والد-کودک قرار گرفتند، نمره‌های بیشتری را در متغیر مهارت‌های تنظیم رفتار در پس‌آزمون کسب کردند. افرادی که از گروه بازی درمانی شناختی-رفتاری تأثیر پذیرفتند، در مقایسه با افرادی که تحت درمان تعامل والد-کودک قرار گرفتند، نمره‌های بیشتری را در متغیر مهارت‌های فراشناخت در پس‌آزمون کسب کردند.

به‌طور کلی در تبیین نتایج حاصل از پژوهش حاضر می‌توان گفت، کنش‌های اجرایی بیشترین سرعت رشد را در دامنه سنی ۷ تا ۱۲ سال نشان می‌دهند (گلدستاین و ناگلیری، ۲۰۱۴). بین توانمندی‌های شناختی افراد از جمله توجه و حافظه و سایر کنش‌های اجرایی با یکدیگر هم‌پوشانی فراوانی وجود دارد؛ به‌طوری که این اجزا تعامل گسترده‌ای با یکدیگر دارند؛ به همین دلیل هیچ‌یک از این اجزا را نمی‌توان به‌تنهایی و بدون بررسی سایر اجزا مدنظر قرار داد. از سوی دیگر نیز بهبودی هر یک از اجزا بر دیگر اجزا نیز تأثیرات مثبتی دارد (ون دن ون، مور، ولتمن و اسکیمانند، ۲۰۱۶). کنش‌های اجرایی نقشی تعیین‌کننده در پیش‌بینی و تحول توانمندی‌های ذهنی انسان از جمله توانش‌های نظری ذهن دارند. بهبود این کارکردها به درک شناخت بیشتر اجتماعی در انسان و خودتنظیمی منجر می‌شود (تقی‌زاده، سلطانی، منظری توکلی و زین‌الدینی میمند، ۱۳۹۵). ادراک و برداشت کودک از محیط اطراف و پدیده‌ها، تجربه‌های اجتماعی و چگونگی سازمان‌دهی پاسخ‌هایش به آن‌ها با عنوان شناخت اجتماعی تعریف شده است که براساس آن‌ها دانش اجتماعی در طول مراحل رشدی کودک کسب می‌شود (سومرویل، ۲۰۲۰). به‌نظر می‌رسد هر دو درمان برای بهبود شناخت اجتماعی کودک و تسهیل دستیابی به خودتنظیمی و بازداری رفتاری بر کنش‌های اجرایی کودکان دچار اختلال مقابله‌ای/ نافرمانی مؤثر باشند.

در تبیین اثربخشی درمان تعامل والد-کودک بر کنش‌های اجرایی کودکان دچار اختلال مقابله‌ای/ نافرمانی می‌توان گفت آموزش والدین، به‌ویژه مادر که بیش از دیگران با کودک ارتباط دارد، بیشتر اوقات خود را با کودک می‌گذراند و عمده‌ترین تأثیرات را بر او می‌گذارد، می‌تواند در کاهش مشکلات کودک مؤثر باشد؛ زیرا در این صورت مادر مسیر تعاملی مطلوب و سازنده‌ای به نام بازی را در رابطه با کودک فرامی‌گیرد و براساس آن عمل می‌کند. همچنین بین مادر و کودک رابطه‌ای قوی وجود دارد که نمی‌توان آن را در ارتباط کودک-درمانگر یافت. این امر مهم به والد اجازه می‌دهد با کودک خود همراه شود، در آزادسازی هیجان‌اتش به او کمک کند و از طریق بروز هیجان‌ها به شیوه مناسب آن‌ها را کاهش دهد (سبزیان، محرابی و کلانتری، ۱۳۹۷). افزایش سطح سلامت روان مادر می‌تواند تأثیر بسزایی در کاهش مشکلات رفتاری کودکان داشته باشد (ایوانس، اسکیراس و مولرانی، ۲۰۲۰). هنگامی که کودک از فراگیری مهارت‌ها و کفایت اجتماعی بازمی‌ماند، احساس نابسندگی و نالایق‌بودن می‌کند که این مسئله با عوارضی مانند رفتارهای مقابله‌ای/ نافرمانی همراه است (ون پتگم و هکاران، ۲۰۱۸). در این باره، گروولیک (۲۰۰۳) به «ساختار والدگری»<sup>۱</sup> و سبک «حمایت‌کننده از خودمختاری»<sup>۲</sup> اشاره کرده است؛ به این معنا که والدین شایستگی و خودمختاری رفتاری کودکان خود را ارتقا می‌دهند. همچنین «مشارکت والدین» را وسیله‌ای می‌داند که والدین به کمک آن ارتباط خود با فرزندان‌شان را تقویت می‌کنند؛ به‌ویژه اگر والدین ساختار و دستورالعمل‌هایی را برای رفتار و انتظارات رفتاری در روابط فراهم کنند، به فرزندان توضیح دهند چرا این انتظارات مهم هستند و پیامدهای ناشی از برآورده‌شدن یا نشدن این انتظارات را ترسیم کنند، گمان می‌رود شایستگی فرزندان ارتقا یابد. به‌نظر می‌رسد خودمختاری هنگامی ارتقا می‌یابد که والدین از اجبار اجتناب کنند و به‌جای آن به فرزندان اجازه دهند آغازگر رفتار باشند. تصور می‌شود مشارکت والدین تسهیل‌کننده ارتباط با فرزندان است که به کمک وقت‌گذراندن با آن‌ها، فراهم کردن منابع هیجانی (به‌عنوان مثال، گرمی و در دسترس بودن)، علاقه نشان دادن و کسب اطلاعات درباره فعالیت‌های کودکان و همچنین درک مشترک با فرزندان درباره آنچه هر روز اتفاق می‌افتد، صورت می‌گیرد (ون پتگم و همکاران، ۲۰۱۸). شیوه فرزندپروری حمایت‌کننده از خودمختاری، یعنی آن دسته از والدینی که با رضایت‌مندی و نه اجبار تجارب رفتاری فرزند را تشویق می‌کنند و بر آن صحنه می‌گذارند، به انگیزه خودمختاری و بهزیستی روان‌شناختی منجر می‌شوند. درمقابل، والدین کنترل‌گر که بر پیامدهای خاصی تأکید دارند، فرزندان را تحت فشار می‌گذارند و مشکلات آن‌ها را خودشان حل می‌کنند، سبب ایجاد انگیزه بیرونی و بدرفتاری می‌شوند (ماربل پیر، گروولیک، استوارت و رافتری هالبرت، ۲۰۱۹). والدین بامحبت و گرم کودکان خود را تشویق می‌کنند تا نظر خود را هرچند نادرست یا متفاوت و همچنین هیجان‌های خود را به‌درستی و کامل ابراز کنند و به خودتنظیمی دست یابند (دالیمونت مرکلینگ و ویلیامز، ۲۰۲۰). وی و کندال (۲۰۱۴) به این نتیجه دست یافتند که در انتهای دیگر پیوستار پذیرش والدین، طرد و انتقادگری والدین قرار دارد که به‌نظر می‌رسد بر تنظیم هیجان، رشد حس

- 
1. parenting structural
  2. autonomy support

خودارزش‌مندی / شایستگی، باورها و اسنادهای فرزندان به محیط بیرونی مؤثر است و به افزایش اضطراب و استرس در آن‌ها می‌انجامد (وی و کندال، ۲۰۱۴). ویژگی‌هایی مانند ضعف‌های شناختی-اجتماعی، استرس و آسیب‌های روانی کودک بر شدت رفتار نامطلوب اثر می‌گذارد. معمولاً در خانواده‌هایی که کارکرد باثباتی دارند، مشکلات رفتاری در کودکان آن‌ها کمتر وجود دارد. کودکانی که در این خانواده‌ها رشد و نمو می‌کنند، سازگاری بیشتری با تغییرات محیطی دارند؛ زیرا شرایط رشدی مناسبی برای آن‌ها فراهم شده است. در این خانواده‌ها، اعضا حمایت خانوادگی مطلوبی برای یکدیگر فراهم می‌کند و انتظاراتی مشخصی از هر نقشی در خانواده وجود دارد. همان‌طور که نقش افراد انعطاف‌پذیر است، مقررات خانواده نیز واضح و انعطاف‌پذیر است. شیوه‌ای که والدین با کودکان خود ارتباط می‌گیرند، نمایانگر الگوهای تعاملی میان اعضای خانواده است و آن را به‌ویژه در سنین رشد کودکان و نوجوانان تحت تأثیر قرار می‌دهد (رضایی اوشونی، یارمحمدیان و فرهادی، ۱۳۹۷). همچنین براساس این رویکرد باید به نقش سرمشق‌گیری و تقلید کودکان در طول زندگی و درونی‌سازی انتظارات والدین براساس نظریه یادگیری اجتماعی که در طی آن شکل می‌گیرد توجه داشت (گروسیک، ۲۰۲۰). در این برنامه درمانی والدین می‌آموزند به کودکان خود نزدیک شوند، از سبک‌های والدینی مؤثرتری که منطبق با نیازهای کودکانشان است استفاده کنند، به رفتارهای سازگارانه کودک توجه کنند و رفتارهای ناسازگارانه وی را نادیده بگیرند و درمقابل کودکان به این تعاملات به‌شکلی سالم‌تر پاسخ دهند (برینکمیر و ایبرگ، ۲۰۰۳). بعد شناختی نظریه یادگیری اجتماعی در بسیاری از جنبه‌های این نظریه آشکار است. به‌نظر می‌رسد یادگیری بدون عملکرد، پردازش شناختی در حین یادگیری، انتظارات و آگاهی از وابستگی‌های پاسخ-پیامد بر کنش‌های اجرایی کودکان تأثیرگذار است (گروسیک، ۲۰۲۰).

در تبیین اثربخشی بازی‌درمانی شناختی-رفتاری بر کنش‌های اجرایی کودکان دچار اختلال مقابله‌ای/ نافرمانی و اثربخشی بیشتر آن به درمان تعامل والد-کودک می‌توان گفت، بازی فعالیت مرکزی منحصربه‌فرد دوران کودکی است و فعالیتی خودبه‌خودی، لذت‌بخش، داوطلبانه و بدون هدف به‌شمار می‌آید. بازی می‌تواند ارتباطی میان افکار درونی کودکان و دنیای بیرون آن‌ها ایجاد کرده و به آن‌ها کمک کند تا بر اشیاء کنترل داشته باشند. این امر به کودکان اجازه می‌دهد تا تجربه‌ها، افکار، احساسات و تمایلاتی را فاش کند که برای آن‌ها تهدید تلقی می‌شود (شعاع کاظمی، مؤمنی جاوید، ابراهیمی تازه‌کند، شاملو راد و غلامی، ۲۰۱۲)؛ بنابراین برخلاف بزرگسالان که به‌طور طبیعی با استفاده از کلمات با یکدیگر ارتباط برقرار می‌کنند، کودکان احساسات خود را بیشتر به‌کمک جهان واقعی بازی و فعالیت‌ها ابراز می‌کنند. در بازی‌درمانی، پس از آن بازی به‌عنوان وسیله‌ای برای ارتباط کودک و درمانگر در نظر گرفته می‌شود و فرض بر این است که کودکان به‌کمک ابزار بازی به‌شکلی مستقیم یا نمادین، احساسات، افکار و تجربه‌هایی را که قادر به بیان معنادار آن‌ها از طریق کلمات نیستند، برون‌ریزی می‌کنند. بازی به کودکان اجازه می‌دهد پلی میان تجربه‌ها و درک و فهم خود برقرار کنند؛ در نتیجه محیط مواد لازم را برای بینش کودک و یادگیری، حل مسئله، مقابله و تسلط او فراهم می‌کند (براتون و دافو، ۲۰۱۶). بازی‌درمانی شناختی-رفتاری که بر افکار، احساسات، تخیلات و محیط کودک تمرکز دارد، چارچوبی برای مشارکت کودک در درمان با تأکید بر موضوعاتی مانند کنترل، تسلط و

احساس مسئولیت برای تغییرات رفتاری فراهم می‌کند. با گنجاندن عناصر شناختی، کودکان ممکن است به مشارکت‌کننده‌ای فعال در تغییرات تبدیل شوند (نل، ۲۰۱۵).

براساس نظریهٔ بازداری رفتاری (بارکلی، ۲۰۱۳)، خودتنظیمی و کنش‌های اجرایی که از خودنظم‌دهی برخوردارند، توانایی‌های انسانی هستند که با یکدیگر هم‌پوشانی و تعامل دارند و بازداری رفتاری از کارکرد درست این کنش‌ها حاصل می‌شود. در بازی‌درمانی شناختی-رفتاری کودک می‌تواند درون‌مایه‌های خود را اعم از افکار و هیجان‌ها با استفاده از نمادها و اسباب‌بازی‌ها به دیگران انتقال دهد. کودک به کمک بازی درمانی شناختی-رفتاری در قالب بازی و با به‌کارگیری اصول درمان شناختی-رفتاری با نمادسازی می‌تواند هریک از کنش‌های اجرایی را با تمرین و فراگیری به زندگی روزمره نیز تعمیم دهد. به‌نظر می‌رسد هر دو درمان با بهبود شناخت اجتماعی کودک و تسهیل دستیابی به خودتنظیمی و بازداری رفتاری، بر کنش‌های اجرایی کودکان دچار اختلال مقابله‌ای/ نافرمانی مؤثر باشند، اما اثرگذاری بازی‌درمانی شناختی-رفتاری از اثرگذاری درمان تعامل والد-کودک بیشتر است. هر پژوهشی در بطن خود محدودیت‌هایی دارد؛ از جمله نمونه‌گیری دردسترس و ناتوانی پژوهشگر در کنترل متغیرهای اثرگذار احتمالی مانند وضعیت اجتماعی-اقتصادی که پیشنهاد می‌شود این موضوع در پژوهش‌های آتی مدنظر پژوهشگران قرار بگیرد.

## منابع

- ارجمندیا، ع. ا.، حسونند، م.، و اصغری‌نژاد، م. (۱۳۹۷). تأثیر بازی‌های شناختی بر مهارت توجه و پاسخ در دانش‌آموزان مبتلا به دیس کالکولی. *مجلهٔ کودکان استثنایی*. ۱۸(۱)، ۵-۱۸.
- ایزدی فرد، ر.، صبحی قراملکی، ن.، و ارجمندیا، ع. ا. (۱۳۹۶). بررسی اثربخشی درمان تعامل والد-کودک در بهبود توجه پایدار دانش‌آموزان. *روان‌شناسی مدرسه*. ۱۶(۱)، ۷-۲۵.
- تقی‌زاده، ه.، سلطانی، ا.، منظری توکلی، ح.، و زین‌الدینی میمند، زه. (۱۳۹۵). بررسی رابطهٔ کارکرد اجرایی بازداری پاسخ و فراخانی حافظهٔ فعال با توانش‌های ذهنی نظریهٔ ذهن در کودکان ۷ تا ۱۲ سال مقطع ابتدایی. *مجلهٔ نسیم تندرستی (سلامت خانواده)*. ۳(۳)، ۳۱-۴۰.
- خانجانی، ز.، و هداوندخانی، ف. (۱۳۸۸). نظریهٔ ذهن: تحول و رویکردها. *فصلنامهٔ علمی-پژوهشی روان‌شناسی دانشگاه تبریز*. ۴(۱۶)، ۸۹-۱۱۹.
- خراسانی‌زاده، ع.، رنجبری‌پور، ط.، پورشریفی، ح.، باقری، ف.، و پویامنش، ج. (۱۳۹۸). پیش‌بینی طحوره‌های ناسازگار اولیه براساس الگوهای رابطهٔ فرزند والدین و سبک‌های دلبستگی. *مجلهٔ اندیشه و رفتار در روان‌شناسی بالینی*. ۱۳(۱۵)، ۱۷-۲۶.
- رضائی اشونی، ا.، یارمحمدیان، ا.، و فرهادی، ه. (۱۳۹۷). اثربخشی آموزش مبتنی بر مهرورزی مادران بر مشکلات رفتاری کودکان پیش‌دبستانی دارای اختلالات یادگیری عصب روان‌شناختی/تحولی. *پژوهش‌های علوم شناختی و رفتاری*. ۱(۳)، ۱۷-۳۲.
- سبزیان، س.، مهرابی، ح.، و کلانتری، م. (۱۳۹۷). اثربخشی آموزش روابط والد-فرزند بر میزان مشکلات هیجانی دانش‌آموزان پسر دورهٔ ابتدایی. *پژوهش‌های علوم شناختی و رفتاری*. ۱(۱)، ۵۹-۷۶.

- سهرابی، ف.، اسدزاده، ح.، و عزیزاده کوپانی، ز. (۱۳۹۳). اثربخشی آموزش والدینی بارکلی بر کاهش نشانه‌های اختلال نافرمانی مقابله‌ای در کودکان پیش‌دبستانی. *روان‌شناسی مدرسه*. ۳(۲)، ۱۰۳-۸۲.
- عباسی، م.، و نشاط‌دوست، ح. ط. (۱۳۹۲). اثربخشی درمان تعامل والد کودک بر کاهش نشانه‌های اختلال نافرمانی مقابله‌ای. *مجله روان‌شناسی کلینیک*. ۵(۳)، ۶۷-۵۹.
- عبدالمحمدی، ک.، علیزاده، ح.، غدیری، ف.، طیب لی، م.، و فتحی، آ. (۱۳۹۶). بررسی ویژگی‌های روان‌سنجی درجه-بندی رفتار کنش‌های اجرایی (بریف) در کودکان ۶ تا ۱۲ سال. *فصلنامه اندازه‌گیری تربیتی*. ۸(۳۰)، ۱۵۱-۱۳۵.
- کارگربرزی، ح.، شیشه‌فر، س.، جعفری، ع.، قربانیان، ا.، و چوبداری، ع. (۱۳۹۶). مقایسه کنش‌های اجرایی و سبک‌های دلبستگی در دانش‌آموزان با و بدون نافرمانی مقابله‌ای. *مجله سلامت اجتماعی*. ۴(۴)، ۲۷۸-۲۶۹.
- کاکوجویاری، ع.ا.، شقاقی، ف.، و برادران، م. (۱۳۹۱). تحول شناخت اجتماعی بر اساس نظریل ذهن در کودکان. *مجله شناخت اجتماعی*. ۱(۲)، ۳۹-۳۲.
- محمداسماعیل، ا.، و علی‌پور، ا. (۱۳۸۱). بررسی مقدماتی اعتبار و روایی و تعیین نقاط برش اختلال‌های پرسشنامه علائم مرضی کودکان (CSI-4). *پژوهشکده کودکان استثنایی*. ۲(۳)، ۲۵۴-۲۳۹.
- مظفری‌نژاد، ف.، نظربلند، ن.، و صادقی حسن‌آبادی، ف. (۱۴۰۰). شواهد عصب‌شناختی نقصان‌های سیستم نظارتی توجهی در کودکان تکانشگر. *مجله مطالعات علوم پزشکی*. ۳۲(۳)، ۲۲۴-۲۱۳.
- مغربی‌سینکی، ح.، حسن‌زاده، س.، خادمی، م.، و ارجمندنیا، ع. ا. (۱۳۹۴). اثربخشی آموزش مهارت‌های ارتباطی بر خودکارآمدی والدینی مادران دارای فرزند با اختلال کاستی توجه/بیش‌فعالی. *فصلنامه علمی-پژوهشی اندیشه و رفتار*. ۱۰(۳۶)، ۴۶-۳۷.
- میرزاخانی، ن.، پورجبار، ن.، رضایی، م.، دیباج‌نیا، پ.، و اکبرزاده باغبان، ع. (۱۳۹۵). بررسی تأثیر بازی ساختاریافته بر عملکرد اجرایی کودکان اتیسم با عملکرد بالا ۵-۱۲ سال. *طب توان‌بخشی*. ۵(۳)، ۴۷-۳۵.
- نجاتی، و. (۱۳۹۲). پرسشنامه توانایی‌های شناختی: توسعه و ارزیابی خصوصیات روان‌سنجی. *پیشرفت در علوم شناختی*. ۱۵(۲)، ۱۹-۱۱.

## References

- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5<sup>th</sup> ed.). Arlington, VA: American Psychiatric Association.
- Barkley, R. A. (2013). *Defiant children: A clinician's manual for assessment and parent training*. New York, United States: Guilford Press.
- Bell, M. A., & Meza, T. G. (2020). Executive function. In J. B. Benson (Ed.), *Encyclopedia of infant and early childhood development* (2<sup>th</sup> ed.) (pp. 568-574). Amsterdam, Netherlands: Elsevier.
- Bratton, S. C., & Dafoe, E. C. (2016). Play therapy. In H. S. Friedman (Ed.), *Encyclopedia of mental health* (2<sup>th</sup> ed.) (pp. 278-283). Massachusetts, United States: Academic Press.
- Brinkmeyer, M., & Eyberg, S. M. (2003). *Parent-child interaction therapy for oppositional children*. New York, United States: Guilford Press.
- Byrnes, J. P. (2020). Piaget's Cognitive-Developmental Theory. In J. B. Benson (Ed.), *Encyclopedia of Infant and Early Childhood Development* (2<sup>th</sup> ed.) (pp. 532-



- 539). Amsterdam, Netherlands: Elsevier.
- Camp, J. S., Karmiloff-Smith, A., Thomas, M. S. C., & Farran, E. K. (2016). Cross-syndrome comparison of real-world executive functioning and problem solving using a new problem-solving questionnaire. *Research in Developmental Disabilities*, *59*(1), 80-92.
- Connor, D., Steeber, J., & McBurnett, K. (2010). A Review of attention-deficit/hyperactivity disorder complicated by symptoms of oppositional defiant disorder or conduct disorder. *Journal of Developmental and Behavioral Pediatrics: JDBP*, *31*(5), 427-440.
- Contreras-Huerta, L. S., Pisauro, M. A., & Apps, M. A. J. (2020). Effort shapes social cognition and behaviour: A neuro-cognitive framework. *Neuroscience & Biobehavioral Reviews*, *118*(1), 426-439.
- Dalimonte-Merckling, D., & Williams, J. M. (2020). Parenting styles and their effects. In J. B. Benson (Ed.), *Encyclopedia of infant and early childhood development* (2<sup>th</sup> ed.) (pp. 470-480). Amsterdam, Netherlands: Elsevier.
- Evans, S., Sciberras, E., & Mulraney, M. (2020). The relationship between maternal stress and boys' ADHD symptoms and quality of life: An Australian prospective cohort study. *Journal of Pediatric Nursing*, *50*, e33-e38.
- Flavell J. H. (1999). Cognitive development: Children's knowledge about the mind. *Annual Review of Psychology*, *50*(1), 21-45.
- Gadow, K. D., & Sprafkin, J. (1994). *Child symptom inventories manual*. New York: Checkmate Plus.
- Gioia, G. A., Isquith, P. K., Guy, S. C., & Kenworthy, L. (2000). *Behavior rating inventory of executive function: Professional manual*. Odessa, FL: Psychological Assessment Resources.
- Goldstein, S., & Naglieri, J. A. (2014). *Handbook of executive function*. New York, United States: Springer-Verla.
- Grolnick, W. S. (2003). *The psychology of parental control: How well-meant parenting backfires*. Mahwah, NJ: Lawrence Erlbaum.
- Grusec, J. E. (2020). Social learning theory. In J. B. Benson (Ed.), *Encyclopedia of infant and early childhood development* (2<sup>th</sup> ed.) (pp. 221-228). Amsterdam, Netherlands: Elsevier.
- Knell, S. M. (2015). Cognitive-behavioral play therapy. In K. J. O'Connor, C. E. Schaefer & L. D. Braverman (Eds.), *Handbook of play therapy* (pp. 119-133). New York, United States: Wiley.
- MarbellPierre, K. N., Grolnick, W. S., Stewart, A. L., & Raftery-Helmer, J. N. (2019). Parental autonomy support in two cultures: The moderating effects of adolescents' self-construals. *Child Development*, *90*(3), 825-845.
- McNeil, C. B., Hembree-Kigin, T. L., & Anhalt, K. (2011). *Parent-child interaction therapy (Issues in clinical child psychology)* (2<sup>nd</sup> ed.). New York: Springer.
- Rowe, R., Costello, E. J., Angold, A., Copeland, W. E., & Maughan, B. (2010). Developmental pathways in oppositional defiant disorder and conduct disorder. *Journal of Abnormal Psychology*, *119*(4), 726-738.
- Sanz, J. H., Wang, J., Berl, M. M., Armour, A. C., Cheng, Y. I., & Donofrio, M. T.

- (2018). Executive function and psychosocial quality of life in school age children with congenital heart disease. *The Journal of Pediatrics*. 202(1), 63-69.
- Schechter, D. S., & Willheim, E. (2009). Disturbances of attachment and parental psychopathology in early childhood. *Child and Adolescent Psychiatric Clinics of North America*. 18(3), 665-686.
- Shoakazemi, M., Momeni Javid, M., Ebrahimi Tazekand, F., Shamloo Rad, Z., & Gholami, N. (2012). The effect of group play therapy on reduction of separation anxiety disorder in primitive school children. *Procedia-Social and Behavioral Sciences*. 69, 95-103.
- Sommerville, J. A. (2020). Social cognition. In J. B. Benson (Ed.), *Encyclopedia of infant and early childhood development* (2<sup>th</sup> ed.) (pp. 196-206). Amsterdam, Netherlands: Elsevier.
- Southam-Gerow, M. A., McLeod, B. D., Brown, R. C., Quinoy, A. M., & Avny, S. B. (2011). Cognitive-behavioral therapy for adolescents. In B. B. Brown & M. J. Prinstein (Eds.), *Encyclopedia of adolescence* (pp. 100-108). Massachusetts, United States: Academic Press.
- van de Ven, R. M., Murre, J. M., Veltman, D. J., & Schmand, B. A. (2016). Computer-based cognitive training for executive functions after stroke: A systematic review. *Frontiers in Human Neuroscience*. 10(1), 1-27.
- Van Petegem, S., Zimmer-Gembeck, M., Baudat, S., Brenning, K., & Beyers, W. (2018). Intimacy development in late adolescence: Longitudinal associations with perceived parental autonomy support and adolescents' self-Worth. *Journal of Adolescence*. 65(1), 111-122.
- Van Petegem, S., Zimmer-Gembeck, M., Baudat, S., Soenens, B., Vansteenkiste, M., & Zimmermann, G. (2019). Adolescents' responses to parental regulation: The role of communication style and self-determination. *Journal of Applied Developmental Psychology*. 65, 101073.
- VanVoorhis, C. R. W., & Morgan, B. L. (2007). Understanding power and rules of thumb for determining sample sizes. *Tutorials in Quantitative Methods for Psychology*. 3(2), 43-50.
- Vish, N. L., & Stolfi, A. (2020). *Relationship of children's emotional and behavioral disorders with health care utilization and missed school*. Amsterdam, Netherlands: Elsevier.
- Wei, C., & Kendall, P. C. (2014). Parental involvement: Contribution to childhood anxiety and its treatment. *Clinical Child and Family Psychology Review*. 17(4), 319-339.
- Xu, M., Jiang, W., Du, Y., Li, Y., & Fan, J. (2017). Executive function features in drug-naive children with oppositional defiant disorder. *Shanghai Archives of Psychiatry*. 29(1), 228-236.