

# اثربخشی برنامه درمانگری مقابله‌ای کت در کاهش نشانه‌های

## درونی‌سازی شده کودکان ایرانی

### Effectiveness of the Coping Cat Therapy Program in Decreasing Internalized Symptoms of Iranian Children

Parirokh Dadsetan, PhD

Islamic Azad University  
Tehran South Branch

Maryam Tehranizadeh, PhD

Payame Noor University

دکتر مریم طهرانی‌زاده

استادیار دانشگاه پیام نور

دکتر پریخ دادستان

استاد دانشگاه آزاد اسلامی  
واحد تهران جنوب

Kazem R. Tabatabaee, PhD

Tarbiat Modares University

Parviz Azad Fallah, PhD

Tarbiat Modares University

دکتر پرویز آزاد فلاح

دانشیار دانشگاه تربیت مدرس

دکتر کاظم ر. طباطبایی

دانشیار دانشگاه تربیت مدرس

Ali Fathi Ashtiani, PhD

Baghiat Allah University

دکتر علی فتحی آشتیانی

استاد دانشگاه علوم پزشکی بقیه‌الله

#### چکیده

به منظور کاهش نشانه‌های درونی‌سازی شده براساس برنامه درمانگری «مقابله‌ای کت» (کندال، ۱۹۹۴)، یک طرح آزمایشی پیش‌آزمون - پس‌آزمون با گروه کنترل، اجرا شد. گروه نمونه شامل ۸۰ دانش‌آموز (۴۰ دختر و ۴۰ پسر) پایه‌های سوم تا پنجم دوره ابتدایی بود که براساس فرم والد فهرست رفتاری کودک از نظام سنجش مبتنی بر تجربه آشنباخ (آشنباخ و رسکورلا، ۲۰۰۱)، مبتلا به اختلال‌های درونی‌سازی شده تشخیص داده شده بودند. شرکت‌کنندگان به تصادف در دو گروه مساوی آزمایشی و کنترل قرار داده شدند. ۱۶ جلسه درمانگری انفرادی برای گروه آزمایشی اجرا شد. میانگین پس‌آزمون گروهها با تحلیل‌های کوواریانس و نموداری مقایسه شد. نتایج حاکی از کاهش معنادار نشانه‌های درونی‌سازی شده، گذار بیش از ۳۰ درصد شرکت‌کنندگان از طیف بالینی به بهنجار و مؤثر بودن برنامه درمانگری «مقابله‌ای کت» در فرهنگ ایرانی بودند.

**واژه‌های کلیدی:** برنامه مقابله‌ای کت، اختلال‌های درونی‌سازی شده، کودکان

#### Abstract

In order to decrease internalized symptoms based on Coping Cat therapy program (Kendall, 1994), an experimental pre-test and post-test with control group design was conducted. Sample group consisted of 80 (40 females and 40 males) third through fifth grades primary school students who were diagnosed to have internalized disorders based on Child Behavior Checklist (CBCL) of Achenbach System of Empirically Based Assessment (ASEBA; Achenbach and Rescorla, 2001). The participants randomly assigned to two equally experimental and control groups. The experimental group received 16 individual therapy sessions. The post-test means of groups were compared by covariance and chart analyses. The results indicated that internalized symptoms significantly decreased, over 30% of participants passed from clinical to normal spectrum, and the Coping Cat program was effective in Iranian culture.

**Key words:** Coping Cat program, internalized disorders, children

received: 3 October 2010

accepted: 6 May 2011

دریافت: ۸۹/۷/۱۱

پذیرش: ۹۰/۲/۱۶

## مقدمه

گروه‌بندی اختلال‌های دوران کودکی در قالب طبقه‌بندی ابعادی با توجه به پیوستگی پدیده‌های بالینی در دوران کودکی، وجود موارد مرزی فراوان و رگه‌های بالینی در حد زیرآستانه‌ای، مناسب‌تر از طبقه‌بندی مقوله‌ای تلقی می‌شود (چورپیتا، آلبانو و بارلو، ۱۹۹۶؛ کندال، ۲۰۰۰؛ سیلورمن و ساودرا، ۲۰۰۴). در نظام ابعادی، طبقه‌بندی بر مبنای کمیت یا فراوانی رگه صورت می‌پذیرد، در حالی که در یک نظام مقوله‌ای، طبقه‌بندی براساس حضور یا عدم حضور یک رگه انجام می‌گیرد (دادستان، ۱۳۷۶).

طبقه‌بندی اختلال‌های دوران کودکی در قالب مشکلات درونی‌سازی شده<sup>۱</sup> در برابر مشکلات برونی‌سازی شده<sup>۲</sup> از گسترده‌ترین و پرکاربردترین پژوهشها در زمینه طبقه‌بندی اختلال‌های دوران کودکی محسوب می‌شود که از روی آورد ابعادی پیروی می‌کند (آشنباخ و رسکورلا، ۲۰۰۱؛ بیات، ۱۳۸۷). مشکلات برونی‌سازی شده ماهیتی بین‌فردی<sup>۳</sup> دارند و به صورت فزون‌کنشی<sup>۴</sup>، پرخاشگری، تضادورزی<sup>۵</sup>، نقض قواعد و قوانین اجتماعی ظاهر می‌شوند. در مقابل، مشکلات درونی‌سازی شده ماهیتی درون‌فردی<sup>۶</sup> دارند و بیش از آنکه اطرافیان را آزار دهند موجب رنجش خود کودک می‌شوند و به شکل کناره‌گیری<sup>۷</sup> از تعامل‌های اجتماعی، شکایتهای جسمانی<sup>۸</sup>، بازداری<sup>۹</sup>، اضطراب و افسردگی نمایان می‌شوند (آشنباخ و رسکورلا، ۲۰۰۱؛ آشنباخ و ادلبروک، ۱۹۸۱). تمرکز اختلال‌های درونی‌سازی شده در پیوستار طبقه‌بندی ابعادی منطبق با اختلال‌هایی است که براساس چهارمین مجموعه تشخیصی و آماری اختلال‌های روانی به صورت اختلال‌های افسردگی مه‌اد<sup>۱۰</sup>، کژخویی<sup>۱۱</sup>، اضطراب تعمیم‌یافته<sup>۱۲</sup>، اضطراب جدایی<sup>۱۳</sup> و هراس خاص<sup>۱۴</sup> متجلی می‌شوند (آشنباخ و رسکورلا، ۲۰۰۱). بر این اساس، مشکلات درونی‌سازی

شده الگوهای رفتاری سازش‌نایافته‌ای هستند که هسته اصلی آنها اختلال خلق یا هیجان است (کواکز<sup>۱۵</sup> و دولین<sup>۱۶</sup>، ۱۹۹۸ نقل از مک‌کلینتاک، ۲۰۰۵). میزان شیوع اختلال‌های درونی‌سازی شده را در خلال کودکی حدود ۱۰ تا ۲۰ درصد تخمین زده‌اند (هانکین و دیگران، ۱۹۹۸؛ ماناسیس، ۲۰۰۰؛ کاستلو، موسیتلو، ارکانلی، کیلر و آنگلد، ۲۰۰۳؛ کسلر، چیو، دملر و والترز، ۲۰۰۵) و به نظر می‌رسد که از حدود ۸ سالگی می‌توانیم شاهد تجلی آشکار این مشکلات در کودکان باشیم (هایمل، روبین، رودن و لومار، ۱۹۹۰). مشکلات درونی‌سازی شده آثار درازمدتی بر سطوح کنش‌وری رفتاری، جسمانی، شناختی و هیجانی کودکان بر جای می‌گذارند (ایسا، کنراد و پترمن، ۲۰۰۲؛ هودسان، دونی و تیلور، ۲۰۰۵؛ کلمن، و تسورد، کروداک و جونز، ۲۰۰۷).

برنامه‌های درمانگری متعددی برای درمان اختلال‌های درونی‌سازی شده کودکان به کار گرفته شده است که از مهمترین آنها می‌توان به روان‌تحلیل‌گری<sup>۱۷</sup>، روان‌درمانگری‌های روان‌پویشی<sup>۱۸</sup>، خانواده‌درمانگری<sup>۱۹</sup> و درمانگری‌های رفتاری - شناختی<sup>۲۰</sup> اشاره کرد که هر کدام مبانی نظری و شیوه‌های مداخله‌ای متفاوتی برای درمان دارند. با این حال، رفتار درمانگری شناختی گسترده‌ترین و پرکاربردترین برنامه درمانگری محسوب می‌شود که شواهد تجربی بسیاری از آن حمایت می‌کنند (اولندیک و کینگ، ۱۹۹۴). از آنجا که فرهنگ و قومیت، عقاید کودکان را درباره سلامت روانی، تجلی نشانگان، الگوهای حمایت‌طلبی، استفاده از درمان و چگونگی پاسخدهی به آن شکل می‌دهد (کندال، ۲۰۰۰)، به کارگرفتن یک برنامه‌ای که الگوهای فرهنگی را در نظر گیرد برای درمان اختلال‌های درونی‌سازی شده کودکان، اهمیت دارد. در این پژوهش، به دو دلیل درمان نشانه‌های اضطرابی کودکان مبتلا به اختلال‌های درونی‌سازی شده

- |                    |                                  |                                      |
|--------------------|----------------------------------|--------------------------------------|
| 1. internalizing   | 8. somatic complaints            | 15. Kovacs, M.                       |
| 2. externalizing   | 9. inhibition                    | 16. Devlin, B.                       |
| 3. interpersonal   | 10. major depression             | 17. psychoanalytic                   |
| 4. hyperactivity   | 11. dysthymia                    | 18. psychodynamic therapy            |
| 5. oppositionality | 12. generalized anxiety disorder | 19. family therapy                   |
| 6. intrapersonal   | 13. separation anxiety disorder  | 20. Cognitive-Behavior Therapy (CBT) |
| 7. withdrawal      | 14. specific phobia              |                                      |

ترتیب، برنامه درمانگری «مقابله‌ای کت» از مناسبترین برنامه‌های چند فرهنگی می‌تواند به شمار آید که قابلیت انطباق با نیازهای کودکان ایرانی را دارد.

با توجه به مطالب فوق، یکی از هدفهای عمده پژوهش حاضر بررسی تأثیر برنامه درمانگری «مقابله‌ای کت» بر کاهش نشانه‌های درونی‌سازی شده و چگونگی گذار افراد از طیف بالینی به بهنجار در کشور ایران است. در این چهارچوب با در نظر گرفتن این مطلب که پیدایش نشانه‌های درونی‌سازی شده در خلال مراحل تحول و همراه با پذیرش نقشهای جنسی طی فرایند اجتماعی شدن کودکان صورت می‌گیرد، به نظر می‌رسد که ظهور علائم و نشانه‌های درونی‌سازی شده در دختران و پسران به شیوه‌های متفاوتی متجلی شود (تریدول، فلانری-شرودر و کندال، ۱۹۹۴). بدین ترتیب، با توجه به روند متفاوت پاسخگویی دو جنس به فرایند درمانگری، پژوهش حاضر در دومین گام چگونگی تأثیر برنامه درمانگری بر کاهش نشانه‌های درونی‌سازی شده دختران و پسران را بررسی خواهد کرد.

### روش

این مطالعه با روش تجربی و طرح پیش‌آزمون - پس‌آزمون با گروه کنترل اجرا شد. نمونه‌برداری پژوهش در دو مرحله انجام شد. در مرحله اول، در ابتدا یکی از نواحی ۲۲ گانه شهر تهران و سپس ۸ دبستان از این ناحیه به شیوه تصادفی انتخاب شدند. در ادامه، مادران کلیه دانش‌آموزان پایه‌های سوم، چهارم و پنجم این مدارس با فرم والد فهرست رفتاری کودک<sup>۷</sup> (آشنباخ و رسکورلا، ۲۰۰۱) فرزندان خود را مورد ارزیابی قرار دادند. سپس، فرمهای ۱۲۲۰ دانش‌آموز که اطلاعات کاملی داشتند، بررسی شدند که از این تعداد، ۲۹۵ نفر بر مبنای نقطه برش؛ یعنی، نمره T بالاتر از ۶۳ (آشنباخ و رسکورلا، ۱۳۸۴/۲۰۰۱) در مرز بالینی اختلالهای درونی-سازی شده قرار گرفتند. در مرحله دوم از بین ۲۹۵ نفر،

مدنظر قرار گرفت. اول آنکه، با توجه به نشانه‌شناسی گسترده مشکلات درونی‌سازی شده، یافتن برنامه‌ای که به کاهش فراگیر تمامی پریشانیهای این کودکان منجر شود، مشکلاتی را در پی دارد. دوم آنکه، شایع‌ترین ناراحتیهای تجربه شده کودکان در اوایل کودکی حول نشانه‌های اضطرابی است (کندال، سافورد، فلانری - شرودر و وب، ۲۰۰۴) که اگر درمان نشوند تا بزرگسالی تداوم می‌یابد و گسترش سایر اختلالهای روان‌شناختی (نظیر افسردگی) را در پی خواهند داشت (اشفورد، اسمیت، وان لیر، کوژپرز و کوت، ۲۰۰۸؛ کاستلو و دیگران، ۲۰۰۳؛ استین و دیگران، ۲۰۰۱؛ ایساو و دیگران، ۲۰۰۲؛ ماناسیس، ۲۰۰۰؛ رادولف، دنینگ و ویز، ۱۹۹۵؛ کندال و اینگرام، ۱۹۸۷). بدین ترتیب، در پژوهش حاضر این موضوع بررسی می‌شود که آیا به کمک روش درمانگری‌ای که صرفاً درمان اختلالهای اضطرابی را هدف قرار می‌دهد، می‌توان شاهد بهبود نشانه‌های کلی اختلالهای درونی‌سازی شده بود.

کندال (۱۹۹۴) در یک کوشش بالینی - که برنامه مقابله‌ای کت<sup>۱</sup> نام گرفته است - به ارزیابی درمانگریهای رفتاری - شناختی اختلالهای اضطرابی در دوره کودکی در امریکا پرداخته و در آن به مسئله فرهنگ و قومیت نیز توجه کرده است. این برنامه به صورت اختصاصی طی ۱۶ جلسه برای درمان کودکان و نوجوانان مضطرب طراحی شده و با اجرای انفرادی و گروهی در پژوهشهای متعدد بالینی مؤثر تشخیص داده شده است (کندال و هدرک، ۲۰۰۶؛ بارت و اولندیک، ۲۰۰۴؛ کازدین و ویز، ۱۹۹۸). برنامه مقابله‌ای کت - که در آن از همه فنون مؤثر در درمانگریهای رفتاری و شناختی (مانند سرمشق‌دهی<sup>۲</sup>، ایفای نقش<sup>۳</sup>، حل مسئله<sup>۴</sup>، تنش‌زدایی<sup>۵</sup> و تقویت<sup>۶</sup>) استفاده می‌شود - راهنمای قابل انعطافی دارد که می‌تواند با نیازهای کودکان جوامع مختلف منطبق شود. برخی پژوهشها (برای مثال، فریکونا، ۲۰۰۶) سودمندی این برنامه درمانگری را در فرهنگهای مختلف تأیید کرده‌اند. بدین

۱- Coping Cat به موازات انتشار در امریکا (کندال، ۱۹۹۴)، در استرالیا با عنوان Coping Koala (بارت، دافی، داد و راپی، ۲۰۰۱) و در کانادا با عنوان Coping Bear (اسکاپیلانو و مندولتز، ۱۹۹۳) متداول شد.

2. modeling  
3. role playing

4. problem solving  
5. relaxation

6. reinforcement  
7. Child Behavior Checklist (CBCL)

شود که کودک در کدام یک از سه قلمرو (بالینی، مرزی یا بهنجار) جای دارد (آشنباخ و رسکورا، ۲۰۰۱/۱۳۸۴). در انطباق و هنجاریابی فرمهای نظام سنجش مبتنی بر تجربه آشنباخ، ضرایب آلفای کرونباخ در دامنه ۰/۶۵ تا ۰/۸۵ و ضرایب آلفای مقیاسها و زیرمقیاسهای فهرست رفتاری کودک بین ۰/۷۳ و ۰/۸۷ قرار داشتند. اعتبار آزمون - بازآزمون (در فاصله ۵ تا ۸ هفته) نیز نشان داد که همه ضرایب همبستگی در سطح  $P < 0.05$  معنادارند و بین ۰/۹۷ (برای مقیاس برونی‌سازی‌شده) و ۰/۳۸ (برای مقیاس مشکلات تفکر) قرار دارند (آشنباخ و رسکورا، ۲۰۰۱/۱۳۸۴). در پژوهش حاضر، اعتبار فرم والد فهرست رفتاری کودک در پیش‌آزمون، ۰/۹۳ و در پس‌آزمون، ۰/۹۴ به دست آمد.

شیوه اجرای برنامه درمانگری «مقابله‌ای کت» بدین ترتیب است که در ۸ جلسه اول مفاهیم پایه و مهارتهایی نظیر بازسازی‌شناختی، تنش‌زدایی، حل مسئله و خودپاداش - دهی به کودکان آموزش داده می‌شود. سپس، کودک و درمانگر سلسله مراتبی از موقعیتهای به وجود آورنده اضطراب را تنظیم می‌کنند و با کمک طرحی که چهار مفهوم وحشت‌زدگی احساسی<sup>۱</sup> (آگاهی از علایم جسمانی)، انتظار وقوع رویدادهای بد (بازشناسی خودگوییهای اضطرابی)، بازخوردها و اعمالی که می‌بایست به حل آنها کمک شود، و نتایج و پاداشها (خودارزیایی و خودپاداش - دهی) را دربرمی‌گیرد با موقعیتهای برانگیزاننده اضطراب، مواجه می‌شوند. همچنین، درمانگر برای یادگیری مهارتهای مقابله‌ای جدید در نقش یک الگو رفتار می‌کند تا از یک سو حل مسئله را به کودکان آموزش دهد و از سوی دیگر، افکاری نظیر انحراف توجه و تمرکز مجدد بر محرکی که خشم و برانگیختگی را فرا نمی‌خواند در آنها گسترش دهد تا کودکان بتوانند به تدریج با موقعیتهای برانگیزاننده اضطراب مقابله کنند. در این مرحله، معمولاً از ایفای نقش استفاده می‌شود و تکلیفهای خانگی برای تقویت یادگیری و تعمیم مهارتها به دنیای واقعی و خارج از محیط درمانی ارائه می‌شود و عبارت «ترنم<sup>۲</sup>» برای اجتناب از معانی ضمنی منفی به کار می‌رود.

۸۰ دانش‌آموز (۴۰ دختر و ۴۰ پسر که براساس سن، مقطع تحصیلی و جنس تفاوت معناداری در نمره اختلالهای درونی‌سازی شده بین آنها وجود نداشت) به صورت تصادفی انتخاب شدند و در دو گروه آزمایشی و کنترل به طور تصادفی جایگزین شدند تا اثر برنامه درمانگری در آنها بررسی شود.

ابزار مورد استفاده در این پژوهش فرم والد فهرست رفتاری کودک (آشنباخ و رسکورا، ۲۰۰۱) بود. این فهرست دو بخش مجزا دارد: بخش نخست به ارزشیابی صلاحیتها و کنش‌وری سازش یافته کودک می‌پردازد و بخش دوم شامل ۱۱۲ گویه درباره مشکلات خاص کودکان است. وضعیت کودک در هر گویه با انتخاب یکی از سه گزینه نادرست (۰)، تا حدی درست (۱) و کاملاً درست (۲) مشخص می‌شود که هم بر مبنای مقوله‌های تشخیصی و هم براساس نتایج مبتنی بر تجربه، قابل نمره‌گذاری و تفسیر است. در پژوهش حاضر، بخش اول فهرست که به ارزشیابی صلاحیتها و کنش‌وری سازش یافته کودک می‌پردازد، حذف و از والدین خواسته شد فقط قسمت دوم فهرست را تکمیل کنند. این قسمت، ۸ عامل یا بُعد «اضطراب / افسردگی»، «کناره‌گیری / افسردگی»، «شکایت‌های جسمانی»، «مشکلات اجتماعی»، «مشکلات تفکر»، «مشکلات توجه»، «نادیده‌گرفتن قواعد» و «رفتار پرخاشگرانه» را از یکدیگر متمایز می‌کند. افزون بر مجموعه مقیاسهای پیشین، آشنباخ فرم نمره‌گذاری دیگری - که بر مقوله‌های مجموعه تشخیصی و آماري اختلالهای روانی مبتنی است - ارائه کرده است. بر این اساس، مشکلات کودک در شش مقوله «مشکلات عاطفی»، «مشکلات اضطرابی»، «مشکلات بدنی»، مشکلات مربوط به «فزون کنشی / بی‌توجهی»، «مشکلات تضادورزی» و «مشکلات رفتار هنجاری» ارزیابی می‌شوند. نمره خام مشکلات درونی‌سازی‌شده با جمع کردن نمره خام مقیاسهای نشانگان اضطراب / افسردگی، کناره‌گیری / افسردگی و شکایت‌های جسمانی به دست می‌آید. در جمعیت ایرانی، نمره T متناظر با نمره خام با مراجعه به جدول هنجاری دو جنس استخراج می‌شود تا مشخص

1. feeling frightened

۲. در برنامه مقابله‌ای کت عبارتی با عنوان Show That I Can (STIC Task) وجود دارد که به عنوان یادیار استفاده می‌شود. در معادل‌سازی این واژه در فرهنگ فارسی عبارت ترنم، برگرفته از حروف ابتدایی کلمات «توانایی‌ها» را نشان می‌دهد، به کودکان آموزش داده شد.

در نهایت، به کودک کمک می‌شود تا خلاصه تجربه‌هایش را که به یاری آنها می‌تواند با اضطراب مقابله کند، در یک کتابچه کوچک، ثبت کند. همچنین، از کارتونها و شعرهایی که در طول جلسه استفاده شده و در نظر کودک گویای مشکل وی است، مجموعه‌ای تهیه می‌شود تا کودک در مواقع نیاز از آن بهره‌مند شود. به

علاوه، شاهد درگیری والدین طی درمان هستیم؛ بدین ترتیب که درمانگر با دو جلسه ساختارنیافته به کلیه پرسشهای والدین پاسخ می‌دهد و والدین را آماده می‌کند تا راههای مؤثری برای مدیریت اضطراب فرزندانشان، فراگیرند (کنдал و هدک، ۲۰۰۶).

جدول ۱.  
محتوای برنامه درمانگری مقابله‌ای کت

جلسه‌ها	هدف
اول	ایجاد رابطه و فراهم کردن بازخورد مثبت نسبت به درمان
دوم	مشخص کردن هیجانهای کودک و متمایز کردن اضطراب از دیگر احساسهای او به منظور آماده کردن کودک برای فراهم کردن سلسله مراتبی از موقعیتهای برانگیزاننده اضطراب
سوم	مرور مطالب جلسه دوم و یادگیری بیشتر درباره پاسخهای جسمانی به تنیدگی
چهارم	جلسه والدین
پنجم	معرفی روش تنش‌زدایی و مرور نشانه‌های جسمانی اضطراب کودک
ششم	بررسی چگونگی تأثیر شناخت بر پاسخهای اضطرابی کودک در موقعیتهای برانگیزاننده اضطراب و کمک به کودک برای شناسایی خودگوییهای درونی منفی
هفتم	مرور مفاهیم خودگوییهای اضطراب برانگیز کودک و تشویق وی برای تبدیل این خودگوییها به مقابله‌های مؤثر، مرور تمرین تنش‌زدایی، معرفی مفهوم مهارت‌های مقابله‌ای برای مدیریت اضطراب
هشتم	ارزیابی عملکردهای درجه‌بندی شده و رفتارهای پاداش داده‌شده مبتنی بر عملکرد و مرور مطالب قبلی با فرمول‌بندی طرحی چهار مرحله‌ای برای کودک به منظور به کار بردن راهبردها به هنگام تجربه اضطراب
نهم	جلسه والدین
دهم تا شانزدهم	تمرین گامهای طرح چهار مرحله‌ای در سلسله مراتبی از موقعیتهای برانگیزاننده اضطراب، تمرین طرحهای مقابله با تنیدگی هم به صورت تصویرسازی و هم در موقعیتهای واقعی و ایجاد موقعیتی که در خلال آن کودک بتواند تجربه درمانگری خود را نشان دهد.

## یافته‌ها

نتایج شاخصهای توصیفی نمره کلی مشکلات درونی-سازی شده حاکی از آن است که تفاوت‌هایی بین میانگین و انحراف استاندارد نمره‌های دختران و پسران در گروههای آزمایشی و کنترل تفاوت وجود دارد. به منظور مقایسه تفاوت میانگین مشکلات درونی‌سازی شده گروهها در مرحله پیش‌آزمون از آزمون t برای گروههای مستقل استفاده شد (جدول ۲).

نتایج آزمون در گروههای آزمایشی و کنترل در دختران و پسران حاکی از آن است که مشخصه‌های t به دست آمده از لحاظ آماری معنادار نیستند. بنابراین، می‌توان نتیجه گرفت که گروههای مورد مطالعه پیش از اجرای

روش مداخله با یکدیگر مشابه بودند.

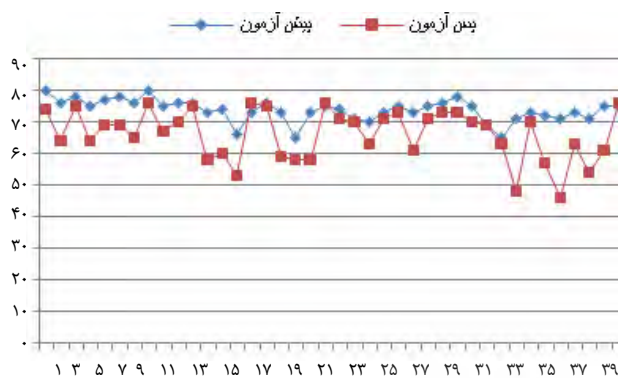
جدول ۲.  
میانگین، انحراف استاندارد و مشخصه‌های آزمون t برای مقایسه مشکلات درونی‌سازی شده گروهها در مرحله پیش‌آزمون

t	df	SD	M	
۰/۴	۷۸	۶/۱۸	۲۴/۶	آزمایشی
		۵/۷۳	۲۵/۲	کنترل
۱/۲۴	۷۸	۶/۳۵	۲۵/۷	پسر
		۵/۴۵	۲۴/۱	دختر

به منظور بررسی این مسئله که برنامه درمانگری «مقابله‌ای کت» به کاهش مشکلات درونی‌سازی شده

### مقایسه نیمرخهای بالینی

پس از بررسی آماری نتایج، به منظور بررسی روند بهبود کودکان و چگونگی گذار از طیف بالینی به بهنجار به مقایسه کیفی نیمرخهای بالینی ۴۰ آزمودنی گروه آزمایشی در مراحل پیش‌آزمون و پس‌آزمون پرداخته شد که نتایج آن در نمودار ۱ نشان داده شده است.



نمودار ۱.

نیمرخ مشکلات درونی‌سازی‌شده قبل و بعد از جلسه‌های درمانگری

همان طور که در نمودار ۱ دیده می‌شود، هم در نیمرخ دختران (۲۰ آزمودنی اول) و هم در نیمرخ پسران (۲۰ آزمودنی دوم) شاهد کاهش چشمگیر اختلالهای درونی‌سازی‌شده پس از اتمام برنامه درمانگری هستیم. با این حال، همه کودکان از مرز بالینی به مرز بهنجار گذار نکرده‌اند. بررسی دقیق‌تر نیمرخها نشان می‌دهد که ۶ کودک (۴ پسر و ۲ دختر) از طیف بالینی به مرزی گذر کرده‌اند و در ۹ کودک نیز رفتارهای درونی‌سازی شده در حد طبیعی و بهنجار است. نتایج حاکی از مؤثر بودن برنامه درمانگری مقابله‌ای کت در گذار بیش از ۳۰ درصد کودکان از طیف بالینی به بهنجار است.

### بحث

یافته‌های این پژوهش نشان دادند که برنامه درمانگری «مقابله‌ای کت» روش مؤثری در کاهش نشانه‌های درونی‌سازی شده است و اثربخشی آن دارای معناداری آماری و بالینی است. همچنین، مداخله «مقابله‌ای کت» اثر متفاوتی بر کاهش نشانه‌های مشکلات درونی‌سازی شده گروه دختران و پسران نداشته است. این یافته، همسو با نتایج پژوهش تریدول و دیگران (۱۹۹۴) است، در حالی

دختران و پسران گروه آزمایشی منجر می‌شود از طرح تحلیل کوواریانس استفاده شد (جدول ۳).

جدول ۳.

خلاصه تحلیل کوواریانس برای مقایسه میانگین مشکلات درونی‌سازی شده به تفکیک گروه و جنس

منبع	df	MS	F	η <sup>2</sup>
پیش‌آزمون	۱	۷۵۲/۳۵	۲۹/۳۹	۰/۲۸
گروه	۱	۳۳۴۷/۶۶	۱۳۰/۷۹	۰/۶۳
جنس	۱	۶/۸۶	۰/۰۰۰۱	۰/۰۰۰
گروه × جنس		۴/۶	۰/۱۸	۰/۰۰۲
خطا	۷۵	۲۵/۵۹		

از مشاهده جدول ۳ می‌توان موارد زیر را استخراج کرد:

- اثر پیش‌آزمون از لحاظ آماری معنادار است ( $F=۲۹/۳۹, P<۰/۰۰۱$ ). به بیان دیگر، بخشی از تغییرات به دست آمده در نمره‌های پس‌آزمون ناشی از اجرای پیش‌آزمون بوده است. مقدار مجذور اتا برای متغیر مشکلات درونی‌سازی‌شده نیز نشان می‌دهد که ۲۸ درصد واریانس متغیر وابسته براساس نمره پیش‌آزمون تبیین می‌شود.

- اثرمداخله ( $F=۱۳۰/۷۹$ )، در سطح کمتر از ۰/۰۰۱ از لحاظ آماری معنادار است. به بیان دیگر، بین میانگینهای تعدیل یافته دو گروه آزمایشی و کنترل، تفاوت آماری معنادار وجود دارد و با توجه به اینکه گروه آزمایشی ( $ME=۱۲/۸$ ) میانگین کمتری نسبت به گروه کنترل ( $MC=۲۶/۱$ ) دارد می‌توان استنباط کرد که برنامه درمانگری «مقابله‌ای کت» موجب کاهش مشکلات درونی‌سازی شده کودکان شده است.

- تفاوت دو جنس در مشکلات درونی‌سازی شده از لحاظ آماری معنادار نیست ( $F=۰/۰۰۰۱$ ). بنابراین، نمی‌توان گفت که میانگینهای دو گروه دختران و پسران تفاوت قابل ملاحظه‌ای با یکدیگر دارند و در نهایت، اثر تعاملی جنس و گروه نیز معنادار به دست نیامد. به بیان دیگر، مداخله «مقابله‌ای کت»، اثر متفاوتی در مشکلات درونی‌سازی شده گروه دختران و پسران به جای نگذاشته است.

قرارگرفتن در چهارچوب فرایند درمانگری برون‌ریزی کنند و در نهایت، مشارکت والدین در روند درمانگری کودکان را - که به تغییر الگوی ارتباطی آسیب دیده‌ی والد - کودک و تسهیل فرایند یادگیری کودکان منجر می‌شوند - از جمله عوامل مؤثر در تأثیر برنامه‌ی درمانگری «مقابله‌ای کت» بر اختلالهای درونی‌سازی شده می‌توان دانست. با توجه به وجود آسیبهای روان‌شناختی نظیر اضطراب و افسردگی در مادران (وود، ۲۰۰۳) و شیوه‌ی ارتباطی سرد و طردکننده‌ی والدین با کودک، آموزش مهارت‌های آزار-دهنده‌ای نظیر انتقاد، طعنه، سرزنش، نظم و ترتیب افراطی، طرد و کناره‌گیری (کافمن، ۲۰۰۳) می‌تواند گامی مؤثر در جهت تقویت رفتارهای مطلوب، خاموش کردن رفتارهای سازش‌نا یافته و نظم‌دهی هیجانی کودکان محسوب شود. همچنین، در این برنامه به والدین آموزش داده می‌شود که کودکان را به سمت استقلال و کاهش وابستگی سوق دهند و زمینه را برای انتخاب کودک و ابراز عقاید او فراهم کنند. به علاوه، طی فرایند درمانگری، کودکان به سمت تقرب‌جویی و دریافت آرامش از مراقبانشان سوق داده می‌شوند تا بتوانند احساسهایشان را با والدین در میان گذارند و به مرور زمان، آنها را کمتر درونی‌سازی کنند.

با این حال شواهد به دست آمده از تحلیل نیمرخهای فردی کودکان مؤید این امر است که گذار آنها از طیف بالینی به بهنجار به مداخله‌ای همه‌جانبه در مجموعه‌ی عوامل مؤثر در ایجاد این مشکلات نیاز دارد؛ مداخله‌ای که بتواند به عوامل مؤثر بسیاری در سطح والدین و خانواده پوشش دهد. به علاوه، با توجه به اینکه این روش درمانگری در مورد گروه کوچکی از کودکان و در یک جامعه محدود و با یک درمانگر اجرا شد، پیشنهاد می‌شود که گروهی از درمانگران با تکیه بر تفاوت‌های فرهنگی از این برنامه در درمانگری کودکان مبتلا به اختلالهای درونی‌سازی شده استفاده کنند تا اثربخشی آن در جامعه ایرانی مشخص‌تر شود.

که نتایج برخی پژوهشها (استلو<sup>۱</sup>، اپستین<sup>۲</sup>، بالدوین<sup>۳</sup> و بیشاپ<sup>۴</sup>، ۱۹۹۶؛ برمن<sup>۵</sup>، ویمز<sup>۶</sup>، سیلورمن<sup>۷</sup> و کورتین<sup>۸</sup>، ۲۰۰۰ نقل از کلمن و دیگران، ۲۰۰۷) پاسخگویی دو جنس را به روند درمانگریهای رفتاری و شناختی، متفاوت ذکر کرده‌اند.

در تبیین اثربخشی برنامه «مقابله‌ای کت» در کاهش نشانه‌های مشکلات درونی‌سازی شده کودکان گرچه هیچ یافته‌ی پژوهشی مستندی در پیشینه به دست نیامد، مؤلفان و صاحب‌نظران بسیاری (برای مثال، تریدول و کندال، ۱۹۹۶؛ وود، مک‌لئود، سیگمان، هوانگ و چو، ۲۰۰۳) فنون درمانگری (نظیر تنش‌زدایی، حساسیت‌زدایی نظامدار، سرمشق‌دهی و ایفای نقش) به کار رفته در برنامه‌ی درمانگری «مقابله‌ای کت» را روشهای مناسبی برای کاهش سطح تنیدگی، بهبود مهارتهای ارتباطی و اجتماعی و بهبود نشانه‌های اضطرابی و افسردگی دوران کودکی ذکر کرده‌اند. همچنین، فنون شناختی نظیر شناسایی و به چالش کشیدن خودگوییهای منفی و تعمیم‌دادن خود-گوییهای مثبت به دلیل ارتباط زیاد شناخت، هیجان و رفتار می‌توانند به تغییرات رفتاری و هیجانی کودکان منجر شوند. به علاوه، روشهای مواجهه‌تدریجی به کار رفته در طول جلسه‌های درمانی نیز به کودک کمک کرده است تا تجربه‌های جدیدی را شکل دهد که همین امر در کاهش رفتارهای اجتنابی و درمان مشکلات درونی‌سازی-شده مؤثر واقع شده است (کندال و ساوگ، ۲۰۰۶). اما، شاید بتوان فرایند برون‌ریزی احساسها و پالایش هیجانی را اثربخش‌ترین فرایند برنامه درمانگری دانست، چرا که در بسیاری از موارد مشکلات کودکانی را که به رفتارهای درونی‌سازی شده متوسل می‌شوند می‌توان به ناتوانی آنها در برون‌ریزی هیجانهای خود نسبت داد. طی این برنامه‌ی درمانگری، کودکان می‌توانند درک عمیق‌تری از هیجانها و عواطف گوناگون خود به دست آورند و این فرصت در اختیار آنها قرار می‌گیرد تا بتوانند پرخاشگری قابل ملاحظه‌ای که در ارتباط با افراد یا موضوعها تجربه می‌کنند بدون نگرانی درباره‌ی تنبیه‌شدن و مورد ارزیابی

1. Ostello, B. A.  
2. Epstein, N.

3. Baldwin, L.  
4. Bishop, D.

5. Berman, S. L.  
6. Weems, C. F.

7. Silverman, W. K.  
8. Kurtines, W. M.

منابع

- lescents: From prevention to treatment*. London: John Wiley & sons.
- Chorpita, B., Albino, A. M., & Barlow, D. H. (1996).** Cognitive processing in children: Relation to anxiety and family influence. *Journal of Clinical Child Psychology*, 25(2), 170-176.
- Colman, I., Wodsworth, M. E. J., Croudace, T. J., & Jones, P., B. (2007).** Forty-year psychiatric outcomes following assessment for Internalizing disorder in adolescence. *The American Journal of Psychiatry*, 164, 126-133.
- Costello, E. J., Mustillo, S., Erkanli, A., Keeler, G., & Angold, A. (2003).** Prevalence and development of psychiatric disorders in childhood and adolescence. *Archives of General Psychiatry*, 60, 837-844.
- Essau, C. A., Conratt, J., & Peterman, F. (2002).** Frequency, comorbidity and psychosocial impairment of specific phobia in adolescents. *Journal of Clinical Child Psychology*, 29 (2), 221-231.
- Freonna, G. L. (2006).** *Diversity counts: An examination of the Coping Cat from a multicultural treatment perspective*. Doctoral Dissertation. Chicago University.
- Hankin, B. L., Abramson, L. Y., Moffitt, T. E., Silva, P. A., McGee, R., Hudson, J., Deveny, C., & Taylor, L. (2005).** Nature, assessment and treatment of general anxiety disorder in children. *Pediatric Annals*, 34 (2), 97-106.
- Hymel, S., Rubin, K. H., Rowden, L., & Le Mare, L. (1990).** Children's peer relationships: Longitudinal prediction of internalizing and externalizing problems from middle to late childhood. *Child Development*, 61, 2004-2021.
- Kaufmann, E. R. (2003).** *The intergeneration transmission of anxiety: A prospective study*. Doctoral Dissertation. The University of Texas at Austin.
- آشنباخ، ت. و رسکورلا، ل. (۱۳۸۴). *کتابچه راهنمای فرمهای سن مدرسه نظام مبتنی بر تجربه آشنباخ ترجمه ا. مینایی*. تهران: پژوهشکده کودکان استثنایی (تاریخ انتشار اثر اصلی، ۲۰۰۱).
- بیات، م. (۱۳۸۷). بازی درمانگری بی‌رهنمود در کودکان مبتلا به مشکلات درونی‌سازی شده. *فصلنامه روان‌شناسان ایرانی*، ۱۵، ۲۶۷-۲۷۵.
- دادستان، پ. (۱۳۷۶). *روان‌شناسی مرضی تحولی: از کودکی تا بزرگسالی* (ج. اول، ج. سوم)، تهران: انتشارات سمت.
- Achenbach, T. M., & Rescorla, L. A. (2001).** *ASEBA school age forms profiles*. Burlington, VT: University of Vermont, Research Center for Children, Youth & Families.
- Achenbach, T. M., & Edelbrock, C. S. (1981).** *Behavioral problems and Competencies reported by parents of normal and disturbed children aged four through sixteen*. Monographs of the society for research in child development, 46 (Serial No. 188), 1-15.
- Ashford, J., Smit, F., van Lier, P. A. C., Cuijpers, P., & Koot, H. M. (2008).** Early risk indicators of Internalizing problems in late childhood: A 9-year longitudinal study. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 49 (7), 774-782.
- Austin, J. K., Dunn, D. W., Caffery, H. M., Perkins, S. M., Harezlak, J., & Rose, D. F. (2001).** Recurrent seizures and behavioral problems in children with first recognized seizures: A prospective study. *Journal of Epilepsia*, 43 (12), 1564-73
- Barret, P. M., Duffy, A. L., Dadds, M. R., & Rapee, R. M. (2001).** "Cognitive Behavioral Treatment of Anxiety Disorders in children: Long term (6 yr) follow up". *Journal of consulting and clinical psychology*, 69, 135-141.
- Barret, P. M., & Ollendick, T. H. (2004).** *Handbook of interventions that work with children and ado-*



- Manassis, K. (2000).** Childhood anxiety disorders: Lessons from the literature. *Canadian Journal of Psychiatry, 45*, 724-730.
- McClintock, S. M. (2005).** *Relationship of internalizing behavior problems to intelligence and executive functioning in children.* Master of Science Thesis. University of Texas Southwestern, Medical Center at Dallas.
- Ollendick, T. H., & King, N. J. (1994).** Diagnosis, assessment and treatment of internalizing problems in children: The role of longitudinal data. *Journal of Counseling and Clinical Psychology, 6* (5), 917-928.
- Silverman, W. K., & Saavedra, L. M. (2004).** Assessment and diagnosis in evidence-based practice. In P. M. Barrett & T. H. Ollendick (Ed.), *Handbook of interventions that work with children and adolescent* (pp. 49-69). West Sussex : John Wiley & Sons Ltd.
- Treadwell, K. H., Flannery-Schroeder, E. C., & Kendall, P. C. (1994).** Ethnicity and gender in a sample of clinic-referred anxious children: Adaptive functioning, diagnostic status, and treatment outcome. *Journal of Anxiety Disorders, 9*, 373-384.
- Treadwell, K. H., & Kendall, P. C. (1996).** Self-talk in anxiety-disordered youth: States-of mind, content specificity, and treatment outcome. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 64*, 941-950
- Wood, J. J. (2003).** *Child anxiety disorders.* Unpublished Doctoral Dissertation. University of California.
- Wood, J. J., McLeod, B. D., Sigman, M., Hwang, W., & Chu, B. C. (2003).** Parenting and childhood anxiety: Theory, empirical findings, and future directions. *Journal of Child Psychology and Psychiatry, 44*, 134-151.
- Kazdin, A. E., & Weisz, J. R. (1998).** Identifying and developing empirically supported child and adolescent treatments. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 66* (1), 19-36.
- Kendall, P. C. (1994).** Treating anxiety disorders in children: Results of a randomized clinical trial. Treatment of Anxiety Disorders in children: Long term (6 yr) follow up. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 69*, 135-141.
- Kendall, P. C. (2000).** *Childhood Disorders.* East Sussex: Psychology Press Ltd.
- Kendall, P. C., & Hedtke, M. A. (2006).** *Cognitive behavior therapy for anxious children therapist manual (third edition).* Ardmore, P. A., Workbook Publishing.
- Kendall, P. C., & Ingram, R. E. (1987).** The future for cognitive assessment of anxiety: let's get specific. In L. Michelson & M. Ascher (Eds.), *Anxiety and stress disorders: Cognitive behavioral assessment and treatment* (pp. 127-141). New York: Guilford Press.
- Kendall, P. C., Safford, S. Flannery-Schroeder, E., & Webb, A. (2004).** Child anxiety treatment: Outcomes in adolescence and impact on substance use and depression at a 7 year follow-up. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 72*, 276-287.
- Kendall, P. C., & Suveg, C. (2006).** Treating anxiety disorders in youth. In P. C. Kendall (Ed.), *Child and adolescent therapy: Cognitive behavioral procedures* (pp. 243-294). New York: the Guilford Press.
- Kessler, R. C., Chiu, W. T., Demler, O., & Walters, E. E. (2005).** Prevalence, severity, and comorbidity of 12-month DSM-IV disorders in the National Comorbidity Survey Replication. *Archives of General Psychiatry, 62*, 617-627.