



اثربخشی خانواده درمانی شناختی- رفتاری بر کاهش مشکلات رفتاری دانش آموزان

سعیده سادات نظام طاهری

کارشناسی ارشد رشته حسابداری ، دانشگاه آزاد اسلامی کاشان

nezamtaheri63@gmail.com

۰۹۱۹۹۲۳۹۲۳۹

چکیده :

مشکلات رفتاری در دانش آموزان یک مقوله اجتماعی است که به شکلی گسترده از سوی جامعه شناسان مورد مطالعه قرار گرفته است. مشکلات رفتاری در دانش آموزان می تواند به اختلالات یادگیری برای دانش آموزان و مشکلات و آسیبهای جدی برای خانواده ها، مدرسه و جامعه بینجامد . این تحقیق به روش توصیفی - تحلیلی و با هدف بررسی اثربخشی خانواده درمانی شناختی- رفتاری بر کاهش مشکلات رفتاری دانش آموزان انجام گرفته است . طرح های درمانی مبتنی بر خانواده در بهبود مشکلات رفتاری دانش آموزان تأثیر بسزایی دارد و لذا رویکرد خانواده درمانی مبتنی بر فنون شناختی - رفتاری به عنوان یک طرح درمانی کارآمد می تواند برای کاهش مشکلات رفتاری در دانش آموزان به کار گرفته شود.

واژگان کلیدی: خانواده درمانی ، درمان شناختی - رفتاری ، مشکلات رفتاری ، دانش آموزان .



۱- مقدمه :

در هر جامعه سلامت کودکان و نوجوانان اهمیت ویژه ای دارد و توجه به بهداشت روانی آنان کمک میکند تا از نظر روانی و جسمی سالم بوده و نقش اجتماعی خود را بهتر ایفا کنند. در این راستا، شناخت صحیح ابعاد مختلف جسمی و روانی این گروه سنی و کوشش در راه تأمین شرایط مادی و معنوی مناسب برای رشد بدنی، عاطفی و فکری آنان واضحتر از آن است که احتیاج به تأکید داشته باشد. (خدام، مدانلو، ضیایی، کشتکار، ۱۳۸۸). مطالعات انجام شده در فرهنگهای مختلف نشان داده است درصد قابل توجهی از کودکان سنین مدرسه و قبل از مدرسه دچار مشکلات رفتاری هستند. (Harland et al., 2002)

مشکلات رفتاری، مشکلات فردی و اجتماعی فراوانی را به وجود می آورد. کودکان مبتلا به اختلالات رفتاری خانواده، آموزشگاه و اجتماع را با مسایل و دشواریهای گوناگونی مواجه میکنند و آنها را نیز در برابر آشفتگیهای روانی- اجتماعی دوران نوجوانی و حتی بزرگسالی آسیب پذیر میسازند. پژوهشهای مختلف نشان میدهد که تقریباً ۳۰ درصد کودکان و نوجوانان در طول زندگی خود یک اختلال روانپزشکی قابل تشخیص را تجربه خواهند کرد. تعداد کودکانی که وخامت مشکلات آنان در حدی است که نیاز به درمانگری را مطرح میکند در حدود ۱۵ تا ۲۲ درصد تخمین زده شده است. (Castello, Burns, Anggold, & Leaf, 1993)

از آن جا که رفتار و عملکرد کودکان و نوجوانان دارای مشکلات رفتاری، نسبت به همسالان دارای نقصان است و این رفتارها ضمن نامناسب بودن با سطح سنی و هوش کودک، مزمن و مداوم بوده و گستره آن از رفتارهای درونزا و برونزا متفاوت است، چنین کودکانی در پاسخگویی به شرایط اجتماعی و زندگی روزمره ناتوان هستند، و به نحوی شرکت در کلاس درس، فرآیند یاددهی- یادگیری را مختل ساخته و گاهی همسالان و معلمان را با فشارهای روانی شدید رو برو می سازند. (حیدری و همکاران، ۱۳۹۴) بنابراین چنین دانش آموزانی نیاز به حمایت‌های ویژه و ارائه برنامه های آموزشی و درمانی مؤثر دارند که تدوین چنین برنامه هایی نیاز به درک و شناسایی عوامل مؤثر بر وقوع رفتار دارد. این شناخت تنها از طریق بررسی دقیق و جامع اختلالات و مشکلات رفتاری و راهکارهای درمان امکان پذیر است، این فرآیند در واقع حلقه ارتباط بین وقوع رفتار نامطلوب، و برنامه ریزی صحیح به منظور اصلاح و درمان محسوب می شود. لذا استفاده از روشهای درمانی در کاهش مشکلات رفتاری میتواند از اهمیت بسزایی برخوردار باشد یکی از روشهای مورد استفاده در بهبود مشکلات رفتاری کودکان و نوجوان، بکارگیری خانواده درمانی شناختی - رفتاری است.

رویکرد شناختی - رفتاری به خانواده درمانی بر این باور است که افراد یک خانواده هم از یکدیگر تأثیر می پذیرند و هم بر یکدیگر تأثیر می گذارند. در نتیجه رفتار یکی از افراد خانواده رفتارها، شناخت ها و هیجانات سایر افراد خانواده را تحت تأثیر قرار داده و این به نوبه خود یک مجموعه کامل از شناخت ها، رفتارها و هیجانات را به صورت پاسخ ایجاد می کند. در خانواده درمانی مبتنی بر رویکرد شناختی - رفتاری بسیاری از راهبردهای شناختی رفتاری به کار برده می شود و اساساً بر دو مورد تأکید می گردد :

۱. تبیین انتظارات اعضای خانواده از یکدیگر و چگونگی تأثیر آنها بر تعامل بین اعضای خانواده

۲. بهره گیری از روشهایی که موجب افزایش توانایی های افراد خانواده برای انطباق با بحران ها، تغییرات و وقایع غیرمنتظره می شود.

علیزاده و همکاران (۱۴۰۰) در پژوهشی به بررسی اثربخشی خانواده درمانی شناختی رفتاری والدین CBFT بر خودکنترلی دانش آموزان بیش فعال مقطع ابتدایی مشهود پرداختند. طرح پژوهشی آزمایش از نوع پیش آزمون - پس آزمون با گروه کنترل بود. جامعه آماری شامل کلیه مادران دانش آموزان دارای اختلالات رفتاری بیش فعالی که در دبستانهای پسرانه دوره اول و دوم ابتدایی (۷ تا ۱۲ ساله) شهر



مشهد در سال تحصیلی ۱۴۰۰-۱۳۹۹ مشغول به تحصیل بودند و بر اساس روش نمونه‌گیری داوطلبانه مبتنی بر هدف، تعداد ۱۶ نفر از آنها به عنوان نمونه انتخاب شدند و به طور تصادفی در دو گروه آزمایش و کنترل قرار گرفتند. ابزارهای این پژوهش پرسشنامه خودکنترلی کندال و ویلکاکس (۱۹۷۹) بود. گروه آزمایش به مدت ۸ جلسه تحت آموزش برنامه گروهی خانواده درمانی شناختی رفتاری (CBFT) قرار گرفتند. نتایج تحلیل کوواریانس چند متغیره نشان داد که اثربخشی برنامه آموزش خانواده درمانی شناختی رفتاری بر کاهش خودکنترلی رفتارهای دانش آموزان از لحاظ آماری معنادار نیست. بنابراین میتوان گفت برنامه آموزشی خانواده درمانی شناختی رفتاری مداخله ای است که بر خودکنترلی رفتاری دانش آموزان تأثیری نشان نداد.

سلطانی (۱۳۹۵) در تحقیق خود به بررسی اثربخشی درمان شناختی - رفتاری بر مشکلات رفتاری کودکان خانواده های ناسازگار پرداختند. برای بررسی تأثیر درمان شناختی - رفتاری بر کاهش مشکلات رفتاری کودکان خانواده های در معرض ۲۴ زوج به شکل تصادفی از میان زوجینی که به علت مشکلات خانوادگی داشتند و جهت مشاوره و کمک به مراکز مشاوره مراجعه کرده بودند انتخاب شدند، و بصورت تصادفی در دو گروه ۱۲ نفره (آزمایش و کنترل) جایگزین شدند در مرحله پیش آزمون و پس آزمون. پرسشنامه علائم مرضی کودکان CSI-4 بر روی کودکان خانواده ها اجرا و متغیر وابسته (مشکلات رفتاری کودکان) مورد اندازه گیری قرار گرفت. گروه آزمایش طی ۸ جلسه ۹۰ دقیقه ای، مداخلات مبتنی بر درمان شناختی - رفتاری را دریافت نمودند. یافته ها نشان داد که مداخلات درمان شناختی - رفتاری احتمالاً بر رفتار کودکان موثر بوده و توانسته است مشکلات رفتاری آنها را به طرز معناداری نسبت به گروه کنترل کاهش دهد. درمان حاضر نشان داد که درمان شناختی - رفتاری بر کاهش مشکلات رفتاری کودکان خانواده های ناسازگار موثر می باشد.

سیدموسوی و همکاران (۱۳۹۴) در تحقیقی به بررسی خانواده‌درمانی مبتنی بر رویکرد شناختی- رفتاری در کاهش مشکلات رفتاری نوجوان دارای پدر مبتلا به سوء مصرف مواد پرداختند. روش پژوهش حاضر در چارچوب طرح آزمایشی تک آزمودنی با استفاده از طرح خطوط پایه منفرد اجرا شد. آزمودنی یک نوجوان پسر ۱۳ ساله، دانش‌آموز کلاس هشتم و تنها فرزند خانواده بود و پدر مبتلا به سوء مصرف مواد بود، بنابراین مداخله خانواده‌درمانی مبتنی بر رویکرد شناختی رفتاری در ۱۳ جلسه و هر هفته در یک جلسه برای آزمودنی و خانواده‌اش برگزار شد. به منظور ارزیابی مشکلات رفتاری، علاوه بر مصاحبه بالینی از نوجوان و گزارش های معلمان و معاونین آموزشگاه، از آزمون خود گزارش دهی (YSR) مبتنی بر نظام سنجش آنباخ (ASEBA) استفاده شد. برای تحلیل داده‌ها نیز از نمودار خط پایه، درمان و پیگیری استفاده شد. نتایج پژوهش نشان داد که رویکرد درمانی مورد نظر توانسته است تغییرات معنادار و قابل توجهی در مشکلات درونی سازی و برونی‌سازی آزمودنی ایجاد کرده و نمودار خط پایه نشان داد که مشکلات درونی سازی و برونی‌سازی بعد از فرآیند درمان در آزمودنی کاهش یافته است

۲- روش شناسی :

پژوهش حاضر با هدف بررسی اثربخشی خانواده‌درمانی شناختی- رفتاری بر کاهش مشکلات رفتاری دانش‌آموزان به شیوه توصیفی و از نوع کتابخانه ای انجام شده است و با توجه به روش پژوهش، جامعه آماری پژوهش شامل کلیه اسناد، مدارک و منابع مرتبط با موضوع مورد بررسی از قبیل کتب ، مقالات و پایان نامه ها می باشد.

۳- بحث درباره یافته ها



اختلالات رفتاری کودکان ، اختلالات ناتوان کننده ای هستند که در اوایل دوره ابتدایی دیده شده و بین سنین ۸ تا ۱۵ سالگی به بیشترین مقدار خود می رسند . این اختلالات برای کودک ، خانواده و معلمان باعث بروز مشکلات بسیاری می شوند . مطالعات نشان می دهد که عواملی مانند مشکلات دوران خانواده ، ارتباط کودک با والدین و عوامل مرتبط با مدرسه همانند : روابط بین معلم و دانش آموزان و نیز روابط خود آنها با یکدیگر ، وضعیت تحصیلی و کیفیت سطح آموزش ، سن ، جنس و بهره هوشی به عنوان عوامل وراثتی و عوامل فرهنگی و اجتماعی ، مهمترین دلایل بروز مشکلات رفتاری است . (قائم و همکاران ، ۱۳۹۷)

۳- ۱ . انواع مشکلات رفتاری دانش آموزان

۳- ۱- ۱ . اختلال نقص توجه (بیش فعالی)

یکی از اختلالهای رفتاری در دانش آموزان، اختلال کم توجهی و بیش فعالی (ADHD) است که در میان کودکان مدرسه ای از شیوع بالایی برخوردار است . این اختلال با اسامی متفاوتی چون بد کارکرد جزئی مغز، آسیب خفیف مغزی، کنش بیش فعالی دوران کودکی و نشانگان بیش فعال معرفی شده است، اما در آخرین ویرایش راهنمای تشخیصی و آماری اختلالهای روانی، این اختلال را نارسایی توجه بیش فعالی نامگذاری کرده اند. (کرم شائی و یارمحمدیان ، ۱۳۹۳) . این اختلال با نشانه های شکاری چون تحرک بیش از حد نسبت به همسالان، انجام اعمال بدون توجه و تمرکز کافی و به اصطلاح سر به هوا بودن، توانایی نداشتن در به پایان رساندن یک کار و مدام از یک شاخه به شاخه دیگر پریدن و غیره قابل تشخیص است که باعث می شود این کودکان در مدرسه به عنوان کودکان حواس پرت و شلوغ با ارتباط اجتماعی پایین شناخته شوند . (برزگر بفروئی و فرزاد ، ۱۳۹۴)

۳- ۱- ۲ . اختلال اضطراب

اضطراب در مدرسه از جمله مشکلاتی است که کودک یا فرزند هنگامی که از خانه به مدرسه می رود دچار آن می شود. اضطراب از نظر روانپزشکی یعنی ناآرامی، هراس و ترس ناخوشایند یا احساس خطر قریب الوقوع که منبع آن قابل شناختن نیست. شناخت اضطراب و ریشه های آن در طول زندگی میتواند در کنترل کردن و مدیریت آن بسیار مؤثر باشد .

۳- ۱- ۳ . اختلال سلوک

اختلال سلوک به مجموعه ای از مشکلات رفتاری و هیجانی کودکان و نوجوانان گفته می شود که در پیروی از مقررات و رفتار به شیوه جامعه پسندانه مشکل دارند. تعارض خانوادگی و مهارتهای ضعیف والدین ، مشخصه روابط خانوادگی کودکان مبتلا به اختلال سلوک است . کودکان و نوجوانان دارای اختلال سلوک بیشتر خود را از راه کردار نشان می دهند تا از راه بیان. آنان ترجیح می دهند از زبان برای برقراری ارتباط یا بیان احساسات بهره نگیرند . در مجموع سطح عملکرد این افراد پایین بوده و اغلب بسیار زودتر از همسالان خود مدرسه را ترک می کنند . (فرقانی ، ۱۳۷۲)

۳- ۱- ۴ . اختلال لجبازی و نافرمانی



یکی از مواردی که والدین و مربیان مدارس با آن روبرو هستند، لجبازی و نافرمانی دانش آموزان است که باعث عدم آرامش در دو طرف می شود و چه بسا خطراتی که برای کودکان در آینده به همراه داشته باشد. این اختلال در کودکان و نوجوانان به صورت لجبازی مستمر با اطرافیان چه در مدرسه و در منزل دیده می شود. مرتب با بزرگترها یا افراد کوچکتر جر و بحث کرده و در صورت روبرو شدن با مخالفتی از کوره در میرود و شروع به ناسزاگویی می کند. بسیار زود رنج بوده و از اطرافیان توقع بیش از حد دارد. بیشتر اوقات تنها هستند و ارتباط اجتماعی برقرار نمی کنند یا اطرافیان آنها را به علت رفتار نامناسب طرد می کنند.

۳-۲. خانواده درمانی شناختی - رفتاری و اختلالات رفتاری

اصطلاح روان درمانی (Psychotherapy) به مجموعه روش هایی گفته می شود که هدف عمده از استفاده از آنها بوجود آوردن تغییراتی در حالت های رفتاری، هیجانی و شناختی اشخاصی می باشد که برخی از مشکلات روانشناختی را تجربه می نمایند. امروزه روش های مختلفی از روان درمانی برای درمان اختلالات روانشناختی (Psychological disorders) ابداع شده است. اگرچه انواع روش های استفاده شده برای روان درمانی تفاوت های عمده ای با هم در زمینه ی استفاده از تکنیک ها و روش های اجرا دارند اما اکثر این روش ها در این زمینه مشترک هستند که تلاش دارند تغییراتی را در زمینه های هیجانی، رفتاری و شناختی بیماران ایجاد نمایند. روش های روان درمانی بیشترین کاربرد را در مورد درمان بیمارانی دارند که میزان شدت اختلال آنها در سطح خفیف تا متوسط است. روش های روان درمانی از نظر میزان جلساتی که برای تکمیل درمان لازم می دانند تفاوت هایی را با هم دارند. برخی از روش های روان درمانی (مانند درمان شناختی - رفتاری) به روش های روان درمانی کوتاه مدت معروف هستند. میزان جلسات این روش ها معمولاً بین ۱۵ الی ۱۸ جلسه است و برخی دیگر از روش های روان درمانی (مانند روش روانکاو) به روش های درمانی طولانی مدت معروف هستند و مدت طول درمان آنها امکان دارد سه یا چهار سال طول بکشد. روش های اجرای روان درمانیها نیز متفاوت است به نحوی که روش اجرای روان درمانی می تواند به صورت فردی، گروهی و یا خانواده درمانی باشد.

خانواده درمانی رفتاری آخرین مولود حوزه روان درمانی است و برای روشن ساختن فرایند درمان از روش علمی سود می جوید؛ برای این منظور، شیوه های مداخلاتی آن براساس یافته های آزمایشی شکل می گیرد و دایما واری می شود. رویکرد رفتاری، بر اصول جابجایی یادگیری آدمی مبتنی است و بر عوامل تعیین کننده محیطی، موقعیتی، و اجتماعی تأکید می کند. در سالهای اخیر، بسیاری از رفتارگرایان به تأثیر عوامل شناختی، که برای تعامل های خانوادگی در حکم رویداد یا متغیر میانجی هستند، اشاره دارند. درمانگر رفتاری می کوشد تا تعامل مثبت میان اعضای خانواده را افزایش دهد، شرایط محیطی ای را که مغایر با این تعاملها هستند دگرگون سازد، و به آدیان یاد دهد که تغییرات رفتاری مطلوب نوآموخته خود را حفظ کنند.

هدف های درازمدت خانواده درمانی با تأکید بر رویکردهای شناختی رفتاری عبارتند از:

- ۱) به کارگیری روش شناختی و رفتاری به منظور کاهش اضطراب و استرس
- ۲) مواجهه تدریجی با محرک های اضطراب زا و استرس زا
- ۳) رفع مشکلات زیست شیمیایی، درون فردی و یا هیجانی که موجب بروز نشانه های اضطراب و استرس شده اند.
- ۴) آموزش اعضای خانواده در مورد نشانه ها، ریشه ها، و درمان استرس و اضطراب
- ۵) آماده سازی اعضای خانواده به منظور کمک به یکدیگر در جهت کاهش علائم



۶) آموزش اعضای خانواده در مورد بکارگیری روش‌های خاصی به منظور کاهش سطح اضطراب و استرس

در این راستا مؤلفه رفتاری مربوط به خانواده درمانی شناختی - رفتاری بر چندین بعد از اعمال افراد خانواده تأکید می‌کند که عبارتند از:

- ۱- تبدیل تعاملات منفی و نقایص خانواده به رفتارهای مطلوب و مناسبی که بین افراد خانواده تبادل می‌شود
- ۲- مهارت بیان کردن و شنیدن در ارتباطات
- ۳- مهارت‌های حل مسئله
- ۴- مهارت‌های بحث و تبادل نظر، مذاکره و تغییر.

امروزه مدل‌های مختلفی برای خانواده درمانی پیشنهاد شده است. در اکثر این مدل‌ها فرض بر آن است که یکی از علل مهم ایجاد مشکلات روانشناختی وجود ارتباطات متقابل ناکارآمد در محیط اجتماعی و بخصوص محیط خانواده می‌باشد.

برخی از مدل‌های خانواده درمانی تلاش دارند مشکلات روانشناختی اشخاص را بوسیله‌ی تغییر دادن نحوه‌ی ارتباطات بین فردی در بین اعضای خانواده را از میان بردارند و یا کاهش دهند. ویژگی مشترک این مدل‌ها آن است که اکثر آنها بر روی نقش محیط و بخصوص بر روی نقش مشکلات ارتباطاتی در ایجاد و یا تداوم مشکلات روانشناختی تأکید می‌نمایند. در این مدل‌ها فرض می‌شود که فرایندهای جاری ارتباطات بین فردی بین اعضای خانواده نامناسب است و این عامل در ایجاد مشکلات روانشناختی حاضر و یا نگهداری آن مشکلات نقش مهمی دارد. در این مدل‌ها هدف از اجرای خانواده درمانی از میان برداشتن مشکلات جاری با تغییر الگوهای رفتاری و تغییر دادن اسنادهای درونی (Attribution) اعضای خانواده است. برخی از مدل‌های خانواده درمانی که در این دسته قرار دارند شامل مدل خانواده درمانی استراتژیک (Strategic)، مدل خانواده درمانی ساختاری (Structural)، مدل خانواده درمانی رفتاری، مدل خانواده درمانی متمرکز بر راه حل (Solution) و مدل خانواده درمانی متمرکز بر آموزش روانشناختی می‌باشد.

بخشی دیگر از مدل‌های خانواده درمانی بر اساس نظریه‌های روان تحلیلی بیان گذاری شده اند. در این نوع مدل‌های درمانی درمانگر فعالیت کمتری در درمان دارد و میزان طول درمان بیشتر از مدل‌های دیگر خانواده درمانی است. ویژگی دیگر این نوع از مدل‌های خانواده درمانی آن است که در این مدل‌ها فرض می‌شود میزان پویایی اولیه درون خانواده در چگونگی شکل گیری ارتباطات بعدی اعضای خانواده با یکدیگر و با سایر اشخاص و همچنین با میزان سلامت روانشناختی اعضای خانواده نقش مهمی را ایفا می‌کند. در مدل‌های خانواده درمانی که بر اساس نظریه‌های روان تحلیلی شکل گرفته اند بر روی نقش عوامل رشدی در شکل گیری ارتباطات درون خانوادگی تأکید می‌شود.

علاوه بر مدل‌های فوق مدل‌های درمانی دیگری هم در خانواده درمانی مورد استفاده قرار می‌گیرد از جمله‌ی این مدل‌ها می‌توان به مدل‌هایی که اصطلاحاً مدل‌های تجربی نامیده می‌شوند اشاره نمود. یکی از این مدل‌های تجربی مدل خانواده درمانی شناختی - رفتاری است. در این مدل قرار دارد اعضای خانواده تشویق می‌شوند که بر روی فرایند‌های درونی خود نظارت داشته باشند و خانواده درمانگر با استفاده از تکنیک‌های مختلف تلاش می‌کند تغییراتی را در الگوهای رفتاری اعضای خانواده بوجود آورد. همچنین درمانگری که با استفاده از اصول خانواده درمانی شناختی - رفتاری کار می‌کند تلاش می‌کند تا برخی از اعتقادات اعضای خانواده را در موارد مختلف مانند وضعیت موجود خانواده را تغییر دهد. (لطفی نیا، ۱۴۰۲)



الگوهای نظری زیربنایی در رویکردهای رفتاری به خانواده درمانی شامل نظریه یادگیری اجتماعی و نظریه تبادل اجتماعی است. در اصلاح طرحواره های شناختی با استفاده از چارچوب شناختی - رفتاری بسیار مهم است که مجموعه ای از مراحل را که در زیر مطرح شده است و می تواند فرایند تحلیل و طرحواره ها را تسهیل کند، دنبال کنیم :

مرحله اول. طرحواره های خانوادگی را تعیین کنید حوزه های تعارض و بدکارکردی هایی که توسط این طرحواره ها ایجاد می شوند را برجسته کنید. می توان طرحواره ها را از طریق مشخص کردن افکار خودکار و با استفاده از فکونی نظیر پیکان وارونه و سؤال های سقراطی آشکار و تعیین کرد . به محض این که این طرحواره ها مشخص شدند، می توان با بدست آوردن موافقت اعضای خانواده آنها را اثبات کرد .

مرحله دوم. طرحواره های خانواده اصلی را پیدا کنید و این موضوع را کشف کنید که این طرحواره ها چگونه کرده تغییر و تکامل پیدا کرده اند. تا یک مکانیزم تفکیک ناپذیر در فرایند خانوادگی باشند. این کار را می توان توسط رجوع به سابقه والدین و سبک های والدینی که والدین آنها در موقع پرورش و تربیت آنها بکار برده اند، انجام داد. شباهت ها و تفاوت ها را باید بین والدین مشخص کرد تا بتوان این موضوع را که آنها چگونه در طرحواره های خانوادگی کنونی خود نقش داشته اند به تصویر کشید .

مرحله سوم. نیاز برای تغییر و اصلاح را گوشزد کنید و نشان دهید که چگونه بازسازی کردن یک طرحواره ممکن است کارکردهای سازش یافته تر و تعاملات هماهنگ تر را تسهیل کند . در این مرحله بسیار اساسی است که خانواده را متقاعد کنید که اصلاح یا تغییر باعث کاهش تنش و سطح تعارض در جو خانوادگی می گردد .

مرحله چهارم. قدرشناسی و همکاری از خانواده را به عنوان یک کل با بیان نیاز به تغییر یا اصلاح در طرحواره های نادرست و نامطلوب برانگیزید موجود . این مرحله برای این که تغییر عملا رخ دهد حیاتی است . این مرحله روش تلاش مشارکتی و توأم با همکاری را بین درمانگر و اعضای خانواده جا می اندازد .

مرحله پنجم. از ظرفیت خانواده برای تغییر یافتن برنامه و راهبردهای برنامه ریزی برای تسهیل آنها ارزیابی به عمل آورید. بسیار مهم است که تعیین کنید که یک خانواده چقدر قادر به تغییر کردن است. وابستگی ها ممکن است شامل میزان هوش، مهارت های مقابله ای و سطح مقاومتی که در خانواده وجود دارد و می تواند سطح تعادل حیاتی را حفظ کند، است .

مرحله ششم. ایجاد تغییر از طریق استفاده از تجارب مشارکتی و توأم با همکاری، ایده های بارش مغزی برای اصلاح باورها و تأکید بر اصلاح نگرش ها و باورهای موجود.

مرحله هفتم. عمل کردن به تغییرات و احساس سرحال بودن و خوب بودن . استفاده از تمرین های خانوادگی و تکالیف در اجرا کردن تغییرات همیشگی و دایمی ضروری است .

مرحله هشتم. استحکام بخشیدن به تغییرات به عنوان یک وسیله دایمی از طریق تمرین کردن آنها و حفظ انعطاف پذیری نسبت به اصلاحات بعدی. در فرایند خانواده درمانی اعضای خانواده به عنوان مشاهده گرانی بسیار قادر به تفسیر و ارزشیابی خود خواهند شد . درمانگر اعضای خانواده را در شناخت فرآیندهای تفکر خود یاری دهد . بدین ترتیب اعضای خانواده با رفتارهای خود چالش پیدا می کنند و دیدگاه متفاوتی در مورد تفکرات و رفتارهای خود و تأثیر آن بر پویایی می های خانواده کسب می کنند. (خدایاری ، ۱۳۸۵)



۴- نتیجه گیری

ورود به مدرسه غالباً زمانی است که برخی مسائل روانشناختی کودک با توجه به شرایط مدرسه بارزتر می نماید. در اکثر موارد تفاوت های رفتار بهنجار به وضوحی که در مورد بزرگسالان تعیین می شوند، در کودکان قابل تفکیک نیست. تمامی کودکان گاهی رفتار غیر انطباقی از خود نشان می دهند و زمانی این رفتار به عنوان یک مسئله ناهنجار تلقی می گردد که به طور تکراری روی دهد و در کارکرد خود و دیگران اختلال ایجاد نماید. همچنین کودکان و نوجوانان دارای مشکلات رفتاری به دلیل فقدان کفایت رفتاری در معرض خطر شکست تحصیلی نیز قرار دارند. لذا آگاهی از میزان شیوع ابعاد مشکلات رفتاری در دانش آموزان می تواند باعث مداخلات و ارائه خدمات زود هنگام شود و از عواقب ناخوشایند و ناشایستی که به دنبال مشکلات رفتاری ایجاد می شود جلوگیری نماید. شیوه درمانی خانواده درمانی مبتنی بر رویکرد شناختی - رفتاری از جمله مداخلت درمان مناسب در جهت کاهش مشکلات رفتاری در دانش آموزان است. رویکرد شناختی - رفتاری به خانواده درمانی بر این باور است که افراد یک خانواده هم از یکدیگر تاثیر می پذیرند و هم بر یکدیگر تأثیر می گذارند. در نتیجه رفتار یکی از افراد خانواده رفتارها، شناخت ها و هیجانات سایر افراد خانواده را تحت تأثیر قرار داده و این به نوبه خود یک مجموعه کامل از شناخت ها، رفتارها و هیجانات را به صورت پاسخ ایجاد می کند. در روش های مبتنی بر رویکرد شناخت رفتاری درمانگری بر نقش فرآیندهای شناختی و متغیرهای محیطی در شکل گیری و نگهداری اختلالات روانی و درمان آنها تأکید می شود در تمامی این روش ها درمانگر به زمان و مکان حاضر که مراجع در آن به سر می برد توجه می کند. نیازهای مراجع شناسایی شده و برنامه های مداخله ای با توجه به آن طراحی می شوند. افزایش مهارت های زندگی، آموزش روش های نظارت بر خود و تبیین رابطه بین تفکر، خلق و رفتار نیز در محور کار درمانگران قرار دارد.

منابع

- برزگر بفروبی، کاظم؛ فرزاد، مطهره. (۱۳۹۴)، روش های شناسایی و درمان کودکان با اختلال نارسایی توجه - بیش فعالی، مجله تعلیم و تربیت استثنایی، سال ۱۵، شماره ۳
- حیدری، مرتضی؛ مرتضایی، هانیه؛ مرتضایی، زینب؛ معصومی، حسن؛ (۱۳۹۴)، اختلالات رفتاری رایج در دانش آموزان ابتدایی و راهکارهای آن، دومین کنفرانس بین المللی روانشناسی، علوم تربیتی و سبک زندگی، دانشگاه تربیت حیدریه
- خدام، حمیرا؛ مدانلو، معصومه؛ ضیایی، طیبیه و کشتکار، عباسعلی. (۱۳۸۸). اختلالات رفتاری و برخی عوامل مرتبط با آن در کودکان سن مدرسه شهر گرگان. پژوهش پرستاری، ۱۴، ۳۷-۲۹.
- خدایاری، محمد. (۱۳۸۵). کاربرد خانواده درمانی شناختی همراه با کاربردپراکتیک در درمان اختلالات روانی تنی. دانشگاه تهران
- سیدموسوی پریسادات، مختارنیا ایرج، کلانتری فاطمه. (۱۳۹۴). خانواده درمانی مبتنی بر رویکرد شناختی - رفتاری در کاهش مشکلات رفتاری نوجوان دارای پدر مبتلا به سوء مصرف مواد: مطالعه موردی رویش روان شناسی، ۴ (۱): ۲۵-۵
- سلطانی، زیبا. (۱۳۹۵). اثربخشی درمان شناختی - رفتاری بر مشکلات رفتاری کودکان خانواده های ناسازگار، کنفرانس سراسری پژوهش های نوین در روانشناسی و علوم اجتماعی، تهران
- علیزاده موسوی، ابراهیم و رضایی دیزبادی، عفت. (۱۴۰۰). اثربخشی خانواده درمانی شناختی رفتاری والدین CBFT بر خودکنترلی دانش آموزان بیش فعال مقطع ابتدایی مشهد، دومین همایش ملی آسیب شناسی روانی، اردبیل
- فرقانی رئیسی، شهلا. (۱۳۷۲)، شناخت مشکلات رفتاری در کودکان و نوجوانان، معاونت پژوهشی وزارت آموزش و پرورش، چاپ اول،



قائم ، هاله ؛ افراشته ، سیما ؛ نامی نظری ، لیلا ؛ کارگریان ، صادق ؛ نجات الاهی ، رقیه . (۱۳۹۷) ، بررسی شیوع اختلالات رفتاری و عوامل مرتبط با آن در دانش آموزان مقطع ابتدایی شهرستان دشتستان ۱۳۹۴ ، مجله علمی دانشگاه علوم پزشکی بیرجند ، ۲۵ (۲) ، ۱۵۱ - ۱۴۲
کرم شائی، آ ؛ عابدی، ا ؛ یارمحمدیان، ا ؛ (۱۳۹۳) ، تحول کارکردهای اجرایی در دختران و پسران پیش دبستانی و دبستانی (۵-۱۲) سال مبتلا به اختلال نقص توجه / بیش فعالی شهر اصفهان ، فصلنامه تازه های علوم شناختی ، دوره ۱۶ ، شماره اول
لطفی نیا ، حسین . (۱۴۰۲) . مقدمه ای بر اصول خانواده درمانی شناختی - رفتاری ، <http://dr-lotfinia.ir/2017/12/30>

Castello, E. J., Burns, B., Anggold, A., & Leaf, P. (1993). **How can epidemiology improvemental helth services of children andadolescents.** *The intervent, Journal of American Academy of Childand Psychiatry*, 32, 1106-1117.

Harland P, Reijneveld SA, Brugman E, Verloove-Vanhorick SP, Verhulst FC., (2002). **Family factors and life events as risk factors for behavioural and emotional problems in children.** *Eur child Adolesc psychiatry*. Aug, 11(4),179-84.