

اثربخشی درمان شناختی رفتاری گروهی بر کاهش پرخاشگری کودکان¹

زهرا رجبی^۲، محودنجنفی^۳، علی محمد رضایی^۴

تاریخ وصول: ۹۱/۱۱/۱۵ تاریخ پذیرش: ۹۲/۳/۲۰

چکیده

مقدمه: هدف این پژوهش بررسی تاثیر درمان شناختی درمانی گروهی در کاهش علائم پرخاشگری کودکان دبستانی بود.

روش: پژوهش حاضر از نوع آزمایشی پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری با گروه کنترل بود. جامعه آماری شامل تمام کودکان (دختر و پسر) دبستان شهر شاهرود در بازه سنی ۷ الی ۱۲ سال بود که در سال تحصیلی ۹۱-۹۰ در دبستان های شهر شاهرود مشغول به تحصیل بودند. شرکت کنندگان به صورت تصادفی در دو گروه ۲۰ نفره قرار گرفتند. گروه درمان به مدت ۱۰ جلسه هفتگی مداخله دریافت کرد. داده ها با پرسشنامه پرخاشگری رابطه ای و آشکار گردآوری و با روش آماری تحلیل واریانس چند متغیری تجزیه و تحلیل شد.

1. این مقاله مستخرج از پایان نامه کارشناسی ارشد روانشناسی عمومی دانشگاه سمنان است.

2. کارشناسی ارشد روان شناسی عمومی دانشگاه سمنان، سمنان، ایران. z.rajaby4@yahoo.com

3. نویسنده مسئول: استادیار، گروه روان شناسی بالینی دانشگاه سمنان، سمنان، ایران. [m_najafi@sun-](mailto:m_najafi@sun-semnan.ac.ir)

semnan.ac.ir

4. استادیار، گروه روانشناسی تربیتی دانشگاه سمنان، سمنان، ایران rezaei_am@yahoo.com

یافته‌ها: نتایج پژوهش نشان داد که درمان شناختی رفتاری گروهی توانسته است باعث کاهش پرخاشگری واکنشی کلامی و رابطه ای در کودکان شود ولی اثری روی پرخاشگری جسمانی نداشته باشد.

نتیجه‌گیری: نتایج پژوهش حاضر نشان داد که بهبود در تمامی مؤلفه‌های پرخاشگری حاصل نشد. اما رضایت بخش بودن درمان شناختی رفتاری گروهی بر کاهش پرخاشگری کودکان دبستانی، می‌تواند راهی مؤثر در بهبود رفتارهای کودکان باشد.

واژگان کلیدی: درمان شناختی رفتاری، پرخاشگری رابطه ای، پرخاشگری آشکار.

مقدمه

در طی سال‌های گذشته یک مجموعه رو به رشد تحقیقات حول محور پرخاشگری^۱ و مشکلات آن در کودکان و نوجوانان در مدرسه اختصاص یافته است. زیرا رفتار پرخاشگرانه می‌تواند در برخی از کودکان در دوران ابتدایی و مدرسه دیده شود (باس و پلامین^۲، ۱۹۷۵). رفتار پرخاشگرانه می‌تواند باعث نتایج منفی از قبیل طرد همسالان و بزه‌کاری در نوجوانی شود (ون لیر، ویتارو و ایزنر^۳، ۲۰۰۷). پرخاشگری ارائه محرک آزارنده از فردی به فرد دیگر است به قصد آزار یا قصد آسیب. زمانی که فرد در حال فرار یا دور شدن از محرک است (گین^۴، ۲۰۰۱). با این حال انواع مختلف پرخاشگری وجود دارد که ممکن است هیچ تعریف واحدی از پرخاشگری نداشته باشد. در واقع پرخاشگری می‌تواند تظاهرات مختلفی به صورت مستقیم یا غیر مستقیم داشته باشد (پولمن^۵، ۲۰۰۸). انواع پرخاشگری، شامل پرخاشگری کلامی، پرخاشگری فیزیکی^۶ در برابر دیگران و پرخاشگری فیزیکی علیه اموال می‌باشد که پرخاشگری

-
1. aggression
 2. Buss & Plomin
 3. Vanlier, Vitaro & Eisner
 4. Geen
 5. Polman
 6. physical aggression

لفظی^۱ یا کلامی ممکن است با یا بدون حمله فیزیکی به دیگران رخ دهد (جندریو و آرچر^۲، ۲۰۰۵).

با این حال پرخاشگری غیر مستقیم بدون هر گونه حمله فیزیکی اما با صدمه زدن به دیگران از نوع شایعه^۳ اجتماعی، غیبت، تهدید و محرومیت اجتماعی به منظور آسیب رساندن به رابطه‌ها می‌باشد (جندریو، آرچر، ۲۰۰۵). رفتار پرخاشگرانه می‌تواند از طریق دو تابع زیر بنایی توضیح داده شود. پرخاشگری واکنشی^۴ و فعال^۵ (فیت، استوپل بین، گرینینگ^۶، ۲۰۰۹). با توجه به این ایده پرخاشگری واکنشی می‌تواند با نظریه سرخوردگی و خشم^۷ نیز توضیح داده شود از این نظر پرخاشگری واکنشی عملی است که با یک تحریک مثل توهین^۸ و یا حمله فعال می‌شود و در نتیجه ممکن است در عمل به صورت حالت دفاعی یا عصبانیت نشان داده شود (گین، ۲۰۰۱). از طرف دیگر پرخاشگری فعال به عنوان یک رفتار تهاجمی است که بدون تحریک فوری تعریف شده اما با انگیزه‌هایی مثل تسلط برای بدست آوردن اموال و یا اهداف این چنینی دیگر (پولمن، ۲۰۰۸). پرخاشگری دوران کودکی و خردسالی پیش بینی کننده رفتارهای پر خطر بعدی است زیرا این رفتارها می‌تواند رفتارهای بزهکاری، سوء مصرف مواد، افسردگی و افت تحصیلی را در آینده پیش بینی کند (واحدی، فتحی آذر، حسینی، ۱۳۸۷). با توجه به این که کودکان در قرن بیست و یکم در معرض تاثیرات نامطلوب رسانه‌ها و چالش‌های بیشتر در مقایسه با کودکان در دهه‌های گذشته می‌باشند کودکان در این دوره خود را بیشتر در معرض انواع مختلف خشونت در جامعه همسالان و خانواده و می‌بینند (لن، چونگ عبدا...، روزلن^۹، ۲۰۱۰). علاوه بر این تعداد بازداشت کودکان و نوجوانان سنین ۷ الی

-
1. verbal aggression
 2. Gendreau & Archer
 3. gossiping
 4. reactive aggression
 5. proactig,
 6. Fite, Stoppelbein, & Greening
 7. frustration-anger theory
 8. insult
 9. Lan, Chong Abdullah & Roslan

۱۸ سال در سال ۲۰۱۰ در کشورهای توسعه یافته رو به افزایش می باشد، بنابراین فقدان اقدامات لازم برای دخالت و غلبه بر این مشکلات اجتماعی می تواند به صورت یک کاتالیزور به سوء رفتار و صدمه به دیگران بیانجامد و باورها و فرض های مختلف را در مورد درک از پرخاشگری در کودکان بوجود بیاورد (ماتیوز^۱، ۲۰۰۱). همچنین با توجه به این که کودکان پیوند ابتدایی و حیاتی خود را از خانواده آغاز می کنند اگر خانواده خود قادر به درک مسئولیت و حل مشکلات اجتماعی نباشد، می تواند تاثیر آن در شکل گیری شخصیت فرد و توسعه رفتارهای پرخاشگرانه بیانجامد (پارکر، بارت، هسکی^۲، ۱۹۹۲).

رفتار پرخاشگرانه رایج در میان کودکان در حال حاضر چالش عمده ای در مدارس ایجاد کرده است این مشکلات رفتاری مانند تمایلات مخرب، نزاع^۳، نافرمانی^۴ مربوط به این گونه رفتار می باشد (لوربر، بارک، لی هی، و نترز، زرا^۵، ۲۰۰۰). رفتار پرخاشگرانه می تواند توسط یک فرد یا یک گروه نشان داده شود و یا می تواند یک فرد یا یک گروه را هدف قرار دهد. علاوه بر این برای رهبری کردن یا کنترل تهدیدهای فیزیکی رفتارهای پرخاشگرانه به طور عمومی نیاز به یک قربانی^۶ دارد که این قربانی می تواند تاثیر منفی بر پرورش شخصیت داشته باشد (ترمبلی^۷ و همکاران، ۲۰۰۴).

یکی از دلایل اصلی مراجعه کودکان به مراکز مشاوره و روان درمانی رفتارهای پرخاشگرانه می باشد (آرم بستر، سوخودولوسکی، میشل سن^۸، ۲۰۰۱). با توجه به رویکردهای مختلف در زمینه خشم و پرخاشگری درمان های مختلفی نیز ارائه شده است، یکی از تکنیک های موثر شناختی که به افراد از جمله کودکان در مدیریت رفتارهای پرخاشگرانه

-
1. *Matthews*
 2. *Parker, Barrett & Hickie*
 3. *quarreling*
 4. *disobedience*
 5. *Loeber, Burke, Lahey, Winters & Zera*
 6. *victim*
 7. *Tremblay*
 8. *Armbruster, Sukhodolsky & Michalsen*

کمک می کند آموزش مهارت حل مسأله^۱ است. حل مسأله یک روند رفتاری شناختی است که طی آن فرد تلاش می کند تا راه حل مناسب و مؤثر جهت حل مشکلات که هر روز با آن مواجه می شود، بیابد (نزو^۲، ۲۰۰۰). درمان دیگر می تواند درمان دارویی برای کنترل خشم و پرخاشگری باشد که از آن جمله آنها می توان به استفاده از اولانزاپین^۳ (ماسی^۴ و همکاران، ۲۰۰۶)، متیل فنیدیت^۵، و ریسپریدون^۶ (فیندلینگ^۷، ۲۰۰۳) اشاره نمود. در یک مطالعه بر روی نوجوانان پرخاشگر، اثربخشی جلسات ۲۰ دقیقه‌ای ماساژ درمانی در کاهش در اضطراب، خصومت و پرخاشگری به تایید رسیده است (دیگو، فیلد، هرناندز-ریف، شاو، راثه، کاستلانوس^۸، ۲۰۰۲ نقل از فیلد، دیگو، هرناندز-ریف، ۲۰۰۷). سمیجسترز و کلون^۹ (۲۰۰۶) از ابزارها و فنون درمان استفاده نموده و اثربخشی آن را تایید می کنند.

برنمن و میتلمن و بیر^{۱۰} (۲۰۰۷) نیز در پژوهشی دریافتند فنون آرامش و آرمیدگی همراه با سایر فنون درمانی می تواند به کودکان کمک کند تکانه های پرخاشگرانه خود را مدیریت نموده و از موقعیت های بحرانی که ممکن است در نتیجه پرخاشگری به وجود آیند پیشگیری و جلوگیری نماید.

در سال های اخیر، درمان شناختی رفتاری^{۱۱} با مراجعان کودک و نوجوان توجه و حمایت چشمگیری را از جانب محققین و بالینگران دریافت کرده است. این روش درمانی تاکنون در مورد مشکلات و اختلالات مختلف کودک و نوجوان از جمله افسردگی، اضطراب، خشم و

-
1. *problem-solving skill*
 2. *Nezu*
 3. *olanzapine*
 4. *Masi*
 5. *methylphenidate*
 6. *risperidone*
 7. *Findling*
 8. *Field, Hernandez-Reif, Shaw, Rothe & Castellanos*
 9. *Smeijsters & Clevel*
 10. *Bornmann, Mitelman & Beer*
 11. *cognitive-behavior therapy*

پرخاشگری، اختلالات خوردن و غیره بکار گرفته شده است (اولندیکو کینگ^۱، ۲۰۰۴). درمان شناختی رفتاری، نه تنها در مورد مشکلات و اختلالات بسیاری بکار گرفته شده بلکه این مداخلات در محیط‌های مختلفی که کودکان و نوجوانان به آنجا رفت و آمد دارند نیز مورد استفاده قرار گرفته است (کریستر، استیوارت، و فریمن^۲، ۲۰۰۷).

بسیاری از منابع درمان شناختی رفتاری کودکان اغلب متمرکز بر مداخلات و روان‌درمانی‌های فردی است، با این حال بسیاری از متخصصان این رشته با محدودیت‌های زمانی و نیز تعداد زیاد مراجعین مواجه می‌باشند. به خاطر همین موضوع، درمانگران در جستجوی روش‌های درمانی جایگزین و از لحاظ زمانی مقرون به صرفه می‌باشند تا در مورد کودکان و نوجوانان اعمال نمایند (کریستر و همکاران، ۲۰۰۷). فریمن، پرتزر، فلمینگ و سیمون^۳ (۲۰۰۴) پیشنهاد می‌کنند که درمان شناختی رفتاری گروهی می‌تواند یک جایگزین طبیعی، و در برخی موارد، یک مداخله تکمیلی بر درمان فردی باشد. شواهد بسیار و فزاینده‌ای در مورد اثربخشی درمان شناختی رفتاری گروهی وجود دارد و نتایج مثبتی نیز برای شماری از مشکلات نوجوانان از جمله خشم و پرخاشگری (فیندلرو اکتون^۴، ۱۹۸۶؛ لارسن و لاچمن^۵، ۲۰۰۲)، افسردگی (کلارک، روهد، لوینسون، هاپز، سیلی^۶، ۱۹۹۹)، اضطراب (فلاتری-شروودرو کندال^۷، ۲۰۰۰؛ گینسبرگ، سیلورمن، و کرتینز^۸، ۱۹۹۵) وجود دارد.

بر این اساس، سؤال اصلی پژوهش حاضر این است که آیا آموزش شناختی رفتاری گروهی می‌تواند باعث کاهش پرخاشگری کودکان دبستانی گردد؟

-
1. Ollendick & King
 2. Christner, Stewart & Freeman
 3. Pretzer, Fleming & Simon
 4. Findler & Ecton
 5. Larsen & Lochman
 6. Clarke, Rohde, Lewinsohn, Hopz & Seeley
 7. Flannery-Schroeder & Kendall
 8. Ginsburg, Silverman & Kurtines

روش پژوهش

پژوهش حاضر از نوع طرح آزمایشی پیش آزمون و پس آزمون با گروه کنترل می باشد. جامعه آماری این پژوهش را تمام کودکان (پسر و دختر) دبستانی شهرستان شاهرود با دامنه سنی ۷ الی ۱۲ سال که در سال ۹۰-۹۱ مشغول به تحصیل بودند تشکیل دادند. نمونه گیری پژوهش بدین صورت بود که ابتدا پرسشنامه پرخاشگری رابطه ای و آشکار شهیم در بین کودکان دبستانی شهرستان شاهرود توزیع گردید و این پرسشنامه ها توسط معلمان تکمیل شد. و کودکانی که نمره آنها در پرسشنامه پرخاشگری یک انحراف معیار بالاتر از میانگین بود به عنوان کودکان پرخاشگر انتخاب شدند. از میان این کودکان ۴۰ کودک دختر و پسر پرخاشگر به صورت تصادفی و به علت نبودن فضای کافی و شرایط زمانی مناسب به عنوان نمونه آماری انتخاب گردیدند و با احراز ملاک های ورود به پژوهش، به صورت تصادفی در دو گروه ۲۰ نفره آزمایش و کنترل قرار گرفتند. ملاک های ورود به پژوهش، شامل عدم وجود بیماری روانپزشکی، عدم شرکت در برنامه های درمانی دیگر به صورت همزمان، رضایت والدین، عدم غیبت در کلاس تا پایان دوره درمان و مرحله پیگیری بود.

ابزار

پرخاشگری رابطه ای و آشکار شهیم: این پرسشنامه دارای ۲۱ گویه در زمینه پرخاشگری رابطه ای و آشکار با چهار گزینه بندرت (۱ نمره)، یک بار در ماه (۲ نمره)، یک بار در هفت (۳ نمره)، اغلب روزها (۴ نمره) می باشد. این پرسشنامه توسط معلم تکمیل می شود و پرسش ها طوری تنظیم شده اند که دربرگیرنده درجات متفاوتی از شدت بروز پرخاشگری است و بر اساس میزان بروز رفتار درجه بندی می شوند. این پرسشنامه دارای سه زیر مقیاس پرخاشگری جسمانی (۷ گویه)، پرخاشگری واکنشی کلامی و بیش فعال (۶ گویه) و پرخاشگری رابطه ای (۸ گویه) می باشد. نقطه برش برای تشخیص کودک پرخاشگر در هر زیر مقیاس، یک انحراف معیار بالاتر از میانگین است. ضریب آلفای کرونباخ برای کل پرسشنامه ۰/۹۱ و بسیار مطلوب

است. ضریب آلفای کرونباخ برای پرخاشگری جسمانی، رابطه‌ای، و واکنشی کلامی به ترتیب ۰/۸۵، ۰/۸۹، و ۰/۸۳ است (شهیم، ۱۳۸۵).

روند اجرای پژوهش

شرایط ورود به مطالعه کودکانی بودند که نمره پرخاشگری مورد نظر را کسب کرده بودند. دامنه سنی بین ۷ الی ۱۲ سال بود و پرسشنامه پرخاشگری در سه مرحله پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری انجام شد. جلسه پیگیری یک ماه بعد از اتمام جلسات درمانی در طی ده جلسه هفتگی به صورت گروهی انجام گرفت و اعضای گروه کنترل در لیست انتظار باقی ماندند. روش درمانی که در این پژوهش بر اساس دستورالعمل لوری سیلر (۲۰۰۸) انجام شد یک درمان شناختی رفتاری برای کودکان ۷ تا ۱۴ سال می باشد.

محتوای جلسات به شرح زیر می باشد:

جلسه اول: معرفی اعضا با یکدیگر، آغاز یادگیری درباره احساسات و نیز انجام هدف گذاری.
جلسه دوم: آموزش درباره احساسات مختلف، توجه به احساس دیگران با نگاه به حالات چهره و زبان بدن آنها، آموزش درباره تغییر احساسات در طول روز و همه روزه.
جلسه سوم: آگاهی از تغییرات فیزیکی در بدن، آموزش درباره ارتباط بین نشانه های بدنی و شیوه تفکر، احساس و رفتار.
جلسه چهارم: کمک به تشخیص افکار، آموزش درباره چگونگی تاثیر افکار ما بر احساسات و اعمال ما.

جلسه پنجم: ادراک ارتباط بین افکار، احساسات، نشانه های بدنی و اعمال، مشاهده چگونگی اثر گذاری تغییر درافکار، احساسات، نشانه های بدنی یا اعمال بر دیگر پیوندها.
جلسه ششم: آموزش امکان وجود شیوه های فکری متفاوت با شیوه فکری خود ما، آموزش سؤالاتی که ما را در فهم بهتر موضوعات نگران کننده ذهنمان یاری می کنند.

۲/۴۰	۱۵/۱۰	۱/۸۱	۱۴/۶۵	۳/۶۱	۱۷/۰۰	واکنشی کلامی	کنترل
۳/۲۹	۱۹/۶۰	۳/۲۳	۱۷/۴۵	۵/۶۳	۲۲/۹۵	رابطه ای	

با توجه به این که در این پژوهش تفاوت های گروهی کودکان پرخاشگر گروه آزمایش و کنترل بر اساس سه متغیر وابسته صورت گرفت برای تحلیل داده ها از آزمون تحلیل کواریانس چند متغیره (مانکووا) استفاده شد. نتایج تحلیل کواریانس چند متغیری برای مقایسه میانگین های پرخاشگری در پس آزمون و پیگیری در جدول ۲ ارائه شده است.

جدول ۲. تحلیل کواریانس چند متغیری برای مقایسه میانگین های پرخاشگری در پس آزمون و پیگیری

نام آزمون	مقدار	<i>F</i>	درجه آزادی	درجه آزادی خطا	سطح معناداری	
اثر بیلابی	۰/۷۳	۱۳/۷۷	۶	۳۰	۰/۰۰۱	گروه
لامبدای ویلکر	۰/۲۶	۱۳/۷۷	۶	۳۰	۰/۰۰۱	
اثر هاتلینگ	۲/۷۵	۱۳/۷۷	۶	۳۰	۰/۰۰۱	
بزرگترین ریشه روی	۲/۷۵	۱۳/۷۷	۶	۳۰	۰/۰۰۱	

با توجه به داده های جدول ۲ میانگین نمرات پرخاشگری دو گروه آزمایش و کنترل در مراحل پس آزمون و پیگیری حداقل در یکی از مقیاس های پرخاشگری تفاوت معناداری با یکدیگر دارد. برای بررسی دقیق تر، نتایج تحلیل کواریانس در تفاوت بین دو گروه آزمایش و کنترل در هر یک از مؤلفه های پرخاشگری در جدول ۳ ارائه گردیده است.

جدول ۳. نتایج تحلیل کواریانس تفاوت میانگین پرخاشگری جسمانی، رابطه ای و واکنشی کلامی در دو

گروه پس آزمون و پیگیری

متغیرهای وابسته	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	<i>F</i>	سطح معناداری	
پیش آزمون	۰/۰۰۷	۱	۰/۰۰۷	۰/۰۰۱	۰/۹۷	پر خاشگری
عضویت گروهی	۹/۳۸	۱	۹/۳۸	۱/۵۸	۰/۲۱	جسمانی

کاهش پرخاشگری در گروه آزمایشی نسبت به گروه کنترل شده است. نتایج این پژوهش در مؤلفه های پرخاشگری رابطه ای و واکنشی کلامی با پژوهش های لارسن و لاجمن، (۲۰۰۲)؛ گلن، اسپیلنز، ماسک، مسفال^۱، (۲۰۰۷)؛ لارا، فارل، بوشن^۲، (۲۰۱۰)؛ دینا، هیرشلف، ماسک، هنین، بلکلی^۳، (۲۰۱۰)؛ غفوری و تراسس (۲۰۰۴) همخوانی دارد. همچنین در مؤلفه پرخاشگری جسمانی با پژوهش های فتحی آذر و همکاران (۱۳۸۵)؛ بهرامی (۱۳۸۴)؛ صادقی، احمدی و عابدی (۱۳۸۱)؛ تایلر (۲۰۰۵)؛ سوخودلسکی، کاسینو و جرمن^۴ (۲۰۰۴)؛ اوزاباسی^۵، (۲۰۱۰)؛ در تناقض می باشد. پرخاشگری مجموعه ای بسیار وسیع از رفتارهای متنوع و ناهمگون است. شناخت دقیق پرخاشگری و نمودهای ظاهری و نیز علل زیر بنایی آن گامی مهم در انتخاب مداخلات و درمان مناسب می باشد. به طور کلی یافته های بدست آمده از این پژوهش نشانگر آن می باشد که درمان شناختی رفتاری می تواند به عنوان یک راه حل درمانی مناسب جهت ایجاد تغییرات مثبت بر افکار و هیجانات و به دنبال آن رفتارهای کودکان پرخاشگر ۷الی ۱۲ ساله در هر دو جنس دختر و پسر باشد و مورد استفاده قرار بگیرد.

برگزاری جلسات درمانی موجب کاهش نمره پرخاشگری کودکان دبستانی گردیده است. درخصوص مؤلفه های پرخاشگری، پرخاشگری جسمانی با این که کاهش نمره داشته ولی از نظر آماری معنی دار نبوده است. پرخاشگری فیزیکی یا جسمانی شامل رفتارهایی نظیر زدن، هل دادن، لگدزدن، پرتاب اشیاء و تهدید به انجام این اعمال می باشد که به طور مستقیم موجب آزار دیگران می شود (شهیم، ۱۳۸۵). از علل عدم تغییر پرخاشگری جسمانی در کودکان می توانیم به حضور دو جنس در گروه تحقیق اشاره کرد. بنابر تحقیقات انجام شده در بین کودکان، بیشترین گروه پرخاشگر مربوط به دختران با پرخاشگری رابطه ای است این درحالیست که دختران پرخاشگری آشکار و جسمانی بسیار کمی را از خود نشان می دهند

-
1. Glen, Spielmans, Pasek & Mcfall
 2. Lara, Farrel & Boschen
 3. Dina, Hirshfeld, Masek, Henin & Blakely
 4. Sukhodolsky, Kassinoe & Gorman
 5. Ozabaci

پرخاشگری کلامی واکنشی و بیش فعال از موارد دیگر پرخاشگری بود که مورد بررسی قرار گرفت. این پرخاشگری به معنی پاسخ دفاعی به محرک های ادراک شده مبنی بر تهدید یا محرک های تحریک کننده توأم با دشمنی تعریف شده است (داج و کوی^۱، ۱۹۸۷ به نقل از شهیم، ۱۳۸۶). پرخاشگری واکنشی دربرگیرنده واکنش های تکانشی و پرخاشگری بیش فعال دربرگیرنده رفتارهای کنترل شده توأم با عناد می باشد. نتایج حاصل نشان داد که اجرای ده جلسه ای درمان شناختی رفتاری منجر به بهبود پرخاشگری کودکان پرخاشگر دبستانی شده است. با توجه به گفته های قبلی، پرخاشگری واکنشی کلامی و بیش فعال یکی از عوامل استخراج شده از پرخاشگری آشکار است. اگر چه در این پژوهش عامل دیگر پرخاشگری آشکار یعنی پرخاشگری جسمانی بهبودی را نشان نداد اما کاهش چشمگیر نمرات پرخاشگری واکنشی کلامی و بیش فعال، نشان دهنده تأثیر درمان شناختی رفتاری بر پرخاشگری آشکار نیز می باشد.

پژوهش حاضر محدود به کودکان دبستانی از مناطق شهری بود. همچنین مدت پیگیری کوتاه بود و امکان بررسی اثربخشی در طولانی مدت به صورت پیگیری نبود. پیشنهاد می شود در پژوهش های آتی اثربخشی این روش بر سایر مشکلات رفتاری کودکان در کنار سایر درمان های دیگر مورد بررسی قرار گیرد.

منابع فارسی

- بهرامی، فاطمه. (۱۳۸۴). کارآیی آموزش حل مساله در کاهش پرخاشگری دختران دانش آموز. *مجله اندیشه رفتار*. ۱۱(۴)، ۲۶۹-۴۷۶
- شهیم، سیما. (۱۳۸۶). پرخاشگری رابطه ای در کودکان پیش دبستانی. *مجله روانپزشکی و روان شناسی بالینی ایران*. ۱۳ (۳)، ۲۷۱ - ۲۶۴.

- Field, T., Diego, M., & Hernandez-Reif, M. (2007). *Massage therapy research. Developmental Review, 27*, 75-89.
- Flannery-Schroeder, E. C., & Kendall, P. C. (2000). *Group and individual cognitive-behavioral treatments for youth with anxiety disorders: A randomized clinical trial. Cognitive Therapy and Research, 24*, 251-278.
- Freeman, A., Pretzer, J., Fleming, B., & Simon, K. M. (2004). *Clinical applications of cognitive therapy. New York: Plenum*
- Geen, R. G. (2001). *Human aggression (2nd Ed.). Buckingham: Open University Press.*
- Gendreau, P. L. & Archer, J. (2005). *Subtypes of aggression in humans and animals. In R.E. Tremblay, W.W. Hartup, & J. Archer (Eds.), Developmental origins of aggression (pp. 25-46). New York, NY: Guilford Press.*
- Ginsburg, G. S., Silverman, W. K., & Kurtines, W. K. (1995). *Family involvement in treating children with phobia and anxiety disorders: A look ahead. Clinical Psychology Review, 15*, 457-473.
- Ghafoori, B. & Tracz, S. M. (2004). *Cognitive-Behavioral Therapy as A Clinical Intervention for Childhood Disruptive Behaviours: A Meta-Analysis. Journal and violent behavior. 10*, 31-43.
- Glen, I., Spielmans, F., Pasek, J., Mcfall. (2007). *what are the active ingredients cognitive and behavioral psychotherapy for anxious and depressed children? A Meta analytic review. Clinical Psychology Review, 27(5)*, 642-654
- Holline, R., McGuire, J., Hounsome, R. M. (2008). *Cognitive skills behavioral programs for offenders in the community: A reconviction analysis. Criminal Justice and Behavior Journal, 35 (3)*, 269-238.
- Farrell, L. J., Schlup, B., Boschen, M. J. (2010). *Cognitive-behavioral treatment of childhood obsessive-compulsive disorder in community-based clinical practice: clinical significance and benchmarking against efficacy. Behaviour Research and Therapy, 48(5)*, 409-417
- Lana, K. L., Chong Abdullaha., M, Roslana, S. (2010). *Understanding Media Violence and the Development of Aggressive Behaviour of School Children. (International Conference on Learner Diversity). Procedia Social and Behavioral Sciences, 7*, 522-527
- Loeber, R., Burke, J. D., Lahey, B. B., Winters, A., Zera, M. (2000). *Oppositional defiant and conduct disorder: a review of the past 10 years, part I. Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 39(12)*, 1468-84.
- Larson, J., & Lochman, J. E. (2002). *Helping schoolchildren cope with anger: A cognitive behavioral intervention. New York: Guilford.*
- Lochman, J. E., Dunn, S. E., & Wagner, E. E. (1997). *Anger. In G. Bear, K. Minke, & A. Thomas (Eds.), Children's needs II. Washington, D.C.: National Association of School Psychology.*
- Matthews, D. J. (2001). *Summary of Tremblay, R. E. (May 2001). Origins, Development, and Prevention of Aggressive Behaviour. Summary of paper presented at the WebForum 2001: Millennium Dialogue on Early Child*

