

## اثربخشی بازی درمانی به شیوه شناختی-رفتاری مایکنبام در کاهش کمروبی و گوشه گیری اجتماعی دانش آموزان دبستانی

مهدی غیائی زاده<sup>\*۱</sup>

(۱) گروه روان شناسی عمومی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد اهواز

تاریخ پذیرش: ۹۲/۳/۱۱

تاریخ دریافت: ۹۰/۷/۲۴

### چکیده

**مقدمه:** یکی از مشکلات عمده که تأثیر بازدارنده و مهم بر کارآمدی و پویایی کودکان و نوجوانان دارد، کمروبی است. از علل عمده کمروبی شناخت های آسیب دیده یا پردازش های شناختی نابهنجار در کودکان است. یکی از مداخلات درمانی مؤثر در کاهش کمروبی کودکان بازی درمانی است. لذا این پژوهش با هدف تعیین اثر بخشی بازی درمانی به شیوه شناختی-رفتاری مایکنبام در کاهش کمروبی و گوشه گیری اجتماعی انجام شد.

**مواد و روش ها:** در این پژوهش تجربی از نوع پیش آزمون-پس آزمون با گروه کنترل تعداد ۵۰ دانش آموز پسر سال اول و دوم دبستان که در سال تحصیلی ۹۰-۸۹ در شهر ملکشاهی (استان ایلام) مشغول به تحصیل بودند، به شیوه نمونه گیری خوشه ای چند مرحله ای انتخاب شدند. چک لیست رفتاری کمروبی به عنوان ابزار پژوهش قبل و بعد از اجرای متغیر مستقل (بازی درمانی شناختی-رفتاری) اجرا گردید و سپس داده های به دست آمده با استفاده از روش های آمار توصیفی و آمار استنباطی تحلیل کوواریانس (ANCOVA) مورد تحلیل قرار گرفت. جهت بررسی اثربخشی مداخلات درمانی مایکنبام در کاهش کمروبی و گوشه گیری اجتماعی دانش آموزان دبستانی از تحلیل کوواریانس استفاده شد.

**یافته های پژوهش:** نتایج نشان داد که دو گروه در شرایط پیش از درمان تفاوت قابل توجهی در میزان کمروبی و گوشه گیری اجتماعی نداشتند. در حالی که پس از مداخله (بازی درمانی مایکنبام) مقدار  $F(69.247)$  مشاهده شده در سطح  $0.05/$  معنی دار بود. هم چنین میانگین نمره کلی کمروبی و گوشه گیری اجتماعی بر اساس چک لیست رفتاری کمروبی در تمام شاخص ها، پس از انجام بازی درمانی با رویکرد شناختی-رفتاری مایکنبام نسبت به قبل از انجام مداخله، معنادار است. ( $P < 0.05$ )

**بحث و نتیجه گیری:** بازی درمانی به شیوه شناختی-رفتاری مایکنبام در کاهش کمروبی و گوشه گیری اجتماعی و درمان دانش آموزان دبستانی مؤثر است.

**واژه های کلیدی:** بازی درمانی شناختی-رفتاری، کمروبی، گوشه گیری اجتماعی، رویکرد مایکنبام

\* نویسنده مسئول: گروه روان شناسی عمومی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد اهواز

## مقدمه

یکی از مشکلات عمده که تأثیر بازدارنده و مهمی بر کارآمدی و پویایی کودکان و نوجوانان دارد و از شکل گیری سالم هویت و نیز شکوفایی استعدادها و قوای فکری و عاطفی در آنان جلوگیری می کند، مشکل برقراری ارتباط اجتماعی در کودکان و نوجوانان است. عده‌ای از آن‌ها توانایی برقراری ارتباط صحیح با دیگران برخوردار نیستند، (۱). کمروبی (Shyness) به عنوان یک پدیده پیچیده و مرکب ذهنی، روانی و اجتماعی تعریف شده است که با اضطراب در موقعیت های اجتماعی، بازداری اجتماعی یا رفتارهای بین فردی ناشی از نگرانی درباره ارزیابی بین فردی مشخص می شود. اگر چه تعاریف متعددی از کمروبی ارائه شده است ولی کمروبی عموماً به عنوان ناراحتی و بازداری در غیاب افراد دیگر تعریف شده است، (۲،۳). چیک و باس کمروبی را به عنوان واکنش های منفی فرد به بودن با غریبه ها یا آشنایان سببی تعریف کرده اند، (۴). این واکنش ها شامل تنش، نگرانی، احساس های غیرماهرانه و ناراحت کننده، نگاه از روی نفرت و بازداری رفتار اجتماعی است. باس در سال ۱۹۸۰ دریافت که افراد کمرو فاقده مهارت اجتماعی و عزت نفس هستند ولی درعین حال به شدت مایلند خودشان را به عنوان انسان های اجتماعی بشناسند. در نتیجه در روابط بین فردی غیرماهرانه عمل می کنند. کمروبی اساساً رفتاری اکتسابی و آموخته شده است و برای درمان و برطرف کردن آن باید یادگیری زدایی (Unlearning) صورت گیرد و رفتار تازه و مطلوب اجتماعی در فرد فراگیر شود، (۵). اگر در مورد رفتار غیراجتماعی این قبیل افراد چاره ای اندیشیده نشود فرد دچار استرس های شدید شده و احتمالاً خطرناکترین و حادثترین وضع را برای ابتلا به بیماری های شدید روانی مانند اسکیزوفرنی و یا افسردگی خواهد داشت، (۶). کمروبی یک مشکل فردی بی سروصدا می باشد و چنان شایع گشته که می توان آن را یک بیماری اجتماعی نامید. زیرا کمروبی موجب اضطراب اجتماعی، هراس اجتماعی، عدم اعتماد به نفس، نداشتن مهارت های اجتماعی و عدم سازگاری

با جمع می شود، (۷). کمروبی یک ناتوانی و معلولیت فراگیر اجتماعی است که به نظر می رسد علایم آن با فویبای (ترس) اجتماعی هم پوشانی دارد و تقریباً ۱۸ تا ۴۹ درصد افراد کمرو دارای ملاک های تشخیص فویبای اجتماعی هستند، (۸). با در نظر گرفتن این داده ها، توافق کلی بر این است که جداسازی سازه های کمروبی، فویبای اجتماعی و اضطراب اجتماعی دشوار است و این سازه ها از نشانه های هم پوش برخوردارند، (۹). در هر جامعه ای درصد قابل توجهی از کودکان، نوجوانان و بزرگسالان با این اختلال رفتاری و بازداری رشد شخصیت اجتماعی مواجه هستند. در بسیاری از مواقع کمروبی، اصلی ترین مانع شکوفایی قابلیت ها، خلاقیت ها و ایفای مسئولیت ها است، (۱۰). زیمباردو بر این باور است که کمروبی یک توجه افراطی به خود، اشتغال ذهنی به افکار، احساسات و واکنش های جسمانی خود است که می تواند حداقل شامل یک ناراحتی اجتماعی ضعیف تا یک ترس اجتماعی بازداری و شدید باشد، (۳). زیمباردو هم چنین بر این باور است که کمروبی احتیاط مفرط در روابط بین فردی است و افراد کمرو به ویژه از ابراز وجود می هراسند، درباره شیوه واکنش دیگران به خود بسیار حساسند و به سرعت دستپاچه می شوند و نشانه های جسمانی اضطراب مانند بالا رفتن ضربان قلب، سرخ شدن چهره و ناراحتی معده را تجربه می کنند، (۷). کیت معتقد است که بسیاری از افراد کمرو به جنبه منفی شخصیت خود زیاد توجه دارند، آن ها نقاط ضعف را بزرگ و نقاط قوت را کم ارزش می دانند، (۱۱). افراد کمرو نه تنها تصویری منفی از خود در ذهن دارند، بلکه درباره خود به قضاوت های غیرطبیعی می پردازند و احساس می کنند دیگران آن ها را قبول ندارند، (۱۲). یکی از مشکلاتی که اغلب کودکان و نوجوانان در ذهن دارند احساس خجالت و کمروبی است. کمروبی به مفهوم احساس ناراحتی از بودن در جمع است، (۱۱). چیک و باس در مطالعات خود به این نتایج دست یافتند که کمروبی با مردم آمیزی پایین یکسان نیست. در حالی که مردم آمیزی با دیگران به صورت یک برتری در مقابل تنهایی است. چیک و باس کمروبی را برابر

خود آگاهی از تنش در حضور دیگران می دانند که یکی از مهم ترین علائم تشخیص آن می تواند اضطراب ذهنی و اجتناب از رفتار اجتماعی باشد، (۱۳). تعداد روز افزون افرادی که در ارتباط با دیگران مشکل دارند، افرادی که دستخوش ترس از برخوردهای اجتماعی و کمرویی اند، افرادی که هنگام ورود به جمع نمی دانند چه بگویند و چگونه رفتار کنند و احساس ناتوانی برای گفتگو با مردم و عدم همکاری با آن ها و نیز ناتوانی در تصمیم گیری برای مسائل روزمره دارند، همه باعث شیوع اضطراب، افسردگی و انزوای اجتماعی خواهد شد. این مسائل خود باعث طرد از اجتماع و تکرار چرخه ای معیوب می شود، (۱۰). در حال حاضر، برای تبیین رشد و تداوم کمرویی از نوعی مدل های شناختی که بر نقش شناخت ها و پاسخ های ناسازگارانه در فراخوانی این تجربه تأکید می کنند، استفاده شده است، (۱۴، ۱۵، ۱۶). طبق دیدگاه های نظری، این افراد الگوی منحصر به فردی از شناخت را که در جهت حفظ سطح اضطراب و رفتار بازداری شده عمل می کند، نشان می دهند و به این باور می رسند که دیگران خیلی ارزیابی کننده و انتقادی هستند. اگر چه در متونی که درباره کمرویی نوشته شده، به نقش الگوهای شناختی در کمرویی پرداخته شده، اما نقش شناخت های بدکارکردی (Dysfunctional) به ویژه در روابط بین فردی هنوز نامعلوم است. دیده شده که پیروی از الگوهای تفکر بسیار خشک، غیرمنطقی و مطلق در روابط بین فردی منجر به اختلال در تعاملات می شود، (۱۷). از این رو پژوهشگران معتقدند که کمرویی یک پدیده اجتماعی و بین فردی است، (۱۸)، و باید در یک بافت تعاملی از شناخت های تحریف شده مربوط به ارتباط عمومی و نگرانی از ارزیابی اجتماعی مورد بررسی قرار گیرد، (۴). از این رو می توان گفت که ارزشمندی و عزت نفسی که فرد برای خویش قائل است می تواند رابطه نزدیکی با کمرویی و باورهای بد کارکردی داشته باشد. بنا بر این، انسان هایی که اضطراب و گوشه گیری اجتماعی را تجربه می کنند طرحواره هایی خشک مانند کمال گرایی و انتظارات غیرواقعی دارند، (۲۰، ۱۹)، و نگران به دست آوردن تأیید از سوی دیگران هستند، (۲۱). در این زمینه پژوهشگران

معتقدند که انسان های کمرو ممکن است برای جامعه پذیری و هماهنگ شدن در یک رابطه خاص، انتظارات غیرواقعی و بالایی داشته باشند. علاوه بر این، مطالعات نشان داده اند که انسان های کمرو برای به حداقل رساندن طردشدگی، از موقعیت های اجتماعی اجتناب می کنند، (۲۲). این افراد که نگرانی ارزیابی اجتماعی دارند فقط زمانی وارد چرخه تعاملی می شوند که احساس امنیت کنند، (۲۳). نقش فرهنگ را نیز می توان در شکل گیری کمرویی در فرهنگ های غربی که فردگرایی و مستقل بودن را تشویق می کنند و در فرهنگ های آسیایی که بیشتر بر جهت گیری جمع گرا، احترام به قدرت و وابسته به هم بودن تأکید می کنند، مشاهده کرد، (۲۴). در زمینه علل به وجود آورنده گوشه گیری و کمرویی نظریه های بسیاری وجود دارد و هر یک از نظریه پردازان به جنبه های خاصی از آن پرداخته اند و متناسب با آن روش های خاصی برای درمان آن ارائه داده اند. از جمله رویکرد شناختی- رفتاری که ترکیبی از رویکرد رفتاری و شناختی است. پژوهشگران شناختی معتقدند که علت کمرویی اشکالاتی است که در شناخت های این کودکان وجود دارد. به عنوان مثال براچ و همکاران نشان داده اند کمرویی با نوع سبک اسنادی (Attributive Style) ناسازگارانه (Maladaptive) برای رویدادهای بین فردی مرتبط است. سوگیری اسنادی (Attributive bias) در این کودکان یکی از علل کمرویی آن ها در نظر گرفته می شود، (۲۰). این کودکان هم چنین سوگیری تقویت خود (Self reinforcement bias) را معکوس می کنند و در شکست ها بیشتر خود را سرزنش می کنند، (۲۵). به طور کلی پژوهشگران بسیاری بیان کرده اند شناخت های آسیب دیده یا پردازش های شناختی نابهنجار در کودکان مضطرب و کمرو وجود دارد. با این حال پژوهش های انجام شده در زمینه درمان، نشان داده است بازی درمانی به روش شناختی- رفتاری در درمان این مشکلات مناسب بوده و این روش در تبدیل شناخت های منفی این کودکان به شناخت های مثبت اثرگذار بوده است، (۲۶، ۲۷). در این روش همانند درمان بزرگسالان، بر تأثیر باورها با نگرش های ناسازگارانه یا ناکارآمد تأکید می شود. پیش

همراه دارد. درمانگر به کودک کمک می کند تا شناخت های خود را شناسایی و اصلاح کند و یا آن ها را بسازد. او علاوه بر کمک کردن به کودک در شناسایی تحریف های شناختی خود، به او یاد می دهد که این تفکر ناسازگارانه را با تفکر سازگارانه تعویض نماید، (۲۹،۳۰). بنا بر نظر هاوتون شاید نخستین رویکرد شناختی کاملی که علاقه پژوهشگران شناختی را برانگیخته است، تعلیم خودآموزی (Self-instruction) مایکنبام باشد، (۲۶). روش خودآموزی مایکنبام دارای دو خاستگاه اصلی است: ۱) درمان منطقی-عاطفی ایس و ۲) نظریه لوریا درباره نقش گفتار در کنترل رفتار (Control conduct): یعنی نقش نظم بخشی گفتار، (۳۱). شهرت این رویکرد به اساس نظری ساده و نیز شباهت آن به مفهوم رفتار کنشگر ذهنی (Coverants) در چهارچوب نظریه کنشگر مربوط است. مایکنبام مطرح کرد که می توان با تغییر در دستورالعمل هایی که در جریان آن بیماران خود را مورد خطاب قرار می دهند، از سمت افکار ناسازگار و برآشوبنده به سوی خودگویی های سازگارتری حرکت کرد، (۲۶). در دهه های اخیر بررسی های زیادی در مورد استفاده از رفتار درمانی شناختی در جمعیت بزرگسالان در بیماری های اضطرابی و افسردگی گزارش شده است. این رویکرد درمانی هم اکنون در حال استفاده در جمعیت کودکان و نوجوانان بوده و پژوهش های انجام شده موفقیت های درمانی بسیار خوبی در زمینه استفاده از این رویکرد را گزارش کرده اند، (۳۲). رفتار درمانی-شناختی بعد از رفتار درمانی به شکل وسیعی برای کودکان و بزرگسالان استفاده می شود. مشخصه ای که باعث رواج رفتار درمانی-شناختی برای کودکان است، اولاً تأکید آن بر آموزش مهارت های مواجهه، بالا بردن خود کنترلی، و افزایش خود کارآمدی (Self-efficacy) است. ثانیاً مشارکت فعال کودکان در کشف تفکرات و عقاید آن ها از طریق مشارکت با درمانگری که یکی از چهره های کلیدی درمان است و متفاوت از همکاران روان درمانگر و رفتار درمانگر عمل می کند، (۳۳،۳۴). بر این اساس و با توجه به مطالب اشاره شده در این پژوهش سعی کرده ایم رفتار درمانی-شناختی را با بازی منطبق کنیم تا از این طریق جلسه های درمانی جذابیت بیشتری

فرض مورد استفاده آن است که واکنش کودک به یک رویداد، متأثر از معانی و مضامینی است که به رویداد نسبت می دهد. به بیان دیگر، پاسخ های عاطفی و رفتاری فرد به رویدادهای زندگی روزمره تابعی هستند از این که چگونه این رویدادها ادراک و یادآوری می شوند. در این روش چنین فرض می شود که آن ها فاقد مهارت های رفتاری مناسب هستند، یا باورها و محتویات شناخت، یا استعدادهای حل مسأله (فرایندهای شناختی) از جهاتی آشفته و مختل می باشند که موارد اخیر، نارسایی های شناختی یا تحریف های شناختی را منعکس می سازند. نارسایی های شناختی به عدم پردازش شناختی کارآمد، اشاره دارد. مانند کودک بی توجه که با مسائل، به شیوه ای تکانه ای و بدون تأمل برخورد می کند. تحریف های شناختی نیز به باورها یا نگرش هایی دلالت دارند که بر منطق غیر عقلانی یا تحریف شده مبتنی هستند مانند کودک یا نوجوانی که همواره توانایی های را کمتر از میزان واقعی برآورد می کند. با در نظر داشتن این موضوع، بازی درمانگران شناختی-رفتاری همواره سعی می کنند از طریق تسهیل کسب مهارت های رفتاری جدید و فراهم آوردن تجاربی که تغییر شناختی را تسهیل کند، به کودک و نوجوان کمک کنند. بدین ترتیب، روند درمان با سنجش دقیق عواملی شروع می شود که مشکل رفتاری یا عاطفی کودک را ایجاد می کند. سپس روش هایی ارائه می شود که به منظور افزایش توانایی رفتاری طراحی شده اند و نیز فونونی که برای تصحیح شناخت های اشتباه یا ناسازگارانه به کار می روند، (۲۸). در بازی درمانی شناختی-رفتاری مداخله های متعدد رفتاری و شناختی به کار گرفته می شود. از جمله این مداخله های رفتاری می توان حساسیت زدایی منظم، تصویرسازی ذهنی برانگیزاننده، مدیریت وابستگی تقویت مثبت، شکل دهی، خاموش سازی و الگوسازی نام برد. از طرفی روش های رفتاری که معمولاً در بازی درمانی شناختی-رفتاری استفاده می شوند با تغییر رفتار و روش های شناختی با تغییر افکار سر و کار دارند. چون این گونه تصور می شود که شناخت های ناسازگارانه باعث رفتار همراه با ترس و اضطراب می شوند، فرض بر این است که تغییر در تفکر و رفتار را به

بیشترین نمره (پنج) و به گزینه هرگز کمترین نمره (یک) داده می شود. دامنه نمره هر آزمودنی در این چک لیست از ۳۶ تا ۱۸۰ است. در این پژوهش نقطه برش، نمره میانگین (۱۰۰) بوده است. در بررسی ابزار پژوهش از روش ملاکی استفاده گردید. ضریب اعتبار کل چک لیست کمرویی با استفاده از روش کودرریچاردسون در پژوهش حاضر ۰/۸۱ به دست آمده است. ضریب پایایی مؤلفه های کمرویی این پرسش نامه با استفاده از ضریب آلفای کرونباخ در پژوهش حاضر به ترتیب: وابستگی ۰/۸۱، تنهایی ۰/۷۵، بی تفاوتی ۰/۷۹، کناره گیری ۰/۷۸، انفعالی ۰/۶۱ و طردشدگی ۰/۵۸ به دست آمد.

### یافته های پژوهش

برای مقایسه گروه آزمایشی (بازی درمانی مایکنبام) و کنترل بر اساس نمرات پس آزمون بعد از کنترل اثر پیش آزمون، جهت بررسی اثربخشی مداخلات درمانی مایکنبام در کاهش کمرویی و گوشه گیری اجتماعی دانش آموزان دبستانی از تحلیل کوواریانس استفاده شد. نتایج نشان داد که دو گروه در شرایط پیش از درمان تفاوت قابل توجهی در میزان کمرویی و گوشه گیری اجتماعی نداشتند. در حالی که پس از مداخله (بازی درمانی مایکنبام) مقدار F مشاهده شده در سطح ۰/۰۵ معنی دار است. این نتایج به خوبی بیانگر تأیید فرضیه مزبور می باشد. هم چنین میانگین نمره کلی کمرویی و گوشه گیری اجتماعی بر اساس چک لیست رفتاری کمرویی در تمام شاخص ها، پس از انجام بازی درمانی با رویکرد شناختی-رفتاری مایکنبام نسبت به قبل از انجام مداخله، معنادار است، ( $P < 0.05$ ). به عبارت دیگر انجام مداخله های درمانی شناختی-رفتاری مایکنبام موجب کاهش نمرات پس آزمون در شاخص های چک لیست رفتاری کمرویی، وابستگی، تنهایی، کناره گیری، بی تفاوتی، انفعالی و طرد شدگی شده است. (جدول شماره ۱، ۲)

برای کودکان داشته و ارتباط مناسبی با آن ها برقرار شود. به عبارت دقیق تر سعی شده است با اعمال شکلی از بازی درمانی شناختی-رفتاری بر روی کودکان به این سؤال که «آیا بازی درمانی به شیوه شناختی-رفتاری مایکنبام در کاهش کمرویی و گوشه گیری اجتماعی کودکان دبستانی مؤثر است؟» پاسخ گوئیم.

### مواد و روش ها

پژوهش حاضر مطالعه ای تجربی از نوع پیش آزمون-پس آزمون با گروه کنترل بود. جامعه آماری پژوهش عبارت بود از کلیه دانش آموزان پایه اول، دوم و سوم مقطع ابتدایی که در سال تحصیلی ۹۰-۸۹ در دبستان های شهرستان ملکشاهی (استان ایلام) مشغول به تحصیل بودند. نمونه آماری در این پژوهش شامل ۵۰ دانش آموز پسر مقطع دبستان بود که با استفاده از چک لیست رفتاری و به روش نمونه گیری خوشه ای چندمرحله ای انتخاب شدند. به این صورت که در ابتدا برای شناسایی کودکان کمرو از مربیان مدارس مورد نظر خواسته شد چک لیست رفتاری را در مورد دانش آموزانی که با ملاک های کمرویی مطابقت دارند در کلاس خود شناسایی کنند و سپس چک لیست را در مورد آن ها اجرا کنند. بعد از پرشدن چک لیست و جمع آوری نمره های هر یک از این دانش آموزان در مقیاس کمرویی، دانش آموزانی که بیشترین نمره ها را کسب کرده بودند به عنوان نمونه پژوهشی انتخاب شدند و به طور تصادفی به گروه آزمایشی و گواه تقسیم شدند. سپس چک لیست رفتاری کمرویی قبل و بعد از اجرای تأثیر متغیر مستقل اجرا شد. ابزارگردآوری اطلاعات در این پژوهش چک لیست رفتاری کمرویی است. این چک لیست رفتاری دارای ۳۶ سؤال و ۶ زیر مقیاس وابستگی، تنهایی، بی تفاوتی، کناره گیری، انفعالی و طرد شدگی است. گزینه های پاسخگویی به سؤال های چک لیست، بر اساس مقیاس لیکرت ۵ سطحی تنظیم شده است. به این صورت که به گزینه همیشه

جدول شماره ۱. خلاصه نتایج آزمون تحلیل کوواریانس برای گروه آزمایشی بازی درمانی (مایکنبام) و گروه کنترل

آماره گروه	حجم نمونه	میانگین نمرات پیش آزمون	میانگین نمرات پس آزمون	میانگین تعدیل شده	درجه آزادی	نسبت F	سطح معناداری
گروه آزمایشی	۲۵	۱۳۹/۳۶	۷۲/۱۶	۷۲/۳۳۶	۱/۴۷	۶۹/۲۴۷	۰/۰۰۰
گروه کنترل	۲۵	۱۴۱/۸۴	۱۴۲/۲۷۲	۱۴۲/۵۴۴			

جدول شماره ۲. خلاصه نتایج آزمون تحلیل کوواریانس برای شاخص های کمروبی در گروه آزمایش (مایکنبام) و کنترل

آماره شاخص ها	گروهها	حجم نمونه	میانگین نمرات پیش آزمون	میانگین نمرات پس آزمون	میانگین تعدیل شده	درجه آزادی	نسبت F	سطح معناداری
وابستگی	آزمایش	۲۵	۲۰/۶۸	۹/۱۲	۸/۹۴	۱/۴۷	۱۸/۴۳	۰/۰۰۰
	کنترل	۲۵	۲۰/۰۴	۲۱/۲۰	۲۱/۳۷			
تنهایی	آزمایش	۲۵	۲۰/۶۸	۹/۳۶	۹/۲۴	۱/۴۷	۲۸/۱۱	۰/۰۰۰
	کنترل	۲۵	۱۹/۶۸	۲۰/۳۲	۲۰/۴۳			
کناره گیری	آزمایش	۲۵	۲۰/۰۸	۹/۲۸	۹/۰۸	۱/۴۷	۱۷/۸۴	۰/۰۰۰
	کنترل	۲۵	۲۰/۲۸	۲۰/۴۰	۲۰/۵۹			
بی تفاوتی	آزمایش	۲۵	۲۱/۱۶	۹/۰۰	۸/۷۶	۱/۴۷	۳۱/۲۰	۰/۰۰۰
	کنترل	۲۵	۱۹/۳۲	۱۹/۶۰	۱۹/۸۳			
انفعالی	آزمایش	۲۵	۲۰/۱۶	۹/۵۲	۸/۵۵	۱/۴۷	۹/۴۷	۰/۰۰۵
	کنترل	۲۵	۲۰/۲۸	۲۰/۶۸	۲۰/۷۲			
طردشدگی	آزمایش	۲۵	۲۰/۰۴	۹/۲۸	۹/۲۲	۱/۴۷	۳۴/۰۲	۰/۰۰۰
	کنترل	۲۵	۱۹/۱۶	۱۹/۱۶	۱۹/۲۱			

## بحث و نتیجه گیری

در این پژوهش به بررسی این پرسش پرداخته شد که آیا بازی درمانی به شیوه شناختی-رفتاری مایکنبام در کاهش کمروبی و گوشه گیری اجتماعی دانش آموزان دبستانی مؤثر است یا خیر؟ نتایج حاصل از پژوهش حاضر نشان داد که این روش در کاهش علائم کمروبی و گوشه گیری اجتماعی دانش آموزان مؤثر است. یعنی فرض پژوهشی مبنی بر کارآمدی رفتار درمانی شناختی-رفتاری مایکنبام در کاهش علائم کمروبی تأیید شد که این نتایج با یافته های کانل و همکاران، (۲۵)، رینکون و همکاران، (۳۰)، رودباف و همکاران، (۳۱)، همسو است. یکی از شیوه های درمانی که می تواند موجب کاهش نشانه های کمروبی و گوشه گیری اجتماعی و در نتیجه کاهش تأثیرات منفی آن بر زندگی کودک شود، بازی درمانی است. بازی

درمانگران، اهداف بازی را به صورت رشد خود، پختگی و رشد ارتباط دسته بندی کرده اند. در زمینه رشد، خود کودکان از بازی برای بیان احساسات و افکار، کشف علایق و کسب احساس کنترل بر روی محیط استفاده می کنند. در مورد فرایند پختگی یا رشد، بازی می تواند به منظور رشد و توسعه مهارت های حرکتی، شناختی، زبانی و حل مسأله به کار برده شود که فرصت آگاهی یافتن از محیط خود را به کودک می دهد. سرانجام این که بازی با دیگران و بازی با وسایل بازی متنوع می تواند مهارت های اجتماعی کودکان و توانایی آن ها را در همکاری و همدلی کردن با دیگران افزایش دهد، (۳۳). رویکردی که زیربنای نظری این پژوهش را تشکیل می دهد، رویکرد شناختی-رفتاری است. هدف اولیه بازی درمانی شناختی-رفتاری نیز شناسایی و تغییر افکار ناسازگار مرتبط با رفتارها و

مشکلات هیجانی کودک است. از نظر این رویکرد، شناخت نقش مهمی در استرس‌هایی که افراد تجربه می‌کنند دارد. مفهوم شناخت در این رویکرد به سه شیوه به کار رفته است که عبارتند از: رویدادهای شناختی، فرایندهای شناختی و ساختارهای شناختی. رویدادهای شناختی به تصاویر ذهنی و افکار مشخص و روشنی اطلاق می‌شود که مایکنبام آن‌ها را نوعی گفتگوی درونی که با قطع کیفیت خودکار رفتار شخص بروز می‌کند، توصیف می‌کند. این گفتگوی درونی، اسنادها، انتظارات و ارزیابی‌هایی از خویش و تکلیف یا افکار و تصاویر ذهنی نامربوط به تکلیف را با هم ترکیب می‌کند. این گفتگوها خارج از کنترل شخص اند و ویژگی غیرقابل کنترل آن در موقعیت‌های پر استرس و ناراحت‌کننده بیشتر جلوه گر شده، بنا بر این اثرگذاری آن بیشتر است. با وجود این درمانگر می‌تواند به مراجع کمک کند تا وی از چنین فرایندهای فکری آگاه شود، به آن‌ها توجه کرده و آن‌ها را تغییر دهد. فرایندهای شناختی دومین جنبه از کاربرد مفهوم شناخت است. این فرایند که در این جا از اهمیت زیادی برخوردار است سوگیری خود تأییدی یا «فرایندهای خودکام بخش» است که بر مبنای آن افراد بر اساس فرض‌هایی که از قبل در ذهن دارند اطلاعات خاصی را در محیط جستجو کرده و با کمک این اطلاعات فرض‌های خود را تأیید می‌کنند و به تبع آن رفتار نموده و بر رفتار دیگران نسبت به خود نیز تأثیر می‌گذارند. سومین جنبه از شناخت، اصطلاح ساختارهای شناختی است که به اعتقادات، تعهدها و فرضیه‌های ضمنی که فرد بر طبق عادت بر اساس آن‌ها محیط را تعبیر و تفسیر می‌کند، اشاره دارد. (مایکنبام، ۱۳۸۶) همان‌طور که بسیاری از پژوهش‌ها نشان می‌دهند و نظریه پردازان بسیاری بر آن تأکید دارند هر یک از این جنبه‌های شناخت که ذکر شد، به گونه‌ای رفتار فرد را تحت تأثیر قرار می‌دهند. بر اساس رویکردهای شناختی-رفتاری برای تغییر رفتار و حذف اثرهای منفی شناخت‌های آسیب‌دیده بر فرد، باید آن‌ها را اصلاح کرده و تغییر داد. مایکنبام معتقد است که با استفاده از خودگویی‌های درونی می‌توان به افراد کمک نمود که رفتارهای خود را کنترل کنند. بر همین اساس در این

پژوهش سعی کردیم با استفاده از بازی درمانی شناختی-رفتاری بر اساس نظریه مایکنبام علائم کمرویی را در کودکان کاهش دهیم که تجزیه و تحلیل داده‌های حاصل از انجام پژوهش نشان می‌دهد این روش مؤثر بوده است. در تبیین این یافته‌ها می‌توان گفت که کمرویی و گوشه‌گیری اجتماعی علاوه بر آن که ریشه در اضطراب این کودکان دارد، این کودکان مهارت‌های دوست‌یابی و چگونگی برقراری ارتباط با همسالان خود را نیاموخته، یا به گونه‌ای ناصحیح با آنان رابطه برقرار می‌کنند و به همین علت، برقراری ارتباط آنان با پاسخ‌های مثبت همراه نمی‌شود و ممکن است که از جمع همسالان و محیط‌های دیگر طرد شده، کم‌کم در رابطه با توانایی‌های خود دچار شک و تردید شوند و به جای ارتباط صحیح، عدم برقراری ارتباط و گوشه‌گیری اجتماعی را برگزینند. زیرا خود و توانایی خود را کمتر از توانایی دیگران تخمین می‌زنند. Baggerly و Parke بیان کردند که بازی درمانی با رویکرد مایکنبام بر یادگیری، خود شاهدهی، مسئولیت، ابراز احساسات، احترام گذاشتن، پذیرش خود و دیگران و بهبود مهارت‌های اجتماعی، عزت نفس، کاهش کمرویی و گوشه‌گیری، افسردگی و اضطراب مؤثر است، (۳۴). در این دوره درمانی سعی شد تا راه‌های برقراری ارتباط صحیح با دیگر کودکان و حتی کلمات و حالت مناسب دوست‌یابی از طریق عروسک‌های خیمه شب‌بازی، خمیربازی به آنان آموزش داده شود و حتی در این بازی‌ها کودکانی که قادر به برقراری ارتباط عروسک خودشان با دیگر عروسک‌ها نبودند، درمانگر با صدای آرام کلمات مورد نظر را می‌گفت و آن کودکان با صدای بلند آن‌ها را تکرار می‌کردند. دیدگاه‌های دیگران، حالت‌ها و احساس‌های آنان در موقعیت‌های مختلف به کودکان آموزش داده شد. از آن‌جا که کودکان کمرو و گوشه‌گیر اجتماعی از تماس با دیگران تا حدودی خودداری می‌نمایند و از شرکت در بازی‌های گروهی پرهیز می‌کنند و اضطراب آن‌ها موقعی پدیدار می‌شود که در معرض محرک‌های ترس‌آور قرار بگیرند، رویکرد درمانی مایکنبام به صورت گروهی اجرا می‌شود. بنا بر این کودکان مجبور به تماس با همسالان خود و

هدایت آن است که در زندگی افراد رخ می دهد اما از آن آگاهی ندارند. نکته مهم این است که این گفتگوها خودکار و ناخودآگاه بوده و فرد از اثر آن ها بر رفتار خود غافل است. بنا بر این درمانگر باید تلاش کند که فرد را به وجود آن ها آگاه کند و محتویات آن ها را بررسی کند، آن وقت فرد متوجه می شود که بسیاری از تفکرهای منفی، تحریف های شناختی و خطاهای اسنادی را در این گفتگوهای درونی با خود تکرار می کند در حالی که از آن ها آگاه نیست. بنا بر این، آگاهی فرد از این گفتگوها به او کمک خواهد کرد که کنترل بیشتری بر آن ها داشته و از این طریق امکان اصلاح و تغییر آن ها برای وی بیشتر فراهم می شود، این امر به نوبه خود رفتار وی را نیز متأثر خواهد کرد. یکی دیگر از وظایف درمانگر در این رویکرد درمانی کمک به مراجع برای اصلاح اسنادهای کودکان در این خودگویی ها و اصلاح محتویات آن هاست. هم چنین با آگاهی یافتن از این خودگویی ها و اصلاح محتوای آن ها کنترل رفتار، درونی شده و فرد رفتار خود را کنترل می کند و تکرار و تمرین، در درونی سازی آن ها از طریق تلقین مفید واقع می شود. (دن بوئر، ۱۹۹۷) با توجه به شواهد و دلایل ذکر شده در مجموع می توان گفت بازی درمانی به شیوه شناختی-رفتاری مایکنبام یکی از روش های مداخله ای درمانی مؤثر در درمان کمروبی و گوشه گیری اجتماعی و به ویژه مشکلات رفتاری است.

شرکت در بازی ها هستند و به علت این که در این موقعیت قرار می گیرند و محرک ترس آوری دریافت نمی کنند، اضطراب آن ها در محیط رفته رفته کم می شود. بعد از مدتی که کودکان متوجه می شوند آن ها مورد ارزیابی یا تحقیر نیستند، گوشه گیری اجتماعی و کمروبی آنان نیز به تدریج برطرف شده، از شرکت در بازی با همسالان خود لذت می برند. در عین حال از طریق بازی با حیوانات و عروسک های خیمه شب بازی، مهارت های اجتماعی مناسب جهت برقراری ارتباط با دیگران را یاد می گیرند و از طریق بازی با خمیر و دادن راه حل توسط خود کودکان، آن ها نحوه مقابله با محرک ها و موقعیت های ترس آور را می آموزند و آن را به محیط اطراف خود و به خصوص در ارتباط با هم سالان تعمیم می دهند. علاوه بر این در این رویکرد درمانی بر اهمیت زبان در کنترل رفتار و نقش این گفتگوهای درونی بر طرح ریزی و هدایت رفتار شخص تأکید می شود. حامیان اصلی این نظریه، یعنی ویگوتسکی، لوریا و مایکنبام پژوهش های زیادی در این زمینه انجام داده و اثر بخشی آن را نشان داده اند. خود گویی و گفتگوهای درونی بر اساس محتوای خود اثرهای متفاوتی بر رفتار فرد خواهند گذاشت. این ها گاهی تسکین دهنده بوده و فرد از طریق همین گفتگو رفتار خود را نظم می دهد و گاهی خشم و عصبانیت فرد را مضاعف می کنند، که این مسئله بیانگر نقش و اهمیت گفتگوهای درونی بر رفتار و

#### References

- 1-Goldfried M, Davison GC. Clinical behavior. *Rineh Art* 2000;20:215-20.
- 2-Jones WH, Briggs SR, Smith TG. Shyness: Conceptualization and measurement. *J Personal Soc Psychol* 1986;51:629-39.
- 3-Zimbardo PO. Shyness: What it is what to do about it? Massachusetts: Addison-Wesley; 1977. P.467.
- 4-Cheek JM, Buss AH. Shyness and sociability. *J Personal Soc Psychol* 1981;41:330-9.
- 5-Buss AH. Shyness and sociability. *J Personal Soc Psychol* 1980;41:330-9.
- 6-Zimbardo PG, Radle SL. The Shy child: A Parent's Guide to preventing and Over-

oming Shyness from Infancy to Adulthood. New York; 2001.

7-Zimbardo PG. Shyness and sociability re-examined: A multi-component analysis. *J Personal Soc Psychol* 2000;57:904-15.

8-Heiser NA, Turner SM, Beidel DC. Shyness: Relationship to social phobia and other psychiatric disorders. *Behav Res Therap* 2003;41:209-21.

9-Rapee RM. Overcoming shyness and social phobia: A step-by-step guide. Northvale, NJ: Aronson; 1998.

10-Afrooz, G. [Psychology of shyness and treatment]. Tehran: Islamic culture. 1376. (Persian)



- 11-Keith F. Understand individual weaknesses and strengths. *J Study Expect Soc Behav Health* 2007;21:634-8.
- 12-Lizgic F, Akyuz G, Dogan O, Kugu N. Social phobia among university students and its relation to self-esteem and body image. *Can J Psychiatry* 2004;49:630-4.
- 13-Cheek JM, Buss AH. Shyness and sociability. *J Personal Soc Psychol* 2006;4:330-9.
- 14-Koydemir S, Demir A. Shyness and cognitions: An examination of Turkish university students. *J Psychol* 2008; 142:633-44.
- 15-Rapee RM, Heimberg RG. A cognitive behavioral model of anxiety in social phobia. *Behav Res Therap* 1997;35:741-56.
- 16-Schwebel AI, Fine MA. Understanding and helping families: A cognitive-behavioral approach. Hillsdale, NJ: Erlbaum; 1994.
- 17-Arkin RM, Appelman AJ, Burger JM. Social anxiety, self-presentation, and the self-serving bias in causal attribution. *J Personal Soc Psychol* 1980;38:23-35.
- 18-Markus HR, Kitayama S. Culture, self, and the reality of the social. *Psychol Inquir* 2003;14:277-83.
- 19-Wallace ST, Alden LE. Social anxiety and standard setting following social success or failure. *Cognit Therap Res* 1995; 19:613-31.
- 20-Bruch MA, Belkin DK. attributional style in shyness and depression: shared and specific maladaptive patterns. *J Cognit Therap Res* 2001;25:247-59.
- 21-Henderson L, Zimbardo P. *Encyclopedia of mental health*. San Diego: Academic Press; 1998.
- 22-Alfano CA, Beidel DC, Turner SM. Cognition in childhood anxiety: conceptual, methodological, and developmental issues. *J Clin Psychol Rev* 2002;22:1209-38.
- 23-Kendall PC. Cognitive-behavioral self-control therapy for children: A components analysis. *J Consult Clin Psychol* 1982; 50:672-89.
- 24-Spence SH, Don V, Brahman-Toussaint M. The treatment of children social phobia: The effectiveness of a social skills training-based, cognitive-behavioral intervention, with and without parental involvement. *J Child Psychol Psychiatry Allied Discip* 2000; 41:743-26.
- 25-Knell SM. Cognitive-behavioral play therapy. In: *Hand book of psychotherapies with children and families*. New York: Kluwer Academic/plenum publishers; 1999.P. 385-404.
- 26-Gallagher MH, Rabian AB, Mc Closkey SM. A brief group cognitive-behavioral intervention for social phobia in childhood. *J Anxiet Disord* 2004;18:459-79.
- 27-Havtyn PL. [Application Guide to cognitive behavioral therapy in the treatment of mental disorders]. Tehran: Arjmand publisher; 1382.(Persian)
- 28-Ghasem-Zadeh H. Behavior therapy, in, issues, and perspectives. Tehran: Arjmand publication; 1384.(Persian)
- 29-Thomas GO, Creswell C. *Cognitive-behavioral therapy for children and adolescents*, The Medicine Publishing Company: Ltd; 2005.
- 30-Rincon HG, Hoyos G, Badiel M. Group cognitive behavioral therapy for Depression and anxiety in an ambulatory psychosomatic service. *J Psych Res* 2003;55:111-29.
- 31-Rodebaugh TL, Holawa R, Heimberg RG. The treatment of social anxiety disorder. *Clin Psychol Rev* 2004;7:883-908.
- 32-Crane WC. [Theories of development concepts and applications]. Tehran: Roshte Publications; 1384.(Persian)
- 33-Meany-Walen KK. Adlerian play therapy: Effectiveness on disruptive behaviors of early elementary aged children. University of North Texas; 2011.
- 34-Baggerly J, Parker M. Child-Centered group play therapy with African American boys at the elementary school level. *J Counsel Develop* 2005;83:387-91.
- 35-Den-Boer JA. Social phobia: epidemiology, recognition, and treatment. *Brit Med J* 1997;9:796-9.

## Effectiveness of Play Therapy Via the Cognitive-Behavioral Approach of Mayknbamin Reducing Shyness and Social Withdrawal at Elementary School Students

Ghyasizadeh M<sup>1</sup>

(Receive: 16 Oct. 2011)

Accept: 01 Jun. 2013)

### Abstract

**Introduction:** One of the major problems that have an inhibitory effect on the efficiency and dynamism of children and adolescent is shyness. Shyness has been defined as a negative reaction to being with strangers or acquaintances. The major causes of shyness are damaged cognitions or abnormal processing in children. Play therapy is one of the useful interventions that reduce shyness in children. The aim of this research was to investigate the effectiveness of play therapy via the cognitive-behavioral approach of Mayknbam in reducing shyness and social withdrawal at elementary school students.

**Materials & Methods:** The study method was conducted as an experimental pretest and post test fashion in the city of Malakshahi in Ilam province. For this purpose, 50 male students of first and second grade elementary schools in the city of Malakshahi during the academic year 2011-2010 were selected by multi-stage clustering sampling method. The shyness behavioral check list as a search tool before and after implementation of independent variable (cognitive play therapy-behavioral) was performed and then, the obtained data were analyzed using SPSS software and desc-

riptive and inferential statistic tests (frequencies and ANCOVA). To evaluate the efficacy of Mayknbam therapeutic interventions in reducing shyness and social withdrawal in elementary school students, analysis of covariance was used.

**Findings:** These results showed that two groups had not significant differences in shyness and social withdrawal before treatment. While, after the intervention (Mayknbam play therapy) the observed F value (69.247) was at the significance level of 0.05. The overall average score of shyness and social withdrawal (based on shyness behavioral checklist for all indicators) were significant after cognitive play therapy-behavioral of Mayknbam ( $P < 0.05$ ).

**Discussion & Conclusion:** Play therapy through Mayknbam's cognitive-behavioral fashion is effective for treatment and reducing shyness and social withdrawal in elementary school students.

**Keywords:** play therapy cognitive-behavioral, shyness, social withdrawal, approach Mayknbam

1. Dept of General Psychology, Ahvaz Branch, Islamic Azad University, Ahvaz, Iran  
\*(corresponding author)