

## اثر بخشی الگوی بالینی خلاقیت درمانی در نشانگان کودکان دارای اختلال بیش فعالی

خاطره قربانپور ده سرخ<sup>۱</sup>

<sup>۱</sup> کارشناسی ارشد روانشناسی بالینی دانشگاه آزاد واحد کیش

### چکیده

هدف تحقیق حاضر اثر بخشی الگوی بالینی خلاقیت درمانی در نشانگان کودکان دارای اختلال بیش فعالی در شهر تهران بود. جامعه آماری این پژوهش شامل کلیه کودکان اختلال نارسایی توجه - بیش فعالی در کودکان پسر و دختر ۵ تا ۱۰ ساله شهر تهران بودند که در سال ۱۴۰۰-۱۴۰۱ به انستیتو روانپزشکی شهر تهران مراجعه کرده اند، بودند، روش نمونه گیری در دسترس بود، از کودکان پسر و دختر دارای اختلال بیش فعالی بر اساس فهرست نشانه مرضی کودک (CSI-4) شناخته شده به تعداد ۳۰ نفر انتخاب شد. طرح پژوهش از نوع نیمه آزمایشی با پیش آزمون و پس آزمون و پیگیری با گروه گواه بود، که پس از انتخاب تصادفی گروه آزمایش و گواه، مداخله درمانی بر روی گروه آزمایش اجرا گردید و گروه گواه هیچگونه درمانی دریافت نکردند یافته نشان داد که گروه آزمایش به مراتب شرایط مطلوبی را تجربه کردند و از تمرکز ذهنی بهتری برخوردار بودند.

**واژه‌های کلیدی:** بیش فعالی، الگوی بالینی خلاقیت درمانی، کودکان

## مقدمه

اختلال بیش فعالی - نارسایی توجه یکی از شایع ترین علل مراجعه به روانپزشک و روانشناس است. این اختلال در بر گیرنده نشانه های تحولی نامناسب از جمله: بیش فعالی، بی توجهی و زودانگیختگی می باشد (سادوک و سادوک، ۲۰۰۵). این احتمال وجود دارد که در صورت همبودی با سایر اختلالات همچون اختلال سلوک و اختلال یادگیری بر روابط والد - کودک تأثیر گذارد (متوالی پور، فرزاد، رستمی، حبیبی عسکراآباد، ۱۳۹۹). از زمانی که گیلفورد به موضوع خلاقیت در حوزه روانشناسی توجه کرد بیش از نیم قرن می گذرد. این توجه باعث شد تا خلاقیت نه تنها به عنوان یک مفهوم بنیادی در دانش روان شناسی که در سایر رشته ها نیز اهمیت پیدا کند. هم اکنون اعتقاد بر این است که خلاقیت مبنایی مهم برای تمامی تغییرات درونی و بیرونی است که آدمی آرزویش را دارد. این نگاه در حوزه خلاقیت فرآیندی تحولی را طی کرده است. رشد دانش شخصیت شناسی در روانشناسی و مطالعات گسترده درباره افراد خلاق و کمتر خلاق باعث گردید تا ویژگی های شخصیتی خلاقیت به تدریج شناسایی و معلوم شود. مطالعات و پژوهش ها نشان دادند که افراد خلاق از ویژگی های ممتاز و بی همتایی برخوردارند که در نوع خود، آنان را از سایر افراد در معنای عام جدا می سازد. یادگیرنده بودن و باز بودن نسبت به تجربیات باعث شده تا آنان برای یادگیری های جدید و کسب نکات تازه برای تغییرات دایمی (یادگیری ها و تجربیات نو) در افراد خلاق باعث می گردد تا آنان کمتر در تله های آسیب زای شخصیتی و تعارضات و چالش های پنهان و ناپنهانی زندگی گیر بیفتند. تجربیات شخصیت های عادی یا نرمال نشان می دهد که آنان کمتر آماده استقبال کردن از تغییرات نوین بوده و در بسیاری از موارد به شرایط عادی و معمول زندگی تن می دهند. این در حالی است که تغییرات فرارونده و متعالی تنها زمانی پدید می آیند که آدمی بپذیرد به یادگیری های بهتر و سازنده تری برای ارتقای شخصیت خود نیازمند است و با گشادگی به تجربه کردن بپردازد. این میل به بروزرسانی و آماده سازی شخصیتی را می توان خلاقیت درونی یا خلاق شدگی شخصیتی نامید (پیرخائفی، ۱۳۹۳).

یکی از درمان های نوین، در حوزه ی سلامت روان،<sup>۲</sup> الگوی بالینی خلاقیت درمانی<sup>۳</sup> می باشد. این الگو اولین بار توسط پیرخائفی (۱۳۹۶، ۱۳۹۸) مطرح شد. در این الگو خلاقیت، از جایگاه مهمی برخوردار است. ویژگی مهم خلاقیت در الگوی نو

۱- Deficit/Hyperactivity Disorder Attention

سلامت روان این است که باعث می شود توانایی های درونی فرد به صورتی کارآمد و موثر یکپارچه شوند، در چنین حالتی توانایی های فرد به عوض آن که به طور عادی به خدمت گرفته شود، در شکل نوین سازماندهی می شود. بنابراین در الگوی جدید، خلاقیت، نگرشی نو و باز نسبت به خود است که با عاطفه و هیجانی مثبت منجر به ایجاد تغییرات نوین، کارآمد و اثرگذار در ذهن و شخصیت فرد می شود (پیرخائفی، ۱۳۹۱).

الگوی بالینی خلاقیت درمانی، خلاق سازی ذهن و شخصیت است که شامل ۵ مؤلفه ی فراشناختی، زبانی، شخصیتی، انگیزشی و زبان بدنی می باشد. یکی از مفاهیم کلیدی در این الگو انعطاف پذیری است، وقتی ذهن فرد از تولیدگری باز می ماند به تدریج مستعد اضطراب و افسردگی می شود، زمانی که درمانگر از خلاقیت در روان درمانی استفاده می کند به مراجعین خود فرصت می دهد تا مشارکت فعالی در درمان پیدا کرده و از تخیل خود برای تولید راه حل های مناسب استفاده کند (بلانتر، ۲۰۰۳ به نقل از پیرخائفی، ۱۳۹۱).

تورنس (۱۹۷۴، به نقل از پیرخائفی، ۱۳۹۱) نیز معتقد است که ارتقاء و تقویت خلاقیت رمز بقاء روانی و جسمانی افراد بوده و باید شامل توانایی های ذهنی، انگیزه های درونی و توانایی های مهارتی باشد. یانگ (۱۹۹۹، ترجمه حمیدپور،<sup>۱</sup> ۱۳۸۴) نیز معتقد است که خلاقیت نوعی کارآمدی ذهنی است، بنابراین با تقویت آن می توان ذهنیت ناکارآمد را تعدیل

---

7. mental health

8. creativity therapy

3. metacognition component

4. linguistic component

5. personality component

6. motivation component

7. body language

8. Blanter

ساخته و بهبود بخشید. این زایش به واسطه منعطف سازی طرحواره های ذهن و تقویت آن اتفاق می افتد (پیرخانی، ۱۳۹۳).

در مجموع، چنین شرایطی، موجب بی کفایتی در کارکردهای خانوادگی خواهد شد. در تعامل والد - کودک اختلال ایجاد می کند و اضطراب والدین را افزایش می دهد (بور، ساندرز، مارکی-دادز ، ۲۰۰۲)، اضطراب والدین، نیز به نوبه خود، بر روشهای تنبیهی آنها تأثیر می گذارد، و مستقیماً موجب افزایش رفتارهای منفی در کودک می شود. با توجه به مطالبی که ذکر آن رفت، منطقی به نظر می رسد که مداخلات درمانی مؤثر برای کاهش آثار تعاملهای نامناسب والد - کودک مورد نیاز است. در این میان نقش اصلی جلوگیری از چنین شرایطی و برقراری مجدد تعادل در خانواده بر عهده والدین به ویژه، مادران می باشد که به عنوان پایه های اصلی خانواده در نظر گرفته می شوند یکی از مؤثرترین راهبردهای درمانی کودکان با اختلال نارسایی توجه - بیش فعالی مداخله رفتاری در خانواده و آموزش والدین است. برنامه های آموزش والدین بر پایه اصول یادگیری اجتماعی بنا شده اند و به والدین یاد می دهد که چگونه می توانند تعامل مثبت تری با کودکان برقرار کنند و میزان رفتارهای منفی و تعارضهای درونی خانواده را کاهش دهند (کازدین، ۲۰۰۰).

## بیان مسأله

اختلال نارسایی توجه/بیش فعالی یکی از رایج ترین اختلالات رفتاری در بین دانش آموزان اکثر کشورها است. براساس گزارشی در ایالات متحده حدود ۳ الی ۵ درصد دانش آموزان به این اختلال مبتلا هستند (فولی و همکاران، ۲۰۰۸). شکل<sup>۶</sup> مزمن این اختلال به شدت کارکرد افراد را در خانه و مدرسه مختل می کند (فایندلینگ ۲۰۰۸).

اختلال نارسایی توجه/بیش فعالی مجموعه نشانهایی است با محدودیت میدان توجه، که با سطح رشد فرد ناهماهنگ است و به ضعف تمرکز و رفتار ناگهانی و بیش فعالی منجر می شود. به عبارت دیگر، مشخصه اصلی این اختلال وجود الگوی ناپایدار توجه و یا بیش فعالی و تکانشگری است. تربیت کودکی که دارای فعالیت مفرط و تحریک پذیری و حرف شنوی اندک بوده و از

1. flexibility

2. schema

3- Bor W, Sanders MR, Markie-Dadds C.

۱۰ - Attention Deficit/Hyperactivity Disorder

۸Foley

۸Findling

دستورها پیروی نمی‌کند، کاری دشوار و خسته‌کننده است. برای این دسته از کودکان روش‌های معمول تربیت از قبیل استدلال و آگاه‌سازی اغلب کارساز نیست. به همین علت والدین آنها احساس ناتوانی کرده و ممکن است به تنبیه و تمسخر کودک اقدام نمایند. بروز این واکنش‌ها از سوی والدین باعث آشفتگی و اضطراب اعضای خانواده می‌شود (گرچی، ۱۳۸۳). از آنجا که کنترل این گروه از کودکان در مقایسه با همسالان دشوارتر است با مشکلات رفتاری بیشتری مواجه می‌شوند (محمد اسماعیل، ۱۳۸۳). در واقع به علت تکانشگری و نداشتن توجه به پیامدهای اعمال خود، رابطه این کودکان با والدین تیره شده و تضاد میان کودک و مادر در سنین پیش‌دبستانی بیشتر می‌شود و تا دوران نوجوانی ادامه می‌یابد (کرونیس و همکاران، ۲۰۱۴).

شواهد حاکی از آن است که در این اختلال هم عوامل محیطی و هم عوامل ژنتیکی نقش دارد. مطالعات روی دوقلوها در ارتباط با اختلال نارسایی توجه / بیش‌فعالی از سهم قوی ژنتیک در شکل‌گیری این اختلال حمایت می‌کند (برگر، کافمن، آویشای، ۲۰۱۷). به نظر می‌رسد عوامل محیطی هم سهم قابل توجهی در بروز این اختلال دارند. نتایج مطالعات حاکی از آن است که نوع روابط خانوادگی، تعامل کودک- والد و فقر خانوادگی با رشد و شدت این اختلال در ارتباط است. در این اختلال تعاملات کودک - والد به طور وسیعی تحت تأثیر نشانگان کودک مبتلا به اختلال نارسایی توجه - بیش‌فعالی می‌باشد. این کودکان اغلب در برابر درخواست‌های والدین نافرمان‌تر هستند و در شروع کردن و دنبال کردن فعالیت‌ها شکست می‌خورند و زود دست می‌کشند و نسبت به کودکان غیر بیمار بیشتر از آنها تقاضا می‌شود تا توجه کنند. چنین رفتارهایی برای والدین و مراقبان استرس واقعی ایجاد می‌کند (بارکلی، دوپوآل، مک موری، ۱۹۹۰). در شرایطی که والدین کودکان مبتلا به اختلال نارسایی توجه - بیش‌فعالی باید تکالیف تعیین شده‌ای را به کار می‌بردند، کودکان آنها فرمانبرداری کمتری نشان داده و در حفظ و تداوم فرمانبرداری نیز مشکل داشته و نسبت به کودکان غیر بیمار لجبازی بیشتری داشتند. این در حالی است که والدین کودکان مبتلا به اختلال نارسایی توجه - بیش‌فعالی رهنمودها و درخواست‌های بیشتری ارائه می‌دادند و در بیشتر موارد این درخواست‌ها منفی‌تر بوده و کمتر به تعاملات مثبتی که بوسیله فرزندشان آغاز شده بود پاسخ می‌دادند (بارکلی، ۲۰۰۲). موریسون (۱۹۷۱)، به نقل از لهنر و دوآ (۲۰۰۱) در بررسی شیوع آسیب‌شناسی روانی در بین خویشاوندان کودکان

۱ - Chronis

۸

۱ - Berger, A., Kofman, V., Avishai

۹

۲ - Barkley

۰

۲ - Lehner-Dua

۱

بیش فعال گزارش می‌نماید که یک سوم والدین کودکان بیش فعال یک تشخیص روانپزشکی دریافت کرده بودند و بسیاری از والدین کودکان بیش فعال ملاک های تشخیصی لازم برای الکلیسم، انحراف اجتماعی و هیستریا را داشتند. نشانگان هیستری در میان مادران شایع تر بود، در حالی که شاخص های الکلیسم و رفتار ضد اجتماعی در پدرها شایع تر بوده است. کانینگهام و همکاران (۱۹۸۸) دریافتند که والدین کودکان مبتلا به اختلال نارسائی توجه - بیش فعالی سطح بالاتری از افسردگی را نسبت به گروه کنترل نشان می‌دهند، این والدین مصرف بیشتر الکل را نسبت به والدین گروه عادی گزارش کردند.

خلاقیت درمانی با این مسئله شکل گرفت که جریان فعال ساز درونی در حرکت های روان چیست؟ آیا روان انسان حرکت دارد؟ اگر پاسخ مثبت است چگونه چنین چیزی در آن اتفاق می افتد؟ می دانیم که تعریف روان، کار دشواری است. اما ما روان را مجموعه ای از ویژگی های ذهنی و شخصیتی می دانیم که در تعاملی یکپارچه با هم فاعلیت و عاملیت فرد را شکل می دهند. آیا در این میان می توانیم نقشی را برای خلاقیت قائل شویم؟ (پیرخائفی، ۱۳۹۵).

خلاقیت درمانی آموزش خلاقیت برای بکار گرفتن فنون خلاقیت ورزی که در رشته های مهندسی و هنری به کار گرفته می شود نیست، بلکه در این روش بر خلاق سازی درونی انسان (ذهن و شخصیت) برای دستیابی به رفتارهای سالم و سازنده تمرکز دارد. برای اجرا این تکنیک باید به رده سنی توجه نمود و در ابتدا باید افراد را از ظرفیت های خلاقانه خودشان آگاه شوند و بعد باید درباره ارزیابی ها با افراد صحبت نمود و سپس زمینه تمرین کردن را بوجود آورد. الگوی خلاقیت درمانی، یک الگوی دو بعدی متشکل از عناصر خودکارآمدی خلاق و انطباق خلاق است که در پنج سطح فراشناختی، زبانی، انگیزشی، شخصیتی و حرکتی عمل می کنند و محصول این فعالیت ارتقاء ذهن و شخصیت به سوی سلامت و سازندگی است خلاقیت درمانی به دنبال ارتقای افراد برای رویارویی بهتر با ناملایمات و تلاطم های زندگی است. مشکلات و نیازهای زندگی پایان ناپذیر هستند. برای رویارویی بهتر با آنان می بایست نگاه، باور و رفتار نو و موثر داشت. خلاقیت درمانی می کوشد تا منبع ناپذیری از توانایی را در درون فرد شکل دهد. یکی از مباحث جالب در حوزه خلاقیت درمانی، فرایند شکل دهی خلاقیت درونی است، این اشتباهی بزرگ است که فکر کنیم خلاقیت بدون تمرین و بدون هدف آشکار می شود. خلاقیت درونی با یکپارچه شدن خلاقیت های کوچکتر به تدریج رشد می کند. خلاقیت درونی یک تغییر ذهنی، شخصیتی جدید است (پیرخائفی، ۱۳۹۳ به نقل از سجادی، ۱۳۹۹).

. بنابراین، مطالعه حاضر به تأثیر روش آموزش خلاقیت درمانی بر کاهش نشانه های اختلال نقص توجه - بیش فعالی پرداخته است.

### هدف پژوهش

تعیین میزان اثر یخشی الگوی بالینی خلاقیت درمانی بر نشانگان ذهنی کودکان دارای اختلال کمبود توجه / بیش فعالی.

### فرضیه پژوهش

الگوی بالینی خلاقیت درمانی بر نشانگان ذهنی کودکان دارای اختلال کمبود توجه / بیش فعالی مؤثر است.

### روش پژوهش

در این پژوهش به بررسی اثر بخشی الگوی بالینی خلاقیت درمانی بر نشانگان کودکان ADHD پرداخته شد. پژوهش حاضر به لحاظ هدف از نوع کاربردی و به لحاظ نحوه جمع آوری داده ها از نوع شبه آزمایشی است. این پژوهش یک طرح شبه آزمایشی از نوع طرح پیش آزمون و پس آزمون با نمونه گیری تصادفی ۳۰ کودک دارای اختلال نارسایی توجه – بیش فعالی در کودکان انتخاب گردید و بطور تصادفی در دو گروه کنترل و آزمایش قرار گرفت. برای گروه آزمایش یک دوره برنامه آموزش خلاقیت در ۱۰ جلسه به مدت ۲۴ ساعت اجرا گردید در این پژوهش از الگوی بالینی خلاقیت درمانی استفاده شد. و دیگرام طرح بصورت زیر است:

جدول. طرح پیش آزمون- پس آزمون با گروه کنترل

گروه	انتخاب نمونه	پیش آزمون	متغیر مستقل	پس آزمون
آزمایش	R	T1	x	T2
گواه	R	T1	--	T2

گروه آزمایش به مدت ۱۰ جلسه تحت آموزش خلاقیت درمانی قرار گرفت. این گروه هفته ای ۱ جلسه به مدت ۲ ساعت در جلسات خلاقیت درمانی با نظارت مادران شرکت نمودند. آموزش خلاقیت در قالب جلسات کارگاهی برگزار گردید که آزمودنی ها نقش فعالی داشتند. ایفای نقش آزمودنی ها در قالب فعالیت ها، تکالیف و تمرین هایی بود که آنان در کارگاه یا منزل انجام دادند. آزمون های مرحله پیش و پس از آموزش برای هر دو گروه انجام گرفت در برنامه آموزشی مولفه های فراشناختی خلاقیت بعلت خاصیت آموزش پذیری به ۲۴ ساعت محدود گردید. اما سایر مولفه ها خلاقیت شامل، شخصیت، زبان

بدنی، انگیزشی و زبانی به جهت افزایش حداکثری انعطاف در آزمودنی ها به بیش از ۲۴ ساعت فعالیت کارگاهی انجام گرفت که شامل انجام فعالیت مادران با کودکان بود.

### جامعه آماری و نمونه و روش نمونه گیری

جامعه آماری این پژوهش شامل کلیه کودکان اختلال نارسایی توجه - بیش فعالی در کودکان پسر و دختر ۵ تا ۱۰ ساله شهر تهران بودند که در سال ۱۴۰۱-۱۴۰۰ به انستیتو روانپزشکی شهر تهران مراجعه کرده اند. روش نمونه گیری پژوهش حاضر نمونه گیری در دسترس بود، از کودکان پسر و دختر دارای اختلال بیش فعالی بر اساس فهرست نشانه مرضی کودک (CSI-4) شناخته شده و به انستیتو روانپزشکی مراجعه کرده اند و خانواده هایشان برای شرکت آنها در جلسات درمانی رضایت و آمادگی خود را اعلام کرده اند، ۳۰ نفر انتخاب شد.

### شیوهی اجرا

۱. پیش آزمون، نظریه ذهن روی نمونه انتخاب شده اجرا شد.
۲. در این مرحله با اطمینان از اینکه کودکان با اختلال بیش فعالی به نظریه ذهن دست نیافته اند برای درمان انتخاب شدند.

### جدول ۱ برنامه جلسات خلاقیت درمانی

جلسات	موضوع جلسه	روش جلسه
جلسه اول	معرفی دوره	آشنایی مربی و درمانگر با کودکان بیش فعال و بیان اهداف و ضرورت دوره، معرفی و تلاش برای بهبود شرایط کودکان بیش فعال
جلسه دوم	آموزش سیال سازی ذهن و منعطف سازی	تعریف مفهوم سیال سازی با استفاده از تمرین منعطف سازی ذهن به وسیله ساخت چهار لیوان متفاوت توسط یک برگه a3 توسط کودکان بیش فعال .
جلسه	آموزش راه حل یابی	الف - معرفی راه حل های متفاوت با قصه خوانی



سوم		ب- بیان مشکلات فردی در کلاس و ارائه راه حل های گوناگون توسط همه شرکت کنندگان ،به منظور افزایش میزان خلاقیت در کودکان و برقراری ارتباط بین فردی کودکان بیش فعال
جلسه چهارم	آموزش ابتکار سازی ذهن	معرفی مفهوم ابتکار با آموزش نمونه های تفکر متفاوت مانند استفاده های متفاوت از توپ پاره شده و تمرین نقاشی با موضوع ترسیم کلاس آموزش که کودکان به کشیدن نقاشی کلاس خود ترغیب شده اند به منظور ایجاد خلاقیت در کودکان بیش فعال .
جلسه پنجم	آموزش تخیل آوری	تمرین نقاشی با موضوع ستاره های خیالی، به منظور افزایش تخیلات و ایجاد خلاقیت در کودکان بیش فعال
جلسه ششم	آموزش طراحی ذهنی	آموزش مفهوم طراحی ذهنی توسط تمرین نقاشی های متعدد و متفاوت. هر کدام از کودکان بیش فعال داستانی که برای درمانگر بیان می کند ترسیم نمایند که این خود در ترغیب کودک بیش فعال به خلق یک ایده جدید کمک شایانی می نماید.
جلسه هفتم	آموزش ادراک کلامی و نظام استعاره ای	معرفی کاربرد کلمات در قالب داستان گویی و رنگ آمیزی ،این موارد با توجه به سن کودکان بیش فعال متفاوت است.
جلسه هشتم	آموزش الگوهای کلامی بین فردی و زبان بدنی	اجرای نقش های متفاوت از جمله ،معلمی توسط کودکان بیش فعال نقاشی حالت های یکدیگر و اجرای حرکات موزون بدنی و بیان آن با ایما و اشاره
جلسه نهم	آموزش اعتماد به نفس و جسارت ورزشی	آموزش جرات ورزشی با بیان نه گفتن و آموزش های متعدد جرات ورزشی جهت ایجاد خلاقیت در کودکان بیش فعال .
جلسه دهم	آموزش جهت دهی انگیزشی	تمرین نقاشی های متعدد با موضوعات ،آرزوها و در آینده می خواهید چه شغلی را انتخاب کنید به منظور ایجاد خلاقیت در کودکان بیش فعال

فصلنامه مطالعات و تحقیقات در علوم رفتاری

سال چهارم، شماره ۱۳، زمستان ۱۴۰۱

جدول ۳-۲- ساختار جلسات آموزش مادران

جلسه اول	عنوان: معرفی اختلال نارسایی توجه/بیش‌فعالی دستور جلسه: آشنایی مادران با ماهیت، شیوع، سبب‌شناسی و درمان کارآمد
جلسه دوم	عنوان: اصول کلی مدیریت رفتار دستور جلسه: آشنایی با انواع روش‌های تقویت شامل تقویت مثبت، تقویت تفکیکی و..
جلسه سوم	عنوان: نقش و توجه والدین بر رفتارهای کودک دستور جلسه: آموزش روش‌های کارآمد توجه به رفتارهای کودکان، تکنیک‌های کلامی و اصول توجه به رفتار مثبت و نادیده‌انگاری رفتارهای نامناسب
جلسه چهارم	عنوان: بسط آموزش‌های جلسه سوم دستور جلسه: توجه مثبت به فرمانبرداری از دستور والدین و نیز پیروی از مقررات خانواده
جلسه پنجم	عنوان: تدوین برنامه اقتصاد ژتونی در خانواده دستور جلسه: برای تدوین این برنامه والدین فهرستی از مسئولیت‌ها و تکالیف کودک را مشخص می‌کنند و برای هر کدام از آنها ارزش و امتیاز تعیین می‌کنند.
جلسه ششم	عنوان: آموزش روش‌های تنبیه دستور جلسه: آموزش روش استفاده از جریمه و محروم‌سازی
جلسه هفتم	عنوان: مدیریت رفتار در موقعیت‌های عمومی دستور جلسه: آموزش مدیریت رفتار در موقعیت‌های عمومی
جلسه هشتم	عنوان: بهبود رفتار کودک در مدرسه

	دستور جلسه: آموزش بهبود رفتار کودک در مدرسه از سوی خانه
جلسه نهم	عنوان: آموزش مدیریت رفتارهای آینده دستور جلسه: مروری کوتاه از آموخته‌های آنها از کل برنامه، نظر آنها در مورد مشکلات آینده و چگونگی برخورد با آنها
جلسه دهم	عنوان: یادآوری و پیگیری دستور جلسه: مرور و یادآوری آموخته‌های والدین در طول ۹ جلسه قبل، اجرای پرسشنامه‌ها

### برنامه اجرای (تفصیلی) دوره الگوی بالینی خلاقیت درمانی

درمانگر دوره ی خلاقیت درمانی، پس از یادگیری های لازم، اقدام به برگزاری یک دوره کارگاه های از پیش تعیین شده در ۱۰ جلسه ۱۲۰ دقیقه ای، می کند. قبل از شروع جلسات درمانی، ابتدا پیش آزمون در مورد تمامی ابزارهای پژوهش، برای تمامی افراد اجرا می شود، سپس افراد شرکت کننده به دو گروه آزمایش و کنترل تقسیم می شوند و در پایان دوره پس آزمون برای هر دو گروه اجرا می شود. در این پژوهش، با توجه به آنچه از تبیین این الگو در مورد اختلال بیش فعالی بیان شد، برای مؤلفه های فراشناختی و شخصیتی و انگیزشی در نظر گرفته شد. و از بین مولفه های شناختی، عناصری که در بیش فعالی موثر هستند اجرای شد. در این الگو خلاقیت درمانی بیش فعالی را مورد هدف قرار می دهیم، با فرض اینکه کاهش نشانگان بالینی اختلال بیش فعالی را دنبال دارد.

جلسه اول: در این جلسه به معرفی دوره و آشنایی افراد شرکت کننده با اهداف و قوانین دوره الگوی بالینی خلاقیت درمانی و ساختار و جلسات پرداخته می شود. همچنین مجری طرح و اعضا و والدین به هم معرفی می شوند و آزمودنی ها در مورد اختلال بیش فعالی، آگاه می شوند.

جلسه دوم: تمرکز بر آموزش مؤلفه های فراشناختی (سیال سازی و منعطف سازی) بود تا پویایی و کارآمدی بوجود آید و همچنین در سطح منعطف سازی به درک متفاوت و نگاه واگرایانه برسند. توانایی در این سطوح می تواند، به کاهش نشانگان بیش فعالی و باورهای نا خود کارآمده کمک می کند.

در اولین گام، هدف، تولید افکار، ایده ها و راه حل های متفاوت می باشد. به همین منظور، یک عدد شیشه نوشابه خانواده خالی به آنها نشان داده می شود و از آنها درخواست می شود تا موارد استفاده آن را تا جایی که به ذهنشان می رسد بیان کنند. همچنین تعدادی چوب بستنی به هر فرد داده می شود تا ظرف مدت ۵ دقیقه به وسیله آنها شکل هایی که در ذهن دارند درست کنند. سپس برای درک تفاوت انعطاف پذیری و سیالیت از آنها تقاضا می شود که ظرف مدت ۱۵ دقیقه به وسیله چوب بستنی ها به خلق اشکال متفاوت تر دست بزنند. در پایان جلسه، از آن ها در خواست می شود تا در اطراف خود جستجو کنند و تفاوت سیالیت و انعطاف پذیری را در مثالهای مختلف یادداشت نمایند و در جلسه بعدی به همراه خود بیاورند.

جلسه سوم: این جلسه به مؤلفه های فراشناختی (راه حل یابی و تصمیم سازی) اختصاص می یابد. برای درک بهتر راه حل یابی، از افراد خواسته می شود تا فردی که مبتلا به اختلال بیش فعالی می باشد را در نظر بگیرند و مشکلات مربوط به آن ها را یادداشت نمایند. سپس هرچند تعداد که راه حل به ذهنشان میرسد را یادداشت نمایند. به آن ها فرصت داده می شود و کمک می شود تا بیشتر تمرکز کنند و راه حل های بیشتری را ارائه دهند. اما برای افزایش توانایی تصمیم سازی افراد باید بتوانند راه حل مؤثرتر را انتخاب نمایند، به همین دلیل در مورد راه حل های ارائه شده بحث و گفتگو می شود و مورد ارزیابی قرار می گیرد. سپس برای تمرین در منزل از آن ها تقاضا می شود که مجموعه ای از چند راه حل را یادداشت نمایند.

جلسه چهارم: در این جلسه بر روی مؤلفه های فراشناختی (طراحی ذهنی بهسازی فکری / ادراکی) تمرکز می شود. ابتدا به همان تعداد چوب بستنی برای درک طراحی ذهنی به افراد داده می شود. اما از آن ها خواسته می شود تا فرایند طراحی و ساخت این شکل ها را در ذهن خود مرور کنند و آگاه شوند. سپس برای آموزش بهسازی فکری / ادراکی، از شرکت کنندگان درخواست می شود تا ذهن خود را معطوف شکل ها و چیزهایی فراتر از حالت معمول کنند، زیرا احتمالاً اشکال تکراری و شبیه به هم هستند.

جلسه پنجم: در این جلسه بعد از تمرین تکالیف جلسات پیشین و مروری بر آن ها، تخیلات کودکان را بصورت مکتوب ثبت و یادداشت نموده و در کنار این موارد وضعیت و نحوه برقراری ارتباط با تخیلات را در کارگاه بررسی و عملکرد تک تک اعضا بررسی می شود. همچنین از آن ها خواسته می شود که به سؤالات زیر پاسخ هایی را ارائه دهند تا ایده های خود را به دو صورت ساده و پیچیده بیان کنند:

- فکر می کنید اختلال بیش فعالی چه پیامدهایی را در کوتاه مدت به دنبال دارند؟

- آیا درمان آن ها می تواند منجر به تغییرات مثبت در فرد شود؟

بیشتر، پاسخ های بدیع و نو، مدنظر مربی می باشد تا میزان تأثیر مؤلفه های فراشناختی مشخص شود و سپس در گام بعدی به مؤلفه های شخصیتی پرداخته می شود.

جلسه ششم: در این جلسه به مؤلفه طراحی ذهنی کودکان پرداخته می شود و مفهوم طراحی ذهنی توسط تمرین نقاشی های متعدد و متفاوت را در بر می گیرد سپس مربی یا درمانگر از کودکان حاضر که هر آنچه در ذهن دارند ترسیم نمایند.

جلسه هفتم: ادراک کلامی و نظام استعاره ای در کودکان مد نظر بود. ضمن معرفی کاربرد کلمات در قالب داستان گویی و انشا نویسی و رنگ آمیزی توسط کودکان، که این موارد توسط درمانگر با توجه به سن کودکان کنترل می شد.

جلسه هشتم: در این جلسه به الگو های کلامی بین افراد و زبان بدن آنان پرداخته شد درمانگر نقش های متفاوتی به کودکان طی جلسه و زمان مشخص داد از جمله نقاشی حالت های یکدیگر و اجرای حرکات موزن با ایما و اشاره

جلسه نهم: در این جلسه به مؤلفه شخصیتی (اعتماد به نفس، جرأت ورزی و ریسک پذیری) پرداخته می شود. از آزمودنی خواسته می شود تا درباره چیزهایی که علاقه داشتند آن ها را به دست بیاورند، اما موفق نشدند و همچنین راه های دستیابی به آن ها را یادداشت نمایند. در این مرحله از آزمودنی تقاضا می شود تا کارهایی که دوست ندارند انجام بدهند را یادداشت نمایند و به مجری بدهند سپس مجری با توجه به هر یک از آن ها از تک تک آزمودنی ها درخواست می کند که آن کار را انجام بدهند اما آن ها درخواست را رد می کنند (جرأت ورزی). و برای آموزش ریسک پذیری موقعیتی نا تمام توسط مجری

توصیف می شود و از آزمودنی ها درخواست می شود تا آن را تمام کنند و برای جلسه بعد بیاورند. اگر موقعیت ها جسورانه تمام شود بازخورد مثبت داده می شود.

جلسه دهم: این جلسه تمرکز روی مؤلفه های انگیزشی (جهت دهی انگیزشی و پشتکار) می باشد. در مورد جهت دهی از افراد خواسته می شود تا تغییرات خود را طی جلسات گذشته یادداشت نمایند و احساسات و عملکرد خود را قبل و بعد از مداخله یادداشت نمایند. سپس برای ادامه (پشتکار) روی پیامدهای مثبت در مورد مشکلشان تمرکز نمایند.

### یافته های پژوهش

آزمون فرضیه: الگوی بالینی خلاقیت درمانی بر نشانگان ذهنی کودکان دارای اختلال کمبود توجه / بیش فعالی مؤثر است.

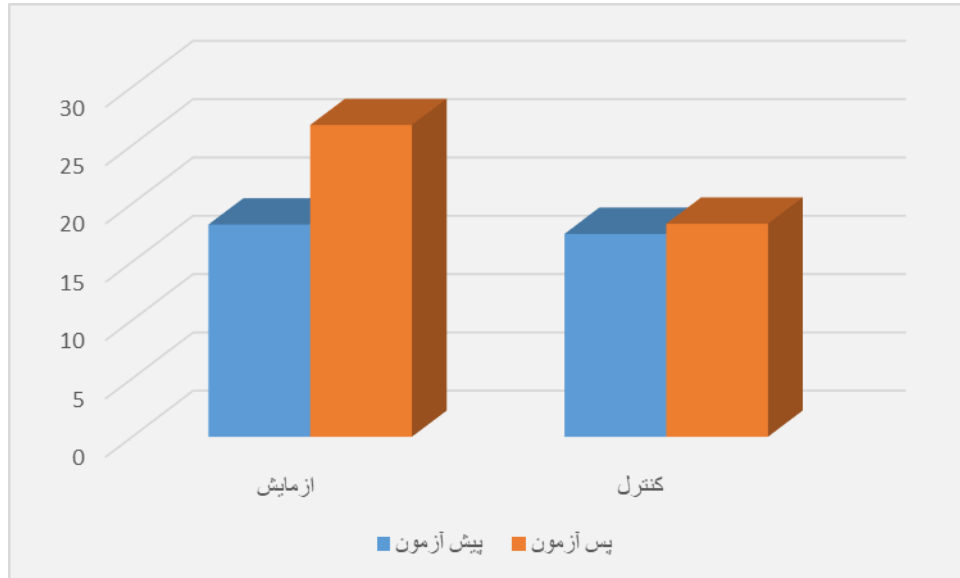
در جدول زیر آزمون تحلیل کوواریانس برای فرضیه اصلی پژوهش آمده است.

جدول ۴-۶ آزمون تحلیل کوواریانس برای فرضیه اصلی

شاخص آماری	SS	df	MS	F	sig	ضریب ایستا
متغیرها						
پیش آزمون	۲۳۸.۸۷	۱	۲۳۸.۸۷	۳۳.۷۷	.۰۰۱	.۵۵
گروه	۴۲۷.۱۳	۱	۴۲۷.۱۳	۶۰.۳۸	.۰۰۱	.۵۹
خطا	۱۹۰.۹۸	۲۷	۷.۰۷			
کل	۹۶۷.۵۰	۲۹				

نتایج جدول ۴-۶ نشان می دهد، با حذف تاثیر متغیر پیش آزمون و با توجه به ضریب  $F$  محاسبه شده، مشاهده می شود که بین میانگین های تعدیل شده نمرات نشانگان ذهنی شرکت کنندگان برحسب عضویت گروهی «آزمایش و کنترل» در مرحله پس آزمون تفاوت معناداری مشاهده می شود ( $P < 0.05$ ). بنابراین با توجه به میانگین های اصلاح شده در نمودار ۴-۱ و نتایج جدول ۴-۶ نتیجه گرفته می شود که الگوی بالینی خلاقیت درمانی در شرکت کنندگان گروه آزمایشی به نسبت گروه کنترل تاثیر بیشتری بر نشانگان ذهنی کودکان دارای اختلال کمبود توجه / بیش فعالی داشته است. میزان این تاثیر «معنادار بودن

عملی» ۰/۵۹ بوده است یعنی ۵۹ درصد کل واریانس یا تفاوت های فردی در نشانگان ذهنی کودکان دارای اختلال کمبود توجه / بیش فعالی مربوط به الگوی بالینی خلاقیت درمانی بوده است.



نمودار ۴-۱. مقایسه میانگین های اصلاح شده نشانگان ذهنی دو گروه در پیش آزمون و پس آزمون

### بحث و نتیجه گیری

هدف این پژوهش، بررسی اثربخشی الگوی بالینی خلاقیت درمانی بر نشانگان کودکان بیش فعال بود. به منظور بررسی اثر بخشی خلاقیت درمانی سه فرضیه طراحی شد. فرضیه اول این بود که الگوی بالینی روش خلاقیت درمانی بر نشانگان ذهنی کودکان دارای اختلال کمبود توجه / بیش فعالی، مؤثر است. نتایج تحلیل کوواریانس نشان داد که الگوی بالینی خلاقیت درمانی تاثیر نسبتاً قوی بر کاهش نشانگان بالینی کودکان دارای اختلال کمبود توجه / بیش فعالی گذاشته است. فرضیه دوم این بود که الگوی بالینی خلاقیت درمانی بر نشانگان ذهنی کودکان دختر دارای اختلال کمبود توجه / بیش فعالی مؤثر است. نتایج تحلیل کوواریانس نشان داد که الگوی بالینی خلاقیت درمانی بر کاهش نشانگان بالینی کودکان بیش فعال با جنسیت دختر تاثیر نسبتاً مطلوبی دارد و باعث کاهش نشانگان در آنان شده است. فرضیه سوم این بود که الگوی بالینی خلاقیت درمانی بر نشانگان ذهنی کودکان پسر بیش فعال مؤثر است، در مجموع الگوی بالینی خلاقیت درمانی بر کاهش نشانگان کودکان با اختلال کمبود توجه / بیش فعالی مؤثر بود.

## منابع

- علیرضا پیرخائفی، سمانه حقیری (۱۳۹۵). اثر بخشی بالینی خلاقیت درمانی بر کاهش نشانگان اضطراب و افسردگی پس از زایمان، فصلنامه روانشناسی تحلیلی-شناختی، سال هفتم، شماره ۲۶، پاییز
- فرامرز سهرابی و علیرضا پیرخائفی (۱۳۹۴). بررسی اثر بخشی الگوی بالینی خلاقیت درمانی بر خودکارآمدی کودکان خیابانی شهر تهران، پایان نامه کارشناسی ارشد، عزیزی، دانشگاه علامه طباطبائی.
- آزاد حسین (۱۳۷۸). سلامت روان / دیدگاه الیس. فصلنامه اصول بهداشت روانی، شماره چهارم.
- آذربایجانی، مسعود. (۱۳۸۸). روان شناسی دین. ماهنامه اطلاع رسانی معارف، شماره ۶۶، صص ۱۰-۶.
- احمدی، محمدرضا؛ گلزاری، محمود؛ شاملی، عباسعلی؛ رسولزاده طباطبائی، سیدکاظم. (۱۳۸۷). بررسی ابعاد روان شناختی مناسک حج و تأثیر آن بر سطح دینداری. فصلنامه علمی- تخصصی روان شناسی و دین، سال اول، شماره ۴، صص ۴۳-۴.
- احمدی، علی اصغر. (۱۳۶۸). روان شناسی شخصیت از دیدگاه اسلامی. تهران، انتشارات امیرکبیر، چاپ اول. ۱۳۶۸.
- ابراهیم زاده، احمد. (۱۳۸۴). نقش ویتامین ها در تقویت حافظه و سلامت کودکان و نوجوانان. پیوند، ۳۱۱ - ۳۱۰ - ۳۰۹.
- ابراهیمی عطری، احمد. (۱۳۷۲). بررسی و مقایسه صدمات ورزشی در معلولین ورزشکار با ویلچر و بدون ویلچر. تهران : انتشارات دانشگاه تربیت مدرس.
- ابراهیمی، ابوالفضل. (۱۳۸۷). باورهای آخرت نگرانه و رابطه آنها با سلامت روان. فصلنامه علمی- تخصصی روان- شناسی و دین، سال اول، شماره سوم، صص ۱۰۷-۱۲۵.
- اتکینسون، ریتا ال و همکاران. (۱۳۸۷). ترجمه محمدتقی براهنی و همکاران، زمینه روان شناسی هیلگارد، جلد اول، تهران: انتشارات رشد، چاپ سیزدهم، ص ۷۴۳.
- الیری، دانیال. رفتار درمانی: کاربرد و بازده. ترجمه علی اکبر سیف. (۱۳۷۷). تهران : انتشارات فردوس.
- Anastopoulos AD, Guevermont DC, Shelton TL, Dapaul GJ. Parenting stress among families of children with attention deficit hyperactivity disorder. J Abnorm Children Psychol 1992; 20(5): 503-20.
- Anastopoulos, A. D., Shelton, T. L., DuPaul, G. J. & Guevremont, D. C. (1993). Parent training for aAttention deficit hyperactivity disorder: Its impact on parent functioning. *Journal of Abnormal of Psychology*, 21, 581-596.
- Barlow, j., & Coren, E. ( 2004). Parent training programs for improving maternal psychosocial health. *Coherance Database System Review*, 1, 2020.
- Barkley RA, DuPaul GJ, McMurray MB. (1990). Comprehensive evaluation of attention deficit disorder with and without hyperactivity as defined by research criteria. *Journal Consulting Clinical Psychology* 58(6): 775-8۹.