Review

Developmental Skills required for the effectiveness of Cognitive Behavior Therapies in children: An umbrella review

Samaneh Behzadpoor[1], Hamidreza Pouretemad[2]*, Saied Akbari zardkhaneh[3]

1.Ph.D Candidate of Clinical Psychology, Department of Psychology, Education and Psychology Faculty, Shahid Beheshti University, Tehran, Iran.
2.Professor, Department of Psychology, Education and Psychology Faculty, Shahid Beheshti University, Tehran, Iran.
3.Assistant Professor, Department of Psychology, Education and Psychology Faculty, Shahid Beheshti University, Tehran, Iran.
*. Corresponding Author: E-mail: akbari76ir@yahoo.com

(Received 30 March 2019; Accepted 11 July 2019)

Abstract

Cognitive-behavioral therapy (CBT) is used for a wide range of psychological problems in children. However, Children should have reached the level of development required to benefit from this treatment. The aim of this study is to examine developmental skills needed to effectiveness of cognitive behavior therapy in children.

In this umbrella review, review articles related to subject of study in Scopus, PubMed, springer in the period from 1900 to 2018 were extracted. Among articles extracted, 6 articles were selected for this study. The results indicated that a variety of emotional, social and cognitive skills including understanding and recognizing of emotions, social perspective taking, metacognition, causal reasoning, logical reasoning, scientific reasoning, verbal abilities and cognitive flexibility, play an important role in effectiveness of CBT. Some children may respond poorly because they do not yet have the cognitive, social, or emotional maturity needed to understand and apply the skills being taught in therapy. In conclusion, treatments for children may need to be tailored to match children's ability to both comprehend and implement the therapeutic techniques, otherwise, the effectiveness of the treatment is limited.

Keywords: Cognitive Behavior Therapy, Development, Children.

Clin Exc 2019; 9(46-55) (Persian).

[Downloaded from ce.mazums.ac.ir on 2026-11-01]

تعالی بالینی
آموزش- پژوهش
دوره نهم شماره ۲(۵۵-۴۶)

مهارت‌های رشدی لازم برای اثربخشی درمان‌های شناختی رفتاری در کودکان: مروری چترگونه

سمانه بهزادپور[۱]، حمیدرضا پوراعتماد[۲*]، سعید اکبری زردخانه[۳]

چکیده

درمان شناختی رفتاری برای دامنه وسیعی از مشکلات روان‌شناختی کودکان به کار می‌رود. بااین‌وجود، کودکان باید به سطح تحولی لازم برای بهره‌مندی از این درمان رسیده باشند. هدف این پژوهش بررسی مهارت‌های تحولی لازم برای اثربخشی درمان شناختی در کودکان است.

در مرور چترگونه حاضر، مقالات مروری منتشرشده پیرامون موضوع پژوهش در طی سال‌های ۲۰۱۸-۱۹۰۰ از پایگاه‌های داده‌ای Scopus، PubMed و Springer استخراج شدند. از بین پژوهش‌های استخراج‌شده تعداد ۶ مقاله براساس ملاک‌های ورود معین، برای بررسی در این پژوهش انتخاب گردیدند. یافته‌ها نشان داد که انواعی از مهارت‌ها هیجانی شامل درک و شناسایی هیجانات، مهارت‌های اجتماعی شامل اتخاذ دیدگاه اجتماعی و مهارت‌های شناختی شامل؛ فراشناخت، استدلال علی، استدلال منطقی، استدلال علمی، توانایی کلامی و انعطاف‌پذیری شناختی در اثربخشی درمان رفتاری شناختی برای کودکان نقش مهمی را ایفا می‌کنند. برخی کودکان به درمان پاسخ ضعیفی می‌دهند زیرا هنوز به تحول هیجانی، اجتماعی و شناختی موردنیاز برای درک و کاربرد مهارت‌هایی که در درمان آموزش داده می‌شود، نرسیده‌اند. در نتیجه، درمان برای کودکان باید با توانایی کودکان برای درک و اجرای تکنیک‌های درمانی متناسب باشد، درغیراین‌صورت، اثربخشی آن محدود می‌شود.

واژه‌های کلیدی: درمان شناختی رفتاری، تحول، کودکان.

مقدمه

درمان‌های شناختی رفتاری یک درمان مفید برای دامنهٔ وسیعی از مشکلات روان‌شناختی بزرگ‌سالان است(۲-۱) و شواهد امیدوارکننده‌ای دربارهٔ اثربخشی آن برای کودکان و نوجوانان وجود دارد(۴-۳). به‌بیان‌دیگر، موفقیت و انعطاف‌پذیری این درمان برای بزرگ‌سالان باعث شد که توجهات زیادی به سمت سازگار سازی آن برای استفاده جهت درمان مشکلات روان‌شناختی کودکان مبذول گردد. در حال حاضر، درمان شناختی رفتاری به خط اول درمان در خدمات سلامت روان برای کودکان و نوجوانان تبدیل‌شده است(۵،۳). بااینکه تحقیقات اثربخشی این درمان را برای کودکان تأیید می‌کنند؛ ولی تمام کودکان به‌خوبی به این درمان پاسخ نمی‌دهند(۷-۶). مشارکت در درمان‌های شناختی رفتاری مستلزم این است که شرکت‌کنندگان دانش شناختی و هیجانی کافی برای منعکس کردن و توصیف افکار و احساسات خود را داشته باشند(۸).

۱. کاندیدای دکتری روانشناسی بالینی، گروه روانشناسی، دانشکده علوم تربیتی و روانشناسی، دانشگاه شهید بهشتی، تهران، ایران.
۲. استاد گروه روانشناسی، دانشکده علوم تربیتی و روانشناسی، دانشگاه شهید بهشتی، تهران، ایران.
۳. استادیار گروه روانشناسی، دانشکده علوم تربیتی و روانشناسی، دانشگاه شهید بهشتی، تهران، ایران.
* نویسنده مسئول: تهران، دانشکده علوم تربیتی و روان‌شناسی دانشگاه شهید بهشتی. E-mail: h-pouretemad@sbu.ac.ir

تاریخ دریافت:۱۳۹۸/۳/۵ تاریخ ارجاع جهت اصلاحات: ۱۳۹۸/۸/۱۹ تاریخ پذیرش:۱۳۹۸/۹/۱۷

[Downloaded from ce.mazums.ac.ir on 2026-11-01]

همچنین یک نیاز اصلی برای درمان شناختی این است که افراد بتوانند درباره فکرهایشان فکر کنند، تشخیص دهند که افکار، احساسات و رفتار، مفاهیم متفاوتی هستند و بفهمند که آن‌ها با هم مرتبط‌اند. بنابراین، درمان شناختی با کودکان کوچک‌تر درصورتی‌که نتوانند مهارت‌های لازم برای درک مفاهیم این درمان را کسب کنند، محدود می‌شود(۹). در واقع استفاده از درمان شناختی رفتاری برای کودکان این سؤال مهم را برانگیخته است که مهارت‌های تحولی لازم برای اثربخشی این درمان‌ها کدام است و کودکان تا چه حدی این مهارت‌ها را دارا هستند. نگرانی کلیدی در سازگاری درمان شناختی رفتاری برای کودکان این است که تا چه حدی آن‌ها می‌توانند مفاهیم انتزاعی موجود در این درمان را درک و فعالانه در آن مشارکت کنند(۸). اعتقاد بر این است که درمان شناختی رفتاری برای کودکان کوچک‌تر(زیر ۸ سال) مناسب نیست؛ زیرا آن‌ها فاقد پختگی لازم در عملکردهای شناختی و هیجانی هستند. کوکان ۸-۵ ساله اگرچه به سطحی از توانایی کلامی و استقلال رسیده‌اند، اما هنوز از نظر تحولی نسبتاً ناپخته هستند(۱۰). به‌بیان‌دیگر، سطح تحول شناختی، هیجانی و اجتماعی کودکان، آنچه آن‌ها می‌توانند در درمان یاد بگیرند را تحت تأثیر قرار می‌دهد. اجرای راهکارهای درمانی بدون اطلاع از چهارچوب و سطح تحولی کودک، احتمالاً مؤثر واقع نخواهد شد(۸، ۱۱). بر این اساس، کودکان باید به سطحی از تحول رسیده باشند تا بتوانند تکالیف مبتنی بر زبان و شناخت را در این مداخلات انجام دهند.

از سوی دیگر تحقیقات آزمایشی و بالینی موجود که رابطه بین تحول و اثربخشی درمان را بررسی کرده‌اند، به‌جای اندازه‌گیری تحول شناختی، صرفاً سن را شاخصی از سطح تحول شناختی کودک در نظر می‌گیرند(۹)، درحالی‌که، تحول بسیار پیشرفته‌تر و پیچید تر از پیشرفت خطی سن تقویمی است و کودکان هم‌سن از نظر سطح تحولی گاهی با هم متفاوت‌اند(۱۲).

اگرچه در نظرگرفتن ملاحظات تحولی در طرح‌ریزی درمان به‌عنوان موضوعی مهم شناخته‌شده است(۱۳). محققان بالینی به کاربرد یک چارچوب تحولی در درمان، توجه زیادی مبذول نداشته‌اند و تحقیقات تجربی و بالینی زیادی در این زمینه وجود ندارد. مطالعه پیشینه پژوهش نشان داد که چندین پژوهش کیفی به‌صورت سیستماتیک و مروری منتشرشده و هرکدام به چند عامل در زمینه پیش‌نیازهای تحولی برای اثربخشی درمان شناختی رفتاری اشاره کرده‌اند(۸،۱۰،۱۴). در نتیجه در این پژوهش در پاسخ به سؤال چه پیش‌نیازهای تحولی برای اثربخشی درمان شناختی رفتاری در کودکان وجود دارد؟ پرداختیم.

روش کار

مرور چترگونه نوعی مطالعه‌ای است که در آن اطلاعات موجود در مطالعات مروری یکپارچه و ترکیب می‌شوند. در مرورهای چتر گونه واحد تحلیل مطالعات مروری سیتماتیک و یا سایر مقالات مروری هستند(۱۵). اکثر مطالعات در حوزه سؤال پژوهشی حاضر، شامل مطالعات مروری توصیفی بودند که به‌عنوان واحد تحلیل وارد این پژوهش شدند.

تنظیم سؤال پژوهش و تعریف ملاک‌های ورود به پژوهش: هدف از این گام ابتدا رسیدن به سؤال پژوهشی مناسب و سپس تعیین ملاک‌هایی است که بر اساس آن‌ها مطالعات مناسب برای تحلیل انتخاب خواهند شد. برای تنظیم سؤال پژوهش از مؤلفه‌های مختلفی مانند: جامعه موردمطالعه، چه چیزی، چه موقع و چگونگی روش استفاده می‌شود. در این پژوهش این سؤال مورد کنکاش قرار گرفت: چه مهارت‌های تحولی برای اثربخشی درمان شناختی رفتاری در کودکان لازم است؟. برای دستیابی به این سؤال از بین مطالعاتی که بازیابی خواهند شد، مطالعاتی که ملاک‌های ورود به پژوهش را داشته باشند برای تحلیل انتخاب می‌شوند. ملاک‌های ورود عبارت بودند از:

۱) مطالعه مروری،
۲) به زبان انگلیسی،
۳) دسترسی به گزارش کامل پژوهش،
۴) گروه نمونه کودکان؛

[Downloaded from ce.mazums.ac.ir on 2026-11-01]

۵) پرداختن به پیش‌نیازها و پیش‌شرط‌های تحولی درمان‌های شناختی رفتاری پرداخته باشد.
۶) در سال‌های ۲۰۱۸-۱۹۰۰ به چاپ رسیده باشد.

انتخاب مطالعات مناسب برای ورود به تحلیل: هدف این گام، جستجو در ادبیات پژوهشی و انتخاب مقالاتی است که مناسب ورود به پژوهش و تحلیل هستند. در این پژوهش، از استراتژی جستجوی نظام‌مند برای شناسایی مقالاتی که مرتبط با موضوع هستند، استفاده شد. بدین منظور سه پایگاه داده‌ای Scopus، PubMed و Springer با استفاده از ترکیبی از کلیدواژه‌های زیر جستجو شدند: development OR developmental psychology OR developmental consideration OR developmental demand OR developmental influence OR perquisite skill OR perquisite abilit OR (CBT OR cognitive developmental aspects) AND behavior therapy OR cognitive-behavioral treatmen OR cognitive-behavioral therapy) AND (child) سپس پژوهشگر براساس ملاک‌های ورودی مقالات، مقالات را سرند و موارد نامناسب را از فرایند پژوهش کنار گذاشت. در پژوهش حاضر، فرایند بازبینی که براساس فلوچارت پریزما تنظیم شده است، در شکل شماره ۱ نشان داده شده است.

سنجش کیفیت مطالعات انتخاب‌شده: هدف این گام بررسی کیفیت مطالعات انتخاب‌شده برای ورود به پژوهش است. برای بررسی کیفیت مطالعات انتخاب‌شده، یک ارزیاب دیگر که دانشجوی دکتری روانشناسی بوده و در زمینه پژوهش توضیحات لازم را دریافت کرده بود، نیز روند جمع‌آوری داده‌ها را به‌طور جداگانه انجام داده و در مواردی که بین دو ارزیابی اتفاق‌نظر وجود نداشت با گفتگو بین ارزیاب‌ها توافق نظر حاصل شد.

استخراج اطلاعات متون: هدف این گام، استخراج و ارائه اطلاعات مطالعاتی است که برای تحلیل و بررسی انتخاب‌شده‌اند. در پژوهش حاضر، اطلاعات پژوهش‌ها شامل نام نویسنده، سال انتشار، روش پژوهش و یافته‌های مرتبط با سؤال پژوهش حاضر در جدولی دسته‌بندی شدند. این جدول در ادامه در بخش یافته‌های پژوهش ارائه‌شده است.



شکل شماره ۱: فلوچارت انتخاب مقالات

یافته‌ها

مقالات موردبررسی قرار گرفتند و عوامل تحولی که هر یک از آن‌ها برای اثربخشی درمان شناختی رفتاری بدان‌ها اشاره‌کرده بودند، در جدول شماره ۱ آمده است.

مؤلفه‌های استخراج‌شده بر اساس ادبیات پژوهش که به ما می‌گوید هر مؤلفه مربوط به کدام دستهٔ کلی‌تری از مهارت‌ها هستند(۸)، در سه مقوله جای گرفتند: مهارت‌های هیجانی، مهارت‌های شناختی و مهارت‌های اجتماعی. مهارت‌های هیجانی شامل درک و شناسایی هیجانات، مهارت‌های اجتماعی شامل اتخاذ دیدگاه اجتماعی و مهارت‌های شناختی شامل فراشناخت، استدلال علی، استدلال منطقی، استدلال علمی، توانایی کلامی و انعطاف‌پذیری شناختی می‌باشند. این مقوله‌ها و مؤلفه‌های مربوط به هرکدام در شکل شماره ۲ ارائه‌شده است.

[Downloaded from ce.mazums.ac.ir on 2026-11-01]

جدول شماره ۱: مؤلفه‌های تحولی اثربخشی درمان شناختی رفتاری

نویسنده/ سال	نوع مطالعه	مؤلفه‌های تحولی
گریو و بلیست (۲۰۰۴)	مروری انتقادی	استدلال علی[1]، اتخاذ دیدگاه اجتماعی[2]، توانایی کلامی[3]، فراشناخت[4]
گاربر و همکاران (۲۰۱۶)	مروری توصیفی	فهم هیجانات[5]، اتخاذ دیدگاه اجتماعی، استدلال علمی[6]، فراشناخت، انعطاف‌پذیری شناختی[7]
کیندگری و همکاران (۲۰۰۶)	مروری توصیفی	فهم هیجانات، اتخاذ دیدگاه، فراشناخت، استدلال منطقی[8]
رابلک و پیاسنتینی (۲۰۰۵)	مروری توصیفی	افتراق و شناسایی هیجانات، فراشناخت
بارت (۲۰۰۰)	مروری توصیفی	فراشناخت، درک حالات هیجانی خود و دیگران
کینی (۱۹۹۱)	مروری توصیفی	فراشناخت، اتخاذ دیدگاه اجتماعی، استدلال منطقی

بحث

هدف پژوهش حاضر تعیین مهارت‌های شناختی لازم برای اثربخشی درمان شناختی رفتاری در کودکان است. بر اساس یافته‌های پژوهش، مؤلفه‌های استخراج‌شده از مطالعات مروری مربوط به هدف پژوهش، در سه مقوله مهارت‌های اجتماعی، هیجانی، شناختی طبقه‌بندی شدند.

مهارت‌های هیجانی: مشارکت در انواعی از فرآیندهای شناختی رفتاری مستلزم مهارتی به نام درک هیجانات یا بازشناسی هیجان است(۱۷،۱۶،۱۴،۸). رشد توانایی‌های هیجانی(مانند بازشناسی هیجانی) برای تکنیک‌های درمان شناختی رفتاری از جمله پایش احساسات، اندازه‌گیری شدت هیجان، مدیریت انواع و شدت هیجانات لازم است(۸). به‌عبارت‌دیگر، کودکان در درمان شناختی رفتاری باید هیجانات خود را نام‌گذاری کرده و آن‌ها را از هم افتراق دهند، شدت آن‌ها را مشخص کنند و بین افکار و احساسات تمایز قائل شوند. تکمیل این تکالیف به‌طور موفقیت‌آمیز نیازمند این است که مهارت فهم و بازشناسی هیجان در کودکان به‌اندازه کافی رشد کرده باشد. پژوهشگران معتقدند که توانایی تشخیص و درک هیجانات با عطف به عوامل بیرونی در حدود ۵ سالگی در کودکان شکل می‌گیرد. اما تقریباً در ۷ سالگی است که کودکان به این توانایی می‌رسند که نقش باورها، تمایلات و مفاهیم هیجانی پنهان را درک کنند و در این زمان می‌توانند هیجانات خود را با عطف به عوامل درونی تشخیص داده و درک کنند(۱۸).

مهارت‌های اجتماعی: یک مهارت اجتماعی که برای درک و شرکت در درمان رفتاری شناختی، مؤلفه‌ای مهم محسوب می‌شود، اتخاذ دیدگاه است(۱۴،۱۱،۱۰،۸). اتخاذ دیدگاه اجتماعی یا اتخاذ نقش[9]، شامل درک افکار و احساسات فرد دیگر از یک دیدگاه و چشم‌اندازی متفاوت است(۱۹). فرآیند درمان شناختی رفتاری مستلزم درخواست از کودک برای تفکر درباره تأثیر رفتارش بر دیگران و توانایی پیش‌بینی واکنش‌های دیگران(یعنی اتخاذ دیدگاه‌های اجتماعی مختلف) است(۱۱). بنابراین کودکانی که به‌اندازه کافی در اتخاذ دیدگاه اجتماعی خوب عمل نکنند، احتمالاً داوطلبان خوبی برای درمان شناختی رفتاری نیستند. اتخاذ دیدگاه در کودکان زمانی به رسش می‌رسد که ساختارهای مغزی زیربنایی این مهارت(مانند؛ قشر پیش پیشانی میانی، شیار گیجگاهی فوقانی، اتصالات آهیانه‌ای گیجگاهی) به‌اندازه کافی رشد کرده باشند(۲۰). فریک، مورهینگ و نیوکامب(۱۹) بر اساس پژوهش خود به این نتیجه رسیدند که توانایی در نظر گرفتن دیدگاه دیگران بین ۸-۵ سالگی در کودکان ایجاد می‌شود که البته در سال‌های ۸-۷ سالگی شاهد کاهش چشمگیر اشتباهات و خطاها در این مهارت هستیم.

مهارت‌های شناختی: چهار مهارت شناختی شناسایی‌شده که در اثربخشی درمان شناختی رفتاری نقش دارند فراشناخت، انعطاف‌پذیری شناختی، استدلال و توانایی کلامی هستند. سازه فراشناخت ابتدا توسط فلاول معرفی شد و او فراشناخت را تفکر درباره تفکر تعریف کرد. چندی بعد، او این تعریف را به هر دانش یا فرآیند

1 . causal reasoning
2 . social perspective taking
3 . verbal ability
4 . metacognition
5 . understanding emotions
6 . scientific reasoning
7 . cognitive flexibility
8 . logical reasoning

9. Role-taking

[Downloaded from ce.mazums.ac.ir on 2026-11-01]

شناختی که مستلزم ارزیابی، پایش و کنترل شناختی است گسترش داد(۲۱). در مجموع، مهارت فراشناخت شامل آگاهی از افکار و باورها و توانایی پایش و تنظیم این افکار است که برای اثربخشی درمان شناختی رفتاری لازم است(۸،۱۰،۱۱،۱۴،۱۶). این مهارت به افراد برای بررسی انواعی از افکار و باورها و چالش با افکار غیرمنطقی کمک می‌کند(۲۲). درمان شناختی رفتاری مستلزم آگاهی از فعالیت ذهنی و توانایی پایش و تغییر افکار و باورهاست(۸). برخی تکنیک‌های این درمان شامل شناسایی افکار[10]، تمایز قائل شدن بین موقعیت‌ها، افکار و رفتار[11]، بررسی شواهد علیه افکار منفی و غیرمنطقی[12]، تشخیص اینکه افکار همیشه درست نیستند و اینکه می‌توان آن‌ها را تغییر داد، مهارت فراشناخت را می‌طلبند(۸). در نتیجه، کودکانی که هنوز به رسش تحولی لازم در این مهارت نرسیده باشند احتمالاً نمی‌توانند در این تکنیک‌ها به‌خوبی عمل کنند. فراشناخت از مهارت پایهٔ تئوری ذهن که در حدود ۵ سالگی ایجاد می‌شود، نشأت می‌گیرد و کم‌کم تحول می‌کند(۲۳).

مهارت شناختی اساسی دیگری که در اثربخشی این درمان نقش مهمی ایفا می‌کند، انعطاف‌پذیری شناختی[13] است. انعطاف‌پذیری شناختی یکی از مؤلفه‌های کارکردهای اجرایی است و به‌عنوان توانایی تغییر افکار یا اعمال برحسب تقاضاهای محیطی تعریف می‌شود(۲۴). برخی محققان معتقدند که انعطاف‌پذیری شناختی بیشتر، استفاده بهتر از راهکارهای مقابله‌ای(شامل راهکارهای مقابله‌ای در درمان شناختی رفتاری) برای مدیریت استرس را در پی خواهد داشت(۲۵). اعتقاد براین است که فرآیند انعطاف‌پذیری شناختی مشابه فرآیند تکنیک بازسازی شناختی در درمان شناختی رفتاری است(۲۷-۲۶). در بازسازی شناختی، مراجع به سمت شناسایی افکار منفی، آزمودن افکار بر اساس واقعیت، متوقف کردن پاسخ‌های عادتی(افکار و باورهای منفی)، ایجاد افکار جایگزین منطقی و جایگزینی آن‌ها با افکار منفی قبلی هدایت می‌شود(۲۷-۲۶). بنابراین بر اساس این شباهت بین تکنیک بازسازی شناختی و انعطاف‌پذیری شناختی، محققان بر این باورند که انعطاف‌پذیری شناختی یک توانایی مهم برای اجرای بازسازی شناختی است(۲۶). همچنین گاربر و همکاران(۸) مطرح کردند که خلق افکار جایگزین و تکنیک حل مسئله که در درمان شناختی رفتاری برای کودکان مورداستفاده قرار می‌گیرد، مستلزم مهارت انعطاف‌پذیری شناختی است. در نتیجه به نظر می‌رسد، این مهارت شناختی که به‌سرعت در سال‌های پیش‌دبستانی تحول می‌کند و با غنی شدن شبکه‌های نورونی موجود در کورتکس پیشانی، به‌طور مستمر تا نوجوانی افزایش می‌یابد(۲۸)، نقش مهمی در موفقیت کودک در اجرای تکنیک‌های درمان شناختی رفتاری داشته باشد و اثربخشی این درمان را تحت تأثیر قرار دهد. پژوهشگران معتقدند که انعطاف‌پذیری شناختی در کودکان بین ۵-۳ سالگی رشد می‌کند و بهبود می‌یابد(۲۹).

استدلال، مهارت تحولی شناختی دیگری است که به نقش آن در اثربخشی درمان شناختی رفتاری اشاره‌شده است. سه نوع استدلال که فرض می‌شود در این درمان نقش مهمی ایفا می‌کنند، عبارت‌اند از: استدلال علّی، علمی و منطقی. استدلال علی یکی از مهم‌ترین توانایی‌های شناختی انسان است که او را قادر می‌سازد با دنیای اطراف سازگار شود. دانش علّیت به افراد امکان می‌دهد که رویدادهای آینده را پیش‌بینی کند یا علت‌های واقعیت‌های قابل‌مشاهده شده را تشخیص دهد. افراد برای حل مسائل و برنامه‌ریزی‌ها از دانش روابط علت-اثر بهره می‌برند(۳۰). استدلال علّی برای درمان شناختی رفتاری مهارتی اساسی است.

یک هدف صریح درمان شناختی رفتاری، درک کودک از ارتباط علّی بین شناخت و رفتار است. استدلال علّی درباره رفتار، فرآیند ایجاد قضاوت درباره رابطه بین رویدادها براساس یک سلسله مراتبی از مفاهیم پیچیده است. در یک سطح ساده، قضاوت در مورد رابطه علت و

[10]. Identify thoughts
[11]. Differentiate situations, thoughts, feelings, & behaviors
[4]. Examine evidence for and against their beliefs
[5]. Bartsch, & Estes
[12]. Geurts, Corbett, & Solomon

[Downloaded from ce.mazums.ac.ir on 2026-11-01]

اثر است و در سطح پیشرفته‌تر قضاوت درباره این است که آیا یک علت تصادفی رخ می‌دهد یا عمدی(۳۱).

استدلال علمی فرآیند استفاده از شواهد برای بررسی فرضیه‌ها و نظریه‌ها و نتیجه‌گیری کردن از این بررسی‌هاست. در استدلال علمی، افراد فرضیه‌هایی در مورد پیش‌بینی نتایج خاص می‌زنند و برای آزمون چنین پیش‌بینی‌هایی شواهد جمع‌آوری می‌کنند و بررسی می‌کنند که چقدر داده‌های جمع‌آوری‌شده با فرضیه‌هایشان هماهنگ است(۳۲). این توانایی در کودکان از سن ۷ سالگی ایجادشده و تحول آن تا نوجوانی ادامه می‌یابد(۳۳). استدلال علمی به‌خصوص به توانایی کودک در مشارکت در درمان شناختی مربوط است. توانایی اجرای آزمایش‌های عینی، بررسی شواهد و ترکیب شواهد ناهمگون به‌سوی یک باور تغییریافته برای یادگیری و اجرای بازسازی شناختی ضروری است. بازسازی شناختی مستلزم توانایی متمایز کردن افکار از شواهد، بررسی شواهد و اصلاح افکار(نتیجه‌گیری) بر اساس این بررسی است(۸). در نتیجه استدلال علمی، نوعی از استدلال است که بر اثربخشی درمان شناختی رفتاری اثرگذار است.

استدلال منطقی روش نتیجه‌گیری بر اساس منطق حاصل از اندیشیدن و تفکر عقلانی است. بنابراین هرگاه از استدلالی منطقی استفاده گردد باید دلایل ارائه‌شده بر اساس اصول درستی اندیشه باشد که منطق نام می‌گیرد(۳۴). پیاژه(۱۹۷۲) اواسط کودکی(تقریباً ۱۲-۷ سال) را دوره تحول سریع منطق و استدلال منطقی می‌داند. کودکان در ۱۲-۷ سالگی می‌توانند به‌طور منطقی استدلال کنند و بنابراین توانایی حل مسئله آن‌ها افزایش می‌یابد. بااین‌حال، تفکر منطقی در اواسط کودکی تا حدی عینی است و اغلب وابسته به رویدادهای قابل‌مشاهده است(۱۴). استدلال منطقی در درمان شناختی رفتاری برای بررسی شواهد له و علیه باورها و تشخیص اینکه افکار همیشه درست نیستند و می‌توان آن‌ها را تغییر داد لازم است(۸). همچنین این مهارت برای حل مسئله، که اغلب از مؤلفه‌های درمان شناختی رفتاری است، مهارتی ضروری است(۱۱).

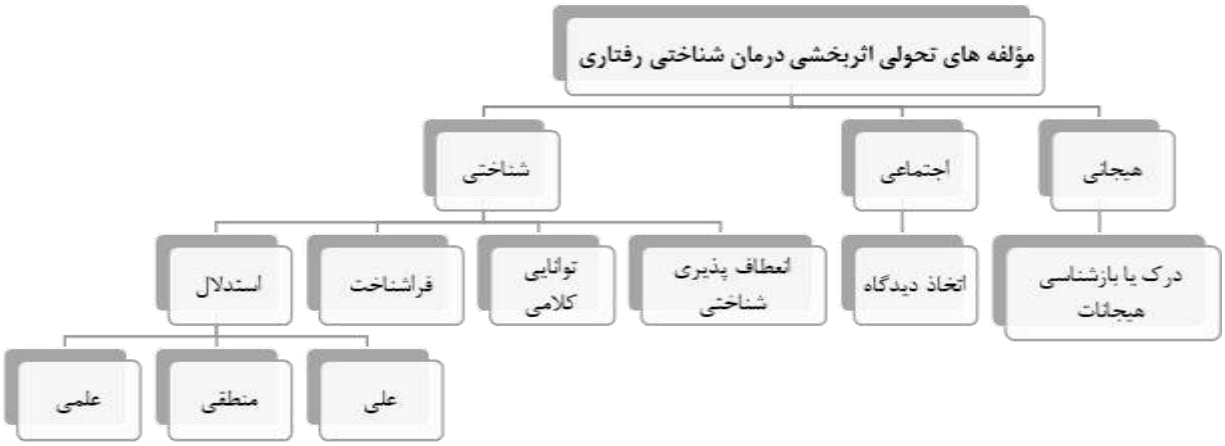
علاوه بر این، توانایی کلامی نیز در اثربخشی درمان شناختی رفتاری مهم پنداشته می‌شود(۱۰). درمان شناختی رفتاری یک رویکرد مبتنی بر کلام و زبان است و تحول توانایی‌های کلامی برای اجرای تکنیک‌های درمان شناختی رفتاری ضروری است. برای برقراری رابطه درمانی و نیز تکنیک‌های مداد و کاغذی که مستلزم بهره‌مندی از توانایی‌های زبانی است. بر این اساس کودکان باید به سطحی از رسش زبانی که برای مداخله موردنیاز است برسند(۳۵). از سن مدرسه(حدود ۷-۸ سالگی) توانایی زبانی کودک به پیشرفت‌های زیادی در محتوا و استفاده از زبان می‌رسد. استفاده از لغاتی که کودک در دوره پیش‌دبستانی آموخته است، افزایش‌یافته و از طرف دیگر کودک می‌تواند از کلمات جدید پیچیده را آموخته و آن‌ها را به کار ببرد(۳۲).

نتیجه‌گیری

به‌طورکلی، پژوهش حاضر چندین مهارت تحولیِ هیجانی، اجتماعی و شناختی را که بر مشارکت موفقت آمیز کودک در درمان شناختی رفتاری اثرگذارند را برجسته کرد. بر اساس نتایج حاصله، سطح تحولی کودک در موفقیت درمان بسیار اثرگذار است و اگر کودک در هر یک از مهارت‌های موردنیاز دچار نقص و یا تأخیر تحولی باشد، احتمالاً نتواند این درمان را به‌طور موفقیت‌آمیز به اتمام برساند. با توجه به توضیحاتی که در مورد هر مهارت و سن اکتساب آن در کودکان مطرح شد، به نظر می‌رسد که در حدود ۸-۷ سالگی کودکان مهارت‌های لازم برای درمان شناختی رفتاری را کسب کرده و می‌توانند از آن بهره‌مند شوند. البته سرعت رشد کودکان در مهارت‌های مختلف با هم متفاوت است و درمانگران باید این موضوع را مدنظر قرار دهند؛ اما به‌طور متوسط می‌توان مطرح کرد که اکثریت کودکان در این سن به تحول کافی برای بهره‌مندی از درمان رسیده باشند. شایان‌ذکر است که کودکان دارای تأخیرهای رشدی

[Downloaded from ce.mazums.ac.ir on 2026-11-01]

مانند کودکان مبتلا به اتیسم را باید از کودکان عادی در این زمینه مستثنی نمود و این کودکان به دلیل مشکلات و تأخیرهای رشدی احتمالاً در بهره‌مندی از این درمان دچار مشکلاتی خواهند بود. ازآنجاکه توجه به نقش تحول در بهره‌مندی کودکان از درمان تأثیرگذار است، بهتر است پژوهش‌های کمی و کیفی بیشتری در این زمینه انجام گیرد. از جمله توجه به کارکردهای اجرایی و نقش آن‌ها در پیامدهای درمان‌های روان‌شناختی کودکان می‌تواند مدنظر قرار گیرد. ساخت مقیاسی برای سنجش توانایی های تحولی موردنیاز کودکان برای شرکت در درمان شناختی رفتاری نیز می‌تواند موردتوجه پژوهشگان آتی باشد. این مقیاس می‌تواند در کلینیک‌های روان‌شناختی کودکان مورداستفاده درمانگران شناختی رفتاری قرار گیرد تا تعیین کنند که آیا کودک می‌تواند از پس درمان شناختی رفتاری برآید یا رویکرد درمانی دیگری را باید به کاربست که با توانایی‌های کودک هماهنگ باشد.



شکل شماره۲: مؤلفه‌های تحولی اثربخشی درمان شناختی رفتاری

[Downloaded from ce.mazums.ac.ir on 2026-11-01]

References

1. Timulak L, Keogh D, Chigwedere C, Wilson C, Ward F, Hevey D, Griffin P, Jacobs L, Irwin B. A comparison of emotion-focused therapy and cognitive-behavioural therapy in the treatment of generalised anxiety disorder: study protocol for a randomised controlled trial. Trials. 2018;19(1):506-518
2. Kolubinski DC, Frings D, Nikčević AV, Lawrence JA, Spada MM. A systematic review and meta-analysis of CBT interventions based on the Fennell model of low self-esteem. Psychiatry research. 2018; 267 (2):296-305.
3. Syros I. Cognitive behavioral therapy for the treatment of PTSD. European journal of psychotraumatology. 2017;8(4):2-10.
4. Minde K, Roy J, Bezonsky R, Hashemi A. The effectiveness of CBT in 3–7 year old anxious children: Preliminary data. Journal of the Canadian Academy of Child and Adolescent Psychiatry. 2010;19(2):109-121.
5. Creswell C, Waite P. Recent developments in the treatment of anxiety disorders in children and adolescents. Evidence-based mental health. 2016;19(3):65-68.
6. Weston L, Hodgekins J, Langdon PE. Effectiveness of cognitive behavioural therapy with people who have autistic spectrum disorders: A systematic review and meta-analysis. Clinical psychology review. 2016; 49(3):41-54.
7. Geller DA. Enduring Effects of Cognitive-Behavioral Therapy for Pediatric Obsessive-Compulsive Disorder: The Nordic Experience. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry. 2017;56(11):918–929.
8. Garber J, Frankel SA, Herrington CG. Developmental Demands of Cognitive Behavioral Therapy for Depression in Children and Adolescents: Cognitive, Social, and Emotional Processes. Annu Rev Clin Psychol. 2016;12(1):181–216.
9. Doherr L, Reynolds S, Wetherly J, Evans EH. Young Children's Ability to Engage in Cognitive Therapy Tasks: Associations With Age and Educational Experience. Behav Cogn Psychother. 2005;33(2):201–215.
10. Grave J, Blissett J. Is cognitive behavior therapy developmentally appropriate for young children? A critical review of the evidence. Clin Psychol Rev. 2004;24(4):399–420.
11. Kinney A. Cognitive-behavior therapy with children: Developmental reconsiderations. J Ration Cogn Ther. 1991;9(1):51–61.
12. Sauter FM, Heyne D, Michiel Westenberg P. Cognitive Behavior Therapy for Anxious Adolescents: Developmental Influences on Treatment Design and Delivery. Clin Child Fam Psychol Rev. 2009;12(4):310–335.
13. Ollendick TH, Grills AE, King NJ. Applying developmental theory to the assessment and treatment of childhood disorders: does it make a difference? Clin Psychol Psychother. 2001;8(5):304–314.
14. Kingery JN, Roblek TL, Suveg C, Grover RL, Sherrill JT, Bergman RL. They're not just little adults: Developmental considerations for implementing cognitive-behavioral therapy with anxious youth. Journal of Cognitive Psychotherapy. 2006; 20(3):263-272.
15. Tsagris M, Fragkos KC. Umbrella Reviews, Overviews of Reviews, and Meta-epidemiologic Studies: Similarities and Differences. In: G Biondi-Zoccai, editor. Umbrella Reviews. Cham: Springer International Publishing. 2016; 43–54.
16. Roblek T, Piacentini J. Cognitive-Behavior Therapy for Childhood Anxiety Disorders. Child Adolesc Psychiatr Clin N Am. 2005;14(4):863–876.
17. Barrett PM. Treatment of childhood anxiety: developmental aspects. Clin Psychol Rev. 2000;20(4):479–494.
18. Larkin H. Exploring children's emotion understanding through EEG measurement of neural correlates and a standard emotion understanding task. Doctoral thesis, UCL (University College London). 2015.
19. Frick A, Möhring W, Newcombe NS. Picturing perspectives: development of perspective-taking abilities in 4-to 8-year-olds. Frontiers in psychology. 2014;5 (5):386-394.
20. Blakemore SJ, Choudhury S. Development of the adolescent brain: implications for executive function and social cognition. Journal of child

[Downloaded from ce.mazums.ac.ir on 2026-11-01]

psychology and psychiatry. 2006;47(4):296-312.
21. Flavell JH. Metacognition and cognitive monitoring: A new area of cognitive–developmental inquiry. American psychologist. 1979;34(10):906-1009.
22. Lickel A, MacLean WE, Blakeley-Smith A, Hepburn S. Assessment of the Prerequisite Skills for Cognitive Behavioral Therapy in Children with and Without Autism Spectrum Disorders. J Autism Dev Disord. 2012;42(6):992–1000.
23. Bartsch K, Estes D. Individual differences in children's developing theory of mind and implications for metacognition. Learn Individ Differ. 1996;8(4):281–304.
24. Geurts HM, Corbett B, Solomon M. The paradox of cognitive flexibility in autism. Trends Cogn Sci. 2009;13(2):74–82.
25. Cheng C, Lau H-PB, Chan M-PS. Coping flexibility and psychological adjustment to stressful life changes: A meta-analytic review. 2014; 140(6):1582–1607.
26. Johnco C, Wuthrich VM, Rapee RM. The role of cognitive flexibility in cognitive restructuring skill acquisition among older adults. J Anxiety Disord. 2013;27(6):576–584.
27. Johnco C, Wuthrich VM, Rapee RM. The influence of cognitive flexibility on treatment outcome and cognitive restructuring skill acquisition during cognitive behavioural treatment for anxiety and depression in older adults: Results of a pilot study. Behav Res Ther. 2014;57:55–64.
28. Buttelmann F, Karbach J. Development and Plasticity of Cognitive Flexibility in Early and Middle Childhood. Front Psychol. 2017;8 (2):1040–1051.
29. Deák GO, Wiseheart M. Cognitive flexibility in young children: General or task-specific capacity? J Exp Child Psychol. 2015;138:31–53.
30. Waldmann MR. The Oxford Handbook of Causal Reasoning. Oxford: Oxford University Press; 2017.
31. Shirk SR. Causal reasoning and children's comprehension of therapeutic interpretations. In: Shirk SR, editor. Perspectives in developmental psychology Cognitive development and child psychotherapy. New York, NY, US: Plenum Press. 1988; 53-89.
32. Sandberg EH, McCullough MB. The development of reasoning skills. In: Hollister E, Sandberg BLS, editors. A Clinician's Guide to Normal Cognitive Development in Childhood. New York: Routledge. 2010; 179-189.
33. Piekny J, Maehler C. Scientific reasoning in early and middle childhood: The development of domain-general evidence evaluation, experimentation, and hypothesis generation skills. Br J Dev Psychol. 2013;31(2):153–179.
34. Morris AK. Development of logical reasoning: Children's ability to verbally explain the nature of the distinction between logical and nonlogical forms of argument. Dev Psychol. 2000;36(6):741–758.
35. Stallard P. Adapting cognitive behaviour therapy for children and adolescents. In: Graham P, Reynolds S, editors. Cognitive Behaviour Therapy for Children and Families. Cambridge: Cambridge University Press. 2013; 22–33.

[Downloaded from ce.mazums.ac.ir on 2026-11-01]