

مروری بر مداخله‌های اثربخش برای کودکان و نوجوانان با اختلال سلوک

حانیه محمداسمعیل بیگی / کارشناس ارشد روان‌شناسی و آموزش کودکان استثنایی / دانشگاه شیراز

چکیده

زمینه: هدف از پژوهش حاضر مرور مداخله‌های کاربردی و اثربخش برای کودکان و نوجوانان با اختلال سلوک بود.

روش: روش پژوهش مروری بود و شامل تعریف و مشخصه‌های اختلال سلوک، میزان شیوع، سبب‌شناسی، نمودهای رفتاری افراد با اختلال سلوک در خانه و مدرسه و در نهایت بررسی انواع راهبردهای اثربخش در زمینه بهبود اختلال سلوک بود.

نتیجه‌گیری: با توجه به اینکه اختلال سلوک یکی از انواع اختلال‌های رفتاری به شمار می‌آید، والدین و معلمان همواره به دنبال یافتن روش‌های کاربردی برای کاهش مشکلات کودکان و نوجوانان با اختلال سلوک هستند؛ در این پژوهش تلاش شده است تا مداخله‌هایی که در پژوهش‌های پیشین اثربخشی آنها تایید شده است، معرفی شوند. از سویی مداخله‌های گوناگونی وجود دارد که اثربخشی آنها در سایر حیطه‌های مشکلات رفتاری تایید شده‌اند که برای تعیین اثربخشی این مداخله‌ها در کودکان و نوجوانان با اختلال سلوک به انجام پژوهش‌های بیشتری نیاز است.

واژه‌های کلیدی: اختلال سلوک، کودک و نوجوان، مداخله کاربردی، مطالعه مروری

مقدمه

مشکلات رفتاری از شایع‌ترین اختلال‌های روان‌شناختی کودک و نوجوان هستند که اختلال سلوک یکی از رایج‌ترین آن‌ها به شمار می‌رود (۱).

شیوع نسبتاً بالای اختلال سلوک و چالش‌های عملکردی که برای افراد مبتلا به این اختلال و اطرافیان آنها ایجاد می‌کند موجب شده تا این اختلال به‌عنوان یکی از شایع‌ترین علل مراجعه به کلینیک‌های روان‌درمانی تبدیل شود (۲) اختلال سلوک در افراد پیامدهای گوناگونی دارد که در طول زمان پایدار هستند. از جمله تأثیرات منفی آن بر سلامت روانی و سلامت جسمانی است که در افراد با تشخیص اختلال سلوک کودکی این مشکلات بیشتر دیده می‌شود (۳). بنابراین ضروری‌ترین اقدام، شناسایی و انجام مداخله‌های درمانی برای کودکان با این‌گونه مشکلات رفتاری است تا از بروز مشکلات بیشتر پیشگیری شود و فشار روانی والدین این افراد نیز کاهش یابد (۴).

تعریف اختلال سلوک

در پنجمین ویرایش کتاب راهنمای تشخیصی و آماری

اختلال‌های روانی^۱، اختلال سلوک در طبقه تشخیصی اختلال‌های رفتار ایدایی، کنترل‌تکانه و مشکلات سلوک قرار گرفته است. در این کتاب راهنما اختلال سلوک به الگوی رفتاری پایدار و تکرارشونده‌ای اشاره دارد که مشتمل بر نقض حقوق اساسی دیگران و تجاوز از هنجارهای اجتماعی متناسب با سن کودک و نوجوان (زیر ۱۸ سال) است. پرخاشگری نسبت به افراد و حیوانات، تخریب اموال، تقلب یا دزدی و نقض جدی مقررات از جمله ملاک‌های تشخیص افراد با اختلال سلوک به شمار می‌آیند. این مشکلات رفتاری، شدید هستند و موجب تخریب عملکرد اجتماعی، تحصیلی یا شغلی در محیط‌های مختلف از جمله خانه، مدرسه و در ارتباط با همسالان و همکلاسی‌هایشان می‌شوند (۵).

اختلال سلوک برحسب سن شروع نشانه‌ها در افراد متفاوت است و به سه زیرگروه اصلی تقسیم می‌شود. نوع اول، شروع در دوران کودکی که دست‌کم یک ملاک تشخیصی را قبل از سن ۱۰ سالگی نشان می‌دهد. نوع دوم، شروع در دوره نوجوانی، فرد پیش از ۱۰ سالگی هیچ

1- Diagnostic and statistical manual of mental disorders (DSM5-®)

محمدخانی و اسکندری (۸) این میزان شیوع را ۱۰/۲ درصد گزارش کردند.

سبب‌شناسی اختلال سلوک

عوامل خطر ساز در بروز اختلال سلوک در پنجمین ویرایش راهنمای تشخیصی و آماری اختلال‌های روانی شامل عوامل مزاجی، محیطی، ژنتیکی و فیزیولوژیک هستند. از جمله عوامل مزاجی موثر می‌توان به هوش (به ویژه هوش غیر کلامی) پایین‌تر از میانگین در این افراد اشاره کرد. همچنین خلق و خوی دشوار در آنها نیز از دیگر ویژگی‌های افراد با اختلال سلوک است. سبک فرزندپروری نادرست در خانواده، آزار جسمی و جنسی، بی‌توجهی والدین، تغییر مکرر مراقبان، مجرم بودن والدین، زندگی مؤسسه‌ای در اوایل زندگی و انواع مشکلات روانی در خانواده می‌توانند به عنوان عوامل خطر ساز محیطی اختلال سلوک به شمار آیند. همچنین قرار گرفتن فرد در گروه‌های پر مخاطره و بزهکار یا طرد شدن از سوی همسالان نیز از عوامل خطر ساز به شمار می‌آیند. از سویی تعامل همیشگی و اثبات‌شده اثر عوامل محیطی با عوامل ژنتیکی و فیزیولوژیک در بروز بسیاری از اختلالات همواره وجود داشته است و در اختلال سلوک نیز همین تعامل وجود دارد (۵).

با توجه به همبودی اختلال سلوک با اختلال‌های بسیاری مانند نارسایی توجه-بیش‌فعالی، بی‌اعتنایی مقابله‌ای، سوء مصرف مواد، نارسایی‌های هیجانی و ارتباطی و مشکلات تحصیلی، اختلال‌های اضطرابی و خلقی، موفقیت در درمان آن نیز کم است (۹).

رایج‌ترین علائم و نمودهای اختلال سلوک در محیط مدرسه و خانه چیست؟

اخراج افراد از مدرسه، مشکلات سازگاری در محیط مدرسه و کار، مشکلات قانونی، بیماری‌های مقاربتی و بارداری‌های ناخواسته، جراحات‌های جسمانی ناشی از

علامت بارزی از ملاک‌های تشخیصی را ندارد. نوع سوم، شروع نامعین که در آن ملاک‌های لازم برای تشخیص وجود دارد، اما شن شروع مشخص نیست (۵).

مشخصه‌های اختلال سلوک چیست؟

فقدان تنظیم هیجان، بی‌باکی و عدم حساسیت نسبت به تنبیه از مهم‌ترین ویژگی‌های توصیفی فرد با اختلال سلوک است. ویژگی اصلی افراد با اختلال سلوک داشتن یک الگوی رفتاری مکرر است که حقوق دیگران و هنجارهای اصلی اجتماعی متناسب با سن در این رفتارها نقض می‌شود. وجود سه مشخصه رفتاری یا بیشتر در طول ۱۲ ماه به‌طور مکرر یا یک مشخصه برای ۶ ماه در رفتار فرد منجر به تشخیص اختلال سلوک می‌شود. این رفتارها باعث تخریب کارکرد اجتماعی، تحصیلی و شغلی فرد می‌شوند و در محیط‌های مختلف دیده می‌شود. فرد با اختلال سلوک به‌طور مکرر برداشت‌های منفی و تهدیدکننده از رفتار دیگران دارد که معمولاً با بازخوردهای پر خاشگرانه پاسخ می‌دهد و رفتار خود را منطقی و موجه می‌پندارد. رفتارهای پر خاشگرانه معمولاً از فرد دارای اختلال سلوک آغاز می‌شود (۵).

میزان شیوع اختلال سلوک

بیشترین شیوع اختلال سلوک در دوره کودکی و نوجوانی است. این اختلال در پسران در حدود ۱۶-۶ درصد و در دختران ۹-۲ درصد افراد زیر ۱۸ سال گزارش شده است. در بررسی دیگری نیز این درصد حدود ۱۰-۵ درصد از جمعیت ۱۶-۸ ساله‌ها را تشکیل می‌دهد (۶). در ایران نیز پژوهش‌های متعدد نشانگر شیوع بالای این اختلال هستند. میزان شیوع در پژوهش‌های مختلف و با گروه‌های مختلف تا حدی متغیر است. برای مثال، در پژوهش ضیاءالدینی، میرکافی و نخعی (۷) شیوع اختلال سلوک در دانش‌آموزان پسران ابتدایی شهر کرمان ۱۳/۲ و در دختران ۷/۳ درصد نشان داده شد. نتایج پژوهشی

شخصی، تحصیلی، شغلی و اجتماعی بروز می‌یابد (۱۳). با توجه به مشکلات ناشی از ضعف در مهارت‌های اجتماعی، آموزش این مهارت‌ها می‌تواند ثمراتی همچون مهارت در حل مسئله، کاهش رفتارهای بزهکارانه و بهبود توانایی گفت‌وگو را برای فرد به همراه داشته باشد (۱۴).

یکی از مداخله‌های مؤثر در درمان اختلال سلوک، آموزش رفتاری به والدین کودکان با اختلال سلوک است. در رفتارهای والدین دارای کودک با اختلال سلوک تهدید فرزند، عصبانیت از فرزند، تنبیه فرزند، امر و نهی و انتقاد کردن از فرزند بیشتر دیده می‌شود. آموزش مناسب برای این والدین می‌تواند منجر به کاهش درگیری در خانواده به خصوص با فرزند دارای اختلال و کاهش تنبیه کودک شود، همچنین موجب افزایش تعاملات مثبت نیز می‌شود (۱۵). در این میان بر اساس یافته‌های پژوهشی ولفندن، ویلیمز و پیت^۱ (۱۶) روش درمانی مبتنی بر آموزش والدین بیشترین اثربخشی را در بهبود کودک دارای اختلال سلوک دارد. از میان مشکلات متعدد افراد با اختلال سلوک، پرخاشگری یکی از ویژگی‌های بارز و اصلی در این اختلال به شمار می‌آید. اختلال سلوک در کودکی با نرخ بالای مصرف مواد و خشونت در بزرگسالی در ارتباط است، از این رو توجه و درمان پرخاشگری در دوران کودکی افراد با اختلال سلوک یک راه پیشگیری از خشونت و بزهکاری در بزرگسالی محسوب می‌شود (۱۷). نصر اصفهانی (۱۸) در مطالعه خود نشان داد که آموزش مهارت‌های اجتماعی و آموزش رفتاری والدین دارای فرزند با اختلال سلوک در بهبود پرخاشگری این کودکان اثر مثبت دارد.

همان‌گونه که پیش‌ازین اشاره شد، یکی از راهبردهای درمانی اختلال سلوک، آموزش رفتاری به والدین است. این آموزش‌ها انواع مختلفی دارند، یکی از این برنامه‌های آموزشی «روش آموزش رفتاری بارکلی^۲ به مادران» است. براین اساس مادران در جلسات آموزشی مهارت‌های رفتاری مختلف قرار می‌گیرند. در پژوهش گودرزی، هاشمی و تقوی (۱۹) روش آموزش رفتاری بارکلی در ده جلسه آموزشی ارائه شد که در ادامه به‌طور مختصر اشاره می‌شود.

تصادفات یا دعواهای مکرر در محیط مدرسه، کار یا اجتماع، دشواری پذیرش این افراد در مدارس عادی، رفتارهای جنسی زودرس و نامناسب، کشیدن سیگار، مواد، بی‌پروایی در رفتار با کارکنان مدرسه و مشکلات ارتباطی با والدین از جمله نمودهای رفتاری افراد با اختلال سلوک است (۱۱۵).

انواع راهبردهای درمانی

راهبردهای درمانی متفاوتی در درمان اختلال سلوک مورد استفاده قرار می‌گیرد که از جمله می‌توان به دارودرمانی، درمان‌های شناختی، رفتاری، آموزش مهارت‌های زندگی، آموزش مهارت‌های اجتماعی، بازی درمانی و مداخله در سطح مدرسه اشاره کرد که پژوهش‌های مختلف به بررسی میزان اثربخشی روش‌های درمانی گوناگونی پرداخته‌اند.

یکی از راهبردهای مؤثر برای اختلال سلوک، آموزش مهارت‌های زندگی به فرد دارای این اختلال است. با کمک آموزش مهارت‌های زندگی از طریق والدین و مدرسه، فرد در زمینه مهارت‌های زندگی به توانمندی دست می‌یابد که این توانمندی موجب رفتار سازگارانه، رشد عزت‌نفس، بالا رفتن ظرفیت روان‌شناختی و کاهش مشکلات اجتماعی در افراد با اختلال سلوک می‌شود (۱۱). با توجه به آسیب‌پذیری نوجوانان دارای اختلال سلوک آموزش نظام‌مند مهارت‌های زندگی به آن‌ها اهمیت بسیار دارد. همتی علمدار لو و شجاعی (۱۲) در پژوهش خود نشان دادند که دانش‌آموزان مقطع راهنمایی دارای اختلال سلوک، مهارت‌های زندگی لازم برای سازگاری را ندارند و برداشت‌های غلطی از رویدادهای اجتماعی دارند که در نهایت موجب ایجاد مشکلات بین فردی می‌شود. بر اساس این پژوهش آموزش مهارت‌های اجتماعی به نوجوانان دارای اختلال سلوک موجب بهبود مهارت‌های ارتباطی، رشد ادراک آنها از رفتار و بازخوردهای دیگران و پاسخ‌دهی مناسب در این افراد می‌شود.

کودک با اختلال سلوک نسبت به هم‌سالان خود در ارتباط با خانواده و همکلاسی‌ها و معلمان خود از مهارت‌های اجتماعی ضعیف‌تری برخوردار است که این ضعف در تمامی زمینه‌های فعالیتی او همچون زمینه‌های

1- Woolfenden, Williams, Peat

2- Barkley

کودک

- آموزش چگونگی دلگرمی دادن به خود و کودک
- آموزش مهارت‌های ارتباطی مؤثر
- ایجاد حس همکاری و روش‌های حل مسئله
- شناخت و پذیرش پیامدهای منطقی و طبیعی

نتایج مقایسه دو رویکرد آموزشی والدین (رویکرد آدلری و رویکرد بارکلی) نشانگر اثربخشی بیشتر رویکرد آدلری بر مؤلفه‌های خانواده از جمله کاهش تعارض، افزایش کنترل در محیط خانواده و افزایش جهت‌گیری فرهنگی بوده است (۲۰).

روش آموزش مدیریت خانواده و آموزش مهارت‌های حل مسئله از جمله دیگر روش‌های درمانی برای اختلال سلوک هستند که نتایج پژوهش‌های بسیاری اثربخشی آنها را نشان داده‌اند (۲۱). با توجه به نقش مهم والدین در فرایند درمان و کاهش مشکلات هیجانی-اجتماعی کودکان و نوجوانان (۲۲)، آموزش مدیریت به والدین یکی از مداخلات روان‌درمانی اثربخش است که از طریق آگاه‌سازی والدین و ایجاد تعامل سازگانه، به کاهش رفتارهای مخرب کودک با اختلال سلوک منجر می‌شود (۲۳). در ادامه گام‌های مداخله آموزش مدیریت والدین مورد استفاده در پژوهش عیسی‌نژاد و خندان (۲۴) به اختصار بیان می‌شود:

- والدین رفتارهای کودک را مشخص و تعریف کنند و درمانگر تعریف مشخصی از مشکلات را بیان می‌کند.
- توضیح درباره تقویت مثبت، توضیح درباره جدولی از تقویت مثبت به والدین و تکمیل آن (تقویت رفتار کودک و ثبت آن در صورت مشاهده رفتار مناسب مورد نظر)
- تمرین و تکرار برنامه تقویت و در صورت مشاهده رفتار نامناسب از سوی کودک، به تعویق انداختن تقویت (رفتارهای مناسب غیر مناسب مطابق قوانین از پیش تعیین شده هستند)
- آموزش روش‌های توجه کردن و نادیده گرفتن
- توضیح درباره شکل‌دهی رفتار خاص، تمرین‌دهی به والدین، بررسی رفتار کودک از طرف والدین و معلم

• آشنایی با ویژگی‌های اختلال سلوک

• شناخت علل رفتارهای کودکان

• آموزش چگونگی شکل‌دهی به رفتار

• آموزش تقویت مثبت به والدین برای بالا بردن

میزان پیروی فرزندانشان از آنها

• افزایش بازی مستقل

• یاددهی روش ژتونی به مادران

• روش بهای پاسخ

• روش محروم‌سازی

• تعمیم روش محروم‌سازی برای رفتارهای بد دیگر

• آموزش مدیریت رفتار کودک در محیط‌های عمومی

یافته‌های این پژوهش نشانگر اثربخشی آموزش برنامه رفتاری والدین بارکلی به مادران با فرزندان دارای اختلال سلوک بود. نتایج این پژوهش نشان داد که رفتار والدین به خصوص مادران در رفتار و عملکرد کودکان دارای مشکلات رفتاری نقش مهمی دارد. رفتار محکم و قانون‌مند و درعین حال منعطف از سوی والدین می‌تواند در پیشگیری، بروز و حتی بهبود مشکلات رفتاری فرزندانشان اثرگذار باشد.

یکی دیگر از رویکردهای آموزشی والدین، رویکرد آموزشی آدلری است که این رویکرد نیز همچون رویکرد بارکلی از گام‌های آموزشی تشکیل شده است. کلیت گام‌های آموزشی در الگوی آموزش والدین آدلری شامل موارد زیر می‌باشد:

• معرفی راه‌های مقابله با استرس

• آشنایی با روش‌های فرزندپروری مبتنی بر رویکرد

آدلری

• شناخت عوامل مؤثر بر رشد کودک و مفهوم ترتیب

تولد

• آشنایی والدین با باورهای منفی خود و راه‌های مقابله

با آن

• معرفی روش‌های مواجهه با اهداف نادرست رفتارهای

درمان است که در یادگیری کودکان و برقراری ارتباط مناسب اثربخش است (۲۷). بازی درمانی یک رفتار پیچیده است که به شکلی ساده نمود می‌یابد در حالی که بازی درمانی قدرت درمانی بالایی دارد. درمانگران با کمک بازی‌ها موجب رشد مهارت‌های اجتماعی و عواطف در کودک می‌شوند و سازگاری کودک را بالا می‌برند (۲۸). با توجه به اینکه بازی درمانی راهی برای ابراز عواطف، ایجاد ارتباط اجتماعی، بروز هیجانات و مشکلات خانوادگی در کودکان است، نتایج پژوهشی نشانگر اثربخشی استفاده از بازی درمانی در درمان مشکلات کودکان با اختلال سلوک بوده است. کودک با کمک بازی می‌تواند به نوعی ارتباط بین افکار درونی و دنیای خارج از خود دست یابد. از سویی کودک با ایجاد رابطه مناسب با درمانگر و با کمک بازی می‌تواند خود را بیان کند در نتیجه از طریق بازی تجربیات و احساسات تهدیدکننده در کودک بروز داده می‌شوند. بنابراین بازی درمانی از جمله صحیح‌ترین روش‌های درمانی کودک به شمار می‌آید؛ زیرا کودک در بیان شفاهی هیجانات و افکار خود با مشکلات متعدد همچون کمبود ذخیره لغات، اضطراب و ادراک غلط از رخدادها مواجه است که با کمک بازی درمانی بهبود می‌یابد (۲۷). در میان روش‌های مورد استفاده در حیطه بازی درمانی، بازی درمانی گروهی از جایگاه ویژه برخوردار است. بازی درمانی گروهی فرایندی روان‌شناختی و اجتماعی است که در آن کودک با قرار گرفتن در اتاق بازی در کنار گروهی از کودکان، اطلاعات مفیدی را یاد می‌گیرد. از سویی بازی گروهی برای درمانگر نیز این فرصت را محیا می‌کند تا در شرایط مختلف آموزش‌های مفیدی را ارائه دهد، حل مسئله، مشارکت، خودشاهدگری، مسئولیت‌پذیری، ابراز هیجانات، احترام گذاشتن، پذیرش خود و دیگران، افزایش مهارت‌های اجتماعی، افزایش عزت‌نفس و کاهش افسردگی از جمله آثار مثبت بازی درمانی گروهی برای کودکان به شمار می‌آید.

سریخی، پورنسایی و نیک‌اخلاق (۲۷) در پژوهش خود از بازی درمانی گروهی برای کودکان دارای مشکلات رفتاری استفاده کردند که نتایج آن نشانگر اثربخشی بازی درمانی گروهی برای کودکان دارای مشکلات رفتاری بود. بازی‌های مورد استفاده در این پژوهش شامل این

- بررسی و بحث در زمینه چگونگی مقابله با مشکلات کودک
- آموزش چگونگی برخورد با رفتارهای نامطلوب کودکان و در نظر گرفتن عواقب خاص برای آنها
- آموزش چگونگی سرزنش و مجازات برای والدین و چگونگی تقویت رفتارهای اجتماعی
- توافق والدین درباره چگونگی رفتار با کودک خود
- آموزش مهارت‌های گفتگو با کودک و تمرین آنها

نوجوانان با اختلال سلوک به‌عنوان گروهی از افراد جامعه که دارای رفتارهای پرخطر هستند شناخته می‌شوند. در این افراد احتمال سوءمصرف مواد بالا است بنابراین استفاده از یک روش پیشگیرانه و موثر می‌تواند نقش بسزایی در پیشگیری از این مشکل داشته باشد. در پژوهش عمار، پاشاشریفی، هاشمیان و میر زمانی (۲۵) یک روش پیشگیرانه از سوءمصرف مواد به نام «شادی» برای افراد دارای اختلال سلوک و اختلال رفتار مقابله‌ای طراحی و اجرا شد. در مداخله مورد استفاده، آموزش‌های شناختی-رفتاری در زمینه مهارت‌های اجتماعی مقابله با سوءمصرف مواد آموزش داده شد. از جمله این آموزش‌ها، حل مسئله و آموزش جرات‌ورزی بود. نتایج پژوهشی نشانگر اثربخشی این روش‌ها بر کاهش پرخاشگری و افزایش مهارت‌های اجتماعی هستند که در نتیجه در کاهش سوءمصرف مواد موثر است. الگوی پیشگیری از مصرف مواد «شادی» با کمک اصلی والدین اجرا می‌شود که به معنی «والد محور» بودن این الگو است. از سویی نتایج پژوهش‌های متعدد بر نقش و تأثیر برنامه‌های والد محور در کاهش مصرف مواد، ایجاد نگرش منفی به مواد، رشد عزت‌نفس و بهبود روابط والد-فرزندی اشاره می‌کنند (۲۶). تکیه اصلی این برنامه پیشگیری بر آموزش مهارت‌های اجتماعی، مقابله، جرات‌ورزی، مهارت‌های ارتباطی مرتبط با همسالان، آگاهی دادن از مضرات مصرف مواد و عوارض آنها، حل مسئله و آموزش مهارت‌های زندگی به افراد است (۲۵).

از دیگر راهبردهای مورد استفاده برای اختلال سلوک به‌ویژه برای کودکان با این اختلال، بازی درمانی است. بازی درمانی یک رویکرد ساختارمند و مبتنی بر نظریه

موارد بودند:

کودکان بهره‌بردار.

• استفاده از لگوهای اسباب‌بازی با هدف ایجاد حس تعامل و همکاری گروهی و کاهش رفتارهای گوشه‌گیرانه در کودکان (مثلاً ساخت یک سازه مثل خانه توسط کودکان حاضر در اتاق بازی)

• استفاده از خمیربازی و تشویق کودکان به ساخت اشکال و اشیاء موردعلاقه خود

• انجام بازی‌های موزیکال (مثلاً با پخش موزیک شرکت‌کنندگان دوره چند صدلی می‌چرخند و با قطع آن باید روی صدلی‌ها می‌نشینند، با کم و زیاد کردن صدای موزیک کودکان باید به دنبال شیء پنهان شده بگردند)

• اجرای مسابقه ساخت کاردستی با وسایلی مثل کاغذ رنگی، مقوا، قیچی و چسب. پس از اتمام کار از خود کودکان نظر خواهی به عمل می‌آید و بهترین کاردستی از نظر خودشان را انتخاب می‌کنند و در نهایت تمامی کاردستی‌ها تشویق می‌شوند.

• استفاده از عروسک‌های خیمه‌شب‌بازی برای نمایش دادن رفتارهای مناسب اجتماعی توسط خود کودکان

• اجرای نمایش توسط خود کودکان و انتخاب محتوای مناسب برای نمایش به‌گونه‌ای که رفتارهای مناسب اجتماعی در آن تمرین شود.

نتایج این پژوهش اثربخشی اجرای این بازی‌ها برای کودکان دارای مشکلات رفتاری را نشان داد و مشخص شد که بازی‌های گروهی مورد استفاده در بهبود مشکلات رفتاری این گروه مؤثر بوده است. بنابراین می‌توان بازی‌درمانی گروهی را به‌عنوان یکی دیگر از راهبردهای کاربردی در درمان اختلال سلوک به کار برد.

استفاده از قصه‌درمانی نیز راهبردی درمانی جهت بهبود سازگاری اجتماعی کودکان با اختلال سلوک است. اصغری‌زاده سلمانی و پورشریفی (۲۹) در پژوهش خود نشان دادند که استفاده از قصه‌درمانی (به زبان مادری و به زبان غیر مادری) می‌تواند نقش بسزایی در افزایش سازگاری اجتماعی کودکان با اختلال سلوک داشته باشد. بنابراین می‌توان از قصه‌های با محتوای مناسب اجتماعی در ایجاد رفتارهای پسندیده و رشد سازگاری اجتماعی این

هاشمی، اقبالی و علیلو (۳۰) در بررسی خود، اثربخشی، خودآموزی کلامی بر بهبود سازگاری اجتماعی کودکان دارای اختلال سلوک را نشان دادند. یکی از رایج‌ترین روش‌های درمانی اختلالات روانی کودک، آموزش خودآموزی کلامی است که ریشه در کارهای ویگوتسکی^۱ و لوریا^۲ دارد. اساس این برنامه شامل سرمشق‌دهی راهبردهای شناختی از سوی درمانگر به کودک و پاسخ‌های ساختارمند به سؤالاتی همچون «مشکل من چیست؟»، «نقشه و طرح من چیست؟» می‌باشد. در ادامه گام‌های برنامه خودآموزی آورده شده است.

• یک فرد بزرگسال به‌عنوان سرمشق با صدای بلند با خود صحبت کند و تکلیفی را انجام دهد (سرمشق‌دهی شناختی)

• کودک همان تکلیف را با راهنمایی فرد سرمشق‌دهنده انجام دهد (راهنمایی آشکار و مشخص بیرونی)

• کودک در این مرحله خودش را با صدای بلند راهنمایی کند (خود رهبری^۳ آشکار) و تکلیف را انجام دهد.

• کودک در حالی که تکلیف را انجام می‌دهد با صدای آهسته خودش را راهنمایی کند (حذف تدریجی خودرهبری آشکار^۴).

• کودک در حالی که بی‌صدا یا خیلی آهسته و غیرکلامی خود را رهبری می‌کند تکلیف را انجام می‌دهد (خودآموزی ناآشکار) (۳۱).

با توجه به نتایج این پژوهش می‌توان بیان کرد که با کمک آموزش خودآموزی کلامی، کودک مراحل پنجگانه مسئله‌گشایی را یاد می‌گیرد و از پاسخ‌های فوری و تکانشی پرهیز می‌کند، جنبه‌های اساسی مشکلات را بررسی و شناسایی می‌کند و راه‌حل‌های ممکن را در نظر می‌گیرد و از این طریق سازگاری کلی کودک رشد می‌یابد. همچنین کودک با کمک این آموزش‌ها به تفکر کلامی دست می‌یابد و از طریق گفتار درونی، به اجتماعی شدن می‌رسد (۳۲).

1- Vygotsky

2- Luria

3- Self-Guidance

4- Fading

مداخله‌های گوناگونی که اثربخشی آن‌ها در سایر مشکلات رفتاری مورد بررسی قرار گرفته است، استفاده کنند.

References

- Richardson J, Joughin C. Parent training programmes for the management of young children with conduct disorders: Findings from research. RCPsych Publications; 2002.
- Efstratopoulou M, Janssen R, Simons J. Differentiating children with attention-deficit/hyperactivity disorder, conduct disorder, learning disabilities and autistic spectrum disorders by means of their motor behavior characteristics. *Research in developmental disabilities*. 2012 Jan 1; 33(1):196-204.
- Pajer K, Stein S, Tritt K, Chang CN, Wang W, Gardner W. Conduct disorder in girls: neighborhoods, family characteristics, and parenting behaviors. *Child and Adolescent Psychiatry and Mental Health*. 2008 Dec; 2(1):28.
- Danforth JS, Harvey E, Ulaszek WR, McKee TE. The outcome of group parent training for families of children with attention-deficit hyperactivity disorder and defiant/aggressive behavior. *Journal of behavior therapy and experimental psychiatry*. 2006 Sep 1; 37(3):188-205.
- American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders (DSM-5®). American Psychiatric Pub; 2013 May 22.
- Hill J. Biological, psychological and social processes in the conduct disorders. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*. 2002 Jan; 43(1):133-64.
- Ziyaadini H, Mirkafi A, Nakheey N. Prevalence of conduct disorder in elementary school students in Kerman during the academic year of 83-82. *Hormozgan Medical Journal*. 2007; 22 (2): 228-221.
- Mohamadkhani Sh, Eskandari H. Epidemiology of Behavioral Problems in 7-15 Year Old Students in Tehran. *Journal of Psychology and Educational Sciences*. *Journal of Psychology and Educational Sciences*. 2005 May; (2), 93-71.
- Frick P J. Conduct disorders and severe antisocial behavior .1998. Translated by Allaghand J, Soltanifar A. Tehran: Sana publishing. 2002.
- Rolon-Arroyo B, Arnold DH, Harvey EA. The predictive utility of conduct disorder symptoms in preschool children: A 3-year follow-up study. *Child Psychiatry & Human Development*. 2014 Jun 1; 45(3):329-37.
- Webster-Stratton C, Reid J, Hammond M. Social skills and

بحث و نتیجه گیری

اختلال سلوک یکی از رایج‌ترین مشکلات رفتاری در میان کودکان و نوجوانان و یکی از دلایل اصلی مراجعه به کلینیک‌های روان‌درمانی است، لذا یافتن روش‌های درمانی مؤثر و کاربردی برای افراد با اختلال سلوک اهمیت بسیار دارد. این پژوهش شامل برنامه‌ها و مداخلات آموزشی می‌باشد که اثربخشی آن‌ها در پژوهش‌های متعدد مورد بررسی قرار گرفته است. آموزش مهارت‌های زندگی به افراد با اختلال سلوک یکی از روش‌های بهبود سازگاری و کاهش مشکلات اجتماعی این افراد است (۳۳). از سویی، پرخاشگری یکی از ویژگی‌های اصلی در اختلال سلوک به شمار می‌آید، بنابراین بهبود رفتارهای پرخاشگرانه یک هدف مهم و اساسی است که می‌تواند موجب کاهش رفتارهای پرخاشگرانه و پیشگیری از خشونت و بزهکاری در بزرگسالی آن‌ها شود. این هدف با کمک آموزش مهارت‌های اجتماعی به کودکان و نوجوانان با اختلال سلوک و آموزش‌های رفتاری به والدین این افراد حاصل می‌شود. (۱۸). از جمله روش‌های آموزشی به والدین، روش آموزش رفتاری والدین براساس رویکرد بارکلی است. روش دیگر آموزش والدین براساس رویکرد آدلری است (۲۰). راهبرد دیگر آموزش، مدیریت خانواده و آموزش مهارت‌های حل مسئله می‌باشد که در کاهش مشکلات هیجانی-اجتماعی افراد با اختلال سلوک مؤثر است (۲۱ و ۲۲). برنامه‌های پیشگیری از سوءمصرف مواد مانند برنامه «شادی» می‌توانند در پیشگیری از ابتلای نوجوانان با اختلال سلوک به مصرف مواد جلوگیری کنند (۲۵). استفاده از بازی درمانی (۲۷) و قصه‌گویی (۲۹) نیز به بهبود کودکان با اختلال سلوک کمک می‌کنند و در نهایت، به‌منظور رشد سازگاری و تقویت توانایی حل مسئله، استفاده از خودآموزی کلامی می‌تواند کمک شایانی به کودکان با این اختلال کند (۳۰).

امید است در پژوهش‌های دیگر، راهبردهای کاربردی بیشتری در زمینه بهبود مشکلات کودکان و نوجوانان با اختلال سلوک مورد ارزیابی قرار گیرد تا والدین و معلمان دارای کودک با این اختلال با کمک این راهبردهای مؤثر به کاهش مشکلات این افراد کمک کنند. از این رو پیشنهاد می‌شود که پژوهشگران علاقه‌مند در این زمینه از

- problem-solving training for children with early-onset conduct problems: Who benefits? *The Journal of Child Psychology and Psychiatry and Allied Disciplines*. 2001 Oct; 42(7):943-52.
12. Hemati Alamdarloo Gh, Shojaee S. The effect of life skills training on reduction of conduct disorder in Imam Sajjad School of Higher Education. *Quarterly Research Advisers*. 2004; (16): 92- 73.
 13. Bernhard A, Martinelli A, Ackermann K, Saure D, Freitag CM. Association of trauma, posttraumatic stress disorder and conduct disorder: a systematic review and meta-analysis. *Neuroscience & Biobehavioral Reviews*. 2018 Aug 1; 91:153-69.
 14. Apsche, J.A., Bass, C.K. and Siv, A.M. A review and empirical comparison of three treatments for adolescent males with conduct and personality disorder: Mode Deactivation Therapy, Cognitive Behavior Therapy and Social Skills Training. *International Journal of Behavioral Consultation and Therapy*, 2005, 1(4), p.371.
 15. Mazerolle P. *Developmental and life-course criminological theories*. Routledge; 2017 Jul 5.
 16. Woolfenden SR, Williams K, Peat JK. Family and parenting interventions for conduct disorder and delinquency: a meta-analysis of randomised controlled trials. *Archives of disease in childhood*. 2002 Apr 1; 86(4):251-6.
 17. Webster-Stratton C, Reid M. J. An integrated approach to prevention and management of aggressive behavior problems in preschool and elementary grade students: School-parent collaboration. 2002. *Interventions for students with or at risk for emotional and behavioral disorders*, 261-272.
 18. Nasr Esfhani M. Comparison of the Effectiveness of Social Skills and Parent Training on the Aggression of Men with Elementary Disorder in Isfahan. Master's thesis of clinical psychology. University of Esfahan. 2008
 19. Godarzi MA, Hashemi R, Taghavi MR. Barkley Parents Behavioral Teaching Program to Mothers on Reducing Behavioral Problems in Primary Children and Conduct Disorder. *Knowledge and Research in Applied Psychology*. 2017; 19 (1): 9-1
 20. Esmaeeli Nasab M, Alizade H, Ahadi H, Delavar A, Eskandari H. Comparison of the Effectiveness of Two Parent Training Methods with Adler-Drakeur and Barclays Approach on Improving the Components of Family Environment in Families with Children with Disorders. *Quarterly Journal of Clinical Psychology*. 2011; 1 (4): 70-43
 21. Kazdin, A. E. (2003). Problem-solving skills training and parent management training for conduct disorder.
 22. DeRosier, M. E., & Gilliom, M. (2007). Effectiveness of a parent training program for improving children's social behavior. *Journal of Child and Family Studies*, 16(5), 660-670.
 23. Yates, A., & Draeger, J. H. (2007). Conduct disorder. *Gab bard's Treatments of Psychiatric Disorders*, 73.
 24. Isanezhad A, Khandan F. Comparison of the effectiveness of positive parenting and parental management on positive parenting styles and behavioral-emotional problems in children. *Quarterly Research Advisor*. 2016; 15 (62): 125-98.
 25. Ammari H, pashasharifi H, Hashmian K, Mirzamani M. Investigating the effect of addiction prevention program on high-risk behaviors (conduct disorder and coping behavior disorder) in adolescents with drug use risk. *Quarterly Journal of Social Security Studies*. 2010; (26): 81-61
 26. Schinke, S. P., Fang, L., & Cole, K. C. (2009). Computer-delivered, parent-involvement intervention to prevent substance use among adolescent girls. *Preventive medicine*, 49(5), 429-435.
 27. Sarihi, N., Pournesaei, G. S., & Nikakhlagh, M. (2015). Effectiveness of group play therapy on behavior problems in preschool children. *Journal of Analytical Cognitive Psychology*, 23, 14-53.
 28. Landreth, G. L. (2012). *Play therapy: The art of the relationship*. Routledge.
 29. Asgharizade Salmani F, Porsharifi H. The Effect of Stage Therapy on Improving Social Adaptation in Children with Conduct Disorder. *Journal of Educational Sciences*. 2011; 4 (14): 24-13
 31. Morris RJ, Kratochwill TR, editors. *The practice of child therapy*. Routledge; 2012 Dec 6.
 32. Kendall, P. C., Reber, M., McLeer, S., Epps, J., & Ronan, K. R. (1990). Cognitive-behavioral treatment of conduct-disordered children. *Cognitive therapy and research*, 14(3), 279-297.
 33. Bagheri M. The role of life skills training in the knowledge, attitude and self-esteem of middle school students. Master's thesis, Faculty of Psychology and Educational Sciences, University of Tehran. 2000.
 30. Hashemi T, Eghbali A, Aliloo M M. The Effect of Verbal Self-Learning on Improving Social Adjustment in Children with Conduct Disorder. *Journal of Clinical Psychology*. 2007; 1 (2): 36-29