

آموزش و پرورش تطبیقی کودکان دارای اختلالات رفتاری*

حسین زارع**، تورج هاشمی***

چکیده

طیف وسیعی از کودکان استثنایی، کودکان دارای اختلالات رفتاری هستند. اینها کودکانی اند که به دلیل آشفتگی‌های هیجانی، دچار تضاد می‌شوند. در نتیجه نیاز به آموزش ویژه دارند. صرف‌نظر از علل مختلف اختلالات رفتاری، با توجه به پیامدهایی که در خانواده، مدرسه و جامعه دارد، متخصصان و متولیان امور آموزشی در صدد ابداع و اعمال روش‌های مختلف آموزشی و درمانی آن برآمدند. روش‌های آموزشی و درمانی کودکان دارای اختلالات رفتاری دامنه‌ای از دارودرمانی، رفتار درمانی، رفتار درمانی شناختی و ... را شامل می‌شود. در این مقاله طرح روش‌هایی مد نظر است که بیشتر بعد آموزشی و تربیتی دارد. در بین روش‌های تربیتی مختلف، روش‌هایی همچون آموزش والدین، ایفای نقش، حل مسئله (مسئله‌گشایی) و آموزش مهارت‌های اجتماعی بیشتر مد نظر است. در این مقاله سعی شد برخی از این روش‌ها به صورت واقعی و میدانی تشریح گردد. هدف دیگر مقاله حاضر، توصیف نحوه به‌کارگیری روش‌های آموزشی کودکان دارای اختلالات رفتاری در کشورهای مختلف است. با توجه به محدودیت‌های موجود، سعی گردید این مهم در برخی از کشورها بررسی گردد. در بحث تطبیق روش‌ها، مهم‌ترین پژوهش‌هایی که در داخل صورت گرفته، مطرح شد. در پایان به بحث و بررسی روش‌های مختلف با توجه به الگوهای نظری گوناگون، و دورنمای آینده آن از دو بعد موضوع و روش شناختی اشاره گردید.

واژه‌های کلیدی: اختلالات رفتاری، روش‌های آموزشی، آموزش و پرورش تطبیقی

* این پژوهش در پژوهشکده کودکان استثنایی انجام شده است

** عضو هیأت علمی دانشگاه پیام نور E-mail: Zareho@Yahoo.com

*** عضو هیأت علمی دانشگاه تبریز

مقدمه

اختلالات رفتاری کودکان، مسئله جدیدی نیست، چرا که جامعه به کرات با این مفاهیم مواجه بوده است. از زمانی که مدارس برای پاسخگویی به تقاضاهای عمومی آموزش و پرورش درهای خود را به روی قشرهای مختلف کودکان جامعه با تفاوت‌های عمیق قومی، فرهنگی و خانوادگی گشوده‌اند، آموزش و پرورش با این اختلالات رو به رو بوده است. اصطلاح اختلالات رفتاری^۱ که نتیجه بارز آشفتگی هیجانی است، معمولاً برای کودکانی که دچار تضاد هستند به کار می‌رود. این اصطلاح، تقریباً از ده‌ها سال پیش به حوزه روان‌شناسی وارد شده و از آن هنگام تاکنون بسیاری از متخصصان و افرادی که با این کودکان سروکار داشته‌اند، این اصطلاح را در معانی و مقاصد متفاوتی به کار گرفته‌اند (سیف نراقی و نادری، ۱۳۷۰).

با اینکه اصطلاحات به کار رفته و تأکید نسبی بر برخی نکات از یک تعریف به تعریف دیگر متفاوت است ولی برخی از جنبه‌هایی که در تعاریف مختلف به آن‌ها اشاره شده است از این قرار می‌باشند: رفتاری که به‌طور برجسته از رفتار معمول متفاوت است، مشکلی که مزمن است و رفتاری که به دلیل توقعات فرهنگی و اجتماعی غیر قابل قبول است (فورنس^۲، ۱۹۹۰).

با همه این تفاوت‌ها، امروزه تعریف فدرال I.D.E.A^۳ که در مورد اختلالات رفتاری، اصطلاح آشفتگی هیجانی^۴ را به کار می‌برد و اغلب از سوی متخصصان، مفید و معقول تلقی می‌شود، پنج ملاک عمده را مورد تأکید قرار داده است که عبارتند از: (۱) ناتوانی در یادگیری که به واسطه عواملی مثل هوش، احساس و عوامل سلامتی قابل توضیح نیست، (۲) ناتوانی در ایجاد و ادامه ارتباطات بین فردی رضایت بخش با گروه همسالان و معلمان، (۳) انواع نامناسب احساسات یا رفتارها تحت شرایط طبیعی، (۴) یک خلق و خوی فراگیر کلی ناخشنودی یا افسردگی و (۵) تمایل به توسعه نشانه جسمانی یا ترس‌های همراه شده با مشکلات مدرسه‌ای یا شخصی (هانت و مارشال، ۱۹۹۹). از آنجا که این تعاریف موجب بروز مجادلات زیادی شده است، تعدادی از متخصصان ترجیح می‌دهند که از اصطلاح «اختلال رفتاری و هیجانی»^۵ استفاده کنند و تغییراتی را نیز در راستای این اصطلاح به عمل آورند (فورنس، نایتزر^۶، ۱۹۹۰). با این وجود، باید اشاره کرد که تعریف اختلالات رفتاری به لحاظ انفجار ایده‌ها و تعدد نظرات متخصصان

رشته‌های گوناگون، روشنی و صراحت خود را از دست داده است، چراکه هر یک از گروه‌های تخصصی بر اساس معیار خاصی به تعریف این اختلالات پرداخته‌اند. در این میان می‌توان، تفاوت تعاریف عرضه شده توسط روان‌پزشکان، روان‌شناسان بالینی، روان‌شناسان کودکان استثنایی و روان‌شناسان اجتماعی را مشاهده کرد. حتی تعریفی که متخصصان آمار و کمی‌گرایان عرضه می‌کنند، متفاوت از تعاریف دیگر متخصصان می‌باشد (ردز^۷ و پال^۸، ۱۹۷۸).

هر چند که در مورد بسیاری از دانش‌آموزان دارای اختلالات رفتاری نمی‌توانیم عوامل مشخصی را به عنوان علل رفتارهایشان تعیین کنیم، با این حال در یک چارچوب نظری می‌توانیم در مورد نقش والدین، گروه همسالان یا خلق و خوی آن‌ها حدس‌هایی را در ذهنمان پیروانیم. از طرفی باید به برخی عوامل شناخته شده که با وقوع این رفتارها همراه هستند، تأکید نماییم و در رابطه با آن‌ها اقدامات درمانی را به انجام رسانیم. در این راستا می‌توان به دو طبقه عمده از عوامل دخیل در اختلالات رفتاری اشاره کرد: عوامل محیطی و فیزیولوژیکی. عوامل محیطی برکنش متقابل کودک متمرکزند. بنابراین، عوامل مرتبط با اختلالات رفتاری را می‌توان در دو گروه عمده، طبقه بندی کرد که هر یک از آن‌ها خرده عوامل وابسته‌ای را در بر می‌گیرند. در این راستاست که عوامل عضوی ژنتیکی و سندرم‌های خاص، به‌عنوان زیر مجموعه‌های عوامل فیزیولوژیکی مطرح‌اند و عوامل خانوادگی، فرهنگی و تحصیلی (مدرسه‌ای)، تحت عنوان کلی عوامل محیطی قرار می‌گیرند، به نحوی که در بررسی‌های سبب‌شناسی، مورد توجه واقع می‌شوند (هانت و مارشال، ۱۹۹۹).

مهم‌ترین روش‌های آموزشی کودکان دارای اختلالات رفتاری

در راستای اجرای روش‌های عملی در آموزش دانش‌آموزان دچار اختلالات رفتاری، مداخله‌های شناختی-رفتاری^۹ از اهمیت وافری برخوردارند. این مداخله‌ها بر آموزش دادن راهبردهای شناختی عام به کودک برای حل مشکلات شناختی و آموزشی و تبادل موفقیت‌آمیز مراودات بین فردی متمرکز است. از آنجا که تعداد موقعیت‌ها و راه‌حل‌های مشکلات رفتاری بی‌شمارند، لذا مداخله‌های شناختی بر ارائه راه‌حل‌های مجزا برای مشکل خاصی متمرکز نمی‌شوند، اما یاد دادن فرایندهای شناختی مرتبط با کمبودهای

مهارت ویژه کودک، سودمندتر به نظر می‌رسد. این مداخله‌های شناختی غالباً حاوی یک مؤلفه خود فرمانی‌اند که کودکان به وسیله آن تنظیم رفتارشان را می‌آموزند (کندل^{۱۰} و براسول^{۱۱}، ۱۹۸۵).

یکی از طبقات راهبردهای شناختی مفید برای آموزش کودکان تکانشی، مشکل‌گشایی^{۱۲} است. مداخله‌های مشکل‌گشایی مستلزم رویکرد جامع‌تر و ماهرانه‌تری هستند. برنامه‌های مشکل‌گشایی غالباً حاوی مؤلفه‌های زیادی هستند که می‌توان با توجه به مشکلات ارجاعی و اهداف آموزشی از ترکیبات مختلف آن استفاده کرد. این برنامه‌های جامع غالباً حاوی یک مؤلفه خودفرمانی، آموزش فرایند مشکل‌گشایی، وابستگی‌های مدیریت رفتاری، مؤلفه سرمشق دهی و ایفای نقش در موقعیت‌های واقع بینانه مشکل هستند (منبع قبلی).

از جمله راهبردهای آموزشی کودکان تکانشی، آموزش خود هدایت شده تأخیر پاسخ است. کیگان^{۱۳}، پیرسون^{۱۴} و ولچ در یک کوشش ابتکاری برای اصلاح تکانش‌گری کودکان، تأخیر آموزش تأخیر پاسخ را بر عملکرد کودکان تکانشی کشف کردند. در این مطالعه، آموزش تأخیر پاسخ به ۴۰ کودک تکانشی ارائه گردید. آموزش مذکور به کودکان تکانشی توصیه شد که پاسخگویی به آموزش تکالیف را در یک فاصله زمانی ثابت (۱۰ تا ۱۵ ثانیه) به تأخیر اندازند. به علاوه به این کودکان گفته می‌شد که در طی دوره تأخیر محرک را مطالعه کنند و در مورد پاسخ مناسب بیندیشند. آزماینده پس از فاصله تأخیر به کودک علامت داد که پاسخ را دنبال کند. ارزیابی‌های بعد از آموزش نشان دادند که آموزش تأخیر پاسخ به بهبودی معنی دار زمان پاسخ منجر شده است. علاوه بر این آموزش در قابلیت‌های استدلال استقرایی کودکان نیز مؤثر بوده است. پالکس^{۱۵}، استوارت و کاهانا^{۱۶} اثرات بیانات کلامی خود آموزانه را در عملکرد کودکان تکانشی مورد بررسی قرار دادند. در این مطالعه، به کودکان آموزش داده شد که قبل از پاسخگویی به تکلیف آزمایشی، یک مجموعه از بیانات خود تعلیمی را بیان کنند. این بیانات خود تعلیمی شامل جملاتی از قبیل «من باید به دستورات گوش دهم» و «من باید قبل از پاسخ دادن نگاه کنم و فکر کنم» می‌شد. نتیجه بررسی‌ها نشان دادند که جملات خود آموزی به کنترل دقیق‌تر عملکرد در تکالیف شناختی منجر می‌گردد (هانت و مارشال، ۱۹۹۹).

در مطالعه‌ای دیگر پالکس و همکاران (۱۹۷۲) تأثیر بیانات خود تعلیمی آشکار را بر کارآمدی مداخله خود تعلیمی مورد بررسی قرار دادند. در این مطالعه به کودکان پر تحرک، توصیه‌هایی عرضه شد. گروه آموزش کلامی، مجموعه‌ای از گفته‌های خود تعلیمی را دریافت نمودند و به گروه خواندن بدون صدا توصیه شده که از بیان کردن آشکار جمله‌ها خودداری کنند. نتایج بررسی‌ها نشان دادند که گروه آموزشی کلامی در مقایسه با گروه دیگر، در فعالیت‌های شناختی عملکرد بهتری داشتند.

از جمله روش‌هایی که مبتنی بر مدرسه است و امروزه ارزش کاربردی بسیار زیادی دارد، روش ایفای نقش^{۱۷} است. در این روش به کودک که دچار اختلالات رفتاری آموزش داده می‌شود که در موقعیت‌های مختلف نقش‌های متفاوتی را ایفا کند. در این روش مربیان و آموزشگران به همراه کودک، مشکل گشایی مناسب را در موقعیت‌های بین فردی فرضی انجام می‌دهند. با پیشرفت آموزش، مربیان مشکل واقعی زندگی را با تمرینات نقش ترکیب می‌کنند. هدف از این روش، دادن فرصت تمرین به کودک و دریافت بازخورد تلاش‌هایش برای بهره‌گیری از راهبرد مشکل گشایی است (هیوز، ۱۹۸۸).

یکی دیگر از روش‌های مبتنی بر مدرسه، روش آموزش همانند سازی احساسی^{۱۸} است. البته این روش نه تنها در مدرسه قابل اجراست، بلکه در اماکنی که کودک زندگی می‌کند نیز کاربرد دارد. این روش به خصوص برای کودکان پرتحرک و تکانشی مناسب است. در دهه‌های اخیر از روش آموزش همانند سازی احساسی استفاده‌های زیادی شده است. در این روش به کودک آموخته می‌شود که واکنش‌های عاطفی خود و دیگران را بشناسد و بعد از شناسایی آن‌ها، واکنش‌ها را نامگذاری کند. از طرف دیگر، در این روش کودکان می‌آموزند که عواطف همراه با حالات چهره‌ای و وضعیت‌های بدنی مختلف، رابطه بین عواطف مشخص و موقعیت‌ها و تأثیر خود گویی را بر این تجارب عاطفی بشناسند. در تحقیقات جدید از این روش به همراه ایفای نقش نیز استفاده می‌شود (هیوز، ۱۹۸۸).

از جمله برنامه‌های آموزشی که هم در مدرسه کاربرد دارد و هم در منزل، برنامه کنترل خشم^{۱۹} می‌باشد. این روش به خصوص در تعلیم و تربیت کودکان پرخاشگر کاربرد زیادی دارد. در این برنامه، زیر مجموعه‌ای از برنامه‌های کنترل خود، مشکل گشایی بین

فردی و رویکردهای بازسازی شناختی به اجرا درمی‌آیند. در برنامه کنترل خشم، فعالیت‌های متنوعی به کودکان یاد داده می‌شود که از آن جمله می‌توان به تن آرامی عضلانی پیش رونده^{۲۰} و تصویر سازی ذهنی دیداری مثبت اشاره نمود. از طرفی به کودکان یاد داده می‌شود که تمرینات تن آرامی خویش را در دفترچه‌هایی یادداشت کنند، و نیز سلسله مراتبی از رفتارهای پرخاشگرانه را تکمیل نمایند. در راستای این عمل، کودکان مشخص می‌کنند وقتی با پدیده‌های مختلفی مواجه می‌شوند، چقدر احساس خشم کنند. در برخی جلسات، این برنامه آموزشی به کودکان یاد داده می‌شود که در هنگام بروز خشم و برای خونسرد کردن خویشتن به خود گویی‌های مقابله‌ای از قبیل «آرام باش، راحت باش» و «من می‌توانم بدون غر زدن احساس خشم کنم» و «من در کنترل خودم هستم»، روی آورند. در ادامه این برنامه آموزشی، به کودکان یاد داده می‌شود در حالی که آرام هستند، کمترین میزان خشم را در سلسله مراتب خشم تصویرسازی کنند و در ادامه تصویر سازی، چنانچه احساس تنیدگی و خشم می‌نمایند، به خودگویی‌های مقابله‌ای بپردازند تا احساس خشم و تنیدگی از میان برود و آرام شوند. این فرایند درمورد موقعیت‌هایی که واقعی است به کار می‌رود. در راستای همین برنامه، به کودکان یاد داده می‌شود که گام‌های مشکل گشایی اجتماعی را اجرا کنند. به این معنی که مریبان به کودکان یاد می‌دهند که در مورد راه‌های متفاوتی که می‌توانند مشکلات را حل کنند، فکر نمایند و پیامد راه حل‌های مختلف را در نظر بگیرند و آنگاه به اجرای هر یک از راه حل‌ها بپردازند.

در زمینه آموزش مهارت‌های اجتماعی، مطالعات بسیار زیادی با کودکان دارای اختلالات رفتاری به خصوص کودکان پرخاشگر صورت گرفته است. مطالعاتی که به وسیله بیرمن و فورمن (۱۹۸۴) و دیگر محققین انجام شده است نشان می‌دهد که با آموزش مهارت‌های اجتماعی می‌توان کفایت اجتماعی کودکان پرخاشگر و مطرود را افزایش داد.

کازدین^{۲۱} و همکاران (۱۹۸۷) کارآمدی آموزش مهارت‌های مشکل گشایی بین فردی و ترمیم ارتباطی را میان کودکان پرخاشگر مورد تأیید قرار داده‌اند. در این مطالعه، مهارت‌های مشکل گشایی بین فردی از طریق به کارگیری آموزش کلامی سرمشق دهی و بحث و بررسی موقعیت‌های مشکل فرضی، انجام مهارت‌ها در ایفای

نقش، پس‌خوراند اصلاحی و تقویت اجتماعی یاد داده شدند. در طول جلسات آموزشی و اجرای مهارت‌ها، از روش‌های تقویت ژتونی برای انجام تکلیف و تکمیل آن و از جریمه پاسخ برای اشتباه در انجام رویکرد مشکل‌گشایی استفاده شد. برنامه مشکل‌گشایی بین فردی به طور معنی‌داری رفتار کودکان پرخاشگر را در محیط خانه و مدرسه بهبود بخشید.

یکی دیگر از شیوه‌های مواجهه بهینه با کودکان دچار اختلال کمبود توجه و بیش‌فعالی، آموزش خانواده است. البته از این شیوه اصلاح رفتار در اغلب اختلالات رفتاری کودکان استفاده می‌گردد اما به نظر می‌رسد مطالعات بیشتری با کودکان دارای اختلال توجه و بیش‌فعالی صورت گرفته است.

در برنامه آموزش خانواده، بر انواع مهارت‌های تخصصی والدین برای مقابله با این کمبودها تأکید شده است. همانند پژوهش‌های گذشته، از داده‌های حاصل از سال‌ها تحقیق آزمایشگاهی، یعنی داده‌های مربوط به تفاوت در عملکرد این کودکان در برنامه‌های مختلف تقویت و تنبیه در راهبردهایی که والدین باید در خانه اجرا کنند، استفاده می‌شود. به ویژه بر ضرورت پیامدهایی که در طول زمان آموزش و درمان توسط مراقبان مختلف ارائه می‌شود، و نیز بر استفاده از شیوه‌های انگیزش - مشوق قوی و تکنیک‌های جریمه نیز تأکید می‌گردد. آنچه در این روش‌ها آشکار است این فرض است که در خانه باید فضای درمانی ایجاد شود و آشکارتر آن که، والدین باید بیاموزند با آنچه که احتمالاً یک مشکل مزمن است کنار آیند، نه این که آن را درمان کنند. به طور کلی روش‌های آموزشی کودکان دارای اختلال توجه و بیش‌فعالی به دو دسته مداخله‌های رفتاری و شناختی رفتاری تقسیم می‌شود. مداخله‌های رفتاری شامل تقویت ژتونی^{۲۲}، جریمه کردن^{۲۳}، مؤاخذة^{۲۴} و محروم‌سازی از تقویت^{۲۵} است. مداخله‌های رفتاری شناختی شامل خود‌آموزی^{۲۶}، حل مسئله اجتماعی^{۲۷}، خود‌نظارتی^{۲۸} خود‌ارزیابی^{۲۹}، خود‌تقویتی^{۳۰} و آموزش مطابقت^{۳۱} است که به برخی از آن‌ها اشاره گردید. (چویل، موریس، ۱۹۹۰).

از جمله روش‌های به‌کار رفته در حیطه آموزش و پرورش کودکان دارای اختلالات رفتاری که منجر به کاهش و کنترل آن می‌شود، «طرح میانجیگری»^{۳۲} است که در سال‌های اخیر در مدارس کشورهای اروپایی و امریکایی، کارآیی خود را نشان داده است.

این طرح عمدتاً برای پیشگیری از ناسازگاری‌های رفتاری، به‌خصوص برای تعدیل بحران‌های نوجوانی به‌کار گرفته می‌شود. فلسفه میانجیگری در مدرسه این است که وجود تعارض امری عادی و جزئی اجتناب‌ناپذیر از زندگی روزمره در مدرسه است و اگر دانش‌آموزان مهارت‌های لازم را برای مدیریت آن فرا بگیرند، ممکن است موجب یادگیری و رشد شخصی شود. وجود خدمات میانجیگری در مدرسه، زمینه را برای کسب مهارت‌های مورد نظر فراهم می‌آورد و آن را به محیطی امن و مطلوب برای یادگیری تبدیل می‌کند. میانجیگری در مدرسه در کشورهای مختلف به طرق گوناگونی اجرا می‌شود، اما به طور کلی می‌توان دو روش مهم را نام برد:

۱- میانجیگری بزرگسالان

۲- میانجیگری هم‌تایان (دانش‌آموزان)

در میانجیگری بزرگسالان، خدمات میانجیگری از طریق افراد متخصصی به نام میانجی انجام می‌گیرد^{۳۳} که اغلب از خارج از مدرسه (دانشگاه‌ها، موسسه‌های تحقیقاتی) برای پیشگیری یا حل مسائل و مشکلات رفتاری و تحصیلی دانش‌آموزان به مدرسه دعوت می‌شوند (بازرگان، ۱۳۷۹).

به طور کلی فعالیت‌های میانجی در طول سه محور انجام می‌گیرد:

۱- جلب همکاری و نزدیک کردن اولیای مدرسه و آگاه ساختن آن‌ها از انتظارات، قوانین و مقررات مدرسه.

۲- آگاه کردن معلمان از مسائل و مشکلات فردی و خانوادگی دانش‌آموزان و کمک به آنان برای شناخت عمیق‌تر فرهنگ خانواده، نیازها و انتظارات آن‌ها.

۳- انجام دادن فعالیت‌هایی برای شناخت بیشتر مشکلات و کمبودهای تحصیلی و رفتاری دانش‌آموزان و انجام اقدام‌های حمایتی با بهره‌گیری از همه امکانات مدرسه و خارج از مدرسه برای رفع مشکلات آن‌ها.

فعالیت‌های تطبیقی آموزشی کودکان دارای اختلالات رفتاری

آنچه که از مرور روش‌های به‌کار رفته در کشورهای مختلف بر می‌آید این است که سطوح مداخلات از ساده‌ترین سطح، که در آن معلم کلاس درس معمولی وارد عمل می‌شود، تا پیچیده‌ترین سطح، که به صورت اقامت‌های شبانه روزی است، تغییر می‌کنند.

در کشورهای مختلف، روش‌های متفاوتی در مواجهه با مشکلات رفتاری کودکان و نوجوانان به کار گرفته می‌شود که می‌توان آن‌ها را به شرح زیر طبقه بندی کرد:

- ۱- سطح اول: مداخله معلم کلاس درس معمولی
- ۲- سطح دوم: مداخله معلم کلاس درس معمولی همراه با مشاوره یک فرد متخصص تعلیم و تربیت ویژه
- ۳- سطح سوم: ارائه خدمات سیار به کودکان استثنایی توسط متخصص تعلیم و تربیت ویژه
- ۴- سطح چهارم: به‌کارگیری معلم مرجع به منظور تدارک خدمات برای کودکان و معلمان یک مدرسه
- ۵- سطح پنجم: استفاده از کلاس‌های ویژه کوتاه مدت برای تشخیص و تجویز آموزش‌ها
- ۶- سطح ششم: آموزش خانگی و بیمارستانی
- ۷- سطح هفتم: تشکیل کلاس‌های ویژه خودکفا
- ۸- سطح هشتم: تشکیل کلاس‌های روزانه ویژه
- ۹- سطح نهم: ایجاد مدارس شبانه‌روزی (هالاها^{۳۴}، کافمن^{۳۵}، ۱۹۸۸)

آموزش میانجیگری در کشور ایرلند و بلژیک

یکی از شیوه‌های برخورد با مشکلات رفتاری دانش آموزان در محیط مدرسه به کارگیری برنامه میانجیگری می‌باشد. کشورهای چندی به بهره‌گیری از این طرح روی آورده‌اند که در این میان می‌توان به تجارب کشورهای ایرلند شمالی و بلژیک اشاره کرد. از سال ۱۹۹۳ میلادی در مرکز مطالعه‌های مربوط به تعارض در دانشگاه اولستر^{۳۶}، تحقیقی برای اجرای برنامه میانجیگری هم‌تایان در مدرسه‌های ابتدایی ایرلند شمالی انجام گرفت. این تحقیق ابتدا با عنوان طرح آموزش و پرورش برای صلح کواکر^{۳۷} شروع به کار کرد و سپس با نام طرح تقویت مدرسه‌ها ادامه یافت.

تحقیق مذکور نشان داد که مشارکت معلمان در طرح ازدیاد اعتماد به نفس دانش آموزان مؤثر بوده است. این طرح در حوزه مختلفی بر دانش‌آموزان و سایر شرکت‌کنندگان تأثیر مثبت گذارده است. نمونه آن، برنامه آموزش مهارت‌های حل تعارض برای دانش آموزان کلاس‌های پایین یکی از دبستان‌های گروه نمونه است که علاوه بر

تأمین نیازهای دانش آموزان، مقدمه‌ای برای شرکت مشتاقانه آنان در برنامه میانجیگری همتایان بوده است.

روی هم رفته معلمان، مدارس و دانش آموزان به دلایل زیر برای برنامه میانجیگری همتایان ارزش و اهمیت قائل‌اند: الف) ایجاد اعتماد به نفس و خود باوری در بزرگسالان و خردسالان، ب) ایجاد محیطی نشاط آور، مشارکت آمیز و مطلوب برای تقویت مهارت‌های ارتباطی دانش آموزان جهت رفع مشکلات رفتاری، ج) آموزش مهارت‌های زیر بنایی نظیر همدردی، گوش دادن، پذیرش، همکاری از طریق کمک به دانش آموزان برای تشخیص و کنترل عواطف خود و قبول احساسات دیگران و د) مفید بودن طرح برای رشد شخصی و حرفه معلمان، دانش آموزان و بزرگسالان (فارل^{۳۸}، ۱۹۹۸).

در سال ۶-۱۹۹۵، محققان دانشگاه صلح^{۳۹} بلژیک با الهام از تجربه‌های کشورهای آمریکای شمالی و مشاهدات میدانی، برای بررسی آثار میانجیگری در مدرسه‌ها و سایر مؤسسه‌های آموزش و پرورش خرد سالان و نوجوانان (خانه جوانان، خانه‌های محله، مدرسه‌های تکلیف شب و...) به طور عملی پژوهشی را در یکی از کالج‌های شهر لوون لانو^{۴۰} هدایت نمودند. این تجربه شامل ارائه خدمات میانجیگری همتایان در زنگ تفریح و حیاط مدرسه بود که معمولاً محل بروز پرخاشگری‌های کلامی و فیزیکی دانش آموزان است. هدف اصلی طرح، آموزش روش‌ها و فنون مدیریت تعارض به دانش آموزان از طریق مذاکره به جای خشونت و حرکت به سوی دموکراسی مشارکتی بود (هانت و مارشال، ۱۹۹۹).

آموزش و پرورش کودکان دارای اختلالات رفتاری در انگلستان

تدوین و اتخاذ خط مشی و سیاست کلی برای رفتار هر مدرسه با جلب مشارکت و همفکری انش آموزان، معلمان و اولیا، از روش‌های موفق برای پیشگیری و کاهش رفتارهای ناپسند طلب است. طرح شفیلد^{۴۱}، از مهم‌ترین طرح‌های مداخله‌ای در زمینه مقابله با خشونت از طریق تدوین خط مشی کلی رفتار در مدرسه است. این طرح که حاوی ایده‌های جالب و عملی است و می‌تواند الهام بخش مربیان ما در ارائه برنامه‌های مشابه باشد با جزئیات بیشتری شرح داده می‌شود.

طرح شفیلد از سال ۱۹۹۰ در ۲۴ مدرسه کشور انگلستان برای مقابله با خشونت‌گری و ایجاد آرامش و رفتارهای اجتماعی مطلوب اجرا شد. این طرح شامل ۳ برنامه به شرح زیر است که هر مدرسه گروه نمونه بر حسب وضع و امکانات خود، داوطلب اجرای یکی از برنامه‌ها گردید:

الف) راهبردهای مربوط به مداخله در برنامه آموزشی مدرسه برای آگاه کردن دانش آموزان از روش‌های مسالمت آمیز حل تعارض و تقویت حس تفاهم و همبستگی بین آن‌ها.

ب) راهبردهای مربوط به مداخله هنگام بروز خشونت‌گری و آزارگری در مدرسه از طریق مشاوره آموزش کودکان پرخاشگر و آگاه کردن دانش آموزان خشونت دیده از فنون مختلف دفاع شخصی.

ج) راهبردهای مربوط به مداخله برای تغییر شکل در ناهار خوری و حیاط مدرسه با جلب مشارکت دانش آموزان در طراحی و بازسازی زمین بازی (شارپ^{۴۲}، تامپسون^{۴۳}، ۱۹۹۲).

ادبیات نیز می‌تواند وسیله مؤثری برای افزایش آگاهی دانش آموزان از رفتار نامطلوب و همدردی با کسانی باشد که در معرض خشونت و آزارگری قرار دارند. در این روش اغلب داستان مناسبی برای دانش آموزان انتخاب و قرائت می‌شود. سپس دانش آموزان واکنش و احساس خود را در مورد آن داستان یادداشت و با تشکیل گروه، احساس درونی خود را تبادل می‌کنند. این نوع پاسخ‌ها نشان می‌دهد که داستان‌ها تا چه حد می‌توانند اثر عمیق بر انسان باقی بگذارند. دانش آموزان هیجان‌های درونی و واکنش‌های عاطفی خود مانند ترس، خشم، نفرت و همدردی با قهرمان داستان را ابراز و واقعه را با تجربه‌های زندگی خود مقایسه می‌کنند.

نتایج به دست آمده از ارزشیابی اثر ادبیات در مقابله با رفتار نامطلوب کودکان نشان می‌دهد که روش مؤثر، به‌خصوص در مدرسه‌های ابتدایی برای برخورد با آزارگری است. در این راستا، از دانش آموزان سه کلاس ابتدایی مدرسه‌های گروه نمونه که برایشان داستان «ادیسسه با قلب سنگی» خوانده شد، مصاحبه ای به عمل آمد. از ۳۹ دانش آموز، ۲۷ نفر برای مصاحبه دقیق تر و مشاهده رفتارشان انتخاب شدند. این عده از ۹ دانش آموز آزارگر، ۹ دانش آموز آزار دیده و ۹ تن با مشکلات دیگر تشکیل شده

بود. با دانش آموزان فوق سه بار مصاحبه به عمل آمد. نتیجه اولین مصاحبه که یک هفته پس از خواندن داستان صورت گرفت، نشان می داد که دانش آموزان آزارگر کمتر از دیگران از داستان لذت برده اند، احتمالاً به این دلیل که داستان، بر نادرستی رفتار آنان تأکید می کرد. با وجود این، اکثر آنان اظهار می کردند که پس از شنیدن داستان، از آزار و اذیت دیگران دست کشیده اند و این امر را سایر دانش آموزان نیز تأیید کردند. دانش آموزان آزار دیده نیز اظهار داشتند که پس از خوانده شدن داستان، کسی آنان را اذیت نکرده است. در سه کلاس مورد تحقیق، همه دانش آموزان گفتند که اگر فردی را در حال اذیت و آزار دیگری ببینند، اطلاع خواهند داد و ۶۷ درصد آنان اظهار داشتند که موضوع را به معلم کلاس گزارش خواهند داد (گاگان بال^{۴۴}، ۱۹۹۱).

بر اساس این تحقیق، در کلاسی که معلم آن با استفاده از نمایش و بحث های گروهی در درک مفهوم تبعیض نژادی به دانش آموزان کمک کرده بود، داستان، بیشترین تأثیر را بر دانش آموزان داشته است. (شاهه^{۴۵}، ۱۹۹۲).

از سال های ۱۹۵۰ در کشورهای غربی جرئت آموزی^{۴۶} به عنوان روش درمانی برای بهبود مهارت های اجتماعی و بین فردی به کار می رود. روش های جرئت آموزی با تقویت آرامش در اوضاع نامطلوب از شدت بحران دانش آموز می کاهد و مانع وخیم شدن وضع می شود. به طور خلاصه، جرئت آموزی ممکن است دانش آموزانی را که در معرض آزار دیگران قرار دارند، در زمینه های زیر کمک کند:

- ۱- گسترده کردن مجموعه راهبردهای سازگارانانه برای مقابله با وضعیت های آزارگری.
- ۲- ایجاد فرصت هایی برای ممارست راهبردهای مبتنی بر خودباوری در هنگام آزارگری.

۳- کسب اعتماد به نفس و خودباوری بیشتر. (شارپ، تامپسون، ۱۹۹۲).

مطالعه ای که در کشور انگلستان در خصوص به کارگیری آموزش مهارت های حل مسئله انجام شده است، مطالعه تیزدل^{۴۷} و لارنس^{۴۸} در سال ۱۹۸۸ است. در این مطالعه، هفت نوجوان که در یک بیمارستان محلی اقامت داشتند، شرکت داده شدند. این نوجوانان در جریان اقامت در بیمارستان، مهارت های حل مسئله را همراه با مؤلفه های مختلف این مهارت ها یاد گرفتند. آموزش، مشتمل بر یک چارچوب گروهی، با جلسات ۴۵ دقیقه ای، هر هفته دو جلسه و جمعاً برای ۱۳ جلسه بود. در

هر جلسه، آموزش عبارت بود از بیان منطق حاکم بر برنامه و آموزش مؤلفه‌های مهارت حل مسئله با سرمشق‌دهی توسط مربی، تمرین آن‌ها توسط نوجوانان و بازخورد و تقویت کلامی برای استفاده از مهارت. علاوه بر این، موقعیت‌های واقعی در بیمارستان طرح شدند تا نوجوانان با موقعیت‌هایی مواجه شوند که مهارت‌های جدید حل مسئله آن‌ها را کمک می‌کرد. اثرات آموزش نشان داد که هر مؤلفه مربوط به حل مسئله، وقتی که در یک طرح خط پایه چند گانه^{۴۹} مورد آموزش واقع می‌شود، تغییر می‌کند. همچنین نتایج این بررسی نشان داد که مهارت‌ها به موقعیت‌هایی که جزء آموزش نبودند نیز تعمیم یافتند. شایستگی نوجوانان در حل مسئله بهبود یافت و از مهارت‌هایی که آموخته بودند استفاده کردند. یک ماه پس از درمان، برای ۳ نفر از ۸ نفری که هنوز بستری بودند، در موقعیت‌های واقعی بهبودهایی مشهود بود. درجه بندی کارکنان از سازگاری بیماران در قبل و پس از درمان حاکی از بهبود قابل ملاحظه در سازگاری بود.

یکی از روش‌های آموزشی مورد استفاده برای مقابله با پرخاشگری‌ها و رفتارهای اختلال گونه‌ی کودکان و نوجوانان، آموزش خود دستوری است. پژوهشگران چندی کارآمدی این روش را در کودکان پرخاشگر مورد بررسی قرار داده‌اند. اشناپدر^{۵۰} (۱۹۷۴)، روبین^{۵۱}، اشناپدر و دولینک^{۵۲} (۱۹۷۶)، اشناپدر و روبین (۱۹۷۶) به منظور کمک به کودکان پرخاشگر و آشفته برای مهار پاسخ‌های پرخاشگرانه، یک روش آموزشی خود دستوری ابداع کرده‌اند که فن لاک پشتی نامیده شده است. در این روش، به کودکان یاد داده می‌شود که برای کناره‌گیری از یک موقعیت تحریک کننده، روی دست و پای خودشان جمع شوند و سرشان را پایین بیندازند. بعد به کودکان مهارت‌های تن‌آرامی یاد داده می‌شود که در هنگام به‌کارگیری فن لاک پشتی، بتوانند از آن استفاده کنند.

کنترل خشم از دیگر روش‌های مقابله با رفتارهای پرخاشگرانه است که در سیستم تعلیم و تربیت ویژه در کشورهای انگلیسی زبان به وفور استفاده می‌شود. این روش در زیرمجموعه برنامه‌های شناختی - رفتاری قرار دارد و در آن روش‌های کنترل خود، مشکل‌گشایی بین فردی و بازسازی شناختی با یکدیگر ترکیب می‌شوند. یکی از

مطالعات اصیل که در راستای این برنامه به اجرا در آمده است، مربوط به مطالعه هیوز (۱۹۸۷) می‌باشد که در آن از مداخله کنترل خشم استفاده شده است.

از دیگر روش‌های آموزشی که در تعلیم و تربیت ویژه برای مقابله با رفتارهای پرخاشگرانه کودکان و نوجوانان ابداع شده است، روش‌های آموزش مهارت‌های اجتماعی - شناختی است. در این آموزش تلاش بر این است به افراد تحت آموزش مهارت‌هایی یاد داده شود از قبیل (۱) سؤال کردن از دیگران برای کسب اطلاعات، دریافت توضیح و درخواست انجام کاری، (۲) کمک کردن، ارائه حمایت، پیشنهاد و همکاری در بازی و (۳) مشارکت در انجام کارها. افراد زیادی جهت مقابله با رفتارهای پرخاشگرانه کودکان و نوجوانان از چنین آموزش‌هایی استفاده کرده‌اند. کازدین (۱۹۸۷) کارآمدی آموزش مهارت‌های اجتماعی - شناختی از قبیل مهارت‌های مشکل‌گشایی بین فردی و درمان ارتباطی را در میان کودکان پرخاشگر ۷ تا ۱۳ ساله مورد مطالعه قرار داد. کودکان مورد مطالعه بیماران بستری شده در یک مرکز روان‌پزشکی بوده‌اند که در آنجا به دلیل اختلالات حاد از جمله پرخاشگری بسیار بالا و رفتارهای مخرب، ۲ تا ۳ ماه بستری شده بودند. برای انجام مقایسه‌های لازم، درجه‌بندی‌های والدین و معلمان از رفتار پرخاشگرانه به هنگام پذیرش کودکان در بیمارستان و در ارزیابی‌های پیگیرانه تا یک سال پس از ترخیص، جمع‌آوری شدند. برنامه مشکل‌گشایی بر اساس روش‌های آموزشی - درمانی ابداع شده توسط محققین طرح‌ریزی شده بود. آموزش‌ها به صورت انفرادی در ۲۰ جلسه اجرا شد که هر جلسه ۴۵ دقیقه طول می‌کشید و دو یا سه بار در هفته برگزار می‌شد. مهارت‌های مشکل‌گشایی بین فردی از طریق به‌کارگیری آموزش کلامی به کودک، سرمشق‌دهی، بحث و بررسی موقعیت‌های مشکل فرضی، انجام مهارت‌ها در ایفای نقش، پسخوراند اصلاحی و تقویت اجتماعی یاد داده شدند. در طول آموزش و درمان از روش‌های تقویت پسته‌ای برای تکمیل تکلیف و از جریمه پاسخ برای اشتباه در انجام فرایند مشکل‌گشایی استفاده شد. برنامه مشکل‌گشایی بین فردی به طور معنی داری رفتار در مدرسه و خانه را بهبود بخشیده بود و از برنامه درمان ارتباطی بهتر عمل کرده بود. افزون بر آن، آثار درمان و آموزش تا ۱ سال پس از جلسات آموزشی - درمانی، در مدرسه و خانه کودکان پابرجا مانده بود. پژوهشگران نتیجه گرفتند آموزش

مهارت‌های مشکل‌گشایی اجتماعی - شناختی می‌تواند در افرادی که شدیداً دچار آشفتگی رفتاری‌اند، تغییرات معنی‌داری به وجود آورد (کازدین و همکاران، ۱۹۸۷).

تجربه میانجیگری نوجوانان در اسپانیا

از آنجا که برنامه‌های میانجیگری نوجوانان، اثر بخشی خود را در کاهش و بازسازی بسیاری از اختلالات رفتاری به خصوص رفتارهای خشونت‌آمیز نشان داده است، لذا وزارت دادگستری اسپانیا در شهر کتالونا^{۵۳}، از این نظام برای رسیدگی به برخی از جرایم نوجوانان که عمدتاً از نوع اختلالات رفتاری‌اند، استفاده نمود. دلیل استفاده از این روش، فقط تأمین رضایت افراد خسارت دیده نبود، بلکه میانجیگری جنبه تربیتی داشت و مانع فرستادن نوجوان به مراکز تأدیبی و زندان‌ها شد. (دلگادو^{۵۴}، ۱۹۹۸).

ارزشیابی این برنامه که طی ۷ سال (از سال ۱۹۹۰ تا سال ۱۹۹۷) جریان داشته، نتایج کاملاً مثبتی را نشان داده است. عده کثیری از نوجوانان (۴۲۷۷ نفر)، طی سال‌های فوق از میانجیگری جزایی استفاده کرده‌اند. در سال ۱۹۹۷ حدود ۵۵ درصد از دعوای حقوقی نوجوانان را میانجیگری حل کرده است. در ارزشیابی فوق، پنجاه درصد خسارت دیدگان، افراد حقیقی و بقیه مؤسسه‌های خصوصی و دولتی گزارش شده‌اند (منبع قبلی).

آموزش و پرورش کودکان دارای اختلالات رفتاری در آمریکا

پژوهش‌های زیادی در مورد استفاده از مداخله‌های شناختی-رفتاری در کودکان تکانشی و یا پر تحرک در کشور آمریکا به انجام رسیده است. از جمله روش‌هایی که در راه مقابله با اختلالات رفتاری به خصوص اختلالات تکانشی و بیش‌فعالی در این کشور به کار می‌رود، می‌توان به موارد زیر اشاره کرد:

۱- آموزش خود‌هدایت شده تأخیر پاسخ

۲- آموزش حل مسئله

۳- خود تعلیمی

۴- وابستگی‌های رفتاری

۵- سرمشق دهی

۶- ایفای نقش

۷- آموزش همانند سازی احساس

آموزش خود هدایت شده تأخیر پاسخ، برای اولین بار توسط کیگان^{۵۵}، پیرسون^{۵۶} و ولج^{۵۷} به سال ۱۹۶۶، در یک کوشش ابتکاری برای اصلاح تکانش‌گری کودکان کشف گردید. این محققان، آموزش تأخیر پاسخ را به ۴۰ کودک تکانشی ارائه کردند و یک گروه ۲۰ نفری کودکان تکانشی را به عنوان گروه گواه تعیین نمودند. به کودکان گروه آزمایشی، توصیه کردند که پاسخگویی به آموزش تکالیف را در یک فاصله زمانی ثابت (۱۰ تا ۱۵ ثانیه) به تأخیر اندازند. علاوه بر این، به این کودکان گفته شد که در طی دوره تأخیر، محرک را مطالعه کنند و در مورد پاسخ مناسب بیندیشند. آزمایشگران پس از فاصله تأخیر به کودک علامت می‌دادند که پاسخ را دنبال کنند. گروه گواه، بدون بهره‌مندی از آموزش تأخیر، در تکالیف آزمایشی شرکت کرد. این کودکان در تکلیف جور کردن یک طرح مشابه گروه آزمایش، یک تکلیف استدلال استقرایی و یک تکلیف جور کردن لامسه ای - دیداری آموزش دیدند.

ارزیابی‌های پس از آموزش، شامل سؤالات جایگزین و یک آزمون استدلال استقرایی بود که لازم بود در آن کودکان برای تکمیل داستانی، تصاویر را به کار بندند. تحلیل‌های آماری نشان داد که آموزش تأخیر پاسخ، به بهبودی معنی‌دار زمان پاسخ یعنی افزایش فاصله تأخیر پاسخ منجر شده ولی بر نمره‌های خطا تأثیری نداشته است. علاوه بر این، آموزش در تأثیر بر قابلیت‌های استدلال استقرایی کودکان با شکست مواجه شد. این پژوهشگران تأثیر افتراقی آموزش را به صورت بازده قابل انتظار مورد بحث قرار دادند، چرا که آموزش نه بر مهار کردن پاسخ دهی تکانشی متمرکز بود و نه بر بهبود راهبردهای ردیابی دیداری.

روش آموزشی حل مسئله نیز از جمله روش‌هایی است که در کشور آمریکا به وفور مورد استفاده متولیان تعلیم و تربیت کودکان استثنایی به ویژه اختلالات رفتاری (تکانش‌گری) قرار گرفته و می‌گیرد. این راهبردها به برنامه‌ماهرانه‌تری نیاز دارند که غالباً در برگیرنده مؤلفه‌های آموزشی - درمانی فراوان است. کندال^{۵۸} و براسول^{۵۹} (۱۹۸۵) علاوه بر توصیه‌های حل مسئله که غالباً در مداخله حل مسئله ملحوظ است،

مؤلفه‌های مداخله‌ای از جمله آموزش خود تعلیمی، وابستگی‌های رفتاری، سرمشق‌دهی، کنش‌های متقابل نقش و آموزش همانند سازی احساسات در خود و دیگران را نیز مورد استفاده قرار داده‌اند.

برای فرونشانی و از بین بردن رفتارهای ضد اجتماعی از تکنیک‌های تنبیهی نیز استفاده می‌شود. شیوه‌های تنبیه از پیامدهای معمول که در زندگی روزمره به کار برده می‌شوند، متفاوت هستند و به طور متفاوتی اجرا می‌شوند. شیوه‌های تنبیه در زمینه درمان نوعاً شامل محروم کردن از تقویت‌کننده‌ها هستند. البته استفاده از جریمه کردن و تصحیح مفرط نیز به عنوان شیوه‌های کاهش رفتار نامناسب در برخی مواقع به کار برده می‌شود. در خصوص استفاده از این راهبردها، مطالعات وسیعی در آمریکا انجام گرفته است که می‌توان به مطالعه‌ای که توسط درابمن^{۶۰} و اسپیتالینک^{۶۱} (۱۹۷۳) انجام گرفته است، اشاره نمود. این دوتن از یک برنامه انزوای اجتماعی برای گروهی از پسران پرخاشگر ۹-۱۱ ساله در محیط آسایشگاه روانی استفاده کردند. وقتی رفتار هدف مثل کتک زدن کودک دیگر اتفاق می‌افتاد، مبصر کلاس بی سر و صدا به معلم اطلاع می‌داد. معلم بلافاصله کودک را مورد خطاب قرار می‌داد و می‌گفت: «تو بد رفتاری کردی، باید کلاس را ترک کنی». سپس کودک بدون توضیح بیشتر به یک اتاق کوچک تاریک و متروک برده می‌شد. ناظم مدرسه برای اطمینان از ایمنی کودک، در آن محدوده می‌ایستاد. بعد از ۱۰ دقیقه کودک به محل اولیه که مشاهدات در آنجا صورت می‌گرفت، باز گردانده می‌شد. تعداد دفعاتی که می‌شد کودک را از اتاق خارج کرد، محدودیتی نداشت. ۱۶ روز پس از اجرای برنامه، این شیوه به کاهش قابل ملاحظه‌ای در اعمال پرخاشگرانه کودک منجر شد. در مطالعات دیگر نیز، انزوای اجتماعی در کاهش دادن رفتارهای نامطلوب همچون پرخاشگری و نافرمانی مؤثر بوده است. انواع دیگر محروم کردن از جمله بی‌توجهی، فرصت ندادن برای کسب تقویت‌کننده‌ها در هر مورد، و محروم کردن‌های نسبتاً کوتاه مدت در فرونشانی رفتارها مؤثر بوده‌اند (کازدین، ۱۹۸۹).

آموزش مهارت‌های اجتماعی از دیگر روش‌هایی است که در کشور آمریکا و کشورهای انگلوساکسون به‌وفور مورد استفاده قرار می‌گیرد. الدر^{۶۲}، ادلستین^{۶۳} و ناریک^{۶۴} (۱۹۷۹) از آموزش مهارت‌های اجتماعی در مورد نوجوانانی استفاده کردند که دارای

رفتارهای پرخاشگرانه کلامی و جسمانی بودند. این نوجوانان دارای رفتارهای نامناسب متنوعی بودند از قبیل ایجاد مزاحمت برای دیگران، پاسخگویی به دیگران با برانگیختگی منفی و درخواست کردن از دیگران با حالت عصبانیت. برای این نوجوانان، موقعیت‌های ایفای نقش که در آن‌ها آموزش اجرا می‌گردید، تدارک دیده شد. آموزش آن‌ها به صورت گروهی انجام گرفت و هر شخص فرصتی برای ایفای نقش داشت و می‌توانست عمل دیگران را در موقعیت مشاهده کند درمان در قالب یک طرح خط پایه چندگانه ارزیابی شد، که در آن رفتارها با استفاده متوالی از آموزش‌ها، سرمشق‌ها، تمرین و بازخورد، آموزش داده شدند. اثرات آموزش در موقعیت‌هایی که در آن‌ها رفتار اجرا شد و در موقعیت‌های جدید که در آن‌ها آموزش مهارت‌های خاص وجود نداشت، قابل توجه بود. نتایج نشان داد وقتی که برنامه آموزش اجرا شد، پیشرفت‌هایی حاصل گردید. بهبودها با افزایش رفتارهای اجتماعی در بخش و کاهش فراوانی رفتار نامناسب همراه بود. از ۴۰ آزمودنی حدود ۳۰ نفر مرخص شدند و گزارش شد که آن‌ها فواید درمانی را تا ۹ ماه بعد حفظ کردند.

آموزش و پرورش کودکان دارای اختلالات رفتاری در ایران

نادر فتحی (۷۴-۱۳۷۳) با استفاده از آموزش از عهده برآمدن والدین (برنامه آموزش مدیریت والدین) به بررسی تأثیر آن در کاهش علائم اختلال بیش‌فعالی و نقص توجه پرداخته است. هدف اصلی وی، مطالعه و بررسی تأثیر برنامه آموزش مدیریت والدین در کاهش علائم کودکان مبتلا به اختلال بیش‌فعالی و نقص توجه (ADHD) در جامعه دانش‌آموزان شهر تهران بود. مهم‌ترین نتایج این تحقیق عبارت بود از: معنی‌دار بودن مقایسه نمرات پیش‌آزمون و پس‌آزمون از نظر آماری و معنی‌دار بودن مقایسه پس‌آزمون دو گروه گواه و آزمایشی از نظر آماری. تفاوت‌ها نشان‌دهنده آن است که در رابطه با هدف پژوهش، برنامه آموزش مدیریت والدین در کاهش علائم و بهبود نسبی اختلال بیش‌فعالی و نقص توجه مؤثر گردیده است (محمد اسماعیل، ۱۳۷۷).

احمد احمدی (۱۳۷۳) در تحقیقی به تقویت خانواده و تأثیر آن بر کاهش رفتار غیر انطباقی پرداخته است. وی در پژوهش خود به نقش خانواده در برخورد با مشکلات

رفتاری کودکان پرداخته و آن را در سه زمینه مطرح کرده است: ۱- الگوهای تعامل خانوادگی، ۲- اشکال برخورد با فشارهای زندگی و گذر از مراحل رشد و ۳- اشکال در عملکرد اعضا. واکنش‌های خانواده‌ها در برابر مشکلات رفتاری و شخصیتی اعضا متفاوت است. واکنش خانواده‌ها در برابر حوادث غیر منتظره معمولاً با شوک روانی شروع می‌شود، سپس انتظار بهبودی ایجاد می‌گردد و آنگاه حالت یأس و افسردگی پیش می‌آید. در این صورت خانواده احساس باختن و بیهودگی می‌کند، یا ممکن است مشکل موجود را بپذیرد و به راه حل مناسب بیندیشد و زندگی خود را بارور سازد.

برخی از خانواده‌ها از برخورد با مشکلات رفتاری و شخصیتی اعضای خود تعقل می‌ورزند و درمان را به عقب می‌اندازند. درمان و مراجعه به موقع از پیچیده تر شدن و شدت یافتن مشکلات رفتاری جلوگیری می‌کند. مشکلات رفتاری نیز مانند مشکلات بدنی نیاز به تشخیص و درمان دارد. متأسفانه خانواده‌ها همیشه تقویت‌های لازم را ندارند. شرکت خانواده در جلسات آموزشی کمک می‌کند تا آن‌ها مشکلات را بشناسند و روابط خانوادگی را تصحیح کنند و به راه حل‌های مناسب دست یابند.

محقق این تحقیق به تأثیر کلیدی تقویت از سوی خانواده بر کاهش و تغییر رفتار غیر انطباقی پرداخته است و نکات زیر را به خانواده‌ها گوشزد می‌کند:

- ۱- مشکلات رفتاری غالباً یاد گرفته شده است.
 - ۲- مشکلات رفتاری در موقعیت‌های خاص بروز می‌کند.
 - ۳- مشکلات رفتاری دارای بازدهی است و چون بازدهی دارد ادامه می‌یابد.
 - ۴- مشکلات رفتاری را می‌توان با استفاده از روش‌های تغییر رفتار اصلاح نمود.
- نصر اصفهانی (۱۳۷۴) در پژوهشی به بررسی و مقایسه شیوه‌های فرزند پروری مادران کودکان مبتلا به اختلالات رفتاری و مادران کودکان به‌هنگام و تأثیر آموزش مادران بر اختلالات رفتاری فرزندان پرداخته است (محمد اسماعیل، ۱۳۷۷).
- راغب (۷۴-۱۳۷۳) در پژوهشی به بررسی ارتباط بین تعداد فرزندان خانواده با پرخاشگری و افسردگی در دانش آموزان پرداخته است. هدف اساسی این پژوهش، بررسی نقش تعداد فرزندان خانواده بر میزان پرخاشگری و افسردگی دانش آموزان بود. عامل ترتیب تولد نیز مورد توجه قرار گرفت، زیرا قرار گرفتن در ترکیبی از فرزندان تأثیر

بمزایایی بر رفتار دارد. همچنین نقش متغیر تعداد فرزندان خانواده در پیشرفت تحصیلی، بزهکاری و مسائل اقتصادی دارای اهمیت خاصی است.

مهم‌ترین نتایج پژوهش فوق عبارتست از:

- ۱- فرزندان خانواده‌های پرجمعیت به علت قرار داشتن در محیط خانوادگی پر ازدحام و عدم توجه والدین، ناکامی و محرومیت را تجربه می‌کنند و احساسات و عواطف ناخوشایند را به وسیله واکنش‌هایی مانند پرخاشگری و افسردگی نشان می‌دهند.
- ۲- میزان افسردگی فرزندان خانواده‌های پرجمعیت بیشتر از فرزندان خانواده‌های کم جمعیت است (محمد اسماعیل، ۱۳۷۷).

نبوی آل آقا (۱۳۷۴) نیز در پژوهشی به بررسی اختلالات رفتاری کودکان پیش دبستانی تک والدی و مقایسه آن با کودکانی که با هر دو والد زندگی می‌کنند پرداخته است. نتایج حاصله از این تحقیق نشان می‌دهد که:

- اختلالات رفتاری در پسران پیش دبستانی تک والدی بیش از دختران پیش دبستانی تک والد است.
- مشکلات ایذایی در کودکان پیش دبستانی تک والدی بیش از کودکانی است که با هر دو والد زندگی می‌کنند.
- مشکلات رفتاری و هیجان‌های دیگر در کودک پیش دبستانی تک والدی بیش از کودکانی است که با هر دو والد زندگی می‌کنند (منبع قبلی).

جمع بندی و بررسی نهایی

در مطالب گذشته مهم‌ترین رویکردهای آموزش بحث گردید. سیر رشد این رویکردها بیانگر این است که شیوه‌های آموزشی کودکان دارای اختلالات رفتاری در دهه‌های اخیر در دو جهت ترکیبی بودن^{۶۵} و شناختی بودن^{۶۶} در حال گسترش است. به خصوص روش‌های شناختی با ترکیب اهمیت شناخت و هیجان به بحث اختلالات رفتاری پرداخته‌اند (بیتمس^{۶۷} و همکاران، ۲۰۰۰).

در حوزه روان‌شناسی کودکان استثنایی، رغبت‌های نظری دیگری هم مطرح است که به پدیده «خود»^{۶۸} تأکید دارند. این رغبت‌ها به تدابیر آموزشی و درمانی جدیدی در خصوص کودکان دارای اختلالات رفتاری - هیجانی منتهی شده‌اند. در این رویکرد

جدیدتلاش بر این است که ترکیبی از نظریه‌های یادگیری و نظریات رشد به وجود آید. این تلاش منجر به تقاضا برای خودگردانی از سوی کودک شده است. در این راهبرد بر خودبازبینی، خودآموزی، خودارزشیابی، تقویت خود و مانند آن تأکید می‌شود. یکی از روش‌های آموزشی که در دههٔ اخیر درارتباط با دانش آموزان دچار اختلالات رفتاری به‌کار گرفته می‌شود، برنامه‌های آموزشی فنون رفتاری است که با آموزش شناختی ترکیب می‌شود تا از این طریق مهارت‌های خویشتنداری و مسئله‌گشایی به دانش آموزان دچار این اختلالات یاد داده شود. در این راهبردهای آموزشی، دانش آموزان از طریق سرمشق دهی آموزش می‌بینند و آنگاه برای اجرای راهبرد، گام به گام برای حل مسئله از طریق تعریف و انتخاب مناسب‌ترین راه حل و باز خورد شرطی، تقویت می‌گردند (کاپلان و سادوک، ۱۹۹۵).

مهم‌ترین نظام‌های آموزشی کودکان دارای اختلالات رفتاری عبارتند از:

- ۱- دیدگاه بیولوژیکی
- ۲- دیدگاه روانکاوی
- ۳- دیدگاه رفتاری-اجتماعی
- ۴- دیدگاه شناختی
- ۵- دیدگاه مبتنی بر اصول خانواده

در بخش‌های پیشین به روش‌های آموزشی کودکان دارای اختلالات رفتاری اشاره گردید. همه پژوهش‌های ذکر شده و دیگر فعالیت‌های تحقیقی در یکی از نظام‌های فوق قرار دارند. در اینجا هدف، بررسی نظری این نظام‌ها نیست، بلکه آنچه که مهم است مقایسه آن‌هاست.

مقایسهٔ نظام‌های فوق را از دو زاویهٔ علل اختلالات رفتاری و روش‌های آموزشی و درمانی می‌توان مورد بحث قرار داد. در دیدگاه بیولوژیکی، علل اختلالات رفتاری ریخته در تأثیرات ژنتیکی، بیوشیمیایی، آسیب‌های فیزیولوژیکی و تأثیر مواد شیمیایی دارد. در این نظام روش‌های درمانی عمدتاً روش‌های دارویی است. در حال حاضر در کنار روش‌های دیگر از داروهای همچون ریتالین^{۶۹}، دکسدین^{۷۰} و سیلرت^{۷۱} در درمان کودکان دارای اختلالات رفتاری استفاده می‌کنند.

دومین نظام آموزش و درمان کودکان دارای اختلالات رفتاری، دیدگاه روانکاوی است. همچنان که می‌دانیم دیدگاه این نظام در مورد دلایل بروز اختلالات و نیز شیوه‌های درمانی آن‌ها منحصر به فرد است. در این دیدگاه با طرح ساختار روانی افراد و مراحل رشد روانی-جنسی، اختلالات ریشه‌یابی می‌گردد. طبق نظریهٔ کلاسیک فروید،

اختلال‌های روانی کودکان از یکی از دو منبع اصلی سرچشمه می‌گیرد: کودک یا در از بین بردن تعارض‌های جنسی روانی در یک مرحله به‌خصوص با مشکل رو به‌رو می‌شود، یا این که امکان دارد در یک مرحله از رشد اولیه تثبیت شود. در هر دو صورت محور اصلی ایجاد اختلال رفتار، اضطراب است. در این نظام روش‌های درمانی به ریشه‌یابی ساختار شخصیتی معطوف است. به کمک مکانیزم‌های دفاعی و تحلیل روانی سعی می‌شود کودکان دارای این اختلال‌ها آموزش داده شوند و درمان گردند، امروزه از روش‌های سنتی روانکاوی در آموزش کودکان دارای اختلالات رفتاری بندرت استفاده می‌شود.

نظام بعدی، دیدگاه رفتاری-اجتماعی است. در این نظام دلایل بروز اختلالات رفتاری همان دلایلی است که در دیگر رفتارها وجود دارد. در این دیدگاه با توجه به شرطی‌سازی کلاسیک و شرطی‌سازی فعال و همچنین یادگیری مشاهده‌ای، دلایل بروز اختلالات تشریح می‌گردد. روش‌های درمانی این نظام بر یادگیری درست رفتار جدید تکیه دارد که البته مبتنی بر اصول اکتساب رفتار است. طبق این دیدگاه، با تغییر عوامل مؤثر محیطی و نیز الگوها و سرمشق‌های کودک، نوع رفتار نیز تغییر خواهد کرد. از روش‌های رفتاری اجتماعی به صورت مستقل و در کنار روش‌های دیگر، در آموزش کودکان دارای اختلالات رفتاری استفاده می‌شود.

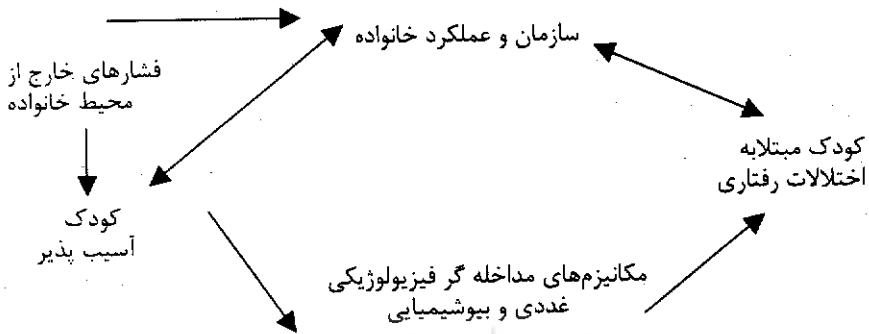
دیدگاه دیگر، دیدگاه شناختی است که مهم‌ترین دلیل بروز اختلالات رفتاری در کودکان را وجود شناخت‌های غلط می‌داند. طبق این دیدگاه، آموختن و حفظ رفتار از طریق نظام‌هایی صورت می‌گیرد که در آن‌ها رویدادهای خارجی و شناخت‌ها بر یکدیگر اثر می‌گذارند. علاوه بر این، بر تأثیر عوامل شناختی بر توجه به رویدادهای آینده تأکید می‌شود. آن چه موجب پدیداری نگرش حاضر شد، این نیاز بود که در چشم اندازه‌های رفتاری فرایندهای میانجی باید سرانجام مورد ارزیابی قرار گیرند. همچنین آن، امکان ارزیابی تجربی آن نیز باید فراهم شود. دیدگاه شناختی در شکل نوین خود تحت عنوان رفتار درمانی شناختی^{۲۲} (CBT) مطرح است. این دیدگاه بر این فرض مبتنی است که رفتار، انطباقی است و بین افکار، احساسات و رفتارهای فرد تعامل وجود دارد. همچنین در این دیدگاه بر تأثیر شناخت‌ها بر هیجانات و رفتارها تأکید می‌گردد. این دیدگاه به شدت تحت تأثیر افرادی همچون تیزدیل^{۲۳}، برنارد^{۲۴}، متیوز^{۲۵} و ... قرار

دارد و پژوهش‌های زیادی را در حال حاضر برانگیخته است (هاوتون^{۷۶} و همکاران. ترجمه قاسمزاده، ۱۳۸۰).

در سال‌های اخیر شماری از پژوهشگران، تفکر، تصور، بیان خود، خودداری و حل مسئله را با رشد شیوه‌های درمانی اختلالات رفتاری پیوند دادند. برنامه‌ای که میچن‌بام^{۷۷} و گودمن^{۷۸} برای تعلیم کودکان بیش از حد پر تحرک به عنوان «تفکر پیش از اقدام به عمل» اجرا نمودند، نمونه‌ای از این دسته است. در این برنامه، کودکان گام‌های پیوسته زیر را تجربه کردند: ۱- در حالی که کودکان تماشا می‌کردند، مدل بزرگسال همزمان با صدای بلند خود را آموزش می‌داد و آنچه را که به زبان می‌آورد اجرا می‌کرد، ۲- درحالی که مدل به کودکان آموزش می‌داد، آنان آنچه را که مدل می‌گفت انجام می‌دادند، ۳- کودکان با صدای بلند خود را آموزش می‌دادند و آنچه را می‌گفتند اجرا می‌کردند، ۴- کودکان کاری را که انجام می‌دادند با نجوا به زبان می‌آوردند و ۵- کودکان در حین عمل از گفتارهای دیگر هم استفاده می‌کردند. طی چند جلسه کارورزی، شمار دفعات بیان خود در کودکان افزایش یافت. در مقایسه با کودکانی که بر حرکت خود کنترل داشتند و بدون استفاده از کارورزی آموزش به خود، در برنامه مشابهی شرکت داده شدند، به نظر رسید که کودکان تحت درمان، آموختند که قبل از عمل فکر کنند (نلسون و ایزرائیل، ترجمه منشی طوسی، ۱۳۶۹).

نظام دیگر، بر سازمان خانواده تأکید دارد. خانواده نظامی اجتماعی پیچیده‌ای است که به کودک «هویت یک بیمار» را می‌دهد. مجموعه عوارضی که کودک از خود نشان می‌دهد نیز در برقراری این نظام نقش دارد. برای درمان کودک نیز باید بیشتر مسئله خانواده و شیوه‌های ارتباط اعضا مورد توجه قرار گیرد تا رفتارهای کودک و واکنش‌های والدین. از این رو، در این دیدگاه دو برداشت کلیدی وجود دارد: نظریه غیر خطی نظام‌های تأثیرات خانواده و توجه به خانواده، نه به فرد به عنوان هسته مشکل. امروزه مدل‌های آموزشی زیادی منبعت از سازمان خانواده است، برای مثال، مدل بیماری روان‌تنی مینوچین^{۷۹} چشم‌اندازی از نظام‌های خانواده را تشکیل می‌دهد که بر اساس نارسایی‌های روانی تنظیم شده است (منبع قبلی).

مدل مینوچین از تأثیر گذاری خانواده بر اختلال رفتاری



در دیدگاه مبتنی بر اصول خانواده بر سه موضوع ۱- مشکلات روانی والدین، ۲- شیوه‌های نامؤثر تربیت فرزند و ۳- از هم گسیختگی زناشویی تأکید می‌شود. در کلیه اختلالات رفتاری کودکان به خصوص در اختلالاتی همچون ADHD و اختلال نافرمانی مقابله ای^۸ (ODD) بر دیدگاه خانواده تأکید می‌گردد. در این دیدگاه جهت کاهش اختلالات رفتاری بر تغییر باورهای والدین و ارزیابی زیربنای شناختی رفتار والدین تمرکز می‌شود (هاوتون و همکاران، ترجمه قاسمزاده، ۱۳۸۰).

در بخش‌های پیشین به تحقیقات زیادی از کشورهای مختلف اشاره شد. تطبیق این پژوهش‌ها، به خصوص آن دسته از تحقیقاتی که پیرامون روش آموزش مهارت اجتماعی به کودکان دارای اختلالات رفتاری صورت گرفته، بیانگر این نکته است که امروزه پرورش مهارت‌های اجتماعی در این دسته از کودکان یکی از اهداف اصلی تعلیم و تربیت ویژه است.

با بررسی اجمالی پژوهش‌هایی که در کشورهای مختلف صورت گرفته است (که به برخی از آن‌ها اشاره گردید، تکیه بر موضوع افزایش خودکارآمدی در روش‌های آموزش کودکان دارای اختلالات رفتاری از اهمیت بسزایی برخوردار است. به نظر می‌رسد پژوهش‌های آینده در کشورهای مختلف در این جهت خواهد بود. در میان روش‌های آموزشی این دسته از کودکان، هیچکدام نافذتر و مهم‌تر از قضاوت آن‌ها در خصوص کارآمدی شخصی نیست. احساس خودکارآمدی ادراک شده کودکان ارتباط تنگاتنگی با توانمندی آن‌ها پیرامون انجام امور دارد. چنانچه کودکان باور نداشته باشند که می‌توانند نتایج مورد درخواست را به وسیله اعمالشان تولید کنند، در آن صورت آن‌ها

انگیزه کمی برای عمل کردن خواهند داشت یا اینکه پشتکار کمی در مواجهه با مشکلات نشان خواهند داد.

نکته آخر در بحث و بررسی روش‌های آموزشی کودکان دارای اختلالات رفتاری، مشکل روش شناختی است. در چگونگی به‌کارگیری فنون آموزشی این دسته از کودکان، از تحقیق‌های موردی^{۸۱} استفاده اندکی شده است. در غالب پژوهش‌ها تنها از روش‌های تا حدی گروهی استفاده می‌گردد؛ اگر هم از بررسی موردی استفاده می‌شود، تنها به عنوان بررسی پیش تجربی^{۸۲} است. حال آنکه بررسی موردی این برتری دارد که می‌تواند برای تحقیق دقیق‌تر درباره هر فرد از منابع مختلف استفاده کند و مجموعه‌ای از اطلاعات کیفی و غنی روان‌شناختی را پدید آورد و در نتیجه فهم عمیقی را موجب می‌شود. متأسفانه خلاء به‌کارگیری از بررسی موردی در کودکان دارای اختلالات رفتاری در داخل کشور بسیار زیاد است. امید است محققین داخلی بیش از پیش به اهمیت آن وقوف یابند.



یادداشت‌ها

- | | |
|---|-------------------------------------|
| 1) behavioral disorders | 2. Forness |
| 3) Individual with Disabilities Education Act | 4) emotional disturbance |
| 5) behavioral and emotional disorders | 6) Knitzer |
| 7) Rhodes | 8) Pall |
| 9) cognitive-behavioral treatments (CBT) | 10) Kendall |
| 11- Braswell | 12) problem solving |
| 13) Kagan | 14) Pearson |
| 15) Palkes | 16) Kahahna |
| 17) role playing | 18) sensitive |
| 19) anger control plan | 20) progressive muscular relaxation |
| 21) Kazdin | 22) token reinforcement |
| 23) response cost | 24) negative |
| 25) time out | 26) self – instruction |
| 27) social problem solving | 28) self – monitoring |
| 29) self – evaluation | 30) self – reinforcement |
| 31) corresponding trainning | 32) mediational plan |
| 33) mediator | 34) Hallahan |
| 35) Kauffman | 36) Olster |
| 37) Quaker | 38) Farrel |
| 39) peace university | 40) Louvain laneuve |
| 41) Sheffield | 42 Sharp |

- | | |
|-------------------------|-----------------------------------|
| 43)Thampson | 44) Guggenbuhl |
| 45) Shah | 46) self – assertive |
| 47) Tisdell | 48) Lawrence |
| 49) multiple – baseline | 50) Schneider |
| 51) Roubin | 52) Doulink |
| 53) Catalona | 54) Delgado |
| 55) Kagan | 56) Pearson |
| 57) Welch | 58) Kendall |
| 59) Braswell | 60) Drubman |
| 61) Spitalink | 62) Elder |
| 63) Edelstein | 64) Narick |
| 65) multimethod | 66) Cognitiveness |
| 67) Yeates | 68) Self |
| 69) ritalin | 70) Dexidine |
| 71) cylert | 72) Cognitive Behavior Therapy |
| 73) Tisdell | 74) Bernard |
| 75) Mathews | 76) Hawton |
| 77) Michenbam | 78) Goodman |
| 79) Minochin | 80) Oppositional defiant disorder |
| 81) case study | 82) Preexperimental |

منابع

- بازرگان، زهرا (۱۳۷۹). میان‌گیری در مدرسه. تهران: انتشارات مدرسه.
- جویل و موریس (بی تا) روان‌شناسی بالینی کودک (روش‌های درمانگری). (ترجمه محمد رضا نائینیان و همکاران، ۱۳۷۸). تهران: انتشارات رشد.
- سیف نراقی، مریم، نادری، عزت اله (۱۳۷۰). اختلالات رفتاری کودکان و روش‌های اصلاح و ترمیم آن. انتشارات بدر.
- محمد اسماعیل، الهه (۱۳۷۷). خلاصه تحقیقات کودکان و نوجوانان استثنایی - حیطه اختلالات رفتاری. تهران: پژوهشکده کودکان استثنایی.
- نلسون و ایزرائیل (بی‌تا). اختلال‌های رفتاری کودکان. ترجمه محمد تقی منشی طوسی، (۱۳۶۹). مشهد: انتشارات آستان قدس رضوی.
- هالاها و کافمن (بی‌تا). کودکان استثنایی. (ترجمه مجتبی جوادیان، ۱۳۷۱). مشهد: انتشارات آستان قدس رضوی.
- هاوتون و همکاران (بی‌تا). رفتار درمانی شناختی. (ترجمه حبیب اله قاسم زاده، ۱۳۸۰). جلد اول. انتشارات ارجمند.

- Elder, J. P., Edelstein, B.A. & Nariek, M.M. (1979). Adolescent psychiatric patients: Modifying aggressive behavior with social skills training. *Behavior Research and Therapy*, 10, 15-27.
- Farrel, S. (1998). *The mediation of Paers*. University of Paix, Namur.
- Forness, S.R. & Knixer, J. (1990). A new proposed definition and Terminology to replace serious emotional disturbance in education of the handicapped act. Workgroup on Definition, the Natpnl Mental Health and special Education Coalition, National Mental Association.
- Hallhan, D.P. & Kauffman, M. J. (1988). *Exceptional children* (5th ed). Englewood Cliffs. N.J: Prentice – Hall.
- Hunt, N. & Marshall, K. (1999). *Exceptional children and youth*. New York: Houghton Mifflin Company.
- Hughes, J.N. (1988). *Cognitive – behavior therapy of children in schools*. New York: John Wiley & Sons.
- Hughes, H.N. (1986). Methods of skill selection in social skills training: A review. *professional School Psychology*, 1, 235-248.
- Kaplan, H. L. & Sadock, B. J. (1995). *Comprehensive textbook of psychiatry* (5th ed). New York: William & Willkinz Press.
- Kazdin, A.E., Esveldt-Dawson, K., French, N.H. & Unis, A.S. (1987). Problem-solving skills training and relationship therapy in the treatment of antisocial child behavior. *Journal of Consulting and clinical Psychology*, 55, 76-85.
- Kendall, P.C. & Braswell, M.L. (1982). Cognitive-behavior self-control therapy for children: *Journal of Consulting and clinical Psychology*, 50, 672-689.
- Kendall, P.C. & Braswell, L. (1985). *Cognitive- behavioral therapy for impulsive children*. New York: Guilford.
- Kazdin, A.E. (1985). *Treatment of antisocial behavior in children and adolescent*. Home-wood, IL: Doresey Press.
- Kazdin, A. E. (1989). *Behavior modification applied setting* (Ath ed.) .Pacific Grove, CA: Brooks / Cole.
- Kratochwill, T. R. & Morris, R. J. (1990). *The practice of child therapy* (2th eds). New York: Plenum Press.

- Meichenbaum, D. & Goodman, J. (1989). Reflection – impulsivity and verbal control of motor behavior. *Child Development*. 40, 785-797.
- Rhodes, W.C. (1970) A community participation analyses of emotional disturbance. *Exceptional Children*. 36, 309 – 314.
- Robin, A.L., Schneider, M. & Dolnick M. (1976). The turtle technique: An extended case study of self – control in classroom. *Psychology in the school*. 13, 449 –453.
- Sharp, S. & Thompson, D. (1992). Sources of stress:A contrast between pupil perspectives and pastoral teacher’s perspectives. *School Psychology International*. 13, 229- 242.
- Schneider, M. & Robin, A.L. (1976). The turtle technique: A method for the self – control of impulsive behavior. In J.D. Krumboltz & C.E. Thoresen (Eds.), *Counseling methods*. New York: Holt, Rinehart & Winston.
- Shah, S. (1992). The effects of heartstone od yssey story after its implementation in three primary schools, with particular regard to buylling incidents. Unpublished BA Dissertation, University of Sheffield.
- Yates & et al (2000) *Pediatric neuropsychology*. New York.