

رفتار پر خاشکرانه در بیمار روانی نوجوان: یک دیدگاه بالینی. تحولی

دکتر کریستوفر ریکلیتس^۱ - دکتر گیل نوآم^۲ - ترجمه: حامد برماس^۳

چکیده:

این مطالعه رابطه بین رشد خود^۳ و دفاع‌های روانی در رفتار پر خاشکرانه را در یک گروه از نوجوانان روانی بستری یافته آزمایش نموده است. آزمودنی‌ها ۲۴۵ نوجوان در سنین ۱۶-۱۲ سالگی بوده که به علت رفتارهای پر خاشکرانه، رویدادهای حمله‌ورانه، رشد خود و دفاعها پذیرفته شده بودند. نتایج بدست آمده نشان می‌دهد: کشف شد که رفتار پر خاشکرانه قطع نظر از سن، جنسیت یا هوش با رشد خود ارتباط منفی دارد. همچنین دفاعی به عنوان منبع تعارض خارج از فرد با سطوح بالایی از رفتارهای پر خاشکرانه خود گزارش شده رابطه داشت. رویدادهای حمله بیمارستانی با فقدان دفاعهای مبتنی بر شناخت مرتبط بود. استنتاج: رفتار پر خاشکرانه به رشد فرایندهای روانی بحرانی که توانایی نوجوانان را برای فهم خود و محیطشان شکل می‌دهند، وابسته است. نتایج در بستر رویکرد بالینی، تحولی در مورد رفتار پر خاشکرانه نوجوان مورد بحث قرار گرفته است.

واژگان کلیدی: رشد خود؛ نوجوانان؛ پر خاشگری؛ مکانیسم دفاعی.

1-Christopher j. Ricklitis, PhD, MPH

2 -Gil. G. Noam, PhD. (Itabil)EdD

۳- دانشجوی دکتری تخصصی روانشناسی تربیتی

مقدمه

خشونت یک مشکل عمده سلامتی برای نوجوانان آمریکایی می باشد. اگرچه آمارهای جرم یک کاهش را در نرخ جلوگیری از جرایم جدی متجاوزانه که توسط جوانان صورت گیردرا نشان می دهد، ولی زمینه یابی های خود گزارش شده نشان می دهد که شدت آن در جوانان نه تنها کاهش نیافته، بلکه گسترش نیز یافته است. گزارش های توقیف در زمینه های جرم نشان می دهد که جرم جبری به ندرت توسط افراد زیر سن ۱۹ سالگی ارتکاب یافته و از سن ۱۲ تا ۱۹ سال به شدت افزایش می یابد. از میان کودکان و نوجوانانی که برای درمان روانپزشکی ارجاع می شوند، در بین مشکلات رفتاری پرخاشگری شایع است و با اختلالات سلوک، بزرگترین گروه اختلالات روانی در نوجوانان ایالات متحده می باشد. در حالیکه رفتار پرخاشگرانه تنها یکی از بخشهای یک طیف از رفتارهای متضمن نشانه های اختلال سلوک است، اما این رفتار برای درمان بسیار مشکل آفرین است. این واقعیت نه تنها به دلیل ارتباط خطر با حمله های بدنی است، بلکه به دلیل رابطه پرخاشگری با واماندگی اجتماعی، تحصیل، و برآوردهای سلامت روانی می باشد.

مطالعات، ریشه های مشکلات رفتار پرخاشگرانه را

بررسی می کنند. این مطالعات عموماً تلاشی در جهت تعیین عوامل خطر نظیر، پدیدآیی، جنبه های عصبی - منطقی، و فاکتورهای خانوادگی که با پرخاشگری بعدی در رابطه اند، بوده است.

در حالیکه این مطالعات، اطلاعاتی سودمند در اختیار قرار می دهند، فرآیندهای مخصوص، که کدام عوامل خطر ممکن است یک فرد را برای اعمال پرخاشگرانه بعدی آماده سازد، مورد آزمایش واقع نشده است.

مطالعات تجربی کمی، سهم های خطر تحول و عوامل حفاظت کننده برای پرخاشگری در بیماران نوجوان را آزمایش نموده است. این غفلت از پژوهش در رفتار پرخاشگرانه که به صورت وسیعی روی دوره های کودکی و نوجوانی، قطع نظر از بعد نظری متمرکز است، جالب توجه می باشد.

مباحث پرخاشگری در روانپزشکی، کودکان و نوجوانان را به طور مشابه به تغییرات تحولی که در خلال دوره های کودکی و نوجوانی اتفاق می افتد، ارجاع داده است. در تاریخ، محققان، تعداد زیادی از رویکردهای نظری جدلی را برای مطالعه پرخاشگری ارائه کردند. یکی از آنها با فهمی از زمینه تحول که در آن رفتار پرخاشگری در نمونه های عادی، بر سن متمرکز گردیده، با تغییرات در ابراز پرخاشگری در رابطه می باشد. شروع با مطالعه گودیناف^۱ در سال ۱۹۲۱

بود که زمینه‌های قبلی را با شکست مواجه نمود و نشان می‌دهد که پرخاشگری بدنی و کلامی بین سنین ۲ تا ۴ سالگی کاهش می‌یابد. یک کاهش در پرخاشگری در خلال سالهای کودکی همسانی بالایی با نتایج وجود داشت. این کاهش در پرخاشگری بدنی با عنوان ارتباط با فرآیندهای اجتماعی شدن طبیعی، فهمیده شده است. در مخالفت علیه این زمینه تحول عادی، نوجوانی که اصرار بر رفتار پرخاشگرانه دارد و به عنوان گروه غیر عادی که انتقال تحولی را به اندازه همسالان کمتر پرخاشگر تجربه نمی‌نمایند، تلقی می‌شوند. به طور نظری، این گروه نوجوانان با پرخاشگری بالا می‌توانند به عنوان خطر سیر روشن تحولی تلقی شوند. نقطه نظری که توسط چند تن از صاحب نظران اتخاذ شده است.

برای نمونه، پترسون^۶ مسلم داشت که کودکان و نوجوانان پرخاشگر (محصول اجتماعی شدن)، هجومی می‌باشند و آنها می‌توانند به عنوان افرادی که هیچ‌گاه رشد نیافته‌اند تلقی شوند (P. ۱۴۲).

در تلاشی برای تمرکز بیشتر و بخصوص در رابطه بین تحول نوجوانی و رفتار پرخاشگرانه، این مطالعه رابطه تحول شناختی - اجتماعی و سایر عوامل خطر شناخته شده نظیر سن، جنس و تشخیص‌های رفتار پرخاشگرانه را بررسی نمود.

این مطالعه، یک دیدگاه بالینی - تحولی را در آزمون رفتار پرخاشگرانه یک گروه از بیماران روانی نوجوان با بر هم ریختگی شدید، پذیرفته است. به طور مشخص، مواردی که بیماران پرخاشگر و بیماران غیر پرخاشگر در ابعاد تحول خود و دفاعهای خود در آن فرق دارند، مورد آزمایش واقع شده است. رابطه بین رفتار پرخاشگرانه و این ابعاد شخصیتی ممکن است بر نشانگان پرخاشگری نورافکنی نماید تا به عنوان نتیجه تحول غیر طبیعی یا تحول هجومی مورد فهم واقع شود و پایه‌ای برای الگوهای مؤثرتر درمان فراهم آورد تلاش‌ها برای پل زدنی بین نظریه و پژوهش تحول طبیعی، با مطالعه آسیب‌شناسی روانی، به طور برجسته در دهه‌های اخیر افزایش داشته و آسیب‌شناسی روانی تحولی، به سرعت، به یک منطقه بارور از پژوهش و رویش نظری بدل گشته است. بسیاری رویکردهای تحولی به آسیب‌شناسی روانی گرایش یافته که به توصیف نشانگان و اختلالات مزمن وابسته به سن پرداخته است (Garmezzy, e.g. Rutter) به هر حال نیاز به حرکت فراسوی سن به عنوان متغیر اصل تحول، به صورت عقیده‌ای مهم از رویکرد بالینی تحولی مقبولیت یافته است.

به ترتیب برای تسخیر این ابعاد شخصیتی تحول، مدل لوینگر^۸ و اندازه‌گیری تحول خود در این مطالعه به کار بسته

شدند. مدل لووینگر بر کارکردهای خود و فرد در مجموع تاکید دارد. بر طبق تئوری وی، خود، بسیاری از فرآیندهای شخصیت و مسئولیت را برای جمع تجربه فرد و دیگران جمع می‌کند. مراحل تحول خود در امتداد و خطوط دیگری از کنترل تکانه و به طور پیچیده‌ای از بازتاب خود و سبکهای درون فرد تفاوت دارد. این بازنمایی مهم سطوح کوچک کارکرد خود در نوجوانی در ابعادی که به طور نزدیک به پرخاشگری و دیگر مشکلات رفتاری بسته شده، سرازیر می‌شود. افراد در موقعیتهای اولیه لووینگر یا مراحل تطابق اولیه^{۱۱} از تحول خودتکانه هستند. سبکهای شناختی قالبی^{۱۲} دارند، وابسته‌اند و یا در روابط ذینفع می‌باشند. افراد در مراحل تطابق (E۴, E۵)^{۱۳} به ویژه با پذیرش درون فردی مرتبط بودند.

ایشان استانداردهای اجتماعی را بر رفتار درونی کرده. ولی این نرم‌ها، هنوز خود ارزیابی نشده‌اند. پافقالبه: افرادی که به مراحل تطابق بعدی از قول خود به طور مشخص در نوجوانی بعدی یا بزرگسالی اولیه دست نمی‌یازند. استانداردهای خود. آزمایشگری داشته و ارتباط آنها برای تعارضات با دنیای بیرونی جهت یافته است. در حالیکه ارتباط با تعارض های درونی به مقوله ای قابل تمرکز بدل می‌گردد. آنها به طور مشخص نشان می‌دهد که پیچیدگی شناختی

بیشتری داشته و سبکهای درونی ای دارند که بر تقابل تاکید دارد و به تفاوت های فردی احترام می‌گذارد.

چندیدن مطالعه ارتباط تحول خود را با آسیب شناسی روانی نوجوانی، پرخاشگری و رفتار ضد اجتماعی نشان داده است. فرانتک و کوئین لن^{۱۴}، کشف کردند که دختران بزهکار بسیار تمایل دارند که در مراحل پیش تطابقی و تحول (۹۲٪) نسبت به همسالان غیر بزهکارشان (۵۲٪) باشند.

در مطالعات روانپزشکی بیمارستانی نوجوانان کشف شد که در تحول خود در مقایسه با نمونه‌های طبیعی تاخیر وجود دارد. تاخیر در تحول خود با راهبردهای کمتر سازگارانه همانند سازی، پرخاشگری، بزهکاری و نشانگان بیرونی ارتباط داشت. نشان داده شد که تحول خود به طور منفی با نگهداری رفتارهای مسئله ساز، شامل هجوم‌ها، حوادث و تلاش‌های خودکشی رابطه دارد و نوجوانی که در تحول خود بیش از دوره بستری شدنشان، پیشرفت داشتند، کاهش معنادار بیشتری در نشانگان، تغییر معناداری در الگوهای دفاعی و همانند سازی داشتند.

بر طبق این یافته‌ها که رابطه تحول خود را با مقیاسهای درجه بندی یا سایر ابزارهای اندازه گیری غیر مستقیم پرخاشگری نشان داده، این مطالعه شامل هم یک خود- گزارشی رفتارهای پرخاشگرانه است. به همان خوبی

اندازه‌گیری عینی از رفتار حمله‌ورانه در خلال بستری شدن اتفاق می‌افتد. ما فرض کردیم که آزمودنیهای پرخاشگر و به ویژه آنها که در طول بستری شدن حمله‌ور بودند در سطوح پایین‌تری از تحول خود قرار داشتند. در حالیکه الگوی تحول خود لووینگر وسایلی را برای مفهوم شدن و اندازه‌گیری تحول‌شناختی - اجتماعی فراهم می‌آورد، به تمام ابعاد شخصیت مرتبط با پرخاشگری جاری نمی‌شود. مانند دیگر تئوری‌های مرحله‌ای الگوی تحول خود وسایلی را برای مقایسه افراد با گروه نرمال همسنگ ولی بدون وسایلی برای آزمایش تفاوت‌های فردی درون یک مرحله مشخص فراهم می‌آورد. به این دلیل این مطالعه یک الگو و اندازه برای مکانیسم‌های دفاعی خود را شامل شده است. توسط صاحب‌نظران روان تحلیل‌گر (Anna Freud) معرفی شده است. سازه مکانیسم‌های دفاعی خود، در روانشناسی معاصر برای توصیف شرایطی که فرد از خلال آنها احساسات و ادراکات را برای اجتناب از تعارض بین نیازهای روانی درونی و تقاضای واقعیت بیرونی تحریف می‌نماید، هنوز استفاده می‌شود.

چندین پژوهش روانپزشکی در مورد نوجوانان رابطه‌ای را بین دفاعها و حملات نشان داده‌اند و به طور ویژه نشان داده‌اند که فرافکنی و نشانه‌شناسی پارانوئید ممکن است با

حمله مرتبط باشد. خارج از ادبیات روانپزشکی، کار دج^{۱۴} و همکارانش یک گرایش ویژه شخصیتی از پرخاشگری پسران را برای اسناد قصد دشمنی به محرک خنثی، نشان می‌دهد. در حالیکه این کار از یک مدل پردازش اطلاعات گسترش یافت، یافته‌ها با مطالعاتی که نشانگر ارتباط بین فرافکنی با رفتار پرخاشگرانه بوده، سازگار است.

متأسفانه، اکثریت مطالعات پیشین با یک فقدان اندازه‌گیری پایا از دفاع‌ها تحدید شده است. برای نشان دادن این ارتباط مطالعه حاضر یک اندازه‌گیری تجربی معتبر از دفاعها را شامل شده است.

پرسشنامه اندازه‌گیری دفاع^{۱۵}، یک آزمون قلم - کاغذی گسترش یافته توسط گلسر و ایلویچ^{۱۶} می‌باشد، یکی از گسترده‌ترین ابزارهای اندازه‌گیری مکانیسم‌های دفاعی که تا کنون مورد استفاده واقع شده است. تعداد زیادی از مطالعاتی که در آنها از DMI استفاده شده، می‌تواند به دسترسی اولیه آنها به همان خوبی سهولت کاربرد و کدگذاری اسناد شود. بسته به پاسخ‌های آزمودنی‌ها به تعارض‌های بین فردی، DMI، نمراتی را برای ۵ سبک دفاعی فراهم می‌آورد (شکل ۱).

برخی مطالعات با نمونه‌های بزرگسال، ارتباطهای معنی‌داری بین دفاعهای اندازه‌گیری شده وسیله DMI و رفتارهای پرخاشگرانه را گزارش داده‌اند. به ویژه

مخالفت با موضوع (TAO) با رفتار پرخاشگرانه و تکانشی و فرافکنی (PRO) با بدگمانی و پارانویا ارتباط داشت. در مطالعاتی که با آزمودنی‌های نوجوان صورت گرفته، پرخاشگری با دفاع‌های TAO و PRO همبستگی مثبت داشته و با اصل‌سازی (PRN)^{۱۷} و واژگونی (REV)^{۱۸} به طور منفی ارتباط داشت. بر پایه این مطالعات اولیه فرض شد که رفتارهای پرخاشگرانه با دفاع‌های TAO و PRO ارتباط مثبت داشته و به طور منفی با REV دارای رابطه بود.

به طور خیلی خاص این انتظار می‌رفت که بیشترین آزمودنی‌هایی که دارای پرخاشگری بالا بودند، آنهایی که در زمان بستری شدن برخوردهای حمله‌ورانه داشتند دارای بالاترین نمره در PRO باشند.

دفاع‌های اندازه‌گیری شده با پرسشنامه

مکانیسم دفاعی DMI

۱- مخالفت علیه موضوع (TAO) دفاع‌هایی را شامل می‌شود که پاسخ به یک تعارض از طریق حمله به یک موضوع بیرونی است، مانند دفاع‌های جابه‌جایی، و هویت‌یابی یا یک پرخاشگر.

۲. اصل‌گرایی (TAO) تمام دفاع‌هایی را شامل می‌شود که با تعارض جدایی‌هیجانها و عواطف از محتوای تعارض سر و کار دارند، مانند ذهنی‌گرایی و عقلانی‌سازی.

۳. مخالفت علیه موضوع (TAS). دفاع‌هایی را شامل می‌شود که با تعارض رفتارها یا تفکرات پرخاشگرانه مستقیم به سوی یک فرد سر و کار دارد، مانند خودآزایی و درون‌فکنی.

۴. وارونه‌سازی (REV). شامل دفاع‌هایی است که با تعارض پاسخ طبیعی یا مثبت به موضوعی خنثی سر و کار دارد، مانند انکار.

۵. فرافکنی (PRO). اسناد کیفیت‌های منفی به یک موضوع است، مانند توصیه برای ابراز پرخاشگری.

روش

نمونه عبارت بود از ۲۴۵ نوجوان، شامل ۱۰۳ پسر و ۱۴۲ دختر، که در یک واحد روانپزشکی کودک بستری شده بودند. میانگین سن آزمودنی‌ها ۱۳/۱۱ سال بود ($Sd=0.79$) به عنوان یک گروه، دختران در نمونه مذکور تقریباً ۳ ماه از پسران بزرگتر بودند ($t=2/65, p<0/01$) آزمودنی‌ها از یک دسته بزرگتر شامل ۴۵۰ بیماری که پی‌درپی داخل شده بودند، انتخاب گردیدند، که در سنین ۸۰ سال یا بزرگتر و سن ۱۲ سال یا بزرگتر بود. پس از ملاقات با ۲۲۵ نفر از این هوش معیار ورود به نمونه بیماران، هشتاد آزمودنی حذف شدند، زیرا پیش از موقع اعلام انصراف نموده و یا آنکه پاسخها

را کامل نمودند. اطلاعات بالینی در مورد فوش و تشخیص‌های T از سیستم اطلاعاتی بیمارستان به دست آمد. آزمودنیها در ۴ دسته تشخیصی متقابل انحصاری، طبقه‌بندی شدند. این کار بر مبنای تشخیص‌های به دست آمده از آنها توسط روانپزشک کودک و یا برابر نمودن درمان آنان در خلال بستری شدن بود. عمده آزمونی‌ها ۱۱۹ نفر (۴۸/۶٪) با برخی سنخ‌های اختلال سلوک (شامل: اختلال بی‌اعتنایی مخالفت‌وار) تشخیص داده شدند. ۶۴ نفر (۲۶/۱٪) بایک اختلال عاطفی تشخیص داده شدند. ۱۹ نفر (۷/۸٪) دارای اختلال سلوک و هم اختلال عاطفی بودند. ۱۲ نفر (۴۵/۹٪) آزمودنی در گروه اختلال قضاوت و ۳۱ نفر (۱۲/۷٪) در گروه دیگر بودند. گروه دیگر شامل بیمارانی می‌شد که نتوانستیم همانند سایر بیماران آنها را تشخیص دهیم، مانند موتیسم انتخابی.

بستری شدن به دست آمد. نمرات کامل مقیاس هوش بر توان کامل یا بخشی با نمرات از پیش درجه‌بندی شده مبتنی بود. میانگین فوش برای نمونه ۱۰۴/۷۸ همراه با تفاوت‌های معنی‌داری بین مردان و زنان بود. وضعیت اقتصادی-اجتماعی (SES) بر طبق هالینگزهد^{۱۴} محاسبه گردید و آن بر بالاتری وضعیت والدین مبتنی بود. داده‌های SES تنها برای ۲۲۰ نفر از ۲۴۵ آزمودنی در دسترس بود. طبقه اجتماعی آزمودنیها دارای توزیعی یکسان بود؛ با توجه به آنکه بیشتر آزمودنیها از طبقه متوسط و کمتر از متوسط در نمونه حضور داشتند. ۲۷ آزمودنی در طبقه (بالاترین طبقه اقتصادی-اجتماعی) ۲۸ نفر در طبقه ۲، ۶۲ آزمودنی در طبقه ۳، ۶۵ آزمودنی در طبقه ۴ و ۳۸ آزمودنی در کلاس ۵ بودند. در تحلیل ثانوی طبقه اجتماعی با پرخاشگری خود، گزارش شده، حوادث رفتار حمله‌ورانه و جنسیت رابطه معنی‌داری

در تحلیل اختلال سلوک و اختلال عاطفی مستقل از ناهنجاریهای رفتاری

ابزار و شیوه‌ها:

زنان به طور معنی‌داری در یک اختلال عاطفی، بیش از مردان تشخیص داده شدند (۵۸ از ۱۴۲ زن، ۲۵ از ۱۰۳ مرد $p < .05$ $Df = 1, t = 2.09$ $x^2 = 6.60$) در حالیکه تفاوت معنی‌داری در جنسیت در تشخیص اختلال سلوک وجود نداشت (۷۳ از ۱۴۲ زن، ۶۵ از ۱۰۳ مرد $n.s$ $x^2 = 2.68$ $df = 1$) نمرات هوش از طریق یک ارزیابی روانشناسانه و با استفاده از خلال

پژوهش در خلال دو هفته اول بستری شدن با کاربرد ابزارها و جلسات فردی آزمون پیش می‌رفت. اندازه‌گیری‌ها به عنوان بخشی از یک توان آزمون بالینی بزرگتر از اندازه‌گیری‌های خود، گزارش شده برای فراهم نمودن ارزیابی قابل تکرار تحول و رفتارهای وابسته بالینی مورد

مرور قرار گرفت. در یک مطالعه پایایی شامل گزارشهای پرستاری نمره‌گذاری شده روزانه برای یک دوره شش ماهه، درجه‌بندان به توافقی کامل (۱۰۰٪) با توجه به این که کدام یک از آزمودنیها در خلال کناره‌گیری‌ها رفتار پرخاشگرانه داشتند، دست یافتند. روی هم رفته، ۷۰ آزمودنی (۶/۲۸٪) (۳۵ مرد و ۳۵ زن) حداقل یک حادثه حمله‌ورانه در خلال بستری شدن داشتند. رابطه معناداری بین جنسیت و حوادث حمله‌ورانه در نمونه به دست نیامد.

پرسشنامه مکانیسمهای دفاعی (DMI)

DMI یک آزمون قلم - کاغذی برای اندازه‌گیری ۵ دسته دفاعها است فرم نوجوانان که در این جا مورد استفاده قرار گرفته، از فرم بزرگسالی به طور مشابه، الگوبرداری شده است. آزمودنیها برای توصیف واکنششان به ۱۰ مقوله دو گزینه‌ای که موقعیتهای تعارض را توصیف می‌کند مورد سئوال قرار می‌گرفتند. پاسخها یک روش انتخاب اجباری را شامل می‌شود. در جائیکه آزمودنیها از پنج پاسخ ممکن، پاسخی که بیشترین و کمترین شباهت را با آنها دارد، انتخاب می‌نمایند. هر یک از ۵ پاسخ ممکن، یکی از ۵ دسته دفاعی را بازنمایی می‌کند. پایایی و روایی فرم بزرگسالی دارای شواهد قابل اعتماد است. فرم نوجوانی DMI در چند مطالعه روانپزشکانه به جوانی ارجاع شده بود و دارائی روایی است.

بهره‌برداری قرار می‌گرفت. اجازه والدین یا مسئولان برای تمام روشهای آزمون تشخیصی، بخشی از شیوه‌های مدیریت بیمارستان بود.

آزمون خود، گزارشی جوانی اجنبی و ادلبروک ۲۰

این آزمون یک چک لیست نشانه‌ای است که ۱۰۲ مشکل رفتاری از مجموعه اختلالات بالینی را مورد مقایسه قرار می‌دهد این آزمون، برای هر عامل از تحلیل عاملی و نمرات T استفاده نموده، به جز در تحلیل‌هایی که به طور دیگر مورد توجه واقع شده است. تحلیل‌هایی که توسط عوامل پرخاشگری، بزهکاری و بیرونی‌بودن ایجاد گردیده است. پایایی و روایی آزمون در اندازه مطلوب گزارش شده است. آزمونهای T دو دنباله نشان داد که نرخ گذاری دختران از خود به طور معناداری حاوی نشانه‌های پرخاشگری بزهکاری و بیرونی بودن به عنوان نشانه مقیاسها می‌باشد. زمانی که نمرات خام مورد مقایسه قرار گرفتند، دختران باز نمرات بالاتر معناداری داشتند.

رویدادهای رفتار حمله‌ورانه در خلال بستری شدن

گزارشهای پرستاری از کناره‌گیری و توقیف برای تعیین آنکه آزمودنیها در خلال بستری شدن، رفتارهای حمله‌ورانه داشتند، به وسیله درجه‌بندی دو دنباله مورد بررسی و

مرحله TPR ($X^2 = 12/87$, $df = 5$, $P = 0/025$) بود.

نتایج:

رابطه بین تحول خود و مقیاسهای درجه بندی YSR با استفاده از همبستگی های بخش (کنترل سن) مورد آزمون واقع شده است (جدول ۱) یافته ها دارای همبستگی منفی معنادار با پرخاشگری ($r = -0/22$)، بزهکاری ($r = -0/23$) و بیرونی بودن ($r = -0/92$) به عنوان مقیاسهای نشانه است. الگوی همبستگی ها در آزمودنی های مرد و زن شبیه یکدیگر است. برای آزمون رابطه دفاعها در درجه بندیهای YSR همبستگیهای پیرسون محاسبه شد (جدول ۲). مقیاس پرخاشگری با مقیاسهای TAO ($r = 0/24$) PRO ($r = 0/24$) همبستگی مثبت داشته و با مقیاسهای همبستگی منفی داشت. به طور مشابه مقیاس بزهکاری نیز به طور مثبت با TAO ($R = 0/22$) و PRO ($R = 0/23$) همبستگی داشته و با ($R = 0/27$) PRN ($R = 0/26$) همبستگی منفی داشت. همبستگیهای مقیاسهای DMI با عامل بیرونی بودن نشان همان الگوی رابطه مثبت با TAO ($R = 0/40$) و PRO ($R = 0/28$) و رابطه منفی با PRN ($R = -0/30$) و ($R = -0/40$) الگوی همبستگی به طور قابل توجهی سازگار بود بین زنان و مردان (نشان داده نشد) به علاوه کنترل همبستگی های بخشی برای سن همچنین استفاده شد

به خصوص آنکه مطالعات روابط میان مقیاسهای DMI و نشانگان روانپزشکی، تشخیصی، رفتار خودکشی و پیشرفت تحول را کشف نمودند.

آزمون تکمیل حمله لووینگر دانشگاه واشنگتن^۱ (SCT)

SCT یک آزمون دارای ۲۶ جمله کامل شدنی با فرمهای کمی متفاوت است که برای مردان و زنان استفاده شده است. آزمودنی ها بر تکمیل تنه سئوالات، مورم سئوال قرار می گیرند، مانند: زمانی که به عنوان یک مرد چیزی درباره خودم دوست دارم . . . و غیره. پاسخ به این تنه ها برای آشکار سازی تحول خود با استفاده از یک ردیف نمره گذاری پیچیده، درجه بندی شده است. شواهد قابل قبولی برای پایایی و روایی آزمون مذکور وجود دارد. یک نمره مرحله خودمجموع درجه بندی ها (TPR) و یک نمره عددی نمره جمع آیتم (ISS) برای هر پرتکل وجود دارد. نمره گذاری پرتکله توسط درجه بندیان دنباله دار، آنهایی که دارای پایایی بزرگتر از $R = 0/58$ بودند، انجام شد؛ زمانی که برای درجه بندیهای فرم آمده توسط لووینگر، مورد مقایسه قرار گرفتند. ۱۶۷ آزمودنی ($68/2\%$) در سطح تطابق اولیه و ۷۸ آزمودنی ($31/8\%$) در سطح تطابق نمره گذاری شدند. میانگین نمرات ISS برای نمونه، ۱۲۵/۵۸ ($SD = 20/36$) بود و دختران دارای نمرات بالاتری در ISS ($T = 5/21$, $p < 0/0001$) و نمره

دارای روابط معنی دار با مقیاسهای DMI و تحول خود بود. به ترتیب برای آزمون توزیع نسبی دفاعها و تحول، چنین نتیجه گیری شد که دفاعها و تحول خود به طور معناداری با یکدیگر رابطه داشتند. یک سری تحلیل رگرسیون چندمتغیری به عنوان متغیر وابسته و فوش، جنسیت تحول خود (ISS)، و مقیاسهای پنج گانه دفاعی (TAO, PRO, PRN, TAS, REV) به عنوان متغیرهای مستقل به کار گرفته شدند. جنسیت و هوش به عنوان معیار در نظر گرفته شدند که هر رابطه معنادار بین مقیاسهای نشانه پرخاشگری و به تحول خود و دفاعی به سادگی نتیجه بر هم زنی با جنسیت یا هوش تلقی نمی شد. شیوه های رگرسیون دو متغیری برای هر یک از مقیاسهای آزمون اجرا گردید. در مرحله اول هوش و جنسیت در مرحله اول و تحول خود در مرحله دوم و دفاعها در مرحله سوم وارد معادله شدند. در مرحله دوم هوش و جنسیت با دفاعها در مرحله دوم و تحول خود در مرحله سوم دنبال شدند. در مرحله همبستگی چندمتغیری تغییر R² و معنا داری تغییر R² محاسبه شد. ضرایب همبستگی چند متغیری رابطه معنادار بالا را برای فوش جنسیت تحول خود، و دفاعها را برای مقیاسهای پرخاشگری ($R=0/46$ و $F(8/237)=8/91$, $p<0/001$) و بزهکاری ($R=0/56$ و $F(8/237)=15/28$, $R=0/56$, $p<0/001$) و بیرون بودن

برای آزمایش رابطه بین تحول خود و دفاعها. برای آزمون رابطه دفاعها در مقیاسهای YSR همبستگیهای پیرسون محاسبه شد (جدول ۲) مقیاس پرخاشگری با مقیاسهای TAO ($R=2/0$) PRO ($R=24/0$) همبستگی مثبت داشته و با مقیاسهای PRN ($R=-0/29$) و REV ($R=-0/27$) همبستگی منفی داشت. به طور مشابه مقیاس بزهکاری نیز به طور مثبت با TAO ($R=0/42$) و PRO ($R=0/22$) همبستگی داشته و با PRN ($R=-0/26$) و REV ($R=-0/27$) همبستگی منفی داشت. همبستگی های مقیاسهای DMI با عامل بیرونی بودن همان الگوی رابطه مثبت با TAO ($R=24/0$) و PRO ($R=2/0$) و رابطه منفی با PRN ($R=0/2$) و REV ($R=0/4$) را نشان داد. الگوی همبستگی ها به طور قابل توجهی بین زیرگروهها مرد و زن سازگار بود (نشان داده نشده است). به علاوه کنترل همبستگیهای بخشی برای سن نیز جهت رابطه تحول خود و دفاعها مورد استفاده واقع شده است. تحول خود ISS به طور منفی با TAO ($r=0/01$, $p<0/001$)، PRO ($r=0/2$, $p<0/001$)، TAS و به طور مثبت با TAS ($r=0/22$, $p<0/001$)، PRN ($r=0/22$, $p<0/001$)، REV ($r=0/26$, $p<0/001$) همبستگی داشت.

تحلیل چندمتغیری:

تحلیل تک متغیری مقیاسهای YSR نشان داد که هر مقیاس

را بازنمایی ($p < 0/001$, $F = (1/227) = 12/95$, $R = 0/54$) می نماید. جدول ۲ نتایج رگرسیون را برای مقیاس بیرونی بودن نشان می دهد. در هر دو مدل یک و دو ورود هوش و جنسیت در مرحله یک همبستگی معنا و $R = 0/52$ را نتیجه داد. در مدل یک، افزودن تحول خود (ISS) در مرحله دو و مقیاسهای دفاعی در مرحله سه. معناداری در افزایش به طوریکه دفاعها به عنوان مرحله دو و تحول خود در مرحله سه. هر دو مرحله یک افزایش معنادار در R^2 را نشان داد. زمانیکه تحلیلها برای مقیاس پرخاشگری و بزهکاری تکرار شد، نتایج بسیار مشابه بود (نشان داده نشده است) هم تحول خود و هم دفاعها به طور معناداری بدون توجه به ترتیب ورود به معادلات همبستگی چند متغیری توزیع شدند. حتی زمانیکه اریانس مربوط به فوش و جنسیت قبلا برای آنها محاسبه شده بود.

تحلیل رویدادهای بیمارستان ناشی از حمله

تحلیل تک متغیری:

داده رویداد بیمارستان و در ابتدا با آغاز آزمودنیهای حمله کننده و غیرحمله کننده مقایسه شد (جدول ۴) تفاوتهای معناداری بین دو گروه در سن کشف شد ($P = 0/64$, $df = 243$, $t = 0/49$) ولی آزمودنی های حمله کننده میانگین فوش کمتری ($101/21$) در مقایسه با میانگین فوش

دیگر گروه ($106/21$) داشتند ($t = 2/02$, $df = 243$, $p < 0/01$) در مقایسه دو گروه در ۵ دسته تشخیصی تفاوت معناداری به دست نیامد.

حتی زمانیکه داده تشخیصی ثابت گردید. اختلال سلوکی و اختلال عاطفی به طور مجزا ارزیابی شدند. اختلاف معناداری به دست نیامد. زمانیکه آزمودنیهای حمله کننده و غیرحمله کننده در مقیاس YSR مقایسه شدند. کشف شد که آزمودنیها حمله کننده نمرات بالاتر معناداری در مقیاسهای پرخاشگری ($t = 2/24$) و ($df = 243$, $p < 0/05$) بزهکاری ($t = 2/55$) ($df = 243$, $p < 0/01$) بیرون بودن ($t = 2/27$) ($df = 243$) دارند. آزمون تفاوت بین دو گروه در تحول خود، (جدول ۴) نشان داد که آزمودنیهای حمله کننده ISS معنادار پایین تری از آزمودنیهای غیرحمله کننده دارند.

به طور مشابه زمانی که آزمودنیها در سطوح پیش تطابقی تحول خود، طبقه بندی شدند. آزمودنیها در حمله کننده در سطح تطابق اولیه، وضعیت بالاتری داشتند ($X^2 = 5/95$, $df = 1$, $p < 0/05$). مقایسه دو گروه در مقیاسهای DMI نشان داد که آزمودنیهای حمله کننده به طور معنادار سطوح پایین تری از PRN در مقایسه با آزمودنیهای غیرحمله کننده داشتند.

بین دو گروه در تحول خود (جدول ۴) آزمودنیهای حمله‌کننده نشان داد یک معنی‌داری پایینتر iss از آزمودنیهای غیرحمله‌کننده ($p < 0/01$) $df = 242$ $t = 2/74$ به طور مشابه زمانی که آزمودنیها طبقه‌بندی شدند در بیشتر تطابقی (برابری اولیه) و تطابق از تحول خود، آزمودنیهای حمله‌کننده در سطح تطابق اولیه بیشتر بودند ($df = 1$, $p < 0/05$) مقایسه دو گروه در درجه‌بندیهای DMI آزمودنیهای حمله‌کننده داشتند سطوح پایین‌تر از prn به طور معنی‌داری از آزمودنیهای غیرحمله‌کننده ($p < 0/001$, $df = 242$, $t = 2/25$)

تحلیل چند متغیری:

تحلیل تک متغیری داده رویداد بیمارستانی چند متغیر را که با رفتار حمله‌ورانه، رابطه معنادار داشتند را آشکار ساخت. برای آزمون اسنادهای وابسته این متغیرها، یک تحلیل تمیزی با وضع حمله‌ورانه و غیرحمله‌ورانه به عنوان متغیر وابسته گروهی انجام شد. متغیرهای مستقل گزینش شده عبارت بودند از فروش، جنسیت، اختلال عاطفی، اختلال سلوک، تحول خود (ISS) مقیاسهای پنج گانه دفاعی (TAO, PRO, PRN, TAS, REV) و مقیاسهای پرخاشگری سه گانه (YSR) (پرخاشگری، بزهکاری، و بیرون بودن). یک روش سلسله مراتب مرحله‌ای مورد استفاده

($X^2 = 2/25$ و $df = 242$, $p < 0/01$) تفاوت‌های دیگری در مقیاسهای DMI در سطوح معناداری آماری به دست نیامد، اگر چه آزمودنیهای حمله‌کننده نمرات کمی بالاتر از در مقیاسهای PRO, TAO داشتند.

تحلیلهای تک متغیری

داده حادثه بیمارستان در ابتدا تحلیل شد با مقیاسه آزمودنیهای حمله‌کننده و غیرحمله‌کننده (جدول ۴). تفاوت‌های معناداری در سن کشف شده بین دو گروه ($T = 0/49$, $df = 242$, $P = 0/64$) با آزمودنیهای حمله‌کننده، کشف شد که میانگین هوش کمتری به صورت معنی‌داری دارند از ۱۰۱/۲۱۱ مقایسه شده میانگین از ۱۰۱/۲۱۱ در گروه غیرحمله‌کننده ($t = 2/02$, $df = 242$, $p < 0/10$) مقایسه دو گروه در ۵ دسته تشخیص تفاوت معنی‌داری کشف نشد. ($df = 4$, $p = 0/31$) حتی زمانی که داده تشخیص ضبط شده و ارائه احتمال تولید و اختلال عاطفی به طور مجزا ارزیابی شد اختلاف معنی‌داری مشاهده نشد. زمانی که آزمودنیها حمله‌کننده و غیرحمله‌کننده مقایسه شدند در (جدول ۳) آزمودنیهای حمله‌کننده، کشف شد که غرامت بالاتر معنی‌داری دارند در پرخاشگری ($t = 2/44$, $df = 242$, $p < 0/05$) ناچوری ($t = 2/55$, $df = 242$, $p < 0/01$) و درجه‌بندیهای بیرونی شدن. ($t = 2/27$, $df = 242$, $p < 0/05$) آزمون تفاوت‌های

واقع شد. در این رویکرد متغیرها به ترتیب اهمیت وارد مدل تمیزی شدند. تا آنکه نتیجه افزایش متغیرها، معناداری این به مدل نیافزود. تحلیلها منجر به یک کارکرد تمیزی مشتمل بر ۷ متغیر از ۱۴ متغیر مستقل ممکن، منجر شد. متغیری که به قویترین شکل بین آزمودنیهای حمله کننده و غیرحمله کننده تفاوت گذاشت مقیاس PRN از DMI بود ($F=9/72$, $p<0/001$, $df=2/242$, $f=01/85$) و مقیاس بزهکاری از (YSR $df=2/241$, $F=6/61$) دنبال شد. ۴ متغیر وارد شده در معادله عبارت بودن از مقیاس REV ($F=6/61$, $df=4/24$, $p<0/001$) که توسط جنسیت ($f=5/69$, $df=932$, $p<0/100$) اختلال سلوک ($F=5/48$, $df=6/228$, $p<0/001$) و اختلاف عاطفی ($F=5/00$, $df=7/227$, $p<0/001$) دنبال شد. متغیر دیگری به عنوان ملاک برای ورود مشاهده نگردید. معادله نهایی معناداری بالایی با همبستگی استاندارد $0/36$ ($p<0/001$) و یک (X^2) از $32/99$ ($df=7$, $p<0/001$) داشت. استفاده از این کارکرد متغیری و ضرایب طبقه بندی، برآورد شد و نمرات هر آزمودنی در ۷ متغیر برای پیش بینی عضویت آنها در گروه حمله کننده یا غیرحمله کننده استفاده شد. ۴۴ نفر از ۷۰ آزمودنی حمله کننده و ۱۲۷ نفر از ۱۷۵

ازمودنی غیرحمله کننده، با استفاده از مدل تمیزی به طور صحیح طبقه بندی شدند. به هر حال این کار مدلی از درجه تعیین صحیح ۶۵/۷ همراه با حساسیت ۶۲/۹٪ و اختصاص ۶۶۵/۹ به دست داد.

بحث:

نتایج نشان داد که رفتار پرخاشگرانه به تخریب فرایندهای طبیعی تحول نوجوانی وابسته است. به خصوص، زمانی که نوجوان در رسیدن به سطوح تحول شناختی - اجتماعی یا پایه ریزی الگوهای پایه ای سازگارانه همانند سازی متناسب با سن، شکست می خورند. آنها در برابر طیفی از مشکلات رفتار پرخاشگرانه در معرض خطر می باشند. بنابر فرض رفتار پرخاشگرانه با تأخیر تحول ارتباط دارد. تحلیل پرخاشگری خود گزارش شده، نشان داد که با تحول خود، حتی زمانی که واریانس فوش و جنسیت برای آنها محاسبه شد، ارتباط داد. هنگامی که داده رویداد حمله ورانه آزمون گردید. مجدداً تحول خود رابطه ای معنی دار و منفی با پرخاشگری داشته. اگرچه در تحلیل تمیزی معنی داری طولانی وجود نداشت. مفروضه رابطه بین دفاعها و نشانه های پرخاشگری توسط نتایج به دست آمده حمایت شد. نتایج نشان می دهد که دفاعها TAO, PRO, رابطه مثبت با پرخاشگری داشته و PRN, REV رابطه ای منفی با پرخاشگری

رفتار پرخاشگرانه تعیین کند، یافته‌ها از موقعیت مذکور حمایت نکرد. دفاعهای بر پایه شناخت چون ذهنی‌سازی و عقل‌گرایی در این جامعه آشکار ساخت که جهت تعدیل احساسات آزمودنی‌ها و حفاظت از آنها در برابر فورآنهای پرخاشگرانه مورد استفاده واقع می‌شود. مطالعاتی که بر روی آزمودنیهای طبیعی صورت گرفته حاکی از نتایج مشابه است، از جمله آنکه PRN به طور منفی با ابراز عصبانیت و خصومت رابطه دارد. این مطالعات در مورد استاندارد شدن مقیاسهای DMI به عنوان بازنمایی یک پیوستار منفرد از خصومت بیان شده با PRN، REV، TAS جهت بازداری از ابراز پرخاشگری بحث می‌کند. با این باور که دفاعهای معیار ممکن است پرخاشگری را بازداری کرده و اینکه سایر دفاعها ابراز به بیرون یا درون را هدایت میکند، سازگار نیست. بر اساس کاری که با بزرگسالان پرخاشگر و خودکش توسط ایترو و همکاران صورت گرفت پیشنهاد آن بود که دفاعها در جهت دو بعد وابسته به پرخاشگری به کار می‌روند. بعد اول یک بازداری است، ابراز درحالیکه ممکن است تکانه‌ها، تعدیل شده و از شدت آنها کاسته شود. بعد دوم، یکی از دو بعد درونی یا بیرونی است. جائیکه تکانه تعدیل یافته به سوی فرد یا به سوی یک موضوع هدایت می‌شود. این مدل ممکن است یافته ارائه شده در این جا را با این توضیح که چگونه

داشتند. این یافته‌ها از این باور حمایت می‌کند که افرادی که تعارض را به عنوان منبعی خارج از خود برای ویژگیهای شخصیتی خود، قلم‌داد می‌کنند، بسیار شبیه آن است که پرخاشگرانه عمل می‌نمایند. در همان زمان دفاعهایی که تعارض را به عنوان منبعی ریشه‌دار در درون خود شکل داده‌اند یا از انعکاس و انکار استفاده می‌نمایند. با پرخاشگری کاهش یافته ارتباط وجود داشته است. هرچند کشف شد که دفاعها با تحول خود رابطه داشتند، بزرگی رابطه تنها تعدیل‌کننده بوده و دفاعها حتی وقتی که تحول خود برای آن کنترل شد، با رفتاری پرخاشگرانه رابطه داشتند. بعد از آزمون داده رویداد بیمارستانی، رابطه‌ای غیرمنتظره‌ای آشکار گردید. تنها مقیاس PRN با رویدادهای حمله‌ورانه رابطه داشته و میزان آن به طور معنی‌داری در گروه آزمودنی‌های حمله‌ور پایینتر بود. در تحلیل تمیزی PRN متغیری بود که به نیرومندترین شکل بین دو گروه، تفاوت گذاشت. چون فرض بر آن نبود که PRV با رفتار حمله‌ورانه رابطه دارد. این نکته جالب توجه بود. چون سایر متغیرهای مورد تحلیل رفتار پرخاشگرانه را در بسترشان شامل می‌شود، این انتظار می‌رفت که رابطه نیرومندتری با رفتار حمله‌ورانه وجود داشته باشد. درحالیکه فرض بر آن بود که یک تقابل بیرونی بعد دفاعها را درونی کرده و رابطه آنها را با

استفاده از مودنی‌ها از PRN ممکن جهت بازداری ابراز تکانه‌های پرخاشگرانه عمل نماید، روشن است. به علاوه، اینکار آشکار می‌سازد که تفاوت در یافته‌های پرخاشگری خود - گزارش شده و رویدادهای بیمارستانی ناشی از پرخاشگری چگونه ممکن است درجائیکه رفتارها جای می‌گیرند، با زمینه‌های متفاوت عمل نماید. رفتارهای پرخاشگرانه در بیمارستان، پیامدهای منفی سریع و استواری را به دنبال دارند، بنابراین انتظار می‌رود تنها آن دسته از نوجوانانی که در بازداری تکانه‌هایشان ناتوانند، می‌توانند حمله و رانه عمل کنند. انتظار می‌رود که این ناتوانی بازداری تکانه‌ها با سطوح پایین PRN در رابطه باشد. مدل اپتر همچنین پیشنهاد می‌کند که مشکلاتی که با فرآیندهای بازداری از سطوح تکانه‌ها وجود دارد، یک تمایل فردی به جهت‌دهی پرخاشگری به سوی فرد و دیگران است. این نتایج با گزارش استاینر گافمن و داکسبری³³ مطابق است. ایشان کشف کردند که نوجوانانی که متجاوز درجه‌بندی شدند و در سطوح پایین خود مهارگری قرار دارند، بسیار دوست دارند در حالیکه زندانی‌اند و تنبیه شده، بعد از آزادی به تجاوز ادامه دهند. این مطالعه شامل تهدید مهمی است که باید ذکر شود و آن اعتماد بر یک نمونه منتخب از تنها یک انستیتوی روانپزشکی است. ما نمونه را از گروه بیماران روانی دارای

اختلال شدیدی برای ضمانت پرخاشگری بالا انتخاب نمودیم، این تهدیدها به سایر گروه‌های نوجوان با پرخاشگری کمتر و یا افرادی که در جامعه بیماران روانی مطرح نشده‌اند قابل تعمیم است (بزه‌کاریها و تجاوزات مجرمانه) مطالعه بر ارزیابی‌های بالینی از هم پراکنش‌های مهمی نظیر فروش و تشخیصها، مبتنی است. اثرات از دست دادن پایایی در این اندازه‌ها، ممکن است در تحلیلهای آماری کم شود. از این گذشته، دسته‌بندیهای تشخیصی، تنها بر اختلالات سلوکی و عاطفی تاکید داشته و شامل اطلاعات پیرامون توان تشخیصهای هم - مرضی نشد (اختلال بیش فعالی کمبود توجه و غیره) بر اساس داده‌برش و قطعی، برای حمایت از یک سری فرضیه‌های تحولی، لازم است در مورد تفسیر محتاطانه نتایج بحث شود. بهر حال این یافته‌ها با یک مطالعه کوتاه مدت طولی از بیماران روانی نوجوان حمایت شده است که روابط مشابه بیان تحول خود، رفتارهای پرخاشگرانه و دفاعها نشان داده می‌شود. تحقیق آینده، استفاده از اندازه‌گیری طولی در گروه‌های متنوع نوجوان می‌باشد و آن نیازمند احراز روایی یافته جاری است و تعیین اینکه آنها چگونه می‌توانند به ورای جامعه روانپزشکان گسترش یابند. تحلیل داده حادثه پرخاشگری بیمارستانی، هم چنین یک یادآوری مهم را در مورد شکل پیش‌بینی

پرخاشگری بعدی، آشکار ساخت. حتی زمانی که اندازه‌های چند وجهی برای این نمونه با پرخاشگری بالا استفاده شد، توانایی پیش بینی رفتارهای آینده بسیار محدود بود. درمقابل این محدودیتها، یافته‌ها، دلالت‌های مهمی برای مفهوم سازی و اصلاح پرخاشگری نوجوانی دارند. اگرچه بالارفتن شدت در خلال سالهای نوجوانی نکات قابل توجهی را در بردارد، تلاشهای کمی برای جمع‌آوری دانش تحول طبیعی نوجوان همراه با مشکلات پرخاشگری نوجوانی وجود دارد. درجه خلوص یافته‌ها پیرامون پرخاشگری و خشونت جوانی (آنها که محیطهای اجتماعی فقیری دارند، عملکرد مدرسه‌ای بالینی دارند، نابسامانیهای هورمونی داشته و مورد بدرفتاری واقع شده‌اند و سوءاستفاده الکلی) می‌تواند جمع‌آوری ادبیات مربوط تصویر خشونت جوانی را با مشکل مواجه سازد. یک دیدگاه بالینی، تحولی می‌تواند این مطلب قابل ادراک سازد که این عوامل می‌توانند با پرخاشگری مرتبط باشند، چرا که با فرآیندهای تحول طبیعی تداخل دارند. این دیدگاه بر نیاز به فهم معانی شخصی‌ای که به مشکلات رفتاری جذب شده و چارچوب منبع ارجاعی که ساختار معانی به سوی آن هدایت می‌شوند، تأکید دارد. یک رویکرد بالینی - تحولی ادعا دارد که عواملی شبیه روابط خانوادگی ضعیف، در معرض آسیب بودن یا ناتوانی

روانشناختی عصبی جهت تحول رفتارهای پرخاشگرانه یا ایجاد تأخیر در تحول اجتماعی - شناختی به طور یکجا، و شکل دهی استراتژیهای خود-تنظیمی به طور ویژه نقش دارد. در نتیجه نوجوانانی که در معرض این عوامل خطر قرار دارند، تکانه‌ها را به صورت اقتضائی نگهداشته و در درک دیدگاههای دیگران ناتوانند. این عوامل خطر، منجر به تکیه به دفاعهای کمتر سازگارانه و همانند سازی منجر شده است. به عنوان یک نتیجه، زمانی که تعارض به وجود می‌آید، این نوجوانان بسیار تمایل دارند تا دیگران را به عنوان دشمن فرض نموده و آنها را بی‌ترتیب تلقی نمایند. یک ایده که ابراز رفتار پرخاشگرانه تقریباً چاره‌ناپذیر است. فرمول بندی پرخاشگری نوجوان درون یک زمینه تحولی، دلالت‌های مهمی برای پیشگیری و درمان نیز در پی دارد. تغییر یک گرایش نوجوان بر پاسخ پرخاشگرانه به عنوان تغییر رفتار به نتایجی رسیده می‌شود؛ ولی بیشتر توجه به تغییر بازتابیهای ذهنی نوجوان را شامل می‌شود. آن دسته از پیچیدگیهای شناختی که محیط را به گونه‌ای تهدیدکننده و پرعداوت به نظر می‌رساند باید مشخص گردند. ناتوانی‌ها در فهم دیدگاه دیگران، و استفاده از راهبردهای همانندسازی سازگارانه، باید بعنوان کمبودهایی که نیازمند علاجنند، تلقی گردند. این نیازهایی که رویکردهای درمانی به طور روشن،

وجود رابطه تأخیرهای تحول با این کمبودها و مداخلات تایلور^{۲۲} برسطوح جاری کارکرد نوجوان را آشکار میسازد. به دلیل وجود رابطه وسیع تأخیر تحول با پرخاشگری، برنامه‌های پیشگیری باید بر بالا بردن سلامت شناختی، تحول اجتماعی و هیجانی تأکید داشته باشند. برنامه‌های مبتنی بر مدرسه و اجتماعی ممکن است در نشان دادن مشکلات تحول اجتماعی و هیجانی در خلال نوجوانی سودمند باشد، دقیقاً همانطور که در خلال کودکی اولیه و در تحول حرکتی یا زبانی تأخیر دارند. این یک واقعیت است که رویکرد سلامت جامعه در مورد تخلف نوجوان باید محافظت، مداخله و هشدار پیرامون تأخیرات تحول نوجوانی مرتبط با مشکلات رفتار پرخاشگرانه را شامل گردد. نقاط نهایی قوری، نظیر پذیرش راهبردهای همانندسازی سازگارانه و رویارویی با دوره‌های بحرانی تحول، باید به عنوان اهداف مناسب جهت مداخلات مبتنی بر فرد و جامعه مورد بررسی قرار گیرد. درحالی‌که پژوهش‌های بیشتری جهت تصدیق رویه چنین تحولاتی مورد نیاز است، یافته‌های این پژوهش ادعان می‌دارد که هر مداخله در مورد پرخاشگری نوجوان باید توجه به تأخیرات تحول که اغلب با آن رابطه داشته‌اند را شامل شود.

نتیجه گیری کلی:

تخلف نوجوان، پیوسته یک مشکل برای سلامت در

جوامع بالینی و در اجتماعی به شکلی وسیعتر بوده است. پژوهش تحول نشان داده اظهار پرخاشگری از یک الگوی قابل انتظار با کاهش ویژه پرخاشگری بدنی و کلامی پس از کودکی اولیه پیروی می‌کند. در مقابل این زمینه، پرخاشگری بالای نوجوانان می‌توانند به عنوان تعقیب خطر سیر روش تحولی یا تأخیر معنی‌دار در تحول شناختی - اجتماعی تلقی شود. ضمن استفاده از یک دیدگاه بالینی - تحولی این مطالعات رابطه تحول شناختی - اجتماعی و سایر عوامل خطر شناخته شده چون سن، جنسیت، هوش و تشخیص رفتار پرخاشگرانه را در یک نمونه از نوجوانان بیمار روانی را شامل شده است. به خصوص طرفی که آن بیماران پرخاشگر از بیماران غیرپرخاشگر در ابعاد تحول خود و دفاعهای خود مورد آزمایش واقع شدند. از مودنیها، شامل ۲۲۵ نوجوان بین سنین ۱۲ تا ۱۶ سالگی بوده که یک پرسشنامه خودگزارشی از رفتار پرخاشگرانه را کامل نمودند و برای هر رفتار حمله و رانه در خلال بستری شدن ارزیابی شدند. نتایج فرضیه تأثیر تأخیر تحول در پرخاشگری جوانی را تأکید کردند و نشان می‌دهد که رفتار پرخاشگرانه قطع نظر از سن، جنسیت یا فوش با تحول خودرابطه منفی دارد. سبکهای دفاعی مورد انتظار که به صورت منبع تعارض خارج از فرد دارند، با سطوح بالاتر رفتارهای پرخاشگرانه خود، گزارش

عواملی را که با پرخاشگری رابطه دارند دربر دارد زیرا آنها با فرآیندهای تحول طبیعی در مجموع و شکل دهی راهبردهای خود تنظیمی به طور ویژه تداخل دارد. در نتیجه نوجوانان در معرض این عوامل خطر که تکانه را نگاه می دارند، قرار دارند؛ ناتوانی در درک دیدگاههای دیگران تکیه بر راهبردهای همانندسازی کمتر سازگارانه، گرایش برای تلقی تعارض به عنوان منبع خارج از فرد، و آمیختن با از دست دادن کنترل تکانه و هم حس، اظهار می دارد که رفتار پرخاشگرانه در این افراد تقریباً چاره ناپذیر است. رویکردهای درمان باید یکی شوند و یک تمرکز تحولی روشن با استفاده از مداخله تایلوری بر سطوح جای کارکرد نوجوان، برای تعیین عوامل مانع حصول تحول مناسب، و فعالیت برای بالا بردن تحول به سطوح مناسب سن را شامل شوند. با عنایت به اینکه، تأخیر تحول با پرخاشگری رابطه دارد، برنامه های پیشگیری باید بر بالا بردن سلامت شناختی، تحول اجتماعی و هیجانی، تأکید داشته باشند.

شده، رابطه داشتند. زمانیکه حوادث بیمارستانی حمله مورد تحلیل واقع شدند، به هر حال رابطه ای متفاوت پدیدار گردید و آن اینکه حمله بیمارستانی رابطه ای شامل نظریه های پیشین می شود. این نظریه ها اذعان می دارند که دفاعها در طول دو بعد عمل می نمایند، بعد اول تأثیر گسترش تکانه های ابراز شده و دیگر ابراز آن به صورت درونی یا بیرونی است. در حالیکه بالا رفتن تخلف در خلال سالهای نوجوانی به طور موافق مورد توجه قرار گرفته است، یک نیاز باقی می ماند مبنی بر اینکه دانش تحول نوجوان با مشکل پرخاشگری به معنی داری، یکجا قرار گیرد این نتایج نشان می دهد که رفتار پرخاشگرانه به ویران شدن فرایندهای تحول نوجوانی وابسته است و آنکه مطالعه پرخاشگری نوجوان می تواند برای اندازه و الگوهای استفاده شده جهت واریس تحول طبیعی و شخصیت سودمند باشند. در مقابل محدودیتهای مورد توجه، مطالعه، دلالت های مهمی برای اصلاح پرخاشگری نوجوان در بردارد. دیدگاه بالینی، تحولی، بسیار از

پانوشته ها.

- 4-Ego
- 5-Self
- 6-Goodenough
- 7-Patterson
- 8-Lovinger
- 9-Othert
- 10-Precoformis
- 11-Steretyped
- 12-Conformist
- 13-Frank and Quinlan
- 14-Doge
- 15-Defense Mechanism Inventory DMI

- 16-Gleser and Lhilevich
- 17-Principale
- 18-Reversalization
- 19-Hollings sheed
- 20-The Anchenbach and Edelbrick Youth Self Report(YSR)
- 21-Lovingers Washington University Sentence Completion(SCT)
- 22-Apteretal
- 23-Stiener,Gaufman Duxbury
- 24-Tailor

جدول ۱: همبستگیهای بخشی مقیاس YSR با تحول خود (ISS)

| زنان (n=۱۴۲) | مردان (n=۱۰۳) | حجم نمونه (n= ۲۴۵) | YSR |
|-----------------|------------------|-----------------------|------------|
| -۰/۲۶** | -۰/۲۹** | -۰/۲۲*** | پرخاشگری |
| -۰/۴۲*** | -۰/۳۸*** | -۰/۳۳*** | بزهکاری |
| -۰/۳۳*** | -۰/۴۳*** | -۰/۲۹*** | بیرون بودن |

**P<۰/۰۱
*** P<۰/۰۰۱

جدول ۲ همبستگی چند متغیری تحول خود و دفاعها با مقیاس بیرونی

| بودن YSR | | | | | |
|--------------------------------|----------------------|----------------|-------------------|-------|-------|
| معنی داری تغییر R ^۲ | تغییر R ^۲ | R ^۲ | متغیرهای وارد شده | مرحله | |
| <۰/۰۱ | ۰/۰۶ | ۰/۲۵ | IQ جنسیت | ۱ | مدل ۱ |
| <۰/۰۱ | ۰/۱۷ | ۰/۴۲ | تحول خود | ۲ | |
| <۰/۰۱ | ۰/۱۲ | ۰/۵۴ | مقیاسهای DMI | ۳ | |
| <۰/۰۱ | ۰/۰۶ | ۰/۲۵ | IQ جنسیت | ۱ | مدل ۲ |
| <۰/۰۱ | ۰/۱۹ | ۰/۵۰ | مقیاسهای DMI | ۲ | |
| <۰/۰۱ | ۰/۰۴ | ۰/۵۴ | تحول خود | ۳ | |

جدول ۲: همبستگی‌های بین دفاعها (DMI) و رفتارهای پرخاشگرانه

خود- گزارش شده

(YSR)

| DMI | پر خاشگری | بزهکاری | بیرون بودن |
|-----|-----------|----------|------------|
| TAO | ۰/۳۲*** | ۰/۴۲*** | ۰/۴۰*** |
| PRO | ۰/۳۴*** | ۰/۲۳*** | ۰/۲۸*** |
| PRN | ۰/۲۹*** | ۰/۲۶*** | -۰/۳۰*** |
| RAS | ۰/۰۴ | -۰/۱۴ | -۰/۰۶*** |
| REV | -۰/۳۷*** | -۰/۳۷*** | -۰/۴۰*** |

پژوهشگاه علوم انسانی و مطالعات فرهنگی

رتال جامع علوم انسانی

جدول ۴ تفاوت‌های بین آزمودنی‌های حمله‌کننده و غیرحمله‌کننده در YSR و DMI و اندازه‌های تحول خود

| حمله کننده | غیرحمله کننده | آمار (/) |
|---------------------------------------|----------------|--|
| ۷۰ | ۱۷۵ | حجم نمونه |
| ۱۴/۰۷ (۰/۹۲) | ۱۴/۱۳ (۱/۰۰) | T=۰/۴۹ سن (میانگین ، انحراف استاندارد) |
| ۱۰۱/۲۱ (۱۱/۵۳) | ۱۰۶/۲۱ (۱۲/۰۶) | T=۳/۰۲ IQ (میانگین ، انحراف استاندارد) جنسیت |
| ۳۵ | ۶۸ | X=۲/۱۱ مرد |
| ۳۵ | ۱۰۷ | زن |
| ۳۷ | ۱۰۱ | X'=۰/۳۰ اختلال سلوک |
| ۱۹ | ۶۴ | X'=۱/۵۹ اختلال عاطفی |
| مقیاس‌های YSR | | |
| (میانگین ، انحراف استاندارد) | | |
| ۶۳/۸۳ (۹/۰۷) | ۶۰/۷۷ (۶/۳۰) | T=۲/۴۴ پر خاشگری |
| ۶۷/۴۶ (۱۰/۶۶) | ۶۴/۰۳ (۷/۹۶) | T=۲/۵۵ بزهکاری |
| ۶۳/۹۴ (۱۱/۳۷) | ۶۰/۴۱ (۱۰/۰۷) | T=۲/۲۷ بیرون بودن |
| تحول خود | | |
| ۱۱۹/۹۶ (۲۰/۴۳) | ۱۲۷/۸۳ (۱۹/۹۵) | T=۲/۳۴ ISS (میانگین ، انحراف استاندارد) |
| سطوح | | |
| پیش تطابقی | | |
| ۱۴ | ۶۴ | X'=۱/۵۹ |
| تطابق | | |
| دفاعها (میانگین ، انحراف استاندارد) | | |
| ۴۶/۷۳ (۱۱/۶۰) | ۴۴/۵۳ (۱۱/۹۵) | T=۱/۳۳ TAO |
| ۴۲/۶۰ (۵/۸۰) | ۴۱/۴۱ (۶/۴۹) | T=۱/۴۰ PRO |
| ۳۹/۳۱ (۶/۳۳) | ۴۲/۳۷ (۶/۷۷) | T=۳/۳۵ PRN |
| ۳۵/۱۷ (۶/۵۹) | ۳۵/۱۲ (۷/۰۷) | T=۰/۰۵ TAS |
| ۳۶/۱۹ (۹/۶۱) | ۳۶/۵۷ (۱۰/۴۶) | T=۰/۲۸ REV |

پژوهشگاه علوم انسانی و مطالعات فرهنگی
رتال جان علوم انسانی