

تأثیر خودآموزی کلامی بر بهبود سازگاری اجتماعی کودکان مبتلا به اختلال سلوک

The Effect of Verbal Self – Instruction on Social Adjustment in Children with Conduct Disorder

تاریخ پذیرش: ۸۸/۲/۱۴

تاریخ دریافت: ۸۷/۱۲/۷

Hashemi, T. * Ph.D., Eghbali, A. M.A.,
Alilo, M. M. Ph.D.

تورج هاشمی*، علی اقبالی**، مجید محمود علیلو***

Abstract

Introduction: The present study aimed to examine the effectiveness of verbal self – instruction on social adjustment in children with conduct disorder.

Method: In this experimental research, 20 students (Fourth & Fifth grades) with conduct disorder were selected from Tabriz Schools and randomly assigned into experimental and control groups. Subjects selected according to DSM-IV-TR criteria and CSI-4. The experimental group instructed through verbal self instruction training for 10 sessions and the control group received no intervention.

Results: The findings indicate that the application of verbal self-instruction had significant effects on social adjustment and interpersonal relations in students with conduct disorder.

Conclusion: This program can be helpful to improve social adjustment and interpersonal relations in students with conduct disorder.

Keywords: Conduct Disorder, Verbal Self-Instruction, Social Adjustment.

چکیده

مقدمه: این تحقیق به بررسی تأثیر آموزش خودآموزی کلامی بر علائم مرضی و سازگاری اجتماعی کودکان مبتلا به اختلال سلوک می‌پردازد. به عبارتی دسترسی به این مسأله که آیا آموزش خودآموزی کلامی می‌تواند در بهبود علائم مرضی و سازگاری اجتماعی کودکان مبتلا به اختلال سلوک تأثیر مثبتی داشته باشد یا خیر، هدفی بود که پژوهش به قصد دستیابی به آنها انجام پذیرفت.

روش: این پژوهش از نوع طرح تجربی (آزمایشی) بود که در آن نمونه‌ای شامل ۲۰ نفر از دانش آموزان مبتلا به اختلال سلوک از مدارس شهر تبریز انتخاب و پس از جایگزینی تصادفی در دو گروه آزمایشی و کنترل مورد مطالعه قرار گرفتند. در فرایند طرح، گروه آزمایشی در مدت ۱۰ جلسه تحت آموزش خودآموزی کلامی قرار گرفت و گروه کنترل هیچ مداخله‌ای دریافت نکرد.

یافته‌ها: نتایج تحلیل‌های به عمل آمده نشان داد که کاربرد و آموزش خودآموزی کلامی در کودکان مبتلا به اختلال سلوک موجب بهبود سازگاری اجتماعی و روابط بین فردی آنها می‌گردد. این یافته‌ها حائز تلوپحات نظری و عملی در زمینه‌های بالینی بوده و به طور تفصیلی در این مقاله مورد بررسی قرار گرفته است.

نتیجه‌گیری: نتایج نشان داد که کاربرد و آموزش خودآموزی کلامی موجب بهبود سازگاری اجتماعی و روابط بین فردی دانش آموزان دارای اختلال سلوک می‌شود.

واژه‌های کلیدی: اختلال سلوک، خودآموزی کلامی، سازگاری اجتماعی.

مقدمه

اختلال سلوک یکی از متداولترین اختلالات دوره‌ی کودکی و نوجوانی است. مراجعات خاص به مراکز بالینی گستردگی این مشکل را تأیید کرده است. برآوردها نشان می‌دهند که مراجعات به درمانگاه‌های سرپایی برای مشکلات سلوک از یک سوم تا نیمی از کل موارد مراجعه کودکان و نوجوانان را شامل می‌شود [۱]. مشکلات سلوک به آن دسته از رفتارهای ضد اجتماعی اشاره دارد که نشان می‌دهد فرد در انطباق با انتظارات اشخاص صاحب قدرت در زندگی (مثل والد یا معلم) و یا هنجارهای اجتماعی یا احترام به حقوق دیگران ناتوان است. یکی از نگران کننده‌ترین تظاهرات اختلال سلوک، پایداری قابل توجه آن در دوره‌ی کودکی و نوجوانی و حتی بزرگسالی است. پرخاشگری به عنوان یکی از خصوصیات اصلی این کودکان در مشکلات مربوط به خانه، مدرسه، ارتباط با دوستان و... دارای نقش اساسی است. روابط ضعیف میان فردی با اختلال سلوک همبستگی دارد. کودکان مبتلا به اختلال سلوک به سرعت از گروه همتایشان طرد می‌شوند و این رانده شدن، کودک را از کسب تجربیات اجتماعی حاصل از تعامل با همسالان محروم می‌سازد و مانع یادگیری شیوه‌های تعامل مناسب در موقعیت‌های اجتماعی می‌شود، از طرف دیگر طرد شدن از گروه همسالان بهنجار، وضعیتی مساعد برای گرفتار شدن در گروه همتاهای غیر اجتماعی فراهم می‌کند [۲]. هرپرت^۱ و همکاران به این مسأله ادعان دارند که حدود ۵۰ درصد از پسران مبتلا به اختلال سلوک، رفتارهای ضد اجتماعی را در بزرگسالی نشان می‌دهند و به میزان بالایی در معرض خطر ابتلا به اختلال شخصیت ضد اجتماعی هستند [۳]. همبسته‌های رفتار نه فقط شامل رفتارهای آشکار است؛ بلکه انواعی از فرایندهای شناختی و اسنادی را نیز در بر می‌گیرد. کودکان

مبتلا به اختلال سلوک در مهارت‌های حل مسأله که زیر بنای تعاملات اجتماعی است کمبود دارند، از طرفی نقیصی در توانایی تفکر برای برداشتن گام‌های لازم در رسیدن به یک هدف دارند. ناتوانی در درک عقاید و نظرات، افکار و احساسات و عواطف دیگران، سوگیری‌هایی در توجه انتخابی و یادآوری و خشم تکانشی از دیگر نقص‌های مطرح در حوزه شناختی این کودکان است. به طوری که باعث می‌شود آنها به جای توجه و یادآوری نشانه‌های اجتماعی مثبت در تعامل‌های بین شخصی به علائم اجتماعی خصومت آمیز توجه کنند [۵، ۴]. به عقیده هیل^۲ [۲۰۰۵؛ به نقل از ۱] کودکان مبتلا به اختلال سلوک مشکلاتی در فهم تعاملات اجتماعی دارند و رفتار پرخاشگرانه و ایدایی آنها ممکن است با نقص‌هایی در فهم مقتضیات موقعیت‌های اجتماعی، حل مسأله، تفسیر اشتباه اعمال دیگران، زورگویی و عزت نفس پایین آنان مرتبط باشد. روابط ضعیف میان فردی با رفتار ضد اجتماعی همبستگی دارد. کودکان دارای رفتارهای بسیار پرخاشگرانه یا دیگر رفتارهای ضد اجتماعی از سوی همسالان خود طرد می‌شوند و دارای مهارت‌های اجتماعی ضعیف هستند [۱]. مطالعه استادلر^۳ و همکارانش نشان داد که بیماران دارای اختلال سلوک در مقایسه با گروه کنترل سالم در پاسخ به تصاویر عاطفی منفی کاهش فعالیت را در کرتکس سینگولیت پیشانی راست نشان دادند [۶]. همچنین ونگوزن^۴ خاطر نشان می‌سازد که ترس کمتر از تنبیه و فعالیت پایین فیزیولوژیکی در افراد ضد اجتماعی ممکن است به توجیه جستجوی تحریک در آنها یا قرار گرفتن آنها در معرض خطرات و شرطی شدن و اجتماعی شدن پایین آنها کمک کند [۷]. در چند دهه اخیر در حوزه رفتار درمانی شناختی گونه‌های

² - Hill

³ - Stadler, C.

⁴ - Vangozen, S. H. M.

¹ - Herpertz, S.

این نقشه استفاده می‌کنم؟» و چگونه عمل کردم. آموزش خود آموزی شامل موارد زیر است:

۱- یک سرمشق بزرگسال که با صدای بلند با خود صحبت می‌کند و تکلیفی را انجام می‌دهد (سرمشق‌دهی شناختی).

۲- کودک همان تکلیف را تحت رهبری آموزش سرمشق انجام می‌دهد (راهنمایی آشکار و مشخص بیرونی).

۳- کودک در حالی که با صدای بلند خودش را راهنمایی می‌کند (خود رهبری آشکار^{۱۱}) تکلیف را انجام می‌دهد.

۴- کودک در حالی که تکلیف را انجام می‌دهد با صدای آهسته خودش را راهنمایی می‌کند (حذف تدریجی خود رهبری آشکار).

۵- کودک در حالی که خیلی آهسته به طور زیر لفظی یا غیر کلامی خود را رهبری می‌کند تکلیف را انجام می‌دهد (خودآموزی ناآشکار) [۱].

آموزش خودآموزی کلامی یکی از برنامه‌های درمانی شناختی رفتاری است که در آن به کودکان یاد داده می‌شود تا با سخن گفتن با خود، بتوانند رفتار نامطلوب خود را تغییر دهند.

کودکان قبل از پاسخ‌دهی به موقعیتهای اجتماعی استفاده از روش پنج مرحله‌ای مسأله‌گشایی را یاد می‌گیرند [۲].

رونن^{۱۲} در مطالعه‌ای موردی به بررسی آثار به کاربندی آموزش مهارت‌های خودکنترلی در کاهش پرخاشگری پسری ۱۲ ساله پرداخت. نتایج مطالعه نشان داد که آموزش مهارت‌های خودکنترلی باعث کاهش معنادار رفتارهای ایذایی^{۱۳} و افزایش معنادار خود کنترلی و تعاملات اجتماعی کودک شده بود [۱۰].

در مطالعه‌ای موردی لبا^{۱۴} و دودو^{۱۵} به بررسی آثار درمانی برنامه چند مدلی شناختی- رفتاری شامل

متنوعی از روش‌های درمانی برای مواجهه با اختلالات روانی عرضه شده است. برنامه‌های درمانی شناختی- رفتاری در درمان کودکان و نوجوانان مبتلا به اختلالات سلوک رویکردی امید بخش به نظر می‌رسند چرا که تکیه آنها بر زمینه‌های فردی مربوط به شکل‌گیری اختلالات سلوک و کمک به کودکان برای مهار پاسخ‌های تکانشگر و غلبه بر نقایص شناخت اجتماعی (مانند سوگیری اسنادی خصمانه^۵) است. افزون بر این، این برنامه‌ها برای استفاده در موقعیتهای مختلف اجتماعی، از انعطاف پذیری لازم برخوردار هستند. فرضیه زیر بنایی این است که رفتار آشکار به وسیله جریان شناختی میانجی‌گری می‌شود و افراد می‌توانند یاد بگیرند با تأثیر گذاشتن روی جریان شناختی رفتار خودشان را تغییر دهند. آموزش راهبردهای شناختی- رفتاری در کاهش بیش‌فعالی، تکانشگری، پرخاشگری/ آشوب و نیرومند ساختن رفتارهای اجتماع پسند و افزایش شناخت اجتماعی و بهبود روابط با همسالان مؤثر بوده اند [۸، ۹]. یکی از رایج‌ترین روش‌های درمانی که در حوزه اختلالات روانی کودکان دارای کاربردهای وسیعی است، روش آموزش خود آموزی کلامی^۶ است. این روش درمانی ریشه در کارهای علمی روان‌شناسان روسی، ویگوتسکی^۷ و لوریا^۸ دارد و سپس به وسیله مابکن بام و همکارانش به عنوان یک روش درمانی معرفی شده است.

این رویکرد شناختی رفتاری در ابتدا توسط مایکن بام^۹ و یک‌گودمن^{۱۰} مسأله تأملی به کودکان تکانشی برای بهبود عملکرد تحصیلی آنان به وجود آمد. درمان شامل سرمشق‌دهی راهبردهای شناختی از جانب درمانگر برای کودک است. نظیر این که «مشکل من چیست؟»، « طرح و نقشه من چیست؟»، « آیا از

5- Aggressive Attributional Bias

6- Verbal Self-Training

7- Vygostky

8- Luria

9- Meichenbaum

10- Goodman

11- Self-Guidance

12- Ronen, T.

13- Defiant Behavior

14- Laba, M.

15- Dudu, E.

داده شده بودند، به صورت تصادفی جایگزین شدند. ابزار: ابزارهای جمع‌آوری داده‌های مورد نیاز را مصاحبه تشخیصی براساس ملاک‌های DSM-IV-TR، پرسشنامه علائم مرضی کودکان (CSI-4) (فرم معلم) و پرسشنامه راتر- استرای هورن تشکیل می‌دهد.

۱- پرسشنامه‌ی علائم مرضی کودکان (CSI-4): علائم یک مقیاس درجه‌بندی رفتار است که اولین بار در سال ۱۹۸۴ توسط اسپیرافکین و گادو براساس طبقه‌بندی DSMIII به نام SLUG و به منظور غربال ۱۸ اختلال رفتاری و هیجانی کودکان ۱۲-۵ ساله طراحی شد. بعدها بارها مورد تجدید نظر قرار گرفت و در سال ۱۹۹۴ مطابق با چاپ چهارم DSM تغییرات اندکی در آن ایجاد شد و با نام CSI-4 منتشر شد. پرسشنامه CSI-4 دارای دو فرم والد و معلم است: این پرسشنامه در مطالعات متعددی مورد بررسی قرار گرفته و اعتبار^{۱۸} و روایی^{۱۹}، حساسیت و ویژگی آن محاسبه شده است. در مطالعه توکلی زاده حساسیت بر اساس بهترین نمره‌ی برش ۴ برای اختلال سلوک ۰/۹۸ و ویژگی^{۲۰} آن ۰/۹۰ به دست آمد [۱۴]. علاوه بر این اعتبار پرسشنامه نیز برای هر دو فرم والد و معلم به ترتیب ۰/۹۰ و ۰/۹۳ برآورد شده است. در پژوهش محمد اسماعیل ضرایب اعتبار این پرسشنامه از طریق اجرای مجدد تست برای اختلال برآورد شده است که این ضریب اعتبار برای اختلال سلوک ۰/۷۶، در فرم معلم نمره‌ی ۳ به عنوان بهترین نمره‌ی معیار، ویژگی و حساسیت آن به ترتیب ۰/۹۷ و ۰/۵۳ گزارش شده است. در پژوهش حاضر از نقاط برش مطالعه‌ی محمد اسماعیل برای فرم معلم پرسشنامه علائم مرضی کودکان استفاده شده است. در این پرسشنامه برای اختلال سلوک ۹ ماده در نظر گرفته شده است که

مشاوره معلم، مدیریت وابستگی^{۱۶}، خودکنترلی و آموزش خود آموزی^{۱۷} در یک نوجوان مبتلا به اختلال سلوک پرداختند که نتایج این مطالعه نشان داد که برنامه درمانی توانسته بود رفتار پرخاشگرانه نوجوان را کاهش دهد و رفتارهای اجتماع پسند او را افزایش دهد [۱۱]. در این راستا از سالیان پیش آموزش‌های تمرکز خودآموزی کلامی به نتایج مثبتی در برخی اختلالات از جمله ADHD، منتهی شده است [۱۲، ۱۳]. از این رو، انتظار بر این است که آموزه‌های این روش برای مداخلات درمانی در کودکان مبتلا به اختلال سلوک نیز قابل تسری باشد. بنابراین پرسش و مسأله اصلی این پژوهش این است که آیا کاربردی آموزش خود آموزی کلامی قادر به بهبود سازگاری اجتماعی کودکان دارای اختلال سلوک است یا نه؟

روش

پژوهش حاضر یک پژوهش تجربی است که در آن اثربخشی یک متغیر مستقل (روش آموزشی درمانی خود آموزی کلامی) بر متغیر وابسته (سازگاری اجتماعی) مورد بررسی قرار گرفته است. بر همین اساس، از طرح پیش آزمون پس آزمون با گروه کنترل استفاده شده است. جامعه مورد تحقیق عبارت بود از کلیه‌ی دانش آموزان پسر ۱۱-۱۰ ساله که در سال تحصیلی ۸۶-۸۵ در کلاس‌های چهارم و پنجم ابتدایی شهر تبریز تحصیل می‌نمودند.

با توجه به گستردگی طرح و محدودیت‌های موجود در انجام مداخله‌های مورد نظر تلاش بر این شد که از مدارس ابتدایی پسرانه‌ی ناحیه‌ی ۳ تبریز تعداد ۲۰ نفر دانش‌آموز به شیوه‌ی غربالگری انتخاب شوند و در گروه‌های دوگانه تقسیم شوند. به این ترتیب که، در هر گروه، تعداد ۱۰ نفر که براساس ملاک‌های تشخیصی DSM-IV-TR و پرسشنامه CSI-4 به عنوان دانش آموزان مبتلا به اختلال سلوک تشخیص

¹⁸ - Reliability

¹⁹ - Validity

²⁰ - Properties

¹⁶ - Contingency Management

¹⁷ - Self-Training Instruction

این مراحل به ترتیب طی ۱۲ جلسه یک ساعتی در طول ۸ هفته به صورت گروهی به مرحله اجرا گذارده شد.

یافته‌ها

در این پژوهش جهت توصیف، طبقه‌بندی و تجزیه و تحلیل داده‌های به دست آمده از روش‌های آمار توصیفی شامل شاخص‌های میانگین، انحراف معیار و آمار استنباطی شامل تحلیل کوواریانس استفاده شد. جدول ۱ شاخص‌های توصیفی پیش آزمون و پس آزمون سازگاری اجتماعی را در دو گروه آزمایشی و کنترل نشان می‌دهد. با توجه به داده‌های بالا، بین دو گروه در پس آزمون تفاوت قابل ملاحظه‌ای وجود دارد. بنابراین، این موضوع نشان دهنده اثر متغیر مستقل متغیر مستقل (خودآموزی کلامی) است. جهت بهره‌گیری از روش تحلیل کوواریانس با طرح یک طرفه، ابتدا مفروضه‌ی همگنی رگرسیون آماری و برابری واریانس خطای گروه‌های مورد مطالعه مورد بررسی قرار گرفت. از آنجا که مفروضه‌های همگنی رگرسیون و برابری خطای واریانس گروه‌های مورد مطالعه محقق شد، از روش تحلیل کوواریانس یک طرفه جهت بررسی فرضیه پژوهشی استفاده شد. نتایج این تحلیل در جدول ۲ درج شده است. مندرجات جدول ۲ نشان می‌دهد که تفاوت نمره‌های پیش آزمون و پس آزمون دو گروه برای متغیر سازگاری اجتماعی ($F = 0/57$ = مجذور اتا، $0/001 < P$) گروه آزمایش در متغیر سازگاری اجتماعی ($F = 0/48$ = مجذور اتا، $0/001 < P$) نیز به طور معنی‌داری بیش از گروه کنترل است. با توجه به این نتایج می‌توان استدلال کرد که فرضیه دوم مورد تأیید آماری قرار گرفته است، و تفاوت گروه‌های مورد مطالعه از نظر آماری معنی‌دار و به نفع گروه آزمایش است. از این رو می‌توان نتیجه گرفت که آموزش خودآموزی کلامی موجب بهبود سازگاری اجتماعی کودکان مبتلا به اختلال سلوک گردیده است.

ماده‌های آن به صورت هرگز (۰)، گاهی (۱)، بیشتر اوقات (۲)، و اغلب (۳) نمره گذاری می‌شود [۱۵].

۲- پرسشنامه‌ی راتر- استرای هورن: این پرسشنامه ۲۰ ماده دارد، ماده‌های این پرسشنامه از پرسشنامه «مهارت‌های روان شناسی»^{۲۱} استرای هورن [۱۹۹۲]؛ نقل از [۱۶] اقتباس شده است. زامیاد در پژوهشی با عنوان مقیاس رفتار انطباقی واینلند در جمعیت ایرانی، برای بررسی اعتبار مقیاس جدید واینلند از این پرسشنامه استفاده نموده است. براساس عملکرد فرد، ماده‌های این پرسشنامه به صورت خوب، متوسط و بد نمره‌گذاری می‌شود. برای خوب، نمره (۲)، متوسط (۱) و بد (۰) تعلق می‌گیرد [۱۶].

زامیاد نمره‌های به دست آمده در این پرسشنامه را با نمره‌های مقیاس رفتار انطباقی واینلند مورد مقایسه قرار داده و همبستگی آنها را محاسبه نموده است که این همبستگی در قلمرو ارتباطی $0/71$ ، در قلمرو مهارت‌های روزانه $0/69$ ، در قلمرو اجتماعی $0/70$ و در قلمرو کلی $0/75$ به دست آمده است. در پژوهش حاضر نیز اعتبار سؤالات این پرسشنامه از طریق روش آلفای کرونباخ $0/85$ برآورد شد. برای بررسی روایی این پرسشنامه، از چند متخصص حوزه‌های روان‌سنجی و روان شناسی دعوت شد تا محتوای سؤالات را مورد بررسی قرار دهند. قریب به اتفاق این متخصصان بر این نکته اذعان داشتند که سؤالات پرسشنامه مذکور، شاخص‌های سازگاری اجتماعی را پوشش می‌دهند [۱۶].

روند اجرای پژوهش: چنانچه پیشتر عنوان شد خودآموزی کلامی شامل مراحل پنج‌گانه زیر بود:

- الف) سرمشق دهی شناختی
- ب) راهنمایی آشکار و مشخص بیرونی
- ج) خود رهبری آشکار
- د) حذف تدریجی خود رهبری آشکار
- ه) خودآموزی ناآشکار

²¹ - Psychological Skills inventory

²² - Strayhorn, M.

جدول ۱- شاخص‌های توصیفی پیش آزمون و پس آزمون سازگاری اجتماعی در دو گروه آزمایشی و کنترل

| متغیر | گروه | میانگین | انحراف معیار | پایین ترین نمره | بالا ترین نمره | تعداد |
|-----------|--------|---------|--------------|-----------------|----------------|-------|
| پیش آزمون | آزمایش | ۱۹/۱۰ | ۱/۳۷ | ۱۷ | ۲۱ | ۱۰ |
| | کنترل | ۱۹ | ۱/۳۳ | ۱۷ | ۲۱ | ۱۰ |
| پس آزمون | آزمایش | ۲۶/۴۰ | ۱/۵۷ | ۲۴ | ۲۹ | ۱۰ |
| | کنترل | ۱۹ | ۱/۳۳ | ۱۷ | ۲۱ | ۱۰ |

جدول ۲- نتایج تحلیل کوواریانس یک طرفه آثار خودآموزی کلامی بر سازگاری اجتماعی

| منبع تغییرات | مجموع مجذورات | درجه آزادی | میانگین مجذورات | F | سطح معنی داری | مجذورات انا |
|--------------|---------------|------------|-----------------|--------|---------------|-------------|
| پیش آزمون | ۳/۱۲ | ۱ | ۳/۱۲ | ۱/۸۱ | ۰/۱۹ | ۰/۵۷ |
| گروه | ۳۵۲/۸۰ | ۱ | ۳۵۲/۸۰ | ۲۰۴/۸۷ | ۰/۰۰۱ | ۰/۴۸ |
| خطا | ۲۹/۲۷ | ۱۷ | ۱/۷۲ | | | |

بحث

این پژوهش در کل تأثیر آموزش خودآموزی کلامی بر بهبود سازگاری اجتماعی کودکان مبتلا به اختلال سلوک را مورد بررسی قرار می‌داد. نتایج نشان دادند آموزش خود آموزی کلامی موجب بهبود سازگاری اجتماعی کودکان مبتلا به اختلال سلوک گردیده است. زمینه‌های تحصیلی و خانوادگی از مهم‌ترین منابع اجتماعی شدن برای کودک به شمار می‌روند و به میزانی که این عوامل دسترس ناپذیر باشند و یا از جهات دیگر در انتقال اطلاعات مربوط ناتوان باشند، زیربنای کافی و مناسب در این جز مهم و بنیادی در

کودک به وجود نمی‌آید. همچنین مهارت‌های تصمیم‌گیری بین‌فردی که حل مسأله‌ی بین‌فردی شناختی خوانده می‌شود و الگوهای اسنادی از عناصر مهم اجتماعی شدن محسوب می‌شوند [۱۵]. به عقیده گوئتز^{۲۳} و دوک^{۲۴} برای عملکرد مؤثر در موقعیت‌های اجتماعی، کودک باید ظرفیت کنترل برانگیختگی هیجانی را داشته باشد، کودکانی که قادر به تعدیل پاسخ‌های عاطفی در چنین موقعیت‌هایی نیستند،

²³ - Goetz, T. E.

²⁴ - Dweck, C. S.

فردی به دست گیرند [۲۲، ۱۸، ۲۳]. یافته‌های این پژوهش با یافته‌های کندال، ربر، مک لی‌یر، اپس و رونان [۲۱]، رونن [۱۰]، لاباو دودو [۱۱]، دال نیک، اسمیت، برانک و پنیفیلد [۹]، کومازاوا [۲۴] همسویی دارد. در یک جمع بندی کلی می‌توان نتیجه گرفت که به کارگیری و آموزش خود آموزی کلامی در کودکان مبتلا به اختلال سلوک، موجب بهبود سازگاری اجتماعی و روابط بین فردی آنان می‌شود. نتایج تحقیق حاضر از چندین زاویه و در عرصه‌های گوناگون می‌تواند به کار گرفته شود. نتایج پژوهش را می‌توان در حوزه‌های روان شناسی، مشاوره و تعلیم و تربیت به کار بست، چرا که نتایج پژوهش حاصل حاکی از کارآمدی مؤثر آموزش خودآموزی کلامی به عنوان یک روش آموزشی - درمانی بود. عدم حضور دختران در نمونه گیری و فرایند پژوهش، مشتمب ساختن نتایج پژوهش به واسطه‌ی همبودی این اختلال در نمونه مورد بررسی با سایر اختلالات رفتاری دوره کودکی، عدم امکان استفاده از حجم بالای نمونه، عدم امکان استفاده از پس آزمون دوم یا آزمون پی‌گیری محدودیت‌هایی هستند که در این تحقیق برجسته می‌باشند. بنابراین پیشنهاد می‌شود در پژوهش‌های آتی از حجم بیشتر نمونه‌ها به جهت بالا بردن اعتبار و بررسی و تحلیل دقیق‌تر نتایج استفاده شود. همچنین استفاده از نمونه‌ی دختران و آزمون پی‌گیری می‌تواند به تعمیم‌پذیری نتایج کمک کند.

منابع

۱. کراتو چویل توماس آر، موریس ریچارد جی. روان شناسی بالینی کودک در روشهای درمانگری (ترجمه محمد رضا نائینیان). تهران: رشد؛ ۱۳۸۱.
2. Frick P.J, Cornell A.H, Bodin S.D, Dane H.E, Barry c.t. Callousun emotional traits and developmental pathways to severe conduct problems . *Developmental Psychology*. 2003; (39): 246-260.
3. Herpertz S, Qunaibi M, Mueller B. Lichterfeld C, Konrad k, Dohlman BH. Response to Emotional Stimuli in boys with conduct disorder. *AM J Psychiatry*. 2005; (162): 1100-1107.

نمی‌توانند راهبردهای حل مسأله را که قبلاً فرا گرفته اند به شیوه‌ی انطباقی به کار گیرند، در این شرایط کودک به صورت تکانشی رفتار می‌کند. کودک باید ظرفیت عاطفی برای برقراری روابط مؤثر با دیگران را داشته باشد یعنی ظرفیت برقراری پیوند مثبت و سازنده با دیگران، ایجاد و گسترش اعتماد دو جانبه، شناسایی و پاسخ دهی مناسب به علائم هیجانی در تعامل‌های اجتماعی و حل مسأله هستند. نارسایی در هر یک از این حوزه‌ها توانایی کودک را در انطباق اجتماعی در هر نقطه از رشد محدود می‌سازد و کودک فرصت آموختن و تمرین الگوهای رفتار اجتماعی را از دست می‌دهد و در انطباق با شرایط اجتماعی موجود با شکست مواجه می‌شود [۱۹، ۲۰]. بر این اساس می‌توان تأثیر آموزش خود آموزی کلامی را در این فرآیند این گونه تبیین نمود که کودکان مبتلا به اختلال سلوک با استفاده از آموزه‌های این برنامه‌ی آموزشی - درمانی، فرآیند پنج مرحله‌ای مسأله گشایی را یاد می‌گیرند و با پرهیز از پاسخ‌های فوری تکانشی، جنبه‌های اساسی هر مشکل را شناسایی می‌کنند و راه حل‌های ممکن را برای مشکل در نظر آورده و با معطوف کردن توجه به جنبه‌های مهم مسأله با ارزیابی راه حل‌های گوناگون، انطباقی‌ترین راه را انتخاب کنند [۲۱]. همچنین آموزه‌های این برنامه کودکان را قادر می‌سازد که به تفکر کلامی دست بزنند و از طریق گفتار درونی به درونی سازی قواعد اجتماعی شدن نایل شوند. از طرف دیگر می‌توان بیان کرد که خود آموزی کلامی با کمک به رشد گفتار درونی موجب می‌شود که این کودکان نقص‌های خود در حوزه‌های حل مسأله، راهبردهای سازمان دهی اطلاعات و استدلال اخلاقی را جبران کنند به این معنی که این کودکان قادر می‌شوند که در مواجهه با مسائل بین فردی، فرآیند خود پرسش‌گری را به کار بیندازند و با استفاده از تفکر کلامی، ساز و کارهای کنترل رفتار خود را از حالت بیرونی به وضعیت درونی تغییر شکل دهند و بر این اساس کنترل رفتار خود را در موقعیت‌های مشکل‌زای اجتماعی و بین

۴. محمد اسماعیل الهه. بررسی اعتبار، روایی و تعیین نقاط برش اختلال‌های پرسشنامه علائم مرضی کودکان بر روی دانش آموزان ۱۴-۶ ساله مدارس ابتدایی و راهنمای شهر تهران. پژوهشکده کودکان استثنایی؛ ۱۳۸۰.
5. Barrett P.M, Ollendick T.H. *Handbook of Interventions that Work England with Children and Adolescents Prevention and Treatment Wiley & Sons Ltd . 2004.*
6. Stadler C, Pstzer P, Shmeck K, Krebs A, Schmidt A K, Poustka, F. *Reduced anterior cingulate activation in aggressive children and adolescents during affective stimulation: Association with temperament traits. Journal of psychiatric Research. 2007; (14): 410-417.*
7. Van Goozen S. H. M, Fairchild G, Snoek H, Harold GT. *The evidence for a neurobiological model of childhood Anti social behavior. Psychological Bulletin. 2007; (133):149-182.*
8. Lochman J E, *Cognitive-behavior intervention with aggressive boys: three-Year follow-up and Preventive effects. Journal of consulting and clinical Psychology. 1992; (60):426-432.*
9. Dallnic A, Smith S W, Brank E. M, Penfield , R. D. *Classroom-based cognitive-behavioral intervention to prevent aggression: Efficiency and Social Validity. Journal of school psychology .2006;(44):123-139.*
10. Ronen T. *Imparting self-control skills to Decrease Aggressive behavior in a 12-year old boy. Journal of social work. 2004;(4): 269-288.*
11. Laba M, Dudu E. *The evaluation of a multi-model cognitive-behavioural approach to treating an adolescent with conduct disorder. Rhodes university. 2005.*
۱۲. هاشمی نصرت اباد تورج . بررسی مقایسه ای اثربخشی آموزش راهبردهای خود تنظیمی رفتارهای توجهی ، رفتارهای انگیزشی و خود تعلیمی کلامی بر نشانه های نقص توجه ، بیش فعالی ، خودکارآمدی و عملکرد تحصیلی دانش آموزان مبتلا به ADHD [پایان نامه دکتری]. دانشگاه تربیت معلم تهران؛ ۱۳۸۴.
۱۳. قمری گیوی حسین . کاربرد گفتار درونی در درمان ADHD [پایان نامه کارشناسی ارشد]. انیستو روانپزشکی تهران؛ ۱۳۷۰.
۱۴. توکلی زاده جهان شیر . بررسی همه گیر شناسی اختلالات رفتار و ایذایی و کمبود توجه در دانش آموزان دبستانی شهر گناباد [پایان نامه کارشناسی ارشد]. دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی ایران؛ ۱۳۷۵ .
۱۵. محمد اسماعیل الهه. درسنامه‌ی درمان رفتاری- شناختی کودکان مبتلا به بیش فعالی/نارسایی توجه تهران: دانژه؛ ۱۳۸۴.
۱۶. زامیاد عباس. مقیاس رفتار انطباقی واینلند کرمان: عظیمی، ۱۳۷۷.
۱۷. انجمن روان پزشکی آمریکا. راهنمای تشخیصی و آماری اختلال‌های روانی (ترجمه محمد رضا نیکخو و هامایاک آوادیس یانس). چاپ چهارم. تهران: سخن ، ۱۳۸۱.
۱۸. لوریا الکساندر رومانویچ. زبان و شناخت (ترجمه‌ی حبیب الله قاسم زاده). تهران: فرهنگان، ۱۳۷۶.
19. Goetz TE, Dweck CS. *Learned helplessness in social situations. Journal of personality and social psychology. 1980; (39):240-255.*
20. Hill j. *Conduct disorder. Development and psychopathology. 2005; (4):57-60.*
21. Kendall PC, Reber M, Mcleer S, Epps J, Ronan KR. *Cognitive-behavioral treatment of conduct disorder children. Journal of cognitive therapy and Research. 1990;(14): 270-297.*
22. Meichenbaum D. *Cognitive Perspective on teaching self-regulation. American Journal of Mental Retardation. 1990;(94):367-9.*
23. Whitman T.L. *Self – instruction and mental retardation, American Journal of Mental Retardation . 1990; (94): 347-62 .*
24. Komazawa. *Behavioral Assessment in a case of Domestic violence , Introduction to behavioral therapy. Psychology special lecture(2000). <http://www1.accsnet. ne. jp/-ratnin/lec 3.Ass case. Html>.*