

## مقایسه حافظه هیجانی، تصمیم‌گیری و واکنش‌پذیری بین فردی در دانش‌آموزان دارای اختلال سلوک و عادی

عباس ابوالقاسمی\*، مینا طاهری فرد\*\*

و آذر کیامرثی\*\*\*

### چکیده

این مطالعه با هدف مقایسه حافظه هیجانی، تصمیم‌گیری و واکنش‌پذیری بین فردی در دانش‌آموزان دارای اختلال سلوک و عادی اجرا شد. این پژوهش از نوع علی-مقایسه‌ای بود. جامعه آماری این پژوهش شامل تمامی دانش‌آموزان پسر مقطع راهنمایی مدارس دولتی شهر اردبیل در سال تحصیلی ۹۴-۱۳۹۳ بودند. نمونه پژوهش شامل ۹۲ دانش‌آموز بود که ۴۶ دانش‌آموز دارای اختلال سلوک (تشخیص داده شده بر اساس مصاحبه بالینی) و ۴۶ دانش‌آموز بهنجار به صورت در دسترس از میان ۸۰۰ دانش‌آموز شناسایی شدند. برای جمع‌آوری داده‌ها از پرسشنامه علائم مرضی اختلال سلوک شافر و همکاران، آزمون حافظه هیجانی کهیل و مک‌گو، آزمون برد و باخت آیوا و شاخص واکنش‌پذیری بین فردی دیویس استفاده شد. نتایج تحلیل واریانس چند متغیری نشان داد که میانگین نمرات حافظه هیجانی، تصمیم‌گیری و واکنش‌پذیری بین فردی در دانش‌آموزان دارای اختلال سلوک به طور معناداری کم‌تر از دانش‌آموزان عادی بود. این یافته‌ها حاکی است که نوجوانان دارای اختلال سلوک در حافظه هیجانی، تصمیم‌گیری و واکنش‌پذیری بین فردی مشکل دارند، لذا توجه به این متغیرها در برنامه‌های پیشگیری، آسیب‌شناسی و خدمات مشاوره‌ای و درمانی ضروری است.

**کلید واژه‌ها:** اختلال سلوک؛ تصمیم‌گیری؛ حافظه هیجانی؛ واکنش‌پذیری بین فردی

\*استاد گروه روان‌شناسی، دانشگاه گیلان، رشت، ایران

\*\*دانشجوی دکتری روان‌شناسی، دانشکده علوم تربیتی و روان‌شناسی، دانشگاه محقق اردبیلی، اردبیل، ایران

Taherifard70@yahoo.com

\*\*\*عضو هیئت علمی گروه روان‌شناسی، دانشگاه آزاد اسلامی، اردبیل، ایران

## مقدمه

طبق پنجمین ویراست راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی، اختلال سلوک<sup>۱</sup> الگوی مکرر و مداوم رفتارهایی است که به موجب آن حقوق اساسی دیگران، هنجارها یا مقررات عمده اجتماعی متناسب با سن نقض می‌شوند و با علائمی مثل پرخاشگری با افراد و حیوانات، تخریب اموال، فریبکاری یا دزدی و تخلفات جدی از مقررات مشخص می‌شود (انجمن روان‌پزشکی آمریکا<sup>۲</sup>، ۲۰۱۳). در دهه‌های اخیر، توجه فراوانی به اختلالات دوران نوجوانی شده و در این میان اختلال سلوک از شایع‌ترین این اختلالات است (مورای و فارینگتون<sup>۳</sup>، ۲۰۱۰). میزان شیوع یک ساله این اختلال در جمعیت از ۲ درصد تا بیش از ۱۰ درصد برآورد شده است و در پسران بالاتر از دختران است (انجمن روان‌پزشکی آمریکا، ۲۰۱۳).

مطالعات نیز نشان داده است که افراد مبتلا به اختلال سلوک، نقایص شناختی، هیجانی و رفتاری گوناگون نسبت به همتایان خود دارند که از جمله شناخته‌شده‌ترین آن‌ها نقص در هوش، حافظه و پردازش هیجانی است (فریک، ۱۹۹۸؛ به نقل از علاقین‌دراد و سلطانی‌فر، ۱۳۸۲). حافظه هیجانی یک سیستم پویا و سازگاری است که ما از طریق آن‌ها اطلاعات دارای بار هیجانی را نگهداری و برای استفاده در زمان حال بازخوانی می‌کنیم (هامان<sup>۴</sup>، ۲۰۰۱). شواهد نشان می‌دهد که نقص در ادراک وضعیت روانی دیگران، به رفتارهای ضداجتماعی، سایکوپاتی و پرخاشگرانه منجر می‌شود (گابارد<sup>۵</sup>، ۲۰۰۵). همچنین حافظه هیجانی در افراد دارای اختلال سلوک مختل شده است (دولان و فولام<sup>۶</sup>، ۲۰۱۰) و کودکان سالم در مقایسه با کودکان مبتلا به اختلال کمبود توجه- فزون‌کنشی و بزرگسالان سالم حافظه هیجانی بیشتری دارند (پرهن- کریستنسن، مونز، مولزو، ویلهلم، ویشنر<sup>۷</sup> و همکاران، ۲۰۱۳). پلوتز، مزارشویچ، کرکود، شرمن و بروکس<sup>۸</sup> (۲۰۱۶) دریافتند که کودکان و بزرگسالان مبتلا به اختلال

- 
1. conduct disorder
  2. American Psychiatric Association
  3. Murray & Farrington
  4. Hamann
  5. Gabbard
  6. Dolan & Fullam
  7. Prehn-Kristensen, Munz, Molzow, Wilhelm & Wiesner
  8. Pluetz, Mazur-Mosiewicz, Kirkwood, Sherman & Brooks

عصب‌شناختی مشکلات شناختی بیشتر، سرعت پردازش پایین‌تر و عملکرد حافظه ضعیف‌تری دارند.

یکی دیگر از نقایص شناختی افراد مبتلا به اختلال سلوک را، می‌توان نقص در تصمیم‌گیری دانست. نتایج مطالعات حاکی از ارتباط سلامت روانی با سبک‌های تصمیم‌گیری هست (باولار و اروسو<sup>۱</sup>، ۲۰۱۵). نوجوانان دارای اختلال سلوک تمایل شدیدی برای انجام رفتارهای خطرناک و بی‌پروا دارند و این منعکس‌کننده تصمیم‌گیری مشکل‌ساز و تکانشی آنهاست (دیسنی، الکنز، مک‌گو و لاکانو<sup>۲</sup>، ۱۹۹۹؛ رویال و کیورتز<sup>۳</sup>، ۲۰۱۰). عملکرد مختل در آزمون برد و باخت آیوا در پسران نشان‌دهنده نقص در تصمیم‌گیری، گرایش‌های ضداجتماعی و اختلال روانی آنهاست (بلایر، کالج و میتچل<sup>۴</sup>، ۲۰۰۱). همچنین شواهد نشان می‌دهد که سبک‌های تصمیم‌گیری شهودی و عقلانی و خودآگاهی هیجانی در افراد مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر کم‌تر از افراد عادی هست (ابوالقاسمی، کریمی یوسفی و خشنودیای، ۱۳۹۵). همچنین تصمیم‌گیری در بین افراد بهنجار و افراد مبتلا به اختلال سلوک متفاوت است. افراد مبتلا به اختلال سلوک، انتخاب‌های مخاطره‌آمیز و تصمیم‌گیری ضعیف بیشتری نسبت به گروه بهنجار دارند (فرچایلد، ون‌گوسن، استولری، آیتکن، ساویج<sup>۵</sup> و همکاران، ۲۰۰۹). راس، کاکس، شوستر، روجا و گونزالز<sup>۶</sup> (۲۰۱۵) طی پژوهشی دریافتند که بین تصمیم‌گیری ضعیف افراد مبتلا به اختلال سلوک و رفتارهای جنسی پرخطر آنها ارتباط معناداری وجود دارد. اختلال در تصمیم‌گیری، توجه انتخابی و جهت‌گیری آینده در رفتارهای ضداجتماعی ابراز شده توسط افراد مبتلا به اختلال سلوک، نقش دارند (فانتی، کیمونیس، حادی چالالمبوس و استینبرگ<sup>۷</sup>، ۲۰۱۶).

متغیر دیگر مرتبط با اختلال سلوک، واکنش‌پذیری بین‌فردی است<sup>۸</sup>. واکنش‌پذیری

- 
1. Baval'ár & Orosova
  2. Disney, Elkins, McGun & Lacono
  3. Royal & Kurtz
  4. Blair, College & Mitchell
  5. Fairchild, Van Goozen, Stollery, Aitken & Savage
  6. Ross, Cox, Schuster, Rojas & Gonzalez
  7. Fanti, Kimonis, Hadjicharalambous & Steinberg
  8. interpersonal reactivity

بین فردی به رفتارهایی گفته می‌شود که شالوده ارتباطات موفق و رودررو را تشکیل می‌دهند (هارجی، ساندرز و دیکسون، ۱۹۹۹). کودکان مبتلا به اختلال سلوک در همدلی هیجانی و چشم‌انداز نقص دارند (اسچونک، اسمیت، سیورز، رومنز، وارنک و اشنايدر<sup>۱</sup>، ۲۰۱۱). وجود دارد که اختلال‌های سلوک و شخصیت‌های پرخاشگر (شمای-تسوری، هاراری، آهارون-پرتز و لوکویتز<sup>۲</sup>، ۲۰۱۰) در نظریه ذهن نقص دارند. نظریه ذهن به توانایی دریافت وضعیت روانی دیگران اطلاق می‌شود. نظریه ذهن در زندگی اجتماعی افراد نقش مهمی دارد. (پال و بروکزی<sup>۳</sup>، ۲۰۰۷). همچنین افراد مبتلا به اختلال رفتاری مخرب و اختلال سلوک، الگوی شدیدتری از علائم اضطراب، عدم همدلی و عاطفه را نشان می‌دهند (اویلر، ژنکل، استادلر، ایشمک، فگرت<sup>۴</sup> و همکاران، ۲۰۱۵؛ موراتوری، لاجمن، مانفردی، میلون، نوسن تینی<sup>۵</sup> و همکاران، ۲۰۱۶).

با توجه به شیوع بالای اختلال سلوک و برجسته نشدن اهمیت قابل ملاحظه حافظه هیجانی، تصمیم‌گیری و واکنش‌پذیری بین فردی در افراد مبتلا به اختلال سلوک؛ مقایسه آنها در بین افراد دارای اختلال سلوک و عادی افق جدیدی را در زمینه آسیب‌شناسی، پیشگیری و درمان‌های روان‌شناختی آنها، نمایان خواهد کرد. بنابراین، هدف پژوهش حاضر مقایسه حافظه هیجانی، تصمیم‌گیری و واکنش‌پذیری بین فردی در دانش‌آموزان دارای اختلال سلوک و عادی است.

فرضیه پژوهش عبارت است از:

حافظه هیجانی، تصمیم‌گیری و واکنش‌پذیری بین فردی در دانش‌آموزان دارای اختلال سلوک کم‌تر از دانش‌آموزان عادی است.

## روش

پژوهش حاضر توصیفی، از نوع علی-مقایسه‌ای بود. جامعه آماری شامل تمامی دانش‌آموزان

- 
1. Schwenck, Schmitt, Sievers, Romanos, Warnke & Schneider
  2. Shamay-Tsoory, Harari, Aharon-Peretz & Levkovitz
  3. Paal & Berezke
  4. Euler, Jenkel, Stadler, Schmeck & Fegert
  5. Muratori, Lochman, Manfredi, Milone & Nocentini

پسر مقطع راهنمایی مدارس دولتی شهر اردبیل در سال تحصیلی ۹۴-۱۳۹۳ بودند (N=۲۹۷۵۰). نمونه اولیه با استفاده از روش نمونه‌گیری تصادفی خوشه‌ای چندمرحله‌ای به صورت زیر انتخاب شدند: ابتدا یک ناحیه به صورت تصادفی از میان نواحی دوگانه آموزش و پرورش شهر اردبیل انتخاب و در مرحله بعد ۱۰ مدرسه به صورت تصادفی از ناحیه ۱ انتخاب شدند. سپس از هر مدرسه ۵ کلاس به صورت تصادفی انتخاب و تمامی دانش‌آموزان با استفاده از پرسشنامه علائم مرضی اختلال سلوک بررسی شدند (N=۸۰۰). با توجه به میزان شیوع ۲ تا ۱۰ درصد و میانگین ۶ درصد اختلال، و دستیابی به اندازه نمونه مناسب، ۸۰۰ نفر به عنوان نمونه اولیه انتخاب شدند. ۹۲ دانش‌آموز که بالای نقطه برش ۲۰ در پرسشنامه علائم مرضی اختلال سلوک بودند، به عنوان دانش‌آموزان دارای نشانه‌های اختلال سلوک انتخاب شدند. تعداد ۴۶ نفر از آن‌ها براساس مصاحبه بالینی، دارای ملاک‌های اختلال سلوک تشخیص داده شدند. همچنین ۴۶ دانش‌آموز بهنجار از همان کلاس‌هایی که دانش‌آموزان دارای اختلال سلوک از آن‌ها انتخاب شده بودند، به صورت در دسترس انتخاب شد (به ازای هر دانش‌آموز دارای اختلال در کلاس یک نفر بهنجار و فاقد اختلال سلوک از آن کلاس انتخاب شد).

ابزارهای جمع‌آوری داده‌ها عبارت بودند از:

**پرسشنامه علائم مرضی اختلال سلوک:** پرسشنامه علائم مرضی اختلال سلوک (شافر، فیشر و لوکاس<sup>۱</sup>، ۲۰۰۷) یک مصاحبه بسیار ساختاریافته برای ارزیابی اولیه اختلال سلوک در کودکان و نوجوانان ۶-۱۷ ساله است. این چک لیست ۲۵ آیتم دارد که هر آزمودنی به این آیتم‌ها به صورت دو گزینه‌ای (بله یا خیر) پاسخ می‌دهد. دو شیوه نمره‌گذاری برای پرسشنامه علائم مرضی اختلال سلوک طراحی شده است. شیوه نمره برش غربال‌کننده و شیوه نمره بر حسب شدت نشانه‌های مرضی. در این پژوهش نیز از روش نمره برش غربال‌کننده استفاده شد. در پژوهش حاضر، دانش‌آموزان دارای نمره برش ۲۰ بر اساس یک انحراف معیار بالای میانگین به عنوان دارای نشانه‌های سلوک در نظر گرفته شدند ( $12/25 \pm 7/83$ ). کبودین (۱۳۹۱) در مطالعه‌ای ضرایب همسانی درونی و پایایی بازآزمایی این مقیاس را به ترتیب ۰/۷۵ و ۰/۴۷ به دست آورده است. همچنین در این بررسی ضریب اعتبار همزمان آن از طریق

همبستگی آن با پرسشنامه علائم مرضی کودکان ( $r=0/64$ ) تأیید شده است. در پژوهش حاضر ضریب آلفای کرونباخ این پرسشنامه برابر با  $0/79$  به دست آمد.

**آزمون حافظه هیجانی (EMT):**<sup>۱</sup> این آزمون به منظور سنجش حافظه هیجانی ساخته شده است (کهیل و مک گو، ۱۹۹۵). این آزمون به صورت فردی اجرا می‌شود و شامل ۱۱ اسلاید نمایشی و سه مرحله است. مرحله اول شامل ۴ اسلاید است که غیرهیجانی، مرحله دوم شامل ۴ اسلاید نمایشی، هیجانی و مرحله سوم که مرحله پایانی است، شامل ۳ اسلاید خنثی است. قبل از اجرای آزمون به شرکت‌کنندگان اطلاعاتی در خصوص این آزمون داده می‌شود. ضریب پایانی این آزمون به روش بازآزمایی در فاصله یک هفته برای مرحله هیجانی  $0/83$  گزارش شده است (دولان و فولام، ۲۰۱۰). همبستگی آزمون حافظه هیجانی با مقیاس نارسایی‌های شناختی برادبنت و همکاران،  $0/23$ - است. همچنین همبستگی این آزمون با مقیاس تنظیم شناختی هیجان فرم کوتاه گارنفسکی و کراج شامل تنظیم شناختی هیجان منفی،  $0/44$ - و تنظیم شناختی هیجان مثبت  $0/38$  است که معنادار هستند (مهر علی تبار، ۱۳۹۲).

**آزمون برد و باخت آیوا (IGT):**<sup>۳</sup> این آزمون به منظور سنجش مقوله تصمیم‌گیری در زندگی واقعی ساخته شده است (بچارا، داماسیو، داماسیو و آندرسون، ۱۹۹۴). اساس این آزمون استفاده از کارت‌هایی است که انتخاب آن‌ها مقادیری از برد و باخت را به همراه دارد. در طول آزمون، آزمایش‌شونده تلاش می‌کند تا با انتخاب صحیح کارت‌ها به حداکثر برد دست یابد. در این آزمون دسته‌های کارت به دو گروه سودآور (C و D) و ضررده (A و B) تقسیم می‌شوند. انتخاب کارت از دسته‌های سودآور اگرچه برد کم‌تری به همراه دارد، با توجه به میزان باخت کم‌تر در نهایت برد بیشتری عاید فرد انتخاب‌کننده می‌کند. در کل، برد خالص در کارت‌های دسته C و D از برد خالص در کارت‌های A و B بیشتر است. هم‌چنین تعداد کارت‌هایی که «باخت» به همراه دارند، در دسته A بیش از دسته B، ولی مبلغ باخت هر کارت در دسته A کم‌تر از دسته B است. کارت‌هایی که در دسته C قرار می‌گیرند نیز، نسبت به کارت‌های D تعداد باخت‌های بیشتر، ولی با مبالغ کم‌تری دارند (اختیاری، بهزادی، جنتی و

- 
1. Emotional Memory Test
  2. Cahill & McGaugh
  3. Iowa Gambling Task
  4. Bechara, Damasio, Damasio & Anderson

مکری، ۱۳۸۳). در پایان، نمره آزمون برد و باخت آیوا بر اساس مجموع انتخاب‌ها از دسته کارت‌های C و D منهای مجموع انتخاب‌ها از دسته کارت‌های A و B محاسبه می‌شود (بچارا، داماسیو، داماسیو و آندرسون، ۱۹۹۴؛ اختیاری و بهزادی، ۱۳۸۰ الف؛ ۱۳۸۰ ب). نسخه فارسی این آزمون در سال ۱۳۸۰ توسط اختیاری و بهزادی در مؤسسه مطالعات علوم شناختی طراحی و کارایی آن در جمعیت ایرانی تأیید شده است (اختیاری و بهزادی، ۱۳۸۰ ب). در فاصله سال‌های ۱۹۹۹ تا ۲۰۰۳، از آزمون برد و باخت برای بررسی تصمیم‌گیری مخاطره‌آمیز در پژوهش‌های مختلف استفاده شده است. در این مطالعات گزارش شده که بیماران دچار اختلالات تکانشی - پرخاشگری (بست، ویلیامز و کوسارو<sup>۱</sup>، ۲۰۰۲)، افراد دچار شخصیت‌های سایکوپات (ون هونک، هرمانس، پوتمن، مونتان و شاتر<sup>۲</sup>، ۲۰۰۲) نوجوانان دچار اختلالات رفتاری (ارنست، گرانت، لاندن، کونتورگی، کیمز و اسپورگن<sup>۳</sup>، ۲۰۰۳) در آزمون برد و باخت عملکرد آن‌ها مختل است.

**شاخص واکنش‌پذیری بین‌فردی (IPRI):**<sup>۴</sup> پرسشنامه شاخص واکنش‌پذیری بین‌فردی (دیویس<sup>۵</sup>، ۱۹۸۳) به منظور سنجش رفتارهای بین‌فردی تدوین شده است. این پرسشنامه ۲۸ آیتم دارد و هر آزمودنی به این آیتم‌ها به صورت پنج‌گزینه‌ای پاسخ می‌دهد. دامنه نمرات این شاخص بین ۲۸ تا ۱۴۰ است. این پرسشنامه چهار مؤلفه دارد که عبارت هستند از: خیالپردازی، همدلی، داشتن چشم‌انداز و پریشانی شخصی. ضریب آلفای کرونباخ این شاخص در دامنه‌ای از ۰/۷۵ تا ۰/۸۲ به دست آمده است. اله قلیلو (۱۳۸۷) در پژوهشی ضریب آلفای کرونباخ و ضریب پایایی این شاخص را به روش بازآزمایی در سوء مصرف‌کنندگان مواد و افراد عادی به ترتیب ۰/۷۷ و ۰/۷۶ به دست آورده است. در پژوهش حاضر، ضریب آلفای کرونباخ برای کل پرسشنامه ۰/۸۶ و برای مؤلفه‌های آن شامل خیال‌پردازی، همدلی، داشتن چشم‌انداز و پریشانی شخصی به ترتیب ۰/۷۹، ۰/۸۷، ۰/۸۱ و ۰/۸۴ به دست آمده است.

**روند اجرای پژوهش:** پس از دریافت معرفی‌نامه از دانشگاه و موافقت سازمان آموزش

- 
1. Best, Williams & Coccaro
  2. Van Honk, Hermans, Putman, Montagne & Schutter
  3. Ernst, Grant, London, Contoreggi, Kimes & Spurgeon
  4. Interpersonal Reactivity Index
  5. Davis

و پرورش مبنی بر اجرای پژوهش، به مدارس مراجعه کرده و پس از ارزیابی دانش‌آموزان با استفاده از پرسشنامه علائم مرضی اختلال سلوک و همچنین انتخاب دانش‌آموزان بهنجار از همان کلاس‌هایی که نمونه بالینی از آن‌ها انتخاب شده بودند، اطلاعات جمع‌آوری شد. بعد از شناسایی نمونه مورد نظر، آزمون حافظه هیجانی، آزمون برد و باخت آیوا، و پرسشنامه شاخص واکنش‌پذیری بین فردی توسط آن‌ها تکمیل شد. در نهایت داده‌های جمع‌آوری شده در این پژوهش از طریق تحلیل واریانس چندمتغیری و با استفاده از SPSS<sub>16</sub> تجزیه و تحلیل شد.

## نتایج

میانگین (و انحراف معیار) سنی دانش‌آموزان دارای اختلال سلوک و عادی به ترتیب ۱۳/۲۸ (۰/۴۶) و ۱۳/۰۱ (۰/۳۸) است. میانگین و انحراف معیار حافظه هیجانی، تصمیم‌گیری و واکنش‌پذیری بین فردی به تفکیک گروه‌های بهنجار و دارای اختلال سلوک در جدول ۱ آمده است.

جدول ۱: میانگین (و انحراف استاندارد) حافظه هیجانی، تصمیم‌گیری و واکنش‌پذیری بین فردی در دانش‌آموزان دارای اختلال سلوک و عادی

متغیرها	دانش‌آموزان عادی		دانش‌آموزان دارای اختلال سلوک	
	M	SD	M	SD
حافظه هیجانی	۳/۷۳	۰/۵۰	۱/۳۰	۰/۸۹
تصمیم‌گیری	۱۴۸۴/۱۱	۳۲۲/۰۲	۸۸۷/۲۸	۱۹۸/۴۶
خیال‌پردازی	۲۷/۱۸	۳/۱۱	۲۱/۴۴	۴/۹۵
همدلی	۳۲/۴۶	۲/۸۵	۱۹/۷۸	۲/۷۵
داشتن چشم‌انداز	۲۹/۵۴	۴/۸۷	۱۹/۷۸	۴/۱۸
پیشانی شخصی	۹/۳۱	۴/۰۸	۱۶/۶۳	۳/۲۶

قبل از استفاده از آزمون پارامتریک تحلیل واریانس چندمتغیری برای رعایت فرض‌های آن، از آزمون‌های باکس و لون استفاده شد. بر اساس آزمون باکس که برای هیچ یک از متغیرها معنادار نبوده است، شرط همگنی ماتریس‌های واریانس/کواریانس به درستی رعایت شده است (BOX=۱۹/۳۶، F=۱/۶۵، p=۰/۱۷). بر اساس آزمون لون و عدم معناداری آن برای همه



متغیرها، شرط برابری واریانس‌های بین گروهی رعایت شده است.

همان‌طور که در جدول ۲ مشاهده می‌شود، ترکیب خطی متغیرهای وابسته معنادار است ( $p < 0/001$ ;  $F=46/42$ ;  $\eta^2=0/084$  لامبدای ویلکز). این نتایج نشان می‌دهد که میان دانش‌آموزان دارای اختلال سلوک و عادی، از نظر متغیرهای وابسته تفاوت معناداری وجود دارد. مجذور اتا (که در واقع مجذور ضریب همبستگی بین متغیرهای وابسته و عضویت گروهی) نشان می‌دهد که تفاوت بین دو گروه با توجه به متغیرهای وابسته در مجموع معنادار است و میزان این تفاوت ۰/۹۱۶ است؛ یعنی ۹۱/۶ درصد واریانس مربوط به اختلاف بین دو گروه ناشی از متغیرهای وابسته است.

جدول ۲: نتایج آزمون معناداری مانوا برای حافظه هیجانی، تصمیم‌گیری و واکنش‌پذیری بین فردی در دانش‌آموزان دارای اختلال سلوک و عادی

متغیر	نام آزمون	مقدار	F	P	اندازه اثر
	اثربیلابی	۰/۹۱۶	۱۵/۰۴	۰/۰۰۱	۰/۹۱۶
گروه	لامبدای ویلکز	۰/۰۸۴	۱۵/۰۴	۰/۰۰۱	۰/۹۱۶
	اثربهلینگ	۱۰/۸۷	۱۵/۰۴	۰/۰۰۱	۰/۹۱۶
	بزرگ‌ترین ریشه روی	۱۰/۸۷	۱۵/۰۴	۰/۰۰۱	۰/۹۱۶

نتایج آزمون تحلیل واریانس در جدول ۳ نشان می‌دهد که بین حافظه هیجانی، تصمیم‌گیری و واکنش‌پذیری بین فردی در دانش‌آموزان دارای اختلال سلوک و عادی تفاوت معناداری وجود دارد ( $p < 0/001$ ). با توجه به اندازه اثر بیشترین تفاوت بین گروه‌ها به ترتیب در متغیرهای تصمیم‌گیری، همدلی، حافظه هیجانی، داشتن دیدگاه، پریشانی شخصی و خیال‌پردازی وجود دارد.

جدول ۳: نتایج آزمون تحلیل واریانس چن متغیری روی میانگین حافظه هیجانی، تصمیم‌گیری و واکنش‌پذیری بین‌فردی در دانش‌آموزان دارای اختلال سلوک و عادی

متغیر وابسته	SS	Df	MS	F	P	اندازه اثر	توان آماری
حافظه هیجانی	۱۳۲/۰۲	۱	۱۳۲/۰۲	۲۵/۰۲	۰/۰۰۱	۰/۷۴	۱
تصمیم‌گیری	۳۰۶۶/۰۱	۱	۳۰۶۶/۰۱	۶۳/۰۴	۰/۰۰۱	۰/۸۳۱	۱
خیال‌پردازی	۷۴۲/۷۷	۱	۷۴۲/۷۷	۴۳/۰۶	۰/۰۰۱	۰/۳۲۹	۱
همدلی	۳۶۱۱/۲۲	۱	۳۶۱۱/۲۲	۵۳/۷۶	۰/۰۰۱	۰/۸۵۸	۱
داشتن چشم‌انداز	۲۱۴۳/۴۹	۱	۲۱۴۳/۴۹	۱۶/۰۷	۰/۰۰۱	۰/۶۵۲	۱
پیشانی شخصی	۶۱۵/۸۹	۱	۶۱۵/۸۹	۶۲/۷۷	۰/۰۰۱	۰/۴۱۶	۱

نتایج مقایسه میانگین‌های زوجی در جدول ۴ نشان می‌دهد که حافظه هیجانی، تصمیم‌گیری، خیال‌پردازی، همدلی و داشتن چشم‌انداز در دانش‌آموزان عادی از دانش‌آموزان دارای اختلال سلوک به طور معناداری بیشتر بود، در صورتی پیشانی شخصی دانش‌آموزان دارای اختلال سلوک به طور معناداری از دانش‌آموزان عادی بیشتر است ( $p < 0/01$ ).

جدول ۴: مقایسه میانگین نمرات زوجی حافظه هیجانی، تصمیم‌گیری و واکنش‌پذیری بین‌فردی در دانش‌آموزان دارای اختلال سلوک و عادی

متغیر	تفاوت	انحراف معیار تفاوت	P
حافظه هیجانی	۲/۴۲	۰/۱۵	۰/۰۰۱
تصمیم‌گیری	۱۱۶۷/۶۷	۵۶/۱۳	۰/۰۰۱
خیال‌پردازی	۵/۷۵	۰/۸۸	۰/۰۰۱
همدلی	۱۲/۲۷	۰/۵۵	۰/۰۰۱
داشتن چشم‌انداز	۹/۷۶	۰/۷۶	۰/۰۰۱
پیشانی شخصی	۵/۲۳	۰/۶۶	۰/۰۰۱

### بحث و نتیجه‌گیری

هدف پژوهش حاضر مقایسه حافظه هیجانی، تصمیم‌گیری و واکنش‌پذیری بین‌فردی در دانش‌آموزان دارای اختلال سلوک و عادی بود. نتایج پژوهش حاضر نشان داد که میانگین

نمرات حافظه هیجانی در دانش‌آموزان دارای اختلال سلوک از دانش‌آموزان عادی کم‌تر است. این یافته با نتایج حاصل از پژوهش‌های فریک (۱۹۹۸) به نقل از علاقبندراد و سلطانی‌فر، (۱۳۸۲) همخوان است مبنی بر اینکه افراد مبتلا به اختلال سلوک نسبت به افراد عادی نقص هوش، حافظه و پردازش هیجانی بیشتری دارند. هم‌چنین با نتایج دولان و فولام (۲۰۱۰) مطابقت می‌کند مبنی بر اینکه حافظه هیجانی افراد مبتلا به اختلال سلوک مختل شده است. در تبیین نتایج پژوهش حاضر می‌توان بیان کرد از آنجایی که افراد مبتلا به اختلال سلوک افرادی فوق‌العاده استشارگر و اغواگر بوده و به حقوق دیگران یا مقررات جامعه تعرض می‌کنند، به‌طوری که پرخاشگری، بی‌رحمی فیزیکی نسبت به حیوانات، تخریب عمدی اموال دیگران، فریبکاری و دروغ‌گویی مکرر، کلاهبرداری از ملاک‌های تشخیص افراد مبتلا به اختلال سلوک است؛ در نتیجه به علت نقص در حافظه هیجانی قادر به درک وضعیت هیجانی دیگران به ویژه هیجانات اخلاقی از قبیل احساس شرم، گناه و همدردی نیستند. کاهش حافظه هیجانی در دانش‌آموزان مبتلا به اختلال سلوک به‌رغم بعضی از گزارش‌های مطرح شده جدای از تأثیر فرهنگ و جنسیت نیست و این پژوهش راهی است به سوی بررسی‌های بیشتر در زمینه تغییرات هیجانی و شناختی که در افراد مبتلا به اختلال سلوک اتفاق می‌افتد.

یافته دیگر پژوهش حاضر این بود که دانش‌آموزان دارای اختلال سلوک از نظر تصمیم‌گیری نمرات کم‌تری نسبت به دانش‌آموزان عادی کسب کرده‌اند. این یافته با نتایج حاصل از پژوهش‌های فرچایلد و همکاران (۲۰۰۹) مبنی بر اینکه تصمیم‌گیری در بین افراد بهنجار و افراد مبتلا به اختلال سلوک متفاوت است و با نتایج راس و همکاران (۲۰۱۵) همخوان است مبنی بر اینکه افراد مبتلا به اختلال سلوک، انتخاب‌های مخاطره‌آمیز و تصمیم‌گیری ضعیف بیشتری نسبت به گروه بهنجار دارند. در تبیین نتایج پژوهش حاضر می‌توان بیان کرد از آنجا که عملکرد مختل در آزمون برد و باخت آیوا در پسران نشان‌دهنده گرایش‌های ضداجتماعی و اختلال روانی آن‌هاست (بلایر و همکاران، ۲۰۰۱)؛ بنابراین، یکی از علل بروز رفتارهای تکانه‌ای و پرخاشگرانه در افراد مبتلا به اختلال سلوک می‌تواند این باشد که برای آن‌ها ارزش یک پاداش در آینده با گذشت زمان، کاهش بیشتری نسبت به افراد طبیعی پیدا می‌کند. در نتیجه این افراد پاداش کم‌تر، ولی آنی را به پاداش بیشتر و با تأخیر در آینده ترجیح می‌دهند که این راهکار می‌تواند به بروز رفتارهای تکانه‌ای و تصمیم‌گیری ضعیف

آن‌ها منجر شود. گرایش‌های پرخاشگرانه و تکانشگری افراد مبتلا به اختلال سلوک آن‌ها را از تصمیم‌گیری عقلانی دور و مستأصل می‌کند.

نتایج دیگر پژوهش حاضر نشان داد که دانش‌آموزان دارای اختلال سلوک از نظر واکنش‌پذیری بین‌فردی مانند همدلی، داشتن چشم‌انداز و خیال‌پردازی نمرات کم‌تری نسبت به دانش‌آموزان عادی کسب کرده‌اند. این یافته با نتایج اسچونک و همکاران (۲۰۱۱)، اوپلر و همکاران (۲۰۱۵) و موراتوری و همکاران (۲۰۱۶) همخوان است مبنی بر اینکه افراد مبتلا به اختلال سلوک در همدلی هیجانی، عاطفه و چشم‌انداز نقص دارند. طبق نظریه ذهن پال و بروکزی (۲۰۰۷) از آنجا که دانش‌آموزان مبتلا به اختلال سلوک در نظریه ذهن و دریافت وضعیت روانی دیگران دچار نقص هستند و قادر به استنباط تمایلات، نیات، هیجان‌ات و ادراکات دیگران به ویژه همدلی، همدردی و احساس پریشانی شخصی نیستند. بنابراین، این افراد هنگام تعاملات اجتماعی نمی‌توانند از مهارت‌های بین‌فردی استفاده کنند و فاقد رفتارهای جامعه‌پسند، همدلی و همدردی هستند.

محدود بودن پژوهش حاضر فقط به دانش‌آموزان پسر و شهرستان اردبیل از مهم‌ترین محدودیت‌ها بود که در تعمیم نتایج باید احتیاط شود. تحقیق روی زنان و سایر شهرها می‌تواند نتایج مطمئن‌تری به دست دهد. با توجه به نتایج این پژوهش مبنی بر وجود اشکال در زمینه حافظه هیجانی، تصمیم‌گیری و واکنش‌های بین‌فردی در دانش‌آموزان دارای اختلال سلوک و مشکلات شناختی- رفتاری ناشی از آن که هم خود فرد و خانواده و هم جامعه را درگیر می‌کند و هزینه‌های زیادی بر محیط‌های آموزشی و سرویس‌های مراقبت بهداشت روانی تحمیل می‌کند، پیشنهاد می‌شود که از این متغیرها در تشخیص، آسیب‌شناسی و بهبود اختلال سلوک در مراکز مشاوره دانش‌آموزی و مراکز بالینی و درمانی استفاده شود.

**تشکر و قدردانی:** از مسئولان و دانش‌آموزان محترم مقطع راهنمایی شهر اردبیل، به‌خاطر

همکاری صادقانه آن‌ها در اجرای پژوهش حاضر تشکر و قدردانی می‌شود.

## منابع

- ابوالقاسمی، عباس، کریمی یوسفی، سیده هایده و خشنودنیای چماچایی، بهنام (۱۳۹۵). مقایسه رفتار خودتنظیمی، خودآگاهی هیجانی و سبک‌های تصمیم‌گیری در زنان با و بدون اختلال اضطراب فراگیر، *مطالعات روان‌شناختی*، ۴(۱۲): ۲۴-۷.
- اختیاری، حامد و بهزادی، آرین (۱۳۸۰ الف). قشر پره فرونتال، اختلالات تصمیم‌گیری و آزمون‌های ارزیابی‌کننده، *فصلنامه تازه‌های علوم شناختی*، ۳(۳): ۸۶-۶۴.
- اختیاری، حامد و بهزادی، آرین (۱۳۸۰ ب). ارزیابی ساختار تصمیم‌گیری مخاطره‌آمیز: شواهدی از یک تفاوت بین فرهنگی، *فصلنامه تازه‌های علوم شناختی*، ۴(۳): ۴۸-۳۶.
- اختیاری، حامد، بهزادی، آرین، جنتی، علی و مکرری، آذرخش (۱۳۸۳). دفعات باخت و مقادیر آن: کدامیک تأثیر منفی بیشتری بر ما می‌گذارد؟ *فصلنامه تازه‌های علوم شناختی*، ۳(۶): ۲۷-۱۷.
- اله قلیلو، کلثوم (۱۳۸۷). *تحلیل رابطه مهارت‌های هوشیاری فراگیر، فراشناخت و تنظیم هیجان با رفتار بین‌فردی سوء‌مصرف کنندگان مواد*، پایان‌نامه کارشناسی ارشد، دانشکده روان‌شناسی و علوم تربیتی دانشگاه محقق اردبیلی.
- فریک، پی. جی. (۱۳۸۲). *اختلال سلوک و رفتارهای ضداجتماعی شدید*. ترجمه جواد علاقه بندراد و سلطانی‌فر، تهران: سنا.
- کبودین، عقیل (۱۳۹۱). *نقش تصمیم‌گیری، صفات شخصیتی سایکوپاتیک و حافظه هیجانی در پیش‌بینی واکنش‌پذیری نوجوانان دارای اختلال سلوک*، پایان‌نامه کارشناسی ارشد، دانشکده روان‌شناسی و علوم تربیتی دانشگاه محقق اردبیلی.
- مهرعلی‌تبار، مریم (۱۳۹۲). *رابطه حافظه هیجانی، پردازش خودتأملی و راهبردهای تنظیم هیجان با نارسایی‌های شناختی در بیماران دوقطبی نوع یک و نوع دو*، پایان‌نامه کارشناسی ارشد، دانشکده روان‌شناسی و علوم تربیتی دانشگاه محقق اردبیلی.
- هارجی، اون، ساندز، کریستین و دیکسون، دیوید (۱۳۸۶). *مهارت‌های اجتماعی در ارتباطات بین‌فردی*. ترجمه مهرداد فیروزبخت، تهران: رشد.
- Abolghasemi, A., Karimi Yousefi, S. H., & Khoshnoodnia Chomachaei, B. (2017). Comparisons of self-regulation behavior, emotional self-awareness and decision making styles in women with and without generalized anxiety disorder. *Psychological Studies*, 4(12): 7-24 (Text in Persian).
- Allah Qalilu, K. (2008). *Analysis of the relationship between comprehensive alertness skills, metacognition and emotion regulation with interpersonal*

- behavior of substance abusers*. Master's thesis, Faculty of Psychology and Educational Sciences, University of Mohaghegh Ardabili (Text in Persian).
- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (5th ed.)*. Arlington, VA: American Psychiatric Publishing.
- Bavol'ár, J., & Orosova, O. (2015). Decision-making styles and their associations with decision-making competencies and mental health. *Judgment and Decision Making*, 10(1): 115-122.
- Bechara, A., Damasio, A. R., Damasio, H., & Anderson, S. W. (1994). Insensitivity to future consequences following damage to human prefrontal cortex. *Cognition*, 50(1-3): 7-15.
- Best, M., Williams, J.M., & Cocearo, E.F. (2002). Evidence for a dysfunctional prefrontal circuit in patients with an impulsive aggressive disorder. *Proceedings of the National Academy of Sciences*, 99(12): 8448-53.
- Blair, R. J., College, E., & Mitchell, D. G. (2001). Somatic markers and response reversal: is there orbitofrontal cortex dysfunction in boys with psychopathic tendencies? *Journal of Abnormal Child Psychology*, 29(6): 499-511.
- Cahill, L., & McGaugh, J. L. (1995). A novel demonstration of enhanced memory associated with emotional arousal. *Consciousness and Cognition*, 4(4): 410-421.
- Davis, M. H. (1983). Measuring individual differences in empathy:evidence for a multi- dimensional approach. *Journal of Personality and Social Psychology*, 44(1):113-126.
- Disney, R., Elkins, J., McGun, M. & Lacono, W. G. (1999). Effects of ADHD, conduct disorder, and gender on substance use and abuse in adolescence. *The American Journal of Psychiatry*, 156(10): 1515-21.
- Dolan, M. C., & Fullam, R. (2010). Emotional memory and psychopathic traits in conduct disordered adolescents. *Personality and Individual Difference*, 48(3): 327-331.
- Ekhtiari, H., & Behzadi, Arian (2001 A). Prefrontal cortex, decision abnormalities and evaluative tests. *Advances in Cognitive Science*, 3(3): 64-86. (Text in Persian).
- Ekhtiari, H., & Behzadi, A. (2001 B). Assessment of the risk decision-making structure: evidence of a cross-cultural difference. *Advances in Cognitive Science*, 4(3): 36- 48 (Text in Persian).
- Ekhtiari, H., Behzadi, A., Jannati, A., & Makeri, A. (2004). The number of times lost and its values: which gives us more negative impact? *Advances in Cognitive Science*, 3(6): 27-17 (Text in Persian).
- Ernst, M., Grant, S.J., London, E.D., Contoreggi, C.S., Kimes, A.S., & Spurgeon, L. (2003). Decision making in adolescent with behavior disorders and adult with substance abuse. *American Journal of Psychiatry*, 160(1): 33-40.

- Euler, F., Jenkel, N., Stadler, C., Schmeck, K., Fegert, J. M., Kölch, M. & Schmid, M. (2015). Variants of girls and boys with conduct disorder: anxiety symptoms and callous-unemotional traits. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 43(4): 773-85.
- Fairchild, G., Van Goozen, S. H., Stollery, S. J., Aitken, M. R., Savage, J., Moore, S. C. & Goodyer, I. M. (2009). Decision making and executive function in male adolescents with early-onset or adolescence-onset conduct disorder and control subject. *Biological Psychiatry*, 66(2): 162-8.
- Fanti, K. A., Kimonis, E. R., Hadjicharalambous, M. Z., Steinberg, L. (2016). Do neurocognitive deficits in decision making differentiate conduct disorder subtypes? *European Child & Adolescent Psychiatry*, 25(9): 96-989.
- Frick, P. J. (1998). *Conduct disorders and severe antisocial behavior*. In: Javad Alagebande rad and Soltani Far (2003). Tehran: Sana Publications (Text in Persian).
- Gabbard, G. (2005). Mind, brain, and personality disorders. *The American Journal of Psychiatry*, 162(4): 648- 655.
- Hamann, S. (2001). Cognitive and neural mechanisms of emotional memory. *Cognitive Sciences*, 5(9): 1-20.
- Hargie, O., Saunders, C. & Dickson D. (1999). *Social skills in interpersonal communication*. In: Mehrdad Firozbakht (2007). Tehran: Growth Publishin (Text in Persian).
- Kabudin, A. (2012). *The role of decision making, psychopathic personality traits and emotional memory in predicting the responsiveness of adolescents with conduct disorder*. Master's thesis, Faculty of Psychology and Educational Sciences, University of Mohaghegh Ardabili. (Text in Persian).
- Meher Ali Tabar, M. (2013). *The relationship between emotional memory, self-efficacy and emotional regulation strategies with cognitive deficits in type 1 and type 2 bipolar patients*. Master's thesis, Faculty of Psychology and Educational Sciences, University of Mohaghegh Ardabili. (Text in Persian).
- Muratori, P., Lochman, J. E., Manfredi, A., Milone, A., Nocentini, A., Pisano, S., & Masi, G. (2016). Callous unemotional traits in children with disruptive behavior disorder: Predictors of developmental trajectories and adolescent outcomes. *Psychiatry Research*, 28(236): 35-41.
- Murray, J., & Farrington, D. P. (2010). Risk factors for conduct disorder and delinquency: key findings from longitudinal studies. *Canadian Journal of Psychiatry*, 55(10): 633-42.
- Paal, T., & Bereczkei, T. (2007). Adult theory of mind, cooperation, Machiavellianism: The effect of mindreading on social relations, *Personality and Individual Differences*, 43(3): 541-551.

- Prehn-Kristensen, A., Munz, M., Molzow, I., Wilhelm, I., Wiesner, C. D., & Baving, L. (2013). Sleep promotes consolidation of emotional memory in healthy children but not in children with attention-deficit hyperactivity disorder. *PLOS One*, 8(5).
- Ploetz, D. M., Mazur-Mosiewicz, A., Kirkwood, M. W., Sherman, E. M. & Brooks, B.L. (2016). Performance on the test of memory malingering in children with neurological conditions. *Child Neuropsychology*, 22(2): 133-42.
- Ross, J. M., Coxe, S., Schuster, R. M., Rojas, A., & Gonzalez, R. (2015). The moderating effects of cannabis use and decision making on the relationship between conduct disorder and risky sexual behavior. *Journal of Clinical and Experimental Neuropsychology*, 37(3): 303-15 .
- Royal, J. D., & Kurtz, J. L. (2010). I ate what?! The effect of stress and dispositional eating style on food intake and behavioral awareness. *Personality and Individual Differences*, 49(6): 565-9.
- Schwenck, C., Schmitt, D., Sievers, S., Romanos, M., Warnke, A., & Schneider, W. (2011). Cognitive and emotional empathy in children with ADHD and conduct disorder. *Zeitschrift für Kinder- und Jugend psychiatrie und Psychotherapie*, 39(4): 265-76.
- Schaffer, A., Fisher, j., & Lucas, A. (2007). Conduct disorder symptoms inventory performance as a measure of behavior problem. *International Journal of Law and Psychiatry*, 28: 102-118.
- Shamay-Tsoory, S. G., Harari, H., Aharon-Peterz, J., & Levkovitz, Y. (2009). The role of the orbitofrontal cortex in affective theory of mind deficits in criminal offenders with psychopathic tendencies. *Cortex*, 46(5): 668-677.
- Van Honk, J., Hermans, E. J., Putman, P., Montagne, B., & Schutter, D. J. (2002). Defective somatic markers in subclinical psychopathy. *Neuro report*, 13(8): 1025-1027.



---

**Comparison of Emotional Memory, Decision-Making and Interpersonal Reactivity in Students with Conduct Disorder and Normal Students**

---

Abbas Abolghasemi\*, Mina Taherifard\*\*,

Azar Kiamarsi\*\*\*

**Abstract**

The purpose of this study was to compare emotional memory, decision-making and interpersonal reactivity in students with conduct disorder and normal students. The present study was causal-comparative. The statistical population of this research included all male students in second and third grade public schools in the Ardabil city in 2014-2015 (N=800). The sample consisted of 92 students to 46 students with conduct disorder (diagnosed by clinical interviews) and 46 normal students by available sampling were identified among the 800 students. Data were collected, using the conduct disorder pathological symptoms inventory of Schaffer and et al, the emotional memory test of Cahill and McGaugh, Iowa gambling task and interpersonal reactivity index of Davis. The results of multivariate analysis of variance showed that the average scores of the emotional memory, decision-making and interpersonal reactivity in children with conduct disorder were significantly lower than the normal students. These findings indicated that adolescents with conduct disorder

---

\* Professor of Psychology. Guilan University. Rasht, Iran

\*\* Ph.D. student of psychology, Faculty of Education and Psychology, University of Mohaghegh Ardabili, Ardabil, Iran

\*\*\* Faculty of Psychology, Faculty of Education and Psychology, Islamic Azad University, Ardabil, Iran

received: 2017-03-07

accepted: 2017-09-16

DOI: 10.22051/psy.2017.14532.1369

had difficulty in emotional memory, decision-making and interpersonal reactivity. Thus, attention to the variables in programs of prevention, pathology, counseling and therapy is necessary.

*Keywords: conduct disorder; decision-making; emotional memory; interpersonal reactivity*

