



## مقایسه اثر بخشی درمان شناختی- رفتاری با آموزش هوش هیجانی بر سازگاری اجتماعی نوجوانان مبتلا به اختلال سلوک

دانشجوی دکتری، روانشناسی تربیتی، واحد ساری، دانشگاه آزاد اسلامی، ساری، ایران  
استادیار، گروه روانشناسی، واحد ساری، دانشگاه آزاد اسلامی، ساری، ایران  
استادیار، گروه روانشناسی، واحد نکا، دانشگاه آزاد اسلامی، نکا، ایران

عادل امیرخانلو <sup>id</sup>

یارعلی دوستی\* <sup>id</sup>

رضا دنیوی <sup>id</sup>

dousti@iausari.ac.ir

ایمیل نویسنده مسئول:

پذیرش: ۱۴۰۱/۰۹/۲۱

دریافت: ۱۴۰۱/۰۲/۱۵

فصلنامه علمی پژوهشی  
خانواده درمانی کاربردی

شاپا (الکترونیکی) ۲۴۳۰-۲۷۱۷  
<http://Aftj.ir>

دوره ۳ | شماره ۴ پیاپی ۱۳ | ۲۴۲-۲۱۷  
زمستان ۱۴۰۱

نوع مقاله: پژوهشی

### چکیده

**هدف:** این پژوهش به منظور مقایسه اثر بخشی درمان شناختی- رفتاری با آموزش هوش هیجانی بر سازگاری اجتماعی نوجوانان مبتلا به اختلال سلوک انجام شد. **روش پژوهش:** روش پژوهش حاضر، نیمه آزمایشی با طرح پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری با گروه گواه (دو گروه آزمایش و یک گروه گواه) بود. جامعه آماری پژوهش را کلیه نوجوانان مبتلا به اختلال سلوک که در کانون اصلاح تربیت تهران در سال ۱۳۹۸ حضور دارند، تشکیل دادند. نمونه از بین افراد آزمودنی‌های مبتلا به اختلال سلوک غربال شدند، ۴۵ نفر از نوجوانان به صورت تصادفی در سه گروه (دو گروه آزمایش و یک گروه گواه هر گروه ۱۵ نفر) جای گرفتند. نمونه‌گیری، در مرحله انتخاب آزمودنی‌ها به صورت هدفمند و در مرحله جایگزینی در گروه‌های آزمایش و گواه به صورت تصادفی انجام گرفت. گروه آزمایش اول در طی هشت جلسه براساس پروتکل شناختی- رفتاری اسمیت (۲۰۰۰) و گروه آزمایش دوم طی هشت جلسه براساس پروتکل آموزش هوش هیجانی برادبری و گریوزف (۲۰۰۱) تحت آموزش قرار گرفتند اما گروه گواه در لیست انتظار قرار گرفت. ابزار گردآوری داده‌ها در این تحقیق پرسشنامه سازگاری اجتماعی کالیفرنیا (۱۹۵۳) بود. جهت تحلیل داده‌ها از آزمون تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر استفاده شد. **یافته‌ها:** نتایج حاصل از تحقیق نشان داد که درمان شناختی- رفتاری و آموزش هوش هیجانی بر افزایش سازگاری اجتماعی ( $F=6/49$ ،  $P=0/003$ )، قالب‌های اجتماعی ( $F=57/74$ ،  $P<0/001$ )، مهارت‌های اجتماعی ( $F=7/33$ ،  $P=0/002$ )، علائق ضد اجتماعی ( $F=7/73$ ،  $P<0/001$ )، روابط خانوادگی ( $F=4/34$ ،  $P=0/010$ )، روابط مدرسه‌ای ( $F=4/13$ ،  $P=0/045$ ) و روابط اجتماعی ( $F=4/97$ ،  $P=0/018$ ) نوجوانان مبتلا به اختلال سلوک اثربخش است. همچنین مقایسه دو گروه آزمایش نشان داد که درمان شناختی- رفتاری تاثیر بیشتری در افزایش سازگاری اجتماعی نوجوانان دارد ( $P<0/001$ ). **نتیجه‌گیری:** می‌توان نتیجه گرفت که درمان شناختی- رفتاری و آموزش هوش هیجانی بر افزایش سازگاری اجتماعی نوجوانان مبتلا به اختلال سلوک موثر بود.

**کلیدواژه‌ها:** درمان شناختی- رفتاری، آموزش هوش هیجانی، سازگاری اجتماعی، اختلال سلوک..

به این مقاله به شکل زیر استناد کنید:  
**درون متن:**  
(امیرخانلو، دوستی و دنیوی، ۱۴۰۱)

### در فهرست منابع:

امیرخانلو، ع، دوستی، ی، و دنیوی، ر. (۱۴۰۱). مقایسه اثر بخشی درمان شناختی- رفتاری با آموزش هوش هیجانی بر سازگاری اجتماعی نوجوانان مبتلا به اختلال سلوک. *خانواده درمانی کاربردی*، ۳(۴)، ۲۴۲-۲۱۷.

## مقدمه

عمده‌ترین اختلال‌های دوران کودکی و نوجوانی که باعث مراجعه به متخصصان بهداشت روانی می‌شود، اختلال‌های رفتاری است و در این میان، رایج‌ترین نوع اختلال رفتاری، اختلال سلوک<sup>۱</sup> است (ریچاردسون و جاگین، ۲۰۱۹). کودکان مبتلا به اختلال سلوک به شدت در معرض طرد همسالان، عملکرد ضعیف تحصیلی، افزایش رفتار پرخاشگرانه و همچنین آماده ابتلاء به اختلال‌های خلقی، مصرف مواد و بزهکاری و اختلال شخصیت ضداجتماعی، کمبود در مهارت‌های حل مسأله و نقایصی در توجه و تفکر در بزرگسالی هستند (پترسون، ۲۰۲۰). این الگوی رفتاری با آشفتگی‌های عاطفی و اجتماعی (هاوس، ۲۰۱۹)، رفتارهای پرخاشگرانه و زورمندانه نسبت به والدین و معلمان (گری، ۲۰۲۰)، ضعف در عملکرد تحصیلی (میدز نیل، ۲۰۱۸)، حرمت نفس پایین (سالیمی و کالیاس، ۲۰۱۷)، نارسایی در مهارت‌های اجتماعی و غیرکلامی (ماتر کاوالی، ۲۰۱۷)، مشکلات در رعایت هنجارهای اجتماعی، کنترل خشم و برقراری ارتباط مناسب (کالاتا، ۲۰۱۸)، ضعف در مهارت‌های کلامی نسبت به همسالان عادی در نوجوانان مبتلا به اختلال سلوک رابطه دارد (میلر، ۲۰۱۵) همراه گردیده و تصویر پیچیده‌ای از اختلال سلوک نمایان می‌سازند. اغلب نوجوانان دارای اختلال سلوک مشکلات رفتاری متفاوتی را از خود نشان می‌دهند (کامینگر، ۲۰۱۹). مشکلات رفتاری می‌تواند بر عملکرد تحصیلی فرد، مراقبت از خود، روابط اجتماعی، سازگاری فردی، رفتار در کلاس و سازگاری نیز تأثیر منفی بگذارد (جیل، ۲۰۱۸). از جمله عواملی که می‌تواند در تشدید نشانه‌های سلوک تأثیرگذار باشد سازگاری اجتماعی ضعیف است (مظاهری و افشار، ۱۳۹۶). افراد ناتوان در سازگاری اجتماعی با مشکلات متنوعی در روابط بین فردی (کوهان و همکاران، ۲۰۱۸)، محیط‌های تحصیلی (هاردا و تایپر، ۲۰۱۷) و حوزه‌های عاطفی رفتاری (لوبیر و یرا، ۲۰۱۵) روبرو می‌شوند. این کودکان در زمینه کاربرد مهارت‌های اجتماعی بسیار ضعیف عمل کرده و در مشکلات بین‌فردی نمی‌توانند شیوه‌های مختلفی برای رفع مشکل پیدا کنند و از بهزیستی پایینی برخوردارند (آلبرت، ۲۰۱۵). عدم سازگاری اجتماعی در کودکان اغلب پیشایند رشد رفتارهای ضد اجتماعی است. کودکان مبتلا به این مشکلات، خانواده، مدرسه و به طور کلی جامعه را با مشکل روبه رو می‌سازند. زمانی که ظرفیت‌ها و توانایی این گروه از کودکان ناشناخته بماند و هم چنین مداخله مناسب را دریافت نکنند، این مشکلات منجر به نقص عملکرد در زمینه‌های مختلف زندگی از جمله تحصیلی و روابط بین‌فردی می‌شود که در نهایت می‌تواند به مثابه تهدید برای بهداشت روان کودک باشد تا جایی که او را در برابر آشفتگی روانی- اجتماعی دوره بزرگسالی آسیب پذیر می‌سازد (گریچ، ۲۰۱۰).

در تبیین و درمان بهبود مولفه‌های موثر بر اختلالات رفتاری کودکان و نوجوانان دارای اختلال سلوک، درمان‌های مختلفی ارائه شده است. از جمله درمان‌های ارائه شده می‌توان به درمان فردی و گروهی، رفتار درمانی، درمان آسایشگاهی، رویکرد پذیرش و تعهد و درمان‌های دارویی اشاره کرد (گوردون و همکاران، ۲۰۱۹). هر کدام از درمان‌ها، از نظر طول درمان و هزینه‌هایی که بر شخص آسیب دیده تحمیل می‌کنند با کاستی‌هایی روبرو هستند. همچنین دوره پیگیری در این درمان‌ها بصورت دائمی و بلند مدت نبود (پلوسو، ۲۰۲۰). روان‌شناسان در دهه‌های اخیر در بررسی اختلالات رفتاری به این نتیجه رسیدند که بسیاری از این

<sup>1</sup> Conduct disorder

اختلال‌ها ریشه در ناتوانی فرد در تحلیل صحیح و مناسب از خود و موقعیت‌های دشوار و ناآگاهی برای حل مشکلات و مسائل زندگی به شیوه‌ی مناسب و نیز استفاده از ظرفیت‌های غیرشناختی و هیجانی، دارد (مک گیور، ۲۰۱۸). از آن جا که دوره نوجوانی، دوره‌ای است که در آن تغییرات جسمی و روانی- اجتماعی نوجوان با هیجانات شدید همراه است و بسیاری از دستگاه‌های عصبی و شناختی که هیجان را کنترل می‌کنند ضمن این دوره به رشد می‌رسند (هوپر و همکاران، ۲۰۱۷)، بنابراین داشتن آموزش‌هایی مبتنی بر هوش هیجانی لازم است (مارتین، ۲۰۱۴). پژوهش‌ها نشان می‌دهند افراد دارای ناسازگاری‌های رفتاری در بعضی ابعاد هوش هیجانی نظیر حل مسائل اجتماعی (مک گیور، ۲۰۱۸)، همدلی (کریج و بکر، ۲۰۱۷)، شایستگی اجتماعی (برگرون و الینت، ۲۰۱۹)، انعطاف‌پذیری (ساتکر و همکاران، ۲۰۱۶)، کنترل تکانه (استرابر و همکاران، ۲۰۱۶) و خودتنظیمی (مارتین، ۲۰۱۴) با دیگران متفاوت بوده‌اند. از سوی دیگر سطوح عالی این توانایی بانشاط، سلامتی، بهزیستی، عملکرد تحصیلی خوب و سازگاری با تغییرات (ماسکت و سورس، ۲۰۱۸) در این افراد همراه است. صفوی و همکاران (۱۳۹۸) در پژوهشی خاطر نشان کردند که بین هوش هیجانی و سازگاری عاطفی و اجتماعی رابطه مستقیم و معنی‌داری وجود دارد و آموزش هوش هیجانی می‌تواند در ارتقاء توانایی مقابله با مشکلات و سازگاری مؤثر باشد. در پژوهشی سیارویی و همکاران (۲۰۱۸) دریافتند، نوجوانان با رفتار مخرب در هوش هیجانی به خصوص در توانایی درک و فهم و مدیریت هیجانات عملکرد ضعیفی دارند. محققان نتیجه گرفتند که هوش هیجانی هم بر مؤلفه‌های رفتاری و هم بر مؤلفه‌های عاطفی رفتار دانش‌آموز در کلاس تأثیر می‌گذارد. (سیارویی و همکاران، ۲۰۱۸)

هیچ روش درمانی برای تمام طیف رفتارهایی که در اختلال سلوک سهیم‌اند درمان بخش شمرده نمی‌شود، انواعی از درمان‌ها ممکن است برای اجزاء خاصی از اختلال مزمن مفید (بارک، ۲۰۱۷). نیاز به انطباق و سازگاری با تغییرات و فشارهای روانی و اجتماعی به خصوص در نوجوانان دارای اختلال سلوک، باعث شده توجه پژوهشگران و روان‌شناسان به طرف درمان شناختی- رفتاری افزایش یابد (بیدرمن و همکاران، ۲۰۱۶). این روش درمانی تاکنون در مشکلات و اختلالات مختلف کودک و نوجوان از جمله افسردگی، اضطراب، خشم و پرخاشگری و غیره به کار گرفته شده است (ترنر و همکاران، ۲۰۱۳). توزنده و همکاران (۱۳۹۸) و پاشا و همکاران (۱۳۹۶) تأثیر آموزش شناختی رفتاری را بر عزت نفس و سازگاری اجتماعی نوجوانان دارای اختلال سلوک بررسی کردند. نتایج تحلیل واریانس حاکی از اثربخشی شیوه‌های مختلف آموزش رفتاری شناختی و افزایش معنادار سازگاری اجتماعی و عزت نفس بود. هازلت (۲۰۱۹) درمان شناختی رفتاری را مداخله‌ای درمانی از طریق کاهش فراوانی و شدت پاسخ‌های سازش‌نیافته درمان‌جویان و آموزش مهارت‌های جدید شناختی رفتاری آن‌ها می‌داند که موجب کاهش معنی‌دار در رفتارهای ناخواسته و افزایش معنی‌دار در رفتارهای سازش‌یافته‌تر می‌شود (هازلت، ۲۰۱۹). این رویکرد تلفیقی ازدو الگوی موفق رفتار درمانی و شناخت درمانی است که نقش موفق آن در درمان بسیاری از مشکلات روان‌شناختی به اثبات رسیده است (مهلمن و گورمن، ۲۰۱۹)

با توجه به مطالب ارائه شده و این‌که تا به حال به قدر کافی به این اختلال در بین جامعه نوجوانان ایرانی که در سنین در معرض خطر می‌باشند، توجه نشده است و از سوی دیگر به دلیل آن‌که ترکیب سنی جمعیت ایران، ترکیب جمعیتی جوان با حدود ۱۲/۵ میلیون نفر دانش‌آموز است، توجه به این اختلال و راه‌های تشخیص، کنترل و مداوای آن از اهمیت دوچندانی برخوردار است. به علاوه با توجه به این‌که عمده‌ترین

مشکلات نوجوانان مبتلا به اختلال سلوک در رعایت هنجارهای اجتماعی و برقراری ارتباط مناسب می‌باشد (کالاتا و همکاران، ۲۰۰۳) و تاکنون پژوهش‌چندانی خصوصاً در داخل کشور در زمینه اثربخشی آموزش هوش هیجانی و درمان شناختی رفتاری در پیشگیری و درمان سازگاری اجتماعی نوجوانان دارای اختلال سلوک در جمعیت ایرانی انجام نشده است. دلیل انتخاب این دو رویکرد این است که هر دو به نحوی بر اختلالات رفتاری و آسیب‌های ناشی از آن تمرکز می‌کنند. با توجه به اهمیت موضوع و آسیب‌های متأثر از آن به خصوص در کودکان و نوجوانان، نیاز به بررسی و تحقیقات بیشتر مداخلات روان‌درمانی از جمله درمان شناختی رفتاری و آموزش هوش هیجانی برای کاهش تأثیرات سوء و مخرب آن دیده می‌شود (بیات اصغری، ۱۳۹۴). با توجه به آنچه گفته شد پژوهش حاضر در پاسخ به این سؤال شکل گرفت که آیا اثربخشی درمان شناختی- رفتاری با آموزش هوش هیجانی بر سازگاری اجتماعی نوجوانان مبتلا به اختلال سلوک متفاوت است؟ نتایج این تحقیق می‌تواند راهنمای پژوهش‌گران و درمان‌گرانی باشد که در زمینه مشکلات رفتاری فعالیت می‌کنند و یک برنامه تکمیلی و کاربردی برای محیط‌های آموزشی ارائه دهد. پژوهش حاضر به دنبال پاسخگویی به سوالات زیر بود:

- ۱- آیا درمان شناختی- رفتاری با آموزش هوش هیجانی بر سازگاری اجتماعی نوجوانان مبتلا به اختلال سلوک در مرحله پس‌آزمون موثر بود؟
- ۲- آیا درمان شناختی- رفتاری با آموزش هوش هیجانی بر سازگاری اجتماعی نوجوانان مبتلا به اختلال سلوک در مرحله پیگیری پایدار بود؟

### روش پژوهش

پژوهش حاضر یک تحقیق کاربردی و از نوع طرح‌های نیمه آزمایشی با طرح پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری با گروه گواه (دو گروه آزمایش و یک گروه گواه) می‌باشد. جامعه آماری پژوهش حاضر را کلیه نوجوانان مبتلا به اختلال سلوک که درکانون اصلاح تربیت تهران در سال ۱۳۹۸ حضور دارند، تشکیل می‌دهند. نمونه از بین افراد آزمودنی‌های مبتلا به اختلال سلوک از مصاحبه تشخیصی و بالینی روانشناس بالینی بر اساس ملاک‌های تشخیصی DSM-V به عنوان نوجوانان مبتلا به اختلال سلوک غربال می‌شوند، ۴۵ نفر از نوجوانان که واجد ملاک‌های تشخیصی و ملاک‌های ورود و خروج می‌باشند به‌طور غیر تصادفی هدفمند انتخاب و به‌صورت تصادفی ساده به دو گروه ۱۵ نفر آزمایش و یک گروه ۱۵ نفر گواه گمارده شدند. گروه آزمایش اول تحت درمان شناختی رفتاری و گروه آزمایش دوم تحت آموزش هوش هیجانی قرار گرفتند و گروه گواه درمانی را دریافت نکرد. سپس پس‌آزمون اجرا شده و سه ماه بعد در مرحله پیگیری، آزمون‌ها اجرا شدند. ملاک‌های ورود شامل حداقل سواد خواندن و نوشتن، کسب نمره پایین‌تر از ۵۵ در آزمون سازگاری اجتماعی و دامنه سنی ۱۲ تا ۱۸ سال بود. دارا بودن مشکلات و بیماری‌های جسمانی شدید، مصرف داروهای پزشکی و روان‌پزشکی مصرف، غیبت از جلسات مداخله‌ای به مدت دو جلسه، دریافت کردن هرگونه درمان دیگر در طول دوره مداخله و سابقه ابتلا به یک بیماری روان‌پزشکی از ملاک‌های خروج از مطالعه بود.

## ابزار پژوهش

۱. **آزمون سازگاری اجتماعی کالیفرنیا:** این آزمون نیمرخ سازگاری فردی و اجتماعی فرد را اندازه‌گیری می‌کند و توسط ثورپ، کلارک و تیکز در سال ۱۹۳۹ (به نقل از خدایاری فرد و همکاران، ۱۳۸۱) برای اولین بار منتشر شد و در سال ۱۹۵۳ مورد تجدید نظر و بازنگری قرار گرفت. این آزمون دارای ۵ سطح سنی پیش دبستانی، دبستانی، راهنمایی، دبیرستانی و بزرگسالی است، که سطح دبیرستانی آن در این پژوهش مورد استفاده قرار گرفته است. و دارای ۹۰ سوال است که در زمینه سازگاری اجتماعی ۶ مقیاس فرعی دارد. این آزمون دارای شش مقیاس قالب‌های اجتماعی، مهارت‌های اجتماعی، گرایش ضداجتماعی، روابط خانوادگی، روابط آموزشی و روابط اجتماعی می‌باشد (به نقل از خدایاری فرد و همکاران، ۱۳۸۱). رویایی و پایایی این پرسشنامه در تحقیقات مختلف مورد ارزیابی قرار گرفته است. مسعود نژاد (۱۳۷۱) ضریب پایایی این آزمون را برای سازگاری اجتماعی ۰/۷۸ و پایایی آن را از طریق آلفای کرنباخ ۰/۷۴ گزارش کرده است. میزان پایایی به دست آمده در پژوهش حاضر برای پرسشنامه سازگاری اجتماعی کالیفرنیا به روش آلفای کرنباخ ۰/۷۹ می‌باشد.

۲. **جلسات درمان شناختی- رفتاری:** درمان شناختی- رفتاری در هشت جلسه به صورت هفتگی و به مدت دو ماه براساس پروتکل اسمیت (۲۰۰۰) برگزار شد.

### جدول ۱. شرح مختصر جلسات شناختی- رفتاری (اسمیت، ۲۰۰۰)

جلسه	محتوای جلسات
جلسه اول	پیش آزمون، معارفه و آشنایی اعضای گروه، بیان اهداف و قوانین گروه، تعیین رؤس و ساختار کلی جلسات، معرفی کلی الگوی درمان شناختی- رفتاری بر اساس مدل درمانی توماس اسمیت، آموزش اندازه‌گیری شدت خشم در اعضای گروه، دریافت بازخورد، ارائه تکلیف خانگی
جلسه دوم	وارسی تکالیف خانگی، تعیین دستور جلسه، آشنایی با اجزای عمل خود یعنی تفکر، تغییرات فیزیولوژی و رفتار، آموزش مدل ABC شامل رویداد فعال‌کننده، باور یا تفکر و پیامد هیجانی، شرح ویژگی‌های افکار و باورهای خودآیند و روش‌های تفکر، دریافت بازخورد، ارائه تکلیف
جلسه سوم	وارسی تکالیف خانگی، تعیین دستور جلسه، آشنایی با پیامدهای رفتاری و هیجانی، آموزش شناسایی نوع ارتباط بین افکار و باورها و روش رسیدن به باورهای اصلی، دریافت بازخورد، ارائه تکلیف خانگی
جلسه چهارم	وارسی تکالیف خانگی، تعیین دستور جلسه، آموزش تغییر باورهای فردی، آشنایی با ویژگی‌های باورهای مخالف، آموزش مهارت‌های تغییر افکار و باورهای منفی و نا کارآمد، دریافت بازخورد، ارائه تکلیف خانگی
جلسه پنجم	وارسی تکالیف خانگی، تعیین دستور جلسه، آموزش حل مساله، پرداختن به باورهای بینابینی، بررسی تاثیر تنش و بیقراری بر رفتار پرخاشگرانه، آموزش مهارت‌های آرامش بخشی و تنش‌زدایی، دریافت بازخورد، ارائه تکلیف خانگی
جلسه ششم	وارسی تکالیف خانگی، تعیین دستور جلسه، تمرین قاطعیت به صورت نقش آفرینی، تمرین تن آرامی عضلانی، ایجاد نگرش راه‌حل‌های مختلف برای حل مسئله، آموزش تحلیل سود و زیان، دریافت بازخورد، ارائه تکلیف
جلسه هفتم	وارسی تکالیف خانگی، مرور جلسات گذشته، گرفتن بازخورد اعضا نسبت به جلسات گذشته، ایجاد هماهنگی با شرکت‌کنندگان جهت برنامه‌های پیگیری
جلسه هشتم	

۳. **جلسات آموزش هوش هیجانی:** آموزش هوش هیجانی در هشت جلسه به صورت هفتگی و به مدت دو ماه براساس پروتکل برادبری و گریوزف (۲۰۰۱) برگزار شد.

#### جدول ۲. شرح مختصر آموزش هوش هیجانی (برادبری و گریوزف، ۲۰۰۱)

جلسه	محتوای جلسات
جلسه اول	پیش‌آزمون، معارفه و آشنایی اعضای گروه، بیان اهداف و قوانین گروه، تعیین رئیس و ساختار کلی جلسات، تعاریف و تشریح هیجان، اهمیت هوش هیجانی، ارائه تکلیف خانگی
جلسه دوم	تشخیص و آموزش واژه‌های هیجانی و احساسی، آموزش چگونگی تشخیص و بیان چهره‌های مناسب و استفاده از تکنیک‌هایی مثل داستان و تمثیل و توجه به چهره با توجه به آینه و پوستر
جلسه سوم	وارسی تکلیف خانگی، تعریف خودآگاهی هیجانی و افزایش خودآگاهی هیجانی و کنترل هیجانی، درک هیجان‌ات دیگران، دریافت بازخورد، ارائه تکلیف خانگی
جلسه چهارم	وارسی تکلیف خانگی، آموزش گوش دادن فعال و همدلی، دریافت بازخورد، ارائه تکلیف خانگی
جلسه پنجم	وارسی تکلیف خانگی، آموزش حل مساله با تمرکز بر حل مساله هیجانی، دریافت بازخورد، ارائه تکلیف خانگی
جلسه ششم	وارسی تکلیف خانگی، کنترل هیجان از طریق تغییر موقعیت، آرام‌سازی و کلیدواژه‌های هیجانی، شناسایی هیجان‌ات ناخوشایند ایجادکننده دردسرساز، آموزش مسئولیت‌پذیری در قبال هیجان، دریافت بازخورد، ارائه تکلیف خانگی
جلسه هفتم	وارسی تکلیف خانگی، آموزش کنترل و مدیریت خشم، پیامدهای خشم، شیوه‌های مقابله با خشم، دریافت بازخورد، ارائه تکلیف خانگی
جلسه هشتم	وارسی تکلیف خانگی، مرور جلسات گذشته، گرفتن بازخورد اعضا نسبت به جلسات گذشته، ایجاد هماهنگی با شرکت‌کنندگان جهت برنامه‌های پیگیری

#### روش اجرا

در پژوهش حاضر دو گروه آزمایش و یک گروه گواه داریم. در واقع پس از اجرای پیش‌آزمون، یک گروه آزمایش تحت آموزش درمان شناختی رفتاری قرار می‌گیرد، گروه دیگر تحت آموزش هوش هیجانی، ولی به گروه گواه هیچ آموزشی داده نمی‌شود. در این طرح انتساب آزمودنی‌ها به گروه‌های آزمایش و گواه به صورت تصادفی انجام می‌گیرد. به همین منظور آزمودنی‌ها بصورت تصادفی به گروه‌های آزمایش و گواه منتسب می‌شوند. پس از انتخاب و انتساب نمونه، ۸ جلسه یک و نیم ساعته گروه درمانی شناختی رفتاری و آموزش هوش هیجانی بر روی اعضای گروه آزمایشی اجرا می‌شود یکی از گروه‌های آزمایشی در معرض گروه درمانی شناختی رفتاری قرار می‌گیرند. برنامه گروه درمانی شناختی رفتاری طی ۸ جلسه هفتگی بر اساس راهنمای درمانی توماس اسمیت (۲۰۰۰) انجام می‌شود. گروه آزمایشی دیگر در معرض آموزش هوش هیجانی قرار می‌گیرند. پروتکل آموزش هوش هیجانی برگرفته از برنامه برادبری و گریوز (۲۰۰۱) می‌باشد. این برنامه مبتنی بر آموزش چهار مؤلفه هوش هیجانی شامل خود آگاهی، خودمدیریتی، آگاهی از هیجان‌های دیگران یا آگاهی اجتماعی و مدیریت رابطه است. برای آموزش این برنامه، هشت جلسه آموزش به صورت کارگاهی برگزار می‌شود. پس از پایان مداخله درمانی و بعد از یک ماه پس از آزمون از هر سه گروه اخذ می‌شود.

جهت تجزیه و تحلیل فرضیه‌های پژوهش برای بررسی نرمال بودن توزیع متغیرها در پیش‌آزمون و پس‌آزمون از آزمون کالموگروف- اسمیرنف، برای بررسی همگنی واریانس از آزمون لوین و به منظور مقایسه با میانگین نمرات دو گروه آزمایش و گواه و کنترل اثر نمرات پیش‌آزمون بر نمرات پس‌آزمون، از تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر استفاده شد. داده‌های پژوهش حاضر با کمک نرم‌افزار SPSS تحلیل گردید.

### یافته‌ها

میانگین (انحراف معیار) سن در گروه شناختی رفتاری ۱۷/۲ (۴/۱)؛ در گروه هوش هیجانی ۱۷/۵ (۴/۵) و در گروه گواه ۱۷/۳ (۴/۲) سال بود.

جدول ۳. شاخص‌های مرکزی و پراکندگی نمرات متغیرهای اصلی پژوهش در دو گروه آزمایش و گواه

متغیر	گروه	پیش‌آزمون	پس‌آزمون	پیگیری
		میانگین انحراف معیار	میانگین انحراف معیار	میانگین انحراف معیار
سازگاری اجتماعی	درمان شناختی- رفتاری	۵۶/۳۱	۱۰/۹۶	۱۳/۸۸
	هوش هیجانی	۵۴/۶۸	۸/۱۰	۱۰/۸۷
	گواه	۵۵/۷۳	۹/۶۷	۹/۸۱
قالب‌های اجتماعی	درمان شناختی- رفتاری	۹/۷۷	۱/۱۴	۲/۴۴
	هوش هیجانی	۹/۰۲	۱/۱۰	۱/۶۶
	گواه	۸/۹۲	۱/۰۱	۱/۰۸
مهارت‌های اجتماعی	درمان شناختی- رفتاری	۹/۲۵	۱/۱۸	۲/۵۰
	هوش هیجانی	۹/۳۲	۱/۲۵	۱/۴۱
	گواه	۸/۹۲	۱/۰۱	۱/۰۸
علاقه اجتماعی	درمان شناختی- رفتاری	۱۲/۱۵	۲/۵۶	۱/۵۳
	هوش هیجانی	۱۲/۷۲	۲/۶۶	۱/۷۳
	گواه	۱۲/۴۶	۲/۲۳	۲/۱۹
روابط خانوادگی	درمان شناختی- رفتاری	۸/۵۶	۱/۰۵	۲/۵۶
	هوش هیجانی	۸/۷۰	۱/۱۳	۱/۷۵
	گواه	۸/۴۴	۱/۰۱	۱/۰۶
روابط مدرسه‌ای	درمان شناختی- رفتاری	۷/۲۳	۱/۱۹	۲/۳۵
	هوش هیجانی	۷/۴۰	۱/۲۵	۱/۶۶
	گواه	۷/۹۲	۱/۵۳	۱/۶۸
روابط اجتماعی	درمان شناختی- رفتاری	۸/۲۰	۱/۳۲	۲/۳۵
	هوش هیجانی	۸/۳۱	۱/۳۶	۱/۴۶
	گواه	۸/۵۷	۱/۱۰	۱/۲۰

برای بررسی معناداری تفاوت بین نمره سازگاری اجتماعی در دو گروه شناختی- رفتاری، آموزش هوش هیجانی و گروه گواه، از تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر استفاده شد. قبل از انجام آزمون تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر، جهت رعایت پیش‌فرض‌ها، نتایج آزمون‌های M باکس، کرویت موجلی، و لوین، بررسی شد. از آنجایی که آزمون M باکس برای هیچ یک از متغیرهای پژوهش معنادار نبود، بنابراین شرط همگنی

ماتریس‌های واریانس-کوواریانس به درستی رعایت شده است. همچنین عدم معناداری هیچ یک از متغیرها در آزمون لوین نشان دهد که شرط برابری واریانس‌های بین گروهی رعایت شده و میزان واریانس خطای متغیر وابسته در تمام گروه‌ها مساوی بوده است و در نهایت بررسی نتایج آزمون کرویت موچلی نشان داد که این آزمون نیز برای متغیر سازگاری اجتماعی معنی‌دار بوده، و بنابراین فرض برابری واریانس‌های درون آزمودنی‌ها (فرض کرویت) رعایت نشده است ( $Mauchly's W = 0/39$ ؛  $df = 2$ ؛  $p < 0/001$ ). بنابراین از آزمون گرین‌هاوس گیزر برای بررسی نتایج آزمون تک متغیره را برای اثرات درون گروهی و اثرات متقابل استفاده می‌شود.

#### جدول ۴. تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر برای مقایسه پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری سازگاری اجتماعی در گروه‌های آزمایش و گواه

مقیاس	منبع اثر	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	معناداری	مجذورات
	زمان	۱۶۳/۳۳	۲	۸۱/۶۶	۷۵/۹۶	<0/001	0/۶۴
سازگاری	زمان*گروه	۸۴/۳۵	۴	۲۱/۰۹	۱۹/۶۱	<0/001	0/۴۸
اجتماعی	گروه	۱۰۵/۲۴	۲	۵۲/۶۲	۶/۴۹	0/003	0/۲۳
قالب‌های	زمان	۶۸/۵۹	۲	۳۴/۲۹	۲۴۸/۴۸	<0/001	0/۸۵
اجتماعی	زمان*گروه	۲۹/۹۰	۴	۷/۴۷	۵۴/۱۵	<0/001	0/۷۲
	گروه	۴۱/۲۳	۲	۲۰/۶۱	۵۷/۷۴	<0/001	0/۵۴
	زمان	۴۱۸/۱۳	۲	۲۰۹/۰۶	۱۲۶/۶۴	<0/001	0/۷۵
مهارت‌های	زمان*گروه	۲۰۹/۸۶	۴	۵۲/۴۶	۳۱/۷۸	<0/001	0/۶۰
اجتماعی	گروه	۳۸۲/۵۳	۲	۱۹۱/۲۶	۷/۳۳	0/002	0/۲۵
	زمان	۱۹۵/۹۲	۲	۹۷/۹۶	۴۸/۸۷	<0/001	0/۵۳
علائق	زمان*گروه	۱۰۱/۷۱	۴	۲۵/۴۳	۱۲/۶۸	<0/001	0/۳۷
اجتماعی	گروه	۱۹۲/۷۲	۲	۹۶/۳۶	۷/۷۳	<0/001	0/۲۶
	زمان	۵۵/۱۲	۲	۲۷/۵۶	۹۰/۴۴	<0/001	0/۶۸
روابط خانوادگی	زمان*گروه	۹۴/۶۰	۴	۲۳/۶۵	۷۷/۶۰	<0/001	0/۷۸
	گروه	۱۳۱/۸۹	۲	۶۱/۴۳	۴/۳۴	0/01	0/۱۸
	زمان	۱۱۹/۱۷	۲	۵۸/۵۹	۷۱/۳۳	<0/001	0/۶۲
روابط مدرسه‌ای	زمان*گروه	۶۹/۲۳	۴	۱۷/۳۰	۲۰/۶۹	<0/001	0/۴۹
	گروه	۶۷/۰۸	۲	۶۳/۵۴	۴/۱۳	0/045	0/۲۰
	زمان	۷۴/۶۸	۲	۷۴/۶۸	۶۵/۵۸	<0/001	0/۶۱
روابط اجتماعی	زمان*گروه	۱۰۳/۴۹	۴	۲۵/۸۷	۴۵/۴۴	<0/001	0/۶۸
	گروه	۱۳۶/۹۹	۲	۶۸/۴۹	۴/۹۷	0/018	0/۱۹

نتایج جدول ۴ بیان‌گر آن است که تحلیل واریانس برای عامل درون گروهی (زمان) و بین گروهی و همچنین تعامل گروه و زمان نیز معنادار است. همچنین برای مقایسه زوجی گروه‌ها نیز از آزمون تعقیبی بونفرونی استفاده شد.

#### جدول ۵. آزمون تعقیبی بانفرونی برای سازگاری اجتماعی در پایان آموزش



متغیر وابسته	گروه	گروه	تفاوت میانگین‌ها	سطح معناداری
سازگاری اجتماعی	شناختی-رفتاری	هوش هیجانی	۱۱/۸۳	۰/۰۰۱
		گواه	۱۵/۳۱	۰/۰۰۰۱
	هوش هیجانی	گواه	۹/۴۷	۰/۰۰۱
قالب‌های اجتماعی	شناختی-رفتاری	هوش هیجانی	۱/۸۹	۰/۰۰۱
	شناختی-رفتاری	گواه	-۱/۹۶	۰/۰۰۱
	هوش هیجانی	گواه	-۳/۸۵	۰/۰۰۰۱
مهارت‌های اجتماعی	شناختی-رفتاری	هوش هیجانی	-۱/۴۹	۰/۰۰۱
	شناختی-رفتاری	گواه	۴/۱۶	۰/۰۰۰۱
	هوش هیجانی	گواه	۵/۶۵	۰/۰۰۰۱
علاقه ضد اجتماعی	شناختی-رفتاری	هوش هیجانی	۱/۶۵	۰/۰۰۲
	شناختی-رفتاری	گواه	-۲/۳۰	۰/۰۰۱
	هوش هیجانی	گواه	-۳/۹۵	۰/۰۰۰۱
روابط خانوادگی	شناختی-رفتاری	هوش هیجانی	۱/۳۷	۰/۰۰۰۱
	شناختی-رفتاری	گواه	۲	۰/۰۰۰۱
	هوش هیجانی	گواه	-۳/۳۷	۰/۰۰۰۱
روابط مدرسه‌ای	شناختی-رفتاری	هوش هیجانی	-۰/۶۴	۰/۰۰۳
	شناختی-رفتاری	گواه	۴/۷۰	۰/۰۰۰۱
	هوش هیجانی	گواه	۵/۳۴	۰/۰۰۰۱
روابط اجتماعی	شناختی-رفتاری	هوش هیجانی	۲	۰/۰۰۲
	شناختی-رفتاری	گواه	۳	۰/۰۰۰۱
	هوش هیجانی	گواه	۵	۰/۰۰۰۱

برای مشخص شدن این که بین کدام دو گروه تفاوت معناداری وجود دارد از آزمون تعقیبی بانفرونی استفاده شد. بر اساس نتایج مقایسه‌های دوتایی حاصل از آزمون تعقیبی (جدول ۵)، بین گروه هوش هیجانی و گروه گواه در تمامی خرده مقیاس‌های سازگاری اجتماعی تفاوت معنی‌داری مشاهده شد ( $P > 0.05$ ). تفاوت میانگین دو گروه شناختی-رفتاری و هوش هیجانی نیز در تمامی مقیاس‌های پژوهش از نظر آماری تفاوت معناداری وجود داشت ( $P < 0.05$ ) اما با این حال، تاثیر درمان شناختی-رفتاری در تمامی خرده مقیاس‌ها بالاتر از آموزش هوش هیجانی بود.

جدول ۶. تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر برای مقایسه پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری متغیرهای

#### پژوهش در گروه‌های آزمایش و گواه

مقیاس	منبع اثر	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	معناداری	مجذور اتا
سازگاری اجتماعی	زمان	۱۶۳/۳۳	۲	۸۱/۶۶	۷۵/۹۶	< ۰/۰۰۱	۰/۶۴
اجتماعی	زمان*گروه	۸۴/۳۵	۴	۲۱/۰۹	۱۹/۶۱	< ۰/۰۰۱	۰/۴۸
	گروه	۱۰۵/۲۴	۲	۵۲/۶۲	۶/۴۹	۰/۰۰۳	۰/۲۳

نتایج جدول ۶ بیان‌گر آن است که تحلیل واریانس برای عامل درون‌گروهی (زمان) و بین‌گروهی و همچنین تعامل گروه و زمان نیز معنادار است. همچنین برای مقایسه زوجی گروه‌ها نیز از آزمون تعقیبی بانفرونی استفاده شد.

جدول ۷. نتایج آزمون تعقیبی بونفرونی برای مقایسه متغیرهای پژوهش

متغیر	گروه	گروه	تفاوت میانگین	معناداری
سازگاری اجتماعی	شناختی-رفتاری	هوش هیجانی	۱۱/۸۳	۰/۰۰۱
		گواه	۱۵/۳۱	۰/۰۰۰۱
	هوش هیجانی	گواه	۹/۴۷	۰/۰۰۱

نتایج جدول ۸ نشان می‌دهد که سازگاری اجتماعی در هر دو گروه درمان شناختی-رفتاری و آموزش هوش هیجانی در مقایسه با گروه گواه در مرحله پس‌آزمون بیشتر از پیش‌آزمون است ( $p < 0/01$ ). مقایسه دو گروه آزمایش نشان داد که نمره متغیر سازگاری اجتماعی در دو گروه درمان شناختی-رفتاری و آموزش هوش هیجانی تفاوت معناداری با یکدیگر دارند و درمان شناختی-رفتاری تاثیر بیشتری در افزایش سازگاری اجتماعی نوجوانان دارد.

### بحث و نتیجه‌گیری

پژوهش حاضر با هدف مقایسه اثر بخشی درمان شناختی-رفتاری با آموزش هوش هیجانی بر سازگاری اجتماعی نوجوانان مبتلا به اختلال سلوک انجام شد. نتایج بدست آمده از پژوهش نشان داد که درمان شناختی-رفتاری و آموزش هوش هیجانی بر سازگاری نوجوانان مبتلا به اختلال سلوک تاثیر دارد. همچنین نتایج نشان داد که تفاوت میانگین دو گروه شناختی-رفتاری و هوش هیجانی نیز در تمامی مقیاس‌های پژوهش از نظر آماری تفاوت معناداری وجود داشت اما با این حال، تاثیر درمان شناختی-رفتاری در تمامی خرده مقیاس‌ها بالاتر از آموزش هوش هیجانی بود. نتایج این پژوهش با پژوهش‌های روستایی (۲۰۱۲)، کاظمینی (۱۳۹۰)، لارسن و لاجمن (۲۰۰۲)؛ دینا (۲۰۰۷)؛ لانا (۲۰۱۰)، هافمن و همکاران (۲۰۱۴) و اوزاباکی (۲۰۱۴) همخوانی دارد. در خصوص تفاوت اثربخشی این دو درمان و نقش بیشتر درمان شناختی رفتاری در بهبود سازگاری اجتماعی نوجوانان مبتلا به اختلال سلوک می‌توان بیان داشت که برطبق درمان شناختی-رفتاری تفکرات مثبت و منطقی جایگزین تفکرات منفی و غیرمنطقی و تحریفات فکری شده و سعی می‌شود با آموزش شیوه صحیح به چالش کشیدن این افکار ناکارآمد و جایگزینی آن با افکار مثبت، نحوه تفکر و ادراک فرد اصلاح شود که این افکار مثبت هم می‌توانند با تقویت مثبت‌اندیشی و رفتارهای مثبت، دامنه روابط اجتماعی و سازگاری اجتماعی را افزایش داده و از مشکلات بین فردی افراد مبتلا به اختلال سلوک کم نماید و این یک مزیت عمده نسبت آموزش هوش هیجانی است. علاوه بر این در درمان شناختی رفتاری تأیید می‌شود که الگوهای رفتاری آموختنی هستند. بر این اساس از طریق درمان شناختی-رفتاری می‌توان اسنادهای منفی و بازخوردهای منفی و تحریف شده و اهداف غیرواقع بینانه و رفتارهای ناکارآمد را با رفتارهای سازگارانه و اهداف واقع‌بینانه تعدیل و جایگزین نمود (سعیدی و همکاران، ۱۳۹۵). براین اساس می‌توان با کاربرد فنون درمان شناختی-رفتاری به باز ارزشیابی منطق تفکرات فرد پرداخت و آن‌ها را اصلاح کرد و از این طریق مشکلات بین فردی آنان کاهش می‌یابد. در تبیینی دیگر باید گفت در درمان شناختی رفتاری به افراد کمک می‌شود تا با اضطراب و نگرانی خود مقابله موثری داشته باشند (کویل و همکاران، ۲۰۱۰). هم چنین در درمان شناختی-رفتاری از انواع تکنیک‌ها استفاده می‌شود. تکنیک آرام-سازی عضلانی به افراد کمک می‌نماید تا جنبه فیزیولوژیکی مشکلات روان شناختی را شناسایی کرده (ولز

و همکاران، ۲۰۱۹) و آن را کاهش دهد. بنابراین در خلال جلسات درمانی درمان شناختی رفتاری، افراد مبتلا به اختلال سلوک هیجانات منفی خود در زمینه‌های ارتباطی و اجتماعی را شناسایی کرده و به جای اجتناب نمودن از افراد، با آن‌ها مواجه می‌شوند. علاوه بر این، تکنیک‌های شناختی و حل مسئله نیز به افزایش خودآگاهی کمک کرده و باعث کاهش اجتناب در افراد می‌شود که این عوامل با کمک به افراد مبتلا به اختلال سلوک به شناخت صحیح و راه‌های مقابله با هیجانات منفی در بستر اجتماعی و ارتباطی می‌توانند باعث کاهش مشکلات بین فردی در افراد مبتلا به اختلال سلوک شود.

یافته‌های این تحقیق با یافته‌های جواندل (۱۳۹۵)، یارمحمدیان و شرفی راد (۱۳۹۰)، شهنی بیلاق و همکاران (۱۳۸۸)، ایگیو و همکاران (۲۰۱۶) و صفوی و همکاران (۱۳۸۸) مبنی بر اینکه آموزش هوش هیجانی منجر به افزایش سازگاری فردی و اجتماعی می‌شود، همسو است. در این راستا، افتخار و همکاران (۱۳۸۸) در مطالعه‌ای خاطر نشان ساختند که آموزش هوش هیجانی موجب کاهش پرخاشگری و همچنین افزایش سازگاری اجتماعی دانش‌آموزان دختر گروه آزمایشی در مقایسه با گروه گواه می‌شود. شهنی بیلاق و همکاران (۱۳۸۸) در پژوهشی مطرح ساختند که آموزش هوش هیجانی به طور معنی‌داری منجر به افزایش سازگاری اجتماعی دانشجویان می‌شود. کولوس سانچز و همکاران (۲۰۱۷) در پژوهشی مطرح ساختند که هوش هیجانی به طور معنی‌داری قادر به تبیین بخش زیادی از واریانس سازگاری روانشناختی در نوجوانان می‌باشد. در تبیین این یافته می‌توان مطرح کرد افرادی که درباره هیجان‌های خود آگاهی بیشتری دارند مهارت‌های بیشتری در مدیریت مشکلات هیجانی دارند و در مقایسه با افرادی که مهارت‌های کمتری دارند احساس سلامت روان بیشتری را تجربه می‌کنند. به این ترتیب افرادی که می‌توانند در یک موقعیت استرس برانگیز هیجان ویژه‌ای را در خود تشخیص دهند، زمان کمتری را صرف توجه به واکنش‌های هیجانی خود می‌کنند و منابع شناختی کمتری را به کار می‌گیرند این امر به آنها امکان بررسی واکنش‌های دیگر را می‌دهد و باعث می‌شود که افکار خود را متوجه تکالیف دیگران کنند یا راهبردهای انطباقی سازگاران بیشتری را به کار برند (اسدیگی و همکاران، ۱۳۹۲). هم چنین، با توجه به اینکه توانایی فهم هیجان‌های خود و دیگران و توانایی تنظیم و مهار هیجان‌های خود و دیگران به صورت سازگاران از مولفه‌های اساسی هوش هیجانی هستند، انتظار می‌رود افرادی که دارای هوش هیجانی بالاتری هستند، سازگاری اجتماعی و فردی و همچنین مهارت‌های اجتماعی بهتری را نشان دهند (فتحی هوادرق و همکاران، ۱۳۹۲). همچنین، با توجه به اینکه افراد شرکت کننده در مداخله مبتنی بر آموزش هوش هیجانی مهارت‌هایی مانند گوش دادن با دقت به دیگران (به عنوان یکی از آیتم‌های مهم در سازگاری)، مهارت‌های سازش‌جویانه و مسالمت-آمیز با دیگران، مردم‌آمیزی و همچنین احترام گذاردن به احساسات خود و دیگران و همچنین مهارت‌های همدلی را یاد می‌گیرند، در روابط شخصی و بین فردی موفق‌تر می‌شوند زیرا این مهارت‌ها تأثیر متقابل روی مخاطبان آنها گذاشته و باعث پذیرش بیشتر و ارتباط بهتر و صمیمی‌تر شده و اعتماد به نفس فرد را افزایش داده و در نهایت میزان سازگاریش را ارتقاء می‌بخشد (افتخار سعادی و همکاران، ۱۳۸۸).

نتایج بدست آمده از پژوهش نشان داد که درمان شناختی- رفتاری بر قالب‌های اجتماعی نوجوانان مبتلا به اختلال سلوک تأثیر دارد. در تبیین یافته‌های فوق می‌توان بیان داشت که بسیاری از افراد مبتلا به اختلال سلوک به نوعی احساس منحصر به فرد بودن در زمینه مشکلات و افکار خود دارند. این احساس منحصر به فرد بودن باعث تشدید انزوای اجتماعی این بیماران می‌گردد و انزوای اجتماعی احساس منحصر به فرد بودن

را در آن‌ها تقویت می‌کند بنابراین افرادی که با یکدیگر رابطه برقرار کنند، می‌توانند راجع به مشکلات مشابه خود به گفتگو بنشینند (سندرس و لم، ۲۰۱۰). در جهت تبیین یافته‌های این پژوهش می‌توان به منطق زیربنایی آموزش درمان شناختی رفتاری در جهت بهبود قالب‌های اجتماعی اشاره کرد که از این دیدگاه سرچشمه گرفته است که مسائل رفتاری نوجوانان، اساساً مسائل بین فردی هستند. نوجوانان اغلب به دلیل اینکه رفتارشان دارای اثرات مخرب بر دیگران است و به صورت پرخاشگری، تخریب اموال، نافرمانی، منفی کاری و کج خلقی‌ها ظاهر می‌شود، نیازمند به درمان تشخیص داده می‌شوند. عامل بدکارکردی بالینی بین نوجوانان، الگوهای غیرانطباقی متعدد تعامل اجتماعی است. برای مثال رفتار غیراجتماعی، انزوای اجتماعی و عدم محبوبیت بین کودکان از عوامل خطرآفرین برای آسیب‌شناسی روانی، بزهکاری و مشکلات رفتارهنجاری، اخراج از مدرسه در کودکی و رفتار ضداجتماعی در بزرگسالی هستند. درمان شناختی رفتاری، مهارت‌های بین فردی مختلفی را مانند برقراری ارتباط و روابط با همسالان به وجود می‌آورد که رشد آن‌ها، ضمن فراهم نمودن امکان برقراری روابط مثبت و سازش یافته با دیگران موانع موجود در روابط اجتماعی و عملکرد اجتماعی آموخته شده را برطرف می‌کند و می‌تواند به عملکرد مؤثر و مفید کمک نماید. نوجوانان مبتلا به اختلال سلوک در این پژوهش با یادگیری و تمرین مهارت‌های اجتماعی توانستند از طریق برقرار کردن ارتباط با دیگران از موقعیت‌های تعارض‌آمیز کلامی و فیزیکی اجتناب نمایند. این نوجوانان توانستند دامنه‌ای از رفتارهای مقبول از خود نشان دهند که منجر به پیامدهای مثبت روانی اجتماعی مانند؛ ورود به گروه همسالان، دوستیابی موفق، داشتن تعامل مثبت و متقابل در بازی با همسالان شد. همچنین این دانش آموزان توانستند با پرورش مفهوم "خود" مثبت‌تری، محدودیت‌ها و خود را به شیوه صحیح‌تری ارزیابی، درک و پذیرش کنند. در مقایسه با نتایج بدست از تاثیر درمان شناختی رفتاری می‌توان بیان داشت که مطابق با ویژگی‌های مؤلفه ادراک هیجانی، هرچه سطح هوش هیجانی فرد بالاتر باشد ادراک هیجانی وی نیز افزایش می‌یابد. این سطح از ادراک با افزایش قدرت، ارزیابی محرک‌های محیطی و بالابردن توان برقراری روابط عاطفی و ابراز همدلی کنش‌وری سازمان‌یافته فرد را افزایش می‌دهد. این وضعیت زمینه‌های درون روانی لازم را برای رسیدن به سازگاری اجتماعی فراهم می‌آورد؛ از سوی دیگر هر چه سطح هوش هیجانی فرد بالاتر باشد، ویژگی تسهیل هیجانی بیشتر به وی کمک می‌کند تا با سازماندهی افکار، حافظه و محتویات حافظه به گونه‌ای انسجام یافته‌تر با مسایل و تنش‌های مربوط به قالب اجتماعی رو به رو شود.

نتایج بدست آمده از پژوهش نشان داد که درمان شناختی- رفتاری بر بهبود مهارت‌های اجتماعی نوجوانان مبتلا به اختلال سلوک تاثیر دارد. در تبیین یافته‌های فوق می‌توان بیان داشت که نگرانی از سوء برداشت دیگران، فرد را از بسیاری از تجارب مثبت باز می‌دارد. انزوا و ناعالی نیز ادراک خود فرد را تحت تاثیر قرار می‌دهد و مجموعه این عوامل سبب می‌شود که نوجوان احساس ناکارآمدی و درماندگی و گوشه‌گیری را به تمام تجارب خود منتقل نماید و عملاً بسیاری از فرصت‌های عملکرد مؤثر را از دست بدهد. با توجه به آن که شناسایی و اصلاح افکار ناکارآمد مربوط به عواطف منفی، بیشتر متمرکز بر روابط بین فردی این افراد بود، از این آزمودنی‌ها خواسته شد، هنگامی که عواطف منفی احساس انزوا، تنهایی و... را تجربه می‌کنند، افکار ناکارآمد خود را یادداشت کنند. به تدریج و به کمک درمانگر این افکار با افکار منطقی‌تر جایگزین شد. اصلاح چنین افکار ناکارآمدی به علاوه تأثیر روش‌های مهارت‌های اجتماعی، باعث افزایش

فعالیت‌ها، تعاملات اجتماعی و در نهایت بهبود مهارت‌های اجتماعی شده است. نتایج بدست آمده از پژوهش نشان داد که آموزش هوش هیجانی بر بهبود مهارت‌های اجتماعی نوجوانان مبتلا به اختلال سلوک تاثیر دارد. در مقایسه با نتایج بدست از تاثیر درمان شناختی رفتاری می‌توان بیان داشت که تبحر در اداره نمودن و مدیریت رفتار خود و دیگران است تا به توانایی رهبری در گروه و ترغیب دیگران نیز دست یابیم. آموزش هوش هیجانی به نوجوانان دارای اختلال سلوک باعث شده مهارت کنترل عواطف در دیگران را فرد بدست گیرد. مهارت در این حیطه، با توانایی مشترک در کنترل هیجان خود و تعامل سازگاران با دیگران همراه است. به نظر گلمن، افرادی که می‌خواهند در ایجاد رابطه با دیگران مؤثر واقع شوند، باید توانایی تشخیص، تفکیک و کنترل احساسات خود را داشته باشند، سپس از طریق همدلی، رابطه‌ای مناسب برقرار کنند. این مهارت فقط شامل دوست یابی نمی‌شود، گرچه افرادی که این مهارت را دارند به سرعت، یک جو دوستانه با افراد ایجاد می‌کنند؛ ولی این مهارت بیشتر به دوست یابی هدفمند مربوط می‌شود. این افراد به راحتی می‌توانند مسیر فکری رفتار دیگران را در سمتی که می‌خواهند، هدایت کنند (انیما ساهون، ۲۰۰۷).

نتایج بدست آمده از پژوهش نشان داد که درمان شناختی- رفتاری بر کاهش علائق ضد اجتماعی نوجوانان مبتلا به اختلال سلوک تاثیر دارد. در تبیین یافته‌های فوق می‌توان بیان داشت که علائق ضد اجتماعی به احساس عدم کفایت و حقارت فرد به خصوص در مقایسه با دیگران تکیه می‌کند. دست کم گرفتن خود، حس درک نشدن توسط دیگران، حساسیت و زودرنجی از جمله مشکلاتی است که این افراد در روابط اجتماعی خود، تجربه می‌کنند. درمان شناختی رفتاری از طریق آموزش تکنیک‌های شناختی از جمله شناخت افکار روزمره خودکار، عدم واقعی بودن این افکار و توضیح روش‌هایی که می‌توانند با استفاده از آن‌ها افکار خود را به نحو متفاوتی ببینند، موجب کاهش علائق ضد اجتماعی نوجوانان مبتلا به اختلال سلوک می‌شود؛ در واقع کمک می‌کند تا این افراد باورهای غلط را درباره خود تغییر دهند. همچنین آشنایی فرد با ویژگی‌های مثبت خویش، ارتقای مهارت‌های اجتماعی مرتبط با پذیرش خویش و مقابله با سبک‌های ناسازگارانه، اضطراب و ترس از ارتباط را که در طول زندگی فرد به وجود آمده، طی یک برنامه‌ی منظم کاهش می‌دهد. نتایج بدست آمده از پژوهش نشان داد که آموزش هوش هیجانی بر کاهش علائق ضد اجتماعی نوجوانان مبتلا به اختلال سلوک تاثیر دارد. در مقایسه با نتایج بدست از تاثیر درمان شناختی رفتاری می‌توان بیان داشت که نگاهی دقیق به ماهیت انسان‌ها نشان می‌دهد که انسان نه منطقی صرف است و نه احساس هیجان صرف، بلکه ترکیبی از هر دو می‌باشد. لذا توانایی شخص برای سازگاری و چالش با زندگی به عملکرد منسجم قابلیت‌های هیجانی و منطقی بستگی دارد. از آنجایی که تغییرات سریع و پیچیده فرهنگی دهه‌های اخیر ضرورت سرنوشت ساز افزایش قابلیت‌های هیجانی و اجتماعی را برای عملکرد موفق و سازش یافته افراد آشکار ساخته است. علاوه بر این ویژگی تسهیل هیجانی با تغییرات مثبت رفتاری به سازش بهتر فرد با محیط و محرک‌های محیطی کمک می‌کند؛ همچنین در پرتو ویژگی شناخت هیجانی، افراد با هوش هیجانی بالا، علاوه بر افزایش احتمال شناخت صحیح و واقع بینانه هیجان‌ها توان پیش بینی و میزان چیرگی‌شان افزایش یافته و راهبردهای رویارویی مؤثر با هیجان‌ها و موقعیت‌های تنش‌زا به کار گرفته می‌شود که بر این اساس شناخت هیجانی با سازوکارهای پیش‌بینی، کنترل و راهبردهای رویارویی کارآمد به بهبود کیفیت روابط اجتماعی و رسیدن به سازگاری مطلوب اجتماعی کمک می‌نماید. ویژگی مدیریت هیجان‌ها نیز که در افراد با هوش هیجانی بالا شکلی مفید و بارز داشته، می‌تواند در خدمت

سازماندهی هیجان‌ها قرار گیرد و از بروز بحران‌های هیجانی پیشگیری نماید. افزون بر سازوکار پیشگیری، سازماندهی هیجانی قدرت‌سازش‌پذیری فرد را به لحاظ اجتماعی افزایش می‌دهد (بارلو و همکاران، ۲۰۱۰). نتایج بدست آمده از پژوهش نشان داد که درمان شناختی-رفتاری بر بهبود روابط خانوادگی و روابط مدرسه‌ای نوجوانان مبتلا به اختلال سلوک تاثیر دارد. به عنوان مثال یافته‌های اینگلب‌رگ و سجویرج (۲۰۰۴)؛ راجرز و همکاران (۲۰۰۶)؛ انیما ساهون (۲۰۰۷)، گرگ و راستوچی (۲۰۰۹)، لاورنس و امیلی جین (۲۰۱۰) و بارلو و همکاران (۲۰۱۰) نیز از این نتایج حمایت می‌کنند. در تبیین یافته‌های فوق می‌توان بیان داشت که نتایج پژوهش حاضر نشان داد که درمان شناختی رفتاری با استفاده از فنونی مانند آموزش حل مسئله، کنترل افکار خودآیند، بازسازی شناختی، آموزش مهارت‌های ارتباطی کارایی بالایی اثربخشی معناداری در کاهش مشکلات رفتاری و هیجانی نوجوانان مبتلا به اختلال سلوک داشت. این نوجوانان بیشتر در مواجهه با مسائل از راهبرد پرخاشگری و قانون‌شکنی استفاده می‌کنند و یک چرخه‌ای ایجاد شده بود که از این طریق رفتارهای منفی خود را تقویت می‌کرد، این چرخه راهبردی را آزمودنی در بیشتر موقعیت‌ها از جمله روابط با دوستان، کلاس درس، محیط مدرسه و محیط خانواده استفاده می‌کرد، بنابراین اختلال در عملکرد در این موقعیت‌ها داشت و از طرف معلمان، معاونان، دوستان و خانواده مورد طرد قرار می‌گرفت و این عوامل به کاهش عزت نفس و ناامیدی منجر می‌شد. در دوره درمانی‌ای پژوهش با یادگیری و آموزش مهارت‌ها در جلسه درمانی آزمودنی خودکنترلی را یاد گرفت. نتایج بدست آمده از پژوهش نشان داد که آموزش هوش هیجانی بر بهبود روابط خانوادگی نوجوانان مبتلا به اختلال سلوک تاثیر دارد. در مقایسه با نتایج بدست از تاثیر درمان شناختی رفتاری می‌توان بیان داشت که در آموزش هوش هیجانی به نوجوانان دارای اختلال سلوک، این افراد چون مهارت‌های مانند گوش دادن با دقت به دیگران (به عنوان یکی از آیتم‌های مهم در بهبود مهارت‌های اجتماعی و مسالمت‌آمیز با دیگران، مردم‌آمیزی و هم‌چنین احترام‌گذاردن به احساسات خود و خانواده و هم‌چنین مهارت‌های همدلی (که در واقع همان توانایی برقرار ارتباط با خانواده و دیگران از طریق شناخت افکار و احساسات است) را یاد گرفته‌اند، در روابط شخصی و بین فردی موفق‌تر می‌شوند زیرا این مهارت‌ها تأثیر متقابل روی مخاطبان آن‌ها گذاشته و باعث پذیرش بیشتر و ارتباط بهتر و صمیمی‌تر شده اعتماد به نفس فرد را افزایش داده و در نهایت میزان سازگارش فرد را ارتقاء می‌بخشد (لاورنس و امیلی جین، ۲۰۱۰).

نتایج بدست آمده از پژوهش نشان داد که آموزش هوش هیجانی بر روابط مدرسه‌ای نوجوانان مبتلا به اختلال سلوک تاثیر دارد. در تبیین یافته‌های فوق می‌توان بیان داشت که آموزش هوش هیجانی، از طریق آشنا کردن نوجوانان با مهارت‌های روابط بین فردی، مهارت‌های اجتماعی پایه، مهارت‌های اجتماعی خاص و ویژه، شناخت اجزای کلامی و غیرکلامی ارتباطات، راه‌های انتقال درونی افراد، روش‌های برقراری ارتباطات بین فردی، آگاهی و شناخت ویژگی‌های یک ارتباط خوب روی می‌دهد (پاجارس و شانک، ۲۰۰۵). نوجوان دارای هوش هیجانی بالا، قادر است عقاید نامعمول ارائه داده و از دیگران به ویژه معلم تقاضای درست تغییر رفتار نماید. همین‌طور او نقاط ضعف خود را می‌پذیرد، تعاملات مثبتی را شروع و ادامه می‌دهد و در نهایت ابراز احساسات مثبت می‌کند (هارجی و همکاران، ۱۹۹۴). این فرایند منجر به ایجاد نگرش مثبت به درس و مدرسه در او می‌گردد و در نتیجه روابط درون و برون فردی او بهبود پیدا می‌کند. نتایج بدست آمده از

پژوهش نشان داد که درمان شناختی- رفتاری بر روابط اجتماعی نوجوانان مبتلا به اختلال سلوک تاثیر دارد. در تبیین یافته‌های فوق می‌توان بیان داشت که آموزش‌های شناختی- رفتاری ترس از ارزیابی منفی (مسعودنیا، ۱۳۸۶) را به عنوان هسته‌ی اصلی اضطراب هدف قرار داده (جودیت و همکاران، ۲۰۰۶) به این ترتیب به ادغام فرد در شبکه‌ی اجتماعی کمک می‌کند (حقیقی و همکاران، ۱۳۸۵) و دایره‌ی ارتباطات مناسب فرد با شبکه‌ی اجتماعی را از طریق همدلی با نشانه‌های هیجانی خود و دیگران (حساسیت هیجانی)، توانایی تسلط بر هیجانات خویش (کنترل هیجانی)، توانایی رک‌گویی مؤدبانه و همراهی با دیگران در مباحثات اجتماعی (بیانگری اجتماعی) و نیز مهارت وفق دادن و سازگار کردن خویش با موقعیت‌های تنش آور یا ناآشنا (کنترل اجتماعی) را وسعت می‌دهد. نتایج بدست آمده از پژوهش نشان داد که آموزش هوش هیجانی بر روابط اجتماعی نوجوانان مبتلا به اختلال سلوک تاثیر دارد. در مقایسه با نتایج بدست از تاثیر درمان شناختی رفتاری می‌توان بیان داشت که آموزش هوش هیجانی و تبحر در رفتار با دیگران، مطابق واکنش‌های هیجانی آن‌هاست. آموزش هوش هیجانی بر پایه خودآگاهی بنا می‌شود؛ هر قدر نسبت به احساسات خودمان گشاده‌تر باشیم، در دریافتن احساسات دیگران ماهرتر خواهیم بود. کسانی که از روابط بالایی برخوردار باشند به علایم اجتماعی ظریفی که نشان دهنده نیازها یا خواسته‌های دیگران است، توجه بیشتری نشان می‌دهند. این مؤلفه با احساس مسئولیت در قبال دیگران، نسبت بیشتری دارد و به عقیده گلمن، عبارت است از: درک احساسات و جنبه‌های گوناگون دیگران، و به کارگیری یک عمل مناسب و واکنش مورد علاقه برای افرادی که پیرامون ما قرار گرفته‌اند. همچنین تغییرات ناشی از سازگاری، به فرد کمک می‌کند تا در موقعیت‌های مختلف، کارا تر عمل کند. لذا با آموزش مهارت‌های هوش هیجانی، می‌توان سازگاری فرد را نیز افزایش داد. چون این افراد مهارت‌هایی مانند گوش دادن با دقت به دیگران (به عنوان یکی از آیتم‌های مهم در سازگاری)، مهارت‌های سازش جویانه و مسالمت آمیز با دیگران، مردم آمیزی و هم چنین احترام گذاردن به احساسات خود و دیگران و هم چنین مهارت‌های همدلی (که در واقع همان توانایی برقراری ارتباط با دیگران از طریق شناخت افکار و احساسات است) را یاد می‌گیرند و در روابط شخصی و بین فردی موفق تر عمل می‌کنند.

در این پژوهش مقایسه اثر بخشی درمان شناختی- رفتاری با آموزش هوش هیجانی بر سازگاری اجتماعی نوجوانان مبتلا به اختلال سلوک مورد بررسی قرار گرفت. یافته‌ها حاکی از آن بود که سازگاری اجتماعی نوجوانان مبتلا به اختلال سلوک پس از جلسات درمان شناختی- رفتاری و آموزش هوش هیجانی به طور معناداری بهبود پیدا کرده است. یافته‌های این پژوهش می‌تواند اطلاعات مفیدی را برای مشاوران و روان- درمانگران در مورد اثر بخشی درمان شناختی- رفتاری و آموزش هوش هیجانی بر بهبود سازگاری اجتماعی نوجوانان مبتلا به اختلال سلوک فراهم کند. از دست‌آوردهای این پژوهش می‌توان در دو سطح نظری و عملی به این شرح نتیجه‌گیری کرد. در سطح نظری نتایج این پژوهش می‌تواند نتایج پژوهش‌های پیشین را تایید کند. در سطح عملی، یافته‌های پژوهش حاضر می‌تواند برای تدوین برنامه‌های آموزشی و درمانی مورد استفاده قرار گیرد. با توجه به یافته‌های پژوهش و اثربخشی هر دو رویکرد، استفاده از هر دو درمان به کلینیک‌های مشاوره، متخصصین حوزه‌های خانواده و درمان‌های فردی، به منظور کمک به این نوجوانان پیشنهاد می‌شود.

اساساً در پژوهش‌ها به ویژه در پژوهش‌های علوم انسانی و علوم تربیتی محققان با محدودیت‌هایی روبرو هستند. تشخیص این حدود در پژوهش بسیار حائز اهمیت است و شناخت آن‌ها سطح تسلط‌یابی محقق را در انجام پژوهش بیشتر و در نهایت به نتایج حاصله از مطالعه نیز می‌توان اطمینان بیشتری داشت. در این تحقیق نمونه‌گیری فقط در گستره دانش‌آموزان پایه دوم و سوم دبیرستانی و مدارس دولتی شهر تهران متمرکز بوده که این امر تعمیم نتایج تحقیق را با محدودیت مواجه می‌سازد، لذا نتایج به دست آمده فقط در مورد دانش‌آموزان این شهرستان قابل تعمیم است. از آنجا که تحلیل غیرپارامتری اندازه‌اثر و توان آماری و کیفیت حجم نمونه را نشان نمی‌دهد برای رفع این محدودیت پیشنهاد می‌شود این تحقیق در نمونه بزرگتری تکرار شود. افراد شرکت‌کننده در این پژوهش دارای محدودیت آستانه سنی بودند. یعنی سن شرکت‌کنندگان بین ۱۲ تا ۱۸ سال بود. که شاید این نکته در تعمیم نتایج به سایر محدوده‌های سنی محدودیت ایجاد کند. از نظر پژوهشی توصیه می‌شود که این پژوهش بر روی دانش‌آموزان دختر اجرا شود و از نظر کاربردی نیز توصیه می‌شود تا در مدارس آموزش‌های شناختی و رفتاری برای دانش‌آموزان پسری که اضطراب اجتماعی دارند، اجرا گردد تا بر سلامت روان آنان افزوده شود و مشکلات تحصیلی ناشی از این اختلال کاهش یابد. برنامه‌های آموزش درمان شناختی رفتاری و آموزش هوش هیجانی برای نوجوانان و سایر اقشار جامعه همراه با مشاوره و آگاهی فردی از ویژگی‌های سنی جهت کاهش مشکلات رفتاری و پرخاشگری اجرا شود. وزارت بهداشت، سازمان بهزیستی، سازمان نظام روانشناسی و مشاوره با اجرای درمان شناختی رفتاری و آموزش هوش هیجانی زمینه را برای آشنایی هر چه بیشتر روان‌شناسان، پزشکان و پرستاران با این مفاهیم فراهم سازند. انجام پژوهش‌های متعدد در مراکز مختلف، بستری مناسب جهت مقایسه نتایج و کاربردی کردن هر چه بهتر این نوع پژوهش‌ها فراهم می‌کند. با توجه به شواهد تجربی حاصل از این پژوهش و نتایج بدست آمده، پیشنهاد می‌گردد، اجرا و آموزش برنامه‌های درمان شناختی رفتاری و آموزش هوش هیجانی نوجوانان، از ابتدای دوران نوجوانی همراه با مشاوره و آگاهی فردی از ویژگی‌های این دوران، مورد توجه قرار گیرد. زیرا درمان شناختی می‌تواند تاثیرات آسیب‌زای دوران نوجوانی را به حداقل کاهش دهد و نقش مهمی در مقابله با آسیب‌های احتمالی روانی برای نوجوانان و افزایش سلامت روان آنان داشته باشد. جهت مطالعات آتی پیشنهاد می‌شود پژوهش‌های بعدی در منطقه جغرافیایی وسیع‌تری انجام شود تا با اطمینان بیشتری نسبت به تعمیم نتایج پرداخته شود. همچنین پیشنهاد می‌شود از سایر رویکردهای درمانی نیز در مقایسه با این روش استفاده گردد تا امکان مقایسه اثربخشی آموزش هوش هیجانی و درمان شناختی رفتاری با سایر رویکردها فراهم گردد.

### موازین اخلاقی

در این پژوهش موازین اخلاقی شامل اخذ رضایت آگاهانه، تضمین حریم خصوصی و رازداری رعایت شد. با توجه به شرایط و زمان تکمیل پرسشنامه‌ها ضمن تأکید به تکمیل تمامی سؤال‌ها، شرکت‌کنندگان در مورد خروج از پژوهش مختار بودند. پس از اتمام پژوهش گروه گواه نیز تحت مداخله قرار گرفتند.



## سیاسگزاری

نویسندگان پژوهش حاضر بر خود لازم دانستند که از کلیه افرادی که در پژوهش شرکت نمودند، کمال تشکر و سپاس خود را ابراز نماید.

## مشارکت نویسندگان

پژوهش حاضر حاصل اقتباس از طرح پژوهشی نویسنده اول بود. نویسنده این پژوهش در طراحی، مفهوم‌سازی، روش‌شناسی، گردآوری داده‌ها، تحلیل آماری داده‌ها، پیش‌نویس، ویراستاری و نهایی سازی نقش داشت.

## تعارض منافع

بنا بر اظهار نویسندگان، این مقاله حامی مالی و تعارض منافع ندارد.

## منابع

- آذرگون، م؛ پوریان، ا. (۱۳۹۷). بررسی رابطه سبک‌های فرزند پروری با تاب آوری و مقایسه آن در کودکان با و بدون اختلال سلوک، همایش ملی روان‌شناسی و سلامت با محوریت خانواده و زندگی سالم، شیراز، دانشکده علوم تربیتی و روانشناسی دانشگاه شیراز.
- احمدی، ا.ج؛ بهرامی، م؛ نصیری، ا؛ صالحی، ف. (۱۳۹۴). تاثیر اثربخشی آموزش مهارت‌های زندگی برافسردگی، اضطراب، فشار روانی در دانش آموزان دارای اختلال سلوک، دومین کنفرانس ملی توسعه پایدار در علوم تربیتی و روانشناسی، مطالعات اجتماعی و فرهنگی، تهران، مرکز مطالعات و تحقیقات اسلامی سروش حکمت مرتضوی، موسسه آموزش عالی مهر اروند، مرکز راهکارهای دستیابی به توسعه پایدار.
- اکبرزاده، ن. (۱۳۸۳). هوش هیجانی - دیدگاه سالوی و همکاران، تهران: انتشارات فارابی.
- امیری، ح؛ افشاری نیا؛ ک. (۱۳۹۰). بررسی مقایسه‌ای خصوصیات شناختی، اجتماعی و حرمتخود نوجوانان مبتلا به اختلال سلوک وعادی، همایش منطقه‌ای روانشناختی کودک و نوجوان، کرمانشاه، دانشگاه آزاد اسلامی واحد کرمانشاه.
- توکلی زاده، ج؛ محمدزاده مقدم، ح؛ فرقانی، م؛ مشاری، ج. (۱۳۹۷). اثر بخشی بازی درمانی رفتاری شناختی بر کاهش علائم اختلال سلوک در کودکان پسر ۸-۱۲ ساله مبتلا به آن در کانون اصلاح و تربیت شهر مشهد، نخستین همایش ملی هنر و سلامت، نیشابور، دانشگاه علوم پزشکی نیشابور.
- ژیان باقری، م؛ باقری، آ؛ فریدی، ر؛ محمودی، ف. (۱۳۹۶). علل پیشگیری و درمان اختلال سلوک در کودکان و نوجوانان کار، اولین همایش ملی علوم اجتماعی، علوم تربیتی، روانشناسی و امنیت اجتماعی، تهران، دانشگاه آل طه - معاونت اجتماعی و پیشگیری از وقوع جرم دادگستری کل استان البرز.

خانجانی، ز. (۱۳۷۸)، بررسی رابطه جدایی‌های موقت روزانه و نشانه‌های مرضی مادر باشکل‌گیری دلبستگی و بروز مشکلات رفتاری-اجتماعی در سطح پیش‌دبستانی-رساله دکترای چاپ نشده، دانشگاه تهران، دانشکده روان‌شناسی و علوم تربیتی.

خدامان، ا.؛ شهره دالکی؛ ع.ر. درودچی؛ ولی بی، م. (۱۳۹۶). تاثیر عوامل ژنتیکی و محیطی در ابتلا به اختلال سلوک در مجرمین زیر ۱۸ سال، ششمین همایش سراسری طب و قضا، قم، سازمان پزشکی قانونی کشور.

سلمانیان، م؛ محمدی، م. ر؛ غباری بناب، ب. (۱۳۹۵). روان‌درمانی معنوی برای نوجوانان دچار اختلال سلوک: طراحی و معرفی یک بسته درمانی، دهمین کنگره پیشگامان پیشرفت، تهران، مرکز الگوی اسلامی ایرانی پیشرفت.

شاکری نسب، م؛ قلعه نوی، ز؛ مقدادی، س. (۱۳۹۷). اثربخشی موسیقی درمانی بر خلاقیت و مهارت‌های ارتباطی دانش‌آموزان دارای اختلال سلوک، پنجمین همایش ملی پژوهش‌های نوین در حوزه علوم تربیتی و روانشناسی ایران (با رویکرد فرهنگ مشارکتی)، تهران، خانه فرهنگ مشارکتی ایران. شگری، ش؛ کراسکیان، آ. (۱۳۹۶). تاثیر آموزش تنظیم هیجانی بر کاهش نشانگان اختلال سلوک در کودکان، کنفرانس ملی پژوهش‌های نوین ایران و جهان در روانشناسی، علوم تربیتی و مطالعات اجتماعی، شیراز، دانشگاه آزاد اسلامی واحد زرکان - دانشگاه علمی کاربردی شوشتر.

شهیدی، س؛ موسوی، س. ر. (۱۳۹۷). نقش اختلال سلوک در بروز بزهکاری نوجوانان کانون اصلاح و تربیت تهران، اولین همایش ملی جهانی سازی حقوق کودکان و نوجوانان از دیدگاه حقوقی و روانشناسی، مشهد، موسسه آموزش عالی حکیم نظامی قوچان.

طاهری، م. (۱۳۹۶). مقایسه کارکردهای اجرایی و مهارت‌های تنظیم شناختی هیجان در نوجوانان مبتلا به اختلال سلوک و عادی، ماهنامه پیشرفت‌های نوین در علوم رفتاری ۲ (۹).

عاصمی، ز؛ حسینی یزدی، س. ع. (۱۳۹۳). مقایسه اثربخشی روش مداخله‌ای نوروفیدبک با آموزش گروهی مدیریت رفتاروالدین در کاهش نشانگان اختلال سلوک کودکان ۸ تا ۲۱ ساله، دومین همایش ملی پژوهش و درمان در روانشناسی بالینی، تربیت جام، دانشگاه آزاد اسلامی واحد تربیت جام.

عزیزی، م؛ تیموری، س؛ رجایی، ع. ر؛ مباشری، ف. (۱۳۹۳). اثربخشی درمان‌های شناختی رفتاری بر کاهش علائم و بهبود سازگاری اجتماعی در اختلال سلوک، دومین همایش ملی پژوهش و درمان در روانشناسی بالینی، تربیت جام، دانشگاه آزاد اسلامی واحد تربیت جام.

علوی، م؛ کرمی، ح؛ هاشمی، س. (۱۳۹۷). «جامعه‌شناسی آموزش و پرورش»، ۷: ۱۹۸-۲۱۳. علیپور، ا؛ عاصمی، ز؛ حسینی یزدی، س. ع. (۱۳۹۳). مقایسه اثربخشی سه روش مداخله‌ای پسخوراند عصبی، آموزش مدیریت رفتار والدین و درمان ترکیبی در کاهش نشانگان اختلال سلوک کودکان. فصلنامه روانشناسی کاربردی، ۸(۳۲): ۷۹-۹۴.

فاطمی، س. م. (۱۳۸۵). «هوش هیجانی»، تهران: انتشارات سارگل. کامل قالیباف، آ؛ کامل قالیباف، آ؛ کریمی، ح؛ رستگار مقدم، ن؛ بهالدین بیگی، ک. (۱۳۹۴). بررسی رضایتمندی و کارآمدی در روان‌درمانی از راه دور: از دیدگاه بیمار و روان‌درمانگر؛ مدیریت سلامت.

کراسک، میشل. ج. (۱۳۹۳). ترجمه علی نیلوفری و لیلا عبدالله پوری: انتشارات ارجمند.  
گودرزی، م. ع؛ هاشمی، ر؛ تقوی، م. ر. (۱۳۹۷). تاثیر برنامه آموزش رفتاری والدین بارکلی به مادران بر کاهش مشکلات رفتاری کودکان مقطع ابتدایی با اختلال سلوک. *دانش و پژوهش در روانشناسی کاربردی*. ۱۹ (۱): ۹-۱.

محمدحسینی، س؛ دقیقی، م؛ بدری، ف. (۱۳۹۴). اختلال سلوک: با نگاهی به رویکردهای درمانی، همایش بین المللی روانشناسی و فرهنگ زندگی، استانبول، موسسه سفیران فرهنگی مبین.  
مینایی، ا. (۱۳۸۲). استانداردسازی سیستم آنبخار ارزیابی مبتنی بر تجربی تهران: انتشارات سازمان آموزش کودکان استثنایی.

نادری، ف؛ پاشا، غ. ر؛ مکوندی، ف. (۱۳۹۳). «تأثیر آموزش مهارت‌های اجتماعی بر سازگاری فردی اجتماعی، پرخاشگری و ابراز وجود دانش آموزان دختر در معرض خطر مقطع متوسطه شهر اهواز»، فصلنامه دانش و پژوهش در روانشناسی کاربردی. ۹ (۳۳): ۳۷-۶۲.

ناصری نیا، س؛ سهرابی فرد، م. م؛ حاتمی، م؛ صمدی فر، آ. (۱۳۹۷). «اثر بخشی آموزش راهبردی نظم جویی فرآیندی هیجان در کنترل خشم و کاهش تکانشگری نوجوانان مبتلا به اختلال سلوک». *مجله علوم حرکتی و رفتاری*. ۱ (۲): ۱۷۶-۱۹۰.

ندر محمدی، م؛ دهقانی، غ. ع. (۱۳۹۷). بررسی شیوع اختلال سلوک و عوامل مرتبط با آن در بین دانش آموزان (مطالعه موردی: دبیرستان‌های شهرستان نمین)، چهارمین کنفرانس سراسری دانش و فناوری علوم تربیتی مطالعات اجتماعی و روانشناسی ایران، تهران، موسسه برگزار کننده همایش‌های توسعه محور دانش و فناوری سام ایرانیان.

نصیری، ز؛ بهرامی پور، م. (۱۳۹۷). رابطه‌ی کارکردهای اجرایی گرم با رفتارهای بیرونی شده در دانش آموزان دارای اختلال سلوک، چهارمین همایش بین المللی افق‌های نوین در علوم تربیتی، روانشناسی و آسیب‌های اجتماعی، تهران، انجمن افق نوین علم و فناوری.

## References

- Craske, M. G., Glover, D., & DeCola, J. (1995). Predicted versus unpredicted panic attacks: Acute versus general distress. *Journal of Abnormal Psychology*, 104(1), 214.
- Decety, J., Yoder, K. J., & Lahey, B. B. (2015). Sex differences in abnormal white matter development associated with conduct disorder in children. *Psychiatry Research: Neuroimaging*, 233(2), 269-277.
- Dodge, K. A. (1985). Attributional bias in aggressive children.
- Dow, M. G., & Rich, A. (2001). Social competence.
- Edmond, C. & Conger, J. (2006). A review of treatment efficacy for individuals with anger problems: conceptual, assessment and methodological issues. *Clinical Psychology Review*, 16, 251-75.
- Eelen, P., & Vervliet, B. (2006). Fear conditioning and clinical implications: what can we learn from the past?.
- Emmerling, R. J., & Goleman, D. (2003). Emotional intelligence: Issues and common misunderstandings. *Issues and Recent Developments in Emotional Intelligence*, 1(1), 1-32.
- Ewen R. (2008). *Theories of personality* (3d ed.). Hillsdale, New Jersey: Lawrence Erlbaum Associates, Publishers.

- Fazio, R. H., Chen, J. M., McDonel, E. C., & Sherman, S. J. (1982). Attitude accessibility, attitude-behavior consistency, and the strength of the object-evaluation association. *Journal of experimental social psychology*, 18(4), 339-357.
- Frederickson, N. L., & Furnham, A. F. (2004). Peer-assessed behavioural characteristics and sociometric rejection: Differences between pupils who have moderate learning difficulties and their mainstream peers. *British Journal of Educational Psychology*, 74(3), 391-410.
- Frick, P. J., Lahey, B. B., Loeber, R., Tannenbaum, L., Van Horn, Y., Christ, M. A. G., . . . & Hanson, K. (1993). Oppositional defiant disorder and conduct disorder: A meta-analytic review of factor analyses and cross-validation in a clinic sample. *Clinical Psychology Review*, 13(4), 319-340.
- Goleman, D., Boyatzis, R. E., & McKee, A. (2002). The new leaders: Transforming the art of leadership into the science of results.
- Greenwald R. (2012). The role of trauma in conduct Disorder. *J of Aggress, Maltreat & trauma*. 6(1): 5-23.
- Gross, J. J. (2001). Emotion regulation in adulthood: Timing is everything. *Current directions in psychological science*, 10(6), 214-219.
- Gross, J. J., & Levenson, R. W. (1997). Hiding feelings: the acute effects of inhibiting negative and positive emotion. *Journal of abnormal psychology*, 106(1), 95.
- Guralnick, M. J., & Neville, B. (1997). Designing early intervention programs to promote children's social competence. *The effectiveness of early intervention*, 579-610.
- Guralnick, M. J. (1989). Social Competence as a future direction for early intervention programmes. *Journal of Mental Deficiency Research*.
- Hall, K. R. L., & Stride, E. (1954). Some factors affecting reaction times to auditory stimuli in mental patients. *Journal of Mental Science*, 100(419), 462-477.
- Henggeler, S. W., & Sheidow, A. J. (2003). Conduct disorder and delinquency. *Journal of Marital and Family Therapy*, 29(4), 505-522.
- Jones, M. C. (1924). The elimination of children's fears. *Journal of Experimental Psychology*, 7(5), 382-390.
- Kaplan, H. I., & Sadock, B. J. (1998). Synopsis of psychiatry: Behavioral sciences clinical psychiatry. [H Rafiee, F Rezaee, M Samyee, Persian trans.]. *Tehran: Arjmand Publications*.
- Kashkooly, Gh. (2000). The investigation of the epidemiology of conduct disorder in primary students in Booshehr city. *Tehran: Tehran University, Psychological Institution*, 31.
- Kazdin, A. E. (1992). Overt and covert antisocial behavior: Child and family characteristics among psychiatric inpatient children. *Journal of Child and Family Studies*, 1(1), 3-20.
- Keiley, M. K. (2002). Attachment and affect regulation: A framework for family treatment of conduct disorder. *Family Process*, 41(3), 477-493.
- Lahey, B. B., Miller, T. L., Gordon, R. A., & Riley, A. W. (1999). Developmental epidemiology of the disruptive behavior disorders. In *Handbook of disruptive behavior disorders* (pp. 23-48). Springer, Boston, MA.
- Leuner, B. (1966). Emotional intelligence and emancipation. A psychodynamic study on women. *Praxis der kinderpsychologie und kinderpsychiatrie*, 15(6), 196.
- Loeber, R., Lahey, B. B., & Thomas, C. (1991). Diagnostic conundrum of oppositional defiant disorder and conduct disorder. *Journal of abnormal psychology*, 100(3), 379.
- Matthews, G., Deary, I. J., & Whiteman, M. C. (2003). *Personality traits*. Cambridge University Press.

- Mayer, J. D. , & Salovey, P. (2007). *Mayer-Salovey-Caruso emotional intelligence test*. Toronto: Multi-Health Systems Incorporated .
- Mayer, J. D. , Caruso, D. R. , & Salovey, P. (1999). Emotional intelligence meets traditional standards for an intelligence. *Intelligence*, 27(4), 267-298 .
- McFall, R. M. (1982). A review and reformulation of the concept of social skills. *Behavioral assessment* .
- McMahon, R. J. , & Estes, A. M. (1997). Assessment of childhood disorders .
- Millanifar, B. (1999). The psychology of disabled children and juveniles. *Tehran: Qomus*, 124 .
- Morrel, T. M. , Elliott, J. D. & Murphy, C. M. (2003). Cognitive behavioral and supportive group treatments for partner-violent men. *Behavior Therapy*, 34, 1 , 77 .
- Mowrer, O. (1960). Learning theory and behavior .
- Murphy, K. R. (Ed. ). (2014). *A critique of emotional intelligence: What are the problems and how can they be fixed?*. Psychology Press .
- Pavlov, I. P. (1927). Conditional reflexes: an investigation of the physiological activity of the cerebral cortex .
- Petrides, K. V. , Frederickson, N. , & Furnham, A. (2004). The role of trait emotional intelligence in academic performance and deviant behavior at school. *Personality and individual differences*, 36(2), 277-293 .
- Pettit, G. S. , & Dodge, K. A. (2003). Violent children: Bridging development, intervention, and public policy .
- Petty, C. R. , Rosenbaum, J. F. , Hirshfeld-Becker, D. R. , Henin, A. , Hubley, S. , LaCasse, S. , . . . & Biederman, J. (2008). The child behavior checklist broad-band scales predict subsequent psychopathology: A 5-year follow-up. *Journal of anxiety disorders*, 22(3), 532-539 .
- Quist, M. C. , & Hubert, W. A. (2004). Bioinvasive species and the preservation of cutthroat trout in the western United States: ecological, social, and economic issues. *Environmental Science & Policy*, 7(4), 303-313 .
- Rachman, S. J. , & Wilson, G. T. (2013). *The Effects of Psychological Therapy: International Series in Experimental Psychology* (Vol. 24). Elsevier .
- Raino, S. S. (2008). *Factor structure on social competence based upon the perceptions of school psychologists*. Northern Arizona University .
- Raver, C. C. , & Zigler, E. F. (1997). Social competence: An untapped dimension in evaluating Head Start's success. *Early childhood research quarterly*, 12(4), 363-385 .
- Richardson, J. & Joughin C. (2002). Parent-training Programmes for the management of young children with conduct disorders. Printed in Britain by Cromwell Press Ltd, trowbridge, UK .
- Riggio, R. E. , & Lee, J. (2007). Emotional and interpersonal competencies and leader development. *Human Resource Management Review*, 17(4), 418-426 .
- Rose-Krasnor, L. (1997). The nature of social competence: A theoretical review. *Social development*, 6(1), 111-135 .
- Roth, A. , & Fonagy, P. (2006). *What works for whom?: a critical review of psychotherapy research*. Guilford Press .
- Sadock, B. J. , Sadock, V. A. , & Kaplan, H. I. (2009). *Kaplan and Sadock's concise textbook of child and adolescent psychiatry*. Lippincott Williams & Wilkins .
- Sadock, B. J. (2003). Kaplan & Sadock's Synopsis of Psychiatry (pp. 898). Philadelphia .
- Salovey, P. , Mayer, J. D. , Goldman, S. , Turvey, C. , & Palfai, T. (1995). Emotional attention, clarity, and repair: Exploring emotional intelligence using the Trait Meta-Mood Scale (TMMS). In J. W. Pennebaker (Ed. ), *Emotion, disclosure, and health*: 125-154. Washington, DC: American Psychological Association .

- Salovey, P. & Mayer, J. D. (1990). Emotional intelligence. *Imagination, Cognition and Personality*, 9, 185-201 .
- Schutte, N. S. , Malouff, J. M. , Hall, L. E. , Haggerty, D. J. , Cooper, J. T. , Golden, C. J. , & Dornheim, L. (1998). Development and validation of a measure of emotional intelligence. *Personality and individual differences*, 25(2), 167-177 .
- Sethi, A. , Sarkar, S. , Dell'Acqua, F. , Viding, E. , Catani, M. , Murphy, D. G. , & Craig, M. C. (2018). Anatomy of the dorsal default-mode network in conduct disorder: Association with callous-unemotional traits. *Developmental cognitive neuroscience*, 30, 87-92 .
- Sjöberg, L. (2008). Emotional intelligence and life adjustment. In: Cassady JC, Eissa MA. Emotional intelligence: perspectives on educational & positive psychology. 1th ed. New York: Peter Lang Publishing. 169-184 .
- Smith, S. W. , & Travis, P. C. (2001). Conducting social competence research: Considering conceptual frameworks. *Behavioral Disorders*, 26(4), 360-369 .
- Taylor, J. L. (2002). A review of the assessment and treatment of anger and aggression in offenders with intellectual disability. *Journal of Intellectual Disability Research*, 46, 57-73 .



\*\*\*

### پرسشنامه سازگاری اجتماعی سؤال‌ها: بلی خیر

- ۱- آیا انجام دادن کار منع شده درست است؟
- ۲- آیا لازم است که همیشه به عهد و پیمان خود وفادار باشیم؟
- ۳- آیا کسانی را که عقیده مخالف شما دارند، مسخره می کنید؟
- ۴- آیا لازم است نسبت به افرادی که دوست نداریم، مهربان باشیم؟
- ۵- آیا باید نسبت به افراد غیرقابل تحمل، مودب باشیم؟
- ۶- آیا عابران پیاده باید علائم و چراغ های راهنما را رعایت کنند؟
- ۷- آیا درست است افراد چیزی را که پیدا می کنند، برای خود بردارند؟
- ۸- آیا درست است از دیگران به علت کمک های اندکشان تشکر کنیم؟
- ۹- آیا در موقع بی پولی ، درست است اشیایی را که واقعاً احتیاج داریم بدون اجازه برداریم؟
- ۱۰- آیا رفتار پسران و دختران خانواده های ثروتمند از رفتار پسران و دختران خانواده های فقیر بهتر است؟
- ۱۱- آیا درست است به افرادی که در مشکلات وامانده اند، بخندیم؟
- ۱۲- آیا می توان، برای رسیدن به هدفی که آسان به دست نمی آید از راه نادرست عمل کرد؟
- ۱۳- آیا درست است به افرادی که عقاید احمقانه ای دارند، بخندیم؟
- ۱۴- آیا باید نسبت به دانشجویان تازه وارد، رفتار دوستانه داشت؟
- ۱۵- آیا وقتی که خانواده ، رفتن به سینما و مهمانی را منع می کند، دادو بیداد کردن درست است ؟
- ۱۶- آیا در موقع عصبانیت می توانید خود را کنترل کنید؟
- ۱۷- آیا برای شما تحسین افرادی که کارهای نیک انجام می دهند، مشکل است ؟
- ۱۸- آیا برای شما به خاطر آوردن نام اشخاصی که ملاقات می کنید، آسان است ؟
- ۱۹- آیا دوست دارید در برابر جمع به نوعی بازی که بلد نیستید، بپردازید؟
- ۲۰- آیا از صحبت کردن با افراد تازه آشنا، لذت می برید؟
- ۲۱- آیا به خاطر گرفتن پاداش ، به دیگران کمک می کنید؟
- ۲۲- آیا می توانید یک مهمانی سرد را رونق داده و گرم کنید؟
- ۲۳- آیا در موقع باختن بازی ، خودتان را در مقابل دیگران کنترل می کنید؟
- ۲۴- آیا اغلب ناراحتی دیگران شما را رنج می دهد؟
- ۲۵- آیا ترتیب دادن مهمانی و فعالیت های اجتماعی برای شما سخت است؟
- ۲۶- آیا گرفتن دوست جدید برای شما آسان است؟
- ۲۷- آیا دوست دارید که در خانه خود مهمانی داشته باشید؟
- ۲۸- آیا احساس می کنید که می خواهید صحبت افراد پرچانه را قطع کنید؟
- ۲۹- آیا می توانید کاری کنید که به همکلاسی های شما در مهمانی خوش بگذرد؟
- ۳۰- آیا معمولاً با دختران یا پسرانی که تازه آشنا شده‌اید، به آسانی صحبت می کنید؟
- ۳۱- آیا اشیایی را که دیگران بدون دلیل منطقی رد میکنند، شما برای خود بر می دارید؟
- ۳۲- آیا معمولاً، کودکان کوچک تر را برای انجام کارهای خود بکار می گیرید؟

- ۳۳- آیا از والدین خود وقتی که با شما مهربان نباشند، اطاعت می‌کنید؟
- ۳۴- آیا گاهی به تشویق دوستان برای بدست آوردن چیزی که حق با شماست، با همکلاسی‌های خود نزاع می‌کنید؟
- ۳۵- آیا فکر می‌کنید دروغ گفتن بهترین راه فرار از مشکلات است؟
- ۳۶- آیا شما برای نزاع با همکلاسی‌های خود، همیشه سرزنش می‌شوید؟
- ۳۷- آیا اغلب برای ثابت کردن نظرات خود نزاع میکنید؟
- ۳۸- آیا احساس می‌کنید وقتی بچه‌ها با شما بازی می‌کنند، خوشحال می‌شوند؟
- ۳۹- آیا رفتار بعضی از افراد با شما گاه چنان بد است که می‌خواهید هر چیزی را که در جلوی دست شماست، بشکنید؟
- ۴۰- آیا رفتار بعضی از افراد چنان ظالمانه است که آزردهن آنها را صحیح بدانید؟
- ۴۱- آیا صحیح است کارها را به دست افراد بدر رفتار بسپاریم؟
- ۴۲- آیا لازم است گاهی برای گرفتن حق خود عصبانی شوید؟
- ۴۳- آیا فکر می‌کنید که بعضی از افراد، شایسته تنبیه هستند؟
- ۴۴- آیا بعضی از افراد چنان بد هستند که دشنام دادن، شایسته آنها باشد؟
- ۴۵- آیا شما خوشحال می‌شوید وقتی که بتوانید با افراد بد آن طور که شایسته آنهاست رفتار کنید؟
- ۴۶- آیا افراد خانواده به علت کاری که برای آنها انجام می‌دهید با شما مهربانی می‌کنند؟
- ۴۷- آیا گاهی افراد خانواده را اذیت می‌کنید؟
- ۴۸- آیا برای ترجیح یک فرد به فرد دیگر، دلیل قانع‌کننده‌ای دارید؟
- ۴۹- آیا افراد خانواده، شما را فردی موفق می‌دانند؟
- ۵۰- آیا افراد خانواده، فکر می‌کنند که شما از آنها کناره‌گیری می‌کنید؟
- ۵۱- آیا افراد خانواده فکر می‌کنند که شما به چیزهای بی‌ارزش علاقه‌مند هستید؟
- ۵۲- آیا گاهی احساس می‌کنید که نباید با خانواده خود زندگی کنید؟
- ۵۲- آیا از مصاحبت افراد خانواده لذت می‌برید؟
- ۵۴- آیا شما ترجیح می‌دهید دوستان خود را به علت نامناسب بودن فضای خانه در خارج ببینید؟
- ۵۵- آیا گاه خود را سرزنش می‌کنید که رفتارتان با خانواده آن طور که باید نیست؟
- ۵۶- آیا در خانه خوش اخلاق و بذله‌گو هستید؟
- ۵۷- آیا تشکر کردن از افراد خانواده برای شما سخت است؟
- ۵۸- آیا بیشتر افراد خانواده با خواست‌های شما موافقت می‌کنند؟
- ۵۹- آیا گاهی احساس می‌کنید که هیچ‌کس در خانه به فکر شما نیست؟
- ۶۰- آیا رفتار افراد در منزل برای شما آزاردهنده است؟
- ۶۱- آیا فکر می‌کنید که استادانتان شما را درک می‌کنند؟
- ۶۲- آیا فکر می‌کنید که عدم موفقیت در یادگیری به دلیل دشوار بودن بعضی از دروس است؟
- ۶۳- آیا دوست دارید در دانشگاه با همکلاسی‌های خود همکاری کنید؟



- ۶۴- آیا اگر بتوانید از دانشگاه فرار می کنید؟
- ۶۵- آیا فکر می کنید بعضی از همکلاسی ها، شما را در ورزش ضعیف می دانند؟
- ۶۶- آیا بعضی از استادان با سخت گیری های خود تکالیف را سخت تر می کنند؟
- ۶۷- آیا از صحبت کردن با دانشجویان تازه وارد لذت می برید؟
- ۶۸- آیا غالباً فکر می کنید که بعضی از استادان خوب نیستند؟
- ۶۹- آیا دوستان از شما می خواهند، در بازی ها شرکت کنید؟
- ۷۰- اگر استادان مهربان تر می بودند، خوشحال تر می شدید؟
- ۷۱- آیا همکلاسی های شما، رفتار شما را نسبت به خود می پسندند؟
- ۷۲- آیا تنها و بدون حضور همکلاسی های خود احساس راحتی می کنید؟
- ۷۳- آیا استادان دانشجویان را تشویق به همکاری می کنند؟
- ۷۴- آیا گاهی به دلایلی از همکلاسی های خود دوری می کنید؟
- ۷۵- آیا اغلب فکر می کنید که بعضی از استادان نسبت به دانشجویان کمتر توجه می کنند؟
- ۷۶- آیا برای دیدن دوستان همسایه به خانه آنها می روید؟
- ۷۷- آیا عادت دارید با همسایگان صحبت کنید؟
- ۷۸- آیا بیشتر همسایگان شما از قانون اطاعت نمی کنند؟
- ۷۹- آیا با دوستان همسایه خود بازی می کنید؟
- ۸۰- آیا جوانان دوست داشتنی، در همسایگی شما زندگی می کنند؟
- ۸۱- آیا بعضی از همسایگان به حدی مهربانند که باید دوستشان داشت؟
- ۸۲- آیا پسران و دخترانی از ملیت های مختلف در همسایگی شما زندگی می کنند که سعی می کنید از آنها دوری نمائید؟
- ۸۳- آیا شما اغلب به مهمانی همسایگان می روید؟
- ۸۴- آیا لازم است که با افراد همه طبقات اجتماعی مهربان و خوب بود؟
- ۸۵- آیا شما از این که در گروه همسالان باشید، خوشحال می شوید؟
- ۸۶- آیا افرادی در همسایگی شما زندگی می کنند که نتوانید آنها را دوست بدارید؟
- ۸۷- آیا در همسایگی شما افراد نامناسبی که بخواهید از آنها دوری کنید وجود دارند؟
- ۸۸- آیا افرادی در همسایگی شما زندگی می کنند که شما از برخورد با آنها خشنود نیستید؟
- ۸۹- آیا بیشتر همسایگان هم سن و سال خود را دوست دارید؟
- ۹۰- آیا عدهای از همسایه های شما به علت مذهبی بودنشان شما را فردی عجیب می دانند؟
- ۹۱- آیا شما با اختصاص سهمیه برای پذیرش دانشجویان شاهد در دانشگاهها موافق هستید؟

## The Comparison of the Effectiveness of Cognitive-Behavioral Therapy with Emotional Intelligence Training on Social Adjustment in Adolescents with Conduct Disorder

Adel Amir Khanloo<sup>1</sup>, Yarali Doosti<sup>2\*</sup> & Reza Donyavi<sup>3</sup>

### Abstract

**Aim:** This study was performed to compare the effectiveness of cognitive-behavioral therapy with emotional intelligence training on social adjustment of adolescents with conduct disorder. **Method:** The present research method was quasi-experimental with pre-test and post-test design with control group (two experimental groups and one control group). The statistical population of the study consisted of all adolescents with conduct disorder who are present in the Tehran Correctional Center in 1398. Samples were screened from subjects with conduct disorder, 45 adolescents were randomly divided into three groups (two experimental groups and one control group of 15 people in each group). Sampling was done purposefully in the selection stage of the subjects and randomly in the replacement stage in the experimental and control groups. The data collection tool in this study was the California Social Adjustment Questionnaire (1953). Multivariate covariance (MANCOVA) test was used to analyze the data. **Results:** The results showed that cognitive-behavioral therapy and emotional intelligence training are effective in increasing social adjustment of adolescents with conduct disorder ( $P < 0.001$ ). Also, comparison of the two experimental groups showed that cognitive-behavioral therapy has a greater effect on increasing adolescent social adjustment ( $P < 0.001$ ). **Conclusion:** It can be concluded that cognitive-behavioral therapy and emotional intelligence training are effective in increasing social adjustment of adolescents with conduct disorder.

**Keywords:** Cognitive-behavioral therapy, Emotional intelligence training, Social adjustment, Behavior disorder.

1. PhD student, Educational Psychology, Sari Branch, Islamic Azad University, Sari, Iran

2. \* Assistant Professor, Department of Psychology, Sari Branch, Islamic Azad University, Sari, Iran

3. Assistant Professor, Department of Psychology, Neka Branch, Islamic Azad University, Neka, Iran

Email: dousti@iausari.ac.ir