

## **Investigating the effects and comparisons of Adler's individual counseling with Ellis' rational-emotional behavioral therapy on conduct disorder of students**

**Ali Afshari\***

### **Introduction**

The aim of this study was to investigate the effects and comparisons of Adler's Individual counseling with Ellis' rational-emotional behavioral therapy on conduct disorder of the sixth grade elementary students of Maragheh city.

### **Method**

In order to do this research, 30 students were selected, whose scores were more than 35, according to the available sampling method of the Conduct Disorder Questionnaire (RSDCD). They were placed randomly in three, Adler, Ellis, and control, groups and each group had 10 participants. The interventions of Adler and Ellis groups were conducted in eight (45 minutes) sessions during three consecutive weeks. But the control group continued their normal course of study. The research method was quasi-experimental, with pre- and post-test.

### **Results**

The results of covariance analysis showed that in both Adler and Ellis' groups, in comparison to the control group, the severity of symptoms of conduct disorder was decreased, and the results of post hoc tests (LSD), showed that the rate of conduct disorder in the Ellis group was less than the Adler and control groups, and the rate of conduct disorder in the Adler's counseling group was lower than the control group.

### **Discussion**

We can conclude that both Adler and Elises' methods are beneficial to

---

\* Assistant professor, department of psychology, human science department, University of Maragheh, Maragheh, Iran. [a\\_afshari@maragheh.ac.ir](mailto:a_afshari@maragheh.ac.ir)

reduce the symptoms of conduct disorder, but the effectiveness of Ellis' rational-emotional behavioral therapy is more than Adler's individual counseling.

**Keywords:** Adler's individual counsel, Ellis' rational-emotional behavioral therapy, conduct disorder.



تاریخ دریافت مقاله: ۹۷/۰۲/۰۶  
تاریخ پذیرش مقاله: ۹۸/۰۴/۱۷

دست آوردهای روان‌شناختی  
دانشگاه شهید چمران اهواز، بهار و تابستان ۱۳۹۸  
دوره‌ی چهارم، سال ۲۶، شماره‌ی ۱  
صص: ۹۵-۱۱۰

## مقایسه اثربخشی مشاوره فردی (رویکرد آدلر) با رفتاردرمانی عقلانی-هیجانی (رویکرد ایس) بر کاهش علائم اختلال سلوک دانش‌آموزان

علی افشاری\*

### چکیده

هدف از پژوهش حاضر مقایسه اثربخشی مشاوره فردی آدلر با رفتاردرمانی عقلانی-هیجانی ایس بر کاهش علائم اختلال سلوک دانش‌آموزان ششم بود. به منظور انجام این پژوهش ۳۰ نفر از دانش‌آموزانی که از طریق نمونه‌گیری هدفمند در پرسشنامه اختلال سلوک (شهریوری و همکاران، ۱۳۸۹) نمره بالاتر از ۳۵ گرفته بودند انتخاب و به صورت جایگزینی تصادفی در سه گروه ۱۰ نفری آدلری، ایسی و کنترل قرار گرفتند. متغیر مستقل برای گروه آدلری و ایسی در ۸ جلسه ۴۵ دقیقه‌ای در طول سه هفته متوالی اجرا شد. اما گروه کنترل سیر طبیعی تحصیل خود را ادامه دادند. روش پژوهش نیمه تجربی و از نوع پیش‌آزمون - پس‌آزمون با گروه کنترل بود. نتایج آزمون تحلیل کوواریانس نشان داد که در هر دو گروه آدلری و ایسی نسبت به گروه کنترل شدت علائم اختلال سلوک کاهش یافته بود. همچنین نتایج آزمون تعقیبی LSD نشان داد که میزان علائم اختلال سلوک در گروه ایسی کمتر از گروه آدلری و گروه کنترل بود و میزان اختلال سلوک در گروه مشاوره آدلری کمتر از گروه گواه بود. پس می‌توان نتیجه‌گیری کرد که هر دو روش آدلری و ایسی بر کاهش نشانه‌های اختلال سلوک مفید به نظر می‌رسند. اما میزان اثربخشی رفتاردرمانی عقلانی - هیجانی ایس بیشتر از مشاوره فردی آدلری می‌باشد.

**کلید واژگان:** مشاوره فردی آدلر، رفتاردرمانی عقلانی - هیجانی ایس، اختلال سلوک.

\* استادیار گروه روان‌شناسی، دانشکده علوم انسانی، دانشگاه مراغه؛ مراغه، ایران

## مقدمه

اکثر کودکان در طول دوران رشد، مشکلات هیجانی و رفتاری خاصی پیدا می‌کنند که این مشکلات ناشی از فشارهای رشد و سازگاری با انتظارات خانواده و اجتماع می‌باشد. در این میان والدین برای تربیت فرزندان خویش با چالش‌ها و دشواری‌های بی‌شمار مواجه هستند و یکی از هدف‌های مهم آن‌ها تربیت کودکانشان در روند اجتماعی شدن است (Peymannai, Poursharifi & Alilou, 2013). آن‌ها باید به فرزندانشان راه و رسم کنار آمدن با مشکلات از جمله تنش‌های زندگی را بیاموزند آن هم به شکلی که مقبولیت اجتماعی داشته باشد. اگر استقلال و خودمختاری کودک در چهارچوب مشخصی نباشد، تعارض امیال و ناکامی‌هایش با امیال و ناکامی‌های والدین بیشتر شده و نتیجه این تعارض انجام رفتار منفی و مخرب<sup>۱</sup> توسط کودک و همچنین والدین او می‌باشد (Schroeder & Gordon, 2002). رفتارهای آزارگرانه معمولاً موقتی هستند و در برخی مقاطع سنی، یک هنجار تلقی می‌شوند ولی رفتارهای آزارگرانه بعضی از کودکان بسیار شدید و بیش از حد بوده و ممکن است در کودکی، نوجوانی و حتی بزرگسالی ادامه یابد (Schroeder & Gordon, 2002). اختلال سلوک<sup>۲</sup>، به پرخاشگری و بزه‌کاری و آن دسته از رفتارهای ضد اجتماعی اطلاق می‌شود که نشان می‌دهد فرد در انطباق رفتار خود با انتظارات اشخاص صاحب قدرت در زندگی (مثل والدین یا معلم) و هنجارهای اجتماعی یا احترام به حقوق دیگران ناتوان است. این رفتارها از کشمکش‌های خفیف با منابع قدرت تا دست‌اندازی جدی به حقوق دیگران (مثلاً تهاجم، تجاوز جنسی، تخریب، آتش‌افروزی و دزدی) را در برمی‌گیرد (Frick, O'Brien, Woolton & McBurnett, 1994). از دیدگاه روان‌شناختی در طبقه‌بندی اختلالات روانی، کودکان و نوجوانانی که همیشه آماده پرخاشگری و حمله و تجاوز به حریم و حقوق دیگران هستند را افراد مبتلا به اختلال سلوک<sup>۳</sup> می‌نامند (Ghasemi, 2007). بر اساس تعریف پنجمین راهنمای تشخیصی و آماری اختلال‌های روانی (DSM-5) مشخصه اصلی اختلال سلوک، الگوی پایداری از رفتار تکراری است که در آن حقوق اساسی دیگران یا هنجاری‌ها و قواعد عمده اجتماعی متناسب با سن نادیده گرفته می‌شود. این‌گونه رفتارها به ۴

1- disruptive behaviors

2- conduct disorder

3- conduct disorder

طبقه شامل: پرخاشگری به اشخاص و حیوانات، تخریب اموال، فریبکاری یا دزدی و نقض جدی قوانین تقسیم می‌شوند. برای تشخیص ابتلاء به این اختلال، سه مورد یا بیشتر از موارد 15 گانه باید در 12 ماه گذشته وجود داشته باشد. همچنین لازم است که از هر طبقه حداقل یک مورد در 6 ماه اخیر حضور داشته باشد. در سبب‌شناسی اختلال سلوک سه عامل متغیرهای محیطی، فردی و عوامل زیستی عصبی موثر می‌باشند. عوامل محیطی شامل؛ والدین و سبک‌های فرزند پروری، گروه همسالان و سطح پایین اقتصادی - اجتماعی می‌باشد. همچنین عوامل فردی شامل؛ فراشناخت، مزاج و جنسیت و عامل زیستی عصبی، نقش ژن‌ها را شامل می‌شود (America Psychiatric Association, 2013). اختلال سلوک در دوره‌ی کودکی و نوجوانی شایع است. میزان شیوع اختلال سلوک در پسرهای زیر 18 سال 1/8 تا 16 درصد و در دخترها 0/8 تا 9/2 درصد گزارش شده است (Lobber & Leihy, 2003). بررسی (Mohammad Khani and Eskandari (2005) نیز نشان‌دهنده شیوع 10/2 درصدی اختلال سلوک در ایران است.

مطالعات نشان می‌دهد افراد مبتلا به اختلال سلوک طحوره‌ای متخاصم از جهان در ذهن خود شکل داده و بر اساس آن روابط بین فردی و نیات دیگران را غیر دوستانه ارزیابی کرده و با پرخاشگری به دیگران پاسخ می‌دهند (Dodge, 1993). با توجه به شیوع بالای این اختلال، روند شدت یافتن آن در طول زمان و هزینه‌های سنگینی که به فرد، خانواده و جامعه تحمیل می‌کند، بررسی شیوه‌های مختلف موثر بر کاهش آن ضرورت می‌یابد (Richardson & Joughin, 2002). در بسیاری از موارد، مشکلات حل نشده آن‌ها به معضلات پیچیده‌تر در آینده تبدیل می‌شود و امید به درمان را کم رنگ می‌سازد (Lebow, 2005). در طول سالیان متمادی روش‌های درمانی متنوعی برای مواجهه با مشکلات رفتاری شناختی و هیجانی این کودکان به کار گرفته شده است. در این زمینه، بخشی از درمان‌ها در زمینه مداخلات فردی و بخشی دیگر بر مداخلات خانوادگی، متمرکز شده‌اند (American Academy of Child & Adolescent Psychiatry, 2007). اگرچه در بین طیف اختلالات رفتار ایدایی، درمان اختلال سلوک بسیار مشکل و چالش‌برانگیز است اما در این میان درمان‌های دارویی و روان‌شناختی در دهه‌های اخیر شتاب قابل قبولی داشته‌اند (McDougle, Stigler & Posey, 2003).

در سال‌های اخیر علیرغم درمان دارویی، رویکردهای روان‌شناختی متعددی در زمینه مداخله و درمان اختلال سلوک به وجود آمده است (Beck & Fernandez, 1998). یکی از مؤثرترین راهبرد درمانی برای افراد مبتلا به اختلال سلوک، راهبردهای شناختی-رفتاری می‌باشد (Brestan & Eyberg, 1998). شواهد موجود حاکی از آن است که برخی از عناصر شناختی و رفتاری در افراد مبتلا به اختلال سلوک مختل می‌باشد. این عوامل می‌تواند سازگاری فرد در مواجهه با درخواست‌های محیطی را مختل سازد. در مداخلات شناختی-رفتاری تمرکز بر آموزش مهارت‌های شناختی است که بسیاری از کودکان و نوجوانان مبتلا به اختلال سلوک در آن نقص دارند (Frick, 2004). یکی از روش‌های درمانی مبتنی بر مداخلات شناختی-رفتاری، رویکرد آدلری می‌باشد. به اعتقاد آدلر کودک بدرفتار، بیمار نیست بلکه دلگرم نیست. منظور از دلگرمی، احساس تعلق داشتن و پذیرش ناکامل بودن می‌باشد. بنابراین والدین و معلمان وظیفه دارند این دلگرمی را به کودک بدهند. رویکرد آدلری در مواجهه با مشکلات رفتاری فرزندان بر اهمیت گرمی و صمیمیت، گفتگوی متقابل با کودکان و عدم حمایت بیش از اندازه والدین از کودکانشان تأکید دارد (Amiri, Alizadeh & Farrokhi, 2013).

پژوهش (Fashimpar 1992) در زمینه مقایسه اثربخشی آموزش والدین با دو رویکرد رفتاری و آدلری در بهبود اختلال سلوک نشان داد که اثربخشی آموزش آدلری به طور معنی‌داری بیشتر از آموزش رفتاری است.

یکی دیگر از روش‌های مؤثر در کاهش علائم اختلال سلوک، رفتاردرمانی عقلانی-هیجانی است که از قدیمی‌ترین و مهم‌ترین رویکردهای شناختی-رفتاری می‌باشد (Ellis, 2001). این درمان سعی دارد فرایندهای فکری ناسازگارانه‌ی درمان‌جو که پاسخ‌های هیجانی و رفتارهای ناسازگارانه به آن‌ها وابسته می‌باشد را تغییر دهد. رفتاردرمانی عقلانی هیجانی فرض را بر این اساس قرار می‌دهد که انسان‌ها یک تمایل بیولوژیکی برای تفکر به شیوه غیرعقلانی و مخرب و درعین حال عقلانی و سالم دارند. بنابراین، حتی اگر آن‌ها یک گرایش ذاتی به رشد و خود شکوفایی داشته باشند، همین امر می‌تواند به آسانی رشد آن‌ها را به وسیله غیرواقعی بودن، غیرمنطقی بودن یا انواع دیگر از تفکرات بدبینانه متوقف کند (Vernon, 2003). کودکانی که از اختلال سلوک رنج می‌برند، باورها و عقاید ناکارآمدی را در فکر خود پرورش داده‌اند. تکلیف

رفتار درمانی عقلانی-هیجانی این است که نظام عقیدتی و خود سنجی‌های فرد را بازسازی کند، مخصوصاً با توجه به بایدها و الزاماتی که اجازه نمی‌دهند فرد احساس ارزشمندی و زندگی رضایت‌بخش و خوشنودکننده‌ای داشته باشد (Mineka, Bucher & Hooley, 2007). به اعتقاد ایس مشکلات روانی افراد، ناشی از شیوه‌ی تفکر آن‌ها درباره‌ی اشیاء و امور است. به سخنی دیگر، این نظام باورهای فرد است که منجر به پیامدهای عاطفی نامناسب می‌شود (Nahidpour, 2003). Trip, Vernon and McMahon (2007) در یک فرا تحلیل روی ۲۶ مقاله منتشر شده به بررسی اثربخشی آموزش رفتاردرمانی عقلانی-هیجانی پرداختند. آنان دریافتند که رفتار درمانی عقلانی-هیجانی اثری مثبتی بر کاهش باورهای غیرعقلانی و رفتارهای ناسازگارانه داشته و در مقایسه با سایر درمان‌ها، در تعدیل رفتارهای بد کارکردی مؤثرتر می‌باشد. با توجه به اینکه آدلر از پیشگامان کار با کودک بوده ولی تاکنون پژوهش‌های اندکی در رابطه با اثربخشی نظریه او انجام شده و همچنین با توجه به نتایج مؤثری که رفتار درمانی عقلانی-هیجانی ایس در کار با کودکان داشته است لذا انجام تحقیق در رابطه با اثربخشی رویکردهای فردنگر آدلر و رفتاردرمانی عقلانی-هیجانی ایس جهت درمان اختلال سلوک در این تحقیق انتخاب شده است تا با مشخص کردن کارایی این دو رویکرد در بهبود اختلال سلوک، گامی در جهت پیشگیری از مشکلات آینده‌ی کودکان مبتلا به اختلال سلوک برداشته شود. لذا هدف از اجرای پژوهش حاضر بررسی مقایسه اثربخشی مشاوره فردی آدلر با رویکرد رفتاردرمانی عقلانی-هیجانی ایس بر اختلال سلوک دانش‌آموزان پسر پایه ششم می‌باشد.

## روش پژوهش

طرح پژوهش حاضر از نوع تحقیق نیمه تجربی با طرح پیش‌آزمون-پس‌آزمون با گروه کنترل می‌باشد. جامعه آماری پژوهش شامل تمامی دانش‌آموزان پسر پایه ششم شهرستان مراغه در سال تحصیلی ۹۶-۹۵ بود. از جامعه مذکور تعداد ۳۰ دانش‌آموز مبتلا به اختلال سلوک با روش نمونه‌گیری هدفمند به عنوان نمونه پژوهش انتخاب شدند. ملاک ورود به نمونه آماری، کسب نمره ۳۵ به بالادر پرسشنامه تشخیص اختلال سلوک (فرم معلم) بود. ملاک خروج هم عبارت بود از: داشتن سابقه بیماری جسمی و روانی مزمن و حاد و مصرف داروهای روان‌گردان تجویزی و یا سوء مصرف به وسیله خود مراجع. به منظور تجزیه و تحلیل

داده‌ها در این طرح پژوهشی از روش تحلیل کوواریانس استفاده شد. همچنین آزمون‌های تعقیبی LSD برای مقایسه دو به دو میانگین‌ها استفاده شد.

### ابزار پژوهش

**پرسشنامه تشخیصی نشانه‌های اختلال سلوک:** برای سنجش اختلال سلوک از مقیاس درجه بندی تشخیص اختلال سلوک (Shahrivari, Nategh, Azim Khani, Azizi, & Habib, 2010) استفاده شد. این پرسشنامه دارای ۳۵ سوال بوده و ۵ بعد (پرخاشگری، بی مسئولیتی، فریبکاری، خرابکاری، روابط بین فردی ضعیف) را می‌سنجد. در زمینه تشخیص اختلال سلوک در دانش آموزان، این پرسشنامه باید توسط معلمان تکمیل شود. در خصوص نمره‌گذاری، به جهت اینکه در این پرسشنامه علاوه بر تشخیص اختلال سلوک، تعیین میزان شدت این اختلال نیز مدنظر می‌باشد، از مقیاس درجه‌بندی لیکرت در یک طیف ۵ درجه‌ای شامل ۱- هرگز ۲- به ندرت ۳- گاهی ۴- اغلب ۵- همیشه استفاده می‌شود. در پژوهش (Shahrivari et al. 2010) پایایی این پرسشنامه از طریق آلفای کرونباخ ۰/۹۷ از طریق تنصیف ۰/۸۵ و از طریق روش آزمون - آزمون مجدد ۰/۸۷ گزارش شده است.

### روش اجرای پژوهش

پس از نمونه‌گیری، افراد به صورت تصادفی در سه گروه ۱۰ نفری قرار گرفتند با این توضیح که گروه آزمایش و کنترل از لحاظ ویژگی‌های جمعیت شناختی سن، جنس و مقطع تحصیلی همتا شده بودند. با توجه به برنامه درمانی برای گروه آدلری، به ترتیب ۸ جلسه مشاوره فردی آدلری برای گروه اول به مدت ۴۵ دقیقه در طول سه هفته اجرا شد (Kermanshahi & Shafi Abadi, 2014). همچنین گروه دوم با استفاده از اصول مطرح‌شده در کتاب رفتاردرمانی عقلانی - هیجانی (Ellis, 2005)، ۸ جلسه مشاوره رفتاردرمانی عقلانی - هیجانی ایس را به مدت ۴۵ دقیقه در طول سه هفته دریافت کردند (Dryden, 2003). گروه کنترل که همانند دو گروه آزمایشی، ۱۰ نفر بودند هیچ نوع مشاوره‌ای دریافت نکردند. قبل از اجرا، برای هر سه گروه پرسشنامه اختلال سلوک (فرم معلمان) به عنوان پیش آزمون تکمیل شده و پس از



اجرای برنامه درمانی نیز دوباره همان پرسشنامه توسط معلمان تکمیل شد تا با بررسی میزان تغییرات نتایج درمان مشخص شود. برنامه درمانی در چارچوب زیر اجرا شد:

جدول ۱.

خلاصه برنامه درمانی برای گروه‌های آدلری (کرمانشاهی و شفیعی آبادی ۱۳۹۳)

جلسه	گروه آزمایشی آدلری
اول	برقراری رابطه درمانی که بر مبنای همکاری، اعتماد متقابل، احترام و مشارکت می‌باشد.
دوم	آشنایی با سبک زندگی فرد با تمرکز بر ترتیب تولد و روابط خواهر-برادری
سوم	بررسی سبک زندگی فرد با تمرکز بر مجموعه خانواده
چهارم	بررسی سبک زندگی با بررسی چکیده خاطرات
پنجم	با استخراج چکیده از مصاحبه‌های جلسه‌های قبلی افکار مزاحم و راهبردهای کنار آمدن با آزمودنی در میان گذاشته می‌شود.
ششم	بر روی بینش آزمودنی تمرکز می‌شود که انتقال آگاهی به عمل سازنده است.
هفتم	جهت‌گیری دوباره و بازآموزی رفتارهای مناسب
هشتم	فرایند ترغیب و جستجوی امکانات تازه و ایجاد تفاوت

جدول ۲.

خلاصه برنامه درمانی برای گروه‌های الیسی (درآیدن، ۲۰۰۳)

جلسه	گروه آزمایشی الیس
اول	ارزیابی و جهت‌دهی شامل گرفتن تاریخچه‌ای از مشکل، استفاده از فن پذیرش نامشروط و تعیین تکلیف خانگی ایفای نقش
دوم	معرفی راهبردهای رفتاردرمانی عقلانی-هیجانی و بررسی تکلیف خانگی و آموزش مدل A-B-C و تعیین تکلیف خانگی
سوم	شناسایی و توضیح منبع پیامدهای ناراحت‌کننده و باورهای غیرمنطقی در ارتباط با رفتار مشکل‌دار، مرور جلسه قبل و تکلیف خانگی شناسایی افکار غیرمنطقی خود
چهارم	بررسی تکلیف خانگی، بحث درباره‌ی دو باور غیرمنطقی در ارتباط با رفتار ناهنجار و تعیین تکلیف خانگی تهیه فهرستی از مشکلات خود و بایدهای مربوط به آن
پنجم	زیر سؤال بردن باورهای غیرمنطقی و کمک به آزمودنی برای اینکه باورهای غیرمنطقی خود را زیر سؤال ببرد، آموزش رفتارها و باورهای جدید مؤثر و تعیین تکلیف خانگی ثبت مشکلات خود و زیر سؤال بردن بایدهای آن
ششم	پرداختن به نگرانی‌های رفتار مشکل‌دار و باورهای غیرمنطقی درباره رفتار با استفاده از فن شوخی و تعیین تکلیف خانگی استفاده از فن شوخی در ارتباط با افکار معیوب
هفتم	آموزش تجسم عقلانی-هیجانی، تسهیل و افزایش تغییرات فکری مثبت حاصل از اجرای فن تصویرسازی ذهنی عقلانی-هیجانی و تعیین تکلیف خانگی تصویرسازی ذهنی
هشتم	مرور تکالیف قبلی، رفع اشکال درباره آموزش‌های قبلی، آموزش آرمیدگی و تاکید بر نقش خود

## یافته‌ها

اطلاعات مربوط به یافته‌های توصیفی در جدول ۳ آورده شده است.

Table 3.  
Table descriptive indexes of conduct disorder in pre-test and post-test

Variable	Group	Mean	Standard deviation	Minimum	Maximum	
Conduct disorder	Pretest	Adler group	126/70	8/084	112	140
		Ellis Group	127/10	5/587	120	137
		Control group	125/60	9/033	114	142
	Posttest	Adler group	106/70	7/334	92	117
		Ellis Group	99/50	5/986	91	109
		Control group	123/40	8/168	111	135

مطابق با جدول ۳ میانگین میزان اختلال سلوک در پیش‌آزمون در گروه آدلری برابر ۱۲۶/۷۰، در گروه الیسی برابر ۱۲۷/۱۰ و در گروه گواه برابر ۱۲۵/۶۰ است. میانگین میزان اختلال سلوک در پس‌آزمون در گروه آدلری برابر ۱۰۶/۷۰، در گروه الیسی برابر ۹۹/۵۰ و در گروه گواه برابر ۱۲۳/۴۰ است.

Table 4.  
Results of the Kolmogorov-Smirnov test to examine the normal distribution of variables

	Test	Number	Z statistic Kolmogorov-Smirnov	Significant level
Conduct disorder	pretest	30	0/527	0/944
	posttest	30	0/532	0/939

همان‌طور که در جدول ۴ مشاهده می‌شود، برای بررسی نرمال بودن توزیع متغیرها از آزمون کولموگروف-اسمیرنوف استفاده شده است. با توجه به سطوح معنی‌داری به دست آمده، نتیجه گرفته می‌شود که تمام متغیرها هم در پیش‌آزمون و هم در پس‌آزمون دارای توزیع نرمال می‌باشند (سطح معنی‌داری بزرگ‌تر از ۰/۰۵).

نتایج تحلیل کوواریانس در جدول ۵ ارائه شده است. با توجه به جدول ملاحظه می‌شود که اثر گروه در سطح احتمال ۹۹ درصد معنی‌دار می‌باشد ( $F = ۱۰۷/۱۸$ ،  $p = ۰/۰۰۱$ ،  $\eta^2 = ۰/۸۹$  مجذور اتا،  $F = ۱۰۷/۱۸$ ).

یعنی پس از تعدیل نمره‌های پیش‌آزمون، میزان اختلال سلوک در پس‌آزمون در گروه مشاوره فردی آدلری، رفتاردرمانی عقلانی-هیجانی ایس و گروه گواه دارای تفاوت معنی‌داری می‌باشد.

Table 5.

Test results for covariance analysis for behavioral disturbances

	Sum of squares	Degrees of freedom	Average squares	F value	Significance Level	Squat ETA
Pre-test effect	1007/827	1	1007/827	56/644	0/001	0/761
Group effect	3291/114	2	1645/557	107/183	0/001	0/892
Error	399/173	26	15/353			
Total	366534/000	30				

در جدول ۶ نتایج آزمون تعقیبی LSD نشان می‌دهد که میزان اختلال سلوک در گروه رفتاردرمانی عقلانی-هیجانی ایس کمتر از گروه مشاوره فردی آدلری و گروه کنترل است. همچنین میزان اختلال سلوک در گروه مشاوره فردی آدلری کمتر از گروه کنترل است. یعنی، اثربخشی رفتاردرمانی عقلانی-هیجانی ایس در کاهش نشانه‌های اختلال سلوک دانش‌آموزان نسبت به مشاوره فردی و گروه کنترل؛ و اثربخشی مشاوره فردی آدلر نسبت به گروه کنترل بیشتر است.

Table 6.

Results of LSD follow-up

Group (I)	Group (J)	Average difference (I-J)	Criterion of difference error	Significant level
Adler group	Ellis Group	*7/517	1/753	0/001
Control group	Control group	17/572-*	1/756	0/001
Ellis Group	Control group	25/089-*	1/758	0/001

### بحث و نتیجه‌گیری

هدف از این پژوهش بررسی و مقایسه اثربخشی مشاوره فردی آدلری و رفتاردرمانی عقلانی-هیجانی ایس در کاهش نشانه‌های اختلال سلوک دانش‌آموزان بود. با توجه به یافته‌های پژوهش و مطابق با جدول ۴، پس از تعدیل نمره‌های پیش‌آزمون، میزان اختلال سلوک در پس‌آزمون گروه مشاوره فردی آدلری، رفتاردرمانی عقلانی-هیجانی ایس و گروه

کنترل تفاوت معنی‌داری بدست آمد. بنابراین، یافته اثربخشی مشاوره فردی آدلر و رفتاردرمانی عقلانی-هیجانی بر کاهش اختلال سلوک تأیید می‌گردد. همچنین نتایج آزمون تعقیبی LSD نشان داد که میزان علائم اختلال سلوک در گروه رفتاردرمانی عقلانی-هیجانی الیس کمتر از گروه مشاوره فردی آدلری می‌باشد. یعنی اثربخشی رفتار درمانی عقلانی-هیجانی الیس بر اختلال سلوک بیشتر از مشاوره فردی آدلری می‌باشد. نتایج حاصل از این پژوهش همسو با یافته‌های (Trip et al. (2007)، (Kaboosi and Ghorbani (2015)، (Reza Zadeh (2014)، (Hajzler and Bernard (1991)، (Gutierrez (2006)، (Watter (1988)، (Bayrami Roshangh (2014) و (Laba and Dudu (2005) بوده و با آن‌ها همخوانی دارد. این نتایج نشان می‌دهند که مشکلات کودکان و نوجوانان دارای نشانه‌های اختلال سلوک می‌تواند از طریق مداخله‌های فشرده و خوب طراحی شده روان‌شناختی کاهش یابد و کارآمدی درمان برای این افراد بالاتر از متوسط است (Mineka et al., 2007). با توجه به اینکه رویکرد آدلر سبک زندگی فرد را بررسی می‌کند و براساس آن راهبرد ارائه می‌دهد لذا بررسی سبک زندگی افراد مبتلا به اختلال سلوک می‌تواند در شناسایی مشکلات این افراد و ارائه راهکارهای مناسب مفید واقع شود. همچنین با توجه به اینکه بسیاری از افراد مبتلا به اختلال سلوک دارای مشکلات شناختی-رفتاری می‌باشند، رفتاردرمانی عقلانی-هیجانی الیس به عنوان اولین و عمده‌ترین رویکرد مداخلات شناختی رفتاری در بهبود اختلال سلوک اثربخش می‌باشد. همچنین مشاوره فردی آدلر با بررسی مجموعه خانواده می‌تواند ریشه‌یابی مناسبی از علل پرخاشگری که یکی از علائم اختلال سلوک است، داشته باشد و با کشف علل پرخاشگری در درمان آن نیز اثربخش باشد. رفتاردرمانی عقلانی-هیجانی الیس با شناسایی و توضیح باور غیرمنطقی که فرد پرخاشگر براساس آن‌ها اقدام به واکنش نامناسب می‌کند در تعدیل پرخاشگری اثربخش می‌باشد. در زمینه میزان مسئولیت‌پذیری به عنوان یکی دیگر از علائم اختلال سلوک، چون که برقراری رابطه درمانی یکی از اصول مشارکت مراجع در درمان آدلری می‌باشد لذا، در هنگام مشارکت بی‌مسئولیتی مراجع کاهش می‌یابد و درباره‌ی اثربخشی نظریه الیس با توجه به اینکه برای خارج از جلسات تکلیف تعیین می‌شود مراجع با انجام تکلیف مسئولیت‌پذیر می‌شود. در زمینه میزان فریبکاری به نظر می‌رسد بررسی سبک زندگی افراد مبتلا به اختلال سلوک و سپس در

میان گذاشتن مشکلات با آنها، آنان را نسبت به نادرستی فریبکاری آگاه کرده و در رویکرد ایس نیز بررسی باورهای غیرمنطقی باعث آگاهی فرد به نادرستی فریبکاری شده و این امر منجر به اصلاح این مؤلفه می‌شود. خرابکاری نیز از دیگر مؤلفه‌های اختلال سلوک می‌باشد که به نظر می‌رسد بنا به زعم آدلر هنگام آگاهی یافتن از افکار مزاحم، مراجع راهکار کنار آمدن با این افکار را کسب می‌کند که همین امر سبب کاهش خرابکاری می‌شود. همچنین، در نظریه ایس پس از شناسایی و آگاهی از پیامدهای ناراحت‌کننده خرابکاری این مؤلفه کاهش می‌یابد. در نتیجه می‌توان از روش‌های درمانی روانشناختی به عنوان درمانی مؤثر در کاهش نشانگان و درمان اختلال سلوک کودکان و نوجوانان در مدارس و کلینیک‌ها و مراکز درمانی بهره برد.

از جمله محدودیت‌های پژوهش انجام آن روی نمونه‌ای از پسران با اختلال سلوک می‌باشد که پیشنهاد می‌گردد بر روی نمونه دختران نیز پژوهش مشابهی انجام گیرد. از دیگر محدودیت‌های پژوهش استفاده از پرسشنامه‌های خودگزارش دهی توسط معلمان برای سنجش میزان اختلال سلوک می‌باشد که ممکن است سوگیری‌هایی را به همراه داشته باشد لذا در تحقیقات بعدی برای رفع این محدودیت پیشنهاد می‌شود از مصاحبه با دانش آموزان نیز استفاده شود.

پژوهشگاه علوم انسانی و مطالعات فرهنگی  
پرتال جامع علوم انسانی

## Reference

American Academy of Child & Adolescent Psychiatry. (2007). *Behavior problems in children and adolescents*. Center of knowledge on Healthy Child Development. Afford Center for Child Studies. <http://www.aacap.org>.

- American Psychiatric Association (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders DSM-5*. Washington, D.C, London, England.
- Amiri, M., Alizadeh, H., & Farrokhi, N. (2013). The effect of mothers' training on the Adler-Druckores approach on the positive and negative symptoms of children with Attention Deficit Hyperactivity Disorder (ADHD). *Magazine Psychology of Exceptional Persons*, 3(12), 1-26. [Persian]
- Bayrami Roshangh, M. (2014). *The effectiveness of cognitive-behavioral therapy training on reducing aggression symptoms and increasing self-esteem among adolescents with Conduct Disorder in Tehran*. Master's thesis, Urmia University. [Persian]
- Beck, R., & Fernandez, E. (1998). Cognitive behavioral therapy in the treatment of anger: a metaanalysis. *Cognitive Therapy and Research*, 22(1), 63-74.
- Brestan, E. V., & Eyberg, S. M. (1998). Effective psychosocial treatment of conduct disordered children and adolescents. *Journal of Clinical Child Psychology*, 27, 180-189.
- Corey, G. (2013). *Theory and Practice of Counseling and Psychotherapy*. California State University.
- Dodge, K. (1993). The future of research on conduct disorder. *Developmental Psychopathology*, 5, 311-320.
- Dryden, W. (2003). *Rational Emotive Behaviour Therapy: Theoretical Development*: Brunner- Routleg.
- Ellis, A. (2001). *Overcoming destructive beliefs, feelings, and behaviours*. New York: Prometheus books.
- Fashimpar, G. (1992). *An evaluation of three parent training program*. The University of Texas at Arlington, in partial fulfillment of the Requirements for the degree of Doctor of philosophy.
- Frick, P. J. (2004). Conduct disorder and antisocial behaviors. *A Brief Review*, 5(23) 55-102.
- Frick, P. J., O'Brien, B. S., Woolton, J. M., & McBurnett, K. (1994). Psychopathology and conduct problems in children. *Journal of Abnormal psychology*, 103, 700-707.
- Ghasemi, H. (2007). *Comparison of the effectiveness of treatment through eye movement and cognitive processing with the effectiveness of behavioral-cognitive skills training in improving the symptoms of behavioral disturbances in adolescents aged 12 to 17 years old, Tehran correctional center*. Master's thesis in extraordinary psychology. Allameh Tabatabaei University. [Persian]

- Gutierrez, S. R. (2006). *A comparison of two parent education programs on the reduction of parent – child stress in mother –child relationship of Hispanic migrant farmworkers*. A dissertation for the degree of doctor of philosophy with a major in school psychology., University of Arizon.
- Hajzler, J. D., & Bernard, E. M. (1991). A review of rational-emotive education outcome studies. *School psychology quarterly*, 6, 27-49.
- Kaboosi, M. B., & Ghorbani, A. (2015). The effectiveness of cognitive-behavioral education on the control of anger in adolescents with Conduct Disorder. *Exclusive Education Magazine*, 138, 22 -30. [Persian]
- Kermanshahi, F.R., & Shafi Abadi, A. (2014) Effectiveness of Adleric Treatment on Improving Communication Patterns. *Quarterly Journal of Educational Research* 4 (9) -99-112.
- Laba, M., & Dudu, E. (2005). *The evaluation of a multi - modelcognitive - behavioural approach to treating an adolescent with conduct disorder*. Rhodes University.
- Lebow, J. (2005). *Handbook of clinical therapy*. John Wiley & sons. Inc.
- McDougle, C. J., Stigler, K. A., & Posey, D. J. (2003). Treatment of aggression in children and adolescents with autism and conduct disorder. *Journal of ClinicalPsychiatry*, 64(4) 16-25.
- Mineka, S., Bucher, J., & Hooley, J. (2007). *Abnormal psychology*. Allyn Bacon Publicatin.
- Mohammad Khani, S., & Eskandari, H. (2005). Epidemiologic study of behavioral problems in children aged 15-7 years in Tehran. *Quarterly journal of psychology and education*, 2, 71-93. [Persian]
- Nahidpour, F. (2003). *Adolescence of blind girl students through group counseling with rational-emotional-behavioral approach*. Master's thesis, Al-Zahra University. [Persian]
- Peymannia, B., Poursharifi, H., & Alilou, A. A. (2013). The effect of group therapy based on the relation of Child- Parent (CPRT) on improvement of Conduct Disorder symptoms in Ahvaz school children. *Journal of Psychological Achievements*, 20(2), 141-160. [Persian]
- Reza Zadeh, K. (2014). *The effectiveness of teaching social skills based on cognitive-behavioral therapy on reducing ppositional Disorders in children 5-10 years old*. Master's Theses, Azad University of Shahrood Branch. [Persian]
- Richardson, J., & Joughin, C. (2002). *Parent-training programmes for the management of young children with conduct disorders*. Printed in Great Britain by Cromwell press ltd, trowbridge, UK.
- Schroeder, C. S., & Gordon, B. N. (2002). *Assessment and treatment of childhood problem a Clinician's Guide*. New York: Guilford press.

- Shahrivari, K., Nategh, I., Azim Khani, A., Azizi, J., & Habib, A. (2010). Elaboration and standardization of the degree of behavioral disorder diagnosis in fifth grade elementary school students in Tehran (Teacher's Form). *Principles of Mental Health*, 47, 574 - 583. [Persian]
- Trip, S., Vernon, A., & McMahon, J. (2002). Effectiveness of rational-emotive education: A quantitative meta-analytical. *Journal of Cognitive and Behavioral Psychotherapies*, 7(1), 81-93.
- Vernon, A. (2003). *Rational emotive behavior therapy*. In cappuzzi, D., Gross, D. counseling and psychology therapy. Columbus, ohio uppsaddle Riever New Jersey.
- Watter, N. D. (1988). Rational-emotive education: A review of the literature. *Journal of rational-emotive and cognitive-behavior therapy*, 6, 139-145.

