

بررسی سبکهای حل مسأله و ترس از ابراز وجود، در نوجوانان مبتلا به

اختلال رفتار هنجاری

A Study of Problem-Solving Styles and Fear of Assertiveness in Adolescents with Conduct Disorder

Nurallah Mohammadi, Ph.D.

Shiraz University

Kobra H. Alizadeh

Graduate of psychology

Shiraz University

دکتر نوراله محمدی

کارشناس روانشناسی

دانشگاه شیراز

کبری حاجی علیزاده

چکیده

Abstract

The present research aimed to compare the problem-solving styles and fear of assertiveness of students with conduct disorder (CD) and normal students. Forty adolescent boys diagnosed as having CD, based on teacher ratings and 40 normal students were selected for the study. All participants were matched by age, grade, sex and academic achievement. The instruments used in the research consisted of Problem-Solving Styles Inventory, CSI-4 Questionnaire and Fear of Assertiveness Inventory. T-test results demonstrate that positive problem-solving styles of the CD group was significantly lower than the normal group ($P < 0/02$), with fear of assertiveness being significantly higher than the normal group ($P < 0/05$). Results also show that students with conduct disorder are unable to make efficient use of cognitive and social skills in personal and social situations, in contrast to their normal peers.

Key words: problem-solving styles, fear of assertiveness, conduct disorder, cognitive and social skills.

هدف این پژوهش، مقایسه سبکهای حل مسأله و ترس از ابراز وجود در نوجوانان مبتلا به اختلال رفتار هنجاری و عادی بوده است. بدین منظور، ابتدا 40 دانش آموز پسر پایه دوم دبیرستان که بر اساس مقیاس درجه بندی CSI-4 (فرم معلمان) واجد ملاکهای تشخیصی اختلال رفتار هنجاری بودند، مشخص شدند و 40 نفر از دانش آموزان عادی دارای همان پایه تحصیلی، سن، جنس و سطح پیشرفت تحصیلی نیز، انتخاب شدند. در این پژوهش، از ابزارهای سبکهای حل مسأله، ترس از ابراز وجود و پرسشنامه نشانه شناسی اختلال رفتار هنجاری استفاده شد. داده ها براساس آزمون t مستقل مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفتند. نتایج نشان دادند که نوجوانان مبتلا به اختلال رفتار هنجاری در مقایسه با نوجوانان عادی، به طور معناداری از سبکهای مثبت حل مسأله، کمتر استفاده می کنند. در نتیجه، نوجوانان مبتلا به اختلال رفتار هنجاری در مقایسه با همسالان خود، به خوبی نمی توانند از مهارت اجتماعی و شناختی در برخورد با موقعیتهای مسأله دار فردی و اجتماعی استفاده کنند.

واژه های کلیدی: سبکهای حل مسأله، ترس از ابراز وجود، اختلال رفتار هنجاری، مهارتهای اجتماعی و شناختی.

Correspondence concerning this article should be addressed to Nurallah Mohammadi, Department of clinical Psychology, Shiraz University. Electronic mail may be sent to: nurallhm@yahoo.com

مقدمه

توانایی ابراز وجود⁴، ناتوانی در بیان احساسها، افکار و عقاید خود و فقدان رفتارهای مؤدبانه در تعامل اجتماعی خلاصه کرد(گافنی و مک‌فال، 1981؛ کازدین، 1987).

اشکال در روابط بین‌فردی، به ویژه با بزرگسالان، محصول فقدان مهارت‌های شناختی و اجتماعی است که با رفتارهای پرخاشگرانه وحدت می‌یابد و نظام و استخوان‌بندی روابط اجتماعی فرد را به سطح گسیختگی می‌کشاند(مک‌ماهان، واکر، ساسو و ملوی، 1994).

وجود اشکال در رفتارهای اجتماعی و عدم استقرار و سازمان یافتگی روابط بین فردی و رفتارهای دیگر دوستانه⁵، احساس طردشدگی را نیز در پی دارد. وقتی این احساس با رفتارهای پرخاشگرانه توأم می‌شود، شکل‌گیری رفتارهای اغتشاش‌گر در کودک حتمی خواهد بود(کانگر و کین، 1981).

در سطح شناختی، پاره‌ای از کودکان مبتلا به اختلال رفتار هنجاری، با مشکلات عمده‌ای به صورت نارساخوانی⁶، سطح پایین پیشرفت تحصیلی، شکست تحصیلی و بی‌رغبتی به تحصیل مواجهند (هوگرز، 1988).

نقش الگوی نادرست راهبردهای حل مسأله⁷ و استدلال⁸ اجتماعی در شکل‌گیری رفتارهای پرخاشگرانه و اغتشاش‌گر در نتایج بسیاری از تحقیقات برجسته است (تگلاسی و راثمن، 2001؛ هاروی، فلچر و فرانس، 2001؛ پاکسلاهای، 2000). پاره‌ای از محققان (کازدین، 1987؛ ساندرز، دادز و

اختلالهای اغتشاش‌گر¹ که همواره روانشناسان به آن توجه داشته‌اند، رفتارهایی را پوشش می‌دهند که با معیارها، اصول و ارزشهای اخلاقی و اجتماعی در تضادند. یکی از مهمترین این اختلالها، اختلال رفتار هنجاری² است؛ نشانگانی که در آن وجود الگویی پابرجا و مکرر در تجاوز به حقوق اساسی دیگران و یا تخلف از قوانین و هنجارهای اجتماعی متناسب با سن، به چشم می‌خورد (انجمن روانپزشکی آمریکا³، 1994).

نشانه‌های بالینی اختلال رفتار هنجاری را می‌توان در سطوح رفتاری، اجتماعی و شناختی متمایز کرد. در سطح رفتاری، رفتارهایی مانند نزاع، سرقت و اغتشاش، از نشانه‌های نسبتاً فراوان این اختلال محسوب می‌شوند. البته رفتاری مانند ایجاد حریق که فراوانی کمتری دارد، از نشانه‌های اصلی اختلال رفتار هنجاری به حساب می‌آید. اینگونه نشانه‌ها، از یکسو به گونه‌ای متداول، پابرجا و مکرر اتفاق می‌افتند و از سوی دیگر، محصول عوامل تنیدگی‌زای شرایط خاص- مانند طلاق، مهاجرت و ... - نیستند(کازدین، 1987).

در سطح اجتماعی، تعامل اجتماعی کودکان و نوجوانان مبتلا به اختلال رفتار هنجاری با منابع قدرت- مانند والدین، معلمان و ... - فاقد ظرفیت و توانایی لازم است. با وجود این، گستره مشکلات اجتماعی این افراد را می‌توان در ضعف روابط بین فردی، ناتوانی در استفاده از مهارت‌های اجتماعی، احترام نگذاشتن به حقوق دیگران، پایین بودن سطح

4. assertiveness

5. altruism

6. dystexia

7. problem-solving

8. reasoning

1. Disruptive Disorders

2. Conduct Disorder

3. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM- IV)

● **مهارتهای مکالمه**⁴: اینگونه مهارتها، گفتگو و ارتباط دوجانبه و یا چند جانبه‌ای را پوشش می‌دهند که طرفین در سطح کلامی و غیرکلامی، وقایع، عقاید و احساسهای خود را به یکدیگر انتقال می‌دهند. بیان احساسهای مثبت و منفی، عالی‌ترین شکل ظرفیت ابراز وجود است؛ چه، در مقایسه با ابراز عقاید و بیان وقایع، فرد به راحتی هسته شخصیت خود را نمایان می‌سازد.

● **بیان افکار و احساسها**⁵: بیان افکار و احساسها، پیامدهای مثبتی در ابعاد جسمانی و روانشناختی در پی دارد. بی‌گمان، اکتساب مهارتهایی که افکار و احساسها را به خوبی به دیگران منتقل سازد، سبب غنای روابط بین‌فردی و رضامندی در موقعیتهای خانواده، مدرسه و اجتماع خواهد شد.

● **مقابله با انتقاد**: معمولاً طرح انتقاد، حتی انتقاد دوستانه، شکل‌گیری یک ردیف واکنشهای دفاعی و حالات دفاعی نامطلوب را به دنبال دارد. در این صورت، فرد از چنین موقعیتهایی اجتناب می‌کند و می‌ترسد. آدلر (1977) به خوبی نشان داده است که برای مقابله با اینگونه موقعیتهای انتقادآمیز، راه‌های متعددی وجود دارد که یکی از مهمترین آنها، کسب اطلاعات بیشتر درباره فرد منتقد و شرایطی است که وی در آن قرار گرفته است.

● **مهار تعارض**⁶: انسانها همواره با منابع درونی و برون‌ی تعارض درگیرند و این یکی از عوامل مهم انتخاب‌گری انسان است که او را از حیوانات دیگر متمایز می‌کند. تعارضهای اجتماعی معمولاً در بستر موقعیتهایی رخ می‌دهند که همسالان، والدین و یا اولیای مدرسه نیز از ارکان آن به حساب می‌آیند.

سوهانستون، (1992) نشان داده‌اند که بین اشکال در فرایندهای شناختی و اسنادی¹ با رفتارهای ضداجتماعی² ارتباط معنادار وجود دارد. به عبارت دیگر، کودکان مبتلا به اختلال رفتار هنجاری، توانایی حل مسأله شناختی را - که اساس شکل‌گیری تعامل اجتماعی مطلوب است - ندارند.

کودکان و نوجوانان مبتلا به اختلال رفتار هنجاری، با بروز رفتارهای پرخاشگرانه، که نوعی راه حل برانگیخته³ و بلافاصله محسوب می‌شود، سبب در هم شکستن تعامل اجتماعی خود با صاحبان قدرت (والدین، معلم و...) می‌شوند؛ که این امر به احساس طردشدگی نیز منتهی می‌شود (محمدی، منصور و اژه‌ای، 1381).

با احساس طردشدگی، رفتارهای پرخاشگرانه بتدریج جانشین رفتارهای ابراز وجود می‌شوند. هارجی و ساندرز (1377) نشان داده‌اند که فرد با پشتوانه ظرفیت ابراز وجود می‌تواند در موقعیتهای فردی و اجتماعی، به نفع خود عمل کند، بدون هیچ اضطرابی روی پای خود بایستد، احساسهای واقعی خود را بیان کند و ضمن رعایت حقوق دیگران، احقاق حق کند. آنان چهار مؤلفه اساسی را برای ظرفیت ابراز وجود متمایز کرده‌اند: 1. رد تقاضای غیرمنطقی دیگران 2. جلب محبت دیگران و طرح و بیان خواستههای خود 3. بیان احساسهای مثبت و منفی 4. شروع، ادامه و اتمام مناسب گفتگوها.

آدلر (1977) از زاویه‌ای دیگر، مؤلفه‌های دیگری برای رفتارهای مبتنی بر ظرفیت ابراز وجود در نظر گرفته است:

4. conversation skills
5. expressing feeling and thought
6. managing conflicts

1. attribution
2. antisocial
3. impulsive

موقعیتهای اجتماعی، مشکلات را مهار و با تنیدگی²ها
مقابله³ می‌کنند.

با توجه به نارسایی کودکان و نوجوانان مبتلا به
اختلال رفتار هنجاری در مهارتهای شناختی و
اجتماعی، برنامه‌های درمانی و آموزشی متعددی برای
بهبودی و درمان اینگونه مشکلات تدوین شده است.
نتایج تحقیقات متعدد (کازدین، زیگل و باس، 1992)
نشان داده‌اند که برنامه‌های آموزش مهارتهای
اجتماعی در تأمین سازش یافتگی⁴ روانی- اجتماعی
نوجوانان مبتلا به اختلال رفتار هنجاری، نقش مهمی
ایفا می‌کنند. نتایج تحقیقات دیگر (استارنیک، پیفینر و
مک‌بارنت، 1997) نشان داده‌اند که مشکلات افراد
مبتلا به اختلال رفتار هنجاری، زیر تأثیر مداخله
مبتنی بر آموزش مهارتهای اجتماعی تقلیل و وخامت
پاره‌ای از نشانه‌های این اختلال به میزان بسیار زیاد
کاهش می‌یابد. در پاره‌ای دیگر از تحقیقات (وبستر-
استراتون و لیندزی، 1999؛ میلر و کول، 1998) نشان
داده شده است که جنبه‌های عاطفی (دیگر دوستی و
رفتارهای اجتماعی⁵ گرا⁶) و شناختی (پردازش خبر⁶ و
استدلال) رفتار، با واسطه آموزش مهارتهای اجتماعی،
متحول می‌شوند.

فراوانی نارسایی در مهارتهای اجتماعی که از
نشانه‌های بارز کودکان و نوجوانان مبتلا به اختلال
رفتار هنجاری است، 72٪ گزارش شده است (بالیس
و دیویس، 1997).

نتایج تحقیقات متعددی (کندال، 1993؛ لاجمن و
داگ، 1994؛ کریک و داگ، 1996) نشان داده‌اند که

افراد واجد ظرفیت ابراز وجود، اینگونه تعارضها را با
تبحر، از طریق بیان مستقیم و آشکار نیازها، افکار و
احساسهای خود، مهار می‌کنند. یکی از راهبردهای حل
تعارض، استفاده از مراحل متوالی حل مسأله است.

● **درخواست کمک و گفتن «نه»¹**: مهمترین
مسأله‌ای که درخصوص درخواستها وجود دارد، این
است که گاهی اینگونه تقاضاها به نتایج مؤثری منتهی
نمی‌شوند. بنابراین، لازم است که فرد بتواند نیازهایش
را به خوبی توصیف کند. در این صورت، ارائه توصیف
درست و آشکار نیازهایمان، به دیگران کمک خواهد
کرد که به راحتی به علل درخواست ما پی ببرند. وقتی
فرد با درخواست نابه‌جای دیگران مواجه می‌شود،
پاسخ «نه» بهترین پاسخ است. موقعیتی که باید در
آن آشکارا و به راحتی نه گفت، زمانی است که شأن و
نظام ارزشی و حقوقی شخص به‌مخاطره می‌افتد.
بنابراین، بهترین شیوه این است که پاسخ «نه» همواره
با یک توضیح روشنگر مبتنی بر پذیرفتن مسؤلیت
رفتار خود، همراه شود. در این صورت، فرد خود را
سرزنش نخواهد کرد و طرف مقابل نیز به علل پاسخ
منفی او پی خواهد برد. شیوه دیگری که از رهگذر آن
می‌توان از پاسخ «نه» استفاده کرد، به تأخیر انداختن
پاسخ نهایی است. در این صورت، می‌توان درباره
چگونگی ارائه پاسخ فکر کرد.

هارتلی (1999) به خوبی نشان داده است افرادی
که دارای توانش ابراز وجود هستند، در سطح کلامی،
قاطع، صریح و باز صحبت می‌کنند و پاسخهای
بلافاصله و خودانگیخته‌ای به پرسشها می‌دهند. آنان
از تعامل غیرکلامی- یعنی تماس چشمی و حالات
چهره- برای بیان احساسها، افکار و نیازهای خود
استفاده می‌کنند؛ و به همین سبب است که در

2. stress
3. coping
4. adjustment
5. prosocial
6. information processing

1. making requests and saying "no"

هنجاری مشخص شدند. از بین این گروه از نوجوانان، یک گروه نمونه ($n = 40$) براساس بالاترین نمره‌های پرسشنامه نشانه‌شناسی CSI-4 انتخاب شد. در نهایت گروه مقایسه ($n=40$) نیز از بین دانش‌آموزان عادی براساس پیشرفت تحصیلی، پایه تحصیلی و جنس انتخاب و با گروه نابهنجار جور شدند.

در این پژوهش، برای اندازه‌گیری متغیرهای وابسته ترس از ابراز وجود و سبکهای حل مسئله، از ابزارهای زیر استفاده شد:

● **مقیاس شیوه حل مسئله:** این مقیاس را کسیدی و لانگ (1996) ابداع کرده‌اند؛ و عبارت است از 24 سؤال که به کمک آن 6 سبک حل مسئله مثبت و منفی ارزیابی می‌شود: درماندگی⁵، مهار حل مسئله⁶ و اجتناب⁷ بیانگر سبکهای منفی و خلاقیت⁸، اعتماد در حل مسئله⁹ و سبک روی آورد¹⁰، نمایانگر سبکهای مثبت حل مسئله هستند (نقل از محمدی و صاحبی، 1380). با استناد به نتایج تحقیق مذکور که در جدول 1 نشان داده شده، این آزمون برای هر یک از عوامل، ضرایب آلفای کرونباخ¹¹ بالایی داشته است و همبستگی درونی عوامل، میزان روایی همگرای¹² این ابزار را نشان می‌دهد.

● **پرسشنامه نشانه‌شناسی CSI-4:** این ابزار برای جداسازی کودکان و نوجوان مبتلا به اختلال رفتار هنجاری ساخته شده است. این پرسشنامه در سال 1994 براساس ضوابط تشخیصی چهارمین مجموعه تشخیصی و آماری بیماریهای روانی تنظیم

کودکان و نوجوانانی که اختلالهای اغتشاش‌گر دارند، در زمینه‌های مختلفی مانند پردازش خبر، خودبازبینی¹، اسناد علی و ظرفیت اجتماعی، به میزان زیادی دچار نارسایی و بازداری² هستند. این افراد نمی‌توانند از فرایند تصمیم‌گیری³، حل مسئله، رمزگردانی و ارزشیابی پیامد پاسخهای انتخابی، استفاده کنند.

هدف اساسی در این تحقیق مشخص کردن سطح توانش اجتماعی- شناختی (سبکهای حل مسئله و ترس از ابراز وجود) نوجوانان مبتلا به اختلال رفتار هنجاری در مقایسه با نوجوانان عادی بوده است. بنابراین فرضیه‌های زیر بررسی شده‌اند: 1. نوجوانان عادی بیش از نوجوانان مبتلا به اختلال رفتار هنجاری از سبکهای مثبت حل مسئله استفاده می‌کنند. 2. ترس از ابراز وجود در نوجوانان مبتلا به اختلال رفتار هنجاری، بیش از نوجوانان عادی است.

روش

این تحقیق، در چهارچوب یک طرح علی- مقایسه‌ای انجام گرفته است. در این طرح، جامعه آماری عبارت بوده است از کلیه دانش‌آموزان پسر پایه دوم دبیرستان نواحی چهارگانه آموزش و پرورش شیراز که در سال تحصیلی 82-83 مشغول تحصیل بوده‌اند. در این پژوهش، ابتدا دو ناحیه 3 و 4 با استفاده از روش تصادفی ساده انتخاب شدند. سپس براساس پرسشنامه نشانه‌شناسی CSI-4⁴ - که ابزاری برای جداسازی اختلالهای رفتاری دوره کودکی و نوجوانی است - تعداد 60 نفر از نوجوانان مبتلا به اختلال رفتار

5. helplessness

6. problem-solving control

7. avoidance

8. creativity

9. problem-solving confidence

10. approach

11. Cronbach's Coefficient Alpha

12. convergent validity

1. self-monitoring

2. inhibition

3. making-decision

4. Child Symptom Inventories-4

جدول 1. ضرایب آلفای کرونباخ و میانگین همبستگی ماده‌های مقیاس حل مسئله

شاخص روانسنجی		
زیرمقیاس	آلفا کرونباخ	میانگین همبستگی ماده‌ها
درماندگی	0/69	0/36
مهار حل مسئله	0/66	0/33
خلاقیت	0/63	0/29
اعتماد در حل مسئله	0/72	0/39
اجتناب	0/53	0/21
روی آورد	0/37	0/20
کل	0/60	

یافته‌ها
همانطور که در فرضیه نخست پیش‌بینی شده بود، نوجوانان عادی بیش از نوجوانان مبتلا به اختلال رفتار هنجاری، از سبک‌های مثبت حل مسئله استفاده می‌کنند (جدول 2).

به عبارت دیگر، نوجوانان عادی به‌طور معناداری از لحاظ سبک‌های حل مثبت مسئله، بر نوجوانان مبتلا به اختلال رفتار هنجاری برتری دارند ($P < 0/05$).
در فرضیه دوم، پیش‌بینی شده بود که: ترس از ابراز وجود در نوجوانان مبتلا به اختلال رفتار هنجاری، بیش از نوجوانان عادی است.

نتایج حاصل از اجرای آزمون t (جدول 3) در تأیید فرضیه فوق است؛ مقدار t مشاهده شده (2/56)، بیانگر آن است که میزان ترس از ابراز وجود در افراد مبتلا به اختلال رفتار هنجاری به‌طور معناداری بیشتر از گروه عادی است ($P < 0/05$).

بحث و تفسیر

یافته نخست این تحقیق حاکی از این است که نوجوانان مبتلا به اختلال رفتار هنجاری کمتر از نوجوانان عادی از سبک‌های مثبت حل مسئله استفاده می‌کنند ($P < 0/05$). با وجود این، استفاده بیشتر از سبک‌های منفی حل مسئله در گروه نوجوانان مبتلا به اختلال رفتار هنجاری در مقایسه با گروه عادی، معنادار نیست.

شده که میزان اعتبار آن 0/76 است و در تجزیه و تحلیل روانسنجی آن، ضریب بازآزمایی¹ 0/85 برآورد شده است (محمدی و همکاران، 1381). گادو و اسپرافکین (1994)، حساسیت این ابزار را 0/62 گزارش کرده‌اند.

● **مقیاس ترس از ابراز وجود:** این مقیاس، سطح اجتناب از موقعیتهای اجتماعی و ترس از مواجه شدن با مشکلات اجتماعی را ارزیابی می‌کند (هوگز، 1998). اعتبار درونی این مقیاس، با استفاده از ضریب آلفای کرونباخ، 0/95 گزارش شده است. همچنین، ضریب اعتبار این مقیاس به روش بازآزمایی برای فاصله زمانی بیشتر از 2 سال، حدود 0/50 تا 0/67 برآورد شده است. شواهد، نشانگر روایی ساختاری و همزمان این مقیاس است (هوگز، 1998). در مطالعه مقدماتی این تحقیق روی یک گروه 30 نفری از نوجوانان ایرانی، ضریب آلفای کرونباخ این ابزار 0/74 برآورد شده است.

1. test-retest

جدول 2. نتایج آزمون t برای مقایسه سبکهای حل مسئله مثبت و منفی در دو گروه عادی و مبتلا به اختلال رفتار هنجاری

متغیر	گروه	میانگین	انحراف استاندارد		آزمون لوین		آزمون t	
			F	معناداری	درجه آزادی	t	معناداری	
سبک حل مسأله مثبت	بیمار	4/26	1/04					
	عادی	5/01	1/37	0/124	0/72	72	1/99	0/05
سبک حل مسأله منفی	بیمار	3/35	1/18					
	عادی	2/56	1/37	0/350	0/87	72	1/20	0/20

جدول 3. نتایج آزمون t برای مقایسه متغیر ترس از ابراز وجود در دو گروه نوجوانان عادی و مبتلا به اختلال رفتار هنجاری

گروه	میانگین	انحراف استاندارد		آزمون لوین		آزمون t	
		F	معناداری	درجه آزادی	t	معناداری	
عادی	3/55	2/20					
بیمار	5/14	2/68	0/30	1/25	72	2/56	0/05

زمینه استقرار رفتارهای مبتنی بر احساس گناه، احساس طردشدگی، انزوا و مشکلات رفتاری را فراهم می‌کند؛ رفتارهایی که به تقویت روحیه انتقام‌گیری منتهی می‌شوند و فرد را با محیط و منابع قدرت (والدین، معلم و ...) در تعارض قرار می‌دهند.

نقص در فرایند پردازش خبر، تصمیم‌گیری، توقف تفکر، قدرت استدلال و سوگیری در سطح توجه، از جمله مشکلاتی است که کودکان و نوجوانان مبتلا به اختلال رفتار هنجاری با آن مواجهند (لاچمن و داچ، 1994). با این نتایج اولین یافته این تحقیق به‌خوبی توجیه می‌شود؛ چه، فرایند پردازش خبر از ارکان مهم تصمیم‌گیری مناسب و برخورد منطقی با موقعیتهای فردی و اجتماعی مسأله‌دار به‌حساب می‌آید و نقص در این‌گونه فرایند شناختی، سبب ایجاد وقفه و

نتایج تحقیقات متعددی (وبستر- استراتون و لیندزی، 1999؛ کریستال و میفا، 2001؛ مک‌ماران، ایگان، بلیر و ریچاردسون، 2001) نشان داده‌اند که کودکان و نوجوانان مبتلا به اختلال رفتار هنجاری، از راهبردهای مثبت حل مسأله، کمتر استفاده می‌کنند و در موقعیتهای اجتماعی، در به‌کارگیری مهارت اجتماعی و راهبردهای مهار تعارض، با مشکل مواجهند. افزون بر این، ناتوانی آنها در به‌کارگیری شیوه‌های حل مسأله، به رفتارهای اجتنابی، گریز از مسؤولیت و رفتارهای پرخاشگرانه در سنین بالاتر منجر می‌شود. این نتایج، با اولین نتیجه این تحقیق، همسو است. در سطح نظری هم می‌توان گفت که استفاده نکردن از ظرفیتهای مهارتهای شناختی، همواره فرد را در موقعیتهای مسأله‌دار متوقف می‌سازد و

بازداری در رفتار بین فردی می‌شود. از این‌رو، اکثر راهبردهای روان‌درمانگری، در این حوزه از اختلال‌های روانی دوره تحول، بر روشهای شناختی و آموزش حل مسأله فردی و اجتماعی متمرکز شده‌اند.

توجیه علمی دیگر اینکه وجود رفتارهای پرخاشگرانه در نوجوانان مبتلا به اختلال رفتار هنجاری، فرصت انجام دادن هرگونه رفتار منطقی را از آنها سلب می‌کند، تا حدی که آنها با استفاده از پاسخها و راه‌حلهای بلافاصله و برانگیخته، به مقابله با افراد و موقعیتهای فردی و اجتماعی برمی‌خیزند. افزون براین، نوجوانان مبتلا به اختلال رفتار هنجاری در موقعیتهای مسأله‌دار و مبهم، دیگران را مقصر می‌دانند و نیت خصمانه یا منفی خود را به دیگران نسبت می‌دهند (فانداکارو و هلر، 1990؛ لاجمن و داچ، 1994).

یافته دوم این تحقیق حاکی از آن است که میزان ترس از ابراز وجود، در گروه مبتلا به اختلال رفتار هنجاری به‌طور معناداری بیشتر از گروه عادی است (جدول 3).

نتایج تحقیقات متعددی با این یافته‌ها همسو هستند (مگ‌دوگال، 1999؛ کالکو و کازدین، 1991). رفتارهای ابراز وجود که نمایانگر طیف مثبت رفتارهای اجتماعی‌اند، درست در مقابل رفتارهای پرخاشگرانه، در انتهای منفی این طیف رفتاری قرار می‌گیرند. شواهد نشان می‌دهند در کودکان و نوجوانان مبتلا به اختلال رفتار هنجاری، رفتارهای پرخاشگرانه جانشین رفتارهای ابراز وجود می‌شوند. در این صورت، فرد قادر نخواهد بود در موقعیتهای دشوار زندگی، از خزانه رفتاری و مهارتهای اجتماعی اکتسابی خود استفاده کند.

با توجه به وجود مشکلات رفتاری در کودکان و

نوجوانان مبتلا به اختلال رفتار هنجاری و با توجه به وجود سطح حرمت‌خود پایین و احساس عدم استقلال در اینگونه افراد، می‌توان گفت که سطح بالای ترس از ابراز وجود در کودکان و نوجوانان مبتلا به اختلال رفتار هنجاری مبین نمود بیرونی ازهم‌گسیختگی شخصیت آنها است. بی‌گمان آنان نه تنها نمی‌توانند ظرفیتهای خود را در بستر جامعه به سطح مهارت و خودشکوفایی برسانند، بلکه با بروز رفتارهای ناپخته و سازمان‌نایافته، پیش‌بینی رفتارهای ضداجتماعی در دوره جوانی، امکان‌پذیر خواهد بود.

عدم استقرار مؤلفه‌های اساسی ابراز وجود که از عوامل و شرایط مهم موفقیت در عرصه زندگی فردی و اجتماعی محسوب می‌شوند، و همچنین نداشتن دوستان دائمی، احساس طردشدگی و رفتارهای اجتنابی، به فراهم آمدن شرایط ترس از تجربه موقعیتهای اجتماعی دشوار و ترس از بیان احساسات و عواطف و اجتناب از احقاق حقوق فردی و اجتماعی منتهی می‌شوند. چه، اکتساب مهارتهایی که بیان افکار و احساسها را امکان‌پذیر می‌سازند، سبب غنای روابط بین‌فردی با دیگران در موقعیتهای خانواده، مدرسه و اجتماع، خواهد شد.

ناتوانی در مقابله با انتقادات، مهار تعارضها و ترس از رد درخواست نابه‌جای دیگران و یا پاسخ «نه» دادن در موقعیتهایی که شأن و اصول مهم فردی شخص به مخاطره می‌افتد، از عوامل بروز رفتارهای جانشین ابراز وجود- مانند پرخاشگری، گوشه‌گیری و اجتناب- است؛ رفتارهایی که در کودکان و نوجوانان مبتلا به اختلال رفتار هنجاری، زیاد به چشم می‌خورد.

این تحقیق بدون محدودیت به انجام نرسیده است. استفاده نکردن از ابزارهایی مانند مصاحبه تشخیصی با نوجوانان و والدین آنان برای تشخیص اختلال و

Crick, N. R., & Dodge, K. A. (1996). Social information-processing mechanisms in reactive and proactive aggression. *Child Development*, 67, 993-1002.

Crystal, R., & Mpofu, E. (2001). Conduct disorder in children: Challenges, and prospective cognitive behavioral treatment. *Journal of Counseling Psychology Quarterly*, 14, 21-32.

Fondacaro, M. R., & Heller, K. (1990). Attributional style in aggressive adolescent boys. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 18, 75-89.

Gadow, K. D., & Sprafkin, J. (1994). Child symptom inventories manual. *Stony Brook: Checkmate Plus. LTD.*

Hartly, P. (1999). *Interpersonal communication*. London: Routledge.

Harvey, R. J., Fletcher, J., & French, D. J. (2001). *Social reasoning: A source of influence on aggression*. *Clinical Psychology Review*, 21(3), 447-469.

Hughes, J. N. (1988). *Cognitive behavior therapy with children in schools*. New York: Pergamon Press.

Kanger, J. C., & Keane, A. P. (1981). Social skills intervention in the treatment of isolated or withdrawn children. *Psychological Bulletin*, 90, 418-495.

Kazdin, A. E. (1987). *Conduct disorders in childhood and adolescence*. Newbury Park, CA: Sage Publications.

Kazdin, A. E., Siegel, T. C., & Bass, D. (1992). Cognitive problem-solving skills training and parent management training in the treatment of antisocial behavior in children. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 60(5), 733-747.

Kendall, P. C. (1993). Cognitive behavioral therapies with youth: Guiding theory, current status and emerging developments. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 61, 235-247.

Lochman, J. E., & Dodge, K. A. (1994). Social cognitive processes of severely violent, moderately aggressive, and nonaggressive boys. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 62, 366-374.

Mcdougal, J. D. (1999). The relation between self-esteem and disruptive behavior disorders. *Dissertation, Abstracts*

متمایزسازی آن از اختلالهای دیگر، از محدودیتهای این تحقیق است. استفاده از پرسشنامه نشانه‌شناسی اختلال رفتار هنجاری که مبتنی بر نظر فاعلی معلمان در خصوص مشکلات رفتاری دانش‌آموزان است، به تنهایی نمی‌تواند مبنای تشخیص اختلالهای روانی، به‌خصوص اختلالهای دوره تحول، قرار گیرد. تمرکز این تحقیق بر سن، پایه تحصیلی و جنس خاص، از محدودیتهای دیگر این تحقیق بوده است.

امید است که در تحقیقات بعدی، با به‌کارگیری ابزارهای تشخیصی متعدد و توجه به جنبه‌های شناختی، عاطفی و اجتماعی رفتارهای برونریزی شده¹ و سیر تحول آنها در خلال زمان، نیمرخ جامعی از اینگونه مشکلات روانشناختی به‌دست آید.

منابع

محمدی، ن.، منصور، م. و اژه‌ای، ج. (1381). بررسی اثر درمانی آموزش توانش اجتماعی بر اختلال رفتار هنجاری در نوجوانان. *مجله روانشناسی*، سال 6، شماره 4.

محمدی، ف.، صاحبی، ع. (1380). بررسی سبکهای حل مسأله در افراد افسرده و عادی. *مجله علوم روانشناختی*، شماره 1، 24-42.

هارجی، او و ساندرز، کا. (1377). *مهارتهای اجتماعی در ارتباط بین فردی*. ترجمه خشایار بیگی و مهرداد فیروز بخت. تهران: انتشارات رشد.

Adler, R. B. (1977). *Confidence in communication: A guide to assertive and social skills*. New York: Holt, Rinehart and Winston.

American Psychiatric Association (1994). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (4th rd.). Washington, DC: Author.

Bullis, M., & Davis, C. (1997). Further examination of two measures of community-based social skills for adolescents and young with emotional and behavioral disorders. *Behavioral Disorders*, 23(1), 29-39.

1. externalized

International: Section B., 59(11-B), 6073.

McMahan, C. M., Wacker, D. P., Sasso, G. M., & Melloy, K. J. (1994). Evaluation of the multiple effects of social skill intervention. *Behavioral Disorders*, 20(1), 35-50.

Mcmurran, M., Egan, U., Blair, M., & Richardson, C. (2001). The relationship between social problem- solving and personality in mentally disordered offenders. *Personality and Individual Difference*, 30, 517 -524.

Miller, D. N., & Cole, C. L. (1998). Effects of social skills training on adolescent with conduct disorder and depression. *Journal of Child and Family Behavior Therapy*, 20, 35-53.

Pakaslahti, L. (2000). Children's and adolescents' aggres-

sive behavior in context: The development and application of aggressive problem - solving strategies. *Aggression and Violent Behavior*, 5(5), 467- 490.

Pfeiffner, L. J., & McBurnett, K. (1997). Social skills training with parent generalization: Treatment effects for children with attention deficit disorder. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 65(5), 748-757.

Sander, M. R., Dadds, M. R., & Sohnston, B. M. (1992). Childhood depression and conduct disorder behavioral, affective and cognitive aspects of family problem- solving interaction. *Journal of Abnormal Child Psychiatry*, 81(3), 495-504.

Teglasi, H. H., & Rottman, L. (2001). Stories a classroom-based program to reduce aggressive behavior. *Journal of School Psychology*, 39(1), 49-71.