

## تأثیر مداخله مبتنی بر نظریه ذهن و آموزش مهارت‌های اجتماعی بر نشانه‌های کودکان مبتلابه اختلال رفتار هنجاری

حسین فرخی<sup>۱\*</sup>، وحید مصطفی پور<sup>۱</sup>، فرامرز سهرابی<sup>۲</sup>

۱. کارشناسی ارشد روان‌شناسی بالینی، دانشکده روان‌شناسی و علوم تربیتی، دانشگاه علامه طباطبائی، تهران، ایران

۲. استاد گروه روان‌شناسی، دانشکده روان‌شناسی و علوم تربیتی، دانشگاه علامه طباطبائی، تهران، ایران

تاریخ دریافت: ۹۵/۰۸/۲۰

تاریخ پذیرش: ۹۵/۱۱/۲۹

### چکیده

**زمینه و هدف:** با توجه به مشکلات کودکان با اختلال رفتار هنجاری در شناخت اجتماعی و نظریه ذهن، هدف از اجرای این پژوهش بررسی تأثیر مداخله مبتنی بر نظریه ذهن و آموزش مهارت‌های اجتماعی بر نشانه‌های کودکان مبتلابه اختلال رفتار هنجاری بود.

**روش:** روش پژوهش از نوع نیمه‌آزمایشی با طرح پیش‌آزمون و پس‌آزمون با گروه گواه است. جامعه آماری شامل تمامی کودکان پسر مبتلابه اختلال رفتار هنجاری ۱۱-۷ سال شهر مشهد در سال ۱۳۹۵ بود که از بین آنها ۲۲ نفر با استفاده از روش نمونه‌گیری تصادفی خوشه‌ای دو مرحله‌ای انتخاب شدند. ابزار پژوهش شامل آزمون نظریه ذهن (استیرنمن، ۱۹۹۹) و مقیاس مهارت‌های اجتماعی (ماتسون، ۱۹۸۳) فرم کودکان بود. آزمودنی‌های گروه آزمایش در ۱۲ جلسه ۴۵ دقیقه‌ای به صورت گروهی تحت آموزش قرار گرفتند. داده‌ها سه هفته بعد از اتمام جلسات با استفاده از آزمون تحلیل واریانس تحلیل شد.

**یافته‌ها:** نتایج نشان داد که مداخله نظریه ذهن و آموزش مهارت‌های اجتماعی توانسته است مهارت‌های اجتماعی و مؤلفه‌های نظریه ذهن کودکان را افزایش دهد و این تغییرات موجب کاهش نشانه‌های اختلال رفتار هنجاری در آزمودنی‌ها شد ( $p < 0/001$ ).

**نتیجه‌گیری:** بر اساس نتایج پژوهش حاضر می‌توان استنباط کرد که آموزش نظریه ذهن و مهارت‌های اجتماعی با افزایش شناخت اجتماعی و مهارت‌های بین‌فردی باعث می‌شود نشانه‌های اختلال رفتار هنجاری کاهش یابد.

**کلیدواژه‌ها:** نظریه ذهن، مهارت‌های اجتماعی، اختلال رفتار هنجاری

\*نویسنده مسئول: حسین فرخی، کارشناسی ارشد روان‌شناسی بالینی، دانشکده روان‌شناسی و علوم تربیتی، دانشگاه علامه طباطبائی، تهران، ایران.

ایمیل: Hossein.farrokhi110@gmail.com | تلفن: ۰۹۳۷۵۱۰۷۳۰۴

## مقدمه

یکی از مسائل پیچیده که توجه بسیاری از پژوهشگران، روان‌شناسان، و متخصصان امر را به خود معطوف داشته، عوامل مؤثر در بروز مشکلات رفتاری در کودکان و نوجوانان است. این مشکلات از دیرباز در جوامع بشری شایع بوده و در عصر حاضر نیز فراگیر شده است، اما این مسئله با شیوع بیشتری در مراکز شبه‌خانواده بهزیستی دیده می‌شود (۱). 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 رفتار هنجاری<sup>۱</sup> است (۲). اختلال رفتار هنجاری به‌عنوان یک اختلال از طبقه تشخیصی اختلال‌های رفتار مخرب، مهار تکانه و رفتار هنجاری<sup>۲</sup> در پنجمین ویرایش راهنمای تشخیصی و آماری اختلال‌های روانی، الگوی رفتاری پایدار و تکرار شونده مشتمل بر نقض حقوق اساسی دیگران و تجاوز از هنجارهای اصلی اجتماعی متناسب با سن کودک یا نوجوان (زیر ۱۸ سال) است؛ این موضوع، ویژه مکان واحد و وابسته به موقعیت بخصوصی نیست، بلکه مشکلات رفتاری در خانه، مدرسه، اجتماع، و در میان همسالان و همکلاسان، به‌طور کامل آشکارند. مشخصه اساسی اختلال رفتار هنجاری شامل نادیده گرفتن حقوق اساسی دیگران و قواعد عمده اجتماعی است که به‌صورت پرخاشگری، تقلب، سرقت، تخریب اموال، و تخلف جلدی از قوانین به‌طور پایدار و تکراری رخ می‌دهد (۳). هیچ عامل واحدی نمی‌تواند اختلال رفتار هنجاری کودک را توجیه کند، بلکه بسیاری از عوامل زیستی، روانی، و اجتماعی در پیدایش این اختلال نقش دارند که می‌توان از اساسی‌ترین مشکلات کودکان با اختلال رفتار هنجاری به ناتوانی والدین در اداره صحیح مشروط کودک و نارسایی کودکان در مهارت‌های مدیریت خشم و نداشتن مهارت‌های لازم در شرایط بحرانی اشاره کرد (۴).

مهارت‌های اجتماعی نقش بسیار مهمی در زندگی و موفقیت افراد دارد. مهارت‌های اجتماعی شامل رفتارهایی است که به فرد در تعامل مؤثر با دیگران و اجتناب از پاسخ‌های نامطلوب، کمک می‌کند (۵). به‌طور کلی مفهوم مهارت اجتماعی یکی از موضوعات موردبررسی در شناسایی مهارت‌هایی است که کمبود آنها می‌تواند پیامدهای زیانباری از جمله ناهنجاری‌ها، مشکلات شخصیتی، عاطفی و اختلال‌های رفتاری همچون پرخاشگری را به دنبال داشته باشد (۶). کودکان مبتلا به اختلال رفتار هنجاری در زمینه کاربرد مهارت‌های اجتماعی بسیار ضعیف عمل کرده و در مشکلات بین‌فردی نمی‌توانند شیوه‌های مختلفی برای رفع مشکل پیدا کنند (۷، ۸، و ۹). یکی از موضوعات مهم در روابط بین‌فردی و درون‌فردی که جایگاه مهمی در روان‌شناسی تحولی‌نگر<sup>۳</sup> دارد، شناخت اجتماعی<sup>۴</sup> است. شناخت اجتماعی همه مهارت‌های موردنیاز کودک برای درک تمایلات، هیجان‌ها و احساس‌های کودکان و بزرگ‌سالان دیگر را دربرمی‌گیرد (۱۰). یکی از مؤلفه‌های اصلی شناخت اجتماعی، نظریه ذهن است. نظریه ذهن<sup>۵</sup> توانایی درک افکار و احساس‌های دیگران بر اساس استنباط حالات ذهنی است (۱۱).

از دید بعضی از پژوهشگران داشتن تعامل با دیگران و تجربه دیدگاه‌های متفاوت، به درک فهم باور کاذب و پاسخ صحیح دادن به تکالیف باور کاذب در کودکان کمک می‌کند (۱۲). در همین راستا بعضی از پژوهشگران تأثیر آموزش بر تحول نظریه ذهن را موردبررسی قرار دادند تا بگویند تجربه برای اکتساب و تحول نظریه ذهن لازم است (۱۳ و ۱۴). در سال‌های اخیر، روی‌آورد پردازش شناختی یا به‌عبارت‌دیگر شیوه حل مسئله در آموزش مهارت‌های اجتماعی از مقبولیت بیشتری برخوردار شده است. از آنجاکه این روی‌آورد افراد را به فکر کردن وامی‌دارد، تعمیم مهارت‌های اجتماعی آموزش‌داده شده آسان‌تر است و افراد

4. Social cognition

5. Theory of mind

1. Conduct disorder

2. Disruptive, impulse-control, and conduct disorders

3. Developmental psychology

کودکان با استفاده از روش نمونه‌گیری خوشه‌ای در دو مرحله و سپس بر اساس نمره پرسشنامه علائم مرضی کودکان (نسخه معلم و والد) دارای اختلال رفتار هنجاری تشخیص داده شده‌اند، انتخاب شدند. نمونه پژوهش شامل ۲۲ کودک است که به طور تصادفی در گروه اول (آموزش نظریه ذهن و مهارت‌های اجتماعی) و دوم جایدهی شدند (هر گروه ۱۱ نفر). این تعداد نمونه بیانگر تعداد افرادی است که پس از افت آزمودنی، در محاسبات آماری لحاظ شده‌اند. ملاک‌های ورود آزمودنی‌ها به پژوهش عبارت بودند از: سن ۷ تا ۱۱ سال، جنسیت پسر، نداشتن اختلال همبود، و رضایت معلمان و والدین. مهم‌ترین ملاک خروج وجود اختلال روان‌شناختی در مادر و شرکت در برنامه آموزشی دیگر به صورت هم‌زمان بود. لازم به ذکر است که ملاحظات اخلاقی در این پژوهش کاملاً رعایت شد، به گونه‌ای که به شرکت‌کنندگان در زمینه محرمانه ماندن اطلاعات، اطمینان خاطر داده شد و آنها با رضایت کامل، پرسشنامه‌ها را در محیطی آرام و بدون ذکر نام تکمیل کردند.

#### ب) ابزار

۱. پرسشنامه علائم مرضی کودکان<sup>۱</sup>: یک مقیاس درجه‌بندی رفتار است که اولین بار در سال ۱۹۸۴ توسط اسپیرافکین و گادو<sup>۲</sup> بر اساس طبقه‌بندی ویراست سوم دست‌نامه تشخیصی و آماری اختلال‌های روانی به منظور غربال ۱۸ اختلال رفتاری و هیجانی در کودکان ۵ تا ۱۲ سال طراحی شد (۱۹). بعدها در سال ۱۹۸۷ نسخه سوم این پرسشنامه به دنبال طبقه‌بندی تجدیدنظر شده ویراست سوم دست‌نامه تشخیصی و آماری اختلال‌های روانی ساخته شد و در سال ۱۹۹۴ با ویرایش چهارم دست‌نامه تشخیصی و آماری اختلال‌های روانی با تغییرات اندکی مورد تجدیدنظر قرار گرفت و بانام پرسشنامه علائم مرضی کودکان شماره ۴ منتشر شد (۲۰). این پرسشنامه همانند نسخه‌های قبلی دارای دو نسخه والد و معلم است. نسخه والدین دارای ۱۱۲ سؤال است که برای ۱۱ گروه عمده و یک گروه اضافی از اختلال‌های رفتاری تنظیم شده و نسخه معلم دارای

در مقایسه با شیوه آموزش مستقیم به طرز فعال‌تری به آموختن مهارت‌ها تشویق می‌شوند. در آموزش مهارت‌های اجتماعی مبتنی بر روی آورد پردازش شناختی، مراحل رمزگشایی اجتماعی، تصمیم‌گیری اجتماعی، عملکرد اجتماعی، و ارزیابی اجتماعی به ترتیب دنبال می‌شوند (۱۵ و ۱۶). یثو، وانک، گرکین و انسلی (۱۷) در مطالعه‌ای به این نتیجه رسیدند که کاربندی آموزه‌های شناختی- رفتاری در کودکان با اختلال‌های رفتاری-هیجانی شدید قادر است رفتارهای سازش‌نا یافته کودکان مبتلا به اختلال‌های رفتار هنجاری را کاهش دهد. نتایج پژوهش بابرچ (۱۸) با عنوان اثرات برنامه آموزش مهارت‌های اجتماعی، نشان‌دهنده افزایش عملکرد آزمودنی‌های گروه مورد در مؤلفه‌های مقیاس رفتارهای پسندیده اجتماعی و خودمهارگری است. با توجه به اینکه با آموزش مهارت‌های اجتماعی می‌توان به ارتقای نظریه ذهن کمک کرد تا از این طریق کودکان حالات ذهنی دیگران را درک کنند و از آن برای برقراری تعاملات اجتماعی استفاده کنند و همچنین با آموزش نظریه ذهن می‌توان به کسب مهارت‌های اجتماعی کمک کرد، بدین ترتیب می‌توان از بروز اختلال‌های رفتاری همچون پرخاشگری که به دلیل کمبود مهارت در برقراری تعاملات اجتماعی به وجود می‌آید، جلوگیری به عمل آورد؛ بنابراین پژوهش حاضر با هدف تعیین میزان اثربخشی آموزش مهارت‌های اجتماعی و نظریه ذهن (درک امیال و عواطف، درک باور غلط اولیه و درک باور غلط ثانویه) بر کودکان دچار اختلال رفتار هنجاری انجام شده است.

#### روش

الف) طرح پژوهش و شرکت‌کنندگان: طرح پژوهش حاضر، آزمایشی و از نوع پیش‌آزمون-پس‌آزمون با گروه گواه است. جامعه آماری دربرگیرنده کودکان پسر ۷-۱۱ ساله دبستانی منطقه ۷ در شهر مشهد در سال ۹۶-۱۳۹۵ است که این

2. Sprafkin & gadoo

1. Child symptom inventory-4

متغیر بوده است. اعتبار آزمون به وسیله سه روش بازآزمایی، آلفای کرونباخ و ضرایب اعتبار نمره‌گذاران بررسی گردیده است. اعتبار بازآزمایی بین ۰/۷۰ تا ۰/۹۴ متغیر بوده و کلیه ضرایب در سطح ( $\alpha = 0/1$ ) معنادار بوده است. ثبات درونی آزمون با استفاده از آلفای کرونباخ برای کل آزمون و هر یک از خرده‌آزمون‌ها به ترتیب ۰/۸۶، ۰/۷۲، ۰/۸۰، و ۰/۸۱ محاسبه گردیده است. همچنین ضریب اعتبار نمره‌گذاران ۰/۹۸ به دست آمد. همچنین آلفای کرونباخ نمره کل این مقیاس در مطالعه حاضر ۰/۷۲ به دست آمد.

۳. مقیاس مهارت‌های اجتماعی ماتسون (نسخه کودکان): این پرسشنامه توسط ماتسون و همکاران در سال ۱۹۸۳ با داشتن ۶۲ گویه در قالب ۵ خرده‌مقیاس، برای سنجش مهارت‌های اجتماعی افراد ۴ تا ۱۸ ساله ساخته شد (۲۳). این مقیاس به‌طور گسترده در آمریکا، اسپانیا، چین و برزیل هنجاریابی شده و مورد استفاده قرار گرفته است (۲۴، ۲۵، ۲۶ و ۲۷). نسخه ایرانی این مقیاس شامل ۵۶ گویه است. تعیین روایی و اعتبار این مقیاس در جمعیت ایرانی توسط یوسفی و خیر انجام شد. برای تعیین روایی این مقیاس از روش آماری تحلیل عاملی<sup>۳</sup> استفاده شد که مطلوب گزارش شد. بررسی اعتبار این مقیاس با استفاده از ضریب آلفای کرونباخ و تصنیف انجام شد که برای کل مقیاس، مقدار ضریب آلفای کرونباخ و تصنیف یکسان و برابر با ۰/۸۶ گزارش شد (۲۸). در این پژوهش ضریب همسانی درونی برابر با ۰/۶۸ محاسبه شد.

**ج) برنامه مداخله‌ای:** برنامه مداخله‌ای با توجه به نوع مشکلات کودکان اختلال رفتار هنجاری، همچنین با در نظر گرفتن مهارت‌های پیش‌نیاز تعاملات اجتماعی به‌صورت گروهی و هم‌زمان در دو بخش ارائه گردید (۲۰).

۷۷ سؤال است که ۹ گروه عمده از اختلال‌های رفتاری را دربرمی‌گیرد. گادو و اسپرافکین، ۷۵ پسر ۶-۱۰ ساله را مورد بررسی قرار دادند. بررسی اعتبار آزمون به روش بازآزمایی در این پژوهش نشان داد که همه خرده‌مقیاس‌های آزمون از اعتبار نسبتاً خوبی برخوردارند. ضرایب اعتبار به‌دست‌آمده در این پژوهش از ۸۲ برای مقیاس کمبود توجه تا ۳۷ برای مقیاس اسکیزوفرنی متغیر است. پژوهش محمد اسماعیل در زمینه اعتبار این آزمون مجدداً بیانگر اعتبار بالای آن هست. در این پژوهش ۶۸۰ دانش‌آموز ۶-۱۴ ساله از مدارس ۱۹ منطقه آموزش و پرورش تهران و نیز ۴۰۸ کودک ۶-۱۴ ساله از مراکز روان‌شناسی و روان‌پزشکی مورد آزمون قرار گرفتند، اعتبار آزمون در همه خرده‌مقیاس‌ها به‌جز اختلال هراس اجتماعی معنادار به‌دست‌آمده است و بالاترین اعتبار مربوط به اختلال رفتار هنجاری با ضریب اعتبار ۰/۷۶ بوده است (۲۰). همچنین آلفای کرونباخ نمره کل این مقیاس در مطالعه حاضر ۰/۷۸ به دست آمد.

۲. آزمون نظریه ذهن<sup>۱</sup>: آزمون نظریه ذهن ۳۸ سؤالی توسط استیرنمن<sup>۲</sup> (۱۹۹۹) ساخته شده است. نسخه اصلی این آزمون به‌منظور سنجش نظریه ذهن در کودکان عادی و مبتلابه اختلال فراگیر تحولی با سنین ۵ تا ۱۲ سال و اطلاعاتی راجع به گستره درک اجتماعی، حساسیت، بینش کودک، و میزان و درجه‌ای که وی قادر است احساسات و افکار دیگران را بپذیرد، فراهم می‌آورد (۲۱). قمرانی، البرزی و خیر (۲۲)، روایی هم‌زمان این آزمون را از طریق همبستگی با تکلیف خانه عروسک‌ها ۰/۸۹ برآورد کردند که در سطح ۰/۰۱ معنادار بوده است. ضرایب همبستگی خرده‌آزمون‌ها با نمره کل آزمون نیز در تمام موارد معنادار و بین ۰/۸۲ تا ۰/۹۶

3. Factor analysis

1. Test theory of mind  
2. Steerneman

جدول ۱: محتوای برنامه مداخله نظریه ذهن و مهارت‌های اجتماعی

مهارت‌ها و رفتارها	محتوای آموزش
	مرحله ۱
(۱) تشخیص هیجان مبتنی بر موقعیت	سطوح ورودی نظریه ذهن
(۲) تشخیص هیجان مبتنی بر خواسته	ابراز هیجان
(۳) تشخیص باور اولیه	
(۴) ابراز هیجان‌های فردی و کنار آمدن با هیجان‌های منفی	
	مرحله ۲
(۵) درک باور کاذب	سطوح پیشرفته نظریه ذهن
(۶) سلام، احوال‌پرسی و غیره	تعاملات محاوره
(۷) ابراز نیازها به‌طور مناسب	

توضیحاتی در مورد اختلال‌های رفتاری کودکان و توضیحاتی در مورد طرح، از والدین خواسته شد تا پرسشنامه تشخیص اختلال‌های کودکان را تکمیل کرده و اعلام نمایند تا اگر کودکان مشمول طرح باشند با آنها تماس گرفته شود. پس از انتخاب نمونه و جابدهی آنها در دو گروه به‌طور تصادفی، با افراد تماس گرفته شد تا برای شرکت در جلسه اول و همچنین اجرای پیش‌آزمون حضور به هم رسانند.

پیش از آغاز هرگونه آموزش، آزمون نظریه ذهن و مقیاس مهارت‌های اجتماعی ماتسون (نسخه کودکان) برای هر کودک به‌طور انفرادی مورد استفاده قرار گرفت. سپس برنامه درمانی به مدت ۱۲ جلسه، هر هفته ۳ جلسه به مدت ۴۵ دقیقه اجرا شد. هر مهارت به‌صورت انفرادی طی ۳ جلسه متوالی آموزش داده شد و بعد از ۸۰ درصد صحت در نتایج یادگیری، همان مهارت در دو جلسه متوالی به‌صورت گروهی با یک گروه کوچک با دو همسال عادی که از پیش انتخاب شده بودند پیگیری شد. بعد از اینکه کودک مهارت را در هر مرحله آموزش گروهی با ۸۰ درصد صحت انجام داد، مهارت دوم شروع به آموزش دادن می‌شد و به‌این ترتیب هر ۷ مهارت به دو روش انفرادی و گروهی آموزش داده شد.

مرحله پیگیری در شرایطی انجام می‌شود که یک هفته از تسلط یافتن بر مهارت ۵ گذشته باشد (مثلاً ۸۰ درصد صحت برای دو جلسه متوالی) با پذیرش مهارت‌های رفتار ۶ و ۷. برای اینکه اطلاعات پیگیری، گردآوری شود به ترتیب در ۶ روز

این برنامه در دو مرحله اجرا شد که هر مرحله شامل دو یا چند مهارت بود که در مجموع منجر به کسب ۷ مهارت شد. انتخاب مهارت‌ها بر اساس نتایج نمره‌های پیش‌آزمون و نتایج مشاهده رفتارهای هر کودک معین شد. بسته آموزشی بر اساس دشواری محتوا (از ساده به پیچیده) توالی سلسله‌مراتبی داشت. جهت تسهیل در یادگیری و افزایش تعمیم‌پذیری مهارت‌ها، همه مواد آموزشی طراحی شده به دو شیوه انفرادی و گروهی اجرا شد.

شیوه درمان شامل چهار مرحله بود:

- مرحله نخست: معرفی مهارت با ارائه داستان به شکل نرم‌افزار پاورپوینت.
- مرحله دوم: درمانگر و کودک داستان‌ها را با بازی نقش با هم بازی می‌کنند و بازخورد کلامی داده می‌شود.
- مرحله سوم: درمانگر نکات مهم داستان را خلاصه و کودک داستان را به‌صورت تمرین روزانه تمرین می‌کند.

**د) روش اجرا:** پس از اخذ مجوزهای لازم از اداره آموزش و پرورش استان مشهد و منطقه هفت، پرسشنامه‌های تشخیصی در اختیار مدیریت، معاونان و درموردی مشاوران قرار گرفت تا به کمک معلمان، کودکان دارای علائم تشخیصی اختلال رفتار هنجاری شناسایی شوند. سپس از والدین آنها به همراه تعدادی دیگر از والدین که کودکان آنها فاقد مشکل بودند، از طریق مدرسه دعوت و در هر مدرسه یک جلسه سخنرانی به عمل آمد. در این جلسه‌ها، پس از

## یافته‌ها

در این بخش میانگین و انحراف معیار خرده‌آزمون‌های نظریه ذهن و مهارت‌های اجتماعی در مراحل پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری و سپس تحلیل واریانس برای تفاوت بین میانگین‌ها در اثر مراحل در کل آزمودنی‌ها در مورد هر فرضیه ارائه شده است.

مهارت‌هایی که بر آنها تسلط پیدا کرده پیگیری می‌شود. پس از پایان ۱۲ جلسه درمانی، پس‌آزمون نظریه ذهن و فهرست مهارت‌های اجتماعی اجرا شد و اطلاعات درباره تعاملات اجتماعی هر کودک جمع‌آوری شد و مهارت‌هایی که کودک در کل جلسات بر آنها تسلط یافته بود در سه زمان در هفته مورد مشاهده قرار گرفت. آزمون پیگیری ۳ ماه بعد از پس‌آزمون و آخرین مشاهده برای هر کودک انجام شد.

جدول ۲: شاخص‌های توصیفی نمرات آزمون نظریه ذهن و مهارت‌های اجتماعی در کل کودکان در مراحل پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری

گروه گواه		گروه آزمایش		سطوح نظریه ذهن و مهارت‌های اجتماعی	موقعیت
SD	M	SD	M		
۱	۴/۱۰	۱/۳۰	۴/۲۰	۱	پیش‌آزمون
۰/۳۰	۵	۰/۴۵	۵/۲۰	۲	
۰/۳۰	۰/۴۵	۰/۸۴	۰/۸۰	۳	
۰/۵۵	۰/۵۰	۰/۵۵	۰/۶۰	۴	
۰/۲۰	۰/۷۰	۰/۴۵	۰/۸۰	۵	
۰/۵۰	۰/۴۵	۰/۵۵	۰/۴۰	۶	
۲	۴/۲۰	۲/۷۶	۵/۸۰	۷	
۱/۳۰	۴/۲۵	۰	۷	۱	پس‌آزمون
۰/۴۰	۵/۳۰	۰	۸	۲	
۰/۸۴	۰/۸۰	۰/۴۵	۳/۸۰	۳	
۰/۵۰	۰/۶۷	۰/۵۵	۳/۴۰	۴	
۰/۴۵	۰/۷۰	۰	۲	۵	
۰/۶۵	۰/۴۵	۰	۲	۶	
۲/۸۶	۵/۸۵	۵/۸	۹	۷	
۱/۲۰	۴/۵۰	۰	۷	۱	پیگیری
۰/۳۵	۴/۸۰	۰	۸	۲	
۰/۴۰	۰/۴۵	۰	۴	۳	
۰/۶۵	۰/۶۰	۰/۳۵	۴	۴	
۰/۲۵	۰/۶۰	۰	۲	۵	
۰/۵۵	۰/۴۵	۰	۲	۶	
۲/۲۰	۴/۲۵	۰	۹	۷	

تعاملات محاوره‌ای و ابراز نیاز شخصی در کل کودکان مورد آزمایش در مراحل پیگیری نسبت به پس‌آزمون و نیز مراحل پیگیری و پس‌آزمون نسبت به پیش‌آزمون افزایش داشته است؛ اما میانگین نمرات خرده‌آزمون تعاملات نامناسب (منفی) در مراحل پیگیری نسبت به مراحل

نتایج جدول ۲ نشانگر آن است که میانگین و انحراف استاندارد نمره‌های تمامی خرده‌آزمون‌های آزمون نظریه ذهن و مهارت‌های اجتماعی در کل کودکان در مرحله پس‌آزمون نسبت به مرحله پیش‌آزمون افزایش داشته است. همچنین میانگین نمرات خرده‌آزمون‌های ابراز هیجان،

با اندازه‌گیری مکرر استفاده شد. ابتدا مفروضه کرویت با آزمون کرویت موخلی بررسی شد. نتایج این آزمون نشان داد که مفروضه به دست آمده کرویت برقرار نیست ( $P=0/006$ ،  $X^2=10/38$ ) و بنابراین باید از آزمون تحلیل واریانس تعدیل یافته با استفاده از اسپیلون گرین هاوس گایسر استفاده کرد. نتایج تحلیل واریانس اندازه‌گیری مکرر با عدم برقراری مفروضه کرویت در جدول شماره ۳ ارائه شده است.

پیش‌آزمون و پس‌آزمون کاهش داشته است، البته این کاهش خیلی محسوس نیست؛ اما در میزان میانگین گروه کنترل در پس‌آزمون و پیگیری افزایش چندانی مشاهده نمی‌شود.

به منظور بررسی تفاوت بین میانگین نمرات نظریه ذهن کودکان مبتلا به اختلال رفتار هنجاری در سه مرحله پیش‌آزمون، پس‌آزمون، و پیگیری، از آزمون تحلیل واریانس

جدول ۳: نتایج تحلیل واریانس مکرر برای آزمون نظریه ذهن

منابع تغییر	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	سطح معناداری
مراحل	۷۳۱/۷۳۶	۱/۰۱۶	۷۲۰/۳۱۴	۳۵۴/۰۷۶	۰/۰۰۱
خطا	۸/۲۶۹	۴/۰۶۵	۲/۰۳۶		

کودکان مبتلا به اختلال رفتار هنجاری تفاوت معنادار وجود دارد. نتایج آزمون تعقیبی به منظور بررسی تفاوت بین میانگین‌ها محاسبه شد. نتایج در جدول شماره ۵ مشاهده می‌شود.

با توجه به نتایج جدول شماره ۳ مقدار F محاسبه شده برای اثر مراحل (برنامه مداخله‌ای) در سطح ۰/۰۱ معنادار است ( $F=354/076$ ،  $P<0/1$ ). در نتیجه بین میانگین نمرات پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری نمره‌های آزمون ذهن در

جدول ۴: خلاصه نتایج آزمون تعقیبی

مراحل	تفاوت میانگین‌ها	std. Error	sig
پیش‌آزمون-پس‌آزمون	-۱۴/۴۰۲	۰/۶۷۹	۰/۰۰۱
پیش‌آزمون-پیگیری	-۱۵/۲۰۲	۰/۸۶۲	۰/۰۰۱
پس‌آزمون-پیگیری	-۸/۰۳	۰/۲۰۲	۰/۰۱۶

به منظور بررسی تفاوت بین میانگین نمرات خرده‌مقیاس‌های ابراز هیجان، ابراز نیازهای شخصی و تعاملات محاوره‌ای (بیان سلام، احوالپرسی، تشکر و...) کودکان مبتلا به اختلال رفتار هنجاری در سه مرحله پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری، از آزمون تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر استفاده شد. ابتدا مفروضه کرویت با آزمون کرویت ماچلی بررسی شد نتایج تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر با برقراری مفروضه کرویت در جدول ۵ ارائه شده است.

نتایج جدول شماره ۴ نشان می‌دهد تفاوت بین نمره‌های آزمون نظریه ذهن در مراحل پیش‌آزمون با پس‌آزمون و پیگیری معنادار است. مقایسه میانگین‌ها نشان می‌دهد که نمره‌های آزمون نظریه ذهن به‌طور معناداری در مرحله پیش‌آزمون پایین‌تر از مراحل پس‌آزمون و پیگیری است و نیز در مرحله پس‌آزمون پایین‌تر از مرحله پیگیری است؛ بنابراین برنامه مداخله‌ای نظریه ذهن و مهارت‌های اجتماعی موجب افزایش نمره‌های آزمون ذهن در کودکان مبتلا به اختلال رفتار هنجاری شده است.

جدول ۵: نتایج تحلیل واریانس مکرر برای ابراز هیجان، ابراز نیازهای شخصی و تعاملات محاوره‌ای

منابع تغییر	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	سطح معناداری
ابراز هیجان					
مراحل	۴۸۱۰۶/۷۳۵	۲	۲۴۰۵۴/۸۶۹	۱۵۱/۲۹۷	۰/۰۰۱
خطا	۱۲۹۰/۲۶۵	۸	۱۶/۰۳۵		
ابراز نیازهای شخصی					
مراحل	۸۸۰۷/۱۳۵	۲	۴۴۰۶/۰۶۵	۱۲۹/۷۱۵	۰/۰۰۱
خطا	۲۷۳/۸۶۷	۸	۳۵/۴۸۱		
تعاملات اجتماعی					
مراحل	۴۸۹۹/۵۳۶	۲	۲۴۴۷/۲۶۶	۱۴۰/۸۴۷	۰/۰۰۱
خطا	۱۳۷/۱۳۵	۸	۱۷/۲۶۶		

ثانویه) و آموزش مهارت‌های اجتماعی بر کاهش نشانه‌های کودکان دچار اختلال رفتار هنجاری بررسی شد. در این پژوهش برای نخستین بار، در ایران و با ابزار آموزشی پژوهشگر ساخته، کودکان مبتلابه اختلال رفتار هنجاری تحت درمان متفاوت و مؤثری قرار گرفتند. نتایج نشان داد که مداخله به کاررفته در این پژوهش توانسته است تا حد زیادی باعث کاهش نشانه‌های اختلال رفتار هنجاری و همچنین باعث افزایش مهارت‌های اجتماعی و نظریه ذهن در کودکان شود. در خصوص نظریه ذهن، در این پژوهش از روش آموزش نظام‌دار، با ارائه مفاهیم شاد، الگوسازی، ایفای نقش، بازخورد عملکرد و تجربه ارتباط استفاده شد. افزایش قابل توجه مهارت‌های آموخته‌شده در ارزیابی نمره‌های پس‌آزمون نسبت به پیش‌آزمون نظریه ذهن حاکی از آن است که می‌توان نظریه ذهن را به کودکان دارای اختلال رفتار هنجاری آموزش داد. این نتیجه همسو با یافته‌های پژوهش‌های اپلتون وردی (۲۹)؛ داون و اسمیت (۳۰)؛ اسلاتر و گاپنیک (۳۱)؛ بارون-کوهن (۳۲)؛ هادوین و همکاران (۳۳) است. نتایج بررسی‌ها نشان داد که برنامه آموزشی بر روی هر یک از ۷ مهارت هدف تأثیر مثبت داشته است و ارتباط عملکردی واضحی در آزمودنی‌ها به وجود آورده است. تسلط بر پیش‌نیازهای اساسی (مهارت‌های ۱، ۳، ۵، ۲) به آزمودنی‌ها این امکان را داد تا به شاخص‌های مهارت‌های اجتماعی (۷، ۶) و (۴) در جلسات کم‌تر دست یابند که این نتایج برخلاف نتایج

با توجه به نتایج جدول ۵، مقدار F محاسبه‌شده بر اثر مراحل (پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری) برای ابراز هیجان‌های فردی از نظر آماری معنادار است ( $P = <0/001$ ،  $F = 151/297$ ). در نتیجه بین میانگین نمره‌های پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری ابراز هیجان‌های فردی در کودکان مبتلابه اختلال رفتار هنجاری تفاوت معنادار وجود دارد و مقدار F محاسبه‌شده بر اثر مراحل ابراز نیازهای شخصی در سطح ۰/۰۰۱ معنادار است ( $P = <0/001$ ،  $F = 129/715$ ). در نتیجه بین نمره‌های پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری ابراز نیازهای شخصی کودکان مبتلابه اختلال رفتار هنجاری تفاوت معنادار وجود دارد.

همچنین مقدار F محاسبه‌شده بر اثر مراحل (پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری) تعاملات محاوره‌ای در سطح ۰/۰۰۱ معنادار است ( $P < 0/001$ ،  $F = 140/847$ ). در نتیجه بین میانگین نمره‌های پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری تعاملات محاوره‌ای کودکان مبتلابه اختلال رفتار هنجاری تفاوت معنادار وجود دارد. یافته‌های پژوهش نشان می‌دهد که این کودکان توانسته‌اند مهارت‌های آموخته‌شده را در محیط اجتماعی خود به کار برند.

### بحث و نتیجه‌گیری

در پژوهش حاضر تأثیر مداخله‌ی مبتنی بر نظریه ذهن (درک امیال و عواطف، درک باور غلط اولیه و درک باور غلط



سازش نیافتگی‌های کودکان) با یافته‌های مورگان و پیرسون (۳۶) و گرشام، باوون و کوک (۳۷) همسو است.

با وجود محدودیت‌هایی همچون صرف زمان زیاد جهت تهیه ابزار آموزشی، دشواری کار با کودکان و دشواری رضایت خانواده‌های کودکان جهت شرکت کودکان در جلسات گروهی، نتایج کار به گونه‌ای بود که درمانگران، روان‌شناسان و مربیان نسبت به تعامل اجتماعی مناسب آزمودنی‌ها رضایت نشان دادند. والدین کودکان از ابزار مناسب هیجان‌ها به ویژه در محیط‌های اجتماعی، رضایت داشتند؛ بنابراین استفاده از برنامه آموزشی به کاررفته در این پژوهش به درمانگران، روان‌شناسان و مربیانی که در راستای آموزش به کودکان مبتلا به اختلال رفتار هنجاری و دیگر اختلال‌های رفتاری و ارتباطی فعالیت دارند پیشنهاد می‌شود. علاوه بر این ارتقاء آن به فن آوری پویانمایی به پژوهشگران آینده پیشنهاد می‌گردد.

**ت شکر و قدردانی:** بدین وسیله از آزمودنی‌های این پژوهش به دلیل مشارکت فعال در طول پژوهش و همچنین مدیریت محترم دبستان‌های منطقه ۷ مشهد که همکاری لازم را داشتند، کمال تشکر را داریم.

#### تضاد منافع

با توجه به اینکه این پژوهش تحت حمایت مالی سازمان و یا نهاد خاصی نبوده و همچنین یافته‌های این پژوهش دقیق و شفاف ارائه شده است، بنابراین تضاد منافع ندارد.

پژوهش‌هایی چون اوزونف و میلر (۳۴) بود که تعمیم را یک محدودیت در خصوص مهارت‌های نظریه ذهن و تعاملات اجتماعی عنوان کردند. نتایج مثبت نمره‌های آزمون‌های نظریه ذهن و مهارت‌های اجتماعی این پژوهش را می‌توان به چند عامل نسبت داد. نخست، آموزش مهارت‌های نظریه ذهن قبل از آموزش مهارت‌های اجتماعی اجرا شد. این توالی به شرکت‌کننده‌ها این فرصت را داد تا مهارت‌های پیش‌نیاز برای یادگیری مهارت‌های اجتماعی را به دست آورند، این توالی مبتنی بر این عقیده است که تشخیص هیجان و باور اولیه، مهارت‌های پیش‌نیاز برای ابراز هیجان و مدیریت خشم فرد است. دوم، شرکت‌کننده‌ها در این پژوهش، آموزش‌ها را در دو نوبت، ابتدا انفرادی و سپس با یک گروه کوچک از همسالان عادی دریافت کردند. احتمال دارد آموزش با همسالان، شرکت‌کننده‌ها را در تعمیم مهارت یاری کرده باشد. این مسئله هم‌راستا با پژوهش دیگری است که نشان داد تمرین مهارت‌های اجتماعی با همسالان احتمال تعمیم‌پذیری را افزایش می‌دهد. سوم، در این پژوهش از داستان‌های واقعی زندگی متناسب باسن و فرهنگ و از طریق ارائه شاد به وسیله پاورپوینت، ایفای نقش و استفاده از مدل مطابق با پژوهش‌های فنگ، یولی، تسای و کارتلج جهت افزایش تعمیم‌پذیری مهارت‌ها استفاده شده است (۳۵).

اثر آموزش مهارت‌های اجتماعی بر کاهش نشانه‌های اختلال رفتار هنجاری (کاهش درگیری، پرخاشگری و

## References

1. Asghari Nekah S.M., Heydari Darbandi A. Comparing the methods of maintenance procedures and support of orphans and irresponsible in terms of mental health care. Summary of Articles in the 4th Children's Science and Research Festival of Sorur, 18. 2010; 18: 29-43. [Persian].
2. Richardson J, & Joughin C. Parent - training programmes for the management of young children with conduct disorders. Printed in Great Britain by Cromwell press, London. 2002
3. American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorder. Fifth edition (dsm5). Washington. DC London. England. New school library. 2013.
4. Evans SW, Mullett E, Weist MD, & Franz K. Feasibility of the mind. Biological, psychological and social process in the conduct disorders. *Journal of Child Psychology & Psychiatry*. 2005; 43(1), 133-164.
5. Argelagos E, Piffare M. Improving information problem solving skills in secondary education through embedded instruction. *Comput Human Behav*. 2012; 28(2): 515-526.
6. Aghdasi, MT. (2014). Evaluating Social Skills of Female Athlete Students in Several Sports. *Journal of Tourism, Hospitality and Sports*. 2014; 2: 17-20. [Persian].
7. Segrin C, & Taylor M. Positive interpersonal relationships mediate of association between social skills and psychological well-being. *Pers Individ Dif*. 2007; 43(4): 637- 46.
8. Dodge KA. Social-cognitive mechanisms in the development of conduct disorder and depression. *Annu Rev Psychol*. 1993, 44: 559-584.
9. Schultz D, & Shaw DS. Boys maladaptive social information processing, family emotional climate, and pathways to early conduct problems. *Soc Dev*. 2003; 12, 440-460.
10. Gilmour J, Hill B, Place M, & Skuse DH. Social communication deficits in conduct disorder: A clinical and community survey. *J Child Psychol Psychiatry*. 2004; 45: 967– 978.
11. Albert, M.M. Examination the social skills differences among at-risk youth diagnosed with learning disability, conduct disorder and serious emotional disturbance. Unpublished Doctoral Dissertation, Boston University, Massachusetts, 2005, 14, 125-142
12. Dahlgren S, Dahlgren Sandberg A, & Larsson M. Theory of mind in children with sever speach and physical impairments. *Res Dev Disabil*. 2010; 31(2): 617-624.
13. Bodden ME, Dodel R, & Kalble E. Theory of mind in parkinsons disease and related basal gonglia disorders: A systematic review. *J Mov Disord*. 2010; 25(1):13-15. Thirion- Marissiaux AF, Nader-Grosbois NG. Theory of mind “emotion”, developmental characteristics and social understanding in children and adolescents with intellectual Disabilities. *Res Dev Disabil*. 2008; 29: 414– 430.
14. Amiri, A. A Comparative Study of Psychological, Social Characteristics in Self-Esteem of Adolescents with Conduct Disorder and Normal, Master Thesis of General Psychology, Tarbiat Modares University. 2002. [Persian].
15. Cebula KR. & Wishart JG. Social Cognition in Children with Down syndrome. *journal of intellectual disability research*. 2008; 54(2): 113-34
16. Carpendale J, Lewis C, Susswein N, & Lunn J. Talking and thinking: The role of speech in social understanding, In Winsler A, Fernyhough C & Montero I (editors). Private speech, executive functioning, and the development of verbal self-regulation. Cambridge, UK: Cambridge University Press. 2008.
17. Yeo SL, Wong M, Gerken K. & Ansley T. Children with severe emotional and / or behavior disorders. *Child Care in Practice*. 2005; 11, 7-22.
18. Boberg, MJ. The effects of a social skills training program on preadolescent prosocial behavior and self-control. *Research in developmental disabilities*. 2007, 28(40):109-11.
19. Sprafkin, J. (1997). *Child Symptom Inventory-4 norms manual*. Stone Brook, NY: Checkmate Plus. 1993.
20. Mohammad Ismail, E. (2004). Reliability, validity and determine cut-off points disorder Child Symptom Inventory (CSI-4) on 6-14 year-old students in elementary and secondary schools in Tehran. Second edition. Tehran. [Persian].

21. Muris P, Steerneman P, Meesters C, Merckelbach H, Horselenberg R, van den Hogen T, van Dongen L. The TOM test: A new instrument for assessing theory of mind in normal children and children with pervasive developmental disorders. *J Autism Dev Disord.* 1999; 29(1):67- 80.
22. Ghamarani A, Alborzi SH. And Kheyer M. The validity and reliability tests of theory of mind in a group of students with mental retardation and normal, Shiraz. *Journal of Psychology.* 2006; 10(2): 181-199. [Persian].
23. Matson JL, Rotatori AF, & Helsel WJ. Development of a rating scale to measure social skills in children: The Matson Evaluation of Social Skills with Youngsters (MESSY). *Behav Res Ther.* 1983; 21(4): 335-340.
24. Kazdin AE. Child, Parent, and family dysfunction as predictors of outcome in cognitive-behavioral treatment of antisocial children. *Behav Res Ther.* 1995; 33(3): 271- 281.
25. Mendez FX, Hidalgo MD, & Ingles CJ. The Matson evaluation of social skills with Youngsters: Psychometric properties of the Spanish translation in the adolescent population. *Eur J Psychol Assess.* 2002: 18, 30-42.
26. Chou KL. (1997). The Matson evaluation of social skills with youngsters: Reliability and validity of a Chinese translation. *Pers Individ Dif.* 1997; 22(1): 123-125.
27. Teodoro ML, Kappler KC, Rodrigues JL, de Freitas PM, & Haase VG. The Matson evaluation of social skills with youngsters (MESSY) and its adaptation for Brazilian children and adolescents. *Int J Psychol.* 2005; 39, 239-246
28. Yusefi, F. Khayyer, M. The study of reliability and validity of Matson's social skills scale and comparing the performance of high school girls and boys in this scale. *Social Sciences and Human Sciences University of Shiraz.* 2001, 18(2), 147-158 [Persian].
29. Appleton M & Reddy V. Teaching three year- old to pass false belief tests: A conversational approach. *Soc Dev.* 1996; 5(3): 275 - 291.
30. Downs A, & Smith T. Emotional understanding cooperation and social behavior in high-functioning with autism. *J Autism Dev Disord.* 2004; 34(6): 625-635.
31. Slaughter V, & Gopnik A. Conceptual coherence in the child's theory of mind: Training children to understand belief. *Child Development.* 1996; 67(6): 2967-2988.
32. Baron-Cohen, S. (1991). Precursors to a theory of mind: understanding attention in others. in A Whiten, Ed., *Natural theories of mind: Evolution, development, and simulation of everyday mindreading.* Cambridge, MA: Bail Blackwell. 233-251.
33. Hadwin J, Baron-Cohen S, Howlin P, & Hill K. (1997). Does teaching theory of mind have an effect on the ability to develop conversation in children with autism? *J Autism Dev Disord.* 1997; 27(5): 519-537.
34. Ozonoff S, & Miller JN. Teaching theory of mind: A new approach to social skill training for individuals with autism. *J Autism Dev Disord.* 1995; 25(4): 415- 433.
35. Feng H, Lo YY, Tsai S, & Cartlaedge G. (2008). The effect of theory of mind and social skill training on the social competence of a sixth-grade student with autism. *J Posit Behav Interv.* 2008: 228- 242.
36. Morgan V, & Perarson S. (1994). Social skills training a junior school setting. *Educ Psychol Pract.* 1994; 10 (2): 99-103.
37. Gresham FM, Van MB. & Cook CR. (2006). Social skills training for teaching replacement behaviors: Remediating acquisition deficits in at-risk students. *Behav Disord.* 2006; 31(4): 363-377. [http/ www. Proquest.com](http://www.Proquest.com)

# The Effectiveness of Teaching Based on Theory of Mind and Social Skills Training on Symptoms of Children with Conduct Disorder

Hossein Farrokhi<sup>\*1</sup>, Vahid Mostafapour<sup>1</sup>, Faramarz Sohrabi<sup>2</sup>

1. M.A. in Clinical Psychology, Faculty of Psychology and Educational Sciences, University of Allameh Tabatabai, Tehran, Iran

2. Professor, Department of Psychology, Faculty of Psychology and Educational Sciences, University of Allameh Tabatabai, Tehran, Iran

Received: November 10, 2016

Accepted: February 17, 2017

## Abstract

**Background and Purpose:** Regarding the problems of children with conduct disorder in social cognition and theory of mind, the purpose of this study was to investigate the effect of intervention based on the theory of mind and social skills training on the symptoms of these children.

**Method:** The research method is a semi-experimental with pre-test and post-test with control group. The statistical population consisted of all children with conduct disorder aged 11-7 years old in Mashhad in 2017, that 22 of them were selected using multi-stage random cluster sampling. The research tool includes the theory of mind test (Sturmanman, 1999) and the social skills scale (Matson, 1983). Subjects were trained in group sessions in 12 sessions. Data were analyzed three weeks after the training by ANOVA.

**Results:** The findings of this study showed that the intervention of mind theory and social skills training increased social skills and components of the theory of mind ( $P < 0/001$ ).

**Conclusion:** Based on the results of this study, it can be concluded that the training of the theory of mind and social skills by increasing social cognition and interpersonal skills reduce the symptoms of conduct disorder in children.

**Keywords:** Theory of mind, social skills, conduct disorder

---

**Citation:** Farrokhi H, Daniali H, Mostafapour V, Sohrabi F. The effectiveness of teaching based on theory of mind and social skills training on symptoms of children with conduct disorder. Quarterly Journal of Child Mental Health. 2017; 4(2): 14-24.

---

**\*Corresponding author:** Hossein Farrokhi, M.A. in Clinical Psychology, Faculty of Psychology and Educational Sciences. University of Allameh Tabatabai, Tehran, Iran.  
Email: Hossein.farrokhi110@gmail.com      Tel: (+98) 9375107304