

تفکرات پارانوئید و حرمت خود در دانش آموزان مبتلا به اختلال نافرمانی مقابله‌ای

کریم عبدالحمیدی*، فرهاد غدیری صورمان آبادی^۲، عسگر چوبداری^۱، نیلوفر اسادات سیدپورمند^۲

۱. دانشجوی دکترای روان‌شناسی و آموزش کودکان استثنایی، دانشکده روان‌شناسی و علوم تربیتی، دانشگاه علامه طباطبائی، تهران، ایران

۲. دانشجوی دکترای روان‌شناسی عمومی، دانشکده ادبیات و علوم انسانی، دانشگاه ارومیه، ارومیه، ایران

تاریخ پذیرش: ۹۷/۰۶/۱۸

تاریخ دریافت: ۹۶/۱۰/۰۱

چکیده

زمینه و هدف: اختلال نافرمانی مقابله‌ای، یکی از مشکلات رایج دوران کودکی است که مجادله، خصومت و عدم پیروی از بزرگسالان مشخصه اصلی این اختلال است. این مطالعه با هدف مقایسه تفکرات پارانوئید و حرمت خود دانش‌آموزان مبتلا و غیرمبتلا به اختلال نافرمانی مقابله‌ای انجام شد.

روش: پژوهش حاضر از نوع پس‌رویدادی است و نمونه مورد مطالعه شامل ۴۰ دانش‌آموز با اختلال نافرمانی مقابله‌ای و ۴۰ دانش‌آموز بدون اختلال نافرمانی مقابله‌ای در دامنه سنی ۱۴ تا ۱۵ سال مقطع راهنمایی شهر تبریز در سال ۹۵-۹۶ بوده است که به صورت خوشه‌ای چندمرحله‌ای انتخاب شدند. برای جمع‌آوری داده‌ها از پرسشنامه‌های حرمت خود (آیزنک، ۱۹۷۶) و سنجش افکار پارانوئید (گرین و همکاران، ۲۰۰۸) استفاده شد. تحلیل داده‌ها با استفاده از آزمون تحلیل t مستقل انجام شد.

یافته‌ها: نتایج تحلیل داده‌ها نشان داد که کودکان مبتلا به اختلال نافرمانی مقابله‌ای از حرمت خود پایین‌تر و تفکرات پارانوئید بالاتری نسبت به کودکان بدون اختلال دارا هستند ($P < 0/05$).

نتیجه‌گیری: با توجه به یافته‌های پژوهش به نظر می‌رسد اختلال نافرمانی مقابله‌ای به طور غیرمستقیم باعث ایجاد مشکلات دیگری مانند کاهش سطح حرمت خود و ایجاد تفکرات پارانوئید نیز می‌شود. استلزام‌های نتیجه به دست آمده در مقاله مورد بحث قرار گرفته است.

کلیدواژه‌ها: اختلال نافرمانی مقابله‌ای، تفکرات پارانوئید، حرمت خود

*نویسنده مسئول: کریم عبدالحمیدی، دانشجوی دکترای روان‌شناسی و آموزش کودکان استثنایی، دانشکده روان‌شناسی و علوم تربیتی، دانشگاه علامه

طباطبائی، تهران، ایران.

تلفن: ۰۲۱-۴۴۷۳۷۵۱۰

ایمیل: Karim.abdolmohamadi@yahoo.com

مقدمه

اختلال نافرمانی مقابله‌ای^۱ نوعی اختلال رفتاری است که مجادله، خصومت و نافرمانی با منابع قدرت مشخصه اصلی این اختلال به حساب می‌آید (۱). اختلال نافرمانی مقابله‌ای سومین اختلال شایع روانپزشکی در دوران کودکی است که در کودکان ۳ تا ۱۷ ساله به دفعات گزارش شده است (۲). شیوع این اختلال با توجه به جامعه، نوع ارزیابی و ملاک‌های تشخیصی که به کار گرفته می‌شود به میزان ۲ تا ۱۶ درصد در سنین مدرسه گزارش شده است (۳). مطالعات نشان می‌دهند وجود اختلال نافرمانی مقابله‌ای، با ۵۰ درصد از اختلال‌های روانی دوران زندگی در ارتباط است (۴). این اختلال به دلیل اینکه پیش‌بینی‌کننده بزهکاری، جنایت و مصرف مواد در نوجوانی و بزرگسالی است، مورد توجه بسیاری از پژوهشگران قرار گرفته است (۵). پیامدهای اختلال نافرمانی مقابله‌ای در پیشرفت تحصیلی، روابط اجتماعی و بین‌فردی ظاهر می‌شود و در نتیجه هزینه‌های زیادی را برای خانواده و جامعه به بار می‌آورد (۶). تحقیقات در مورد سبب‌شناسی اختلال نافرمانی مقابله‌ای، ترکیبی از خصوصیات و گرایش‌های ژنتیکی یا زیست‌شناختی کودکان، شیوه‌های والدگری^۲ ناکارآمد و شرایط محیطی را عنوان کرده اند (۷). در برخی از تحقیقات انجام شده مشخص شده است که کودکان نافرمان از نظر شناختی دارای نارسایی هستند (۸). این کودکان نسبت به همسالان خود در موقعیت‌های اجتماعی از یک اتفاق برداشت متفاوتی دارند به گونه‌ای که سوگیری خصمانه نسبت به محیط دارند و در شناخت هیجانات و نیت طرف مقابل مشکل دارند (۹)، به این معنی که آن‌ها به احتمال زیاد دیگران را دارای مقاصد منفی می‌پندارند، به ویژه هنگامی که قصد فرد مقابل، روشن نباشد یعنی هنگامی که کودک دیگری به‌طور اتفاقی به او تهنه بزند فکر می‌کند وی عمداً این کار را کرده است (۱۰). در همین راستا برخی از

پژوهش‌ها نشان می‌دهند در رفتارهای پرخاشگرانه وجود سبک اسنادی منفی و خصمانه دخیل است (۱۱). سبک‌های اسنادی منفی به استنباط‌های منفی از رفتارهای دیگران اشاره دارد. این نوع استنباط می‌تواند زمینه‌ساز به وجود آمدن تفکرات پارانوئید^۳ در افراد باشد (۱۲). تفکرات پارانوئید لزوماً به عنوان نشانه‌های یک اختلال نباید در نظر گرفته شود، این تفکرات بر روی یک طیف قرار دارند که در حالت شدید به هذیان و توهم می‌انجامد (۱۳). افرادی که تفکرات پارانوئید دارند، نسبت به دیگران بی‌اعتماد هستند در حالی که برای این بی‌اعتمادی دلیلی ندارند. این افراد چنین فرض می‌کنند که دیگران قصد آسیب رساندن به آنها را دارند و بی‌اعتمادی فراگیر و ناموجه، ویژگی اصلی آنها به حساب می‌آید. در مجموع این افراد نگرش‌های منفی و بی‌پایه و اساس نسبت به رویدادهای محیطی دارند در حالی که این موقعیت‌ها از نظر سایر افراد جامعه، طبیعی و بهنجار به نظر می‌رسد (۴). مطالعات انجام شده نشان داده است که شیوع تفکرات پارانوئید در جامعه بین ۲/۳ تا ۴/۴ درصد است و با افزایش سن، این میزان شیوع افزایش می‌یابد (۱۴). به طور کلی تفکرات پارانوئید، یکی از موارد شایع در روند زندگی انسان هستند که در صورت مزمن شدن و شدت گرفتن، مشکلات فراوانی را به وجود می‌آورند و نسبت به درمان مقاوم می‌شوند. در سال‌های اخیر تحقیقات بیشتری برای شناخت نشانه‌های این اختلال در دوران کودکی و نوجوانی انجام گرفته است که گام مهمی در پیشگیری و درمان آن به حساب می‌آید (۱۵). مطالعات اخیر نشان داده است که اگر تفکرات پارانوئید در کودکان و نوجوانان شناسایی نشود و بیش از یک سال دوام داشته باشد می‌تواند به عنوان یک اختلال شخصیتی شناسایی شود (۱۶).

پژوهش انجام شده توسط روگوچ، سیچتی و ناتوساکی^۴ (۱۷) که در مدت ۱۰ سال و بررسی ۱۷۴ کودک بین ۹ تا ۱۲ سال انجام گرفت نشان داد نوجوانانی که سطوح

3. Paranoid Thoughts

4. Rogosch, Cicchetti & Natsuaki

1. Oppositional Defiant Disorder

2. Parenting

فرد تعریف کرده است که به رفتارهای او در موقعیت‌های خاص جهت می‌دهد و تحت تاثیر روابط نوجوان با والدین است (۲۷) و از سویی دیگر مشخص شده است که حرمت خود از عوامل بسیار مهمی است که در سازش‌یافتگی افراد با محیط نقش واسطه‌ای دارد (۲۸). مرور پیشینه پژوهشی نشان داد که هیچ پژوهشی به صورت مستقیم به بررسی تفکرات پارانوئید و حرمت خود در نوجوانان با اختلال نافرمانی مقابله‌ای نپرداخته است بنابراین پژوهش حاضر با هدف مقایسه تفکرات پارانوئید و حرمت خود بین نوجوانان مبتلا و غیرمبتلا به اختلال نافرمانی مقابله‌ای انجام شده است.

روش

الف) طرح پژوهش و شرکت کنندگان: تحقیق حاضر از نظر هدف جزء تحقیقات توصیفی و از نظر شیوه گردآوری داده‌ها پس‌رویدادی است. جامعه آماری تحقیق حاضر عبارت بود از تمامی دانش‌آموزان پسر دبیرستان‌های شهر تبریز که در سال تحصیلی ۹۶-۹۵ مشغول به تحصیل بودند. از بین این جامعه آماری بر اساس جدول نمونه‌گیری مورگان و با در نظر گرفتن حجم جامعه پژوهشی و با در نظر گرفتن توزیع جمعیتی به روش نمونه‌گیری خوشه‌ای چندمرحله‌ای، تعداد ۸۰ دانش‌آموز (۴۰ نفر مبتلا به اختلال نافرمانی مقابله‌ای و ۴۰ نفر بدون اختلال نافرمانی مقابله‌ای) با استفاده از مقیاس خودگزارشی مشکلات رفتاری نوجوانان، به عنوان نمونه مورد مطالعه انتخاب شده‌اند. گروه سنی کودکان با اختلال نافرمانی مقابله‌ای ۱۴/۸ با انحراف معیار ۱/۳۹ و میانگین سنی گروه کودکان بدون اختلال نافرمانی مقابله‌ای ۱۴/۴ با انحراف معیار ۱/۰۸ بود. به منظور به دست آوردن نتایج قابل اعتمادتر دانش‌آموزانی که قبلاً تشخیص یک اختلال روان‌شناختی داشته‌اند و از داروهای روانپزشکی استفاده می‌کردند در مطالعه شرکت داده نشدند.

بالاتری از تفکرات پارانوئید در دوره کودکی و نوجوانی دارند با احتمال بیشتری از خود بدرفتاری و قلدری نشان می‌دهند و همچنین با افراد نشابه خود همکاری می‌کنند. علاوه بر این بیشتر دعوا راه می‌اندازند و از مدیران و بزرگسالان، پیروی کمتری نشان می‌دهند. از سویی تحقیقات مشابه نشان داده‌اند افرادی که در دوره نوجوانی به اعمال خشن و رفتار مجرمانه دست می‌زنند دارای سطوح بالاتری از تفکرات پارانوئید هستند (۱۸). نشانه‌های مطرح شده برای کودکان دارای تفکرات پارانوئید از قبیل استفاده بیشتر از قلدری، همکاری با گروه‌های قلدر، عدم پیروی از رهبران و مدیران، رفتار مجرمانه و پرخاشگرانه همه نشان‌دهنده همبستگی مثبت تفکرات پارانوئید با اختلال نافرمانی مقابله‌ای است ولی با توجه به اینکه پژوهش‌های بسیار محدودی به بررسی مستقیم این رابطه پرداخته‌اند تأیید این رابطه نیاز به تحقیقات بیشتر و دقیق‌تر دارد.

بسیاری از نظریه‌پردازان در شکل‌گیری اختلال نافرمانی مقابله‌ای بر تأثیر حرمت خود تأکید می‌کنند (۱۹). بر اساس دیدگاه متخصصان، حرمت خود پایین می‌تواند باعث مشکلات فراوانی در زندگی افراد شود (۲۰)، برای مثال باعث می‌شود که فرد به سمت ارتباط با همسالان منحرف سوق داده شود (۲۱). در پژوهش ویتاریو و ترمبلی (۲۲) مشخص شد که کودکان دارای حرمت خود پایین نسبت به اعمال مجرمانه نگرش مثبتی دارند. در مقابل نتایج تحقیقات دیگر نشان می‌دهند کودکان دارای حرمت خود بالا در روابط خود کمتر از قلدری استفاده می‌کنند (۲۳).

حرمت خود کلید اصلی موفقیت در زندگی است که برای سازش‌یافتگی مناسب با محیط نقش اساسی را ایفا می‌کند و عبارت است از ارزیابی ذهنی فرد نسبت به خود که مثبت یا منفی بودن این ارزیابی بر احساس ارزشمندی، اعتماد به خود و احترام فرد به خود تاثیر می‌گذارد (۲۴). علاوه بر آن این متغیر بر روی رفتار نوجوانان تاثیر فراوانی دارد (۲۵). در تعریف دیگری سووان (۲۶) حرمت خود را خودارزیابی کلی

(ب) ابزار:

۱. مقیاس خودگزارشی مشکلات رفتاری نوجوانان^۱: این ابزار یک پرسشنامه خودگزارشی هست که توسط آخنباخ در سال ۱۹۹۱ ساخته شده است و برای سنین ۱۱ تا ۱۸ سال با حداقل تحصیلات در حد پایه پنجم ابتدایی و مدت زمان ۱۵ دقیقه قابل استفاده است و از ابزارهای غربالگری رایج برای اختلال‌های روان‌پزشکی در سنین نوجوانی است. در این مقیاس، گویه‌ها بر اساس ویراست چهارم راهنمای تشخیصی و آماری اختلال‌های روانی- متن تجدید نظر شده تنظیم شده‌اند که ابعادی مانند مشکلات عاطفی، اضطرابی، بدنی، نارسایی توجه- فزون‌کنشی، رفتار هنجاری^۲، و نافرمانی مقابله‌ای را می‌سنجد. گویه‌های این مقیاس، به صورت سه گزینه کاملاً، معمولاً و اصلاً درجه‌بندی شده است که به ترتیب نمرات دو، یک و صفر را دریافت می‌کنند. روایی این پرسشنامه در پژوهش‌های مختلف مورد بررسی قرار گرفته است و نتایج به دست آمده نشان دهنده مناسب بودن این ابزار است. همسانی درونی این ابزار از طریق ضریب آلفا محاسبه شده است که برای خرده مقیاس‌ها در دامنه ۰/۵۹ تا ۰/۸۶ به دست آمده است (۲۹). در ایران نیز این پرسشنامه توسط مینایی (۳۰) هنجاریابی شده است که نتایج نشان دهنده ضریب همسانی درونی بین ۰/۶۳ تا ۰/۹۵ و ضریب همبستگی مناسب با پرسشنامه شخصیتی نوجوانان آیزنگ است (۳۰) و (۳۱). در پژوهش حاضر از خرده‌مقیاس نافرمانی مقابله‌ای پرسشنامه استفاده شده است و پایایی این خرده‌مقیاس در پژوهش حاضر با استفاده از ضریب آلفای کرونباخ ۰/۷۶ به دست آمد.

۲. آزمون حرمت خود آیزنگ^۳: این آزمون توسط آیزنگ در سال ۱۹۷۶ تدوین شده است و دارای ۳۰ گویه است. هر ماده دارای ۳ گزینه "بلی، خیر، و نمی‌دانم" است. گزینه نمی‌دانم نمره ۰/۵ و در برخی از گویه‌ها به پاسخ بلی و برخی

دیگر به پاسخ خیر نمره یک تعلق می‌گیرد. نمره بالا در این آزمون نشان دهنده حرمت خود بالا، ثبات هیجانی و سازش‌یافتگی بالا است و نمره پایین در این آزمون نشان دهنده احساس کهنریو عدم ثبات هیجانی است. بالاترین نمره در این آزمون ۳۰ و پایین‌ترین نمره صفر است و نمره زیر ۱۵ نشان دهنده حرمت خود پایین و نمره بالاتر از ۱۵ نشان دهنده حرمت خود بالا است (۳۲). پایایی این آزمون با استفاده از آلفای کرونباخ ۰/۷۱ و روایی آن برای دختران دانشجو ۰/۷۴ و برای پسران ۰/۷۹ گزارش شده است (۳۳).

۳. پرسشنامه سنجش افکار پارانوئید^۴: این آزمون برای اندازه‌گیری صفات و رگه‌های تفکر پارانوئید توسط گرین و همکاران (۳۴) ساخته شده است که دارای ۱۶ سوال است که وجود افکار گزند و آسیب را در یک ماه گذشته بررسی می‌کند. هر کدام از سوالات روی ۵ مقیاس (هرگز، خیلی کم، تا حدودی، زیاد، خیلی زیاد) درجه‌بندی شده است. اعتبار و روایی این پرسشنامه در بین جمعیت بالینی و غیربالینی در پژوهش‌های خارجی ارزیابی شده است و نتایج به دست آمده نشان‌دهنده همسانی درونی مناسب این ابزار بوده است و آلفای کرونباخ این آزمون برابر ۰/۷۷ گزارش شده است. همچنین اعتبار این ابزار با استفاده از روش بازآزمایی مطلوب گزارش شد (۳۵). این پرسشنامه در ایران توسط عبدالمحمدی و همکاران در بین جوانان و نوجوانان هنجاریابی شد که نتایج به دست آمده همبستگی این ابزار را با پرسشنامه MMPI، ۰/۷۱ و ضریب همسانی درونی آن ۰/۸۱ به دست آمد (۳۶).

(ج) روش اجرا: برای اجرای این پژوهش ابتدا مجوزهای لازم از کمیته علمی و اخلاقی سازمان آموزش و پرورش استان تبریز اخذ شد. سپس به مدارس مربوطه برای انتخاب افراد نمونه رجوع شد. بعد از انتخاب افراد مورد مطالعه، در گام بعدی با استفاده از پرسشنامه آزمون حرمت خود آیزنگ و پرسشنامه

3. Eysenck self-esteem scale

4. Paranoid Thought Scales the Green et al

1. Achenbach Youth Self-Report Scale (YSR)

2. Conduct

یافته‌ها

برای مقایسه تفاوت میانگین‌های نمرات آزمودنی‌ها در گروه‌های مورد نظر (کودکان با و بدون اختلال نافرمانی مقابله‌ای) در تفکرات پارائوئید از آزمون t دو نمونه مستقل استفاده شده است. آزمون لوین برای بررسی همگنی واریانس تفکرات پارائوئید در دو گروه معنی‌دار به دست نیامد ($P > 0.05$, $F = 2.11$). این یافته نشان می‌دهد که واریانس این متغیر در گروه‌ها همگن است و بنا بر این در جدول ۱ نتایج آزمون t دو نمونه مستقل با پیش فرض برابری واریانس‌ها گزارش شده است.

سنجش افکار پارائوئید اطلاعات مربوط به این متغیرها جمع‌آوری شد و در نهایت به مقایسه دو گروه پرداخته شد. به منظور رعایت اخلاق پژوهشی و حقوق آزمودنی‌ها، ضمن اعلام داوطلبانه بودن شرکت در پژوهش، هم به صورت شفاهی (قبل از اجرا) و هم به صورت کتبی (بالای پرسشنامه) تصریح شد که اطلاعات درخواستی در این پرسشنامه‌ها فقط به منظور اهداف پژوهشی است و ذکر نام و نام خانوادگی و دیگر مشخصات خصوصی لازم نیست. همچنین به افراد شرکت‌کننده گفته شد که در صورت تمایل می‌توانند از نتایج آزمون‌های اجرا شده، مطلع شوند.

جدول شماره ۱: شاخص‌های توصیفی گروه‌ها در متغیر تفکرات پارائوئید

تعداد	میانگین	انحراف معیار	تفاوت میانگین	آماره t	درجه آزادی	سطح معنی داری
گروه با اختلال نافرمانی مقابله‌ای	۳۹/۴۸	۸/۳۹	۳۶/۶۴	-۱۹/۹۴	۷۸	۰/۰۰۱
گروه بدون اختلال	۲۷/۵۶	۶				

مقابله‌ای) در حرمت خود از آزمون t دو نمونه مستقل استفاده شده است. آزمون لوین برای بررسی همگنی واریانس حرمت خود در دو گروه معنی‌دار به دست نیامد ($P > 0.05$, $F = 2.4$). این یافته نشان می‌دهد که واریانس این متغیر در گروه‌ها همگن است و بنابراین در جدول ۲ نتایج آزمون t دو نمونه مستقل با پیش فرض برابری واریانس‌ها گزارش شده است.

با توجه به نتایج جدول ۱، در تفکرات پارائوئید میانگین کودکان مبتلا به اختلال نافرمانی مقابله‌ای (۳۹/۴۸) به صورت معنی‌داری بیشتر از میانگین کودکان گروه بهنجار (۲۷/۵۶) است ($t = -19.94$, $df = 78$, $P < 0.001$). برای مقایسه تفاوت میانگین‌های نمرات آزمودنی‌ها در گروه‌های مورد نظر (کودکان با و بدون اختلال نافرمانی

جدول ۲: شاخص‌های توصیفی گروه‌ها در متغیر حرمت خود

تعداد	میانگین	انحراف معیار	تفاوت میانگین	آماره t	درجه آزادی	سطح معنی داری
گروه با اختلال نافرمانی مقابله‌ای	۱۶/۰۸	۳/۱۸	۲/۵۷	-۳/۲۸	۷۸	۰/۰۰۲
گروه بدون اختلال	۲۱/۶۲	۲/۲۲				

بحث و نتیجه‌گیری

پژوهش حاضر با هدف مقایسه تفکرات پارائوئید و حرمت خود در دانش‌آموزان با و بدون اختلال نافرمانی انجام گرفت. یافته‌های پژوهش نشان داد که کودکان با

با توجه به نتایج جدول ۲، در حرمت خود میانگین کودکان مبتلا به اختلال نافرمانی مقابله‌ای (۱۶/۰۸) به صورت معنی‌داری کمتر از میانگین کودکان بدون اختلال (۲۱/۶۲) است ($t = -3.28$, $df = 78$, $P < 0.002$).

بر اساس دیگر نتایج به دست آمده در این پژوهش، دانش‌آموزان با اختلال نافرمانی مقابله‌ای در حرمت خود نیز با گروه بدون اختلال نافرمانی مقابله‌ای تفاوت معنی‌داری دارند به صورتی که این کودکان حرمت خود پایین‌تری نسبت به گروه بهنجار دارند که این یافته با نتایج پژوهش‌های قبلی (۲۸، ۲۳ و ۲۰) همسو است.

پژوهش‌های قبلی نشان داده‌اند که حرمت خود با موفقیت تحصیلی، عملکرد ضعیف اجتماعی، و رفتار قلدرانه ارتباط دارد (۴۲). حرمت خود در بستر خانواده شکل می‌گیرد و تحت تاثیر روابط خانواده با کودک است بنابراین در خانواده‌هایی که سطح بالایی از تنش بین والدین و کودک وجود دارد کودکان از حرمت خود پایین‌تری نسبت به همسالان خود برخوردار هستند (۴۳). از سویی نتایج برخی مطالعات نشان دادند که نوجوانان با اختلال نافرمانی مقابله‌ای از مهارت‌های شناختی، عاطفی، و اجتماعی پایینی برخوردار هستند و همین مشکلات باعث بروز رفتارهای مقابله‌ای از خود می‌شود (۴۴) که با در نظر گرفتن این نتایج به نظر می‌رسد رفتارهای مقابله‌ای نوجوان در خانواده باعث ایجاد تنش فراوان در محیط خانواده می‌شود و همین تنش‌ها باعث برخورد و نزاع والدین با نوجوان می‌شود و به تدریج به کاهش حرمت خود در کودک یا نوجوان می‌انجامد. همچنین نوجوانان دارای حرمت خود پایین در محیط خانه و مدرسه رفتار قلدرانه بیشتری نشان می‌دهند که طرد آنها از سوی همسالان را در پی دارد (۳۸). در نهایت می‌توان مطرح کرد که فرد مبتلا در یک دور باطل گرفتار می‌شود که عدم اقدام مناسب از سوی والدین باعث کاهش حرمت خود پایین و تشدید سطح نافرمانی مقابله‌ای می‌شود.

به طور کلی نتایج پژوهش حاضر نشان داد که کودکان دارای اختلال نافرمانی مقابله‌ای دارای حرمت خود پایینی نسبت به همسالان خود هستند و از سوی دیگر سطح تفکرات پارانوئید این کودکان نسبت به همسالان، بالاتر است بنابراین می‌توان با آموزش‌های شناختی به منظور کاهش تفکرات پارانوئید و آموزش والدین برای ارتقای حرمت خود این

اختلال نافرمانی مقابله‌ای در تفکرات پارانوئید با گروه بهنجار تفاوت معنی‌داری دارند به صورتی که این کودکان دارای تفکرات پارانوئید بیشتری هستند. این یافته با نتایج برخی پژوهش‌های قبلی همسو است. در مطالعات قبلی مشخص شده است نوجوانانی که سطوح بالاتری از تفکرات پارانوئید دارند بیشتر الکل مصرف می‌کنند و همچنین بروز رفتارهای قانون‌شکنانه و مجرمانه، عدم اطاعت از مسئولین، پرخاشگری فیزیکی و لفظی در آنها بسیار بیشتر از گروه بهنجار است (۱۷-۱۹).

تحقیقات انجام شده نشان می‌دهد نوجوانانی که از سوی محیط طرد شوند و یا مورد بدرفتاری قرار گیرند به احتمال بیشتری تفکرات پارانوئید از خود نشان می‌دهند (۳۸). نوجوانان با اختلال نافرمانی مقابله‌ای به خاطر داشتن رفتارهای تهاجمی و مخالفت شدید با صاحبان قدرت، روابط بین فردی بسیار ضعیفی دارند (۳۹) و در مدرسه نیز به علت انجام درگیری‌های فیزیکی با همسالان خود، از تعاملات اجتماعی طرد می‌شوند (۳۸). این کودکان همچنین با معلمان خود نیز روابط منفی دارند که باعث نگرش منفی‌تر این افراد نسبت به محیط می‌شود (۴۰). علاوه بر این به علت رفتارها و پرخاشگری‌های تکانشی، این کودکان بیشتر در معرض بدرفتاری والدین و دیگر منابع قدرت قرار می‌گیرند (۴۱). در نتیجه می‌توان مطرح کرد که نوجوانان با اختلال نافرمانی مقابله‌ای به خاطر رفتارهای هنجارشکنانه، از سوی منابع قدرت و والدین تنبیه می‌شوند و یا مورد بی‌توجهی قرار می‌گیرند. آنها همچنین از سوی همسالان طرد می‌شوند که همه این موارد باعث می‌شود که این افراد محیط را نسبت به خود خصمانه قلمداد کنند و در نهایت تفکرات پارانوئید را به عنوان مکانیسمی برای دفاع از خود تقویت کنند؛ به بیان دیگر این افراد برای این که از محیط آسیب کمتری ببینند نسبت به همه افراد و رویدادها به عنوان یک عامل تهدیدکننده نگاه می‌کنند.

جهت افزایش دقت نتایج صورت گیرد. همچنین پیشنهاد می‌شود در صورت امکان در مطالعات بعدی از نمونه‌های کلینیکی مبتلا به اختلال نافرمانی مقابله‌ای نیز استفاده شود.

تشکر و قدردانی: این پژوهش با مجوز صادره از آموزش و پرورش شهرستان تبریز با شماره ۵۴/۱۲۵۱۱ در سال تحصیلی ۹۶-۹۵ اجرا شد. بدین وسیله از تمامی دست‌اندرکاران آموزش و پرورش، مدیران و معلمان مدارس و همچنین تمامی افراد شرکت‌کننده در پژوهش تشکر و قدردانی می‌شود.

تضاد منافع: این پژوهش برای نویسندگان هیچ گونه تضاد منافی نداشته است.

کودکان و مدیریت و مهار رفتارهای تضادورزانه آنها، گام‌های عملی مهمی برداشت.

پژوهش حاضر دارای محدودیت‌هایی نیز بوده است برای مثال انتخاب افراد نمونه از بین جامعه دانش‌آموزی صورت گرفت. از سویی دیگر در این مطالعه فقط آزمودنی‌های پسر شرکت کردند که امکان مقایسه نتایج بین دو جنس فراهم نشده است. محدودیت دیگر این پژوهش، عدم استفاده از روش مصاحبه بالینی بعد از انجام غربالگری در فرایند تشخیص اختلال نافرمانی مقابله‌ای بود که در صورت همه این محدودیت‌ها باعث می‌شود که در تعمیم نتایج به کل جامعه دقت بیشتری شود و مطالعات بیشتری با رفع این محدودیت‌ها

References

1. Johnson JG, Cohen P, Kasen S, Skodol AE, Oldham JM. Cumulative prevalence of personality disorders between adolescence and adulthood. *Acta Psychiatr Scand*. 2008; 118(5):410-413. [\[Link\]](#)
2. Burke JD, Waldman I, Lahey BB. Predictive validity of childhood oppositional defiant disorder and conduct disorder: implications for the DSM-V. *J Abnorm Psychol*. 2010; 119(4):739-751. [\[Link\]](#)
3. Brammer WA, Lee SS. Impairment in children with and without ADHD: contributions from oppositional defiant disorder and callous-unemotional traits. *J Atten Disord*. 2012; 16(7): 535-43. [\[Link\]](#)
4. Burke JD, Rowe R, Boylan K. Functional outcomes of child and adolescent oppositional defiant disorder symptoms in young adult men. *J Child Psychol Psychiatry*. 2014; 55(3): 264-272. [\[Link\]](#)
5. Cohen P, Cohen J, Kasen S, Velez CN, Hartmark C, Johnson J, et al. An epidemiological study of disorders in late childhood and adolescence—I. age- and gender-specific prevalence. *J Child Psychol Psychiatry*. 1993; 34(6): 851-867. [\[Link\]](#)
6. Christenson JD, Crane DR, Malloy J, Parker S. The cost of oppositional defiant disorder and disruptive behavior: a review of the literature. *J Child Fam Stud*. 2016; 25(9): 2649-2658. [\[Link\]](#)
7. Gopin CB, Berwid O, Marks DJ, Mlodnicka A, Halperin JM. ADHD preschoolers with and without ODD: do they act differently depending on degree of task engagement/reward? *J Atten Disord*. 2013; 17(7): 608-619. [\[Link\]](#)
8. Steiner H, Remsing L, Work group on quality issues. Practice parameter for the assessment and treatment of children and adolescents with oppositional defiant disorder. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 2007; 46(1): 126-141. [\[Link\]](#)
9. Palmer EJ. Criminal Thinking. In: Carson D, Milne R, Pakes F, Shalev K, Shawyer A, editor. *Applying Psychology to Criminal Justice*. Wiley-Blackwell; 2008, 147-165. [\[Link\]](#)
10. Barkley RA, Fischer M. The unique contribution of emotional impulsiveness to impairment in major life activities in hyperactive children as adults. *J Amer Acad Child Adolesc Psychiatry*. 2010; 49(5): 503-513. [\[Link\]](#)
11. Bondü R. Is bad intent negligible? Linking victim justice sensitivity, hostile attribution bias, and aggression. *Aggress Behav*. 2018; 44(5): 442-450. [\[Link\]](#)
12. Teo WL, Lee M, Lim W-S. The relational activation of resilience model: How leadership activates resilience in an organizational crisis. *Journal of Contingencies and Crisis Management*. 2017; 25(3): 136-147. [\[Link\]](#)
13. Freeman D, Garety P. Helping patients with paranoid and suspicious thoughts: a cognitive-behavioural approach. *Adv Psychiatr Treat*. 2006; 12(6): 404-415. [\[Link\]](#)
14. American Psychiatric Association. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*. (5th Edition). Washington, DC: American Psychiatric Pub; 2013. [\[Link\]](#)
15. Uytun MÇ, Öztop DB. Precursors of personality disorders in children and adolescents -. *Psikiyatride Guncel Yaklasimler - Current Approaches in Psychiatry*. 2015; 7(4): 368-381. [\[Link\]](#)
16. Hertler SC. Understanding obsessive-compulsive personality disorder: reviewing the specificity and sensitivity of DSM-IV diagnostic criteria. *SAGE Open*. 2013; 3(3): 1-10. [\[Link\]](#)
17. Grant BF, Hasin DS, Stinson FS, Dawson DA, Chou SP, Ruan WJ, et al. Prevalence, correlates, and disability of personality disorders in the United States: results from the national epidemiologic survey on alcohol and related conditions. *J Clin Psychiatry*. 2004; 65(7): 948-958. [\[Link\]](#)
18. Natsuaki MN, Cicchetti D, Rogosch FA. Examining the developmental history of child maltreatment, peer relations, and externalizing problems among adolescents with symptoms of paranoid personality disorder. *Dev Psychopathol*. 2009; 21(4): 1181-1193. [\[Link\]](#)
19. Kita Y, Inoue Y. The direct/indirect association of ADHD/ODD symptoms with self-esteem, self-perception, and depression in early adolescents. *Front Psychiatry*. 2017; 8: 137. [\[Link\]](#)
20. Baumeister RF, Smart L, Boden JM. Relation of threatened egotism to violence and aggression: The dark side of high self-esteem. *Psychol Rev*. 1996; 103(1): 5-33. [\[Link\]](#)
21. Orth U, Robins RW, Widaman KF, Conger RD. Is low self-esteem a risk factor for depression? Findings from a longitudinal study of Mexican-origin youth. *Dev Psychol*. 2014; 50(2): 622-633. [\[Link\]](#)

22. McCarthy JD, Hoge DR. The dynamics of self-esteem and delinquency. *Am J Sociol.* 1984; 90(2): 396–410. [\[Link\]](#).
23. Vitaro F, Tremblay RE. Impact of a prevention program on aggressive children's friendships and social adjustment. *J Abnorm Child Psychol.* 1994; 22(4): 457–475. [\[Link\]](#)
24. Cénat JM, Hébert M, Blais M, Lavoie F, Guerrier M, Derivois D. Cyberbullying, psychological distress and self-esteem among youth in Quebec schools. *J Affect Disord.* 2014; 169: 7–9. [\[Link\]](#)
25. Sharma S, Agarwala S. Self-Esteem and collective self-esteem among adolescents: an interventional approach. *Psychological Thought.* 2015; 8(1): 105–113. [\[Link\]](#)
26. Deng L, Ma B, Fang X. Peer attachment and life satisfaction of junior middle school students: The mediating effect of collective self-esteem. *Studies of Psychology and Behavior.* 2016; 14(2): 145–151. [\[link\]](#)
27. Swann WB, Chang-Schneider C, Larsen McClarty K. Do people's self-views matter? Self-concept and self-esteem in everyday life. *Am Psychol.* 2007; 62(2): 84–94. [\[Link\]](#)
28. Thompson RA. Early attachment and later development: Familiar questions, new answers. In J. Cassidy, & P. R. Shaver (Eds.), *Handbook of attachment* (2nd ed.). New York: Guilford. 2008: 348-365.
29. Deng L, Ma B, Wu Y. Attachment and subjective well-being of junior middle school students: The mediating role of self-esteem. *Psychological Development and Education.* 2015; 31(2): 230–238. [\[Link\]](#)
30. Minaee A. Adaptation and standardization of child behavior checklist, youth self-report, and teacher's report forms. *Journal of Exceptional Children.* 2006; 6(1): 529-558. [Persian]. [\[Link\]](#)
31. Ghasempour A, Ramazani V, Kalhori A. The comparison of emotion regulation strategies in adolescents with oppositional defiant disorder and normal. *Alborz University Medical Science.* 2014; 3(3):153-160. [Persian]. [\[Link\]](#)
32. Shekarbaigi A, Yasaminejad P. parenting styles, self-esteem and general health in delinquent and non delinquent adolescences. *Family Counseling and Psychotherapy.* 2012; 2(2): 178–192. [Persian]. [\[Link\]](#)
33. Green CEL, Freeman D, Kuipers E, Bebbington P, Fowler D, Dunn G, et al. Measuring ideas of persecution and social reference: The Green Et al. Paranoid Thought Scales (GPTS). *Psychol Med.* 2008; 38(1): 101–111. [\[Link\]](#)
34. Ibáñez-Casas I, Femia-Marzo P, Padilla J-L, Green CEL, de Portugal E, Cervilla JA. Spanish adaptation of the Green Paranoid Thought Scales. *Psicothema.* 2015; 27(1): 74–81. [\[Link\]](#)
35. Abdolmohammadi K, Mohammadzadeh A, Ahmadi E, Ghadiri Sourman F. Validation of the paranoid thoughts scale in iranian population. *Qom University of Medical Sciences Journal.* 2016; 10(8): 47-53. [Persian]. [\[Link\]](#)
36. Pollak SD, Vardi S, Putzer Bechner AM, Curtin JJ. Physically abused children's regulation of attention in response to hostility. *Child Dev.* 2005; 76(5): 968–977. [\[Link\]](#)
37. Burke JD, Rowe R, Boylan K. Functional outcomes of child and adolescent oppositional defiant disorder symptoms in young adult men. *J Child Psychol Psychiatry.* 2014; 55(3): 264–272. [\[Link\]](#)
38. Hamilton SS, Armando J. Oppositional defiant disorder. *Am Fam Physician.* 2008; 78(7): 861–866. [\[Link\]](#)
39. Tseng W-L, Kawabata Y, Gau SS-F. Social adjustment among Taiwanese children with symptoms of ADHD, ODD, and ADHD comorbid with ODD. *Child Psychiatry Hum Dev.* 2011; 42(2): 134–151. [\[Link\]](#)
40. U.S. Department of Health and Human Services. *Child maltreatment 2012.* Washington, DC: U.S. Department of Health and Human Services. 2013. [\[Link\]](#)
41. D'Amico A, Cardaci M. Relations among perceived self-efficacy, self-esteem, and school achievement. *Psychol Rep.* 2003; 92(3 Pt 1): 745–754. [\[Link\]](#)
42. Brown GL, Mangelsdorf SC, Neff C, Schoppe-Sullivan SJ, Frosch CA. Young children's self-concepts: associations with child temperament, mothers' and fathers' parenting, and triadic family interaction. *Merrill Palmer Q (Wayne State Univ Press).* 2009; 55(2): 184–216. [\[Link\]](#)
43. Skoulos V, Tryon GS. Social skills of adolescents in special education who display symptoms of oppositional defiant disorder. *American Secondary Education.* 2007; 35(2): 103–115. [\[Link\]](#)
44. Mash E, Wolfe D. *Abnormal child psychology.* 6th Edition. Cengage Learning; 2012. [\[Link\]](#)

Paranoid Thoughts and Self-esteem in Students with Oppositional Defiant Disorder (ODD)

Karim Abdolmohammadi*¹, Farhad Ghadiri Sourman Abadi², Asgar Choubdari¹, Niloufar Sadat Seyed Pourmand²

1. Ph.D. Student of Psychology and Education of Exceptional Children, Faculty of Psychology and Education, Allameh Tabataba'i University, Tehran, Iran

2. Ph.D. Student of General psychology, Faculty of Literature and Humanities, Urmia University, Urmia, Iran

Received: December 22, 2017

Accepted: September 9, 2018

Abstract

Background and Purpose: Oppositional defiant disorder (ODD) is a common childhood disorder that is mainly characterized by argumentative, hostile, and disobedient behavior towards adults. This study was conducted to compare the paranoid thoughts and self-esteem in students with and without ODD.

Method: This was a causal-comparative research. The sample was consisted of 40 students with ODD and 40 students without ODD, aged 14-15, studying at the middle schools of Tabriz in 2016-2017, and selected by multi-stage cluster sampling. To collect data, *self-esteem index* (Eysenck, 1976), and *paranoid thought scale* (Green, et al., 2008) were used. Data were selected by independent T-test.

Results: The results of data analysis showed that children with ODD have lower self-esteem and more paranoid thoughts in comparison to the children without ODD ($p < 0.05$).

Conclusion: Regarding the research results, it seems that ODD can indirectly lead to other problems like lower self-esteem and formation of paranoid thoughts. Implications of the findings are discussed in the article.

Keywords: Oppositional defiant disorder, paranoid thoughts, self-esteem

Citation: Abdolmohammadi K, Ghadiri Sourman Abadi F, Choubdari A, Seyed Pourmand NS. Paranoid thoughts and self-esteem in students with oppositional defiant disorder (odd). Quarterly Journal of Child Mental Health. 2018; 5(3): 137-145.

*Corresponding author: Karim Abdolmohammadi, Ph.D. Student of Psychology and Education of Exceptional Children, Faculty of Psychology and Education, Allameh Tabataba'i University, Tehran, Iran.

Email: Karim.abdolmohamadi@yahoo.com

Tel: (+98) 021- 44737510