

## کاربرد سه روش درمانی در کاهش رفتار پرخاشگرانه کودکان پرخاشگر

\* محمد ناظر

♦ دکتر بهروز بیرشک

♦ دکتر بهروز جلیلی

یکی از اختلالات قابل توجه در روانشناسی بالینی و روانشناسی کودک، رفتار پرخاشگرانه کودکان و نوجوانان است. از مهمترین عوامل می‌توان، به کم و کاست والدین در اداره صحیح مشروط کودک، نقص مهارت‌های اجتماعی کودکان و نقص در وسیله کنترل انفعال خشم به وسیله کودکان و نوجوانان اشاره کرد. هدف از این پژوهش، بررسی اثر ترکیبی سه روش درمانی (آموزش مهارت‌های اجتماعی به کودکان، آموزش اداره مشروط به والدین و آموزش کنترل خود به کودکان) در کاهش رفتار پرخاشگرانه و نیز اثر هر یک از آنها بطور جداگانه می‌باشد. برای اجرای آن، از طرح تک مورد برگشتی استفاده شد. در این پژوهش، چهار فرضیه مؤثر بودن سه روش بطور ترکیبی و سه فرضیه مؤثر بودن هر یک از روشها، به طور جداگانه در کاهش رفتار پرخاشگرانه در نظر گرفته شد. بدین منظور، از بین کودکان پسر ارجاع شده به هسته مشاوره مناطق ۹ و ۱۹ تهران، ۱۰ کودک پسر با ۷ عامل، مورد موازنه فردی قرار گرفتند و برگزیده شدند. سپس به طور تصادفی، به ۵ گروه ۲ نفره تقسیم شدند. بررسی اثر ترکیبی سه روش درمانی در کاهش رفتار پرخاشگرانه کودکان، بیشترین کاهش در رفتار پرخاشگرانه را نشان داد. در بررسی اثر هر یک از روشها به طور جداگانه دیده شد که آموزش کنترل خود، نسبت به دو روش دیگر، کاهش بیشتری را در رفتار پرخاشگرانه نشان می‌دهد.

واژه‌های کلیدی: پرخاشگری؛ آموزش مهارت‌های اجتماعی؛ آموزش کنترل خود؛ آموزش اداره مشروط به والدین.

\* کارشناس ارشد روانشناسی بالینی

♦ انستیتو روانپزشکی تهران

♦ دانشگاه علوم پزشکی ایران

## مقدمه

پر خاشگری یکی از اختلالات مهم در روانشناسی بالینی و روانپزشکی است. حدود  $\frac{1}{3}$  تا نیمی از مراجعه کنندگان به مراکز روانشناسی و روانپزشکی، مشکلات پر خاشگری و رفتارهای ضد اجتماعی دارند (۱). عدم درمان پر خاشگری در کودکی، احتمال رخداد شخصیت ضد اجتماعی در بزرگسالی را افزایش می دهد (۲).

پر خاشگری رفتاری است که به قصد آزار یا آسیب رساندن به کسی، ابراز شود (۳). پر خاشگری، تخریب، قتل، هتک حرمت و اختلالات رفتاری، هر روز در حال افزایش است، در DSMIII.R، ۹۰ درصد پسرها و ۲ درصد دخترها اختلال رفتاری داشتند؛ اما گزارش ۱۹۹۴ در DSMIV، ۱۶ درصد پسرها و ۹ درصد دخترهای زیر ۱۸ سال را مبتلا به اختلال در رفتار ذکر می کند. سبب شناسی پر خاشگری چندگانه است به طوری که از عوامل ژنتیک گرفته تا عوامل اجتماعی و روانی مطرح می شود. در زمینه مسائل ژنتیکی راشتون و همکاران در ۱۹۸۵ نشان دادند که میزان پر خاشگری در دو قلوهای یک تخمی، بیشتر از دو قلوهای ۲ تخمی است. در زمینه مسائل اجتماعی کوی رایت و همکاران (۱۹۹۱)، کوی و کویر اسمیت (۱۹۸۵) مطرح کردند که کودکان پر خاشگری طرد شده هستند. از هم گسیختگی خانوادگی، نزاع، اعتیاد، بیماریهای روانی و شخصیتی والدین و روش تربیتی غلط در خانه، از عوامل اصلی و زمینه ساز در پر خاشگری محسوب می شود (۴). بر اساس نتایج فوق، رید و جونز و پاترسون در ۱۹۷۵ آموزش مدیریت مشروط به والدین را توصیه کرده اند که در روش فوق اداره صحیح کودک، تشویق و تنبیه به موقع او به والدین آموخته می شود تا در خانه اعمال کنند. بعضی از محققین مشکل کودک و نوجوان پر خاشگر را، نداشتن مهارت های اجتماعی لازم در شرایط بحرانی می دانند؛ لذا آموزش مهارت های اجتماعی مورد نیاز را توصیه می کنند (۵). عده ای از محققان مشکل نوجوان پر خاشگر را، نداشتن کنترل کلام درونی بر روی رفتارها می دانند؛ لذا آموزش خویشنداری یا خودآموزی کلامی یا به عبارتی خود کنترلی را پیشنهاد می دهند (۶). به اعتقاد صاحب نظران فوق، هر انسانی قبل از هر عمل به عمل فکر می کند؛ تدبیری می اندیشد و در ذهن خود مسأله را تجزیه و تحلیل می کند؛ سپس، دست به عمل می زند. این محققان معتقدند که کودکان پر خاشگر، تا حدی تکانشی هستند؛ یعنی قبل از عمل، تفکر ندارند؛ یا کلام درونی که اعمال آشکار آنها را هدایت نماید، ندارند؛ لذا بدون خویشنداری و برنامه ریزی قبلی، دست به عمل می زنند. به همین خاطر در درمان سعی می شود کنترل کلام درونی بر روی رفتار، آشکارا افزایش یابد تا از این طریق، جلوی اعمال ناشایست گرفته شود. گلدشتاین<sup>۱</sup>، کراستر<sup>۲</sup> و گارفیلد<sup>۳</sup> در ۱۹۸۸ مطرح کردند که رفتار پر خاشگرانه، یک زنجیره رفتاری است، علت واحدی ندارد و مجموعه ای از عوامل، در پیدایش و شروع آن مؤثر هستند؛ لذا جهت درمان آن باید تمام حلقه ها، مورد درمان قرار بگیرد؛ مخصوصاً، با تأکید سه حلقه (نقص در مهارت های اجتماعی، نقص سیستم تربیتی غلط در خانه و نقص در خودکنترلی خویشنداری). میلان<sup>۴</sup> و لابی<sup>۵</sup> نیز تئوری فوق را تأکید کرده اند (۱۹۸۵). از طرفی، سایر درمانها، بویژه درمانهای دارویی مورد توجه نیست و بیشترین تحقیقات و اسناد به رویکرد رفتاری و شناختی است استاب<sup>۶</sup> ۱۹۷۷ باندورا<sup>۷</sup> (۱۹۷۳). در پژوهش حاضر، سعی بر این است که اثر درمانهای شناختی و رفتاری، بویژه با تأکید بر سه روش آموزش مهارت های اجتماعی جهت

- 1- Goldestein
- 2 - Krasner
- 3 - Garfield
- 4 - Milan
- 5 - LAbate
- 6 - Stab
- 7 - Bandor

رفع کمبودهای مهارتی، آموزش کنترل خود به جهت افزایش خویشتنداری و آموزش مدیریت مشروط به والدین به جهت آموزش تعلیم و تربیت و اداره صحیح کودک بررسی شود. از آنجا که تحقیقات، تأکید بر زنجیره‌ای بودن رفتار دارند؛ لذا اثر ترکیبی سه روش فوق نیز بررسی می‌شود.

## روش پژوهش

در این پژوهش به دلیل کمبود نمونه، طولانی و مشکل بودن درمان، از روش تک موردی استفاده می‌شود. نوع طرح مورد استفاده، عبارت از طرح تک موردی برگشتی<sup>۱</sup> است.

هدف اصلی طرح: بررسی اثر ترکیبی سه روش درمانی آموزش مهارت‌های اجتماعی، آموزش کنترل خود و آموزش مدیریت مشروط به والدین در کاهش رفتار پرخاشگرانه کودکان و اهداف فرعی این طرح، عبارت از بررسی جداگانه اثر روشهای فوق در کاهش رفتار پرخاشگرانه کودکان و نوجوانان می‌باشد.

در پژوهش حاضر، رفتار پرخاشگرانه با سه هدف رفتاری عینی (فحش دادن به همسالان خود، آسیب رساندن به وسایل همسالان خود، آسیب جسمانی به همسالان خود) به عنوان متغیر وابسته در نظر گرفته شد و مشاهده و ثبت گردید. سه روش آموزش مهارت‌های اجتماعی ارائه شده توسط فرد ریکسن، ایزلر و پترسون (۱۹۷۸) به نقل از هرسن و بلاک (۶)، در ۱۹۸۶ و آموزش کنترل خود شامل روش تلقیح هیجان، ارائه شده توسط نواکا (۷۸-۱۹۷۵) و آموزش اداره مشروط به والدین، ارائه شده توسط پاترسون، رید، جونر و کانگر در ۱۹۷۵، به عنوان متغیر مستقل در نظر گرفته شده است.

در پژوهش حاضر، از دو طرح تک موردی برگشتی، یکی ( $A_1 - B_1C_1D_1 - A_2 - B_2C_2D_2 - A_3 - A_4$ ) برای هدف اصلی و به جهت آزمایش این فرض که ترکیب سه روش درمانی فوق باعث کاهش رفتار پرخاشگرانه می‌شود؛ مورد استفاده قرار گرفته است. طرح دوم ( $A_1 - B_1 - B_2 - A_3 - A_2 - A_4$ ) برای اهداف فرعی طرح که شامل سه فرضیه جداگانه است و معتقد به مؤثر بودن هر یک از روشهای درمانی به تنهایی است، بکار می‌رود.  $A_1$  در هر دو طرح، به عنوان خط پایه است که ۲ هفته طول می‌کشد.  $B_1$  و  $B_1D_1C_1$  به عنوان ارائه درمان به مدت ۳ هفته و هر هفته ۲ جلسه است.  $A_2$  به عنوان کناره‌گیری از درمان به مدت یک هفته و  $B_2 C_2D_2 - B_2$ ، ارائه مجدد درمان به مدت ۲ هفته و هر هفته ۲ جلسه است و  $4A_3$  و  $4A_4$  پی‌گیری اول و دوم، هر کدام به فاصله سه هفته از یکدیگر صورت می‌گیرد. طول درمان، کلاً ۵ هفته خواهد بود و در مجموع ۱۰ جلسه درمانی خواهیم داشت و طول هر جلسه برای فرضیه اصلی، ۹۰ دقیقه و برای فرضیه های فرعی، ۳۰ دقیقه خواهد بود.

آزمودنیها عبارتند از دانش‌آموزان ارجاعی از مدارس منطقه ۹ و ۱۹ تهران، به هسته مشاوره دو منطقه فوق بودند. از میان مراجعان، ۱۰ کودک پرخاشگر با ۷ عامل (سن، جنس، سواد والدین، زندگی با والدین اصلی، تعداد فرزندان، اقتصاد خانواده و عدم وجود بیماریهای روانی) مورد موازنه فردی قرار گرفتند. سپس، به طور تصادفی به ۵ گروه دو نفره تقسیم شدند. یک گروه برای اثر ترکیبی سه روش درمانی، یعنی فرضیه اول و سه گروه برای بررسی اثر جداگانه سه روش و گروه پنجم به عنوان شاهد در نظر گرفته شدند.

در این پژوهش از دو مقیاس نمره‌گذاری والدین و معلم کانرز (Conners (TRS - PRS)، پرسشنامه رفتاری دانش‌آموزان راتر و ریون (Rutter and Riyon) رنگی برای غربالگری و انتخاب نمونه از دو فهرست نظارت معلم و والدین، برای تعیین خط پایه و بررسی اثرات درمانی مورد استفاده قرار گرفت.

## 1 - Reversal Design

روش تحلیل داده‌ها در پژوهش حاضر، به دلیل تک موردی بودن به صورت ارائه جدول می‌باشد و مقایسه بین فردی صورت نخواهد گرفت و تمام مقایسه‌ها درون فردی خواهد بود.

در اجرای طرح فوق، معلم و والدین دانش‌آموز مورد نظر، رفتار پرخاشگرانه را با فهرست نظارت خود در طول ۱۴ هفته درمان ثبت می‌کنند و درمانگر (مجری طرح) هفته‌ای دو جلسه در محل هسته مشاوره به ارائه درمان می‌پردازد.

## یافته‌ها

با نگاهی به جدول ۱، مشخص می‌شود که درمانجوی شماره ۱ و ۲ که تحت درمان ترکیبی بودند؛ در پی‌گیری اول و دوم کاهش قابل ملاحظه‌ای در تعداد رفتار پرخاشگرانه آنها بدون عود مجدد به چشم می‌خورد.

درمانجویان شماره ۳ و ۴ که تحت آموزش مهارت‌های اجتماعی بودند؛ در پی‌گیری اول، در مقایسه با خط پایه، کاهش قابل توجهی در رفتار نداشتند و در پی‌گیری دوم، کمی عود مجدد رفتار را نشان دادند.

درمانجوی شماره ۵ و ۶، تحت آموزش کنترل خود قرار داشتند، کاهش قابل توجهی در رفتار پرخاشگری آنها مشاهده نشد. درمانجوی شماره ۹ و ۱۰، هیچ نوع درمان دریافت نکردند و کاهش نیز در رفتار پرخاشگرانه آنها مشاهده نشد.

جدول ۱: جدول مقایسه‌ای میانگین تعداد رفتار پرخاشگرانه هدف، در دو فهرست نظارت والدین و معلم در طول هفته اول و دوم خط پایه در مقایسه با پی‌گیری اول و دوم.

نوع درمان	شماره درمانجو	هفته اول خط پایه	هفته دوم خط پایه	پی‌گیری اول هفته سوم بعد از پایان درمان	پی‌گیری ششم بعد از پایان درمان
درمان ترکیبی	۱	۱۵/۵	۱۴	۳	۳
	۲	۱۵	۱۵/۵	۲	۲
آموزش مهارت‌های اجتماعی	۳	۱۴	۱۴	۵	۸/۵
	۴	۱۶/۵	۱۷	۶	۸
آموزش کنترل خود	۵	۱۵/۵	۱۴	۶	۶
	۶	۱۷	۱۶/۵	۶	۶
آموزش اداره مشروط به والدین	۷	۱۵/۵	۱۵/۵	۱۱/۵	۱۲/۵
	۸	۱۵/۵	۱۵	۱۱/۵	۱۳
گروه منتظر برای درمان	۹	۱۵/۵	۱۵	۱۱/۵	۱۳
	۱۰	۱۵/۵	۱۳	۱۲/۵	۱۱

## بحث

پژوهش حاضر تک موردی است؛ لذا نمی‌توان ادعا کرد که کدام روش بهتر یا بدتر است و پژوهش حاضر بیشتر مقلده طرح‌های تمام تجربی گروهی آینده است؛ اما با کمی دقت در نتیجه درمانجویان شماره ۱ و ۲، مشاهده می‌شود که بیشترین کاهش را در تعداد رفتار پرخاشگرانه نسبت به خط پایه ۱ و ۲ داشته‌اند و ضمناً، عود مجدد هم نداشتند. لذا می‌توان نتیجه

گرفت که زنجیره‌ای بودن رفتار پرخاشگرانه و ارائه درمان به شکل ترکیبی می‌تواند یک هدف درمانی با ارزش برای تحقیقات آینده باشد.

## Abstract

### *Study of Three Different Treatment Methods in Reducing Aggression in Aggressive Children*

Three different methods are studied in this study : social skills training , contingency management and stress inoculation . Since these treatments do not lend themselves to group and experimental studies , we decided to carry out this study by a reversal-design case study . Four different hypotheses were shaped : (1) A combination of the three methods can be used to reduce aggression ; the next three hypotheses each dealt with one of the treatments in separation . 10 boys referred to Counselling Centers in Tehran's 9 and 19 Districts were selected for the purposes of the study and randomly assigned into 5 groups each having two members , the fifth group being a control group receiving no treatment . The treatment took 14 weeks . The study data were collected through three questionnaires and two checklists and the results were reported in tables using only descriptive statistics . Analysis of the findings indicated that the highest reduction of the aggressive behavior was brought about by the first hypothesis , i.e. the combination of the three methods . contingency management , among the three individual treatments , was observed to be the most effective one in the reduction of aggression . Also , it was observed that the control group experienced a kind of relief , though not considerable .

**Key Words** : *Aggression ; Social Skills ; Self-Control ; Contingency Management .*

## منابع

- ۱ - کاپلان و سادوک ؛ خلاصه روانپزشکی . ترجمه پدر افکاری ، نصرت‌الله . ۱۳۷۵ . انتشارات شهرآب ، جلد سوم .
- ۲ - ویگوتسکی ، اندیشه و زبان ، ترجمه قاسم‌زاده ، (۱۳۶۵) ، چاپ نقش جهانی .
- 3 - L . Abate & Milan , (1985) . Hand book of social Skill triahing and reserch Georginstae university .
- 4 - Conrad , M , & Hommen , C 1985 , Rolcof Maternal Depression in perceptions - of child Molad Justment , Journal of con sulting and clinikal psychology . vol . 57 . No 5 , 663 - 667 .
- 5 - Goldestin - Arnold P ; krasher , Garfield ; (1987) are sive behavior asesment and intervention . pergamon press.
- 6 - Hersen m - Bellak , As (1986) Hand book of havior therapt for adult .
- 7 - No Vaco - Roymondw , (1977) . Stressin O culation : Acoghative therapy for anger and application to a case of De pression Journal of consulting and clinical Psychology . vol 45 , No 4 600 - 608 .

- 8 - Raymond W. Novaco, (1976), treatment of chronic anger through cognitive and relaxation control - s, Journal of consulting and clinical psychology vol. 44, No. 4, 657.
- 9 - Stewart, JI, Myers. WC. Burket children and adolescents. Journal of American academic and adolescent Psychiatry, Vol 29, No 2, 269 - 277.
- 10 - Wallerstein, JUD: ths, 1991, The long-term effects of divorce on children; A review, Journal of Am, Acad, child & adolesc. Psychiatry, 30 - 37.
- 11 - Slaby - Ronald G, Guerra. Nancy G: (1990 mar). Cognitive meditation of aggression in adolescent offender. Developmental psychology, from psychological abstract Vol. 26, No 2, 269 - 277.