پژوهش در حیطه کودکان استثنایی/ سال نهم، شماره ۳، ۱۳۸۸ / ۲۱۰-۲۰۳
Research on Exceptional Children, 2009, Vol.9, No. 3, 203-210

تأثیر خودآموزی کلامی بر بهبود نشانه‌های مرضی کودکان مبتلا به اختلال نافرمانی مقابله‌ای

دکتر تورج هاشمی*[۱]، دکتر منصوربیرامی[۱]، علی اقبالی[۲]، حسین واحدی[۳]، رسول رضایی[۳]

تاریخ دریافت: ۸۷/۱۰/۲۹ تجدید نظر: ۸۸/۹/۲ پذیرش نهایی: ۸۸/۶/۸

چکیده

هدف :در این پژوهش اثر خودآموزی کلامی بر علائم مرضی کودکان مبتلا به اختلال بی‌اعتنایی مقابله‌ای مورد بررسی قرار گرفت.**روش** :با بهره گیری از طرح نیمه آزمایشی ، نمونه‌ای شامل ۴۰ نفر از دانش‌آموزان پایه چهارم و پنجم مبتلا به اختلال بی‌اعتنایی مقابله‌ای از مدارس ابتدایی شهر تبریز انتخاب و پس از جایگزینی تصادفی در دو گروه آزمایش و کنترل مورد مطالعه قرار گرفتند. ابزار جمع آوری اطلاعات : شامل ملاکهای تشخیصی DSM-IV-TR و پرسشنامه علائم مرضی کودکان (CSI-4) (فرم معلم) بود . در فرایند اجرا، گروه آزمایش به مدت ۱۲ جلسهٔیک ساعتی طی ۶ هفته تحت آموزش خودآموزی کلامی قرار گرفت و گروه کنترل هیچ مداخله‌ای دریافت نکرد. **یافته‌ها:** نتایج حاصل از روش تحلیل کوواریانس یک راهه نشان داد که کاربرد و آموزش خودآموزی کلامی موجب بهبود نشانه‌های مرضی دانش‌آموزان واجد اختلال بی‌اعتنایی مقابله‌ای می‌شود. **نتیجه‌گیری** : با استفاده از این روش آموزشی – درمانی می‌توان به بهبود نشانه‌های مرضی دانش‌آموزان دارای اختلال بی‌اعتنایی مقابله‌ای کمک کرد.

واژه‌های کلیدی : *اختلال نافرمانی مقابله‌ای، خودآموزی کلامی*

مقدمه

اختلال بی‌اعتنایی مقابله‌ای[۱] الگوی پایدار رفتارهای منفی‌کارانه، خصومت‌آمیز و گستاخانه در غیاب نقص جدی موازین اجتماعی یا حقوق دیگران است (سادوک و سادوک، ۲۰۰۳، گرین[۲]، آیلون و گورینگ، ۲۰۰۳). کودکان مبتلا به این اختلال، به آسانی خشمگین می‌شوند، زود از کوره در می‌روند، با دیگران ستیز دارند، نسبت به خواست و مقررات بزرگسالان بی‌اعتنایی یا عدم همکاری، نشان می‌دهند و از طرفی کینه توزی می‌کنند و به عمد کارهای مزاحمت برانگیز انجام می‌دهند (لطفی کاشانی و وزیری، ۱۳۸۰).

اختلال بی‌اعتنایی مقابله‌ای سومین اختلال شایع روان‌پزشکی است که در کودکان ۳ تا ۱۷ ساله به دفعات گزارش شده است. عوامل مختلفی از جمله سن و جنس، با این اختلال مرتبط‌اند و حدود نیمی از کودکانی که برچسب اختلال بی‌اعتنایی مقابله‌ای را دریافت می‌کنند، به اختلال روانی دیگری نیز مبتلا هستند (هفلینگر و هامفری[۳]، ۲۰۰۸). در ۴۰ الی ۷۰٪ موارد این اختلال با اختلال نقص توجه و بیش‌فعالی[۴] همبودی دارد (اسپنسر[۵] و همکاران، ۲۰۰۶). علاوه بر این، اختلال توره[۶] نیز با این اختلال همبودی بالایی دارد (گرین، آبلون و گورینگ، ۲۰۰۳).

*۱- **نویسنده رابط:** استادیار دانشگاه تبریز ۰۴۱۱ -۳۳۴۱۱۳۳ (Email:Tourajhashemi@yahoo.com)
۲- کارشناس ارشد روان‌شناسی بالینی
۳- کارشناس ارشد روان‌شناسی عمومی

[Downloaded from mail.joec.ir on 2026-10-19]
[DOR: 20.1001.1.16826612.1388.9.3.2.0]

پژوهش‌های همه‌گیرشناسی این اختلال را در ۱۶ الی ۲۲٪ کودکان دبستانی گزارش کرده‌اند، هر چند که این اختلال ممکن است در ۳ سالگی نیز شروع شود (انجمن روان‌پزشکی آمریکا، ۱۳۸۱) با این حال، سن شروع آن ۸ سالگی است و قبل از سن بلوغ، در پسران شایع تر است و پس از آن در همه سنین به طور یکسان بروز می‌کند (سادوک و سادوک، ۱۳۸۲). اختلال بی‌اعتنایی مقابله‌ای با درجات بالایی از آسیب در مهارتهای اجتماعی، تعاملات خانوادگی و عملکرد تحصیلی مرتبط است (اسپنسر و همکاران، ۲۰۰۶). پژوهش کوی[۷] و همکاران(۲۰۰۱)، در این زمینه نشان می‌دهد که پسران دارای اختلال نافرمانی مقابله‌ای نسبت به گروه بهنجار در رمز گردانی اطلاعات اجتماعی، عملکرد ضعیفی بروز می‌دهند.

در طول سالیان متمادی روشهای درمانی متنوعی برای مواجهه با مشکلات رفتاری – شناختی و هیجانی کودکان مبتلا به اختلال بی‌اعتنایی مقابله‌ای به کار گرفته شده است . در این زمینه، بخشی از درمانها بر مداخلات فردی و بخشی دیگر بر مداخلات خانوادگی، متمرکز شده‌اند؛ به نحوی که برنامه‌های آموزش والدین برای کمک به مدیریت رفتار فرزندشان، روان‌درمانی فردی برای مدیریت خشم، خانواده درمانی برای بهبود ارتباط، آموزش مهارتهای اجتماعی برای افزایش انعطاف‌پذیری و تحمل ناکامی در بین همسالان و درمان شناختی- رفتاری برای آموزش حل مسئله و کاهش منفی‌گرایی بوده است (آکادمی روان‌پزشکی کودک و نوجوان امریکا، ۲۰۰۷).

علاوه بر این، درمانهای دارویی نیز در این میان نقش بارزی در کاهش علائم این اختلال دارند؛ به نحوی که پژوهش اسپنسر همکاران (۲۰۰۶) نشان داد که داروی MASXR [۸] قادر است در کنترل نشانه‌های اختلال بی‌اعتنایی مقابله‌ای مؤثر واقع شود. با این حال، کاربرد مداخلات شناختی - رفتاری، رویکرد مؤثری در جلوگیری از اختلالات رفتاری است. در این رویکرد، فرضیه زیربنایی این است که رفتار آشکار به وسیله جریان شناختی، میانجی‌گری می‌شود و افراد می‌توانند یاد بگیرند که با کنترل و تغییر فرایندهای شناختی، رفتار خود را تغییر دهند.

درمان شناختی- رفتاری می‌تواند به کودکان با اختلال بی‌اعتنایی مقابله‌ای در بهبود خلق و کنترل خشم کمک کند. این درمان آگاهی کودکان از الگوهای تفکر را که محرک و هدایت‌کنندهٔ رفتار آنهاست، افزایش می‌دهد و روشهایی را برای مقابله با تفکرشان به آنها می‌آموزد (بارت و اولندیک[۹]، ۲۰۰۴).

در این زمینه یافته‌های پژوهشی دال نیک[۱۰] و همکاران (۲۰۰۶) نشان می‌دهد که به کارگیری راهبردهای شناختی – رفتاری در کاهش بیش فعالی، تکانشگری، پرخاشگری/ آشوب و نیرومند ساختن رفتارهای اجتماع پسند و افزایش شناخت اجتماعی و بهبود روابط با همسالان، مؤثر است . مطالعه یئو[۱۱] و همکاران (۲۰۰۵) با عنوان درمان شناختی- رفتاری در کودکان با اختلالات رفتاری – هیجانی شدید نشان داد که کاربندی آموزه‌های شناختی – رفتاری قادر است رفتارهای ناسازگارانه کودکان مبتلا به اختلالات سلوکی را کاهش دهد.

از طرفی یافته‌های پژوهشی ساخودولسکی[۱۲] و سولومن[۱۳] و پرین[۱۴] (۲۰۰۰) نشان داد که آموزش راهبردهای شناختی- رفتاری موجب کاهش پرخاشگری، رفتارایذایی و کنترل خشم در پسران مبتلا به اختلال بی‌اعتنایی مقابله‌ای می‌شود. همچنین رونن[۱۵] (۲۰۰۴) در پژوهشی موردی به بررسی آثار به کارگیری آموزش مهارتهای خودکنترلی در کاهش پرخاشگری پرداخت که نتایج آن نشان داد آموزش مهارتهای خودکنترلی، باعث کاهش رفتارهای‌ایذایی و افزایش خود کنترلی و تعاملات اجتماعی کودک می‌شود.

در همین زمینه نلسون – گری[۱۶] و همکاران (۲۰۰۶) با اجرای برنامه ۱۶ هفته‌ای رفتار درمانی مباحثه‌ای[۱۷] بر روی نوجوانان دارای اختلال بی‌اعتنایی مقابله‌ای، به این نتیجه رسیدند که این درمان نه تنها

[Downloaded from mail.joec.ir on 2026-10-19]

[DOR: 20.1001.1.16826612.1388.9.3.2.0]

در کاهش رفتارهای منفی، بلکه در افزایش رفتارهای مثبت، مؤثر بوده است.

علاوه بر این گرین و همکاران (۲۰۰۴) به آزمون تأثیرپذیری مدل مداخله‌ای شناختی- رفتاری که حل مسئله همیاری[۱۸] نامیده می‌شد، در مقایسه با روش آموزش والدین در اختلال بی‌اعتنایی مقابله‌ای پرداختند. در طول ۴ ماه پیگیری، نتایج نشان داد که روش حل مسئله همیاری، تأثیر بیشتری در بهبود علائم اختلال دارد.

یکی از رایج‌ترین روشهای درمانی که در حوزه اختلالات رفتاری کودکان دارای کاربردهای وسیعی است، روش آموزش خودآموزی کلامی است. این روش درمانی به طور مخفف SIT [۱۹]نامیده می‌شود و یکی از برنامه‌های رفتار درمانی شناختی است که در آن، به کودکان یاد داده می‌شود تا با سخن گفتن با خود بتوانند رفتار نامطلوب خود را تغییر دهند. کودکان قبل از پاسخ دهی به موقعیتهای اجتماعی، با استفاده از روش پنج مرحله‌ای مسئله گشایی را یاد می‌گیرند (فریک و همکاران، ۲۰۰۳).

این روش درمانی ریشه در کارهای علمی روان‌شناسان روسی، ویگوتسکی[۲۰] و لوریا[۲۱] دارد که مایکن بام و همکارانش آن را به مثابهٔ نوعی روش درمانی به کار گرفتند.

این رویکرد شناختی رفتاری را ابتدا مایکن بام و گودمن[۲۲] (۱۹۷۱، به نقل از کراتوچویل و موریس، ۱۳۸۱) به منظور آموزش نوعی رویکرد حل مسئله تعمقی به کودکان تکانشی، برای بهبود عملکرد تحصیلی به وجود آوردند. خودآموزی کلامی به مثابهٔ نوعی روش درمانی، بر تصحیح یا تقویت فرایندهای شناختی ذهن متمرکز است؛ چرا که مطابق رویکرد نظری، رفتار و عواطف نامناسب، نتیجهٔ فقدان یا نقصان بعضی از فرایندهای شناختی است.

بر این اساس، وظیفه درمانگر، آموزش فرایندهای شناختی مناسب است (اسپنس[۲۳]، ۱۹۹۴). درمان شامل سرمشق‌دهی راهبردهای شناختی از جانب درمانگر برای کودک است. نظیر اینکه «مشکل من چیست؟» ، «طرح و نقشه من چیست؟» و «آیا از این نقشه، استفاده می‌کنم؟» و «چگونه عمل کردم».

آموزش خودآموزی[۲۴] شامل موارد زیر است :

۱- یک سرمشق بزرگسال که با صدای بلند با خود صحبت می‌کند و تکلیفی را انجام می‌دهد (سرمشق دهی شناختی)

۲- کودک همان تکلیف را تحت رهبری آموزش سرمشق انجام می‌دهد (راهنمایی آشکار و مشخص بیرونی)

۳- کودک در حالی که با صدای بلند خودش را راهنمایی می‌کند (خود رهبری آشکار) تکلیف را انجام می‌دهد.

۴- کودک در حالی که تکلیف را انجام می‌دهد، با صدای آهسته خودش را راهنمایی می‌کند (حذف تدریجی خود رهبری آشکار)

۵- کودک در حالی که خیلی آهسته به طور زیر لفظی یا غیرکلامی خود را رهبری می‌کند، تکلیف را انجام می‌دهد. (خودآموزی آشکار).

در این زمینه از سالیان پیش آموزشهای متمرکز خودآموزی کلامی به نتایج مثبتی در برخی اختلالات از جمله کاستی توجه- بیش‌فعالی و اختلال سلوک منتهی شده است (از جمله هاشمی۱۳۸۴؛ اقبالی ۱۳۸۶). از این رو انتظار می‌رود که آموزه‌های این روش، برای مداخلات درمانی در کودکان مبتلا به اختلال بی‌اعتنایی مقابله‌ای نیز قابل تسری باشد؛ بنابراین پرسش و مسئله اصلی حاضر پژوهش این است که‌ایا کاربندی آموزش خودآموزی کلامی ، قادر به بهبود نشانه‌های مرضی کودکان دارای اختلال بی‌اعتنایی مقابله‌ای است یا خیر؟

روش

جامعه، نمونه، و روش نمونه‌گیری

روش تحقیق مورد استفاده، روش نیمه‌تجربی است که در آن اثربخشی یک متغیر مستقل (روش آموزشی-

[Downloaded from mail.joec.ir on 2026-10-19]

[DOR: 20.1001.1.16826612.1388.9.3.2.0]

درمانی خودآموزی کلامی) بر متغیر وابسته (نشانه‌های مرضی اختلال نافرمانی مقابله‌ای) مورد بررسی قرار گرفته است. بر همین اساس از طرح پیش‌آزمون – پس‌آزمون با گروه کنترل استفاده شده است. در این پژوهش، جامعه مورد مطالعه عبارت بود از کلیهٔ دانش‌آموزان پسر ۱۱-۱۰ ساله که در سال تحصیلی ۸۷-۸۶ در کلاسهای چهارم و پنجم ابتدایی شهر تبریز تحصیل می‌کردند.

با توجه به گستردگی طرح و محدودیتهای موجود در انجام مداخله‌های مورد نظر، از مدارس ابتدایی پسرانهٔ ناحیهٔ ۳ تبریز تعداد ۴۰ نفر توسط روان‌شناس و براساس ملاکهای تشخیصی DSM-IV-TR و پرسشنامه CSI-4 (فرم معلم) به عنوان دانش‌آموزان مبتلا به اختلال نافرمانی مقابله‌ای غربال شدند و به صورت تصادفی در گروه‌های آزمایش و کنترل قرار گرفتند.

سپس پیش‌آزمون (پرسشنامه CSI-4) در هر دو گروه اجرا و به دنبال آن متغیر مستقل (۱۲ جلسه یک ساعتی آموزش خودآموزی کلامی) بر روی گروه آزمایش اعمال شد و بر روی گروه کنترل هیچ مداخله‌ای صورت نگرفت و در نهایت، اندازه‌های متغیر وابسته (نشانه‌های اختلال بی‌اعتنایی مقابله‌ای) در هر دو گروه به دست آمد و به مثابهٔ معیاری برای مقایسه‌های لازم مورد استفاده قرار گرفت.

ابزار گردآوری داده‌ها : برای انتخاب نمونه و جمع‌آوری داده‌ها، از مصاحبه تشخیصی و بالینی روان‌شناس بر اساس ملاکهای DSM-IV-TR و پرسشنامه CSI-4 استفاده شد. این پرسشنامه یک مقیاس درجه بندی رفتار است که اولین بار در سال ۱۹۸۴ اسپیرافکین و گادو آن را براساس طبقه بندی DSMIII به نام SLUG و به منظور غربال ۱۸ اختلال رفتاری و هیجانی کودکان ۱۲-۵ ساله طراحی کردند. بعدها بارها مورد تجدید نظر قرار گرفت و در ۱۹۹۴ مطابق با چاپ چهارم DSM تغییرات اندکی در آن ایجاد شد و با نام CSI-4 منتشر شد(اقبالی، ۱۳۸۶).

پرسشنامه CSI-4 دارای دو فرم والد و معلم و دو شیوه نمره‌گذاری است :

۱- نمره‌گذاری برای غربالگری

۲- نمره گذاری براساس شدت.

این پرسشنامه در پژوهش‌های متعددی مورد بررسی قرار گرفته و اعتبار و روایی، حساسیت و ویژگی آن محاسبه شده است. در پژوهش محمد اسماعیل (۱۳۸۰) ضریب اعتبار این پرسشنامه از طریق اجرای مجدد تست برای این اختلال برآورد شده است که این ضریب اعتبار برای اختلال بی‌اعتنایی مقابله‌ای ۶۲٪ گزارش شده است. در این پژوهش، در بررسی فرمهای والد و معلم از نظر حساسیت، ویژگی و نقطهٔ برش برای اختلال نافرمانی مقابله‌ای روشن شده است که در فرم معلم نمرهٔ ۳ به عنوان بهترین نمرهٔ معیار مشخص شده و ویژگی و حساسیت آن به ترتیب ۰/۸۸ و ۰/۴۴ برآورد شده است.

شیوهٔ اجرا

پس از انتخاب آزمودنیها و گماردن تصادفی آنها در دو گروه آزمایش و کنترل و انجام پیش‌آزمون پرسشنامه CSI-4 در هر دو گروه، با هماهنگی مدیران آموزشگاهها، مکان مناسبی برای آموزش فراهم شد. گروه آزمایش به دو گروه ۱۰ نفری تقسیم شد تا امکان کنترل آنها در جلسات آموزشی مهیا شود. علاوه بر این، برای کنترل بهتر این کودکان از دو نفر دستیار استفاده شد؛ سپس هر یک از این دو گروه در ۱۲ جلسهٔ یک ساعتی در طی ۶ هفته، به صورت گروهی تحت آموزش مراحل خودآموزی کلامی قرار گرفتند، پس از پایان هر مرحله، تمرینهایی در کلاس و تکالیف خانگی، تهیه و انجام شد.

با اتمام فرایند آموزش و اطمینان از کاربندی تکالیف و آموزه‌های درمانی، اندازه‌های متغیر وابسته (نشانه‌های اختلال بی‌اعتنایی مقابله‌ای) با استفاده از پرسشنامه CSI-4 به دست آمد.

[Downloaded from mail.joec.ir on 2026-10-19]

[DOR: 20.1001.1.16826612.1388.9.3.2.0]

روش تجزیه و تحلیل داده‌ها

در این پژوهش برای توصیف داده‌های به دست آمده از شاخصهای میانگین، انحراف معیار و در بخش آمار استنباطی از روش تحلیل کوواریانس یک راهه استفاده شد.

یافته‌ها

جدول ۱- شاخصهای توصیفی پیش‌آزمون و پس‌آزمون نشانه مرضی در دو گروه آزمایش و کنترل

متغیر	گروه	میانگین	انحراف معیار	پایین‌ترین	بالاترین	تعداد
پیش‌آزمون	آزمایش	۱۱/۱۰	۱/۹۹	۸	۱۶	۲۰
	کنترل	۱۱/۵۰	۳/۴۵	۷	۱۸	۲۰
پس‌آزمون	آزمایش	۴/۵۵	۲/۰۳	۲	۹	۲۰
	کنترل	۱۱/۵۰	۳/۱۵	۷	۱۸	۲۰

جدول ۱، شاخصهای توصیفی پیش‌آزمون و پس‌آزمون نشانه‌های مرضی را در دو گروه آزمایش و کنترل نشان می‌دهد. مندرجات جدول نشان می‌دهد که در مرحله پیش‌آزمون میانگین گروههای مورد مطالعه تفاوت فاحشی با یکدیگر ندارند. با این حال، در مرحله پس‌آزمون تفاوت چشمگیری وجود دارد. از این رو تفاوت موجود نیازمند تحلیل دقیق تری می‌باشد که در این راستا از روش تحلیل کوواریانس یک راهه استفاده شد.

جدول ۲- مشخصات توصیفی آزمونها از نظر سن و پایه تحصیلی

گروه	میانگین سن	انحراف استاندارد	پایه تحصیلی چهارم	پایه تحصیلی پنجم	جنس	جمع کل
آزمایش	۱۰/۷	۱/۲	۱۰	۱۰	پسر	۲۰
کنترل	۱۰/۶	۱/۲۵	۱۰	۱۰	پسر	۲۰

مندرجات جدول ۲ نشان می‌دهد که گروههای مورد مطالعه از نظر میانگین و انحراف استاندارد سنی، تفاوت چشمگیری با یکدیگر ندارند؛ از طرفی پایه‌های تحصیلی آنها نیز مشابه هم بوده است.

در راستای بهره‌گیری از روش تحلیل کوواریانس یک راهه ابتدا مفروضهٔ همگنی رگرسیون آماری و برابری واریانس خطای گروههای مورد مطالعه، مورد بررسی قرار گرفت. از آنجا که این مفروضه‌ها محقق شدند، لذا از روش تحلیل کوواریانس یک راهه جهت بررسی فرضیه پژوهشی استفاده شد. نتایج این تحلیل در جدول ۳ درجه شده است.

جدول ۳- تحلیل کوواریانس آثار خودآموزی کلامی بر علائم مرضی اختلال نافرمانی مقابله‌ای

منبع	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	سطح معنی‌داری	مجذورات
ستون	۰/۶۸	۱	۰/۶۸	۰/۲۷	۰/۶۰	۰/۰۰۷
پیش‌آزمون	۱۷۴/۵۵	۱	۱۷۴/۵۵	۶۹/۱۴	۰/۰۰	۰/۶۵
گروه	۴۳۹/۴۱	۱	۴۳۹/۴۱	۱۷۴/۰۷	۰/۰۰	۰/۸۲
خطا	۹۳/۳۹	۳۷	۲/۵۲			
کل	۳۳۲۷	۴۰				

مندرجات جدول ۳ نشان می‌دهد که تفاوت نمره‌های پیش‌آزمون و پس‌آزمون دو گروه برای متغیر نشانه‌های مرضی (۰/۶۵= مجذور اتا، $P < ۰/۰۰۱$، $F = ۶۹/۱۴$) معنی دار و میانگین نمره‌های گروه آزمایش در متغیر نشانه‌های مرضی (۰/۸۲= مجذور اتا، $P < ۰/۰۰۱$ ، $F = ۱۷۴/۰۷$) نیز به طور معنی‌داری، بیش از گروه کنترل است.

از این رو می‌توان نتیجه گرفت که آموزش خودآموزی کلامی، موجب بهبود نشانه‌های مرضی کودکان مبتلا به اختلال نافرمانی مقابله‌ای شده است. با توجه به این نتایج، می‌توان استدلال کرد که فرضیه پژوهشی مورد تأیید آماری قرار گرفته است و تفاوت گروه‌های مورد مطالعه، از نظر آماری معنی‌دار و این معنی‌داری به نفع گروه آزمایش است.

بحث و نتیجه‌گیری

در این پژوهش، تأثیر خودآموزی کلامی بر بهبود علائم مرضی کودکان مبتلا به اختلال نافرمانی مقابله‌ای مورد بررسی قرار گرفت. در مقایسه گروه‌ها

[Downloaded from mail.joec.ir on 2026-10-19]

[DOR: 20.1001.1.16826612.1388.9.3.2.0]

نتـایج نشـان دادنـد کـه خودآمـوزی کلامـی ، موجـب کاهش علائم مرضی کودکان مبتلا به اختلال نافرمـانی مقابله‌ای شده است.

در تبیین اثربخشی خودآموزی کلامی بر نشانه‌هـای مرضی کودکان مبتلا به اختلال نافرمانی مقابله‌ای ابتدا باید به چند ویژگی اساسی ایـن کودکـان اشـاره کـرد. پژوهشهایی که در سالهای اخیـر دربـاره ایـن کودکـان انجام شده وجود نقصهایی را در مهارتهای شناختی این کودکـان نشـان داده انـد (گـرین و همکـاران، ۲۰۰۴). نقصهای شناختی اغلب در حوزه کارکردهـای اجرایـی، تنظـیم هیجـان، پـردازش زبـانی و پـردازش اطلاعـات اجتماعی دیـده مـی‌شـود؛ بـرای مثـال حـدود ۵۵٪ از کودکان مبتلا به اختلالات زبانی، ملاکهـای تشخیصـی اختلال نافرمانی مقابله‌ای را نیز دارنـد یعنـی اگـر یـک کـودک مهارتهـای زبـانی لازم بـرای نامگـذاری و مقوله‌بندی هیجانها و یا ارتبـاط بـا دیگـران را نداشـته باشد، بـا مشـکلاتی در تحمـل ناکـامی‌و حـل مسـئله، مواجه خواهد بود (گرین و آبلون، ۲۰۰۳).

از طرفـی نقـص در اسـتدلال کلامـی، یکـی از حوزه‌هـای شـناختی اسـت کـه در اخـتلالات هیجـانی کودکان به وفور دیده می‌شود. ایـن توانمنـدی، عـاملی ضروری در رشد و تحول خود کنترلی اسـت؛ چـرا کـه انسانها از زبـان بـه صـورت واسـطه‌ای بـرای اسـتدلال انتزاعی استفاده و با استفاده از زبان، لغـات و بازنمـایی ذهنی پدیده‌ها، آنها را دریافت می‌کنند. از این رو، زبان مولّفه‌ای اساسی در فرایند اجتمـاعی شـدن، بـه تـأخیر انداختن رضایت و پیش‌بینی پیامدها، محسوب می‌شود (لوریا، ترجمه قاسم زاده، ۱۳۷۶).

بنابراین فقدان این توانمندی، بـه سـبک شـناختی سوگیرانه منتهی می‌شود و به نوبهٔ خـود رفتـار سـوء و غیرمسـئولانه را گسـترش مـی‌دهـد؛ از سـوی دیگـر، نقصهای کلامی، ممکن است توانایی کودکان مبـتلا بـه اختلال نافرمانی مقابله‌ای را برای شناسایی و نامگذاری هیجانهای ابراز شدهٔ دیگران، محدود سازد.

در این راستا هم انتخاب پاسخ آنها محدود می‌شود و هم مستعد واکنش فیزیکی نامناسب مـی‌شـوند. بـه این ترتیب کودکان مبتلا به اختلال نافرمانی مقابلـه‌ای، توان نامگـذاری رفتارهـای منفـی را ندارنـد و بـه طـور نسبی تلاش آنها در مهار مشکلات رفتـاری، بـه نتیجـهٔ مفیدی منتهی نمی‌شود (ویلسون، گادفرسون و ناچاکـا، ۲۰۰۱).

بر این اساس می‌توان بیان کرد خودآمـوزی کلامـی بـا توانمندسـازی کودکـان دارای اخـتلال نافرمـانی مقابله‌ای، در به کارگیری گفتار درونی موجب می‌شـود آنها بتوانند به واسطهٔ خود بیـانی‌هـا بـه رفتـار خـویش جهت بدهند و با بهره‌گیری از طرحها و برنامـه‌هـا، بـه هدایت خودگردان رفتار بپردازند (کرین، ترجمه خـوی نژاد و رضایی،۱۳۸۴).

به تعبیری دیگر، خودآموزی کلامی به شکل گیـری تفکر کلامی منتهی می‌شود که بـه واسـطهٔ آن کـودک دارای اختلال نافرمانی مقابلـه‌ای قـادر مـی‌شـود رفتـار خویش را خصوصی و درونی سـازد تـا بـه پـیش‌بینـی آینده و به حداکثر رساندن پیامـدهای بلندمـدت نائـل شـود. فعـال شـدن گفتـار درونـی در نتیجـهٔ آمـوزش خودآموزی کلامی، به مثابهٔ نقطهٔ اتکای خـود کنترلـی عمل می‌کند و با آموزش روش مقابله با الگوهای تفکـر و سبکهای شناختی نامناسب به کودکان، آنهـا را قـادر می‌سازد از طریق حرف زدن با خود به کنترل و هدایت صـحیح رفتـار خـویش مبـادرت ورزنـد (لوریـا، ۱۹۶۰، کاسپی و مفیت، ۱۹۹۵).

نتایج این پژوهش با یافته‌های یئو ، وونگ، گرکن و آنس لی (۲۰۰۵)، رونـن(۲۰۰۴)، دال نیـک، اسـمیت، برانک، پنفیلد ۲۰۰۶)، ساخودولسکی، سولومن و پـرین (۲۰۰۰)، غفـاری نـوران (۱۳۷۴)، موسـوی (۱۳۸۰) همسویی دارد.

نتایج تحقیق حاضر از چندین زاویه و در عرصه‌های گوناگون می‌تواند به کار گرفته شـود؛ ایـن یافتـه‌هـا را می‌توان در حوزه‌های روان‌شناسـی، مشـاوره و تعلـیم و تربیت به کار بسـت. چـرا کـه نتـایج حاصـل حـاکی از کـارآمـدی مؤثر آمـوزش خودآموزی کلامی بـه صورت

[Downloaded from mail.joec.ir on 2026-10-19]

[DOR: 20.1001.1.16826612.1388.9.3.2.0]

روش آموزشی – درمانی دارد.

مشکلات مربوط به مکان آموزش برنامه و عدم استانداردهای لازم آن، و عدم قابلیت تعمیم نتایج این پژوهش در جامعه دختران، مشتبه شدن نتایج پژوهش به واسطهٔ همبودی این اختلال، در نمونه مورد بررسی با سایر اختلالات رفتاری دوره کودکی، محدودیتهایی هستند که در این تحقیق برجسته‌اند؛ بنابراین پیشنهاد می‌شود در پژوهشهای آتی، این موارد مورد توجه قرار گیرد تا به تعمیم‌پذیری نتایج کمک کند.

یادداشتها

1) Oppositional Defiant Disorder
2) Greene .R.W
3) Helfinger .C.A., Humphreys. K.L
4) Attention- deficit/ hyperactivity disorder (ADHA)
5) Spencer. T.J.
6) Tourette's disorder (TD)
7) Coy. K.
8) Mixed amphetamine salts extended release
9) Barrett. P.M., Ollendick. T.H.
10) Dallnic, A.
11) Seeyeo
12) Sukhodolsky
13) Solomon
14) Perine
15) Ronen
16) Nelson – Gray. R.O
17) Dialectal behavior therapy (DBT)
18) Collaborative problem solving (CPS)
19) Self instruction training
20) Vygostky
21) Luria
22) Meichenbaum & Goodman
23) Spence. S.H
24) Self- guidance

منابع

اقبالی، علی، (۱۳۸۶). *تأثیر خودآموزی کلامی بر بهبود علائم مرضی و سازگاری اجتماعی کودکان مبتلا به اختلال سلوک*. پایان نامه کارشناسی ارشد، دانشگاه تبریز.

انجمن روان‌پزشکی آمریکا. (۱۳۸۱). *راهنمای آماری و تشخیصی اختلالات روانی*، ترجمه نائبیان، ابراهیمی‌و بیابانگرد، تهران. دانشگاه شاهد.

سادوک ، بنیامین ، سادوک، ویرجینیا . (۱۳۸۲) *خلاصه روان‌پزشکی ، جلد سوم*. ترجمه نصرت الله پورافکاری، تهران: شهر آب..

غفاری نوران، عذرا. (۱۳۷۴). *بررسی کاربردپذیری تکنیک خودآموزی کلامی در درمان کودکان پرخاشگر*. پایان نامه کارشناسی ارشد، دانشگاه الزهرا.

کراتو چویل، توماس آر، موریس، ریچارد بی. (۱۳۸۱). *روان‌شناسی بالینی کودک در روشهای درمانگری* ، ترجمه محمد رضا نائینیان. تهران: رشد.

کرین، ویلیام. (۱۳۸۴). *نظریه‌های رشد*، ترجمهٔ غلامرضا خوی نژاد و علیرضا رجایی. تهران: رشد.

لوریا، الکساندر رومانویچ. (۱۳۷۶). *زبان و شناخت*، ترجمهٔ حبیب‌الله قاسم‌زاده. تهران: فرهنگان.

لطفی کاشانی، فرح، وزیری، شهرام. (۱۳۸۰). *روان‌شناسی مرضی کودک*. تهران: نشر ارسباران.

محمد اسماعیل، الهه. (۱۳۸۰). *بررسی اعتبار، روایی و تعیین نقاط برش اختلالهای پرسشنامه علائم مرضی کودکان بر روی دانش‌آموزان ۱۴-۶ ساله مدارس ابتدایی و راهنمایی شهر تهران*. پژوهشکده کودکان استثنایی.

موسوی، حکیمه السادات. (۱۳۸۰). *تأثیر آموزش راهبرد خودگردانی در کودکان پرخاشگر*. طرح پژوهشی پژوهشکده کودکان استثنایی.

هاشمی‌نصرت آباد، تورج. (۱۳۸۴). *بررسی مقایسه‌ای اثربخشی آموزش راهبردهای خودتنظیمی رفتارهای توجهی، رفتارهای انگیزشی و خودتعلیمی کلامی بر نشانه‌های نقص توجه، بیش فعالی، خودکار آمدی و عملکرد تحصیلی دانش‌آموزان مبتلا به ADHD*. پایان نامه دکتری. دانشگاه تربیت معلم تهران.

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

Barrette. P.M., Ollendick. T.H. (2004). *Handbook of Interventions that Work with Children and Adolescents Prevention and Treatment.* Wiley & Sons Ltd, the Atrium, Southern Gate, Chichester, West Sussex PO 198 SQ, England.

[Downloaded from mail.joec.ir on 2026-10-19]

[DOR: 20.1001.1.16826612.1388.9.3.2.0]

Caspi, A, & Moffitt, T.E. (1995). The continuity of Maladaptive behavior : From description to understanding in the study of antisocial behavior. In D. cichetti & D.J.cohen (Eds), *Developmental Psychopathology*. Vol2. Risk disorder and adaptation ,472-511. New york: Wiley.

Coy. K., Speltz. M.L., DeKyen. M.Gones.K. (2001). "Social- Cognitive processes in Preschool Boys With and without Oppositional Defiant Disorder- Statistical Data Included". *Journal of Abnormal Child psychology*.29(2),107-119.

Dallnic, A., Smith, S.W, Brank, E.M., & Penfield, R.D. (2006). "Classroom- based cognitive – behavioral intervention to prevent aggression : Efficiency and Social Validity." *Journal of School Psychology*. 44,123-139.

Frick, P.J., Cornell, A.H., Bodin, S.D., Dane, H.E., & Barry, C.T. (2003). "Callousunemotional trains and developmental pathways to severe conduct problems". *Developmental psychology*, 39,226-260.

Greene. R.W., Ablon. J.S. (2003). Disruptive behavior disorders. In Breen MJ, Fiedler CR (Editors). *Behavioral Approach to Assessment of Youth with Emotional/ Behavioral Disorders* (2nd ed.). Austin, TX: Pro- Ed.

Greene. R.W., Ablon. J.S; Goring. J.C. (2003). "A transactional model of oppositional behavior: Underpinnings of the Collaborative Problem Solving approach." *Journal of Psychosomatic Research*, 55,1, 67-75.

Greene. R.W., Biederman, J., Zerwas. S. (2004). *American Journal of Psychiatry*; 159, 1214-1224.

Greene. R.W., Ablon. J.S., Mounteaux. M.C., Goring. J.C., Henin.A., Raezer Blakely. L., Edwards. G., Markey.J., Rabbitt.S.(2004). Effectiveness of Collaborative Problem Solving in Affectively Dysregulated Children with Oppositional Defiant Disorder. Initial Findings. *Journal of Consulting and Clinical psychology*, 72, 6, 1157-1164.

Heflinger. C.A., Humphreys. K.L. (2008). "Identification and treatment of children with Oppositional Defiant Disorder. A case study of One state's public service systeme." *Psychological services*, 5, 2, 139-152.

Luria, A.R. (1960). "Verbal regulation of behavior." In M.A.B.Brader(Ed), *The central nervous system and behavio*r. New York: Josiah Macy Jr. Foudation.

Nelson- Gray. R. O; Keane . S.P., Hurst. R.M; Mitchell. J.T., Warburton.J.B; Chok. J.T., Cobb. A.R. (2006). A modified DBT skills training program for Oppositional Defiant adolescents: promising preliminary findings. *Behavior Research and Therapy*, 44, 12, 1811-1820.

Ronen, T., (2004). "Imparting self- control skills to Decrease Aggressive behavior in a 12 year old boy". *Journal of Ssocial Work*, 4, 269-288.

Spencer. T.J., Abikoff.H.B., Connor . D.F., Biederman. J., Pliszka. S.R., Boellner.S., Read.S.C., Pratt .R. (2006). "Efficacy and safety of mixed amphetamine salts extended release (adderall XR) in the management of Oppositional Defiant Disorder with or without comorbid attention- deficit / hyperactivity disorder in school aged children and adolescents." *Clinical Therapeutics*, 28,3, 402-418.

Sukhodolsky, D.G., Solomon, R.M., & Perine, j., (2000). "Cognitive- Behavioral, Angef control. Intervention for Elementary School Children: A Treatment outcome study". *Journal of Child and Adolescents Group*, 10, 159-170.

Spence, S.H. (1994). Partitioner Rewiew : Cognitive therapy with children and adolescents. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 35,119,1228.

Wilson, D.B., Gottfredson,. D.C., & Najaka, S.S. (2001). "Scholl- based prevention of problem behaviors : A meta- analysis." *Journal of Quantitative; Criminology*, 17,272-247.

Yeo, S.L., Wong, M., Gerken, K., & Ansley, T.,(2005). "Children with sever emotional and / or behavior disorders." *Child Care in Practice*, 11, 7-22.

[Downloaded from mail.joec.ir on 2026-10-19]

[DOR: 20.1001.1.16826612.1388.9.3.2.0]