



نگاهی اجمالی به شیوع اختلال سلوک در بین دانش آموزان و راهکارهای درمانی آن

شیرین امامقلی زاده

کارشناس ارشد آموزش ابتدایی، آموزش پرورش، ایران، ارومیه

چکیده

اختلال سلوک از اختلال هایی می باشد که با نقص شناختی، هیجانی و رفتاری همراه است. این افراد منابع شناختی و هیجانی کمتری در اختیار دارند، و نمی توانند در موقعیت های جدید به شیوه های سازگارانه بیاندهند و تعاملات شان را با دیگران سازمان دهند و رفتارهای ناسازگارانه را از خود نشان می دهند. از این رو تحقیق حاضر با هدف بررسی میزان شیوع اختلال سلوک در بین دانش آموزان و راهکارهای درمانی آن انجام شده است. تحقیق حاضر از نوع توصیفی – تحلیلی می باشد که در جمع آوری اطلاعات از یافته ها و نتایج تحقیقات صورت گرفته در این زمینه انجام شده است. یافته ها حاکی از آن است که با افزایش سن دانش آموز اختلال سلوک بیشتر در آنها نمود پیدا کرده و معمولاً این اختلال در دانش آموزان پسر بیشتر از دانش آموزان دختر شایع است. در راستای بهبود این اختلال از راهکارهایی مانند: آموزش مدیریت والدین، بازی درمانی، آموزش حل مسئله و درمان رفتاری- شناختی استفاده می شود.

واژگان کلیدی: اختلال سلوک، نافرمانی، پرخاشگری، سبک های تربیتی

مقدمه

در دوره ی کودکی و نوجوانی نیاز به تعادل هیجانی، خودآگاهی، تصمیم گیری، انتخاب هدف های واقع بینانه در زندگی، کسب مهارت های اجتماعی لازم جهت برقراری ارتباط با دیگران و آموختن شیوه های مقابله ای مؤثر با چالش های زندگی روزمره، از مهم ترین مهارت های مورد نیاز نوجوان برای رشد سالم و سازگاری موفق با محیط می باشد (یاراحمدیان، ۱۳۹۱). با افزایش سن نوجوان و کاهش کم رویی، تحول خود میان بینی به سوی میان واگرایی اجتماعی، احساس کفایت اجتماعی گسترش می یابد که این امر می تواند با مفهوم هویت یابی مرتبط باشد (سهیلی و کلانترهرمزی، ۱۳۹۲).

کارشناسان علوم رفتاری همواره بر نقش مؤثر خانواده به عنوان مهمترین عامل زمینه ساز در رفتارهای اجتماعی نوجوانان تاکید داشته اند. مطلوبیت، رضایت، خشنودی، کیفیت و کارکرد بهینه ی خانواده، عامل بسیار تاثیر گذار در شکوفایی، رشد و پیشرفت اعضای خانواده است (آریامنش، فلاح چای و زارعی، ۱۳۹۲).

یکی از مشکلات در زمینه نوجوانان قلدری و اختلال سلوک است. تحقیقات نشان داده که شیوه های فرزند پروری و تعاملات خانوادگی بر بروز رفتارهای خرابکارانه و پرخاشگرانه اثرگذار می باشند. (بشیر پور، مولوی، شیخی، خانجانی، رجبی و موسوی، ۱۳۹۱). در یک دید کلی اختلال سلوک افراد زیادی را درگیر می کند؛ تئوری های مختلف به اختلال سلوک از رویکردهای مختلفی نگریسته اند. مبانی تئوریک در تحقیق حاضر، تئوری های یادگیری اجتماعی و تئوری های مرتبط با خانواده است. بر اساس این تئوری ها دانش آموز دارای اختلال سلوک را در خانواده فرا می گیرد. بنابراین از جمله مهمترین مولفه های تاثیر گذار بر اختلال سلوک می توان به عملکرد خانواده خصوصاً سبک های فرزند پروری والدین اشاره نمود (پروینی، ۱۳۹۵).

افراد در دوران کودکی و نوجوانی با شور و هیجان، احساس متناقض، تحریکات فیزیولوژیکی و عواطفی پرتنش همراه می شوند. دوران نوجوانی، حساس و بحرانی می باشد از این رو نوع روش تربیتی به کار رفته برای نوجوان نقش بسیار مهمی در شکل دادن به شخصیت آینده او دارد (سهرابی، خانجانی، زینالی، ۱۳۹۴). در دهه های اخیر توجه فراوانی به اختلالات دوران نوجوانی شده و در این میان اختلال سلوک و طیف رفتارهای مقابله ای و نافرمانی از شایع ترین این اختلالات می باشد (۲). براساس تعریف تجدیدنظر شده در پنجمین راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی (DSM-V)، اختلال سلوک مربوط به دوران کودکی و نوجوانی بوده و معمولاً قبل از سن بلوغ تشخیص داده می شود. علامت اساسی آن، الگوی تکراری و پیوسته رفتاری می باشد که در آن حقوق اساسی دیگران، هنجارها و موازین اساسی اجتماعی متناسب با سن فرد، نقض می شود. این گونه رفتارها در سه مورد (ویا بیشتر) از معیارهای رفتار پرخاشگرانه که موجب تهدید یا صدمه رساندن به سایرین یا حیوانات می شود، رفتاری که موجب وارد آوردن زیان یا خسارت مالی می گردد، فریبکاری یا دزدی، نقض جدی مقررات، در ۱۲ ماه گذشته، و یکی از علائمی که در ۶ ماه گذشته بوده است، باید وجود داشته باشند (انجمن روانپزشکی آمریکا، ۲۰۱۴). نوجوانان دارای اختلال سلوک تمایل شدیدی برای انجام رفتارهای خطرناک و بی پروا دارند و این منعکس کننده تصمیم گیری مشکل ساز و تکانشی است. این افراد بیشتر مستعد سوء مصرف مواد هستند و تکانه ای بودن یک ویژگی بسیار مهم افراد دارای اختلال سلوک می باشد (ابوالقاسمی، میکایلی، طاهری فرد، کیامرثی، ۱۳۹۴).

معیارهای اختلال سلوک در ویرایش پنجم راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی نسبت به نسخه چهارم بدون تغییر هستند اما تعیین نفع اجتماعی محدود، جدید است. نفع اجتماعی محدود برای آن دسته از افراد دارای الگوی جدی تری از رفتارها به کار می رود که با سبک بین فردی و بی عاطفگی و بی احساسی در روابط و محیط های متعدد مشخص می شوند. برای این که فردی دارای اختلال سلوک تشخیص داده شود، علائم باید اختلال قابل توجهی در عملکرد اجتماعی، عملی و شغلی وی ایجاد کرده باشند و درواقع اختلال

سلوک به الگویی از رفتارها اطلاق گردیده می باشد که علیه قانون و حقوق اساسی دیگران اعمال شده و به طور قابل ملاحظه ای به کنش روانی و اجتماعی کودک و نوجوان در منزل، مدرسه و جامعه آسیب می رساند (انجمن روانپزشکی آمریکا، ۲۰۱۴).

عوامل فردی و خانوادگی مرتبط با اختلال سلوک بسیار متنوع بوده و مواردی از قبیل خلق و خوی، جنسیت، آسیب های مغزی و بدکاری های عصب شیمیایی، وضعیت اقتصادی- اجتماعی خانواده، مشکلات روانی والدین، تعارضات شدید والدین، شیوه های انضباطی و سبک های والدگری نامطلوب والدین را در بر می گیرد (ماش و ولف، ۲۰۱۲). خانواده از مهم ترین نیروهای اجتماعی تعیین کننده ای اجتماعی کردن کودک است. افراد از طریق روابط خانوادگی می آموزند که هنجارهای اجتماعی را محترم بشمارند و یا از آنها سرباز زنند (سیفی و همکاران، ۱۳۹۲). بر این اساس تحقیق حاضر با هدف بررسی شیوع اختلال سلوک و راهکارهای درمانی آن انجام شده است.

ضرورت اهمیت تحقیق

بررسی مشکلات روانشناختی کودکان و نوجوانان همواره مدنظر روانشناسان بوده است. حل مشکلات این گروه های سنی نه تنها جنبه درمان دارد بلکه نوعی پیشگیری محسوب می گردد. در بسیاری از موارد مشکلات حل نشده آنها به معضلات پیچیده تر در آینده تبدیل می شود و امید به درمان را کم رنگ تر می سازد (حسینی و همکاران، ۱۳۹۲). یکی از اقشار جامعه ما کودکان و نوجوانان که به دلیل داشتن نبرد برای استقلال، فشارهای تحصیلی، فشار دوستان، روابط جدید در جاده بزرگسالی روبرو هستند که این امر می تواند در نوجوان احساس دستپاچگی ایجاد نماید و احساس کند که همه چیز خارج از کنترل اوست و توانایی مدیریت کنترل عواطف خود را در موقعیت های اجتماعی و خانوادگی ندارد، بنابراین دچار مشکلاتی می شود که افزون بر آسیب رساندن به خود، باعث آسیب رسانی به جامعه نیز می گردد که می توان به افسردگی، خشم، اضطراب و... اشاره کرد (بیابانگرد، ۱۳۸۸). همچنین می توانیم بگوییم که نوجوانان در این عصر نسبت به نسل گذشته، از نظر هیجانی با مشکلات بیشتری روبرو هستند که این امر اهمیت کنترل عواطف در نوجوانان را دو چندان می کند (شریفی درآمدی و آقاییار، ۱۳۸۶). عوطف بخش مهم و اساسی زندگی انسان را تشکیل می دهند به گونه ای که تصویر زندگی بدون آن پنداری دشوار است. ویژگی ها و تغییرات عواطف، چگونگی ارتباط گیری عاطفی و درک و تفسیر عواطف دیگران نقشی مهم در رشد و سازمان شخصیت، تحول اخلاقی و روابط اجتماعی، شکل گیری هویت و مفهوم «خود» دارد (لطف آبادی، ۱۳۷۹). همه انسان ها هیجان ها و عواطف را در زندگی خود تجربه می کنند و این کاملاً طبیعی می باشد که در رویارویی با موقعیت های گوناگون هیجان ها و عواطف متفاوت از خود نشان دهند، اما هیجان ها و عواطف منفی شدید غیرعادی می باشد و نه تنها سازنده نیست بلکه آثار مخرب و زیان باری نیز دارد (قدیری، ۱۳۸۴). افراط و تفریط در هیجان ها افراد را منجر به ناسازگاری، پرخاشگری، خشم، نفرت و اضطراب می کند که به صورت کنترل نشده، بهداشت روانی و عاطفی افراد راه گونه جدی تهدید می کند (احمدی، ۱۳۸۰). بر این اساس می توان بیان نمود که هیجان های منفی مانند خشم، نه تنها سازگاری دانش آموزان را کاهش می دهد، بلکه کل روابط و تعاملات آنان را دچار اختلال می کند.

از جمله اختلالات رفتاری تحت تاثیر روش های فرزند پروری اختلال سلوک است. اختلال رفتاری در کودکان و نوجوانان طیف وسیع و گسترده ای دارد. یک سوم تا نیمی از تمام مراجعان برای خدمات روان شناختی را کودکان و نوجوانان پرخاشگر و مبتلا به اختلال سلوک تشکیل می دهند. اختلال های رفتاری کودکان، اختلال های شایع و ناتوان کننده ای هستند که برای معلمان، خانواده و خود کودکان مشکلات بسیاری ایجاد می کنند و با بسیاری از معضلات اجتماعی، همراه اند. اختلال سلوک یکی از مشکلات رفتاری کودکان و نوجوانان می باشد که کودکان و نوجوانان و همچنین افراد در ارتباط با آنها را دچار مشکل کرده می باشد و باید قبل از اینکه این مشکل رفتاری مراحل پیشرفته خود را شروع کند در صدد پیشگیری و درمان این مشکل رفتاری بر آمد. یکی از اولین نهادهایی که با کودک از اولین سال های رشد در ارتباط می باشد و توان کمک به کودک در جهت حل این مشکل را دارد خانواده می باشد (فرشاد و

همکاران، ۱۳۹۳). این اختلال از فراوان ترین اختلالات روان پزشکی قابل تشخیص در کودکان بوده و در پنجمین مجموعه تشخیصی و آماری انجمن روانپزشکی آمریکا، میزان ابتلا پسران زیر ۱۸ سال را ۶ تا ۱۶ درصد و دختران همین سن را بین ۲ تا ۹ درصد تخمین زده اند (انجمن روانپزشکی آمریکا، ۲۰۱۴).

میزان بالای شیوع اختلال سلوک در بین کودکان و نوجوانان، روند شدت یافتن آن در طول زمان و هزینه های سنگینی که در صورت عدم درمان به فرد، خانواده و جامعه تحمیل می کند، آن را یکی از چالش های اساسی در حوزه اختلال های کودکان و نوجوانان تبدیل نموده است. مداخله مؤثر در مورد اختلال سلوک همانند هر اختلال دیگری باید بر پایه درک روشنی از علل بروز آن صورت گیرد. بنابراین فهم پروسه سبب شناختی و زیربنایی اختلال سلوک ضروری است. با وجود این درک علل اختلال سلوک امری پیچیده می باشد، زیرا سازوکار ابتلا به این بیماری در همه کودکان و نوجوانان یکسان نمی باشد. از این رو برای درک مناسب این اختلال باید پروسه های بسیار متفاوتی را که منجر به بروز اختلال در نوجوانان می شود را شناسایی کرد.

مبانی اختلال سلوک

اختلال سلوک، یک رفتار ناسازگارانه می باشد که اثرات منفی بر رشد نوجوانان دارد. ویژگی های این اختلال شامل نقض حقوق دیگران و نقض هنجارهای اجتماعی حاکم بر جامعه می باشد که برای تشخیص دقیق آن بایستی به مدت شش ماه تداوم داشته باشد (سادوک و سادوک، ۲۰۱۵). نوجوانانی که اختلال سلوک دارند، اغلب در شروع دعوا پیش قدم می شوند و رفتارهایی همچون پرخاشگری، سرقت، تمسخر، تهدید، مورد آزار و اذیت قرار دادن دیگران، به هم ریختن نظم کلاس و دروغ گفتن در این نوجوانان مشهود می باشد (اولسون و همکاران، ۲۰۰۹). همچنین، نوجوانان مبتلا به این اختلال در زمینه ی پیشرفت تحصیلی، بسیار ضعیف عمل می کنند و اعتماد به نفس پایین و روابط میان فردی ضعیفی دارند. این اختلال همراه با سایر اختلالات جدی تر مانند افسردگی، اضطراب، سوء مصرف مواد و اختلال در عملکرد روزانه است (پمپا و همکاران، ۲۰۰۷). ۴۰ درصد از نوجوانان مبتلا به اختلال سلوک، اختلال شخصیت ضد اجتماعی دارند (مافیت و اسکات، ۲۰۱۲).

مطالعات همه گیرشناسی نشان می دهد به طور تقریبی، ۲ درصد دختران و ۹ درصد پسران، دارای اختلال سلوک هستند و شروع اختلال در دختران دیرتر و نسبت آن در مقایسه با پسران، کمتر می باشد (انجمن روان پزشکی آمریکا، ۲۰۱۳). بزهکاری، فرار از خانه، فرار از مدرسه، سوء مصرف مواد و بی بندوباری جنسی که در بسیاری موارد، نشانه ی وجود اختلال سلوک در کودکان و نوجوان به شمار می آید (فریک و داناتاین، ۲۰۰۵). اختلال با پیامدهای طولانی مدت و منفی زیادی از جمله، افت تحصیلی (بیدرمن، ۲۰۱۴)، سوء مصرف مواد (فرچایلد و همکاران، ۲۰۰۹) و فعالیت جنایت کارانه (هف فاندنر، ۲۰۰۹)، همراه است.

شیوع در طی یک سال در جمعیت بالینی از ۲ درصد تا بیش از ۱۰ درصد با میانگین ۴ درصد برآورد می شود. میزان های شیوع از کودکی به نوجوانی افزایش می یابد و در میان پسران بیش از دختران می باشد (پنجمین راهنمای اختلالات روانی، ۲۰۱۳). مطالعه ای توسط هوشیاری (۱۳۹۲)، در مورد شیوع اختلال سلوک در دانش آموزان دبیرستانی شهر سنج صورت گرفت که نتایج نشان دهنده شیوع ۸/۸ درصدی در میان این دانش آموزان است. در تحقیقی به منظور بررسی شیوع اختلال سلوک در میان دانش آموزان راهنمایی و دبیرستان صورت گرفته نتایج نشان دهنده شیوع ۵/۲ درصدی در دانش آموزان راهنمایی و ۵/۳ درصدی در دبیرستانی ها می باشد (رحیمیان بوگر و بیانی، ۱۳۹۱). همچنین در مطالعه ضیاء الدینی، میرکافی و نخعی (۱۳۸۶) مشخص شده که ۱۳/۲ از پسران و ۱۰/۲ از دختران مقطع ابتدایی به اختلال سلوک دچار هستند، و در مجموع ۱۰/۲ از کودکان مقطع ابتدایی به این اختلال مبتلا هستند (پنجمین راهنمای اختلالات روانی، ۲۰۱۳).

دیدگاه ها و نظریه های مربوط به اختلال سلوک

۱. دیدگاه روانشناختی

مشکلات سلوک در یک بُعد پیوسته به نام رفتار بیرونی سازی قرار می گیرند، که بُعد بیرونی سازی شامل ترکیبی از اعمال تکانشی، بیش فعالانه، پرخاشگرانه و بزهکارانه می باشد و خود بُعد بیرونی سازی دربردارنده ی دو بُعد فرعی مستقل ولی در ارتباط با همدیگر می باشد که تحت عنوان بزهکار و پرخاشگر از آن یاد می شود (آخن باخ، ۱۹۹۱). ویژگی های رفتار بزهکارانه عبارت می باشد از فرار از منزل، آتش سوزی، دزدی از خانه، فرار از مدرسه، استفاده از الکل و مواد و اعمال خرابکارانه. اما بُعد پرخاشگری عبارت می باشد از تخریب اموال خود و دیگران، نافرمانی در مدرسه و خانه، دعوا، فخر فروختن، لجبازی کردن، تهدید کردن دیگران و اخلاص در مدرسه (آخن باخ، ۱۹۹۳).

دو بُعد مستقل دیگر رفتار جامعه ستیزانه عبارتند از: آشکار - پنهان و ویرانگر و غیر ویرانگر (مش و ولف، ۲۰۱۰). بُعد آشکار و پنهان، شامل اعمال آشکار مانند دعوا کردن، و اعمال پنهان و مخفیانه شامل دروغگویی و دزدی می باشد و کودکانی که شکل های آشکار رفتار جامعه ستیزانه را بروز می دهند، معمولاً در واکنش نسبت به شرایط، خصومت آمیز، منفی تر، تحریک آمیزتر و خشمگین تر عمل می کنند. این کودکان تعارضهای خانوادگی بسیاری را تجربه کرده اند (مش و ولف، ۲۰۱۰).

در مقابل، آنهایی که رفتار جامعه ستیزانه از نوع پنهان نشان می دهند کمتر اجتماعی اند و بیشتر مضطرب و نسبت به دیگران بد گمان هستند و به خانواده هایی تعلق دارند که در آنها حمایت خانوادگی اندکی وجود دارد. بیشتر افراد مبتلا به اختلال سلوک هر دو نوع رفتار را از خودشان نشان می دهند. افرادی که هر دو رفتار را دارند بیشتر با مراجع قدرت درگیر هستند و شدیدترین ناهنجاری های خانوادگی را از خود نشان می دهند (لوبر، لاهی و تامس ۱۹۹۱؛ به نقل از مش و ولف، ۲۰۱۰).

چهار دسته از مشکلات سلوک عبارتند از: الف) پنهان - ویرانگر یا نقض حق مالکیت، ب) آشکار - ویرانگر یا پرخاشگری، ج) پنهان - غیر ویرانگر یا نقض قانون و د) آشکار - ویرانگر یا رفتار مقابله ای (فریک و همکاران، ۲۰۱۳). کودکانی که رفتارهای آشکار - ویرانگر دارند، به ویژه دعوای مکرر با پدر در خانه، در آینده بیشتر احتمال دارد در معرض خطر بالاتری برای مشکلات روانپزشکی و اختلال در کارکرد قرار گیرند (برویدی و همکاران، ۲۰۱۳).

۲. دیدگاه روانپزشکی

مشکلات رفتاری از نظر راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی (۲۰۱۵) به عنوان اختلال های مجزا و بر اساس فهرست نشانه های راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی طبقه بندی شده اند. در راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی رفتار الگوهای ثابت، رفتار جامعه ستیزانه تحت عنوان رفتار اخلاص گرایانه طبقه بندی شده که شامل اختلال نافرمانی لجبازی و اختلال سلوک است.

۳. دیدگاه سلامت عمومی

این دیدگاه آمیزه ای از دیدگاه های قانونی روانشناختی و روانپزشکی با مفاهیم سلامت عمومی پیشگیری و مداخله می باشد (سازمان بهداشت جهانی، ۲۰۱۰). هدف، کاهش موارد آسیب دیدگی، مرگ، رنجش فردی و هزینه های اقتصادی توأم با خشونت نوجوانان است. رویکرد سلامت عمومی، میانبری در رشته های مختلف می باشد و سیاست گذاران، دانشمندان، متخصصان، جامعه، خانواده و افراد را گرد هم می آورد تا مشکلات سلوک را در نوجوانان دریابند و چگونگی کمک به درمان و پیشگیری آنان را تعیین نمایند (پتیت و داج، ۲۰۰۳؛ به نقل از مش و ولف، ۲۰۱۰).

۴. نظریه دلبستگی

نظریه دلبستگی جان بالبی (۱۹۷۱) به توصیف یک سیستم زیستی رفتاری می‌پردازد که حمایت والدین از کودکان را مورد توجه قرار می‌دهد.

نتایج پژوهش‌ها نشان داده می‌باشد والدینی که با سبک فرزندپروری مستبدانه بیشتر از رویکرد تنبیهی شامل تهدید، انتقاد و دیکته کردن قوانین به صورت اجباری استفاده می‌کنند، خودپیروی کودکان‌شان را محدود می‌نمایند و خودشان تصمیم می‌گیرند که چه رفتارهایی برای فرزندشان مناسب می‌باشد (دهارت، پلهام و تنن، ۲۰۱۶). سبک فرزندپروری مقتدرانه با پیامدهای مثبت همچون پیشرفت تحصیلی بالا، اتکا به خود بالاتر و روابط بهتر با هم‌تایان رابطه دارد (ریتمن، رود، هاپ و التوبلو، ۲۰۱۲). والدینی که از سبک فرزندپروری سهل‌گیرانه استفاده می‌کنند، از اعمال قواعد ناپایدار یا فاقد ساختار استفاده می‌نمایند. هر چند ممکن می‌باشد این والدین با عاطفه باشند ولی، شکست آنها در نظم‌دهی به رفتار کودکان‌شان می‌تواند به عزت نفس پایین منجر شود زیرا کودکان نیز در یادگیری شکل‌های مناسب خود نظم‌بخشی با شکست مواجه می‌شوند (دهارت، پلهام و تنن، ۲۰۱۶). سبک فرزندپروری مستبدانه والدین با پیامدهای رفتاری منفی همچون پرخاشگری، اختلال‌های برون نمود، درون نمود و کارکرد هیجانی پایین‌تر در ارتباط می‌باشد (وبستر-استراتون، ۲۰۰۵).

سبک‌های رفتاری مستبدانه با بروز افسردگی، اضطراب، عدم کفایت اجتماعی، پیشرفت تحصیلی ضعیف، رفتارهای بزهکارانه، مصرف مواد مخدر و سلوک ارتباط دارد. سبک فرزندپروری مقتدرانه با رفتارهای ضداجتماعی رابطه منفی دارد، کودکان این والدین که از لحاظ پیامدهای اجتماعی - هیجانی و تحصیلی در وضعیت مطلوبی قرار دارند، از عزت نفس بالایی برخوردارند و گرایش به خوداتکایی، خودکنترلی و کنجکاوی در آنها زیاد است (بوگنتال و گروسک، ۲۰۰۶).

در مورد ارتباط دلبستگی‌های ناایمن والد - کودک (اجتنابی، دوسوگرا، کنترلی) با رفتار پرخاشگرانه‌ی کودکان نتایج گوناگونی وجود دارد (وندورا و همکاران، ۲۰۱۱). در یک مطالعه با استفاده از آزمون موقعیت ناآشنا، دلبستگی دوسوگرا و کنترلی رفتارهای مخرب کودکان را پیش‌بینی نمود (موس و همکاران، ۲۰۰۶). مافیت و اسکات (۲۰۰۸)، دریافتند تنبیه والدین پیش‌بینی‌کننده‌ی رفتار مخرب کودکان است. محبت و مشارکت پایین والدین، رفتارهای مقابله‌ای کودکان را پیش‌بینی می‌کند (اسمیت و همکاران، ۲۰۱۰).

سبب شناسی اختلال سلوک

۱. عوامل ژنتیکی

تعدادی از مطالعات ژنتیکی نشان داده‌اند که عوامل ژنتیکی و محیطی در ایجاد اختلال سلوک یا رفتار ضداجتماعی، دارای نسبت برابر هستند. هرچند که عوامل محیطی واریانس کمتری را به خود اختصاص می‌دهند اما هنوز هم این نسبت‌های واریانس معنادار هستند (سیلبرگ و همکاران، ۲۰۰۷).

۲. عوامل زیستی عصبی

کودکان مبتلا به مشکلات رفتاری، نقص‌های عصبی زیستی از خود نشان می‌دهند که این مسئله در پایین تر بودن هوشبهر کلامی‌شان و نقص‌هایی در استدلال کلامی و کارکردهای اجرایی آنها مشهود است. آزمونهای عصب روانشناختی نشان داده‌اند که کودکان و نوجوانان با اختلال سلوک آسیب‌هایی را در ناحیه پیشانی مغز دارا می‌باشند. این قسمت از مغز با توانایی تدبیر داشتن، اجتناب از آسیب و یادگیری از تجربه‌های منفی ارتباط دارد (مورل، ۲۰۱۳).

تحقیقات انجام شده در زمینه‌ی نقش قشر پیشانی در رفتار انسان نشان داده می‌باشد که این قسمت از مغز به عنوان مرکز کنترل عمل می‌کند و وظیفه‌ی هماهنگی سایر قسمت‌های بدن را هم به عهده دارد. در واقع کارکردهای اجرایی به کارکردهای کنترلی و فرماندهی کورتکس پیش پیشانی منتسب می‌شود که در رفتار سازگارانه، رفتار اجتماعی، انعطاف‌پذیری افکار و اعمال و دستیابی به هدف نقش دارد (پاول و ووله، ۲۰۱۴). تحقیقات نشان می‌دهند که آسیب کورتکس پیش پیشانی و نقایص کارکردهای اجرایی با رفتارهای ضد اجتماعی مرتبط است. محققان معتقدند بازدارنده مهم‌ترین مؤلفه‌ی کارکرد اجرایی می‌باشد که در مبتلایان به اختلال سلوک نقص دارد (رایج‌میکرز و همکاران، ۲۰۰۸).

۳. عوامل خانوادگی

تأثیر برخوردهای زناشویی بر روی رفتار پرخاشگرانه‌ی کودک می‌تواند به علت غیبت والدین، استفاده از شیوه‌های ناپایدار و سخت تربیتی، اهمال کاری، یا از چگونگی تعبیر کودک از تعارضات بین والدین (کامینگز و دیویس، ۲۰۱۲) و یا از عوامل فردی و جمعیتی-شناختی (امری و همکاران، ۱۹۹۹) ناشی شده باشد.

تعارضات خانوادگی و زناشویی، میزان وابستگی به خانواده و عدم بروز پاسخ هیجانی مناسب والدین از عواملی هستند که می‌توانند بر اختلال سلوک مؤثر باشند. در معرض استرس مداوم قرار داشتن، موجب بروز مشکل در کنترل هیجانات و آستانه پایین تحریک‌پذیری خواهد شد که نهایتاً در بروز رفتارهای ضد اجتماعی و حتی در زندگی زناشویی خود فرد نیز مؤثر خواهد بود (هیل، ۲۰۰۲). وجود اختلالات روانی همراه در خانواده، نظیر افسردگی مادران، سوء مصرف مواد بخصوص الکل توسط والدین، وجود خصوصیات ضد اجتماعی در والدین بخصوص پدران نیز می‌تواند در ایجاد علائم اختلال سلوک مؤثر باشد (کرول، ۲۰۱۴). پژوهشگران معتقدند تعارض والدین، کودکان را دچار استرس، ترس و خشم می‌کند و مواجهه مکرر با تجربه‌ی تعارض می‌تواند منجر به مشکلات رفتاری شود (کامینگز و دیویس، ۲۰۱۲).

تماس با یک پدر غایب بعد از جدایی والدین می‌تواند، هم یک عامل خطرآفرین و هم یک عامل حفظ‌کننده در مورد رفتارهای جامعه-ستیزانه باشد، و این امر بستگی به این دارد که پدر جامعه‌ستیز باشد یا نه (جافی، موفیت، کاسپی و تیلور، ۲۰۰۳).

۴. عوامل اجتماعی

طبق نظریه‌ی امنیت هیجانی (کامینگز و دیویس، ۲۰۱۰)، تعارض بین فردی والدین، ادراک فرزندان از امنیت هیجانی را تهدید می‌کند و آنها را نسبت به مشکلات سازگاری، مستعد می‌سازد؛ همچنین دیویس و همکاران (۲۰۰۷)، نشان دادند که ناایمنی هیجانی کودک، به دنبال تعارض زناشویی، به صورت سه بُعد بی‌نظمی رفتاری، درگیر شدن در تعارض و واکنش هیجانی منفی، نمایان می‌شود.

کودکانی با طبقه اقتصادی پایین و کودکانی که در شهرهای بزرگ زندگی می‌کنند، در معرض خطر ابتلا به اختلال سلوک هستند. شایع‌تر بودن میزان مصرف مواد و الکل در شهرهای بزرگ، رهایی از اختلال را بسیار سخت‌تر می‌کند (دیویدسون، ۲۰۱۵).

در محله‌های پرخطر، ثبت نام در مدارس فقیر نشین با رفتار جامعه‌ستیزانه و بزهکارانه توأم است، در حالیکه حضور در مدرسه‌ی خوب می‌تواند عامل بازدارنده برای اینگونه رفتارها باشد. قرار گرفتن در معرض خشونت‌های رایج در محله، رفتارهای پرخاشگرانه‌ی کودکان (گوئرا و همکاران، ۲۰۰۳) و باورهایشان در باره‌ی پرخاشگری را افزایش می‌دهد. کودکانی که در محله‌های محروم زندگی می‌کنند در معرض سطح بالای خشونت قرار دارند و این سطح خشونت باعث می‌شود رفتار مخرب نوجوانان در سال‌های بعد افزایش یابد (مافیت و اسکات، ۲۰۰۸).

راهکارهای درمانی اختلال سلوک

مطالعه پژوهش های موجود در مورد اختلال سلوک سه الگوی درمانی را مشخص می کند: مداخلات خانوادگی، فردی و اجتماعی. درمان ها نیز شامل آموزش مدیریت والدین، مهارت های شناختی، تکنیک های رفتاری-شناختی، بازی درمانی و مداخلات چند وجهی است.

۱. آموزش مدیریت والدین

آموزش مدیریت والدین براساس یادگیری اجتماعی طراحی شده و به شیوه هایی اشاره دارد که در آن والدین آموزش می بینند تا به گونه ای دیگر با کودک تعامل کنند. آموزش بر این نظر کلی استوار می باشد که رفتار مشکل دار به طور غیرعمد ایجاد می شود و از طریق تعاملات غیرانطباقی والدین در خانه استمرار می یابد (کراتوچویل و موریس، ۱۳۸۸). در این روش والدین یاد می گیرند بسیاری از مشکلات رفتاری فرزندانشان بازتابی از شیوه ها و الگوهای غلط رفتاری خودشان است، و اینکه چگونه تعاملات مثبت را با کودکان افزایش داده و از تعارضات بکاهند و از روش های نامناسب فرزندپروری بپرهیزند. PMT دربرگیرنده تقویت مثبت، اعمال نظم و مقررات غیرخشن، نظارت و سرپرستی موثر و حل مشکلات به صورت مسالمت آمیز می باشد (کمیجانی، ۱۳۸۸).

گاردنر و لین (۲۰۰۴)، شش جزء اساسی مداخلات تربیتی را برای درمان کودکان دارای اختلال سلوک مشخص کردند شامل:

تمرین مهارت های تربیتی تازه

آموزش اصول مدیریت و ترجیحاً تکنیک ها

تمرین راهبردهای پرورشی جدید در خانه

آموزش تکنیک های بازدارنده برای رفتار منفی و راهبردهایی برای ایجاد روابط مثبت

تاکید بر بهبود روابط والدین-کودک

ارائه مداخلات زود هنگام

هدف آنی برنامه رشد مهارت های خاص در والدین می باشد (کمیجانی، ۱۳۸۸).

۲. آموزش حل مسئله

رابطه بین پروسه های شناختی و سازگاری رفتاری به طور وسیعی مورد بررسی قرار گرفته است. شور و اسپیواک (۱۹۷۸)، پروسه های شناختی را شناسایی کرده اند که زیربنای رفتار اجتماعی است. توانایی پرداختن به این پروسه ها با سازگاری رفتاری ارتباط دارد. فکر کردن به راه حل های دیگر.

فکر کردن به وسیله غایت: آگاهی از گام های میانی لازم برای رسیدن به یک هدف خاص.

فکر کردن به پیامد: توانایی شناسایی آنچه ممکن می باشد در نتیجه عمل کردن به طریقی خاص اتفاق بیفتد.

فکر کردن سببی: توانایی ارتباط دادن یک رویداد به رویداد دیگر در طول زمان.

حساسیت به مسائل میان فردی: توانایی درک مسئله وقتی وجود دارد.

کودکان آشفته در مسائل میان‌فردی خود دارای راه‌حل‌های محدودتری هستند و به جای اینکه به مراحل میانی توجه کنند، بر اهداف نهایی توجه دارند و پیامدهای محدودتری را در ارتباط با رفتار خود می‌بینند و در برابر تعارض میان‌فردی حساسیت کمتری دارند.

در آموزش مهارت حل مسأله نخست بر چگونگی نزدیک شدن کودکان به موقعیت‌ها تاکید می‌شود. دوم به کودکان آموزش داده می‌شود برای حل مسائل میان‌فردی از رویکرد گام به گام استفاده کنند. سوم، از فعالیت‌های تحصیلی ساخت‌دار و داستان‌ها استفاده می‌شود. چهارم، معمولاً درمانگر در درمان نقش فعال دارد، درمانگر پروسه‌های شناختی را از طریق خودببینی‌های کلامی سرمشق‌دهی می‌کند. سرانجام درمان در درمان از ترکیب شیوه‌های مختلف از جمله سرمشق‌دهی و تمرین، ایفای نقش، تقویت و تنبیه خفیف استفاده می‌شود (کراتوچویل و موریس، ۱۳۸۸).

۳. درمان شناختی-رفتاری

درمان شناختی-رفتاری بر این فرض استوار می‌باشد که افکار، هیجان‌ها و رفتار متقابلاً به هم مرتبط بوده و تغییر در یکی از آنها به تغییر در دیگری منجر می‌شود. دو هدف فراگیر برنامه‌های شناختی-رفتاری برای کودکان، عبارت‌اند از

کمک به کودکان در پیدا کردن روش‌ها مقابله با موج جدید خشم و برانگیختگی فیزیولوژیک که بلافاصله پس از تحریک یا سرخوردگی تجربه می‌کنند

کمک به کودکان در جهت‌بازی‌های راهبردهای احتمالی از حافظه، که می‌توان از آنها برای حل سازگاران مشکلات استفاده کرد و در برنامه‌های شناختی-رفتاری از کودکان خواسته می‌شود تا قواعدی برای رفتارهای خود در جلسات ایجاد کنند و هدفهای بلندمدت و کوتاه‌مدت را برای خود شناسایی کنند، اهداف هر کودک به صورت روزانه توسط معلم یا والدین نظارت شده و کودکان امتیازات لازم را براساس موفقیت خود بدست می‌آورند جلساتی نیز بر واکنشهای هیجانی کودکان در موقعیت‌های مشکل‌آفرین تمرکز دارد (به‌خصوص در مورد تجربه کنترل خشم) کودکان می‌آموزند ویژگی‌های شناختی، رفتاری و فیزیولوژیک هر یک از هیجانات خود را شناسایی کنند. در جلسات مدیریت و خودنظم‌دهی نیز کودکان یاد می‌گیرند که به طور مستقل خشم خود را کنترل کنند. از روشهای مانند حواس‌پرتی، خوداظهاری، تنفس عمیق و تنش‌زدایی هم استفاده می‌شود. تمرکز اصلی بر مهارت خوداظهاری است. اظهارات مقابله‌ای در ابتدا با صدای بلند ابراز می‌شود اما هدف، درونی کردن افکار برای کمک به پروسه کنترل خود است. همچنین سه جلسه دیدگاه‌گیری به معرفی و آموزش سه قسمت مدل حل مسأله اختصاص دارد: شناسایی مسأله، انتخابها و پیامدها. در این جلسات کودکان یاد می‌گیرند که به دقت، نیت دیگران را در یک موقعیت مشکل‌ساز درک کنند. همچنین بر اصلاح اسنادهای خصمانه که بسیاری از کودکان پرخاشگر دارند، تاکید می‌شود (متیس و لاکمن، ۱۳۹۳).

۴. بازی درمانی

هرگاه زبان کلامی برای ابراز افکار و احساسات کودکان کفایت نکند، درمانگران از بازی درمانی برای کمک به کودکان برای ابراز آنچه آنها را ناراحت کرده است، استفاده می‌کنند. بازی درمانی رویکردی مبتنی بر نظریه درمان می‌باشد که پروسه‌های یادگیری و ارتباط طبیعی و بهنجار کودکان را پایه‌ریزی می‌کند (کارمیخایل، ۲۰۰۶؛ به نقل از زارع و احمدی، ۱۳۸۶). درمانگران از طریق بازی به کودکانی که مهارت‌های اجتماعی یا عاطفی‌شان ضعیف می‌باشد رفتارهای سازگاران‌تری را می‌آموزند. تحقیقات مختلف، تاثیر بازی درمانی را در زمینه‌های اجتماعی، عاطفی، رفتاری و مشکل‌هایی که به محرک‌های تنش‌زای زندگی همچون طلاق، مرگ، بستری شدن در بیمارستان، سوءاستفاده جنسی و جسمی و خشونت خانوادگی مربوط می‌شود، را تایید می‌کند (پدرو کارل و ردی، ۲۰۰۵؛ به نقل از زارع و احمدی، ۱۳۸۶).



بازی درمانی تکنیکی می باشد که به وسیله آن طبیعت کودکان به صورت بیانی معنی می شود و روشی می باشد برای مقابله با استرسهای هیجانی و همچنین برای کودکانی که دچار آشفتگی هستند، به کار می رود. این تکنیک به کودکان اجازه می دهد مسائلی را که نمی توانند در محیط اطرافشان مطرح نمایند، در قالب بازی ارائه دهند و هیجانات منفی خود را نمایان سازند. (جونز، ۲۰۰۹؛ به نقل از اصلی آزاد و همکاران، ۱۳۹۱). شافر در خصوص اثرات بازی درمانی معتقد می باشد که درهم شکستن مقاومت در کودک، ایجاد لیاقت و توانایی، تخلیه هیجانی، پلایش، ایفای نقش، خیال پردازی، ایجاد و ارتقای رابطه و دلبستگی است (اصلی آزاد و همکاران، ۱۳۹۱). روشهای مختلفی بر پایه نظریات درمانی وجود دارد که میتوان به بازی درمانی شناختی-رفتاری، روان تحلیلی، کودک محور، آدلری، گشتالتی، رهایشی اشاره کرد، که هر یک براساس مفروضه های خاص خود به وجود آمده اند.

نتیجه گیری

اختلال سلوک یکی از اختلال های شایع در محیط آموزشی می باشد. بر اساس تعاریف مختلف می توان بیان داشت اختلال سلوک دانش آموزان، رفتاری می باشد که دانش آموز به صورت نیت مند و خواسته، به دیگری صدمه می زند و یا سبب ایجاد هراس و ترس در او می گردد. تئوری های مختلف به اختلال سلوک از رویکردهای مختلفی نگریسته اند. مبانی تئوریک در تحقیق حاضر، تئوری های یادگیری اجتماعی و تئوری های مرتبط با خانواده است. بر اساس این تئوری ها دانش آموز اختلال سلوک را در خانواده فرا می گیرد و عملکرد خانواده از اختلال سلوک افراد تاثیر گذار است. بنابراین از جمله مهمترین مولفه های تاثیر گذار بر اختلال سلوک می توان به عملکرد خانواده و سبک های فرزند پروری والدین اشاره نمود. تئوری ها و تحقیقات مختلف ارایه شده بیان می کنند، خانواده ای که از عملکرد مطلوب و سالمی برخوردار است، عملکرد رفتاری و کنشی دانش آموزان را تحت تاثیر قرار می دهد. خانواده با عملکرد سالم از توزیع قدرت مناسبی برخوردار می باشد روابط و نقش ها به خوبی در خانواده و فرزندان شکل می گیرد. در چنین محیطی دانش آموزان با شیوه های مناسب تعامل آشنا می شوند و الگوهای رفتاری خانواده را به سایر زمینه های اجتماعی و ارتباطی نیز بسط می دهند. عملکرد نامناسب خانواده، توزیع نامتقارن قدرت و کژکارکردی خانواده سبب می شود تا اختلال های رفتاری، پرخاشگری و اختلال سلوک در فرد افزایش یابد. در همین راستا، سبک های فرزند پروری والدین نیز بر نوع کنش های دانش آموزان تاثیر گذار می باشد. دانش آموزان سبک های فرزند پروری والدین شان را به زمینه های ارتباطی و اجتماعی بسط می دهند. همچنین الگوهای فرزند پروری سبب می شود تا دانش آموزان پیامدها و واکنش های رفتاری شان را مورد ارزیابی و بررسی قرار دهند. سبک فرزند پروری قاطع سبب می شود تا دانش آموزان از دلیل رفتارهای خود و والدین شان آگاهی یابند و پیامدهای رفتاری خود را مورد ارزیابی قرار دهند. سبک فرزند پروری سهل گیرانه سبب می شود تا دانش آموزان پیامدهای رفتاری خود را مورد ارزیابی قرار ندهد و کمترین بازخورد را از طرف والدین دریافت کنند، در نتیجه به سازماندهی و تنظیم روابط خود نمی پردازند و اختلال سلوک بیشتری را از خود نشان می دهند. سبک فرزند پروری مستبدانه نیز سبب می شود تا دانش آموزان از توزیع نامتناسب قدرت برخوردار باشند و بازخوردهای مناسبی از رفتارهای خود از طرف والدین ندارند. چنین شیوه ای به نوبه خود، سبب پرورش سبک های مستبدانه در افراد می شود که می تواند اختلال سلوک را در بین آنان افزایش دهد. بنابراین سبک های فرزند پروری و عملکرد خانواده بر اختلال سلوک دانش آموزان تاثیر گذار است.

منابع

- ابوالقاسمی، عباس، میکاییلی، نیلوفر؛ طاهری فرد، مینا؛ کیامرثی، آذر. (۱۳۹۴). مقایسه صفات شخصیتی سایکوپاتیک در دانش آموزان با و بدون نشانه های اختلال سلوک، فصلنامه شخصیت و تفاوت های فردی، ۴ (۱۰)، ۹۶-۸۱.
- احمدی، سارا (۱۳۹۳). سبک های فرزند پروری ادراک شده، مشکلات رفتاری و عملکرد تحصیلی دانش آموزان قلدر و قربانی، پایان نامه کارشناسی ارشد، دانشگاه شهید بهشتی، پردیس ۲، دانشکده علوم تربیتی
- اصلی آزاد، مسلم؛ عارفی، مؤگان؛ فرهادی، طاهره و شیخ محمدی، روحالله (۱۳۹۱). اثربخشی بازی درمانی کودک محور بر اضطراب و افسردگی کودکان دختر دارای اختلال اضطراب و افسردگی دوره دبستان. مجله روشها و مدل های روانشناختی، ۲ (۹)، ۷۱-۹۰.
- آریامنش، صابر، فلاحچای، رضا، زارعی، اقبال. (۱۳۹۲). مقایسه تمایز یافتگی بین زوج های رضایت مند و زوج های دارای تعارض زناشویی در شهر بندرعباس. پژوهش های روان شناسی بالینی و مشاوره، ۳ (۱)، ۹۸-۸۱.
- بشیرپور، سجاد، مولوی، پرویز، شیخی، سیامک، خانجانی، سجاد، رجبی، مسلم، موسوی، سید امین. (۱۳۹۲). بررسی ارتباط شیوه های تنظیم و ابراز هیجان با رفتارهای قلدری در دانش آموزان نوجوان، مجله دانشگاه علوم پزشکی اردبیل، ۱۳ (۳)، ۲۶۴-۲۷۵.
- پروینی، پریسا. (۱۳۹۵). اثربخشی آموزش حل مسأله اجتماعی بر بهبود نشانه های اختلال سلوک با توجه به اثرات تعدیلی سبک های فرزندپروری، پایان نامه کارشناسی ارشد رشته روان شناسی عمومی. دانشگاه تبریز.
- حسینی دولت آبادی، فاطمه؛ سعادت، سجاد؛ قاسمی جوبنه، رضا. (۱۳۹۲). رابطه سبک های فرزندپروری، خودکارآمدی و نگرش به بزهکاری در دانش آموزان دبیرستانی، پژوهش نامه حقوق کیفری، ۴ (۲)، ۸۸-۶۷.
- رحیمیان بوگر، اسحاق و بیانی، علی اصغر (۱۳۹۱). فراوانی اختلالات رفتاری مبتنی بر DSM-IV دانش آموزان دوره ی راهنمایی و متوسطه استان گلستان، مجله علمی دانشگاه علوم پزشکی گرگان، ۱۴ (۱)، ۹۹-۹۰.
- سهرابی، فائزه؛ خانجانی، زینب؛ زینالی، شیرین. (۱۳۹۴). اثربخشی آموزش فرزندپروری نالدین بر کاهش علائم اختلال سلوک و بهبود سبک های فرزندپروری، مجله علمی دانشگاه علوم پزشکی گرگان، ۱۷ (۲)، ۳۰-۲۴.
- سیفی گندمانی، محمدیاسین؛ صفاری نیا، مجید؛ کلانتری، سارا. (۱۳۹۲). سنخ شناسی فرزندپروری خانواده (ترکیب سبک فرزند پروری پدر و مادر) و تأثیر آن بر گرایش به مواد مخدر در نوجوانان پسر، فصلنامه اعتیاد پژوهی، ۷ (۲۵)، ۲۴-۱۱.
- کراتوچویل، توماس آر و موریس، ریچارد جی (۱۳۸۸). روانشناسی بالینی کودک: روشهای درمانگری، تهران، انتشارات رشد.
- کميجانی، مهرناز (۱۳۸۸). گذری بر راهبردهای درمانی اختلال سلوک. تعلیم و تربیت استثنایی، شماره ۳۱.
- لطیفیان، مرتضی و بشاش، لعلیا. (۱۳۸۸). بررسی الگوهای تشخیصی ادراک نمود و واقعیت در کودکان پیش دبستانی. مجله روانشناسی و علوم تربیتی دانشگاه تهران، ۱-۲۱.
- متیس، والتر، لاکمن، جان. (۱۳۹۳). اختلال نافرمانی مقابلهای و اختلال سلوک در کودکان، ترجمه ی اکرم پرند، عباس حسین خانزاده. تهران: انتشارات ارجمند.
- هوشیاری، سوما (۱۳۹۲). بررسی شیوع و عوامل مرتبط با اختلال سلوک در میان دانش آموزان مقطع متوسطه شهر سمنان. پایان نامه دکتری عمومی، دانشکده علوم پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی کردستان.

- Biederman, J., Monuteaux, M. C., Doyle, A. E., Seidman, L. J., Wilens, T. E., Ferrero, F., ... & Faraone, S. V. (2014). Impact of executive function deficits and attention-deficit/hyperactivity disorder (ADHD) on academic outcomes in children. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 72(5), 757.
- Broidy, L. M., Nagin, D. S., Tremblay, R. E., Bates, J. E., Brame, B., Dodge, K. A., ... & Lynam, D. R. (2013). Developmental trajectories of childhood disruptive behaviors and adolescent delinquency: a six-site, cross-national study.
- Bugental, D. B., & Grusec, J. E. (2006). Socialization processes. In W. Damon & R. M. Lerner (Eds. In chief) & N Eisenberg, (Vol. Ed.), *Handbook of Child*.
- DeHart, T., Pelham, B. W., & Tennen, H. (2016). What lies beneath: Parenting style and implicit self-esteem. *Journal of Experimental Social Psychology*, 42(1), 1- 17.
- Frick, P. J., & Dantagnan, A. L. (2005). Predicting the stability of conduct problems in children with and without callous-unemotional traits. *Journal of Child and Family Studies*, 14(4), 469-485.
- Guerra, N. G., Rowell Huesmann, L., & Spindler, A. (2003). Community violence exposure, social cognition, and aggression among urban elementary school children. *Child Development*, 74(5), 1561-1576.
- Karol, L, Kumpfer, M., & Fowler, A. (2007). Parenting skills and family support programs for drug – abusing mothers, seminars in Fetal and Neonatal Medicine, 12, 134- 142.
- Mash, Eric J.& Wolfe, David A. (2010). *Abnormal Child Psychology* Wadsworth, Cengage Learning.
- Moffitt, T.E. & Scott, S. (2012). Conduct Disorder in Childhood and Adolescence. In M. Rutter, D.V.M. Bishop, D. S. Pine et al. (EDS), *Rutter child and Adolescent Psychiatry* Oxford: Blackwell.
- Morell, J. (2003). Available (online).www.blackwellsynergy.com.
- Moss, E., Smolla, N., Cyr, C., Dubois-Comtois, K., Mazzarello, T., & Berthiaume, C. (2006). Attachment and behavior problems in middle childhood as reported by adult and child informants. *Development and psychopathology*, 18(02), 425- 444.
- Olson, S. L., Sameroff, A. J., Lunkenheimer, E. L., & Kerr, D. C. R.(2009). Selfregulatory processes in the development of disruptivebehavior problems: The preschool-to-school transition. In S.L. Olson & A. J. Sameroff (Eds.), *Biopsychosocial Regulatoryprocess in the Development of Childhood Behavior Problems*.
- Popma, A., Doreleijers, T. A., Jansen, L. M., Van Goozen, S. H., Van Engeland, H., & Vermeiren, R. (2007). The diurnal cortisol cycle in delinquent male adolescents and normal controls. *Neuropsychopharmacology*, 32(7), 1622- 1628.
- Reitman, D., Rhode, P. C., Hupp, S. D. A., & Altobello, C. (2012). Development and validation of theparental authority questionnaire—revised. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, 24, 119–127.
- Silberg, J. L., Rutter, M., Tracy, K., Maes, H. H., & Eaves, L. (2007). Etiological heterogeneity in the development of antisocial behavior: theVirginia Twin Study of Adolescent Behavioral Development and the Young Adult FollowUp. *Psychological Medicine*, 37(08), 1193-1202.
- Webster-Stratton, C. (2005). Aggression in young children: Services Proven to be Effective in Reducing Aggression. Reved. Tremblay RE, Barr RG, Peters RDeV, Eds *Encyclopedia on Early Childhood Development*.

An overview of the prevalence of conduct disorder among students and its treatment solutions

Shirin Imamgholizadeh
Senior expert in elementary education,
Parrosh Education, Iran, Urmia

1-1- Abstract

Conduct disorder is one of the disorders associated with cognitive, emotional and behavioral defects. These people have less cognitive and emotional resources, and they cannot think in new situations in adaptive ways and organize their interactions with others and show maladaptive behaviors. Therefore, the present research was conducted with the aim of investigating the prevalence of behavior disorder among students and its treatment solutions. The current research is of a descriptive-analytical type, which was done in collecting information from the findings and results of the research conducted in this field. The findings indicate that as the age of the student increases, behavior disorder appears more in them and usually this disorder is more common in male students than female students. In order to improve this disorder, strategies such as parent management training, play therapy, problem solving training and behavioral-cognitive therapy are used.

Key words: conduct disorder, disobedience, aggression, educational styles