



**دانشگاه علوم بهزیستی و توان بخشی**

پایان نامه جهت دریافت درجه کارشناسی ارشد در رشته روان شناسی و آموزش کودکان استثنایی

**عنوان:**

آموزش برنامه مدیریت هیجان ها به مادران و تأثیر آن بر اختلال های رفتاری فرزندان پسر

**پژوهشگر:**

رحمان گودینی

**استاد راهنما:**

دکتر معصومه پور محمد رضای تجربی

**استاد مشاور:**

دکتر سیامک طهماسبی

**استاد مشاور آمار**

دکتر اکبر بیگلریان

مهر ۱۳۹۳

شماره ثبت: ۱۸۵-۴۰۰۰

## فهرست مطالب

صفحه	چکیده	عنوان	فصل اول	کلیات پژوهش
۲	مقدمه			
۴	۱-۱ بیان مسئله			
۶	۲-۱ اهمیت و ضرورت پژوهش			
۷	۳-۱ اهداف پژوهش			
۷	الف) هدف کلی			
۷	ب) اهداف اختصاصی			
۷	ج) اهداف کاربردی			
۸	۴-۱ فرضیه‌ها			
۸	۵-۱ متغیرها			
۸	۶-۱ تعریف مفاهیم و واژگان			
۸	۱-۶-۱ تعریف نظری			
۹	۲-۶-۱ تعریف عملیاتی			
				<b>فصل دوم</b>
				<b>پیشینه تحقیق</b>
۱۱	مقدمه			
۱۱	۱-۲ پیشینه نظری			
۱۱	۱-۱-۲ بخش اول: اختلال‌های رفتاری			
۱۲	۱-۱-۱-۲ تعریف اختلال‌های رفتاری			
۱۳	۲-۱-۱-۲ رفتار بهنجار و نابهنجار			
۱۴	۳-۱-۱-۲ ملاک‌های اختلال رفتاری			
۱۶	۴-۱-۱-۲ ویژگی‌های اختلال‌های رفتاری			
۱۷	۵-۱-۱-۲ طبقه‌بندی اختلال‌های رفتاری			
۱۸	۶-۱-۱-۲ شیوع			
۱۹	۷-۱-۱-۲ سبب‌شناسی و رویکردهای نظری			

۲۱	۸-۱-۱-۲ رویکرد زیستی.....
۲۱	۹-۱-۱-۲ رویکرد روان‌پویایی.....
۲۲	۱۰-۱-۱-۲ رویکرد رفتاری.....
۲۲	۱۱-۱-۱-۲ رویکرد شناختی.....
۲۳	۱۲-۱-۱-۲ رویکرد سیستمی (بوم شناختی).....
۲۴	۱۳-۱-۱-۲ رویکرد پدیدار شناختی.....
۲۴	۱۴-۱-۱-۲ اختلال‌های رفتاری و هوش.....
۲۴	۱۵-۱-۱-۲ اختلال‌های رفتاری و مهارت‌های اجتماعی.....
۲۵	۲-۱-۲ بخش دوم: اختلال‌های رفتاری و مشکلات خانواده.....
۲۶	۱-۲-۱-۲ اختلال‌های رفتاری و ارتباط مادر- کودک.....
۲۸	۳-۱-۲ بخش سوم: هیجان.....
۲۸	۳-۱-۲ مبانی نظری هیجان.....
۳۰	۱-۳-۱-۲ الگوهای معاصر در زمینه هیجان.....
۳۰	۲-۳-۱-۲ الگوی فراشناختی هیجان‌ها.....
۳۲	۳-۳-۱-۲ الگوی طرحواره‌های هیجانی لیهی.....
۳۵	۴-۳-۱-۲ تنظیم هیجانی.....
۳۷	۵-۳-۱-۲ مدیریت هیجان.....
۳۹	۶-۳-۱-۲ ضرورت مدیریت هیجان.....
۴۰	۷-۳-۱-۲ روشهای مدیریت هیجان.....
۴۲	۸-۳-۱-۲ راه‌های افزایش مدیریت هیجان‌ها.....
۴۳	۹-۳-۱-۲ کاربردهای مدیریت هیجان‌ها.....
۴۴	۲-۲ پیشینه پژوهشی.....
۴۴	۱-۲-۲ پژوهش‌های خارجی.....
۴۶	۲-۲-۲ پژوهش‌های داخلی.....

## فصل سوم

### روش‌شناسی پژوهش

۴۹	مقدمه.....
۴۹	۱-۳ نوع مطالعه.....
۴۹	۲-۳ جامعه و نمونه آماری و روش نمونه‌گیری.....

۵۰	۳-۳ ملاکهای ورود و خروج.....
۵۰	۳-۴ روش جمع آوری داده‌ها.....
۵۰	۳-۵ پرسش‌نامه رفتاری راتر کودکان.....
۵۳	۳-۶ روش اجرا.....
۵۳	۳-۷ محتوای جلسات آموزشی.....
۵۴	۳-۸ روش تجزیه و تحلیل داده‌ها.....
۵۴	۳-۹ ملاحظات اخلاقی.....

### فصل چهارم

#### توصیف داده‌ها و تحلیل‌های آماری

۵۶	مقدمه.....
۵۶	۴-۱. ویژگی‌های جمعیت شناختی.....
۵۷	۴-۲. اطلاعات توصیفی.....
۵۹	۴-۳. تحلیل‌های استنباطی.....

### فصل پنجم

#### بحث و نتیجه‌گیری

۶۸	مقدمه.....
۶۸	۵-۱ بحث و تفسیر یافته‌ها.....
۷۴	۵-۲ نتیجه‌گیری.....
۷۶	۵-۳ محدودیت‌های پژوهش.....
۷۷	۵-۴ پیشنهادها.....

#### فهرست منابع:

۷۸	الف) فارسی.....
۸۱	ب) لاتین.....

#### ضمائم

	الف) پرسشنامه اختلال‌های رفتاری راتر.....
	ب) چکیده انگلیسی.....

## فهرست جداول

- جدول ۴-۱: توزیع پایه تحصیلی فرزندان گروه کنترل و آزمایش..... ۵۶
- جدول ۴-۲: توزیع وضعیت اشتغال گروه آزمایش..... ۵۷
- جدول ۴-۳: توزیع وضعیت اشتغال گروه کنترل..... ۵۷
- جدول ۴-۴: شاخص‌های توصیفی پیش‌آزمون و پس‌آزمون پرسشنامه اختلال‌های رفتاری (فرم معلم)..... ۵۸
- جدول ۴-۵: شاخص‌های توصیفی پیش‌آزمون و پس‌آزمون پرسشنامه اختلال‌های رفتاری (فرم والدین)..... ۵۹
- جدول ۴-۶: آزمون کولموگروف-اسمیرنوف برای اطمینان از نرمال بودن توزیع نمرات متغیرها..... ۶۰
- جدول ۴-۷: آزمون لون برای اطمینان از همگنی واریانس‌های متغیرها..... ۶۱
- جدول ۴-۸: نتایج کلی تحلیل کوواریانس چند متغیره..... ۶۱
- جدول ۴-۹: مقایسه پس‌آزمون پرسشنامه اختلال‌های رفتاری (فرم معلم) در دو گروه با کنترل اثر پیش‌آزمون..... ۶۲
- جدول ۴-۱۰: آزمون کولموگروف-اسمیرنوف برای اطمینان از نرمال بودن توزیع نمرات متغیرها..... ۶۴
- جدول ۴-۱۱: آزمون لون برای اطمینان از همگنی واریانس‌های متغیرها..... ۶۴
- جدول ۴-۱۲: نتایج کلی تحلیل کوواریانس چند متغیره..... ۶۵
- جدول ۴-۱۳: مقایسه پس‌آزمون پرسشنامه اختلال‌های رفتاری (فرم والدین) در دو گروه با کنترل اثر پیش‌آزمون..... ۶۵

## مقدمه:

اختلال‌های رفتاری<sup>۱</sup>، به شرایطی اطلاق می‌شود که در آن پاسخهای هیجانی- رفتاری با هنجارهای فرهنگی، سنی و قومی تفاوت داشته باشد، دائمی و مزمن باشد؛ بطوریکه بر عملکرد تحصیلی فرد، مراقبت از خود، روابط اجتماعی، سازگاری فردی، رفتار در کلاس و سازگاری در محیط کار نیز تأثیر منفی بگذارد (انجمن روان‌پزشکی آمریکا<sup>۲</sup>، ۲۰۱۳). بسیاری از محققان، اختلال‌های رفتاری را اختلال‌های شایع و ناتوان کننده‌ای می‌دانند که برای خانواده، محیط، و کودک مشکلات بسیاری ایجاد می‌کند و با میزان بالایی از نابسامانی‌های اجتماعی همراه است. اختلال‌های رفتاری معمولاً برای نخستین بار در سال‌های میانی دوره دبستان ظاهر می‌شوند و بین سنین ۸ تا ۱۵ سالگی به اوج خود می‌رسند، و تمام جنبه‌های زندگی فردی و اجتماعی کودکان را تحت تأثیر قرار می‌دهد (مک‌گی<sup>۳</sup>، ۱۹۹۲؛ اشمیت<sup>۴</sup>، ۱۹۹۰؛ به نقل از شکوهی‌یکتا و پرنده، ۱۳۸۷).

در عصر حاضر، شاهد ازدیاد اختلال‌های رفتاری در کودکان و نوجوانان هستیم. در عرصه آموزش و پرورش، متخصصان، صاحب‌نظران، معلمان، و مربیان با بسیاری از دانش‌آموزان با اختلال‌های رفتاری و هیجانی برخورد می‌نمایند. اختلال‌های رفتاری تا حد زیادی وضعیت تحصیلی و رشد اجتماعی کودکان را تحت تأثیر خود قرار می‌دهد، تا آن‌جا که این کودکان بدون مداخلات درمانی به صورت فردی، اجتماعی و خانوادگی، آسیبهای جدی و جبران‌ناپذیری را متحمل خواهند شد و نمی‌توانند به درستی مسیر طبیعی رشد را طی کنند (کافمن، ۲۰۰۵؛ خسروجاوید، ۱۳۸۱). پژوهش‌هایی که به بررسی تأثیر الگوهای تعامل خانوادگی در ایجاد اختلال‌های رفتاری و عاطفی کودکان پرداخته‌اند، از یک سو، این اختلال‌ها را نوعی واکنش کودک نسبت به نابسامانی‌های خانوادگی دانسته‌اند (جانستون<sup>۵</sup> و مش<sup>۶</sup>، ۲۰۰۱؛ رحیم زاده، پوراعتماد، سمیعی کرانی، زاده محمدی، ۱۳۸۷؛ ممقانی، جوان‌مرد، ۱۳۸۶) و از سوی دیگر، به محرک‌های محیطی نامناسب مانند عدم پذیرش کودک، عدم محبت، و حمایت کافی از طرف والدین، افراط در محبت، نابسامانی در خانواده، عدم مراقبت و

---

1. Behavior Disorders  
 2. American Psychiatric Association (APA).  
 3. Macge, W.  
 4. Eshmit, E. W.  
 5. Johnstone, C.  
 6. Mash, E.

دلسوزی‌های مادر، دلبستگی نایمن در دوران کودکی و استرس والدین نسبت داده‌اند (پاندینا<sup>۱</sup>، بیلدر<sup>۲</sup> و کیت<sup>۳</sup>، ۲۰۰۷). بنابراین، مادرانی که سطوح بالایی از استرس و مشکلات هیجانی را تجربه می‌کنند در مقابله با ایفای نقش والدینی ضعف نشان داده و در نتیجه در تربیت کودکان خود با مشکلاتی مواجه می‌شوند که منجر به افزایش اختلال‌های رفتاری در کودک می‌شوند (اسپلمن<sup>۴</sup> و بن‌آری<sup>۵</sup>، ۲۰۰۹، مارتینوسن<sup>۶</sup>، ۲۰۱۱).

والدین کودکان مبتلا به اختلال‌های رفتاری غالباً در برخوردهای انضباطی خود، خشن، ناهماهنگ و ناتوان هستند و از مهارت‌های هیجانی معدودی برخوردارند. در نتیجه روابط متقابل والد-کودک در مرکز توجه آسیب‌شناسی کودک قرار گرفته است، چون تعامل‌های نامناسب می‌تواند اختلال‌های هیجانی و رفتاری در کودکان و نوجوانان را ایجاد کند و بسیاری از استعداد‌های فطری-هیجانی کودک را از بین ببرد (بینا<sup>۷</sup>، ۲۰۰۲). عده‌ای نیز بر این باورند که اختلال‌های رفتاری کودکان، باعث اختلاف‌های زناشویی می‌شود (جانستون<sup>۸</sup>، هومرسن<sup>۹</sup> و سیپ<sup>۱۰</sup>، ۲۰۰۸). همچنین نبود تعامل مناسب بین کودک و مادر، محرومیت هیجانی در دوران کودکی، نبود تکیه‌گاهی که نیازهای مراقبتی و رشدی کودک را برآورده سازد، والدین غیر پاسخگو، اعتماد کم و فاصله زیاد عاطفی بین والدین و فرزند، نبود همدردی مشترک در مسائل استرس‌زا، در سوق دادن کودکان به سمت اختلال‌های رفتاری از نقش تعیین‌کننده و انکار ناپذیری برخوردارند (پری<sup>۱۱</sup>، ۲۰۰۷). در این میان، هیجان نقش اساسی در اختلال‌های روانی ایفا می‌کند و ناهماهنگی‌های هیجانی در تمام اختلال‌های رفتاری مشاهده می‌شود، و اختلال‌های رفتاری نتیجه بارز آشفتگی هیجانی است (آلدائو<sup>۱۲</sup>، نولن<sup>۱۳</sup>، اسن‌وایزر<sup>۱۴</sup>، ۲۰۱۰). مدیریت هیجان‌ها، (یعنی به کارگیری هوشمندانه هیجان‌ها و هدایت رفتار توسط فرد به منظور دستیابی به نتایج بهتر) یکی از روش‌هایی است که برای کمک به خود (وضعیت درون فردی) و کمک به دیگران

- 
1. Pandina, g.
  2. Bilder, R.H.
  3. Keete, R.S.
  4. Spielman, V.
  5. Ben-Ari, O.
  6. Martinussen, M.
  7. Beena, J.
  8. Johnston, C.
  9. Hommersen, P.
  10. Seipp, C. M.
  11. Perry, J. A.
  12. Aldao, A.
  13. Nolen, H. S.
  14. Schweizer, S.

(وضعیت بین فردی) به کار می‌رود و می‌تواند بسیاری از مشکلات رفتاری را کاهش دهد (Thiel<sup>۱</sup>، کانلی<sup>۲</sup>، گریفیث<sup>۳</sup>، ۲۰۱۲).

### ۱- بیان مسئله :

امروزه تحولات ژرفی که در بنیان‌های فرهنگی جوامع به وجود آمده، باعث تغییر در شیوه‌های زندگی افراد و رویارویی آنان با مسائل زندگی شده تا جایی که این مسأله آسیب‌پذیری آنان را در مواجهه با مسائل و مشکلات زندگی افزایش داده است (غباری‌بناب و میرنسب، ۱۳۹۳). آمارها نشان دهنده شیوع اختلال‌های رفتاری، حداقل بین ۶ تا ۱۰ درصد کودکان و نوجوانان مدرسه‌ای می‌باشد (کافمن<sup>۴</sup>، ۲۰۰۵). در ایران میزان شیوع اختلال‌های رفتاری در بین دانش‌آموزان دوره ابتدایی ۱۸/۴ درصد گزارش شده است (خدایم، ۱۳۸۸). در زمینه اختلال‌های رفتاری نسبت تعداد پسران در مقایسه با دختران ۵ بر ۱ یا بیشتر گزارش شده است (تالبوت<sup>۵</sup> و کالاهان<sup>۶</sup>، ۱۹۹۷). این آمارهای نگران‌کننده، از نابهنجاری‌های هیجانی نشأت می‌گیرد، اگر چه تعامل‌ها و روابط هیجانی والدین و کودکان، در دراز مدت تأثیر عمیق‌تری بر سلامت روان‌شناختی کودکان بر جای می‌گذارد. آموزش ابراز مناسب هیجان‌ها و مدیریت آن، فراهم آورنده چهارچوب سالم، برای برقراری ارتباط هیجانی می‌باشد (سیاروچی، دن و اندرسون، ۲۰۰۲). می‌توان بیان کرد که در ۲۵ سال اخیر مسائل رفتاری و روانی کودکان به یکی از موضوعات مورد توجه روان‌پزشکان و روان‌شناسان تبدیل شده است. غالب پژوهش‌های انجام شده به این مسأله اشاره می‌کند که بین اختلال‌های رفتاری اولیه کودک و اختلال‌های رفتاری شدیدتر بعدی، دو عامل اساسی یعنی، خصوصیات خلقی کودک و دیگری رفتار والدین نقش اساسی را ایفا می‌کنند (ایوانز<sup>۷</sup>، مالت<sup>۸</sup>، ویست<sup>۹</sup> و فرنز<sup>۱۰</sup>، ۲۰۰۵). لذا ایجاد دلبستگی ایمن بین مراقب و کودک که در سال‌های نخستین زندگی شکل می‌گیرد، بستر مناسبی برای سلامت روان‌شناختی فرد در بزرگسالی فراهم می‌آورد. به‌عکس، اگر دلبستگی ایمن بین مادر-کودک شکل نگیرد ممکن است کودک با فقر هیجانی در کودکی و اختلال‌های رفتاری-عاطفی در بزرگسالی مواجه گردد (پری<sup>۱۱</sup>، ۲۰۰۷). آموزش مدیریت هیجان‌ها با هدف پیشگیری از مشکلات شدید رفتاری، هیجانی، رشدی و ایجاد دلبستگی ایمن از طریق افزایش آگاهی،

1. Thiel, C. E.
2. Connelly, S.
3. Griffith, J. A.
4. Kauffman, G. M.
5. Talbott, E.
6. Callahan, K.
7. Evans, S. W.
8. Mullett, E.
9. Weist, M. D.
10. Franz, K.
11. Perry, J. A.



مهارت، تعهد، و اطمینان مادران مورد استفاده قرار می‌گیرد (واترز<sup>۱</sup>، ویرمانی<sup>۲</sup>، تامپسون<sup>۳</sup>، می‌یر<sup>۴</sup>، رایکز<sup>۵</sup> و جوچیم<sup>۶</sup>، ۲۰۱۰). امروزه یکی از ابعاد مهم سلامت روان انسان، سلامت هیجانی او در نظر گرفته می‌شود که هم بر فرایند تفکر و هم بر محتوای تفکر، قضاوت‌ها، و رفتارها اثر می‌گذارد (فورگاس<sup>۷</sup>، ۲۰۰۰). بسیاری از اختلال‌های روان‌پزشکی از جمله اختلال‌های جسمانی، شناختی، رفتاری، و هیجانی تحت تأثیر آشفتگی هیجانی به وجود می‌آید (وایزمن<sup>۸</sup>، شلدون<sup>۹</sup>، و گورینگ<sup>۱۰</sup>، ۲۰۰۰). از آنجایی که درصد شیوع اختلال‌های رفتاری در پسران مقطع ابتدایی بالا است و آنان مشکلاتی با اطرافیان و محیط‌های آموزشی دارند و نمی‌توانند در این موقعیت‌ها واکنش هیجانی مناسب از خود نشان دهند، مشکلات آنان در مدرسه افزایش می‌یابد (شکوهی یکتا و پرند، ۱۳۸۷). با توجه به اهمیت و تأثیر هیجان‌ها در افزایش رفتارهای مطلوب و مثبت و بالتبع کاهش رفتارهای منفی و نامطلوب (شات<sup>۱۱</sup>، مالوف<sup>۱۲</sup>، ثورشتاینسون<sup>۱۳</sup>، بولار<sup>۱۴</sup>، روک<sup>۱۵</sup>، ۲۰۰۷) و با عنایت به این نکته که افزایش آگاهی والدین (به ویژه مادران که در تعامل‌های بیشتری با فرزندان خود هستند) نسبت به هیجان‌های خود و دستیابی به مهارت‌های مدیریت هیجان‌ها موجب می‌شود که در نحوه برخورد آنان با کودکان تأثیر مثبت داشته باشد (گاتمن<sup>۱۶</sup>، ۱۳۹۱/۱۹۹۷) و به افزایش سازگاری و احتمال موفقیت کودکان در موقعیت‌های مخاطره آمیز انجامد (گولمن<sup>۱۷</sup>، ۲۰۰۰)، لزوم آموزش مدیریت هیجان‌ها به مادران احساس می‌شود. با توجه به عدم دستیابی محقق به پژوهشی با همین عنوان، پژوهش حاضر به دنبال پاسخگویی به این سؤال است که آیا تأثیر آموزش مدیریت هیجان به مادران، بر اختلال‌های رفتاری کودکان آنان تأثیر می‌گذارد یا نه.

## ۱-۲ اهمیت و ضرورت پژوهش:

بحث شناخت و هیجان همواره در فلسفه و بعد از آن در پژوهش‌های روان‌شناختی مورد توجه بوده است. هیجان در تمام اختلال‌های هیجانی نقش بسزایی دارد. روان‌گسیختگی<sup>۱۸</sup> در برگیرنده تغییرات هیجانی است؛

1. Waters, S. F.
2. Virmani, E. A.
3. Thompson, R. A.
4. Mayer, S.
5. Raikes, H. A.
6. Jochem, R.
7. Forgas, J. P.
8. Whisman, M. A.
9. Sheldon, C. T.
10. Goering, P.
11. Schutte, N. S.
12. Malouff, J. M.
13. Thorsteinsson, E. B.
14. Bhullar, N.
15. Rooke, S. E.
16. Gattman, J.
17. Golman, D.
18. Psychosis

روان رنجوری<sup>۱</sup> به اضطراب وابسته است؛ جامعه‌سئیزی<sup>۲</sup> از فقدان آشکار هیجان برمی‌خیزد؛ اختلال‌های روانی عمومی و انواع رفتارهای نابهنجار از مشکلات هیجانی نشأت می‌گیرد؛ و حتی عقب ماندگی ذهنی غالباً به‌عنوان عقب ماندگی هیجانی در نظر گرفته می‌شود (گروس<sup>۳</sup>، ۱۹۹۸). بدیهی است شناسایی افراد در معرض خطر از اهمیت ویژه‌ای برخوردار است و در این راستا تنها تمرکز بر خودکودک کافی نیست. پژوهش‌های پیشین نشان داده است که اختلال رفتاری حاصل تعامل کودک با محیط اطراف است و بنابراین باید در زمینه محیط خانواده، همسالان، مدرسه، و جامعه مورد بررسی قرارگیرد (شمس‌اسفندآبادی، امامی پور، و صدرالسادات، ۱۳۸۲). در هر جامعه سلامت کودکان و نوجوانان اهمیت ویژه‌ای دارد و توجه به بهداشت روانی آنان کمک می‌کند تا از نظر روانی و جسمانی سالم باشند و نقش اجتماعی خود را بهتر ایفا کنند (فخاری، داداش زاده و رنجبر، ۲۰۰۳). از یک سو، کثرت کودکانی که نیاز به خدمات روان‌شناسی و روان‌پزشکی و به تبع آن نیاز به آموزش ویژه دارند و از سوی دیگر، کمبود کارشناسان آموزشی، روان‌شناسان، و درمانگران در یاری رسانی به این گروه از کودکان، لزوم مشارکت والدین (به ویژه مادران) را در امر آموزش و درمان آنان مطرح می‌کند تا بتوانند از بروز اختلال‌های رفتاری کودکان در آینده پیشگیری کنند. اگر مادران دلایل بی‌قراری کودک خود را بفهمند و روش‌هایی را یاد بگیرند تا بتوانند به کودکشان یاد دهند که چگونه خود را در شرایط ناکامی یا آشفته، آرام کند، گام بزرگی در جهت کنترل مشکلات کودک برداشته‌اند (دیویس<sup>۴</sup> و کامینگز<sup>۵</sup>، ۲۰۰۶). آموزش مادران کودکانی که به اختلال‌های رفتاری مبتلا هستند، می‌تواند در تسهیل موانع موجود در زندگی کودکان آنان و نحوه برخورد درست و سازنده و کنار آمدن با رفتارهای آنان تحولی شگرف ایجاد کند. این تحول باعث می‌شود کودک و والدین بتوانند زندگی مفید و هماهنگ با تقاضاهای جامعه داشته باشند، به طوری که کودک بتواند با خود و دیگران زندگی مطلوبی داشته باشد و رفتارش مستقل و منسجم باشد (گاتمن<sup>۶</sup>، ۱۳۹۱/۱۹۹۷). یکی از برجسته‌ترین مداخلاتی که به‌طور وسیع در مورد کودکان مبتلا به اختلال‌های رفتاری به کار می‌رود، مداخله‌های خانواده محور با تمرکز بر مادر خانواده و بر مبنای اصول یادگیری اجتماعی و هیجانی است (ساندرز<sup>۷</sup>، ۲۰۰۰). آموزش مدیریت هیجان‌ها می‌تواند در شناخت هیجان‌ها و تکانه‌ها به مادران کمک کند تا به طور صحیح به ارزیابی، ادراک، و بروز هیجان‌ها و استفاده از آنها در تفکر و عمل پردازند و

1. Neurosis
2. Antisocial
3. Gross, J.
4. Davies, P. T.
5. Cummings, E. M.
6. Gottman, J.
7. Sanders, M. R.

هیجان‌های مختلف خود از قبیل، خشم، ترس، عشق، شادمانی و جز اینها را متناسب با موقعیت و زمان و روش مناسب بروز دهند و هیجان‌های دیگران، به خصوص فرزندان خود را تشخیص دهند و متناسب با آنها واکنش نشان دهند (رادفر، حمیدی، لرستانی، ابراهیمی، میرزایی، ۱۳۸۶). از آنجا که اختلال‌های رفتاری تمام جنبه‌های زندگی فردی و اجتماعی کودکان را تحت تأثیر قرار می‌دهد (سیف نراقی و نادری، ۱۳۹۲) و از طرفی، نقش مدیریت هیجان‌ها در کاهش مشکلات اختلال‌های رفتاری در پژوهش‌های مختلف به تأیید رسیده است (گاتمن، ۱۹۹۷/۱۳۹۱) می‌تواند تا حدود زیادی اهمیت و ضرورت پژوهش یاد شده را توجیه کند، و هر تلاشی که در راستای شناسایی و تشخیص، پیشگیری، کنترل، و درمان اختلال‌های رفتاری صورت گیرد و بهداشت روانی جامعه را ارتقا بخشد، ارزشمند است. بنابراین، در صورت مؤثر بودن روش آموزشی مدیریت هیجان‌ها، نتایج این پژوهش می‌تواند مورد استفاده روان‌شناسان، معلمان، مربیان مدارس ویژه، و مادران این دانش‌آموزان و کلیه کسانی که با این افراد در ارتباط هستند قرار گیرد. از سوی دیگر، با تأمین بهداشت روانی آنان از طریق این روش، می‌توان از هدر رفتن وقت، انرژی، و هزینه‌های سنگین ناشی از مداخله‌های درمانی این گروه از دانش‌آموزان پیشگیری کرد.

### ۱-۳ اهداف پژوهش:

**الف) هدف کلی:** تعیین تأثیر آموزش مدیریت هیجان‌ها به مادران بر اختلال‌های رفتاری فرزندان پسر

### ب) اهداف اختصاصی:

- تعیین تأثیر آموزش مدیریت هیجان‌ها به مادران بر پر خاشگیری و بیش‌فعالی فرزندان پسر
- تعیین تأثیر آموزش مدیریت هیجان‌ها به مادران بر اضطراب و افسردگی فرزندان پسر
- تعیین تأثیر آموزش مدیریت هیجان‌ها به مادران بر ناسازگاری اجتماعی فرزندان پسر
- تعیین تأثیر آموزش مدیریت هیجان‌ها به مادران بر رفتارهای ضداجتماعی فرزندان پسر
- تعیین تأثیر آموزش مدیریت هیجان‌ها به مادران بر کمبود توجه فرزندان پسر

### ج) اهداف کاربردی:

- ۱- معرفی روش آموزشی مدیریت هیجان‌ها، به والدین، معلمان و مربیان به عنوان روش آموزشی مؤثر و روش درمانی مکمل در کاهش اختلال‌های رفتاری کودکان.
- ۲- تهیه بسته آموزشی مدیریت هیجان‌ها، و ارائه آن به معلمان و مربیان به عنوان روشی مؤثر در کاهش اختلال‌های رفتاری کودکان.

## ۴-۱ فرضیه‌ها:

۱. آموزش مدیریت هیجان‌ها به مادران اختلال‌های رفتاری، مشکلات رفتاری فرزندان را کاهش می‌دهد.
۲. آموزش مدیریت هیجان‌ها به مادران، پرخاشگری و بیش‌فعالی فرزندان را کاهش می‌دهد.
۳. آموزش مدیریت هیجان‌ها به مادران، اضطراب و افسردگی فرزندان را کاهش می‌دهد.
۴. آموزش مدیریت هیجان‌ها به مادران، ناسازگاری اجتماعی فرزندان را کاهش می‌دهد.
۵. آموزش مدیریت هیجان‌ها به مادران، رفتارهای ضداجتماعی فرزندان را کاهش می‌دهد.
۶. آموزش مدیریت هیجان‌ها به مادران، کمبود توجه فرزندان را کاهش می‌دهد.

## ۵-۱ متغیرها:

- ۱) متغیر مستقل: آموزش مدیریت هیجان‌ها
- ۲) متغیر وابسته: مشکلات رفتاری
- ۳) متغیر کنترل: سن (۷-۱۱ سال)، تحصیلات والدین (حداقل سیکل)، جنس فرزند (پسر).

## ۶-۱ تعریف مفاهیم و واژگان:

## تعریف نظری:

۱-۶-۱ مدیریت هیجان‌ها: توانایی تشخیص هیجان خود و دیگران و تنظیم هیجان‌ها در موقعیت‌های

اجتماعی و تعبیر و تفسیر جایگاه هیجان‌ها در توانمندی‌های انسانی می‌باشد (کزوارا<sup>۱</sup> و بولاک<sup>۲</sup>، ۲۰۰۹).

**اختلال‌های رفتاری:** رفتارهایی که عملکرد طبیعی فرد را در اجتماع مختل نموده و باعث بروز

مشکلات سازشی در فرد می‌شود، در واقع آن دسته از رفتارها ناهنجار تلقی می‌گردد که، ضمن عدم تناسب با

سن، شدید، مزمن یا مداوم باشد و گستره آن نیز شامل مشکلات برون‌سازی شده مانند بیش‌فعالی، تضاد ورزی

و پرخاشگری و نیز مشکلات گوشه‌گیری، انزوا و افسردگی است (راتر<sup>۳</sup> و گارمزی<sup>۴</sup>، ۱۹۸۳).

---

1. Koczwara, A.  
2. Bullock, T.  
3. Rutter, M. A.  
4. Garnezy, N.

## ۱-۶-۲ تعریف عملیاتی:

**مدیریت هیجان‌ها:** برنامه آموزشی که مبتنی بر آموزش مهارت‌های مدیریت و تنظیم هیجانی گراتز<sup>۱</sup> و گاندرسون<sup>۲</sup> (۲۰۰۶) می‌باشد و عبارت است از کاهش و کنترل هیجان‌های منفی و نحوه استفاده مثبت از هیجان‌ها، که در ۹ جلسه برای مادران کودکان با اختلال‌های رفتاری برگزار می‌شود.

**اختلال‌های رفتاری:** نمره‌ای است که فرد در مقیاس رفتاری راتر (۱۹۶۷)، که دارای دو فرم معلم و والدین می‌باشد، کسب می‌کند.

---

1. Gratz, K. L.  
2. Gunderson, J. G.

## مقدمه

در این فصل پیشینه پژوهشی و الگوهای نظری مرتبط با موضوع تحقیق به تفصیل مورد بحث واقع می شوند. در ابتدا متغیرهای پژوهش حاضر در سه بخش، اختلال‌های رفتاری، مشکلات خانواده و ارتباط مادر و کودک و روش‌های کاهش مشکلات رفتاری، هیجان‌ها و مدیریت هیجان‌ها، و در پایان مرور مختصری بر پژوهش‌های داخلی و خارجی مرتبط با پژوهش حاضر ارائه می‌شود.

## ۲-۱ پیشینه نظری:

## ۲-۱-۱ بخش اول: اختلال‌های رفتاری

به دلیل اینکه، حوزه اختلال‌های رفتاری به خوبی توصیف نشده است، اصطلاحات، تعاریف، برآورد، شیوع، ویژگی‌ها و علل مطرح شده نیز اغلب متفاوتند. برای اشاره به دانش‌آموزان مشکل‌آفرین، برچسب‌ها یا اصطلاحات زیادی به کار می‌روند. برچسب‌های پرکاربرد عبارتند از: آشفتگی هیجانی، اختلال رفتاری، اختلال هیجانی- رفتاری، اختلال روانی یا بیماری روانی، آسیب‌دیده رفتاری<sup>۱</sup>. برچسب‌های دیگری نیز در متون تخصصی به کار می‌روند، از قبیل: معلولیت هیجانی<sup>۲</sup>، معلولیت رفتاری، معلولیت رفتاری- هیجانی و معلولیت اجتماعی- هیجانی<sup>۳</sup>. برخی متخصصان ترجیح می‌دهند از اصطلاحات غیربالینی استفاده کنند مانند: کودکان دارای تعارض یا کودکان مشکل‌آفرین، تا تأثیر منفی برچسب‌ها و نیز ابهام موجود در اصطلاحات مختلف را کاهش دهند (هانت<sup>۴</sup> و مارشال<sup>۵</sup>، ۲۰۰۶).

تا سال ۱۹۹۷ اصطلاح «آشفتگی هیجانی جدی<sup>۶</sup>» در قوانین آموزش ویژه مورد استفاده قرار می‌گرفت، در حال حاضر اصطلاح «اختلال‌های رفتاری» توسط «کمیته کودکان با اختلال‌های رفتاری<sup>۷</sup>» پذیرفته شده است و این اصطلاح به دلیل اینکه بر جنبه‌های قابل مشاهده رفتار کودکان متمرکز است بر سایر اصطلاحات برتری دارد (کافمن، ۲۰۰۵). بسیاری از مربیان ترجیح می‌دهند به جای برچسب، از توصیف‌های رفتاری

---

1. Behaviorally impaired  
 2. Emotionally Handicapped  
 3. Socially-emotionally handicapped  
 4. Hunt, N.  
 5. Marshall, K.  
 6. Seriously emotionally disturbed  
 7. Council for Children with Behavioral Disorders

استفاده کنند. آنها معتقدند استفاده از توصیف‌های رفتاری مانع از آن می‌شود که برچسب‌های منفی به کودکان زده شود و همچنین این فرصت را به سایر متخصصان می‌دهد تا با توجه به مشاهدات شخصی‌شان در مورد این کودکان تصمیم‌گیری کنند (دایک<sup>۱</sup>، های<sup>۲</sup>، اندرسون<sup>۳</sup>، اسمیت<sup>۴</sup>، هال‌مایر<sup>۵</sup>، ۲۰۰۴). همچنین در تعریف اختلال‌های رفتاری نیز میان متخصصان توافق نظر وجود ندارد و این اختلاف‌نظر، تعریف این گروه از کودکان را با مشکل مواجه نموده است (هاردمن، درو و ویگان، ۱۳۸۹/۲۰۰۵).

## ۲-۱-۱-۱-۱ تعریف اختلال‌های رفتاری

قانون آموزش افراد دارای ناتوانی (IDEA)<sup>۶</sup> اختلال‌های رفتاری را به صورت زیر تعریف می‌کند: این اصطلاح به معنی حالتی است که در آن، کودک یک یا چند ویژگی زیر را به مدت طولانی و با شدت زیاد از خود نشان می‌دهد، به گونه‌ای که این ویژگی‌ها بر پیشرفت تحصیلی او تأثیر منفی می‌گذارند:

- ۱- ناتوانی در یادگیری که به علت عوامل هوشی، حسی یا سلامتی نباشد.
- ۲- ناتوانی در ایجاد و حفظ روابط بین فردی مناسب با همسالان و معلمان.
- ۳- نشان دادن رفتار یا احساس‌های نامناسب در موقعیت‌های طبیعی.
- ۴- گرایش به نشان دادن علائم جسمی یا ترس به دلیل مشکلات شخصی یا تحصیلی.
- ۵- حالات اندوه و افسردگی دائم.

این اصطلاح شامل کودکان مبتلا به اسکیزوفرنی نیز می‌شود ولی، کودکانی که ناسازگاری اجتماعی<sup>۷</sup> دارند در این طبقه‌بندی قرار نمی‌گیرند، مگر اینکه دارای آشفتگی هیجانی باشند (ورتنس مارگارت، کالاتا و تامکینز، ۲۰۰۷/۱۳۹۲).

کمیته کودکان استثنایی<sup>۸</sup> (۱۹۹۱) نیز در مورد اختلال‌های هیجانی- رفتاری تعریف زیر را ارائه داده

است:

اختلال‌های هیجانی- رفتاری به شرایطی اشاره دارد که پاسخ هیجانی و رفتاری کودک در مدرسه با هنجارهای فرهنگی، سنی و قومی تفاوت داشته باشد، به طوری که بر عملکرد تحصیلی فرد، مراقبت از خود، روابط اجتماعی، سازگاری فردی، رفتار در کلاس و سازگاری در محیط کار نیز تأثیر منفی گذارد. اختلال-

---

1. Dyck, M. J.  
 2. Hay, D.  
 3. Anderson, M.  
 4. Smith, L. M.  
 5. Hallmayer, J.  
 6. Individuals with Disabilities Education Act  
 7. Social maladjustment  
 8. Council for Exceptional Children

های هیجانی- رفتاری شامل پاسخ‌های قابل قبول کودک یا نوجوان به عوامل تنش‌زای محیطی نمی‌شوند. اختلال‌های هیجانی- رفتاری بر اساس داده‌هایی شناسایی می‌شوند که از منابع مختلف، در مورد کارکرد هیجانی یا رفتاری فرد گردآوری می‌شوند. این اختلال‌ها باید دست‌کم در دو موقعیت متفاوت که یکی از آنها مدرسه است تظاهر نمایند. اختلال‌های هیجانی- رفتاری می‌تواند به طور همزمان با سایر معلولیت‌ها نیز ظاهر شوند. این اختلال‌ها شامل کودکان مبتلا به اسکیزوفرنی، اختلال‌های عاطفی یا اختلال سلوک، نقص توجه و ناسازگاری نیز می‌گردد. تعریف فوق‌مزیت‌هایی بر تعریف IDEA دارد. از جمله: ۱- دربرگیرنده آسیب‌های مربوط به رفتار سازشی می‌گردد. ۲- در ارزیابی فرد هنجارهای فرهنگی و قومی مورد توجه قرار می‌گیرد. ۳- برای تغییر رفتار کودک یا نوجوان قبل از اینکه او را در گروه افراد مبتلا جای دهند تلاش می‌شود. ۴- افراد ناسازگار اجتماعی را نیز در برمی‌گیرد (هاردمن، درو و ویگان، ۲۰۰۵/۱۳۸۹). ایباکور<sup>۱</sup> (۲۰۰۱) رفتار متضاد با هنجارهای اجتماعی و موازین عامه‌پسند را به عنوان اختلال‌های رفتاری معرفی می‌کند و معتقد است، یک رفتار هنگامی به عنوان اختلال معرفی می‌گردد که برای زندگی عادی فرد و دیگران مزاحمت ایجاد نماید.

ساندز<sup>۲</sup>، کوزلسکی<sup>۳</sup> و فرنچ<sup>۴</sup> (۲۰۰۰)، رفتارهایی را که به محیط و فرصت‌های یادگیری فرد خلل وارد وارد می‌سازند به عنوان اختلال‌های رفتاری معرفی می‌کنند. با توجه به مطالب گفته شده هر تعریفی باید ساده، تا حد امکان مثبت و با شرایط مدارس کنونی متناسب باشد. تعریف باید مهارت‌های مهم مثل توجه و کنترل تکانه و نیز نقش معلم را در نظر بگیرد. هر کوششی که به منظور تفسیر اختلال‌های رفتاری برای مریان عادی، مریان ویژه و افراد عادی به عمل آید باید بر این نکته تأکید ورزد که این دانش‌آموزان در خانه، مدرسه و جامعه مشکل شدید و پایدار دارند.

### ۲-۱-۱-۲ رفتار بهنجار و نابهنجار:

تشخیص رفتار بهنجار از نابهنجار غالباً مشکل است هرچند برای تعریف رفتار بهنجار چندین مدل ارائه شده است ولی هیچ یک از تعریف‌های ارائه شده آنقدر جامع نیست که همه موارد نابهنجار یا اختلال روانی یا رفتاری را در بر گیرد بنابراین در این مورد اتفاق نظر کلی وجود ندارد (سادوک<sup>۵</sup> و سادوک، ۱۳۸۹).

در آسیب‌شناسی روانی کودکان و نوجوانان نیز بحث از بهنجار و نابهنجار و تعیین مرز مشخص بین این

1. Obiakor, F. E.  
2. Sands, D. J.  
3. Kozleski, E. B.  
4. French, N. K.  
5. Sadock, B. J.



دو کار آسانی نیست. قرار گرفتن کودک در فرایند رشد، رسش و تغییرات قابل مشاهده در رفتارهای عاطفی، شناختی و هیجانی این مشکل را دو چندان می کند و ناتوانی کودک در قضاوت بین درست و نادرست و عدم کنترل برخی از رفتارهای خود، تصمیم گیری در مورد رفتارهای او را دشوار می سازد. در اکثر موارد تفاوت بین رفتار بهنجار و نابهنجار در کودکان به وضوحی که در مورد بزرگسالان وجود دارد قابل تعیین نیست و لازم است مسئله زمان، محیط، درجه و شدت و فراوانی رفتار در نظر گرفته شود. تمام کودکان گاهگاهی رفتارهایی مانند شب ادراری یا حملات قشقرق نشان می دهند. چنین رفتاری ممکن است نتیجه استرس خاص بوده و پاسخی بهنجار در مرحله خاصی از رشد باشد، پیت<sup>۱</sup> (۱۹۶۳)، کودک با اختلال رفتاری را کودکی می داند که رفتارهایش به اندازه ای نامناسب است که شرکت او در کلاس باعث از هم گسیختن حواس یا آشفتگی ذهنی سایر همسالان باشد و نیز فشاری بیش از حد به معلم وارد کند. کودکی که به علت جسمی یا تأثیرات محیطی، به طور مزمن دارای یکی از ویژگی های زیر باشد، کودکی با اختلال رفتاری است:

۱- ناتوانی در یادگیری متناسب با بهره هوشی، توانایی حسی - حرکتی و رشد فیزیکی

۲- ناتوانی در پاسخگویی به شرایط زندگی روزمره

۳- ناتوانی در ایجاد و حفظ روابط اجتماعی مناسب

۴- رفتارهای افراطی (سیف نراقی و نادری، ۱۳۹۲).

کرک<sup>۲</sup> و گالاگر<sup>۳</sup> و آناستازیو<sup>۴</sup> (۲۰۰۰) رفتاری را انحرافی یا هیجانی تلقی می کنند که ضمن نامناسب بودن با سن فرد، شدید، مزمن یا مداوم باشد و گستره آن شامل رفتارهای بیش فعالی و پرخاشگرانه تا رفتارهای گوشه گیرانه باشد. ویژگی این رفتارها این است که اولاً تأثیر منفی بر فرآیند رشد و انطباق مناسب با محیط کودک دارد ثانیاً برای زندگی دیگران و استفاده آنها از شرایط موجود مزاحمت به وجود می آورد.

## ۲-۱-۱-۳ ملاک های اختلال رفتاری

با توجه به آنچه ذکر شد اختلال رفتاری نیز نوعی رفتار نابهنجار می باشد که در اینجا ملاک های آنها

مورد بررسی قرار می گیرد:

1. Pate, M.

2. Kerc, S. A.

3. Gallagher, J. J.

4. Anastasiow, N. J.

## ۱- تناسب با سن

کودکان در سنین گوناگون به گونه‌های متفاوت رفتار می‌کنند بنابراین کسانی که با کودک کار می‌کنند باید با دامنه رفتار در سنین مختلف آشنا باشند تا رفتار بهنجار را از نابهنجار تفکیک کنند (شکوهی یکتا و پرند، ۱۳۸۷).

## ۲- تداوم

هنگام بررسی درباره رفتار نابهنجار همواره باید دقت کرد که رفتار دشوار از چه زمانی شروع شده، چه نوسانی داشته و به چه صورت ادامه داشته است. با توجه به اینکه بعضی از رفتارهای دشوار کودکان در مراحل خاصی از رشد بروز می‌کند و زمانی می‌توان آنها را اختلال نامید که بعد از این دوره، رشد نیز ادامه داشته باشد. برای مثال مکیدن انگشت در دوران شیرخوارگی یک عمل طبیعی محسوب می‌شود ولی اگر این عمل در مراحل بعدی رشد به شدت ادامه یابد و منجر به بروز مشکلات دیگر از جمله گوشه‌گیری، پرخاشگری و غیره شود اختلال محسوب می‌شود (لطفی و وزیری، ۱۳۸۸).

## ۳- هنجارهای اجتماعی، فرهنگی

شاید جامع‌ترین ملاک برای قضاوت در مورد اختلال رفتاری نقش هنجارهای اجتماعی - فرهنگی باشد که سالیان قبل توسط انسان‌شناسی بنام روت بندیکت<sup>۱</sup> (۱۹۳۴) به صورتی مؤثر شرح داده شده است. وی پس از مطالعه وسیعی که در مورد فرهنگ‌های مختلف به عمل آورد ابراز داشت که هر جامعه رفتارهای معینی را انتخاب می‌کند که مناسب آن است و افراد خود را به گونه‌ای پرورش می‌دهند تا طبق آن عمل کنند. افرادی که بر اثر موضع‌گیری‌های قبلی، خلق و خو یا تجربه‌های اکتسابی این رفتارها را از خود بروز ندهند اجتماع آنها را افرادی منحرف می‌شناسد. هنجارهای فرهنگی، در مورد کودکان و بزرگسالان هر دو مصداق دارد (ویکس‌نلسون<sup>۲</sup> و ایزرائل<sup>۳</sup>، ۱۳۸۷/۱۹۸۴).

## ۴- دامنه اختلال

مشکلات محدود نگرانی کمتری را ایجاد می‌کنند در حالی که مشکل هرچه فراگیرتر باشد موجب نگرانی بیشتر می‌شود. علائم منحصر به فرد ممکن است جای نگرانی زیادی نداشته باشند در حالی که هرچه علائم شدیدتر و متنوع‌تر و بیشتر می‌شوند مشکلات و در نتیجه نگرانی‌ها و ناتوانی‌های بیشتری را به وجود می‌آورند و در نتیجه قضاوت درباره ناهنجار بودن رفتار آسانتر خواهد بود (غباری‌بناب و میرنسب، ۱۳۹۳).

1. Benediccate, R.

2. Wicks-Nelson, R.

3. Israel, A. C.

## ۵- تناسب با جنس

یکی از یافته‌های بارز در زمینه اختلال‌های رفتاری این است که در پسران اختلال‌های رفتاری از تنوع و گستردگی بیشتری در مقایسه با دختران برخوردار است. این گستردگی شامل اختلال شدید روانی، تحرک بیش از حد، خیس کردن رختخواب، رفتارهای ضد اجتماعی و مشکلات یادگیری است. در دختران این اختلال‌های رفتاری بیشتر به شکل کمرویی شدید، ترس و اضطراب و گلابه از وضعیت جسمانی و مشابه آن است (ساندز، کوزلسکی و فرنچ، ۲۰۰۲).

## ۶- موقعیت

رفتارهای نامطلوب در هر جامعه و در همه موارد تکرار می‌شود. به عبارت دیگر معمولاً اینگونه رفتارها در هر موقعیتی از کودک سر می‌زند. برای مثال ترسیدن کودک غیر عادی نیست اما اگر این ترس در موارد و موقعیت‌های زیادی وجود داشته باشد غیر عادی است. همچنین افسردگی زمانی اختلال محسوب می‌شود که فرد در هر موقعیتی این حالت را داشته باشد اما چنانچه فردی به خاطر از دست دادن یکی از عزیزان افسرده و غمگین باشد اختلال محسوب نمی‌شود

به طور کلی برای اینکه بتوانیم بگوییم یک رفتار اختلال است یا نه بایستی معلوم کنیم که آیا رفتار مورد نظر در رشد و گسترش سازگاری و بهزیستی کودک تولید اشکال خواهد کرد یا نه؟ این پیش بینی مستلزم در نظر گرفتن فراوانی، شدت و تداوم رفتار مورد نظر است. همانطور که ذکر شد بسیاری از مواردی را که به عنوان مشکل رفتاری در کودکان توصیف می‌شوند می‌توان به عنوان مشکل خاصی در نظر گرفت اما آن دسته از مشکلات رفتاری که از نظر شدت، فراوانی تداوم از سن خاص آنها انتظار نمی‌رود می‌تواند آسیب روانی به دنبال داشته و پیش بینی کننده اختلال‌های بعدی باشد (فرهادی ثابت، ۱۳۷۲).

## ۲-۱-۱-۴ ویژگی‌های اختلال‌های رفتاری

در اکثر تعاریف معتبری که از اختلال‌های رفتاری، توسط متخصصان ارائه شده بر چند ویژگی تأکید بیشتری شده است و کودکانی که دارای اختلال‌های رفتاری هستند معمولاً تعدادی از این رفتارها را از خود بروز می‌دهند:

- ۱- مشکلات شدید یادگیری، که موجب شکست این دانش‌آموزان در مدرسه شده و آنها معمولاً به لحاظ تحصیلی دو سال یا بیشتر از همسالان خود عقب‌ترند.
- ۲- مشکلات شدید در ایجاد یا حفظ روابط رضایت‌بخش با دیگران.

- ۳- طرد و انزوای اجتماعی، بالا بودن نرخ وقوع رفتار نامناسب، اضطراب و غمگینی زیاد.
- ۴- نشان دادن رفتارهای زشت و نامتناسب با سطح سنی و استانداردهای فرهنگی و اجتماعی.
- ۵- شکایت از بیماری‌های روان‌تنی، به ویژه دردهای معده، تهوع و سردرد
- ۶- نشان دادن رفتارهای ناپذیرفتنی به طور مداوم و حداقل در دو محیط، که یکی از این محیط‌ها مدرسه است (به مدت سه تا شش ماه یا بیشتر) (ترنبال<sup>۱</sup>، ترنبال، شانک<sup>۲</sup> و اسمیت<sup>۳</sup>، ۲۰۰۴).

## ۲-۱-۱-۵ طبقه‌بندی اختلال‌های رفتاری

با توجه به اینکه اختلال‌های رفتاری دامنه وسیعی دارند و بسیاری از مشکلات را در بر می‌گیرند تاکنون در مورد اختلال‌های رفتاری طبقه‌بندی واحدی که مورد توافق متخصصان باشد صورت نپذیرفته و هر نوع طبقه‌بندی از سوی عده‌ای از متخصصان مورد انتقاد قرار گرفته است (کرک، گالاگر و آناستازیو، ۲۰۰۰). در این قسمت به چند طبقه‌بندی که از سوی متخصصان صورت گرفته است پرداخته می‌شود.

کوای<sup>۴</sup> و پترسون<sup>۵</sup> (۱۹۸۷) اختلال‌های رفتاری را در شش طبقه دسته‌بندی کرده‌اند، که عبارتند از:

- ۱- اختلال سلوک: افراد مبتلا مخرب، آزار دهنده، جنجال برانگیز، بدخلق و در پی جلب توجه و خودنمایی هستند.
- ۲- پرخاشگری اجتماعی: سرقت، وابستگی به گروه‌های بزهکار، گریز از مدرسه و زیرپا گذاشتن ارزش‌های اخلاقی، اجتماعی و قانون از ویژگی‌های افراد مبتلا است.
- ۳- مشکلات مربوط به توجه: میزان توجه و تمرکز حواس افراد مبتلا بسیار پایین است. آنها در پاسخگویی به سؤالات تفکر چندانی نمی‌کنند و توجه آنها به آسانی از تکلیفی که در حال انجام آن هستند منحرف می‌شود. سست، بی‌علاقه، کند و تنبل هستند.
- ۴- اضطراب- گوشه‌گیری: افراد مبتلا بسیار تحریک‌پذیر و حساسند، احساس‌های آنها به آسانی جریحه‌دار می‌شود و به طور کلی ترسو، مضطرب، افسرده و غمگین هستند.
- ۵- روان‌نژندی<sup>۶</sup>: توهم و هذیان، صحبت‌های تکراری و نمایش رفتارهای عجیب و غریب از ویژگی‌های بارز آن به شمار می‌رود.

1. Turnbull, A. P.  
2. Shank, M.  
3. Smith, S.  
4. Quay, H. C.  
5. Peterson, D. R.  
6. Neurosis