

# ارتباط ابعاد سرشت و منش با بازداری پاسخ در دانش آموزان پسر دارای نشانه‌های اختلال سلوک

پرویز شریفی درآمدی<sup>۱</sup>، محمدجواد بگیان کوله مرز<sup>۲\*</sup>، نصرالله ویسی<sup>۳</sup>، مجتبی بختی<sup>۴</sup>، حافظ پادروند<sup>۵</sup>

۱. عضو هیئت علمی دانشگاه علامه طباطبایی، گروه روانشناسی کودکان با نیازهای خاص، تهران، ایران
۲. کارشناس ارشد روانشناسی بالینی، دانشگاه محقق اردبیلی، اردبیل، ایران (نویسنده مسئول)
۳. کارشناس ارشد روانشناسی کودکان استثنایی دانشگاه علامه طباطبایی، تهران، ایران
۴. کارشناس ارشد روانشناسی عمومی، دانشگاه فردوسی مشهد، مشهد، ایران
۵. کارشناس ارشد روانشناسی کودکان استثنایی دانشگاه علامه طباطبایی، تهران، ایران

## چکیده

**مقدمه:** در مورد ارتباط ابعاد سرشت و منش با بازداری پاسخ در دانش آموزان دارای نشانه‌های اختلال سلوک، اطلاعات اندکی موجود است. مطالعات اخیر حاکی از آن است که ابعاد سرشت و منش بر بازداری پاسخ دانش آموزان دارای نشانه‌های اختلال سلوک تأثیر می‌گذارند. هدف پژوهش حاضر تعیین ارتباط ابعاد سرشت و منش با بازداری پاسخ در دانش آموزان پسر دارای نشانه‌های اختلال سلوک بود.

**روش:** روش این پژوهش از نوع همبستگی است. جامعه آماری این پژوهش را کلیه دانش آموزان پسر سال اول راهنمایی شهرستان کوه‌دشت که در سال تحصیلی ۹۲-۹۱ مشغول به تحصیل بودند تشکیل می‌دهند. نمونه پژوهش شامل ۹۰ نفر از دانش آموزان پسر سال اول راهنمایی بود که از میان (N=۱۰۰۰) دانش آموز به روش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب شدند. برای جمع‌آوری داده‌ها، از پرسشنامه ابعاد سرشت و منش، آزمون رنگ-واژه استروپ، مصاحبه بالینی ساختاریافته و چک‌لیست علائم مرضی کودک استفاده شده است. داده‌های پژوهش با استفاده از ضریب همبستگی پیرسون و رگرسیون چند متغیری تجزیه و تحلیل شدند.

**نتایج:** نتایج نشان داد که نوجویی، آسیب پرهیزی، پاداش وابستگی، پشتکار همکاری، خود فراروی و خود راهبری با بازداری پاسخ دانش آموزان دارای اختلال سلوک رابطه معنی‌داری دارند ( $P < 0.05$ ).

**بحث و نتیجه‌گیری:** این نتایج حاکی است که ابعاد سرشت و منش با بازداری پاسخ مرتبط هستند. این نتایج نیز تلویحات مهمی در زمینه پیشگیری، آسیب‌شناسی و درمان اختلال سلوک دارد.

**کلید واژه‌ها:** اختلال سلوک، بازداری پاسخ، سرشت، منش، دانش آموزان

\*Email: Javadbagiyani@yahoo.com

دوفصلنامه علمی - پژوهشی

## روانشناسی بالینی و شخصیت

(دانشور رفتار)

دوره ۱۳، شماره ۲، پیاپی ۲۵  
پاییز و زمستان ۱۳۹۴  
صص: ۳۳-۴۲

تاریخ دریافت: ۱۳۹۲/۰۶/۱۲

تاریخ پذیرش: ۱۳۹۳/۰۱/۲۰

Biannual Journal of

## Clinical Psychology & Personality

(Daneshvar-e-Raftar)

Vol. 13, No. 2, Serial 25

Autumn & Winter  
2015-2016

pp.: 33-42

## مقدمه

در بین اختلالات روان‌پزشکی کودکان و نوجوانان، اختلال سلوک از وخیم‌ترین اختلالات و نیز از عمده‌ترین دلایل ارجاع به مراکز درمانی است [۱]. مشخصه‌ی اصلی این اختلال، طبق متن تجدیدنظر شده چهارمین راهنمای تشخیصی و آماری اختلال‌های روانی، الگوی پایدار از رفتار تکراری است که در آن حقوق اساسی دیگران و یا هنجارها و قواعد عمده اجتماعی متناسب با سن نادیده گرفته می‌شود [۲].

این الگوهای رفتاری معمولاً در طول زمان پایدار هستند [۳]. علائم این اختلال اغلب با گذشت زمان شدت یافته و در سنین نوجوانی منجر به درگیری با مراجع قانونی می‌گردد [۱]. در نتیجه، بسیاری از مبتلایان به این اختلال فرصت شرکت در درمان به‌موقع را از دست می‌دهند. به‌عبارت‌دیگر، علاوه بر دشواری‌های خاص درمان این اختلال به دلیل ماهیت ویژه آن، بزهکاری و درگیر شدن با مراجع قانونی بر مشکلات موجود بر سر راه درمان این اختلال می‌افزاید. مطالعات نشان می‌دهند بیش از نیمی از جرائم و تخلفات صورت گرفته توسط بزهکاران را کسانی مرتکب می‌شوند که از کودکی به اختلال سلوک مبتلا بوده‌اند [۴]. فارینگتون و اسمیت<sup>۱</sup> میزان شیوع این اختلال را در کودکان ۸ تا ۱۶ ساله ۵ تا ۱۰ درصد برآورد کرده‌اند [۵]. همچنین این اختلال با اختلال کمبود توجه/ بیش‌فعالی [۶، ۷] اختلال نافرمانی مقابله‌ای [۸] کناره‌گیری اجتماعی [۹] افسردگی، اضطراب، امتناع از رفتن به مدرسه [۱۰] اختلالات شخصیت [۱۱] کارکردهای آسیب‌شناختی و رفتارهای ضداجتماعی [۱۲]، [۱۳] و دیگر مشکلات روانی مرتبط است. بازداری پاسخ<sup>۲</sup> یکی از متغیرهای مهمی است که در زیرمجموعه کارکردهای اجرایی جای می‌گیرد [۱۴] و عموماً به‌عنوان ممانعت از یک پاسخ غالب تعریف می‌شود [۱۵]. فقدان بازداری یا بازداری زدایی با سازه‌های توجه و تکانشگری در ارتباط است. درواقع فقدان بازداری پاسخ به‌صورت پاسخ‌دهی سریع و غیر صحیح خود را نشان می‌دهد.

عدم بازداری پاسخ در کودکان سبب می‌شود قبل از اینکه تکلیف را بفهمند، قبل از اینکه اطلاعات کافی در اختیار داشته باشند، پاسخ می‌دهند؛ به‌آسانی توسط محرک‌های مزاحم، توجهشان منحرف می‌شود (حواس‌پرتی) و یا در تصحیح پاسخ‌های نامناسب مشخص شکست می‌خورند [۱۶، ۱۷]. توانایی برای سرکوب کردن افکار، اعمال و هیجان‌ها از مؤلفه اصلی

بازداری و به‌عنوان یک تنظیم‌کننده اصلی رفتار است [۱۸، ۱۹]. افراد دارای نشانه‌های اختلال سلوک با حساسیت افراطی به پاداش و کمبود بازداری پاسخ مرتبط هستند [۲۰]. در پژوهشی نشان داده شد که کودکان دارای اختلال سلوک به پاداش واکنش نشان می‌دهند و به افزایش تنبیه بی‌اعتنا هستند [۲۱]. محققان معتقدند که بازداری، مهم‌ترین مؤلفه کارکردهایی اجرایی است که در مبتلایان به اختلال سلوک دچار نقص می‌شود [۲۲]. شواهد پژوهشی نیز حاکی از نقص در بازداری پاسخ در افراد مبتلا به اختلال کمبود توجه/ بیش‌فعالی، اختلال نافرمانی مقابله-ای است [۲۳، ۲۴].

یکی از متغیرهای تأثیرگذار بر اختلال سلوک، سرشت و منش<sup>۳</sup> است. کلونینجر<sup>۴</sup> تلاش کرده است با نگاه و تأکید بر پارامترهای زیست‌شناختی، یک چارچوب نظری محکم در باب شخصیت پدید آورد که هم شخصیت بهنجار و هم نابهنجار را در برمی‌گیرد. بر اساس این دیدگاه شخصیت از اجزای سرشتی و منشی تشکیل شده است [۲۵]. سرشت، اساس وراثتی هیجانات و یادگیری‌هایی است که از طریق رفتارهای هیجانی و خودکار کسب می‌شود و به‌عنوان عادات قابل مشاهده در اوایل زندگی فرد دیده می‌شود و تقریباً در تمام طول زندگی ثابت باقی می‌ماند [۲۶]. کلونینجر مدل عصبی-زیستی<sup>۵</sup> خود را برای توضیح ابعاد سرشت ارائه کرد [۲۷، ۲۸]. سامانه‌های سرشتی در مغز دارای سازمان‌یافتگی کارکردی<sup>۶</sup> متشکل از سامانه‌های متفاوت و مستقل از یکدیگر برای فعال‌سازی، تداوم و بازداری رفتار در پاسخگویی به گروه‌های معینی از محرک‌ها است. فعال‌سازی، تداوم و بازداری رفتار در پاسخگویی به گروه‌های معینی از محرک‌ها است. کلونینجر چهار بعد برای سرشت معرفی کرده است: نوجویی<sup>۷</sup>، به‌صورت تمایل به پاسخگویی فعالانه به محرک‌های جدید که منجر به جستجوی پاداش و اجتناب از تنبیه می‌شود. آسیب‌پرهیزی<sup>۸</sup>، به تمایلی در جهت پاسخ‌های بازداری شده به علائمی از جانب محرک بیزارکننده مطابقت دارد که منجر به اجتناب از تنبیه و عوامل غیر پاداش‌دهنده می‌شود. وابستگی به پاداش<sup>۹</sup>، به‌صورت پاسخی مثبت به علائم پاداش تعریف شده است که خاموش‌سازی رفتاری را حفظ می‌کند و یا در برابر آن پایداری به خرج می‌دهد. پشتکار<sup>۱۰</sup>، به نظر می‌رسد که به مفهوم وابستگی به پاداش بسیار نزدیک باشد [۲۹، ۳۰، ۲۸]. منش شامل دریافت‌های منطقی درباره خود، دیگران و جهان است و عمدتاً اشاره به عملکردهای بین فردی و تفاوت‌های فردی در روابط موضوعی خود دارد که به‌صورت نتیجه‌ای از تعاملات غیرخطی میان خلق و خو، محیط خانوادگی و تجارب فردی تحول می‌یابد [۲۸، ۳۰، ۳۱]. کلونینجر [۳۰] سه بعد را برای منش در نظر گرفته است: خودراهبری<sup>۱۱</sup> که اشاره به توانایی شخص برای کنترل نظم و ترتیب و سازگاری رفتاری متناسب با محیط و انتخاب اهداف و ارزش‌ها تعریف شده است. همکاری<sup>۱۲</sup>، شناسایی تفاوت‌های فردی همراه با پذیرش سایر افراد توصیف شده است. درحالی‌که خود فراروی<sup>۱۳</sup> منشی است که با معنویت مرتبط است [۳۲].

<sup>1</sup> Farington & Smith

<sup>2</sup> Respons Inhibition

<sup>3</sup> Temperament and Character

<sup>4</sup> Cloninger

<sup>5</sup> Neurobiological

<sup>6</sup> Functionally organized

<sup>7</sup> Seeking Novel

<sup>8</sup> Harm Avoidance

<sup>9</sup> Reward Dependence

<sup>10</sup> Persistence

<sup>11</sup> Self- direction

<sup>12</sup> Cooperative

<sup>13</sup> Self- transcendence

حاضرتهیین ارتباط ابعاد سرشت و منش با بازداری پاسخ در دانش آموزان پسر دارای نشانه‌های اختلال سلوک است.

## روش

### نوع پژوهش

این پژوهش زمینه‌یابی و از نوع همبستگی است. در این پژوهش ابعاد سرشت و منش به عنوان متغیرهای پیش‌بین و بازداری پاسخ و نشانه‌های اختلال سلوک به عنوان متغیرهای ملاک مطالعه محسوب می‌شوند.

### آزمودنی

الف) جامعه آماری: جامعه آماری این پژوهش را کلیه دانش آموزان پسر سال اول راهنمایی شهرستان کوهدشت که در سال تحصیلی ۹۱-۹۲ در شهرستان کوهدشت مشغول به تحصیل بودند تشکیل می‌دهند ( $N=1000$ ).

ب) نمونه پژوهش: نمونه این تحقیق، ۹۰ نفر از دانش‌آموزان پسر دارای علائم و نشانه‌های اختلال سلوک بود که به روش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب شدند. بدین معنی که همه دانش‌آموزانی که بر اساس قضاوت و پاسخ معلم به پرسشنامه علائم مرضی کودک، در مقیاس علائم مرضی کودک نمره ۳ یا بالاتر به دست آوردند، به عنوان افرادی که دارای علائم و نشانه‌های اختلال سلوک هستند انتخاب شدند. بعلاوه مصاحبه روان-پزشکی با معلم کودک و مشاهده رفتارهای کودک در بین همسالان توسط محققین نیز انجام شد. سپس دانش‌آموزانی که در آزمون فوق نمره بالا گرفته بودند، مورد مصاحبه بالینی ساختاریافته قرار گرفتند و در نهایت ۹۰ نفر از دانش‌آموزان دارای اختلال سلوک به عنوان نمونه تحقیق انتخاب شدند. با توجه به اینکه در تحقیقات همبستگی حداقل نمونه بایستی ۳۰ نفر باشد [۴۳] اما در این تحقیق به خاطر افزایش اعتبار بیرونی ۹۰ نفر دارای نشانه‌های اختلال سلوک، به عنوان نمونه تحقیق انتخاب شدند. ابزار گردآوری داده‌ها در این پژوهش مشتمل بر سه پرسشنامه بود.

### ابزارهای پژوهش

۱) پرسشنامه علائم مرضی کودک: این پرسشنامه یک مقیاس درجه‌بندی رفتار است که توسط اسپرافکین و گادو [۴۴] به‌منظور غربال اختلال‌های رفتاری و هیجانی در کودکان سنین ۵ تا ۱۲ ساله و بر اساس چهارمین راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی طراحی شده است و دارای دو فرم والد و معلم است [۴۵] در پژوهش حاضر، فقط از چک لیست معلمان و ۴۰ عبارت اول آن (گروه A، B و C) استفاده شده است که به ترتیب اختلالات نقص توجه-بیش‌فعالی، نافرمانی مقابله‌ای و اختلال سلوک را مورد سنجش قرار می‌دهد. مطالعاتی که در زمینه اعتبار و روایی پرسشنامه علائم مرضی کودک انجام گرفته است، کاربرد پرسشنامه فوق را در موقعیت‌های آموزشی، بالینی و پژوهشی مورد تأیید قرار می‌دهند و این پرسشنامه از روایی و

در مطالعات مختلف به نمرات بالا در نوجویی و آسیب‌پرهیزی و نمرات پایین در پاداش وابستگی [۳۳، ۳۴] و نمرات پایین در ابعاد منش [۳۵] در افراد دارای کمبود توجه/بیش‌فعالی اشاره شده است.

وَنگوزن<sup>۱</sup> [۳۶] در مطالعه‌ای به این نتیجه دست یافت که ترس کمتر از تنبیه و فعالیت پایین فیزیولوژیکی در افراد مبتلابه اختلال سلوک به جستجو برای تحریک (نوجویی) یا اجتماعی نشدن آن‌ها مربوط می‌باشد. زیگلر-هیل، آبراهام [۳۷] نشان دادند که افرادی که مستعد شخصیت‌های ضداجتماعی هستند در ابعاد منش (خودراهبردی، همکاری و خودفراروی) نمرات پایین-تری می‌گیرند. همچنین نتایج نشان داد این افراد در ابعاد سرشت نوجویی و وابستگی پاداش نیز نمرات بالاتری دریافت می‌کنند. اوپرین<sup>۲</sup> [۳۸] در پژوهشی دریافت که افراد دارای اختلال بی‌اعتنایی مقابله‌ای و اختلال سلوک در تسلط پاداش دچار نقص هستند. کیم، چو، کیم، کیم، شاین و یو<sup>۳</sup> [۳۹] در پژوهشی به این نتیجه رسیدند که افراد دارای بی‌اعتنایی مقابله‌ای و اختلال سلوک سطوح بالایی از نوجویی و سطوح پایینی از خود راهبری و همکاری را دارند و بیشتر در معرض خطر مشکلات رفتاری قرار دارند. همچنین نمرات بالاتر در نوجویی و نمرات پایین‌تر در پاداش وابستگی، پشتکار، خود راهبری و همکاری و عدم تفاوت بین نمرات آسیب‌پرهیزی در پسران مبتلابه کمبود توجه/بیش‌فعالی نسبت به گروه کنترل [۴۰] و نمرات پایین در آسیب‌پرهیزی و نمرات پایین‌تر در ابعاد همکاری و خود راهبری در افراد مبتلابه اختلال شخصیت مرزی نسبت به افراد مبتلابه کمبود توجه/بیش‌فعالی گزارش شده است [۴۱]. امروزه این اختلال به دلایل گوناگونی مورد توجه دانشمندان و پژوهشگران قرار گرفته است. نخست آنکه این اختلال برای بسیاری از دانش‌آموزان مشکل قابل توجهی ایجاد می‌کند و بر عملکرد شناختی، هیجانی، اجتماعی، خانوادگی آنان و سپس در بزرگسالی، بر عملکرد شغلی و زناشویی آنان تأثیر می‌گذارد.

دوم، سبب‌شناسی و درمان این اختلال هنوز به‌طور کامل مشخص نشده است. سوم، به نظر می‌رسد شناخت بهتر اختلال سلوک به شناخت بهتر بسیاری از اختلال‌های همبود با آن همچون اختلال نقص توجه / بیش‌فعالی بیش‌فعالی، اختلال نافرمانی مقابله‌ای و ناتوانی یادگیری کمک می‌کند [۴۲]. با توجه به این‌که این اختلال، شیوع نسبتاً بالای را در مقطع ابتدایی داشته و پسرها بیشتر از دختران به اختلال سلوک مبتلا می‌شوند و از طرف دیگر برای کنترل و درمان این اختلال در ایران تحقیقات کمی در زمینه مداخله‌های درمانی و غیر دارویی با توجه به عوارض و محدودیت‌های درمان دارویی انجام گرفته است، با توجه به افزایش شیوع این اختلال در کشور توجه پژوهشگر را به خود جلب نموده که این عوامل ازجمله ضرورت‌های انجام این پژوهش بود؛ بنابراین هدف پژوهش

<sup>1</sup> Van Goozen

<sup>2</sup> obedient

<sup>3</sup> Kim, Cho, Kim, Kim, Shin & Yeo

راهنمایی پسرانه، ۱۰ مدرسه به تصادف انتخاب شد. سپس با مراجعه به مدارس انتخاب‌شده، بر اساس لیست دانش‌آموزان از هر کلاس ۳-۴ دانش‌آموز به تصادف انتخاب شد. سپس از معلم کلاس درخواست شد که پرسشنامه علائم مرضی کودک فرم معلم را، برای هر دانش‌آموز پر کند. دانش‌آموزانی که نمره ۳ یا بالاتر را در مقیاس اختلال سلوک و نمره‌ای زیر نقطه برش ۷ در مقیاس کمبود توجه/بیش‌فعالی این پرسشنامه را کسب کردند، انتخاب شدند تا توسط روان‌شناس بالینی مورد مصاحبه ساختاریافته قرار گیرند. بعد از شناسایی و مصاحبه بالینی دانش‌آموزان دارای اختلال سلوک، ابتدا پرسشنامه ابعاد سرشت و منش را تکمیل نمودند و سپس به صورت عملی آزمون رنگ واژه استروپ روی آن‌ها اجرا شد.

### شیوه تحلیل داده‌ها

داده‌های جمع‌آوری شده با ضریب همبستگی پیرسون و رگرسیون چند متغیری به روش گام‌به‌گام مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفتند.

### نتایج

میانگین و انحراف معیار سن آزمودنی‌ها به ترتیب ۱۱/۱۲ و ۱/۱۴ می‌باشد. ۱۶/۳۶ درصد نوجوانان تک‌فرزند، ۲۹/۱۸ درصد دارای یک خواهر و برادر، ۲۶/۷ درصد دارای دو خواهر و برادر و ۲۷/۷۶ درصد دارای سه و بیشتر خواهر و برادر هستند. ۸۸/۶۹ درصد مادران نوجوانان خانه‌دار و ۱۱/۳۱ درصد آن‌ها شاغل بودند. ۲۵ درصد پدران نوجوانان کارمند و ۷۵ درصد آن‌ها دارای شغل آزاد بودند. ۴۵ درصد پدران دانش‌آموزان دارای نشانه‌های سلوک بی‌سواد ۱۴ درصد تحصیلات سیکل، ۲۷ درصد تحصیلات دیپلم، ۱۰ درصد پدران فوق‌دیپلم و ۴ درصد دارای تحصیلات لیسانس بودند. ۸۴/۳ درصد مادران نوجوانان تحصیلات زیر دیپلم، ۱۵/۷ درصد آن‌ها دیپلم دارند.

همان‌طور که در جدول ۱ مشاهده می‌شود میانگین و (انحراف معیار) نمرات نوجویی ۱۰/۱۱ و (۳/۸۳)، آسیب‌پرهیزی ۱۲/۲۱ و (۴/۵)، پاداش‌وابستگی ۹/۵۶ و (۳/۶۳)، پشتکار ۳/۸۲ و (۱/۲۱)، خودراهبری ۱۱/۴۷ و (۳/۲۴)، همکاری ۱۶/۳۶ (و ۴/۷۸)، خودفراروی ۱۰/۲۴ و (۳/۶۵)، بازداری پاسخ ۴/۸۹ و (۱/۷۵) و اختلال سلوک ۸/۸۷ و (۲/۲۳) می‌باشد. همان‌طور که در جدول ۲ مشاهده می‌شود نتایج ضریب همبستگی پیرسون نشان داد که نوجویی ( $r = 0/632$ )، آسیب‌پرهیزی ( $r = 0/352$ )، پاداش‌وابستگی ( $r = -0/454$ )، پشتکار ( $r = -0/215$ )، خودراهبری ( $r = -0/219$ )، همکاری ( $r = -0/294$ )، خودفراروی ( $r = -0/187$ ) با بازداری پاسخ رابطه معناداری دارند ( $P < 0/05$ ). همچنین نتایج نشان داد که پاداش‌وابستگی ( $r = -0/271$ )، پشتکار ( $r = -0/239$ )، همکاری ( $r = -0/269$ )، خودفراروی ( $r = -0/288$ ) با نشانه‌های اختلال سلوک رابطه معناداری دارند ( $P < 0/05$ )، اما نوجویی، آسیب‌پرهیزی و خودراهبردی ارتباطی معناداری با نشانه‌های اختلال سلوک نشان ندادند.

اعتبار لازم به‌منظور شناسایی و غربال کودکان دارای اختلال‌های هیجانی و رفتاری در جمعیت‌های بالینی و مدرسه در تفکیک آن‌ها از نمونه‌های غیر بالینی برخوردار است [۴۵]. پژوهش‌های انجام‌شده در ایران روی فرم معلم با روش بازآزمایی ضریب اعتبار را ۰/۸۹ تا ۰/۹۶ گزارش کرده‌اند [۴۵]. ضریب آلفای کرونباخ این پرسشنامه در پژوهش حاضر ۰/۸۸ به دست آمد که نشان‌دهنده پایایی مطلوب این مقیاس برای فرهنگ ایرانی می‌باشد.

۲) پرسشنامه سرشت و منش: پرسشنامه سرشت برای اندازه‌گیری سرشت و منش ساخته شده است. این پرسشنامه ۱۲۵ سؤال دارد و هر آزمودنی به این سؤالات به صورت صحیح و غلط پاسخ می‌دهد. در این پرسشنامه ۴ بعد سرشت (نوجویی، اجتناب از آسیب، وابستگی به پاداش و پشتکار) و ۳ بعد منش (خودراهبری، همکاری و خودفرا روی) را مورد سنجش قرار می‌گیرد [۲۹]. در پژوهشی ضریب آلفای کرونباخ پرسشنامه را بالای ۰/۶۸ گزارش کردند [۴۶]. کاپیانی [۲۵] ضریب پایایی بازآزمایی این پرسشنامه را در مقیاس‌های ۷ گانه از ۰/۶۱ تا ۰/۹۶ به دست آوردند. ضرایب پایایی این پرسشنامه در پژوهش حاضر برای خرده مقیاس‌های سرشت و منش بین ۰/۶۴ تا ۰/۸۶ به دست آمد که نشان‌دهنده پایایی مطلوب این مقیاس برای فرهنگ ایرانی می‌باشد.

۳) آزمون رنگ-واژه استروپ: آزمون استروپ یک مقیاس کلاسیک از پردازش توجه و توانایی تغییر آمایی شناختی است. این آزمون از چهار کارت تشکیل شده است: خواندن واژه (کارت اول)، نامیدن رنگ (کارت دوم)، خواندن واژه‌ها بدون توجه به رنگ (کارت سوم) و گفتن رنگ واژه‌ها بدون توجه به چیزی که نوشته شده است (کارت چهارم). هر کارت ۲۵ محرک را نشان می‌دهد که به ترتیب در ۵ سطر و ۵ ستون تنظیم شده‌اند. ضریب پایایی بازآزمایی برای زمان واکنش مرحله اول ۰/۶ و برای تعداد خطاهای همین مرحله ۰/۵۵ به دست آمد. در مرحله دوم آزمایش زمان واکنش ضریب پایایی ۰/۸۳ و برای تعداد خطاها ضریب ۰/۷۸ محاسبه گردید و در مرحله سوم آزمایش ضریب پایایی برای زمان واکنش ۰/۹۷ و برای تعداد خطاها ۰/۷۹ بود [۴۷].

۴) مصاحبه بالینی ساختاریافته: نوعی مصاحبه تشخیصی که در آن درمانگر سؤالاتی را طراحی می‌کند تا او را به هدف درمانی نزدیک کند. در این نوع مصاحبه برخلاف مصاحبه غیر ساختاری، موضوعات مورد بحث طبق برنامه از پیش تنظیم‌شده‌ای ارائه می‌شود و مصاحبه‌کننده به چگونگی بحث جهت می‌دهد [۴۸]. در این پژوهش به‌منظور تشخیص وجود نشانه‌های اختلال سلوک، بر اساس معیارهای «دی. اس. ام. - آی. وی. - تی. آر.»<sup>۱</sup> مصاحبه تشخیصی ساختاریافته به دست پژوهشگر از دانش‌آموز انجام شد.

### روش اجرا

روش کار به این صورت بود که ابتدا با مراجعه به آموزش و پرورش شهرستان کوه‌دشت، با استفاده از لیست مدارس

<sup>۱</sup> DSM-IV-TR

جدول ۱. میانگین و انحراف معیار دانش آموزان دارای اختلال سلوک در متغیرهای مورد مطالعه

متغیر		M	SD	متغیر		M	SD
سرشت	نوجویی	۱۰/۱۱	۳/۸۳	منش	خود راهبری	۱۱/۴۷	۳/۲۴
	آسیب پرهیزی	۱۲/۲۱	۴/۵		همکاری	۱۶/۳۶	۴/۷۸
	پاداش وابستگی	۹/۵۶	۳/۶۳		خود فراروی	۱۰/۲۴	۳/۶۵
	پشتکار	۳/۸۲	۱/۲۱		بازداری پاسخ	۴/۸۹	۱/۷۵
اختلال سلوک		۸/۸۷	۲/۲۳	اختلال سلوک		۸/۸۷	۲/۲۳

جدول ۲. ماتریس ضرایب همبستگی متغیرهای مورد مطالعه

متغیر	نوجویی	آسیب پرهیزی	پاداش وابستگی	پشتکار	خود راهبری	همکاری	خود فراروی	بازداری پاسخ
۱- نوجویی	۱							
۲- آسیب پرهیزی	***۰/۲۴۵	۱						
۳- پاداش وابستگی	**۰/۲۳۷	-۰/۱۵۲	۱					
۴- پشتکار	-۰/۱۸۵	-۰/۱۳۳	**۰/۲۲۷	۱				
۵- خود راهبری	***۰/۴۱۲	**۰/۲۵۱	۰/۱۱۵	۰/۱۶۵	۱			
۶- همکاری	**۰/۳۲۱	-۰/۱۴۱	*۰/۲۲۴	۰/۰۹۶	***۰/۳۴۵	۱		
۷- خود فراروی	-۰/۱۴۵	-۰/۰۸۶	**۰/۲۴۵	**۰/۳۳۲	-۰/۰۷۵	**۰/۳۲۱	۱	
۸- بازداری پاسخ	***۰/۶۳۲	***۰/۳۵۲	-۰/۴۵۴	**۰/۲۱۵	**۰/۲۱۹	**۰/۲۹۴	**۰/۱۸۷	۱
۹- اختلال سلوک	۰/۱۴۷	۰/۱۸۷	**۰/۲۷۱	**۰/۲۳۹	۰/۰۶۸	**۰/۲۶۹	**۰/۲۸۸	**۰/۲۳۴

\*\*\*P < ۰/۰۰۱      \*\*P < ۰/۰۱      \*P < ۰/۰۵

جدول ۳. خلاصه نتایج رگرسیون چند متغیری برای پیش بینی نشانه‌های بازداری پاسخ از طریق متغیرهای مورد مطالعه

مدل	SS	DF	MS	F	R	R <sup>2</sup>	P
رگرسیون	۶۱۲۳۴/۲۳۴	۷	۸۷۴۷/۷۴۷	۲۱/۸۷۶			۰/۰۰۱
باقیمانده	۳۲۱۸۹/۴۹۶	۸۳	۳۹۹/۸۷۳				
کل	۹۴۴۲۳/۷۳۱	۹۰					
متغیرهای پیش‌بین	R	R <sup>2</sup>	F	ضرایب غیراستاندارد	SE	ت	ضرایب استاندارد (B)
Constant	-	-	-				
خود راهبری	۰/۵۷۴	۰/۳۲۹	*۴/۷۴	-۰/۱۴۵	۱/۵۲	-۱/۷۲	-
همکاری	۰/۵۹۳	۰/۳۵۱	*۵/۱۲	-۰/۹۸	۰/۰۶۳	-۱/۷۲	-۰/۲۳۶
خود فراروی	۰/۶۱۵	۰/۳۷۸	*۴/۹۶	-۰/۱۷۴	۰/۰۵۸	-۱/۶۳	-۰/۱۷۴
نوجویی	۰/۶۵۵	۰/۴۲۹	***۲۷/۶۸	۰/۵۶۳	۰/۰۶۲	***۹/۳۷	۰/۷۸۴
آسیب پرهیزی	۰/۶۹۴	۰/۴۸۱	***۲۸/۶۴	۰/۱۱۲	۰/۰۷۰	***۴/۲۳	۰/۲۷۸
پاداش وابستگی	۰/۷۲۴	۰/۵۲۴	***۳۶/۴۷	-۰/۱۳۱	۰/۰۶۹	**۳/۷۵	-۰/۱۹۲
پشتکار	۰/۸۰۳	۰/۶۴۴	***۳۴/۷۵۹	-۰/۰۱۱	۰/۰۸۹	-۰/۰۹	-۰/۰۱۱

\*\*\*P < ۰/۰۰۱      \*\*P < ۰/۰۱      \*P < ۰/۰۵

جدول ۴. خلاصه نتایج رگرسیون چند متغیری برای پیش‌بینی نشانه‌های اختلال سلوک از طریق متغیرهای مورد مطالعه

مدل	SS	DF	MS	F	P	
رگرسیون	۲۱۲۰۹/۲۰۴	۷	۳۰۲۹/۸۸۶	۱۰/۸۱۲	۰/۰۰۱	
باقیمانده	۲۳۲۵۹/۲۹۶	۸۳	۲۸۰/۲۳۲			
کل	۴۴۴۶۸/۵۰۰	۹۰				
متغیرهای پیش‌بین	R	R2	F	ضرایب غیراستاندارد	ضرایب استاندارد (B)	t
				SE	b	
Constant	-	-	-	۵/۸۹	۲۸/۳۶	***۴/۴۷
خود راهبری	۰/۵۲۷	۰/۲۷۷	۲/۷۹	۰/۱۸۹	-۰/۳۳۷	-۱/۵۹
همکاری	۰/۵۸۹	۰/۳۴۶	*۳/۹۸	۰/۲۴۵	-۰/۵۸۹	*۲۰/۸۴
خود فراروی	۰/۵۹۷	۰/۳۵۶	**۵/۱۸	۰/۲۳۸	-۰/۵۶۳	*۲/۱۶
نوجویی	۰/۶۱۱	۰/۳۷۳	**۴/۸۸	۰/۲۴۹	۰/۵۵۷	*۲/۶۸
آسیب پرهیزی	۰/۶۳۵	۰/۴۰۳	**۴/۱۲	۰/۲۳۷	-۰/۰۲۸	-۰/۱۰
پاداش وابستگی	۰/۶۴۴	۰/۴۱۴	**۳/۸۹	۰/۲۸۴	-۰/۳۷۱	-۱/۴۷
پشتکار	۰/۶۸۶	۰/۴۷۰	**۴/۶۳	۰/۵۸۷	-۱/۵۴۱	*۲/۳۴

\*P < ۰/۰۵

\*\*P < ۰/۰۱

\*\*\*P < ۰/۰۰۱

شواهد حاکی است که افراد دارای اختلال سلوک نوجویی بالاتری دارند. همچنین اختلال سلوک با نوجویی بالا بدون توجه به همبودی با اختلال کمبود توجه/ بیش فعالی مرتبط است. در تبیین این نتایج می‌توان گفت افراد دارای اختلال سلوک به علت آسیب پرهیزی و نوجویی بالا و پاداش وابستگی پایین رفتارها و هیجانانگشان ناپایدار بوده و در نتیجه آنها معمولاً اضطراب و افسردگی بیشتری را تجربه می‌نمایند و مشکلات اجتماعی آنها با احساسات منفی و ناپختگی در رفتار توأم است. در مورد ناهمسو بودن نتایج نیز می‌توان گفت که وقتی خصوصیات این اختلال ( پرخاشگری به افراد و اشیاء، تخریب اموال، تقلب و سرقت و تخلف جدی از مقررات) در مقابل همسالان یا بزرگسالانی ظاهر می‌شود، فرد مبتلا به خوبی با آنها آشنا است. بنابراین ممکن است این افراد هنگام معاینه بالینی نشانه‌های اندکی در زمینه نوجویی و آسیب پرهیزی از خود نشان دهند که باعث عدم ارتباط معنادار با این اختلال می‌شود.

در این پژوهش بین آسیب پرهیزی و بازداری پاسخ در دانش آموزان دارای اختلال سلوک رابطه مثبت معناداری بدست آمد. به عبارت دیگر، دانش آموزانی که آسیب پرهیزی بیشتری دارند، بازداری پاسخ نیز در آنها بیشتر است. این یافته در راستای نتایج پژوهش‌های دیگر [۳۳، ۳۴، ۴۱] (برای مثال آنکاستر، و همکاران، ۲۰۰۶؛ جاکوب و همکاران، ۲۰۰۶؛ وان دیچک و همکاران، ۲۰۱۱) مبنی بر ارتباط آسیب پرهیزی با بازداری پاسخ در افراد دارای اختلال سلوک قرار دارد. نتایج حاکی از این بود که افراد دارای اختلال سلوک آسیب پرهیزی بالا تری دارند. این نتیجه در راستای یافته آنکاستر و همکاران [۳۳] مبنی بر نمرات بالا در نوجویی و نمرات پایین تر در آسیب پرهیزی و پاداش وابستگی در افراد مبتلا به کمبود توجه/ بیش فعالی نسبت به افراد مبتلا به اوتیسم، قرار دارد. به خصوص زیاد بودن نمرات آسیب پرهیزی پیش بینی کننده پاسخ ضعیف تر و کند تر به محرک‌ها بوده است. در تبیین این نتایج می‌توان بیان کرد که بالا بودن آسیب پرهیزی که با ویژگی‌های همچون فرار و

برای تعیین تأثیر ابعاد سرشت و منش به عنوان متغیرهای پیش‌بین و بازداری پاسخ به عنوان متغیرهای ملاک، با تحلیل رگرسیون چند متغیری به روش ورود تحلیل شدند. همان‌طور که در جدول ۳ مشاهده می‌شود نتایج نشان می‌دهد که ۶۴ درصد از واریانس بازداری پاسخ توسط ابعاد سرشت و منش تبیین می‌شود. با توجه به مقادیر بتا، به ترتیب بعد نوجویی (۰/۷۸۴ = Beta)، آسیب پرهیزی (۰/۲۷۸ = Beta)، پاداش وابستگی (۰/۱۹۲ = Beta) و خود راهبری (۰/۲۳۶ = Beta) به عنوان قوی‌ترین متغیرها برای پیش‌بینی بازداری پاسخ در دانش آموزان دارای اختلال سلوک می‌باشند.

برای تعیین تأثیر ابعاد سرشت و منش به عنوان متغیرهای پیش‌بین و نشانه‌های اختلال سلوک به عنوان متغیرهای ملاک، با تحلیل رگرسیون چند متغیری به روش ورود تحلیل شدند. همان‌طور که در جدول ۴ مشاهده می‌شود نتایج نشان می‌دهد که ۴۷ درصد از واریانس نشانه‌های اختلال سلوک توسط ابعاد سرشت و منش تبیین می‌شود. با توجه به مقادیر بتا، به ترتیب بعد همکاری (۰/۲۵۸ = Beta)، پشتکار (۰/۲۳۷ = Beta)، نوجویی (۰/۲۴۵ = Beta) و خود فراروی (۰/۲۳۷ = Beta) به عنوان قوی‌ترین متغیرها برای پیش‌بینی نشانه‌های اختلال سلوک در دانش آموزان می‌باشند.

## بحث و نتیجه‌گیری

هدف پژوهش حاضر تعیین ارتباط ابعاد سرشت و منش با بازداری پاسخ در دانش آموزان پسر دارای نشانه‌های اختلال سلوک بود.

نتایج پژوهش نشان داد که بین نوجویی و بازداری پاسخ در دانش آموزان دارای اختلال سلوک رابطه مثبت معناداری وجود دارد. به عبارت دیگر، دانش آموزانی که نوجویی بیشتری دارند، بازداری پاسخ نیز در آنها بیشتر است. این یافته با نتایج پژوهش‌های دیگر [۳۳، ۳۶، ۳۹] مبنی بر ارتباط نوجویی با بازداری پاسخ در افراد دارای اختلال سلوک ناهمسو می‌باشد.

کمتری داشتند. این یافته با نتایج پژوهش‌های دیگر [۳۷، ۳۸، ۳۵] مبنی بر اینکه بین ابعاد منش با بازداری پاسخ در افراد دارای اختلال سلوک رابطه منفی وجود دارد همسو می‌باشد. در تبیین این یافته می‌توان گفت که سطوح پایین خودراهبری و همکاری در این افراد بر اساس رویکردهای عصب شناختی نشان دهنده مفهوم گریزی و بازداری پاسخ می‌باشد که این مسئله افراد دارای اختلال سلوک را بیشتر در معرض خطر مشکلات رفتاری قرار می‌دهد [۵۰] همچنین افرادی که اختلال سلوک و کمبود توجه/ بیش‌فعالی را با هم دارند، سطوح پایینی از خود راهبری و همکاری و سطوح بالایی از مشکلات رفتاری را در مقایسه با افراد دارای اختلال بی‌اعتنایی مقابله‌ای نشان می‌دهند. این نتیجه نیز در راستای این یافته وان دیجک و همکاران [۴۱] قرار دارد که افراد دارای بی‌اعتنایی مقابله‌ای و کمبود توجه/ بیش‌فعالی نسبت به اختلال شخصیت مرزی نمرات پایین تری در ابعاد همکاری و خود راهبری دارند. در تبیین ارتباط خود فراروی و بازداری پاسخ می‌توان گفت که سطوح پایین خود فراروی در این افراد از جمله تمایل کم به آرمان‌گرایی، متانت و صبوری کم و تمایل به درگیری با محیط در این افراد به صورت ویژگی‌های مقابله‌ای در مقابل ارائه پاسخ عمل کرده و نشان دهنده مفهوم گریزی و بازداری پاسخ در آنها می‌باشد. خودفراروی با ایمان مذهبی و متانت و صبوری غیرمشروط همراه بوده و به عنوان مانعی برای بازداری پاسخ در این افراد می‌باشد [۵۰] در مجموع می‌توان بیان کرد که احتمالاً نمرات پایین در ابعاد منش، سازگاری کم و عملکرد روانی اجتماعی پایین، شدت علائم اختلال را در این افراد (دانش‌آموزان پسر) تبیین می‌کند.

نتایج تحلیل رگرسیون چند متغیری نشان داد که نوجویی، آسیب‌پرهیزی، پاداش وابستگی و خود راهبری به عنوان قوی‌ترین مولفه‌های پیش‌بینی‌کننده بازداری پاسخ در دانش‌آموزان دارای اختلال سلوک می‌باشند. این متغیرها ۶۴ درصد واریانس مربوط به بازداری پاسخ دانش‌آموزان دارای اختلال سلوک را تبیین می‌کنند. این نتیجه نشان می‌دهد که ۳۶ درصد واریانس و عوامل باقیمانده توسط متغیرهای موثر دیگر بر بازداری پاسخ (نظیر متغیرهای شخصیتی، شناختی و انگیزشی) تبیین می‌شود و بیشترین سهم متعلق به ابعاد سرشت و منش به ویژه نوجویی، آسیب‌پرهیزی، پاداش وابستگی و خود راهبری است. همچنین با توجه به عدم وجود یافته‌های متناظر در پیشینه، از این یافته می‌توان استنباط کرد که ابعاد نوجویی، آسیب‌پرهیزی، پاداش وابستگی و خود راهبری تأثیرشان بر بازداری پاسخ پسران دارای اختلال سلوک قابل ملاحظه بوده است. لذا برای روش‌شدن این نکته لازم است که در تحقیقات بعدی دقت بیشتری صورت گیرد.

همچنین نتایج نشان داد که حدود ۴۷ درصد از واریانس مربوط به نشانه‌های اختلال سلوک توسط ابعاد سرشت و منش تبیین می‌شود. این نتیجه نشان می‌دهد که متغیرهای همکاری، پشتکار، نوجویی و خود فراروی به عنوان متغیرهای پیش‌بینی

اجتناب از موقعیت‌های خطرناک، محتاط و منزوی بودن مشخص می‌شود، بنابراین با توجه به اینکه افراد دارای اختلال سلوک در زندگی روزمره خود دارای مشکلاتی هستند، و به امور و مسائل زندگی و آینده به احساس مسئولیت و توجه نداشته باشند از توانایی کنترل و بازداری این رفتارها ناتوان هستند، لذا از آسیب‌پرهیزی پایین‌تری برخوردارند. یعنی گرایش در جهت پاسخگویی شدید به علائم و محرک‌های بیزار کننده دارند که از طریق آن یاد می‌گیرند که از تنبیه و موارد جدید اجتناب نکنند. لذا این افراد از رشد سالم برخوردار نبوده و در توانایی انطباق با محیط، آغاز کردن رفتارهای جدید و تولید رفتارهای فعال در محیط به مشکل بر می‌خورند [۴۹]. بنابراین پایین بودن ویژگی‌های آسیب‌پرهیزی همچون اعتماد به نفس در مقابل بلا تکلیفی، منجر به تلاش‌های زیاد با حداقل ناراحتی شخصی می‌گردد و ضرر این حالت، عدم پاسخ دهی به خطر و خوش بینی غیرواقعی بوده و نتایج بالقوه پرخطر آن در موقعیت‌هایی است که احتمال خطر زیاد بوده و کاملاً در راستای افزایش علائم تکانه‌ای و ضد اجتماعی است.

نتایج پژوهش نشان داد که بین پاداش وابستگی و بازداری پاسخ در دانش‌آموزان دارای اختلال سلوک رابطه منفی معناداری وجود دارد. به عبارت دیگر، دانش‌آموزانی که پاداش وابستگی کمتری دارند، بازداری پاسخ در آنها بیشتر است. این یافته راستای نتایج پژوهش‌های دیگر برای مثال [۲۰، ۲۳، ۳۸، ۴۰] مبنی بر ارتباط منفی پاداش وابستگی با بازداری پاسخ در افراد دارای اختلال سلوک می‌باشد. این نتایج حاکی است که افراد دارای اختلال سلوک در تسلط پاداش دچار نقص هستند. کلیفتون و پیلکونیس [۳۹] به این نتیجه رسیدند که افراد مبتلا به بی‌اعتنایی مقابله‌ای و کمبود توجه/ بیش‌فعالی نمرات بالا در نوجویی و نمرات پایین در آسیب‌پرهیزی و پاداش وابستگی دارند.

در این پژوهش بین پشتکار و بازداری پاسخ در دانش‌آموزان دارای اختلال سلوک رابطه منفی معناداری بدست آمد. به عبارت دیگر، دانش‌آموزانی که پشتکار کمتری دارند، بازداری پاسخ نیز در آنها بیشتر است. این یافته در راستای نتایج پژوهش‌های دیگر [۳۸، ۳۹، ۴۰] مبنی بر ارتباط منفی پشتکار با بازداری پاسخ در افراد دارای اختلال سلوک می‌باشد. نتایج حاکی از این بود که در افراد دارای اختلال سلوک هر چه پشتکار آنها بیشتر باشد، بازداری پاسخ در آنها کمتر خواهد بود. در تبیین این یافته می‌توان گفت که پشتکار کم در این افراد بر اساس رویکردهای عصب شناختی مربوط به افراد ADHD، مفهوم گریزی و تأخیر در پاسخ تبیین می‌شود. بیدرمن و همکاران [۵۰] معتقدند که این مساله افراد دارای این اختلال را در معرض خطر و آسیب جدی‌تر قرار می‌دهد.

همچنین هر یک از ابعاد منش (خود راهبری، خود فراروی و همکاری) با بازداری پاسخ در دانش‌آموزان دارای اختلال سلوک رابطه منفی معناداری داشتند. به عبارت دیگر، دانش‌آموزان دارای خود راهبری، خود فراروی و همکاری بالا، بازداری پاسخ

correlates of disruptive behavior disorders in young children: preliminary findings, *Biol Psychiatry* 2008; 51(4): 563-74.

- 7- Kadesjo C, Hagglof B, Kadesjo B, Gillberg C. Attention-deficithyperactivity disorder with and without oppositional defiant disorder in 3- to 7-year-old children, *Dev Med Child Neurol* 2003; 45(8): 693-9.

۸- فربیک، پائول جی (۱۹۹۸). اختلال سلوک و رفتارهای ضد اجتماعی شدید. ترجمه علاقبندراد، جواد و سلطانی فر، عاطفه (۱۳۸۲). تهران انتشارات سنا.

- 9- Kuhne J, Scheres A, Sergeant J.A. Which executive functioning deficits are associated with AD/HD, ODD/CD and comorbid ADHD+ODD/CD? *J Abnorm Child Psychol*. 1997; 33(4): 69-85.

- 10- Harada J, Asherson P, Hay D, Levy F, Swanson J, Thapar A, & et al. Characterizing the ADHD phenotype for genetic studies, *Dev Sci* 2002; 8(2): 115-21.

- 11- May D.A, & Bos K.D. ODD and ADHD symptoms in Ukrainian children: external validators and comorbidity, *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 2000; 43(7): 735-43.

- 12- Loeber R, Burke J.D, Lahey B.B, Winters A, Zera M. Oppositional defiant and conduct disorder: a review of the past 10 years, part I, *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 2000; 39(5): 1468-84.

- 13- Wender T.J. ADHD and comorbidity in childhood, *J Clin Psychiatry* 2005; 67(8):27-31.

- 14- MacLeod C, Gorfein D. Inhibition in cognition. Washington, DC: American Psychological Association 2007. PP: 123-141.

- 15- Nigg J.T. On inhibition/disinhibition in developmental psychopathology: Views from cognitive and personality psychology and a working inhibition taxonomy, *Psychological Bulletin*. 2001; 126(13): 200-246.

- 16- Schachar R, Logan G. Impulsivity and inhibitory control in normal development and childhood psychopathology, *Developmental Psychology* 1990; 26 (2): 710-720.

- 17- Schachar R, Nita V.L, Logan G.D, Tannock R, Klim P. Confirmation of an inhibitory control deficit in attentiondeficit/ hyperactivity disorder, *Journal of Abnormal Child Psychology* 2000; 28(4): 227-235.

- 18- Miyake A, Friedman N.P, Emerson M.J, Witzki A.H, Howerter A, Wager T.D. The unity and

کننده نشانه های اختلال سلوک می باشند. این نتیجه نشان می دهد که ۵۳ درصد واریانس و عوامل باقیمانده توسط متغیرهای موثر دیگر بر باز داری پاسخ (نظیر متغیرهای شخصیتی، شناختی و انگیزشی) تبیین می شود. هر چند ابعاد سرشت و منش علایم اختلال سلوک این پسران را تحت تاثیر قرار داده، اما بیشترین سهم متعلق به متغیرهایی روانشناختی دیگر است [۵۱]. همچنین با توجه به عدم وجود یافته های متناظر در پیشینه، از این یافته می توان استنباط کرد که همکاری، پشتکار، نوجویی و خود فراوری تاثیرشان علایم اختلال سلوک خیلی قابل ملاحظه نبوده است [۵۲، ۵۳، ۵۴].

در مجموع ارتباط معنادار ابعاد سرشت و منش با بازداری پاسخ را می توان بر اساس الگوی پاسخ بارکلی تبیین نمود [۱۵] بر این اساس، رشد مناسب بازداری برای عملکرد عادی توانایی های عصب- روانشناختی ضروری است. به همین دلیل، بازداری رفتاری به توانمندی حافظه کاری، احساس زمان، درونی سازی، خودانگیزشی، خلاقیت رفتاری و خود کنترلی کمک می کند. اما با توجه به اینکه در اختلالات رفتاری و از جمله اختلال سلوک، بازداری رفتاری و بازداری پاسخ های غالب آسیب می بینند، از طریق این الگو می توان مشکلات موجود در این کودکان را پیش بینی کرد [۵۵، ۵۶]. در نهایت مختص بودن نمونه به مدارس راهنمایی دولتی شهر کوهدهشت، محدود بودن نمونه به پسران و عدم توجه به متغیرهایی نظیر وضعیت اجتماعی- اقتصادی و انتخاب نمونه غیر بالینی از محدودیت های این پژوهش بود. بررسی متغیرهای مورد مطالعه در دانش آموزان دختر دارای این نشانه ها، استفاده از نمونه بالینی از پیشنهادات این پژوهش می باشد. همچنین برنامه ریزی های مداخله ای به ویژه آموزش مهارت های حل مساله اجتماعی و خود کنترلی به منظور کاهش علایم این اختلال پیشنهاد می گردد.

#### منابع

- 1- Henggeler SW, Sheidow J. Conduct disorder and delinquency. *J Marital Fam ther*. 2003; 12 (3): 45-56.

۲- انجمن روانپزشکی آمریکا (۱۳۸۴). متن تجدید نظر شده راهنمای تشخیصی و آماری اختلال های روانی. ترجمه نیکخو، آوادیس یانس، تهران: انتشارات سخن.

- 3- Tynan W. Conduct Disorder. Updated 2008 May24; Available from: <http://www.emedicine.com>.

- 4- Decety J., Michalaska KJ, Akitsuki Y, Lahey BB. Atypical empathic responses in adolescents with aggressive conduct disorder: A functional MRI investigation. *Bio Psych* 2009; 80 (8): 203-211.

- 5- Davison, C. G. Abnormal psychology. New York. John Wiley press. 2005; pp: 123-145.

- 6- Cohnor D.R, & Dorfler, J. Temperamental



- 30- Cloninger, C. R. Temperament and personality. *Current Opinion in Neurobiology*. 1994; (32): 4, 266-273.
- 31- Mula, M, Pini, S, Monteleone, P, Iazzetta, P, Preve, M, Tortorella, A, Amato, E, Di Paolo, L, Conversano, C, Rucci, P, Giovanni, B. Cassano, Maj, M. Different temperament and character dimensions correlate with panic disorder comorbidity in bipolar disorder and unipolar depression. *Journal of Anxiety Disorders* 2011; 22(4): 1421-1426.
- 32- Kampman, O. I, Poutanen, O. U. Can onset and recovery in depression be predicted by temperament? A systematic review and meta-analysis. *Journal of Affective Disorders*. 2011; 135(12): 20-27.
- 33- Anckarsater H, Stahlberg O, Larson T, Hakansson C, Jutblad S.B, Niklasson L, & et al. The impact of ADHD and autism spectrum disorders on temperament, character, and personality development, *Am J Psychiatry* 2006; 163(11): 1239-44.
- 34- Jacob C.P, Romanos J, Dempfle A, Heine M, Windemuth-Kieselbach C, Kruse A, & et al. Comorbidity of adult attention-deficit/hyperactivity disorder with focus on personality traits and related disorders in a tertiary referral center, *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci* 2007; 257(25): 309-17.
- 35- Faraone S.V, Kunwar A, Adamson J, Biederman J. Personality traits among ADHD adults: implications of late-onset and subthreshold diagnoses, *Psychol Med* 2008; 30(3): 1-9.
- 36- Van Goozen S. H. M, Fairchild G, Snoek H, Harold GT. The evidence for a neurobiological model of childhood Anti social behavior. *Psychological Bulletin*. 2007; 133(18):149-182.
- 37- Zeigler-Hill V, Abraham J. Borderline personality features: instability of self-esteem and affect. *J Social and Clinical Psychology* 2006; 25(6): 668-682.
- 38- Oberien J.L. The Junior Temperament and Character Inventory: preliminary validation of a child self-report measure, *Psychol Rep* 1996; 84(10): 1127-38.
- 39- Kim H.W, Cho S.C, Kim B.N, Kim J.W, Shin M.S, Yeo J.Y. Does oppositional defiant disorder have temperament and psychopathological profiles independent of attention deficit/hyperactivity disorder? *Comprehensive Psychiatry* 2010; 51(8): 412-418.
- 40- Purper-Ouakil. D., Ramoz. N., Lepagnol-Bestel. AM., Gorwood. P., Simonneau M. Neurobiology of attention deficit/hyperactivity disorder. *Pediatric diversity of executive functions and their contributions to complex "frontal lobe" tasks: A latent variable analysis, Cognitive Psychology* 2000; 41(1): 49-100.
- 19- Barkley R.A. Attention-deficit hyperactivity disorder: A handbook for diagnosis and treatment, (3rd Ed). New York: Guilford Press 2006; pp: 16-48.
- 20- Shapiro B.K, Acardo P.J, Balla D.A, & Capute A.J. Specific reading disability- a view of the spectrum, Timonium, Md: Yourk press. 1998; PP: 187-212.
- 21- Mattiz M, Smart D, Sanson A, Oberklaid F. Longitudinal predictors of behavioural adjustment in pre-adolescent children, *Aust N Z J Psychiatry*. 2004; 35(4): 297-307.
- 22- Raaijmakers MAJ, Smidts DP, Sergeant JA, Maassen GH, Posthumus JA, Engeland HV, Matthys W. Executive functions in preschool children with aggressive behavior: Impairments in inhibitory control. *J Abnorm Child Psychol*. 2008; 36(4): 1097-1107.
- 23- Barkley R.A. ADHD and the nature of self-control, New York: Guilford Press 2005; pp: 1-15.
- 24- Booth J.R, Burman D.D, Meyer J.R, Lei Z, Tronmer B.L, Davenport N.D, & etal. Larger deficits in brain networks for response inhibition thanforvisual selective attention in attention deficit hyperactivity disorder, *Journal of Child Psychology and Psychiatry* 2005; 46(1): 115-125.
- ۲۵- کاویانی، حسین(۱۳۸۲). نظریه زیست شخصیت. تهران: انتشارات سنا، پژوهشکده علوم شناختی، ۴(۱)، ۱۴۷-۱۰۳.
- 26- Sadock, B. J., Kaplan, H., & Sadock, V. A. Synopsis of psychiatry: Behavioral science clinical psychiatry. Philadelphia: Lippincott, William and Wilkins. 2007; PP: 1133-1141.
- 27- Cloninger, C. R. A unified biosocial theory of personality and its role in the development of anxiety states. *Psychiatric Development*. 1986; 32(4): 167-226.
- 28- Cloninger, C. R., Bayon, C., & Svrakic, D. M. Measurement of temperament and character in mood disorders: a model of fundamental states as personality types. *Journal of Affective Disorders*. 2006; 83(8): 227-232.
- 29- Cloninger, C. R., Svrakic, D. M., & Przybeck, T. R. A psychobiological model of temperament and character. *Archives of General Psychiatry*. 1994; 50(7): 975-990.

- 51- Durston S, Hulshoff Pol H.E, Schnack H.G, Buitelaar J.K, Steenhuis M.P, Minderaa R.B, & et al. Magnetic resonance imaging of boys with attention deficit executive function theory of Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder: A metaanalytic review, *Biological Psychiatry* 2005; 57(6): 1336-1346.
- 52- Rettew D.C, Copeland W, Stanger C, Hudziak J.J. Associations between temperament and DSM-IV externalizing disorders in children and adolescents, *J Dev Behav Pediatr* 2004; 25(5): 383-91.
- 53- Krol A. The Handbook of child adolescence clinical psychology. A contextual approach, London: Institute of psychiatry. 2006; PP: 113-214.
- 54- Clifton A, Pilkonis P.A. Evidence for a single latent class of DSM borderline pathology *comprehensive psychiatry*, 2006; pp: 18-35.
- 55- Spencer. T.J., Abikoff. H.B., Connor. D.F., Biederman. J., Pliszka. S.R., Boellner.S., Read.S.C., Pratt .R. "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." *Res Pract*. 2010; 28 (3): 402-418.
- 56- Muris P, Meesters C, Dekanter E, Timmerman P. Behavioural inhibition and behavioural activation system scales for children: relationships with Eysenck's personality traits and psychopathological symptoms. *Personality and Individual Differences* 2005; 38(4): 831-41.
- Research. 2011; 69(5 Pt 2): 69-76.
- 41- Van Dijk FE, Lappenschaar M, Kan CC, Verkes RJ, Buitelaar JK. Symptomatic overlap between attention-deficit/hyperactivity disorder and borderline personality disorder in women: the role of temperament and character traits. *Comprehensive Psychiatry*, doi:10.1016/j.comppsy. 2011; 8(2): 1-9.
- 42- Weber W & e.al. Findings from a placebo controlled trial of hypericum perforatum for attention deficit hyperactivity disorder in children and adolescents. 2007; PP: 186-218.
- 43- Delavar A. [The method research of psychology and educational (Persian)]. Tehran: Virayesh Publisher 2001; 99.
- 44- Gadow, K. D., Sprafkin, J. Child symptom inventories manual. Story Brook, NY: checkmate Plus. 1994.
- ۴۵- رضایی، مظاهر(۱۳۷۹). بررسی کارکردهای شناختی لوب فرونتال در نوجوانان مبتلا به اختلال سلوک. رساله دکتری، تهران: دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی انستیتو روانپزشکی تهران
- 46- Allenso N.C, Bagade S, Tanzi R, Bertram L. The schizophrenia gene database. *Schizophrenia research forum*, Accessed March 2008; 25 (18): 568-573.
- 47- Dovasen Y, Govayer R. Educational assessment of learning problems, testing for teaching. Boston: Allyn and Bacon 2004. pp: 23-55.
- 48- Mohammadi, M. R., Davidian, H., Noorbala, A. A., Malekafzali, H., Naghavi, H. R., Pouretmad, H. R., Bagheri Yazdi, S.A., Rahgozar, M., Alaghebandrad, J., Amini, H., Razzaghi, E.M., Mesgarpour, B., Soori, H., Mohammadi, M., & Ghanizadeh, A. An epidemiological survey of psychiatric disorders in Iran. *Clin Prac Epi Mn Hlth*. 2005; 1 (1):16-29 (Persian).
- 49- Hirano S, Sato T, Narita T, Kusunoki K, Ozaki N, Kimura S, et al. Evaluating the state dependency of the Temperament and Character Inventory dimensions in patients with major depression: a methodological contribution. *J Affect Disord* 2008; 69(5):31-8.
- 50- Biederman J, Petty C.R, Dolan C, Hughes S, Mick E, Monuteaux M.C, & et al. The long-term longitudinal course of oppositional defiant disorder and conduct disorder in ADHD boys: findings from a controlled 10-year prospective longitudinal follow-up study, *Psychol Med* 2008; 38(9):1003- 1027.