

شیوع نشانه‌های اختلال سلوک و اختلال نافرمانی-مقابله‌ای در کودکان با اختلال یادگیری خاص

Prevalence of symptoms of conduct disorder and oppositional defiant disorder in children with specific learning disabilities

Seyyed Ali Mousavi Asl

Assistant Professor, Payame Noor University,
Tehran, Iran.

Email: samusavi@pnu.ac.ir

Mona Maleki

PhD student in Educational Psychology, Islamic
Revolution University, Tehran, Iran.

Ensie khalilnezhadi

PhD student in Educational Psychology, Islamic
Revolution University, Tehran, Iran.

سید علی موسوی اصل*

استادیار، دانشگاه پیام نور، تهران، ایران.

مونا ملکی

دانشجوی دکتری رشته روان شناسی تربیتی، دانشگاه جامع
انقلاب اسلامی، تهران، ایران.

انسیه خلیل نژادی

دانشجوی دکتری رشته روان شناسی تربیتی، دانشگاه جامع
انقلاب اسلامی، تهران، ایران.

Abstract

One type of disorder in children is conduct disorder. Children with conduct disorder, which is characterized by violating the rights of others, are more likely to engage in destructive behaviors than their peers and are therefore at risk of academic failure. On the other hand, one of the common disorders that often accompanies conduct disorder is oppositional defiant disorder. The diagnosis of oppositional defiant disorder is generally based on temperament, persistent anger or irritability, defiance, and resentment, which has a high social and economic burden. The purpose of this study is to investigate the prevalence of symptoms of conduct disorder and oppositional defiant disorder in children with specific learning disabilities, which was developed using a qualitative-descriptive approach and a library method, and it reviews the results of previous related studies. After reviewing relevant research, it can be concluded that in children with learning disabilities, the interaction between cognitive-academic problems, emotional and personality characteristics, and family factors probably operates simultaneously. Consequently, effective interventions should be

چکیده

یکی از انواع اختلالات در کودکان، اختلال سلوک است. کودکان مبتلا به اختلال سلوک که با نقض حقوق دیگران مشخص می شود؛ نسبت به همسالان خود بیشتر در معرض رفتارهای مخرب قرار دارند و بنابراین در معرض خطر افت تحصیلی نیز می باشند. از طرف دیگر، یکی از اختلالات رایج که اغلب به همراه اختلال سلوک آورده می شود؛ اختلال نافرمانی مقابله‌ای است. تشخیص اختلال نافرمانی مقابله‌ای به طور کلی بر اساس خلق و خو، عصبانیت مداوم یا تحریک پذیری، سرکشی و کینه توزی است که بار اجتماعی و اقتصادی آن گران می باشد. هدف از انجام این پژوهش، بررسی شیوع نشانه‌های اختلال سلوک و اختلال نافرمانی-مقابله‌ای در کودکان با اختلال یادگیری خاص می باشد که با استفاده از رویکرد کیفی-توصیفی و به روش کتابخانه ای تدوین گشته است و در آن به بررسی مروری نتایج حاصل از پژوهش‌های مرتبط پیشین پرداخته شده است. پس از بررسی پژوهش‌های مرتبط می توان نتیجه گرفت که در کودکان دارای اختلال یادگیری احتمالا تعامل بین مشکلات شناختی-تحصیلی، ویژگی‌های هیجانی و شخصیتی، و عوامل خانوادگی به صورت همزمان عمل می کند. در نتیجه باید مداخلات مؤثر نیز

چندسطحی بوده و علاوه بر کودک، خانواده، محیط آموزشی و حتی عوامل زیستی-عصبی را نیز در نظر بگیرند. multi-level and consider not only the child, but also the family, the educational environment, and even biological-neurological factors.

واژه‌های کلیدی: اختلال سلوک، اختلال نافرمانی-مقابله‌ای، **Keywords:** Conduct disorder, oppositional defiant disorder, specific learning disorder. اختلال یادگیری خاص.

نوع مقاله: پژوهشی	دریافت: فروردین ۱۴۰۵	پذیرش: خرداد ۱۴۰۵
-------------------	----------------------	-------------------

مقدمه

اختلال در معنای عام به مشکلات مهمی اطلاق می‌شود که کودکان در زمینه‌های تحصیلی با آن مواجه هستند و در معنای خاص، این کلمه (اختلال)، یک اصطلاح پزشکی می‌باشد؛ همان‌طور که در راهنمای تشخیصی اختلالات روانی، (انجمن روان‌پزشکی آمریکا، ۲۰۱۳) و طبقه‌بندی آماری بین‌المللی بیماری‌ها و مشکلات مربوط به سلامت آورده شده است (سازمان جهانی بهداشت، ۱۹۹۲) که هر دو، راهنمای معتبری برای متخصصان سلامت روان در نظر گرفته می‌شوند (کوهلی و همکاران^۱، ۲۰۱۸).

یکی از انواع اختلالات در کودکان، اختلال سلوک^۲ است. مجموعه گسترده‌ای از تحقیقات، عوامل خطر برای اختلال سلوک را شناسایی می‌کنند که حوزه‌های اجتماعی، روانی و بیولوژیکی را در برمی‌گیرد. این اختلال یکی از محدود اختلالات روان‌پزشکی دوران کودکی با تأثیر محیطی قابل‌توجه است (لوبر و همکاران^۳، ۲۰۰۹؛ پاولی و همکاران^۴، ۲۰۲۱). کودکان مبتلا به اختلال سلوک، نسبت به همسالان خود که دارای ناتوانی نیستند، بیشتر در معرض رفتارهای مخرب قرار دارند و بنابراین در معرض خطر افت تحصیلی نیز می‌باشند (اسمیت و همکاران^۵، ۲۰۱۱). معلمان به‌طور مداوم رفتار مخرب را به‌عنوان یک نگرانی شناسایی می‌کنند. رفتار مخرب نه‌تنها حواس همکلاسی‌ها را پرت می‌کند، بلکه ممکن است منجر به تعلیق یا اخراج شود و میزان آموزش دریافتی دانش‌آموز را محدود کند (مک‌هیو و همکاران^۶، ۲۰۱۶؛ واتکینز و همکاران^۷، ۲۰۰۷).

اختلال سلوک اغلب در دوران کودکی یا نوجوانی ظاهر می‌شود و با رفتارهایی که حقوق دیگران را نقض می‌کند، مانند تجاوز فیزیکی به افراد یا حیوانات، دزدی، آسیب اموال و نقض قوانین مشخص می‌شود (ویس و کازدین^۸، ۲۰۱۰). این یک اختلال اپیزودیک، مانند افسردگی، با مراحل شروع و جبران نیست، بلکه بیشتر به یک اختلال شخصیت شباهت دارد (سیمونوف و همکاران^۹، ۲۰۰۴).

اختلال سلوک با ابعاد روان‌شناختی، خانوادگی و اجتماعی همبستگی دارد (سوانس^{۱۰}، ۲۰۱۹)؛ به‌عبارت‌دیگر، اختلال سلوک یک اختلال روان‌پزشکی مخرب در دوران کودکی و نوجوانی است که با رفتارهای پرخاشگرانه و ضداجتماعی مشخص می‌شود. عوامل محیطی مانند سیگار کشیدن مادر در دوران بارداری، وضعیت اجتماعی-اقتصادی، تروما یا استرس اولیه زندگی با اختلال سلوک مرتبط هستند (چیوچتی و همکاران^{۱۱}، ۲۰۲۲)؛ به‌عبارتی‌دیگر سلوک رفتاری، یکی از محدود اختلالات روان‌پزشکی است که شواهدی مبنی بر تأثیرات محیطی خانوادگی (محیطی مشترک) و همچنین تأثیرات محیطی غیرمشترک، برای آن وجود دارد. از میان عوامل خطر در دوران کودکی و نوجوانی، می‌توان به والدین ناسازگار، ازجمله والدین خشن، اجباری (به‌عنوان مثال،

¹ Kohli et al

² conduct disorder (CD)

³ Loeber et al

⁴ Pauli et al

⁵ Smith et al

⁶ McHugh et al

⁷ Watkins et al

⁸ Weisz & Kazdin

⁹ Simonoff et al

¹⁰ Suwanee et al

¹¹ Chiocchetti et al

تنبیه بدنی، فریاد، فحش و تهدید)، تنبیه و تعارض والدین-کودک اشاره کرد که عوامل پرنری برای مشکلات رفتاری و به‌ویژه اختلال سلوک رفتاری هستند (جافی و همکاران، ۲۰۱۲؛ جانسون و همکاران، ۲۰۱۷).

یکی دیگر از اختلالات رایج که اغلب به همراه اختلال سلوک آورده می‌شود؛ اختلال نافرمانی مقابله‌ای^{۱۴} است. تشخیص اختلال نافرمانی مقابله‌ای به‌طور کلی بر اساس خلق‌وخو، عصبانیت مداوم یا تحریک‌پذیری، سرکشی و کینه‌توزی است (انجمن روان‌پزشکی آمریکا، ۲۰۱۳) و از نظر کیفی با اختلال سلوک که در مورد تضییع حقوق دیگران صحبت می‌کند، متفاوت است. (گوش و همکاران، ۲۰۱۳). کودکان با علائم نافرمانی مقابله‌ای، در طول رشد خود، احتمالاً مداوم درگیر تعارضات بین فردی هستند (لی و همکاران، ۲۰۱۸). معیارهای تشخیصی این اختلال عمدتاً رفتاری است که بدون ویژگی‌های عاطفی، شامل نقض قوانین جزئی (در مقابل نقض حقوق دیگران و هنجارهای اصلی اجتماعی در اختلال سلوک) می‌باشد. سلوک را نمی‌توان با نافرمانی مقابله‌ای تشخیص داد، زیرا تصور غالب این بود که نافرمانی مقابله‌ای در بخش عمده‌ای از بیماران با اختلال سلوک وجود دارد (ماتیسون و همکاران، ۱۹۷۶).

اهمیت نافرمانی مقابله‌ای به این دلیل است که بار اجتماعی و اقتصادی آن گران است و شامل هزینه‌های بلندمدت ناشی از استفاده از خدمات بالینی و جرائم جنایی و همچنین هزینه‌های غیرمستقیم مانند هزینه‌های ناشی از دست دادن بهره‌وری مراقبین و افراد مبتلا به آن در آینده می‌شود (ریسان و همکاران، ۲۰۲۲؛ فرانس و همکاران، ۲۰۲۲). علاوه بر این، نافرمانی مقابله‌ای دوران کودکی یکی از شایع‌ترین پیش‌سازهای سایر مشکلات سلامت روان در طول عمر است (کوپلند، ۲۰۰۹). لذا هدف از انجام پژوهش پیش‌رو، بررسی شیوع نشانه‌های اختلال سلوک و اختلال نافرمانی مقابله‌ای در کودکان با اختلال یادگیری خاص می‌باشد.

پیشینه پژوهش

در ادبیات پیشینه پژوهشی، در زمینه اختلال سلوک می‌توان به مقالات فوق اشاره کرد (محمدزاده و جواهری، ۱۳۹۴؛ شاکری و همکاران، ۱۳۹۹؛ رامیرز و همکاران، ۲۰۱۹؛ فیلرچیلد و همکاران، ۲۰۱۹؛ وایس و همکاران، ۲۰۱۹؛ دلوف و همکاران، ۲۰۲۲؛ فانتی و لوردوس، ۲۰۲۲؛ جمشیدی و ریشه‌ری، ۲۰۲۲؛ فرچیلد و همکاران، ۲۰۲۳؛ چان و همکاران، ۲۰۲۳). در این میان، رامیرز و همکاران، (۲۰۱۹) و شاکری و همکاران (۱۳۹۹) و محمدزاده و جواهری (۱۳۹۴)، به بررسی راهکارهایی برای کاهش سلوک رفتار پرداختند. علاوه بر آن، فیلرچیلد و همکاران، (۲۰۱۹) و جمشیدی و ریشه‌ری (۲۰۲۲) به واکاوی دقیق دلایل ایجاد سلوک رفتاری پرداختند. همچنین، چان و همکاران، ۲۰۲۳؛ دلوف و همکاران، (۲۰۲۲) و فانتی و لوردوس (۲۰۲۲) به بررسی ارتباط بین سلوک رفتاری با متغیرهایی از جمله ضربان قلب، روان‌پریشی و هدایت پوست پرداختند تا بتوانند با استفاده از این مدل‌ها به پیش‌بینی اختلال سلوک بپردازند.

¹² Jaffee et al
¹³ Johnson et al
¹⁴ Oppositional Defiant Disorder (ODD)
¹⁵ Ghosh et al
¹⁶ Li et al
¹⁷ Mattison et al
¹⁸ Rissanen et al
¹⁹ França et al
²⁰ Copeland et al

²¹ Ramirez et al
²² Fairchild et al
²³ Weisz et al
²⁴ De Looft et al
²⁵ Fanti et al
²⁶ Jamshidi & Rishehri
²⁷ Fairchild et al
²⁸ Chan et al

از سوی دیگر، در ادبیات پیشینه پژوهشی، در زمینه‌ی اختلال نافرمانی مقابله‌ای می‌توان به پژوهش‌های فوق اشاره کرد (گواش و همکاران، ۲۰۱۷؛ اسکندر^{۲۹}، ۲۰۲۰؛ موراتوری و همکاران^{۳۰}، ۲۰۲۱؛ دچاو و همکاران^{۳۱}، ۲۰۲۱؛ آریاس و همکاران^{۳۲}، ۲۰۲۱؛ لین و همکاران^{۳۳}، ۲۰۲۲ و هاووز و همکاران^{۳۴}، ۲۰۲۳). علاوه بر آن در پژوهش‌های هاووز و همکاران (۲۰۱۷) و موراتوری و همکاران (۲۰۲۱)، به بیان راهکارهایی برای درمان این نوع اختلال اقدام کردند. همچنین، گواش و همکاران، (۲۰۱۷)؛ دچاو و همکاران (۲۰۲۱)؛ هاووز و همکاران (۲۰۲۳) و لین و همکاران (۲۰۲۲)، به بررسی دلایل ایجاد اختلال نافرمانی-مقابله‌ای پرداختند. علاوه بر آن آریاس و همکاران (۲۰۲۱)، به بیان علائم و نشانه‌های اختلال نافرمانی-مقابله‌ای اهتمام ورزیدند. همچنین اسکندر (۲۰۲۰)، به واکاوی پیامدهای این اختلال اقدام کرد. در این میان پژوهش‌هایی از جمله بندیکسن و همکاران^{۳۵}، (۲۰۲۰) به تفاوت اختلال سلوک با اختلال نافرمانی-مقابله‌ای پرداخته‌اند.

روش

این پژوهش با استفاده از رویکرد کیفی-توصیفی و به روش کتابخانه‌ای تدوین گشته است. گردآوری اطلاعات از طریق جست و جو و مطالعه در کتب مرتبط، مقالات و پژوهش‌های صورت گرفته در راستای موضوع تحقیق انجام گرفته است و به استخراج نتایج و تدوین گزاره‌ها و تشریح و تحلیل مطالب پرداخته شده و سپس نتیجه‌گیری صورت گرفته است.

یافته‌ها

در پژوهشی چان و همکاران (۲۰۲۲)، به طبقه‌بندی اختلال سلوک با استفاده از مدل زیست روانی اجتماعی و روش یادگیری ماشینی پرداخته‌اند. عوامل خطر اجتماعی (به عنوان مثال خانواده، درآمد)، روان‌شناختی (مانند روانپزشکی، عصب‌روان‌شناختی)، و بیولوژیکی (به عنوان مثال معیارهای نمودار حالت استراحت) با استفاده از داده‌های بازدید اولیه از مطالعه رشد شناختی مغز کودکان ۹ تا ۱۰ سال اندازه‌گیری شد.

نتایج پژوهش نشان داد که در هر حوزه، عوامل خاصی از نظر ارتباط با اختلال سلوک برجسته بودند (اجتماعی: نظارت کمتر والدین، پرخاشگری بیشتر در خانواده، درآمد کمتر؛ روانی: اختلال کمبود توجه/بیش فعالی بیشتر و علائم اختلال نافرمانی مخالف، شناخت متبلور بدتر و عملکرد مرتب‌سازی کارت؛ بیولوژیکی: اختلالات در توپولوژی شبکه‌های زیر قشری و فروپاریتال). در نهایت به این نتیجه کلی رسیدند که اختلال سلوک یک اختلال پیچیده است، و پیشرفت‌های روش‌شناسی، مانند یادگیری ماشین، به ما امکان می‌دهد تا دقت بیشتری در شناسایی عوامل خطر، از نظر اهمیت نسبی آنها در علت‌شناسی و حفظ عوامل خطر ایجاد کنیم. توسعه یک مدل پیش‌بینی دقیق، حساس و خاص اختلال سلوک به تلاش‌های پیشگیری و مداخله‌ای کمک می‌کند. علاوه بر آن معتقد بودند که مشخص کردن عوامل عصبی پیش‌بینی‌کننده اختلال سلوک ممکن است در مداخلات تعدیل‌کننده عصبی هدفمند باشد.

در پژوهشی دیگر، فانتی (۲۰۲۰)، به بررسی این موضوع می‌پردازد که چگونه ویژگی‌های روان‌پریشی متمایز (یعنی ویژگی‌های بی‌عاطفی-بی‌عاطفی، خودشیفتگی و تکانشگری) در پیش‌بینی علائم اختلال سلوک نقش دارند، و اینکه آیا این ادعای‌ها بر اساس سن متفاوت است یا خیر.

²⁹ Eskander

³⁰ Murtatori et al

³¹ Dachew et al

³² Arias et al

³³ Lin et al

³⁴ Hawes et al

³⁵ Bendiksen et al

یافته‌های پژوهش فوق، الگوی ارتباط بین علائم اختلال سلوک و صفات روان‌پریشی را بر اساس تغییرپذیری سن نشان داد. به طور خاص، حتی در رگرسیون کلی، صفات روان‌پریشی در علائم این اختلال نشان می‌دهد که سه بعد روان‌پریشی تأثیر مشابهی بر آن دارند، رگرسیون‌های جداگانه بر اساس گروه سنی نشان می‌دهد که تکانشگری قوی‌ترین پیش‌بینی‌کننده سلوک در دوران کودکی و اوایل نوجوانی (سنین ۹ تا ۱۴ سال) است. در حالی که خودشیفتگی قوی‌ترین پیش‌بینی‌کننده در اواسط نوجوانی (سنین ۱۵-۱۷) بود. در مقابل، صفات بی‌احساس-بی‌عاطفی تأثیر پایدارتری بر علائم این اختلال در طول زمان داشتند. شواهد کنونی می‌تواند از تلاش‌های موجود برای گسترش ساختار روان‌پریشی به دوران کودکی و نوجوانی خبر دهد.

این ارتباط بین تکانشگری با اختلال سلوک در اوایل نوجوانی ممکن است با گذار به بلوغ مرتبط باشد. نوجوانان جوان به دلیل تغییرات هورمونی مرتبط با بلوغ، احتمال بیشتری برای تجربه تمایلات پرخاشگرانه قوی‌تری نسبت به سال‌های قبل دارند (نجمان و همکاران، ۲۰۰۹). در این زمینه، خودشیفتگی ممکن است توانایی نوجوان را برای درک چگونگی سازماندهی سیستم‌های اجتماعی حول تلاش‌های مکمل بزرگسالان به همان اندازه شایسته، مختل کند، در حالی که در عین حال توانایی نوجوان را برای پذیرش یک نقش واقع‌بینانه و غیر بزرگ برای خود در جامعه مختل می‌کند. در غیاب یک حس آشکار در حال ظهور در جامعه، در زمانی که سایر نوجوانان در حال کشف هدف خود هستند، کناره‌گیری از فعالیت‌های تحصیلی یا اجتماعی و انحراف به سمت اختلال سلوک محتمل‌تر می‌شود. در مورد ارتباط صفات بی‌احساسی - بی‌عاطفی^{۳۶} با علائم اختلال سلوک، این واقعیت که در تمام مراحل رشد پایدار است، نشان می‌دهد که آسیب‌پذیری ایجاد شده توسط این صفات مختص هیچ یک از وظایف رشدی نیست، بلکه از طریق مکانیسم‌هایی که به صورت مقطعی است. قبلاً در ادبیات به خوبی تثبیت شده اند (به عنوان مثال، فانتی، ۲۰۱۸؛ فریک، ۲۰۱۴). در واقع، استدلال شده است که دلیل اینکه مطالعات با هدف مفهوم‌سازی روان‌پریشی در میان جوانان باید تا حد زیادی بر ویژگی‌های بی‌احساسی - بی‌عاطفی تمرکز کنند، این است که این ویژگی‌ها به نقایص شناختی و عاطفی خاص، مانند بی‌باک بودن مربوط می‌شوند، که آنها را در معرض خطر مداوم برای درگیر شدن در اختلال سلوک قرار می‌دهد (فریک و همکاران ۲۰۱۴).

همچنین در پژوهش فوق، تفاوت‌های جنسی شناسایی شده عمدتاً در شدت صفات روان‌پریشی بود، به طوری که مردان در خودشیفتگی و تکانشگری امتیاز بیشتری نسبت به مردان زن داشتند. مردان و زنان نیز از الگوهای سنی مشابهی از خودشیفتگی و تکانشگری در طول رشد پیروی کردند. با معافیت از بلوغ دیر هنگام (سنین ۱۰ تا ۱۱ سالگی)، مردان نیز در مقایسه با زنان در صفات بی‌احساسی - بی‌عاطفی امتیاز بیشتری کسب کردند، زیرا این صفات صرف نظر از سن از ۱۵ تا ۱۸ سالگی با کاهش تدریجی در بزرگسالی به اوج خود رسید. علاوه بر این، تجزیه و تحلیل رگرسیون نشان داد که تأثیر این صفات و خودشیفتگی بر علائم اختلال سلوک برای مردان در مقایسه با زنان در دوره‌های مختلف رشد قوی‌تر بود. نکته مهم این است که صفات بی‌احساسی - بی‌عاطفی و خودشیفتگی به طور قابل توجهی علائم سلوک زنان را در اوایل دوران نوجوانی پیش‌بینی نمی‌کند. تنها یک تعامل معنی‌دار بین تکانشگری و جنسیت در سن ۱۸ سالگی شناسایی شد که باز هم تأثیر قوی‌تری را برای مردان نسبت به زنان نشان می‌دهد. این یافته‌ها با کار قبلی از نظر شدت ویژگی‌های روان‌پریشی در بین مردان موافق است (فانتی ۲۰۱۳). با این حال، برای اولین بار در پژوهش فانتی (۲۰۲۲)، برای اولین بار، شواهدی ارائه شده است که نشان می‌دهد الگوهای سنی ویژگی‌های روان‌پریشی برای مردان و زنان مشابه است.

در پژوهش سوم، جمشیدی و ریشه‌ری (۲۰۲۲)، با هدف مقایسه اثربخشی آموزش والدین بر اساس رویکرد طرحواره درمانی و آموزش برنامه فرزندپروری مثبت بر تعارض والد-کودکی در بین مادران و کودکان مبتلا به اختلال سلوک انجام شد. نتایج تحلیل پژوهش حاضر نشان داد که آموزش فرزندپروری با رویکرد طرحواره درمانی تأثیر معناداری بر کاهش تعارض والد-

³⁶ Callous-unemotional traits (CU)

فرزند دارد، به طوری که باعث کاهش نمره تعارض والد-فرزند در پس آزمون و پیگیری شده است. این یافته با یافته‌های مطالعات لوئیس و همکاران (۲۰۲۰)؛ اولیوری و همکاران (۲۰۱۵) و کانینگهام و همکاران (۲۰۰۲) مطابقت دارد. در تبیین این یافته می‌توان بیان کرد که رفتارهای بیرونی کودکان دارای مشکلات سلوک بر تعامل کودکان با والدین و همچنین نحوه پاسخگویی والدین به فرزندان تأثیر می‌گذارد و باعث می‌شود والدین از روش‌های تنبیهی و سختگیرانه‌تر استفاده کنند (ساندرز، ۲۰۱۲). به نظر نویسندگان پژوهش فوق، هدف از آموزش فرزندپروری با رویکرد طرحواره درمانی، بهبود کیفیت رابطه والد-کودک است. برنامه‌های فرزندپروری با هدف شکستن این چرخه با ترویج حساسیت والدین، اصلاح نگرش والدین، تغییر اسناد فرزندپروری، آموزش تکنیک‌های تنبیه کافی و افزایش استفاده از مهارت‌های فرزندپروری مثبت است.

در باب موضوع اختلال نافرمانی مقابله‌ای می‌توان به دو پژوهش کلیدی اشاره کرد. در پژوهشی، آریاس و همکاران (۲۰۲۱)، به بررسی اعتبار علائم اختلال نافرمانی مقابله‌ای در راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی^{۳۷} در کودکان دارای ناتوانی ذهنی پرداختند. این مطالعه برای تجزیه و تحلیل عدم تغییر اندازه‌گیری علائم اختلال نافرمانی مقابله‌ای در کودکان معمولی در حال رشد و کودکان با ناتوانی‌های ذهنی خفیف با متوسط طراحی شد. هنگامی که علائم با عملکرد افتراقی قابل توجه شناسایی شد، تأثیر سوگیری بر اندازه‌گیری نافرمانی مقابله‌ای با تخمین اندازه سوگیری در سطح علائم جداگانه ارزیابی شد. دو مورد از هشت علامت نافرمانی مقابله‌ای مشکوک به عملکرد افتراقی بودند. اولاً، علامت «دیگران را عمداً آزار می‌دهد» تقریباً کارکرد افتراقی^{۳۸} یکنواخت را نشان داد. توضیح قابل قبول این نتیجه این است که رتبه بندی علائم ممکن است تحت تأثیر حضور رفتارهای غیرمرتبط با نافرمانی مقابله‌ای اما از نظر توپولوژیکی مشابه با علامت باشد، مانند رفتارهای چالش برانگیز - مخرب. در پژوهشی دیگر، لین و همکاران (۲۰۲۲)، به واکاوی ارتباط علائم افسردگی مادر با اختلال نافرمانی مقابله‌ای در کودکان و نوجوانان پرداخته است. نتیجه‌گیری و ارتباط این یافته‌ها نشان می‌دهد که علائم افسردگی پری ناتال با نافرمانی مقابله‌ای در فرزندان مرتبط است و بیشتر از نیاز به شناسایی و مدیریت زودهنگام افسردگی قبل از تولد و پس از زایمان در زنان در سنین باروری حمایت می‌کند.

آنان بر اساس یافته‌های خلاصه شده خود، یک چارچوب چند سطحی ایجاد کردند که مکانیسم‌های زیربنایی مسیر عوامل خطر خانوادگی به علائم آسیب‌شناسی روانی نافرمانی مقابله‌ای را توصیف می‌کند. به ویژه، از دیدگاه تئوری سیستم‌های خانواده، آنان این عوامل خطر خانوادگی را به سه سطح مختلف، از جمله سطح سیستم، سطح دوتایی، و سطح فردی تقسیم کردند. همچنین بر این اعتقاد بودند که اثرات متقابل قابل توجهی بین عوامل خطر خانوادگی مختلف وجود دارد که هم به عنوان واسطه و هم به عنوان تعدیل کننده در این فرآیند عمل می‌کنند.

به طور کلی، مطالعه آنان تأثیرات مستقیم و غیرمستقیم را بر رشد، حفظ و اصلاح علائم اختلال نافرمانی مقابله‌ای کودک، از جمله عملکرد کلی خانواده، رابطه بین والدینی، رابطه فرزند والدین، ویژگی‌های والدین، و ویژگی‌های کودک نشان داد. بر اساس این اطلاعات، توصیه می‌کنند که تحقیقات آینده به جای تمرکز بر عملکرد روانشناختی فردی کودک، بر سطوح متعدد عوامل خطر خانوادگی مرتبط با علائم نافرمانی مقابله‌ای کودک تمرکز کند. علاوه بر این، بررسی آنان، اطلاعات زمینه‌ای را برای هدایت توسعه راهبردهای پیشگیری و مداخله مؤثرتر ارائه می‌کند. در طول بررسی، ما سطوح متعددی از عوامل خطر را در سیستم خانواده یافتند که در بروز و ایجاد علائم نافرمانی مقابله‌ای در کودکان نقش داشتند. این سطوح چندگانه عوامل خطر شامل عوامل اختلال در وضعیت اجتماعی-اقتصادی خانواده و اختلال عملکرد خانواده در سطح سیستم بود. این عوامل شامل تعارض زناشویی، روابط ناسازگار والد-کودک، و شیوه‌های فرزندپروری ضعیف در سطح خانواده و عوامل خصوصیات والدین و فرزند در سطح فردی هستند. علاوه بر این عوامل مستند شده در بررسی فعلی، معتقدند که عوامل بیشتری در ارتباط با علائم

³⁷ Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 5th Edition: DSM-5

³⁸ Differential item functioning (DIF)

نافرمانی مقابله ای وجود دارد. به طور منطقی، این نشان می دهد که این اختلال یک پیامد چند عامل خطر است تا یک مشکل تک فرزندی-فردی.

علاوه بر رابطه بین والدینی، رابطه والد فرزند را نیز لحاظ می کنیم. علاوه بر این، برای عوامل خانواده در سطح فردی، علاوه بر عوامل فردی والدین (شامل عوامل فردی پدری و مادری)، عوامل فردی کودک را نیز لحاظ می کنیم.

علاوه بر این، این نکته را متذکر شدند که هنگام طراحی و توسعه مداخلات مبتنی بر خانواده و راهنمایی های آموزشی برای رسیدگی به نشانه های اختلال نافرمانی مقابله ای در کودکان، محققان و پزشکان باید بر تأثیرات پویا و تعاملی سطوح مختلف عوامل خانوادگی که بر ظهور و تشدید تأثیر می گذارند تأکید کنند. علائم این اختلال همچنین، هم پیش بینی کننده های اولیه و هم واسطه ها/ تعدیل کننده های علائم نافرمانی مقابله ای کودک باید در نظر گرفته شوند، نه اینکه صرفاً بر روی عوامل فردی مرتبط با کودک تمرکز کنند.

بحث و نتیجه گیری

با توجه به یافته های پژوهش های مورد مطالعه می توان نتیجه گرفت که شیوع اختلال سلوک و اختلال نافرمانی مقابله ای در کودکان دارای اختلال یادگیری را بایستی در چارچوبی چندعاملی و زیست روان اجتماعی تبیین کرد. بررسی ها نشان می دهد که از ترکیب عوامل اجتماعی مانند وضعیت اقتصادی پایین، نظارت ضعیف والدین و تعارض خانوادگی با عوامل روان شناختی نظیر مشکلات توجه، تکانشگری، ضعف کارکردهای شناختی و تنظیم هیجانی زمینه بروز مشکلات رفتاری فراهم می گردد. این عوامل در کودکان دارای اختلال یادگیری می توانند شدیدتر عمل کنند و ممکن است حساسیت هیجانی، پرخاشگری یا رفتارهای مقابله ای را افزایش دهد زیرا ناکامی تحصیلی، فشار روانی مدرسه و تجربه مکرر شکست برای این کودکان محتمل تر می باشد. همچنین تفاوت در شبکه های مغزی مرتبط با کنترل شناختی و هیجانی می تواند آسیب پذیری زیستی این کودکان را افزایش دهد که می توان به عنوان عامل عصبی زیستی از آن نام برد. از سوی دیگر، ویژگی های شخصیتی و رشدی نیز نقش مهمی دارند. یافته ها نشان می دهد که تکانشگری در بازه کودکی و اوایل نوجوانی، خودشیفتگی در نوجوانی میانی و صفات بی احساسی - بی عاطفگی در تمام مراحل رشد با نشانه های اختلال سلوک مرتبط هستند. به عبارتی برخی کودکان دارای اختلال یادگیری که همزمان مشکلات تنظیم هیجان، همدلی یا کنترل تکانه دارند، ممکن است بیشتر در معرض رفتارهای نافرمانی یا سلوک قرار بگیرند. علاوه بر این، چنین مشکلاتی می توانند با عوامل جنسیتی و تغییرات زیستی مرتبط با بلوغ تحت تأثیر قرار بگیرند. در نهایت، نقش خانواده به عنوان یکی از مهم ترین بسترهای شکل گیری و تداوم این اختلالات برجسته است. افسردگی والدین (به ویژه مادر)، تعارض زناشویی، شیوه های فرزندپروری ناکارآمد و رابطه ناسازگار والد-کودک می توانند مسیر بروز نافرمانی مقابله ای و سلوک را تشدید کنند.

بنابراین می توان نتیجه گرفت که در کودکان دارای اختلال یادگیری احتمالاً تعامل بین مشکلات شناختی-تحصیلی، ویژگی های هیجانی و شخصیتی، و عوامل خانوادگی به صورت همزمان عمل می کند. در نتیجه باید مداخلات مؤثر نیز چندسطحی بوده و علاوه بر کودک، خانواده، محیط آموزشی و حتی عوامل زیستی-عصبی را نیز در نظر بگیرند.

منابع

- [۱] شاکری، ناصره، طاهر، حسین خانزاده، و محمدی سلیمانی. (۲۰۲۲). تعیین اثربخشی درمان‌های روان‌شناختی اختلال نافرمانی مقابله‌ای در ایران: فراتحلیل. *فصلنامه علوم پزشکی دانشگاه آزاد اسلامی واحد پزشکی تهران*، ۳۳(۳)، ۲۲۹-۲۳۸.
- [2] Arias, V. B., Aguayo, V., & Navas, P. (2021). Validity of DSM-5 oppositional defiant disorder symptoms in children with intellectual disability. *International journal of environmental research and public health*, 18(4), 1977.
- [3] Bendiksen, B., Aase, H., Diep, L. M., Svensson, E., Friis, S., & Zeiner, P. (2020). The associations between pre-and postnatal maternal symptoms of distress and preschooler's symptoms of ADHD, oppositional defiant disorder, conduct disorder, and anxiety. *Journal of Attention Disorders*, 24(7), 1057-1069.
- [4] Chan, L., Simmons, C., Tillem, S., Conley, M., Brazil, I. A., & Baskin-Sommers, A. (2023). Classifying conduct disorder using a biopsychosocial model and machine learning method. *Biological Psychiatry: Cognitive Neuroscience and Neuroimaging*, 8(6), 599-608.
- [5] Chiochetti, A. G., Yousaf, A., Waltes, R., Bernhard, A., Martinelli, A., Ackermann, K., ... & Freitag, C. M. (2022). The methylome in females with adolescent Conduct Disorder: Neural pathomechanisms and environmental risk factors. *PLoS one*, 17(1), e0261691.
- [6] Copeland, W. E., Shanahan, L., Costello, E. J., & Angold, A. (2009). Childhood and adolescent psychiatric disorders as predictors of young adult disorders. *Archives of general psychiatry*, 66(7), 764-772.
- [7] Dachew, B. A., Scott, J. G., Heron, J. E., Ayano, G., & Alati, R. (2021). Association of maternal depressive symptoms during the perinatal period with oppositional defiant disorder in children and adolescents. *JAMA Network Open*, 4(9), e2125854-e2125854.
- [8] De Looft, P. C., Cornet, L. J., De Kogel, C. H., Fernández-Castilla, B., Embregts, P. J., Didden, R., & Nijman, H. L. (2022). Heart rate and skin conductance associations with physical aggression, psychopathy, antisocial personality disorder and conduct disorder: An updated meta-analysis. *Neuroscience & Biobehavioral Reviews*, 132, 553-582.
- [9] Eskander, N. (2020). The psychosocial outcome of conduct and oppositional defiant disorder in children with attention deficit hyperactivity disorder. *Cureus*, 12(8).
- [10] Fairchild, G., Hawes, D. J., Frick, P. J., Copeland, W. E., Odgers, C. L., Franke, B., ... & De Brito, S. A. (2019). Conduct disorder. *Nature Reviews Disease Primers*, 5(1), 43.
- [11] Fairchild, G., Sully, K., Passamonti, L., Staginnus, M., Darekar, A., Sonuga-Barke, E. J., & Toschi, N. (2023). Neuroanatomical markers of familial risk in adolescents with conduct disorder and their unaffected relatives. *Psychological Medicine*, 53(5), 1721-1731.
- [12] Fanti, K. A., & Lordos, A. (2022). Age patterns in psychopathic traits from age 9 to age 20: Testing unique associations with conduct disorder symptoms. *Current Psychology*, 41(9), 6452-6463.
- [13] França, M. H., Pereira, F. G., Wang, Y. P., Andrade, L. H., Alonso, J., & Viana, M. C. (2022). Individual and population level estimates of work loss and related economic costs due to mental and substance use disorders in Metropolitan São Paulo, Brazil. *Journal of Affective Disorders*, 296, 198-207.
- [14] Ghosh, A., Ray, A., & Basu, A. (2017). Oppositional defiant disorder: current insight. *Psychology research and behavior management*, 353-367.
- [15] Hawes, D. J., Gardner, F., Dadds, M. R., Frick, P. J., Kimonis, E. R., Burke, J. D., & Fairchild, G. (2023). Oppositional defiant disorder. *Nature Reviews Disease Primers*, 9(1), 31.
- [16] Jaffee, S. R., Strait, L. B., & Odgers, C. L. (2012). From correlates to causes: can quasi-experimental studies and statistical innovations bring us closer to identifying the causes of antisocial behavior?. *Psychological bulletin*, 138(2), 272.

- [17] Jamshidi, B., & Rishehri, A. P. (2022). Comparing the effectiveness of good enough parenting training with schema therapy approach and positive parenting program training on parent-child conflict in mothers of children with conduct disorder. *Journal of Preventive Counselling*, 3(3).
- [18] Jenkins, R. L., & Boyer, A. (1968). Types of delinquent behavior and background factors. *International Journal of Social Psychiatry*, 14(1), 65-76.
- [19] Johnson, A. M., Hawes, D. J., Eisenberg, N., Kohlhoff, J., & Dudeney, J. (2017). Emotion socialization and child conduct problems: A comprehensive review and meta-analysis. *Clinical psychology review*, 54, 65-80.
- [20] Kohli, A., Sharma, S., & Padhy, S. K. (2018). Specific learning disabilities: Issues that remain unanswered. *Indian journal of psychological medicine*, 40(5), 399-405.
- [21] Li, L., Lin, X., Hinshaw, S. P., Du, H., Qin, S., & Fang, X. (2018). Longitudinal associations between oppositional defiant symptoms and interpersonal relationships among Chinese children. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 46, 1267-1281.
- [22] Lin, X., He, T., Heath, M., Chi, P., & Hinshaw, S. (2022). A systematic review of multiple family factors associated with oppositional defiant disorder. *International journal of environmental research and public health*, 19(17), 10866.
- [23] Loeber, R., Burke, J. D., & Pardini, D. A. (2009). Development and etiology of disruptive and delinquent behavior. *Annual review of clinical psychology*, 5, 291-310.
- [24] Mattison, R., Cantwell, D. P., Russell, A. T., & Will, L. (1979). A comparison of DSM-II and DSM-III in the diagnosis of childhood psychiatric disorders: II. Interrater agreement. *Archives of General Psychiatry*, 36(11), 1217-1222.
- [25] McHugh, M. B., Tingstrom, D. H., Radley, K. C., Barry, C. T., & Walker, K. M. (2016). Effects of tootling on classwide and individual disruptive and academically engaged behavior of lower-elementary students. *Behavioral Interventions*, 31(4), 332-354.
- [26] Muratori, P., Conversano, C., Levantini, V., Masi, G., Milone, A., Villani, S., ... & Gemignani, A. (2021). Exploring the efficacy of a mindfulness program for boys with attention-deficit hyperactivity disorder and oppositional defiant disorder. *Journal of attention disorders*, 25(11), 1544-1553.
- [27] Pauli, R., Tino, P., Rogers, J. C., Baker, R., Clanton, R., Birch, P., ... & De Brito, S. A. (2021). Positive and negative parenting in conduct disorder with high versus low levels of callous-unemotional traits. *Development and psychopathology*, 33(3), 980-991.
- [28] Quay, H. C. (1964). Dimensions of personality in delinquent boys as inferred from the factor analysis of case history data. *Child Development*, 479-484.
- [29] Ramirez, L. H., Hawkins, R. O., Collins, T. A., Ritter, C., & Haydon, T. (2019). Generalizing the effects of group contingencies across instructional settings for students with emotional and behavioral disorders. *School Psychology Review*, 48(1), 98-112.
- [30] Rissanen, E., Kuvaja-Köllner, V., Elonheimo, H., Sillanmäki, L., Sourander, A., & Kankaanpää, E. (2022). The long-term cost of childhood conduct problems: Finnish Nationwide 1981 Birth Cohort Study. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 63(6), 683-692.
- [31] Simonoff, E., Elander, J., Holmshaw, J., Pickles, A., Murray, R., & Rutter, M. (2004). Predictors of antisocial personality: Continuities from childhood to adult life. *The British Journal of Psychiatry*, 184(2), 118-127.
- [32] Smith, C. R., Katsiyannis, A., & Ryan, J. B. (2011). Challenges of serving students with emotional and behavioral disorders: Legal and policy considerations. *Behavioral Disorders*, 36(3), 185-194.
- [33] Suwanee, G. (2019). An introduction to oppositional defiant disorder and conduct disorder. *US Pharm*, 44(11), 29-32.
- [34] Vahia, V. N. (2013). Diagnostic and statistical manual of mental disorders 5: A quick glance. *Indian journal of psychiatry*, 55(3), 220-223.

- [35] Watkins, C., Mauthner, M., Hewitt, R., Epstein, D., & Leonard, D. (2007). School violence, school differences and school discourses. *British Educational Research Journal*, 33(1), 61-74.
- [36] Weisz, J. R., & Kazdin, A. E. (Eds.). (2010). *Evidence-based psychotherapies for children and adolescents*. Guilford Press.
- [37] Weisz, J. R., Kuppens, S., Ng, M. Y., Vaughn-Coaxum, R. A., Ugueto, A. M., Eckshtain, D., & Corteselli, K. A. (2019). Are psychotherapies for young people growing stronger? Tracking trends over time for youth anxiety, depression, attention-deficit/hyperactivity disorder, and conduct problems. *Perspectives on Psychological Science*, 14(2), 216-237.
- [38] World Health Organization. (1992). *The ICD-10 classification of mental and behavioural disorders: clinical descriptions and diagnostic guidelines* (Vol. 1). World Health Organization.
- [39] Najman, J. M., Hayatbakhsh, M. R., McGee, T. R., Bor, W., O'Callaghan, M. J., & Williams, G. M. (2009). The impact of puberty on aggression/delinquency: Adolescence to young adulthood. *Australian & New Zealand Journal of Criminology*, 42(3), 369-386.
- [40] Frick, P. J., Ray, J. V., Thornton, L. C., & Kahn, R. E. (2014). Can callous-unemotional traits enhance the understanding, diagnosis, and treatment of serious conduct problems in children and adolescents? A comprehensive review. *Psychological bulletin*, 140(1), 1.
- [41] Fanti, K. A., Kyranides, M. N., Lordos, A., Colins, O. F., & Andershed, H. (2018). Unique and interactive associations of callous-unemotional traits, impulsivity and grandiosity with child and adolescent conduct disorder symptoms. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, 40(1), 40-49.
- [42] Fanti, K. A. (2013). Individual, social, and behavioral factors associated with co-occurring conduct problems and callous-unemotional traits. *Journal of abnormal child psychology*, 41(5), 811-824.
- [43] Fanti, K. A., & Lordos, A. (2022). Age patterns in psychopathic traits from age 9 to age 20: Testing unique associations with conduct disorder symptoms. *Current Psychology*, 41(9), 6452-6463.
- [44] Chan, L., Simmons, C., Tillem, S., Conley, M., Brazil, I. A., & Baskin-Sommers, A. (2023). Classifying conduct disorder using a biopsychosocial model and machine learning method. *Biological Psychiatry: Cognitive Neuroscience and Neuroimaging*, 8(6), 599-608.
- [45] Jamshidi, B., Narimani, M., & Poladi Rishehri, A. (2023). The effectiveness of good enough parenting training with schema therapy approach and positive parenting training on parental locus of control and meta-parenting in mothers of children with conduct disorder. *Journal of Research in Psychopathology*.
- [46] Louis, J. P., Wood, A. M., & Lockwood, G. (2020). Development and validation of the Positive Parenting Schema Inventory (PPSI) to complement the Young Parenting Inventory (YPI) for schema therapy (ST). *Assessment*, 27(4), 766-786.
- [47] Olivari, M. G., Wahn, E. H., Maridaki-Kassotaki, K., Antonopoulou, K., & Confalonieri, E. (2015). Adolescent perceptions of parenting styles in Sweden, Italy and Greece: An exploratory study. *Europe's journal of psychology*, 11(2), 244.
- [48] Cunningham, C. E., & Boyle, M. H. (2002). Preschoolers at risk for attention-deficit hyperactivity disorder and oppositional defiant disorder: Family, parenting, and behavioral correlates. *Journal of abnormal child psychology*, 30(6), 555-569.
- [49] Sanders, M. R. (2012). Development, evaluation, and multinational dissemination of the Triple P-Positive Parenting Program. *Annual review of clinical psychology*, 8(1), 345-379.
- [50] Lin, X., He, T., Heath, M., Chi, P., & Hinshaw, S. (2022). A systematic review of multiple family factors associated with oppositional defiant disorder. *International journal of environmental research and public health*, 19(17), 10866.