

## مقابله با پر خاشگری در کودکان

جلد اول: برنامه گروه والدین

## درباره برنامه‌های اثربخش

در سال‌های اخیر پیشرفت‌های حیرت‌انگیزی در امر مراقبت از سلامتی روی داده است. اما نتایج تحقیقات، بسیاری از راهبردها و مداخلات ما را در سلامت روانی و رفتاری به این بهانه که نه تنها سودی ندارند بلکه ممکن است موجب آسیب‌پذیری شوند به چالش کشیده است. راهبردها و مداخلات دیگری وجود دارند که توسط تحقیقات تأیید شده و توصیه‌های زیادی نیز برای در دسترس عموم قرار گرفتن آن‌ها شده است. چند پیشرفت جدید به این امر کمک کرده است. اول، ما به درک بسیار عمیق‌تری از آسیب‌شناسی روان‌شناختی و جسمانی رسیده‌ایم. این امر به شکل‌گیری مداخله‌های جدید و بسیار دقیق‌تر، منجر شده است. دوم، درک فزاینده‌ی ما از موضوعات رشدی، اجرای بهتر مداخله‌ها را متناسب با مراحل رشدی ممکن ساخته است. سوم، روش‌های تحقیقاتی ما خیلی پیشرفت کرده‌اند. طوری که تهدیدهای روایی بیرونی و درونی را کاهش داده‌ایم. این موضوع کاربردپذیری مستقیم نتایج را در وضعیت‌های بالینی بیشتر می‌کند. چهارم، دولت‌ها، سیستم‌های مراقبت بهداشتی و سیاست‌گذاران در سراسر جهان، مصمم شده‌اند که کیفیت مراقبت‌ها بهبود یابد و مبتنی بر تحقیقات باشد و تضمین تحقق این موارد جزء منافع عمومی است (بارلو<sup>۱</sup>، ۲۰۰۴؛ انجمن پزشکی<sup>۲</sup>، ۲۰۰۱).

البته در همه جا عدم دسترسی به مداخلات روان‌شناختی جدید مبتنی بر تحقیقات مانعی برای متخصصان بالینی است. کارگاه‌ها و کتاب‌ها فقط تا آنجا پیش می‌روند که پزشکان وظیفه‌شناس و مسئول را با آخرین شیوه‌های مراقبت بهداشتی رفتاری و کاربردپذیری آن‌ها برای بیماران خاص، آگاه سازند. این دوره‌های جدید، یعنی برنامه‌های اثربخش، برای انتقال این مداخله‌های هیجان‌انگیز جدید به متخصصان بالینی که در خط مقدم هستند، اختصاص داده شده است.

---

1-Barlow

2-Institute of Medicine

کتاب‌های راهنما و تمرین این دوره‌ها، شامل دستورالعمل‌های مفصل گام به گام برای ارزیابی و درمان مشکلات و تشخیص‌های خاص است. اما این دوره‌ها از کتاب‌ها و کتابچه‌های راهنما نیز فراتر می‌رود و این کار را با فراهم کردن ابزارهای کمکی انجام می‌دهد که فرایند نظارتی را در کمک به متخصصان در اجرای این شیوه‌ها در فعالیت‌های بالینی، کمک خواهد کرد.

در سیستم مراقبت بهداشتی، اتفاق آراء بر این است که شیوه مبتنی بر شواهد، راهکار معتبرتری به متخصص سلامت روانی ارائه می‌دهد. همه متخصصان بالینی مراقبت‌های سلامت رفتاری، خواستار فراهم کردن بهترین مراقبت ممکن برای بیمارانشان هستند. هدف ما در این دوره‌ها پر کردن فاصله اطلاعات و انتشار اطلاعات است.

کتاب راهنمای تسهیل‌گران برای استفاده متخصصان بالینی طراحی شده است که "برنامه قدرت مقابله" را برای گروه والدین اجرا می‌کنند. "برنامه قدرت مقابله" مداخله‌ای مبتنی بر شواهد با هدف آموزش والدین در زمینه چگونگی مدیریت رفتار پرخاشگر کودک‌شان است. والدین در مدت دوره دو ساله تحصیلی و ۱۶ جلسه گروهی هفتگی، مهارت‌های مقابله با بدرفتاری و تقویت رفتار مثبت کودک‌شان، فنون انضباطی مختلف و روش‌های کاهش استرس والدگری یک کودک پرخاشگر را تمرین می‌کنند.

این راهنمای جامع از روشی استفاده می‌کند که به آسانی به صورت جلسه به جلسه دنبال می‌شود تا به طور حساب شده‌ای مداخله را برای والدین اجرا کند. دستورالعمل‌های مفصلی برای کار با والدین در اختیار رهبر یا تسهیل‌گر گروه قرار می‌گیرد که شامل نمونه گفتگو، تمرین‌های ایفای نقش و تکالیف خانه می‌شود.

## دیوید اچ. بارلو

سرویراستار (سرمدیر)، برنامه‌های اثربخش، بوستون، ماساچوست.

فصل ۱	اطلاعات مقدماتی برای تسهیل گران گروه والدین.....	۹
فصل ۲	سازماندهی گروه والدین.....	۴۲
برنامه قدرت مقابله والدین: سال ۱.....		
فصل ۳	جلسه ۱: مقدمه، مرور و کمک تحصیلی.....	۵۴
فصل ۴	جلسه ۲: کمک تحصیلی در منزل.....	۶۱
فصل ۵	جلسه ۳: مدیریت استرس - بخش ۱.....	۶۹
فصل ۶	جلسه ۴: مدیریت استرس - بخش ۲.....	۷۸
فصل ۷	جلسه ۵: نظریه یادگیری اجتماعی پایه و ارتقای رابطه کودک - والد.....	۸۸
فصل ۸	جلسه ۶: نادیده گرفتن رفتار مخرب جزئی.....	۹۷
فصل ۹	جلسه ۷: ارائه دستورات مؤثر به کودکان.....	۱۰۲
فصل ۱۰	جلسه ۸: ایجاد قواعد و انتظارات.....	۱۰۷
فصل ۱۱	جلسه ۹: تربیت و تنبیه.....	۱۱۱
فصل ۱۲	جلسه ۱۰: تربیت و تنبیه: بخش ۲.....	۱۱۹
فصل ۱۳	جلسه ۱۱: آماده شدن برای تابستان.....	۱۲۴
برنامه قدرت مقابله والدین: سال ۲.....		
فصل ۱۴	جلسه ۱۲: کمک تحصیلی در منزل: جلسه مرور.....	۱۳۲
فصل ۱۵	جلسه ۱۳: ایجاد همبستگی خانوادگی.....	۱۳۸

فصل ۱۶	جلسه ۱۴: حل مساله خانوادگی.....	۱۴۵
فصل ۱۷	جلسه ۱۵: ارتباط خانوادگی.....	۱۵۱
فصل ۱۸	جلسه ۱۶: برنامه‌ریزی بلندمدت، پایان دادن.....	۱۵۶
منابع.....		۱۶۱
درباره مؤلفان.....		۱۷۲

# فصل ۱

## اطلاعات مقدماتی برای تسهیل گران

### گروه والدین

#### اطلاعات زمینه‌ای و هدف برنامه

برنامه قدرت مقابله براساس الگوی زمینه‌ای شناختی-اجتماعی<sup>۱</sup> پرخاشگری کودکان پایه‌گذاری شده است (لاکمن<sup>۲</sup> و ولز<sup>۳</sup> و ۲۰۰۲، لاکمن، ولز و موری<sup>۴</sup>، ۲۰۰۷)، که خطر بزهکاری و سوء مصرف مواد در دوره نوجوانی را پیش بینی می‌کند و می‌تواند به صورتی کاملاً سودمند به عنوان چارچوب مفهومی برای مداخله شناختی- رفتاری بکار رود. طبق این الگو دو دسته از عوامل وجود دارد که واسطه بالقوه رفتار ضد اجتماعی نوجوانان است. این عوامل عبارتند از:

۱. عوامل مربوط به کودک (برای مثال، تربیلی<sup>۵</sup> و لی مارکوآند<sup>۶</sup>، ۲۰۰۱)، شامل مهارت‌های تصمیم‌گیری و مهارت‌های اجتماعی- شناختی ضعیف، خودتنظیمی ضعیف، بافت همسالان و توانایی ضعیف مقاومت در برابر فشار همسالان.
۲. عوامل زمینه‌ای، شامل رابطه ضعیف والد مراقبت کننده با کودک و انضباط کودک (مثال، واسرمن<sup>۷</sup> و سراسینی<sup>۸</sup>، ۲۰۰۱).

فرض شده است که عوامل خطرزای زمینه‌ای وسیع‌تری، مانند میزان خشونت در محل سکونت (لوتار<sup>۹</sup>، ۱۹۹۹)، بر این فرآیندهای واسطه‌ای و رفتارهای بعدی کودکان تأثیر می‌گذارد. برنامه قدرت مقابله که بر اساس این الگو پایه‌گذاری شده است، در درجه اول برای کودکان پرخاشگری که هنوز به بلوغ نرسیده‌اند یا آن‌هایی که در ابتدای نوجوانی هستند و والدینشان تهیه شده است.

1-Contextual social- cognitive model  
4-Murray  
7-Wasserman

2-Lochman  
5-Tremblay  
8-Seracini

3-Wells  
6-Le Marquand  
9-Luthar

برنامه قدرت مقابله یک بخش مربوط به کودکان دارد که از مداخله گروهی ۳۴ جلسه‌ای تشکیل می‌شود و یک بخش ۱۶ جلسه‌ای هماهنگ شده برای والدین دارد؛ هر دو بخش طوری برنامه‌ریزی شده‌اند که طی ۱۶ تا ۱۸ ماه ارائه شوند. بر اساس بررسی نتایج تحقیقات (لاکمن و ولز، ۲۰۰۴)، توصیه می‌شود که بخش‌های قدرت مقابله برای کودکان و والدین همزمان با هم اجرا شوند. زیرا روش ترکیبی بیشترین تأثیر را دارد. با این وجود، می‌توان هر بخش را به تنهایی با در نظر گرفتن اینکه انطباق کمتری خواهد داشت، استفاده کرد.

هر چند که به طور کلی این برنامه از نظر رشدی مناسب کودکان اواسط دبستان تا سال‌های میانی دوره راهنمایی است و می‌توان آن را برای کلاس سوم ابتدایی تا اول راهنمایی بکار برد. اما برنامه بیشتر در دوره گذر کودکان به دوره راهنمایی ارائه می‌شود و مداخله را می‌توان در سال پیش از رفتن به دوره راهنمایی یعنی کلاس پنجم آغاز کرد و در سال اول راهنمایی نیز ادامه داد. کار با کودکان کم سن‌تر یا بزرگ‌تر، انطباق بیشتری می‌طلبد. برنامه قدرت مقابله برای کودکانی که طبق ارزیابی معلم یا والدینشان رفتار پرخاشگرانه و تهاجمی زیادی را نشان می‌دهند برگزار می‌شود. همچنین این برنامه را می‌توان برای کودکانی که معیارهای تشخیص اختلال نافرمانی مقابله‌ای و اختلال سلوک دارند، برگزار کرد. بخش‌های کودکان و والدین برنامه قدرت مقابله طوری برنامه‌ریزی شده که پشت سر هم برگزار شوند و سرفصل‌های مشخص در زمان‌های مشترکی در گروه‌های کودکان و والدین مطرح شوند. با این وجود، همانگونه که قبلاً ذکر شد، کلاس‌ها را می‌توان با ایجاد کمی تغییرات برای گروه کودکان و والدین به صورت جداگانه و اختصاصی برگزار کرد.

این کتاب راهنما، برنامه قدرت مقابله را با تأکید بر بخش والدین آن، در اختیار تسهیل‌گران قرار می‌دهد؛ کتاب راهنمای دیگر بخش کودکان را ارائه می‌دهد. جلسات گروهی بخش والدین را می‌توان در مدارس، محیط‌های اجتماعی محلی، مراکز تفریحی، کتابخانه‌های محله یا در کلینیک‌های سرپایی سلامت روان برگزار کرد. اگرچه، ما از این برنامه در جلسات روان درمانی فردی با تطبیق نسبتاً کمتری استفاده کردیم اما این برنامه در درجه اول به شکل جلسات گروهی ارائه می‌شود. جلسات گروه والدین طوری برنامه‌ریزی شده است که ۵۰ تا ۷۵ دقیقه طول می‌کشد. و معمولاً از ۶ تا ۸ والد یا زن و شوهر تشکیل می‌شود. بخش والدین برنامه قدرت مقابله بر موضوعات والدینی که طبق مطالعات، با رفتار مخرب کودکان رابطه دارد تمرکز می‌کند.

## کانون مشکل یا اختلال

رفتارهای برون‌ریزی در برخی از کودکان فراتر از هنجارهای معمول و عادی است (لاکمن، بری<sup>۱</sup>، پاول<sup>۲</sup>، باکس میر<sup>۳</sup> و هلمز<sup>۴</sup>، ۲۰۰۸). در میان گروه کودکان ناآرام و منحل، پرخاشگری مشکلی رایج و متداول است. پرخاشگری یکی از ثابت‌ترین مشکلات رفتاری دوران کودکی با خط سیری رشدی به سمت پیامدهای منفی در نوجوانی مانند سوء‌مصرف الکل، مواد مخدر، مدرسه‌گریزی، ترک تحصیل، بزهکاری و خشونت است (لاکمن و وی لند<sup>۵</sup>، ۱۹۹۴؛ لاکمن و پاول، ویدبای<sup>۶</sup> و فیدزجرالد<sup>۷</sup>، ۲۰۰۶). الگوهای رفتاری پرخاشگرانه کودکان ممکن است تا جایی گسترش یابند که دامنه گسترده‌ای از رفتارهای شدید پرخطر را در نوجوانی در برگیرد (لوبر<sup>۸</sup>، ۱۹۹۰) و این خط سیر منفی حتی ممکن است تا بزرگسالی ادامه یابد و به صورت اختلال شخصیتی جامعه ستیز درآید.

بنابراین، رفتار پرخاشگرانه دوران کودکی می‌تواند تأثیرات جدی و منفی در آینده کودک داشته باشد. با این وجود، این تأثیرات منفی فقط محدود به اشخاص پرخاشگر نمی‌شود، چرا که طبق تعریف، رفتار پرخاشگرانه، توان بالقوه‌ای برای وارد کردن آسیب به دیگران دارد. در مدارس امروز، زورگویی پرخاشگرانه که می‌تواند کلامی، بدنی یا روانی باشد، به طور فزاینده‌ای یک مشکل جدی شناخته می‌شود (ریگ بای<sup>۹</sup>، ۱۹۹۶). زورگویی، رفتاری عمدی با قصد آسیب رساندن به قربانی است (فارینگتون<sup>۱۰</sup>، ۱۹۹۳). نمونه‌هایی از زورگویی مستقیم عبارتند از: ضربه و لگد زدن، هجوم آوردن به اشیاء و دزدیدن آن‌ها، صدا زدن نام و ایجاد رعب و آزار جنسی. سایر اشکال زورگویی که غیرمستقیم‌تر است (یعنی ترساندن ارتباطی)، شامل شایعه پراکنی‌های بی‌اساس در مورد همسالان است (ایرلند<sup>۱۱</sup> و آرکر<sup>۱۲</sup>، ۲۰۰۴).

کودکانی که سطح بالایی از رفتار پرخاشگرانه را نشان می‌دهند، اغلب رفتار برون‌ریزی بیشتری دارند و ممکن است با ملاک‌های تشخیص اختلال رفتاری مخرب مانند اختلال نافرمانی مقابله‌ای یا اختلال سلوک مطابقت داشته باشند (انجمن روانپزشکی آمریکا<sup>۱۳</sup>، ۲۰۰۰).

**اختلال سلوک به این صورت تعریف می‌شود:** فرد الگوی رفتاری مکرر و مستمری را نشان می‌دهد که به موجب آن هنجارهای اجتماعی و حقوق دیگران را زیر پا می‌گذارد.

1-Barry

4-Holmes

7-Fitzgerald

10-Farrington

13-American Psychatrci Assosiation(APA)

2- Powell

5-Wayland

8-Loeber

11-Ireland

3-Boxmeyer

6-Whidby

9-Rigby

12-Archer



- این رفتارها در چهار گروه اصلی زیر قرار می‌گیرند:
۱. رفتار پرخاشگرانه که به افراد دیگر و حیوانات آسیب می‌رساند.
  ۲. رفتار غیرپرخاشگرانه که به اموال خسارت می‌زند یا موجب از بین رفتن دارایی می‌شود.
  ۳. فریب کاری و دزدی.
  ۴. تخلفات جدی از قوانین.
- باید سه مورد از ملاک‌های بالا یا بیشتر در ۱۲ ماه گذشته در فرد ظاهر شده باشد تا تشخیص اختلال سلوک دهیم.

**اختلال نافرمانی مقابله‌ای به این صورت تعریف می‌شود:** یک الگوی تکرار شونده رفتار منفی بین، خصمانه و نافرمان نسبت به صاحبان قدرت که حداقل ۶ ماه تداوم می‌یابد که طی آن، چهار مورد از ملاک‌های زیر یا بیشتر را نشان می‌دهد:

از کوره در رفتن، بحث با بزرگ‌ترها، مخالفت شدید یا عدم پیروی از درخواست‌ها یا قوانین بزرگ‌ترها، انجام دادن عمدی کارهایی که دیگران را ناراحت می‌کند، سرزنش دیگران به خاطر اشتباهات یا سوءرفتارهای خودشان، زود رنج بودن آزرده و خشمگین شدن، کینه توز و انتقام جو بودن.

پرخاشگری اگر چه جزء مشخصی از تشخیص نیست اما احتمال دارد با الگوی خاص رفتارهای خصمانه نافرمان و منفی‌نگر که از ملاک‌های تشخیص اختلال نافرمانی مقابله‌ای است همراه باشد. رفتارهای به شدت مخرب مانند پرخاشگری نسبت به افراد یا حیوانات، خسارت به اموال، دزدی و فریب کاری با اختلال سلوک ارتباط دارند. میزان شیوع این تشخیص‌ها از ۲٪ تا ۱۶٪ در جمعیت عمومی برای اختلال نافرمانی مقابله‌ای و از ۱٪ تا بیش از ۱۰٪ برای اختلال سلوک برآورد شده است (انجمن روان‌پزشکی آمریکا، ۲۰۰۰). قابل توجه است که بعضی از محققان در حال شناسایی ویژگی‌های روان‌شناختی هستند که به جامعه ستیزی در دوران جوانی مربوط می‌شود (بری و همکاران، ۲۰۰۰؛ پاردینی<sup>۱</sup>، لاکمن و فریک<sup>۲</sup>، ۲۰۰۳؛ پاردینی، لاکمن و پاول، ۲۰۰۷). این جوانان که تقلب، بی‌اختیاری و الگوهای رفتاری بین فردی بی‌رحمانه نشان می‌دهند، اغلب با عنوان «بی‌عاطفه» و «بی‌احساس» شناخته می‌شوند و از نظر مفهومی با جوانانی که اختلال سلوک دارند متفاوت هستند (کلکلی<sup>۳</sup>، ۱۹۷۶؛ هارت<sup>۴</sup> و هیر<sup>۵</sup>، ۱۹۹۷). کودکانی که ویژگی‌های خودشیفتگی نشان می‌دهند نیز در خطر درصد بالاتری از مشکلات رفتار برون‌ریزی هستند (بری و همکاران، ۲۰۰۷).

علائم مربوط به اختلال نافرمانی مقابله‌ای که متناسب سن نیستند، معمولاً پیش از ۸ سالگی و زودتر از سن بلوغ آشکار می‌شوند (انجمن روان‌پزشکی آمریکا ۲۰۰۰). این نشانه‌ها شامل خشم، نافرمانی، زودرنجی و رفتارهای مقابله‌ای می‌شوند و معمولاً ابتدا در محیط خانه بروز می‌کنند. در صورتی که این رفتارها از آنچه که معمولاً از همسالانی با سطح رشدی مشابهی انتظار می‌رود بیشتر اتفاق بیفتند، باید اختلال نافرمانی مقابله‌ای تشخیص داده شود. نشانه‌های اختلال سلوک مانند آتش افروزی، شکستن، وارد شدن و فرار کردن از خانه که شدیدتر هستند ممکن است در سال‌های پیش از دبستان آشکار شوند، اما شروع این رفتارها معمولاً در اواسط دوران کودکی تا اواسط دوران بلوغ است. در ابتدا، نشانه‌های خفیف‌تر مانند دروغ‌گویی، دزدی از مغازه‌ها و درگیری‌های فیزیکی مشاهده می‌شوند. سپس، رفتارهای میانی مانند دزدی از خانه پیش می‌آید؛ شدیدترین رفتارها مثل تجاوز جنسی، دزدی در حالی که با قربانی مواجه می‌شود معمولاً در آخر پدیدار می‌شود (انجمن روان‌پزشکی آمریکا، ۲۰۰۰). آگاهی از نشانه‌های اختلال نافرمانی مقابله‌ای و فراهم کردن مداخله برای کسانی که با کودکان و نوجوانان کار می‌کنند اهمیت ویژه‌ای دارد. زیرا اختلال نافرمانی مقابله‌ای مقدمه‌ای رایج برای اختلال سلوک است. علاوه بر این، بخش قابل توجهی از افرادی که اختلال سلوک تشخیص داده شده‌اند، بویژه، کسانی که شروع زودی داشته‌اند، در ادامه اختلال شخصیت جامعه‌ستیز را آشکار می‌سازند (انجمن روان‌پزشکی آمریکا، ۲۰۰۰). برای ملاک‌های تشخیصی DSM-IV-TR اختلال نافرمانی مقابله‌ای و اختلال سلوک به جدول ۱-۱ رجوع کنید.

از نظر جنسیت، اختلال نافرمانی مقابله‌ای پیش از سن بلوغ اغلب در بین پسران بیشتر از دختران شیوع دارد. اما پس از سن بلوغ میزان شیوع تا اندازه‌ای مساوی هستند. علائم اختلال نافرمانی مقابله‌ای در حالت کلی بین پسران و دختران شبیه هم هستند به استثنای این مورد که پسران درگیری فیزیکی بیشتری از خود بروز می‌دهند و نشانه‌های پایدارتری دارند (انجمن روان‌پزشکی آمریکا ۲۰۰۰). میزان تشخیص‌های اختلال سلوک بویژه نوعی که از کودکی آغاز می‌شود، در پسران بیشتر از دختران است. طبق نظر انجمن روان‌پزشکی آمریکا (۲۰۰۰)، پسران دچار اختلال سلوک معمولاً نشانه‌هایی مثل «نزاع، سرقت، وحشیگری و مشکلات انضباطی مدرسه» نشان می‌دهند و دختران معمولاً درگیر «دروغ‌گویی، مدرسه‌گریزی، فرار از خانه، سوء‌مصرف مواد و فحشاء» می‌شوند.

اختلالات دوران کودکی به ندرت به تنهایی اتفاق می‌افتند. بنابراین توجه به موضوعات همبودی هنگام درمان کودکان در جمعیت بالینی اهمیت دارد (هین شاول و لی، ۲۰۰۳). اغلب

اختلال نافرمانی مقابله‌ای و اختلال سلوک با اختلال بیش‌فعالی/کمبود توجه، عدم موفقیت تحصیلی و ناتوانی‌های یادگیری و اختلالات درونی‌سازی (مانند اختلالات افسردگی و اضطراب) مشاهده می‌شوند. در میان جوانان مبتلا به اختلال سلوک و اختلال نافرمانی مقابله‌ای، ۵۰٪ نیز اختلال بیش‌فعالی/کمبود توجه تشخیص داده می‌شوند (هین شاو و لی، ۲۰۰۳). علاوه بر این، نوع دیگر بیش‌فعال-تکانشی بیشتر از نوع بی‌توجه با پرخاشگری مربوط می‌شود. اختلال نافرمانی مقابله‌ای همراه با اختلال بیش‌فعالی/کمبود توجه، احتمال پیشرفت نشانه‌های اختلال سلوک را که در سال‌های اولیه آغاز شده است افزایش می‌دهد (هین شاو، هارت و لاهی<sup>۱</sup>، ۱۹۹۳؛ لوبر و گرین، کنان و لاهی، ۱۹۹۵). کودکان با رفتارهای مخرب انگیزه لازم را برای ادامه تحصیل ندارند و بیشترین علاقه آن‌ها عضویت در گروه‌های منحرف است. علاوه بر این، احتمال بیشتری دارد کودکان با مشکلات سلوک و نشانه‌شناسی افسردگی نسبت به کودکانی که فقط مشکلات سلوک دارند، در نوجوانی به سوءمصرف مواد روی بیاورند.

### ملاک‌های تشخیصی اختلال نافرمانی مقابله‌ای و اختلال سلوک

در جدول ۱.۱ معیارهای تشخیصی اختلال نافرمانی مقابله‌ای و اختلال سلوک آمده است.

### رشد برنامه درمانی و شواهد پایه‌ای

مجموعه‌ای از بررسی‌های تحقیقی درباره «برنامه قدرت مقابله» و پیش‌نیاز آن «برنامه مقابله با خشم» انجام شده است. علاوه بر مطالعات موردی (باکس میر، لاکمن، پاول، یاروس<sup>۲</sup> و وجنروسکی<sup>۳</sup>، ۲۰۰۷؛ لاکمن، باکس میر، وجنارسکی و یاروس ۲۰۰۸) که نشان داده‌اند چطور می‌توان برنامه را به صورت فردی اجرا کرد، مطالعات سودمند و اثربخش دیگری نیز انجام یافته که در این بخش آمده است که شواهد پایه‌ای را برای برنامه قدرت مقابله فراهم می‌کنند.

جدول ۱.۱ ملاک‌های تشخیصی اختلال نافرمانی مقابله‌ای و اختلال سلوک

ملاک‌های تشخیصی DSM-IV-TR/اختلال نافرمانی مقابله‌ای	ملاک‌های تشخیصی DSM-IV-TR/اختلال سلوک
<p>الگوی معاشرت خصمانه و رفتار بی‌اعتناء به مدت حداقل ۶ ماه، که در ارتباط با آن ۴ مورد از موارد زیر و یا بیشتر قابل مشاهده است:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>۱. اغلب کنترل خلق و خوی خود را از دست می‌دهد.</li> <li>۲. اغلب با بزرگسالان مشاجره می‌نماید.</li> <li>۳. اغلب در حالت دفاعی قرار دارد و یا مدام در حال رد کردن درخواست بزرگسالان بوده و از قوانین نیز امتناع می‌نماید.</li> <li>۴. اغلب به صورت عمدی مردم را تحریک می‌نماید.</li> <li>۵. اغلب دیگران را مسبب اشتباهات یا بد رفتاریش می‌داند.</li> <li>۶. معمولاً به سادگی و سریع عصبانی می‌شود.</li> <li>۷. همواره عصبانی و بی‌میل است.</li> <li>۸. اغلب اوقات کینه توز بوده و حالت انتقام دارد.</li> </ol>	<p>فرد الگوی رفتاری مکرر و مستمری را نشان می‌دهد که به موجب آن هنجارهای اجتماعی و حقوق دیگران را زیر پا می‌گذارد، در این مورد نیز داشتن علائم بیشتر از ۳ مورد در طول ۱۲ ماه و یا داشتن یک مورد در ۶ ماه گذشته نشانگر این شاخه شخصیتی است:</p> <p><b>پرخاشگری به مردم و حیوانات</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>۱. اغلب دیگران را تهدید می‌کند.</li> <li>۲. اغلب آغاز کننده درگیری فیزیکی است.</li> <li>۳. معمولاً از سلاح گرم و یا سرد (مانند آجر، شیشه، چاقو، اسلحه و...) استفاده می‌کند که می‌تواند آسیب جدی وارد نماید.</li> <li>۴. همواره رفتار فیزیکی خشنی با مردم دارد.</li> <li>۵. همواره به حیوانات آسیب می‌رساند.</li> <li>۶. وسایل فرد قربانی را می‌دزدد (برای مثال، کیف‌زنی، اخاذی، سرقت مسلحانه)</li> <li>۷. کسی را مجبور به برقراری روابط جنسی با خود می‌نماید.</li> </ol> <p><b>تخریب اموال</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>۸. استفاده از آتش افروزی عمدی به قصد صدمه جدی</li> <li>۹. تخریب عمدی اموال دیگران (به غیر از آتش افروزی)</li> </ol> <p><b>تقلب یا دزدی (سرقت)</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>۱۰. به‌صورت غیرقانونی وارد منزل مسکونی دیگران می‌شود.</li> <li>۱۱. معمولاً دروغ می‌گوید و حقیقت را بدون هیچ گونه دلیلی انکار می‌نماید (گول زدن دیگران).</li> <li>۱۲. معمولاً تقلب می‌کند و سرقت معنوی نیز می‌نماید (برای مثال، دزدی از مغازه اما بدون شکستن و داخل شدن، جعل).</li> </ol>

جدول ۱.۱ ملاک‌های تشخیصی اختلال نافرمانی مقابله‌ای و اختلال سلوک (ادامه)

ملاک‌های تشخیصی DSM-IV-TR/اختلال مقابله‌ای	ملاک‌های تشخیصی DSM-IV-TR/اختلال سلوک
<b>قانونی شکنی‌های جدی</b>	
۱۳. معمولاً تا دیر وقت بیرون از خانه می‌ماند و البته همواره خلاف خواسته والدین خود عمل می‌نماید. این حالت معمولاً قبل از ۱۳ سالگی بروز می‌نماید.	
۱۴. حداقل دو بار در دوران زندگی در کنار خانواده، شبانه از خانه فرار کرده است (یا یک بار بدون بازگشت به مدت طولانی).	
۱۵. فرار از مدرسه نیز معمولاً قبل از سن ۱۳ سالگی شروع می‌شود.	

**نتایج مطالعات اولیه در زمینه برنامه مقابله با خشم**

برنامه قدرت مقابله بر اساس نتایج تحقیقات مداخله‌ای اولیه‌ای است که توسط دکتر لاکمن و همکارانش در زمینه برنامه مقابله با خشم اجرا شد، و با تغییرات رفتاری مثبت اولیه که در یک مطالعه مقدماتی کنترل نشده یافت شد، آغاز گردید (لاکمن، نلسون، سیمز، ۱۹۸۱). برنامه مقابله با خشم، بر خلاف برنامه قدرت مقابله، تنها یک بخش مداخله برای کودکان دارد و بخش والدین را ندارد. در یک مطالعه کنترل شده، ۷۶ پسر پرخاشگر کلاس چهارم ابتدایی تا اول راهنمایی، به تصادف به گروه‌های تعیین هدف همراه با مقابله با خشم (گروه اول)، مقابله با خشم (گروه دوم)، تعیین هدف (گروه سوم)، و یک شرایط شاهد بدون درمان (گروه چهارم) تقسیم شدند (لاکمن، برک، کری و لامپرون، ۱۹۸۴). پسران گروه‌های مقابله با خشم و تعیین هدف همراه با مقابله با خشم رفتار پرخاشگر-مخرب خود را در کلاس درس که به طور مستقل مورد مشاهده قرار گرفتند، کاهش دادند و در درجه‌بندی پرخاشگری والدین نیز کاهش نشان دادند؛ درحالی که پسران گروه‌های تعیین هدف و شرایط بدون درمان با یک ماه پیگیری، در این رفتار بدتر شدند. بهبود درجه‌بندی والدین نشان داده که تأثیرات مداخله‌ها به خارج از محیط مدرسه تعمیم داده شده است. تحلیل‌های ثانویه نشان داد که