



The Effectiveness of Emotion Regulation-based Cognitive Therapy on Impulsivity and Aggression of Students with Behavioral Problems

Haniyeh Gholamzade Nikjoo¹, Marziyeh Alivandi Vafa^{2*}, Seyed Mahmoud Tabatabaei³,
Naiemeh Moheb⁴

1- PhD candidate of Psychology, Tabriz Branch, Islamic Azad University, Tabriz, Iran.

2-Assistant Professor, Department of Psychology, Tabriz Branch, Islamic Azad University, Tabriz, Iran.

3- Associate Professor of Cognitive Neuroscience, Department of Physiology, Tabriz Branch, Islamic Azad University, Tabriz, Iran.

4- Assistant Professor, Department of Psychology, Tabriz Branch, Islamic Azad University, Tabriz, Iran.

Correspondent Author: Marziyeh Alivandi Vafa, Assistant Professor, Department of Psychology, Tabriz Branch, Islamic Azad University, Tabriz, Iran.

Email: m.alivand@iaut.ac.ir

Received: 27 May 2020

Accepted: 12 Dec 2020

Abstract

Introduction: Behavioral problems are a complex set of emotional, cognitive and behavioral problems, which are characterized by a lack of control and non-adherence to moral and social principles and behavioral disorders in a desirable way in society. Therefore, the aim of this study was to investigate the effectiveness of cognitive therapy based on emotion regulation on impulsivity and aggression of students with behavioral problems.

Methods: The method of the present study was a semi-interventional pretest-posttest design with a control group. The statistical population was all male and female students in the second grade of elementary school (fourth, fifth, and sixth grade) with behavioral problems in Tabriz. The research sample also included 36 male and female elementary school students with behavioral problems. To select the sample, first from the 3rd education district of Tabriz, three primary schools for girls and three secondary schools for boys were selected in clusters, and the Quay and Peterson Behavioral Problems Questionnaire was completed by the teacher. Among the students who scored high on the Quay and Peterson Behavioral Problems Questionnaire, 36 were selected as the final sample based on the inclusion and exclusion criteria and randomly divided into two experimental groups (18 people) and a control group (18 people) were replaced. To collect data from a revised checklist of behavioral problems, Buss and Perry Aggression Questionnaire (1992) and Barratt Impulsivity Scale (1994) were used.

Results: Cognitive therapy based on the emotional regulation of aggression and impulsivity in children in the intervention group is significant ($P < 0.001$); According to ETA square in each of the variables of aggression (physical, verbal, anger, and hostility) 0.40, 0.260, 0.196 and 0.221, respectively, and impulsivity (lack of planning, motor and cognitive), respectively. 0.270, 0.283, and 0.251% of the changes are explained according to cognitive therapy based on emotion regulation.

Conclusions: Cognitive therapy based on emotion regulation is effective in reducing impulsivity and aggression in children with behavioral problems.

Keywords: Cognitive therapy based on emotion regulation, Impulsivity, aggression, Behavioral problems.



اثر بخشی درمان شناختی مبتنی بر تنظیم هیجان بر تکانشگری و پرخاشگری دانش آموزان با مشکلات رفتاری

حانیه غلامزاده نیکجو^۱، مرضیه علیوندی وفا^{۲*}، سید محمود طباطبائی^۳، نعیمه محب^۴

۱- دانشجوی دکتری روانشناسی عمومی، واحد تبریز، دانشگاه آزاد اسلامی، تبریز، ایران.

۲- استادیار روانشناسی، گروه روانشناسی، واحد تبریز، دانشگاه آزاد اسلامی، تبریز، ایران.

۳- دانشیار علوم اعصاب شناختی، گروه فیزیولوژی، واحد تبریز، دانشگاه آزاد اسلامی، تبریز، ایران.

۴- استادیار روانشناسی، گروه روانشناسی، واحد تبریز، دانشگاه آزاد اسلامی، تبریز، ایران.

نویسنده مسئول: مرضیه علیوندی وفا، استادیار روانشناسی، گروه روانشناسی، واحد تبریز، دانشگاه آزاد اسلامی، تبریز، ایران.
ایمیل: m.alivand@iaut.ac.ir

تاریخ پذیرش: ۱۳۹۹/۹/۳۰

تاریخ دریافت: ۱۳۹۹/۳/۶

چکیده

مقدمه: مشکلات رفتاری به عنوان مجموعه پیچیده ای از مشکلات هیجانی، شناختی و رفتاری می باشند، که به وسیله فقدان کنترل و عدم پابندی به اصول اخلاقی و اجتماعی و اختلال در رفتار به شیوه مطلوب جامعه شناخته می شوند. بنابراین هدف پژوهش حاضر بررسی اثربخشی درمان شناختی مبتنی بر تنظیم هیجان بر تکانشگری و پرخاشگری دانش آموزان با مشکلات رفتاری بود.

روش کار: روش پژوهش حاضر نیمه مداخله ی طرح پیش آزمون- پس آزمون با گروه شاهد بود. جامعه آماری کلیه دانش آموزان دختر و پسر دوره دوم ابتدائی (کلاس چهارم، پنجم و ششم) با مشکلات رفتاری شهرستان تبریز بودند. نمونه پژوهش نیز شامل ۳۶ دانش آموز دختر و پسر دوره دوم ابتدائی با مشکلات رفتاری بودند. برای انتخاب نمونه، ابتدا از ناحیه ۳ آموزش و پرورش شهر تبریز، به صورت خوشه ای سه مدرسه ابتدائی دوره دوم دختر و سه مدرسه دوره دوم پسر انتخاب شدند و پرسشنامه مشکلات رفتاری کوای و پترسون توسط معلم تکمیل گردید و از میان دانش آموزانی که نمره بالایی در پرسشنامه مشکلات رفتاری کوای و پترسون کسب کرده بودند، ۳۶ نفر با در نظر گرفتن معیارهای ورود و خروج به عنوان نمونه نهایی انتخاب و به صورت تصادفی ساده در دو گروه مداخله (۱۸ نفر) و شاهد (۱۸ نفر) جایگزین شدند. برای جمع آوری داده ها از چک لیست تجدید نظر شده مشکلات رفتاری، پرسشنامه پرخاشگری باس و پری (۱۹۹۲) و مقیاس تکانشوری بارات (۱۹۹۴) استفاده شد.

یافته ها: درمان شناختی مبتنی بر تنظیم هیجان بر پرخاشگری و تکانشگری کودکان در گروه مداخله معنادار است ($P < 0.001$)؛ با توجه به مجذور ای تا در هر یک از متغیرهای پرخاشگری (بدنی، کلامی، خشم و خصومت) به ترتیب ۰/۲۴۰، ۰/۲۶۰، ۰/۱۹۶ و ۰/۲۲۱ و تکانشگری (عدم برنامه ریزی، حرکتی و شناختی) به ترتیب ۰/۲۷۰، ۰/۲۸۳ و ۰/۲۵۱ درصد تغییرات با توجه به درمان شناختی مبتنی بر تنظیم هیجان تبیین می شوند.

نتیجه گیری: درمان شناختی مبتنی بر تنظیم هیجان بر کاهش تکانشگری و پرخاشگری در کودکان با مشکلات رفتاری مؤثر است.

کلیدواژه ها: درمان شناختی مبتنی بر تنظیم هیجان، تکانشگری، پرخاشگری، مشکلات رفتاری.

مقدمه

مشکلات رفتاری به عنوان مجموعه پیچیده ای از مشکلات هیجانی، شناختی و رفتاری می باشند، که به وسیله فقدان کنترل و عدم پایبندی به اصول اخلاقی و اجتماعی و اختلال در رفتار به شیوه مطلوب جامعه شناخته می شوند (۱). به عبارتی مشکلات رفتاری به رفتار فردی اطلاق می شود که بدون پایین بودن بهره هوشی، تعادل روانی و رفتاری از اندازه عمومی اجتماع فاصله دارد و دارای شدت، تکرار، مداومت در زمان ها و مکان های متعدد باشد. بنابراین مشکلات رفتاری با یک الگوی خصمانه، منفی و رفتار نافرمانی و قانون شکنانه مشخص می شوند که این رفتار با استرس قابل توجه معلم و اختلال در کلاس همراه می شوند (۲) به طوری که در عملکرد تحصیلی، رفتاری فرد دچار درماندگی و کاهش میزان کارایی می شود، اینگونه دانش آموزان مرتباً از سوی اطرافیان بطور مستقیم یا غیرمستقیم طرد می شوند و در مدرسه مرتباً از آنها گله و شکایت می شود و نتیجه اینکه نادیده گرفتن نتایج کوتاه مدت و بلندمدت اختلالات رفتاری دانش آموزان موجب درگیری متعدد این دانش آموزان با معلمین مدرسه و گرایش به رفتار مخرب در آینده خواهد شد (۳). شرایطی که در صورت عدم دریافت مداخلات آموزشی درمانی خاص می تواند، آستن رفتارهای آشفته تر فردی و بین فردی در آینده گردد (۴). بعلاوه، میزان شیوع این مشکلات تکان دهنده است؛ به طوری که میزان شیوع مشکلات رفتاری در کودکان و نوجوانان جوامع غربی بین ۸/۳ تا ۱۵ درصد (۵)؛ و در دانش آموزان ایرانی از ۵ تا ۶/۳ گزارش شده است (۶). از طرفی، مشکلات رفتاری نه تنها برای کودکان بلکه برای والدین آنها نیز با پیامدهای ناخوشایندی همراه است (۷). وود، کووان و بیکر در پژوهشی نشان دادند که افرادی که در سنین کودکی و نوجوانی علایم اختلالات رفتاری را نشان می دهند، بیشتر از سوی همسالان خود طرد می شوند. طرد از سوی همسالان می تواند موجب بروز مشکلات رفتاری جدی در دوران بعدی زندگی را فراهم آورد (۸). همچنین اختلالات رفتاری احتمال ابتلای افراد به سوء مصرف مواد، فعالیت های بزهکارانه، اختلالات خلقی، اختلالات عصب روانشناختی و اختلال شخصیت مرزی را افزایش می دهد (۹). کودکان دچار اختلالات رفتاری مشکلات گوناگونی از جمله عزت نفس پایین، تکانشگری، بیقراری و بیش فعالی، پرخاشگری، دروغگویی، دزدی، عملکرد

تحصیلی ضعیف و ادراک ضعیف از خودکارآمدی و شایستگی اجتماعی دارند، همچنین این کودکان در ارتباط با اعضای خانواده، اطرافیان و مردم مشکل دارند و به آسانی ناکام می شوند (۱۰). وجود مشکلات رفتاری در دوره کودکی و نوجوانی مسئله مهمی است، زیرا تجربه های نخستین زندگی، بنیان سلامتی یا روانی افراد را در بزرگسالی پی ریزی می کنند و مهم است که در مورد دلایل مشکلات رفتاری و هیجانی کودکان و نوجوانان آگاه باشیم (۴). بنابراین موضوع رفتار ضداجتماعی، مخالف، سرکش و ویرانگر و اختلالات رفتاری کودکان و نوجوانان، یکی از علاقه های روزافزون محققان و دانشمندان حوزه های مختلف است (۱۱). طبق مطالعات معتبر در حدود ۱۰ الی ۲۰ درصد از دانش آموزان به خدمات بهداشت روانی احتیاج دارند و شواهد همه گیر شناسی اخیر نشان می دهد که ۱۵ الی ۲۲ درصد از دانش آموزان مشکلات عاطفی یا رفتاری را به شدتی تجربه می کنند که مستلزم درمان می باشد با این وجود کمتر از ۲۰ درصد از این کودکان واقعاً درمانی را که شدیداً به آن نیاز دارند دریافت می کنند و نقص توجه، پرخاشگری و اشکال در روابط اجتماعی بخش عمده این مشکلات عاطفی یا رفتاری را تشکیل می دهند (۱۲). اختلال های رفتاری و روانی دوران کودکی و نوجوانی دربرگیرنده رفتارهای هستند که دائمی بوده و با سن فرد متناسب نمی باشند و منجر به تضادهای اجتماعی، نارضایتی و ناشادی فردی و شکست در تحصیل می شود. این اختلالات حاصل تعامل کودک با محیط وی در بررسی های مختلف به است. مشکلات رفتاری در دوران کودکی پیش بینی کننده افزایش احتمال ابتلاء به اختلالات روان پزشکی در دوران نوجوانی و بزرگسالی می باشند (۱۳) است. امینی جر و پایه ۱۸۳ کودک که دارای اختلال رفتاری بودند را به مدت ۱۸ سال تحت نظر گرفتند و به این نتیجه رسیدند که بین اختلالات رفتاری در کودکی و ابتلا به روان پریشی در دوره بزرگسالی ارتباط وجود دارد (۱۴).

بعلاوه، براساس نظر متخصصان امر، بررسی های بالینی دوره ی نوجوانی اولیه نشان می دهد که یکی از تغییرات بارز و مشهودی که در طی دوران دانش آموزی برای بسیاری از اطرافیان قابل مشاهده است، نوسانات شدید خلقی، طغیان های مکرر خشم و پرخاشگری است. این افزایش طغیان های پرخاشگرانه در طی دوره ی کودکی و نوجوانی موجب شده است که انجمن روانپزشکی آمریکا در آخرین راهنمای

مثبت باعث مراقبه‌ی مؤثر با موقعیت‌های استرس‌زا می‌شود و حتی فعالیت‌های لازم در پاسخ به موقعیت‌های اجتماعی را بالا می‌برد (۲۳). بررسی متون و مطالعات روانشناختی نشان می‌دهد که تنظیم هیجان، عامل مهمی در تعیین سلامتی و داشتن عملکرد موفق در تعاملات اجتماعی است و نقص در آن با اختلالات درون‌ریز (مانند افسردگی، اضطراب، انزوای اجتماعی) و اختلالات بیرون‌ریز (مانند بزهکاری و رفتار پرخطرگرانه) ارتباط دارد (۲۴). آموزش تنظیم هیجان به معنای کاهش و کنترل هیجانات منفی و نحوه استفاده، مثبت از هیجانات است (۲۴). اسکنتیزر، آندریز و لبر در بررسی‌های خود نشان دادند که مداخلات شناختی در افزایش فهم و درک رفتارهای هیجانی-اجتماعی و اصلاح رفتارهای دشوار کودکان مؤثر می‌باشد و این مداخله‌ها را عامل افزایش قدرت تفکر دانش‌آموزان در زمینه فرضیه سازی و درک و فهم شوخی در روابط اجتماعی دانستند. نتایج نشان می‌دهد که راهبردهای شناختی تنظیم هیجان با کاهش هیجانات منفی و حوادث عاطفی رابطه دارد و تمرکز بر راهبردهای مثبت تنظیم هیجان، فهم افراد از مدیریت هیجان را ارتقاء می‌بخشد (۲۵). همچنین بازشناسی خشم و تنظیم هیجان، سازگاری مثبت و بازشناسی تحقیر، ترس و غمگینی سازگاری منفی را پیش‌بینی می‌نماید و نشانه‌های از نارسایی تنظیم هیجانی در بیش از نیمی از اختلالات محور یک و تمامی اختلالات محور دو قابل مشاهده است (۲۶). گزارش‌ها حاکی از آن است که راهبردهای نامناسب در تنظیم هیجان یا دشواری در تنظیم هیجان با دامنه وسیعی از اختلالات، از جمله با گرایش و پیش‌بینی پذیری اعتیاد در ارتباط است (۲۷). مطالعات تجربی نشان داده است که که مشکل در تنظیم هیجان به عنوان یکی از فاکتورهای اساسی در سبب شناسی بسیاری از اختلالات روانی مزمن و حاد محسوب می‌شود (۲۴).

با توجه به اهمیت درمان مشکلات رفتاری کودکان و اینکه این افراد در آینده عضوی از جامعه خواهند و در صورت عدم درمان می‌تواند هزینه‌های بسیار گزاف برای خانواده و در سطح کلان‌تر برای جامعه در پی داشته باشد، لذا پیگیری مشکلات کودکان با مشکلات رفتاری بسیار لازم و ضروری می‌باشد.

روش کار

روش پژوهش حاضر نیمه مداخله‌ی با طرح پژوهشی پیش

تشخیصی و آماری اختلالات روانی (۱۵)، اختلال خاصی با عنوان "اختلال بی‌نظمی خلق اخلاک‌گر" را تشخیص‌گذاری کند که طغیان‌های مکرر خشم از شاه‌علامت‌های اساسی آن اختلال محسوب می‌شود (۱۶). در اصل، پرخاشگری به عنوان ملاک اساسی اختلالاتی از قبیل اختلال انفجاری متناوب، اختلال سلوک و اختلال شخصیت ضداجتماعی شناخته می‌شود که اغلب آنها با دوره‌ی نوجوانی مرتبط بوده، یا شاکله آنها در این برهه از زندگی شکل می‌گیرد؛ و خروجی تمام آنها رفتارهایی است که حقوق دیگران را نقض کرده و یا در مقابل هنجارهای اجتماعی قرار می‌گیرند؛ از این رو به این رفتارها یا تمایلات، جامعه‌ستیز گفته می‌شود، زیرا آسیب جسمانی یا روانی را بر دیگران تحمیل می‌کنند (۱۷). با توجه به پیامدهای ناخوشایندی که پرخاشگری می‌تواند در زندگی انسان، به ویژه در دانش‌آموزان داشته باشد پژوهش‌های بی‌شماری از گذشته تاکنون به مطالعات توصیفی، تبیینی و مداخله‌ای در این زمینه پرداخته‌اند. یافته‌ها حاکی از آن است که پرخاشگری شایع‌ترین معضل بالینی در بین دانش‌آموزان است که این مسئله در میان پسران نسبت به دختران شیوع بیشتری دارد (۱۸). در این راستا، بچورگویست نیز بر این باور است که دختران و پسران به لحاظ پرخاشگری کلامی تقریباً در شرایط یکسانی قرار دارند؛ اما پسران به لحاظ جسمی پرخاشگری بیشتری بکار می‌گیرند، درحالی‌که دخترها بیشتر از پرخاشگری‌های غیرمستقیم استفاده می‌کنند (۱۹).

یکی از درمان‌هایی که اثربخشی آن بر بهبود مشکلات دانش‌آموزان با مشکلات رفتاری تاکنون مورد توجه محققان قرار نگرفته است، درمان شناختی-مبتنی بر تنظیم هیجان است. راهبردهای شناختی-مبتنی بر تنظیم هیجان (CERS) پاسخ‌های شناختی-هشیار یا ناهشیاری هستند که هنگام بروز رویدادهای هیجانی به منظور تعدیل شدت تجارب هیجانی افراد بکار می‌روند (۲۰). مفهوم کلی تنظیم شناختی هیجان دلالت بر شیوه شناختی دستکاری ورود اطلاعات فراخواننده هیجان دارد (۲۱). به عبارت دیگر، راهبردهای تنظیم شناختی هیجان، به نحوه تفکر افراد پس از بروز یک تجربه منفی یا واقعه آسیب‌زا یا مختل‌کننده رخ می‌دهد دلالت می‌کند. تنظیم هیجان به توانایی فهم هیجانات و تعدیل تجربه و ابراز هیجانات اشاره دارد (۲۲) تنظیم هیجانی سازگارانه با سازگاری و تعاملات اجتماعی مثبت مرتبط است و افزایش در فراوانی تجربه هیجانی

مشکل رفتاری که به صورت حاد دیده شود، نمره یک به مشکلاتی که صورت حاد ندارند و نمره صفر به عدم وجود مشکلات رفتاری داده می شود. بیشترین نمره به دست آمده برای هر خرده آزمون دو برابر شماره گویه ها در آن خرده آزمون و کمترین نمره برای هر خرده آزمون صفر می باشد. دامنه مشکلات فرد از صفر تا ۱۷۸ نوسان دارد. برای بدست آوردن امتیاز مربوط به هر بعد مجموع امتیازات آن بعد را با هم جمع نموده و به منظور بدست آورد امتیاز کلی پرسشنامه مجموع امتیازات تک تک سوالات را محاسبه نمائید. امتیاز بالاتر نشان دهنده اختلال رفتاری بیشتر و نمرات بالاتر در هر بعد، نشان دهنده بیشتر بودن اختلال مربوط به آن بعد در فرد مورد نظر می باشد و برعکس. اعتبار این پرسشنامه در ایران توسط شهیم، یوسفی و قنبری مزیدی به روش بازآزمایی بین ۰/۴۹ تا ۰/۸۳ و پایایی درونی آن بین ۰/۷۳ تا ۰/۹۴ و ضریب آلفای کرونباخ آن ۰/۹۸ درصد گزارش شده است (۳۰).

۲- پرسشنامه پرخاشگری باس و پری (۱۹۹۲): این پرسشنامه توسط باس و پری ساخته شد (۳۱). یک ابزار خودگزارشی است که شامل ۲۹ عبارت و چهار زیرمقیاس است، که عبارت است از پرخاشگری بدنی، پرخاشگری کلامی، خشم و خصومت. نتایج این پژوهش ها نشان داد که پرسشنامه ی باس و پری، در جوامع آماری مختلف، حتی دانشجویان ژاپنی که شیوه ی بیان احساسات پرخاشگرانه شان، با مردم دیگر کشورها، متفاوت است، از اعتبار و روایی مناسبی برخوردار بوده است (۳۱). در ایران، محمدی، اعتبار این پرسشنامه به راه سه روش آلفای کرونباخ، بازآزمایی و تصحیف مورد تحلیل قرار داد که به ترتیب، ضرایب ۰/۷۸ و ۰/۷۳ و ۰/۷۸ به دست آمد (۳۲).

۳- مقیاس تکانشوری بارات (۱۹۹۴): مقیاس تکانشوری توسط بارات ساخته شده است. این مقیاس ۳۰ آیتم دارد و آزمودنی ها به این آیتم ها به صورت چهار درجه ای (هرگز، گاهگاه، اغلب، تقریباً و همیشه) پاسخ می دهد (۳۳). بارات در نسخه یازدهم پرسشنامه تکانشگری را بر پایه سه محور ذیل توضیح می دهد: ۱- خود حرکتی به مفهوم عمل کردن بدون فکر، ۲- برنامه ریزی با دقت و یا توجه به جزئیات و ۳- ثبات سازگاری به معنی توانایی آینده نگری فرد. این مقیاس سه عامل تکانشگری شناختی، تکانشگری حرکتی و بی برنامه گی را ارزیابی می کند. این مقیاس ۳۰ سوال دارد. گزینه ها با مقیاس چهار درجه

آزمون- پس آزمون با گروه شاهد بود. جامعه آماری کلیه دانش آموزان پسر و دختر دوره دوم ابتدائی (کلاس چهارم، پنجم و ششم) با مشکلات رفتاری شهرستان تبریز بودند. نمونه پژوهش نیز شامل ۳۶ (۱۸ نفر گروه مداخله و ۱۸ نفر گروه شاهد) دانش آموز دختر و پسر دوره دوم ابتدائی (کلاس چهارم، پنجم و ششم) با مشکلات رفتاری بودند (لازم به ذکر است که این تعداد با تکیه بر متخصصان آماری اتخاذ شد. بعنوان مثال، گال، گال و بورگ معتقد است که تعداد حداقل ۱۵ نفر در هر گروه در تحقیقات تجربی لازم است (۲۸)؛ لذا تعداد ۱۸ نفر با در نظر داشتن احتمال افت آزمودنی ها اتخاذ شد). پرسشنامه مشکلات رفتاری کوای و پترسون توسط معلم تکمیل گردید و از میان دانش آموزانی که نمره بالایی در پرسشنامه مشکلات رفتاری کوای و پترسون کسب کرده بودند، در نهایت ۳۶ نفر به عنوان نمونه نهایی با در نظر گرفتن معیارهای ورود و خروج (ملاک های ورود شامل، الف) داشتن مشکلات رفتاری با توجه به پرسشنامه غربالگری مشکلات رفتاری کوای و پترسون؛ ب) تمایل به شرکت در مطالعه؛ ج) عدم ابتلاء به اختلال های دیگر؛ و ملاک های خروج نیز شامل، الف) غیبت در بیش از یک جلسه ی مداخله؛ ب) شرکت داشتن همزمان در برنامه های مداخلاتی دیگر؛ و ج) عدم رضایت برای ادامه ی همکاری) به عنوان نمونه نهایی انتخاب و به صورت تصادفی ساده در دو گروه مداخله و شاهد (هر گروه ۱۸ نفر) جایگزین شدند. گروه مداخله طی هشت جلسه ۴۵ دقیقه ای هفته ای دو جلسه در معرض درمان شناختی مبتنی بر تنظیم هیجان قرار گرفتند و گروه شاهد هیچگونه درمانی را دریافت نکرد. پس از پایان مداخله جهت رعایت اخلاق گروه شاهد در معرض ۲ جلسه آموزش قرار گرفت. لازم به ذکر است که به والدین آزمودنی ها اطمینان خاطر داده شد که شرکت در مطالعه کاملاً اختیاری است و آزاد خواهند بود که از شرکت در مطالعه امتناع نموده و نام آنها در پرسشنامه ثبت نخواهد شد، همچنین اطلاعات آنها به صوت محرمانه باقی می ماند و فقط نتایج آن منتشر خواهد شد. برای جمع آوری داده ها از ابزار زیر استفاده شده است:

۱- چک لیست تجدید نظر شده مشکلات رفتاری (RBPC): چک لیست مشکلات رفتاری توسط کوای و پترسون برای درجه بندی مشکلات رفتاری کودکان و نوجوانان ۵ تا ۱۸ ساله تهیه شده است (۲۹). برای نمره گذاری این پرسشنامه، سه نمره صفر، یک و دو به کار برده می شود. نمره دو به

بین فردی (گفتگو، ابراز وجود و حل تعارض)، همچنین درمانگر بررسی ارزیابی شناختی را به صورت جزئی مرور می کند و سوالات باقی مانده و مشکلات را پاسخ می دهد.

جلسه پنجم: گسترش توجه: آموزش توجه باهدف متوقف کردن نشخوار و نگرانی.

جلسه ششم: ارزیابی شناختی کامل، تغییر ارزیابی های شناختی که شامل شناسایی ارزیابی های غلط و اثرات آن بر حالت های هیجانی و آموزش راهبرد بازآزمایی (ارزیابی مجدد) می شود.

جلسه هفتم: تعدیل پاسخ: تغییر پیامدهای رفتاری و فیزیولوژیکی هیجان.

جلسه هشتم: ارزیابی کاربرد: در جلسه پایانی درمانگر دوباره نیاز مداوم فرد را برای رویارویی هیجان مرور می کند. در این جلسه فرد در مورد باورها و افکار زیربنایی هیجانات اطلاعات بدست آورده و می داند با توجه به موقعیت های مختلف چه هیجاناتی را تجربه می کند و این هیجانات از چه نوعی هستند.

یافته ها

در این پژوهش از روش های آمار توصیفی مثل میانگین و انحراف معیار و برای بررسی نرمال بودن توزیع از آزمون کولموگروف اسمیرنوف استفاده شد، همچنین به منظور بررسی مفروضه همگنی واریانس ها از آزمون لون و باکس و برای تجزیه و تحلیل داده ها از واریانس چندمتغیری (MANCOVA) و نرم افزار SPSS نسخه ۲۵ استفاده شد و سطح معنی داری ۰/۰۵ در نظر گرفته شد. براساس یافته های جمعیت شناختی میانگین سن و انحراف معیار گروه مداخله $10/94 \pm 0/872$ و گروه شاهد $11/333 \pm 0/907$ بود. برای بررسی نرمال بودن توزیع از آزمون کولموگروف اسمیرنوف استفاده شد. نتایج نشان داد که سطح معنی داری تمامی متغیرهای پژوهش بزرگتر از ۰/۰۵ بود ($P > 0/05$)، داده های تمام متغیرها نرمال بود و لذا برای آزمون هر یک از متغیرهای با توزیع نرمال از آزمون پارامتریک استفاده شد.

ای لیکرت نمره گذاری می شوند (به ندرت/ هرگز) امتیاز (۱) و تقریباً/ همیشه) امتیاز ۴). این مقیاس ده سوال منفی دارد که به صورت معکوس نمره گذاری می شوند. پایایی مقیاس با استفاده از آلفای کرونباخ برای کل آزمون $0/83$ و برای زیرمقیاس های حرکتی، توجهی و بی برنامهگی به ترتیب عبارت از: $0/74$ و $0/73$ است (۳۳). در ایران اختیاری و همکاران ضریب آلفای $0/78$ را برای تکانشگری بی توجهی، $0/63$ را برای تکانشگری حرکتی و $0/47$ را برای تکانشگری بی برنامهگی و $0/83$ را برای کل آزمون گزارش کردند (۳۴).

پروتکل درمان

درمان های شناختی متمرکز بر هیجان: درمان متمرکز بر هیجان یک رویکرد تجربی است که هیجان را به عنوان اساس و پایه ی تجربه در ارتباط با کارکردهای انطباقی و غیرانطباقی می داند (۳۵). درمان شناختی مبتنی بر تنظیم هیجان، توسط بارلو و فارشیونه طراحی شده است. در این درمان از فنون درمان شناختی با چاشنی تنظیم هیجان استفاده شده است (۳۶). این فنون را به چهار مقوله گسترده تقسیم می کنند: ۱) ارتباط بین افکار، عوامل راه انداز موقعیتی، هیجانات و شکل گیری هیجانات در زمان ها و مکان های مختلف؛ ۲) استفاده از روش جمع آوری شواهد و تحریف های شناختی با هدف عینی تر کردن افکار فرد و ارتباط آنها با هیجانات مثبت و منفی؛ ۳) گزارش کردن حالات هیجانی خود در زمان ایجاد یک حادثه یا اختلال؛ ۴) کشف و شناسایی پیش فرض ها و باورهای تأثیرگذار بر هیجانات فرد هنگام بروز حادثه. خلاصه ای از جلسات آموزشی راهبردهای شناختی تنظیم هیجان:

جلسه اول: معرفی: آشنایی اعضای گروه با یکدیگر؛ بیان منطق و مراحل مداخله؛ آشنایی با زیر بنای شناختی هیجانات و ضرورت تنظیم هیجان.

جلسه دوم: انتخاب موقعیت: ارائه آموزش هیجانی: ۱) هیجان های نرمال و مشکل آفرین ۲) خودآگاهی هیجانی. ارزیابی میزان آسیب پذیری و مهارت های اعضا.

جلسه سوم: انتخاب موقعیت

جلسه چهارم: اصلاح موقعیت: ایجاد تغییر در موقعیت های برانگیزاننده هیجان که شامل: ممانعت از انزوای اجتماعی و اجتناب؛ آموزش راهبرد حل مسئله؛ آموزش مهارت های

جدول ۱: نتایج آزمون لون برای بررسی همگنی واریانس‌ها

متغیرها	F	درجه آزادی ۱	درجه آزادی ۲	سطح معنی داری	نتایج آزمون
پرخاشگری بدنی	۰/۷۹۰	۱	۳۴	۰/۱۹۰	واریانس‌ها همگن هستند
پرخاشگری کلامی	۴/۱۸۸	۱	۳۴	۰/۰۵۱	واریانس‌ها همگن هستند
خشم	۱/۱۸۷	۱	۳۴	۰/۲۸۴	واریانس‌ها همگن هستند
خصومت	۰/۶۴۴	۱	۳۴	۰/۴۲۸	واریانس‌ها همگن هستند
تکانشگری عدم برنامه ریزی	۲/۸۸۳	۱	۳۴	۰/۰۹۹	واریانس‌ها همگن هستند
حرکتی	۰/۴۳۹	۱	۳۴	۰/۵۱۲	واریانس‌ها همگن هستند
شناختی	۲/۷۱۶	۱	۳۴	۰/۱۰۹	واریانس‌ها همگن هستند

جهت بررسی همگن بودن واریانس‌های پژوهشی از آزمون برابری خطای واریانس‌های لون استفاده شد. براساس سطح معنی داری بدست آمده در این آزمون، می‌توان در خصوص همگنی یا عدم همگنی واریانس‌ها قضاوت نمود. بدین طریق که اگر سطح معنی داری بدست آمده بزرگ‌تر از ۰/۰۵ باشد، واریانس‌ها برابرند و بالعکس. بنابراین با توجه به جدول فوق شرط همگنی واریانس برقرار است.

جهت بررسی همگن بودن واریانس‌های پژوهشی از آزمون برابری خطای واریانس‌های لون استفاده شد. براساس سطح معنی داری بدست آمده در این آزمون، می‌توان در خصوص همگنی یا عدم همگنی واریانس‌ها قضاوت نمود. بدین طریق که اگر سطح معنی داری بدست آمده بزرگ‌تر از ۰/۰۵ باشد، واریانس‌ها برابرند و بالعکس. بنابراین با توجه به جدول فوق شرط همگنی واریانس برقرار است.

جدول ۲: آزمون باکس جهت بررسی برابری ماتریس کوواریانس

Box's M	F	درجه آزادی ۱	درجه آزادی ۲	سطح معنی داری
۵۰/۵۷۳	۱/۴۰۲	۲۸	۴۰۲۸/۱۶۷	۰/۰۷۸

براساس جدول ۲ نتیجه آزمون ام باکس نشان داد که مقدار احتمال بدست آمده هریک از متغیرهای پژوهش بزرگتر از ۰/۰۵ بود ($P > 0.05$). اگر این مفروضه رعایت شود، تحلیل گر می‌تواند از لاندای ویلکز استفاده کند.

براساس جدول ۲ نتیجه آزمون ام باکس نشان داد که مقدار احتمال بدست آمده هریک از متغیرهای پژوهش بزرگتر از ۰/۰۵ بود ($P > 0.05$). اگر این مفروضه رعایت شود، تحلیل گر می‌تواند از لاندای ویلکز استفاده کند.

جدول ۳: نتایج آزمون لاندای ویلکز در تحلیل کواریانس چندمتغیره

نام آزمون	Value	F	Hypothesis df	درجه آزادی خطا	سطح معنی داری	ضریب اتا
لاندای ویلکز	۰/۴۴۳	۱/۹۳۷	۱۴/۰۰۰	۵۴/۰۰۰	۰/۰۲۳	۰/۳۳۴

براساس جدول ۳، نتایج آزمون لاندای ویلکز نشان داد که درمان شناختی مبتنی بر تنظیم هیجان حداقل بر یکی از متغیرها معنی دار است ($P < 0.023$ ، $P = 0.0443$ = لاندای ویلکز). بنابراین شرط استفاده از تجزیه و تحلیل واریانس چندمتغیری (MANCOVA) رعایت شده است.

براساس جدول ۳، نتایج آزمون لاندای ویلکز نشان داد که درمان شناختی مبتنی بر تنظیم هیجان حداقل بر یکی از متغیرها معنی دار است ($P < 0.023$ ، $P = 0.0443$ = لاندای ویلکز). بنابراین شرط استفاده از تجزیه و تحلیل واریانس چندمتغیری (MANCOVA) رعایت شده است.

جدول ۴: میانگین و انحراف استاندارد پیش آزمون و پس آزمون پرخاشگری و تکانشگری کودکان در دو گروه

متغیر	پیش آزمون		پس آزمون	
	میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار
پرخاشگری بدنی	۱۹/۶۱۱	۷/۳۱۷	۱۰/۳۸۸	۲/۷۶۸
پرخاشگری کلامی	۱۵/۷۲۲	۴/۷۸۷	۸/۷۷۷	۲/۵۱۰
خشم	۱۴/۲۷۷	۴/۲۱۲	۹/۹۴۴	۲/۷۵۴
خصومت	۱۸/۷۲۲	۵/۸۲۸	۱۳/۱۱۱	۳/۶۱۱
عدم برنامه ریزی	۱۵/۷۲۲	۳/۶۷۵	۱۰/۶۱۱	۲/۷۰۳
حرکتی	۱۶/۳۳۳	۵/۷۷۰	۱۰/۳۳۳	۲/۳۷۶
شناختی	۱۶/۰۰۰	۴/۷۵۲	۱۰/۲۷۷	۲/۶۰۷

حانیه غلامزاده نیکجو و همکاران

۶/۱۱۵	۱۹/۸۸۸	۷/۱۳۰	۲۰/۴۴۴	پرخاشگری بدنی	شاهد
۴/۱۷۴	۱۴/۳۸۸	۴/۵۸۶	۱۴/۷۲۲	پرخاشگری کلامی	
۴/۱۴۴	۱۵/۳۳۳	۴/۵۹۶	۱۴/۷۷۷	خشم	
۵/۷۵۱	۱۹/۳۸۸	۷/۲۱۵	۱۹/۲۲۲	خصوصیت	
۵/۲۶۷	۱۷/۷۲۲	۴/۸۲۹	۱۷/۸۳۳	عدم برنامه ریزی	
۳/۴۵۱	۱۷/۱۶۶	۴/۷۶۳	۱۸/۸۸۸	حرکتی	
۴/۵۳۰	۱۶/۹۴۴	۴/۹۸۳	۱۷/۳۸۸	شناختی	

شناختی) در کودکان در پیش آزمون و پس آزمون در گروه مداخله با یکدیگر متفاوتند.

همانطور که در جدول ۴ مشاهده می شود در تمامی مؤلفه از جمله: پرخاشگری (پرخاشگری بدنی، پرخاشگری کلامی، خشم و خصوصیت) تکانشگری (عدم برنامه ریزی، حرکتی و

جدول ۵: نتایج تفکیک تحلیل کواریانس چند متغیری

متغیرهای وابسته	مجموع مجزورات	درجه آزادی	میانگین مجزورات	F	سطح معناداری	مجذور اتا
پرخاشگری بدنی	۳۷۸/۵۸۹	۲	۱۸۹/۲۹۵	۵/۲۰۷	۰/۰۱۱	۰/۲۴۰
پرخاشگری کلامی	۱۷۸/۵۰۹	۲	۸۹/۲۵۵	۵/۷۹۵	۰/۰۰۷	۰/۲۶۰
خشم	۱۳۳/۶۹۶	۲	۶۶/۸۴۸	۴/۰۲۱	۰/۰۲۷	۰/۱۹۶
خصوصیت	۲۵۱/۳۸۲	۲	۱۲۵/۶۹۱	۴/۶۷۴	۰/۰۱۶	۰/۲۲۱
عدم برنامه ریزی	۲۸۴/۰۹۶	۲	۱۴۲/۰۴۸	۶/۱۱۲	۰/۰۰۶	۰/۳۷۰
حرکتی	۱۷۱/۳۰۴	۲	۸۵/۶۵۲	۶/۵۲۱	۰/۰۰۴	۰/۲۸۳
شناختی	۲۱۷/۳۷۸	۲	۱۰۸/۶۸۹	۵/۵۴۲	۰/۰۰۸	۰/۲۵۱

اردستانی، شریفی باستان، محمدزاده و امیری نژاد (۳۸)؛ استراس، کیوتی و هاپرت (۳۹) و راسکاسکاس، رابینو، آفن و ویلند (۴۰) همسو می باشد. شور و اسپواک در پژوهشی دریافتند که فقدان مهارت های شناختی و مشکل در تنظیم هیجان موجب بروز رفتارهای مخرب و خشونت آمیز در کودکان می شود، از دیدگاه آنها، کودکانی که در مواجهه با مسائل مختلف قادر نیستند به راه حل های گوناگون بیندیشند و نمی توانند پیامدهای عمل خود را پیش بینی کنند، با احتمال بیشتری رفتارهای مخرب و پرخاشگرانه از خود بروز می دهند (۴۱). بررسی ها نشان می دهد که خشم و پرخاشگری تاثیر منفی بر روابط بین فردی دارد و می تواند افراد را از کارکردهای بهینه باز دارد (۳۹). مشکلات به وجود آمده از پرخاشگری از جمله تکانشگری و رفتارهای ناپخته و نابهنجار نیز پیامدهای نامطلوبی برای فرد پرخاشگر و اطرافیانش دارد. تکانشگری نوعی گرایش به انجام واکنش بلافاصله و بدون برنامه ریزی نسبت به محرک های بیرونی و درونی است که آثار و تبعات فردی و اجتماعی آن توجهی نمی شود. تکانشگری در بردارنده کاهش حساسیت فرد به پیامدهای منفی رفتار، عکس العمل سریع و ناخواسته

با توجه به نتایج جدول ۵، با در نظر گرفتن نمره های پیش آزمون به عنوان نمره های همپراش، تفاوت بین پرخاشگری و تکانشگری کودکان در دو گروه مداخله و شاهد معنادار است ($P < 0/01$)؛ بنابراین می توان گفت که با توجه به مجذور ایتا در هر یک از متغیرهای پرخاشگری (بدنی، کلامی، خشم و خصوصیت) به ترتیب ۰/۲۴۰، ۰/۲۶۰، ۰/۱۹۶ و ۰/۲۲۱ و تکانشگری (عدم برنامه ریزی، حرکتی و شناختی) به ترتیب ۰/۲۷۰، ۰/۲۸۳ و ۰/۲۵۱ درصد تغییرات با توجه به درمان شناختی مبتنی بر تنظیم هیجان تبیین می شود.

بحث

هدف پژوهش حاضر بررسی اثربخشی درمان شناختی مبتنی بر تنظیم هیجان بر تکانشگری و پرخاشگری دانش آموزان با مشکلات رفتاری بود. براساس یافته های این پژوهش مشخص شد که درمان شناختی مبتنی بر تنظیم هیجان بر تکانشگری و پرخاشگری دانش آموزان با مشکلات رفتاری تاثیر دارد، که این یافته با نتایج مک لافاری، بانتینگ، ارمور، لاپسلی، انیس، ماری و همکاران (۳۷)؛ خسروانی،

هیجان های منفی و نحوه استفاده مثبت از آنهاست (۴۶). در آموزش شناختی تنظیم هیجان فرد یاد می گیرد که پاسخ های هیجانی مثبت خویش را به طور کامل بروز دهد (۵۰). براساس مدل التقاطی فرسکو، منین، هایمیرگ و ریتز هیجانها می توانند کارکردی هنجاری تا اختلالی داشته باشند. اگر هیجانهای فرد نشاندهنده تغییر خزانه های پاسخ در جهت همخوان تر شدن با خواست های و محدودیت های بافتاری و ارزش ها و اهداف شخصی فرد باشند، کارکردی هنجاری دارند و به فرد جهت بهتر زندگی کردن کمک می کنند. اما هنگامی که فرد نتواند هیجان های مثبت خویش را بروز دهد و مجبور باشد آنها را سرکوب کند و به استفاده از هیجان های منفی رو بیاورد، آنجاست که هیجانها کارکردی ناسازگار و مخرب خواهند داشت (۵۰). اسکنتیزر، آندریز و لبر در بررسی های خود نشان دادند که مداخلات شناختی در افزایش فهم و درک رفتارهای هیجانی - اجتماعی و اصلاح رفتارهای دشوار کودکان مؤثر می باشند و این مداخله ها را عامل افزایش قدرت تفکر دانش آموزان در زمینه فرضیه سازی و درک و فهم شوخی در روابط اجتماعی دانستند، نتایج نشان می دهد که راهبردهای شناختی تنظیم هیجان با کاهش هیجانات منفی و حوادث عاطفی رابطه دارد و تمرکز بر راهبردهای مثبت تنظیم هیجان، فهم افراد از مدیریت هیجان را ارتقاء می بخشد (۲۵).

نتیجه گیری

می توان نتیجه گرفت که با اصلاح روش های بروز هیجانات می توان در کودکان با مشکلات رفتاری در تعامل با خود، همسالان و سایر افراد ایجاد کرد که این به نوبه خود بر سایر ارتباطات تاثیر گذاشته و می توان رفتار آنان را اصلاح کرد. می توان چنین استنباط کرد تأکید آموزش شناختی مبتنی بر تنظیم هیجان بر مهارت ها و تکنیکهایی از قبیل آشنایی با هیجان های بهنجار و مشکل آفرین، جلوگیری از انزوای اجتماعی و اجتناب و تغییر ارزیابی های شناختی، زمینه برای افزایش راهبردهای سازش یافته و کاهش راهبردهای آسیب زا فراهم می شود. هنگامی که فرد با یک موقعیت روبرو می شود، احساس خوب و خوش بینی، به تنهایی برای کنترل هیجان های وی کافی نیست، او نیاز دارد که در این لحظات بهترین کارکرد شناختی را نیز داشته باشد، بنابراین آموزش شناختی تنظیم هیجان با تاکید بر نقش مثبت و انطباقی هیجان و بازداری و اصلاح هیجانات

به محرک پیش از ارزیابی کامل اطلاعات و بی اعتنایی به پیامدهای درازمدت رفتار می شود. تکانشگری با شماری از آسیب های روانی در اجتماع مانند خشونت، رفتارهای ضداجتماعی و جرم در ارتباط است (۴۲). امروزه تکانشگری به صورت یک بعد عصبی - زیستی مفهوم پردازی می شود، بدین معنا که تکانشگری، با عدم بازداری شناختی روند کند و اشکال در انتقال دهنده های عصبی و بی ثباتی هیجانی در افراد همراه است. از نظر میلر سطح بالای تکانشگری و ابعاد آن در نوجوانان می تواند توجیه کننده مشکلات آنها در به تاخیر انداختن نیازها و بازداری رفتارها باشد. بنابراین، اعمال، حرکات و رفتارهای تکانش کودکان از یک طرف می تواند ناشی از ناتوانی آنها در مهار، کنترل و مدیریت تکانه های آنان باشد. افراد با نشانگان تکانشگری به طور معنی داری پرخاشگری بالاتری را تجربه می کند (۴۳). پرخاشگری و تکانشگری با متغیرهای بسیاری در ارتباط هستند که یکی از آنها مهارتهای تنظیم هیجان است (۴۴). پژوهش ها نشان می دهد که توانایی افراد برای تنظیم حالات هیجانی دشوار، به کاهش رفتارهای پرخاشگرانه می انجامد (۴۵، ۴۶). در همین راستا اسمیت در پژوهشی نشان داد که آموزش مهارت های نظم جویی شناختی هیجان می تواند سبب کاهش خشم و نشانه های پرخاشگری در نوجوانان فاقد تنظیم هیجان موثر واقع شود (۴۷). راهبردهای شناختی تنظیم هیجان به معنای تغییر دادن شناخت ها درباره موقعیت هیجانی است و از دانش به عنوان یک سیستم تولید هیجان استفاده می کند (۲۴). مگریا، العطیه، مصطفی حسنین با تأکید بر تعامل هیجان و شناخت، معتقدند که دانش هیجانی نقشی تسهیل کننده در رشد تنظیم هیجانی دارد. شناختها یا فرایندهای شناختی به افراد کمک می کنند تا هیجان ها و احساسات خود را تنظیم کرده و مغلوب شدت هیجان ها نشوند (۴۸). ریشه راهبردهای تنظیم هیجان، تحول هیجانی، شناختی و اجتماعی است. بدکارکردی در این راهبردها می تواند نقش تعیین کننده ای در ایجاد و حفظ اختلالات روانی ایفا کند. درمان شناختی مبتنی بر تنظیم هیجان شکل خاصی از خودتنظیمی است که به وسیله ی آن، به ما در مورد اینکه چه هیجاناتی را تجربه کنیم، چه موقع آنها را تجربه کنیم و چگونه آنها را بیان کنیم، کمک می کند (۴۹). شناخت هم، از هیجان تأثیر می پذیرد و هم بر آن تأثیر می گذارد. آموزش تنظیم شناختی هیجان به معنای کاهش و مهار

ایران و کد اخلاق از دانشکده پزشکی تبریز به شماره: IR.IAU.TABRIZ.REC.1398.106 ثبت شده است.

تضاد منافع

نویسندگان اظهار می دارند که هیچگونه تعارض منافی در رابطه با یافته های مطالعه ی حاضر وجود ندارد. این مقاله برگرفته از رساله دکتری روانشناسی دانشجو خانم حانیه غلامزاده نیکجو می باشد.

References

1. Shubina, I. Counseling and therapy of patients with behavioural disorders using the cognitive-behavioural approach. *Procedia - Social and Behavioral Sciences*. 2016; 217, 1008- 1018. <https://doi.org/10.1016/j.sbspro.2016.02.094>
2. Levin, J., & Nolan, J. F. Principles of classroom management: A professional decision-making model. Pearson. One Lake Street, Upper Saddle River, New Jersey. 2014; 07, 458-466.
3. Frick, P. J., Ray, J. V., Thornton, L. C., & Kahn, R. E. Can callous-unemotional traits enhance the understanding, diagnosis, and treatment of serious conduct problems in children and adolescents? A comprehensive review. *Psychological bulletin*, 2014; 140(1), 1-16. <https://doi.org/10.1037/a0033076>
4. Johnson, S., Hollis, C., Marlow, N., Simms, V., & Wolke, D. Screening for childhood mental health disorders using the S strengths and D difficulties Q questionnaire: the validity of multi-informant reports. *Developmental Medicine & Child Neurology*. 2014; 56(5), 453-459. <https://doi.org/10.1111/dmcn.12360>
5. Ginige, P., Tennakoon, S. U. B., Wijesinghe, W. H. M. K. J., Liyanage, L., Herath, P. S. D., & Bandare, K. Prevalence of behavioral and emotional problems among seven to eleven year old children in selected schools in Kandy District, Sri Lanka. *Journal of Affective Disorders*. 2014; 167, 167-170. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2014.05.062>
6. Rahimian, Boogar, Bayani, AA. Prevalence of DSM-IV behavioral disorders among 12-17 years pupils of Golestan province - Northern Iran (2010-11). *J Gorgan Univ Med Sci*. 2012; 14 (1), 90-99. (Persian).

منفی سعی می کند تا در مواقع بحرانی کودک را از انجام افعال منفی و پرخاشگرانه بازدارد.

سپاسگزاری

نویسندگان بر خود لازم می دانند که از تمامی پرسنل و دانش آموزان آموزش و پرورش ناحیه ۳ شهرستان تبریز نهایت قدردانی و تشکر را داشته باشند. لازم به ذکر است که اطلاعات این پژوهش به شماره: IRCT20200430047252N1 در سامانه کارآزمایی بالینی

7. Ershad Sarabi R, Hashemi Razini H, Abdollahi M H. Comparing Parental Stress, Parenting Styles, and Social Problem Solving in Mothers of Children with Autism Spectrum Disorder, ADHD, and Typically Developing Children . *J Child Ment Health*. 2018; 4 (4): 165-179. (Persian).
8. WoodJJ, CowanPA, BakerBL. Behavior problems and peer rejection in preschool boys and girls. *Journal of Genetic Psychology*. 2002; 163, 72-88. <https://doi.org/10.1080/00221320209597969>
9. Laird RD, Jordan KY, Dodge KA, Pettit GS, Bates JE. Peer rejection in childhood, involvement with antisocial peers in early adolescence, and the development of externalizing behavior problems. *Development and Psychopathology*. 2001; 13, 337-54. <https://doi.org/10.1017/S0954579401002085>
10. Saucer SH, Waller RJ. (2008). A model for music therapy with students with emotional and behavioral disorder. *The Art in Psychotherapy*. 33: 1-10. <https://doi.org/10.1016/j.aip.2005.05.003>
11. Culpepper, L., & Fried, R. Attention-deficit/hyperactivity disorder in a chronic care paradigm. *Postgraduate Medicine*. 2013; 125(4), 78-86. <https://doi.org/10.3810/pgm.2013.07.2680>
12. Sajedi, Zh, Zarabian, K, Sadeghian, E. Prevalence Behavior Disorders in 3 to 6 Years' Children in Hamadan City. *Avicenna J Nurs Midwifery care*. 2010; 18(1), 11-21. (Persian).
13. Moran P, Coffey C, Romaniuk H, Olsson C, Borschmann R, Carlin JB, et al. The natural history of self-harm from adolescence to young adulthood: a population-based cohort study. *Lancet*. 2012; 379, 236-43. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(11\)61141-0](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(11)61141-0)

14. Amminger Gp, Pape S. Relationship between childhood behavioral disturbance and later schizophrenia in the New York high risk project, *Am. J. Psychiatry.* 1990; 156(4): 525-30. <https://doi.org/10.1176/ajp.156.4.525>
15. American Psychiatric Association. *DSM-5: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, 5th Edition. Washington DC, American Association; 2013. <https://doi.org/10.1176/appi.books.9780890425596>
16. Schultz, D. P., & Schultz, S. E. *Theories of personality*. Cengage Learning; 2016.
17. Veenstra, R. The development of Dr. Jekyll and Mr. Hyde: Prosocial and antisocial behavior in adolescence. In D. Fetchenhauer, A. Flache, A. P. Buunk, & S. Landenberg (Eds.), *Solidarity and Prosocial Behavior: An Integration of Sociological and Psychological Perspectives*. 2006; 93-108. https://doi.org/10.1007/0-387-28032-4_6
18. Jimenez a, t. i., & Estevez, E. School aggression in adolescence: Examining the role of individual, family and school variables. *International Journal of Clinical and Health Psychology.* 2017; 17, 251-260. <https://doi.org/10.1016/j.ijchp.2017.07.002>
19. Bjorkqvist, k. Gender differences in aggression. *Current Opinion in Psychology.* 2018; 19, 39-42. <https://doi.org/10.1016/j.copsyc.2017.03.030>
20. Rottenberg, J., Gross, J. J. When emotion goes wrong: realizing the promise of affective science. *Clin. Psychol. Sci. Pr.* 2017; 10, 227-232. <https://doi.org/10.1093/clipsy.bpg012>
21. Ochsner, K.N. & Gross, J.J. The cognitive control of emotion, trends in cognitive sciences. 2005; 9(5): 242-249. <https://doi.org/10.1016/j.tics.2005.03.010>
22. Feldman-Barrett, L., Gross, J., Christensen, T.C., & Benvenuto, M. Knowing what you're feeling and knowing what to do about it: mapping the relation between emotion differentiation and emotion regulation. *Cognition and Emotion.* 2001; 15(5), 713-724. <https://doi.org/10.1080/02699930143000239>
23. Garnefski, N., & Kraaij, V. Specificity of relations between adolescents' cognitive emotion regulation strategies and symptoms of depression and anxiety. *Cognition and Emotion.* 2018; 32(7), 1401-1408. <https://doi.org/10.1080/02699931.2016.1232698>
24. Gross, J. J. Emotion regulation: Current status and future prospects. *Psychological Inquiry.* 2015; 26(1), 1-26. <https://doi.org/10.1080/1047840X.2014.940781>
25. Schnitzer, C., Andries, C., & Iebeer, J. Usefulness of cognitive intervention programmers for socio-emotional and behavior problems in children with learning disabilities. *Journal of Research in special Education Needs.* 2007; 7(3), 161-171. <https://doi.org/10.1111/j.1471-3802.2007.00093.x>
26. Gross, J. J., & Jazaieri, H. Emotion, emotion regulation, and psychopathology: An affective science perspective. *Clinical Psychological Science.* 2014; 2(4), 387-401. <https://doi.org/10.1177/2167702614536164>
27. Esmaeilinasab M, Andami Khoshk A, Azarmi H, Samar Rakhi A. The Predicting Role of Difficulties in Emotion Regulation and Distress Tolerance in Students' Addiction Potential. 2014; 8(29), 63-49. (Persian).
28. Gall, M.D., Gall, J.P. and Borg, W.R. *Educational research: An introduction*. Pearson Education Inc., Boston. 2003.
29. Quay, H. C., & Peterson, D. R.. *Manual for the Revised Behavior Problem Checklist*. Miami: Quay & Peterson; 1987.
30. Shahim S, Yousefi F, Ghanbari M. Psychometric Characteristics of Quay-Peterson Revised Behavior Problem Checklist. *IJPCP.* 2008; 13 (4): 350-358. (Persian).
31. Buss, A. H., & Perry, M. The Aggression Questionnaire. *Journal of Personality and Social Psychology.* 1992; 63, 452-459. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.63.3.452>
32. Mohammadi, N. Preliminary study of psychometric indices of Buss-Perry aggression questionnaire *Journal of Social Sciences and Humanities, Shiraz University.* 2006; 4(49), 135-151. (Persian).
33. Barratt, E.s. *Impulsivity: integrating cognitive, behavioral. Biological and environmental data.* IN W.B.Mccwn, J.L.John: Washington, D.C: American Psychological Association; 1994. <https://doi.org/10.1037/10500-003>
34. Ekhtiari H, Rezvanfard M, Mokri A. Impulsivity and its Different Assessment Tools: A Review of View Points and Conducted Researches. *IJPCP.* 2008; 14 (3), 247-257. (Persian).
35. Barlow, H. *Clinical Handbook of Psychological Disorders.* Fifth Edition; 2014.
36. Barlow, D. H., & Farchione, T. J. (Eds.).

- Applications of the Unified Protocol for Transdiagnostic Treatment of Emotional Disorders. Oxford University Press; 2017. <https://doi.org/10.1093/med-psych/9780190255541.001.0001>
37. McLafferty, M., Bunting, B. P., Armour, C., Lapsley, C., Ennis, E., Murray, E., & O'Neill, S. M. The mediating role of emotion regulation strategies on psychopathology and suicidal behaviour following negative childhood experiences. *Children and Youth Services Review*. 2020; 105212. <https://doi.org/10.1016/j.childyouth.2020.105212>
 38. Khosravani, V., Ardestani, S. M. S., Sharifi Bastan, F. S., Mohammadzadeh, A., & Amirinezhad, A. Childhood maltreatment, cognitive emotion regulation strategies, and alcohol craving and dependence in alcohol-dependent males: direct and indirect pathways. *Child abuse & neglect*. 2019; 98, 104197. (Persian). <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2019.104197>
 39. Strauss, A. Y., Kivity, Y., & Huppert, J. D. Emotion regulation strategies in cognitive behavioral therapy for panic disorder. *Behavior therapy*. 2019; 50(3), 659-671. <https://doi.org/10.1016/j.beth.2018.10.005>
 40. Raskauskas, J., Rubiano, S., Offen, I., & Wayland, A. K. Do social self-efficacy and self-esteem moderate the relationship between peer victimization and academic performance?. *Social Psychology of Education*. 2015; 18(2), 297-314. <https://doi.org/10.1007/s11218-015-9292-z>
 41. Shure, M. B., & Spivac, G. *The problem-solving techniques in childrearing*. San Francisco: Jossey-Bass; 1978.
 42. Garofalo, C., Velotti, P., & Zavattini, G. C. Emotion regulation and aggression: The incremental contribution of alexithymia, impulsivity, and emotion dysregulation facets. *Psychology of Violence*. 2018; 8(4), 470. <https://doi.org/10.1037/vio0000141>
 43. Jakubczyk, A., Trucco, E. M., Kopera, M., Kobyliński, P., Suszek, H., Fudalej, S., ... & Wojnar, M. The association between impulsivity, emotion regulation, and symptoms of alcohol use disorder. *Journal of substance abuse treatment*. 2018; 91, 49-56. <https://doi.org/10.1016/j.jsat.2018.05.004>
 44. Aldao, A., Nolen-Hoeksema, S., & Schweizer, S. Emotion-regulation strategies across psychopathology: A meta-analytic review. *Clinical psychology review*. 2010; 30(2), 217-237. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2009.11.004>
 45. Roberton, T., Daffern, M., & Bucks, R. S. Emotion regulation and aggression. *Aggression and violent behavior*. 2012; 17(1), 72-82. <https://doi.org/10.1016/j.avb.2011.09.006>
 46. Arabatzoudis, T., Rehm, I., Nedeljkovic, M & Moulding, R. Emotion regulation in individuals with and without trichotillomania. *Journal of Obsessive-Compulsive and Related Disorders*. 2017; 12, 87-94. <https://doi.org/10.1016/j.jocrd.2017.01.003>
 47. Smith, C.A., & Kirby, L. Appraisal as a pervasive determinant of anger. *Emotion*. 2009; 4, 133-138. <https://doi.org/10.1037/1528-3542.4.2.133>
 48. Megreya, A. M., Al-Attayah, A. A., Moustafa, A. A., & Hassanein, E. E. Cognitive emotion regulation strategies, anxiety, and depression in mothers of children with or without neurodevelopmental disorders. *Research in Autism Spectrum Disorders*. 2020; 76, 101600. <https://doi.org/10.1016/j.rasd.2020.101600>
 49. Szczygie, D. Buczny, J. Bazinska, R. Emotion regulation and emotional information processing: The awareness. *J Personality and Individual Differences*, moderating effect of emotional. 2012; 52, 433-437. <https://doi.org/10.1016/j.paid.2011.11.005>
 50. Fresco, D., Mennin, D. S., Heimberg, R. G., & Ritter, M. Emotion regulation therapy for generalized anxiety disorder. *Cognitive and Behavioral Practice*. 2013; 20,282-300. <https://doi.org/10.1016/j.cbpra.2013.02.001>