



## Comparison of the effectiveness of schema mode therapy and impulse control training on self-control and behavioral-emotional self-efficacy in boys with disruptive mood dysregulation disorder

**Nila Pashangian, Ph.D Student**

Department of General Psychology, Bushehr Branch, Islamic Azad University, Bushehr, Iran.

**Moloud Keykhosrovani, Ph.D**

Assistant Professor, Department of General Psychology, Bushehr Branch, Islamic Azad University, Bushehr, Iran.

**Naser Amini, Ph.D**

Assistant Professor, Department of General Psychology, Bushehr Branch, Islamic Azad University, Bushehr, Iran.

**Moslem Abbasi, Ph.D**

Assistant Professor, Department of General Psychology, Salman Farsi University, Kazerun, Iran

### Abstract

The aim of this study was to compare the effectiveness of schema mode therapy and impulse control training on self-control and behavioral-emotional self-efficacy in children with disruptive mood dysregulation disorder. The research method was quasi-experimental: pretest-posttest and follow-up (2 months) with the control group. The statistical population of this study was all male students aged 10 to 17 years in Shiraz in the academic year 2019-2020. The research sample was 60 male students with disruptive mood dysregulation disorder who were selected from male students who had a high score in Laporte et al.'s (2019) screening questionnaire by multi-stage cluster random sampling method and in two experimental groups and control group (20 people in each group) were assigned. The research instruments were structured clinical interview, adolescent emotional self-efficacy questionnaire (Dacre Pool & Qualter, 2012), behavioral self-efficacy (Choi, Fuqua, & Griffin, 2001) and self-control scale (Tangney, Baumeister & Boone, 2004). The collected data were statistically analyzed using repeated measures covariance analysis. The results showed that both subjective schema therapy and impulse control training had a significant effect on increasing self-control and behavioral-emotional self-efficacy in children with disruptive mood disorders ( $P \leq 0.001$ ). The results of Bonferroni post hoc tests showed that there is a significant difference between impulse control training and schema mode therapy in emotional self-efficacy scores ( $P \leq 0.001$ ). However, there was no difference in behavioral self-efficacy and self-control between the experimental groups in the post-test and follow-up stages.

**Keywords:** Schema mode therapy, impulse control training, self-efficacy, self-control, disruptive mood dysregulation disorder.

## مقایسه اثربخشی طرحواره درمانی ذهنیت‌مدار و آموزش کنترل تکانه بر خودکنترلی و خودکارآمدی رفتاری - هیجانی پسران دارای اختلال بی‌نظمی خلق اخلاکگر

نیلا پاشنگیان

دانشجوی دکتری روانشناسی عمومی، واحد بوشهر، دانشگاه آزاد اسلامی، بوشهر، ایران.

مولود کیخسروانی\*

استادیار گروه روانشناسی عمومی، واحد بوشهر، دانشگاه آزاد اسلامی، بوشهر، ایران.

ناصر امینی

استادیار گروه روانشناسی عمومی، واحد بوشهر، دانشگاه آزاد اسلامی، بوشهر، ایران.

مسلم عباسی

استادیار گروه روانشناسی عمومی، دانشگاه سلمان فارسی، کازرون، ایران.

### چکیده

این پژوهش با هدف مقایسه اثربخشی طرحواره درمانی ذهنیت‌مدار و آموزش کنترل تکانه بر خودکنترلی و خودکارآمدی رفتاری - هیجانی کودکان اختلال بی‌نظمی خلق اخلاکگر انجام شد. روش پژوهش نیمه آزمایشی از نوع پیش‌آزمون - پس‌آزمون و پیگیری (۲ ماهه) با گروه کنترل بود. جامعه آماری این پژوهش کلیه دانش‌آموزان پسر ۱۰ تا ۱۷ ساله شهر شیراز در سال تحصیلی ۹۹-۱۳۹۸ بود. نمونه پژوهش ۶۰ نفر از دانش‌آموزان پسر دارای اختلال بی‌نظمی خلق اخلاکگر بودند که از میان دانش‌آموزان پسری که نمره‌ای زیادی در پرسشنامه غربالگری لاپورته و همکاران (۲۰۱۹) بود به روش نمونه‌گیری تصادفی خوشه‌ای چند مرحله‌ای انتخاب و در دو گروه‌های آزمایشی و گروه کنترل (۲۰ نفر در هر گروه) گمارده شدند. ابزارهای پژوهش، مصاحبه بالینی ساختاریافته، پرسشنامه خودکارآمدی هیجانی نوجوانان (Dacre Pool & Qualter, 2012)، خودکارآمدی رفتاری (Choi, Fuqua & Griffin, 2001) و مقیاس خودکنترلی (Tangney, Baumeister & Boone, 2004) بود. داده‌های جمع‌آوری شده با استفاده از تحلیل کواریانس اندازه‌گیری مکرر مورد تجزیه و تحلیل آماری قرار گرفتند. نتایج نشان داد که هر دو درمان طرحواره درمانی ذهنیت‌مدار و آموزش کنترل تکانه بر افزایش خودکنترلی و خودکارآمدی رفتاری - هیجانی کودکان اختلال بی‌نظمی خلق اخلاکگر تأثیر معناداری دارند ( $P \leq 0.001$ ). نتایج آزمون‌های تعقیبی بنفرونی نشان داد که بین آموزش کنترل تکانه و طرحواره درمانی ذهنیت‌مدار در نمرات خودکارآمدی هیجانی تفاوت معناداری وجود دارد ( $P \leq 0.001$ ); ولی در خودکارآمدی رفتاری و خودکنترلی بین گروه‌های آزمایشی تفاوتی در مرحله پس‌آزمون و پیگیری وجود نداشت.

**کلیدواژه‌ها:** طرحواره درمانی ذهنیت‌مدار، آموزش کنترل تکانه، خودکارآمدی، خودکنترلی، اختلال بی‌نظمی خلق اخلاکگر.

نتایج مطالعات Mulraney, Silk, Gulenc Efron, Hazell & et al (2021) نشان دهنده همبودی اختلال اختلال بی‌نظمی خلق اخلاک‌گر را با اختلالات دوقطبی و اختلال نقص توجه و بیش‌فعالی (Attention Deficit Hyperactivity Disorder) است. همچنین مطالعات نشان می‌دهد بی‌ثباتی و تحریک‌پذیری (Irritability) خلقی در افراد مبتلا به اختلال بی‌نظمی خلق اخلاک‌گر بر روابط بین‌فردی، عملکرد تحصیلی و خودکارآمدی اجتماعی و تحصیلی تأثیر می‌گذارد (Laporte & et al, 2021).

خودکارآمدی فرایندی است که در محیط شکل می‌گیرد (Bandura, Pastorelli, Barbaranelli & Caprara, 1999; Bandura, 2004) و بر رفتار فرد بسیار تأثیر می‌گذارد. خانواده اولین عامل مهم در میان سه عامل خانواده، مدرسه و نفوذ همسالان است که در تحول خودکارآمدی نوجوانان نقش دارد (Shin, Shin, Liu, Dutton, Abood & et al, 2011). بنا به نظر بندورا خودکارآمدی، توان سازنده‌ای است که بدان وسیله، مهارت شناختی، اجتماعی، عاطفی و رفتاری انسان برای تحقق اهداف مختلف به گونه‌ای اثربخش سازمان دهی می‌شود (Bilgin, 2011). همانطور که خودکارآمدی یک پیش‌بینی‌کننده مهم از عملکرد در حوزه‌ای خاص است، خودکارآمدی هیجانی نیز می‌تواند پیش‌بینی‌کننده مناسبی در حوزه عملکردهای هیجانی باشد. خودکارآمدی هیجانی به مجموعه آمادگی‌های رفتاری و تمایلات فرد در بازشناسی، پردازش و سازماندهی اطلاعات هیجانی گفته می‌شود (Basili, Gomez Plata, Paba Barbosa, Gerbino, Thartori & et al, 2020). بررسی‌های طولی نشان می‌دهد که خانواده و عوامل شناختی و رفتاری نقش مهم در جلوگیری از بروز افسردگی و خودکارآمدی نقش پیش‌بینی‌کننده در سلامت روان دارد (Collishaw, Hammerton, Mahedy, Sellers, Owen & et al, 2016). نتایج مطالعات نشان می‌دهند که میزان بسیار خودکارآمدی رفتاری-هیجانی با میزان بسیار عزت نفس (Armum & Chellappan, 2016)، اعتماد اجتماعی (Matsushima & Shiomi, 2013) و مهارت‌های حل مسئله (Di Giunta, Eisenberg, Kupfer, Steca, & et al, 2021).

اختلال بی‌نظمی خلق اخلاک‌گر (Disruptive mood dysregulation disorder) اختلالی جدید در پنجمین ویرایش راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders 5 edition) است (American Psychiatric Association, 2013) و ویژگی اصلی این اختلال تحریک‌پذیری دایمی و شدیدی است که به دو شیوه نشان داده می‌شود؛ فرد به دفعات خشم انفجاری دارد و این انفجارهای خشم معمولاً در واکنش به ناکامی روی می‌دهد و می‌تواند کلامی یا رفتاری باشد (انفجار خشم رفتاری به صورت پرخاشگری نسبت به خود، دیگران، یا اشیاء و لوازم خود یا دیگران نشان داده می‌شود) این انفجارهای خشم باید فراوان باشد (حداقل سه بار در هفته) حداقل ۱ سال ادامه داشته باشد و در حداقل ۲ محیط خانه و مدرسه حضور داشته باشد و با سن تطابق ندارد. در فاصله انفجارهای شدید خشم، فرد به طور دائم تحریک‌پذیر یا عصبانی است و این حالت اکثر ساعات روز، تقریباً هر روز، وجود دارد و اطرافیان به آسانی متوجه آن می‌شوند (Laporte, Matijasevich, Munhoz, Santos Barros & et al, 2021). هدف اصلی افزودن این اختلال در پنجمین ویرایش راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی (2013) این بود که کودکان مبتلا به تحریک‌پذیری مداوم و مزمن، از کودکان مبتلا به اختلال دوقطبی کلاسیک تفکیک شوند. کودکان مبتلا به این اختلال، در نوجوانی و بزرگسالی معمولاً به اختلالات افسردگی یک قطبی یا اختلالات اضطرابی مبتلا می‌شوند. در واقع اصطلاح بی‌نظمی، به ناتوانی در تنظیم مود و خلق و همچنین، به دوره‌هایی از نبودن تحریک‌پذیری اشاره دارد (Laporte, Matijasevich, Munhoz, Santos & et al, 2019). شیوع این اختلال در کودکانی که به کلینیک‌های بهداشت روانی مراجعه می‌کنند، بسیار زیاد است و تخمین درباره شیوع آن در جامعه واضح نیست (APA, 2013). (Dougherty, Smith, Bufferd, Carlson & et al, 2014). Stringaris & et al شیوع سه ماهه اختلال بی‌نظمی خلق اخلاک‌گرانه را در نمونه‌ای آمریکایی بدون توجه به تفاوت‌های جنسیتی و قومیتی ۸/۲ گزارش کرد (Stoddard, Wiggins & et al, 2021).

نوع دیگری از مداخله‌شناختی-رفتاری (Cognitive-Behaviour Therapy) است. مشکل تکانشگری اغلب زمانی که کودک وارد مدرسه می‌شود و با خواسته‌های اجتماع و محیط آموزشی روبه‌رو می‌شود، آغاز می‌گردد (Clarkson, Hirt, Jia & Alexander, 2010). علت این امر آن است که رفتار تکانه‌ای آنها باعث ایجاد پاسخ‌های نادرست بیشتری می‌شود و در نتیجه نیاز به تمرکز بیشتر و سازماندهی بهتری دارند (Poushaneha, Ghobari Bonab & Hasanzadeh, 2010). این درمان، مداخله‌ای است که توسط Sperry (1999) با هدف شناسایی انگیزه‌های تکانه‌ای، به تأخیر انداختن آن‌ها و در نهایت کاهش تمایلات شدید و غیرارادی برای عمل به‌وجود آمد. Sperry (1999) بیان می‌کند که هدف از مداخله کنترل تکانه، کاهش تمایلات شدید و غیرارادی برای عمل است و از آنجایی که انفجارهای خشم، پیش‌زمینه‌ای برای واکنش سریع و بدون برنامه‌ریزی در برابر محرک‌های داخلی و خارجی بدون توجه به پیامدهای منفی این واکنش در برابر خود یا دیگران است (Sharifi-Daramady, Bagean-Kulemarez, Padervand & Gravand, 2014) می‌توان با آموزش ابعاد خودکنترلی، خودمدیریتی، جایگزینی رفتار، راهبردهای مقابله‌ای و تحمل آشفتگی زمینه را برای سازگاری هیجانی و رفتاری فراهم کرد. Soleimani, Hassani & Talebi (2018) در مطالعه‌ای با هدف اثربخشی آموزش کنترل تکانه بر روی کیفیت زندگی دانش‌آموزان قلدر به این نتیجه دست یافتند دانش‌آموزانی که آموزش کنترل تکانه دریافت کرده بودند در مقایسه با هم‌تایان خود در گروه گواه نمرات بیشتری در کیفیت زندگی در مرحله پس‌آزمون به دست آوردند. Robinson & Klein (2021) دریافتند که آموزش کنترل تکانه باعث کاهش تکانشگری و خودکنترلی در دانش‌آموزان با مشکلات خلق تحریک‌پذیر می‌شود.

طرحواره‌ها به عنوان بازنمایی‌های سازمان‌یافته از تجربیات دوران اولیه زندگی توصیف شده‌اند که بر ادراک، رفتارها و افکار افراد تأثیر بسزایی دارند (Van Dijk, Veenstra, Bouman, Peekel, Veenstra & et al, 2019). طرحواره درمانی، درمانی است که توسط Young, Klosko & Weishaar (2003) ارائه شده است و به درمانگران کمک

(Tramontano & et al, 2010) همراه است.

یکی از مؤلفه‌های هوش هیجانی (Emotional Intelligence) که در چند سال گذشته، بخش زیادی از تحقیقات را به خود اختصاص داده است و اهمیت بسیار زیادی دارد، خودکنترلی (Self-control) است. خودکنترلی را کاربرد صحیح هیجان‌ها تعریف کرده‌اند (Mayer, Salovey, Caruso & Sitarenios, 2003). قدرت تنظیم احساسات، موجب افزایش ظرفیت شخصی برای تسکین دادن خود، درک کردن اضطراب‌ها، افسردگی یا بی‌حوصلگی‌های متداول می‌شود. خودکنترلی ویژگی مهم و قابل توجهی است که به افراد امکان می‌دهد افکار، تکانه‌ها، حالت‌های هیجانی و رفتارهای خود را مدیریت کنند (Daly, Baumeister, Delaney & MacLachlan, 2014). به زعم Moffit, Arseneault, Belsky, Dickson, Hancox & et al (2011) افرادی که خودکنترلی بسیاری ندارند و تکانشگری بیشتری دارند، به لحاظ شخصیتی بر خود کنترل ندارند و ممکن است در طول زندگی در معرض طیف وسیعی از مشکلات رفتاری و پیامدهای ناگوار از جمله نتایج تحصیلی بد، کیفیت کم ارتباطات، مشکلاتی در زمینه سلامتی، شغل و همچنین مشکلاتی از قبیل مشارکت در فعالیت‌های انحرافی، ضداجتماعی و فعالیت‌های مجرمانه قرار گیرند (Piquero, Jennings, Farrington, Diamond & Gonzalez, 2016).

بر اساس مطالعات (Nilsen, Bowlin, & Baer (2012) و (Bang, Boe, Martinsen, Lang-Ree & et al (2021) خودکنترلی با عملکردهای انطباقی زیادی مانند پیشرفت تحصیلی، عزت‌نفس زیاد، مهارت‌های بین‌فردی، داشتن ارتباطات رضایت‌بخش، دلبستگی ایمن و هیجان‌های مثبت، رابطه مثبت دارد و با مواردی مانند اضطراب، افسردگی، تکانشگری، پرخاشگری و مواردی مانند سوء مصرف الکل رابطه منفی دارد.

از جمله درمان‌هایی که می‌تواند بر تکانشگری و کاهش رفتارهای پرخاشگرانه دانش‌آموزان مبتلا به اختلال اختلال بی‌نظمی خلق اخلاک‌گر (DMDD) مؤثر باشد و تاکنون مورد توجه پژوهشگران قرار نگرفته است، آموزش کنترل تکانه (Impulse Control Training) است. آموزش کنترل تکانه

می‌کند تا مشکلات مزمن و عمیق افراد درمانجو را دقیق‌تر تعریف کرده و آنها را به گونه‌ای قابل درک سازماندهی کنند (Estévez, Ozerinjauregi, Herrero-Fernández & Jauregui, 2019). درمان اختلالات مزمن که با بی‌ثباتی، پرخاشگری و تحریک‌پذیری بسیار همراهند و همبودی بسیاری با اختلالات دیگر دارند با مدل طرحواره‌درمانی به سادگی قابل انجام نیست و مفهوم‌سازی خاصی را می‌طلبد. (Young & et al (2003) نوع خاصی از طرحواره‌درمانی را برای درمان بیماران مبتلا به اختلال شخصیت مرزی و خودشیفته توصیف کردند که بر اساس ذهنیت طرحواره‌ای (Schema Mode) است (Behary & Dieckmann, 2011).

تکنیک‌های متمرکز بر ذهنیت (Mode work)، بخش مکمل طرحواره‌درمانی‌اند. ذهنیت (Mode)، مجموعه‌ای از طرحواره‌ها یا عملیات طرحواره‌ای سازگار یا ناسازگار است که در حال حاضر در ذهن وجود دارد (Young & et al, 2003; Kopf-Beck, Zimmermann, Egli, Rein, Young & et al (1993). (Kappelmann & et al, 2020). ذهنیت‌های طرحواره‌ای را پاسخ‌های مقابله‌ای ناسازگار و یا رفتارهای سالمی تعریف می‌کند که در حال حاضر در ذهن فعالند. (Bach & Farrell (2018) در پژوهشی با عنوان «طرحواره و ذهنیت در اختلال شخصیت مرزی: ذهنیت کودک بی‌اعتماد، شرم‌آور، عصبانی، پرخاشگر و ناشاد در ۱۰۱ بیمار با نشانه‌های اختلال شخصیت مرزی» به این نتیجه رسیدند که طرحواره‌بی‌اعتمادی/بدرفتاری و نقص و شرم در کودک با ذهنیت پرخاشگر، کودک تکانشی و کودک ناشاد به طور منحصر به فردی بیماران مبتلا به اختلال شخصیت مرزی را از دیگر بیماران مبتلا به اختلالات شخصیت متمایز کرد. به همین ترتیب ذهنیت طرحواره‌ای بی‌اعتمادی/بدرفتاری، شرم و خودانضباطی ناکافی ذهنیت کودک آسیب‌پذیر، کودک خشمگین و کودک ناشاد را از افراد سالم متمایز کرد. همچنین نتایج نشان داد که طرحواره‌ای بی‌اعتمادی/بدرفتاری، نقص و شرم و ذهنیت‌های کودک پرخاشگر/خشمگین، کودک تکانشی و کودک ناشاد ویژگی اساسی بیماران مبتلا به اختلال شخصیت مرزی است. همچنین نتایج مطالعات Hilden, Rosenström, Karila,

(2021) Elokorpi, Torpo & et al نشان می‌دهد که طرحواره‌درمانی ذهنیت‌مدار برای افراد دارای مشکلات تکانشگری و آسیب در خودپنداره اثربخش است. در مجموع از آنجا که دهه اول زندگی کودک از لحاظ شکل‌گیری شخصیت، پایه تفکر، زبان و نمو جسمی و روانی، دوره‌ای اساسی است، اجرای برنامه‌های آموزشی که بتواند باعث شکل‌گیری هرچه بهتر شخصیت کودک و در نهایت بهتر شدن کیفیت زندگی وی در این محدوده سنی بشود، ضروری به نظر می‌رسد. با توجه به ابعاد مختلف کیفیت زندگی کودکان و نتایج به دست آمده از پژوهش‌ها در زمینه برنامه آموزش کنترل تکانه و تأثیر آن بر مشکلات رفتاری، هیجانی و جسمانی کردن کودکان، چنین به نظر می‌رسد که با آموزش برنامه کنترل تکانه و طرحواره‌درمانی به مادران؛ زیرا غالباً مادر والدی است که بیش‌ترین ارتباط را با کودک دارد، بتوان بر ابعاد اجتماعی، روانی و جسمی کودکان ۱۰ تا ۱۷ ساله اثر گذاشت و کیفیت زندگی آن‌ها را افزایش داد و با توجه به اینکه تدوین برنامه مداخله مبتنی بر طرحواره و کنترل تکانه برای کودکان تاکنون کمتر در پژوهش‌های دیگر در کشورمان مورد بررسی قرار گرفته است. ضرورت دیگر این پژوهش، هدف قرار دادن این جامعه بود؛ بنابراین این پژوهش به دنبال پاسخگویی به فرضیات زیر است:

فرضیه ۱. بین میانگین‌های پس‌آزمون خودکنترلی در طرحواره‌درمانی ذهنیت‌مدار و آموزش کنترل تکانه پسران دارای اختلال بی‌نظمی خلق اخلاک‌گرا تفاوت وجود دارد.

فرضیه ۲. بین میانگین‌های پس‌آزمون خودکارآمدی هیجانی در طرحواره‌درمانی ذهنیت‌مدار و آموزش کنترل تکانه پسران دارای اختلال بی‌نظمی خلق اخلاک‌گرا تفاوت وجود دارد.

فرضیه ۳. بین میانگین‌های پس‌آزمون خودکارآمدی رفتاری در طرحواره‌درمانی ذهنیت‌مدار و آموزش کنترل تکانه پسران دارای اختلال بی‌نظمی خلق اخلاک‌گرا تفاوت وجود دارد.

فرضیه ۴. بین میانگین‌های پیگیری خودکنترلی در طرحواره‌درمانی ذهنیت‌مدار و آموزش کنترل تکانه پسران دارای اختلال بی‌نظمی خلق اخلاک‌گرا تفاوت وجود دارد.

از ۳۳ به دست آوردند، برای تأیید تشخیصی مورد مصاحبه بالینی ساختار یافته (توسط روانشناسی بالینی) بر اساس ملاک‌های تشخیص و آماری اختلالات روانی DSM-V قرار گرفتند. در دو گروه آزمایشی، آموزش طرحواره درمانی ذهنیت‌مدار (۲۰ نفر)، آموزش کنترل تکانه (۲۰ نفر) و گروه کنترل (۲۰ نفر) گمارده شدند. در این پژوهش با به کارگیری ملاک‌های ورود و خروج زیرمعیار همگونی<sup>۱</sup> آزمودنیها رعایت گردید: الف- ملاکهای ورود مشتمل بر دریافت تشخیص اختلال اختلال بی نظمی خلق اخلاکگر بر اساس پرسشنامه غربالگری (Laporte & et al (2019) و مصاحبه بالینی ساختاریافته برای دانش‌آموزان؛ داشتن سن بین ۱۰ تا ۱۷ سال برای کودکان؛ عدم دریافت دارو و خدمات روانشناختی در طول دوره پژوهش؛ سابقه مصرف مواد، وابستگی به مواد یا الکل نداشته باشند، والدین از یکدیگر جدا نشده باشند و یا دارای تعارضات خانوادگی شدید نباشند (بر اساس فرم خودگزارش دهی). ب- ملاکهای خروج مشتمل بر داشتن اختلالات روانی به‌خصوص، افسردگی و اختلالات دوقطبی؛ داشتن بیماری‌های جسمانی که فرد را وادار به جستجوی فوری درمان سازد (بررسی این ملاکها با توجه به مصاحبه بالینی ساختاریافته صورت گرفت) و غیبت بیش از سه جلسه از جلسات آموزشی به عنوان ملاک خروج در نظر گرفته شد.

#### ابزار پژوهش

مصاحبه بالینی براساس جدول زمانی برای اختلالات عاطفی و اسکیزوفرنی در کودکان سن مدرسه بر اساس پنجمین راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی (Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia for School-Age Children-Present and Lifetime Version): در این مصاحبه از کودکان ۶ تا ۱۸ ساله سؤالاتی پرسیده می‌شود که در آن باید به هریک از این سؤالات در طیف اطلاع خاصی ندارم (۰)، در حال حاضر نه (۱) و تحریک‌پذیری خلق در حال حاضر کمتر از نیمه روز و در ۱۲ ماه گذشته غالب بوده است (۲) و تحریک‌پذیری

فرضیه ۵. بین میانگین‌های پیگیری خودکارآمدی هیجانی در طرحواره درمانی ذهنیت‌مدار و آموزش کنترل تکانه پسران دارای اختلال بی نظمی خلق اخلاکگر تفاوت وجود دارد.  
فرضیه ۶. بین میانگین‌های پیگیری خودکارآمدی رفتاری در طرحواره درمانی ذهنیت‌مدار و آموزش کنترل تکانه پسران دارای اختلال بی نظمی خلق اخلاکگر تفاوت وجود دارد.

#### روش

روش پژوهش، جامعه آماری و نمونه: طرح نیمه آزمایشی این پژوهش پیش‌آزمون- پس‌آزمون و پیگیری (۲ ماهه) با گروه کنترل (The pretest-posttest- followup control group design) بود. جامعه آماری این پژوهش دربرگیرنده کلیه دانش‌آموزان پسر ۱۰ تا ۱۷ ساله شهر شیراز در سال تحصیلی ۹۹-۱۳۹۸ بود. نمونه پژوهش ۶۰ نفر از دانش‌آموز پسر دارای اختلال بی نظمی خلق اخلاکگر بود که از میان دانش‌آموزانی که نمره بیش از ۳۳ در مقیاس اختلال بی نظمی خلق اخلاکگر (Laporte, & et al (2019) به دست آوردند به روش نمونه‌گیری تصادفی خوشه‌ای چند مرحله‌ای از نواحی آموزش و پرورش شهر شیراز انتخاب و در دو گروه آزمایشی (آموزش طرحواره درمانی ذهنیت‌مدار و آموزش کنترل تکانه) و یک گروه کنترل به صورت تصادفی گمارده شدند؛ بدین صورت که ابتدا شهر شیراز به چهار جهت جغرافیایی شمال، جنوب، شرق و غرب تقسیم شد، سپس از هر جهت جغرافیایی سه مدرسه به صورت تصادفی انتخاب شد و در ادامه از هر مدرسه نیز از بین دانش‌آموزان ۱۰ تا ۱۷ سال ۱۰۰ دانش‌آموز به صورت تصادفی با توجه به شیوع ۱/۱ تا ۳/۳ درصدی اختلال نامنظمی خلقی اخلاک‌گرانه در نوجوانان ۱۰ تا ۱۷ ساله بر اساس پنجمین راهنمایی تشخیصی و آماری اختلالات روانی (APA, 2013) انتخاب شدند. در مجموع از بین ۱۲ مدرسه در چهار جهت جغرافیایی ۱۲۰۰ دانش‌آموزان برای غربالگری و رسیدن به اختلال بی نظمی خلق اخلاکگر انتخاب شدند. در ادامه از بین ۱۲۰۰ نفر دانش‌آموز ۱۰۰ نفر از دانش‌آموزانی که بر حسب پاسخ‌دهی به پرسشنامه غربالگری (Laporte & et al (2019) نمره بیش

بگویم چه احساسی هیجان بهتری به من می‌دهد»، «من می‌دانم چه چیزی اغلب باعث خوشحالی دیگران می‌شود»

### مقیاس خودکارآمدی رفتاری (Behavioral self- efficacy scale):

در این پژوهش برای سنجش خودکارآمدی رفتاری از خرده‌مقیاس‌های پرسشنامه مقیاس چندبعدی خودکارآمدی (Choi, Fuqua, Griffin (2001) استفاده شد. این پرسشنامه ۵۷ سؤال دارای و دارای ۹ خرده‌مقیاس استفاده از منابع اجتماعی (۴ سؤال)، پیشرفت تحصیلی (۹ سؤال)، خودتنظیمی یادگیری (۱۱ سؤال)، خودکارآمدی فیزیکی (۸ سؤال)، کارآمدی در برابر فشار همسالان (۹ سؤال)، انتظارات از دیگران (۴ سؤال)، خودکارآمدی اجتماعی (۴ سؤال)، جرأت‌ورزی (۴ سؤال) و ارتباط (۴ سؤال) می‌باشد. نحوه پاسخگویی به این پرسشنامه در طیف ۷ درجه‌ای از (اصلاً خوب نیست = ۱ تا خیلی خوب است = ۷) است. نمرات بیشتر در هر یک از خرده‌مقیاس‌های این پرسشنامه نشان‌دهنده خودکارآمدی بیشتر در آن مؤلفه است. حداقل نمره در این پرسشنامه ۵۷ و حداکثر آن ۳۹۹ است. نمرات بیشتر نشان‌دهنده خودکارآمدی بیشتر است. در پژوهش Choi & et al (2001) نتایج حاصل از تحلیل عوامل اکتشافی ناشی از این پرسشنامه همخوان با مدل پیشنهادی بود و تمام عامل‌های پرسشنامه تأیید شد. ضریب آلفای کرونباخ برای هر یک از خرده‌مقیاس‌های استفاده از منابع اجتماعی ( $\alpha=0/63$ )، پیشرفت تحصیلی ( $\alpha=0/74$ )، خودتنظیمی یادگیری ( $\alpha=0/86$ )، خودکارآمدی فیزیکی ( $\alpha=0/76$ )، کارآمدی در برابر فشار همسالان ( $\alpha=0/81$ )، انتظارات از دیگران ( $\alpha=0/81$ )، خودکارآمدی اجتماعی ( $\alpha=0/76$ )، جرأت‌ورزی ( $\alpha=0/79$ ) و ارتباط ( $\alpha=0/79$ ) گزارش شد. در این پژوهش برای سنجش خودکارآمدی رفتاری از خرده‌مقیاس‌های کارآمدی در برابر فشار همسالان و کارآمدی جرأت‌ورزی استفاده شد. ضریب آلفای کرونباخ محاسبه شده برای کارآمدی در برابر فشار همسالان ( $\alpha=0/76$ )، کارآمدی بدنی ( $\alpha=0/74$ ) و جرأت‌ورزی ( $\alpha=0/84$ ) به دست آمد. نمونه‌ای از سؤالات این پرسشنامه چنین است «چقدر می‌توانید در مقابل فشار همسالان برای سیگار کشیدن مقاومت کنید» و «چقدر می‌توانید نظرات و دیدگاه‌های خود را در کلاس بیان

یا خشم در حال حاضر و در اغلب روز در ۱۲ ماه گذشته وجود داشته و شدت آن در ارتباط والدین، معلمان و همسالان مشخص است (۳) که شامل سنجش تحریک‌پذیری، طغیان‌های مکرر خشم و بروز آن در محیط‌های متعدد و ارزیابی بر اساس مشاهدات است. این مصاحبه بر اساس مطالعه کافمن که منطبق با ملاک‌های DSM-5 است انجام شده است (Kaufman, Birmaher, Axelson, et al 2016).

### مقیاس خودکارآمدی هیجانی نوجوانان (Emotional Self-Efficacy Scale for Youth):

این مقیاس توسط Kirk, Schutte, & Hine (2008) تدوین شده و دارای ۳۲ سؤال بود. ولی در مطالعه Dacre Pool & Qualter (2012a) ۵ سؤال از ۳۲ سؤال فرم اصلی در نسخه نوجوانان حذف شد و سؤالات به ۲۷ سؤال کاهش یافت. شرکت‌کنندگان نظرات خود را به سؤالات در طیف ۵ درجه‌ای شامل ۱= اصلاً در مورد من درست نیست تا ۵= کاملاً در مورد من صدق می‌کند، اعلام می‌کنند. زمانی که خودکارآمدی هیجانی به عنوان یک سازه تک عاملی بررسی شد؛ نتایج نشان‌دهنده همسانی درونی بسیار پرسشنامه بود ( $\alpha=0/96$ ). همچنین نتایج پایایی آزمون بازآزمون با فاصله زمانی دو هفته ( $r=0/85$ ,  $P\leq 0/001$ ) بود که نشان‌دهنده پایایی این پرسشنامه بود (Kirk, Schutte & Hine, 2008). عامل‌های شناسایی شده در پژوهش Dacre Pool & et al (2012a) استفاده و مدیریت هیجانات خود (۱۰ سؤال)، شناسایی و فهمیدن هیجانات خود (۶ سؤال)، برخورد با هیجانات دیگران (۸ سؤال) و درک و برخورد چهره‌ای هیجانات (۳ سؤال) بود. در این پژوهش ضریب آلفای کرونباخ برای خرده‌مقیاس‌ها در دامنه‌ای از ۰/۷۹ تا ۰/۸۹ بود. در این پژوهش ضریب آلفای کرونباخ برای کل پرسشنامه ۰/۹۲ و برای هر یک از خرده‌مقیاس‌های استفاده و مدیریت هیجانات خود ( $\alpha=0/86$ )، شناسایی و فهمیدن هیجانات خود ( $\alpha=0/82$ )، برخورد با هیجانات دیگران ( $\alpha=0/80$ ) و درک و برخورد چهره‌ای هیجانات ( $\alpha=0/68$ ) به دست آمد. دو نمونه از سؤالات پرسشنامه چنین است: «می‌دانم وقتی حالم بد است چگونه احساس بهتری در خودم ایجاد کنم»، «می‌توانم

کنید وقتی هم‌کلاسی‌های شما با آن موافق نیستند».

### مقیاس تشخیصی اختلال بی‌نظمی خلق اخلالگر (Disruptive Mood Dysregulation Disorder: symptomatic and syndromic)

مقیاس تشخیصی اختلال بی‌نظمی خلق اخلالگر توسط Laporte & et al (2019) برای سنجش ملاک‌های تشخیصی اختلال بی‌نظمی خلق اخلالگر ساخته شده است. این مقیاس در دو سطح ملاک‌های تشخیصی را مورد سنجش قرار می‌دهد که آزمودنی در سطح اول به سؤالات در طیف سه درجه‌ای نه اصلاً (۰)، کمی (۱) و اغلب (۳) به سؤالات پاسخ می‌دهند. سه خرده‌مقیاس مورد سنجش در این پرسشنامه شامل تحریک‌پذیری، طغیان‌های مکرر خشم و آسیب‌های ناشی از اختلال است که هر کدام از این سه خرده‌مقیاس سه سؤال دارند. در سطح دو میزان هریک از عوامل تحریک‌پذیری خلق با ۸ سؤال، طغیان‌های خشم با ۱۴ سؤال به سنجش میزان اختلال می‌پردازد. میزان پاسخگویی به این سؤالات به دو دلیل رفتارهای نابهنجار و نشانگان مشکلات را در طیف سه درجه‌ای نه اصلاً (۰)، کمی (۱) و اغلب (۳) و در ارتباط با همسالان، در کلاس مدرسه، در منزل بر اساس شدت، مدت و فراوانی ورد سنجش قرار می‌دهد. همچنین طغیان‌های خشم را نیز در ارتباط با همسالان، در کلاس و در خانه بر اساس خودآسیبی، شکست وسایل، عواطف منفی، پرخاشگری فیزیکی مورد ارزیابی قرار می‌دهد. نمرات زیاد، نشان‌دهنده آسیب‌پذیری بیشتر است. حداقل نمرات این مقیاس در سطح اول ارزیابی ۰ و حداکثر آن ۲۷ است و در سطح دوم حداقل نمرات ۰ و حداکثر آن ۶۶ است. تحلیل عوامل اکتشافی منطبق با الگویی پیشنهادی است. پایایی این پرسشنامه به روش آلفای کرونباخ در دامنه ۰/۷۶ تا ۰/۸۴ در پژوهش Laporte & et al (2019) بود. در این پژوهش ضریب آلفای کرونباخ برای تحریک‌پذیری ۰/۷۴، طغیان‌های مکرر خشم ۰/۷۸ و آسیب‌های ناشی از آن ۰/۷۰ به دست آمد. از نمونه سؤالات این پرسشنامه می‌توان به این موارد اشاره کرد: «به‌خاطر کوچکترین موضوعات و مسائل، بی‌قرار، عصبی و پرخاشگر می‌شود» «بیشتر اوقات عصبانی‌ام».

پرسشنامه خودکنترلی (Self-Control Scale): مقیاس

خودکنترلی توسط Tangney, Baumeister & Boone (2004) ساخته شده است. این مقیاس ۱۳ آیتم دارد و آزمودنی‌ها به این آیتم‌ها به صورت چهار درجه‌ای (هرگز = ۰، به ندرت = ۱، گاهی = ۲، زیاد = ۳ و بسیار زیاد = ۴) پاسخ می‌دهد. برای به دست آوردن امتیاز کلی پرسشنامه، مجموع امتیازات همه سؤالات را با هم جمع کنید. حداکثر نمره برای پرسشنامه خودکنترلی تانجی ۶۵ و حداقل ۱۳ است. نمره بیشتر، بیانگر خودکنترلی بیشتر فرد خواهد بود و برعکس. در این پرسشنامه سؤالات ۲، ۳، ۴، ۵، ۷، ۹، ۱۰، ۱۲ و ۱۳ به صورت معکوس نمره‌گذاری می‌شود. در پژوهش Tangney & et al (2004) روایی این مقیاس با ارزیابی همبستگی آن با مقیاس‌های پیشرفت تحصیلی، سازگاری، روابط مثبت، و مهارت‌های بین فردی مورد تأیید قرار گرفته است. همچنین پایایی آن بر روی دو نمونه آماری با استفاده از آزمون آلفای کرونباخ ۰/۸۳ و ۰/۸۵ به دست آمده است. روایی همزمان این پرسشنامه با هوش معنوی ( $P \leq 0/001$ )،  $r = 0/33$  به دست آمد. در پژوهش حاضر ضریب آلفای کرونباخ پرسشنامه برای فرم کوتاه پرسشنامه خودکنترلی ( $\alpha = 0/76$ ) به دست آمد. از نمونه سؤالات این پرسشنامه می‌توان به این موارد اشاره کرد: «من مجبورم به سختی عادات بدم را ترک کنم» و «من مطالب نامناسبی را بیان می‌کنم».

### روش اجرا و تحلیل داده‌ها

پس از کسب مجوزهای لازم از دانشگاه و آموزش و پرورش شیراز با رعایت موازین اخلاقی از جمله (پژوهشگر خود را به شرکت‌کنندگان در پژوهش معرفی و در مورد اهداف پژوهش توضیحاتی ارائه نمود، به واحدهای پژوهش برای محرمانه ماندن اطلاعات شخصی اطمینان داده شد، عقاید، فرهنگ، مذهب و... واحدهای مورد پژوهش محترم شمرده شد، بر آزاد بودن واحدهای مورد پژوهش برای حضور در ادامه پژوهش تأکید شد، حریم شخصی آزمودنی‌ها حفظ شد و به آن‌ها در مورد بی‌خطر بودن مداخله اطمینان داده شد، در ثبت اطلاعات و آمار به‌دست آمده از پژوهش در زمان جمع‌آوری اطلاعات و تجزیه و تحلیل آن‌ها و استفاده از

شد تا در برنامه مداخله آموزش گروهی طرحواره درمانی ذهنیت‌مدار و آموزش کنترل تکانه شرکت کنند. گفتنی است برای جلوگیری از انتشار عمل آزمایشی جلسات آموزشی توسط دو نفر روانشناس بالینی و عمومی با مدرک دکتری که دوره‌های تخصصی لازم در حوزه آموزش کنترل تکانه و طرحواره درمانی ذهنیت‌مدار را گذرانده باشند به مدت هشت هفته ۹۰ دقیقه در یکی از مدارس ناحیه ۲ شهر شیراز در دو شیفت (صبح و عصر) اجرا شد. همچنین برای جلوگیری از تضعیف روحیه گروه کنترل، بعد از اتمام جلسات و جمع‌آوری پرسشنامه‌ها در پیگیری ۲ ماهه به صورت فشرده آموزش طرحواره درمانی ذهنیت‌مدار و کنترل تکانه به گروه کنترل آموزش داده شد و جزوات و فرم‌های لازم در اختیار آنها قرار گرفت. تحلیل داده‌ها با استفاده از تحلیل کواریانس اندازه‌گیری مکرر با SPSS.26 انجام شد.

در جدول ۱ محتوای جلسات آموزش کنترل تکانه بر اساس رویکرد (Sperry, 1999) آمده است این جلسات در ۸ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای با توجه به راهنمایی درمان گروهی آموزش داده شد.

منابع دقت و امانت‌داری عملی به عمل آمد) و دریافت کد اخلاق از دانشگاه برای اجرای پژوهش در ابتدا موارد زیر شامل ۱- انتخاب تصادفی از نمونه پژوهش، ۲- جایگزین کردن تصادفی آزمودنی‌ها؛ ۳- اجرای پیش‌آزمون و جمع‌آوری داده‌ها؛ ۴- اجرای متغیرهای مستقل (طرحواره درمانی ذهنیت‌مدار و آموزش کنترل تکانه) روی گروه‌های آزمایش؛ ۵- اجرای پس‌آزمون و جمع‌آوری داده‌ها و ۶- اجرای آزمون پیگیری و جمع‌آوری داده‌ها (بافاصله زمانی ۲ ماه) انجام شد. در ادامه ضمن دسترسی به دانش‌آموزان و اجرای پرسشنامه و شناسایی دانش‌آموزان دارای اختلال بی‌نظمی خلق اخلاک‌گر و جمع‌آوری داده‌های پژوهش دانش‌آموزانی که ۱/۵ انحراف معیار نمره بیشتر از میانگین گرفته بودند مورد مصاحبه بالینی قرار گرفتند. در ادامه ضمن همگرایی نمره پرسشنامه با مصاحبه بالینی ساختاریافته ۶۰ نفر از دانش‌آموزانی که ملاک‌های ورود به مطالعه را داشتند ضمن امضای رضایت‌نامه کتبی با رعایت اصول اخلاقی به صورت تصادفی انتخاب و در گروه‌های آزمایشی و گواه گمارده شدند. در نهایت بعد از هماهنگی با والدین و توضیح اهداف پژوهش از آن‌ها خواسته

جدول ۱. جلسات آموزش کنترل تکانه بر اساس رویکرد (Sperry, 1999)

جلسات	محتوای جلسات
جلسه اول	معارفه و تشخیص موقعیت کلی؛ این جلسه با هدف آشنایی دانش‌آموزان با پژوهشگر و فراهم کردن زمینه درک و تفاهم متقابل و بیان انتظارات پژوهشگر از دانش‌آموزان انجام شد.
جلسه دوم	(۱) ارزیابی و شناخت افکار و احساسات دانش‌آموزان که منجر به رفتارهای تکانه‌ای و خودتخریبی می‌شود؛ (۲) افکار و احساسات دانش‌آموزان که منجر به رفتارهای تکانه‌ای و خودتخریبی می‌شود را شناسایی و مورد ارزیابی قرار می‌دهیم. زمانی که این نمونه‌ها شناخته شد، ممکن است که آزمودنی‌ها روش‌هایی بیابند که در اجرا، نتیجه مشابهی دارد و موجب کاهش عواطف منفی و احتمالاً افزایش سازگاری او می‌شود.
جلسه سوم	(۱) بررسی افکار و احساسات و توضیح و شناساندن پاسخ‌های مقابله‌ای که درونی و بیرونی هستند؛ (۲) با همکاری دانش‌آموزان افکار و احساساتی که منجر به خودتخریبی یا رفتارهای تکانشی ناسازگار می‌شود، بررسی می‌شود؛ (۳) تکالیف خانگی از دانش‌آموزان خواسته می‌شود که تمام افکار و احساساتی را که منجر به ناسازگاری در آنها می‌شوند یادداشت کنند.



<p>(۱) به تأخیر انداختن و مقابله با پاسخ‌های تکانه‌ای؛ (۲) در این جلسه به دانش‌آموزان آموزش داده می‌شود تا با پاسخ‌هایی که منجر به رفتارهای تکانه‌ای می‌شود مقابله نمایند. در واقع به آنها آموزش داده می‌شود که پاسخ به آن تکانه را به تدریج به تأخیر بیندازند و بین خواست و دریافت، مدت زمان را طولانی‌تر کنند؛ این پاسخ می‌تواند شناختی باشد (مثلاً قبل از عمل تا ده بشمرند) یا عضلات خود را آرام کنند (برای مثال آرامش عضلانی). پاسخ‌های مقابله‌ای که درونی و یا بیرونی‌اند عموماً موجب منحرف شدن توجه می‌شود. (۳) تکالیف خانگی مرور و تمرین این تکالیف.</p>	<p>جلسه چهارم</p>
<p>(۱) تمرین و بازخورد؛ (۲) به دانش‌آموزان کمک می‌شود تا کنترل رفتارهای تکانه‌ای خود را تمرین کنند و بازخوردهایی را تهیه کنند تا به سطحی منطقی از تسلط و کنترل بر خود برسند. مثلاً به دانش‌آموزان یاد داده می‌شود پاسخ‌های درونی، افکاری‌اند که با تکانه‌ها ناسازگارند برای مثال گفتن این جمله با خود که: «این واقعاً مسخره است، من بجای خشمگین شدن لبخند خواهم زد.»</p>	<p>جلسه پنجم</p>
<p>(۱) آگاهی درمانگر از انگیزه‌های دانش‌آموزان مبنی بر انجام رفتارهای تکانه‌ای؛ (۲) اگر انگیزه رفتارهای خودتخریبی مشخص شود، ممکن است که روش‌های کم‌خطرتری را جایگزین رفتارهای سابق خود سازد و بسیار احتمال دارد که رفتارهای جایگزین سازگارانه نیز باشد.</p>	<p>جلسه ششم</p>
<p>(۱) تثبیت؛ (۲) در این مرحله موقعیت‌های واقعی که دانش‌آموز با آنها مواجه بوده است، در کلاس مطرح و تشریح می‌شود. همچنین در این مرحله، از شیوه پس‌خوراند گروهی و تقویت استفاده می‌شود و از دانش‌آموزان خواسته می‌شود که به تعمیم الگوی کنترل تکانه در تمام مراحل زندگی، بپردازند.</p>	<p>جلسه هفتم</p>
<p>جمع‌بندی، تمرین و مرور جلسات قبل و سپس اجرای پس‌آزمون.</p>	<p>جلسه هشتم</p>

در جدول ۲ محتوای جلسات طرحواره درمانی به صورت هفتگی به گروه طرحواره درمانی ذهنیت‌مدار  
 ذهنیت‌مدار با توجه به محتوای آموزشی Khodabandelow, آموزش داده شد.  
 (Najafi, Rahimian-Boogar (2017) در ۸ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای

جدول ۲. محتوای جلسات طرحواره درمانی ذهنیت‌مدار (Khodabandelow & et al, 2017)

محتوا	هدف	جلسه
همدلی و پذیرش برای تسهیل پیوند بازوالدینی و آموزش درمان طرحواره‌محور	ایجاد رابطه درمانی و آموزش رویکرد طرحواره‌محور	جلسه اول
تعیین و شناسایی مستمر یادگیری‌ها و تجارب اولیه مرتبط با مشکلات فعلی	شناسایی طرحواره‌های ناسازگار	جلسه دوم

جلسه سوم	ارزیابی ریشه‌های تحولی طرحواره‌ها و شناسایی سبک‌های مقابله‌ای	وارسی پرسشنامه‌ها به همراه آزمودنی‌ها، بحث و تبادل نظر در مورد آنها تکنیکهای تجربی برای آشنایی با ریشه‌های تحولی طرحواره‌ها
جلسه چهارم	مفهوم‌سازی مشکل مراجع براساس رویکرد طرحواره درمانی مبتنی بر ذهنیت و آگاه کرد بیمار از رنج هیجانی و ارزیابی پیامدهای منفی خودشیفتگی	شناسایی و نامگذاری ذهنیت‌ها، ردیابی مستمر آنها استفاده از شکایت‌های فعلی به عنوان اهرم برای ادامه درمان و تشویق بیمار به ادامه درمان و تأکید بر پیامدهای منفی خودشیفتگی
جلسه پنجم	آشناسازی والدین با ذهنیت «کودک تنها» و کاوش ریشه‌های تحولی ذهنیت‌ها آموزش مذاکره بین ذهنیت‌ها	به کارگیری تکنیک تصویرسازی ذهنی و پیوند درمانگر با «ذهنیت» کودک تنها استفاده از تکنیک‌های شناختی برای بی اعتبارسازی طرحواره‌های غالب و ایجاد فضای توجه مثبت بی قید و شرط همراه بی توجهی به کمالگرایی و خاص بود بیمار
جلسه ششم	ارتباط با ذهنیت کودک آسیب‌پذیر و ماندن با ذهنیت کودک تنها	به کارگیری تکنیک بازوالدینی حد و مرزدار به صورت مستمر در برابر طرحواره‌های نقص و محرومیت هیجانی
جلسه هفتم	رویاروسازی بیمار با سبک چالش‌زا و فخرفروشانه	استفاده از رویکرد جرأت‌مندانانه، بکارگیری محتاطانه تکنیک رویاروسازی همدلانه در مقابل استحقاق‌طلبی والدین، بازگو کردن حقوق به صورت مؤدبانه و جرأت‌مندانانه از طرف درمانگر
جلسه هشتم	کمک به بیمار برای تعمیم دستاوردهای درمان به محیط واقعی و پیشگیری از عود	تأکید بر مهارت‌های آموخته بیمار، ترغیب آزمودنی‌ها برای رها کردن سبک‌های مقابله‌ای ناسازگار و تمرین رفتارهای مقابله‌ای سازگارانه

#### یافته‌ها

از بین دانش‌آموزان گروه آموزشی کنترل تکانه ۷ نفر (۳۵ درصد) ۱۴ سال، ۷ نفر (۳۵) درصد ۱۵ سال و ۵ نفر (۲۵ درصد) ۱۶ سال با میانگین ۱۴/۴۸ و انحراف استاندارد ۱/۲۳ بودند. میانگین معدل تحصیلی دانش‌آموزان گروه آموزشی کنترل تکانه ۱۴/۱۴ و انحراف استاندارد آن ۱/۲۶، گروه طرحواره درمانی ذهنیت‌مدار ۱۵/۵۸ و انحراف استاندارد ۱/۷۴ و گروه کنترل تکانه ۱۴/۸۵ و انحراف استاندارد آن ۱/۲۶ بود. در ادامه میانگین سنی ۱۵/۶۴ و انحراف استاندارد ۲/۲۲ بود. همچنین از بین دانش‌آموزان گروه گواه ۸ نفر (۴۰

جدول شماره ۳. آمار توصیفی متغیرهای خودکارآمدی هیجانی، خودکارآمدی رفتاری و خودکنترلی بر حسب گروه

متغیر	موقعیت	طرحواره درمانی ذهنیت مدار		کنترل تکانه		کنترل	
		SD	M	SD	M	SD	M
مدیریت هیجانات خود	پس آزمون	۱/۲۳	۲۵/۸۰	۱/۴۳	۲۵/۵۵	۲۲/۷۰	۱/۱۲
	پیگیری	۱/۱۱	۲۷/۲۵	۱/۳۹	۲۶/۴۰	۲۳/۴۰	۱/۳۵
شناسایی و فهمیدن هیجانات خود	پس آزمون	۱/۷۶	۱۸/۴۵	۱/۳۷	۱۷/۹۰	۱۳/۸۵	۰/۹۸۸
	پیگیری	۱/۳۸	۱۹/۳۰	۱/۲۷	۱۸/۴۰	۱۴/۸۰	۱/۱۰
برخورد با هیجانات دیگران	پس آزمون	۱/۴۳	۲۲/۹۵	۱/۲۷	۲۲/۴۰	۲۲/۴۰	۱/۱۸
	پیگیری	۱/۲۳	۲۴/۵۰	۱/۱۱	۲۳/۹۰	۲۳/۹۵	۰/۸۲۵
درک هیجانات از طریق بازخورد چهره‌ای	پس آزمون	۰/۸۹۴	۱۰/۲۰	۰/۸۹۴	۹/۸۰	۸/۳۵	۰/۸۷۵
	پیگیری	۱/۱۳	۱۱/۱۵	۰/۹۶۷	۱۰/۹۰	۹/۶۵	۱/۰۸
خودکارآمدی هیجانی	پس آزمون	۲/۸۳	۷۷/۴۰	۲/۱۵	۷۵/۶۵	۶۷/۳۰	۱/۶۲
	پیگیری	۲/۹۱	۸۲/۲۰	۲/۲۱	۷۹/۶۰	۷۱/۸۰	۲/۰۱
کارآمدی در برابر فشار همسالان	پس آزمون	۱/۳۸	۲۸/۶۵	۱/۳۶	۲۸/۸۰	۲۹/۸۰	۱/۲۳
	پیگیری	۱/۵۳	۲۹/۳۵	۱/۳۴	۲۹/۶۵	۳۰/۴۵	۱/۵۰
جرات ورزی	پس آزمون	۱/۰۸	۱۵/۳۰	۰/۸۹۴	۱۵/۸۰	۱۳/۵۵	۰/۹۹۸
	پیگیری	۱/۱۴	۱۶/۰۵	۱	۱۶/۵۰	۱۴/۴۵	۰/۸۸۷
خودکارآمدی فیزیکی	پس آزمون	۱/۶۳	۲۶/۶۰	۱/۵۵	۲۶/۱۰	۲۳/۹۵	۱/۵۳
	پیگیری	۱/۵۱	۷۲/۲۵	۱/۵۸	۲۷/۱۰	۲۵/۰۵	۱/۳۱
خودکارآمدی رفتاری	پس آزمون	۲/۳۲	۷۰/۵۵	۲/۰۵	۷۰/۷۰	۶۷/۳۰	۲/۲۰
	پیگیری	۲/۵۱	۷۲/۶۵	۲/۲۲	۷۳/۲۵	۶۹/۹۵	۲/۳۷
خودکنترلی	پس آزمون	۰/۹۴۴	۳۸/۰۵	۱/۳۴	۳۷/۱۵	۳۲/۱۰	۱/۸۳
	پیگیری	۰/۹۸۸	۳۹/۱۵	۱/۳۶	۳۸/۲۰	۳۳/۳۵	۱/۶۹

میانگین (و انحراف استاندارد) نمره کل خودکارآمدی رفتاری گروه طرحواره درمانی ذهنیت مدار در مرحله پس آزمون ۷۰/۵۵ (و ۲/۳۲) در مرحله پیگیری ۷۲/۶۵ (و ۲/۵۱)، گروه آموزشی کنترل تکانه ۷۰/۷۰ (و ۲/۰۵) و در مرحله پیگیری ۷۳/۲۵ (و ۲/۲۲) و نمرات گروه کنترل در خودکارآمدی رفتاری در مرحله پس آزمون ۶۳/۳۰ (و ۲/۲۰) و در مرحله پیگیری ۶۹/۹۵ (و ۲/۳۷) است. همچنین میانگین (و انحراف استاندارد) نمره کل خودکنترلی گروه طرحواره درمانی ذهنیت مدار در مرحله پس آزمون ۳۸/۰۵ (و ۰/۹۴۴) در مرحله پیگیری ۳۹/۱۵ (و ۰/۹۸۸)، گروه آموزشی کنترل تکانه

همانطور که در جدول ۳ مشاهده می شود یافته های توصیفی شامل میانگین و انحراف استاندارد متغیرهای خودکنترلی و خودکارآمدی رفتاری- هیجانی آورده شده است. با توجه به نتایج جدول میانگین (و انحراف استاندارد) نمره کل خودکارآمدی هیجانی گروه طرحواره درمانی ذهنیت مدار در مرحله پس آزمون ۷۷/۴۰ (و ۲/۸۳) در مرحله پیگیری ۸۲/۲۰ (و ۲/۹۱)، گروه آموزشی کنترل تکانه ۷۵/۶۵ (و ۲/۱۵) و در مرحله پیگیری ۷۹/۶۰ (و ۲/۲۱) و نمرات گروه کنترل در خودکارآمدی هیجانی در مرحله پس آزمون ۶۷/۳۰ (و ۱/۶۲) و در مرحله پیگیری ۷۱/۸۰ (و ۲/۰۱) است.

خودکنترلی رعایت نشده است؛ پس با توجه به معناداری آزمون موجلی از آزمون گرین هاوس گیرز برای آزمون فرضیه استفاده شد.

نتایج مندرج در جدول ۴ نشان می‌دهند که تحلیل کوواریانس‌های اندازه‌گیری مکرر مربوط به اثر زمان‌ها (از پس آزمون تا پیگیری) در نمره کل خودکارآمدی هیجانی ( $F=68/106, P<0/001$ )، خودکارآمدی رفتاری و خودکنترلی ( $F=74/888, P<0/001$ ) معنادار است؛ بنابراین می‌توان گفت بین میانگین نمرات متغیر خودکارآمدی هیجانی و خرده‌مقیاس‌های آن و خودکنترلی در دو گروه آزمایش و کنترل، تفاوت معناداری وجود دارد؛ ولی در نمرات خودکارآمدی رفتاری بین گروه‌ها تفاوتی وجود ندارد. تأثیر زمان با آزمون گرین هاوس-گیرز و با اصلاح درجات آزادی نمره کل خودکارآمدی هیجانی ( $F=1129/362, P<0/001$ )، خودکارآمدی رفتاری ( $F=571/908, P<0/001$ ) و خودکنترلی ( $F=503/573, P<0/001$ ) معنادار است؛ بنابراین می‌توان گفت بین میانگین نمرات خودکارآمدی هیجانی، خودکارآمدی رفتاری و خرده‌مقیاس‌های آن و خودکنترلی در گروه آزمایش در سه موقعیت پس‌آزمون و پیگیری تفاوت معناداری وجود دارد. همچنین تعامل زمان با گروه نیز برای متغیرهای خودکارآمدی هیجانی، خودکارآمدی رفتاری و خودکنترلی معنادار است؛ بنابراین می‌توان گفت تفاوت میانگین نمرات خودکارآمدی هیجانی، خودکارآمدی رفتاری و خودکنترلی در زمان‌های مختلف با توجه به سطوح متغیر در گروه آزمایش متفاوت است. در ادامه در جدول ۴ نتایج تحلیل کوواریانس اندازه‌گیری مکرر و در جدول ۵ آزمون‌های تعقیبی بنفرونی آمده است.

۳۷/۱۵ (و ۱/۳۴) و در مرحله پیگیری ۳۸/۲۰ (و ۱/۳۶) و نمرات گروه کنترل در خودکنترلی در مرحله پس‌آزمون ۳۲/۱۰ (و ۱/۸۳) و در مرحله پیگیری ۳۳/۳۵ (و ۱/۶۹) است. قبل از تحلیل داده‌های مربوط به فرضیه‌ها، برای اطمینان از اینکه داده‌های این پژوهش مفروضه‌های زیربنایی تحلیل کوواریانس اندازه‌گیری مکرر را برآورد می‌کنند، از آزمون‌های شاپیروویلک، نمودار پراکندگی (اسکاتر)، باکس و ویسکر (جعبه‌ای) و آزمون‌های لوین و تصحیحات باکس و آزمون کرویت بارتلت استفاده شد. نتایج آزمون شاپیروویلک بیانگر آن بود که پیش‌فرض نرمال بودن توزیع نمونه‌ای داده‌ها در متغیر خودکنترلی و خودکارآمدی هیجانی- رفتاری در مرحله پیش‌آزمون رد نشد ( $P\geq 0/05$ )، مفروضه خطی بودن بین نمرات خودکنترلی و خودکارآمدی هیجانی- رفتاری برقرار است، همچنین از مفروضه هم‌خطی چندگانه اجتناب شده است، مفروضه داده‌های پرت با استفاده از نمودار باکس و ویسکر رد نشد. نتایج آزمون‌های لوین (در سه موقعیت پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری) و تصحیحات باکس برای متغیرهای خودکنترلی و خودکارآمدی هیجانی- رفتاری ( $F=1/952, P\geq 0/86$ ) و ( $BOX=21/329$ ) رد نشد؛ بنابراین مفروضه همگنی ماتریس‌های واریانس/کواریانس رد نشد. نتایج حاصل از اثر تعاملی لامبدای ویلکز نشان داد که مفروضه همگنی شیب‌های رگرسیونی برای متغیرهای خودکنترلی و خودکارآمدی هیجانی- رفتاری برقرار است. مفروضه کرویت در متغیرهای خودکنترلی و خودکارآمدی هیجانی- رفتاری معنادار است. در نهایت نتایج آزمون موجلی نشان داد که مفروضه کرویت برای فرض برابری واریانس‌های درون آزمودنی برای متغیر خودکارآمدی هیجانی، رفتاری و

جدول ۴. نتایج تحلیل کوواریانس اندازه‌گیری مکرر

اندازه اثر	P	F	MS	SS	متغیر وابسته	منبع تغییرات
۰/۶۰	$P\leq 0/001$	۴۲/۷۴۱	۱۰۶/۲۸۹	۲۱۲/۵۷۸	مدیریت هیجان‌ات خود	بین آزمودنی (گروه)
۰/۷۱	$P\leq 0/001$	۷۱/۴۸۸	۱۹۴/۱۰۶	۳۸۸/۲۱۱	شناسایی و فهمیدن هیجان‌ات	
۰/۱۱۱	۰/۰۳۵	۳/۵۷۳	۱۰/۳۱۷	۲۰/۶۳۳	برخورد با هیجان‌ات دیگران	
۰/۳۲	$P\leq 0/001$	۱۳/۶۸۱	۱۹/۰۵۰	۳۸/۱۰۰	بازخورد چهره‌ای هیجان	
۰/۷۰	$P\leq 0/001$	۶۸/۱۰۶	۷۰۴/۶۱۷	۱۴۰۹/۲۳۳	خودکارآمدی هیجانی	

۰/۸۱	$P \leq 0/001$	۲۴۹/۵۸۳	۳۶۸/۷۱۷	۵۲۹/۳۷۸	مدیریت هیجانات خود	
۰/۸۲	$P \leq 0/001$	۲۶۲/۷۴۲	۴۴۳/۳۵۳	۶۰۰/۳۱۱	شناسایی و فهمیدن هیجانات	
۰/۹۰	$P \leq 0/001$	۵۲۰/۱۰۳	۲۹۲/۵۵۴	۴۹۳/۰۳۳	برخورد با هیجانات دیگران	درون آزمودنی (زمان)
۰/۷۷	$P \leq 0/001$	۱۸۸/۵۱۷	۱۷۱/۵۵۵	۲۷۲/۶۳۳	بازخورد چهره‌ای هیجان	
۰/۹۵	$P \leq 0/001$	۱۱۲۹/۳۶۲	۵۰۷۳/۴۴۹	۷۳۷۱/۲۳۳	خودکارآمدی هیجانی	
۰/۳۷	$P \leq 0/001$	۱۷/۰۶۴	۱۸/۰۹۷	۷۲/۳۸۹	مدیریت هیجانات خود	
۰/۴۴	$P \leq 0/001$	۲۲/۳۴۸	۳۷/۷۱۱	۱۰۲/۱۲۲	شناسایی و فهمیدن هیجانات	درون آزمودنی (زمان
۰/۴۴۰	$P \leq 0/001$	۲۲/۳۴۸	۳۵/۸۵۷	۱۰۲/۱۲۲	برخورد با هیجانات دیگران	x گروه)
۰/۴۹	$P \leq 0/001$	۲۷/۹۲۰	۱۵/۷۰۵	۵۲/۹۳۳	بازخورد چهره‌ای هیجان	
۰/۲۵	$P \leq 0/001$	۹/۷۷۳	۸/۸۹۳	۲۸/۲۶۷	خودکارآمدی هیجانی	
۰/۳۷	$P \leq 0/001$	۱۷/۱۶۵	۶۸/۷۷۲	۱۳۷/۵۴۴	خودکارآمدی در برابر فشار همسالان	بین آزمودنی (گروه)
۰/۴۷	$P \leq 0/001$	۲۵/۶۴۶	۳۱/۶۲۲	۶۳/۲۴۴	جرأت ورزی	
۰/۲۶	$P \leq 0/001$	۱۰/۰۴۷	۵۵/۴۱۷	۱۱۰/۸۳۳	خودکارآمدی فیزیکی	
۰/۰۶۲	۰/۱۶۳	۱/۸۷۵	۲۰/۶۰۰	۴۱/۲۰۰	خودکارآمدی رفتاری	
۰/۸۴	$P \leq 0/001$	۳۰۳/۹۷۴	۲۲۶/۷۹۲	۳۹۶/۴۱۱	خودکارآمدی در برابر فشار همسالان	درون آزمودنی (زمان)
۰/۷۰	$P \leq 0/001$	۱۳۸/۵۵۰	۱۱۰/۳۶۲	۲۱۹/۴۱۱	جرأت ورزی	
۰/۷۷	$P \leq 0/001$	۱۹۲/۴۹۴	۲۰۸/۲۵۴	۳۵۵/۸۳۳	خودکارآمدی فیزیکی	
۰/۹۰	$P \leq 0/001$	۵۷۱/۹۰۸	۱۴۹۴/۳۷۹	۲۸۶۷/۲۳۳	خودکارآمدی رفتاری	
۰/۴۲	$P \leq 0/001$	۱۲/۱۸۵	۱۵/۸۰۶	۵۵/۲۵۶	خودکارآمدی در برابر فشار همسالان	درون آزمودنی (زمان
۰/۳۰	$P \leq 0/001$	۱۲/۵۲۰	۹/۹۷۳	۳۹/۶۵۶	جرأت ورزی	x گروه)
۰/۲۴	$P \leq 0/001$	۹/۲۳۳	۹/۹۸۸	۳۴/۱۳۳	خودکارآمدی فیزیکی	
۰/۵۶	$P \leq 0/001$	۳۷/۶۶۵	۹۸/۴۱۸	۳۷۷/۶۶۷	خودکارآمدی رفتاری	
۰/۷۲۴	$P \leq 0/001$	۷۴/۸۸۸	۲۶۳/۴۶۷	۵۲۶/۹۳۳	خودکنترلی	بین آزمودنی (گروه)
۰/۸۹۸	$P \leq 0/001$	۵۰۳/۵۷۳	۶۴۴/۵۵۹	۸۸۴/۹۳۳	خودکنترلی	درون آزمودنی (زمان)
۰/۷۳۱	$P \leq 0/001$	۷۷/۴۵۷	۹۹/۱۴۳	۲۷۲/۲۳۳	خودکنترلی	درون آزمودنی (زمان x گروه)

جدول ۵. نتایج آزمون تعقیبی بنفرونی برای مقایسه تفاوت میانگین خودکارآمدی هیجانی، خودکارآمدی رفتاری و خودکنترلی

متغیر	موقعیت	گروه (I)	گروه (J)	تفاوت میانگین	انحراف معیار	P
خودکارآمدی هیجانی	پس آزمون	طرحواره درمان	کنترل تکانه	۱/۷۵۰	۰/۷۱۵	$P \leq ۰/۰۰۵$
		ذهنیت‌مدار	گواه	۱۰/۱۰۰	۰/۷۱۵	$P \leq ۰/۰۰۱$
	پیگیری	کنترل تکانه	گواه	۸/۳۵۰	۰/۷۱۵	$P \leq ۰/۰۰۱$
		طرحواره درمان	کنترل تکانه	۲/۶۰۰	۰/۷۶۲	$P \leq ۰/۰۰۴$
		ذهنیت‌مدار	گواه	۱۰/۴۰۰	۰/۷۶۲	$P \leq ۰/۰۰۱$
		کنترل تکانه	گواه	۷/۸۰۰	۰/۷۶۲	$P \leq ۰/۰۰۱$
خودکارآمدی رفتاری	پس آزمون	طرحواره درمان	کنترل تکانه	-۰/۱۵۰	۰/۶۹۲	۱
		ذهنیت‌مدار	گواه	۳/۲۵۰	۰/۶۹۵	$P \leq ۰/۰۰۱$
	پیگیری	کنترل تکانه	گواه	۳/۴۰۰	۰/۶۹۵	$P \leq ۰/۰۰۱$
		طرحواره درمان	کنترل تکانه	-۰/۶۰۰	۰/۷۵۱	۱
		ذهنیت‌مدار	گواه	۲/۷۰۰	۰/۷۵۱	$P \leq ۰/۰۰۲$
		کنترل تکانه	گواه	-۳/۳۰۰	۰/۷۵۱	$P \leq ۰/۰۰۱$
خودکنترلی	پس آزمون	طرحواره درمان	کنترل تکانه	۰/۹۰۰	۰/۴۵۰	۰/۱۵۰
		ذهنیت‌مدار	گواه	۵/۹۵۰	۰/۴۵۰	$P \leq ۰/۰۰۱$
	پیگیری	کنترل تکانه	گواه	۵/۰۵۰	۰/۴۵۰	$P \leq ۰/۰۰۱$
		طرحواره درمان	کنترل تکانه	۰/۹۵۰	۰/۴۳۶	۱
		ذهنیت‌مدار	گواه	۵/۸۰۰	۰/۴۳۶	$P \leq ۰/۰۰۱$
		کنترل تکانه	گواه	۴/۸۵۰	۰/۴۳۶	$P \leq ۰/۰۰۱$

### بحث و نتیجه‌گیری

هدف از این پژوهش، مقایسه اثربخشی طرحواره درمانی ذهنیت‌مدار و آموزش کنترل تکانه بر خودکنترلی و خودکارآمدی رفتاری-هیجانی کودکان اختلال بی‌نظمی خلقی اخلاک‌گر بود. نتایج حاصل از تحلیل کوواریانس اندازه‌گیری مکرر متغیری نشان داد که طرحواره درمانی ذهنیت‌مدار بر افزایش خودکنترلی اثربخش‌تر است. این نتایج با مطالعات (Hilden & et al (2021), Bach & et al (2018) همخوانی دارد.

در این روند، طرحواره درمانی ذهنیت‌مدار در ابتدا بر روی ذهنیت‌های طرحواره‌ای از جمله کودک‌عصبانی، کودک‌تکانشی کار می‌کند؛ بنابراین در ابتدا ذهنیت‌های طرحواره‌ای مرتبط با طرد شدن به دلیل رفتارهای پرخاشگرانه و ایذایی را

نتایج جدول ۵ درباره سطح تصحیح بنفرونی نشان داد که بین نمرات خودکارآمدی هیجانی، خودکارآمدی رفتاری و خودکنترلی گروه‌های آزمایشی طرحواره درمان ذهنیت‌مدار و آموزش کنترل تکانه با گروه کنترل تفاوت وجود دارد ( $P \leq ۰/۰۰۱$ ). همچنین بین میانگین نمرات خودکارآمدی هیجانی طرحواره درمان ذهنیت‌مدار و آموزش کنترل تکانه تفاوت معناداری وجود دارد ( $P \leq ۰/۰۰۱$ )؛ به عبارت دیگر طرحواره درمانی ذهنیت‌مدار در مقایسه با آموزش کنترل تکانه منجر به افزایش نمرات خودکارآمدی هیجانی در پس‌آزمون و پیگیری شده است. بین میانگین نمرات خودکارآمدی رفتاری و خودکنترلی در طرحواره درمانی ذهنیت‌مدار و آموزش کنترل تکانه تفاوتی وجود ندارد.

همخوانی دارد. در تبیین این یافته می‌توان گفت کودکان و نوجوانان مبتلا به اختلال بی‌نظمی خلق اخلاک‌گرانه به دلیل عدم یادگیری روش‌های درست به صورت نامطلوب رفتار می‌کنند؛ به عبارت دیگر این افراد دارای نواقصی در فراگیری مهارت‌های زندگی‌اند به طوری که اصلی‌ترین مشکل این قبیل افراد به ناتوانی آنها در ارزیابی و نظارت بر رفتارشان ارتباط دارد که باعث می‌شود توانایی انتظار کشیدن را نداشته باشند و بدون توجه به پیامدهای احتمالی، دست به انجام کاری بزنند و از لحاظ اجتماعی منزوی و از لحاظ روانی آسیب‌پذیر باشند؛ اما مهارت‌های کنترل تکانه که متضمن خودنظارتی، خودارزیابی و خودتقویتی است، باعث می‌شود که افراد مهارت‌های ذکر شده را در خود تقویت نمایند و بدون نیاز به کمک دیگران تکالیف خود را انجام دهند و از عهده مسئولیت‌های اجتماعی برآیند (Mulraney & et al, 2020)؛ از این رو، بر اساس نتایج پژوهش‌ها، یکی از بهترین روش‌های اصلاح رفتار کودکان و نوجوانان مبتلا آموزش مهارت‌های کنترل تکانه به دانش‌آموزان با مشکلات رفتاری و هیجانی است (Soleimani & et al, 2018)؛ بنابراین می‌توان با آموزش مهارت‌های کنترل تکانه به دانش‌آموزان دارای بی‌نظمی خلق اخلاک‌گرانه، میزان خودکنترلی آنان را افزایش داد که در نتیجه آن بسیاری از مشکلات آنها، از جمله مشکل در مهارت‌های ارتباطی و رفتارهای مزاحم کاهش و مهارت‌های اجتماعی و سلامت روان آنها افزایش خواهد یافت. همچنین می‌توان گفت دانش‌آموزان دارای اختلال نافرمانی مقابله‌ای، بیشتر از دانش‌آموزان عادی در معرض خطر ابتلا به افسردگی، اضطراب، احساس تنهایی و اقدام به رفتارهای خودآسیبی قرار دارند؛ زیرا اغلب از جامعه طرد می‌شوند (Laporte & et al, 2019)؛ بنابراین با آموزش به دانش‌آموزان می‌توان بخشی از رفتارهای مرتبط با اعمال تکانشی را تعدیل کرد و با افزایش خودکنترلی، آموزش را در این افراد نهادینه کرد و بخشی از نقص مهارتی که توسط والدین باید آموزش داشته شود، جبران می‌شود؛ بنابراین خودکنترلی والدینی با خودکنترلی دانش‌آموزی مرتبط است (Sharifi-Daramady, Bagean-Kulemarez, Padervand & Gravand, 2014).

درباره عدم تفاوت طرحواره درمانی ذهنیت‌مدار و

در کودکان دارای رفتارهای بی‌نظمی خلق اخلاک‌گرانه تعدیل می‌کند و با آگاهی دادن از نحوه سرشت (خلق و خوی) کودک که در ارتباط با سبک والدگیر قرار می‌گیرد، به دنبال شناسایی نیازهای هیجانی این کودکان است. دانش‌آموزان با آگاهی پیدا کردن از سه بعد خلق، سبک والدگری، نیازهای هیجانی و حوزه‌های مرتبط با طرد شدن، تکانه‌ای بودن و عصبانیت سرشتی سعی کنند رفتارهای خود را متناسب با رفتار کودکان تنظیم کند از سوی دیگر با ایجاد آگاهی روانشناختی و آزمون باورهای طرحواره‌های به جنگ نشخوار فکری و نگرش‌های ناکارآمد که شروع کننده استرس در هر موقعیت است می‌رود. طرحواره درمانی شدت طرحواره و هیجان همراه آن که استرس است را تا حد قابل قبولی در طول زمان کاهش می‌دهد. همچنین استرس با کمک بازوالدینی حد و مرزدار، که همراه است با تجربه‌های پذیرش، معتبرشماری و ایجاد دلستگی ایمن کاهش می‌یابد فرد می‌آموزد، خود نیازهای هیجانی اولیه خود را از طریق سازنده تأمین کند و از این طریق عزت‌نفس خود را بالا می‌برد. در این روش طی دوباره‌خوانی و آشکارسازی محتوای ناهشیار طرحواره‌های مرکزی به عنوان علت آسیب‌زایی و ایجاد تغییرات مناسب، خاطرات و تجربیات آسیب‌زا بازسازی شده، و با کاهش دادن شدت خاطرات هیجانی به وجود آورنده طرحواره و کاهش شدت حساسیت بدنی و فیزیکی و تغییر الگوهای مرتبط با طرحواره از شدت تجربه مجدد استرس کاسته و باعث آرامش و افزایش رفتارهای خودکنترلی و مدیریت هیجانی در دانش‌آموزان می‌شود. از سوی دیگر با کمک آموزش الگوشکنی رفتاری و تصمیم‌گیری بالغانه رفتارهای مقابله‌ای ناکارآمد با الگوهای رفتاری سازگار جایگزین می‌شوند و دانش‌آموزان می‌آموزند به جای استفاده از رفتارهای مقابله‌ای و جبرانی برای رشد فردی و چگونگی افزایش خودکنترلی خود و فرزندانشان تجارب جدیدی را به خزانه رفتاری خود بی‌افزایند (Peeters, Stappenbelt, Burk, van Passel & Krans, 2021).

همچنین نتایج نشان داد که آموزش کنترل تکانه بر افزایش خودکنترلی اثربخش‌اند. این نتایج با مطالعات Soleimani & et al (2018), Robinson & et al (2021)

به احتمال زیاد با تعامل‌ها و رفتارهای مثبت منجر شود. طرحواره‌ درمانی ذهنیت‌مدار با مطرح کردن نقش طرحواره‌ها و پاسخ مقابله در مفهوم‌سازی مشکلات روانشناختی، توانسته است سهم بیشتری در تبیین مشکلات روانشناختی ایفا کند. از سوی دیگر طرحواره‌ درمانی با پرداختن به نقش مؤلفه‌های هیجانی در درمان توانسته رویکرد کلاسیک رفتاری- شناختی را از توجه صرف به مؤلفه‌های شناختی و رفتاری نجات دهد (Peeters & et al, 2021).

همچنین نتایج حاصل از تحلیل کوواریانس اندازه‌گیری مکرر نشان داد که آموزش کنترل تکانه بر افزایش خودکارآمدی رفتاری- هیجانی اثربخشند؛ این نتایج با مطالعات دیگر برای مثال (Soleimani & et al (2018), Robinson & et al (2021) همخوانی دارد.

در تبیین این یافته می‌توان گفت افراد مبتلا به اختلال بی‌نظمی خلق اخلاک‌گر، نسبت به گروه بهنجار در رمزگردانی و پردازش اطلاعات اجتماعی، عملکرد ضعیفی دارند که این امر منجر به رفتارهای ایدایی و پرخاشگرانه در این دانش‌آموزان می‌شود (Laporte & et al, 2021). همچنین رفتار آشکار در این دانش‌آموزان با جریان شناختی، میانجی‌گری نمی‌شود و این افراد نمی‌توانند یاد بگیرند که با کنترل و تغییر فرآیندهای شناختی، رفتار خود را تغییر دهند (Mulraney & et al, 2020). در تبیین دیگر این نتایج می‌توان گفت روابط بین والد و فرزندان به طور خاص، تأثیر عمیقی بر سلامت روانی، فیزیکی، اجتماعی و اقتصادی کودک دارد. در واقع تعاملات خانوادگی ضعیف، شامل فرزندپروری بی‌ثبات و مبتنی بر تنبیه، نگرش والدی طردکننده یا سرد، قوانین انضباطی سخت و ناپایدار، دلبستگی ناایمن، نظارت یا کنترل ناکافی والدی و اختصاص زمان اندک به کودک و فقدان ارتباط مثبت (Knackfuss, Leibenluft, Brotman, de (Moura Silveira Júnior, Simioni & et al, 2020) به عنوان عوامل خطر و پیش‌بینی کننده در نظر گرفته می‌شوند که به طور کلی این کودکان را در معرض خطر بروز رفتارهای تکانشی و پرخاطر قرار می‌دهند (Laporte & et al, 2019) از سوی دیگر درمان شناختی - رفتاری و از جمله آموزش کنترل تکانه این فرصت را برای دانش‌آموزان فراهم می‌کند

آموزش کنترل تکانه (گروه‌های آموزشی) بر خودکنترلی می‌توان گفت، در هر دو رویکرد درمانی نیازمند آموزش، یادگیری و تمرینند در گذر زمان پاسخ بهتری به دنبال دارند. طرحواره‌ درمانی رویکردی است که بر جنبه‌های سالم شخصیت فرد و توانمندسازی او تکیه دارد و از آنها حمایت می‌کند. درمانگر با کمک بیمار، اتحادی سالم با جنبه سالم او، به وجود می‌آورد تا دانش آموز شناخت طرحواره‌های ناسالم را بی‌آموزد و پاسخ بالغانه به آنها بدهد. هدف نهایی درمان، تقویت ذهنیت بزرگسال سالم در فرد است که به سلامت و بهبود همه مشکلات روانشناختی که یکی از آنها افزایش خودکنترلی است می‌انجامد. از سوی دیگر آموزش کنترل تکانه با آموزش مهارت‌های رفتاری بخشی از خزانه رفتاری را بهبود می‌بخشد و زمینه را برای خودنظارتی، سرمش‌دهی و الگوگیری مجدد فراهم می‌کند؛ به همین دلیل می‌تواند یک خزانه تقویتی و خودنظارتی منسجم را در دانش‌آموزان به وجود آورد با توجه به تمرین محور بودن، تمرکز بر بازسازی سبک سالم شخصیتی، افزایش خزانه رفتاری و هیجان محور بودن می‌توان انتظار داشت بین دو مداخله تفاوتی وجود نداشته باشد.

نتایج حاصل از تحلیل کوواریانس اندازه‌گیری مکرر نشان داد که طرحواره‌ درمانی ذهنیت‌مدار بر افزایش خودکارآمدی رفتاری- هیجانی اثربخشند. این نتایج با مطالعات (Bach & Hilden & et al (2021), et al (2018) همخوانی دارد.

در تبیین این نتایج می‌توان گفت در طرحواره‌ درمانی ذهنیت‌مدار، راه‌های مقابله با مشکل به طور مستقیم بررسی می‌شوند و معمولاً با یافتن راه حل‌های مناسب برای مشکلات ارتباطی و روابط والد- فرزند به دنبال آموزش دادن باعث نظم و انسجام فکری در افراد می‌شود و آشفتگی هیجانی مرتبط با ناتوانی در نحوه برخورد با فرزندان را کاهش می‌دهد؛ به این ترتیب قابل کنترل بودن منابع هیجانی باعث می‌شود تا فرد سلامت روانشناختی بهتر داشته باشد و ادراک این انسجام به روابط، باعث افزایش کارآمدی رفتاری و هیجانی شده و دانش‌آموزان می‌توانند با آرامش بهتری مسائل و تعارضات والد- فرزند را حل کنند؛ از سوی دیگر نحوه ادراک والدین از مشکلات فرزندان را تغییر می‌دهد و



کنترل رفتار می‌تواند خودکارآمدی رفتاری-هیجانی را در آن‌ها افزایش دهد.

در پژوهش حاضر به محدودیت‌هایی از قبیل بررسی در نمونه پسران، آزمون پیگیری با فاصله دو ماه، و جمع‌آوری داده‌ها با پرسشنامه‌های خودگزارشی و همچنین مشکلات مربوط به مختص بودن جامعه به شهرستان شیراز از دیگر جمله محدودیت‌هایی‌اند که در این پژوهش برجسته‌اند. پیشنهاد می‌شود در پژوهش‌های آتی از دیگر روش‌های درمانی برای اختلال نقص توجه بیش‌فعالی، اختلال سلوک و نافرمانی مقابله‌ای استفاده شود و این پژوهش بر روی جوامع دیگر نیز صورت گیرد. همچنین نتایج حاضر از چندین زاویه و در عرصه‌های گوناگون می‌تواند به کارگرفته‌شده این یافته‌ها را می‌توان در حوزه‌های روانشناسی، مشاوره و آموزش به کار بست؛ زیرا نتایج حاصل از کارآمدی مؤثر آموزش طرحواره درمانی ذهنیت‌مدار و آموزش کنترل تکانه به صورت ترکیبی آموزشی و دارویی است.

#### کد اخلاق

این پژوهش با تأیید کد اخلاق دانشگاه به شماره IR.IAU.KAU.REC.1400.071 انجام شده است.

#### منابع

- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-5®)*. American Psychiatric Pub.
- Armum, P., & Chellappan, K. (2016). Social and emotional self-efficacy of adolescents: Measured and analysed interdependencies within and across academic achievement level. *International Journal of Adolescence and Youth*, 21(3), 279-288.
- Bach, B., Farrell, J. M. (2018). Schemas and modes in borderline personality disorder: The mistrustful, shameful, angry, impulsive, and unhappy child. *Psychiatry Research*, 259, 323-329.
- Bandura, A., Pastorelli, C., Barbaranelli, C., & Caprara, G. V. (1999). Self-efficacy pathways to childhood depression. *Journal of Personality and Social Psychology*, 76(2), 258-269.

که با فاصله به مشکل خود مواجه شوند و احساس کنند مهارت‌هایی دارند که باوجود مشکلات تحصیلی، اجتماعی و هیجانی، امکان برقراری یک ارتباط لذت بخش را برای آنها ایجاد می‌کند؛ بنابراین چون مهارت‌های کنترل تکانه به عنوان درمانی حمایت‌گرانه ارائه می‌شود و مستلزم ارتباطی مشترک و قوی میان درمانجو و درمانگر است و درمانگر، فعالانه رفتارهای سازگارانه را به درمانجو آموزش می‌دهد و درمانجو ملزم به انجام این تکالیف می‌باشد و زمانی که هر هفته تکالیف از درمانجو خواسته می‌شود، به درمانجو بازخورد داده می‌شود؛ بنابراین این درمان می‌تواند در افزایش خودکارآمدی رفتار-هیجانی مؤثر باشد. در واقع این روش درمانی با آموزش مهارت‌های اجتماعی مناسب (درون فردی و بین فردی) به دانش‌آموزان، ابزار جدیدی برای بیان نظرات و نیازهای فردی و اجتماعی در اختیار آنها قرار می‌دهد. همچنین این درمان با آموزش مهارت‌های حل مسأله اجتماعی و بارش مغزی به این دانش‌آموزان باعث می‌شود وقتی آنها در برخورد با مسائل اجتماعی، هیجانی و روانشناختی که منجر به ناکامی می‌شود، به جای پاسخگویی بدون تفکر و تکانشی راه‌حلهای متعددی برای این مشکل پیدا و از تکنیک‌های مسأله‌مدار استفاده کنند تا هیجان‌مدار و این مهارتها ضمن حمایت از روابطشان با دیگران به صورت محترمانه می‌تواند در طول زمان تداوم داشته باشد (Soleimani & et al, 2018).

در تبیین این نتایج می‌توان گفت، در این پژوهش بر حسب نمونه‌ای که وارد پژوهش شده، شناسایی عوامل زیربنایی رفتار و شخصیت بیماران و آگاه کردن آنها از تأثیرگذاری این طرحواره‌ها بر هیجانان و ادراک بیماری فرزندان، آنها را هشیار کرده که در برخوردهای بین فردی نقش این طرحواره‌ها را با دقت بیشتری در نظر بگیرند و از طرف دیگر مجهز کردن آنها نسبت به انتخاب شیوه صحیح پاسخ به مشکلات به وجود آمده توسط اختلال بی‌نظمی خلق اخلاک‌گر جلوگیری کرده و افراد را نسبت به راهکارهای صحیح تجهیز کند؛ بنابراین افزایش دانش درباره اختلال، استفاده از تکنیک‌های شناختی، رفتاری و هیجانی، اصلاح ذهنیت‌های مرتبط با فرزندان در والدین و توانایی مدیریت و

- and psychobiology: evidence from a Day Reconstruction Method study. *Journal of Behavioral Medicine*, 37 (1), 81-93
- Di Giunta, L., Eisenberg, N., Kupfer, A., Steca, P., Tramontano, C., & Caprara, G. V. (2010). Assessing perceived empathic and social self-efficacy across countries. *European Journal of Psychological Assessment*, 26(2), 77-86.
- Dougherty, L. R., Smith, V. C., Bufferd, S. J., Carlson, G. A., Stringaris, A., Leibenluft, E., & Klein, D. N. (2014). DSM-5 disruptive mood dysregulation disorder: correlates and predictors in young children. *Psychological medicine*, 44(11), 2339-2350.
- Estévez, A., Ozerinjauregi, N., Herrero-Fernández, D., & Jauregui, P. (2019). The mediator role of early maladaptive schemas between childhood sexual abuse and impulsive symptoms in female survivors of CSA. *Journal of interpersonal violence*, 34 (4), 763-784.
- Grieve, R., Witteveen, K., Tolan, G. A., Jacobson, B. (2014). Development and Validation of Measure of Cognitive and Behavioral Social Selfefficacy. *Personality and Individual Differences*, 59 (1), 71-76.
- Hilden, H. M., Rosenström, T., Karila, I., Elokorpi, A., Torpo, M., Arajärvi, R., Isometsä, E. (2021). Effectiveness of brief schema group therapy for borderline personality disorder symptoms: a randomized pilot study. *Nordic Journal of Psychiatry*, 75(3), 176-185.
- Kaufman, J., Birmaher, B., Axelson, D. A., Perepletchikova, F., Brent, D., Ryan, N. (2016). *K-SADS-PL DSM 5*. Child and Adolescent Research and Education, Program Yale University.
- Khodabandelow, S., Najafi, M., Rahimian –Boogar, I. (2017). The Effectiveness of Schema Mode Therapy on Reducing the Narcissism's Symptoms in Narcissistic Personality Disorder: A Single - Subject Research. *Journal of Research in Behavioral Sciences*, 15 (3), 321 -30.
- Kirk, B.A., Schutte, N.S., & Hine, D.W. (2008). Development and preliminary validation of an emotional self-efficacy scale. *Personality and Individual Differences*, 45, 432-436.
- Basili, E., Gomez Plata, M., Paba Barbosa, C., Gerbino, M., Thartori, E., Lunetti, C., Uribe Tirado, L. M., Ruiz García, M., Luengo Kanacri, B. P., Tamayo Giraldo, G., Narvaez Marin, M., Laghi, F., & Pastorelli, C. (2020). Multidimensional Scales of Perceived Self-Efficacy (MSPSE): Measurement invariance across Italian and Colombian adolescents. *PloS one*, 15(1), e0227756.
- Behary, W. T., & Dieckmann, E. (2011). *Schema therapy for narcissism: The art of empathic confrontation, limit-setting, and leverage*. The Handbook of narcissism and narcissistic personality disorder: Theoretical approaches, empirical findings, and treatments, PP: 445-456.
- Bilgin, M. (2011). Relations among proposed predictors and outcomes of social self-efficacy in Turkish late adolescents. *Cukurova University Faculty of Education Journal*, 40, 1-18.
- Bowlin, S. L., Baer, R. A. (2012). Relationship between mindfulness, self-control, and psychological functioning. *Personality and Individual Differences*, 52 (3), 411-415.
- Choi, N., Fuqua, D. R., Griffin, B. W. (2001). Exploratory Analysis of the Structure of Scores from the Multidimensional Scales of Perceived Self-Efficacy. *Educational and Psychological Measurement*, 61(3), 475-489.
- Clarkson, J. J., Hirt, E. R., Jia, L., & Alexander, M. B. (2010). When perception is more than reality: The effects of perceived versus actual resource depletion on self-regulatory behavior. *Journal of Personality and Social Psychology*, 98(1), 29-46.
- Collishaw, S., Hammerton, G., Mahedy, L., Sellers, R., Owen, M. J., Craddock, N., Thapar, A., Harold, G., Rice, F., & Thapar, A. (2016). Mental health resilience in the adolescent offspring of parents with depression: a prospective longitudinal study. *The Lancet Psychiatry*, 3(1), 49-57.
- Dacre Pool, L., & Qualter, P. (2012a). The dimensional structure of the Emotional SelfEfficacy Scale (ESES). *Australian Journal of Psychology*, 64, 147-154.
- Daly, M., Baumeister, R.F., Delaney, L MacLachlan, M. (2014). Self-control and its relation to emotions

- between intellectual intelligence and self-control, and defense mechanisms in the third year of secondary school girls. *Medical Sciences*, 25 (1), 59-64.
- Mulraney, M., Silk, T. J., Gulenc, A., Efron, D., Hazell, P., Sciberras, E. (2021). Persistence of disruptive mood dysregulation disorder in children with attention-deficit/hyperactivity disorder. *Journal Affect Disorder*, 278, 502-505.
- Nilsen, F. A., Bang, H., Boe, O., Martinsen, Ø. L., Lang-Ree, O. C., Røysamb, E. (2021). The Multidimensional Self-Control Scale (MSCS): Development and validation. *Psychological Assessment*, 32(11), 1057-1074.
- Peeters, N., Stappenbelt, S., Burk, W. J., van Passel, B., & Krans, J. (2021). Schema therapy with exposure and response prevention for the treatment of chronic anxiety with comorbid personality disorder. *The British Journal of Clinical Psychology*, 60(1), 68–76.
- Piquero, A. R., Jennings, W. G., Farrington, D. P., Diamond, B., Gonzalez, J. M. R. A. (2016). A meta-analysis update on the effectiveness of early self-control improvement programs to improve self-control and reduce delinquency. *Journal of Experimental Criminology*, 12(2), 229-248.
- Poushaneha, K., Ghobari Bonab, B., & Hasanzadeh Namin, F. (2010). Effect of training impulse control on increase attention of children with attention-deficit/hyperactivity disorder. *Procedia Social and Behavioral Sciences*, 5, 983–987.
- Qualter, P., Pool, L. D., Gardner, K. J., Ashley-Kot, S., Wise, A., & Wols, A. (2015). The Emotional Self-Efficacy Scale: Adaptation and validation for young adolescents. *Journal of Psychoeducational Assessment*, 33(1), 33–45.
- Robinson, M. D., Klein, R. J. (2021). *The momentary and the macro in action control: A motor control analysis of impulse control difficulties*. Emotion (Washington, D.C.). 2021 Jun. DOI: 10.1037/emo0000976. PMID: 34138585.
- Sharifi-Daramady, P., Bagean-Kulemarez, M. J., Padervand, H., Gravand, F. (2014). The Effect of Impulse Control Training on Impulsiveness and Reduce the Symptoms of Students with Knackfuss, A., Leibenluft, E., Brotman, M. A., de Moura Silveira Júnior, É., Simioni, A., Teixeira, L. S., Gerchmann, L., Fijtman, A., Trasel, A. R., Sperotto, D., Manfro, A. G., Kapczinski, F., Sant'Anna, M. K., & Salum, G. A. (2020). Differentiating irritable mood and disruptive behavior in adults. *Trends in psychiatry and psychotherapy*, 42(4), 375–386.
- Kopf-Beck, J., Zimmermann, P., Egli, S., Rein, M., Kappelmann, N., Fietz, J., Tamm, J., Rek, K., Lucae, S., Brem, A. K., Sämann, P., Schilbach, L., & Keck, M. E. (2020). Schema therapy versus cognitive behavioral therapy versus individual supportive therapy for depression in an inpatient and day clinic setting: study protocol of the OPTIMA-RCT. *BMC psychiatry*, 20(1), 506.
- Laporte, P. P., Matijasevich, A., Munhoz, T. N., Santos, I. S., Barros, A. J. D., Pine, D. S., Rohde, L. A., Leibenluft, E., Salum, G. A. (2021). Disruptive Mood Dysregulation Disorder: Symptomatic and Syndromic Thresholds and Diagnostic Operationalization. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 60(2), 286-295.
- Laporte, P.P., Matijasevich, A., Munhoz, T.N., Santos, I.S., Barros, A.J., Pine, D.S., Rohde, L.A., Leibenluft, E & ,Abrahão Salum, G. (2019). Disruptive Mood Dysregulation Disorder: symptomatic and syndromic thresholds and diagnostic operationalization *medRxiv* ,19002436.
- Matsushima, R., & Shiomi, K. (2013). Social self-efficacy and interpersonal stress in adolescence. *Social Behavior and Personality*, 31(4), 323-332.
- Mayer, J. D., Salovey, P., Caruso, D. R., Sitarenios, G. (2003). Measuring emotional intelligence with the MSCEIT V.2.0. *Emotion*. 3 (1), 97-105.
- Moffitt, T.E., Arseneault, L., Belsky, D., Dickson, N., Hancox, R. J., Harrington, H., Houts, R., Poulton, R., Roberts, B. W., Ross, S., Sears, M. R., Thomson, W. M., Caspi, A. (2011). A gradient of childhood self-control predicts health, wealth, and public safety. *Proceedings of the National Academy of Sciences*, 108 (7) 2693-2698.
- Mousavimoghadam, S. R., Houri, S., Omid, A., Zahirikhah, N. (2015). Evaluation of relationship

- Tangney, J., Baumeister, R. F., & Boone, A. L. (2004). High self-control predicts good adjustment, less pathology, better grades, and interpersonal success. *Journal of Personality, 72*, 271–324.
- Van Dijk, M., Veenstra, M. S., Bouman, R., Peekel, J., Veenstra, H., Van Dalen, J., & Voshaar, O. (2019). Group schema-focused therapy enriched with psychomotor therapy versus treatment as usual for older adults with cluster B and/or C personality disorders: a randomized trial. *BMC psychiatry, 19* (1), 26.
- Young, J. E., Klosko, J. S. & Weishaar, M. E. (2003). *Schema therapy: A practitioner's guide*. Guilford Press.
- Young, J. E., & Klosko, J. S. (1993). *Reinventing your life: The breakthrough program to end negative behavior and feel great again*. New York: Dutton.
- Oppositional Deficit Disorder. *Journal of Clinical Psychology, 5* (4), 29-41.
- Shin, H., Shin, J., Liu, P. Y., Dutton, G. R., Abood, D. A., Ilich, J. Z. (2011). Self-efficacy improves weight loss in overweight/obese postmenopausal women during a 6-month weight loss intervention. *Nutrition Research, 31*(11), 822-8.
- Soleimani, E., Hassani, M., & Talebi, M. (2018). The effectiveness of impulsive control training on quality of life in bully students. *International Journal of Psychology, 12* (2), 24-45.
- Sperry, L. (1999). *Cognitive behavior therapy of DSM-IV disorder*. USA: unner/ Mazel.
- Stoddard, J., Wiggins, J. L., Wakschlag, L. S. (2021). Editorial: Defining the Clinical Boundary of Disruptive Mood Dysregulation Disorder Symptoms in Youth. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 60*(2), 216-218.