رویش روان شناسی، سال۱۳، شماره ۶، شماره پیاپی۹۹، شهریور۱۴۰۳
Rooyesh-e-Ravanshenasi Journal(RRJ),13(6), 2024

اثربخشی درمان شناختی رفتاری مبتنی بر آموزش والدین بر خطاهای شناختی و کنش‌های اجرایی سرد و گرم دانش‌آموزان دارای اختلال بی‌نظمی خلق اخلال‌گر

The effectiveness of cognitive behavioral therapy based on parent training on cognitive errors and hot and cold executive actions of students with disruptive mood disorder

Azam Rahimi
MA Clinical Psychology, Marand Islamic Azad University, Iran.
azamrahimi858@gmail.com

اعظم رحیمی
کارشناسی ارشد، روانشناسی بالینی، دانشگاه آزاد اسلامی مرند، ایران.

Abstract

The aim of the present study was to determine the effectiveness of cognitive behavioral therapy based on parent training on cognitive errors and hot and cold executive actions of students with disruptive mood disorder. The research method was semi-experimental with a pre-test-post-test design and a control group. The statistical population was the male students of the first secondary level who referred to the counseling centers of Tabriz city in 1402. From this population, based on the entry and exit criteria, 30 people were selected by the purposeful sampling method, and 15 were selected in the experimental group and the control group. People were replaced randomly. Cognitive errors questionnaire (CEQ, Guin et al., 2011) and executive actions (EFDQ, Jojia et al., 2020) were used to collect data. Data analysis was done with the statistical method of multivariate covariance analysis.The results showed that by controlling the pre-test effect, there was a significant difference in the level (P<0.01) between the mean cognitive errors and hot and cold post-test executive actions of the experimental and control groups. In fact, cognitive behavioral therapy based on parent education improves hot and cold executive actions and reduces cognitive errors.

Keywords: *Parent training, Mood Disorder, Cognitive-Behavioral Therapy, Cognitive Errors, Executive Actions.*

چکیده

هدف پژوهش حاضر تعیین اثربخشی درمان شناختی رفتاری مبتنی بر آموزش والدین بر خطاهای شناختی و کنش‌های اجرایی سرد و گرم دانش-آموزان دارای اختلال بی‌نظمی خلق اخلالگر بود. روش پژوهش نیمه-آزمایشی با طرح پیش‌آزمون- پس‌آزمون و گروه کنترل بود. جامعه آماری، دانش‌آموزان پسر مقطع متوسطه اول مراجعه کننده به مراکز مشاوره شهر تبریز در سال ۱۴۰۲بودند که از این جامعه بر مبنای ملاک‌های ورود و خروج، به روش نمونه‌گیری هدفمند، تعداد ۳۰ نفر انتخاب و در گروه آزمایش و گواه هر گروه ۱۵ نفر به صورت تصادفی جایگزین شدند. برای جمع‌آوری داده‌ها از پرسشنامه خطاهای شناختی (CEQ، گویین و همکاران، ۲۰۱۱) و کنش‌های اجرایی (EFDQ، جوجیا و همکاران، ۲۰۲۰) استفاده شد. تجزیه و تحلیل داده‌ها با روش آماری تحلیل کوواریانس چندمتغیری انجام شد. نتایج نشان داد که با کنترل اثر پیش-آزمون بین میانگین خطاهای شناختی و کنش‌های اجرایی سرد و گرم پس‌آزمون گروه آزمایش و گواه تفاوت معناداری در سطح (P<۰/۰۱) وجود داشت. در واقع درمان شناختی رفتاری مبتنی بر آموزش والدین باعث بهبود کنش‌های اجرایی سرد و گرم و کاهش خطاهای شناختی می‌شود.

واژه‌های کلیدی: *آموزش والدین، اختلال خلقی، درمان شناختی-رفتاری، خطاهای شناختی، کنش‌های اجرایی.*

نوع مقاله : پژوهشی | **دریافت : بهمن ۱۴۰۲** | **پذیرش: بهمن ۱۴۰۲** | **ویرایش نهایی: شهریور ۱۴۰۳**

[Downloaded from frooyesh.ir on 2025-12-07]

مقدمه

اختلال بی نظمی خلق اخلالگر[1] برای رسیدگی به تشخیص بیش از حد مشکل‌ساز اختلال دوقطبی و افزایش مصرف آنتی سایکوتیک‌ها و داروهای چندگانه در نوجوانان طراحی شد (فیندلینگ[2] و همکاران، ۲۰۲۲). اختلال بی نظمی خلق اخلالگر به طور معمول نوعی اختلال بی‌نظمی هیجانی محسوب می‌شود. گرچه تحریک‌پذیری نوعی پاسخ عاطفی منفی است، مزمن بودن این پاسخ که مؤلفه اصلی اختلال است بیانگر توانایی محدود در تنظیم این هیجان می‌باشد. علاوه بر این، طغیان شدید خشم که بیانگر تنظیم ضعیف پاسخ‌های عاطفی منفی است از مشخصات بارز این اختلال است و بیانگر شکل شدیدتری از تحریک‌پذیری است (لیبنلوف[3] و همکاران، ۲۰۱۱).

بر اساس تحقیقات اختلال بی نظمی خلق اخلاگر یک موجودیت تشخیصی متمایز است و به میزان قابل توجهی در کودکان بستری در بیمارستان رخ می‌دهد، اما این تشخیص شامل همه کودکان با دوره‌های خصومت یا تحریک‌پذیری نمی‌شود (ویگنز[4] و همکاران، ۲۰۲۱). اگرچه این اختلال یک اختلال نسبتاً جدید می‌باشد، اما مطالعات متعددی در مورد فراوانی وقوع این آن منتشر شده است (چاس[5]، ۲۰۲۰). در یک مطالعه جدید شیوع این اختلال در کودکان تایوانی ۰/۳ تا ۰/۷۶ درصد بدست آمده است (لین[6] و همکاران، ۲۰۲۱). در مطالعه‌ای دیگر بر روی گروهی از نوجوانان نیز میزان شیوع اختلال ۳٪ تعیین شده است (اصغری‌شربیانی و همکاران، ۱۴۰۲). بنابراین سرمایه‌گذاری برای بهبود نشانه‌های این اختلال، می‌تواند پیامدهای مثبتی برای این افراد و جامعه به همراه داشته باشد. مبنای عصب‌شناختی و نارسایی در کنش‌های اجرایی[7] این اختلال به قدری در سبب‌شناسی آن پررنگ است که اخیراً مطرح شده بیشتر افراد دارای این اختلال، نارسایی در کنش‌های اجرایی را تجربه می‌کنند (روشانیا[8] و همکاران، ۲۰۲۱).

منظور از کنش‌های اجرایی، مجموعه‌ای از مهارت‌های عصب- شناختی است که مهار افکار، عمل و هیجان را از بالا به پایین بر عهده دارد و برای استدلال، عمل ارادی، نظم‌جویی هیجان، و عملکردهای شناختی پیچیده لازم است (زلازو[9]، ۲۰۲۰). همچنین کنش‌های اجرایی در رفتار مناسب اجتماعی بزرگسالان، خودآگاهی، تنظیم رفتار حرکتی در برابر دستورالعمل کلامی، ابعاد شخصیت و تنظیم هیجان نقش دارد که از این لحاظ می‌تواند بر اختلال بی‌نظمی خلق اخلاگر تأثیر داشته باشد (مورگان و لینفلد[10]، ۲۰۰۰). به طور سنتی، پژوهش‌ها، بیشتر از دریچه شناختی به کنش‌های اجرایی نگاه کردند و تا حد زیادی بعد انگیزشی و عاطفی آن را نادیده گرفتند. در سال ۲۰۰۲، مقاله‌ای توسط زلازو و مولر منتشر شد که از زاویه جدیدی به کنش‌های اجرایی نگاه کرد و آن را در دو مقوله‌ی مجزا، اما مرتبط یعنی کنش‌های اجرایی سرد (شناختی) و کنش‌های اجرایی گرم (بیشتر عاطفی) مفهوم‌سازی کرد (زلازو و کارلسون[11]، ۲۰۲۰). کنش‌های اجرایی سرد، در حل مسائل انتزاعی، منطقی و غیر عاطفی به کار می‌روند و شامل کنش‌های اجرایی اصلی مثل انعطاف‌پذیری شناختی، بازداری و حافظه کاری و کنش‌های اجرایی پیچیده‌تر مثل برنامه‌ریزی، سازماندهی، است که به منطق و تجزیه و تحلیل زیادی نیاز دارد (فرگوسن[12] و همکاران، ۲۰۲۱) و مقوله دیگر، کنش‌های اجرایی گرم، که تحت شرایط انگیزشی قابل توجه و مهیج برانگیخته می‌شود (لشم[13]، ۲۰۱۶). افراد دارای اختلال بی نظمی خلق اخلالگر در برچسب‌زنی هیجانات چهره و تفسیر نشانه‌های مبهم مشکل عمده دارند. همچنین این افراد ترس بیشتری نسبت به محرک‌های خنثی دارند و محرک‌های خنثی و توجه به احساسات چهره‌ای را به عنوان تهدید قلمداد می‌کنند. به همین دلیل این افراد در تنظیم هیجانات خود با مشکل روبه رو هستند و از لحاظ کنش‌های اجرایی گرم دارای مشکل هستند (پاچیلاکو[14]، ۲۰۱۷). همچنین پورمودت و همکاران (۱۴۰۰) در پژوهش خود نشان دادند که کودکان مبتلا به اختلال بی‌نظمی خلق اخلالگر در مقایسه با کودکان عادی در یک موقعیت اجتماعی مبهم هنگام پردازش اطلاعات بیشتر دچار سوگیری شده و عملکرد مناسبی ندارند، در نتیجه بیشتر رفتارهای خصمانه از خود نشان می‌دهند.

1. Disruptive Mood Dysregulation Disorder
2. Findling
3. Leibenluft
4. Wiggins
5. Chase
6. Lin
7. Executive Functions
8. Roshannia
9. Zelazo
10. Morgan & Lilienfeld
11. Carlson
12. Ferguson
13. Leshem
14. Pagliaccio

[Downloaded from frooyesh.ir on 2025-12-07]

بررسی خطاهای شناختی در مبتلایان به این اختلال قابل تأمل و بررسی است. به طوری که خطاهای شناختی در واقع افکار خودکاری هستند که با مدل‌های مختلف در ذهن فرد مبتال نمود می‌یابد. افرادی که دچار این خطای شناختی هستند، دستاوردهای مثبت خود یا دیگران را به طور کلی نادیده می‌گیرند و یا آنها را بسیار کم قلمداد می‌کنند. همچنین موفقیت‌های خود و یا دیگران را جزیی و کم ارزش می‌بینند. این افراد جنبه‌های مثبت زندگی خود یا دیگران را به اندازه لازم نمی‌بینند (ریچارد[1]، ۲۰۲۱). خطاهای شناختی، فرایند استدلال را تحت تأثیر می‌گیرند. درست مانند زمانی که از حقایق، نتیجه گیری یا استنباط تحریف شده ای داریم. هنگامی که در برخورد با اتفاقات دچار خطاهای منطقی می‌شویم، این امکان وجود دارد که استنباط‌های غلط و غیرمنصفانه شناختی ما از رفتارهای اطرافیان، منجر به ناکامی ما از رابطه و در نتیجه خشم و پرخاشگری گردد. نیتو[2] و همکاران (۲۰۲۰) در مطالعه فراتحلیلی خود که به بررسی خطاهای شناختی پرداخته بودند؛ دریافتند که علت عمده اختلالات خلقی داشتن خطاها و تعصبات شناختی است و این نشانگر آن است که خطاهای شناختی توانایی بالقوه در جهت ایجاد انواع اختلالات روانی از جمله اختلال خلق اخلالگر را دارد.

شواهد معتبری برای درمان شناختی رفتاری به عنوان روشی برای درمان خشم و پرخاشگری وجود دارد. نکته مهم در این مسئله این است که والدین یک جزء اساسی در درمان شناختی رفتاری برای خشم و پرخاشگری هستند. مطالعات اولیه از درمان شناختی رفتاری و آموزش والدین به عنوان درمان خط اول پشتیبانی می‌کنند (سوخولسکی و اسکهیل[3]، ۲۰۱۲). از اینرو توصیه به درمان شناختی- رفتاری و درمان‌های مشابه کاربردی است؛ زیرا بر روی ایجاد مهارت در طول عمر متمرکز هستند. از آنجایی که کودکان مبتلا به اختلال بی نظمی خلق اخلالگر میزان بالایی از اختلالات هم‌آیند و از بی‌ثباتی تشخیصی برخوردار هستند، بنابراین برای خانواده‌ها لازم است مهارت‌های مبتنی بر رفتار را توسعه دهند (تاپیا و جان[4]، ۲۰۱۸). مطالعات بهبودی در بیماران مبتلا به اختلال خلقی با آموزش درمان شناختی و رفتاری و آموزش والدین را نشان داده است. قبل از بررسی پیشینه پژوهش قابل ذکر است که تاکنون مطالعه جامعی به بررسی اثربخشی درمان شناختی رفتاری در تنظیم هیجانات افراد دارای اختلال بی نظمی خلق اخلالگر نپرداخته و ادبیات پژوهشی در مورد درمان این اختلال محدود می‌باشد (نعیم[5] و همکاران، ۲۰۲۱)؛ با این حال در معدود مطالعاتی به اثربخشی این روش درمانی در تنظیم هیجان این بیماران صحّه گذاشته شده است. به طوری که در پژوهش کیرکانسکی[6] و همکاران (۲۰۱۸) که بر روی ده نوجوان مبتلا به اختلال بی‌نظمی خلق اخلالگر با هدف آموزش چگونگی تحمل نشانه‌هایی که به عنوان تهدیدآمیز سوء تفسیر می‌شوند و باعث تشدید تحریکپذیری می‌شود صورت گرفت؛ نتایج نشان داد که درمان شناختی- رفتاری باعث کاهش معنادار نمرات اختلال بی‌نظمی خلق اخلالگر شد. شو[7] و همکاران (۲۰۱۷) با هدف بررسی آموزش شناختی کنش‌های اجرایی و حمایت والدین در زندگی روزمره و آموزش به ۵۵ کودک سن مدرسه و والدین آنها انجام شد، عملکرد بهتر کودکان دارای اختلال را پس از مداخله در آزمایش‌های عصب روانشناختی و گزارش‌های زندگی روزمره تأیید شد. اصغری‌شربیانی و همکاران (۱۴۰۲) در مطالعه خود به این نتیجه دست یافتند که رفتار درمانی شناختی رفتاری مبتنی بر آموزش خانواده در کاهش تحریکپذیری و تنظیم هیجان دانش‌آموزان دارای اختلال بی نظمی خلق اخلالگر به طور معناداری مؤثر بوده است. همچنین نتایج آزمون بنفرونی حاکی از ادامه دار بودن اثر آموزشی در دوره پیگیری بود. همچنین در پژوهش دیگر مشخص شد کودکانی که دچار اختلال بی‌نظمی خلقی هستند، هنگام پردازش محرک‌های عاطفی و تنظیم هیجانات، مشکلات بیشتری دارند و این کودکان به طور چشمگیری در پردازش حسی و رفتار ادراکی دچار مشکل هستند (ویدال-ریبز[8] و همکاران، ۲۰۲۲). بنابراین مشارکت والدین در درمان نه تنها به پیشرفت درمان کمک می‌کند بلکه امری ضروری است؛ زیرا مداخلات والدینی نقش مهمی در کاهش نشانه‌های اختلال و بهبود عملکرد عصب روانشناختی کودک ایفا می‌کند. همچنین، با بهبود راهبردهای رفتاری در زندگی روزمره کودک و عمق بخشیدن به ارتباط والد- فرزند، تأثیرات درمانی پایداری ایجاد می‌کند (دی‌فدریکو[9]، ۲۰۲۱).

از آنجایی که خطاهای شناختی و کنش‌های اجرایی، تأثیرات منفی زیانباری بر زندگی مبتلایان به اختلل بی‌نظمی خلق اخلالگر دارد و از سویی پژوهش کافی در حوزه درمان به ویژه کارایی درمان شناختی رفتاری بر این اختلال صورت نگرفته است، نتایج این پژوهش می‌تواند راهگشای مفیدی در حوزه درمان و زمینه‌ساز پژوهش‌های بعدی باشد. با توجه به پیشینه پژوهش لزوم بررسی روش‌های درمانی

1. Richard
2. Nieto
3. Sukhodolsky & Scahill
4. Tapia & John
5. Naim
6. Kircanski
7. Shuai
8. Vidal-Ribas
9. DiFederico

[Downloaded from frooyesh.ir on 2025-12-07]

مختلف از جمله درمان شناختی رفتاری برای دانش‌آموزان دارای اختلال بی‌نظمی خلق اخلالگر برای بدست آوردن شواهد علمی و مستدل در درمان اختلال مهم و ضروری به نظر می‌رسد. لذا بر این اساس هدف پژوهش حاضر تعیین اثربخشی درمان شناختی رفتاری مبتنی بر آموزش والدین بر خطاهای شناختی و کنش‌های اجرایی سرد و گرم دانش آموزان دارای اختلال بی‌نظمی خلق اخلالگر بود.

روش

روش پژوهش حاضر نیمه آزمایشی با طرح پیش‌آزمون- پس آزمون و گروه کنترل بود. جامعه آماری پژوهش کلیه دانش‌آموزان پسر مقطع متوسطه اول مراجعه کننده به مراکز مشاوره شهر تبریز در سال ۱۴۰۲بودند که از این جامعه، تعداد ۳۰ دانش‌آموز به روش نمونه‌گیری هدفمند انتخاب شده و مورد بررسی قرار گرفتند. بدین منظور با مراجعه به مراکز مشاوره و بررسی لیست دانش‌آموزان ارجاع شده به مشکلات بیرونی و غربال آن‌ها توسط مصاحبه بالینی تشخیصی بر اساس آخرین ویراست راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی توسط پژوهشگر تعداد ۳۰ دانش‌آموز با تشخیص اختلال بی‌نظمی خلق اخلالگر به عنوان نمونه انتخاب و به صورت تصادفی در دو گروه آزمایش و کنترل جایدهی شدند. به طوری که ۱۵ نفر در گروه آزمایش و ۱۵ نفر در گروه کنترل قرار گرفتند. لازم به ذکر است ملاک ورود به پژوهش شامل داشتن اختلال بی‌نظمی خلق اخلالگر بر اساس آزمون واکنش پذیری عاطفی استرینگاریس و عدم وجود اختلالات روانپزشکی دیگر بر اساس مصاحبه بالینی، دامنه سنی ۱۳ تا ۱۵ سال و تحصیل در مقطع متوسطه اول و تمایل و رضایـــت به شرکت در پژوهش تا انتهای آن و عدم شرکت در آزمون های روانشناختی دیگر و معیار خروج از پژوهش نیز شامل شرکت همزمان در برنامه‌های روان‌درمانی دیگر و عدم همکاری و غیبت در جلسات درمانی (بیش از دو جلسه) و به وجود آمدن مشکلات تحصیلی بود. شرکت در پژوهش اختیاری بود و رضایت شرکت‌کنندگان و والدین آن‌ها قبل از اجرای پژوهش جلب شد. علاوه بر این، به آزمودنی ها اطمینان داده شد که نتایج پرسشنامه ها به صورت فردی تفسیر نگردد و در صورت تمایل نتایج به اطلاع شرکت کنندگان برسد، ضمناً تمامی جزوات و محتوای آموزشی و ابزارهای لازم به صورت رایگان در اختیار آنه ا قرار گرفت. در نهایت، برای تجزیه و تحلیل داده‌ها از روش تحلیل کوواریانس چندمتغیره و نرم‌افزار SPSS نسخه ۲۱ استفاده شد.

ابزار سنجش

پرسشنامه کنش‌های اجرایی[1] (EFDQ): این پرسشنامه توسط جوجیا و همکاران با هدف سنجش کارکردهای اجرایی طراحی شد و شامل ۸۶ سؤال و دو شاخص شناختی (خرده مقیاس‌های آغازگری، حافظه کاری، برنامه‌ریزی راهبردی، سازماندهی و نظارت) و شاخص عاطفی (خرده مقیاس‌های بازداری، تغییر جابه جایی و مهار هیجان) است. نمره‌گذاری در قالب طیف لیکرت به صورت هرگز= ۱، گاهی اوقات= ۲ و بیشتر اوقات= ۳ است. نمره بالا در کل نشان دهنده عملکرد بدتر است. از لحاظ روایی همگرا همبستگی این آزمون با آزمون بارکلی ۰/۷۸ بود. همچنین میانگین همسانی درونی این پرسشنامه بین ۰/۹۸ تا ۰/۸۲ و قابلیت بازآزمایی در فاصله سه هفته آن بین ۰/۸۴ تا ۰/۷۲ به دست آمد (فوگل و همکاران، ۲۰۲۰). همچنین در پژوهش سیدنوری و همکاران (۱۴۰۱) روایی صوری این پرسشنامه توسط متخصصان تأیید شده و پایایی آن به روش آلفای کرونباخ برای شاخص شناختی و عاطفی به ترتیب ۰/۷۷ و ۰/۷۴ گزارش شده است. در پژوهش حاضر ضریب پایایی پرسشنامه به روش آلفای کرونباخ برای شاخص شناختی و عاطفی نیز به ترتیب ۰/۸۰ و ۰/۷۸ به دست آمد.

پرسشنامه خطاهای شناختی[2] (CEQ): برای سنجش خطاهای شناختی از پرسشنامه خطاهای شناختی استفاده شد (گویین[3] و همکاران، ۲۰۱۱). این مقیاس ۲۰ عبارتی برای بررسی سوگیری شناختی کودکان و نوجوانان طراحی شده است و خطاهای فکری را در دو بعد اجتماعی و شخصی مورد سنجش قرار می‌دهد. مقیاس خطاهای شناختی ۱۰ زیر مقیاس دارد و هر زیر مقیاس حاوی دو عبارت است. هر عبارت در مقیاسی ۱۰ درجه ای درجه‌بندی شده است. نمره هر خطا از مجموع نمرات در حیطه شخصی و اجتماعی کسب می‌شود. به عبارتی نمره هر فرد در هر خطا بین ۰ تا ۱۴ است. که نمره بالای ۷ نشانگر خطای بالاتر است. دامنه نمرات برای هر عبارت از صفر تا ۷ است. که آزمودنی بر اساس شدت فکر به آنها پاسخ می‌دهد. بنابراین دامنه نمره برای هر زیر مقیاس از ۰ تا ۱۴ است. گویین و همکاران (۲۰۱۱) روایی همزمان این پرسشنامه را با مقیاس اضطراب و افسردگی را در سطح ۰/۷۹ و ۰/۸۲ گزارش کردند. همچنین پایایی این

1. Executive Function Deficits Questionnaire
2. Cognitive Errors Questionnaire
3. Quinn

[Downloaded from frooyesh.ir on 2025-12-07]

پرسشنامه بر اساس روش آلفای کرونباخ ۰/۸۵ به دست آمد. اکبری و همکاران (۱۳۹۸) روایی این پرسشنامه را به روش صوری و تأیید متخصصان تأیید کرده و پایایی آن را به روش آلفای کرونباخ ۰/۹۷ گزارش کردند. همچنین در پژوهش حاضر ضریب پایایی پرسشنامه به روش آلفای کرونباخ ۰/۸۷ به دست آمد.

مداخله درمان شناختی رفتاری مبتنی بر آموزش والدین: پروتکل درمان شناختی رفتاری مبتنی بر آموزش والدین در ۹ جلسه ۷۵ دقیقه‌ای در طی یک ماه (هر هفته دو جلسه) توسط پژوهشگر بر اساس نظریه بارکلی[1] (۲۰۱۸) قرار گرفتند که در جدول ۱ نشان داده شده است.

جدول ۱: پروتکل درمان شناختی رفتاری مبتنی بر آموزش والدین

جلسه	محتوای جلسات
جلسه اول	آشنایی، ارزیابی وضعیت اختلال و توضیح در مورد ماهیت اختلال، برقراری ارتباط با والدین و توضیح در مورد اهداف جلسات و چگونگی برگزاری آن‌ها صورت گرفت
جلسه دوم	کار بر روی شناخت رفتارهای تحریک‌پذیر کودکان و پیامدهای هیجانی و رفتاری آن‌ها و آموزش تکنیک‌های بازدارنده برای رفتارهای منفی و راهبردهایی جهت ایجاد رفتارهای مثبت صورت گرفت.
جلسه سوم	آموزش پیشگیری از تعارض با کودک از طریق آموزش استدلالی و منطقی رفتارهای مطلوب از جمله یادگیری و تمرین مهارت‌های تربیتی و پرورشی جدید در خانه توسط والدین بیان شد.
جلسه چهارم	به آموزش تکنیک‌های حل مسئله و استفاده از راهبردهای انظباطی غیرخشن از جمله محروم‌سازی به جای شیوه‌های غیرسازنده توسط والدین پرداخته شد.
جلسه پنجم	به آموزش قرارداد وابستگی به منظور کاهش رفتارهای تکانشی کودک و تقویت رفتارهای مثبت اختصاص داده شد.
جلسه ششم و هفتم	بازسازی شناختی در جهت شناخت و درمان باورهای غیرمنطقی و ناکارآمد والدین در ارتباط با خود و فرزندان بیان و مثال‌هایی در این زمینه زده شد.
جلسه هشتم و نهم	به آموزش مهارت‌های ارتباطی و ابراز وجود کارآمد جهت برطرف‌سازی نیازهای خود از طریق رفتارهای سازنده و معقول پرداخته شد و ارزیابی و مرور کلی از جلسات صورت گرفت.

یافته ها

میانگین سنی شرکت‌کنندگان و انحراف معیار آن در گروه آزمایش ۱۴/۲۲ و ۱/۱۹ و در گروه کنترل نیز ۱۳/۸۶ و ۱/۷۸ بود. از نظر ساختار خانواده در گروه آزمایش ۴/۱ درصد خانواده‌ها مطلقه، ۲ درصد فوت پدر و ۹۳/۹ درصد خانواده با ساختار سنتی و در گروه کنترل ۳/۸ درصد خانواده ها مطلقه، ۲/۵ درصد فوت پدر و ۹۳/۷ درصد خانواده با ساختار سنتی داشتند. از نظر سطح تحصیلات در گروه آزمایش نیز ۲۳ درصد پدران و ۲۶ درصد مادران زیر دیپلم و ۳۷/۱۲ درصد پدران و ۳۶/۶۷ درصد مادران دیپلم و ۳۹/۸۳ درصد پدران و ۳۷/۳۳ درصد نیز بالای دیپلم بودند. در گروه کنترل نیز ۲۲ درصد پدران و ۲۷ درصد مادران زیر دیپلم، ۳۷/۲۰ درصد پدران و ۳۶/۷۰ درصد مادران دیپلم و ۴۰/۸ درصد پدران و ۳۶/۳۳ درص مادران دارای تحصیلات بالای دیپلم بودند. در جدول ۲ یافته‌های توصیفی متغیرهای پژوهش نشان داده شده است.

شاخص‌های پراکندگی و تمایل مرکزی متغیرهای کنش های اجرایی و خطاهای شناختی به تفکیک گروه و نوع آزمون در جداول ذیل نشان داده شده است.

جدول ۲: میانگین و انحراف معیار متغیرهای پژوهش به تفکیک گروه و آزمون

متغیرها	مرحله	گروه آزمایش میانگین (انحراف معیار)	گواه میانگین (انحراف معیار)
بازداری	پیش‌آزمون	۱۳/۴۶ (۱/۰۶)	۱۳/۶۶ (۱/۱۱)
	پس‌آزمون	۱۰/۴۰ (۱/۳۵)	۱۳/۸۶ (۱/۰۶)

1. Barkley

[Downloaded from frooyesh.ir on 2025-12-07]

جابه جایی	پیش‌آزمون	۱۰/۶۰ (۱/۲۹)	۱۰/۸۶ (۱/۴۵)
	پس‌آزمون	۹/۷۳ (۱/۰۹)	۱۱/۸۰ (۱/۸۲)
مهار هیجان	پیش‌آزمون	۱۰/۳۳ (۱/۱۷)	۱۰/۶۰ (۱/۲۴)
	پس‌آزمون	۹/۴۶ (۱/۴۵)	۱۰/۵۳ (۱/۱۸)
آغازگری	پیش‌آزمون	۱۰/۶۰ (۱/۱۲)	۱۱/۱۳ (۱/۱۲)
	پس‌آزمون	۹/۶۶ (۱/۷۵)	۱۰/۵۳ (۱/۰۶)
حافظه کاری	پیش‌آزمون	۹/۶۶ (۰/۷۲)	۱۰/۰۶ (۰/۹۶)
	پس‌آزمون	۸/۰۱ (۱/۳۶)	۱۰/۰۶ (۰/۹۵)
برنامه ریزی راهبردی	پیش‌آزمون	۱۴/۴۶ (۰/۹۹)	۱۴/۳۳ (۱/۱۷)
	پس‌آزمون	۱۲/۲۶ (۲/۳۷)	۱۵/۰۱ (۱/۱۹)
سازماندهی	پیش‌آزمون	۱۰/۹۳ (۱/۱۶)	۱۱/۹۳ (۱/۰۹)
	پس‌آزمون	۹/۴۰ (۱/۸۸)	۱۰/۸۰ (۱/۴۲)
نظارت	پیش‌آزمون	۱۰/۰۶ (۱/۲۷)	۱۰/۰۶ (۱/۳۳)
	پس‌آزمون	۹/۰۶ (۱/۲۷)	۱۰/۱۳ (۱/۲۴)
خطاهای شناختی	پیش‌آزمون	۷/۵۳ (۱/۳۰)	۷/۴۶ (۱/۷۲)
	پس‌آزمون	۶/۸۶ (۱/۴۵)	۸/۲۶ (۱/۰۳)

مندرجات جدول ۲ نشان می‌دهد که در پس‌آزمون میانگین نمرات کنش های اجرایی و مؤلفه‌های (بازداری، جابه جایی، مهارجابه جایی، آغازگری، حافظه کاری، برنامه‌ریزی، سازماندهی و نظارت) در گروه آزمایش (درمان شناختی رفتاری مبتنی بر آموزش والدین) کاهش یافته؛ اما در گروه گواه تغییر زیادی ایجاد نشده است. کسب نمره پایین در آن نشان دهنده بهبود کنش‌های اجرایی است. همچنین میانگین خطاهای شناختی در گروه آزمایش پس آزمون کاهش یافته است.

به منظور انجام تحلیل کوواریانس چندمتغیری ابتدا پیش‌فرض همگونی شیب خط رگرسیون با آزمون F اثرات تقابلی بررسی شد و نتایج حاصل از F محاسبه شده برای متغیرهای کنش های اجرایی (F=۱/۳۲، P>۰/۰۵) و خطاهای شناختی (F=۲/۴۵، P>۰/۰۵) حاکی از رعایت این پیش‌فرض بود. به‌علاوه آزمون برابری واریانس از طریق آزمون لون (کنش‌های اجرایی، F=۰/۷۸، P>۰/۰۵ و خطاهای شناختی؛ F=۰/۳۳، P>۰/۰۵) حاکی از برقرار بودن این پیش‌فرض های برای متغیرهای وابسته بود. همچنین نتایج آزمون کالموگروف- اسمیرنوف نشان داد که داده‌ها نرمال هستند (P<۰/۰۵)؛ بنابراین بر اساس این مفروضه‌ها و پیش‌شرط‌های آزمون تحلیل کواریانس که محقق شده‌اند، برای تحلیل از آزمون تحلیل کواریانس چندمتغیره استفاده شد. همچنین با توجه به نتایج آزمون باکس مشخص است که چون مقدار سطح معناداری این آزمون برای متغیر کنش های اجرایی و خطاهای شناختی به ترتیب برابر ۰/۷۸ و ۰/۱۱ می‌باشد و این مقدار بیشتر از سطح معناداری ۰/۰۵ است؛ بنابراین می‌توان نتیجه گرفت که این پیش‌فرض جهت انجام آزمون تحلیل مانکووا رعایت شده است. به عبارت دیگر، همگنی ماتریس واریانس- کواریانس متغیرهای پژوهش برقرار است و از نظر ماتریس واریانس- کواریانس تفاوت معناداری باهم ندارند.

جدول ۳: نتایج مربوط به شاخص‌های تحلیل کوواریانس چند متغیری متغیرهای پژوهش

نام آزمون	مقدار	درجه آزادی فرض	درجه آزادی خطا	F	سطح معناداری	ضریب ایتا
لامبدای ویلکز	۰/۹۱	۹	۱۱	۱۲/۵۴	۰/۰۰۱	۰/۹۱
اثر پیلایی	۰/۰۸	۹	۱۱	۱۲/۵۴	۰/۰۰۱	۰/۹۱
اثر هتلینگ	۱۰/۲۶	۹	۱۱	۱۲/۵۴	۰/۰۰۱	۰/۹۱
بزرگترین ریشه روی	۲۰/۲۶	۹	۱۱	۱۲/۵۴	۰/۰۰۱	۰/۹۱

[Downloaded from frooyesh.ir on 2025-12-07]

با توجه به جدول ۳ آماره چند متغیره لامبدای ویلکز برابر با ۰/۹۱، مقدار F برابر ۱۲/۵۴ سطح معنی‌داری برابر ۰/۰۰۱ است. با توجه به کوچک‌تر بودن سطح معنی‌داری از ۰/۰۵ و پس از تعدیل نمرات پیش‌آزمون، میزان نمرات پس‌آزمون متغیرهای کنش‌های اجرایی و خطاهای شناختی در گروه آزمایش و گواه تفاوت معنی‌داری وجود دارد.

جدول ۴: نتایج آزمون تحلیل کوواریانس چند متغیری (مانکووا) برای متغیرهای پژوهش

منبع تغییر	متغیرها	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	سطح معناداری	مجذور اتا
اثر پیش-آزمون	بازداری	۵/۲۸	۱	۵/۲۸	۴/۲۳	۰/۰۵	۰/۱۸
	جابه جایی	۱۲/۰۳	۱	۱۲/۰۳	۱۲/۲۶	۰/۰۰۲	۰/۳۹
	مهار هیجان	۲/۹۹	۱	۲/۹۹	۲/۱۰	۰/۱۶	۰/۱۰
	آغازگری	۴/۱۲	۱	۴/۱۲	۱/۹۰	۰/۱۸	۰/۰۹
	حافظه کاری	۶/۱۳	۱	۶/۱۳	۵/۲۳	۰/۰۴	۰/۲۱
	برنامه ریزی راهبردی	۷/۵۳	۱	۷/۵۳	۱/۷۸	۰/۱۹	۰/۰۸
	سازماندهی	۴/۳۵	۱	۴/۳۵	۱/۲۰	۰/۲۸	۰/۰۶
	نظارت	۱۲/۷۶	۱	۱۲/۷۶	۷/۶۵	۰/۰۱	۰/۲۸
	خطاهای شناختی	۴/۷۸	۱	۴/۷۸	۲/۳۰	۰/۱۴	۰/۱۰
اثر گروه	بازداری	۸۰/۵۸	۱	۸۰/۵۸	۶۴/۴۹	۰/۰۰۱	۰/۷۷
	جابه جایی	۳۱/۶۵	۱	۳۱/۶۵	۳۲/۲۳	۰/۰۰۱	۰/۶۲
	مهار هیجان	۷/۷۴	۱	۷/۷۴	۵/۴۴	۰/۰۳	۰/۲۲
	آغازگری	۶/۲۶	۱	۶/۲۶	۲/۹۰	۰/۱۰	۰/۱۳
	حافظه کاری	۲۹/۶۰	۱	۲۹/۶۰	۲۵/۲۹	۰/۰۰۳	۰/۵۷
	برنامه ریزی راهبردی	۵۰/۷۷	۱	۵۰/۷۷	۱۲/۰۱	۰/۰۰۳	۰/۳۸
	سازماندهی	۸/۸۳	۱	۸/۸۳	۲/۴۴	۰/۱۳	۰/۱۱
	نظارت	۱۲/۰۹	۱	۱۲/۰۹	۷/۲۵	۰/۰۱	۰/۲۷
	خطاهای شناختی	۱۷/۷۴	۱	۱۷/۷۴	۸/۵۴	۰/۰۰۱	۰/۳۱
خطا	بازداری	۲۳/۷۴	۱۹	۱/۲۵			
	جابه جایی	۱۸/۶۵	۱۹	۰/۹۸			
	مهار هیجان	۲۷/۰۳	۱۹	۱/۴۲			
	آغازگری	۴۱/۰۴	۱۹	۲/۱۶			
	حافظه کاری	۲۲/۲۴	۱۹	۱/۱۷			
	برنامه ریزی راهبردی	۸۰/۳۰	۱۹	۴/۲۲			
	سازماندهی	۶۸/۵۵	۱۹	۳/۶۰			
	نظارت	۳۱/۶۸	۱۹	۱/۶۶			
	خطاهای شناختی	۳۹/۴۵	۱۹	۲/۰۷			

بر اساس نتایج جدول ۴، با در نظر گرفتن نمرات پیش‌آزمون به عنوان متغیر همپراش (کمکی)، درمان شناختی رفتاری مبتنی بر آموزش والدین منجر به تفاوت معنادار بین گروه‌ها در متغیر های کنش های اجرایی و خطاهای شناختی ($P<۰/۰۰۱$) شد. بدین معنا که بخشی از تفاوت‌های فردی در متغیرهای کنش های اجرایی و خطاهای شناختی به دلیل تفاوت در عضویت گروهی (تأثیر مداخله) بود. از این رو می‌توان مطرح کرد که درمان شناختی رفتاری مبتنی بر آموزش والدین بر کاهش کنش‌های اجرایی (نمره پایین نشان دهنده بهتر بودن کنش های اجرایی سرد و گرم) و خطاهای شناختی مؤثر است.

[Downloaded from frooyesh.ir on 2025-12-07]

بحث و نتیجه‌گیری

هدف پژوهش حاضر تعیین اثربخشی درمان شناختی رفتاری مبتنی بر آموزش والدین بر خطاهای شناختی و کنش های اجرایی سرد و گرم دانش‌آموزان دارای اختلال بی‌نظمی خلق اخلالگر بود. یافته پژوهش نشان داد که درمان شناختی رفتاری مبتنی بر آموزش والدین بر خطاهای شناختی دانش آموزان دارای اختلال بی‌نظمی خلق اخلالگر تأثیر دارد. در واقع درمان شناختی رفتاری آموزش والدین منجر به کاهش میزان خطاهای شناختی دانش‌آموزان می‌شود. این یافته با نتایج پژوهش‌های کیرکانسکی و همکاران (۲۰۱۸) و دی‌فدریکو (۲۰۲۱) همسو بود. اجرای این روش درمانی به سبب سازوکارهای واسطه ای دیگـــری همچون افزایش ارتباط والد-کودک، کاهش تنش تعاملی میان آنها، آگاه سازی والد و در پی آن کاهش استرس او در تعامل با فرزندش، تعدیل بار روانی و استیگمای ناشی از اضطراب و عوارض جانبی پیگیری درمان های خارج از سیستم خانواده روی کودک و والد، به ویژه ارتقای کیفیت تعاملی والد و کودک، به شکل غیرمستقیم خطاهای شناختی کودک را هدف قرار می دهد و همین مسئله باعث می‌شود احساس دلتنگی و رفتار پرخاشگرانه و افکار ناشی از باورهای غیر منطقی یا خطاهای شناختی از طریق آموزش والدین کاهش یابد. آموزش فنون شناختی رفتاری به والدین و اجرای آن در خانه و بستر زندگی موجب کاهش نشانه های اختلال بی‌نظمی خلق اخلالگر می‌شود. به نظر می‌رسد رویکردهای درمانی امروزی باید از اجرای صرف در محیط های بالینی و مراکز درمانی خارج شده و بیشتر در محیط‌های واقعی و با مشارکت والدین که بیشترین نقش و زمان را دارند، به کار برده شوند. شاید بتوان گفت اثربخشی درمان های انجام شده در این باشد که خود والدین در طول درمان درگیری مستقیم داشته و خود شاهد سیر موفقیت فرزندانشان باشند و این می‌تواند نقش مهمی در کاهش خطاهای شناختی در دانش‌آموزان داشته باشد. به طوری که اجرای درمان شناختی رفتاری والدین همچون افزایش ارتباط والد-کودک، کاهش تنش تعاملی میان آنها، آگاه‌سازی والد و در پی آن کاهش استرس او در تعامل با فرزندش، تعدیل بار روانی و استیگمای ناشی از اضطراب و عوارض جانبی پیگیری درمان‌های خارج از سیستم خانواده روی کودک و والد، به ویژه ارتقای کیفیت تعاملی والد و کودک، به شکل غیرمستقیم خطاهای شناختی کودک را هدف قرار می دهد؛ بنابراین این موارد را نیز می‌توان از تبیین‌های احتمالی چگونگی اثربخشی این بسته مداخلات بر بهبود اضطراب کودکان دانست (کیرکانسکی و همکاران، ۲۰۱۸).

در تبیین این یافته می توان گفت درمان شناختی- رفتاری بر این فرض استوار است که افراد دارای اختلال بی نظمی خلقی الگوهای ناسازگارانه درک و پاسخدهی به محیط را یاد گرفته اند و همچنین فاقد راهبردهای مقابله ای موثر هستند. از این دیدگاه فرد مبتلاء به این اختلال، که نشانه های خلقی را از خود نشان می دهد، به خاطر اینکه به جای رفتار سازنده، مستعد درک تهدید، پاسخدهی اجتنابی و ناتوانی است، از نگرانی و اضطراب مفرط رنج می برد. بعد از سال ها شناسایی تهدید های بالقوه و پاسخ دهی به صورت اضطراب، نگرانی و اجتناب، این مراجعان الگو های پاسخ دهی خودکار و مداوم را پیدا می کنند. افکار، احساسات و رفتار های بی نظمی خلقی مداوم و تکرار شونده هستند، بنابراین در نهایت این زنجیره کاملاً خارج از آگاهی قرار می گیرد. با استفاده از درمان شناختی- رفتاری، سبک پردازش آنها تغییر پیدا می کند و در نتیجه راهبرد های جدیدی برای حل مسائل این افراد مطرح می شود و از خطاهای شناختی آن‌ها کاسته می شود (دی‌فدریکو، ۲۰۲۱).

یافته دیگر پژوهش نشان داد که درمان شناختی رفتاری مبتنی بر آموزش والدین بر کنش های اجرایی سرد و گرم دانش آموزان دارای اختلال بی‌نظمی خلق اخلالگر تأثیر دارد. در واقع درمان شناختی رفتاری آموزش والدین منجر به کاهش میزان کنش‌های اجرایی دانش-آموزان می‌شود. این یافته با نتایج پژوهش های شو و همکاران (۲۰۱۷) و ویدال-ریبز و همکاران (۲۰۲۲) همسو بود.

در تبیین این یافته ها می توان گفت مفهوم کارکردهای اجرایی، تمام فرآیندهای شناختی پیچیده را که در انجام تکالیف هدف مدار دشوار یا جدید، ضروری هستند را در خود جای داده است. در همین راستا می‌توان گفت بازدارندگی و حافظه به عنوان توابع اجرایی اساسی هستند که امکان توسعه توابع اجرایی پیچیده تر مثل حل مسئله را باعث می‌شوند. بنابراین مسئله اصلی در افرادی که سطح کنش های اجرایی در آنها پایین می‌باشد، این است که کارکردهای شناختی آن‌ها نمی‌تواند توانمندی آنها را در کاربرد این کارکردها در انجام تکالیف به خدمت بگیرد. از طرف دیگر در آموزش والدین درمان شناختی، تلاش بر این است که بر اساس آموزش تکالیف هشیارانه و خودآگاه، ظرفیت و توانایی نظام پردازش اطلاعات افزایش یابد و از این طریق کنش های اجرایی بهبود یابد. اختلال بی‌نظمی خلق اخلالگر به طور معمول نوعی اختلال بی نظمی هیجانی محسوب می‌شود. گرچه تحریک پذیری نوعی پاسخ عاطفی منفی است، مزمن بـودن این پاسخ که مؤلفه اصلی اختلال بی نظمی خلق اخلال‌گر است بیانگر توانایی محدود در تنظیم این هیجان است. علاوه بر این، طغیان شـدید خشم که

[Downloaded from frooyesh.ir on 2025-12-07]

بیانگـر تنظیم ضعیف پاسخ‌های عاطفی منفی است از مشخصات بارز اختلال بی‌نظمی خلق اخلال‌گر است. به طور کلی افراد مبتلاء بـه این اختلال در تلاش برای تنظیم هیجانات خود غالباً به رفتارهای تکانه‌ای و غیرمفیدی متوسل می‌شوند که توسط محیط تحمیل شده و با کاهش هیجانات نامناسب همراه است. درمان شناختی رفتاری موجی از بدکارکـردی‌های شناختی از جمله هیجانات منفی را مورد آماج قرار داده و علاوه بر ایجاد جهان بینی جدید در بیماران آن‌ها را برای مواجه با مشکلات بین فردی و هیجانی آماده می کنند (ویدال-ریبز و همکاران، ۲۰۲۲).

در تبیین بهبودی کنش‌های اجرایـی حاصل از درمـان، می‌توان گفـت بـه دلیـل عـدم تحـول پیشـرفته ایـن مهـارت تا سـن شش‌سالگی و نقـش والدین و مراقبیـن اصلی کودک به‌عنوان لوب جبهـه‌ای او به شکل رهنموددادن یـا محدودیت ایجادکردن بـرای کودک، کنش‌های اجرایی به‌صورت تجربه و مهار بیرونی عمل می‌کند و به‌تدریج کودک به‌واسطه تقلید، این توانمندی را از بزرگسالان یاد گرفتـه و با افزایش سن به طور مستقل آن‌ها را بـه کار می‌بنـدد و همین موضوع باعـث ارتقاء ایـن کنش‌ها می‌شود. بر اساس نظریه مداخله دوسطحی بـرای کودکان بـا نقص در کنش‌های اجرایـی اولیـن قـدم مداخلـه در سطح محیـط و قـدم دوم مداخله در سطح فرد است. در این مدل درمانی همسو با این نظریه باهدف قراردادن الگوهای تعامل به‌جای رفتارهای جدا از هم ایـن مداخله محیطی صورت گرفـت و با ارائه آموزش‌هایی مانند مهارت‌های کودک‌مدار به والدین، الگوهای تعاملی والد با کودک اصلاح شده و در مشاوره انفرادی با والد و کودک در هر جلسه درمان، مشاوره‌های لازم در مـورد حل مشکلات احتمالی آن‌ها ارائه می‌شود. از آنجایی که علـت خیلـی از رفتارهـای نامطلـوب کودک برای توجه طلبی منفی است با آموزش فن توجه منفـی و راهبردی بـرای مهار آن رفتارها به والدین و تنظیـم انتظـارات متناسب با توانایی‌های کودک و چگونگی ایجـاد و تثبیت یک رفتار جدید در کودک و آموزش مهارت‌های والدمـدار از قبیل نحوه مسئولیت دادن به کودک و نمایـش پیامـد رفتـار درسـت و نادرسـت بـه او و استفاده به موقع از سرنخ و هشدار و استفاده از چارت‌های تشویقی در میدان دید کودک، به تقویت و ارتقاء بازداری پاسخ، مهار احساس و خشم و توجه پایدار و سازماندهی رفتار، تصمیم‌گیری و فراشـناخت کـه از اجزاء کنش‌های اجرایی اوست، کمک می‌شود (شو و همکاران، ۲۰۱۷).

برخی از والدین نوجوانان دارای اختلال بی‌نظمی خلقی ممکن است بـا اطلاع از اینکه باید رفتار خود را در قبال فرزند خود اصلاح کنند شگفت زده شده یا حالت تدافعی به خود می‌گیرند. والدین همچنین ممکن است انتظارات غیرواقع بینانه‌ای در مـورد تناسب رشدی رفتار فرزندان خود داشته باشند یا بر روی تعاملات منفی با فرزند خود تمرکز زیادی داشته باشند. بنابراین باید صریحاً از طریق آموزش روانشناختی، افزایش آگاهـی نسبت به رفتارهای مثبت کودک و پرورش تعاملات مثبت غیر جهت‌دار والدیـن با کودک مورد توجـه قرار گیرد و از این طریق میزان کنش‌های اجرایی بهبود یافته و خطاهای شناختی‌شان کاهش یابد.

این پژوهش با محدودیت‌هایی مواجه بود. از آنجایی که پژوهش حاضر بر روی دانش‌آموزان پسر مقطع متوسطه اول مراجعه کننده به مراکز مشاوره شهر تبریز انجام شد؛ لذا تعمیم نتایج به سایر دانش‌آموزان و افراد دارای اختلالات دیگر را با مشکل مواجه می‌سازد. استفاده از روش نمونه‌گیری هدفمند به عنوان مهم‌ترین محدودیت دیگر در این پژوهش مطرح بود. همچنین عدم وجود پیگیری محدودیت دیگر این پژوهش بود که مانع اثربخشی این درمان در طولانی‌مدت می‌شود. همچنین بـه منظـور نتیجـه بهتر این درمان، پروتـکل درمانی مبتنی بر تعامل معلم-کودک روی معلمان به طور همزمان اجرا شود تا هـم تأثیر روش تربیتی و سبک پرورشـی معلم در همگی یکسان باشد و هم بتوان با مقایسه نتایج، به واسطه خطای آماری کمتر و معنـاداری واقعی با اطمینان بیشتری نظـر داد. می‌توان گفـت این درمان به عنوان یک درمان مکمل و پیشـگیرانه در مرا کز و نهادها و دستگاههای آموزشی و اجتماعـی توسـط مربیـان، درمانگران و متخصصان در این حوزه قابلیت استفاده دارد و می‌تواند کمک قابل توجهی به سطح بهداشت روانی جامعه کند.

منابع

اصغری شربیانی، ع.، عطادخت، ا.، حاجلو، ن.، و میکاییلی، ن. (۱۴۰۲). همه گیرشناسی اختلال بی نظمی خلق اخلالگر در نوجوانان و مقایسه قضاوت اخلاقی افراد مبتلا و غیرمبتلا. *مجله اخلاق زیستی*، ۱۳(۳۸)، ۱-۱۱. https://doi.org/10.22037/bioeth.v13i38.39412

اکبری، م.، اشرفی، ع.، رجب، ا. (۱۳۹۸). اثربخشی آموزش خطاهای شناختی به شیوه ی فلسفه برای کودکان و نوجوانان بر خطاهای شناختی، تندرستی و میزان قند خون کودکان و نوجوانان مبتلا به دیابت نوع یک. *مجله دیابت و متابولیسم ایران*، ۱۸(۴)، ۱۹۹-۲۰۶. http://ijdld.tums.ac.ir/article-1-5822-fa.html

پورمودت، خ.، نشاط دوست، ط.، کجباف، م.، طالبی، ه. (۱۴۰۰). مقایسه پردازش اطلاعات اجتماعی بر اساس مدل شناختی اجتماعی Dodge و Crick در کودکان با و بدون اختلال بی نظمی خُلق اخلال گر. *تازه های علوم شناختی*، ۲۳، ۳۳-۴۶. http://dx.doi.org/10.30514/icss.23.2.3

[Downloaded from frooyesh.ir on 2025-12-07]

سیدنوری، س.، حسین‌خانزاده، ع.، ابوالقاسمی، ع.، شاکری‌نیا ا. (۱۴۰۱). اثربخشی آموزش کنش‌های اجرایی گرم و سرد در دو سطح والد و کودک بر کنش‌های اجرایی کودکان دارای اختلال کمبود توجه / فزون‌کنشی. *مجله علوم روانشناختی*، ۲۱ (۱۱۱)،۵۰۸-۴۹۱.
http://dx.doi.org/10.52547/JPS.21.111.491

Barkley, R. (2018). Opposition children: Parent education program: Clinical Psychology Guide for assessment and treatment of behavioral .problems and the children of opposition Alizadeh H, Sajadi H.(Persian translators). First .edition. Tehran: Roshd Publishing. 2011 24. Parker G, Tavella G. Disruptive mood dysregulation disorder: A critical perspective. The Canadian. *Journal of Psychiatry*, 63(12), 813-5 https://doi.org/10.1177/0706743718789900

Chase, D., Harvey, P.D., Pogge, D.L. (2020). Disruptive (mood dysregulation disorder (DMDD :in psychiatric inpatient child admissions Prevalence among consecutive admissions and ,in children receiving NOS diagnoses. Neurology. *Psychiatry and Brain Research*, 38, 102-6. https://doi.org/10.1016/j.npbr.2020.11.001

DiFederico, K. (2021). "*The Value of Parental Involvement in Play Therapy with Children Exposed to Trauma:* A Literature Review". Expressive Therapies Capstone Theses. 439. https://digitalcommons.lesley.edu/expressive_theses/439/

Dougherty, L.R., Smith, V.C., Bufferd, S.J., Kessel, E.M., Carlson, G.A., Klein, D.N. (2016). Disruptive mood dysregulation disorder at the age of 6 years and .clinical and functional outcomes 3 years later. *Psychological Medicine*, 46(5), 1103-14 https://doi.org/10.1017/S0033291715002809

Ferguson, H.J., Brunsdon, V.E.A. & Bradford, E.E.F. (2021). The developmental trajectories of executive function from adolescence to old age. *Scientific Reports*, 11, 1382. https://doi.org/10.1038/s41598-020-80866-1

Findling, R.L., Zhou, X., George, P., Chappell, P.B. (2022). Diagnostic trends and prescription patterns in disruptive mood dysregulation disorder and bipolar disorder. *Journal & of the American Academy of Child .Adolescent Psychiatry*, 61(3), 434-45 https://doi.org/10.1016/j.jaac.2021.05.016

Fogel, Y., Rosenblum, S., Hirsh, R., Chevignard, M., & Josman, N. (2020). Daily Performance of Adolescents with Executive Function Deficits: An Empirical Study Using a Complex-Cooking Task. *Occupational Therapy International*, 3,1-11. https://doi.org/10.1155/2020/3051809

Kircanski, K., Clayton, M.E., Leibenluft, E., Brotman, M.A. (2018). Psychosocial treatment .of irritability in youth. Curr. Treat .Options Psychiatry, 5(1), 129-40 https://doi.org/10.1007/s40501-018-0141-5.

Leibenluft, E. (2011). Severe mood dysregulation, irritability, and the diagnostic boundaries of bipolar disorder in youths. *Am Journal Psychiatry*, 168(2), 129-142. https://doi.org/10.1176%2Fappi.ajp.2010.10050766

Leshem, R. (2016). Using dual process models to examine impulsivity throughout neural maturation. *Developmental Neuropsychology*, 41 (1-2), 125– 143. https://doi.org/10.1080/87565641.2016.1178266

Lin, Y.J., Tseng, W.L., Gau, S.S. (2021). Psychiatric comorbidity and social adjustment difficulties in children with disruptive mood dysregulation. disorder: A national epidemiological study. *Journal of affective disorders*, 281, 485-92 https://doi.org/10.1016/j.jad.2020.12.039

Morgan, A.B., Lilienfeld, S.O. (2000). A meta- analytic review of the relation between antisocial behavior and neuropsychological measures of executive function. *Clin Psychol Rev*, 20(1), 113-136. https://doi.org/10.1016/s0272-7358(98)00096-8

Naim, R., Kircanski, K., Gold, A., German, R.E.,Davis, M., Perlstein, S., Clayton, M., Revzina, O., Brotman, M.A. (2021). *Protocol: Across-subjects multiple:* baseline trial of exposure-based cognitivebehavioral therapy for severe irritability .(a study protocol. BMJ Open. 2021; 11(3 https://doi.org/10.1136/bmjopen-2020-039169

Nieto, P., Robls, E., Vazquez, C. (2020). Self-reported cognitive biases in depression: A meta-analysis. *Clinical Psychology Review*, 82, 19-34. https://doi.org/10.1016/j.cpr.2020.101934

Richard, D. (2021). Cognitive Errors in Sports Analysis. Edinboro. Publication of University of Pennsylvania. https://www.researchgate.net/publication/349376424_Cognitive_Errors_in_Sports_Analysis_-_Feb_12_2021_-_1-35_PM

Roshannia, S., Maleki-Karamolah, S., Akhlaghi, Z., & Kordestani-Moghadam, P. (2021). A review of cognitive disorders in attention deficit hyperactivity disorder with emphasis on executive functions and brain structures. *Journal of Clinical Neuroscience*, 8(2), 60-66. https://doi.org/10.34172/icnj.2021.14

Shuai, L., Daley, D., Wang, Y. F., Zhang, J. S., Kong, Y. T., Tan, X., & Ji, N. (2017).” Executive function training for children with attention deficit hyperactivity disorder”. *Chinese medical Journal*, 130(5), 549-558. https://doi.org/10.4103/0366-6999.200541

Sukhodolsky, D.G., Scahill, L. (2012). *Cognitivebehavioral therapy for anger and aggression in. children*. New York: Guilford Press.

Tapia, V., John, R.M. (2018). Disruptive mood dysregulation disorder. The Journal for .Nurse Practitioners, 14(8), 573-8 https://doi.org/10.1016/j.nurpra.2018.07.007

Quinn, R., Dozis, D. J. I., Ognoviks, E. (2011). Child and Adolescent Cognitive Error Scale. Translated by Shirin Zeinalizadeh. Tehran. Dynamic Test Publishing. https://jcp.semnan.ac.ir/article_6742.html?lang=en

Vidal-Ribas, P., Brotman, M.A., Salum, G.A., Kaiser, A., Meffert, L., Pine, D.S., et al. (2022). Deficits in emotion recognition are .associated with depressive symptoms in youth with disruptive mood dysregulation disorder. *Depression and Anxiety*, 35(12),1207-12. https://doi.org/10.1002/da.22810

Wiggins, J.L., Briggs-Gowan, M.J., Brotman, M.A., Leibenluft, E., Wakschlag, L.S. (2021). Toward a developmental nosology for disruptive mood.dysregulation disorder in early childhood & Journal of the American Academy of Child. *Adolescent Psychiatry*, 60(3), 388-97. https://doi.org/10.1016/j.jaac.2020.04.015

Zelazo, P.D. (2020). Executive function and psychopathology: a neurodevelopmental perspective. *Annu Rev Clin Psychol*, 16, 431-454. https://doi.org/10.1146/annurev-clinpsy-072319-024242

Zelazo, P. D., & Carlson, S. M. (2020). The neurodevelopment of executive function skills: Implications for academic achievement gaps. *Psychology & Neuroscience*, 13(3), 273-298. https://doi.org/10.1037/pne0000208

[Downloaded from frooyesh.ir on 2025-12-07]