

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

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 دانش‌آموزان دارای اختلال بی‌نظمی خلق اخلاک‌گر 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 ۱۴۰۲ بودند 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)، گوین و همکاران، (۲۰۱۱) و کنش‌های اجرایی (EFDQ)، جوچیا 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 ($P < 0.01$) 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.

اختلال بی‌نظمی خلق اخلاک‌گر^۱ برای رسیدگی به تشخیص بیش از حد مشکل‌ساز اختلال دوقطبی و افزایش مصرف آنتی‌سایکوتیک‌ها و داروهای چندگانه در نوجوانان طراحی شد (فیندلینگ^۲ و همکاران، ۲۰۲۲). اختلال بی‌نظمی خلق اخلاک‌گر 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 (لینلوف^۳ و همکاران، ۲۰۱۱).

بر اساس تحقیقات اختلال بی‌نظمی خلق اخلاک‌گر 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^۴ و همکاران، ۲۰۲۱). اگرچه این اختلال یک اختلال نسبتاً جدید می‌باشد، اما مطالعات متعددی در مورد فراوانی وقوع این آن منتشر شده است (چاس^۵، ۲۰۲۰). در یک مطالعه جدید شیوع این اختلال در کودکان تایوانی ۰/۳ تا ۰/۷۶ درصد بدست آمده است (لین^۶ و همکاران، ۲۰۲۱). در مطالعه‌ای دیگر بر روی گروهی از نوجوانان نیز میزان شیوع اختلال ۳٪ تعیین شده است (اصغری‌شرببانی 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^۷ 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 (روشانیان^۸ 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^۹، 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 اخلاک‌گر تأثیر داشته باشد (مورگان و لینفلد^{۱۰}، 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^{۱۱}، 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^{۱۲} و همکاران، ۲۰۲۱) و مقوله دیگر، کنش‌های اجرایی گرم، که تحت شرایط انگیزشی قابل توجه و مهیج برانگیخته می‌شود (لشم^{۱۳}، ۲۰۱۶). افراد دارای اختلال بی‌نظمی خلق اخلاک‌گر 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 روبه‌رو هستند و از لحاظ کنش‌های اجرایی گرم دارای مشکل هستند (پاچیلکو^{۱۴}، ۲۰۱۷). همچنین پورمودت و همکاران (۱۴۰۰) در پژوهش خود نشان دادند که کودکان مبتلا به اختلال بی‌نظمی خلق اخلاک‌گر 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. Roshaninia
 9. Zelazo
 10. Morgan & Lilienfeld
 11. Carlson
 12. Ferguson
 13. Leshem
 14. Pagliaccio

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^۱، ۲۰۲۱). خطاهای شناختی، فرایند استدلال را تحت تأثیر می‌گیرند. درست مانند زمانی که از حقایق، نتیجه‌گیری یا استنباط تحریف شده‌ای 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^۲ 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 اخلاکگر 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 اسکهل^۳، 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 بی‌نظمی خلق اخلاکگر 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^۴، 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 بی‌نظمی خلق اخلاکگر نپرداخته و ادبیات پژوهشی در مورد درمان این اختلال محدود می‌باشد (نعیم^۵ و همکاران، ۲۰۲۱)؛ با این حال در معدود مطالعاتی به اثربخشی این روش درمانی در تنظیم هیجان این بیماران صحه گذاشته شده است. به طوری که در پژوهش کیرکانسکی^۶ و همکاران (۲۰۱۸) که بر روی ده نوجوان مبتلا به اختلال بی‌نظمی خلق اخلاکگر 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 اخلاکگر شد. شو^۷ 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. اصغری‌شربانی 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 بی‌نظمی خلق اخلاکگر 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-ریب^۸ 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^۹، ۲۰۲۱).

از آنجایی که خطاهای شناختی و کنش‌های اجرایی، تأثیرات منفی زیانباری بر زندگی مبتلایان به اختلال بی‌نظمی خلق اخلاکگر 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 & Seahill
4. Tapia & John
5. Naim
6. Kircanski
7. Shuai
8. Vidal-Ribas
9. DiFederico

اثر بخشی درمان شناختی رفتاری مبتنی بر آموزش والدین بر خطاهای شناختی و کنش‌های اجرایی سرد و گرم دانش‌آموزان دارای اختلال بی‌نظمی خلق اخلاص گر
The effectiveness of cognitive behavioral therapy based on parent training on cognitive errors and hot and cold ...

مختلف از جمله درمان شناختی رفتاری برای دانش‌آموزان دارای اختلال بی‌نظمی خلق اخلاص گر برای بدست آوردن شواهد علمی و مستدل در درمان اختلال مهم و ضروری به نظر می‌رسد. لذا بر این اساس هدف پژوهش حاضر تعیین اثر بخشی درمان شناختی رفتاری مبتنی بر آموزش والدین بر خطاهای شناختی و کنش‌های اجرایی سرد و گرم دانش‌آموزان دارای اختلال بی‌نظمی خلق اخلاص گر 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 ۱۴۰۲ بودند 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 اخلاص گر 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 اخلاص گر 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 رضایت به شرکت در پژوهش تا انتهای آن و عدم شرکت در آزمون‌های 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 آزمودنی‌ها اطمینان داده شد که نتایج پرسشنامه‌ها به صورت فردی تفسیر نگردد و در صورت تمایل نتایج به اطلاع شرکت‌کنندگان برسد، ضمناً تمامی جزوات و محتوای آموزشی و ابزارهای لازم به صورت رایگان در اختیار آن‌ها 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^۱ (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 بهتر 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 (فوجل 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^۲ (CEQ): برای سنجش خطاهای شناختی از پرسشنامه خطاهای شناختی استفاده شد (گوپین^۳ 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. گوپین 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

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^۱ (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 انضباطی 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.

یافته‌ها

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 خانواده‌ها 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 درصد مادران دارای تحصیلات بالای دیپلم بودند. در جدول ۲ یافته‌های توصیفی متغیرهای پژوهش نشان داده شده است.

شاخص‌های پراکندگی و تمایل مرکزی متغیرهای کنش‌های 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	میانگین (انحراف معیار)	گروه آزمایش	گواه	میانگین (انحراف معیار)
بازداری	پیش‌آزمون	(۱/۰۶)	۱۳/۴۶	(۱/۱۱)	۱۳/۶۶
	پس‌آزمون	(۱/۳۵)	۱۰/۴۰	(۱/۰۶)	۱۳/۸۶

اثربخشی درمان شناختی رفتاری مبتنی بر آموزش والدین بر خطاهای شناختی و کنش‌های اجرایی سرد و گرم دانش‌آموزان دارای اختلال بی‌نظمی خلق اخلاک‌گر
The effectiveness of cognitive behavioral therapy based on parent training on cognitive errors and hot and cold ...

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

مندرجات جدول ۲ نشان می‌دهد که در پس‌آزمون میانگین نمرات کنش‌های اجرایی و مؤلفه‌های (بازداری، جابه‌جایی، مهارجابه‌جایی، 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 پس‌آزمون 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 کنش‌های اجرایی ($F=۱۱/۳۲$, $P>۰/۰۵$) و خطاهای شناختی ($F=۲/۴۵$, $P>۰/۰۵$) حاکی از رعایت این پیش‌فرض بود. به علاوه 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 پیش‌فرض‌های 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 کوواریانس که محقق شده‌اند، برای تحلیل از آزمون تحلیل کوواریانس چندمتغیره استفاده شد. همچنین با توجه به نتایج آزمون باکس-مشخص است که چون مقدار سطح معناداری این آزمون برای متغیر کنش‌های 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-کوواریانس متغیرهای پژوهش برقرار است و از نظر ماتریس واریانس-کوواریانس 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

با توجه به جدول ۳ آماره چند متغیره لامبدای ویلکز برابر با ۰/۹۱، مقدار F برابر ۱۲/۵۴ سطح معنی داری برابر ۰/۰۰۱ است. با توجه به کوچک تر بودن سطح معنی داری از ۰/۰۵ و پس از تعدیل نمرات پیش آزمون، میزان نمرات پس آزمون متغیرهای کنش‌های اجرایی و خطاهای شناختی در گروه آزمایش و گواه تفاوت معنی داری 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	مجذورات
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 پیش آزمون به عنوان متغیر همپراش (کمکی)، درمان شناختی رفتاری مبتنی بر آموزش والدین منجر به تفاوت معنادار بین گروه‌ها در متغیرهای کنش‌های اجرایی و خطاهای شناختی ($P < 0.001$) شد. بدین معنا که بخشی از تفاوت‌های فردی در متغیرهای کنش‌های 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 کنش‌های اجرایی سرد و گرم) و خطاهای شناختی مؤثر است.

بحث و نتیجه‌گیری

هدف پژوهش حاضر تعیین اثربخشی درمان شناختی رفتاری مبتنی بر آموزش والدین بر خطاهای شناختی و کنش‌های اجرایی سرد و گرم دانش‌آموزان دارای اختلال بی‌نظمی خلق اخلاص گر بود. یافته پژوهش نشان داد که درمان شناختی رفتاری مبتنی بر آموزش والدین بر خطاهای شناختی دانش‌آموزان دارای اختلال بی‌نظمی خلق اخلاص گر 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 واسطه‌ای دیگری 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 می‌دهد 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 نشانه‌های اختلال بی‌نظمی خلق اخلاص گر می‌شود. به نظر می‌رسد رویکردهای درمانی امروزی باید از اجرای صرف در محیط‌های 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 درمان‌های 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 می‌دهد؛ 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 می‌توان گفت درمان شناختی- رفتاری بر این فرض استوار است که افراد دارای اختلال بی‌نظمی خلقی الگوهای ناسازگارانه درک و پاسخدهی به محیط را یاد گرفته‌اند و همچنین فاقد راهبردهای مقابله‌ای موثر هستند. از این دیدگاه فرد مبتلاء به این اختلال، که نشانه‌های خلقی را از خود نشان می‌دهد، به خاطر اینکه به جای رفتار سازنده، مستعد درک تهدید، پاسخدهی اجتنابی و ناتوانی است، از نگرانی و اضطراب مفرط رنج می‌برد. بعد از سال‌ها شناسایی تهدیدهای بالقوه و پاسخ‌دهی به صورت اضطراب، نگرانی و اجتناب، این مراجعان الگوهای پاسخ‌دهی خودکار و مداوم را پیدا می‌کنند. افکار، احساسات و رفتارهای بی‌نظمی خلقی مداوم و تکرار شونده هستند، بنابراین در نهایت این زنجیره کاملاً خارج از آگاهی قرار می‌گیرد. با استفاده از درمان شناختی- رفتاری، سبک پردازش آنها تغییر پیدا می‌کند و در نتیجه راهبرد‌های جدیدی برای حل مسائل این افراد مطرح می‌شود و از خطاهای شناختی آن‌ها کاسته می‌شود (دی‌فدریکو، ۲۰۲۱).

یافته دیگر پژوهش نشان داد که درمان شناختی رفتاری مبتنی بر آموزش والدین بر کنش‌های اجرایی سرد و گرم دانش‌آموزان دارای اختلال بی‌نظمی خلق اخلاص گر تأثیر دارد. در واقع درمان شناختی رفتاری آموزش والدین منجر به کاهش میزان کنش‌های اجرایی دانش‌آموزان می‌شود. این یافته با نتایج پژوهش‌های شو و همکاران (۲۰۱۷) و ویدال-ریبیز و همکاران (۲۰۲۲) همسو بود. در تبیین این یافته‌ها می‌توان 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 پیچیده‌تر مثل حل مسئله را باعث می‌شوند. بنابراین مسئله اصلی در افرادی که سطح کنش‌های 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 کنش‌های اجرایی بهبود یابد. اختلال بی‌نظمی خلق اخلاص گر به طور معمول نوعی اختلال بی‌نظمی هیجانی محسوب می‌شود. گرچه تحریک‌پذیری نوعی پاسخ عاطفی منفی است، مژمن بودن این پاسخ که مؤلفه اصلی اختلال بی‌نظمی خلق اخلاص گر است بیانگر توانایی محدود در تنظیم این هیجان است. علاوه بر این، طغیان شدید خشم که

بیانگر تنظیم ضعیف پاسخ‌های عاطفی منفی است از مشخصات بارز اختلال بی‌نظمی خلق اخلاص‌گر است. به طور کلی افراد مبتلاء به 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 بدکارکردی‌های 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 می‌کند (ویدال-ریب و همکاران، ۲۰۲۲).

در تبیین بهبودی کنش‌های اجرایی حاصل از درمان، می‌توان گفت به دلیل عدم تحول پیشرفته این مهارت تا سن شش‌سالگی و نقش والدین و مراقبین اصلی کودک به‌عنوان لوب جبهه‌ای او به شکل رهنموددادن یا محدودیت ایجادکردن برای کودک، کنش‌های اجرایی به‌صورت تجربه و مهار بیرونی عمل می‌کند و به‌تدریج کودک به‌واسطه تقلید، این توانمندی را از بزرگسالان یاد گرفته و با افزایش سن به طور مستقل آن‌ها را به کار می‌بندد و همین موضوع باعث ارتقاء این کنش‌ها می‌شود. بر اساس نظریه مداخله دوسطحی برای کودکان با نقص در کنش‌های اجرایی اولین قدم مداخله در سطح محیط و قدم دوم مداخله در سطح فرد است. در این مدل درمانی همسو با این نظریه باهدف قراردادن الگوهای تعامل به‌جای رفتارهای جدا از هم این مداخله محیطی صورت گرفت 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 مورد حل مشکلات احتمالی آن‌ها ارائه می‌شود. از آنجایی که علت خیلی از رفتارهای نامطلوب کودک برای توجه طلبی منفی است با آموزش فن توجه منفی و راهبردی برای مهار آن رفتارها به والدین و تنظیم انتظارات متناسب با توانایی‌های کودک و چگونگی ایجاد و تثبیت یک رفتار جدید در کودک و آموزش مهارت‌های والد‌مدار از قبیل نحوه مسئولیت دادن به کودک و نمایش پیامد رفتار درست و نادرست به او و استفاده به موقع از سرخ 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 فراشناخت که از اجزاء کنش‌های اجرایی اوست، کمک می‌شود (شو و همکاران، ۲۰۱۷).

برخی از والدین نوجوانان دارای اختلال بی‌نظمی خلقی ممکن است با 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 مورد 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 آگاهی نسبت به رفتارهای مثبت کودک و پرورش تعاملات مثبت غیر جهت‌دار والدین با کودک مورد توجه 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 مراجعه‌کننده 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 به منظور نتیجه بهتر این درمان، پروتکل درمانی مبتنی بر تعامل معلم-کودک روی معلمان به طور همزمان اجرا شود تا هم تأثیر روش تربیتی و سبک پرورشی معلم در همگی یکسان باشد و هم بتوان با مقایسه نتایج، به واسطه خطای آماری کمتر و معناداری واقعی با اطمینان بیشتری نظر داد. می‌توان گفت این درمان به عنوان یک درمان مکمل و پیشگیرانه در مراکز و نهادها و دستگاه‌های آموزشی و اجتماعی توسط مربیان، درمانگران و متخصصان در این حوزه قابلیت استفاده دارد و می‌تواند کمک قابل توجهی به سطح بهداشت روانی جامعه کند.

منابع

- اصغری شریبانی، ع.، عطادخت، ا.، حاجلو، ن.، و میکاییلی، ن. (۱۴۰۲). همه‌گیرشناسی اختلال بی‌نظمی خلق اخلاص‌گر 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 شیوه‌ی 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://ijdd.tums.ac.ir/article-1-5822-fa.html>
- پورمودت، خ.، نشاط دوست، ط.، کجیاف، م.، طالبی، ه. (۱۴۰۰). مقایسه پردازش اطلاعات اجتماعی بر اساس مدل شناختی اجتماعی Dodge و Crick در کودکان با و بدون اختلال بی‌نظمی خلق اخلاص‌گر. *تازه‌های علوم شناختی*، ۲۳، ۳۳-۴۶. <http://dx.doi.org/10.30514/ics.23.2.3>

اثربخشی درمان شناختی رفتاری مبتنی بر آموزش والدین بر خطاهای شناختی و کنش‌های اجرایی سرد و گرم دانش‌آموزان دارای اختلال بی‌نظمی خلق اخلاص گر
The effectiveness of cognitive behavioral therapy based on parent training on cognitive errors and hot and cold ...

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., Brunson, 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](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., Scchill, 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. L., 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>