

Original Research

The Effectiveness of Emotion Regulation Strategies Training on Anger Control and Impulsivity Decrease of Adolescents with Conduct Disorder

Sajad Naserinia^{1*}, Mohammad Mehdi Sohrabi Fard², Mohammad Hatami³, Azar Samadifar⁴

1. MSc in Clinical Psychology of Children and Adolescents, Kharazmi University, Karaj

2. MSc Clinical Psychology, Islamic Azad University, Khorasgan Branch, Isfahan

3. Associate Professor, Department of Clinical Psychology, Kharazmi University of Tehran

4. Master of Family Counseling, Shahid Chamran University of Ahvaz

Received: 2018/07/01

Revised: 2018/08/13

Accepted: 2018/08/24

Abstract

Introduction & Purpose: This study was to determine the effectiveness of emotion regulation strategies training on control anger and impulsivity decreases of adolescents correctional center in Khorramabad city.

Methodology: The research method is pretest- posttest- follow up with a control group. The sample consisted of 30 men adolescents with conduct disorder in Khorramabad correction center who were selected by convenience sampling and randomly assigned to control and experimental groups. The experimental group received the gross model emotion regulation strategies for ten sessions, while the control group did not receive any intervention until the end of the project. The data were collected from the Barratt Impulsivity Scale and Spielberger Anger Inventory and for analysis, multivariate analysis of covariance was used.

Results: The results showed that emotion regulation strategies training controlled anger and decreased impulsivity in the experimental group.

Conclusion: The emotion regulation strategies training is useful applied practice in treatment of conduct disorder.

Keywords: Emotion regulation strategies, Anger control, Impulsivity decrease, Conduct disorder

Citation: Naserinia Sajad, Sohrabi Fard Mohammad Mehdi, Hatami Mohammad, Samadifar Azar, The Effectiveness of Emotion Regulation Strategies Training on Anger Control and Impulsivity Decrease of Adolescents with Conduct Disorder. *Journal of Motor and Behavioral Sciences*, Volume 1, Number 2, Autumn 2018, pp. 97-110.

* **Corresponding Author:** Sajad Naserinia, MSc in Clinical Psychology of Children and Adolescents, Kharazmi University, Karaj

Email: naserisajad23@gmail.com

اثربخشی آموزش راهبردهای نظم جویی فرآیندی هیجان در کنترل خشم و کاهش تکانشگری نوجوانان مبتلا به اختلال سلوک

سجاد ناصری نیا^{۱*}، محمد مهدی سهرابی فرد^۲، محمد حاتمی^۳، آذر صمدی فرد^۴

۱. کارشناس ارشد روانشناسی بالینی کودک و نوجوان، دانشگاه خوارزمی، کرج
۲. کارشناس ارشد روانشناسی بالینی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد خوراسگان، اصفهان
۳. دانشیار، گروه روانشناسی بالینی، دانشگاه خوارزمی تهران
۴. کارشناسی ارشد مشاوره خانواده، دانشگاه شهید چمران اهواز

پذیرش مقاله: ۹۷/۰۶/۰۲

بازنگری مقاله: ۹۷/۰۵/۲۲

دریافت مقاله: ۹۷/۰۴/۱۰

چکیده

مقدمه و هدف: هدف پژوهش حاضر تعیین اثربخشی راهبردهای نظم جویی فرآیندی هیجان در کنترل خشم و کاهش تکانشگری نوجوانان مبتلا به اختلال سلوک کانون اصلاح و تربیت شهر خرم آباد بود.

روش شناسی: روش پژوهش آزمایشی از نوع پیش آزمون-پس آزمون-پیگیری با گروه کنترل می باشد. نمونه مورد نظر شامل ۳۰ مرد از نوجوانان مبتلا به اختلال سلوک کانون اصلاح و تربیت شهر خرم آباد که به روش نمونه گیری دردسترس انتخاب شدند و به صورت تصادفی در دو گروه کنترل و آزمایش جایگزین شدند. گروه آزمایش برنامه راهبردهای نظم جویی هیجان مبتنی بر مدل گروس را به مدت ده جلسه گروهی دریافت کردند در حالی که گروه کنترل تا پایان طرح هیچ گونه مداخله ای دریافت نکرد. برای جمع آوری اطلاعات از مقیاس تکانشگری بارات و پرسشنامه کنترل خشم اسپیلبرگر و برای تحلیل از آزمون تحلیل کوواریانس چند متغیری استفاده شد.

نتایج: نتایج نشان داد آموزش راهبردهای نظم جویی فرآیندی هیجان موجب کنترل خشم و کاهش تکانشگری در افراد گروه آزمایش شد. **نتیجه گیری:** آموزش راهبردهای نظم جویی فرآیندی هیجان تلویحات کاربردی مفیدی در درمان اختلال سلوک دارد.

واژگان کلیدی: راهبردهای نظم جویی هیجان، کنترل خشم، کاهش تکانشگری، اختلال سلوک

ارجاع: ناصری نیا سجاد، سهرابی فرد محمد مهدی، حاتمی محمد، صمدی فر آذر، اثربخشی آموزش راهبردهای نظم جویی فرآیندی هیجان در کنترل خشم و کاهش تکانشگری نوجوانان مبتلا به اختلال سلوک، مجله علوم حرکتی و رفتاری، دوره اول، شماره دوم، پاییز ۱۳۹۷، صفحات ۹۷-۱۱۰

نویسنده مسئول: سجاد ناصری نیا، کارشناس ارشد روانشناسی بالینی کودک و نوجوان، دانشگاه خوارزمی، کرج
آدرس الکترونیکی: naserisajad23@gmail.com

مقدمه

عنوان خفیف، متوسط و شدید ارزیابی می شود (اریلی^۱، ۲۰۰۵). در مورد علل رفتار منحل در افراد مبتلا به اختلال سلوک تحقیقات زیادی انجام شده است و داده های قابل توجهی وجود دارند که نشان می دهند احتمالاً چند مسیر رشدی در ایجاد مشکلات سلوکی بالینی دخالت دارند. این مسیرها معمولاً ترکیبی از خصوصیات و گرایشات ژنتیکی یا زیست شناختی کودک، پدر و مادری کردن ناکارآمد و شرایط محیطی هستند (مورل^۲، ۲۰۰۳). فرضیه کمبود کودک^۳ مطرح می کند که طیف وسیعی از عوامل درونی کودک که شامل جنس، خلق و خو، اعصاب، کمبود مهارت های اجتماعی و علمی می باشد، اختلال سلوک را افزایش می دهند. این عوامل خاص کودک به صورت ناراحتی، بیش فعالی، بی توجهی، تحریک پذیری، تکانشگری، تاخیر خواندن و نوشتن، رسیدن به نقاط عطف رشدی و مشکلات در درک مطلب، در بیان، در ماندن بر سرکار و انطباق با موقعیت های یادگیری جدید، آشکار می گردند. نشان داده شده که این طیف گسترده از کمبود ها و افراط های رفتاری، با طرد همتایان، شکست تحصیلی و شاید مهم تر از همه با تمایز پدر و مادر، افزایش می یابند (اریلی، ۲۰۰۵). فراوانی اختلال سلوک، برای پسران زیر ۱۸ سال ۶ تا ۱۶ درصد و برای دختران همان دامنه سنی ۲ تا ۹ درصد برآورد شده است (انجمن روان پزشکی آمریکا، ۱۹۹۴). میزان شیوع بالای اختلال سلوک در بین کودکان و نوجوانان، روند شدت یافتن آن در طول زمان و هزینه های سنگینی که در صورت عدم درمان، فرد، خانواده و جامعه تحمل می کند آن را به یکی از چالش های اساسی در حوزه اختلال های کودکان تبدیل نموده است. تحقیقات نشان داده است که ۷۵ درصد کودکان هشت ساله مبتلا به اختلال سلوک در سیزده سالگی همچنان این اختلال را داشته اند (ریچاردسون و جاگین، ۲۰۰۲). و این وضعیت فقط در حد باقی ماندن نشانه ها نیست، بلکه با افزایش سن، نوع مشکلات کودک یا نوجوان پیچیده تر و درمان آن مشکل تر می گردد. بزه کاری، فرار از خانه، فرار از مدرسه، سوء مصرف مواد و بی بند و باری جنسی که هر یک به تنهایی مورد توجه نهاد های اجتماعی هستند، در بسیاری موارد تبلور وجود اختلال سلوک در کودک یا

بررسی های آماری متعدد عمده ترین اختلال های روانی دوران کودکی که باعث مراجعه به متخصصان بهداشت روانی می شود، اختلال های رفتاری^۴ است و در این میان یکی از شایع ترین نوع اختلال های رفتاری، اختلال سلوک^۵ می باشد (ریچاردسون و جاگین^۳، ۲۰۰۳). بر اساس تعریف تجدید نظر شده در پنجمین راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی (DSM-IV^۶)، اختلال سلوک مربوط به دوران کودکی و نوجوانی می باشد و معمولاً قبل از سن بلوغ تشخیص داده می شود. علامت اساسی آن، الگوی تکراری و پیوسته رفتاری است که در آن حقوق اساسی دیگران، هنجارها یا موازین اساسی اجتماعی متناسب با سن فرد، نقض می شوند. این گونه رفتارها در سه مورد (و یا بیشتر) از معیارهای زیر در ۱۲ ماه گذشته و یکی از علائم که در ۶ ماه گذشته بوده است، باید وجود داشته باشند. رفتار پرخاشگرانه که موجب وارد آوردن زیان یا خسارت مالی می گردد، فریبکاری یا دزدی و نقض جدی مقررات (انجمن روان پزشکی آمریکا، ۲۰۱۴). معیارهای اختلال سلوک در DSM-V، تا حد زیادی نسبت به DSM-IV بدون تغییر هستند اما تعیین نفع اجتماعی محدود^۷ جدید است. نفع اجتماعی محدود برای آن دسته از افراد دارای الگوی جدی تری از رفتارها به کار می رود که با سبک بین فردی بی عاطفگی و بی احساسی در روابط و محیط های متعدد مشخص می شوند. برای این که فردی مبتلا به اختلال سلوک تشخیص داده شود، علائم باید اختلال قابل توجهی در عملکرد اجتماعی، علمی و شغلی وی ایجاد کرده باشند. در واقع اختلال سلوک به الگویی از رفتارها اطلاق گردیده است که علیه قانون و حقوق اساسی دیگران اعمال شده و به طور قابل ملاحظه ای به کنش روانی و اجتماعی کودک و نوجوان در منزل، مدرسه و جامعه آسیب می رساند (همان منبع). سیستم های طبقه بندی بین شروع اختلال سلوک کودکی، که در آن اختلال قبل از ده سالگی رخ می دهد و شروع اختلال سلوک نوجوانی، که در آن اختلال تا قبل از ده سالگی رخ نمی دهد، تمایز قائل می شوند. شدت اختلال نیز با

³ Behavioral Disorder

⁴ Conduct disorder

⁵ Richardson & Joughin

⁶ Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. 5th Edition

⁷ Limited Prosocial

¹ O'Reilly

² Morell

³ Child Deficit

نوجوان به شمار می آید (فریک و دانتاگان^۴، ۲۰۰۵). یکی از علائمی که کودکان و نوجوانان مبتلا به اختلال سلوک نشان می دهند، نقص در نظم جویی هیجانهاست می باشد. می توان یکی از دلایل شیوع بالای اختلال های درونی سازی^۲ را در کودکان و نوجوانان، استفاده از راهبردهای سازش نیافته^۳ و ناکارآمد نظم جویی هیجان دانست (مشهدی، میردورقی، حسنی، ۱۳۹۰). هیجان نقش مهمی در زمینه های مختلف زندگی نظیر سازگاری با تغییرات زندگی و رویدادهای تنیدگی زا ایفا می کند. اصولاً هیجان را می توان واکنش های زیست شناختی به موقعیت های دانست که آن را یک فرصت مهم یا چالش برانگیز ارزیابی می کنیم و این واکنش های زیستی با پاسخی که به آن رویدادهای محیطی می دهیم، همراه می شوند (گارنفسکی^۴ و همکاران، ۲۰۰۲). هرچند هیجان ها مبنای زیستی دارند اما افراد قادرند به شیوه هایی که این هیجان ها را ابراز می کنند اثر بگذارند. این توانایی که نظم جویی هیجان^۵ نامیده می شود به فرایندهایی دارد که بر هیجان های کنونی فرد و چگونگی تجربه و ابراز آن ها اثر می گذارد (گروس^۶، ۲۰۱۵). مدیریت موثر هیجان ها عبارت است از: ۱. تسکین و آرام ساختن خود به هنگام ناراحتی؛ ۲. اعمال خودکنترلی؛ ۳. مدیریت خشم؛ ۴. کنترل تکانه ها؛ ۵. ابراز هیجان ها در زمان و مکان مناسب؛ ۶. اجتناب از اضطراب، خشم و افسردگی مداوم؛ ۷. اداره کردن ناکامی ها و مشکلات اجتناب ناپذیر زندگی؛ ۸. جلوگیری از سایه افکندن هیجان های منفی بر قضاوت و توانایی حل مسئله؛ ۹. تحمل ناکامی؛ ۱۰. پذیرش و ارزش گذاشتن به خودمان (کلارک^۷، ۲۰۰۱)؛ به نقل از برهانی، مرادی، میرانی، ۱۳۹۶). بنابراین نظم جویی هیجان یک اصل اساسی در شروع، ارزیابی و سازماندهی رفتار سازش یافته^۸ و همچنین جلوگیری از هیجان های منفی و رفتارهای سازش نیافته^۹ محسوب می شود. این سازه یک مفهوم پیچیده است که

طیف گسترده ای از فرایندهای زیستی، اجتماعی، رفتاری و همچنین فرایندهای شناختی هشیار و ناهشیار را در بر می گیرد (گارنفسکی و همکاران، ۲۰۰۲). پژوهش ها نشان می دهد نوجوانان مبتلا به اختلال سلوک در تجربه صحیح هیجان خشم^{۱۰} با مشکل مواجه هستند و آن را به شکل ناصحیح و اغلب به صورت پرخاشگری نشان می دهند (گرین والد^{۱۱}، ۲۰۰۲). به نظر می رسد این افراد دچار ناتوانی در شکل دهی روابط دلبسته ایمن در اوایل کودکی، مشکلات ارتباطی، خشم، ترس و بی اعتمادی نسبت به چهره والدین می باشند. ردپای تاثیر این عوامل در برخی علائم این اختلال از قبیل تکانشگری، برون ریزی خشم و مقاومت در برابر درمان به چشم می خورد (ادکینز^{۱۲}، ۱۹۸۵). می توان این گونه استنباط نمود که وجود رخدادهای آسیب زا و در پی آن شکل گیری مشکلات ناشی از خشم و بروز رفتارهای پرخاشگرانه در مبتلایان به اختلال سلوک، رویدادهای در هم تنیده اند (زال پور، عابدینی، حیدری، ۱۳۸۹). توجه به این عوامل در انجام مداخلات درمانی نیز ضروری است، چرا که به نظر می رسد این عوامل سهم زیادی در شکل گیری و پایداری علائم اختلال به خود اختصاص داده اند. پرداختن به رویدادهای گذشته و نقش آن ها در شکل گیری علائم اختلالات روانی در مکتب روان پویشی و رویکردهای مشتق شده از این مکتب مورد تاکید است. در این مکتب پرخاشگری به عنوان علامت اصلی اختلال سلوک از جایجایی احساس خشم به سمت اشیاء^{۱۳} بیرونی ناشی می گردد (گرین والد، ۲۰۰۲). اغلب نظریه های موجود در تبیین پرخاشگری و قانون شکنی، به عنوان علائم اصلی اختلال، به طور مستقیم و یا غیر مستقیم به نقش تاثیرگذار هیجان خشم اشاره کرده اند (ایون^{۱۴}، ۱۹۹۸). بوشمن، باومیستر و فیلیپس^{۱۵} (۲۰۰۱) توصیف می کنند افراد پرخاشگر از خشم برای تنظیم هیجان منفی استفاده می کنند. بنابراین رفتار پرخاشگرانه بر تنظیم کردن صفات خاص تاثیر می گذارد و به بیان دیگر از یک سو، یک روش تنظیم هیجان و از سوی دیگر یکی از عوامل افزایش دهنده خشم است

⁴ Frick & Dantagnan

⁵ Internalizing Disorder

⁶ Undetected Compromise

⁷ Garnefski

¹ Emotion regulation

² Gross

³ Clarck

⁴ Adapted Behavior

⁵ Unadapted Behavior

⁶ Anger

⁷ Green wald

⁸ Adkins

⁹ Objects

¹⁰ Ewen

¹¹ Bushman, Baumeister & Philips

اختلالات برون‌سازی را یافته‌اند (براهام^۷ و همکاران، ۲۰۱۴). تکانشگری و رفتار تکانشی دارای سه ویژگی است که آن را از اصطلاحات مشابهی مانند بیش‌واکنشی^۸ جدا می‌کند. این رفتارها، شتاب زده، برنامه‌ریزی نشده^۹، بدون فکر و مستعد اشتباه^{۱۰} هستند، در حالی که در بیش‌واکنشی به جای تأکید بر سرعت بروز عکس‌العمل، تأکید به شدت و طول عکس‌العملی است که رخ می‌دهد (سوان و هولاندر، ۲۰۰۲؛ به نقل از حاتمی، صادقی راد، حسنی، ۱۳۹۴). براهام و همکاران (۲۰۱۴)، این فرضیه را که تکانشگری با دامنه گسترده‌ای از آسیب‌شناسی روانی نوجوان که محدود به اختلالات رفتاری نیستند، مربوط می‌باشد راتابید نمودند. می‌توان این مشکلات را با تأثیر گذاری بر "تکانشگری حرکتی" و "تکانشگری بی‌برنامگی" پردازش کرد. اولر^{۱۱} و همکاران (۲۰۱۴)، در یک مطالعه ارتباط بین تحریک هیجانی ناراحت‌کننده و کنترل شناختی را در نوجوانان پرخاشگر و افراد سالم بررسی کردند. نتایج بررسی آن‌ها نشان می‌دهد که کنترل شناختی، تحت تحریک هیجانی ناراحت‌کننده، در نوجوانان مبتلا به اختلال سلوک اما نه در افراد سالم گروه کنترل، تحت تأثیر قرار می‌گیرد. آن‌ها نتیجه گرفتند که کارکردهای اجرایی در پرخاشگری انفعال^{۱۲} بیماران مبتلا به اختلال سلوک، برای اثبات زبان آور تحریک هیجانی ناراحت‌کننده، مستعدترند. این نتایج یک توضیح احتمالی برای رفتار تکانشگری-پرخاشگری تحت پریشانی هیجانی، در بیماران مبتلا به اختلال سلوک ارائه می‌دهد. برای حل مشکلات روزافزون در کودکان و نوجوانان مبتلا به این اختلال، برنامه‌های درمانی مختلفی ابداع شده است، که از جمله مهمترین آن‌ها می‌توان به مواردی مانند مداخلات رفتاری که در آن‌ها در ازای رفتارهای غیر پرخاشگرانه و رفتارهای اجتماعی مورد قبول، پاداش ارائه می‌شود؛ آموزش مهارت‌های اجتماعی؛ آموزش خانواده و خانواده درمانی و مداخلات دارویی اشاره کرد. از درمان دارویی می‌توان به عنوان درمان کمکی علائمی که غالباً در اختلال سلوک نقش دارند، استفاده کرد

(راستینگ و نولن- هوکسما^{۱۲}، ۱۹۹۸). از آن جایی که پرخاشگری^۲ با تخریب روابط بین فردی، خشونت، بزه کاری و سوء مصرف مواد مخدر (گلدستین^۳ و همکاران، ۲۰۱۳) همراه می‌گردد، افراد معمولاً به تنظیم افکار، هیجانات و رفتار پرخاشگرانه می‌پردازند. اگرچه افراد معمولاً برای تنظیم خشم و پرخاشگری انگیزه دارند، اما واقعیت این است که آن‌ها همیشه به طور مؤثر قادر به انجام این کار نیستند و بنابراین نیاز به وجود راهبردهای نظم‌جویی هیجان دارند (دنسون^۴ و همکاران، ۲۰۱۱). یکی از این راهبردها، مدیریت خشم است که شامل یک مداخله روانی- تربیتی سازمان یافته می‌باشد و به منظور افزایش مهارت‌های مدیریت خشم و کاهش آسیب‌پذیری افراد بهنجار و یا گروه خاصی از جمعیت بالینی انجام می‌شود. مدیریت خشم به معنای داشتن مهارت‌هایی است که احساس‌های هیجانی و برانگیختگی فیزیولوژیک ناشی از خشم را کاهش می‌دهد (انجمن روان‌شناسی آمریکا، ۲۰۰۴). یکی از مؤلفه‌های اصلی اختلال سلوک، تکانشگری^۵ می‌باشد. در یک بررسی که به مقایسه بین افراد مبتلا به اختلال سلوک و افراد بهنجار در یک آزمون عملکردی پرداخته است، خطاهای انجام و عکس‌العمل پاسخ دادن، که نشان‌دهنده داشتن اقدامات تکانشگری است، بین دو گروه متفاوت بوده و این نشانه‌ها در گروه افراد با سابقه اختلال سلوک در کودکی و نوجوانی، بیشتر می‌باشد و تکانشگری یکی از نشانه‌های این اختلال است (دوگرتی و همکاران، ۲۰۰۰؛ به نقل از حاتمی، صادقی راد، حسنی، ۱۳۹۴). تکانشگری مفهومی است که به عنوان مبادرت با رفتارهایی بدون اندیشه و پاسخ‌دهی نابهنگام به محرکی که غالباً دارای پیامدهای ناگوار است تعریف شده است (مولر^۶ و همکاران، ۲۰۰۱). بررسی‌ها نشان می‌دهد که تکانشگری یک بعد شخصیتی منفرد نیست، بلکه از سازه‌ای چند بعدی تشکیل شده است (فاکس و هاموندا^۶، ۲۰۱۷). جنبه چند بعدی مفهوم تکانشگری، توسط ساختار مشترک مقیاس‌های درجه بندی تکانشگری به اثبات رسیده است. مطالعات متعددی در حال حاضر، ارتباط بین خصیصه تکانشگری و

¹² Rusting & Nolen- Hoksema

¹³ Aggression

¹ Goldstein

² Denson

³ American Psychological Association (APA)

⁴ Impulsivity

⁵ Moeller

⁶ Fox & Hammond

⁷ Braham

⁸ Over Reaction

⁹ Uplanned

¹⁰ Error Prone

¹¹ Euler

¹² Reactive Aggressive

(کاپلان و سادوک^۱، ۲۰۰۰). به طور کلی برنامه های درمانی در کاهش علائم آشکار اختلال سلوک نظیر پرخاشگری، مؤثرتر از علائم پنهان نظیر دروغ گویی یا سرقت هستند. اعتقاد بر این است که راهبردهای درمانی که معطوف به افزایش رفتارهای اجتماعی و کفایت اجتماعی هستند، سبب کاهش رفتار پرخاشگرانه می شوند. یافته ها نیز نشان می دهند که برنامه های پیشگیری مبتنی بر مدارس، می توانند مهارت های هیجانی را تقویت کرده و سبب کاهش رفتار پرخاشگرانه در جمعیت سالم کودکان سنین مدرسه شوند. کاهش خشونت و پرخاشگری در مدارس، زمینه مهمی برای مداخلات است. سن شروع درمان مهم است زیرا هرچه رفتار غیر انطباقی بیشتر ادامه یابد، مقاوم تر می گردد (همان منبع). با توجه به این که تا به حال به قدر کافی به این اختلال در بین جامعه نوجوانان ایرانی که در سنین در معرض خطر می باشند، توجه نشده است و از سوی دیگر به دلیل آن که در ترکیب سنی جمعیت ایران، نوجوانان آمار بالایی به خود اختصاص می دهند، توجه به این اختلال و راه های تشخیص، کنترل و درمان آن از اهمیت دوچندانی برخوردار است. به علاوه با توجه به این که عمده ترین مشکلات دانش آموزان مبتلا به اختلال سلوک در رعایت هنجارهای اجتماعی، کنترل خشم و برقراری ارتباط مناسب می باشد (کالاتا، تامپکینز، ورت^۲، ۲۰۰۳)، و تاکنون پژوهش چندانی خصوصاً در داخل کشور در زمینه اثربخشی آموزش نظم جویی هیجان در پیشگیری و درمان نوجوانان مبتلا به اختلال سلوک، در جمعیت ایرانی انجام نشده است، انجام این پژوهش ضروری به نظر می رسد. همچنین با توجه به رابطه نظم جویی هیجان با مؤلفه های خشم و تکانشگری و تاثیر هیجان در کیفیت زندگی انسان، این پژوهش برآن است تا اثربخشی آموزش راهبردهای نظم جویی فرایندی هیجان را بر کنترل خشم و تکانشگری نوجوانان مبتلا به اختلال سلوک، بررسی نماید.

روش شناسی

جامعه ی و نمونه آماری

پژوهش حاضر در قالب یک تحقیق نیمه آزمایشی از نوع پیش آزمون-پس آزمون-پیشگیری با گروه کنترل انجام شد. هر دو گروه

در طول اجرای برنامه درمانی ۳ بار به صورت پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری یک ماهه مورد ارزیابی قرار گرفتند. جامعه آماری این تحقیق شامل تمامی نوجوانان کانون اصلاح و تربیت شهر خرم آباد در سال ۱۳۹۶ است و از بین آن ها ۳۰ نفر پس از مصاحبه علائم اختلال سلوک به روش نمونه گیری در دسترس، انتخاب شدند. سپس از ۳۰ نفر انتخاب شده ۱۵ نفر به صورت تصادفی در گروه آزمایشی و ۱۵ نفر در گروه کنترل قرار گرفتند. ملاک های ورود در جامعه تحقیق عبارت بودند از: مرد بودن، رضایت و موافقت برای شرکت در پژوهش، سن بین ۱۳ تا ۱۸ سال و سطح تحصیلات از ابتدایی تا دبیرستان که کلیه افراد شرکت کننده در پژوهش در ملاک های فوق همتراز گشته اند.

ابزار پژوهش

مقیاس سیاهه رفتاری کودکان/ نوجوانان (CBCL-P): این سیاهه توسط آخنباخ^۳ و همکاران او در سال ۲۰۰۱، برای سنجش اختلالات رفتاری و عاطفی در گروه های سنی مختلف تدوین شده است و توسط والدین و یا فردی که سرپرستی کودک را برعهده دارد و یا از او مراقبت می کند و یا هرکسی که او را به طور کامل می شناسد، تکمیل می شود. این سیاهه رفتاری با ۱۱۳ سوال، وضعیت فرد را در شش مقیاس مشکلات عاطفی، مشکلات اضطرابی، مشکلات بیش فعالی، مشکلات سلوک، مشکلات جسمانی و مشکلات نافرمانی مقابله ای ارزیابی می کند. این سیاهه رفتاری توسط مینایی (۱۳۸۵)، هنجاریابی شده است. ضریب همسانی درونی برای خرده مقیاس مشکلات عاطفی ۰/۷۷، مشکلات اضطرابی ۰/۸۲، مشکلات جسمانی شکل ۰/۸۳، مشکلات بیش فعالی ۰/۷۹، مشکلات نافرمانی مقابله ای ۰/۸۲ و مشکلات سلوک ۰/۷۲ گزارش شده است (صابری، ۱۳۸۷). پاسخ دهنده، ابتدا تعدادی سوال را که شایستگی های (توانمندی های) کودک را می سنجد و همچنین تعدادی سوال باز پاسخ را که به بیماری ها و ناتوانی های کودک مربوط می شوند و عمده ترین نگرانی پاسخ دهنده را در ارتباط با کودک و همچنین نظر او را نسبت به بهترین ویژگی ها و خصوصیات کودک جويا می شوند، تکمیل می کند (مینایی، ۱۳۸۵). در ادامه این فرم، پاسخ دهنده مشکلات عاطفی، رفتاری و اجتماعی کودک را درجه بندی می کند. تعداد این سوالات ۱۱۳ سوال است و پاسخ دهنده بر اساس وضعیت کودک

¹ Kaplan & sadock

¹ Cultta, Tompkins & Wert

³ Achenbach, T.M.

اسپیلبرگر (STAXI-2^۲): این پرسشنامه ۵۷ ماده ای که در سال ۱۹۹۹ توسط اسپیلبرگر^۶ تدوین گردید، شامل چهار خرده مقیاس است که یک اندازه کلی از بیان و کنترل خشم فراهم می کند. مقیاس های این پرسشنامه عبارت اند از حالت خشم، صفت خشم، بروز خشم و کنترل خشم (اسپیلبرگر، ۱۹۹۹). ضرایب آلفای کرونباخ برای مقیاس های حالت خشم و صفت خشم به ترتیب ۰/۸۸ و ۰/۸۵ و برای مقیاس های بروز خشم و کنترل خشم به ترتیب ۰/۷۶ و ۰/۷۱ گزارش شده است. علاوه بر محاسبه ضرایب آلفا، روش بازآزمایی برای بررسی اعتبار مقیاس های ابزار مورد بحث مورد استفاده قرار گرفته است که توسط ضرایب همبستگی برابر ۰/۷۶ و همه ضرایب بالاتر از ۰/۷۰ بوده است. همبستگی اندازه های مقیاس های حالت، صفت و بیان خشم با اندازه های مربوط به ناسازگاری و نیز اندازه های مربوط به نشانه های اختلال در سلامت عمومی، مثبت و معنی دار گزارش شده است. روایی همزمان مقیاس صفت خشم نیز از طریق محاسبه همبستگی آن با مقیاس هیستری پرسشنامه MMPI محاسبه گردید که این ضرایب در یک مطالعه از ۰/۳۲ تا ۰/۷۱ متغیر بوده و همه ضرایب به دست آمده از لحاظ آماری معنادار بوده اند (نوبدی، ۱۳۸۵).

روش گردآوری داده ها

ابتدا تمامی افراد جامعه به پرسشنامه اختلال سلوک پاسخ دادند. افراد دارای نمرات بالا در پرسشنامه اختلال سلوک (افرادی که پس از محاسبه نمرات تمام مقیاس ها و رسم نیمرخ^۵ CBCL، قله نیمرخ شان در طیف بالینی قرار گرفت)، تحت مصاحبه ساختار یافته براساس DSM_IV_TR قرار گرفتند. پس از انتخاب افراد واجد شرایط، اطلاعاتی در مورد نوع درمان، نحوه حضور آن ها در جلسه، تعداد و زمان جلسات ارائه شد. جلسات هفته ای یک بار در کانون اصلاح و تربیت اجرا شدند. در آغاز درمان ابتدا پیش آزمون به عمل آمد و پرسشنامه خشم اسپیلبرگر و مقیاس تکانشگری بارات به اجرا در آمدند. سپس افراد به صورت گروهی تحت آموزش راهبردهای نظم جویی فرآیندی هیجان به مدت ده جلسه قرار گرفتند. برای کنترل عوامل تهدید کننده روایی درونی پژوهش، یک گروه کنترل هم در نظر گرفته شد که فقط در مرکز

در ۶ ماه گذشته، هر سوال را به صورت ۰ = نادرست؛ ۱ = تاحدی یا گاهی درست؛ و ۲ = کاملاً یا غالباً درست، درجه بندی می کند (همان منبع).

مقیاس تکانشگری بارات^۱ (BIS-11): نسخه اصلی این مقیاس در سال ۱۹۹۵ توسط ارنست بارات ساخته شده است (پاتون، استفورد و بارات، ۱۹۹۵) و از آن زمان به بعد بارها مورد تجدید نظر قرار گرفت. این پرسشنامه همبستگی خوبی با پرسشنامه تکانشگری آیزنگ دارد و دارای ۳۰ سوال است که بر اساس طیف لیکرت ۴ درجه ای نمره گذاری می شود و ماهیت چند بعدی تکانشگری را اندازه گیری می کند. این پرسشنامه دارای سه خرده مقیاس است (۱: تکانشگری شناختی^۳) تکانشگری حرکتی^۴ (۳۴) تکانشگری بی برنامه^۵. علاوه بر نمره هر خرده مقیاس، جداگانه یک نمره برای کل مقیاس تکانشگری محاسبه می شود. در جدیدترین نسخه این مقیاس (بارات، استفورد، کنت، فلتوس، ۲۰۰۴)، اعتبار و روایی را در همه نمونه ها بالا گزارش کردند. همسانی درونی در نمونه مجرمان ۰/۸۰، برای دانشجویان لیسانس ۰/۸۲ و برای بیماران روانپزشکی ۰/۸۳ گزارش شده است. پژوهش های مختلف نشان می دهند تعداد سوال هایی که روی هر عامل بار می شوند، در مطالعات مختلف به خوبی تکرار شده اند. اعظمی به نقل از اختیاری و همکاران (۱۳۸۷)، در طی پژوهشی برای تعیین روایی و اعتبار نسخه های فارسی پرسشنامه آیزنگ، بارات، دیکمن و زاگرم در تعیین رفتارهای مخاطره جویانه و تکانشگری، ضریب آلفا را برای این مقیاس در افراد سالم ۰/۸۳ و در مصرف کنندگان مواد ۰/۸۴ گزارش کرده اند. همچنین همبستگی خرده مقیاس های بی برنامه گی حرکتی و شناختی با کل مقیاس به ترتیب ۰/۹۱ و ۰/۸۱، تکانشگری کژکنشی به ترتیب ۰/۴۷ و ۰/۴۲ گزارش شده و همبستگی نمره کل مقیاس بارات با عامل کژ کنشی معنی دار گزارش شده است. در نتیجه گیری پایانی اختیاری و همکاران مقیاس تکانشگری بارات را به عنوان یک پرسشنامه خوب برای سنجش ابعاد پدیده تکانشگری معرفی کرده اند. پرسشنامه بیان حالت هیجانی و صفت شخصیتی خشم

¹ Barratt impulsivity scale (bis)

² Barat, stensford & patoon

³ Cognitive impulsivity

⁴ Motor impulsivity

⁵ Non-planning impulsivity

⁴ Barratt, Stanford, Kent & Felthous

⁵ State-Trait Anger Expression Inventory

⁶ Spilberger

⁷ Child Behavior Checklist

حضور داشتند و درمان خاصی دریافت نمی کردند. در پایان جلسات، شاخص هایی که در پیش آزمون ارزیابی شده بودند مجدداً به اجرا درآمدند. همچنین یک گروه پیگیری یک ماهه نیز انجام شد. محتوای جلسات آموزشی راهبردهای نظم جویی فرایندی هیجان مبتنی بر مدل گروس در جدول ۱ ارائه شده است. بسته کامل درمان آموزش راهبردهای نظم جویی فرایندی هیجان مبتنی بر مدل گروس توسط قانڈنیای جهرمی، حسنی و حاتمی (۱۳۹۲)، اعتباریابی گردید. هر جلسه ۹۰ دقیقه زمان نیاز داشت. ابتدا تمامی افراد جامعه به پرسشنامه اختلال سلوک پاسخ دادند. افراد دارای نمرات بالا در پرسشنامه اختلال سلوک (افراد) که پس از محاسبه نمرات تمام مقیاس ها و رسم نیمرخ^۱ CBCL، قله نیمرخ شان در طیف بالینی قرار گرفت)، تحت مصاحبه ساختار یافته براساس DSM_IV_TR قرار گرفتند. پس از انتخاب افراد واجد شرایط، اطلاعاتی در مورد نوع درمان، نحوه حضور آن ها در جلسه، تعداد و زمان جلسات ارائه شد. جلسات هفته ای یک بار در کانون اصلاح و تربیت اجرا شدند. در آغاز درمان ابتدا پیش آزمون به عمل آمد و پرسشنامه خشم اسپیلبرگر و مقیاس تکانشگری بارات به اجرا درآمدند. سپس افراد به صورت گروهی تحت آموزش راهبردهای نظم جویی فرایندی هیجان به مدت ده جلسه قرار گرفتند. برای کنترل عوامل تهدید کننده روایی درونی پژوهش، یک گروه کنترل هم در نظر گرفته شد که فقط در مرکز حضور داشتند و درمان خاصی دریافت نمی کردند. در پایان جلسات، شاخص هایی که در پیش آزمون ارزیابی شده بودند مجدداً به اجرا درآمدند. همچنین یک گروه پیگیری یک ماهه نیز انجام شد. محتوای جلسات آموزشی راهبردهای نظم جویی فرایندی هیجان مبتنی بر مدل گروس در جدول ۱ ارائه شده است. بسته کامل درمان آموزش راهبردهای نظم جویی فرایندی هیجان مبتنی بر مدل گروس توسط قانڈنیای جهرمی، حسنی و حاتمی (۱۳۹۲)، اعتباریابی گردید. هر جلسه ۹۰ دقیقه زمان نیاز داشت.

¹ Child Behavior Checklist

جدول شماره ۱. خلاصه ای از جلسات آموزشی راهبرد های نظم جویی هیجان بر اساس مدل فرایندی گروس

جلسات	هدف	محتوا
جلسه اول: معرفی	گرم کردن	آشنایی اعضای گروه با یکدیگر؛ بیان منطق و مراحل مداخله؛ آشنایی با هیجان و ضرورت نظم جویی هیجان
جلسه دوم: انتخاب موقعیت	ارائه آموزش هیجانی	۱) هیجان نرمال و هیجان مشکل آفرین ۲) خودآگاهی هیجانی از طریق آموزش موقعیت های برانگیزاننده هیجان
جلسه سوم: انتخاب موقعیت	ارزیابی میزان آسیب پذیری و مهارت های اعضا	عملکرد هیجان ها در سازگاری انسان، نقش هیجان در ارتباط های انسانی
جلسه چهارم: اصلاح موقعیت	ایجاد تغییر در موقعیت های برانگیزاننده هیجان	آموزش راهبردهای حل مسئله؛ آموزش مهارت های بین فردی (گفت و گو، ابراز وجود و حل تعارض)
جلسه پنجم: گسترش توجه	تغییر توجه	آموزش متوقف کردن نشخوار و نگرانی
جلسه ششم: ارزیابی شناختی	تغییر ارزیابی های شناختی	شناسایی ارزیابی های غلط و اثرات آن بر حالت های هیجانی و آموزش راهبرد باز-ارزیابی (ارزیابی مجدد)
جلسه هفتم: تعدیل پاسخ	تغییر پیامدهای رفتاری و فیزیولوژیکی هیجان	شناسایی میزان و نحوه استفاده از راهبردهای بازداری و نقش آن در پیامد های هیجانی، آموزش مواجهه، آموزش ابراز هیجان، اصلاح رفتار از طریق تقویت کننده های محیطی، آموزش آرمیدگی و تخلیه هیجانی
جلسه هشتم: ارزیابی کاربرد	ارزیابی مجدد و رفع موانع	ارزیابی میزان نیل به اهداف؛ کاربرد مهارت های آموخته شده در زندگی واقعی و بررسی موانع استفاده از راهبردها
جلسه نهم: مرور	تثبیت آموخته ها	مرور و تمرین آموخته ها
جلسه دهم: مرور	تثبیت آموخته ها	مرور و تمرین آموخته ها

نتایج

تغییراتی محسوسی در نمرات گروه آزمایش وجود دارد. به عبارت دیگر با مقایسه کردن نتایج مرحله پیش آزمون با مرحله پس آزمون می بینیم که گروه آموزش نسبت به گروه کنترل بعد از دریافت مداخلات تفاوت معناداری نسبت به قبل از مداخلات دارند.

همان طور که در جدول ۲ مشاهده می شود میانگین (و انحراف استاندارد) نمره ی پیش آزمون کنترل خشم در گروه درمان نظم جویی هیجان با گروه کنترل تفاوت چندانی ندارد اما در پس آزمون

جدول شماره ۲. میانگین و انحراف استاندارد کنترل خشم در پیش آزمون - پس آزمون گروه های آزمایش و کنترل

متغیر	موقعیت	آزمایش		کنترل	
		انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	میانگین
خشم حالت	پیش آزمون	۳۱/۴۰	۲/۳۳	۳۰/۷۰	۱/۵۹
	پس آزمون	۲۲/۵۵	۱/۵۰	۴۰/۴۵	۱/۱۱
	پیگیری	۲۱/۳۱	۱/۲۳	۴۰/۲۳	۱/۱۵
خشم صفت	پیش آزمون	۴۱/۱۶	۲/۶۸	۴۰/۱۵	۲/۶۴
	پس آزمون	۱۷/۱۴	۱/۲۳	۳۸/۳۶	۲/۸۹
	پیگیری	۱۷/۵۵	۱/۶۵	۳۹/۲۶	۲/۳۴
بروز خشم	پیش آزمون	۲۷/۱۶	۲/۲۲	۲۸/۱۴	۳/۱۸
	پس آزمون	۱۴/۱۴	۳/۳۶	۲۸/۱۶	۲/۵۶
	پیگیری	۱۳/۸۹	۲/۳۴	۳۰/۱۷	۲/۱۲

۱/۳۵	۲۷/۹۹	۲/۴۴	۲۷/۷۲	پیش آزمون	کنترل خشم
۳/۳۲	۲۶/۹۷	۲/۱۶	۳۹/۸۳	پس آزمون	
۳/۰۲	۲۵/۵۵	۲/۱۰	۴۰/۹۰	پیگیری	

دیگر با مقایسه کردن نتایج مرحله پیش آزمون با مرحله پس آزمون می‌بینیم که گروه آموزش نسبت به گروه کنترل بعد از دریافت مداخلات تفاوت معناداری نسبت به قبل از مداخلات دارند.

همان‌طور که در جدول ۳ مشاهده می‌شود میانگین (و انحراف استاندارد) نمره‌ی پیش آزمون تکانشگری در گروه درمان نظم جویی هيجان با گروه کنترل تفاوت چندانی ندارد اما در پس آزمون تغییراتی محسوس در نمرات گروه آزمایش وجود دارد. به عبارت

جدول شماره ۳. میانگین و انحراف استاندارد تکانشگری در پیش آزمون - پس آزمون گروه های آزمایش و کنترل

کنترل		آزمایش		موقعیت	متغیر
انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	میانگین		
۱/۲۳	۲۲/۶۲	۲/۶۷	۲۲/۵۳	پیش آزمون	تکانشگری شناختی
۱/۴۵	۲۴/۱۱	۲/۴۴	۱۵/۱۴	پس آزمون	
۱/۲۲	۲۴/۰۹	۲/۲۵	۱۴/۸۷	پیگیری	
۲/۷۷	۳۱/۶۵	۲/۵۳	۳۳/۱۲	پیش آزمون	تکانشگری حرکتی
۲/۲۹	۳۲/۳۶	۲/۷۷	۱۹/۱۴	پس آزمون	
۲/۱۱	۳۳/۷۸	۲/۱۲	۱۸/۳۹	پیگیری	
۲/۲۳	۲۷/۱۴	۳/۱۲	۲۸/۵۵	پیش آزمون	تکانشگری
۲/۲۳	۲۹/۲۸	۳/۲۳	۱۷/۳۳	پس آزمون	بی برنامه گی
۲/۹۱	۳۰/۰۲	۳/۸۷	۱۷/۰۱	پیگیری	

متغیرها نیز از آزمون‌های لوین^{۵۶} و تصحیحات باکس استفاده شد. بنابراین بین متغیرهای کمکی (در این پژوهش پیش آزمون) و متغیرهای وابسته (در این پژوهش پس آزمون) در همه سطوح عامل (یعنی گروه‌های آزمایش و گواه) برابری حاکم بود. و تعامل غیر معنی‌داری بین متغیر وابسته و کمکی (کواریت‌ها) مشاهده شد. پس فرض همگنی شیب‌های رگرسیونی برقرار است.

همان‌گونه که در جدول ۴ مشاهده می‌شود فرض صفر، برای نرمال بودن توزیع نمرات گروه در متغیر کنترل خشم تأیید می‌شود. به این معنا که نمرات گروه در مقیاس کنترل خشم در دو موقعیت پیش آزمون، پس آزمون دارای توزیع نرمال است.

قبل از تحلیل داده‌های مربوط به فرضیه‌ها، برای اطمینان از این که داده‌های این پژوهش مفروضه‌های زیربنایی تحلیل را برآورد می‌کنند، به بررسی آنها پرداخته شد. بدین منظور پنج مفروضه تحلیل کوواریانس شامل نرمال بودن واریانس‌ها، خطی بودن^{۵۱}، هم خطی چندگانه^{۵۲}، همگنی واریانس‌ها^{۵۳} و همگنی شیب‌های رگرسیون^{۵۴} مورد بررسی قرار گرفتند. در این پژوهش، پیش آزمون های تکانشگری به عنوان متغیرهای کمکی (کواریت‌ها^{۵۵}) و پس آزمون آن، به عنوان متغیرهای وابسته تلقی شدند. با توجه به ضرایب همبستگی بین پیش آزمون و پس آزمون تکانشگری و کنترل خشم مفروضه خطی بودن روابط بین متغیرهای کمکی (کواریت‌ها) وابسته محقق شد. برای بررسی همگنی واریانس

¹ Linearity

² Multicollinearity

³ Homogeneity of variance

⁴ Homogeneity of regression

⁵ Covariate

⁶ Leven's test of equality variances

جدول شماره جدول ۴. آزمون مفروض به هنجار بودن توزیع در مرحله پیش آزمون و پس آزمون بر حسب دو گروه

منابع تغییر			گالمو کروف اسمیرنوف گروه آزمایش			گالمو کروف اسمیرنوف گروه کنترل		
کنترل	مقیاس	آماره	D _f	P	آماره	D _f	P	
	پیش آزمون خشم حالت	۰/۳۱۶	۲۰	۰/۱۱۷	۰/۱۵۸	۲۰	۰/۴۹۹	
	پس آزمون خشم حالت	۰/۸۱۶	۲۰	۰/۲۱۴	۰/۲۱۲	۲۰	۰/۰۷۲	
	پیش آزمون خشم صفت	۰/۴۱۳	۲۰	۰/۰۲۰	۰/۱۴۷	۲۰	۰/۶۳۹	
	پس آزمون خشم صفت	۰/۵۱۵	۲۰	۰/۰۲۰	۰/۱۳۱	۲۰	۰/۲۸۲	
	پیش آزمون پروژۀ بروز خشم	۰/۲۱۷	۲۰	۰/۰۲۰	۰/۱۵۱	۲۰	۰/۵۹۶	
	پس آزمون بروز خشم	۰/۴۱۶	۲۰	۰/۱۱۱	۰/۱۲۴	۲۰	۰/۴۶۰	
	پیش آزمون کنترل خشم	۰/۴۱۷	۲۰	۰/۶۰۹	۰/۲۱۴	۲۰	۰/۰۲۳	
	پس آزمون کنترل خشم	۰/۳۱۶	۲۰	۰/۴۲۱	۰/۱۳۲	۲۰	۰/۱۴۷	

فرضیه همگنی شیب رگرسیونی پشتیبانی می‌کنند. و اجرای تحلیل کواریانس تک متغیری مجاز است.

با توجه به نتایج جدول ۵ تعامل میان گروه و متغیرهای پیش‌آزمون (کواریت‌ها) از لحاظ آماری معنی‌دار نمی‌باشد. بنابراین داده‌ها از

جدول شماره ۵. نتایج آزمون بررسی شیب های رگرسیونی تحلیل کواریانس تک متغیری (آنکوا)

متغیر	S _s	I _f	M _s	F	P
پیش آزمون	۲/۷۸۹	۰	۲/۷۸۹	۱/۲۴۱	۰/۱۱۲
گروه × پیش آزمون	۳/۳۷۲	۰	۳/۳۷۲	۲/۳۲۳	۰/۰۹۲

دار نبوده است، شرط همگنی ماتریس‌های واریانس/کواریانس به درستی رعایت شده است.

قبل از استفاده از آزمون پارامتریک تحلیل کواریانس جهت رعایت فرض‌های آن، از آزمون لون استفاده شد. براساس آزمون لون که برای متغیر کنترل خشم در مرحله پیش آزمون و پس‌آزمون معنی-

جدول شماره ۶. نتایج آزمون لون در مورد پیش فرض تساوی واریانس های دو گروه در نمرات کنترل خشم در پس

آزمون های مورد مطالعه

متغیر	لون		
	Ln e	D _{f1}	D _{f2}
پیش آزمون	۰/۲۸	۱	۲۰
پس آزمون	۰/۴۷	۱	۲۰

دارد. به عبارت دیگر، این یافته‌ها بیانگر کاهش خشم حالت، خشم صفت، بروز خشم و افزایش کنترل خشم در گروه آزمایش نسبت به گروه کنترل است.

بر اساس نتایج حاصل از آزمون تحلیل کواریانس، پس از تعدیل نمرات پیش‌آزمون، آموزش راهبردهای نظم جویی هیجانی بر کنترل خشم در مرحله پس‌آزمون ($P < 0/001$) اثر معنی‌داری

جدول شماره ۷. آنالیز کواریانس برای بررسی معنی داری اثربخشی آموزش نظم جویی هیجانی بر هر یک از مؤلفه

های کنترل خشم در دو گروه آزمایش و کنترل

منبع تغییرات	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	اندازه اثر	معنی داری
خشم حالت	۲۸۱/۱۱۲	۱	۲۸۱/۱۱۲	۲۱/۷۱	۰/۴۱	۰/۰۱۰
خشم صفت	۷۹/۴۵	۱	۷۹/۴۵	۲۹/۹۹	۰/۶۱	۰/۱۰۰

بروز خشم	گروه	۲۶۰/۹۳۵	۱	۲۶۰/۹۳۵	۰/۴۸	۰/۰۱۰
کنترل خشم	گروه	۲۳۲/۰۶۰	۱	۲۳۲/۰۶۰	۰/۴۵	۰/۰۱۰

برای بررسی فرضیات از تحلیل کوواریانس چندمتغیری استفاده شده است. جدول نشان می‌دهد تمام آزمون‌ها حاکی از تفاوت معنادار بین گروهی هستند. یعنی حداقل در یکی از متغیرهای مورد مقایسه، بین دو گروه آزمایش و کنترل تفاوت معنادار وجود دارد.

جدول شماره ۸. نتایج تحلیل کواریانس چند محوری

مقدار	F	df فرضیه	df خطا	Si _g
آزمون اثر پیلابی	۲۵/۲۱	۵/۰۰۰	۱۶/۰۰۰	۰/۰۰
آزمون لاتیندای ویکلز	۲۵/۲۱	۵/۰۰۰	۱۶/۰۰۰	۰/۰۰
آزمون اثر هتلینگ	۲۵/۲۱	۵/۰۰۰	۱۶/۰۰۰	۰/۰۰
آزمون بزرگترین ریشه روی	۲۵/۲۱	۵/۰۰۰	۱۶/۰۰۰	۰/۰۰

بر اساس نتایج حاصل از آزمون تحلیل کوواریانس، پس از تعدیل نمرات پیش‌آزمون، آموزش نظم جویی هیجانی بر تکانشگری در مرحله پس‌آزمون ($P < 0/001$) اثر معنی‌داری دارد. به عبارت دیگر، این یافته‌ها بیانگر کاهش تکانشگری شناختی، حرکتی و بی‌برنامه گی در گروه آزمایش نسبت به گروه کنترل است.

جدول شماره ۹. نتایج تحلیل کواریانس مولفه های تکانشگری در گروه های آزمایش و کنترل

منبع تغییرات	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	اندازه اثر	معنی داری
تکانشگری شناختی	۳۰۱/۶۴۵	۱	۳۰۱/۶۴۵	۸۷/۴۲۳	۰/۵۰	۰/۰۱۰
تکانشگری حرکتی	۸۲۳/۵۴۳	۱	۸۲۳/۵۴۳	۹۷/۷۶۵	۰/۵۴	۰/۰۱۰
تکانشگری بی-برنامه‌گی	۶۲۸/۲۳۱	۱	۶۲۸/۲۳۱	۶۹/۰۸۹	۰/۴۸	۰/۰۱۰

با توجه به جدول ۱۰، معناداری مقدار F برای هر دو متغیر پژوهش، نشان می‌دهد که اثر پیگیری نیز معنادار است، بدین معنا که در مرحله پیگیری نیز گروه آزمایش و کنترل در تکانشگری و

جدول ۱۰. نتایج اثر پیگیری تکانشگری و کنترل خشم

منبع تغییرات	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	اندازه اثر	معنی داری
تکانشگری	۶۷۶۱/۲۷۶	۱	۶۷۶۱/۲۷۶	۱۲۹/۲۱۳	۰/۸۴	۰/۰۱۰
کنترل خشم	۷۳۶۷/۹۸۷	۱	۷۳۶۷/۹۸۷	۱۳۶/۴۳۵	۰/۸۷	۰/۰۱۰

نظم جویی فرآیندی هیجان، بر کنترل خشم، تاثیر معناداری داشت که این یافته با یافته های اسزاسز، اسزتاگوتایی و هوفمن^۱ (۲۰۱۱) همسو است. در تبیین این یافته می توان بیان کرد که هیجان خشم از جمله سازه هایی است که از ابتدای کودکی در انسان شکل گرفته و عوامل زیادی از جمله خانواده و جامعه در

پژوهش حاضر جهت بررسی اثربخشی راهبردهای نظم جویی فرآیندی هیجان بر کنترل خشم و کاهش تکانشگری نوجوانان مبتلا به اختلال سلوک طرح ریزی شد. بین آزمودنی های گروه آزمایشی و کنترل از لحاظ همه مؤلفه های خشم در مرحله پس آزمون و پیگیری، تفاوت معناداری وجود دارد. آموزش راهبردهای

¹ Szasz, Szentagotai & Hofmann

زمان افزایش هیجانات، طول مدت رخ دادن آن ها و نحوه ای را که این هیجانات تجربه و ابراز می شوند تحت تاثیر قرار دهد (گروس، ۲۰۱۴). می توان آن را به عنوان درمانی مناسب برای مبتلایان به اختلالات هیجانی از جمله اختلال سلوک دانست. با توجه به این که یافته های پژوهش های متعددی نشان داده اند که یکی از عوامل مهمی که در بروز اختلال های روان شناختی کودکان و نوجوانان نقش دارد راهبردهای نظم جویی هیجان است، بنابراین باید توجه خاصی به راهبردهای هیجانی به ویژه راهبردهای سازش نیافته داشته و سایر برنامه های درمانی و آموزشی مناسب را در رابطه با آن آزموده و به کار گرفت. از محدودیت های این پژوهش می توان به موارد زیر اشاره کرد: آزمودنی های این پژوهش فقط پسران مبتلا به اختلال سلوک بوده اند، لذا تعمیم آن در مورد دختران باید با احتیاط صورت گیرد. علاوه بر این چون روش نمونه گیری در این پژوهش از نوع نمونه گیری در دسترس است، در تعمیم نتایج به دست آمده از نمونه به جامعه بایستی احتیاط کرد. همچنین این امکان وجود نداشت که نگذاریم آزمودنی های گروه کنترل از آن چه که در گروه آزمایشی می گذرد باخبر شوند و چون تبادل اطلاعات آزمودنی های دو گروه با یکدیگر ممکن بود اشکال هایی به وجود آورد، لذا در پژوهش حاضر برای حذف اثر این عامل، اولاً پیش آزمون و پس آزمون گروه آزمایشی و کنترل به طور جداگانه اجرا شد. به طوری که آزمودنی های یک گروه اطلاعی از این که این آزمون ها در مورد گروه دیگری نیز اجرا می شود نداشتند. ثانیاً از آزمودنی های گروه آزمایشی خواسته شد که در مورد آموزشی که می بینند با دوستانشان صحبت نکنند، بلکه فقط تلاش کنند که آن ها را به صورت عملی به کار گیرند. پیشنهاد های تحقیق: (۱) استفاده از نمونه ای جامع و از هر دو جنس (۲) انتخاب آزمودنی های گروه آزمایشی و کنترل از مراکز جداگانه، برای حذف اثر تداخل اعمال آزمایش.

منابع

1. Adkins, B. (1985). The spoken autobiography : A powerful tool in group psychotherapy. *Social Work*, 30, 435-439.
2. American Psychiatric Association Publishing. (2014). *Diagnostic and statistical for mental disorder. (DSM5)*. Available from :www.DSM5.org

رشد و تکوین آن اثرگذار است و به همین دلیل چگونگی ابراز صحیح آن نیازمند آموزش و روان درمانی های طولانی مدت و حتی انفرادی است و به تبع آن مشخص شدن نتایج حاصل از درمان نیز نیازمند گذر زمان و پیگیری بلند مدت است. علاوه بر این، گارنفسکی، کرایج و اسپین هوون^۱ (۲۰۰۱)، دریافتند که بین راهبردهای نظم جویی هیجان و مشکلات هیجانی، رابطه روشنی وجود دارد. یعنی چگونگی ابراز هیجانات افراد با توجه به نوع راهبردی که به کار می گیرد متفاوت است. به همین دلیل، با توجه به این که نوجوانان مبتلا به اختلال سلوک، از راهبردهای هیجانی سازش نیافته بهره می گیرند، در چگونگی ابراز هیجان خشم با مشکل مواجه می گردند. یافته دیگر پژوهش نشان گر آن است که تفاوت بین گروه آزمایشی و کنترل در پس آزمون و پیگیری از لحاظ تمامی مؤلفه های تکانشگری معنی دار است. این یافته با نتایج اعظمی، سهرابی، برجعلی، چوپان (۱۳۹۳) و شریب، گرانت و ادلوگ^۲ (۲۰۱۲)، همسو است. در تبیین این یافته می توان چنین ادعان کرد، افراد مبتلا به اختلال سلوک، به علت بهره گیری از راهبردهای سازش نیافته نظم جویی هیجان، به صورت تکانشی عمل می کنند، در نتیجه این افراد کمتر بر هیجانات خود کنترل دارند، لذا آموزش راهبردهای نظم جویی هیجان به این افراد می تواند نقش موثری در کنترل و بازداری تکانه در این افراد ایفا کند و این موضوع در این پژوهش مورد تایید قرار گرفته است. امروزه تکانشگری به صورت یک بعد شناختی، مفهوم پردازی می شود، به این معنا که تکانشگری، با عدم بازداری شناختی و روند تصمیم گیری کند و ناقص افراد همراه است (داو، گولو، لوکستون^۳، ۲۰۰۸). فقدان تأمل به دلیل تمایل به تفکر و تأمل روی پیامدهای یک عمل قبل از انجام آن عمل اشاره دارد. افراد با نمرات پایین در این بعد که از راهبردهای سازش یافته هیجانی بهره می برند، به صورت متفکرانه و سنجیده عمل می کنند، در حالی که افرادی با نمرات بالا در این بعد به صورت تکانشی و بدون در نظر گرفتن پیامدها عمل می کنند (وایتساید و لینام^۴، ۲۰۰۱؛ به نقل از جبرائیلی، مرادی، حسنی، ۱۳۹۶). به طور کل، با توجه به تعریف نظم جویی هیجان به عنوان راهبردهایی که می توانند میزان و

² Garnfski, Kraaij & Spinhoven

³ Schreiber, Grant & Odlaug

⁴ Dawe, Gullo & Loxton

⁵ Whiteside & Lynam

14. Garnfski, N., Kraaij, V., & Spinhoven, P. (2001). Negative life events, cognitive emotion regulation and emotion problems, *Personality and Individual Differences*, 30,1311-1327.
15. Garnefski, N., Van-Der-Kommer, T., Kraaij, V., Teerds, J., Legerstee, J., & Tein, E. O. (2002). The relationship between cognitive emotion regulation strategies and emotional problems : comparison between a clinical and a non-clinical sample. *Eur J Pers*, 16, 403-420.
16. Greenwald, R. (2002). The role of trouma in conduct disorder. *Journal Aggress, Maltreat & trauma*, 6(1), 5-23.
17. Gross, J. J. (2015). Emotion regulation : Curent status and future prospects. *Psychological Inquiry*, 26, 1-26.
18. Gross, J. J. (2014). *Handbook of Emotion Regulation* (2nd Ed). New York/ London : Guilford Press.
19. Goldstein, N. E., Serico, J. M., Riggsromaine, C. L., Zelechowski, A. D., Albeizer, R., Kemp, K., & Lane, C. (2013). Development of the juvenile justice anger management treatment for girls. *Cognitive and Behavioral Practice*, 20, 171-188.
20. Kaplan, H. I., & Sadok, B. J. (2000). *Comprehensive textbook of psychiatry* (PP. 2688-2691). Baltimor : Williams & Wilkins.
21. Moeller, F. G., Barratt, E. S., Dougherty, D. M., Schmitz, J. M., & Swann, A. C. (2001). Psychiatric aspects of impulsivity. *American Journal of Psychiatry*, 158(11), 1783-1793.
22. Morell, J. (2003). Available (Online). WWW.Blackwellsynergy.com.
23. O'Reilly, D. (2005). *Conduct disorder and behavioural parent training*. London and Philadelphia : Jessica Kingsley Publishers.
24. Patton, J. H., Stanford, M. S., & Barratt, E. S. (1995). Factor structure of the barratt impulsiveness scale. *Journal of Clinical Psychology*, 51(6), 740-768.
3. American Psychological Association (2004). *Controlling anger- before it controls you*.
4. Barratt, E., Stanford, M. S., Kent, T. A., Felthous, A. (2004). Neuropsychological and cognitive psychophusiology substrates of impulsive aggression. *Biopsychiatry*, 41, 1045-1061.
5. Braham, S., Hadjkacem, I., Mlika, S., Moalla, Y., Walhay, A., Gaddour, N., Ayadi, H, F. (2014). Impulsivity and externalization and internalization problems in available from : www.Pubmed.Yahoo. (2014 Apr 17).
6. Bushman, B. J., Baumeister, R. F., & Philips, C. M. (2001). Do people aggress to improve their mood ? Catharsis beliefs, affect regulation, opportunity and aggressive responding. *Journal of Personality and Social Psychology*, 81, 17-32.
7. Cultta. R. A., Tompkins, J. R., & Wert, M. G. (2003). *Fundamentals of special education : every teacher needs to know*. (2ed). New Jersey : Merrill/ Prentice Hall.
8. Dawe, s., Gullo, M. J., & Loxton, N. J. (2008). Impulsivity and adolescent substance use : Rashly dismissed as all-bad ? *Neuroscience and Biobehavioral Reviews*, 32, 1507-1518.
9. Denson, T. F. (2011). Angry rumination and the self- regulation of aggression. In J. P. Forgas, R. F. Baumeister, & D. M. Tice (Eds). *The Psychology of Self- regulation*, 6, 233-248.
10. Euler, F., Sterzer, P., Stadler, C. (2014). Cognitive control under distreeing emotional stimulation in adolescents with conduct disorder. Available From : www.Pubmed.Yahoo. (2 014 Mar-Apr).
11. Ewen, R. (1998). *Theories of personality* (3d ed). Hillsdale, New Jersey : Lawrence Erlbaum Associates Publishrs.
12. Fox, S., & Hammond, S. (2017). Investigating the multivariate relationship between impulsivity and psychopathy using canonical correlation analysis. *Personality and Individual Differences*, 111, 187-192.
13. Frick, P. J., & Dantagnan, A. L. (2005). Predicting the stability of conduct problems in children with and without callous-unemotional traits. *Journal of Child and Family Studies*, 14(4), 469-485.