

Research Paper

Impulsivity and self-control of adolescents with disruptive mood dysregulation disorder: The effectiveness of schema modes therapy and impulse control training



Nila Pashangian¹, Moloud Keykhosrovani^{2*}, Naser Amini² & Moslem Abbasi³

1. Ph.D. Candidate, Department of General Psychology, Bushehr Branch, Islamic Azad University, Bushehr, Iran.

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

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



Citation: Pashangian, N., Keykhosrovani, M., Amini, N. & Abbasi, M. (2022). [Impulsivity and self-control of adolescents with disruptive mood dysregulation disorder: The effectiveness of schema modes therapy and impulse control training (Persian)]. *Journal of School Psychology and Institutions*, 11(2):21-38. <https://dx.doi.org/10.22098/jsp.2022.1722>

doi: 10.22098/jsp.2022.1722



Article Info:

Received: 2021/12/15

Accepted: 2022/07/30

Available Online: 2022/09/01

Key words:

Impulse control training, Schema modes therapy, Impulsivity, Self-control, Disruptive mood dysregulation disorder.

ABSTRACT

Objective: This study aims to compare the effectiveness of schema modes therapy and impulse control training on the impulsivity and self-control of adolescents with disruptive mood dysregulation disorder.

Methods: The experimental method and design of the present study were pre-test-post-test and multi-group follow-up. The population of this study consisted of all adolescents aged 10 to 17 years old in Shiraz who are studying in the schools of this city in the academic year 2019-2020. The sample consisted of 60 male adolescents with disruptive mood dysregulation disorder among the male adolescents who scored high on the self-report scale of the Achenbach child behavior inventory and the disruptive mood dysregulation disorder Laporte et al. Multi-stage cluster random sampling was used to choose from education areas of Shiraz and randomly assigned to two experimental groups and a control group. The research instruments were structured clinical interviews, the self-report scale of the Achenbach child behavior Inventory, the self-control scale by Tangney and et al., and the Impulsiveness of Patton et al. scale. The collected data were statistically analyzed using repeated measures covariance analysis.

Results: The results showed that group training of subjective schema modes therapy and impulse control training were effective in reducing impulsivity and increasing self-control of adolescents with disruptive mood dysregulation disorder ($p \leq 0.001$).

Conclusion: Therefore, it can be concluded that subjective schema modes therapy and impulse control training can be used as appropriate intervention methods along with drug therapy.

Extended Abstract

1. Introduction

Disruptive mood disorder is a new disorder in the Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (American Psychological Association, 2013). Children with this disorder usually suffer from unipolar depression or anxiety disorders in adolescence and adulthood. In this disorder, the main symptoms are severe and non-episodic excitability, while the main characteristic of bipolar disorder is episodic manic or hypomanic symptoms. In fact, the term "irregular" refers to the inability to regulate mood and mood, as well as non-episodic excitability (Laporte et al., 2019).

The prevalence of this disorder in children who refer to mental health clinics is very high, and the estimation of its prevalence in society is not clear (American Psychological Association, 2013). Dougherty (2014) reported a three-month prevalence of disruptive mood disorder in an American sample of 8.2% regardless of gender and ethnic differences (Stodar, Wiggins, & X-Chelag, 2020). The results of Mularni et al.'s studies (2020) show the coexistence of disruptive mood disorders with bipolar disorders and attention deficit hyperactivity disorder. Also, studies show that mood instability and irritability in people with irregular mood disorder have a disruptive effect on interpersonal relationships, academic performance, and social and academic self-efficacy (Laporte et al., 2021).

*Corresponding Author:

Moloud Keykhosrovani

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

Tel: +98 (913) 2084724

E-mail: moloud.keykhosrovani@gmail.com

Impulse control training is one of the treatments that can be effective in reducing impulsiveness and aggressive behaviors of students with Disruptive Mood Disorder (DMDD). Impulse control training is another type of cognitive-behavioral intervention. The problem of impulsivity often begins when the child enters school and faces the demands of society and the educational environment (Glargson, Hirt, Jia and Alexander, 2010). What is clear is that both schema therapy and impulse control training are effective on self-control and self-efficacy, but little research has compared the effectiveness of these two treatment approaches on self-control and emotional and behavioral self-efficacy of people with disruptive mood disorder, which in This research has investigated these research gaps.

2. Materials and Methods

The experimental method and design of the current research was pre-test-post-test and multi-group follow-up.

The statistical population of this research consists of all boys between the ages of 10 and 17 in the city of Shiraz who were studying in the schools of this city in the academic year of 2018-2019. The sample of the research was 60 adolescent boys with disruptive mood disorder, among the adolescent boys who had a high score in the self-report scale of the Achenbach Child

Behavior Inventory and the screening questionnaire of Laporte et al. (2019) by random sampling method. A multi-stage cluster was selected from the educational districts of Shiraz city and randomly assigned to two experimental groups (mindset therapy schema training and impulse control training) and a control group.

3. Results

The results of the Bonferroni correction level showed that there is a difference between pre-test and post-test scores (intervention effect) and pre-test and follow-up (time effect) in the variable scores of impulsivity and self-control ($p \geq 0.001$), but between There is no difference between the average post-test and follow-up scores (intervention stability). In other words, the scores of the impulsivity and self-control variables in the experimental group in the post-test and follow-up showed a linear decreasing trend. The results of Bonferroni's post hoc test showed that there is a difference between the post-test and follow-up scores of the impulsivity variable and its subscales and self-control in the two experimental and control groups ($p \geq 0.001$), but between the mean scores of the post-test and the follow-up of impulsivity. And there is no difference in the self-control of the experimental groups of mentality-oriented treatment schema and impulse control training.

Table 1. Mean and standard deviation of impulsivity and self-control in experimental groups and control group in pre-test, post-test and follow-up stages

Group	variable	Schema Therapy of Mindfulness		Impulse Control		control	
		M	SD	M	SD	M	SD
Total impulsivity	pre-test	84.10	2.33	83.25	2.04	82.50	2.28
	post-test	68.75	2.65	69.20	1.57	79	2
	follow-up	65.45	2.56	66.45	2.06	76.95	1.95
Self-control	pre-test	31.60	1.14	31.85	1.13	31.75	1.20
	post-test	38.05	0.944	37.15	1.34	32.10	1.83
	follow-up	39.15	0.988	38.20	1.36	33.35	1.69

4. Discussion and Conclusion

The aim of the present study was to compare the effectiveness of mindfulness-based schema therapy and impulse control training on impulsivity and self-control in adolescents with disruptive mood disorder. The results of multivariate covariance analysis showed that mindfulness-based schema therapy is effective in reducing impulsivity. These results are consistent with other studies (Richard Laborilla et al., 2019; Hilden, 2021; Robinson and Klein, 2021).

Also, the results of multivariate covariance analysis showed that impulse control training is effective in reducing impulsivity. These results are consistent with other studies, for example (Soleimani et al., 2018; Bach and Farrell, 2018). In the explanation of these findings, it can be said that children and teenagers with disruptive mood disorders behave in an unfavorable manner due to not learning the correct methods.

5. Ethical Considerations

Compliance with ethical guidelines

All ethical principles are considered in this article. The participants were informed about the purpose of the research and its implementation stages. They were also assured about the confidentiality of their information and were free to leave the study whenever they wished, and if desired, the research results would be available to them.

Funding

This research did not receive any grant from funding agencies in the public, commercial, or non-profit sectors.

Authors' contributions

All authors have participated in the design, implementation and writing of all sections of the present study.

Conflicts of interest

The authors declared no conflict of interest.

مقاله پژوهشی

مداخله‌ای در تکانشگری و خودکنترلی نوجوانان دارای اختلال نامنظم خلقی اخلاص گرانه: اثربخشی و کارآمدی طرح‌واره درمانی ذهنیت‌مدار و آموزش کنترل تکانه

نیلا پشنگیان^۱، مولود کیخسروانی^{۲*}، ناصر امینی^۲ و مسلم عباسی^۳

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

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

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

چکیده

هدف: این پژوهش با هدف مقایسه اثربخشی طرح‌واره درمانی ذهنیت‌مدار و آموزش کنترل تکانه بر تکانشگری و خودکنترلی نوجوانان دارای اختلال نامنظم خلقی اخلاص گرانه انجام شد.

روش‌ها: روش آزمایشی و طرح پژوهش حاضر پیش‌آزمون- پس‌آزمون و پیگیری چند گروهی بود. جامعه‌ی آماری این پژوهش را کلیه نوجوانان پسر ۱۰ تا ۱۷ ساله شهر شیراز که در سال تحصیلی ۹۸-۱۳۹۹ در مدارس این شهر مشغول به تحصیل هستند تشکیل می‌دهند. نمونه پژوهش ۶۰ نفر از نوجوانان پسر دارای اختلال نامنظم خلقی اخلاص گرانه بود که از میان نوجوانان پسر که نمره بالا در مقیاس خودگزارش-دهی پرسشنامه سیاهه رفتاری کودک آخبناخ و پرسشنامه غربالگری اختلال نامنظم خلقی اخلاص گرانه‌ها لاپورته و همکاران بود به روش نمونه‌گیری تصادفی خوشه‌ای چند مرحله‌ای از نواحی آموزش و پرورش شهر شیراز انتخاب و در دو گروه آزمایشی و یک گروه کنترل به طور تصادفی گمارده شدند. ابزارهای پژوهش، مصاحبه بالینی ساختاریافته، مقیاس خودگزارش‌دهی پرسشنامه سیاهه رفتاری کودک آخبناخ، مقیاس خودکنترلی تانجی، بامیستر و بون و مقیاس تکانشگری پاتون و همکاران بود. داده‌های جمع‌آوری شده با استفاده از آزمون تحلیل کواریانس آمیخته با اندازه‌گیری مکرر مورد تجزیه و تحلیل آماری قرار گرفتند.

یافته‌ها: نتایج نشان داد که آموزش گروهی طرح‌واره درمانی ذهنیت‌مدار و آموزش کنترل تکانه بر کاهش تکانشگری و افزایش خودکنترلی نوجوانان دارای اختلال نامنظم خلقی اخلاص گرانه مؤثر بوده است و بین دو گروه آزمایش و کنترل در مرحله پس‌آزمون و پیگیری در میزان خودکنترلی و تکانشگری تفاوت معنادار وجود دارد ($P \leq 0/001$).

نتیجه‌گیری: بنابراین، می‌توان نتیجه گرفت از آموزش‌های طرح‌واره درمانی ذهنیت‌مدار و مهارت‌های کنترل تکانه می‌توان به عنوان روش‌های مداخله‌ای مناسب در کنار درمان دارویی سود جست.

اطلاعات مقاله:

تاریخ دریافت: ۱۴۰۰/۰۹/۲۴

تاریخ پذیرش: ۱۴۰۱/۰۵/۰۸

تاریخ انتشار: ۱۴۰۱/۰۶/۱۰

کلیدواژه‌ها:

آموزش کنترل تکانه، طرح‌واره درمانی ذهنیت‌مدار، تکانشگری، خودکنترلی، اختلال نامنظم خلقی اخلاص گرانه.

مقدمه

انفجارهای خشم باید فراوان باشد (حداقل سه بار در هفته) حداقل ۱ سال ادامه داشته باشد و در حداقل ۲ محیط خانه و مدرسه حضور داشته باشد و با سن تطابقی ندارد. در فاصله‌ی انفجارهای شدید خشم، فرد به طور دائم تحریک‌پذیر یا عصبانی است و این حالت اکثر ساعات روز، تقریباً هر روز، وجود دارد و اطرافیان به آسانی متوجه آن می‌شوند (لاپورته^۳ و همکاران، ۲۰۲۱).

1. Disruptive mood dysregulation disorder (DMDD)
2. American Psychiatric Association
3. Laporte

اختلال نامنظم خلقی اخلاص گرانه^۱ یک اختلال جدید در متن کتابچه راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی است (انجمن روان‌شناسی آمریکا^۲، ۲۰۱۳) و ویژگی اصلی این اختلال تحریک-پذیری دایمی و شدیدی است که به دو شیوه نشان داده می‌شود، فرد به دفعات خشم انفجاری دارد و این انفجارهای خشم معمولاً در واکنش به ناکامی روی می‌دهد و می‌تواند کلامی یا رفتاری باشد (انفجار خشم رفتاری به صورت پرخاشگری نسبت به خود، دیگران، یا اشیا و لوازم خود یا دیگران نشان داده می‌شود) این

* نویسنده مسئول:

مولود کیخسروانی

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

تلفن: ۲۰۸۴۷۲۴ (۹۱۳) ۹۸+

پست الکترونیکی: moloud.keykhsrovani@gmail.com

روان‌شناسی مدرسه و آموزشگاه

کمی صورت گرفته، به طور نابالغ و با وقوع سریع و آبی، بدون توانایی در انجام تمرکز بر یک تکلیف خاص و در غیاب یک برنامه‌ریزی مناسب رخ می‌دهد و از خطرپذیری بالایی برخوردار است (واکسمن^۱، ۲۰۱۱؛ زارع بهرام آبادی و گنجی، ۱۳۹۳). تکانشگری را می‌توان به صورت ترجیح پاداش‌های فوری، تمایل به ماجراجویی، جست و جوی حس‌های نو، یافتن راه‌های ساده دستیابی به پاداش، عدم پشتکار و اصرار در انجام امور و همچنین زمان کوتاه واکنش فردی تبیین نمود. ریچارد لیوریل^۲ و همکاران (۲۰۱۹) در پژوهشی با عنوان تکانشگری و ارتباط آن با تجربیات آسیب‌زای دوران کودکی در اختلال دوقطبی، اختلال نقص توجه و بیش‌فعالی و اختلال شخصیت مرزی به این نتیجه دست یافتند که سطوح تکانشگری در اختلال دوقطبی مشابه گروه بهنجار بود. هنگامی که همبودی اختلال دوقطبی و شخصیت مرزی وجود دارد تکانشگری به طور قابل توجهی افزایش می‌یابد تا به سطح تکانشگری بیماران مبتلا به اختلال شخصیت مرزی برسد. نتایج نشان داد که تکانشگری به‌طور قابل توجهی با رویدادهای آسیب‌زای دوران کودکی برای اختلال دوقطبی و گروه بهنجار همراه بود نه برای اختلال نقص توجه بیش‌فعالی و شخصیت مرزی.

یکی از مؤلفه‌های هوش هیجانی^۳ که در چند سال گذشته بخش زیادی از تحقیقات را به خود اختصاص داده است و اهمیت بسیار زیادی دارد، خودکنترلی^۴ است. خودکنترلی را کاربرد صحیح هیجان‌ها تعریف کرده‌اند (مایر، سالوی، گاروسو و سیتارینوس^۵، ۲۰۰۳). قدرت تنظیم احساسات موجب افزایش ظرفیت شخصی برای تسکین دادن خود، درک کردن اضطراب‌ها، افسردگی یا بی‌حوصلگی‌های متداول می‌شود. خودکنترلی ویژگی مهم و قابل توجهی است که به افراد امکان می‌دهد تا افکار، تکانه‌ها، حالت‌های هیجانی و رفتارهای خود را مدیریت کنند (دالی، بامیستر، دالانی و مک لاگ لان^۶، ۲۰۱۴).

هدف اصلی افزودن این اختلال در متن راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی^۱ (۲۰۱۳) این بود که کودکان مبتلا به تحریک‌پذیری مداوم و مزمن از کودکان مبتلا به اختلال دوقطبی کلاسیک (یعنی اپیزودیک) تفکیک شوند. از آنجا که تشخیص افتراقی اختلال دوقطبی در کودکان ۰/۴۰ افزایش یافته بود. تیم DSM-5 به این نتیجه رسید که این اختلال مجزا از اختلال دوقطبی است (کرینگ، شری، جانسون و جان^۲، ۲۰۱۲؛ لاینگ^۳ و همکاران، ۲۰۲۰). کودکان مبتلا به این اختلال، در نوجوانی و بزرگسالی معمولاً به اختلالات افسردگی یک قطبی یا اختلالات اضطرابی مبتلا می‌شوند. در این اختلال، سمپتوم‌های اصلی عبارتند از: تحریک‌پذیری شدید و غیر اپیزودیک، در حالی که مشخصه اصلی اختلال دو قطبی سمپتوم‌های مانیک یا هیپومانیک اپیزودیک هستند. در واقع اصطلاح نامنظم، به ناتوانی در تنظیم مود و خلق و همچنین، به اپیزودیک نبودن تحریک‌پذیری اشاره دارد (لاپورته^۴ و همکاران، ۲۰۱۹). شیوع این اختلال در کودکانی که به کلینیک‌های بهداشت روانی مراجعه می‌کنند، بسیار زیاد است و تخمین درباره‌ی شیوع آن در جامعه واضح نیست (انجمن روان‌شناسی آمریکا، ۲۰۱۳). دوقرتی^۵ (۲۰۱۴) شیوع سه ماهه اختلال نامنظم خلقی اخلال‌گرانه را در یک نمونه آمریکایی بدون توجه به تفاوت‌های جنسیتی و قومیتی ۸/۲ گزارش کرد (استودارد، ویگینس و اکس چلاگ^۶، ۲۰۲۰). نتایج مطالعات مولارنی^۷ و همکاران (۲۰۲۰) نشان دهنده همبودی اختلال اختلال نامنظم خلقی اخلال‌گرانه را با اختلالات دوقطبی و اختلال نقص توجه و بیش‌فعالی است. همچنین مطالعات نشان می‌دهد بی‌ثباتی و تحریک‌پذیری خلقی در افراد مبتلا به اختلال نامنظم خلقی اخلال‌گرانه بر روابط بین فردی، عملکرد تحصیلی و خودکارآمدی اجتماعی و تحصیلی تأثیر می‌گذارد (لاپورته و همکاران، ۲۰۲۱).

در نظریه روان‌شناختی مولر، بارات، داگرتی، اشمیتز و سوان^۸ (۲۰۰۱) تأکید بر آن است که باید تکانشگری^۹ را بر پایه سه مقوله تنبیه/ خاموشی، پاداش‌گزینی و بازداری پاسخ/ توجه، بررسی کرد و باور دارند که تعریف تکانشگری باید دربردارنده سه عنصر زیر باشد: کاهش حساسیت فرد به پیامدهای منفی رفتار، عکس‌العمل سریع و ناخواسته به محرک پیش از ارزیابی کامل اطلاعات و بی‌اعتنایی به پیامدهای درازمدت رفتار. آن چیزی که اهمیت دارد، ارتباط تکانشگری با شماری از آسیب‌های روانی در اجتماعی است که از جمله آن‌ها خشونت، رفتارهای ضداجتماعی، جرم و بسیاری از موارد دیگر است (وگل و فن‌هام^{۱۰}، ۲۰۱۸). بنابر تعریفی دیگر، رفتارهای تکانشی طیف وسیعی از اعمالی را شامل می‌شود که روی آن تفکر

1. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders 5 edition (DSM.V)
2. Kring, Sheri, Johnson & John
3. Linke
4. Laporte
5. Dougherty
6. Stoddard, Wiggins, Wakschlag
7. Mulraney
8. Moeller, Barratt, Dougherty, Schmitz & Swann
9. Impulsivity
10. Vogel, & Van Ham
11. Waxman
12. Richard-Lepouriel
13. Emotional Intelligence
14. self. control
15. Mayer, Salovey, Caruso & Sitarenios
16. Daly, Baumeister, Delaney & MacLachlan

به زعم موفیت^۱ (۲۰۱۱)؛ به نقل از پیگورو، جنینکس، فرینگتون، دی-آموند و گونزالس^۲ (۲۰۱۶) افرادی که فاقد خودکنترلی بالا هستند و تکانشگری بیشتری دارند، به لحاظ شخصیتی بر خود کنترل ندارند و ممکن است در طول زندگی در معرض طیف وسیعی از مشکلات رفتاری و پیامدهای ناگوار از جمله نتایج تحصیلی پایین، کیفیت پایین ارتباطات، مشکلاتی در زمینه سلامتی، شغل و همچنین مشکلاتی از قبیل مشارکت در فعالیت‌های انحرافی، ضداجتماعی و فعالیت‌های مجرمانه قرار گیرند. بر اساس مطالعات بولین و بیر^۳ (۲۰۱۲) و نیلسن^۴ و همکاران (۲۰۲۱) خودکنترلی با عملکردهای انطباقی زیادی مانند پیشرفت تحصیلی، عزت‌نفس زیاد، مهارت‌های بین‌فردی، داشتن ارتباطات رضایت‌بخش، دل‌بستگی ایمن و هیجان‌های مثبت، رابطه مثبت دارد و با مواردی مانند اضطراب، افسردگی، تکانشگری، پرخاشگری و مواردی مانند سوء مصرف الکل رابطه منفی دارد.

از جمله درمان‌هایی که می‌تواند بر تکانشوری و کاهش رفتارهای پرخاشگرانه دانش‌آموزان مبتلا به اختلال نامنظم خلقی اختلال‌گرانه (DMDD) مؤثر باشد و تاکنون مورد توجه پژوهشگران قرار نگرفته است، آموزش کنترل تکانه^۵ است. آموزش کنترل تکانه نوع دیگری از مداخله شناختی-رفتاری^۶ است. مشکل تکانشگری اغلب زمانی که کودک وارد مدرسه می‌شود و با خواسته‌های اجتماع و محیط آموزشی روبه‌رو می‌شود، آغاز می‌گردد (گلارگسون، هیرت، جیا و الکساندر^۷، ۲۰۱۰). علت این امر آن است که رفتار تکانه‌ای آن‌ها باعث ایجاد پاسخ‌های نادرست بیشتری می‌شود و در نتیجه نیاز به تمرکز بیشتر و سازماندهی بهتری دارند (پوشانه، غباری بناب و حسن زاده نمین، ۲۰۱۰). این درمان، مداخله‌ای است که توسط اسپری^۸ (۱۹۹۹) با هدف شناسایی انگیزه‌های تکانه‌ای، به تأخیر انداختن آن‌ها و در نهایت کاهش تمایلات شدید و غیرارادی برای عمل به وجود آمد. سلیمانی حسنی و طباطبایی (۲۰۱۸) در مطالعه‌ای با هدف اثربخشی آموزش کنترل تکانه بر روی کیفیت زندگی دانش‌آموزان قلدر به این نتیجه دست یافتند دانش‌آموزانی که آموزش کنترل تکانه دریافت کرده بودند در مقایسه با هم‌تایان خود در گروه گواه نمرات بالاتری در کیفیت زندگی در مرحله پس‌آزمون به دست آوردند. روبینسون و کلاین^۹ (۲۰۲۱) دریافتند که آموزش کنترل تکانه باعث کاهش تکانشگری و خودکنترلی در دانش‌آموزان با مشکلات خلقی تحریک‌پذیر می‌شود.

آنچه که مشخص است هم طرح‌واره درمانی ذهنیت‌مدار و هم آموزش کنترل تکانه بر خودکنترلی و خودکارآمدی مؤثر هستند، اما کمتر پژوهشی به مقایسه اثربخشی این دو رویکرد درمانی بر

خودکنترلی و خودکارآمدی هیجانی و رفتاری افراد مبتلا به اختلال نامنظم خلقی اختلال‌گرانه پرداخته است، که در این پژوهش به بررسی این خلأ پژوهشی پرداخته شده است. طرح‌واره‌ها به عنوان بازنمایی‌های سازمان‌یافته از تجربیات دوران اولیه زندگی توصیف شده‌اند که بر ادراک، رفتارها و افکار افراد تأثیر بسزایی دارند (ون دیچک^{۱۰} و همکاران، ۲۰۱۹). طرح‌واره درمانی، درمانی است که توسط یانگ، کلسکو و ویشار^{۱۱} (۲۰۰۳) ارائه شده است و به درمانگران کمک می‌کند تا مشکلات مزمن و عمیق افراد درمانجو را دقیق‌تر تعریف کرده و آن‌ها را به گونه‌ای قابل درک سازماندهی کنند (استیونز، اوزرینجاوریگی، هرورو - فرناندز و جانوریگی^{۱۲}، ۲۰۱۹). درمان اختلالات مزمن که با بی‌ثباتی، پرخاشگری و تحریک‌پذیری بالا همراه هستند و همبودی بالایی با اختلالات دیگر دارند با مدل طرح‌واره درمانی به سادگی قابل انجام نیست و مفهوم سازی خاصی را می‌طلبد. یانگ کلسکو و ویشار (۲۰۰۳)، نوع خاصی از طرح‌واره درمانی را برای درمان بیماران مبتلا به اختلال شخصیت مرزی و خودشیفته توصیف کردند که بر اساس ذهنیت طرح‌واره‌ای^{۱۳} است (بیهری و دیکمن^{۱۴}، ۲۰۱۱). تکنیک‌های متمرکز بر ذهنیت^{۱۵}، بخش مکمل طرح‌واره درمانی هستند. ذهنیت^{۱۶}، مجموعه‌ای از طرح‌واره‌ها یا عملیات طرح‌واره‌ای سازگار یا ناسازگار است که در حال حاضر در ذهن وجود دارد (یانگ و همکاران، ۲۰۰۳؛ گوف-بک^{۱۷} و همکاران، ۲۰۲۰). یانگ^{۱۸} (۱۹۹۴) ذهنیت‌های طرح‌واره‌ای را پاسخ‌های مقابله‌ای ناسازگار و یا رفتارهای سالمی تعریف می‌کند که در حال حاضر در ذهن فعال هستند. بیچ و فاریل^{۱۹} (۲۰۱۸) در پژوهشی با عنوان طرح‌واره و ذهنیت در اختلال شخصیت مرزی: ذهنیت کودک بی اعتماد، شرم آور، عصبانی، پرخاشگر و ناشاد در ۱۰۱ بیمار با نشانه‌های اختلال شخصیت مرزی به این نتیجه رسیدند که طرح‌واره بی‌اعتمادی/بدرفتاری و نقص و

1. Moffit
2. Piquero, Jennings, Farrington, Diamond & Gonzalez
3. Bowlin & Baer
4. Nilsen
5. Impulse control training
6. cognitive behaviour therapy
7. Clarkson, Hirt, Jia & Alexander
8. Sperry
9. Robinson, & Klein
10. Van Dijk
11. Young, Klosko, & Weishaar
12. Estévez, Ozerinjauregi, Herrero-Fernández, & Jauregui
13. schema mode
14. Behary & Dieckmann
15. mode work
16. mode
17. Kopf-Beck
18. Young
19. Bach & Farrell

روش پژوهش

روش آزمایشی و طرح پژوهش حاضر پیش‌آزمون- پس‌آزمون و پیگیری چند گروهی بود. که شامل مراحل اجرایی زیر بود: ۱- انتخاب تصادفی از نمونه پژوهش، ۲- جایگزین کردن تصادفی آزمودنی‌ها؛ ۳- اجرای پیش‌آزمون و جمع‌آوری داده‌ها؛ ۴- اجرای متغیرهای مستقل (طرح‌واره درمانی ذهنیت مدار و آموزش کنترل تکانه) روی گروه‌های آزمایش؛ ۵- اجرای پس‌آزمون و جمع‌آوری داده‌ها و ۶- اجرای آزمون پیگیری و جمع‌آوری داده‌ها (بافاصله زمانی ۲ ماه).

جامعه، نمونه و روش نمونه‌گیری: جامعه‌ی آماری این پژوهش را کلیه‌ی نوجوانان پسر ۱۰ تا ۱۷ ساله شهر شیراز که در سال تحصیلی ۱۳۹۹-۹۸ در مدارس این شهر مشغول به تحصیل بودند تشکیل می‌دهند. نمونه‌ی پژوهش ۶۰ نفر از نوجوانان پسر دارای اختلال نامنظم خلقی اختلال گرانه بود که از میان نوجوانان پسر که نمره‌ی بالا در مقیاس خودگزارش دهی پرسشنامه سیاهه رفتاری کودک آخنباخ و پرسشنامه غربالگری لاپورته و همکاران (۲۰۱۹) بود به روش نمونه‌گیری تصادفی خوشه‌ای چند مرحله‌ای از نواحی آموزش و پرورش شهر شیراز انتخاب و در دو گروه‌های آزمایش (آموزش طرح‌واره درمانی ذهنیت مدار و آموزش کنترل تکانه) و یک گروه کنترل به طور تصادفی گمارده شدند. بدین صورت که در ابتدا شهر شیراز به چهار جهت جغرافیایی شمال، جنوب، شرق و غرب تقسیم می‌شود، سپس از هر جهت جغرافیایی سه مدرسه به صورت تصادفی انتخاب شد در ادامه از هر مدرسه نیز از بین دانش‌آموزان ۱۰ تا ۱۷ سال ۱۰۰ دانش‌آموز پسر به صورت تصادفی با توجه به شیوع ۱/۱ تا ۳/۳ درصدی اختلال نامنظم خلقی اختلال گرانه در نوجوانان ۱۰ تا ۱۷ ساله بر اساس پنجمین راهنمای تشخیص و آماری اختلالات روانی (انجمن روانپزشکی آمریکا، ۲۰۱۳) انتخاب شدند. در مجموع از بین ۱۲ مدرسه در چهار جهت جغرافیایی ۱۲۰۰ دانش‌آموزان جهت غربالگری و رسیدن به اختلال نامنظم خلقی اختلال گرانه انتخاب شد که با دانش‌آموزان مصاحبه بالینی ساختاریافته انجام شد و به مقیاس خودگزارش دهی پرسشنامه سیاهه رفتاری کودک آخنباخ و پرسشنامه غربالگری لاپورته و همکاران (۲۰۱۹) پاسخ دادند. در ادامه از بین ۱۲۰۰ نفر دانش‌آموز ۱۰۰ نفر از دانش‌آموزی که بر حسب پاسخ‌دهی به مقیاس خودگزارش دهی پرسشنامه سیاهه رفتاری کودک

1. Hilden

2. van Maarschalkerweerd

شرم در کودک با ذهنیت پرخاشگر، کودک تکانشی و کودک ناشاد به طور منحصر به فردی بیماران مبتلا به اختلال شخصیت مرزی را از دیگر بیماران مبتلا به اختلالات شخصیت متمایز کرد. به همین ترتیب ذهنیت طرح‌واره‌ای بی‌اعتمادی/ بد رفتاری، نقص/ شرم و خودانضباطی ناکافی ذهنیت کودک آسیب‌پذیر، کودک خشمگین و کودک ناشاد را از افراد سالم متمایز کرد. همچنین نتایج نشان داد که طرح‌واره‌ای بی‌اعتمادی/ بد رفتاری، نقص/ شرم و ذهنیت‌های کودک پرخاشگر/ خشمگین، کودک تکانشی و کودک ناشاد ویژگی اساسی بیماران مبتلا به اختلال شخصیت مرزی است. همچنین نتایج مطالعات هیلدن^۱ (۲۰۲۱) نشان می‌دهد که طرح‌واره درمانی ذهنیت مدار برای افراد دارای مشکلات تکانشگری و آسیب در خودپنداره اثربخش است. وان مارسچلاکرپورد^۲ و همکاران (۲۰۲۱) در پژوهشی با هدف پرداختن به ذهنیت‌های طرح‌واره‌ای در طرح‌واره درمانی برای بی‌ثباتی خلقی: اثرات کوتاه مدت تکنیک صندلی خالی در مقایسه با چالش شناختی نتایج نشان داد که هر دو تکنیک بر بی‌ثباتی خلقی و تعدیل ذهنیت‌های طرح‌واره‌ای افراد مبتلا به اختلال شخصیت مرزی مناسب هستند. بیماران معتقد بودند تکنیک صندلی خالی احساسات را بیشتر در طول جلسه بر می‌انگیزد.

در مجموع از آنجایی که دهه اول زندگی کودک از لحاظ شکل‌گیری شخصیت، پایه تفکر، زبان و نمو جسمی و روانی، دوره‌ای اساسی است، اجرای برنامه‌های آموزشی که بتواند باعث شکل‌گیری هر چه بهتر شخصیت کودک و در نهایت بالا رفتن کیفیت زندگی وی در این محدوده سنی بشود، ضروری به نظر می‌رسد. با توجه به ابعاد مختلف کیفیت زندگی کودکان و نتایج به دست آمده از پژوهش‌ها در زمینه برنامه آموزش کنترل تکانه و تأثیر آن بر مشکلات رفتاری، هیجانی و جسمانی کردن کودکان، چنین به نظر می‌رسد که با آموزش برنامه کنترل تکانه و طرح‌واره درمانی به مادران؛ چرا که غالباً مادر والدی است که بیش‌ترین ارتباط را با کودک دارد، بتوان بر ابعاد اجتماعی، روانی و جسمی کودکان ۱۰ تا ۱۷ ساله اثر گذاشت و کیفیت زندگی آن‌ها را افزایش داد و با توجه به اینکه تدوین برنامه مداخله مبتنی بر طرح‌واره و کنترل تکانه برای نوجوانان دارای این اختلال تا کنون کمتر در پژوهش‌های دیگر در کشورمان مورد بررسی قرار گرفته است، ضرورت دیگر این پژوهش، هدف قرار دادن این جامعه بود. بنابراین این پژوهش به دنبال پاسخگویی به این سؤال است که آیا بین طرح‌واره درمانی ذهنیت مدار و آموزش کنترل تکانه از نظر اثربخشی بر تکانشگری و خودکنترلی نوجوانان دارای اختلال نامنظم خلقی اختلال گرانه تفاوت وجود دارد.

و جزوات و فرم‌های لازم در اختیار آن‌ها قرار گرفت. در پژوهش حاضر جهت جمع‌آوری داده‌ها از ابزارهای زیر استفاده شده است:

مصاحبه بالینی بر مبنای پنجمین راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی: مصاحبه تشخیصی ساختاریافته و نیمه ساختاریافته از مجموعه نظام‌داری از سؤالات اختصاصی تشکیل می‌شوند که هدف آن‌ها ارزیابی آن دسته از الگوهای رفتاری، افکار و احساسات مراجع است که به نوعی با تشخیص اختلال آن‌ها ارتباط دارد (انجمن روان‌پزشکی آمریکا، ۲۰۱۳). این مصاحبه بر اساس الگوی زیمرمن (۲۰۱۳) از دانشجویان مبتلا به اختلال اضطراب اجتماعی انجام خواهد شد.

مقیاس خودگزارش دهی پرسشنامه سیاهه رفتاری کودک آخنباخ: مقیاس خودگزارش دهی نوجوانان را آخنباخ و رسکورلا (۲۰۰۱) ساخته است و یک مقیاس خودارزیابی برای سنین ۱۱ تا ۱۸ سال است که برای نوجوانان با حداقل تحصیلات در حد پایه پنجم ابتدایی در مدت زمان ۱۵ دقیقه قابل پاسخگویی و شامل ۱۱۲ عبارت است که نوجوان در مقیاس سه لیکنرتی درست نیست (۰) تا حدی درست است (۱) و کاملاً درست است (۲) به رفتار خود نمره می‌دهد. این مقیاس شایستگی‌ها و سندرم‌هاست (آخنباخ و رسکورلا، ۲۰۰۱). بخش شایستگی‌ها از ۴ قسمت فعالیت‌ها، عملکرد تحصیلی، کارآمدی اجتماعی و شایستگی کلی تشکیل شده است و مقیاس سندرم‌ها شامل گوشه‌گیری / افسردگی، شکایات بدنی، افسردگی / اضطراب، مشکلات اجتماعی، مشکلات تفکر، مشکلات توجه، رفتار بزهکارانه، رفتار پرخاشگرانه و همچنین زیر مقیاس سایر مشکلات رفتاری است که مجموع ناهمگونی از ناراحتی‌های مختلف مثل رفتار به شیوه جنس مخالف، نافرمانی، مشکلات غذاخوردن، ترس از مدرسه، ناخون جویدن، کابوس، پرخوری، اضافه وزن و کم‌خوری را تشکیل می‌دهد. ضریب آلفا برای خرده مقیاس کفایت کلی ۰/۴۶ و برای مشکلات رفتاری کلی ۰/۹۵ و متوسط همسانی درونی برای مشکلات رفتاری درون‌نمود و برون‌نمود ۰/۸۹ و ضریب آلفای کرونباخ برای خرده مقیاس‌های سندرم در دامنه‌ای از ۰/۵۹ (کناره-گیری) تا ۰/۸۶ (رفتار پرخاشگرانه و افسردگی-اضطراب)، گزارش شد (آخنباخ و رسکورلا، ۲۰۰۱). در ایران کاکابرایی، حبیبی عسگرآبادی و فدایی ۱۳۸۶ میزان اعتبار این آزمون را با استفاده از آلفای کرونباخ ۰/۹۴ و میزان اعتبار دو نیمه کردن را ۰/۸۲ گزارش کرده‌اند. ضریب آلفای کرونباخ برای مقیاس اضطراب / افسردگی، مشکلات جسمانی، مشکلات اجتماعی، مشکلات تفکر، مشکلات

.....
1. benchmark

آخنباخ و پرسشنامه غربالگری لاپورته و همکاران (۲۰۱۹) نمره بالا به دست آوردند، برای تأیید تشخیصی مورد مصاحبه بالینی ساختار یافته بر اساس ملاک‌های تشخیص و آماری اختلالات روانی DSM-V قرار گرفتند. در نهایت بعد از همگرایی نمره پرسشنامه با مصاحبه بالینی ساختاریافته ۶۰ نفر از نوجوانانی که ملاک‌های ورود به مطالعه را دارند ضمن امضای رضایت نامه کتبی با رعایت اصول اخلاقی به صورت تصادفی در دو گروه آزمایشی، آموزش طرح‌واره درمانی ذهنیت مدار تدوین شده (۲۰ نفر)، آموزش کنترل تکانه (۲۰ نفر) و گروه کنترل (۲۰ نفر) گمارده شدند در مورد انتخاب نمونه باید اشاره کرد که در روش آزمایشی باید هر زیر گروه حداقل ۱۵ نفر باشد و برای اینکه نمونه انتخاب شده نماینده واقعی جامعه باشد و پژوهش از اعتبار بیرونی بالایی داشته باشد، تعداد نمونه ۶۰ نفر (۲۰ نفر برای هر گروه) در نظر گرفته شد (دلور، ۱۳۹۰). لازم به ذکر است با توجه به نرم‌افزار G*Power با توجه به اندازه اثر ۰/۲۵، آلفا (α) ۰/۰۵، توان آماری ۰/۹۵، تعداد متغیرهای وابسته (۲)، تعداد گروه‌ها حجم نمونه ۶۶ نفر می‌شود، ولی با توجه به عدم تمایل ۶ نفر برای شرکت در پژوهش ۶۰ نفر به عنوان نمونه انتخاب شد. در این پژوهش با بکارگیری ملاک‌های ورود و خروج زیر معیار همگونی آزمودنی‌ها رعایت گردید: الف- ملاک‌های ورود مشتمل بر دریافت تشخیص اختلال نامنظم خلقی اختلال‌گرانه بر اساس مصاحبه بالینی و پاسخگویی به سیاهه رفتاری آخنباخ، پرسشنامه غربالگری لاپورته و همکاران (۲۰۱۹) برای نوجوانان؛ داشتن سن بین ۱۰ تا ۱۷ سال؛ نداشتن مشکلات روان‌شناختی همبود از جمله (افسردگی، اختلالات دوقطبی، وسواس- فکری عملی، اختلال کنترل تکانه و خشم انفجاری) بر اساس مصاحبه بالینی ساختاریافته منطبق با معیارهای SDM-5 و پرسشنامه اختلالات رفتاری آخنباخ و همکاران (۲۰۰۱)؛ عدم دریافت دارودرمانی و خدمات روان‌شناختی در طول دوره پژوهش و نداشتن سابقه مصرف مواد و الکل؛ ب- ملاک‌های خروج مشتمل بر داشتن اختلالات روانی به خصوص، افسردگی و اختلالات دو قطبی؛ داشتن بیماری‌های جسمانی که فرد را وادار به جستجوی فوری درمان سازد و غیبت بیش از سه جلسه از جلسات آموزشی به عنوان ملاک خروج برای نوجوانان در نظر گرفته شد؛ لازم به ذکر است برای جلوگیری از انتشار عمل آزمایشی جلسات آموزشی در یک از مدارس ناحیه ۲ شهر شیراز اجرا شد. همچنین برای جلوگیری از تضعیف روحیه گروه کنترل بعد از اتمام جلسات و جمع‌آوری پرسشنامه‌ها در پیگیری ۲ ماهه به صورت فشرده آموزش طرح‌واره درمانی ذهنیت مدار و کنترل تکانه به گروه کنترل آموزش داده شد

روان‌شناسی مدرسه و آموزشگاه

همیشه = ۱) نمره گذاری می‌شوند. در مطالعه جاوید، محمدی و رحیمی (۱۳۹۳) روایی همگرایی این پرسشنامه با محاسبه ضریب همبستگی زیرمقیاس‌های این پرسشنامه با یکدیگر تأیید شد. اعتبار کل پرسشنامه تکانشگری از دو روش آلفای کرونباخ و بازآزمایی مورد تحلیل قرار گرفت که به ترتیب ۰/۸۱ و ۰/۷۷ به دست آمد. در مطالعه جاوید، محمدی و رحیمی (۱۳۹۳) ضریب آلفای کرونباخ (و ضریب بازآزمایی) به ترتیب برای تکانشگری عدم برنامه ریزی ۰/۸۰ (و ۰/۷۹)، تکانشگری حرکتی ۰/۶۷ (و ۰/۷۳)، تکانشگری شناختی ۰/۷۰ (و ۰/۴۹) و نمره کل تکانشگری ۰/۸۱ (و ۰/۷۷) به دست آمد.

پرسشنامه خود کنترلی تانجی: مقیاس خود کنترلی توسط تانجی، بامیستر و بون^۳ (۲۰۰۴) ساخته شده است. این مقیاس ۱۳ آیتم دارد و آزمودنی‌ها به این آیتم‌ها به صورت چهار درجه‌ای (هرگز = ۵، به ندرت = ۴، گاهی = ۳، زیاد = ۲ و بسیار زیاد = ۱) پاسخ می‌دهد. برای به دست آوردن امتیاز کلی پرسشنامه، مجموع امتیازات همه سوالات را با هم جمع کنید. حداکثر نمره برای پرسشنامه خود کنترلی تانجی ۶۵ و حداقل ۱۳ است. نمره بالاتر بیانگر خودکنترلی بالاتر فرد خواهد بود و برعکس. در پژوهش تانجی و همکاران (۲۰۰۴) روایی این مقیاس با ارزیابی همبستگی آن با مقیاس‌های پیشرفت تحصیلی، سازگاری، روابط مثبت، و مهارت‌های بین فردی مورد تأیید قرار گرفته است. همچنین پایایی آن بر روی دو نمونه آماری با استفاده از آزمون آلفای کرونباخ ۰/۸۳ و ۰/۸۵ به دست آمده است. روایی و پایایی این پرسشنامه در پژوهش موسوی مقدم و همکاران (۱۳۹۴) محاسبه و مورد تأیید قرار گرفته است.

1. Impulsiveness Scale (BIS-11)
2. Patton, Stanford, & Barratt
3. Tangney, Baumeister & Boone

توجه، رفتار بزهکارانه، رفتار پرخاشگرانه و مشکلات کلی را به ترتیب برابر با ۰/۸۴، ۰/۸۶، ۰/۸۷، ۰/۷۴، ۰/۷۱، ۰/۶۷، ۰/۷۴، ۰/۸۵ و ۰/۸۱ گزارش کردند. اعتبار بازآزمایی یک ماه بعد از اجرا روی ۷۰ آزمودنی شامل ۴۰ دختر و ۱۰۳ پسر اجرا شد. کمترین و بیشترین مقدار همبستگی با تبدیل Z فیش در هر یک از ۸ خرده مقیاس مشکلات رفتاری بین اجرای اول و دوم در دختران به ترتیب ۰/۳۴ و ۰/۷۸ و در پسران ۰/۴۲ و ۰/۶۲ به دست آمد. روایی ملاکی پرسشنامه حاضر از طریق محاسبه ضریب همبستگی آن با پرسشنامه ۲۷ سؤالی تجدیدنظر شده مقیاس درجه بندی کانرز نشان داد که بین مشکلات رفتاری با مقیاس درجه بندی کانرز ارتباط معناداری وجود دارد.

مقیاس تکانشگری پاتون و همکاران^۱ (BAS-11): در این مطالعه از پرسشنامه خود گزارشی تکانشگری بارت ۱۱ توسط پاتون، استفورد و بارت^۲ (۱۹۹۵) استفاده شد. این مقیاس ۳۰ سؤال دارد و آزمودنی‌ها به این آیتم‌ها به صورت چهار گزینه‌ای (هرگز = ۱، بندرت = ۲، گاهی = ۳، اغلب = ۴ و همیشه = ۵) پاسخ می‌دهد. روش اجرا و نمره گذاری در این مقیاس بدین صورت بود که شرکت کنندگان به ۳۰ سؤال پرسشنامه تکانشگری به صورت چهار گزینه‌ای پاسخ می‌دهد. حداقل و حداکثر نمره آزمودنی در مقیاس تکانشگری ۳۰ و ۱۲۰ بود. نمره بالاتر نشان دهنده تکانشگری بیشتر است. این مقیاس سه مؤلفه عدم برنامه ریزی (سؤال‌های ۱، ۷، ۸، ۱۰، ۱۲، ۱۳، ۱۴، ۱۵، ۱۸، ۲۷، ۲۹)، تکانشگری حرکتی (سؤال‌های ۲، ۳، ۴، ۱۶، ۱۷، ۱۹، ۲۱، ۲۲، ۲۳، ۲۵ و ۳۰) و تکانشگری شناختی (سؤال‌های ۵، ۶، ۹، ۱۱، ۲۰، ۲۴، ۲۶ و ۲۸) را اندازه گیری می‌کند (بشارت و حبیب نژاد، ۱۳۸۸). سؤال‌های ۱، ۷، ۸، ۹، ۱۰، ۱۲، ۱۳، ۱۵، ۲۰، ۲۹ و ۳۰ به صورت معکوس (هرگز = ۵، بندرت = ۴، گاهی = ۳، اغلب = ۲ و

جدول ۱. جلسات آموزش کنترل تکانه

جلسات	محتوای جلسات
جلسه اول	معارفه و تشخیص موقعیت کلی؛ این جلسه با هدف آشنایی دانش آموزان با پژوهشگر و فراهم کردن زمینه درک و تفاهم متقابل و بیان انتظارات پژوهشگر از دانش آموزان انجام شد.
جلسه دوم	۱) ارزیابی و شناخت افکار و احساسات دانش آموزان که منجر به رفتارهای تکانه‌ای و خودتخریبی می‌شود را شناسایی و مورد ارزیابی قرار می‌دهیم. زمانی که این نمونه‌ها شناخته شد، ممکن است که آزمودنی‌ها روش‌هایی بیابد که در اجرا، نتیجه مشابهی دارد و موجب کاهش عواطف منفی و احتمالاً افزایش سازگاری او می‌شود.
جلسه سوم	۱) بررسی افکار و احساسات و توضیح و شناساندن پاسخ‌های مقابله‌ای که درونی و یا بیرونی هستند؛ ۲) با همکاری دانش آموزان افکار و احساساتی که منجر به خود تخریبی یا رفتارهای تکانه‌ای ناسازگار می‌شود، بررسی می‌شود؛ ۳) تکالیف خانگی از دانش آموزان خواسته می‌شود که تمام افکار و احساساتی که منجر به ناسازگاری در آنها می‌شوند را یادداشت کنند.
جلسه چهارم	۱) به تأخیر انداختن و مقابله با پاسخ‌های تکانه‌ای؛ ۲) در این جلسه به دانش آموزان آموزش داده می‌شود تا با پاسخ‌هایی که منجر به رفتارهای تکانه‌ای می‌شود مقابله نمایند. در واقع به آن‌ها آموزش داده می‌شود که پاسخ به آن تکانه را به تدریج به تأخیر بیندازند و بین خواست و دریافت، مدت زمان را طولانی تر کنند؛ این پاسخ می‌تواند شناختی باشد (مثلاً، قبل از عمل تا ده بشمرند) یا عضلات خود را آرام کنند (برای مثال: آرامش عضلاتی). پاسخ‌های مقابله‌ای که درونی و یا بیرونی هستند عموماً موجب منحرف شدن توجه می‌شود. ۳) تکالیف خانگی مرور و تمرین این تکالیف.

جلسات	محتوای جلسات
جلسه پنجم	۱) تمرین و بازخورد؛ ۲) به دانش‌آموزان کمک می‌شود تا کنترل رفتارهای تکانه‌ای خود را تمرین کنند و بازخوردهایی را تهیه کنند تا به یک سطح منطقی از تسلط و کنترل بر خود برسند. مثلاً به دانش‌آموزان یاد داده می‌شود پاسخ‌های درونی، افکاری هستند که با تکانه‌ها ناسازگارند. برای مثال گفتن این جمله با خود که: این واقعاً مسخره است، من بجای خشمگین شدن لبخند خواهم زد.
جلسه ششم	۱) آگاهی درمانگر از انگیزه‌های دانش‌آموزان مبنی بر انجام رفتارهای تکانه‌ای؛ ۲) اگر انگیزه رفتارهای خود تخریبی مشخص شود، ممکن است که روش‌های کم‌خطرتری را جایگزین رفتارهای سابق خود سازد و بسیار احتمال دارد که رفتارهای جایگزین سازگارانه نیز باشد.
جلسه هفتم	۱) تثبیت؛ ۲) در این مرحله موقعیت‌های واقعی که دانش‌آموز با آنها مواجه بوده است، در کلاس مطرح و تشریح می‌شود. همچنین در این مرحله، از شیوه پس‌خوراند گروهی و تقویت استفاده می‌شود و از دانش‌آموزان خواسته می‌شود که به تعمیم الگوی کنترل تکانه در تمام مراحل زندگی، بپردازند.
جلسه هشتم	جمع‌بندی، تمرین و مرور جلسات قبل و سپس اجرای پس‌آزمون.

جدول ۲. محتوای جلسات طرح‌واره درمانی ذهنیت مدار

جلسه	هدف	محتوا
جلسه اول	ایجاد رابطه درمانی و آموزش رویکرد طرح‌واره محور	همدلی و پذیرش جهت تسهیل پیوند بازوالدینی و آموزش درمان طرح‌واره محور
جلسه دوم	شناسایی طرح‌واره‌های ناسازگار اولیه	تعیین و شناسایی مستمر یادگیری‌ها و تجارب اولیه مرتبط با مشکلات فعلی
جلسه سوم	ارزیابی ریشه‌های تحولی طرح‌واره‌ها و شناسایی سبک-های مقابله‌ای	وارسی پرسشنامه‌ها به همراه آزمودنی‌ها، بحث و تبادل نظر در مورد آن‌ها تکنیک‌های تجربی برای آشنایی با ریشه‌های تحولی طرح‌واره‌ها
جلسه چهارم	مفهوم سازی مشکل مراجع براساس رویکرد طرح‌واره درمانی مبتنی بر ذهنیت و آگاه کرد بیمار از رنج هیجانی و ارزیابی پیامدهای منفی خودشیفتگی	شناسایی و نامگذاری ذهنیت‌ها، ردیابی مستمر آن‌ها استفاده از شکایت‌های فعلی به عنوان اهرم برای ادامه درمان و تشویق بیمار به ادامه درمان و تاکید بر پیامدهای منفی خودشیفتگی
جلسه پنجم	آشناسازی نوجوانان با ذهنیت «کودک تنها» و کاوش ریشه‌های تحولی ذهنیت‌ها آموزش مذاکره بین ذهنیت‌ها	به‌کارگیری تکنیک تصویرسازی ذهنی و پیوند درمانگر با «ذهنیت» کودک تنها استفاده از تکنیک‌های شناختی جهت بی اعتبارسازی طرح‌واره‌های غالب و ایجاد فضای توجیه مثبت بی قیدو شرط همراه بی توجهی به کمالگرایی و خاص بودن بیمار
جلسه ششم	ارتباط با ذهنیت کودک آسیب‌پذیر و ماندن با ذهنیت کودک تنها	بکارگیری تکنیک بازوالدینی حدو مرزدار به صورت مستمر در برابر طرح‌واره‌های نقص و محرومیت هیجانی
جلسه هفتم	رویاروسازی بیمار با سبک چالش‌زا و فخرفروشانه	استفاده از رویکرد جرأت‌مندانه، بکارگیری محتاطانه تکنیک رویاروسازی همدلانه در مقابل استحقاق طلبی، بازگو کرد حقوق به صورت مودبانه و جرأت‌مندانه از طرف درمانگر
جلسه هشتم	کمک به بیمار برای تعمیم دستاوردهای درمان به محیط واقعی و پیشگیری از عود	تأکید بر مهارت‌های آموخته بیمار، ترغیب آزمودنی‌ها در جهت رها کردن سبک‌های مقابله‌ای ناسازگار و تمرین رفتارهای مقابله‌ای سازگارانه

یافته‌ها

پژوهش همان‌طور که در جدول ۳ مشاهده می‌شود یافته‌های توصیفی خودکنترلی آورده شده است. شامل میانگین و انحراف استاندارد متغیرهای تکانشگری و

جدول ۳. میانگین و انحراف معیار تکانشگری و خودکنترلی در گروه‌های آزمایشی و گروه گواه در مراحل پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری

متغیر	گروه	طرح‌واره درمانی ذهنیت مدار		کنترل تکانه		کنترل	
		موقعیت	M	SD	M	SD	M
تکانشگری حرکتی	پیش‌آزمون	۳۰/۴۵	۱/۳۱	۳۰/۵۰	۱/۴۳	۳۰/۳۰	۱/۴۱
	پس‌آزمون	۲۴/۱۰	۱/۵۸	۲۴/۷۰	۱/۹۴	۲۸/۷۵	۱/۳۷
	پیگیری	۲۲/۸۰	۱/۷۶	۲۴/۴۰	۱/۷۲	۲۸/۱۰	۱/۲۰
تکانشگری شناختی	پیش‌آزمون	۲۲/۹۵	۱/۴۳	۲۲/۴۰	۱/۲۷	۲۲/۴۰	۱/۱۸
	پس‌آزمون	۱۹/۶۰	۰/۹۴۰	۱۹/۱۵	۰/۸۱۲	۲۱/۵۵	۱/۱۹
	پیگیری	۱۸/۴۵	۰/۹۹۸	۱۸/۳۵	۰/۹۸۸	۲۰/۷۵	۱/۱۱
عدم برنامه ریزی	پیش‌آزمون	۳۰/۷۰	۱/۴۱	۳۰/۳۵	۱/۴۲	۲۹/۸۰	۱/۲۳
	پس‌آزمون	۲۵/۰۵	۱/۱۹	۲۵/۳۵	۱/۱۳	۲۸/۷۰	۱/۲۱
	پیگیری	۲۴/۲۰	۱/۲۳	۲۳/۷۰	۱/۵۵	۲۸/۱۰	۱/۵۸

روان‌شناسی مدرسه و آموزشگاه

گروه	طرح‌واره درمانی ذهنیت مدار	کنترل تکانه	کنترل		
کل تکانشگری	پیش‌آزمون	۸۴/۱۰	۲/۳۳	۸۳/۲۵	۲/۰۴
	پس‌آزمون	۶۸/۷۵	۲/۶۵	۶۹/۲۰	۱/۵۷
	پیگیری	۶۵/۴۵	۲/۵۶	۶۶/۴۵	۲/۰۶
خودکنترلی	پیش‌آزمون	۳۱/۶۰	۱/۱۴	۳۱/۸۵	۱/۱۳
	پس‌آزمون	۳۸/۰۵	۰/۹۴۴	۳۷/۱۵	۱/۳۴
	پیگیری	۳۹/۱۵	۰/۹۸۸	۳۸/۲۰	۱/۳۶

نتیجه فرض مربوط به همگنی ماتریس‌های واریانس- کوواریانس، پذیرفته شد. آزمون لوین محاسبه شده در مورد هیچ یک از متغیرهای مورد بررسی از لحاظ آماری برای متغیر تکانشگری و خودکنترلی معنادار نبوده است. تعامل این پیش‌آزمون‌ها با متغیرهای مستقل (طرح‌واره درمانی ذهنیت مدار و آموزش کنترل تکانه) برای تکانشگری (پس‌آزمون $F = ۰/۸۱۰ \geq ۰/۰۵$ و $P = ۰/۳۹۸$ و $F = ۰/۹۷۱$ و Wilkes Lambda) و خودکنترلی (پس‌آزمون $F = ۰/۰۱۴ \geq ۰/۰۵$ و $P = ۰/۷۶۲$ و $F = ۲/۸۶۴$ و Wilkes Lambda) معنادار نبوده و حاکی از همگونی ضرایب رگرسیونی است. همان‌طور که مشاهده می‌شود آماره‌های چندمتغیری مربوطه یعنی لامبدا و ویکلس معنادار نیست ($P \geq ۰/۰۵$). همچنین توان آماری آزمون برابر با ۱ بود که دلالت بر کفایت حجم نمونه دارد. در نهایت نتایج آزمون موجلی نشان داد که مفروضه کرویت برای فرض برابری واریانس‌های درون آزمودنی برای متغیر تکانشگری ($P \leq ۰/۰۰۱$)، $F = ۳۲/۵۰۰$ ، کای دو = $۰/۵۶۰$ و $Mauchlys W$ (خودکنترلی) ($P \leq ۰/۰۰۱$)، $F = ۳۴/۱۶۹$ ، کای دو و $Mauchlys W = ۰/۵۴۳$ رعایت نشده است. لذا با توجه به معناداری آزمون موجلی از آزمون گرین هاوز گیز برای آزمون فرضیه استفاده شد.

.....
1. Box & Whisker

برای تحلیل داده‌ها از روش تحلیل کوواریانس آمیخته با اندازه‌گیری مکرر استفاده شد؛ بنابراین، قبل از تحلیل داده‌های مربوط به فرضیه‌ها، برای اطمینان از این که داده‌های این پژوهش مفروضه‌های زیربنایی تحلیل کوواریانس با اندازه‌گیری مکرر را برآورد می‌کنند، به بررسی آن‌ها پرداخته شد. بدین منظور شش مفروضه تحلیل کوواریانس با اندازه‌گیری مکرر شامل نرمال بودن واریانس‌ها (برای نیل به رعایت این مفروضه نتایج آزمون شاپیروویلک بیانگر آن بود که پیش‌فرض نرمال بودن توزیع نمونه‌ای داده‌ها برقرار است ($P \geq ۰/۰۵$))، نتایج نمودار پراکندگی (اسکاتر) نشان داد که مفروضه خطی بودن بین پیش‌آزمون و پس‌آزمون متغیرهای مورد مطالعه برقرار است، همچنین با توجه به نتایج ضریب همبستگی بین متغیرهای کمکی (کواریت‌ها) و پس‌آزمون آن که با یکدیگر همبستگی بالایی $۰/۹۰$ نداشتند و با توجه به همبستگی‌های به دست آمده، تقریباً مفروضه هم‌خطی چندگانه بین متغیرهای کمکی (کواریت‌ها) اجتناب شده است، نمودار باکس ویسکر^۱ نشان داد که در مرحله پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری نمره‌ای در کرانه بالا و پایین متغیرها مشاهده نشد. نتایج آزمون باکس برای متغیر تکانشگری ($P \leq ۰/۱۳۶$)، $F = ۱/۱۶۶$ و $BOX = ۱۳۶/۲۳۷$ و خودکنترلی ($P \leq ۰/۱۵۲$)، $F = ۱/۲۲۴$ و $BOX = ۶۰/۷۰۴$ که میزان معناداری آزمون باکس از $۰/۰۵$ بیشتر است در

جدول ۴. خلاصه نتایج تحلیل کوواریانس آمیخته با اندازه‌گیری مکرر روی نمرات پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری تکانشگری و خودکنترلی خرده‌مقیاس‌های آن

متغیر	اثر	آزمون	ارزش	F	df فرضیه	df خطا	P	اندازه اثر
تکانشگری	بین آزمودنی (گروه)		۰/۱۹۴	۲۳/۲۴۴	۶	۱۱۰	$P \leq ۰/۰۰۱$	۰/۵۵۹
	درون آزمودنی (زمان)	لمبدای ویلکس	۰/۰۳۸	۲۱۸/۰۳۳	۶	۵۲	$P \leq ۰/۰۰۱$	۰/۹۶۲
	درون آزمودنی (زمان × گروه)		۰/۱۱۲	۱۷/۱۸۸	۱۲	۱۰۴	$P \leq ۰/۰۰۱$	۰/۶۶۵
خودکنترلی	بین آزمودنی (گروه)		۰/۲۰۹	۳۳/۳۰۳	۴	۱۱۲	$P \leq ۰/۰۰۱$	۰/۵۴۳
	درون آزمودنی (زمان)	لمبدای ویلکس	۰/۰۶۳	۱۹۹/۷۵۸	۴	۵۴	$P \leq ۰/۰۰۱$	۰/۹۳۷
	درون آزمودنی (زمان × گروه)		۰/۱۸۱	۱۸/۱۹۲	۸	۱۰۸	$P \leq ۰/۰۰۱$	۰/۵۷۴

دارد. همچنین بین زمان‌های سنجش (پس‌آزمون و پیگیری) تفاوت معناداری وجود دارد. در ادامه از آنجایی که بین گروه‌های (آزمایشی و کنترل) و تعامل (گروه، زمان و تعامل گروه × زمان) از لحاظ حداقل یکی از خرده‌مقیاس‌ها و نمره کل تکانشگری و خودکنترلی تفاوت معناداری وجود

مندرجات جدول ۴ نشان می‌دهد که بین گروه‌های (آزمایشی و کنترل) و تعامل (گروه × زمان) از لحاظ حداقل یکی از خرده‌مقیاس‌ها (عدم برنامه‌ریزی، تکانشگری شناختی و تکانشگری حرکتی) و نمره کل تکانشگری و خودکنترلی تفاوت معناداری وجود

خرده مقیاس‌ها و نمره کل تکانشگری مبادرت شد.

تفاوت معناداری وجود دارد، برای بررسی نقطه تفاوت به انجام تحلیل کوواریانس‌های آمیخته در متن مانکوی تکراری روی هر یک از

جدول ۵. نتایج تحلیل کوواریانس آمیخته با اندازه‌گیری مکرر در متن مانکوی آمیخته روی نمرات پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری تکانشگری و خودکنترلی و خرده مقیاس‌های آن در گروه‌های آزمایش و کنترل

منبع تغییرات	متغیر وابسته	SS	DF	MS	F	P	اندازه اثر
بین آزمودنی (گروه)	عدم برنامه‌ریزی	۳۵۱/۳۴۴	۲	۱۷۵/۶۷۲	۴۰/۳۸۲	≤۰/۰۰۱P	۰/۵۸۶
	تکانشگری شناختی	۸۴/۳۱۱	۲	۴۲/۱۵۶	۱۷/۷۵۵	≤۰/۰۰۱P	۰/۳۸۴
	تکانشگری حرکتی	۲۱۴/۱۴۴	۲	۱۰۷/۰۷۲	۲۹/۳۱۶	≤۰/۰۰۱P	۰/۵۰۷
درون آزمودنی (زمان)	تکانشگری کل	۱۷۵۲/۴۱۱	۲	۸۷۶/۲۰۶	۱۰۳/۲۶۴	≤۰/۰۰۱P	۰/۷۸۴
	عدم برنامه‌ریزی	۹۹۳/۶۷۸	۱/۳۹۳	۷۱۳/۵۷۰	۳۵۰/۲۰۴	≤۰/۰۰۱P	۰/۸۶۰
	تکانشگری شناختی	۳۷۱/۳۴۴	۱/۴۸۴	۲۵۰/۱۹۳	۲۶۸/۷۲۶	≤۰/۰۰۱P	۰/۸۲۵
درون آزمودنی (زمان × گروه)	تکانشگری حرکتی	۸۱۸/۲۱۱	۱/۴۰۱	۵۸۴/۰۷۸	۴۶۳/۲۹۲	≤۰/۰۰۱P	۰/۸۹۰
	تکانشگری کل	۶۲۸۶/۷۱۱	۱/۳۸۹	۴۵۲۷/۳۹۳	۱۰۷۰/۶۳۸	≤۰/۰۰۱P	۰/۹۴۹
	عدم برنامه‌ریزی	۲۰۰/۵۸۹	۲/۷۸۵	۷۲/۰۲۲	۳۵/۳۴۷	≤۰/۰۰۱P	۰/۵۵۴
بین آزمودنی (گروه)	تکانشگری شناختی	۵۸/۵۵۶	۲/۹۶۸	۱۹/۷۲۶	۲۱/۱۸۷	≤۰/۰۰۱P	۰/۴۲۶
	تکانشگری حرکتی	۱۹۰/۴۵۶	۲/۸۰۲	۹۶/۹۷۸	۵۳/۹۲۰	≤۰/۰۰۱P	۰/۶۵۴
	تکانشگری کل	۱۲۳۸/۵۸۹	۲/۷۷۷	۴۴۵/۹۸۷	۱۰۵/۴۶۷	≤۰/۰۰۱P	۰/۷۸۷
درون آزمودنی (زمان)	خودکنترلی	۵۲۶/۹۳۳	۲	۲۶۳/۴۶۷	۷۴/۸۸۸	≤۰/۰۰۱P	۰/۷۲۴
درون آزمودنی (زمان × گروه)	خودکنترلی	۲۷۲/۲۳۳	۲/۷۴۶	۹۹/۱۴۳	۷۷/۴۵۷	≤۰/۰۰۱P	۰/۷۳۱

^۰ درجات آزادی پس از اصلاح لازم جهت برقرار نبودن مفروضه کرویت توسط نرم افزار محاسبه شده است.

^{۰۰} نسبت F گزارش شده بر اساس شاخص Greenhouse-Geisser گزارش شده است.

نتایج مندرج در جدول ۵ نشان می‌دهد که تحلیل کوواریانس‌های آمیخته با اندازه‌گیری مکرر مربوط به اثر زمان‌ها (از پس آزمون تا پیگیری) در نمره کل تکانشگری ($F(57, 2) = 103/264, P < 0/001$) و خودکنترلی ($F(57, 2) = 74/888, P < 0/001$) معنادار است.

بنابراین، می‌توان بیان کرد که بین میانگین نمرات متغیر تکانشگری و خرده مقیاس‌های آن (عدم برنامه‌ریزی، تکانشگری شناختی و تکانشگری حرکتی) و خودکنترلی در دو گروه آزمایش و کنترل، تفاوت معناداری وجود دارد. تأثیر زمان به وسیله آزمون گرین‌هاوس-گیزر و با اصلاح درجات آزادی نمره کل تکانشگری ($F(114, 1389) = 1070/638, P < 0/001$) و خودکنترلی ($F(114, 1389) = 503/573, P < 0/001$) معنادار است. بنابراین، می‌توان بیان کرد که بین میانگین نمرات تکانشگری و خرده مقیاس‌های آن و خودکنترلی در گروه آزمایش در سه موقعیت پس آزمون و پیگیری تفاوت معناداری وجود دارد. همچنین اثر تعامل بین زمان و گروه به وسیله آزمون گرین‌هاوس-گیزر و با اصلاح درجات آزادی نمره کل تکانشگری ($F(114, 2387) = 105/467, P < 0/001$) و خودکنترلی

نتایج مندرج در جدول ۵ نشان می‌دهد که تحلیل کوواریانس‌های آمیخته با اندازه‌گیری مکرر مربوط به اثر زمان‌ها (از پس آزمون تا پیگیری) در نمره کل تکانشگری ($F(57, 2) = 103/264, P < 0/001$) و خودکنترلی ($F(57, 2) = 74/888, P < 0/001$) معنادار است. بنابراین، می‌توان بیان کرد که بین میانگین نمرات متغیر تکانشگری و خرده مقیاس‌های آن (عدم برنامه‌ریزی، تکانشگری شناختی و تکانشگری حرکتی) و خودکنترلی در دو گروه آزمایش و کنترل، تفاوت معناداری وجود دارد. تأثیر زمان به وسیله آزمون گرین‌هاوس-گیزر و با اصلاح درجات آزادی نمره کل تکانشگری ($F(114, 1389) = 1070/638, P < 0/001$) و خودکنترلی ($F(114, 1389) = 503/573, P < 0/001$) معنادار است. بنابراین، می‌توان بیان کرد که بین میانگین نمرات تکانشگری و خرده مقیاس‌های آن و خودکنترلی در گروه آزمایش در سه موقعیت پس آزمون و پیگیری تفاوت معناداری وجود دارد. همچنین اثر تعامل بین زمان و گروه به وسیله آزمون گرین‌هاوس-گیزر و با اصلاح درجات آزادی نمره کل تکانشگری ($F(114, 2387) = 105/467, P < 0/001$) و خودکنترلی

بحث و نتیجه‌گیری

هدف از پژوهش حاضر مقایسه اثربخشی طرح‌واره درمانی ذهنیت مدار و آموزش کنترل تکانه بر تکانشگری و خودکنترلی نوجوانان دارای اختلال نامنظم خلقی اختلال‌گرانه بود. نتایج حاصل از تحلیل کوواریانس چند متغیری نشان داد که طرح‌واره درمانی ذهنیت مدار بر کاهش تکانشگری اثربخش هستند. این نتایج با مطالعات دیگر برای مثال (ریچارد لپویلا و همکاران، ۲۰۱۹؛ هیلدن، ۲۰۲۱؛ رویسون و کلاین، ۲۰۲۱) همخوانی دارد.

در این روند، طرح‌واره‌درمانی ذهنیت مدار در ابتدا بر روی ذهنیت‌های طرح‌واره‌ای از جمله کودک‌عصابی، کودک تکانشی کار می‌کند. لذا در ابتدا ذهنیت‌های طرح‌واره‌ای مرتبط با طرد شدن به خاطر رفتارهای پرخاشگرانه و ایدایی را در نوجوانان دارای رفتارهای بی‌نظمی خلقی اختلال‌گرانه تعدیل می‌کند و با آگاهی دادن از نحوه سرشت (خلق و خوی) کودک که در ارتباط با سبک والدگیر قرار می‌گیرد به دنبال شناسایی نیازهای هیجانی این کودکان است. نوجوانان با آگاهی پیدا کردن از سه بعد خلق، سبک والدگری، نیازهای هیجانی و حوزه‌های مرتبط با طرد شدن، تکانه‌ای بودن و عصبانیت سرشتی سعی کنند رفتارهای خود را متناسب با رفتار کودکان تنظیم کند از سوی دیگر با ایجاد آگاهی روان‌شناختی و آزمون باورهای طرح‌واره‌ای به جنگ نشخوار فکری و نگرش‌های ناکارآمد که شروع کننده استرس در هر موقعیت است می‌رود. طرح‌واره درمانی شدت طرح‌واره و هیجان همراه آن که استرس است را تا حد قابل قبولی در طول زمان کاهش می‌دهد. همچنین استرس با کمک بازوالدینی حد و مرزدار، که همراه است با تجربه‌های پذیرش، اعتبارسازی محیطی و ایجاد دل‌بستگی ایمن کاهش می‌یابد فرد می‌آموزد خود نیازهای هیجانی اولیه خود را از طریق سازنده تأمین کند و از این طریق عزت‌نفس خود را بالا می‌برد. در این روش طی دوباره خوانی و آشکارسازی محتوای ناهشیار طرح‌واره‌های مرکزی به عنوان علت آسیب‌زایی و ایجاد تغییرات مناسب، خاطرات و تجربیات آسیب‌زا بازسازی شده، و با کاهش دادن شدت خاطرات هیجانی به وجود آورنده طرح‌واره و کاهش شدت حساسیت بدنی و فیزیکی و تغییر الگوهای مرتبط با طرح‌واره از شدت تجربه مجدد استرس کاسته می‌شود و باعث آرامش و افزایش رفتارهای خودکنترلی و مدیریت هیجانی در نوجوانان می‌شود. از سوی دیگر با کمک آموزش الگوشکنی رفتاری و تصمیم‌گیری بالغانه رفتارهای مقابله‌ای ناکارآمد با الگوهای رفتاری سازگار جایگزین می‌شوند و نوجوانان می‌آموزند به جای استفاده از رفتارهای مقابله‌ای و جبرانی

در جهت رشد فردی و چگونگی افزایش خودکنترلی و کاهش تکانشگری خود و والدینشان تجارب جدیدی را به خزانه رفتاری خود بیفزایند (پیترز و همکاران، ۲۰۲۱).

همچنین نتایج حاصل از تحلیل کوواریانس چند متغیری نشان داد که آموزش کنترل تکانه بر کاهش تکانشگری اثربخش هستند. این نتایج با مطالعات دیگر برای مثال (سلیمانی و همکاران، ۲۰۱۸؛ بیچ و فاریل، ۲۰۱۸) همخوانی دارد. در تبیین این یافته‌ها می‌توان گفت که کودکان و نوجوانان مبتلا به اختلال بی‌نظمی خلق اختلال‌گرانه به دلیل عدم یادگیری روش‌های درست به صورت نامطلوب رفتار می‌کنند به عبارت دیگر این افراد دارای نواقصی در فراگیری مهارت‌های زندگی هستند. به طوری که اصلی‌ترین مشکل این قبیل افراد به ناتوانی آن‌ها در ارزیابی و نظارت بر رفتارشان ارتباط دارد که باعث می‌شود توانایی انتظار کشیدن را نداشته باشند و بدون توجه به پیامدهای احتمالی، دست به انجام کاری بزنند و از لحاظ اجتماعی منزوی و از لحاظ روانی آسیب‌پذیر باشند؛ اما مهارت‌های کنترل تکانه که متضمن خودنظارتی، خودارزیابی و خودتقویتی است، باعث می‌شود که افراد مهارت‌های ذکر شده را در خود تقویت نمایند و بدون نیاز به کمک دیگران تکالیف خود را انجام دهند و از عهده مسئولیت‌های اجتماعی برآیند (مولارنی و همکاران، ۲۰۲۱). از این رو، بر اساس نتایج پژوهش‌ها یکی از بهترین روش‌های اصلاح رفتار کودکان و نوجوانان مبتلا آموزش مهارت‌های کنترل تکانه به خود فرد دارای اختلال است (سلیمانی و همکاران، ۲۰۱۸) چرا که این آموزش باعث می‌شود که این افراد یاد بگیرند که خودشان به صورت درونی و بیرونی بر رفتار خود با فرزندان نظارت کنند، رفتار خود را مورد ارزیابی قرار دهند، پیامدهای آن را در نظر داشته باشند و در نتیجه به خودتقویتی یا خودتنبیهی بپردازند و با اصلاح نحوه رفتارهای خود زمینه را برای اصلاح رفتارهای فرزندان فراهم کنند. خودکنترلی به دلیل اینکه به کودکان و نوجوانان اجازه می‌دهد تا رفتارشان را در غیاب حمایت و نظارت بزرگسالان اداره کنند، بسیار مؤثر است و به آن‌ها می‌آموزد تا نسبت به رفتارشان احساس مسئولیت کنند و در نتیجه این حس مسئولیت سبب می‌شود تا از لحاظ روانی نیز بهبود یابند. بنابراین، می‌توان با آموزش مهارت‌های کنترل تکانه به نوجوانان دارای بی‌نظمی خلقی اختلال‌گرانه، میزان خودکنترلی آنان را افزایش داد که در نتیجه آن بسیاری از مشکلات آن‌ها، از جمله مشکل در مهارت‌های ارتباطی و رفتارهای مزاحم کاهش و مهارت‌های اجتماعی و سلامت روان آن‌ها افزایش خواهد یافت. همچنین می‌توان گفت نوجوانان دارای اختلال نامنظم خلقی اختلال‌گرانه بیش تر از

ذهنیت‌مدار راه‌های مقابله با مشکل به‌طور مستقیم بررسی می‌شوند و معمولاً با یافتن راه‌حل‌های مناسب برای مشکلات ارتباطی و روابط والد-فرزند به دنبال آموزش دادن باعث نظم و انسجام فکری در نوجوانان می‌شود و آشفته‌گی هیجانی مرتبط با ناتوانی در نحوه برخورد با محیط بی‌اعتبارساز را کاهش می‌دهد. به این ترتیب قابل کنترل بودن منابع هیجانی باعث می‌شود تا فرد سلامت روان‌شناختی بهتره داشته باشد و ادراک این انسجام به روابط باعث افزایش کارآمدی رفتاری و هیجانی شده و نوجوانان می‌توانند با آرامش بهتری مسائل و تعارضات والد-فرزند را بهتر حل کنند. از سوی دیگر نحوه ادراک والدین از مشکلات فرزندان را تغییر می‌دهد و به احتمال زیاد با تعامل‌ها و رفتارهای مثبت منجر شود. طرح‌واره درمانی ذهنیت‌مدار با مطرح کردن نقش طرح‌واره‌ها و پاسخ مقابله در مفهوم‌سازی مشکلات روان‌شناختی توانسته است سهم بیشتری در تبیین مشکلات روان‌شناختی ایفا کند. از سوی دیگر طرح‌واره‌درمانی با پرداختن به نقش مؤلفه‌های هیجانی در درمان توانسته رویکرد کلاسیک رفتاری-شناختی را از توجه صرف به مؤلفه‌های شناختی و رفتاری نجات دهد (پیترز و همکاران، ۲۰۲۱). این پژوهش بر حسب نمونه‌ای که وارد پژوهش شده شناسایی عوامل زیربنایی رفتار و شخصیت بیماران و آگاه کردن آن‌ها از تأثیرگذاری این طرح‌واره‌ها بر هیجان‌ات و ادراک بیماری فرزندان، آن‌ها را هشیار کرده که در برخوردهای بین فردی نقش این طرح‌واره‌ها را با دقت بیشتری در نظر بگیرند و از طرف دیگر مجهز کردن آن‌ها نسبت به انتخاب شیوه صحیح پاسخ به مشکلات بوجود آمده توسط اختلال نامنظم خلقی اختلال‌گرانه جلوگیری کرده و افراد را نسبت به راهکارهای صحیح تجهیز کند. لذا افزایش دانش در خصوص اختلال، استفاده از تکنیک‌های شناختی، رفتاری و هیجانی، اصلاح ذهنیت‌های مرتبط در نوجوانان و توانایی مدیریت و کنترل رفتار می‌تواند خودکنترلی هیجانی، رفتاری و شناختی را در آن‌ها افزایش دهد.

همچنین نتایج حاصل از تحلیل کوواریانس چند متغیری نشان داد که آموزش کنترل تکانه بر افزایش خودکنترلی اثربخش هستند. این نتایج با مطالعات دیگر برای مثال (سلیمانی و همکاران، ۲۰۱۸؛ بیج و فاریل، ۲۰۱۸) همخوانی دارد.

در تبیین این یافته‌ها می‌توان گفت که افراد مبتلا به اختلال نامنظم خلقی اختلال‌گرانه نسبت به گروه بهنجار در رمزگردانی و پردازش اطلاعات اجتماعی، عملکرد ضعیفی دارند که این امر منجر به رفتارهای ایذایی و پرخاشگرانه در این دانش‌آموزان می‌شود (لاپورته

دانش‌آموزان عادی در معرض خطر ابتلا به افسردگی، تحریک-پذیری، مشکلات بین فردی، مشکلات برونی‌سازی، اضطراب، احساس تهایی و اقدام به رفتارهای خودآسیبی قرار دارند؛ زیرا اغلب از جامعه طرد می‌شوند (لاپورته و همکاران، ۲۰۱۹). بنابراین با آموزش به نوجوانان دارای این اختلال می‌توان بخشی از رفتارهای مرتبط با اعمال تکانه‌اش را تعدیل کرد و با افزایش خودکنترلی یک آموزش را در افراد دارای این اختلال نهادینه کرد و بخشی از نقص مهارتی که توسط والدین و محیط آموزشی باید آموزش داشته شود، جبران می‌شود. بنابراین، خودکنترلی والدینی با خودکنترلی فرزندان مرتبط است و این امر یک فرآیند متقابل است.

نتایج آزمونهای تعقیبی بنفرونی نشان داد که بین طرح‌واره درمانی ذهنیت‌مدار و آموزش کنترل تکانه از نظر اثربخشی بر تکانشگری نوجوانان دارای اختلال نامنظم خلقی اختلال‌گرانه در مرحله پس‌آزمون و پیگیری تفاوتی وجود نداشت. در خصوص عدم تفاوت طرح‌واره درمانی ذهنیت‌مدار و آموزش کنترل تکانه بر تکانشگری نوجوانان دارای اختلال نامنظم خلقی اختلال‌گرانه می‌توان گفت، در هر دو رویکرد درمانی نیازمند آموزش، یادگیری و تمرین هستند در گذر زمان پاسخ بهتری به دنبال دارند. طرح‌واره درمانی رویکردی است که بر جنبه‌های سالم شخصیت فرد و توانمندسازی او تکیه دارد و از آنها حمایت می‌کند. درمانگر با کمک بیمار، اتحادی سالم با جنبه سالم او، به وجود می‌آورد تا دانش آموز شناخت طرح‌واره‌های ناسالم را بی‌آموزد و پاسخ بالغانه به آن‌ها بدهد. هدف نهایی درمان، تقویت ذهنیت بزرگسال سالم در فرد است که به سلامت و بهبود همه مشکلات روان‌شناختی که یکی از آن‌ها افزایش خودکنترلی است می‌انجامد. از سوی دیگر آموزش کنترل تکانه با آموزش مهارت‌های رفتاری بخشی از خزانه رفتاری نوجوانان را بهبود می‌بخشد و زمینه را برای خودنظارتی، سرمش‌دهی و الگوگیری مجدد فراهم می‌کند به همین خاطر می‌تواند یک خزانه تقویتی و خودنظارتی منسجم را در نوجوانان به وجود آورد با توجه به تمرین محور بودن، تمرکز بر بازسازی سبک سالم شخصیتی، افزایش خزانه رفتاری و هیجان محور بودن می‌توان انتظار داشت بین دو مداخله تفاوتی وجود نداشته باشد. نتایج حاصل از تحلیل کوواریانس چند متغیری نشان داد که طرح‌واره درمانی ذهنیت‌مدار بر افزایش خودکنترلی اثربخش هستند. این نتایج با مطالعات دیگر برای مثال (ریچارد لپوریل و همکاران، ۲۰۱۹؛ هیلدن، ۲۰۲۱؛ روینسون و کلاین، ۲۰۲۱) همخوانی دارد.

در تبیین این نتایج می‌توان چنین اظهار داشت که در طرح‌واره درمانی

روان‌شناسی مدرسه و آموزشگاه

یک ارتباط مشترک و قوی میان درمانجو و درمانگر است و درمانگر فعالانه رفتارهای سازگارانه را به درمانجو آموزش می‌دهد و درمانجو ملزم به انجام این تکالیف می‌باشد و زمانی که هر هفته تکالیف از درمانجو خواسته می‌شود به درمانجو بازخورد داده می‌شود؛ بنابراین، این درمان می‌تواند در افزایش خودکنترلی مؤثر باشد. در واقع این روش درمانی با آموزش مهارت‌های اجتماعی مناسب (درون فردی و بین فردی) به نوجوانان ابزار جدیدی برای بیان نظرات و نیازهای فردی و اجتماعی در اختیار آنها قرار می‌دهد. همچنین این درمان با آموزش مهارت‌های حل مسأله اجتماعی و بارش مغزی به این نوجوانان باعث می‌شود وقتی آن‌ها در برخورد با مسائل اجتماعی، هیجانی و روان‌شناختی که منجر به ناکامی می‌شود به جای پاسخگویی بدون تفکر و تکانشی راه‌حل‌های متعددی برای حل این مشکل پیدا کنند و از تکنیک‌های مسأله مدار استفاده نمایند تا هیجان مدار و این مهارت‌ها ضمن حمایت از روابط شان با دیگران به صورت محترمانه می‌تواند در طول زمان تداوم داشته باشد (سلیمانی و همکاران، ۲۰۱۸).

این پژوهش صرفاً بر روی نوجوانان دارای اختلال نامنظم خلقی اختلال‌گراانه انجام گرفته است، از این رو برای تعمیم نتایج به سایر جوامع باید جانب احتیاط رعایت گردد علاوه بر این دوره پیگیری ۲ ماهه به دلیل محدودیت زمانی انجام گرفت، همچنین برای سنجش متغیر پژوهش صرفاً از پرسشنامه استفاده شده است که به نظر می‌رسد این موضوع به صورت خودگزارش‌دهی محدودیت‌هایی به همراه دارد. همچنین مشکلات مربوط به مختص بودن جامعه به شهرستان شیراز از دیگر جمله محدودیت‌هایی هستند که در این پژوهش برجسته‌اند. پیشنهاد می‌شود در پژوهش‌های آتی از دیگر روش‌های درمانی برای اختلال نقص توجه بیش‌فعالی، اختلال سلوک و نافرمانی مقابله‌ای استفاده شود و این پژوهش بر روی جوامع دیگر نیز صورت گیرد. همچنین نتایج حاضر از چندین زاویه و در عرصه‌های گوناگون می‌تواند به کار گرفته شود، این یافته‌ها را می‌توان در حوزه‌های روان‌شناسی، مشاوره و آموزش به کار بست چرا که نتایج حاصل از کارآمدی مؤثر آموزش طرح‌واره درمانی ذهنیت مدار و آموزش کنترل تکانه به صورت یک ترکیب آموزشی و دارویی است.

و همکاران، ۲۰۲۱). همچنین رفتار آشکار در این دانش‌آموزان به وسیله جریان شناختی، میانجی‌گری نمی‌شود و این افراد نمی‌توانند یاد بگیرند که با کنترل و تغییر فرآیندهای شناختی، رفتار خود را تغییر دهند (مولارنی و همکاران، ۲۰۲۰). در تبیین دیگر این نتایج می‌توان گفت که روابط بین والدین و فرزندان به طور خاص، تأثیر عمیقی بر سلامت روانی، فیزیکی، اجتماعی و اقتصادی کودک دارد. در واقع تعاملات خانوادگی ضعیف، شامل فرزند پروری بی‌ثبات و مبتنی بر تنبیه، نگرش والدی طردکننده یا سرد، قوانین انضباطی سخت و ناپایدار، دلبستگی ناایمن، نظارت یا کنترل ناکافی والدی و اختصاص زمان اندک به کودک و فقدان ارتباط مثبت (کانگوفوس و همکاران، ۲۰۲۰). به عنوان عوامل خطر و پیش‌بینی کننده در نظر گرفته می‌شوند که به طور کلی این کودکان را در معرض خطر بروز رفتارهای تکانشی و پرخطر قرار می‌دهند (لاپورته و همکاران، ۲۰۱۹) از سوی دیگر درمان شناختی - رفتاری و از جمله آموزش کنترل تکانه این فرصت را برای این نوجوانان فراهم می‌کند که با فاصله به مشکل خود مواجه شوند و احساس کنند مهارت‌هایی دارند که علی‌رغم وجود مشکلات تحصیلی، اجتماعی و هیجانی امکان برقراری یک ارتباط لذت‌بخش را برای آنها ایجاد می‌کند. به علاوه، آموزش به گونه‌ای بود که نوجوانان را به تأمل و تفکر وا می‌داشت، چرا که مبتنی بر سؤال و تفکر بود و مکرر تأکید می‌شد از پاسخ دادن سریع و تکانشی پرهیز و بیشتر دقت و تأمل کنند. در واقع اثربخشی این رویکرد آموزشی در کاهش رفتارهای تکانشی (شناختی، رفتاری و حرکتی) و افزایش رفتارهای مطلوب اجتماعی، به این دلیل است که در جلسات گروه، مشارکت عملی و کلامی افراد برای پیدا کردن راه‌حل به شدت مورد توجه قرار گرفته و رفتارهای مطلوب و پاسخ‌های دانش‌آموزان تشویق شده است. از سوی دیگر اثربخشی آموزش مهارت‌های کنترل تکانه را در افزایش خودکنترلی را این گونه می‌توان تفسیر کرد که یکی از عوامل تشدید رفتارهای تکانشی و ایذایی در این کودکان کمبود حمایت‌های عاطفی و اجتماعی، عزت نفس پایین، مشکلات مدرسه، انزوا، رفتارهای پرخطر و اختلالات خلقی و اضطرابی است (لاپورته و همکاران، ۲۰۲۱). بنابراین چون مهارت‌های کنترل تکانه به عنوان یک درمان حمایت‌گراانه ارائه می‌شود و مستلزم

Handbook of narcissism and narcissistic personality disorder: Theoretical approaches, empirical findings, and treatments, PP: 445-456.

- Bowlin, S. L., & Baer, R. A. (2012). Relationship between mindfulness, self-control, and psychological functioning. *Personality and Individual Differences*, 52, 411-415. [Doi: 10.1016/j.paid.2011.10.050]
- Camarista, G. (2012). *Creative, self- efficacy, anxiety, and problem solving performance of the potential mathematically gifted*. International Research Conference for Globalization and Sustainability. La Paz, Iloilo City, Philippines.
- Clarkson, J. J., Hirt, E. R., Jia, L., & Alexander, M. B. (2010). When perception is more than reality: The effects of perceived versus actual resource depletion on self-regulatory behavior. *Journal of Personality and Social Psychology*, 98(1), 29-46. [Doi: 10.1037/a0017539]
- Daly, M., Baumeister, R. F., Delaney, L., & MacLachlan, M. (2014). Self-control and its relation to emotions and psychobiology: Evidence from a day reconstruction method study. *The Journal of Behavioral Medicine*, 37(1), 81- 93. [Doi: 10.1007/s10865-012-9470-9]
- Estévez, A., Ozerinjauregi, N., Herrero-Fernández, D., & Jauregui, P. (2019). The mediator role of early maladaptive schemas between childhood sexual abuse and impulsive symptoms in female survivors of CSA. *Journal of Interpersonal Violence*, 34 (4), 763-784. [DOI: 10.1177/0886260516645815]
- Hilden, H. M., Rosenström, T., Karila, I., Elokorpi, A., Torpo, M., Arajärvi, R., Isometsä, E. (2021). Effectiveness of brief schema group therapy for borderline personality disorder symptoms: a randomized pilot study. *Nordic Journal of Psychiatry*, 75(3), 176-185. [Doi: 10.1080/08039488.2020.1826050]
- Knackfuss, A., Leibenluft, E., Brotman, M. A., de Moura Silveira Júnior, É., Simioni, A., Teixeira, L. S., Gerchmann, L., Fijtman, A., Trasel, A. R., Sperotto, D., Manfro, A. G., Kapczinski, F., Sant'Anna, M. K., & Salum, G. A. (2020). Differentiating irritable mood and disruptive behavior in adults. *Trends in Psychiatry and Psychotherapy*, 42(4), 375-386. [Doi: 10.1590/2237-6089-2019-0078]
- Kopf-Beck, J., Zimmermann, P., Egli, S., Rein, M., Kappelmann, N., Fietz, J., Tamm, J., Rek, K., Lucae, S., Brem, A. K., Sämann, P., Schilbach, L., & Keck, M. E. (2020). Schema therapy versus cognitive behavioral therapy versus individual supportive therapy for depression in an inpatient and day clinic setting: study protocol of the OPTIMA-RCT. *BMC Psychiatry*, 20 (1), 506. [Doi: 10.1186/s12888-020-02880-x]
- Kring, A. M., Sheri, L., Johnson, C., & John, M. (2012). *Abnormal psychology*, 12th Edition.

ملاحظات اخلاقی

پیروی از اصول اخلاق پژوهش

اصول اخلاقی تماماً در این مقاله رعایت شده است. شرکت کنندگان اجازه داشتند هر زمان که مایل بودند از پژوهش خارج شوند. همچنین همه شرکت کنندگان در جریان روند پژوهش بودند. اطلاعات آن‌ها محرمانه نگه داشته شد.

حامی مالی

این تحقیق هیچ‌گونه کمک مالی از سازمان‌های تأمین مالی در بخش‌های عمومی، تجاری یا غیرانتفاعی دریافت نکرده است.

مشارکت نویسندگان

تمامی نویسندگان در طراحی، اجرا و نگارش تمامی بخش‌های پژوهش حاضر مشارکت داشته‌اند.

تعارض منافع

نویسندگان مقاله هیچ‌گونه تعارض منافی گزارش نمی‌کنند.

منابع

- جاوید، محبوبه؛ محمدی، نوراله و رحیمی، چنگیز (۱۳۹۱). ویژگی‌های روانسنجی نسخه فارسی یازدهمین ویرایش مقیاس تکانشگری بارت. فصلنامه علمی - پژوهشی روش‌ها و مدل‌های روان‌شناختی، ۲ (۸)، ۲۳-۳۴.
- زارع بهرام آبادی، مهدی و گنجی، کامران. (۱۳۹۳). بررسی شیوع اختلال نارسایی توجه/بیش‌فعالی و همبودی آن با اختلال یادگیری در دانش‌آموزان دبستانی. مجله ناتوانی‌های یادگیری، ۳ (۴)، ۲۵-۴۳.
- ژندا، لوئیس. *آزمون‌های شخصیت*. ترجمه بشارت و حبیب نژاد (۱۳۸۸). انتشارات آبیژ.

References:

- Achecback, T. M. & Rescorla, L. A. (2001). *Manual for the ASEBA School-Age Forms & Profiles*. Burlington, VT: University of Vermont. Research Center for Children, Youth, and Families.
- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-5®)*. American Psychiatric Pub.
- Bach, B., Farrell, J. M. (2018). Schemas and modes in borderline personality disorder: The mistrustful, shameful, angry, impulsive, and unhappy child. *Psychiatry Research*, 259, 323-329. [Doi: 10.1016/j.psychres.2017.10.039]
- Behary, W. T., & Dieckmann, E. (2011). *Schema therapy for narcissism: The art of empathic confrontation, limit-setting, and leverage*. The

- Laporte, P. P., Matijasevich, A., Munhoz, T. N., Santos, I. S., Barros, A. J. D., Pine, D. S., Rohde, L. A., Leibenluft, E., Salum, G. A. (2021). Disruptive mood dysregulation disorder: Symptomatic and syndromic Thresholds and diagnostic operationalization. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry's*, 60(2), 286-295. [Doi: 10.1016/j.jaac.2019.12.008]
- Laporte, P. P., Matijasevich, A., Munhoz, T. N., Santos, I. S., Barros, A. J. D., Samuel Pine, D., Rohde, L. A., Leibenluft, E., Salum, G. A. (2019). Disruptive mood dysregulation disorder: Symptomatic and syndromic thresholds and diagnostic operationalization. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 60 (2), 286-295. [Doi: 10.1016/j.jaac.2019.12.008]
- Linke, J. O., Adleman, N. E., Sarlls, J., Ross, A., Perlstein, S., Frank, H. R., Towbin, K. E., Pine, D. S., Leibenluft, E., Brotman, M. A. (2020). White matter microstructure in pediatric bipolar disorder and disruptive mood dysregulation disorder. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 59(10), 1135-1145. [Doi: 10.1016/j.jaac.2019.05.035]
- Mayer, J. D., Salovey, P., Caruso, D. R., Sitarenios, G. (2003). Measuring emotional intelligence with the MSCEIT V2.0. *Emotion*, 3(1), 97-105. [Doi: 10.1037/1528-3542.3.1.97]
- Moeller, F. G., Barratt, E. S., Dougherty, D. M., Schmitz, J. M. and Swann, A. C. (2001). Psychiatric aspects impulsivity. *American Journal of Psychiatry*, 158(11), 1783-1793. [Doi: 10.1176/appi.ajp.158.11.1783]
- Mulraney, M., Silk, T. J., Gulenc, A., Efron, D., Hazell, P., Sciberras, E. (2021). Persistence of disruptive mood dysregulation disorder in children with attention-deficit/hyperactivity disorder. *Journal of Affective Disorders*, 278, 502-505. [Doi: 10.1016/j.jad.2020.09.109]
- Nilsen, F. A., Bang, H., Boe, O., Martinsen, Ø. L., Lang- Ree, O. C., Røysamb, E. (2021). The Multidimensional Self-Control Scale (MSCS): Development and validation. *Psychological Assessment*, 32(11), 1057-1074. [Doi:10.1037/pas0000950]
- Patton, J.H., Stanford, M.S. and Barratt, E.S. (1995) Factor structure of the barratt impulsiveness scale. *Journal of Clinical Psychology*, 51(6),768-74. [Doi: 10.1002/1097-4679(199511)51:6<768::aid-jclp2270510607>3.0.co;2-1]
- Peeters, N., Stappenbelt, S., Burk, W. J., van Passel, B., & Krans, J. (2021). Schema therapy with exposure and response prevention for the treatment of chronic anxiety with comorbid personality disorder. *The British Journal of Clinical Psychology*, 60 (1), 68–76. [Doi: 10.1111/bjc.12271]
- Piquero, A. R., Jennings, W. G., Farrington, D. P., Diamond, B., Gonzalez, J. M. R. (2016). A meta-analysis update on the effectiveness of early self-control improvement programs to improve self-control and reduce delinquency. *Journal of Experimental Criminology*, 12(2), 229-248. [Doi:10.1007/s11292-016-9257-z]
- Poushaneha, K., Ghobari Bonab, B., & Hasanzadeh Namin, F. (2010). Effect of training impulse control on increase attention of children with attention-deficit/hyperactivity disorder. *Procedia Social and Behavioral Sciences*, 5, 983–987. [Doi:10.1016/j.sbspro.2010.07.222]
- Richard-Lepouriel, H., Kung, A., Hasler, R., Bellivier, F., Prada, P., Gard, S., Ardu, S., Kahn, J., Dayer, A., Henry, C., Aubry, J., Leboyer, M., Perroud, N., & Étain, B. (2019). Impulsivity and its association with childhood trauma experiences across bipolar disorder, attention deficit hyperactivity disorder and borderline personality disorder. *Journal of Affective Disorders*, 244, 33-41. [Doi: 10.1016/j.jad.2018.07.060]
- Robinson, M. D., Klein, R. J. (2021). *The momentary and the macro in action control: A motor control analysis of impulse control difficulties*. Emotion (Washington, D.C.).
- Soleimani, E., Hassani, M., & Talebi, M. (2018). The effectiveness of impulsive control training on quality of life in bully students. *International Journal of Psychology*, 12 (2), 24-45.
- Sperry, L. (1999). *Cognitive behavior therapy of DSM-IV disorder*. USA: unner/ Mazel.
- Stoddard, J., Wiggins, J. L., Wakschlag, L. S. (2021). Editorial: Defining the clinical boundary of disruptive mood dysregulation disorder symptoms in youth. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry's*, 60(2), 216-218. [Doi: 10.1016/j.jaac.2020.12.019]
- Tangney, J., Baumeister, R. F., & Boone, A. L. (2004). High self-control predicts good adjustment, less pathology, better grades, and interpersonal success. *Journal of Personality*, 72, 271–324. [Doi: 10.1111/j.0022-3506.2004.00263.x]
- Van Dijk, M., Veenstra, M. S., Bouman, R., Peekel, J., Veenstra, H., Van Dalen, J., & Voshaar, O. (2019). Group schema-focused therapy enriched with psychomotor therapy versus treatment as usual for older adults with cluster B and/or C personality disorders: a randomized trial. *BMC Psychiatry*, 19 (1), 26. [Doi: 10.1186/s12888-018-2004-4]
- Van Maarschalkerweerd, F. A. T., Engelmoer, I. M., Simon, S., Arntz, A. (2021). Addressing the punitive parent mode in schema therapy for borderline personality disorder: Short-term effects of the empty chair technique as compared to cognitive challenging. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 73,101678.

- Vogel, M. and Van Ham, M. (2018). Unpacking the relationships between Impulsivity, neighborhood disadvantage, and adolescent violence: An application of a neighborhood-based group decomposition. *Journal of Youth and Adolescence*, 47(4), 859-871.
- Waxman, S. E. (2011). A systematic review of Impulsivity in eating disorders. Impulsivity in eating disorders. *European Eating Disorders Review*, 17(3), 408–425. [Doi: 10.1002/erv.952]
- Young, J. E., Klosko, J. S., & Weishaar, M. E. (2003). *Schema therapy: A practitioner's guide*. Guilford Press.
- Zamani, N., Ahmadi, V., Ataie Moghanloo, V., & Mirshekar, S. (2014). Comparing the Effectiveness of two Therapeutic Methods of Dialectical Behavior Therapy and Cognitive Behavior Therapy on the Improvement of Impulsive Behavior in the Patients Suffering from Major Depressive Disorder (MDD) Showing a Tendency to Suicide. *Journal of Ilam University of Medical Sciences*, 22 (5), 45-54.
- Zare bahramabadi, M., & Ganji, K. (2014). The study of prevalence of attention deficit / hyperactivity disorder (ADHD) and it's comorbidity with learning disorder (LD) in primary school's students. *Journal of Learning Disabilities*, 3(4), 25-43. (Persian)
[http://jld.uma.ac.ir/article_187.html?lang=en]