

## Research Paper

# The effectiveness of cognitive-behavioral therapy on emotion regulation and irritability of the students suffering from disruptive mood dysregulation disorder



Hosein. Sheybani<sup>1</sup>, Niloofar. Mikaeili<sup>2\*</sup> & Mohammad. Narimani<sup>3</sup>

1. Assistant professor, Department of psychology, Payame Noor university, Tehran, Iran.
2. Professor, Department of psychology, Faculty of Educational Sciences and Psychology, University of Mohaghegh Ardabili, Ardabil, Iran.
3. Professor, Department of psychology, Faculty of Educational Sciences and Psychology, University of Mohaghegh Ardabili, Ardabil, Iran.



**Citation:** Sheybani, H., Mikaeili, M. & Narimani, M. (2022). [The effectiveness of cognitive-behavioral therapy on emotion regulation and irritability of the students suffering from disruptive mood dysregulation disorder (Persian)]. *Journal of School Psychology and Institutions*, 11(1):56-67. <https://dx.doi.org/10.22098/jsp.2022.1569>.

**doi:** 10.22098/JSP.2022.1569



### Article Info:

Received: 2017/08/31

Accepted: 2022/03/29

Available Online: 2022/06/01

### Key words:

Cognitive-behavior therapy, emotion regulation, disruptive mood dysregulation disorder, irritability.

## ABSTRACT

**Objective:** This research aimed at studying the efficacy of cognitive behavior therapy on emotion regulation and irritability of the students suffered from disruptive mood dysregulation disorder.

**Methods:** The method of the present study is quasi-experimental. Using purposive sampling, thirty junior high school students suffering from disruptive mood dysregulation disorder were selected through diagnostic interview, then were randomly assigned to an experimental and a control group (each group consisted of 15 participants). They answered to emotional reactivity index and emotional adjustment scale whose validity and reliability are confirmed. The data were analyzed by Multivariate Analysis of Covariance (MONCOVA) using SPSS-21 software.

**Results:** The findings showed that cognitive-behavioral therapy significantly reduced the negative components of emotional self-regulation such as blaming others, rumination, catastrophizing, and increasing the positive components of emotional regulation, positive attention, positive evaluation, reconsideration and acceptance. Treatment also led to a significant reduction in the excitability of the sample group.

**Conclusion:** Therefore, it can be concluded that this treatment can be effective in emotion regulation and irritability of these patients.

## Extended Abstract

### 1. Introduction

O

ne of the biggest concerns of researchers has been determining the prognosis of bipolar disorder in children and adolescents, among whom the role of irritable mood in the development of this disorder is prominent (Krieger & Stringers, 2013). One of the most important problems in people with destructive mood disorder is irritability. In a way, it is the most prominent symptom that characterizes this disorder. Irritability is defined as the

tendency to react to aggressive emotions, impulsivity, hostility, and behaviors in failure and disagreement (Fida, Pasilo, Barbaranelli, Tramontano, & Fontaine, 2012). The findings suggest that people with DMDD are more afraid of neutral stimuli than normal people. They consider neutral stimuli and emotions of vague faces as threats (Brutman, Rich, Geer, Lansford, Horsey et al., 2010). So, it turns out that people with DMDD have major problems regulating their emotions. Cognitive-behavioral therapy as a comprehensive treatment has been able to reduce the severity of many problematic symptoms in mental

\*Corresponding Author:

Niloofar. Mikaeili

Address: Professor, Department of psychology, Faculty of Educational Sciences and Psychology, University of Mohaghegh Ardabili, Ardabil, Iran.

Tel: +98 (45) 31505657

E-mail: [nmikaeili@uma.ac.ir](mailto:nmikaeili@uma.ac.ir)

disorders. Findings suggest that cognitive-behavioral therapy can be effective in regulating emotion. Therefore, the main question of this study is whether cognitive-behavioral therapy is effective in emotional regulation and irritability of students with DMDD?

## 2. Materials and Methods

This study is an applied quasi-experimental pre-test and post-test with a control group. The population included all male high school students studying (95-96) in Shahroud schools. Due to the rarity of the disorder, referred to most schools and by targeted sampling method 30 knowledge Learn how to report the cut-off point 4 in the emotional reactivity index

and They had a cut-off point of 3 in the parents' report and also had other criteria for this disorder during the clinical interview. 15 people in the experimental group and 15 people in the control group were randomly selected. Stringers Emotional Reactivity Index (2012) and Garnfsky and Craig (2006) Emotional Cognitive Regulation Questionnaire were used to collect data.

## 3. Results

Data According to the results in Table 1, none of the research variables was significant in homogeneity of variance and normality of data distribution ( $p > .05$ ). As a result, it can be inferred that the assumption of equality of variances is confirmed.

**Table 1. Results of one-way analysis of covariance on the mean of research variables**

Variable	Total squares	Degree of freedom	Average squares	F	Meaningful
Blame yourself	12.69	1	12.69	1.64	0.21
Blame others	55.76	1	55.76	8.40	0.01
Intellectual rumination	87.12	1	87.12	11.12	0.004
Catastrophizing	55.23	1	55.23	7.03	0.01
Acceptance	54.44	1	54.44	5.47	0.03
Rreconsideration	74.22	1	74.22	12.11	0.003
Positive attention	95.06	1	12.69	1.64	0.21
Positive evaluation	12.69	1	55.76	8.40	0.01
Perspective taking	55.76	1	87.12	11.12	0.004
Irritability	87.12	1	55.23	7.03	0.01

Based on Table 1, the results of multivariate analysis of covariance show that the difference between the mean of the experimental group and the control group in blaming others, intellectual rumination, catastrophizing and acceptance, reconsideration and positive attention, positive evaluation and perspective taking and irritability is significant. But the blame variable ( $F = 1.64$  and  $p = 0.21$ ) is not observed between the two groups.

## 4. Discussion and Conclusion

The aim of this study was to evaluate the effectiveness of cognitive-behavioral therapy on emotion regulation and irritability in students with destructive mood disorder in middle school. The results showed that cognitive-behavioral therapy significantly changed the emotional regulation and its components among students with destructive mood disorder. In a way, this treatment reduced the blame of others, rumination and catastrophizing and significantly increased the acceptance, positive attention, positive evaluation perspective taking in students with DMDD. Cognitive-behavioral therapy also significantly reduced the irritability that is the main feature of this disorder. Therefore, the results of this study are consistent with the results of Rao (2014), Stoddard et al. (2016), McLeod and Matthews (2016). To explain this finding, it can be stated that people who have high

emotional perception and use emotions and emotional experience appropriately are inversely related to the severity of anxiety that they perceive (Jacobs, Snow, Grace, Whitlingham, Blair et al., 2008).

## 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

## اثر بخشی درمان شناختی رفتاری بر تنظیم هیجان و تحریک پذیری دانش‌آموزان مبتلا به اختلال بدتنظیمی خلق مخرب

حسین شیبانی<sup>۱</sup>، نیلوفر میکائیلی<sup>۲\*</sup> و محمد نریمانی<sup>۳</sup>

۱. استادیار گروه روانشناسی، دانشگاه پیام نور، تهران، ایران.

۲. استاد گروه روانشناسی، دانشکده علوم تربیتی و روانشناسی، دانشگاه محقق اردبیلی، اردبیل، ایران.

۳. استاد گروه روانشناسی، دانشکده علوم تربیتی و روانشناسی، دانشگاه محقق اردبیلی، اردبیل، ایران.

## چکیده

**هدف:** پژوهش حاضر با هدف بررسی اثربخشی درمان شناختی رفتاری بر تنظیم هیجان و تحریک‌پذیری دانش‌آموزان مبتلا به اختلال بدتنظیمی خلق مخرب انجام شد.

**روش‌ها:** روش پژوهش حاضر از نوع نیمه آزمایشی است. با استفاده از روش نمونه‌گیری هدفمند، ۳۰ دانش‌آموز مقطع راهنمایی، که با استفاده از مصاحبه تشخیصی، به عنوان افراد مبتلا به اختلال بدتنظیمی خلق مخرب تشخیص داده شده بودند، به طور تصادفی به دو گروه آزمایش و کنترل گمارده شدند. آن‌ها با ابزارهای شاخص واکنش‌پذیری عاطفی (استرینگرز و همکاران) و مقیاس تنظیم هیجانی (گارنفسکی و کرایچ) پاسخ دادند. داده‌ها با استفاده از روش تحلیل کوواریانس چند متغیری و با استفاده از نرم افزار SPSS-21 مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

**یافته‌ها:** یافته‌ها نشان داد که درمان شناختی رفتاری باعث کاهش معنادار مؤلفه‌های منفی خودتنظیمی هیجانی؛ یعنی ملامت دیگران، نشخوار فکری، فاجعه‌سازی و افزایش مؤلفه‌های مثبت تنظیم هیجانی؛ یعنی توجه مثبت، ارزیابی مثبت، توجه مجدد و پذیرش گردید ( $P < 0/05$ ). همچنین این روش درمانی، باعث شد که میزان تحریک‌پذیری گروه نمونه به میزان قابل ملاحظه‌ای کاهش یابد.

**نتیجه‌گیری:** می‌توان نتیجه گرفت که این شیوه درمان می‌تواند بر تنظیم هیجان‌ات و کاهش تحریک‌پذیری این بیماران مؤثر واقع شود.

## اطلاعات مقاله:

تاریخ دریافت: ۱۳۹۶/۰۶/۰۹

تاریخ پذیرش: ۱۴۰۱/۰۱/۰۹

تاریخ انتشار: ۱۴۰۱/۰۳/۱۱

## کلیدواژه‌ها:

درمان شناختی رفتاری، تنظیم هیجان، بدتنظیمی خلق مخرب، تحریک‌پذیری.

## مقدمه

لبینلافت<sup>۴</sup> (۲۰۱۱) اصطلاح نانتظیمی خلق شدید<sup>۵</sup> (SMD) را مطرح نمود (رائو<sup>۶</sup>، ۲۰۱۴).

یکی از مهم‌ترین مشکلات افراد دارای اختلال بدتنظیمی خلق مخرب<sup>۷</sup>، تحریک‌پذیری<sup>۸</sup> است. به نحوی که برجسته‌ترین مشخصه این اختلال است. تحریک‌پذیری به عنوان تمایل به واکنش به احساسات پرخاشگرانه، تکانشگری، خصومت‌طلبی و رفتارهایی در

یکی از بزرگ‌ترین دغدغه‌های محققان تعیین پیش‌بینی‌های اختلال دو قطبی<sup>۱</sup> در کودکان و نوجوانان بوده است. محققان در آمریکا دریافتند که میزان اختلال دو قطبی در بچه‌ها و نوجوانان در طی یک دهه به صورت تأسّف برانگیزی افزایش پیدا کرده است که همه این عوامل سبب توجه به تثبیت‌کننده‌های خلق و داروهای ضد روان‌پریشی در این زمینه شد و باعث شد که تمام بحث‌ها به سمت پیش‌بینی‌کننده‌های اختلال دو قطبی معطوف شود؛ در این میان نقش خلق تحریک‌پذیری<sup>۲</sup> در به وجود آمدن این اختلال برجسته شد (کریگر و استرینگرز<sup>۳</sup>، ۲۰۱۳). آیا می‌توان گفت تحریک‌پذیری غیر دوره‌ای نشانه تظاهرات رشدی اختلال دو قطبی است؟ برای جواب این سوال

1. bipolar disorder
2. irritable mood
3. Krieger & Stringaris
4. Leibenluft
5. severe mood dysregulation
6. Rao
7. disruptive mood dysregulation disorder
8. irritability

\* نویسنده مسئول:

نیلوفر میکائیلی

نشانی: استاد گروه روانشناسی، دانشکده علوم تربیتی و روانشناسی، دانشگاه محقق اردبیلی، اردبیل، ایران.

تلفن: ۳۱۵۰۵۶۵۷ (۴۵) ۹۸+

پست الکترونیکی: nmikaeili@uma.ac.ir

متیوس<sup>۱۳</sup>، ۲۰۱۲). سوگیری در تفسیر خصومت که خود نشانه ضعف در تفسیرهای هیجانی است با پدیده‌های مرتبط با تحریک‌پذیری، مانند خشم‌های موقعیتی، واکنش‌های پرخاشگرانه کلامی و غیرکلامی مرتبط است (ویلکواسکی و رایبسون<sup>۱۴</sup>، ۲۰۰۸). بنابراین، مشخص می‌شود که افراد DMDD در تنظیم هیجان خود با مشکلات عمده‌ای روبرو هستند، اما متأسفانه در مورد جزئیات آن به طور ویژه تحقیق صورت نگرفته است. اما تحقیقات مرتبط نشان می‌دهد که تنظیم هیجانی می‌تواند اختلالات روان‌شناختی را تحت تأثیر قرار دهد. یافته‌ها حاکی از این است که راهبردهای تنظیم هیجان با پریشانی روان‌شناختی مرتبط بوده (گارفنسکی و کرایج<sup>۱۵</sup>، ۲۰۰۶)، سازگاری بعدی را پیش‌بینی می‌نماید و تمرکز بر مهارت‌های تنظیم هیجان می‌تواند در پیش‌بینی و درمان عاطفه مرتبط با مشکلات سلامت روان مؤثر واقع شود (برکینگ، ووپرمن، میر و کسپر<sup>۱۶</sup>، ۲۰۰۸). تنظیم هیجان سازگاری مثبت را پیش‌بینی می‌نماید (یو، ماتسوموتو و لیروکس<sup>۱۷</sup>، ۲۰۰۶) و ارزیابی مجدد به عنوان یک راهبرد تنظیم هیجان با بهزیستی و سلامت روانی بالا مرتبط است (گراس و جان<sup>۱۸</sup>، ۲۰۰۲). بنابراین، مشخص می‌شود که مشکلات تنظیم هیجانی ممکن است در افراد DMDD یکی از بزرگترین مشکلات آن‌ها باشد که شایسته توجه ویژه است.

تحقیقات نشان داده است که راهبردهای تنظیم هیجان با پریشانی روان‌شناختی مرتبط بوده (گارفنسکی و کرایج<sup>۱۵</sup>، ۲۰۰۶) و سازگاری بعدی را پیش‌بینی می‌نماید؛ همچنین تمرکز بر مهارت‌های تنظیم هیجان می‌تواند در پیش‌بینی و درمان عاطفه مرتبط با مشکلات سلامت روان مؤثر واقع شود (برکینگ، ووپرمن، میر و کسپر<sup>۱۶</sup>، ۲۰۰۸). تحقیقات دیگر نیز نشان داده‌اند که تنظیم هیجان سازگاری مثبت را پیش‌بینی می‌نماید (یو، ماتسوموتو و لیروکس<sup>۱۷</sup>، ۲۰۰۶؛ نریمانی،

ناکامی و عدم توافق تعریف شده است (فیدا، پاسیلو، باربارانلی، ترامونتانو و فونتین<sup>۱</sup>، ۲۰۱۲). این سازه به طرز قابل ملاحظه‌ای به ظرفیت تحمل ناکامی فرد و تسلط بر هیجانات و واکنش فرد هم در موقعیت‌های واقعی و هم ظاهری از خطر، تجاوز و حمله اشاره دارد و به طرز قابل توجهی به درک تأثیر هر دو فرآیند تهییج<sup>۲</sup> و کنترل معیوب بر هیجانات در موقعیت‌های تحریک‌آمیز و خشونت‌طلبانه مرتبط است. (کاپرارا، باربارانلی و زیمباردو<sup>۳</sup>، ۱۹۹۶). در همین راستا بنتکورت، تالی، بنجامین و والتین<sup>۴</sup> (۲۰۰۶) معتقدند افراد تحریک‌پذیر برای عصبانی شدن مستعدترند و حتی کوچکترین تحریک را به عنوان خطا و مشکل تلقی می‌نمایند. تحقیقات اکیسکال، بنازی، پروگی و ریهمر<sup>۵</sup> (۲۰۰۵) تأیید نمود که تحریک‌پذیری رابطه معناداری با اضطراب و افسردگی داشته که خود باعث پررنگ‌تر شدن نقش تحریک‌پذیری در تشخیص اختلالات عاطفی می‌گردد.

یافته‌ها حاکی از این است که تحریک‌پذیری هم علائم اختلالات برون‌سازی شده و هم درون‌سازی شده هستند (انجمن روان‌شناسی آمریکا<sup>۶</sup>، ۲۰۱۳؛ ترجمه رضاعی<sup>۷</sup>، ۱۳۹۴). بیان شده است که این متغیر به طور مستقلی پیش‌بینی‌کننده خودکشی است (پیکلز، آگلان، کولیشو، مسر، روتر و همکاران<sup>۸</sup>، ۲۰۱۰). نوجوانانی که دارای اختلالات روان‌پزشکی هستند، دارای بالاترین سطح تحریک‌پذیری هستند. رابطه میان اختلالات برون‌سازی شده با تحریک‌پذیری، قوی‌تر از اختلالات درون‌سازی شده و تحریک‌پذیری است (مولرانی، ملوین و تانگ<sup>۹</sup>، ۲۰۱۲). علاوه بر این، یافته‌ها بیان می‌نمایند که تحریک‌پذیری با اضطراب و افسردگی در آینده (سویج، ورهولتز، کاپلند، آلتوف، لیچتشن و همکاران<sup>۱۰</sup>، ۲۰۱۵) و افت اقتصادی-اجتماعی (کاپلند، شاناهان، ایگر، انگولد و کاسلو<sup>۱۱</sup>، ۲۰۱۴) مرتبط است. اما در این میان درمان‌های کمی برای این ویژگی خلقی موجود است. لینالفت و استوارد<sup>۱۱</sup> (۲۰۱۳) بیان می‌کنند که سوگیری در تفسیر خصومت<sup>۱۲</sup> ممکن است درمان هدفی برای جوانان تحریک‌پذیر باشد.

تحقیقات در مورد ویژگی‌های روان‌شناختی افراد DMDD محدود است. به خصوص در مورد تنظیم هیجانی این افراد تاکنون تحقیقی صورت پذیرفته است. اما یافته‌ها حاکی از آن است که افراد تحریک‌پذیر مشکلات عمده‌ای در برچسب‌گذاری هیجانات چهره‌ای دارند. این افراد به دلیل ارتباط با افسردگی و اضطراب حتی در تفسیر نشانه‌های مبهم نیز با مشکلات عمده‌ای مواجهند (مک لیود و

1. Fida, Paciello, Barbaranelli, Tramontano & Fontaine
2. excitatory
3. Caprara, Barbaranelli & Zimbardo
4. Bettencourt, Talley, Benjamin & Valentine
5. Akiskal, Benazzi, Perugi, & Rihmer
6. american psychology association
7. Pickles, Aglan, Collishaw, Messer, Rutter & et al
8. Mulraney, Melvin & Tonge
9. Savage, Verhulst, Copeland, Althoff, Lichtenstein & et al
10. Copeland, Shanahan, Egger, Angold & Costello
11. Leibenluft & Stoddard
12. hostile interpretation bias (HIB)
13. MacLeod & Mathews
14. Wilkowski & Robinson
15. Garnefski & Kraaij
16. Berking, Wupperman, Meier, Caspar
17. Yoo, Matsumoto, LeRoux
18. Gross & John
19. Berking, Wupperman, Meier, Caspar

## روان‌شناسی مدرسه و آموزشگاه

قضاوت در مورد حالات مبهم صورت، در جوانان دارای اختلال بدتنظیمی خلق ایدایی انجام شد، معلوم شد که جوانان دارای اختلال بدتنظیمی خلق مخرب در مقایسه با افراد عادی گرایش بیشتری به تفسیر چهره‌های مبهم، به چهره‌های عصبانی داشتند تا چهره‌های خوشحال. نتایج تحقیق همچنین نشان داد که در هر دو گروه جوانان سالم و دارای اختلال بدتنظیمی خلق مخرب، آموزش فعال، با تغییر در نقطه تعادل به سمت قضاوت خوشحال‌تر همراه است. در اختلال بدتنظیمی خلق مخرب شواهد نشان می‌دهد که آموزش فعال ممکن است با کاهش تحریک‌پذیری و تغییر در فعالیت کورتکس مدار پیشانی جانبی همراه باشد (استودارد، هارکینز، فرانک، بروتمن، پنتون ووک و همکاران<sup>۵</sup>، ۲۰۱۶).

با مطالعات ادبیات موجود در زمینه اختلال DMDD مشخص گردید که مطالعات مداخله‌ای در این اختلال هنوز در آغاز راه است. بنابراین، بهتر است در این زمینه پژوهش‌های مدونی صورت گیرد. با توجه به مطالب مطرح شده مشخص شد که برای درمان علایم اختلال DMDD می‌توان از درمان شناختی رفتاری بهره برد. بنابراین، سؤال اصلی پژوهش حاضر این است که آیا درمان شناختی رفتاری بر تنظیم هیجانی و تحریک‌پذیری دانش‌آموزان مبتلا به اختلال DMDD اثر بخش است؟

## روش پژوهش

پژوهش حاضر از لحاظ هدف کاربردی و از لحاظ شیوه گردآوری اطلاعات، نیمه تجربی از نوع پیش‌آزمون و پس‌آزمون با گروه کنترل است.

**جامعه، نمونه و روش نمونه‌گیری:** جامعه آماری شامل کلیه دانش‌آموزان پسر دوره دوم متوسطه مشغول به تحصیل (۹۵-۹۶) مدارس شهر شاهرود بود که به دلیل کمیاب بودن اختلال، به اکثر مدارس مراجعه شد و به روش نمونه‌گیری هدفمند ۳۰ دانش‌آموزی را که در شاخص واکنش‌پذیری عاطفی، نقطه برش ۴ را در خود گزارشی و نقطه برش ۳ را در گزارش والدین داشته‌اند و همچنین طی مصاحبه بالینی دیگر ملاک‌های این اختلال را نیز دارا بودند، انتخاب و به صورت تصادفی ۱۵ نفره در گروه آزمایش و ۱۵ نفر در گروه گواه قرار گرفتند. برای جمع‌آوری داده‌ها از ابزار زیر استفاده شده است:

1. Anger management
2. kazdin
3. Houghton
4. Copeland, Angold, Costello, Egger
5. Stoddard, Harkins, Frank, Brotman, Penton-Voak & et al

عباسی، ابوالقاسمی و احدی، ۱۳۹۲) و ارزیابی مجدد به‌عنوان یک راهبرد تنظیم هیجان با بهزیستی و سلامت روانی بالا مرتبط است (گراس و جان، ۲۰۰۲).

در مورد اختلال DMDD تحقیقات مداخله‌ای به ندرت صورت گرفته است. بیشتر اطلاعات در این زمینه نیز ناشی از توجه تحقیقات به اختلال SMD است که خود به عنوان پایه تشخیصی اختلال DMDD مطرح شده است. شواهد نشان می‌دهد که نه تنها در ایران، بلکه در سایر کشورها تحقیقی با این موضوع انجام نگرفته و حال حاضر درمان ویژه‌ای برای آن وجود ندارد (کریگر و استرینگرز، ۲۰۱۳). اما با توجه به اینکه علایم اختلال DMDD در سایر اختلالات نیز وجود دارد، می‌توان از درمان‌های مرسوم برای کاهش این علایم استفاده کرد. درمان شناختی رفتاری به عنوان یک درمان فراگیر توانسته است شدت بسیاری از علایم مشکل‌زا را در اختلالات روانی کاهش دهد. یافته‌ها حاکی از این است که درمان شناختی رفتاری می‌تواند در تنظیم هیجان مؤثر واقع شود. پژوهش‌های بسیاری نشان داده‌اند که مداخله شناختی- رفتاری مبتنی بر مدیریت خشم<sup>۱</sup>، باعث کاهش معناداری در شدت خشم کودکان و نوجوانان دارای اختلال رفتاری و بی‌اعتنایی مقابله‌ای شده و همچنین بهبود معناداری را در مقابله‌های شناختی، رفتاری و کنترل خشم آن‌ها به وجود می‌آورد. آموزش مهارت‌های حل مسأله که یکی دیگر از تکنیک‌های شناختی- رفتاری است، در درمان کودکان و نوجوانان دارای اختلال بی‌اعتنایی مقابله‌ای منجر به کاهش رفتارهای نامناسب این گروه شده است. پژوهش‌ها نشان می‌دهد که نوجوانان بیش از کودکان از این روش‌ها بهره می‌برند و این شاید به دلیل رشد گستره شناختی آنان باشد (کازدین<sup>۲</sup>، ۲۰۰۲). فیندلر و همکاران دریافتند که آموزش کنترل خشم، به عنوان یک رویکرد شناختی- رفتاری، رفتار مخرب را کاهش می‌دهد و خودکنترلی را در نوجوانان پرخاشگر در موقعیت‌های مختلف بهبود می‌بخشد (هوتون<sup>۳</sup>، ۲۰۰۸). مداخلات رفتاری و دیگر روان‌درمانی‌ها در اختلال بدتنظیمی خلق مخرب مخصوصاً به دلیل نقایص آن‌ها در جنبه‌های اجتماعی‌شان باید در نظر گرفته شود (کوپلند، انگلد، کاستلو و ایگر<sup>۴</sup>، ۲۰۱۳).

اطلاعات مدونی در زمینه مداخلات رفتاری و روان‌درمانی در زمینه اختلال بدتنظیمی خلق مخرب وجود ندارد. تنها در یک پژوهش مداخله‌ای اختلال نافرمانی مقابله‌ای، مداخلات والدین بر اساس تکنیک‌های وبستر و استراتون در آن‌هایی که ویژگی عمده آن‌ها اختلال در نظم هیجانی بود مفیدتر از آنانی که دارای تظاهرات و ویژگی لجبازی بودند، بود. در تحقیق دیگر که بر روی گرایش به

پذیرش، توجه مثبت، توجه مثبت به ارزیابی، بازارزیایی مجدد، برنامه‌ریزی، مقصر دانستن خود، مقصر دانستن دیگران، نشخوار فکری و فاجعه سازی است. سؤالات بر روی یک مقیاس پنج درجه- ای لیکرت، از تقریباً هرگز تا تقریباً همیشه پاسخ داده می‌شود. ضریب آلفای کرونباخ برای خرده مقیاس‌ها از ۰/۷۳ تا ۰/۸۰ و ضریب پایایی بازآزمایی (بعد از ۵ ماه) برای خرده مقیاس‌ها از ۰/۴۱ تا ۰/۵۹ به دست آمده است. ضریب همبستگی این پرسشنامه با مقیاس افسردگی ۰/۳۸ و با مقیاس اضطراب ۰/۳۳ گزارش شده است (گارنفسکی و کرایچ، ۲۰۰۶). حسینی (۱۳۹۰) نسخه فارسی پرسشنامه تنظیم شناختی هیجان در فرهنگ ایرانی را مورد هنجاریابی قرار داد. در این پژوهش اعتبار مقیاس بر اساس روش‌های همسانی درونی (با دامنه الفای کرونباخ ۰/۷۶ تا ۰/۹۲) و بازآزمایی (با دامنه همبستگی ۰/۵۱ تا ۰/۷۷) و روایی این پرسشنامه از طریق تحلیل مؤلفه اصلی با استفاده از چرخش واریماکس، همبستگی بین خرده مقیاس‌ها (با دامنه همبستگی ۰/۳۲ تا ۰/۶۷) و روایی ملاکی مطلوب گزارش شده است. پایایی پرسشنامه تنظیم شناختی هیجان گارنفسکی و کرایچ در پژوهش قاسم پور (۱۳۹۱) با استفاده از آزمون الفای کرونباخ ۰/۷۴ گزارش شده است.

1. the affective reactivity Index
2. Stringaris, Goodman, Ferdinando, Razdan, Muhrer et al
3. receiver Operating Characteristic
4. cognitive emotion regulation

**شاخص واکنش‌پذیری عاطفی<sup>۱</sup>:** این مقیاس توسط استرینگرز، گودمن، فریدناندو، رازدان، مورر و همکاران<sup>۲</sup> در سال ۲۰۱۲ برای بررسی تحریک‌پذیری در کودکان و نوجوانان ساخته شد. ضریب پایایی این پرسشنامه را سازندگان این مقیاس با استفاده از محاسبه آلفای کرونباخ در نمونه آمریکایی ۰/۸۸ و در نمونه بریتانیایی ۰/۹۰ گزارش کردند. علاوه بر پایایی، روایی این مقیاس با استفاده از چند روش روایی شامل روایی همگرا و سازه استفاده شد. با تحلیل روایی همگرا مشخص گردید که پرسشنامه مذکور همبستگی معنی داری با افسردگی، اضطراب و استرس دارد. به نحوی که DSM-5 فرم بیمار گونه تحریک‌پذیری را جزء اختلالات خلقی طبقه‌بندی کرده است (انجمن روانپزشکی آمریکا، ۲۰۱۳، ترجمه رضاعی، ۱۳۹۴). مولرانی و همکاران در سال ۲۰۱۴ با استفاده از تحلیل آر اُ سی (ROC)<sup>۳</sup> نمره برش ۴ را برای این مقیاس معرفی نمودند و بیان کردند که تحریک‌پذیری، پیش‌بینی‌کننده عمومی برای آسیب روانی در نوجوانان است. آن‌ها بیان کردند که وقتی که این مقیاس توسط والدین تکمیل می‌شود، نمره برش ۳ برای آن در نظر گرفته می‌شود. در پژوهش پیشین نیز ویژگی‌های روان‌سنجی این مقیاس، با استفاده از روش تحلیل عاملی تأییدی مورد تأیید قرار گرفته است (شیبانی، میکائیلی و نریمانی، ۱۳۹۶).

**پرسشنامه تنظیم شناختی هیجان<sup>۴</sup>:** این پرسشنامه را گارنفسکی و کرایچ در سال ۲۰۰۶ ساخته‌اند و ۱۸ سؤال دارد که شامل ۹ راهبرد،

### جدول ۱. محتوی جلسات درمان شناختی رفتاری

جلسات	اهم اقدامات صورت گرفته
جلسه اول	معارفه: آشنا شدن آزمودنی‌ها با یکدیگر و با پژوهشگر- توضیح درباره اهداف پژوهش- تعیین تاریخ جلسه‌ها- بیان مقررات و اصول جلسه‌ها- اهمیت رعایت نظم در شرکت کردن و مشارکت در بحث‌های جلسه‌ها.
جلسه دوم	آموزش شناخت احساسات و انواع هیجان‌ات مثبت و منفی، آشنایی و شناخت هیجان خشم، شناسایی مفهوم خشم و خشونت و ارتباط این دو.
جلسه سوم	آموزش و بررسی علت‌های ایجاد خشم و شناسایی برجسب‌ها و القاب منفی خشم برانگیز و اشکال مختلف بروز خشم.
جلسه چهارم	آموزش و شناسایی نشانه‌های جسمانی، فکری، ذهنی و رفتاری خشم. شناسایی اندیشه‌های خشم برانگیز، باورهای منفی و تفسیرهای نادرست که خشمگین شدن را موجب می‌شوند.
جلسه پنجم	آموزش و آشنایی با پیامدهای پرخاشگری و خشونت و اهمیت و فایده کنترل و مدیریت خشم و اهمیت خودکنترلی و آشنایی با تکنیک‌های حل تعارض و حل مسائل اجتماعی.
جلسه ششم	ارزیابی موقعیت خشم برانگیز و تحلیل موقعیت و آموزش روش ABC و مهارت حل مسأله در برخورد با موقعیت خشم برانگیز.
جلسه هفتم	دانش آموزان یک نقشه از فعالیت‌های مختلف در پیش‌بینی تجربه خشم را طرح‌ریزی کرده و روش‌های مؤثر برای گفتن احساسشان را با بیان این جمله که "من احساس می‌کنم" می‌آموزند.
جلسه هشتم	دانش آموزان در قبال آنچه که یاد گرفته‌اند جایزه و پاداش دریافت کرده، در مورد مدیریت خشم و مهارت‌هایی که کسب نموده‌اند بحث کرده و دانش خود را در این زمینه به طور عملی به اجرا گذاشتند. در پایان نیز درباره شیوه‌های حفظ تغییرات رخ داده بحث شد.

مانکوا) در نرم افزار SPSS تحلیل شد.

### یافته‌ها

در این پژوهش تعداد ۳۰ دانش‌آموز دوره دوم متوسطه (پسر) در دو گروه (۱۵ نفر در گروه آزمایش و ۱۵ نفر گروه گواه) قرار داده شدند. نتایج نشان داد میانگین و انحراف معیار سن دانش‌آموزان دارای اختلال بدتنظیمی خلق مخرب در گروه آزمایش  $1/34 \pm$  و  $14/02$  و گروه کنترل  $1/14 \pm$  و  $14/68$  بود. میانگین و انحراف معیار معدل، برای گروه آزمایش  $1/32 \pm$  و  $16/02$  و گروه کنترل  $14/93 \pm$  و  $3/12$  به دست آمد.

**روش اجرا:** در ابتدا جلسه توجیهی در ارتباط با نحوه انجام کار و اهداف پژوهش برگزار شد. پس از انتخاب دو گروه آزمودنی (گروه آزمایش و کنترل)، ابتدا برای هر دو گروه پیش‌آزمون انجام گرفت سپس برای گروه آزمایش، درمان شناختی رفتاری در طی ۸ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای ارائه شد و پس از اتمام آموزش، بر روی هر دو گروه پس‌آزمون انجام گرفت و نهایتاً داده‌ها جمع‌آوری شد. لازم به ذکر است محتوای هر جلسه شامل مرور و بررسی تکالیف جلسه قبل، گفتگو، بحث و تمرین و دادن تکالیف برای جلسه آینده بود. اطلاعات گردآوری شده از طریق آزمون‌های تحلیل کواریانس چند متغیره (

جدول ۲. میانگین و انحراف معیار متغیری پژوهش در دو گروه آزمایش و کنترل

متغیرهای پژوهش	گروه	پیش‌آزمون		پس‌آزمون	
		SD	M	SD	M
ملاطمت خود	آزمایش	۴/۴۶	۱۰/۲۶	۲/۳۲	۸/۵۳
	کنترل	۲/۸۱	۱۱/۷۳	۳/۹۰	۱۰/۶۶
ملاطمت دیگران	آزمایش	۳/۸۴	۱۲/۲۶	۲/۷۷	۹/۸۶
	کنترل	۳/۲۸	۱۱/۰۶	۳/۴۱	۱۲/۱۳
نشخوار فکری	آزمایش	۵/۱۷	۱۴/۸۰	۳/۳۵	۱۱/۳۳
	کنترل	۲/۷۷	۱۳/۸۶	۳/۴۱	۱۴/۱۳
فاجعه‌سازی	آزمایش	۶/۲۸	۱۳/۶۰	۳/۸۶	۱۰/۴۰
	کنترل	۴/۳۲	۱۳/۳۳	۳/۲۸	۱۳/۰۶
پذیرش	آزمایش	۴/۱۹	۹/۲۰	۴/۰۱	۱۳/۶۰
	کنترل	۳/۹۱	۹/۳۳	۲/۹۹	۱۰/۶۶
توجه مجدد	آزمایش	۴/۸۰	۱۰/۵۳	۴/۲۸	۱۴/۶۶
	کنترل	۳/۹۱	۱۰/۹۳	۳/۲۸	۱۱/۰۶
توجه مثبت	آزمایش	۸/۹۳	۹/۸۶	۴/۰۶	۱۳/۰۶
	کنترل	۳/۲۴	۹/۸۶	۳/۱۳	۹/۶۰
ارزیابی مثبت	آزمایش	۴/۷۴	۱۰/۱۳	۳/۴۵	۱۴/۳۳
	کنترل	۳/۲۷	۱۰/۸۰	۲/۳۹	۱۰
دیدگاه‌گیری	آزمایش	۵/۳۹	۱۱/۰۶	۵/۳۷	۱۵/۲۶
	کنترل	۳/۷۶	۱۰/۲۶	۴/۳۲	۱۱/۲۰
تحریک‌پذیری	آزمایش	۱/۸۴	۹/۶۰	۲/۲۲	۵/۴۰
	کنترل	۱/۴۵	۹/۴۰	۱/۳۳	۸/۹۳

معنادار نشدند ( $p > 0/05$ ). در نتیجه می‌توان چنین استنباط کرد که فرض تساوی واریانس‌ها مورد تأیید است.

برای استفاده از تحلیل کواریانس از آزمون همگنی واریانس و نرمال بودن توزیع داده استفاده شد. با توجه به نتایج به دست آمده هیچ یک از متغیرهای تحقیق در همگنی واریانس و نرمال بودن توزیع داده

جدول ۳. خلاصه نتایج تحلیل کوواریانس چند متغیری در گروه آزمایش و کنترل

متغیر	ارزش	F	df	p	Eta
اثر پیلای	۰/۹۴	۱۴/۱۲	۱	<۰/۰۰۱	۰/۷۴۱
لامبدای ویلکز	۰/۰۶	۱۴/۱۲	۱	<۰/۰۰۱	۰/۷۴۱
اثر هوتلینگ	۱۵/۶۸	۱۴/۱۲	۱	<۰/۰۰۱	۰/۷۴۱
بزرگترین ریشه روی	۱۵/۶۸	۱۴/۱۲	۱	<۰/۰۰۱	۰/۷۴۱

همان‌طور که در جدول ۳ مشاهده شد، تمامی اثرات مورد بررسی معنادار شدند؛ بنابراین، مشخص می‌شود که حداقل در یکی از متغیرهای مورد بررسی تفاوت معناداری بین دو گروه وجود دارد.

جدول ۴. نتایج حاصل از تحلیل کوواریانس یک راهه بر میانگین متغیرهای پژوهش

متغیر	SS	df	MS	F	p
ملاحت خود	۱۲/۶۹	۱	۱۲/۶۹	۱/۶۴	۰/۲۱
ملاحت دیگران	۵۵/۷۶	۱	۵۵/۷۶	۸/۴۰	۰/۰۱
نشخوار فکری	۸۷/۱۲	۱	۸۷/۱۲	۱۱/۱۲	۰/۰۰۴
فاجعه سازی	۵۵/۲۳	۱	۵۵/۲۳	۷/۰۳	۰/۰۱
پذیرش	۵۴/۴۴	۱	۵۴/۴۴	۵/۴۷	۰/۰۳
توجه مجدد	۷۴/۲۲	۱	۷۴/۲۲	۱۲/۱۱	۰/۰۰۳
توجه مثبت	۹۵/۰۶	۱	۹۵/۰۶	۱۲/۵۶	۰/۰۰۲
ارزیابی مثبت	۱۱۳/۰۳	۱	۱۱۳/۰۳	۱۷/۱۸	۰/۰۰۱
دیدگاه گیری	۹۱/۹۷	۱	۹۱/۹۷	۹/۵۴	۰/۰۰۶
تحریک پذیری	۷۱/۳۶	۱	۷۱/۳۶	۳۰/۶۰	<۰/۰۰۱

و مؤلفه‌های آن در میان دانش‌آموزان با اختلال بدتنظیمی خلق مخرب شد. به نحوی که این درمان باعث کاهش ملاحت دیگران، نشخوار فکری، فاجعه‌سازی در دانش‌آموزان شد و به میزان قابل توجهی پذیرش، توجه مثبت، ارزیابی مثبت دیدگاه‌گیری دانش‌آموزان مبتلا به اختلال DMDD را افزایش داد. همچنین درمان شناختی رفتاری باعث کاهش معنادار تحریک‌پذیری که مشخصه اصلی این اختلال است گردید. بنابراین، نتایج این پژوهش با نتایج پژوهش‌های راثو (۲۰۱۴)، استودارد و همکاران، (۲۰۱۶)، مکلیود و متیوس (۲۰۱۶)، کاپلند، انگلند، کاستلو و ایگر، (۲۰۱۳)، روی، لویز و کلاین، (۲۰۱۴) همسو است. برای تبیین این یافته می‌توان بیان داشت که افرادی که درک هیجانی بالایی دارند و از هیجانات و تجربه هیجانی به نحو مناسبی استفاده می‌کنند با شدت اضطرابی که درک می‌کنند رابطه معکوسی دارد (جاکوئز، اسنو، گریسی، ویتیلینگام، بلیر و همکاران، ۲۰۰۸).

بر اساس مندرجات جدول ۴ مشخص می‌گردد که نتایج تحلیل کوواریانس چند متغیری نشان می‌دهد که تفاوت میانگین گروه آزمایش گروه کنترل در ملاحت دیگران ( $F=۸/۴۰$  و  $P=۰/۰۱$ )، نشخوار فکری ( $F=۱۱/۱۲$  و  $P=۰/۰۰۴$ )، فاجعه‌سازی ( $F=۷/۰۳$  و  $P=۰/۰۱$ ) و پذیرش ( $F=۵/۴۷$  و  $P=۰/۰۳$ )، توجه مجدد ( $F=۱۲/۱۱$  و  $P=۰/۰۰۳$ ) و توجه مثبت ( $F=۱۲/۵۶$  و  $P=۰/۰۰۲$ )، ارزیابی مثبت ( $F=۱۷/۱۸$  و  $P=۰/۰۰۱$ ) و دیدگاه‌گیری ( $F=۹/۵۴$  و  $P=۰/۰۳$ ) و تحریک‌پذیری ( $F=۳۰/۶۰$  و  $P<۰/۰۳$ ) معنی دار بود. اما متغیر ملاحت خود ( $F=۱/۶۴$  و  $P=۰/۲۱$ ) بین دو گروه تفاوتی مشاهده نگردید.

### بحث و نتیجه‌گیری

هدف از انجام این پژوهش بررسی اثربخشی درمان شناختی رفتاری بر تنظیم هیجان و تحریک‌پذیری، دانش‌آموزان مبتلا به اختلال بدتنظیمی خلق مخرب در مقطع راهنمایی بود. یافته‌ها نشان داد که درمان شناختی رفتاری به طور معناداری باعث تغییر در تنظیم هیجانی

1. Roy, Lopes &amp; Klein

2. Jacobs, Snow, Geraci, Vythilingam, Blair et al



در افراد با DMDD، معلوم شد که این افراد در مقایسه با افراد عادی گرایش بیشتری به تفسیر چهره‌های مبهم به عنوان چهره‌های عصبانی داشتند. نتایج تحقیق همچنین نشان داد که در هر دو گروه جوانان سالم و DMDD، آموزش فعال، با ایجاد تغییر در نقطه تعادل منجر به قضاوت‌های خوشحال‌تر می‌شود. در واقع، آموزش فعال ممکن است با کاهش تحریک‌پذیری و تغییر در فعالیت کورتکس مدار پیشانی جانبی همراه باشد (استودارد و همکاران، ۲۰۱۶). اسکات و اوکانتر<sup>۱</sup> (۲۰۱۲) بیان می‌کنند از آنجا که مداخلات در سطح والدین اثرات مفیدی برای کودکان با ODD دارد ممکن است برای کودکان با تحریک‌پذیری نیز مناسب باشد. در واقع، مداخلات روان‌شناختی متعددی که بر فرزندپروری مثبت تمرکز می‌کنند در خصوص کودکان کارآمد نشان داده شده‌اند (اسکات راساتو، کورل، پادوپولوس، جیت، کریستال و همکاران<sup>۲</sup>، ۲۰۱۲). اما در نوجوانان این درمان‌ها با محدودیت‌هایی روبه‌رو هستند و درمان‌های شناختی رفتاری مختص هر مراجع، توصیه شده است (روی و همکاران، ۲۰۱۴). اخیراً نیز یک مداخله رفتاری جدید با هدف تنظیم خلق نویدهایی را در کودکان با SMD و ADHD نشان داده است (واکسونسی، ویمبز، پاریسو، بلین، واسکوباش و همکاران<sup>۳</sup>، ۲۰۱۳). در واقع، مداخلات رفتاری مخصوصاً به دلیل نقایص افراد با DMDD در جنبه‌های اجتماعی‌شان باید در نظر گرفته شود (کاپلند و همکاران، ۲۰۱۳). همچنین می‌توان چنین تبیین کرد که از لحاظ زیست‌شیمیایی درمان‌هایی که در اثر ترکیب با روان‌درمانی انجام شده است نشان می‌دهد که ترکیب مدیریت رفتاری و متیل‌فنیدیت<sup>۴</sup> در ۳۳ کودک با ADHD و SMD و ۶۸ کودک فقط با ADHD مورد بررسی قرار گرفت که نشان‌دهنده بهبود بدتنظیمی خلقی در آن‌ها بود (واکسمانسکی، پلهام، ناگی، کامینگز، اکانر و همکاران<sup>۵</sup>، ۲۰۰۸).

از محدودیت‌های عمده این پژوهش، نبود پژوهش‌های درمانی مختص به اختلال DMDD؛ بنابراین، از سایر تبیین‌های مرتبط با این اختلال استفاده گردید. پیشنهاد می‌شود که این درمان در کنار درمان‌های دارویی مورد استفاده قرار گیرد تا نتایج بهتری از درمان حاصل شود.

از آنجا که DMDD تشخیص جدیدی است بیشتر دستورالعمل‌های بالینی منطقی در خصوص درمان آن از کار بر روی اختلالاتی که تظاهرات بالینی مشترکی با آن دارند از قبیل SMD، اختلال نقص توجه فزون‌کنشی (ADHD)<sup>۶</sup>، اختلال نافرمانی مقابله‌جویانه (ODD)<sup>۷</sup> یا رفتارهای پرخطرناک ناشی می‌شود (روی، لویز و کلاین، ۲۰۱۴). در واقع، در حال حاضر، هیچ درمان اختصاصی برای DMDD یا SMD وجود ندارد (کریگر<sup>۸</sup> و استرینگرز<sup>۹</sup>، ۲۰۱۳؛ توریان، لوبف، بریتون، کوهن، گیگناک و لابل<sup>۱۰</sup>، ۲۰۱۵). بنابراین، از یافته‌های مرتبط برای تبیین این نتایج استفاده گردید.

یافته‌ها نشان می‌دهد که در افراد DMDD مشکلات هیجانی بسیاری وجود دارد. آن‌ها در شناسایی هیجانات چهره‌ای نیز مشکل دارند. تفسیر بسیاری از نشانه‌ها در این افراد مشکل است (مکلیود و متیوس، ۲۰۱۲). بزرگترین مشکل آن‌ها در تفسیر خصومت است؛ زیرا این افراد به شدت تحریک‌پذیرند به همین دلیل در این موقعیت‌ها نمی‌توانند به خوبی عمل نمایند. لذا درمان شناختی رفتاری به دلیل تأکید بر فرآیندهای شناختی و تغییر افکار و نگرش افراد می‌تواند هیجان این افراد را تنظیم نماید. به همین دلیل در این پژوهش نیز درمان شناختی رفتاری باعث کاهش ملامت دیگران در این افراد شد. ملامت کردن دیگران باعث می‌شود که افراد نتوانند منطقی لازم را برای بررسی مشکلات به کار گیرند، لذا با تغییر شناخت‌های غیر منطقی، میزان ملامت کردن دیگران در گروه آزمایش کاهش یافت. همچنین نشخوار فکری فاجعه‌سازی با درمان شناختی رفتاری در این افراد کاهش یافت. بنابراین، می‌توان چنین مطرح کرد که درمان شناختی رفتاری از فاجعه‌سازی جلوگیری می‌کند و میزان تفکرات بی‌نتیجه و غیرمنطقی را کاهش می‌دهد. این درمان با افزایش پذیرش مشکلات، توجه و ارزیابی مثبت و توجه مجدد نسبت به مسایل سعی در بهتر شدن هیجانات افراد دارای اختلال بی‌نظمی خلق مخرب دارد. درمان شناختی رفتاری با تغییر نگرش در زمینه پرخاشگری و تحریک‌پذیری باعث می‌شود که افراد منطقی‌تر باشند و با صورت تحریک‌پذیر به حوادث پاسخ ندهند. همین عامل باعث گردید که میزان تحریک‌پذیری گروه آزمایش به میزان قابل توجهی کاهش یابد.

در یک پژوهش مداخله‌ای در خصوص اختلال نافرمانی مقابله‌ای، مداخلات در سطح والدین بر اساس تکنیک‌های وبستر-استراتون<sup>۵</sup> در کودکانی که ویژگی عمده آن‌ها اختلال در نظم هیجانی بود مفیدتر از کودکانی بود که دارای تظاهرات و ویژگی لجبازی بودند. در تحقیق دیگری در رابطه با قضاوت در خصوص حالات مبهم چهره

1. Attention Deficit Hyperactivity Disorder (ADHD)
2. Oppositional Defiant Disorder (ODD)
3. Krieger
4. Tourian, LeBoeuf, Breton, Cohen, Gignac & Labelle
5. Webster-Stratton
6. Scott & O'Connor
7. Scotto Rosato, Correll, Pappadopulos, Chait, Crystal & et al
8. Waxmonsky, Wymbs, Pariseau, Belin, Waschbusch & et al
9. Methylphenidate
10. Waxmonsky, Pelham, Gnagy, Cummings, O'Connor & et al

[Doi: 10.21859/ijpn-05066]

قاسم پور، عبدالله؛ سوره، جمال و سیدتازه کند، میرتوحید. (۱۳۹۱). پیش بینی اضطراب مرگ بر اساس راهبردهای تنظیم شناختی هیجان. *دانش و پژوهش در روانشناسی کاربردی*، ۲(۱۳)، ۶۵-۷۲.

[http://jsr-p.khuisf.ac.ir/article\_533827.html]

نریمانی، محمد؛ عباسی، مسلم؛ ابوالقاسمی، عباس و احدی، بتول. (۱۳۹۲). مقایسه ی اثر بخشی آموزش پذیرش / تعهد با آموزش تنظیم هیجان بر سازگاری دانش‌آموزان دارای اختلال ریاضی. *مجله ناتوانی‌های یادگیری*، ۲(۴)، ۱۵۴-۱۷۶.

### References:

- Akiskal, H. S. Benazzi, F. Perugi, G. & Rihmer, Z. n. (2005). Agitated unipolar depression re-conceptualized as a depressive mixed state: implications for the antidepressant-suicide controversy. *Journal of Affective Disorders*, 85(3), 245-258. [Doi:10.1016/j.jad.2004.12.004]
- American Psychological Association. (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, edited 5; Translated by Farzin Rezaei. Tehran . Arjmand Publications. 2020. [https://www.arjmandpub.com/Book/1180]
- Berking, M. Orth, U. Wupperman, P. Meier, L. L. & Caspar, F. (2008). Prospective effects of emotion-regulation skills on emotional adjustment. *Journal of Counseling Psychology*, 55(4), 485-494. [Doi: 10.1037/a0013589]
- Bettencourt, B., Talley, A., Benjamin, A. J., & Valentine, J. (2006). Personality and aggressive behavior under provoking and neutral conditions: a meta-analytic review. *Psychological Bulletin*, 132(5), 751-777. [Doi: 10.1037/0033-2909.132.5.751]
- Caprara, G. V., Barbaranelli, C., & Zimbardo, P. G. (1996). Understanding the complexity of human aggression: Affective, cognitive, and social dimensions of individual differences in propensity toward aggression. *European Journal of Personality*, 10(2), 133-155. [Doi: 10.1002/(SICI)1099-0984(199606)]
- Copeland, W. E., Angold, A., Costello, E. J., & Egger, H. (2013). Prevalence, comorbidity, and correlates of DSM-5 proposed disruptive mood dysregulation disorder. *American Journal of Psychiatry*, 170(2), 173-179. [Doi:10.1176/appi.ajp.2012.12010132]

همچنین به مدیران و معلمان مدارس پیشنهاد می‌گردد نسبت به دانش‌آموزان پرخاشگر، تحریک‌پذیر و قانون‌گریز حساس بوده و به دلیل مسایل و مشکلات فراوانی که برای خود و دیگران ایجاد می‌کنند، به مراکز مشاوره حرفه‌ای ارجاع داده شوند. این پژوهش برگرفته از رساله دکتری رشته روان‌شناسی دانشگاه محقق اردبیلی است؛ بنابراین، از تمامی کسانی که در این پژوهش ما را یاری نمودند سپاسگزاریم.

### ملاحظات اخلاقی

#### پیروی از اصول اخلاق پژوهش

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

#### حامی مالی

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

#### مشارکت نویسندگان

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

#### تعارض منافع

بنابر اظهار نویسندگان، این پژوهش تعارض منافع ندارد.

#### منابع

- انجمن روانپزشکی آمریکا. (۱۳۹۴). راهنمای تشخیصی آماری اختلال‌های روانی-۵ (DSM-5). ترجمه دکتر فرزین رضاعی و همکاران. تهران: انتشارات ارجمند. [https://www.arjmandpub.com/Book/1180]
- حسنی، جعفر. (۱۳۹۰). بررسی اعتبار و روایی فرم کوتاه پرسش‌نامه نظم جویی شناختی هیجان. *تحقیقات علوم رفتاری*، ۹(۴)، ۲۲۹-۲۴۰.
- [https://rbs.mui.ac.ir/article-1-207-fa.html]
- شیبانی، حسین؛ میکائیلی، نیلوفر و نریمانی، محمد. (۱۳۹۶). اثربخشی آموزش تنظیم هیجان بر استرس، اضطراب، افسردگی و تحریک‌پذیری دانش‌آموزان مبتلا به اختلال بد تنظیمی خلق مخرب. *روان پرستاری*، ۵(۶)، ۳۷-۴۳.

- Copeland, W. E., Shanahan, L., Egger, H., Angold, A., & Costello, E. J. (2014). Adult diagnostic and functional outcomes of DSM-5 disruptive mood dysregulation disorder. *American Journal of Psychiatry*, 171(6), 668-674. [Doi: 10.1176/appi.ajp.2014.13091213]
- Fida, R., Paciello, M., Barbaranelli, C., Tramontano, C., & Fontaine, R. G. (2012). The role of irritability in the relation between job stressors, emotional reactivity, and counterproductive work behaviour. *European Journal of Work and Organizational Psychology*, 23(1), 31-47. [Doi: 10.1080/1359432X.2012.713550]
- Garnefski, N., & Kraaij, V. (2006). Relationships between cognitive emotion regulation strategies and depressive symptoms: A comparative study of five specific samples. *Personality and Individual Differences*, 40(8), 1659-1669. [Doi:10.1016/j.paid.2005.12.009]
- Ghasempour, A., Sooreh, J., & Seid tazeh kand, M. (2012). Predicting death anxiety on emotion cognitive regulation strategies. *Knowledge Res Applied Psychology*, 13(2), 63-70. (Persian) [http://jsr-p.khuisf.ac.ir/article\_533827.html]
- Gross, J. J., & John, O. P. (2002). Wise emotion regulation. American psychological Association, 10, The Guilford Press. [https://psycnet.apa.org/record/2002-06626-012]
- Hasani, J. (2011). The Reliability And Validity Of The Short Form Of The Cognitive Emotion Regulation Questionnaire, 9(4), 229-240.(persian) [https://rbs.mui.ac.ir/article-1-207-fa.html]
- Houghton, V. T. (2008). A quantitative study of the effectiveness of mindfulness-based stress reduction treatment, using an Internet - delivered self -help program, for women with generalized anxiety disorder, Capella University, ProQuest Dissertations Publishing. [https://www.proquest.com/openview]
- Jacobs, M., Snow, J., Geraci, M., Vythilingam, M., Blair, R. J. R., Charney, D. S., Pine, D. S., & Balir, K. S. (2008). Association between level of emotional intelligence and severity of anxiety in generalized social phobia. *Journal of Anxiety Disorders*, 22(8), 1487-1495. [Doi: 10.1016/j.janxdis.2008.03.003]
- Kazdin, A. E. (2002). psychosocial treatments for conduct disorder in children and adolescents, A Guide for Treatments that work, UK London, 22, Oxford University Press. [Doi:10.1093/med:psych/9780199342211.003.0005]
- Krieger, F. V. & Stringaris, A. (2013). Bipolar disorder and disruptive mood dysregulation in children and adolescents: assessment, diagnosis and treatment. *Evidence Based Mental Health*, 16(4), 93-94. [Doi: 10.1136/eb-2013-101400]
- Leibenluft, E. (2011). Severe mood dysregulation, irritability, and the diagnostic boundaries of bipolar disorder in youths. *American Journal of Psychiatry*, 168, 129-142. [Doi:10.1176/appi.ajp.2010.10050766]
- Leibenluft, E., & Stoddard, J. (2013). The developmental psychopathology of irritability. *Development and Psychopathology*, 25(4), 1473-1487.
- MacLeod, C., & Mathews, A. (2012). Cognitive bias modification approaches to anxiety. *Annual Review of Clinical Psychology*, 8, 189-217. [Doi: 10.1146/annurev-clinpsy-032511-143052]
- Mulraney, M. A., Melvin, G. A., & Tonge, B. J. (2014). Psychometric properties of the Affective Reactivity Index in Australian adults and adolescents. *Psychological Assessment*, 26(1), 148. [Doi:10.1037/a0034891]
- Mulraney, M., Melvin, G., & Tonge, B. (2012). Brief report: Can irritability act as a marker of psychopathology. *Journal of Adolescence*, 37(4), 419-423. [Doi: 10.1037/a0034891]
- Narimani, M., Abbasi, M., Abolghasemi, A., & Ahadi, B. (2013). A study comparing the effectiveness of acceptance/ commitment by emotional regulation training on adjustment in students with dyscalculia. *Journal of Learning Disabilities*, 2(4), 154-176. (Persian) [jld-2-4-92-5-9]
- Pickles, A., Aglan, A., Collishaw, S., Messer, J., Rutter, M., & Maughan, B. (2010). Predictors of suicidality across the life span: the Isle of Wight study. *Psychological Medicine*, 40(9):1453-1456. [Doi: 10.1017/S0033291709991905]
- Rao, U. (2014). DSM-5: disruptive mood dysregulation disorder. *Asian Journal of Psychiatry*, 11, 119-123. [Doi:10.1016/j.ajp.2014.03.002]
- Rezaee, F., Fakhraee, A., Farmand, A., Niloufari, A., Hashemi Azar, J., & Shamloo, F.(2014). Diagnostic and statistical manual of mental disorders, American Psychology Association. (Persian) [https://www.arjmandpub.com/Book/1180]
- Roy, A. K., Lopes, V., & Klein, R. G. (2014). Disruptive Mood Dysregulation Disorder (DMDD): A New Diagnostic Approach to Chronic Irritability in Youth. *The American Journal of Psychiatry*, 171(9), 918-924. [Doi: 10.1176/appi.ajp.2014.13101301]

- Savage, J., Verhulst, B., Copeland, W., Althoff, R. R., Lichtenstein, P., & Roberson-Nay, R. (2015). A genetically informed study of the longitudinal relation between irritability and anxious/depressed symptoms. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 54(5), 377-384. [Doi:10.1016/j.jaac.2015.02.010]
- Scott, S., & O'Connor, T. G. (2012). An experimental test of differential susceptibility to parenting among emotionally-dysregulated children in a randomized controlled trial for oppositional behavior. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 53, 1184-1193. [Doi:10.1111/j.1469-7610.2012.02586.x. Epub 2012 Aug 6].
- Scotto Rosato, N. Correll, C. U. Pappadopulos, E. Chait A., Crystal, S. & Jensen, P. S. (2012). Treatment of Maladaptive Aggressive in Youth Steering Committee: Treatment of maladaptive aggression in youth: CERT guidelines, II: treatments and ongoing management. *Pediatrics*, 129, 1577-1586. [Doi:10.1542/peds.2010-1361. Epub 2012 May 28.]
- Sheybani, H., Mikaeili, N., & Narimani, M. (2018). The efficacy of emotion regulation training on stress, anxiety, depression and irritability of the students with disruptive mood dysregulation disorder. *Iranian Journal of Psychiatric Nursing*, 5(6), 37-43. (Persian) [Doi:10.21859/ijpn-05066]
- Stoddard, J., Sharif-Askary, B., Harkins, E. A., Frank, H. R., Brotman, M. A., Penton-Voak, I. S., & et al. (2016). An open pilot study of training hostile interpretation bias to treat disruptive mood dysregulation disorder. *Journal of Child and Adolescent Psychopharmacology*, 26(1), 49-57 [Doi: 10.1089/cap.2015.0100]
- Stringaris, A., Goodman, R., Ferdinando, S., Razdan, V., Muhrer, E., Leibenluft, E., & et al. (2012). The affective reactivity index: a concise irritability scale for clinical and research settings. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 53(11), 1109-1117 [Doi: 10.1111/j.1469-7610.2012.02561.x. Epub 2012 May 10.]
- Tourian, L., LeBoeuf, A. I., Breton, J.-J., Cohen, D., Gignac, M., Labelle, R., et al. (2015). Treatment options for the cardinal symptoms of disruptive mood dysregulation disorder. *Journal of the Canadian Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 24(1), 41-43.
- Wilkowski, B. M., & Robinson, M. D. (2008). The cognitive basis of trait anger and reactive aggression: An integrative analysis. *Personality and Social Psychology Review*, 12(1), 3-21. [Doi:10.1177/1088868307309874]
- Yoo, S. H. Matsumoto, D., & LeRoux, J. A. (2006). The influence of emotion recognition and emotion regulation on intercultural adjustment. *International Journal of Intercultural Relations*, 30(3), 345-363. [Doi:10.1016/j.ijintrel.2005.08.006].
- Waxmonsky, J., Pelham, W., Gnagy, E., Cummings, M., O'Connor, B & et al (2008). The efficacy and tolerability of methylphenidate and behavior modification in children with attention-deficit/hyperactivity disorder and severe mood dysregulation. *Journal of Child and Adolescent Psychopharmacology*, 18(6), 573-588. [Doi: 10.1089/cap.2008.065]
- Waxmonsky, J., Wymbs, F., Pariseau, M., Belin, P., Waschbusch, D., & et al (2013). A novel group therapy for children with ADHD and severe mood dysregulation. *Journal of Attention Disorders*, 17(6), 527-541. [Doi: 10.1177/1087054711433423]