اثربخشی راهبردهای مدیریت فرایندی هیجان در زود انگیختگی نوجوانان دختر مبتلا به اختلال نافرمانی مقابله‌ای: یک پژوهش مورد منفرد

مریم موحدی[1]، شهناز خالقی‌پور[2]

گزارش مورد

چکیده

زمینه و هدف: تنظیم هیجان، عامل مهمی در تعیین سلامتی و عملکرد موفق در تعاملات اجتماعی است و تأثیر آن بر اختلالات برون‌ریز به دلیل ماهیت انعطاف‌پذیر دوره نوجوانی و پایه‌ریزی الگوهای رفتار بزرگسالی، از اهمیت ویژه‌ای برخوردار است. از این‌رو، مطالعه حاضر با هدف اثربخشی راهبردهای مدیریت فرایندی هیجان در زود انگیختگی نوجوانان دختر مبتلا به اختلال نافرمانی مقابله‌ای انجام شد.

مواد و روش‌ها: تعداد سه نفر به شیوه نمونه‌گیری هدفمند از بین کلیه دختران نوجوان ۱۸-۱۴ ساله مبتلا به اختلال نافرمانی مقابله‌ای در مدارس شهرستان نجف‌آباد انتخاب شدند. پژوهش حاضر در چارچوب طرح‌های تجربی تک آزمودنی با استفاده از طرح خطوط پایه چندگانه‌ای پلکانی اجرا شد. بعد از موقعیت خط پایه، طی هشت جلسه مداخله انفرادی، آموزش راهبردهای مدیریت فرایندی هیجان مبتنی بر مدل Gross به آزمودنی‌ها ارایه گردید و یک ماه بعد، طی سه ماه متوالی مورد پیگیری قرار گرفتند. آزمودنی‌ها با استفاده از پرسش‌نامه زود انگیختگی Barratt (Barratt Impulsiveness Scale یا BIS)، ۱۱ بار (۴ بار خط پایه، ۴ بار مداخله و ۳ بار پیگیری) مورد ارزیابی قرار گرفتند. شاخص‌های تغییرات روند، شیب، اندازه اثر، شاخص Cohen و تفسیر فراز و فرود در نرم‌افزار SPSS ارایه گردید.

یافته‌ها: مداخله مورد نظر موجب کاهش نمرات زود انگیختگی شد. بازبینی نمودارهای اثربخشی و اندازه ضریب تأثیر نیز بیانگر اثر معنی‌دار و قابل توجه شدت مداخله مورد نظر برای هر سه آزمودنی در متغیرهای مورد بررسی بود.

نتیجه‌گیری: راهبردهای مدیریت فرایندی هیجان در زود انگیختگی نوجوانان دختر مبتلا به اختلال نافرمانی مقابله‌ای مؤثر است. از این‌رو، تلویحات کاربردی مطلوبی در زمینه پیشگیری و درمان اختلال نافرمانی مقابله‌ای دارد.

واژه‌های کلیدی: مدیریت فرایندی هیجان، اختلال نافرمانی مقابله‌ای، زود انگیختگی

ارجاع: موحدی مریم، خالقی‌پور شهناز. **اثربخشی راهبردهای مدیریت فرایندی هیجان در زود انگیختگی نوجوانان دختر مبتلا به اختلال نافرمانی مقابله‌ای: یک پژوهش مورد منفرد.** مجله تحقیقات علوم رفتاری ۱۳۹۵؛ ۱۴ (۴): ۵۲۴-۵۱۶

دریافت مقاله: ۱۳۹۵/۵/۲۷ پذیرش مقاله: ۱۳۹۵/۸/۲۸

مقدمه

دوران نوجوانی از مهم‌ترین مراحل زندگی است که در آن شخصیت فرد پایه‌ریزی می‌شود و شکل می‌گیرد. اغلب ناسازگاری‌ها و اختلالات رفتاری در بزرگسالی ، از بی‌توجهی به مسایل و مشکلات عاطفی- رفتاری دوران نوجوانی و عدم هدایت صحیح، در روند رشد و تکامل ناشی می‌شود (۱). مبتنی بر پذیرش این واقعیت، به تازگی توجه فزاینده‌ای به پیشگیری و درمان مشکلات و اختلالات دوران نوجوانی معطوف شده است (۲). یکی از مشکلات رفتاری شایع در نوجوانان، اختلال نافرمانی مقابله‌ای (Oppositional defiant disorder یا ODD) است (۳). از این اختلال اغلب به عنوان زیرمجموعه و طلیعه‌دار سایر اختلالات رفتاری جدید و شدید نام می‌برند. به طور تقریبی، در یک سوم از کودکان و نوجوانان مبتلا به ODD، بروز ناهنجاری‌های رفتاری نیز مشاهده می‌شود (۴). بر اساس ویرایش پنجم راهنمای تشخیصی آماری اختلالات روانی (DSM-5 یا Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders-5th edition)، کودکان و نوجوانان مبتلا به ODD، الگوی پایدار رفتار تکراری، منفی‌نگری، لجبازی، نافرمانی و خصومت در برابر مظاهر قدرت نشان می‌دهند؛ در صورتی که این علایم حداقل شش ماه دوام داشته باشد و متناسب با سن تحولی کودک و نوجوان نباشد، باعث اختلال قابل ملاحظه بالینی در کنش‌وری تحصیلی، اجتماعی و شغلی وی می‌گردد (۵). گذشته از تأثیری که این اختلال بر مسایل اجتماعی، تحصیلی و ارتباط با اعضای خانواده می‌گذارد، چنان‌چه بدون درمان رها شود، در بیش از ۷۵ درصد موارد به اختلال سلوک، اختلال ضد اجتماعی و دیگر آسیب‌های روانی بزرگسالی که مرتبط با پرخاشگری و خشونت است، تبدیل خواهد شد (۶). اکثر کارشناسان معتقدند که

۱- کارشناس ارشد، گروه روان‌شناسی بالینی، دانشکده علوم انسانی، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد نجف‌آباد، اصفهان، ایران
۲- استادیار، گروه روان‌شناسی، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد نایین، اصفهان، ایران
نویسنده مسؤول: شهناز خالقی‌پور Email: khaleghipour@naeiniau.ac.ir

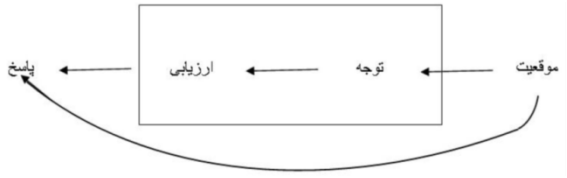
www.mui.ac.ir
[Downloaded from rbs.mui.ac.ir on 2025-12-06]
[DOR: 20.1001.1.17352029.1395.14.4.14.2]

به جای یک علت واحد، عوامل گوناگونی افراد را در معرض خطر ابتلا به اختلالات ایذایی قرار می‌دهد. پژوهش‌های سبب شناسی، علت اختلال را ترکیبی از ویژگی‌ها و گرایش‌های ژنتیکی یا زیست‌شناختی نوجوانان، شیوه‌های فرزندپروری ناکارامد و شرایط محیطی عنوان کرده است (۳).

یکی دیگر از علل ایجاد کننده و تداوم‌بخش ODD، زود انگیختگی است. زود انگیختگی مفهومی چند بعدی می‌باشد که بر اساس گرفتار شدن در رفتارهای بدون دوراندیشی و پاسخ‌دهی شتاب‌زده به محرک که اغلب پیامدهای ناسازگارانه به بار می‌آورد، تعریف شده است (۷). زود انگیختگی، محور عمده در تشخیص انواع اختلالات بالینی است (۸) و به عنوان شاخص پیش‌بینی کننده بسیاری از آسیب‌های روانی و اختلالات سلوک شناخته می‌شود (۹). زود انگیختگی برای بسیاری از روان شناسان که با آسیب شناسی روانی نوجوانان و جوانان سر و کار دارند، یکی از مفاهیم عمده روان‌شناختی به شمار می‌آید. نوجوانی به عنوان دوره افزایش زود انگیختگی و رفتارهای پرخطر شناخته شده است که می تواند به پیامدهای مخربی مانند خودکشی، سوء مصرف مواد، ایدز، تصادفات و... منجر شود (۱۰). دلیل عمده رفتارهای زود انگیخته را می‌توان در مشکلات کنترل بازداری تبیین نمود که این مسأله به وضوح در نوجوان ODD قابل مشاهده می‌باشد. افراد مبتلا به اختلالات هیجانی، به صورت غیر قابل کنترل تمایل به تجربه هیجانات منفی خود دارند و اغلب فاقد مهارت‌های لازم برای مدیریت و تنظیم این تجارب هیجانی شدید هستند (۱۱) که موجب افزایش انگیختگی فیزیولوژیک و کاهش خویشتن‌داری می‌شود (۱۲).

در این راستا، راهبردهای تنظیم هیجانی از جمله مؤلفه‌های روان شناختی است که زمینه‌ساز تحقیقات گسترده در زمینه اختلالات دوران کودکی و نوجوانی شده است (۱۳). Roberton و همکاران با بررسی اثر نظم‌جویی هیجان بر خشم و پرخاشگری، نشان دادند که آموزش راهبردهای نظم‌جویی هیجان می‌تواند در کاهش رفتارهای پرخاشگرانه تأثیرگذار باشد (۱۲). Szasz و همکاران در مطالعات متعددی به نقش و تأثیر تنظیم هیجان بر کنترل خشم اشاره کرده‌اند. نتایج مطالعات آنان نشان داد که تکنیک باز ارزیابی اثربخشی بیشتری نسبت به تکنیک‌های پذیرش و سرکوب برای تعدیل تجربه و ابراز خشم دارد (۱۴). در پژوهش دیگری، Costin و همکاران به این نتیجه رسیدند که دانش‌آموزان مبتلا به ODD که آموزش گروهی کنترل تکانه دریافت کرده بودند، در مقایسه با همتایان خود در گروه شاهد از سازگاری هیجانی، تحصیلی و اجتماعی بالاتر و تکانشگری پایین‌تر در پیگیری دو ماهه برخوردار بودند (۱۵). Presto و همکاران دریافتند که آموزش مهارت‌های کنترل تکانه می‌تواند مقدار قابل توجهی از مشکلات دانش‌آموزان مبتلا به اختلال نقص توجه- بیش‌فعالی (Attention deficit hyperactivity disorder یا ADHD) و ODD را بهبود بخشد (۱۶).

پژوهش‌ها نشان داده‌اند که طبقه قدرتمندی از تنظیم هیجان شامل راه‌های شناختی اداره اطلاعات هیجانی تحریک کننده است (۱۷). یکی از جدیدترین و جامع‌ترین الگوهای ارایه شده در این زمینه، متعلق به Gross می‌باشد که تحت عنوان الگوی فرایندی نظم‌جویی هیجان مطرح شده است (۱۸). تنظیم هیجان، نشان دهنده طیف فرایندهایی است که از طریق آن افراد می‌توانند طبیعت، نوسان و طول مدت هیجانات را تغییر دهند که برای درک اختلالات هیجانی مناسب است (۱۹). زمانی که فرد در موقعیت مرتبط با اهداف خود قرار می‌گیرد، فرایندهای توجیهی فعال می‌شود و به دنبال آن ارزیابی صورت می‌گیرد. این فرایند باعث تولید پاسخ‌های هیجانی شده، منجر به تغییراتی در نظام‌های تجربی، رفتاری و عصبی- زیستی می‌گردد و به دنبال آن، پاسخ موقعیت را تشدید می‌کند و چرخه‌ای مانند شکل ۱ ایجاد می‌شود.



شکل ۱. چرخه توجیهی هیجان

مطالعه راهبردهای تنظیم شناختی هیجان و رابطه آن با آسیب‌شناسی روانی به دلیل ماهیت انعطاف‌پذیر دوره نوجوانی و پایه‌ریزی الگوهای رفتار بزرگسالی در این دوران، از اهمیت ویژه‌ای برخوردار است. سلامت روانی نوجوانان ناشی از تعاملی دوطرفه میان استفاده از انواع خاصی از راهبردهای تنظیم شناختی هیجانی و ارزیابی درست موقعیت تنش‌زا است (۲۰). بدین ترتیب با عنایت به این که نوجوانان ناسازگار، از بهره هوشی عادی و حتی بالاتری برخوردار هستند، اما به علت رفتاری غیر عادی و ناهنجار به طور عادی قادر به حفظ رابطه با افراد دیگر نیستند و با توجه به این که راهبردهای تنظیم شناختی هیجان اغلب در کودکی آموخته و در پایان نوجوانی تا حدودی به سبک خودکار شناختی فرد تبدیل و تثبیت می‌شوند و همچنین، با توجه به اهمیت ارتباط میان عامل زود انگیختگی به عنوان عوامل تأثیرگذار بر نتایج درمانی و پیش‌بینی کننده قوی شکست و موفقیت در درمان، ضروری است تا به منظور بازبینی، ارزیابی و تعدیل واکنش‌های هیجانی نوجوانان مبتلا به ODD از مداخلاتی همچون راهبردهای نظم‌جویی فرایندی هیجان به عنوان درمانی برای مهار یا کنترل این عوامل استفاده شود.

با توجه به مطالب عنوان شده، می‌توان چنین گفت که راهبردهای تنظیم هیجانی در اختلالات رفتار ایذایی و برونی‌سازی شده کودکان و نوجوانان نقش اساسی ایفا می‌کند، اما به دلیل پراکنده بودن مطالعات خارجی و فقدان پژوهش‌هایی در مورد نقش راهبردهای تنظیم هیجانی در اختلال نافرمانی مقابله‌ای نوجوانان، به ویژه نوجوانان ایرانی، از یک سو، نتایج این پژوهش از بعد افزایشی می‌تواند باعث تقویت دانش روان‌شناسی در این حوزه شود و از سوی دیگر، می‌تواند راه‌گشایی برای شناسایی عوامل و مؤلفه‌های هیجانی دخیل در ایجاد و تداوم ODD در سنین نوجوانی باشد. از این‌رو، هدف کلی پژوهش حاضر، مطالعه تأثیر مدیریت فرایندی هیجان در زود انگیختگی نوجوانان دختر مبتلا به ODD بود. از طرف دیگر، با توجه به این که دختران در موقعیت‌های منفی، عواطف منفی بیشتری را گزارش می‌کنند و نیز از آن جهت که توانایی مقابله افراد در اوایل و اواسط نوجوانی کاهش پیدا می‌کند، پژوهش حاضر در این گروه از افراد صورت گرفت.

مواد و روش‌ها

پژوهش حاضر از نوع پژوهش‌های مورد منفرد بود. تعداد کم افراد نمونه، خاص بودن ویژگی‌های آزمودنی‌ها و ناهمگن بودن افراد نمونه، از جمله دلایل استفاده از این طرح در پژوهش حاضر بود. جامعه آماری تحقیق را کلیه دختران نوجوان

www.mui.ac.ir
[Downloaded from rbs.mui.ac.ir on 2025-12-06]
[DOR: 20.1001.1.17352029.1395.14.4.14.2]

۱۸-۱۴ ساله مبتلا به ODD که در سال تحصیلی ۹۵-۱۳۹۴ در مدارس شهرستان نجف‌آباد مشغول به تحصیل بودند، تشکیل داد. نمونه‌گیری پژوهش به صورت هدفمند انجام شد؛ بدین معنی که آزمودنی‌ها بر اساس قضاوت پژوهشگر و یا اهداف مطالعه انتخاب شدند. در این روش نمونه‌گیری، هدف انتخاب افرادی بود که درک عمیقی از موضوع مورد مطالعه برای پژوهشگر فراهم نمایند. این نوجوانان توسط مشاوران آموزش و پرورش، تشخیص ODD دریافت کرده بودند. برای تشخیص دقیق‌تر، مقیاس خودگزارشی مشکلات رفتاری نوجوانان(Achenbach youth self-report scale یا YSR)، توسط آزمودنی‌ها تکمیل گردید و جهت اطمینان از تشخیص نهایی، مصاحبه بالینی نیمه ساختار یافته با نوجوانان صورت گرفت. از این میان، ۳ نفر که ملاک‌های ورود به پژوهش را داشتند، انتخاب شدند. جنسیت مؤنث، دارا بودن تشخیص ODD بر اساس ملاک‌های DSM-5، داشتن نمره بالاتر از برش در آزمون‌های غربالگری، محدوده سنی ۱۸-۱۴ سال، رضایت و موافقت شرکت کنندگان از ملاک‌های ورودی برای حضور در پژوهش بود و ملاک‌های خروج عبارت از وجود سایر اختلالات همایند، دریافت سایر مداخلات روان‌شناختی، دریافت آموزش فردی، آشنایی با مداخلات، غیبت بیش از حد دانش‌آموزان در جلسات آموزشی و ابتلای نوجوان به بیماری خاص بود.

برای رعایت اصول اخلاقی و به منظور جلب همکاری دانش‌آموزان، پیش از اجرای درمان، اطلاعاتی درباره موضوع و هدف پژوهش تا آن‌جا که در نتایج پژوهش تأثیرگذار نبود، به آن‌ها داده شد و پس از جلب اطمینان آزمودنی‌ها، در مورد این که اطلاعات آن‌ها به هیچ عنوان فردی مورد تجزیه و تحلیل قرار نخواهد گرفت و اختیار دارند که در پژوهش شرکت کنند و هر زمان که بخواهند، می‌توانند از نمونه پژوهش خارج شوند، متذکر گردید. پیش از انجام مداخله، هر ۳ آزمودنی به مدت ۴ جلسه مورد مشاهده قرار گرفتند و فقط پرسش‌نامه زود انگیختگی Barratt (Barratt Impulsiveness Scale یا BIS) بر روی آن‌ها اجرا گردید و هیچ گونه مداخله‌ای بر روی آزمودنی‌های مورد مطالعه صورت نگرفت. بدین ترتیب خط پایه آن‌ها مشخص شد. پس از جلسه خط پایه، راهبردهای مدیریت فرایندی هیجان به طور انفرادی برای هر شرکت کننده اجرا گردید. مداخله شامل ۸ جلسه آموزشی، هر هفته یک جلسه بود که طی آن در هر جلسه، آزمودنی به صورت انفرادی به مدت ۴۵ دقیقه توسط پژوهشگر کارشناسی ارشد روان‌شناسی بالینی تحت آموزش قرار می‌گرفت. بعد از هر دو جلسه، آزمون‌های مورد نظر برای آزمودنی اجرا می‌شد. به عنوان موقعیت پیگیری، پس از پایان ۸ جلسه تنظیم هیجان Gross، آزمون پیگیری یک ماه بعد، طی سه ماه متوالی بر روی آزمودنی‌ها اجرا گردید. پروتکل درمان مدیریت فرایندی هیجان در جدول ۱ آمده است.

در تحقیق حاضر برای جمع‌آوری داده‌ها از پرسش‌نامه استفاده شد. در مرحله اول، گردآوری داده‌ها به وسیله پرسش‌نامه و ضرورت همکاری پاسخ دهنده در عرضه داده‌های مورد نیاز صورت گرفت. برای این منظور بر ارزشمند بودن داده‌های حاصل از پرسش‌نامه تأکید شد تا پاسخ دهنده به طور مناسب پاسخ سؤالات را عرضه کند. مرحله دوم، شامل پرسش‌نامه خصوصیات جمعیت‌شناختی آزمودنی‌ها بود. این پرسش‌نامه یک ابزار محقق ساخته بود که از طریق آن اطلاعات توصیفی و خصوصیات جمعیت‌شناختی آزمودنی‌ها همچون سن، پایه تحصیلی، تحصیلات والدین، وضعیت اقتصادی و اجتماعی، وضعیت سلامت جسمانی را در برمی‌گرفت.

مشخصات آزمودنی‌ها به شرح ذیل بود:

آزمودنی ۱: زهرا ش- ۱۷ساله، مجرد، اهل و ساکن نجف‌آباد، تحصیلات سوم علوم تجربی، محصل، مسلمان و شیعه.

بیمار با عموی خود که سرپرست وی بود، به شدت اختلاف نظر داشت و به کرات با او درگیری لفظی پیدا می‌کرد. علاوه بر این، اغلب در برابر خواسته‌های خواهر بزرگتر و مادرش لجبازی و نافرمانی نشان می‌داد. در مدرسه تکانه‌ای رفتار می‌کرد و بسیاری اوقات نظم کلاس را بر هم می‌زد، رابطه‌اش با همکلاسی‌هایش چندان رضایت‌بخش نبود و به هیچ عنوان مشکلات مالی خانواده و بیماری سرطان پدرش برای وی اهمیتی نداشت. وی معتقد بود که دیگران افراد متوقعی هستند.

آزمودنی ۲: فاطمه ص- ۱۷ ساله، مجرد، اهل و ساکن یزدانشهر، تحصیلات سوم ریاضی، محصل، مسلمان و شیعه.

جدول ۱. پروتکل درمانی بر اساس مدل Gross

محتوا	جلسات
جلسه اول	بیان منطق و مراحل مداخله، ضرورت تنظیم هیجان، چرایی آموزش مهارت، تشخیص دیدگاه‌های درست در مورد هیجان‌ها، مروری بر هیجان‌های اولیه و ثانویه، کمک کننده بودن همه هیجان‌ها
جلسه دوم	آموزش و معرفی هیجان، شناسایی و نامگذاری و برچسب زدن به احساسات، تمایز میان هیجانات مختلف، شناسایی هیجان در حالت فیزیکی و روان‌شناختی، عوامل موفقیت در تنظیم هیجان
جلسه سوم	خودارزیابی با هدف شناخت تجربه‌های هیجانی خود، خودارزیابی با هدف شناسایی میزان آسیب‌پذیری هیجانی در فرد، خودارزیابی با هدف شناسایی از راهبردهای تنظیمی فرد، پیامدهای شناختی واکنش‌های هیجانی، پیامدهای فیزیولوژیک واکنش‌های هیجانی، پیامدهای رفتاری واکنش‌های هیجانی و رابطه این سه با هم، معرفی هیجان خشم و راه‌های غلبه بر آن
جلسه چهارم	جلوگیری از انزوای اجتماعی و اجتناب، آموزش راهبرد حل مسأله، آموزش مهارت‌های بین فردی (گفتگو، اظهار وجود و حل تعارض)
جلسه پنجم	متوقف کردن نشخوار فکری و نگرانی، آموزش توجه
جلسه ششم	شناسایی ارزیابی‌های غلط و اثرات آن‌ها روی حالت‌های هیجانی،آموزش راهبرد بازارزیابی
جلسه هفتم	شناسایی میزان و نحوه استفاده از راهبرد بازداری و بررسی پیامدهای هیجانی آن، مواجهه، آموزش ابراز هیجان، اصلاح رفتار از طریق تغییر تقویت کننده‌ای محیطی، آموزش تخلیه هیجانی، آرمیدگی و عمل معکوس
جلسه هشتم	ارزیابی میزان نیل به اهداف، کاربرد مهارت‌های آموخته شده در محیط‌های طبیعی خارج از جلسه، بررسی و رفع موانع انجام تکلیف

www.mui.ac.ir

[Downloaded from rbs.mui.ac.ir on 2025-12-06]

[DOR: 20.1001.1.17352029.1395.14.4.14.2]

وی معتقد بود که سطح کلاس در حدش نیست، معلمان در سطح پایینی درس می‌دهند و قادر به پاسخگویی به سؤالات وی نیستند و از این بابت مرتب با معلمانش درگیری داشت. خیلی اوقات نظم کلاس را بر هم می‌زد و معتقد بود که در این شرایط امکان پیشرفت ندارد. از طرف دیگر، در منزل هم با مادرش مرتب درگیر بود؛ به نحوی که در کل تابستان با مادرش قهر بوده است و با برادرش نیز مرتب جر و بحث داشت و به عقیده او مادرش بین او و برادرش تفاوت قایل می‌شد. بدین ترتیب بیشتر وقت خود را در اتاقش سپری می‌کرد.

آزمودنی ۳: نسرین م- ۱۶ ساله، مجرد، اهل و ساکن نجف‌آباد، تحصیلات دوم علوم انسانی، محصل، مسلمان و شیعه.

بیمار در منزل ناسازگار بود؛ به این ترتیب که در بسیاری از موارد در برابر درخواست‌های مادر و پدرش به شکل خصمانه رفتار می‌کرد و در برابر کوچک‌ترین صحبتی واکنش منفی نشان می‌داد. در مدرسه نیز اغلب به دلیل نوع پوشش با کادر مدرسه درگیر می‌شد. وی به کرات قوانین مدرسه را زیر پا می‌گذاشت و رابطه خوبی با همکلاسی‌های خود نداشت و از طرف دیگر، انگیزه و علاقه‌ای نیز به ادامه تحصیل نشان نمی‌داد و بارها قصد ترک تحصیل داشت که خانواده مانع شدند.

ابزار جمع‌آوری اطلاعات: مقیاس خودگزارشی مشکلات رفتاری نوجوانان (YSR): از این مقیاس که توسط Achenbach ساخته شده است، برای سنجش ODD استفاده شد. این ابزار برای سنین ۱۱ تا ۱۸ سال با حداقل تحصیلات، در حد پایه پنجم ابتدایی در مدت زمان ۱۵ دقیقه قابل پاسخگویی است و از ابزارهای غربالگری رایج برای اختلالات روان‌پزشکی در سنین نوجوانی می‌باشد. در این مقیاس، گویه‌ها بر اساس DSM-IV-TR در متن تنظیم شده است که عبارت از مشکلات عاطفی، اضطرابی، بدنی، نارسایی توجه/ فزون کنشی، سلوک، نافرمانی مقابله‌ای و مشکلات هنجاری می‌باشد. گویه‌های این مقیاس به صورت سه گزینه‌ای «کاملاً، معمولاً و اصلاً» در نظر گرفته شده است که به ترتیب نمرات دو، یک و صفر را دریافت می‌کند (۲۱).

روایی این پرسش‌نامه به کرات مورد بررسی قرار گرفته است. فدایی و همکاران ضریب همبستگی مقیاس YSR با پرسش‌نامه شخصیتی نوجوانان Eysenck را بین ۰/۳۹ تا ۰/۶۸ به دست آوردند و ضریب پایایی این مقیاس را برای مشکلات کلی ۰/۹۳ گزارش کردند (۲۲). کاکابرایی و همکاران میزان اعتبار مقیاس YSR با استفاده از ضریب Cronbach's alpha را در دختران ۰/۹۲، در پسران ۰/۹۵ و در کل نمونه ۰/۸۲ گزارش نمودند. علاوه بر این، آن‌ها میزان اعتبار YSR را با استفاده از ضریب Cronbach's alpha برای دانش‌آموزان سال اول دبیرستان ۰/۹۳، برای دانش‌آموزان سال دوم ۰/۹۴، دانش‌آموزان سال سوم ۰/۹۵ و با استفاده از دو نیمه کردن برای دانش‌آموزان سال اول ۰/۶۷، دانش‌آموزان سال دوم ۰/۸۶ و دانش‌آموزان سال سوم ۰/۸۷ به دست آوردند (۲۳). در پژوهش کاکابرایی و همکاران، نتایج همبستگی بین مشکلات رفتاری با مقیاس درجه‌بندی Conner حاکی از رضایت‌بخش بودن روایی ملاکی همگرایی YSR در جامعه دانش‌آموزان پایه دبیرستان بود (۲۳). پایایی خرده مقیاس نافرمانی مقابله‌ای در پژوهش حاضر با استفاده از ضریب Cronbach's alpha، ۰/۷۵ به دست آمد.

پرسش‌نامه BIS: ویرایش یازدهم این پرسش‌نامه توسط Barratt ساخته شده است و دارای ۳۲ پرسش می‌باشد که سه عامل زود انگیختگی شناختی، زود انگیختگی حرکتی و بی‌برنامگی را ارزیابی و سنجش می‌کند. پرسش‌ها به صورت مقیاس چهار نمره‌ای (لیکرت) تدوین شده است که از هرگز (نمره ۱) تا همیشه (نمره ۴) نمره‌گذاری می‌گردد و بالاترین نمره آن ۱۲۰ می‌باشد (۲۴). علاوه بر نمره هر خرده مقیاس، یک نمره جداگانه برای کل مقیاس تکانشگری محاسبه می‌شود. در این مقیاس، Patton و همکاران پایایی و روایی را در همه نمونه‌ها بالا گزارش کردند (۲۵). همسانی درونی در نمونه مجرمان ۸۰ درصد، برای دانشجویان کارشناسی ۸۲ درصد و برای بیماران روان‌پزشکی ۸۳ درصد به دست آمده است. نتایج پژوهش‌های مختلف نشان می‌دهد که تعداد سؤالاتی که روی هر عامل بار می‌شود، در مطالعات مختلف به خوبی تکرار شده‌اند (۲۶). خرده مقیاس‌های تکانشگری حرکتی و تکانشگری برنامه‌ریزی نشده به ترتیب قوی‌ترین خرده مقیاس‌ها است؛ در حالی که خرده مقیاس تکانشگری شناختی، اغلب در این مورد که به عنوان یک عامل جداگانه شناسایی شود، ناکام بوده است. یافته‌های جاوید و همکاران در بررسی ویژگی‌های روان‌سنجی نسخه فارسی یازدهمین ویرایش BIS، اعتبار کل پرسش‌نامه زود انگیختگی را از دو روش ضریب Cronbach's alpha و بازآزمایی مورد تحلیل قرار دادند که به ترتیب ۸۱ و ۷۷ درصد به دست آمد (۲۶). همچنین، روایی همگرای آن با محاسبه ضریب همبستگی زیرمقیاس‌های این پرسش نامه با یکدیگر توسط جاوید و همکاران تأیید شد (۲۶).

در بررسی فرضیه‌های پژوهش، ضمن بررسی توصیفی نمرات قبل و بعد از مداخله آموزشی، میانگین مداخله، درصد افزایش نمرات، تغییرپذیری Cohen و اندازه اثر، از نمودار خطی نمرات استفاده گردید. برای به دست آوردن میانگین و انحراف معیار و رسم نمودار خطی نمرات آزمودنی در مراحل مختلف پژوهش از نرم‌افزار SPSS نسخه ۲۱ (version 21, SPSS Inc., Chicago, IL) استفاده گردید.

یافته‌ها

به منظور تحلیل و تفسیر داده‌های جمع‌آوری شده با توجه به طرح‌های تک آزمودنی شاخص‌های تغییرات روند، شیب و میزان تغییرپذیری برای هر آزمودنی محاسبه شد. روند تغییرات زود انگیختگی در طی جلسات بر روی نمودارها به طور جداگانه نشان داده شده است. در جدول ۲ تغییرات شدت نمرات زود انگیختگی برای هر آزمودنی در طی جلسات مداخله آموزشی مشاهده می‌شود.

جدول ۲. تغییرات نمرات زود انگیختگی مربوط به سه آزمودنی در موقعیت خط پایه، مداخله و پیگیری

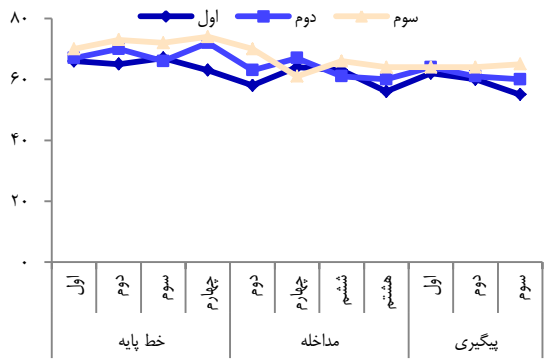
موقعیت	خط پایه				مداخله					پیگیری		
آزمودنی	جلسه ۱	جلسه ۲	جلسه ۳	جلسه ٤	جلسه ۲	جلسه ٤	جلسه ٦	جلسه ۸	جلسه ۱	جلسه ۲	جلسه ۳
اول	۶۶	۶۵	۶۷	۶۳	۵۸	۶۴	۶۳	۵۶	۶۲	۶۰	۵۵
دوم	۶۷	۷۰	۶۶	۷۲	۶۳	۶۷	۶۱	۶۰	۶۴	۶۱	۶۰
سوم	۷۰	۷۳	۷۲	۷۴	۷۰	۶۱	۶۶	۶۴	۶۴	۶۴	۶۵

www.mui.ac.ir

[Downloaded from rbs.mui.ac.ir on 2025-12-06]

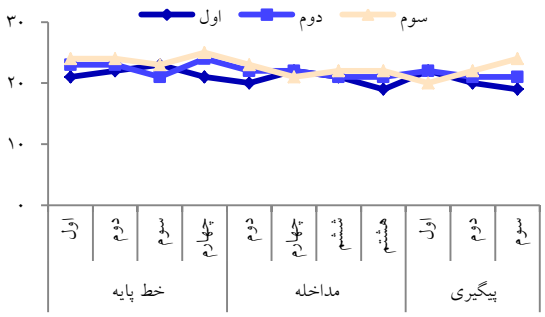
[DOR: 20.1001.1.17352029.1395.14.4.14.2]

با توجه به جدول ۲، در زود انگیختگی، نمرات هر سه آزمودنی در طی جلسات کاهش داشت که این کاهش در آزمودنی دوم و سوم بیشتر بود و تغییرات تا پایان دوره جلسات در هر سه آزمودنی پایدار مشاهده شد. در شکل ۲ تغییرات نمرات آزمودنی‌ها در زود انگیختگی مشاهده می‌شود.



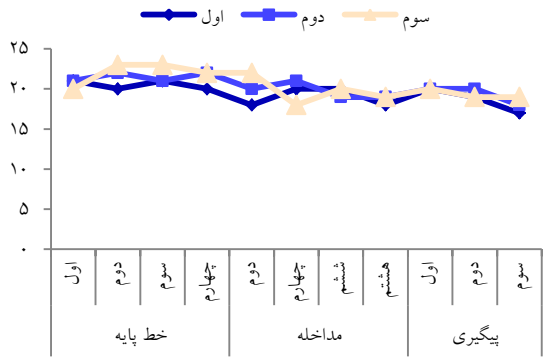
شکل ۲. تغییرات نمرات زود انگیختگی آزمودنی‌ها در جلسات پژوهش

در شکل‌های ۵-۳ روند بهبود نمرات آزمودنی‌ها در ابعاد زود انگیختگی قابل مشاهده است.



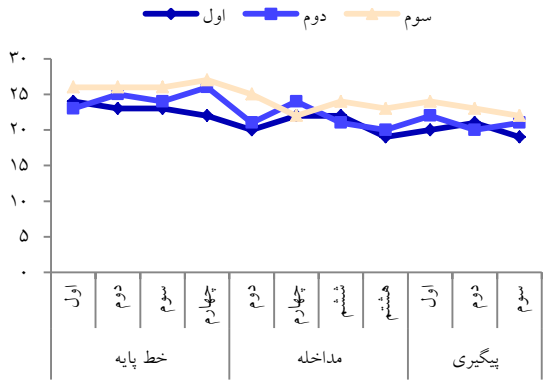
شکل ۳. روند بهبود نمرات زود انگیختگی بی‌برنامگی در سه آزمودنی

بازبینی دیداری نمودارهای اثربخشی و اندازه ضریب تأثیر، بیانگر کاهش معنی‌دار و قابل توجه زود انگیختگی هر سه آزمودنی بود. این نکته در جدول ۳ بر اساس شاخص‌های تغییرات روند، شیب و میزان تغییرپذیری نمرات آزمودنی‌ها مورد بررسی قرار گرفت.



شکل ٤. روند بهبود نمرات زود انگیختگی حرکتی در سه آزمودنی

در بررسی فرضیه اصلی تحقیق، ضمن بررسی توصیفی نمرات زود انگیختگی قبل و بعد از مداخله آموزشی، میانگین مداخله، درصد افزایش نمرات، تغییرپذیری Cohen و اندازه اثر، از نمودار خطی نمرات استفاده گردید. علامت منفی در درصد افزایش نمرات، نشان دهنده کاهش نمرات بود.



شکل ٥. روند بهبود نمرات زود انگیختگی شناختی در سه آزمودنی

داده‌های جدول ۳ نشان داد که در شرایط پیش‌آزمون یا خط پایه، میانگین نمره زود انگیختگی در آزمودنی اول برابر با ۶۵/۲۵ به دست آمد. در شرایط مداخله آزمایشی، میانگین نمره وی ۶۰/۲۵ شد که در این متغیر کاهش نشان داد.

جدول ۳. شاخص‌های تغییرات روند، شیب، میزان تغییرپذیری و اندازه اثر نمرات آزمودنی‌ها در زود انگیختگی

آزمودنی	میانگین خط پایه ± انحراف معیار	میانگین مداخله ± انحراف معیار	میزان بهبودی پس از درمان	درصد افزایش نمرات	تغییرپذیری Cohen	اندازه اثر
اول	۶۵/۲۵ ± ۱/۷۱	۶۰/۲۵ ± ۳/۸۶	۵۹/۰۰	-۷/۶۶	۱/۶۷	۰/۶۴
دوم	۶۸/۷۵ ± ۲/۷۵	۶۲/۷۵ ± ۳/۰۹	۶۱/۶۷	-۸/۷۳	۲/۰۵	۰/۷۲
سوم	۷۲/۲۵ ± ۱/۷۱	۶۵/۲۵ ± ۳/۷۷	۶۴/۳۳	-۹/۶۹	۲/۳۹	۰/۷۷

www.mui.ac.ir
[Downloaded from rbs.mui.ac.ir on 2025-12-06]
[DOR: 20.1001.1.17352029.1395.14.4.14.2]

جدول ٤. شاخص‌های توصیفی ابعاد زود انگیختگی آزمودنی‌ها و مراحل ارزیابی

زود انگیختگی	آزمودنی	میانگین خط پایه ± انحراف معیار	میانگین مداخله ± انحراف معیار	میانگین پیگیری
بی‌برنامگی	آزمودنی ۱	۲۱/۷۵ ± ۰/۹۵	۲۰/۵۰ ± ۱/۲۹	۲۰/۳۳
	آزمودنی ۲	۲۲/۷۵ ± ۱/۲۵	۲۱/۵۰ ± ۰/۵۸	۲۱/۳۳
	آزمودنی ۳	۲۳/۷۵ ± ۰/۵۰	۲۲/۰۰ ± ۰/۸۲	۲۲/۰۰
حرکتی	آزمودنی ۱	۲۰/۵۰ ± ۰/۵۸	۱۹/۰۰ ± ۱/۱۵	۱۸/۶۷
	آزمودنی ۲	۲۱/۵۰ ± ۰/۵۸	۱۹/۷۵ ± ۰/۹۶	۱۹/۳۳
	آزمودنی ۳	۲۲/۰۰ ± ۱/۴۱/	۱۹/۷۵ ± ۱/۷۱	۱۹/۳۳
شناختی	آزمودنی ۱	۲۳/۰۰ ± ۰/۸۲	۲۰/۷۵ ± ۱/۵۰	۲۰/۰۰
	آزمودنی ۲	۲۴/۵۰ ± ۱/۲۹	۲۱/۵۰ ± ۱/۷۳	۲۱/۰۰
	آزمودنی ۳	۲۶/۲۵ ± ۰/۵۰	۲۳/۵۰ ± ۱/۲۹	۲۳/۰۰

میانگین بهبودی پس از درمان برابر با ۵۹ بود که باز هم کاهش یافت و درصد افزایش نمرات برابر با ۷/۶۶- شد که به میزان ۷/۶۶ درصد کاهش داشت. میانگین این متغیر در پیش‌آزمون در آزمودنی دوم برابر با ۶۸/۷۵ حاصل شد. این نمره در شرایط مداخله آزمایشی به ۶۲/۷۵ کاهش یافت که بیانگر کاهش قابل توجهی در این متغیر بود. میزان بهبودی ۶۱/۶۷ به دست آمد که باز هم حاکی از کاهش بود. درصد افزایش نمرات ۸/۷۳- حاصل شد که در این آزمودنی نمرات به اندازه ۸/۷۳ کاهش یافت. میانگین پیش‌آزمون، نمره زود انگیختگی آزمودنی سوم برابر با ۷۲/۲۵ به دست آمد. در شرایط مداخله آزمایشی، این نمره به ۶۵/۲۵ و در پیگیری به ۶۴/۳۳ کاهش یافت که بیانگر کاهش قابل توجهی در نمره این متغیر بود و درصد افزایش نمرات ۹/۶۹- به دست آمد. به طور کلی می‌توان گفت که راهبردهای مدیریت فرایندی هیجان در بهبود میزان زود انگیختگی در هر سه آزمودنی مؤثر بود. اندازه اثرات به دست آمده در آزمودنی اول ۰/۶۴، آزمودنی دوم ۰/۷۲ و آزمودنی سوم ۰/۷۷ حاصل شد که تأثیر درمان بر بهبود زود انگیختگی در آزمودنی اول متوسط رو به بالا، آزمودنی دوم و سوم بالا بود.

بازبینی دیداری روند بهبود میزان زود انگیختگی در هر سه آزمودنی در مراحل پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری در شکل ۲ ارایه شده است.

با توجه به داده‌های جدول ۳، در هر سه آزمودنی میزان بهبودی و کاهش نمرات قابل ملاحظه بود و بالاترین درصد بهبودی متعلق به آزمودنی دوم و سوم به دست آمد. به عبارت دیگر، می‌توان این گونه عنوان کرد که راهبردهای مدیریت فرایندی هیجان در زود انگیختگی نوجوانان دختر مبتلا به ODD مؤثر واقع شده است.

جدول ۴ شاخص‌های توصیفی ابعاد زود انگیختگی آزمودنی‌ها را در مراحل خط پایه، مداخله و پیگیری نشان می‌دهد.

بحث و نتیجه‌گیری

زود انگیختگی از خصوصیات شخصیتی افرادی است که واکنش‌پذیری بالایی در برابر رویدادهای زندگی از خود نشان می‌دهند. بنابراین، همان طور که نوجوانان مبتلا به ODD بیشتر برانگیخته می‌شوند، بی‌نظمی هیجانی در آن‌ها بیشتر می‌شود. از این‌رو، هدف کلی پژوهش حاضر، بررسی اثربخشی آموزش مدیریت فرایندی هیجان در زود انگیختگی نوجوانان دختر مبتلا به اختلال نافرمانی مقابله‌ای بود. نتایج نشان داد که آموزش مهارت‌های نظم‌جویی هیجان می‌تواند در زود انگیختگی نوجوانان دختر مبتلا به اختلال نافرمانی مقابله‌ای مؤثر واقع گردد.

در رابطه با بررسی اثر استراتژی‌های انطباقی تنظیم شناختی هیجانات در علم روان‌شناسی، مطالعات مختلفی صورت گرفته است، اما پژوهشی که به بررسی اثر استراتژی‌های انطباقی تنظیم هیجانات در زود انگیختگی نوجوانان دختر مبتلا به ODD انجام شده باشد، یافت نشد. بدین ترتیب می‌توان به مطالعات Roberton و همکاران (۱۲)، Szasz و همکاران (۱۴)، Costin و همکاران (۱۵)، Presto و همکاران (۱۶)، Memedovic و همکاران (۲۷)، Ronen (۲۸)، اعظمی و همکاران (۲۹)، حسنوند عموزاده و همکاران (۳۰)، شریفی درآمدی و همکاران (۳۱) به عنوان تحقیقات همسو با پژوهش حاضر اشاره کرد.

در تبیین یافته‌های تحقیق حاضر می‌توان چنین عنوان کرد که امروزه زود انگیختگی به صورت یک بعد شناختی، مفهوم‌پردازی می‌شود؛ به این معنی که زود انگیختگی، با عدم بازداری شناختی، روند کند و ناقص تصمیم‌گیری و بی‌ثباتی هیجانی در افراد همراه است (۸). نتایج مطالعه Schreiber و همکاران نشان داد که افراد دارای اختلال هیجانی، نمرات بالاتری در تکانشگری و استدلال شناختی کسب کردند (۳۲). ابعاد شناختی/ توجهی و بی‌برنامگی تکانشگری می‌تواند تا حدی اختلال کارکرد اجرایی را منعکس کند. شواهد نیز نشان می‌دهد که اختلال در کارکردهای اجرایی اصلی مانند حافظه کاری، کنترل بازداری و انعطاف‌پذیری شناختی با ODD همبسته است (۳۳). نوجوانان دارای این اختلال در رمزگردانی و پردازش اطلاعات اجتماعی عملکرد ضعیفی دارند که این امر منجر به رفتارهای ایذایی، پرخاشگرانه و مشکلات هیجانی در آنان می‌شود (۳۴). علاوه بر این، رفتار آشکار در این نوجوانان به وسیله شناختی، میانجی‌گری نمی‌شود و این افراد نمی‌توانند یاد بگیرند که با کنترل و تغییر فرایندهای شناختی هیجان، رفتار خود را تغییر دهند (۳۵). علاوه بر این، محققان آسیب‌شناسی روانی معتقد هستند که عدم عملکرد موفق در تعاملات اجتماعی، پرخاشگری، خشونت تکانشی، احساس شرمندگی و گناه نیز در نتیجه تنظیم ناکافی، پاسخ‌های هیجانی ایجاد می‌گردد (۳۶). همچنین، عدم تنظیم هیجان می‌تواند باعث ایجاد رفتارهای مشکل‌آفرینی همچون خشونت باشد (۳۷).

از آن‌جا که هیجان‌های مخرب در سازگاری فرد و محیط تأثیر دارد، افرادی که دارای نمرات بالا در این شاخص باشند، احتمال بیشتری دارد که دارای باورهای غیر منطقی باشند و از قدرت کمتری در کنترل تکانه‌ها و درجه‌های انطباق ضعیف‌تری با دیگران برخوردار باشند و در هنگام رویارویی با فشارهای

www.mui.ac.ir
[Downloaded from rbs.mui.ac.ir on 2025-12-06]
[DOR: 20.1001.1.17352029.1395.14.4.14.2]

روانی، به دلیل دارا بودن عواطف منفی و تمایلات تکانشگری و آسیب‌پذیری که دارند، ساز و کارهای مقابله‌ای را به کار می‌گیرند. بنابراین، به طور معمول سطح سازگاری این افراد تحت تأثیر قرار می‌گیرد و در نتیجه، چنین رفتارهایی موجب ظهور و بروز رفتار نافرمانی مقابله‌ای می‌شود.

بدین ترتیب در تبیین یافته‌های پژوهش می‌توان چنین استدلال نمود، از آن‌جا که افراد دچار ODD با قرار گرفتن در موقعیت‌های مختلف به احتمال بیشتری به صورت زود انگیخته و نسنجیده عمل می‌کنند و همچنین، کمتر بر هیجانات خود کنترل دارند، تکنیک‌های تنظیم شناختی هیجانی به واسطه نقش مؤثر آن‌ها در پیشگیری از برانگیختگی‌های هیجانی، رفتارهای تکانشی و کاهش تجربه هیجانات منفی در موقعیت‌های تهدیدآمیز می‌تواند نقش مؤثری در کنترل و بازداری تکانه و زود انگیختگی در این افراد ایفا کند و تأثیر بسزایی در تنظیم هیجانی این افراد داشته باشد که این مسأله در پژوهش حاضر مورد تأیید قرار گرفته است.

از سوی دیگر، اثربخشی آموزش تنظیم شناختی هیجان را در زود انگیختگی نوجوانان مبتلا به ODD این گونه می‌توان تفسیر کرد که یکی از عوامل تشدید رفتارهای تکانشی و ایذایی در این نوجوانان، کمبود حمایت‌های عاطفی و اجتماعی، عزت نفس پایین، مشکلات مدرسه، انزوا، رفتارهای پر خطر و اختلالات خلقی و اضطرابی است (۳۸). بنابراین، چون راهبردهای تنظیم هیجان به عنوان یک درمان حمایت‌گرانه ارایه می‌شود و مستلزم یک ارتباط مشترک و قوی میان درمانجو و درمانگر است، درمانگر فعالانه رفتارهای سازگارانه را به درمانجو آموزش می‌دهد و درمانجو ملزم به انجام این تکالیف می‌باشد. زمانی که هر هفته تکالیف از درمانجو خواسته می‌شود، به درمانجو بازخورد داده می‌شود. این درمان می‌تواند در کاهش رفتارهای زود انگیخته، بدون برنامه و تفکر مؤثر واقع شود. در نهایت، یافته‌های پژوهش حاضر نشان داد که آموزش تنظیم شناختی هیجان به منزله یک خصیصه شخصیتی می‌تواند بر کاهش رفتارهای تکانشی و اختلال نافرمانی مقابله‌ای تأثیرگذار باشد. بدین ترتیب، به دلیل سیمای هیجانی بدکارکرد در نوجوانان مبتلا به ODD، فرایند آموزش راهبردهای سازش یافته نظم‌جویی شناختی هیجان در زود انگیختگی نوجوانان مبتلا به ODD به منظور مدیریت و کنترل بهتر تجارب هیجانی روزمره زندگی و هیجان‌های ناشی از رویدادهای تنیدگی‌زا تلویحات کاربردی زیادی می‌تواند داشته باشد. بنابراین، به این افراد توصیه می‌شود تا از طریق شناسایی و کاهش راهبردهای غیر سازگارانه، آموزش و یادگیری راهبردهای سازگارانه‌تر، به کاهش مشکلات و آسیب‌های هیجانی خود بپردازند و با پرآموزی و تمرین دراز مدت، این راهبردها را به عملکرد خودکار شناختی خود تبدیل کنند. جایگزینی راهبردهای تنظیم شناختی مثبت‌تر، منجر به مواجهه موفقیت‌آمیز و افزایش توان مقابله نوجوانان با بحران‌ها می‌شود و بدین ترتیب آن‌ها را قادر می‌سازد تا بر احساسات منفی خود غلبه نمایند. از این‌رو، پیشنهاد می‌شود که پژوهشگران و درمانگران راهبردهای تنظیم شناختی هیجانی نوجوانان را به عنوان عاملی مهم در مداخلات پیشگیرانه و درمانی خود در کلینیک‌های روان‌شناختی و در مدارس مورد توجه قرار دهند. از محدودیت‌های پژوهش حاضر این بود که تنها بر روی دختران نوجوان صورت گرفت. از این‌رو، در تعمیم نتایج به سایر مقاطع سنی و پسران باید احتیاط لازم صورت گیرد. از سوی دیگر، با توجه به پایین بودن حجم نمونه در تعمیم نتایج باید دقت زیادی اعمال شود. محدودیت بعدی پژوهش به این حقیقت بر می‌گردد که هم درمان و هم ارزیابی توسط یک نفر انجام شد که این امر می‌تواند باعث سوگیری در تفسیر داده‌ها شود. علاوه بر این، برای بررسی نقاط قوت، ضعف و نیز ارزیابی تداوم تأثیر مداخلات در طولانی مدت اجرای آزمون های پیگیری بیشتر به فواصل منطقی پیشنهاد می‌گردد.

سپاسگزاری

مطالعه حاضر حاصل بخشی از پایان‌نامه کارشناسی ارشد روان‌شناسی بالینی نویسنده نخست مصوب دانشگاه آزاد اسلامی، واحد نجف‌آباد بود. بدین ترتیب، نویسندگان مراتب سپاس خود را از مسؤولان شورای تحقیقات سازمان آموزش و پرورش شهرستان نجف‌آباد و همه افرادی که در انجام پژوهش یاری نمودند، اعلام می‌دارند.

References

1. Patel V, Flisher AJ, Hetrick S, McGorry P. Mental health of young people: a global public-health challenge. Lancet 2007; 369(9569): 1302-13.
2. Cartwright-Hatton S, McNally D, White C, Verduyn C. Parenting skills training: an effective intervention for internalizing symptoms in younger children? J Child Adolesc Psychiatr Nurs 2005; 18(2): 45-52.
3. Steiner H, Remsing L. Practice parameter for the assessment and treatment of children and adolescents with oppositional defiant disorder. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry 2007; 46(1): 126-41.
4. Hamilton SS, Armando J. Oppositional defiant disorder. Am Fam Physician 2008; 78(7): 861-6.
5. American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-5). 5th ed. Washington, DC: APA; 2013.
6. Harada Y, Saitoh K, Iida J, Sakuma A, Iwasaka H, Imai J, et al. The reliability and validity of the Oppositional Defiant Behavior Inventory. Eur Child Adolesc Psychiatry 2004; 13(3): 185-90.
7. Moeller FG, Barratt ES, Dougherty DM, Schmitz JM, Swann AC. Psychiatric aspects of impulsivity. Am J Psychiatry 2001; 158(11): 1783-93.
8. Gullo MJ, Dawe S. Impulsivity and adolescent substance use: rashly dismissed as "all-bad"? Neurosci Biobehav Rev 2008; 32(8): 1507-18.
9. Vitacco MJ, Rogers R. Predictors of adolescent psychopathy: the role of impulsivity, hyperactivity, and sensation seeking. J Am Acad Psychiatry Law 2001; 29(4): 374-82.
10. Galvan A, Hare T, Voss H, Glover G, Casey BJ. Risk-taking and the adolescent brain: who is at risk? Dev Sci 2007; 10(2): F8-F14.

www.mui.ac.ir
[Downloaded from rbs.mui.ac.ir on 2025-12-06]
[DOR: 20.1001.1.17352029.1395.14.4.14.2]

11. Fairholme CP, Boisseau CL, Ellard KK, Ehrenreich JT, Barlow DH. Emotions, emotion regulation, and psychological treatment: A unified perspective. In: Kring AM, Sloan DS, editors. Emotion regulation and psychopathology: A transdiagnostic approach to etiology and treatment. New York, NY: Guilford Press; 2009. p. 283-309.
12. Roberton T, Daffern M, Bucks RS. Emotion regulation and aggression. Aggression and Violent Behavior 2012; 17(1): 72-82.
13. Garnefski N, Koopman H, Kraaij V, ten CR. Brief report: Cognitive emotion regulation strategies and psychological adjustment in adolescents with a chronic disease. J Adolesc 2009; 32(2): 449-54.
14. Szasz PL, Szentagotai A, Hofmann SG. The effect of emotion regulation strategies on anger. Behav Res Ther 2011; 49(2): 114-9.
15. Costin J, Lichte C, Hill-Smith A, Vance A, Luk E. Parent group treatments for children with Oppositional Defiant Disorder. Australian e-Journal for the Advancement of Mental Health 2004; 3(1): 36-43.
16. Preston AS, Heaton SC, McCann SJ, Watson WD, Selke G. The role of multidimensional attentional abilities in academic skills of children with ADHD. J Learn Disabil 2009; 42(3): 240-9.
17. Ochsner KN, Gross JJ. The cognitive control of emotion. Trends Cogn Sci 2005; 9(5): 242-9.
18. Gross JJ. Handbook of emotion regulation. 1st ed. New York, NY: Guilford Press; 2011.
19. Gross JJ. The emerging field of emotion regulation: An integrative review. Rev Gen Psychol 1998; 2(3): 271-99.
20. Dahl RE. Affect regulation, brain development, and behavioral/emotional health in adolescence. CNS Spectr 2001; 6(1): 60-72.
21. Achenbach TM. Integrative Guide for the 1991 CBCL/4-18, Ysr, and Trf Profile. Burlington, VT: Department of Psychiatry, University of Vermont; 1991.
22. Fadaie Z, Najafi M, Habibi Asgarabad M, Besharat M A. Confirmatory factorial structure, reliability and validity of the Achenbach Youth Self-Report Scale (YSR): Monozygotic and Dizygotic twins. Clinical Psychology 2009; 1 (1): 1-18. [In Persian].
23. Kakaberaie K, Habibi Asgar Abad M, Fedaei Z. Validation of Achenbakh's Behavioral Problems: Performing The Youth Self-Report Scale (YSR) for 11-18 year-oldadolescents on high school students. Research in Psychological Health 2008; 1(4): 50-66.
24. Barratt ES, Stanford MS, Kent TA, Felthous A. Neuropsychological and cognitive psychophysiological substrates of impulsive aggression. Biol Psychiatry 1997; 41(10): 1045-61.
25. Patton JH, Stanford MS, Barratt ES. Factor structure of the Barratt impulsiveness scale. J Clin Psychol 1995; 51(6): 768-74.
26. Javid M, Mohammadi N, Rahimi CH. Psychometric properties of an Iranian version of the Barratt Impulsiveness Scale-11 (BIS-11). Journal of Psychological Models And Methods 2012; 2(8): 21-32. [In Persian].
27. Memedovic S, Grisham JR, Denson TF, Moulds ML. The effects of trait reappraisal and suppression on anger and blood pressure in response to provocation. Journal of Research in Personality 2010; 44(4): 540-3.
28. Ronen T. Imparting self-control skills to decrease aggressive behavior in a 12-year-old boy. J Soc Work 2004; 4(3): 269-88.
29. Aazami Y, Sohrabi F, Borjali A, Chopan H. The effectiveness of teaching emotional regulation based on Gross's model in reducing impulsivity in drug-dependent people. Research on Addiction 2014; 8(30): 109-20.
30. Hasanvand Amozadeh M, Hasanvand Amozadeh A, Hasanvand Amozadeh M, Ghadampour M. The effect of anger management skills training on social anxiety and anger self-regulation skills in social anxious high school boys. Knowledge and Research in Applied Psychology 2014; 14 (54): 73-83. [In Persian].
31. Sharifi Daramadi P, Bagian Kulehmarz MJ, Padervand H, Geravand F. The effect of impulse control training on impulsiveness and reduce the symptoms of students with oppositional deficit disorder. Journal of Clinical Psychology 2014; 5(4): 29-41. [In Persian].
32. Schreiber LR, Grant JE, Odlaug BL. Emotion regulation and impulsivity in young adults. J Psychiatr Res 2012; 46(5): 651-8.
33. Matthys W, Lochman JE. Oppositional defiant disorder and conduct disorder in children. Hoboken, NJ: Wiley; 2011.
34. Skoulos V, Tryon GS. Social skills of adolescents in special education who display symptoms of oppositional defiant disorder. American Secondary Education 2007; 35(2): 103-15.
35. Spencer TJ, Faraone SV, Surman CB, Petty C, Clarke A, Batchelder H, et al. Toward defining deficient emotional self-regulation in children with attention-deficit/hyperactivity disorder using the Child Behavior Checklist: a controlled study. Postgrad Med 2011; 123(5): 50-9.
36. Sandler IN, Tein JY, West SG. Coping, stress, and the psychological symptoms of children of divorce: a cross-sectional and longitudinal study. Child Dev 1994; 65(6): 1744-63.
37. Dillon DG, Ritchey M, Johnson BD, LaBar KS. Dissociable effects of conscious emotion regulation strategies on explicit and implicit memory. Emotion 2007; 7(2): 354-65.
38. Loeber R, Burke J, Pardini DA. Perspectives on oppositional defiant disorder, conduct disorder, and psychopathic features. J Child Psychol Psychiatry 2009; 50(1-2): 133-42.

[Downloaded from rbs.mui.ac.ir on 2025-12-06]

[DOR: 20.1001.1.17352029.1395.14.4.14.2]

Effectiveness of Strategies of Excitement Process Management on the Impulsivity of Adolescent Girls with Oppositional Defiant Disorder: A Single Case Study

Maryam Movahedi[1], Shahnaz Khaleghipour[2]

Case Report

Abstract

Aim and Background: Emotion regulation is a key factor in determination of health and successful performance in social interactions and its effect on exocrine dysfunction is of particular importance due to the flexible nature of adolescence and foundations of adult behavioral patterns. Therefore, the aim of this study was to determine the effectiveness of excitement process management strategies on the impulsivity of adolescent girls with oppositional defiant disorder (ODD).

Methods and Materials: In the present study, 3 subjects were selected using purposive sampling method from among all 14-18 year old adolescents with ODD in schools of Najafabad (Isfahan, Iran). This study was implemented within the framework of a single-subject experimental design using stepwise multiple baseline design. After baseline, excitement process management strategies were presented to subjects based on Gross model during 8 individual intervention sessions. After one month, follow-up was conducted during 3 consecutive months. Using the Barratt Impulsiveness Scale (BIS), the subjects were assessed 11 times (4 times for baseline, 4 for intervention, and 3 for follow-up). The indexes of process changes, slope, and effect size, Cohen's coefficient, and interpretation of ups and downs were presented in SPSS software.

Findings: The intervention reduced the subjects' impulsiveness scores. Review of the effect coefficient size and the effectiveness charts indicates the remarkable and significant effect of intervention intensity for all three subjects in all studied variables.

Conclusions: The results showed that excitement process management strategies are effective on the impulsivity of adolescent girls with ODD. Therefore, it has satisfactory practical implications in the treatment and prevention of ODD.

Keywords: Process emotion management, Oppositional defiant disorder, Impulsivity

Citation: Movahedi M, Khaleghipour S. **Effectiveness of Strategies of Excitement Process Management on the Impulsivity of Adolescent Girls with Oppositional Defiant Disorder: A Single Case Study.** J Res Behav Sci 2016; 14(4): 516-24.

Received: 17.08.2016 Accepted: 18.11.2016

1- Department of Clinical Psychology, School of Humanities, Najafabad Branch, Islamic Azad University, Najafabad, Iran
2- Assistant Professor, Department of Psychology, Naein Branch, Islamic Azad University, Naein, Iran
Corresponding Author: Shahnaz Khaleghipour, Email: khaleghipour@naeiniau.ac.ir

www.mui.ac.ir

[Downloaded from rbs.mui.ac.ir on 2025-12-06]

[DOR: 20.1001.1.17352029.1395.14.4.14.2]