مجله علوم پزشکی زانکو/ دانشگاه علوم پزشکی کردستان/ تابستان ۱۳۹۸/ ۸۶-۷۲

مقاله پژوهشی
(Originalpaper)

مقایسه اثر بخشی درمان قدرت مقابله و درمان مبتنی بر کارکردهای اجرایی بر تنظیم هیجان کودکان اختلال نافرمانی مقابله‌ای

نعیم کریم‌پور[۱]، سید محمد حسین موسوی نسب[۲*]، مسعود فضیلت‌پور[۳]

۱- دانشجوی کارشناسی ارشد روانشناسی بالینی، گروه روان‌شناسی، دانشکده ادبیات و علوم انسانی، دانشگاه شهید باهنر کرمان، کرمان، ایران

۲- استادیار روان‌شناسی سلامت، گروه روان‌شناسی، دانشکده ادبیات و علوم انسانی، دانشگاه شهید باهنر کرمان، کرمان، ایران

۳-دانشیار روان شناسی شناختی، دانشکده علوم تربیتی و روان شناسی، دانشگاه شیراز، شیراز، ایران

* موبایل: ۰۹۱۷۸۸۱۴۰۶۴ پست الکترونیک: Hossein.mousavi-nasab@uk.ac.ir

نعیم کریم پور - ۳۷۸۰-۸۰۷۲-۰۰۰۲-۰۰۰۰

سید محمد حسین موسوی نسب ۲۸۳۵-۷۱۰۲-۰۰۰۲-۰۰۰۰

مسعود فضیلت پور- ۱۸۷۰-۳۷۱۴-۰۰۰۳-۰۰۰۰

چکیده

زمینه و هدف: اختلال نافرمانی‌مقابله‌ای به عنوان یکی از اختلالات دوران کودکی ثبات متوسط رو به بالایی در سرتاسر عمر نشان می‌دهد. پژوهش حاضر با هدف مقایسه‌ی اثربخشی درمان شناختی رفتاری قدرت مقابله و درمان مبتنی بر کارکردهای اجرایی و گروه گواه در تنظیم هیجان کودکان اختلال نافرمانی مقابله‌ای صورت گرفت.

مواد و روش کار: پژوهش از نوع نیمه آزمایشی با طرح پیش‌آزمون – پس‌آزمون با گروه گواه بود. شرکت‌کنندگان با روش نمونه‌گیری خوشه‌ای از بین دانش‌آموزان پسر دوره دوم ابتدایی انتخاب شدند؛ با استفاده از پرسشنامه علائم مرضی کودک CSI-4 فرم‌والد و مصاحبه بالینی غربال و سپس ۴۵ دانش‌آموز نافرمانی‌مقابله‌ای، به صورت تصادفی در دو گروه آزمایش و یک کنترل قرار گرفتند. به گروه آزمایش اول درمان شناختی رفتاری قدرت مقابله و به گروه آزمایش دوم درمان مبتنی بر کارکردهای اجرایی ارائه گردید. تنظیم‌هیجان کودکان با پرسشنامه‌ی نظم‌جویی شناختی هیجان-فرم‌کودکان(CERQ-K-P) در سه مرحله پیش‌آزمون و پس‌آزمون و پیگیری ارزیابی شد. داده‌ها با استفاده از روش آماری کوواریانس چند متغیری (مانکوا) تجزیه و تحلیل شدند.

یافته‌ها: هرچند بین میانگین نمرات پس‌آزمون و پیگیری هر دو درمان با گروه گواه، تفاوت معنی‌داری وجود داشت ($P\leq۰/۰۰۱$ ، $P\leq۰/۰۰۱$) اما بین میانگین‌های برآورد شده‌ی گروه درمان قدرت مقابله و گروه درمان مبتنی بر کارکردهای اجرایی در مرحله‌ی پس آزمون و پیگیری، تفاوت معنی‌دار مشاهده نشد ($P\leq۰/۹۹$ ، $P\leq۰/۱۳۵$).

نتیجه‌گیری: از انجام این مطالعه می‌توان نتیجه گرفت که هر دو روش در مقایسه با گروه کنترل، اثر معنی‌دار و بلند مدتی بر متغیر راهبردهای مثبت و منفی تنظیم هیجان داشتند.

واژه‌های کلیدی: تنظیم هیجان، کارکرد اجرایی، قدرت مقابله، اختلال نافرمانی مقابله‌ای

[Downloaded from zanko.muk.ac.ir on 2025-11-18]

مقدمه

سلامت کودکان و نوجوانان در هر جامعه‌ای اهمیت ویژه‌ای دارد و توجه به بهداشت روانی آنها، متضمن آینده هر جامعه‌ای است. اگر بخواهیم که سلامت روان جمعیت بزرگسال آینده را تضمین کنیم، باید تمرکز را بر بهبود سلامت روان کودکان امروز بگذاریم.

یکی از اختلال‌های دوران کودکی که شیوع نسبتا بالایی دارد؛ اختلال نافرمانی مقابله‌ای[1] است. این اختلال، ثبات متوسط رو به بالایی در طول عمر نشان می‌دهد (۱) و علاوه بر تاثیر بسزایی که بر مسائل اجتماعی و تحصیلی و ارتباط با اعضای خانواده می‌گذارد؛ چنانچه بدون درمان رها شود؛ در بیش از ۷۵ درصد موارد به اختلال سلوک، اختلال ضداجتماعی و دیگر آسیب‌های روانی بزرگسالان که مرتبط با پرخاشگری خشونت هستند؛ تبدیل می‌شود (۳).

اختلال نافرمانی مقابله‌ای با اختلال سلوک و دیگر اختلالات متفاوت می‌باشد؛ ساده‌انگارانه است که این اختلال را بی‌خطر یا شکل خفیف اختلال سلوک بدانیم. اختلال نافرمانی مقابله‌ای، نه تنها نقش کلیدی در رشد رفتار ضد اجتماعی بعدی، همچنین نقشی کلیدی در بروز اختلالات درونی‌سازی دارد. در یک نمونه‌ی بالینی از پسران که به طور سالانه از سنین ۷ تا ۱۷ سالگی ارزیابی شده بودند؛ اختلال نافرمانی مقابله‌ای افزایش سال به سال نشانه‌های افسردگی، اضطراب و اختلال سلوک را در پی داشت (۳).

در راهنمای تشخیصی و آماری اختلال‌های روانی نسخه پنجم[2]، اختلال نافرمانی مقابله‌ای جزء اختلال‌های طبقه‌ی اختلال سلوک، کنترل تکانه و اغتشاشگر[3] طبقه‌بندی شده است. براین اساس، مهم‌ترین مشخصه‌های اختلال نافرمانی مقابله‌ای، وجود دو دسته نشانه‌های هیجانی و رفتاری از قبیل: الگوهایی از رفتارهای خصمانه، نافرمانی، منفی‌گرایی و عدم اطاعت‌پذیری، خلق و خوی عصبی، مشاجره با بزرگسالان، رفتارهای انحرافی و رد درخواست‌ها و قواعد بزرگسالان و والدین، انجام کارهایی بدون تفکر که موجب رنجش دیگران می‌شود، سرزنش دیگران به دلیل اشتباه‌ها یا رفتارهای نابجای خود، زودرنج و حساس بودن، پرخاشگر و کینه‌توز و مغرضانه رفتار کردن است که حداقل چهار مورد از نشانه‌ها به مدت شش ماه تداوم داشته باشد (۴). دیدگاه‌های جدید بیان می‌کنند که کودکان مبتلا به این اختلال، دچار نارسای‌هایی در مجموعه مهارت‌های مجزا هستند که منجر به ایجاد نشانه‌های این اختلال می‌شود. کودکی که در پاسخ به درخواست‌های والدینش از کوره در می‌رود؛ ممکن است که فاقد مهارت‌های شناختی و اجتماعی لازم برای برآورده کردن درخواست آنها باشد؛ همچنین ممکن است که کودک، نارسایی در مهارت‌های شناختی اجرایی[4] مانند حافظه فعال[5]، راهبردهای حل مسئله سازمان‌یافته[6]، بازداری[7] و غیره را داشته باشد. این نارسایی می‌تواند؛ توانایی آنها را برای برآورده کردن درخواست‌های بزرگسالان را دچار مشکل سازد (۵).

تنظیم هیجان موفق، نقش اساسی در زندگی انسان ایفا می‌کند (۶). هیجانات می‌توانند؛ سازمان دهنده‌ی توجه یا مانعی برای سازماندهی توجه باشند؛ می‌توانند حل مسئله را تسهیل یا مختل کنند و همچنین باعث ایجاد روابط و یا تخریب آن شوند. این تعاملات دوسویه، ضرورت کمک به کودکان برای یادگیری تنظیم هیجاناتشان را تشدید می‌کند.

1- oppositional defiant disorder
2- Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-5)
3- disruptive, impulse control and conduct disorder
4- Executive cognitive skills
5- Working memory
6- Organized problem solving
7- inhibition

[Downloaded from zanko.muk.ac.ir on 2025-11-18]

تنظیم هیجان، برای عملکرد مثبت ضروری است. تنظیم هیجانات به کودکان اجازه می‌دهد تا رفتارهایشان را کنترل نمایند؛ به صورتی که به چیزهایی که در اطرافشان در حال رخ دادن است؛ واکنش انعطاف‌پذیر نشان دهند. زمانی که یک کودک خیلی عصبانی است؛ کتک زدن یکی از همسالانش، تنها یکی از چندین کار ممکنی است که او می‌تواند انجام دهد. مشخص شده است که تنظیم هیجان، یکی از مؤلفه‌های اساسی انعطاف‌پذیری و شایستگی فرد می‌باشند (۱۰). تنظیم هیجان در کودکان به عنوان یکی از تعدیل کننده‌های اجتماعی قوی عمل می‌کند (۱۱)؛ پیش‌بینی کننده‌ی سلامت روان می‌باشد (۱۲)؛ در موفقیت انطباقی اساسی است و پیش‌بینی کننده‌ی سلامت و توسط بعضی‌ها به عنوان بهترین پیش‌بینی کننده‌ی سازگاری معرفی شده است (۱۳)؛ همچنین برای موفقیت و شادکامی شدیداً مهم دانسته شده است (۱۴) و به عنوان پایه‌ای برای پیوند بین شایستگی اجتماعی و تحصیلی و موفقیت در مدارس ابتدایی در نظر گرفته شده است (۱۵).

انجمن روانپزشکی آمریکا تصریح کرده است که یکی از مشکلات و علائم اصلی کودکان نافرمانی مقابله‌ای، انجام رفتارهایی از قبیل پرخاشگری و کینه توزی است (۱۶) که این رفتارها ناشی از عدم توانایی این کودکان در کنترل هیجاناتشان می‌باشد (۱۷). پژوهشگران بسیاری با فعالیت در این زمینه، درصدد ایجاد راهکارهایی برای بهبود تنظیم هیجان در کودکان هستند (۱۸) و واضح است اگر بتوانیم با انجام مداخله‌ای، مهارت تنظیم هیجان را در این کودکان افزایش دهیم؛ گام بزرگی در جهت درمان این اختلال برداشته‌ایم.

از آنجایی که اختلال نافرمانی‌مقابله‌ای ثبات متوسط رو به بالایی در سرتاسر عمر نشان می‌دهد و سهم زیادی از مراجعات به مراکز به خود اختصاص داده‌اند؛ توجه بسیاری از پژوهشگران را به روش‌های درمانگری این اختلال جلب کرده است. درمان شناختی-رفتاری یکی از درمان‌های پرطرفدار در این زمینه است. کودکان مبتلا به این اختلال به دلیل مشکلاتی که در رمزگذاری اطلاعات اجتماعی جدید و تفسیر درست از رویدادهای اجتماعی و مقاصد دیگران دارند؛ در مرحله‌ی ارزیابی پردازش شناختی دچار تحریف شناختی می‌شوند. آنها کاستی‌هایی در مراحل حل مسئله پردازش اجتماعی-شناختی دارند که با ایجاد راه‌حل‌های ناسازگارانه برای مشکلات درک شده و داشتن پیش‌بینی‌های نادرست در مورد مفید بودن راه‌حل‌های پرخاشگرانه و غیرپرخاشگرانه برای مشکلات اجتماعی‌شان این کمبودها را آشکار می‌سازد. معلوم شده است که کودکان پرخاشگر در مراحل ارزیابی پردازش اطلاعات، نشانه‌های وابسته کمتری را از رویدادها به یاد می‌آورند (۱۹) و تفسیر در مورد رویدادها را بر پایه نشانه‌های کمتری قرار می‌دهند (۲۰). درمان شناختی-رفتاری با کار بر روی شناخت‌های معیوب و استفاده از تکنیک‌های رفتاری، شناخت‌های ناصحیح را که مسبب رفتارهای مقابله‌ای است را تغییر می‌دهد. بر همین اساس پژوهش حاضر از درمان شناختی- رفتاری قدرت مقابله[1] بهره‌جسته است.

درمان دیگری که اخیرا توجه بسیاری از درمانگرها را به خود اختصاص داده است؛ درمان‌های مبتنی بر کارکردهای اجرایی می‌باشد. مطالعات رشدی با استفاده از تکالیف عصب روانشناختی استاندارد، نشان داده‌اند که کارکردهای اجرایی، دوره‌ی رشد طولانی مدتی دارد که از اوایل کودکی آغاز شده و تا نوجوانی تداوم می‌یابد. کارکردهای اجرایی در خلال سال‌های پیش از دبستان، رشد و با افزایش سن کودک تحول

1- Cognitive-Behavioral Therapy Coping Power

[Downloaded from zanko.muk.ac.ir on 2025-11-18]

می‌یابند و به تدریج به فرد کمک می‌کنند تا رفتارهای پیچیده‌تر، انعطاف پذیرتر و خودنظم دهنده‌تری را نشان دهند (۲۱). در واقع کارکردهای اجرایی را می‌توان از وظایف بسیار مهم عصب‌شناختی دانست که در زندگی و انجام تکالیف یادگیری و کنش‌های هوشی به انسان کمک می‌کنند (۲۲). اگرچه وظیفه‌ی اصلی و اولیه کارکردهای اجرایی را مشارکت در کنترل شناختی دانسته‌اند ولی تاکید می‌شود که کارکردهای اجرایی دربردارنده‌ی مولفه‌ها یا خرده‌کارکردهایی نیز هستند که در جهت رفتارهای حل مسئله، خودفرمان‌دهی و غیره عمل می‌کنند. واضح است که توجه و تمرکز بر آموزش و ارتقا این کارکردها، تاثیر چشمگیری در بهبود رفتار و مشکلات تمامی افراد (۲۳) و بالاخص کودکان نافرمانی مقابله‌ای داشته باشد. بر همین اساس، پژوهش حاضر از درمانی جدید، متمرکز و مبتنی بر ارتقای کارکردهای اجرایی که ریچارد گاری و پیگ داوسون[1] مبدع آن بوده‌اند؛ بهره‌جسته است. این درمان، شامل ۱۴جلسه‌ی هفتگی است که در جدول ۱ خلاصه‌ای از آن آمده است لذا هدف از انجام پژوهش حاضر، مقایسه‌ی دو نوع درمان شناختی رفتاری قدرت مقابله و درمان مبتنی بر ارتقا کارکردهای اجرایی در کودکان مبتلا به اختلال نافرمانی مقابله‌ای است.

مواد و روش‌کار

پژوهش حاضر از نظر هدف در زمره‌ی پژوهش‌های بالینی و کاربردی است. روش پژوهش از نوع نیمه آزمایشی با طرح پیش آزمون–پس آزمون و پیگیری با گروه گواه بود. متغیر مستقل این پژوهش، درمان مبتنی بر ارتقای کارکردهای اجرایی و درمان قدرت مقابله و متغیر وابسته تنظیم هیجان بود. در این تحقیق، مسائل اخلاقی از قبیل اخذ رضایت آگاهانه از والدین و کودکان، جهت شرکت در پژوهش و رعایت اصل رازداری رعایت شد.

درمان مبتنی بر کارکردهای اجرایی: این درمان در ۱۴ جلسه‌ی هفتگی گروهی برگزار شد. در هر هفته یک جلسه برای کودکان و یک جلسه برای والدین برگزار شد که در جلسه‌ی مربوط به والدین، مطالب لازم که به انجام تکالیف محول شده به کودکان کمک می‌کرد؛ گفته شد. خلاصه مطالب هر جلسه در جدول ۱ آمده است.

درمان شناختی رفتاری قدرت مقابله:

این برنامه در درجه‌ی اول به شکل جلسات گروهی ارائه می‌شود. جلسات گروه والدین به شیوه‌ای برنامه-ریزی شد که ۵۰ تا ۷۵ دقیقه به طول می‌انجامید و معمولا از ۸ تا ۱۰ والد یا زن و شوهر و متقابلا ۸ تا ۱۰ کودک تشکیل می‌شد. در بخش والدین بر اساس سر فصل‌های کتاب راهنما بر موضوعات مربوط به والدین که طبق مطالعات، با رفتار مخرب کودکان رابطه دارد؛ تمرکز شد و بخش مربوط به کودکان به کمبودهای اجتماعی-شناختی که در تحقیقات مختلف مشخص شده است؛ توجه شد. موضوع‌های عنوان شده در هر جلسه در جدول ۲ آمده است.

2- Peg Daws2on & Richard Guare

[Downloaded from zanko.muk.ac.ir on 2025-11-18]

جدول ۱: خلاصه جلسات درمانی ارتقا کارکردهای اجرایی

جلسه دانش‌آموزان	جلسه اولیا
۱. ایجاد انگیزه و آموزش مهارت‌های لازم	۱. کسب اطلاعات اولیه، رضایت نامه و... و بیان ابتدایی بر تغییرات لازم در محیط
۲. ارتقای کارکردهای اجرایی از طریق آموزش کارهای روزمره (آماده شدن برای شروع روز و پایان هرروز)	۲. ارتقای کارکردهای اجرایی از طریق آموزش کارهای روزمره (موازی جلسه‌های ۲، ۳ و ۴ کودکان)
۳.ارتقای کارکردهای اجرایی از طریق آموزش کارهای روزمره (مجموعه روزمره‌ی تکالیف خانگی و آموزش طراحی برنامه انجام تکالیف در خانه)	۳. ارتقای کارکردهای اجرایی از طریق آموزش کارهای روزمره (موازی جلسه‌های ۵، ۶ و ۷ کودکان)
۴. ارتقای کارکردهای اجرایی از طریق آموزش کارهای روزمره (آموزش دانش‌آموزان برای تمرکز در توجه و مرتب کردن روزانه‌ی میز)	۴. ارتقای کارکردهای اجرایی از طریق آموزش کارهای روزمره (موازی جلسه‌های ۸، ۹ و ۱۰ کودکان)
۵. ارتقای کارکردهای اجرایی از طریق آموزش کارهای روزمره (نوشتن یک مقاله و پروژه‌های بلند مدت)	
۶. ارتقای کارکردهای اجرایی از طریق آموزش کارهای روزمره (مطالعه برای آزمون‌های مدرسه و سازمان‌دهی تکالیف)	
۷. ارتقای کارکردهای اجرایی از طریق آموزش کارهای روزمره (مدیریت تکالیف باز پایان و آموزش دانش‌آموزان برای یاداشت برداری)	
۸ ارتقای کارکردهای اجرایی از طریق آموزش کارهای روزمره (آموزش مدیریت کارهای زودگذر و یادگیری برای کنترل شخصیت)	
۹. ارتقای کارکردهای اجرایی از طریق آموزش کارهای روزمره (آموزش برای کنترل رفتار تکانشی و اضطراب)	
۱۰. ارتقای کارکردهای اجرایی از طریق آموزش کارهای روزمره (آموزش مدیریت برای تغییر در برنامه و دستورالعمل ها، کنترل خود و حل مشکلات غیر قابل پیش‌بینی)	

[Downloaded from zanko.muk.ac.ir on 2025-11-18]

جدول ۲: خلاصه جلسات درمانی ارتقای قدرت مقابله

جلسه دانش‌آموزان	جلسه اولیا
۱- ساختار گروه و روش تعیین هدف	۱- مقدمه و کمک تحصیلی در منزل
۲- تعیین هدف بخش اول و دوم	۲- مدیریت استرس بخش ۱
۳- مهارت‌های مطالعه و سازمان‌دهی	۳- مدیریت استرس بخش ۲
۴- آگاهی از احساسات و برانگیختگی جسمی مربوط به عصبانیت = بخش اول و دوم	۴- نظریه‌ی یادگیری اجتماعی پایه ارتقای رابطه کودک- مادر
۵- مقابله با عصبانیت و کنترل خود	۵- نادیده گرفتن رفتار مخرب جزئی
۶- استفاده از خودگویی برای مقابله با عصبانیت بخش‌های اول، دوم و سوم	۶- ایجاد قواعد و انتظارات
۷- آرمیدگی و غلبه بر موانع کنترل خود	۷- تربیت و تنبیه بخش ۱
۸- دیدگاه بخش‌های اول، دوم و سوم	۸- تربیت و تنبیه بخش ۲
۹- دیدگاه و حل مسئله	۹- ایجاد همبستگی خانواده
۱۰- حل‌مسئله اجتماعی بخش‌های اول، دوم و سوم	۱۰- حل مسئله خانوادگی
۱۱- ساخت فیلم توسط گروه بخش‌های اول، دوم و سوم	۱۱- ارتباط خانوادگی
۱۲- کاربرد حل‌مسئله اجتماعی در تعارض با معلم	۱۲- برنامه ریزی بلند مدت، پایان دادن
۱۳- کاربرد حل‌مسئله اجتماعی برای دوست‌یابی، حفظ دوست و برای مشکل فشار همسالان	
۱۴- تعارض با خواهر و برادر و حل مسئله	
۱۵- مهارت نه گفتن (امتناع)	
۱۶- توسعه ویژگی‌های مثبت، مرور و پایان برنامه	

الف) جامعه‌ی آماری، نمونه و روش نمونه‌گیری: جامعه‌ی مطالعه شامل تمامی دانش‌آموزان دوره‌ی دوم ابتدایی شهرستان استهبان بود. بدین منظور از روش نمونه‌گیری تصادفی خوشه‌ای، چند مرحله‌ای استفاده شد. نمونه‌گیری در دو مرحله‌ی تصادفی و مبتنی بر هدف انجام شد. به این ترتیب که در ابتدا به صورت تصادفی ۳ مدرسه انتخاب شد. بعد از هماهنگی‌های لازم با مسئولین این مدارس، دعوت‌نامه‌ای که توضیحات اجمالی درباره‌ی طرح نوشته شده بود؛ به تمامی والدین دانش‌آموزان داده شد. سپس جلسه‌ای گروهی برای والدینی که تمایل به شرکت در طرح را داشتند؛ برگزار و ملاک‌های اختلال نافرمانی مقابله‌ای بیان شد. پرسشنامه‌ی علائم مرضی کودک CSI-4 فرم والد به والدین داده شد. پس از بررسی این پرسشنامه، کودکانی که در زیر مقیاس اختلال ضدیت و نافرمانی، نمره‌ی بالاتر از نمره‌ی برش را آورده بودند؛ شناسایی و برای اطمینان بیشتر با مصاحبه بالینی غربال شدند. ۴۵

[Downloaded from zanko.muk.ac.ir on 2025-11-18]

دانش‌آموزان با اختلال نافرمانی مقابله‌ای، بعد از همتاسازی از لحاظ موقعیت اجتماعی و اقتصادی خانواده به صورت تصادفی، در دو گروه آزمایش (۳۰ نفر) و کنترل (۱۵ نفر) قرار گرفتند. درمان‌ها به دو گروه آزمایش ارائه شد و گروه گواه در لیست انتظار قرار گرفتند. تنظیم هیجان کودکان با پرسشنامه‌ی نظم-جویی شناختی هیجان- فرم کودکان (CERQ-K-P) در سه مرحله پیش و پس آزمون و پیگیری دوماهه مورد ارزیابی قرار گرفت. داده‌های حاصل با استفاده از نرم‌افزار SPSS نسخه ۲۴ و به روش آماری کوواریانس چند متغیری (مانکوا) و تک‌متغیری (آنکوا) و آزمون تعقیبی بونفرونی تجزیه و تحلیل شد.

ب) ابزار

۱. فرم بررسی عوامل جمعیت شناختی: این فرم را پژوهشگر به منظور بررسی عوامل جمعیت شناختی ساخت و استفاده شد. در این فرم، عواملی نظیر سن، جنس، تحصیلات والدین و درآمد خانواده آورده شده است.

۲. مصاحبه‌ی غیر ساختاری: مصاحبه‌ی غیر-ساختاری، نوعی مصاحبه‌ی تشخیصی است که در آن، درمانگر سؤالاتی را طراحی می‌کند تا او را به هدف درمانی- تشخیصی نزدیک کند. در این نوع مصاحبه مصاحبه‌کننده به چگونگی بحث جهت می‌دهد. در این پژوهش به منظور تشخیص وجود نشانه‌های اختلال نافرمانی مقابله‌ای، براساس معیارهای DSM-V مصاحبه‌ی تشخیصی توسط روان‌شناس بالینی از مادران کودکان انجام شد.

۳. پرسشنامه علائم مرضی کودک CSI-4 فرم والدین: از ابزارهای غربالگری رایج برای اختلال‌های روانپزشکی است که براساس ملاک‌های راهنمای تشخیصی و آماری اختلال‌های روانی ساخته شده است. آخرین ویرایش پرسشنامه علائم مرضی کودکان CSI-4 دارای دو فرم والد و معلم است. فرم والدین دارای ۱۱۲ سوال است و هر یک از عبارات مذکور، در مقیاس چهار درجه‌ای هرگز، گاهی، اغلب اوقات، و بیشتر اوقات پاسخ داده می‌شود. دو شیوه نمره‌گذاری برای پرسشنامه علائم مرضی کودکان طراحی شده است. شیوه‌ی نمره برش غربال‌کننده و شیوه‌ی نمره بر حسب شدت نشانه‌های مرضی. در اکثر پژوهش‌ها به علت کارآمدی و اطمینان بیشتر، روش غربال‌کننده مورد استفاده قرار می‌گیرد. در این پژوهش از فرم والدین و نیز از روش نمره غربال‌کننده استفاده شد که در آن، شیوه‌ی نمره‌گذاری با جمع‌زدن تعداد عباراتی که با گزینه‌های گاهی اوقات و بیشتر اوقات پاسخ داده‌اند؛ به دست می‌آید (۲۷).

پرسشنامه‌ی علائم مرضی کودکان در پژوهش‌های متعددی مورد بررسی قرار گرفته و اعتبار، پایایی، حساسیت و ویژگی آن محاسبه شده است. در پژوهشی که بر روی CSI-3R انجام گرفت؛ حساسیت آن برای اختلال نافرمانی مقابله‌ای، اختلال سلوک و اختلال کاستی توجه و بیش فعالی به ترتیب ۰/۹۳، ۰/۹۳ و ۰/۷۷ گزارش شد (۲۸). پژوهش‌های دیگری نیز همبستگی بین چک لیست CSI-3R را در سه اختلال ذکر شده به ترتیب ۰/۵۸، ۰/۶۶ و ۰/۷۲ گزارش کرده-اند (۲۸). در تحقیق کلانتری نشاط دوست زارعی، اعتبار این پرسشنامه با استفاده از روش تنصیف برای فرم معلمان ۰/۹۱ و برای فرم والدین ۰/۸۵به‌دست آمد. در پژوهش الهه محمداسماعیل روایی محتوایی پرسشنامه CSI-4 پایایی چک لیست والدین از طریق بازآزمایی ۰/۹۰تعیین شده است (۲۹).

٤. فرم فارسی نسخه‌ی کودکان پرسشنامه نظم-جویی شناختی هیجان (CERQ-K-P): این نسخه توسط گارنفسکی[1] و همکاران از روی نسخه‌ی اصلی

1- Garnefski

[Downloaded from zanko.muk.ac.ir on 2025-11-18]

پرسشنامه‌ی نظم‌جویی شناختی هیجان، به منظور استفاده در جامعه کودکان تدوین شده است. نسخه‌ی کودکان این پرسشنامه از نظر شیوه نمره‌گذاری، تعداد سوال و خرده مقیاس، شبیه نسخه اصلی است ولی محتوای سوالات به گونه‌ای طراحی شده‌اند که برای کودکان قابل درک باشند (۳۲-۳۰). نسخه‌ی کودکان پرسشنامه نظم‌جویی شناختی هیجان، یک پرسشنامه‌ی چند بعدی است که جهت شناسایی راهبردهای مقابله‌ای شناختی کودکان، پس از تجربه‌ی وقایع یا رویدادهای منفی مورد استفاده قرار می‌گیرد. بر خلاف سایر پرسشنامه-های مقابله‌ای که به صورت آشکار بین افکار فرد و اعمال واقعی وی تمایز قائل نمی‌شوند و یک ابزار خودگزارشی است که دارای ۳۶ ماده می‌باشد. پرسشنامه دارای ۹ خرده مقیاس است؛ ملامت خویش، پذیرش، نشخوارگری، تمرکز مجدد مثبت، تمرکز مجدد بر برنامه‌ریزی، ارزیابی مجدد مثبت، دیدگاه پذیری، فاجعه سازی و ملامت دیگران را ارزیابی می-کنند. دامنه‌ی نمرات مقیاس از ۱ (تقریباً هرگز) تا ۵ (تقریباً همیشه) می‌باشد. هر خرده مقیاس شامل ۴ ماده است. ضرایب آلفای کرونباخ به دست آمده برای تمام خرده مقیاس‌ها از نظر روان‌سنجی مطلوب می‌باشند. میانگین ضرایب الفای کرونباخ ۷۹/۵ بود. روایی ملاکی پرسشنامه از طریق روایی همزمان مورد بررسی قرار گرفت که بیانگر روایی ملاکی همزمان خوب این مقیاس می‌باشد. همبستگی بین خرده مقیاس‌های CERQ-K-P نیز محاسبه شد. الگوی ضرایب همبستگی بین خرده مقیاس‌ها نشان می‌دهد که روابط درونی خوبی بین خرده مقیاس‌ها وجود دارد (۳۳).

یافته‌ها

اطلاعات توصیفی گروه آزمایش و کنترل در پیش-آزمون، پس‌آزمون و پیگیری مؤلفه‌های مختلف پژوهش در جدول ۳ آمده است. بررسی مفروضه‌های تحلیل کوواریانس نشان داد که واریانس گروه‌های آزمایش و کنترل در متغیر تنظیم هیجان، به طور معنی‌داری متفاوت نیستند؛ همچنین تعامل متغیرهای کمکی (پیش آزمون‌ها) و وابسته (پس آزمون‌ها) در سطوح عامل، معنی‌دار نیست؛ بنابراین، فرض همگنی رگرسیون و همگنی واریانس‌ها برقرار است.

جهت بررسی فرضیه‌ی پژوهش، تحلیل کوواریانس چند متغیری (مانکوا) روی نمره‌های پس‌آزمون و پیگیری، با کنترل پیش‌آزمون‌های متغیرهای وابسته شامل راهبردهای مثبت و منفی تنظیم هیجان انجام گرفت که نتایج آن در جدول ۴ آمده است. مندرجات جدول ۴ نشان می‌دهد که بین گروه‌های آزمایش اول، آزمایش دوم و کنترل حداقل از لحاظ یکی از متغیرهای وابسته، شامل راهبردهای مثبت و منفی تنظیم هیجان تفاوت معنی‌داری وجود دارد. بر این اساس می‌توان بیان داشت که حداقل در یکی از متغیرهای وابسته‌ی بین دو گروه از سه گروه تفاوت معنی‌دار وجود دارد. برای بررسی نقطه‌ی تفاوت، تحلیل کوواریانس‌های یکراهه در متن مانکوا روی متغیرهای وابسته انجام شد. نتایج این تحلیل در جدول ۵ ارائه شده است.

با توجه به این که در این پژوهش، سه گروه مختلف وجود دارد و نتایج تحلیل کوواریانس انجام شده مشخص نمی‌کند که بین کدام گروه‌ها تفاوت معنی‌دار وجود دارد لذا از آزمون تعقیبی مقایسه‌های زوجی بونفرونی استفاده گردید که نتایج آن در جدول ۶ آمده است.

[Downloaded from zanko.muk.ac.ir on 2025-11-18]

جدول ۳: شاخص‌های آماری نمره راهبردهای مثبت و منفی تنظیم هیجان گروه‌های آزمایش و کنترل

متغیر	نوع درمان	پیش آزمون		پس آزمون		پیگیری	
		میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار
تنظیم هیجان مثبت	گروه ۱	۳۹/۱۳	۸/۱۳	۵۷/۴۰	۸/۱۸	۵۰/۵۳	۴/۷۴
	گروه ۲	۳۸/۱۳	۸/۰۷	۵۸/۶۷	۶/۲۱	۵۱/۳۳	۵/۸۱
	کنترل	۳۹/۰۷	۷/۵۹	۴۰/۲۱	۸/۷۶	۳۸/۱۳	۵/۸۱
تنظیم هیجان منفی	گروه ۱	۶۴/۵۳	۳/۳۷	۵۴/۶۱	۲/۸۹	۵۳/۹۳	۱/۹۸
	گروه ۲	۶۴/۲۷	۳/۸۴	۵۲/۳۳	۲/۶۱	۵۴/۰۱	۲/۵۶
	کنترل	۶۵/۱۳	۲/۹۱	۶۴/۸۱	۳/۶۶	۶۳/۰۷	۳/۲۱

*گروه۲: درمان شناختی رفتاری قدرت مقابله *گروه۱: درمان مبتنی بر کارکردهای اجرایی

جدول ٤: نتایج تحلیل کوواریانس چند متغیری بر روی میانگین نمرات پس‌آزمون و پیگیری متغیرهای پژوهش در سه گروه با کنترل پیش‌آزمون‌ها

اثر		آزمون	ارزش	F	Df فرضیه	Df خطا	اندازه اثر	سطح معنی داری
گروه	اثر پیلایی	پس‌ازمون	۰/۸۴۹	۱۴/۷۴	۴	۸۰	۰/۴۲۴	P≤۰/۰۰۱
		پیگیری	۰/۸۱۲	۱۳/۶۶		۸۰	۰/۴۰۶	P≤۰/۰۰۱

جدول۵: نتایج تحلیل کوواریانس یکراهه روی میانگین نمره‌های پس آزمون و پیگیری متغیرهای پژوهش در سه گروه با کنترل پیش‌آزمون‌ها

متغیر		مجموع مجذورات	df	میانگین مجذورات	F	اندازه اثر	سطح معنی‌داری
راهبردهای مثبت تنظیم هیجان	پس آزمون	۳۱۵۰/۹۷	۲	۱۵۷۵/۴۸	۲۵/۱۱	۰/۵۵۷	P≤۰/۰۰۱
	پیگیری	۱۶۲۴/۰۴		۸۱۲/۰۲	۲۹/۶۱	۰/۵۹۷	P≤۰/۰۰۱
راهبردهای منفی تنظیم هیجان	پس آزمون	۱۲۳۶/۱۷		۶۱۸/۰۸	۷۶/۷۱	۰/۷۹۳	P≤۰/۰۰۱
	پیگیری	۷۹۸/۳۵		۳۹۹/۱۷	۵۷/۵۷	۰/۷۴۲	P≤۰/۰۰۱

جدول٦: نتایج آزمون مقایسه‌های زوجی برای مقایسه میانگین‌های گروه‌ها در مرحله پس آزمون و پیگیری

متغیر	مقایسه		میانگین برآورد شده	تفاضل میانگین	معنی داری	اندازه اثر
راهبردهای مثبت تنظیم هیجان	گروه ۱ و ۲	پس آزمون	۵۸/۶۷ و ۵۷/۴۱	۱/۱۵	۰/۹۹	۰/۵۵۷
		پیگیری	۵۱/۳۳ و ۵۰/۵۳	۰/۸۳	۰/۹۹	۰/۵۹۷
	گروه ۱ و ۳	پس آزمون	۵۸ /۶۷ و ۴۰ /۲۰	۱۸/۴۱	۰/۰۰۱	۰/۵۵۷
		پیگیری	۵۱ /۳۳ و ۳۸ /۱۳	۱۳/۲۱	۰/۰۰۱	۰/۵۹۷
	گروه ۲ و ۳	پس آزمون	۵۷/۴۱ و ۴۰/۲۰	۱۷/۲۵	۰/۰۰۱	۰/۵۵۷
		پیگیری	۵۰/۵۳ و ۳۸/۱۳	۱۲/۳۸	۰/۰۰۱	۰/۵۹۷
راهبردهای منفی تنظیم هیجان	گروه ۱ و ۲	پس آزمون	۵۲ /۳۳ و ۵۴ /۶۱	۲/۱۴ –	۰/۱۳۵	۰/۷۹۳
		پیگیری	۵۴ /۰۱ و ۵۳ /۹۳	۰/۰۹	۰/۹۹	۰/۷۴۲
	گروه ۱ و ۳	پس آزمون	۵۲ /۳۳ و ۶۴ /۸۰	۱۲ /۱۱–	۰/۰۰۱	۰/۷۹۳

[Downloaded from zanko.muk.ac.ir on 2025-11-18]

	پیگیری	۵۴/۰۱ و ۶۳/۰۷	-۸/۹۴	۰/۰۰۱	۰/۷۴۲
گروه ۲ و ۳	پس آزمون	۵۴/۶۱ و ۶۴/۸۰	-۹/۹۵	۰/۰۰۱	۰/۷۹۳
	پیگیری	۵۳/۹۳ و ۶۳/۰۷	-۹/۰۳	۰/۰۰۱	۰/۷۴۲

*گروه ۱: درمان شناختی رفتاری قدرت مقابله *گروه۲: درمان مبتنی بر کارکردهای اجرایی *گروه ۳: کنترل

نتایج جدول ۵ نشان می‌دهد که تفاوت حداقل دو گروه از سه گروه پژوهش حاضر در پس آزمون متغیر راهبردهای مثبت تنظیم هیجان (F =۲۵/۱۱، P≤۰/۰۰۱) و راهبردهای منفی تنظیم هیجان (F=۷۶/۷۱، P≤۰/۰۰۱) و حداقل دو گروه از سه گروه پژوهش حاضر در پیگیری متغیر راهبردهای مثبت تنظیم هیجان (F=۲۹/۶۱، P≤۰/۰۰۱) و راهبردهای منفی تنظیم هیجان (F=۵۷/۵۷، P≤۰/۰۰۱) معنی‌دار می‌باشند. مقایسه‌های زوجی از طریق آزمون تعقیبی بونفرونی نشان داد که در زمینه‌ی متغیر راهبردهای مثبت تنظیم هیجان، بین میانگین‌های برآورد شده‌ی گروه درمان شناختی رفتاری قدرت مقابله و گروه درمان مبتنی بر کارکردهای اجرایی در مرحله پس آزمون و پیگیری تفاوت معنی‌دار وجود ندارد. در خصوص میانگین‌های برآورد شده‌ی گروه درمان شناختی رفتاری قدرت مقابله و گروه گواه در مرحله‌ی پس آزمون و پیگیری، تفاوت معنی‌دار وجود دارد. در خصوص میانگین‌های برآورد شده گروه درمان مبتنی بر کارکردهای اجرایی و گروه گواه در پس‌آزمون و پیگیری تفاوت معنی‌دار وجود دارد لذا می‌توان نتیجه گرفت که هر دو روش در مقایسه با گروه کنترل، اثر معنی‌دار و بلند مدتی بر متغیر راهبردهای مثبت تنظیم هیجان داشتند.

در خصوص متغیر راهبردهای منفی تنظیم هیجان، نتایج مقایسه‌های زوجی نشان می‌دهد که در زمینه‌ی متغیر راهبردهای منفی تنظیم هیجان، بین میانگین‌های برآورد شده گروه درمان شناختی رفتاری قدرت مقابله و گروه درمان مبتنی بر کارکردهای اجرایی در مرحله پس آزمون و پیگیری تفاوت معنی‌دار وجود ندارد؛ همچنین در خصوص میانگین‌های برآورد شده گروه درمان شناختی رفتاری قدرت مقابله و گروه گواه در مرحله‌ی پس‌آزمون و پیگیری، تفاوت معنی‌دار وجود دارد. درخصوص میانگین‌های برآورده شده‌ی گروه درمان مبتنی بر کارکردهای اجرایی و گروه گواه تفاوت معنی‌دار وجود دارد لذا می‌توان نتیجه گرفت که هر دو روش در مقایسه با گروه گواه، اثر معنی‌داری بر متغیر راهبردهای منفی تنظیم هیجان داشتند.

بحث و نتیجه‌گیری

هدف این پژوهش، مقایسه‌ی اثربخشی درمان شناختی رفتاری قدرت مقابله و درمان مبتنی بر کارکردهای اجرایی و گروه گواه در تنظیم هیجان کودکان اختلال نافرمانی مقابله‌ای بود. نتایج نشان داد که درمان شناختی رفتاری قدرت مقابله و درمان مبتنی بر کارکردهای اجرایی می‌تواند که باعث بهبود راهبردهای سازگارانه و کاهش استفاده از راهبردهای کمتر سازگارانه شود که این نتایج در پیگیری دو ماه تداوم داشت. نتایج قسمت اول این پژوهش (درمان قدرت مقابله) هم‌راستا با پژوهش‌های لاکمن و همکاران، گرین‌برگ و همکاران، بوکسمیر[1] و همکاران میلر[2] و همکاران است (۳۶-۳۴). در تبیین یافته‌های این پژوهش می‌توان گفت که درمان

1- Boxmeyer
2- Miller

[Downloaded from zanko.muk.ac.ir on 2025-11-18]

شناختی رفتاری قدرت مقابله می‌تواند بر رابطه‌ی کودک و والدین تاثیر گذار باشد و همچنین هیجانهای منفی و ناتوانی کودکان برای مدیریت مؤثر آنها که یکی از عوامل کلیدی تکانشگری است را برطرف کند. درمان شناختی رفتاری قدرت مقابله با آگاهی دادن به کودک و والدین در مورد هیجان‌های مثبت و منفی، تغییراتی که در شناخت ایجاد می‌کند و آموزش نحوه‌ی برخورد با تکانشگری‌ها و رفتارهای مخرب کودک، می‌تواند سلامت روان افراد را ارتقاء بخشد (۳۷). از طرفی، در این درمان بر تمرینات و مهارتهایی تأکید می‌شود که می‌توان افزایش راهبردهای سازگارانه و کاهش راهبردهای کمتر سازگارانه را با آنها مرتبط دانست. برای مثال، استفاده از خودگویی برای مقابله با عصبانیت منجر به آرمیدگی شده و این در نهایت منجر به کاهش تکانشگری می‌گردد (۳۷)؛ تأثیرات دوسویه‌ی بین هیجان و شناخت محتمل است: فرایندهای شناختی یک نقش مهم را در تنظیم هیجانات بازی می‌کنند (۳۸).

در پژوهش ایستر[1] و همکاران نشان داده شد که افراد با رشد اجتماعی بهتر، در کارکردهای اجرایی و تنظیم هیجانی نیز عملکرد بهتری داشتند و موفق‌تر بودند (۳۸). این برنامه بر اصلاح شناخت‌ها و افزایش مهارت‌های اجتماعی کودکان تاکید بسزایی دارد که خود مبین اثر بخشی این برنامه بر تنظیم هیجان است. اثر بخشی درمان مبتنی بر کارکردهای اجرایی هم‌راستا با نتایج پژوهش اسدیکوف[2]، فری‌یر، باست و دنهام[3] (۳۹،۴۰) است. جانگ، یاسونگ و فن[4] علاوه بر اثبات ناقص بودن کارکردهای اجرایی و تنظیم هیجان در کودکان نافرمانی مقابله‌ای به تبین رابطه‌ی این دو در این کودکان مبتلا به این اختلال می‌پردازند (۴۱)؛ همچنین در پژوهش داوسون و جری[5]، مستقیما اثربخشی همین برنامه را بر تنظیم هیجان کودکان سنجیده‌اند (۴۲). در تبیین یافته‌ها می‌توان گفت از آنجا که ریشه مشکل ناتوانی در تنظیم هیجان به کارکردهای اجرایی مغز بر می‌گردد (۴۳)؛ نتایج نشان می‌دهد که افراد با نمرات بالاتر در حافظه‌ی فعال، در تنظیم هیجان وکاهش هیجانات منفی موفق‌تر هستند. علاوه بر این، افرادی که در حافظه‌ی فعال تواناتر هستند؛ برای استفاده‌ی متمرکزتر از راهبردهای تنظیم هیجانی، توانایی بیشتری دارند و احساسات منفی کمتری را گزارش می‌کنند (۴۴).

کارکرد اجرایی یک ساختار چند بعدی است؛ افرادی که در کنترل خشم خود موفق‌تر هستند و زمان طولانی‌تری خشم خود را پنهان می‌کنند؛ از کارکرد اجرایی بهتری برخوردار هستند (۴۵). هافمن، اسچیمیکل و بادلی[6] در پژوهش خودتنظیمی و کارکرد اجرایی به این نتیجه دست یافتند که آموزش مهارت‌های اجرایی، پتانسیل قابل توجهی برای بهبود خودکفایی ایجاد می‌کند؛ به بیان دیگر، افزایش مهارت‌های کارکرد اجرایی عمدتاً به کنترل حسی هیجانات کمک می‌کند (۴۶). نتایج این پژوهش نشان می‌دهد که هر دو برنامه درمانی (قدرت مقابله و ارتقا کارکردهای اجرایی) می‌تواند بر بهبود استفاده از راهبردهای تنظیم هیجانی به صورت بلند مدت مؤثر باشد که همسو با نتایج پژوهش‌های پیشین می‌باشد.

پیشنهاد می‌شود که آموزش‌های لازم به مربیان مراکز پیش‌دبستانی، جهت شناسایی زودهنگام و مدارای صحیح با کودکان دارای علائم اختلال نافرمانی داده شود؛ همچنین تأثیر این دو درمان بر متغیرهای مهم

1- Esther
2- Sudikoff
3- Ferrier, Bassett & Denham
4- Jian, Yasong & Fan

5- Dawson & Guare
6- Hofmann, Schmeichel & Baddeley

[Downloaded from zanko.muk.ac.ir on 2025-11-18]

دیگر (مانند اضطراب) نیز مورد مطالعه قرار گیرد. از آنجایی که این پژوهش فقط بر گروه پسران متمرکز بود؛ برای پژوهش‌های آتی می‌توان که گروه دختران را نیز مورد مطالعه قرارداد.

References

1- Cohen, J.A., et al., Trauma focused CBT for children with co-occurring trauma and behavior problems. 2010. **34**(4): p. 215-224.

2- Campbell, S.B., et al., Early externalizing behavior problems: Toddlers and preschoolers at risk for later maladjustment. 2000. **12**(3): p. 467-488.

3- Burke, J.D., I. Waldman, and B.B.J.J.o.A.P. Lahey, Predictive validity of childhood oppositional defiant disorder and conduct disorder: Implications for the DSM-V. 2010. **119**(4): p. 739.

4- American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders (DSM-5®). American Psychiatric Pub, 2013.

5- Riggs, N., et al., Executive cognitive function as a correlate and predictor of child food intake and physical activity. 2010. **16**(3): p. 279-292.

6- Gross, James J., ed. Handbook of emotion regulation. Guilford publications, 2013..

7- Lazarus, Richard S. "Cognition and motivation in emotion." American psychologist 46, no. 4 (1991): 352.

8- Gross, James J., ed. Handbook of emotion regulation. Guilford publications, 2013.

9- Gross, J.J.J.R.o.g.p., The emerging field of emotion regulation: an integrative review. 1998. **2**(3): p. 271.

10- Shapiro, B., et al., Infants' emotional and regulatory behaviors in response to violations of expectancies. 1998. **21**(2): p. 299-313.

11- Gross, J.J.J.P., Emotion regulation: Affective, cognitive, and social consequences. 2002. **39**(3): p. 281-291.

12- Meyer, B.B. and T.B.J.J.o.A.S.P. Fletcher, Emotional intelligence: A theoretical overview and implications for research and professional practice in sport psychology. 2007. **19**(1): p. 1-15.

13- Richards, J.M., J.J.J.J.o.p. Gross, and s. psychology, Emotion regulation and memory: the cognitive costs of keeping one's cool. 2000. **79**(3): p. 410.

14- Baumeister, R.F., T.F. Heatherton, and D.M. Tice, Losing control: How and why people fail at self-regulation. 1994: Academic press.

15- Blair, C., Self-Regulation and School Readiness. ERIC Digest. 2003.

16. Sadock, Benjamin J., and Virginia A. Sadock. Kaplan & Sadock's concise textbook of clinical psychiatry. Lippincott Williams & Wilkins, 2008

17- Davidov, M. and J.E.J.C.d. Grusec, Untangling the links of parental responsiveness to distress and warmth to child outcomes. 2006. **77**(1): p. 44-58.

18- Vaziri, S. and A.J.Q.D.P. Lotfi Azimi, The effect of empathy training in decreasing adolescents' aggression. 2012. **8**(30): p. 167-75.

19- Lochman, J.E. and K.C.J.P.o.A.B. Wells, The Coping Power program at the middle-school transition: Universal and indicated prevention effects. 2002. **16**(4S): p. S40.

20- Dodge, Kenneth A., Gregory S. Pettit, Cynthia L. McClaskey, Melissa M. Brown, and John M. Gottman. "Social competence in children." Monographs of the society for research in child development (1986): i-85.

21- Engel de Abreu, P.M., et al., Executive functioning and reading achievement in school: a study of Brazilian children assessed by their teachers as “poor readers”. 2014. **5**: p. 550.

22- Miyake, A. and N.P.J.C.d.i.p.s. Friedman, The nature and organization of individual differences in executive functions: Four general conclusions. 2012. **21**(1): p. 8-14.

[Downloaded from zanko.muk.ac.ir on 2025-11-18]

23- Gates, Laura L. Executive Function and False Recall in Nonverbal Learning Disability. York University, 2009.
24- Tremblay, Richard E., and David LeMarquand. "Individual risk and protective factors." Child delinquents: Development, intervention, and service needs (2001): 137-164.
25- Wasserman, Gail A., and Angela M. Seracini. "Family risk factors and interventions." Child delinquents: Development, intervention, and service needs (2001): 165-189.
26- Luthar, S.S., Poverty and children's adjustment. Vol. 41. 1999: Sage.
27- Gadow, Kenneth D., and Joyce N. Sprafkin. Child symptom inventory 4: Screening and norms manual. Checkmate Plus, 2002.
28- Nolan, E.E. and K.D.J.J.o.C.C.P. Gadow, Relation between ratings and observations of stimulant drug response in hyperactive children. 1994. **23**(1): p. 78-90.
29- MOHAMMAD, E.E., Adaptation and standardization of child symptom inventory-4 (CSI-4). 2007.
30- Garnefski, N., et al., Negative life events, cognitive emotion regulation and emotional problems. 2001. **30**(8): p. 1311-1327.
31- Garnefski, Nadia, Vivian Kraaij, and Philip Spinhoven. "Manual for the use of the Cognitive Emotion Regulation Questionnaire." Leiderdorp, The Netherlands: DATEC (2002).
32- Garnefski, Nadia, and Vivian Kraaij. "The cognitive emotion regulation questionnaire." European Journal of Psychological Assessment 23, no. 3 (2007): 141-149.
33- Hasani, J. and F.J.J.o.F.o.M.H. Mirdoraghi, Factor structure, reliability and validity of Persian version of the cognitive emotion regulation questionnaire-children form (CERQ-KP). 2012. **14**(55): p. 59-246.
34- Powell, Nicole P., John E. Lochman, Caroline L. Boxmeyer, Tammy D. Barry, and Dustin A. Pardini. "The Coping power program for aggressive behavior in children." Evidence-based psychotherapies for children and adolescents. Guilford, New York (2017): 159-176.
35- Miller-Johnson, S., et al., Peer rejection and aggression and early starter models of conduct disorder. 2002. **30**(3): p. 217-230.
36- Lochman, J.E., et al., Does a booster intervention augment the preventive effects of an abbreviated version of the coping power program for aggressive children? 2014. **42**(3): p. 367-381.
37- Lochman, J.E., et al., The Coping Power Program: Preventive intervention at the middle school transition. 2007: p. 185-210.
38- Garcia-Andres, E., et al., Emotional regulation and executive function profiles of functioning related to the social development of children. 2010. **5**: p. 2077-2081.
39- Sudikoff, E., et al., Relationships between Executive Function and Emotional Regulation in Healthy Children. 2015.
40- Ferrier, D.E., H.H. Bassett, and S.A.J.F.i.p. Denham, Relations between executive function and emotionality in preschoolers: Exploring a transitive cognition–emotion linkage. 2014. **5**: p. 487.
41- Jiang, W., et al., Emotional regulation and executive function deficits in unmedicated Chinese children with oppositional defiant disorder. 2016. **13**(3): p. 277-287.
42- Dawson, P. and R. Guare, Executive skills in children and adolescents: A practical guide to assessment and intervention. 2018: Guilford Publications.
43- Barkley, R.A.J.N.r., The executive functions and self-regulation: An evolutionary neuropsychological perspective. 2001. **11**(1): p. 1-29.

[Downloaded from zanko.muk.ac.ir on 2025-11-18]

44- Ramezanzadeh, Fatemeh, Alireza Moradi, and Shahram Mohammadkhani. "Effectiveness of the Training of Emotion Regulation Skills in Executive Functions and Emotion Regulation Strategies in Adolescents at Risk." Journal of Cognitive Psychology 2, no. 2 (2014): 37-45.
45- Baumeister, R.F.J.S. and identity, Ego depletion and self-control failure: An energy model of the self's executive function. 2002. **1**(2): p. 129-136.
46- Hofmann, Wilhelm, Brandon J. Schmeichel, and Alan D. Baddeley. "Executive functions and self-regulation." Trends in cognitive sciences 16, no. 3 (2012): 174-180.

[Downloaded from zanko.muk.ac.ir on 2025-11-18]

Original paper

Comparison on Effectiveness of Coping Power Cognitive-Behavioral Therapy and Executive Function- Based Treatment on Emotion Regulation in Children with Oppositional Defiant Disorder

Naeim Karim Pour[1], Seyed Mohammad Hossein Mousavi Nasab[2]*, Masoud Fazilat-Pour[3]
1- Student of Master Degree of Clinical Psychology, Department of Psychology, Faculty of Literature and Humanities, Shahid Bahonar University of Kerman, Kerman, Iran.
2- Assistant Professor of Psychology, Department of Psychology, Faculty of Literature and Humanities, Shahid Bahonar University of Kerman, Kerman, Iran.
(Corresponding author, E-mail: Hossein.mousavi-nasab@uk.ac.ir, Mobile: 09178814064)
3- Associate Professor of Psychology, Department of Psychology, School of Education & Psychology, Shiraz University, Shiraz, Iran.

Abstract
Background and Aim: Oppositional defiant disorder as one of the serious behavioural disorders in children indicates a high average stability throughout life. The purpose of this study was to compare the effectiveness of coping power Cognitive- Behavioral Therapy and Executive Function- Based Treatment on emotional regulation in children with oppositional defiant disorder.
Material and Method: It was a quasi-experimental study, with a pre-test, post-test that included a control group. Participants were selected by cluster sampling method among second- grade elementary school male students and were screened using the Child Symptom Inventory-4 (CSI-4) questionnaire coupled with clinical interviews. 45 students with oppositional defiant disorder were randomly assigned into two experimental groups and one control group. The first experimental group was treated with Coping Power Cognitive-Behavioral Therapy and the second group received Executive Function- Based Treatment while no intervention made on control group. The children's emotional regulation was evaluated using the Cognitive Emotion Regulation Questionnaire (CERQ-K-P) at three stages: pre-test, post-test and follow-up. Data were analysed by multivariate covariance (MANCOVA).
Results: Compared to the control group, both treatments resulted in a significant difference between the mean post-test scores and the follow-up scores ($P < 0.001$, $P < 0.001$). There were no significant differences between the estimated mean scores of the coping power therapy group and the executive functioning treatment group in the post-test and follow up stages ($P < 0.99$, $P < 0.135$).
Conclusion: Both treatment methods had significant, long-term effects on positive and negative strategies of emotional regulation in comparison to the control group.
Keywords: Emotion Regulation, Executive Functioning, Coping Power, Oppositional Defiant Disorder.

[Downloaded from zanko.muk.ac.ir on 2025-11-18]