



Designing and validation of a family-centered emotion regulation program and determining its effect Impulsivity and Family Quality of Life in adolescents with Oppositional Defiant Disorder

Marjan. Taheri¹, Parisa. Tajali*², Mansooreh. Shahriari Ahmadi³

1. Ph.D. Student, Department of Psychology and Education of Exceptional Children, Central Tehran Branch, Islamic Azad University, Tehran, Iran
2. Assistant professor, Department of Psychology and Education of Exceptional Children, Central Tehran Branch, Islamic Azad University, Tehran, Iran
3. Assistant professor, Department of Psychology and Education of Exceptional Children, Central Tehran Branch, Islamic Azad University, Tehran, Iran

ARTICLE INFORMATION

Article type

Original research

Pages: 1-16

Corresponding Author's Info

Email: p_tajalli@yahoo.com

Article history:

Received: 2022/03/02

Revised: 2022/07/02

Accepted: 2022/08/24

Published online: 2022/11/25

Keywords:

family-centered emotion regulation, impulsivity, family quality of life, oppositional defiant disorder

ABSTRACT

Background and Aim: The concern in the area of adolescent mental health and its impact on psychological and behavioral development and functions simultaneously with the increase in the prevalence of mental disorders, particularly oppositional defiant disorder, has increased significantly in adolescents in recent years. The purpose of this study was to designing and validation of a family-centered emotion regulation program and determining its effect on impulsivity and family quality of life in adolescents with Oppositional Defiant Disorder. **Methods:** The quasi-experimental research design was pretest-posttest and follow-up with the control group. The statistical population of this study included all adolescents 14-18 years old with oppositional defiant disorder in Tehran in 2021-2022. The sample size consisted of 32 Subjects of adolescents (16 in the experimental group and 16 in the control group) from the statistical population were selected by the available sampling method and placed in two groups of control and experimental. For the experimental group, a designed family-centered emotion regulation program was implemented, while the control group did not receive any training. The research instruments included the Adolescent Behavioral Problems Scale (Achenbakh, 1991), Impulsivity Scale (Barrat et al, 2004), and Beach Center Family Quality of Life Scale. **Results:** The results showed that family-centered emotion regulation intervention had a significant effect on impulsivity and family quality of life in the post-test and follow-up stages ($P < 0.001$). **Conclusion:** Findings of this study provide useful information about family-centered emotion regulation program and counselors and psychologists can use this intervention to improve impulsivity and family quality of life in adolescents with oppositional defiant disorder.



This work is published under CC BY-NC 4.0 licence.

© 2022 The Authors.

How to Cite This Article:

Taheri, M., Tajali, P., & Shariari Ahmadi, M. (2022). Designing and validation of a family-centered emotion regulation program and determining its effect Impulsivity and Family Quality of Life in adolescents with Oppositional Defiant Disorder. *jayps*, 3(2): 1-16



طراحی و اعتبار سنجی برنامه تنظیم هیجان خانواده محور و اثربخشی آن بر تکانشگری و کیفیت زندگی خانواده نوجوانان دارای اختلال نافرمانی مقابله‌ای

مرجان طاهری^۱، پرپسا تجلی^{۲*} و منصوره شهریاری احمدی^۳

۱. دانشجوی دکتری گروه روانشناسی و آموزش کودکان استثنایی، واحد تهران مرکزی، دانشگاه آزاد اسلامی، تهران، ایران
۲. استادیار گروه روانشناسی و آموزش کودکان استثنایی، واحد تهران مرکزی، دانشگاه آزاد اسلامی، تهران، ایران
۳. استادیار گروه روانشناسی و آموزش کودکان استثنایی، واحد تهران مرکزی، دانشگاه آزاد اسلامی، تهران، ایران

اطلاعات مقاله	چکیده
نوع مقاله: پژوهشی صفحات: ۱۶-۱	<p>زمینه و هدف: نگرانی در حوزه سلامت روان نوجوانان و تأثیر آن بر تحول و کارکردهای روانی و رفتاری همزمان با افزایش شیوع اختلالات روانی به ویژه اختلال نافرمانی مقابله‌ای در سال‌های اخیر در نوجوانان به طور چشم‌گیری افزایش یافته است؛ لذا هدف از این پژوهش طراحی و اعتبار سنجی برنامه تنظیم هیجان خانواده محور و اثربخشی آن بر کنترل تکانه و کیفیت زندگی خانواده نوجوانان دارای اختلال نافرمانی مقابله‌ای بود. روش پژوهش: طرح پژوهشی نیمه آزمایشی از نوع پیش‌آزمون - پس‌آزمون و پیگیری با گروه کنترل بود. جامعه آماری این پژوهش شامل تمامی نوجوانان ۱۴-۱۸ ساله مبتلا به اختلال نافرمانی مقابله‌ای شهر تهران در نیمسال اول ۱۴۰۰-۱۴۰۱ بود. حجم نمونه شامل ۳۲ نفر (۱۶ نفر گروه آزمایش و ۱۶ نفر گروه گواه) از جامعه آماری به شیوه نمونه‌گیری در دسترس انتخاب شده و در دو گروه گواه و آزمایش جایدهی شدند. برای گروه آزمایشی، برنامه تدوین شده تنظیم هیجان خانواده محور اجرا شد در حالیکه گروه کنترل هیچ آموزشی دریافت نکردند. ابزار پژوهش شامل مقیاس مشکلات رفتاری نوجوانان (آخنباخ، ۱۹۹۱)، مقیاس تکانشگری (بارت و همکاران، ۲۰۰۴) و مقیاس کیفیت زندگی خانواده مرکز بیچ بود. داده‌ها با استفاده از روش‌های آمار توصیفی و آزمون تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر مورد تحلیل قرار گرفت. یافته‌ها: نتایج نشان داد که مداخله تنظیم هیجان خانواده محور بر تکانشگری و کیفیت زندگی خانواده در مراحل پس‌آزمون و پیگیری تأثیر معنی‌دار داشته است ($P < 0.001$). نتیجه‌گیری: یافته‌های این پژوهش اطلاعات مفیدی را در ارتباط با برنامه تنظیم هیجان خانواده محور فراهم می‌کند و مشاوران و روانشناسان می‌توانند برای بهبود تکانشگری و کیفیت زندگی خانواده در نوجوانان دارای اختلال نافرمانی مقابله‌ای از این مداخله استفاده نمایند.</p>
اطلاعات نویسنده مسئول ایمیل: p_tajalli@yahoo.com	
سابقه مقاله تاریخ دریافت مقاله: ۱۴۰۰/۱۲/۱۱ تاریخ اصلاح مقاله: ۱۴۰۱/۰۴/۱۱ تاریخ پذیرش نهایی: ۱۴۰۱/۰۶/۰۲ تاریخ انتشار: ۱۴۰۱/۰۹/۰۴	
واژگان کلیدی هیجان خانواده محور، تکانشگری، کیفیت زندگی خانواده، اختلال نافرمانی مقابله‌ای	
انتشار این مقاله به صورت دسترسی آزاد مطابق با CC BY-NC 4.0 صورت گرفته است. تمامی حقوق انتشار این مقاله متعلق به نویسنده است.	



شیوه استناد به این مقاله

طاهری، مرجان، تجلی، پرپسا، و شهریاری احمدی، منصوره. (۱۴۰۱). طراحی و اعتبار سنجی برنامه تنظیم هیجان خانواده محور و اثربخشی آن بر تکانشگری و کیفیت زندگی خانواده نوجوانان دارای اختلال نافرمانی مقابله‌ای. *دوفصلنامه مطالعات روانشناختی نوجوان و جوان*، ۳(۲): ۱۶-۱

مقدمه

نگرانی در حوزه سلامت روان کودکان و نوجوانان و تأثیر آن بر تحول و کارکردهای روانی و رفتاری همزمان با افزایش شیوع اختلالات روانی در سال‌های اخیر به طور چشم‌گیری افزایش یافته است (عبداللهی بقرآبادی، ۱۳۹۷). یکی از اختلالاتی که تأثیر منفی روی سلامت روان نوجوانان می‌گذارد، اختلال نافرمانی مقابله‌ای^۱ است (لئو، چانگ و لی^۲، ۲۰۲۱). این اختلال با الگوی از خشم/ تحریک پذیری، رفتار لجبازی/ نافرمانی یا رفتار انتقام‌جویانه مشخص می‌شود که در طول تعامل با حداقل یک فرد به غیر از خواهر و برادر نشان داده می‌شود (آریاس، آگویا و ناواس^۳، ۲۰۲۱). شیوع این اختلال در جمعیت عمومی ۱.۴ الی ۱.۶٪ و در نمونه‌های بالینی ۲۸ الی ۵۰٪ گزارش شده است (دمر، هولی، شین، مک گیلواری و لوم^۴، ۲۰۱۷). اعتقاد بر این است که اختلال نافرمانی مقابله‌ای یک عامل خطر برای اختلال سلوک است (گوش، رأی و باسو^۵، ۲۰۱۷). علاوه بر این بیشتر از ۱۴٪ از کودکان مبتلا به اختلال نافرمانی مقابله‌ای اضطراب و بیشتر از ۹٪ از آن‌ها افسردگی دارند (جونز^۶، ۲۰۱۸)، همچنین حدود ۵۰ درصد از بیماران مبتلا به اختلال نافرمانی مقابله‌ای از همبودی با اختلال نقص توجه و بیش‌فعالی رنج می‌برند (وتر، بک هاوسن، بوسی، روسنر و اسمولکا^۷، ۲۰۲۰).

مرور مطالعات انجام شده در مورد اختلال نافرمانی مقابله‌ای نشان می‌دهد که یکی از هسته اصلی این اختلال تکانشگری است (میلونی و سیسو^۸، ۲۰۲۲، ری^۹ و همکاران، ۲۰۰۹). رفتارهای تکانشی، گاه به عنوان رفتارهای مخاطره‌آمیز نیز خوانده می‌شوند که طیف وسیعی از اعمالی را شامل می‌شوند که روی آن تفکر کمی

صورت گرفته، به صورت نابالغ با وقوع آنی، بدون توانایی در انجام تمرکز بر یک تکلیف خاص و در غیاب یک برنامه‌ریزی مناسب، رخ می‌دهند و از ریسک و خطرپذیری بالایی برخوردار هستند (واکسمن^{۱۰}، ۲۰۱۳). یکی از پذیرفته‌شده‌ترین رویکردهای نظری در ارتباط با تکانشگری، یک مدل چند بعدی است که به پنج حوزه مختلف می‌پردازد: فوریت مثبت و منفی^{۱۱}، فقدان استقامت^{۱۲}، فقدان پیش‌اندیشی^{۱۳}، و احساس طلبی^{۱۴} (برگ، لاتزمان، بلیوایز و لینفلد^{۱۵}، ۲۰۱۵). فوریت مثبت تمایل به عمل تکانشی را هنگام احساس هیجانات مثبت توصیف می‌کند، در حالی که فوریت منفی نشان‌دهنده تمایل به عمل تکانشی در هنگام تجربه هیجانات منفی است. فقدان استقامت به تمایل به ادامه ندادن در فعالیتی کسالت‌آور اشاره دارد و فقدان پیش‌اندیشی نشان‌دهنده تمایل به عمل بدون در نظر گرفتن پیامدهای رفتار است، در حالی که احساس طلبی نشان‌دهنده گرایش فرد نسبت به جستجوی تجربیات جدید و هیجان‌انگیز است (مینیکوزو، تودیسکو، کولانتونی، مرگالی، دال‌برون، تنکونی^{۱۶} و همکاران، ۲۰۲۱). تکانشگری یک ویژگی فراتشخیصی^{۱۷} در نظر گرفته می‌شود که طیف وسیعی از رفتارهای ناسازگار و علائم آسیب‌شناختی روانی را مشخص می‌کند (یوم، هرشبرگر، وایت و سایدرس^{۱۸}، ۲۰۱۸) و با شدت بسیاری از بیماری‌های روانپزشکی مانند اختلالات شخصیت (پار، کالانسی، کو، خالدخان و مونوز^{۱۹}، ۲۰۲۲)، اختلالات سوء‌مصرف مواد (واسیلوا و کونرود^{۲۰}، ۲۰۱۹)، اختلال دوقطبی (ریچ، دوبویس، ام‌بایلارا، کوساک، اتاین، بلزوکس^{۲۱} و همکاران، ۲۰۲۲)، اختلالات خوردن (لاوندر و میچل^{۲۲}، ۲۰۱۵)، اختلال نارسیایی

13. lack of premeditation
14. sensation seeking
15. Berg, Latzman, Bliwise, Liliendorf
16. Meneguzzo, Todisco, Collantoni, Meregalli, Dal Brun, Tenconi
17. transdiagnostic
18. Um, Hershberger, Whitt, Cyders
19. Parr, Calancie, Coe, Khalid-Khan, Munoz
20. Vassileva, Conrod
21. Risch, Dubois, M'bailara, Cussac, Etain, Belzeaux
22. Lavender, Mitchell

1. oppositional defiant disorder (ODD)
2. Liu, Chang & Lee
3. Arias VB, Aguayo V, Navas P
4. Demmer, Hooley, Sheen, McGillivray, Lum
5. Ghosh, Ray, Basu
6. Jones
7. Vetter, Backhausen, Buse, Roessner, & Smolka
8. Milone, Sesso
9. Ray
10. Waxman
11. positive and negative urgency
12. lack of perseverance

توجه به بافت فرهنگی و سیستم‌های ارزشی که در آن به سر می‌برند، با در نظر گرفتن اهداف، انتظارات، استانداردها و نگرانی‌های‌شان است (برجعی، بگیان کوله مرز، یزدان‌پناه، رجبی، ۱۳۹۴). طبق تعریف‌های ارائه شده، با توجه به استرس جسمانی و روانی که وجود کودک مشکل‌دار بر خانواده تحمیل می‌کند (اسچیو^۱، ۲۰۰۷). بسیاری از خانواده‌های دارای فرزند با اختلال نافرمانی مقابله‌ای از کیفیت زندگی مطلوبی برخوردار نیستند و بدون دسترسی به منابع حمایتی خاص با مشکلات عدیده‌ای مواجه خواهند شد (لئوبر، بورکی، لاهی، وینترس و زیرا^۲، ۲۰۰۰).

افزون بر این بسیاری از کودکان دارای اختلال نافرمانی مقابله‌ای، در درک و شناخت هیجانات دیگران دارای نقص هستند و در روابط با والدین، معلمان و همسالان مشکل دارند و از نظر مهارت‌های اجتماعی و عملکرد تحصیلی، در سطح پایین‌تری از همسالان خود قرار دارند (اگاندل^۱، ۲۰۱۸)؛ بنابراین، لازم است تکنیک‌ها و راهکارهایی ارائه گردد تا به این افراد کمک نماید تا هیجانات دیگران را پیش‌بینی و درک نموده و بر آن اساس، عملکرد مناسبی انجام دهند. مطالعات روانشناختی نشان می‌دهد که راهبردهای تنظیم هیجان، عامل مهمی در تعیین سلامتی و داشتن عملکرد موفق در تعاملات اجتماعی است و نقص در آن با اختلالات درون‌ریز و برون‌ریز ارتباط دارد (نورعلی، حاجی‌یخچالی، شهنی ییلاق و مکتبی، ۱۳۹۷). تنظیم هیجان به مجموعه‌ای از فرایندهای ذهنی اشاره دارد که هیجانات و نحوه تجربه و بیان آنها را تحت تأثیر قرار می‌دهد (لی و جانگ^{۱۱}، ۲۰۲۱). این یک روند پویای درونی برای عملکرد ذهنی انسان‌ها است که هدف آن کاهش یا تنظیم هیجانات مثبت یا منفی برای رسیدن به حالات مطلوب است (مونتانا، ماتامالا-گومز، میستو، ماوردیف، کوالرا، دیانا^{۱۲} و همکاران، ۲۰۲۰). در راستای بررسی اثربخشی مداخله‌های

توجه/بیش‌فعالی (کاپوزی، کاپلاتزی، کالدیرولی، کووا، اوکسیلیا، روبلی^۱ و همکاران، ۲۰۲۲) و اختلال نافرمانی مقابله‌ای (لانزا و درابیک^۲، ۲۰۱۱) مرتبط است. بروز همزمان علائم تکانشگری و اختلال نافرمانی مقابله‌ای با همبستگی‌ها و پیامدهای ناسازگار متعددی از جمله سطوح بالاتر پرخاشگری، مشکلات توجه، افسردگی، اضطراب، مشکلات همسالان و خانواده، و مشکلات تحصیلی همراه است (لانزا و درابیک، ۲۰۱۱، درابیک، گادو و لونی^۳، ۲۰۰۸، گادو و نولان^۴، ۲۰۰۲).

پیشینه‌های پژوهشی به صراحت نشان داده است که کودکان مبتلا به اختلال نافرمانی مقابله‌ای، فضای خانوادگی و روابط زناشویی والدین را تحت تأثیر قرار می‌دهند (سنتیوانی و بالاز^۵، ۲۰۱۸). بررسی تعامل‌های این کودکان نشان‌دهنده آن است که رفتار کودک به عنوان یک محرک تنش‌زا عمل می‌کند و می‌تواند به ایجاد احساس ناکامی، خشم، نادیده گرفته شدن و خجالت در خواهر، برادرها و والدین، افسردگی، اضطراب و محدود شدن نقش ولدینی، احساس عدم کفایت در تربیت فرزندان، دلبستگی ضعیف عاطفی بین کودک و والد، بالا رفتن سطح تنیدگی در خانواده، بالاتر رفتن میزان طلاق و از هم گسیختگی روابط خانوادگی منجر شود (مرشد زاده، کیومرثی و ذبیحی، ۱۳۹۹؛ خداکرمی، حسین خانزاده و طاهر، ۱۳۹۹ و چاوز، میر و کانینو^۶، ۲۰۱۲)؛ بنابراین، این اختلال نه تنها فرد، بلکه نظام یکپارچه و گسترده‌تر خانواده و کیفیت زندگی اعضای خانواده را نیز تحت تأثیر قرار می‌دهد (سنتیوانی و بالاز، ۲۰۱۸). کیفیت زندگی به‌طور خاص، درک ذهنی و فردی را نشان می‌دهد و دربرگیرنده روابط بین‌فردی مؤثر، توانایی انجام فعالیت‌های مثبت و هدفمند و احساس خوشبختی در زندگی است (پروتی، اکارنوت، موناکو، دوریگو، مونتیلئون و بیش^۷، ۲۰۱۹). طبق تعریف سازمان بهداشت جهانی، کیفیت زندگی عبارت از تصور افراد از موقعیت خود در زندگی با

8. Schieve
9. Loeber, Burke, Lahey, Winters, Zera
10. Ogundele
11. Lee, Jang
12. Montana, Matamala-Gomez, Maisto, Mavrodiev, Cavalera, Diana

1. Capuzzi, Capellazzi, Caldiroli, Cova, Auxilia, Rubelli
2. Lanza, Drabick
3. Gadow, Loney
4. Nolan
5. Szentiványi, Balázs
6. Chavez, Mir, Canino
7. Perrotti, Ecarnot, Monaco, Dorigo, Monteleone, Besch

کودک را تحت‌تأثیر قرار می‌دهد و سوم اینکه تنظیم هیجان در کودکان از خلق هیجانی خانواده در شیوه‌های فرزندپروری، روابط خویشاوندی و ارتباطات بین اعضای خانواده و روابط زوجی والدین تأثیر می‌پذیرد (مورس، سیلک، استینبرگ، اوکوین و کیس^۱، ۲۰۰۷). با توجه به نقش خانواده در تنظیم هیجان کودکان لذا سیستم‌های مختلف باید خانواده را در راستای تأثیرگذاری مثبت و کمک مؤثر به سلامت کودک، تشویق و حمایت نمایند (حیدری، ۱۳۹۴). از این رو و با توجه به اینکه تاکنون برنامه تنظیم هیجان که مبتنی بر خانواده باشد در کودکان دارای اختلال نافرمانی مقابله‌ای تدوین و ساخته نشده‌است، این پژوهش بر آن بود تا برنامه تنظیم هیجان خانواده‌محور را طراحی و به بررسی اثربخشی آن بر روی تکانشگری و کیفیت زندگی خانواده کودکان دارای اختلال نافرمانی مقابله‌ای بپردازد.

روش پژوهش

روش پژوهش نیمه آزمایشی با طرح پیش‌آزمون- پس‌آزمون و پیگیری با گروه کنترل بود. جامعه آماری این پژوهش کلیه نوجوان ۱۸-۱۴ ساله مبتلا به اختلال نافرمانی مقابله‌ای که در نیمسال اول ۱۴۰۰-۱۴۰۱ در مدارس شهر تهران مشغول به تحصیل بودند که با توجه به شرایط کرونایی حاکم بر جامعه به شیوه نمونه‌گیری در دسترس با مراجعه به مدارس مناطق ۵ تهران و از بین دو مدرسه پسرانه و یک مدرسه دخترانه، نوجوانانی که قبلاً توسط مشاوران آموزش و پرورش تشخیص اختلال نافرمانی مقابله‌ای دریافت کرده‌اند، انتخاب شد. برای تشخیص دقیق‌تر، خرده‌مقیاس نافرمانی مقابله‌ای پرسشنامه مشکلات رفتاری نوجوانان، توسط آزمودنی‌ها تکمیل و جهت اطمینان از تشخیص نهایی، مصاحبه بالینی نیمه ساختاریافته با نوجوانان صورت گرفت. در نهایت از بین این نوجوانان نمونه‌ای شامل ۳۲ نفر بر اساس ملاک‌های ورود انتخاب و سپس در دو گروه آزمایش و گواه جایگزین شدند. پرسشنامه‌های مقیاس خودگزارشی مشکلات رفتاری نوجوانان آخنباخ، مقیاس تکانشگری بارت و همکاران (۲۰۰۴) و مقیاس کیفیت زندگی خانواده

مبتنی بر تنظیم هیجان، عسگری و متینی (۱۳۹۹) در پژوهش خود نشان دادند که آموزش تنظیم هیجان به روش گراس بر تکانشگری آزمودنی‌ها تأثیر دارد و تکانشگری را کاهش می‌دهد. نتایج میراحمدی و حسنی (۱۳۹۷) نیز نشان داد که آموزش مهارت نظم‌جویی هیجان به شرکت‌کنندگان موجب کاهش نمرات تکانشگری هیجانی، زود‌انگیختگی حرکتی و بی‌برنامگی شناختی می‌شود. همچنین یافته‌های رمضانلو، ابوالمعالی الحسینی، باقری و رباط میلی (۱۴۰۰) نشان داد که آموزش مهارت‌های تنظیم هیجانی به طور معنادار نمرات کیفیت زندگی مادران کودکان دارای اختلال طیف اوتیسم در مولفه‌های (سلامت روانی و روابط اجتماعی) افزایش داده است.

اغلب این پژوهش‌ها و همچنین سایر طرح‌های درمانی موجود، فقط کودک و کاهش مشکلات رفتاری او را هدف قرار می‌دهند و از تأثیر گسترده‌ای که اختلال نافرمانی مقابله‌ای بر سلامت روان خانواده می‌گذارد و به‌طور متقابل، از تأثیر بدکارکردی خانواده بر افزایش میزان بروز مشکلات رفتاری کودک و کاستن از نتایج درمانی، غفلت ورزیده‌اند در حالیکه این اختلال بر سلامت روان والدین و سایر اعضای خانواده اثری چندوجهی و فراگیر داشته و تعادل را در نظام خانواده از بین می‌برد (خداکرمی، حسین‌خانزاده، طاهر، ۱۳۹۹). والدین و به دنبال آن ساختار خانواده می‌توانند تأثیرات مطلوب یا نامطلوبی در چرخه‌ی رشدی و یا مشکلات روان‌شناختی کودک داشته باشند (کرمی، زکی‌بی و علیخانی، ۱۳۹۱). از همین رو پژوهش اعتمادی، گیتی‌پسند و مرادی (۱۳۹۲) نشان داده است هنگامی که والدین در فرایند درمان مشارکت می‌نمایند، این فرایند شتاب بیشتری نسبت به درمان‌های کودک محور دارد. از طرف دیگر مشخص شده است که خانواده به سه روش در تنظیم هیجان فرزندان تأثیر می‌گذارد. اول این‌که بچه‌ها از طریق یادگیری مشاهده‌ای یعنی الگوبرداری از منابع اجتماعی و خانوادگی تنظیم هیجان را می‌آموزند. دوم اینکه رفتارهای ولدینی مربوط به هیجان، تربیت هیجانی و مدیریت هیجان، رشد تنظیم هیجان

1. Morris, Silk, Steinberg, Aucoin, Keyes

(۱۳۸۵) هنجاریابی شده است که نتایج نشان دهنده ضریب همسانی درونی بین ۰/۶۳ تا ۰/۹۵ و ضریب همبستگی مناسب با پرسشنامه شخصیتی نوجوانان آیزنگ است. در پژوهش حاضر از خرده مقیاس نافرمانی مقابله‌ای پرسشنامه استفاده شد که ضریب آلفای کرونباخ آن برابر با ۰/۷۸ به دست آمد.

۲. مقیاس تکانشگری بارت^۳ و همکاران (۲۰۰۴): ویرایش یازدهم این پرسشنامه (BIS-11) با ۳۰ پرسش، سه عامل تکانشگری شناختی، تکانشگری حرکتی و بی‌برنامگی را ارزیابی می‌کند. پرسش‌ها بصورت چهارگزینه‌ای از بندرت (برابر یک) تا تقریباً همیشه (برابر چهار)، درجه‌بندی شده‌اند. بیشترین نمره کسب شده، ۱۲۰ است. این پرسشنامه همبستگی بسیار خوبی با پرسشنامه تکانشگری آیزنگ دارد و ساختار پرسش‌های گردآوری‌شده از هر دو پرسشنامه، نشان دهنده ابعادی از تصمیم‌گیری شتابزده و فقدان دوراندیشی است. همسانی درونی آن برای سه عامل تکانشگری شناختی، تکانشگری حرکتی و بی‌برنامگی به ترتیب ۰/۶۸، ۰/۸۰ و ۰/۷۳ بدست آمده است (شاهین و همکاران، ۲۰۱۰). جاوید و همکاران (۱۳۹۱) ویژگی‌های روانسنجی این پرسشنامه را بررسی و اعتبار کل پرسشنامه را با دو روش آلفای کرونباخ و بازآزمایی بترتیب ۰/۸۱ و ۰/۷۷ گزارش کردند. در این پژوهش نیز ضریب آلفای کرونباخ کل پرسشنامه برابر با ۰/۷۰ به دست آمد.

۳. مقیاس کیفیت زندگی خانواده مرکز بیچ^۴: مقیاس کیفیت زندگی خانواده مرکز بیچ دانشگاه کانزاس، یک مفهوم اختصاصی از کیفیت زندگی خانوادگی را گسترش داد. این مقیاس با ۲۵ گویه به ارزیابی پنج حوزه اصلی خانواده (تعامل خانواده، والدی کردن، بهزیستی هیجانی، بهزیستی جسمانی/ بدنی و حمایت مبتنی بر ناتوانی) می‌پردازد. پاسخ‌ها براساس یک طیف پنج درجه ایی (از بسیار ناراضی = ۱ تا بسیار راضی = ۵) درجه بندی

مرکز بیچ در مرحله پیش‌آزمون از گروه آزمایش و کنترل گرفته شد. در مرحله بعد، برای گروه آزمایشی برنامه آموزشی تنظیم هیجان خانواده محور تدوین شده در ۸ جلسه به مدت ۲ ماه به نوجوانان همراه با والدین آنها اجرا و پس از طی دوره آموزشی بار دیگر ارزیابی‌های مربوط با گروه‌های آزمایش و کنترل در مرحله پس‌آزمون و دوره پیگیری ۱ ماهه انجام شد. ملاک‌های ورود به پژوهش شامل: داشتن اختلال نافرمانی مقابله‌ای، داشتن سن ۱۴ تا ۱۸ سال، رضایت دانش‌آموز و والدین جهت شرکت در پژوهش و نداشتن بیماری جسمی و روانشناختی حاد و مزمن دیگر. همچنین ملاک‌های خروج از پژوهش نیز شامل: غیبت در دو جلسه آموزشی و عدم همکاری و انجام ندادن تکالیف مشخص شده در دوره آموزشی بود. تحلیل داده‌ها با استفاده از روش‌های آمار توصیفی و آزمون تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر در نرم‌افزار spss نسخه ۲۶ انجام یافت.

ابزار پژوهش

۱. مقیاس مشکلات رفتاری نوجوانان آخنباخ^۱ (۱۹۹۱): این ابزار یک پرسشنامه خودگزارشی است که برای سنین ۱۱ تا ۱۷ سال با حداقل تحصیلات در حد پایه پنجم ابتدایی و مدت زمان ۱۵ دقیقه قابل استفاده است و از ابزارهای غربالگری رایج برای اختلال‌های روانپزشکی در سنین نوجوانی است. این مقیاس، خرده مقیاس‌های مشکلات عاطفی، اضطرابی، بدنی، نارسایی توجه- بیش‌فعالی، رفتار هنجاری و نافرمانی مقابله‌ای را می‌سنجد. گویه‌های این مقیاس، به صورت سه گزینه کاملاً، معمولاً و اصلاً درجه‌بندی شده است که به ترتیب نمرات دو، یک و صفر را دریافت می‌کنند. روایی این پرسشنامه در پژوهش‌های مختلف مورد بررسی قرار گرفته است و نتایج به دست آمده نشان دهنده مناسب بودن این ابزار است. همسانی درونی این ابزار از طریق ضریب آلفا محاسبه شده است که برای خرده مقیاس‌ها در دامنه ۰/۵۹ تا ۰/۸۶ به دست آمده است (دانگ، نگوین و ویس، ۲۰۱۷). در ایران نیز این پرسشنامه توسط مینایی

3. Barrat Impulsivity Scale
4. Beach Center Family Quality of Life Scale

1. Achenbakh's Adolescent Behavioral Problems Scale
2. Dang, H. M., Nguyen, H., & Weiss, B.

آزمون موجلی، از آزمون تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر استفاده شد. داده‌ها از طریق نرم افزار SPSS نسخه ۲۶ تحلیل شد. لازم به ذکر است که برنامه تنظیم هیجان خانواده محور بر گرفته از پژوهش‌های (استاوریانوپولوس^۱، ۲۰۱۹؛ ویلیس^۲ و همکاران، ۲۰۱۶؛ رایبسون^۳ و همکاران، ۲۰۱۵؛ استاوریانوپولوس و همکاران، ۲۰۱۴؛ پالمر و افرون^۴، ۲۰۰۷) بر اساس هیجان مبتنی بر خانواده درمانی بود. در تدوین برنامه آموزشی ملاک‌های همچون، تدوین برنامه براساس متغیرهای وابسته مد نظر پژوهش بین نوجوانان دارای اختلال نافرمانی مقابله‌ای، مرور ادبیات نظری و منابع موجود در زمینه تنظیم هیجان خانواده محور، تهیه چارچوب کلی از برنامه، کسب نظر متخصصان و صاحب نظران حوزه خانواده، تهیه و تنظیم چارچوب کلی براساس معیارهای تعیین شده و محاسبه روایی محتوایی به منظور مشخص شدن پایایی پروتکل درمان رعایت شد.

در مرحله تعیین روایی ابزار برای حیثه‌های مختلف، از دو روش روایی صوری و روایی محتوایی استفاده شد. در مرحله تعیین روایی صوری کیفی، نظرات متخصصان به صورت انجام تغییراتی اعم از تغییر سطح دشواری، کاهش عدم تناسب، رفع ابهام عبارات و نارسایی در معانی کلمات، رعایت دستور زبان، مناسب‌تر کردن کلمات و قراردادن سؤالات در جای مناسب خود و ... در بسته آموزشی اعمال شد. در تعیین روایی محتوایی با شرکت ۸ نفر از صاحب‌نظران حوزه، شاخص‌های CVI و CVR نشان داد محاسبه گردید. نسبت روایی محتوا (CVR) نشان داد که نمره تمامی آیت‌های ابزار مساوی یا بزرگتر از عدد جدول لاوشه (۰/۷۵) بوده و این مطلب حاکی از آن است که آیت‌های ضروری و مهم در این بسته به کار گرفته شده بودند. بر اساس نتایج شاخص روایی محتوا (CVI) نیز تمامی آیت‌ها نمره CVI بالاتر از ۰/۷۹ داشتند و لذا مناسب تشخیص داده شدند و مجدداً تغییری در تعداد آیت‌های بسته آموزشی صورت نگرفت. شرح مختصر جلسات در جدول ۱ گزارش شده است.

شده‌اند. نتایج در پنج بعد این مقیاس می‌تواند حوزه‌هایی را مشخص کند که خانواده در آنها به حمایت بیشتری نیاز دارد (هافمن و همکاران؛ ۲۰۰۶). رجیبی و همکاران (۱۳۹۷) ضرایب آلفای کرونباخ کل مقیاس ۰/۹۳ و برای عامل‌های اول تا پنجم از ۰/۷۳ تا ۰/۸۶، ضرایب همبستگی بین هر یک از ماده‌های مقیاس و نمره کل از ۰/۴۷ تا ۰/۷۴ و ضرایب روایی همگرای این مقیاس یا مقیاس‌های منابع خانوادگی ۰/۶۴ و عملکرد خانواده آپگار ۰/۵۹ معنی‌دار به‌دست آمد. در پژوهش حاضر از خرده مقیاس نافرمانی مقابله‌ای پرسشنامه استفاده شد که ضریب آلفای کرونباخ آن برابر با ۰/۷۸ به دست آمد. در این پژوهش نیز ضریب آلفای کرونباخ کل پرسشنامه برابر با ۰/۷۳ به دست آمد.

روش اجرای پژوهش

پس از انتخاب افراد براساس اصول اخلاقی، در مورد موضوع و اهداف پژوهش اطلاعات مختصری به آنها ارائه شد، به شرکت کنندگان اطمینان داده شد که نتایج پژوهش به صورت نتیجه‌گیری کلی منتشر می‌شوند و آنها اختیار دارند در هر مرحله‌ای از آموزش انصراف دهند و رضایت‌نامه کتبی از شرکت کنندگان گرفته شد. پرسشنامه‌ها ابتدا توسط هر دو گروه تکمیل شد و سپس برای گروه آزمایشی، جلسات آموزشی براساس مداخله تدوین شده تنظیم هیجان خانواده محور بصورت گروهی به مدت ۸ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای به‌صورت هفته‌ای یک جلسه و به مدت ۲ ماه، توسط درمانگر مجرب برگزار شد و گروه کنترل هیچ درمانی دریافت نکردند. پس از پایان جلسات آموزشی، مقیاس تکانشگری و مقیاس کیفیت زندگی خانواده به‌عنوان پس آزمون بلافاصله و پیگیری به فاصله ۱ ماه انجام گرفت. در تحلیل آماری داده‌ها، در سطح توصیفی از میانگین و انحراف معیار و در سطح استنباطی نیز پس از بررسی نرمال بودن توزیع داده‌ها از طریق آزمون شاپیرو-ویلک، برابری واریانس‌های خطا از طریق آزمون لوین و بررسی پیش فرض کرویت از طریق

3. Robinson, A
4. Palmer, G., & Efron, D

1. Stavrianopoulos, K
2. Willis, A

جدول ۱. خلاصه محتوای جلسات برنامه آموزش تنظیم هیجان خانواده محور			
جلسات	اهداف	محتوا	تکلیف
جلسه اول	جلسه معارفه، تعریف و مفهوم هیجان، بررسی و ارزیابی اتحاد یا ائتلاف‌های خانوادگی	ملاقات درمانگر با اعضای خانواده (مادر و فرزند) و انجام ارزیابی برای اطلاع از اهداف خانواده برای درمان. آشنا شدن اعضا با یکدیگر و معرفی خود به گروه. بررسی قوانین و اهداف جلسات، توضیحاتی در مورد هیجان‌ها و تأثیر آنها در زندگی اجتماعی و خانوادگی همراه با تعریف هیجان. ارزیابی تعارضات موجود در روابط خانواده از طریق بارش فکری	ثبت تعارضات توسط اعضا خانواده بطور جداگانه در طول هفته
جلسه دوم	آگاهی خانواده از هیجان‌ها و احساسات مثبت خود و دیگر اعضای خانواده	بیان نگرشها و احساسات اعضای خانواده نسبت به یکدیگر و وضعیت موجود، آشنایی اعضای خانواده با نحوه شناسایی و تمایز میان هیجان‌ها مختلف - تمایز بین هیجان نرمال و هیجان مشکل آفرین، چگونگی بیان هیجان‌ها با کلمات و عبارات مناسب. ارزیابی والدین از احساسات مثبت خود و فرزندان و شناسایی آنها.	آشنایی با انواع هیجان‌ها و تمایز بین هیجان نرمال و هیجان مشکل آفرین. برگه ثبت هیجان‌ها مثبت خود و دیگر اعضای خانواده
جلسه سوم	آگاهی خانواده از هیجان‌ها منفی خود و دیگر اعضای خانواده	تعریفی از هیجان‌ها منفی برای اعضای خانواده با ذکر مثال ارائه شد، برای مثال خانواده با هیجان‌ها منفی همچون خشم، ناراحتی، تنفر و اضطراب و تعریف آنها آشنا شد و از اعضا بازخورد گرفته شد. ارزیابی والدین از احساسات منفی خود و فرزندان و شناسایی آنها.	آشنایی با انواع هیجان‌ها منفی. برگه ثبت هیجان‌ها منفی خود و دیگر اعضای خانواده
جلسه چهارم	پذیرش هیجان‌ها مثبت یکدیگر و ارزیابی جنبه‌های مثبت و منفی آن	شناسایی هیجان‌ها مثبت برجسته که در جلسه دوم از سوی اعضا گزارش شده بود و آموزش این نوع از هیجان‌ها خود و دیگران که باید پذیرفته شده و مورد توجه قرار گیرد و پیامدهای منفی و مثبت آنها را نیز پذیرفته شود. از اعضا خواسته خواهد شد هیجان‌ها مثبت برجسته خود و اعضای خانواده را مورد ارزیابی قرار دهند.	برگه ثبت اثرات مثبت و منفی هیجان‌ها مثبت
جلسه پنجم	پذیرش هیجان‌ها مثبت یکدیگر و ارزیابی جنبه‌های مثبت و منفی آن پذیرش هیجان‌ها منفی یکدیگر و ارزیابی جنبه‌های مثبت و منفی آن	شناسایی هیجان‌ها منفی برجسته که در جلسه سوم از سوی اعضا گزارش شده بود و آموزش این نوع از هیجان‌ها خود و دیگران که باید پذیرفته شده و مورد توجه قرار گیرد و پیامدهای منفی و مثبت آنها را نیز پذیرفته شود. از اعضا خواسته خواهد شد هیجان‌ها منفی برجسته خود و اعضای خانواده را مورد ارزیابی قرار دهند	برگه ثبت اثرات مثبت و منفی هیجان‌ها منفی
جلسه ششم	تعدیل و تغییر تجربیات (ذهنی و رفتاری) هیجان‌ها مثبت و آموزش نحوه ابراز آنها	یک موقعیت شادی آفرین در زندگی مانند (خندیدن اعضای خانواده در یک موقعیت شادی آفرین) در ذهن اعضای خانواده مجسم گردید. سپس اعضای گروه به طریق ذهنی از ابراز این هیجان جلوگیری می‌نمایند و در گام بعدی با بازارزیابی در مورد این هیجان و موقعیتی که این هیجان در آن اتفاق افتاده است، ابراز صادقانه و بدون قید و شرط این هیجان آموزش داده شد.	از اعضای خانواده خواسته می‌شود که یک موقعیت را که در آن یک هیجان مثبت وجود دارد در ذهن خود مجسم نمایند و مراحل را که در باره‌ی جلوگیری از ابراز، بازارزیابی و ابراز سازگاران آن

هیجان در جلسات یاد گرفته‌اند در مورد آن هیجان انجام دهند.	در این مرحله از اعضای گروه خواسته می‌شود که یک موقعیت اضطراب‌زا (بیماری یکی از اعضای خانواده) را در ذهن خود تجسم کنند بعد به آنها آموزش داده می‌شود که احساس اضطراب شدید کنند. بعد از آن دوباره موقعیت اضطراب‌زا در ذهن آنها تجسم می‌شود و از اعضای خانواده خواسته می‌شود با فکر کردن به موقعیت و ارزیابی در مورد آن موقعیت هیجان اضطراب خود را کاهش دهند و فقط به صورت طبیعی اضطراب خود را ابراز کنند که به حل موقعیت اضطراب‌زا کمک کند. در واقع در این جلسه سعی می‌شود چرخه هیجانات و رفتارهای تعاملی منفی بین اعضای خانواده دوباره تنظیم شود.	جلسه هفتم تعدیل و تغییر تجربیات (ذهنی و رفتاری) هیجانات منفی و آموزش نحوه ابراز آنها
	در این جلسه از آزمودنی‌ها خواسته می‌شود که از مهارت‌های تنظیم هیجان در زندگی واقعی خود استفاده نمایند. همچنین در این جلسه به بررسی، رفع موانع انجام تکنیک‌ها و مهارت‌ها و ارزیابی تکنیک‌های به کار رفته در طول جلسات درمان و کارمدی آنها از سوی مادران و فرزندان پرداخته شد.	جلسه هشتم ارزیابی میزان نیل به اهداف.

یافته‌ها

بودند، در گروه کنترل ۶ نفر (۳۷/۵ درصد) دختر و ۱۰ نفر (۶۲/۵ درصد) پسر بودند. داده‌های مربوط به متغیرهای وابسته در پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری با شاخص‌های توصیفی میانگین و انحراف استاندارد به تفکیک گروه‌ها در جدول شماره ۲ گزارش شده است.

میانگین و انحراف استاندارد سنی در گروه آزمایش (۸۹/۱۵±۰/۸۰) و گروه کنترل (۱۰۶/۱۶±۰/۷۹) بود. آزمون خی دو نشان داد از نظر سنی بین دو گروه پژوهش تفاوت معناداری وجود ندارد ($P>0/05$). در گروه آزمایش ۵ نفر (۳۱ درصد) دختر و ۱۱ نفر (۶۹ درصد) پسر

جدول ۲. شاخص‌های توصیفی متغیرهای پژوهش به تفکیک گروه آزمایش و کنترل

متغیر	گروه	پیش‌آزمون		پس‌آزمون		پیگیری	
		میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار
تکانشگری	آزمایش	۱۶/۵۶۲	۲/۴۷۵	۱۴/۵۶۳	۲/۴۷۶	۱۴/۹۳۷	۲/۴۳۴
شناختی	کنترل	۱۷/۷۵۰	۲/۷۹۲	۱۷/۴۳۶	۲/۳۰۸	۱۷/۲۵۰	۲/۲۶۵
تکانشگری	آزمایش	۲۱/۳۷۵	۲/۵۰۰	۱۸/۱۲۵	۲/۴۱۸	۱۸/۱۸۷	۲/۴۰۰
حرکتی	کنترل	۲۱/۱۸۷	۲/۱۹۷	۲۰/۶۸۷	۲/۱۵۱	۲۰/۵۰۰	۱/۶۷۳
بی‌برنامگی	آزمایش	۱۷/۱۲۵	۲/۵۵۲	۱۳/۶۸۷	۲/۶۲۵	۱۳/۸۷۵	۲/۳۹۰
	کنترل	۱۶/۹۳۷	۲/۳۷۹	۱۶/۸۱۲	۲/۳۴۴	۱۷/۱۸۷	۲/۳۴۵
تکانشگری	آزمایش	۵۵/۰۶۲	۵/۲۷۲	۴۶/۳۷۵	۵/۱۳۶	۴۷/۰۰۰	۴/۸۵۷
	کنترل	۵۵/۸۷۵	۴/۲۲۴	۵۴/۹۳۷	۴/۵۸۲	۵۴/۹۳۷	۳/۶۶۰
تعامل خانوادگی	آزمایش	۱۴/۵۶۲	۲/۱۸۹	۱۸/۷۵۰	۲/۷۶۸	۱۸/۳۷۵	۲/۳۶۲

۲/۳۰۹	۱۴/۵۰۰	۲/۰۹۳	۱۴/۶۲۵	۱/۷۸۷	۱۴/۴۳۷	کنترل	
۱/۸۵۷	۱۴/۶۲۵	۱/۶۲۱	۱۴/۶۸۷	۱/۵۷۹	۱۰/۳۱۲	آزمایش	والدگری
۱/۴۱۴	۱۲/۰۰۰	۱/۸۴۲	۱۱/۹۳۷	۱/۶۳۱	۱۱/۴۳۸	کنترل	
۱/۶۷۲	۱۵/۵۶۲	۱/۷۲۱	۱۵/۸۱۲	۲/۰۰۷	۱۰/۸۱۲	آزمایش	بهبودی عاطفی
۱/۱۸۳	۱۱/۲۵۰	۱/۴۰۸	۱۱/۱۲۵	۱/۴۱۴	۱۱/۰۰۰	کنترل	
۲/۶۲۵	۲۰/۳۱۳	۲/۸۰۴	۲۰/۴۳۷	۲/۲۴۷	۱۵/۳۷۵	آزمایش	بهبودی فیزیکی/ اجتماعی
۲/۲۲۱	۱۶/۵۰۰	۲/۱۵۹	۱۶/۴۳۶	۱/۸۴۳	۱۶/۲۵۰	کنترل	
۲/۳۸۶	۱۳/۲۱۵	۲/۱۲۹	۱۴/۰۰۰	۲/۱۲۸	۸/۵۶۲	آزمایش	حمایت مرتبط با ناتوانی
۱/۹۸۳	۱۰/۲۵۰	۱/۹۴۹	۱۰/۲۵۰	۱/۴۹۳	۹/۶۸۷	کنترل	
۴/۷۰۷	۸۲/۱۸۷	۵/۰۹۵	۸۳/۶۸۷	۴/۲۷۲	۵۹/۶۲۵	آزمایش	کیفیت زندگی خانواده
۳/۶۵۱	۶۴/۵۰۰	۴/۰۹۷	۶۴/۳۷۵	۳/۶۰۰	۶۲/۸۱۲	کنترل	

($P > 0.05$, $F=0.506$)، تعامل خانوادگی ($P > 0.05$)، والدگری ($F=1.081$, $P > 0.05$)، $F=0.367$)، بهبودی عاطفی ($F=0.195$, $P > 0.05$)، $F=0.121$, $P > 0.05$) و حمایت مرتبط با ناتوانی ($F=0.554$, $P > 0.05$) در گروه‌ها رد نشد. همچنین نتایج آزمون کرویت موجلی نشان داد سطح معنی‌داری کوچکتر از ۰/۰۵ شده، لذا فرض کرویت رد شد و از نتایج مربوط به تصحیح آزمون گرین هاس- گایزر در مدل اندازه‌گیری مکرر استفاده شد. به این ترتیب شرایط لازم برای اجرای آزمون کواریانس برقرار است.

به منظور تحلیل داده‌ها از آزمون تحلیل واریانس با اندازه-گیری مکرر استفاده شد، لذا ابتدا مفروضه‌های زیربنایی این آزمون مورد بررسی قرار گرفت. از آزمون شاپیرو-ویلک برای بررسی نرمال بودن توزیع نمرات استفاده شد. نتایج نشان داد که پیش فرض نرمال بودن توزیع در هر دو گروه رد نشد ($P > 0.05$). از آزمون لوین برای رعایت پیش فرض‌های آزمون کواریانس استفاده شد که نتایج آن نشان داد برابری واریانس مولفه‌های تکانشگری شناختی ($F=2.017$, $P > 0.05$)، تکانشگری حرکتی ($F=0.234$, $P > 0.05$)، بی‌برنامگی

جدول ۳. تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر جهت بررسی تاثیرات درون و بین‌گروهی برای مؤلفه‌های پژوهش							
مؤلفه	مجموع	درجه	میانگین	مقدار F	سطح	اندازه اثر	توان
	مجذورات	آزادی	مجذورات		معناداری		آزمون
تکانشگری	مراحل	۱/۲۱۲	۲۱/۷۷۱	۲۴/۹۰۸	۰/۰۰۱	۰/۴۵۴	۰/۹۹۹
شناختی	تعامل مراحل و گروه	۱/۲۱۲	۹/۷۴۳	۱۱/۱۴۷	۰/۰۰۱	۰/۲۷۱	۰/۹۳۶
تکانشگری	مراحل	۱/۳۲۴	۵۸/۶۰۱	۴۶/۴۷۳	۰/۰۰۱	۰/۶۰۸	۱
حرکتی	تعامل مراحل و گروه	۱/۳۲۴	۲۷/۹۴۷	۲۲/۱۶۳	۰/۰۰۱	۰/۴۲۵	۱
بی‌برنامگی	مراحل	۱/۳۰۵	۴۴/۹۸۲	۲۹/۳۶۴	۰/۰۰۱	۰/۴۹۵	۱
	تعامل مراحل و گروه	۱/۳۰۵	۴۷/۵۳۷	۳۱/۰۳۲	۰/۰۰۱	۰/۵۰۸	۱

۱	۰/۴۸۰	۰/۰۰۱	۲۷/۷۳۳	۷۴/۳۵۴	۱/۲۳۴	۹۱/۷۵۰	مراحل	تعامل خانوادگی
۱	۰/۴۴۷	۰/۰۰۱	۲۴/۲۸۲	۶۵/۱۰۲	۱/۲۳۴	۸۰/۳۳۳	تعامل مراحل و گروه	
۱	۰/۷۹۷	۰/۰۰۱	۱۱۷/۶۰۳	۸۵/۴۴۶	۱/۴۸۳	۱۲۶/۷۵۰	مراحل	والدگری
۱	۰/۷۰۶	۰/۰۰۱	۷۱/۹۸۵	۵۲/۳۰۱	۱/۴۸۳	۷۷/۵۸۳	تعامل مراحل و گروه	
۱	۰/۶۷۸	۰/۰۰۱	۶۳/۲۷۸	۸۵/۲۹۸	۱/۶۰۳	۱۳۶/۷۵۰	مراحل	بهبزستی عاطفی
۱	۰/۶۴۵	۰/۰۰۱	۵۴/۴۸۶	۷۳/۴۴۷	۱/۶۰۳	۱۱۷/۷۵۰	تعامل مراحل و گروه	
۱	۰/۷۱۷	۰/۰۰۱	۷۶/۰۱۴	۱۰۵/۶۸۶	۱/۳۷۵	۱۴۵/۲۷۱	مراحل	بهبزستی فیزیکی
۱	۰/۶۸۰	۰/۰۰۱	۶۳/۸۷۰	۸۸/۸۰۱	۱/۳۷۵	۱۲۲/۰۶۳	تعامل مراحل و گروه	
۱	۰/۶۹۲	۰/۰۰۱	۶۷/۴۳۵	۱۳۷/۹۳۶	۱/۲۵۱	۱۷۲/۵۲۱	مراحل	حمایت مرتبط با ناتوانی
۱	۰/۵۹۲	۰/۰۰۱	۴۳/۵۴۲	۸۹/۰۶۵	۱/۲۵۱	۱۱۱/۳۹۶	تعامل مراحل و گروه	

زندگی خانواده نوجوانان در گروه آزمایش شده است، بلکه این تأثیر در مرحله پیگیری نیز پایدار بوده است.

بحث و نتیجه گیری

پژوهش حاضر با هدف طراحی و تدوین برنامه تنظیم هیجان خانواده محور و بررسی اثربخشی آن بر روی تکانشگری و کیفیت زندگی خانواده کودکان دارای اختلال نافرمانی مقابله ای انجام شد. نتایج این پژوهش نشان داد که برنامه تنظیم هیجان خانواده محور بر روی تکانشگری کودکان دارای اختلال نافرمانی مقابله ای اثربخش است این یافته با برخی از نتایج اسکورل، وان ریجن، دی وید، وان گوزن و سواب (۲۰۱۶)، صدیقی و نظیری (۲۰۲۰)، میراحمدی و حسنی (۱۳۹۷)، عسگری و متینی (۱۳۹۹) همسو می باشد. در تبیین این یافته می توان گفت که برنامه تنظیم هیجان خانواده محور باعث می شود که افراد برای دستیابی به اهداف خود برنامه ریزی کنند، نسبت به خود دیدگاه مثبتی داشته باشند، به توانایی فردی خود اطمینان و اعتماد پیدا کنند، مهارت های گفتگو، جرأت مندی، آمادگی برای گوش دادن به دیگران و احترام گذاشتن به احساسات و عقاید دیگران را کسب نمایند، نظم و ترتیب و ثبات و امنیت در زندگی فردی را رعایت کنند، در رویارویی با مشکلات احساس توان مندی کنند و با مشکلات به شیوه مسئله مدار روبه رو گردند؛ همه ی این

نتایج جدول ۳ نشان می دهد میزان F اثر تعامل مراحل و گروه برای متغیرهای تکانشگری شناختی (۱۱/۱۴۷)، تکانشگری حرکتی (۲۲/۱۶۳)، بی برنامه گی (۳۱/۰۳۲)، تعامل خانوادگی (۲۴/۲۸۲)، والدگری (۷۱/۹۸۵)، بهبودی عاطفی (۵۴/۴۸۶)، بهبودی فیزیکی / اجتماعی (۶۳/۸۷۰) و حمایت مرتبط با ناتوانی (۴۳/۵۴۲) معنی دار است ($P < 0/001$). با توجه به نتایج به دست آمده در مؤلفه های تکانشگری میانگین گروه آزمایش در پس آزمون و پیگیری به صورت معنی داری کمتر از مرحله پیش آزمون است ($P < 0/01$)، در حالی که تفاوت بین پس آزمون و مرحله پیگیری معنی دار نیست ($P > 0/01$)؛ اما در گروه کنترل تفاوتی بین پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری وجود ندارد ($P > 0/01$)؛ همچنین با توجه به جدول فوق در مؤلفه های کیفیت زندگی خانواده میانگین گروه آزمایش در پس آزمون و پیگیری به صورت معنی داری بیشتر از مرحله پیش آزمون است ($P < 0/01$)، در حالی که تفاوت بین پس آزمون و مرحله پیگیری معنی دار نیست ($P > 0/01$)؛ اما در گروه کنترل تفاوتی بین پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری وجود ندارد ($P > 0/01$). این یافته بدان معنی است که آموزش تنظیم هیجان خانواده محور نه تنها منجر به بهبود مؤلفه های تکانشگری و کیفیت

مهارت‌ها باعث می‌شود که افراد از تنظیم هیجان بالاتری برخوردار باشند، توانایی تحمل پریشانی را داشته باشند و کمتر دست به رفتارهای تکانشگری بزنند. در واقع این افراد هنگام تجربه‌ی پریشانی به تبیین بهتری از موقعیت می‌پردازند و کمتر با تکانشگری و رفتار عجولانه به دنبال آرامش و رفع پریشانی هستند (عسگری و متینی، ۱۳۹۹). از سوی دیگر برنامه تنظیم هیجان با تأثیر بر روی تفکر وسعت یافته، رشد ویژگی‌های شخصیتی مثبت مانند، مقاومت، انعطاف‌پذیری و خوش‌بینی را موجب می‌شوند و افرادی که دارای ذهنی باز و فعال و توانایی‌های شناختی گسترده هستند کمتر در رفتارهای تکانشی و سریع درگیر می‌شوند (برنا، حمید و حیاتی، ۱۳۹۵). یکی دیگر از توجیه‌های این یافته ناشی از شواهد عصب شناختی است که نشان داده‌اند که مناطق مغزی دوطرفه پیش‌پیشانی از جمله قشر پیش‌پیشانی میانی و قشر سینگولیت قدامی به صورت ابتدایی از طریق تنظیم سیستم لیمبیک، مسئول تنظیم هیجان و تکانشگری هستند و به طور هم‌زمان اطمینان کسب می‌کنند که راهبردهای جاری در راستای اهداف تنظیمی قرار گیرند (ری و زلد، ۲۰۱۲، اتکین، اگنر و کالیش، ۲۰۱۱). درنهایت می‌توان عنوان کرد که یادگیری مهارت‌های تنظیم هیجان، مدیریت و کنترل هیجان‌ها می‌تواند فرد را در شناخت بهتر، عمیق‌تر و واقعی‌تر هیجان‌های تجربه‌شده کمک کرده؛ و باعث گردد فرد در دام رفتارهای ناخردمندانه، تکانشی و بدون تفکر گرفتار نیاید (فرورشی، علیوندی‌وفا، فخاری و آزموده، ۱۴۰۰). افزون بر این اساس و بنیان این نوع مداخله یادگیری است زیرا یادگیری برخورد مهندسی‌شده با هیجان‌ها و دوری از قضاوت‌های عجولانه و خام باعث می‌شود رفتار فرد به شکل ماهرانه درآمده، کمتر دست به رفتارهای تکانشی بزند و در نتیجه رضایت کلی وی از رفتارهای فردی و بین فردی افزایش یابد (لینچ، چاپمن، روزنتال، کیو و لینهان، ۲۰۰۶).

یافته‌ی دیگر این پژوهش حاکی از اثربخشی برنامه تنظیم هیجان خانواده‌محور بر روی کیفیت زندگی خانواده کودکان دارای اختلال نافرمانی مقابله‌ای بود. این یافته با برخی از نتایج رمضانلو و همکاران (۱۴۰۰)، بهادری، امانی و مؤدی (۱۳۹۷)، شکراللهی، توکلی، اسماعیلی و برکتین

(۱۳۹۶) همسو است. در تبیین این یافته می‌توان گفت که درمان‌های تنظیم هیجانی، زمینه تولید پاسخ‌های منعطف نسبت به تجربه‌های هیجانی شدید مثلاً اضطراب، خشم و غم را فراهم می‌کنند. مهارت‌های تنظیم هیجانی به افراد کمک می‌کنند تا در عوض پاسخ‌های واکنشی، موقعیت‌های هیجانی را به چالش بکشند و رویکردی را اتخاذ کنند که با استفاده از این مهارت‌ها نشانه‌های هیجانی را تعدیل کنند؛ همچنین در تنظیم شناختی هیجان، افراد ترغیب می‌شوند که به ارتقای فعالیت‌های رفتاری گذشته تمرکز داشته باشند، در این برنامه مراجعان ترغیب می‌شوند تا مشخص کنند زندگی‌شان چه معنایی دارد و چگونه اضطراب و افسردگی آنها را عقب نگه می‌دارد. در نتیجه مراجعان تشویق می‌شوند تا فعالانه معنی و ارزش زندگی خویش را رشد دهند و کیفیت زندگی خود را ارتقاء دهند (رینا، کوینترو، فرسکو و منین، ۲۰۱۷). لازمه بهبود کیفیت زندگی، امید داشتن به آینده‌ای روشن، به جای یأس و ناامیدی و جایگزین کردن افکار مثبت به جای افکار منفی است. به نظر می‌رسد افکار به سادگی خود را حفظ و ابقاء می‌کنند و چون افراد شرکت‌کننده در جلسات آموزش، آن‌قدر در مشکلات و افکار منفی غرق می‌شوند که از دیدن افکار مثبت و کارآمد و راه‌حلی که درست در برابر آنها قرار گرفته است، غافل می‌مانند؛ بنابراین با تغییر دیدگاه افراد و تمرکز بیشتر راهبردها و افکار مثبت کارآمد، زمینه مناسبی برای ایجاد تغییرات سازنده فراهم می‌شود. (بهادری و همکاران، ۱۳۹۷). از طرفی با کمک برنامه تنظیم هیجان، مادران با آگاهی از هیجان‌ها و پذیرش آن‌ها قابلیت استفاده صحیح از هیجان‌ها و ابراز هیجان‌های مثبت در موقعیت‌های زندگی (خصوصاً موقعیت‌های تنیدگی‌زا) و کنترل احساسات منفی را کسب می‌کنند و به عبارتی قادر به تشخیص هیجان خود و دیگران شده و نحوه تأثیر آن بر رفتار را می‌دانند لذا می‌توانند در زمان بروز هیجان واکنش مناسب نشان دهند و به تبع آن مادران با درک بهتر حالات کودک خود رابطه مطلوب‌تری با او برقرار کرده، در انجام وظایف مادری از قابلیت بیشتری برخوردار می‌شوند و می‌توانند در مسیر بهزیستی و کنشوری موفق گام بردارند (رمضانلو و

شناختی تنظیم هیجان، سبک‌های دلبستگی و سیستم‌های مغزی-رفتاری در آمادگی فعال و غیرفعال به اعتیاد و تکانشگری. *فصلنامه علمی اعتیادپژوهی*. ۱۰ (۳۷): ۱۷۴-۱۵۱

بهداری، زهرا، امانی، ملاح، مؤدی، مجید. (۱۳۹۷). بررسی اثربخشی آموزش مهارت‌های تنظیم هیجانی بر راهبردهای تنظیم هیجانی و کیفیت زندگی بانوان سرپرست خانواده.

فصلنامه علمی- پژوهشی زن و جامعه. ۹ (۳۴): ۱۸-۱. جاوید، محبوبه، محمدی، نوراله، رحیمی، چنگیز. (۱۳۹۱). ویژگی‌های روانسنجی نسخه فارسی یازدهمین ویرایش مقیاس تکانشگری بارت *فصلنامه علمی- پژوهشی روشها و مدل‌های روانشناختی*، ۲ (۸): ۲۳-۳۴.

حیدری، هایده. (۱۳۹۴). تجارب دانشجویان پرستاری از کارآموزی عرصه‌ی اطفال بر اساس پروتکل آموزشی ارایه‌ی مراقبت خانواده محور. *مجله توسعه آموزش در علوم پزشکی*. ۸ (۱۹): ۲۵-۳۲

خداکریمی، فائزه، حسین خانزاده، عباسعلی، طاهر، محبوبه (۱۳۹۹). تأثیر حضور کودک با اختلال نافرمانی مقابله‌ای بر کیفیت روابط اعضای خانواده با یکدیگر. *تعلیم و تربیت استثنایی*. ۲۱-۳۶

خداکریمی، فائزه، حسین خانزاده، عباسعلی، طاهر، محبوبه (۱۳۹۹). تأثیر حضور کودک با اختلال نافرمانی مقابله‌ای بر کیفیت روابط اعضای خانواده با یکدیگر. *تعلیم و تربیت استثنایی*. ۲ (۱۶۰): ۲۱-۳۶

رجبی غلامرضا، قائد امینی هارونی سعید، اصلانی خالد. (۱۳۹۷). بررسی پایایی و روایی نسخه فارسی مقیاس کیفیت زندگی خانوادگی در خانواده‌های با کودکان طیف اتیسم، *نقص توجه-بیش‌فعالی و کم‌توانی ذهنی و غیر رشدی*. *فصلنامه کودکان استثنایی*، ۱۸ (۴): ۱۸-۵.

رمضانلو، مهرزاد، ابوالمعالی الحسینی، خدیجه، باقری، فریبرز، رباط میلی، سمیه. (۱۴۰۰). اثربخشی آموزش مهارت مدیریت استرس- هیجان بر کیفیت زندگی و تنظیم شناختی هیجان مادران کودکان دارای اختلال طیف اتیسم. *روانشناسی افراد استثنایی*. ۱۱ (۴۱): ۲۴۳-۱۹۵

شکراللهی، مژگان، توکلی، ماهگل، اسماعیلی، مریم، برکتین، مجید. (۱۳۹۶). تأثیر مداخله‌ی تنظیم هیجان بر کیفیت زندگی، تنظیم هیجان شناختی و حملات تشنجی بیماران مبتلا به تشنجهای غیر صرعی. *مجله دانشکده پزشکی اصفهان*. ۳۵ (۴۳۴): ۶۸۵-۶۷۷

همکاران، (۱۴۰۰). در مجموع می‌توان گفت برنامه تنظیم هیجان خانواده‌محور با استفاده از برخی مهارت‌های رفتاری نظیر برنامه‌ریزی فعالیت، تنفس آرامی، آموزش مهارت‌های حل مسئله و کنترل خشم که جزء برنامه درمانی به حساب می‌آید، موجب افزایش بهزیستی روان‌شناختی اعضای خانواده و ایجاد احساس رضایت، فعال بودن و موثر بودن اعضای خانواده می‌شود و به تبع آن کیفیت زندگی را افزایش می‌دهد. با توجه به شیوه نمونه‌گیری در دسترس در این پژوهش، تعمیم یافته‌های آن باید با احتیاط صورت گیرد. انتخاب نمونه تصادفی می‌تواند متغیرهای مداخله‌گر تأثیرگذار در پژوهش را به میزان بیشتری کنترل نماید. همچنین با توجه به اثربخشی تنظیم هیجان خانواده‌محور پیشنهاد می‌شود این برنامه به عنوان یک مدل کارآمد، کم‌هزینه و قابل اجرا و به عنوان یک راه میان‌بر از سوی دولت، سازمان‌ها و مراکز ذیربط برای توانمندسازی کودکان دارای ناتوانی بالادکتر با اختلال نافرمانی مقابله‌ای مورد توجه قرار گیرد.

تشکر و قدردانی

پژوهشگران مراتب قدردانی و تشکر خود را از کلیه شرکت‌کنندگان این پژوهش که با استقبال و بردباری، در روند استخراج نتایج همکاری نمودند، اعلام می‌دارند.

تعارض منافع

نویسندگان این مطالعه هیچ گونه تعارض منافی در انجام و نگارش آن ندارند.

منابع

اعتمادی، احمد، گیتی پسند، زهره، مرادی، میترا. (۱۳۹۲). اثربخشی درمان گروهی راه حل مدار بر کاهش تعارضات مادر-کودک در مادران. *فصلنامه مشاوره و روان درمانی خانواده*. ۳ (۴): ۵۶۵-۵۸۸

برجعی، احمد، بگیان کوله مرز، محمدجواد، یزدان پناه، محمدعلی، رجبی، مسلم (۱۳۹۴). اثربخشی آموزش گروهی رفتاردرمانی دیالکتیکی (DBT) بر بهبود کیفیت زندگی و کاهش تکانشوری بیماران مبتلا به اختلال دوقطبی نوع یک. *مطالعات روان‌شناسی بالینی*. ۵ (۲۰): ۱۶۱-۱۳۳

برنا، محمدرضا، حمید، نجمه، حیاتی، داود. (۱۳۹۵). نقش پیش بینی‌کنندگی ویژگی‌های شخصیت، راهبردهای

- aggression. *Biological psychiatry*, 41(10), 1045-1061.
- Berg, J.M., Latzman, R.D., Bliwise, N.G., Lilienfeld, S.O. (2015). Parsing the Heterogeneity of Impulsivity: A Meta-Analytic Review of the Behavioral Implications of the UPPS for Psychopathology. *Psychol. Assess.* 27, 1129-1146
- Capuzzi, E., Capellazzi, M., Caldiroli, A., Cova, F., Auxilia, A.M., Rubelli, P., Tagliabue, I., Zanvit, F.G., Peschi, G., Buoli, M., et al. (2022). Screening for ADHD Symptoms among Criminal Offenders: Exploring the Association with Clinical Features. *Healthcare*, 10, 180.
- Chavez, L., Mir, K., & Canino, G. (2012). Starting from scratch: the development of the Adolescent Quality of Life-Mental Health Scale (AQOL-MHS). *Culture Medicine Psychiatry*, 36(3):465-479.
- Dang, H. M., Nguyen, H., & Weiss, B. (2017). Incremental validity of the child behavior checklist (CBCL) and the strengths and difficulties questionnaire (SDQ) in Vietnam. *Asian journal of psychiatry*, 29, 96-100.
- Demmer, D.H., Hooley, M., Sheen, J., McGillivray, J.A., Lum, J.A. (2017). Sex differences in the prevalence of oppositional defiant disorder during middle childhood: a meta-analysis. *J Abnorm Child Psychol.* 45:313-25.
- Drabick, D.A., Gadow, K.D., Loney, J. (2008). Co-occurring ODD and GAD symptom groups: source-specific syndromes and cross-informant comorbidity. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology.* 37:314-326.
- Etkin, A., Egner, T., & Kalisch, R. (2011). Emotional processing in anterior cingulate and medial prefrontal cortex. *Trends in Cognitive Sciences*, 15(2): 85-93.
- Gadow, K.D., Nolan, E.E. (2002). Differences between preschool children with ODD, ADHD, and ODD+ADHD symptoms. *Journal of Child Psychology and Psychiatry.* 243:191-201.
- Ghosh, A., Ray, A., Basu, A. (2017). Oppositional defiant disorder: Current insight. *Psychol. Res. Behav. Manag.* 10: 353-367.
- Hoffman, L., Marquis, J., Poston, D., Summers, J. A., & Turnbull, A. (2006). Assessing family outcomes: Psychometric evaluation of the beach center family quality of life scale. *Journal of marriage and family*, 68(4), 1069-1083.
- Jones, S. H. (2018). Oppositional Defiant Disorder: An Overview and Strategies for Educators. *General Music Today*, 31(2), 12-16.
- عبداللہی بقراآبادی، قاسم. (۱۳۹۷). اثربخشی شن بازی درمانی در کاهش نشاناتگان کودکان مبتلا به اختلال نافرمانی مقابله-ای. *رویش روان شناسی*. ۷ (۸): ۱-۱۶.
- عسگری، محمد، متینی، اعظم. (۱۳۹۹). تأثیر آموزش تنظیم هیجان به روش گراس بر تکانشگری دانشجویان سیگاری. *فرهنگ مشاوره و روان درمانی*. ۱۱ (۴۲): ۲۳۰-۲۰۵
- فرورشی، محمود، علیوندی وفا، مرضیه، فخاری، علی، آموزده، معصومه. (۱۴۰۰). بررسی اثربخشی رفتار درمانی دیالکتیکی مبتنی بر آموزش مهارت‌های تنظیم هیجانی بر تکانشگری و تنظیم شناختی هیجان بیماران دو قطبی نوع یک. *مجله علمی دانشگاه علوم پزشکی کردستان*. ۲۶ (۲): ۹۲-۷۹
- کریمی، جهانگیر، زکی‌بی، علی، علیخانی، مصطفی. (۱۳۹۱). رابطه عملکرد خانواده با اختلالات شخصیت براساس الگوی مستر. *فصلنامه مشاوره و روان درمانی خانواده*. ۲ (۴): ۵۵۳-۵۳۷
- مرشدزاده، راضیه، کیومرثی، فیروز، ذبیحی، رزیتا. (۱۳۹۹). مقایسه سبک‌های تربیتی والدین فرزندان با و بدون اختلال کاستی توجه/بیش‌فعالی. *دوفصلنامه مطالعات روانشناختی نوجوان و جوان*، ۱ (۱): ۱۳۳-۱۴۳
- میراحمدی، بهاره، حسنی، جعفر. (۱۳۹۷). تأثیر آموزش مهارت نظم جویی هیجان مبتنی بر رفتاردرمانی دیالکتیک در تکانشگری افراد مبتلا به سوءمصرف مواد: مطالعه تک آزمودنی. *فصلنامه علمی اعتیادپژوهی*. ۱۲ (۴۹): ۱۵۵-۱۷۲
- مینایی‌اصغر. (۱۳۸۵). *انطباق و هنجاریابی سیاهه رفتاری کودک آخبناخ، پرسشنامه خودسنجی و فرم گزارش معلم*. *فصلنامه کودکان استثنایی*. ۶ (۱): ۵۲۹-۵۵۸.
- نورعلی، همت، حاجی یخچالی، علیرضا، شهنی بیلاق، منیجه، مکتبی، غلامحسین (۱۳۹۷). تأثیر آموزش راهبردهای تنظیم شناختی هیجان بر سازگاری، بهزیستی مدرسه و تنظیم هیجان در دانش‌آموزان پسر مدارس استعدادهای درخشان. *مجله دست آوردهای روان شناختی*. ۲۵ (۲): ۱۱۰-۱
- Achenbach, T. M., & Edelbrock, C. (1991). Child behavior checklist. Burlington (Vt), 7, 371-392.
- Arias, V.B., Aguayo, V., Navas, P. (2021). Validity of DSM-5 Oppositional Defiant Disorder Symptoms in Children with Intellectual Disability. *Int. J. Environ. Res. Public Health*. 18, 1977.
- Barratt E, Stanford MS, Kent TA, Felthous A. (2004). Neuropsychological and cognitive psychophysiological substrates of impulsive

- model. *Journal of Systemic Therapies*, 26(4), 17-24.
- Parr, A.C., Calancie, O.G., Coe, B.C., Khalid-Khan, S., Munoz, D.P. (2022). Impulsivity and Emotional Dysregulation Predict Choice Behavior During a Mixed-Strategy Game in Adolescents With Borderline Personality Disorder. *Front. Neurosci.* 15:667399.
- Perrotti, A., Ecartot, F., Monaco, F., Dorigo, E., Monteleone, P., & Besch, G. (2019). Quality of life 10 years after cardiac surgery in adults: a long-term follow-up study. *Health and Quality of Life Outcomes*, 17(86):1160-1167
- Ray Li, C.S., Chen, S.H., Lin, W.H., Yang, Y.Y. (2009). Attentional blink in adolescents with varying levels of impulsivity. *J Clin Expr.* 39(2):197-205.
- Ray, R. D., & Zald, D. H. (2012). Anatomical insights into the interaction of emotion and cognition in the prefrontal cortex. *Neuroscience & Biobehavioral Reviews*, 36(1): 479-501.
- Renna, M. E., Quintero, J. M., Fresco, D. M., & Mennin, D. S. (2017). Emotion Regulation Therapy: A Mechanism-Targeted Treatment for Disorders of Distress. *Frontiers in psychology*, 8, 98.
- Risch, N., Dubois, J., M'bailara, K., Cussac, I., Etain, B., Belzeaux, R., Dubertret, C., Haffen, E., Schwan, R., Samalin, L., et al. (2022). Self-Reported Pain and Emotional Reactivity in Bipolar Disorder: A Prospective FACE-BD Study. *J. Clin. Med.*, 11, 893.
- Robinson, A. L., Dolhanty, J., & Greenberg, L. (2015). Emotion-focused family therapy for eating disorders in children and adolescents. *Clinical psychology & psychotherapy*, 22(1), 75-82.
- Ronan, L., Alexander-Bloch, A., & Fletcher, P. C. (2020). Childhood obesity, cortical structure, and executive function in healthy children. *Cerebral Cortex*, 30(4), 2519-2528.
- Schieve, L. A. (2007). The relationship between Autism and parenting stress. *Journal of Pediatrics*, 119(1): 114-121.
- Schoorl, J., van Rijn, S., de Wied, M., van Goozen, S., & Swaab, H. (2016). Emotion Regulation Difficulties in Boys with Oppositional Defiant Disorder/Conduct Disorder and the Relation with Comorbid Autism Traits and Attention Deficit Traits. *PLoS one*, 11(7), e0159323.
- Sedighi, M., Naziry, G. (2020). The Effectiveness of Emotion Regulation Training on Reducing Aggressive and Oppositional Behaviors Among Children Aged 4 to 6 Years. *J Research Health.* 10 (5): 277-286
- Lanza, H. I., & Drabick, D. A. (2011). Family routine moderates the relation between child impulsivity and oppositional defiant disorder symptoms. *Journal of abnormal child psychology*, 39(1), 83-94.
- Lavender, J.M., Mitchell, J.E. (2015). Eating Disorders and Their Relationship to Impulsivity. *Curr Treat Options Psych.* 2: 394-401
- Lee, M., Jang, K. S. (2021). Mediating Effects of Emotion Regulation between Socio-Cognitive Mindfulness and Achievement Emotions in Nursing Students. *Healthcare.* 9, 1238.
- Liu, M.C., Chang, J.C. & Lee, C.S. (2021). Interactive association of maternal education and peer relationship with oppositional defiant disorder: an observational study. *BMC Psychiatry.* 21, 160.
- Loeber, R., Burke, J.D., Lahey, B.B., Winters, A., & Zera, M. (2000). Oppositional defiant and conduct disorder: A review of the past 10 years, part I. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 39:1468-1484.
- Lynch, T.R., Chapman, A.L., Rosenthal, M.Z., Kuo, J.R., Linehan, M. (2006). Mechanisms of change in dialectical behavior therapy: theoretical and empirical observations. *J Clin Psychol.* 62(4):459-80
- Meneguzzo, P., Todisco, P., Collantoni, E., Meregalli, V., Dal Brun, D., Tenconi, E., Favaro, A. (2021). A Multi-Faceted Evaluation of Impulsivity Traits and Early Maladaptive Schemas in Patients with Anorexia Nervosa. *J. Clin. Med.* 10, 5895.
- Milone, A., Sesso, G. (2022). Disruptive Behavior Disorders: Symptoms, Evaluation and Treatment. *Brain Sci.* 12, 225.
- Montana, J.I., Matamala-Gomez, M., Maisto, M., Mavrodiev, P.A., Cavalera, C.M., Diana, B., Mantovani, F., Realdon, O. (2020). The Benefits of emotion Regulation Interventions in Virtual Reality for the Improvement of Wellbeing in Adults and Older Adults: A Systematic Review. *J. Clin. Med.* 9, 500.
- Morris, A. S., Silk, J. S., Steinberg, L., Aucoin, K. J., Keyes, A.W. (2007). *Parental influences on children's emotion regulation and emotionality.* Manuscript submitted for publication.
- Ogundele, M. O. (2018). Behavioral and emotional disorders in childhood: a brief overview for pediatricians. *World Journal of Clinical Pediatrics.* 7(1): 9-26.
- Palmer, G., & Efron, D. (2007). Emotionally focused family therapy: Developing the

- Stavrianopoulos, K. (2019). Emotionally Focused Family Therapy: Rebuilding Family Bonds. In *Family Therapy-New Intervention Programs and Researches*. IntechOpen.
- Stavrianopoulos, K., Faller, G., & Furrow, J. L. (2014). Emotionally focused family therapy: Facilitating change within a family system. *Journal of Couple & Relationship Therapy*, 13(1), 25-43.
- Szentiványi, D., Balázs, J. (2018). Quality of life in children and adolescents with symptoms or diagnosis of conduct disorder or oppositional defiant disorder. *Mental Health & Prevention*, 10:1-8.
- Um, M., Hershberger, A.R., Whitt, Z.T., Cyders, M.A. (2018). Recommendations for Applying a Multi-Dimensional Model of Impulsive Personality to Diagnosis and Treatment. *Bord. Personal. Disord. Emot. Dysregul.* 5, 1-17.
- Vassileva, J., Conrod, P.J. (2019). Impulsivities and addictions: a multidimensional integrative framework informing assessment and interventions for substance use disorders. *Philos Trans R Soc B Biol Sci.* 374:20180137.
- Vetter, N. C., Backhausen, L. L., Buse, J., Roessner, V., & Smolka, M. N. (2020). Altered brain morphology in boys with attention deficit hyperactivity disorder with and without comorbid conduct disorder/oppositional defiant disorder. *Human Brain Mapping.* 41(4), 973-983.
- Waxman, S.E. (2011). A Systematic Review of Impulsivity in Eating Disorders." Impulsivity in Eating Disorders. *J Res Behav Sci.* 8(2):112-128.
- Willis, A. B., Haslam, D. R., & Bermudez, J. M. (2016). Harnessing the power of play in emotionally focused family therapy with preschool children. *Journal of marital and family therapy*, 42(4), 673-687.