

مجله دست آوردهای روان‌شناختی
(علوم تربیتی و روان‌شناسی)
دانشگاه شهید چمران اهواز، پاییز و زمستان ۱۳۹۸
دوره‌ی چهارم، سال ۲۶، شماره‌ی ۲
ص:ص: ۱۳۶-۱۱۳

تاریخ دریافت مقاله: ۹۷/۰۶/۲۷
تاریخ پذیرش مقاله: ۹۸/۰۹/۰۵

اثربخشی درمان شناختی- رفتاری بر شناخت اجتماعی نوجوانان دارای اختلال انفجاری متناوب

حسن سلیمانی‌راد*

عباس ابوالقاسمی**

ایرج شاکری‌نیا***

چکیده

اختلال انفجاری متناوب، در بافت اجتماعی و در پاسخ به محرک‌های اجتماعی ظاهر می‌شود. احتمالاً، پردازش محرک‌های اجتماعی و پاسخ به آنها در بافت‌های اجتماعی مختلف، در این اختلال نقشی مهمی داشته و بر بروز نشانه‌های آن تاثیرگذار باشد. بنابراین، هدف از انجام پژوهش حاضر، بررسی اثربخشی درمان شناختی- رفتاری بر شناخت اجتماعی در نوجوانان دارای اختلال انفجاری متناوب است. پژوهش حاضر، از نوع آزمایش میدانی با طرح پیش‌آزمون - پس‌آزمون است. تعداد ۳۸ نفر دانش‌آموز دارای اختلال انفجاری متناوب با روش نمونه‌گیری هدفمند انتخاب و به صورت تصادفی در دو گروه آزمایشی و کنترل گمارش شدند. دو گروه در ابتدا و انتهای پژوهش، مورد مصاحبه و به پرسشنامه غربالگری اختلال انفجاری متناوب (کوکارو و همکاران، ۲۰۱۶) و داستان‌های اجتماعی (تور-کاسپا و برایان، ۱۹۹۴) پاسخ دادند. گروه آزمایشی طی ۱۰ جلسه، هر هفته یک جلسه، تحت مداخله درمان شناختی- رفتاری قرار گرفتند. نتایج تحلیل آنکوا نشان داد که درمان شناختی- رفتاری بر بهبود شناخت اجتماعی و کاهش نشانه‌های اختلال انفجاری متناوب اثربخش بوده است. درمان شناختی- رفتاری بر بهبود مراحل رمزگردانی سرخ‌ها، بازنمایی و تفسیر اطلاعات، و گزینش پاسخ اثربخش بوده است. اما بر مراحل روشن کردن اهداف و جستجوی پاسخ‌های ممکن تاثیری دیده

* کارشناسی ارشد، دانشگاه گیلان، رشت، ایران (نویسنده مسئول)

h.soleimanirad@outlook.com

** استاد، دانشگاه گیلان، رشت، ایران

*** دانشیار، دانشگاه گیلان، رشت، ایران

نشد. به‌نظر می‌رسد با استفاده از تدابیر درمان شناختی-رفتاری و تعمیم آن به بافت‌های اجتماعی مختلف، بتوان شناخت اجتماعی افراد دارای اختلال انفجاری متناوب را بهبود بخشید که به عنوان ظرفیتی مهاری، برای جلوگیری از بروز نشانه‌های این اختلال در بافت‌های اجتماعی عمل کند.

کلید واژگان: اختلال انفجاری متناوب، درمان شناختی-رفتاری، شناخت اجتماعی.

مقدمه

اختلال انفجاری متناوب^۱ (IED)، یک اختلال کنترل تکانه‌ای با چندین دوره است که در آن فرد در برابر تکانه‌های پرخاشگرانه نمی‌تواند مقاومت کند و مرتکب اعمال تهاجمی یا تخریب اموال می‌شود. این اعمال پرخاشگرانه نسبت به هریک از عوامل پیش‌بینی‌کننده نامتناسب است، ناشی از دیگر اختلالات روانی یا وضعیت عمومی پزشکی و یا بر اثر تحریک مواد نیست و در DSM-5، پرخاشگری کلامی (نظیر بداخلاقی مکرر، مشاجره) و پرخاشگری فیزیکی غیرمخرب نیز، در میان ملاک‌های تشخیصی آن آورده شده است (VandenBos, 2015). این اختلال به وجود مشکلاتی در زمینه خودکنترلی هیجانی و رفتاری، به‌ویژه خودکنترلی هیجانی اشاره دارد که مشخصه اصلی آن فوران خشم و نقص حقوق دیگران است. در تشخیص آن باید به سایر موارد همسان، در سایر اختلالات روانی توجه کرد و تشخیص افتراقی را در نظر گرفت (DSM-5).

اختلال انفجاری متناوب بعد از سن ۶ سالگی تشخیص داده می‌شود (DSM-5). معمولاً در اواخر دوره کودکی (Dziegielewski, 2015) تا اوایل بزرگسالی (Sadock, Sadock & Ruiz, 2015) و اکثر در نوجوانی (Aboujaoude & Koran, 2010)، با میانگین سنی شروع ۱۵ سالگی (Coccaro, 2003) ظاهر می‌گردد و به ندرت بعد از ۴۰ سالگی دیده می‌شود (DSM-5). متوسط مدت زمان آن نیز ۲۰ سال گزارش شده است (Coccaro, 2003)، با شیوع ۲/۷ درصد (DSM-5). اختلال انفجاری متناوب (Sadock et al., 2015) و به‌طور کلی، طبقه اختلالات ایذایی، کنترل تکانه و سلوک (DSM-5)، معمولاً در مردان بیشتر از زنان گزارش شده است. نسبت جنسیتی سه به یک مردان در برابر زنان، در مطالعات بالینی دیده شده است (Coccaro, 2003). اما به تازگی، در اختلال انفجاری متناوب، با توجه به اصلاح ملاک‌های پژوهشی/تشخیصی DSM-5

1- intermittent explosive disorder

2- Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM)

که علاوه بر ملاک‌های قدیمی، ملاک‌های جدید پرخاشگری کلامی و فیزیکی-غیرمخرب را نیز شامل می‌شود، نسبت جنسیتی تقریباً برابری گزارش شده است (Coccaro & Grant, 2018). گرچه اختلال انفجاری متناوب در افراد جوان‌تر شایع‌تر است، اما با توجه به شکل‌گیری نشانه‌های آن در دوران کودکی و نوجوانی و شایع‌بودن رفتار تکانشی پرخاشگرانه عودکننده و مشکل‌آفرین در اواخر کودکی یا نوجوانی، می‌توان گفت که سنین کودکی و اوایل نوجوانی، دوران مهمی برای در نظرگرفتن شکل‌گیری نشانه‌ها و علائم اختلال انفجاری متناوب است که می‌تواند بعدها به صورت اختلال بالینی بروز کند، چرا که ویژگی اصلی این اختلال معمولاً پایداری است و برای سالیان متوالی دوام دارد (DSM-5) که در صورت توجه نکردن به آن و عدم درمان، به تدریج به جای بهبود یافتن، بدتر شده و نتایج منفی چندگانه برای افراد دربر خواهدداشت (Tobin & House, 2016). از جمله مشکلات قانونی، روابط ناموفق، از دست‌دادن شغل (McCloskey, Ben-Zeev, Lee & Coccaro, 2008) و به‌طورکلی، مشکلات اجتماعی، شغلی، مالی و قانونی (DSM-5).

نشانه‌های اختلال انفجاری متناوب، در بافت اجتماعی و در پاسخ به محرک‌های اجتماعی ظاهر می‌شود. نقص حقوق دیگران و فوران خشم از مشخصه اصلی این اختلال به حساب می‌آید (DSM-5) که در روابط متقابل فرد با دیگران در اجتماع، مشکلاتی را به وجود می‌آورد (Sadock et al., 2015). بنابراین، احتمالاً پردازش محرک‌های اجتماعی و پاسخ به آنها در بافت‌های اجتماعی مختلف، در این اختلال نقشی مهمی داشته و بر بروز نشانه‌های آن تأثیرگذار باشد. چگونگی پردازش و پاسخ به محرک‌های اجتماعی در هر فرد، به شناخت اجتماعی وی ربط دارد. شناخت اجتماعی به عنوان شاخصی از شایستگی اجتماعی (Ngai, 2007)، عامل تعاملات افراد با یکدیگر است (Billeke, Boardman & Doraiswamy, 2013)، و شامل چندین مهارت که به ما مجوز تعامل متقابل را می‌دهد، می‌باشد. این مهارت‌ها شامل پردازش محرک‌های اجتماعی، نتیجه‌گیری در مورد وضعیت ذهنی دیگران و درگیرشدن در تعاملات اجتماعی است (Billeke & Aboitiz, 2013). در شناخت اجتماعی، محرک‌های مربوط به درک عوامل و تعاملات آنها پردازش می‌شود (Happé, Cook & Bird, 2017). به‌طورکلی، شناخت اجتماعی توانایی حفظ تعاملات، ایجاد روابط با دیگران، درک همدیگر و کارکردن با یکدیگر را دربر دارد و تعیین‌کننده اصلی نتایج عملکرد است (Billeke, Boardman & Doraiswamy, 2013).

و در انواع رفتارهای نابهنجار و اختلالات روانی نیز نقش دارد (برای نمونه Forgas, Haselton & von Hippel, 2011; Forgas, 2011; Corrigan & Penn, 2001; Bettman, 1998). با توجه به اینکه پردازش اطلاعات اجتماعی، تعیین‌کننده اصلی در رفتارهای پرخاشگرانه است (Huesmann, 1998) و شناخت اجتماعی زیربنای پردازش اطلاعات اجتماعی و حل‌مسائل اجتماعی می‌باشد (Serin & Brown, 2005)؛ بنابراین، رفتارپرخاشگری به خاطر نقص در شناخت اجتماعی است (McMurrin & McGuire, 2005) که می‌تواند در اختلال انفجاری متناوب نیز دیده‌شود (Smeijers, Rinck, Bulten, van den Heuvel & Verkes, 2017; Coccaro, Fanning, Fisher, Couture & Lee, 2017; Coccaro, Fanning & Lee, 2017; Coccaro, Fanning, Keedy & Lee, 2016; Coccaro, Solis, Fanning & Lee, 2014). چنانچه پژوهشگران نشان داده‌اند که کودکان پرخاشگر در پردازش اطلاعات اجتماعی دارای نقص بوده و با تفسیر اشتباه از موقعیت، حتی به رویدادهای بی‌خطر، پاسخ پرخاشگرانه می‌دهند (Crick & Dodge, 1994; Dodge & Somberg, 1987).

بر این اساس، توجه به شناخت اجتماعی و بهبود آن، در اختلالات برونی‌سازی همچون IED که نشانه‌های آن در بافت اجتماعی ظاهر می‌شوند، می‌تواند پیامدهای درمانی مثبتی را به همراه و حتی نقش تعدیلی در کنترل بروز نشانه‌ها داشته باشد. شناخت اجتماعی را می‌توان با تدابیر درمان شناختی- رفتاری^۱ (CBT) بهبود بخشید (Hofmann, Asnaani, Vonk, Sawyer & Fang, 2012; McGuire, 2000). درمان شناختی- رفتاری (CBT)، نوعی روان‌درمانی است که در آن نظریه‌های شناخت و یادگیری ادغام شده و از تکنیک‌های درمانی متعلق به درمان شناختی و درمان رفتاری استفاده می‌شود. در CBT فرض بر این است که متغیرهای شناختی، هیجانی و رفتاری به‌صورت عملکردی با هم در ارتباط هستند. درمان با هدف شناسایی و اصلاح فرایندهای تفکر ناهنجار و رفتارهای مشکل‌ساز مراجع از طریق بازسازی شناختی و تکنیک‌های رفتاری برای ایجاد تغییر، انجام می‌گیرد (VandenBos, 2015). با توجه به اینکه در اختلال انفجاری متناوب، مشکل خودتنظیمی هیجانی و فوران خشم (DSM-5)، عدم توانایی مقاومت در برابر تکانه‌های پرخاشگرانه و رفتار تهاجمی (VandenBos, 2015)، ندامت، پشیمانی و خودسرزنی بعد از فرونشانی حالت پرخاشگری (Sadock et al., 2015) وجود

1- Cognitive-Behavioral Therapy

دارد که نشان از اهمیت بُعد روان‌شناختی در این اختلال است و نقص شناخت اجتماعی در این اختلال (Coccaro et al., 2016) که می‌تواند زمینه‌ساز بروز این نشانه‌ها باشد؛ بنابراین، می‌تواند در اهداف درمانی مورد توجه قرارگیرند. ازسوی دیگر، پژوهش‌های کمتری در مورد اثربخشی انواع روان‌درمانی بر این اختلال انجام گرفته‌است که به‌طورقطع نمی‌توان در مورد آن‌ها قضاوت کرد. اما با توجه به نشانه‌ها و علایم اختلال انفجاری متناوب که دریافت اجتماعی و درپاسخ به محرک‌ها ظاهری‌شود و نقش شناخت اجتماعی در آن که نشان از وجود تحریف‌های شناختی است، برای اصلاح و بهبود این ویژگی‌ها می‌توان از درمان شناختی- رفتاری استفاده کرد. چنانچه پژوهش‌های انجام‌شده در مورد اثربخشی این درمان بر اختلال انفجاری متناوب، بهبود نسبی را گزارش داده‌اند (Costa, Medeiros, Redden, Grant, Tavares, et al., 2018; Hewage, Steel, Mohsin, Tay, De Oliveira, et al., 2018; Osm, Crespo & Castellano, 2016; Barreto, Zanin & Domingos, 2009; McCloskey, Noblett, Deffenbacher, Gollan & Coccaro, 2008; Galovski & Blanchard, 2002). گرچه برای رسیدن به نتیجه‌گیری قطعی نیاز به انجام پژوهش‌های بیشتری ضروری است. از این‌رو، با توجه به پیامدهای منفی چندگانه اختلال انفجاری متناوب برای فرد مبتلا و دیگران که قطعاً رنج‌آوراست و ازسوی دیگر، نبود رویکرد درمانی استاندارد برای این اختلال که هنوز برای درمان آن در مرحله کوشش- خطا هستیم و عدم وجود پژوهشی از این نوع، اهمیت و ضرورت انجام پژوهش حاضر مطرح می‌گردد. بنابراین، هدف از انجام پژوهش حاضر، تعیین تأثیر درمان شناختی- رفتاری بر شناخت اجتماعی در نوجوانان دارای اختلال انفجاری متناوب است.

روش پژوهش

پژوهش حاضر، از نوع آزمایش میدانی است. در این پژوهش، از طرح پیش‌آزمون- پس‌آزمون با گروه کنترل استفاده شد. تعداد ۳۸ نفر دانش‌آموز نوجوان پسر دارای اختلال انفجاری متناوب از طریق نمونه‌گیری هدفمند و معرفی مسئولین مدرسه منتظری (واقع در حومه شهرکه احتمالاً سطوح بالاتری از رفتار و هیجان‌های برونی‌سازی داشتند)، پس از غربالگری با پرسشنامه اختلال انفجاری متناوب و انجام مصاحبه بالینی ساختاریافته براساس ملاک‌های DSM-5، انتخاب و در دو گروه آزمایشی و گواه، به‌صورت تصادفی گمارش شدند.

در بین دانش‌آموزان داشتن سن بالای ۱۵، پسر بودن، هوش بهنجار، نبود بیماری جسمی یا روانی دیگر، عدم مصرف دارو و یا تحت روان‌درمانی و رضایت آگاهانه از ملاک‌های گزینش افراد بود. در نهایت، داده‌های پیش‌آزمون و پس‌آزمون، با رعایت پیش‌فرض‌های پارامتریک، با آزمون تحلیل کواریانس یک و چندمتغیری مورد تجزیه و تحلیل، و در دو گروه باهم مقایسه شد.

ابزارهای پژوهش

۱- پرسشنامه غربالگری اختلال انفجاری متناوب: پرسشنامه غربالگری اختلال انفجاری متناوب (IED-SQ)، در سال ۲۰۱۶، به‌منظور غربالگری اولیه ملاک‌های DSM-5 اختلال انفجاری متناوب در جمعیت عمومی و بالینی، توسط Coccaro et al. (2016) طراحی شد. این آزمون، در مطالعه مقدماتی از ۷ آیتم برای شناسایی اختلال انفجاری متناوب DSM-5 در آزمودنی‌های بزرگسال تشکیل شده بود، اما در مطالعه دوم برای بررسی مشخصات روان‌سنجی آن به‌منظور غربالگری، به ۵ آیتم تقلیل یافت. آیتم‌ها در یک مقیاس لیکرت ۵ درجه‌ای از صفر تا ۴ نمره گذاری می‌شوند. نمرات بالا در این پرسشنامه نشان از وجود علائم اختلال است. در این پژوهش، نمره برش ۱۲ و بالاتر، برای غربالگری اولیه در نظر گرفته شد. کوکارو و همکاران، ضریب همسانی درونی از طریق آلفای کرونباخ این پرسشنامه را در جمعیت بالینی ۰/۸۷ و در جمعیت غیر بالینی ۰/۷۲ گزارش کرده‌اند و آن را برای غربالگری و شناسایی اولیه علائم اختلال انفجاری متناوب در جمعیت عمومی و بالینی مفید دانسته‌اند. این پرسشنامه از پژوهش آنها، اقتباس و ترجمه شد (Coccaro et al., 2016). آلفای کرونباخ این پرسشنامه در پژوهش حاضر ۰/۸۳ به دست آمد.

۲- مصاحبه بالینی ساختاریافته بر اساس ملاک‌های DSM-5: در این پژوهش برای تشخیص قطعی و کامل‌تر، از مصاحبه بالینی ساختاریافته علائم توصیف‌شده برای اختلال انفجاری متناوب، براساس ملاک‌های DSM-5، از کتاب 'SCID-5-CV' (First, Williams, Karg & Spitzer, 2016) و کتاب DSM-5 استفاده شد.

۳- داستان‌های اجتماعی: برای اندازه‌گیری شناخت اجتماعی از داستان‌های اجتماعی (Tur- Kaspa & Brayran, 1994) که براساس مدل پردازش اجتماعی (Dodge, 1980) طراحی شده،

1- Structured Clinical Interview for DSM-5 Disorders-Clinician Version

استفاده شد. این داستان‌های پنج‌گانه به ترتیب عبارتند از: ورود به جمع همسالان، روابط بین معلم و شاگرد، روابط بین خواهر و برادر، برانگیخته شدن بوسيله یک قربانی، و قربانی بوسيله یک کودک. هر یک از این داستان‌ها شامل چند مرحله جواب‌دهی است که پس از خواندن داستان، از آزمودنی خواسته می‌شود که به آن‌ها جواب دهد. نمره‌گذاری هریک از مراحل نیز جداگانه و یکسان است. ضریب همبستگی بین ۰/۸۵ تا ۰/۹۷ برای توافق بین ارزیابان در بررسی‌های مختلف این آزمون گزارش شده است (Bauminger, Schorr, Edelsztein & Morash, 2005). در ایران Pourmaveddat & Bashash (2009)، این آزمون را ترجمه و به بررسی ویژگی‌های روان‌سنجی آن پرداختند. آنها با استفاده از مقیاس قضاوت معلمان، روایی همزمان داستان‌ها را به دست آوردند. همچنین، روایی صوری قابل قبولی از نظر استادان و صاحب‌نظران گزارش کردند. برای بررسی پایایی داستان‌ها از بازآزمایی و روش آزمون مجدد استفاده شد که پایایی بازآزمایی بین ۰/۵ تا ۰/۸۳ معنی‌دار بود و در مجموع این داستان‌ها برای بررسی پردازش اطلاعات اجتماعی کودکان، مطلوب گزارش شده است (Pourmaveddat & Bashash, 2009).

نحوه اجرا و جمع‌آوری داده‌ها

با رعایت ملاحظات اخلاقی و بیان اهداف پژوهش و کسب اجازه از کارگروه پژوهشی دانشگاه گیلان و اداره کل آموزش و پرورش استان آذربایجان غربی و اداره آموزش پرورش ناحیه دو شهر ارومیه و مدیریت و دبیران مدرسه منتظری و با رضایت آگاهانه دانش‌آموزان، ابتدا غربالگری با پرسشنامه مربوطه در کل کلاس‌ها انجام گرفت. بعد از غربالگری اولیه، با افراد واجد شرایط، مصاحبه بالینی ساختاریافته براساس DSM-5 صورت گرفت. از میان افراد دارای نشانه‌های اختلال که ۴۵ نفر بودند، با توجه به ملاک‌های ورود به پژوهش، ۳۸ نفر انتخاب و به‌صورت تصادفی در دو گروه آزمایشی و گواه جایگزین شدند. با توضیح دقیق دستورالعمل‌ها، داده‌های پیش‌آزمون از هر دو گروه جمع‌آوری شد. گروه آزمایشی به‌صورت جداگانه در دو گروه ۹ و ۱۰ نفری تحت مداخله قرار گرفتند. این در حالی بود که گروه گواه هیچ مداخله‌ای دریافت نکرد. برای جلوگیری از افت آزمودنی اقدامات زیرانجام شد: برگزاری جلسه‌ها در ساعت و روز مشخص در طی هفته که حضور دانش‌آموزان در مدرسه الزامی بود، استفاده از مشوق‌های مادی و معنوی برای انگیزه حضور و هماهنگی با مدیریت و دبیران مدرسه. بعد از

اتمام مداخله درمانی گروه آزمایشی طی ۱۰ جلسه، هر هفته یک جلسه به مدت تقریباً دو ماه، داده‌های پس‌آزمون از هر دو گروه جمع‌آوری شد. در نهایت، داده‌های پس‌آزمون و پیش‌آزمون وارد نرم‌افزار PASW-24 شد و مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

معرفی برنامه مداخله

مهارت‌های مختلف درمان شناختی-رفتاری که از تلفیق چندین نظریه درمانی موجود در رویکرد شناختی-رفتاری گرفته شده بود (Corey, 2017; Prochaska & Norcross, 2018; Grant, 2011; Donahue & Orlaug, 2011; McCloskey et al., 2008)، طی ۱۰ جلسه ۷۵ دقیقه‌ای برای گروه آزمایش ارائه شد. این برنامه توسط پژوهشگران با توجه به علائم اختلال انفجاری متناوب (DSM-5) و نقص شناخت اجتماعی (Smeijers et al., 2017; Coccaro et al., 2017a; Coccaro et al., 2017b; Coccaro et al., 2016) در این اختلال، با تأکید بر خودآگاهی بیشتر، خودکنترلی شناختی/هیجانی/رفتاری و مدیریت روابط در بافت اجتماعی تنظیم شد. در زیر راهبردهای کلی این مداخله در طی جلسه‌ها ارائه شده است.

گام‌ها	جلسه‌ها	برنامه مداخله‌ای
معرفی و آشناسازی	۱	آشنایی کلی و مقدماتی با اختلال انفجاری متناوب و درمان شناختی-رفتاری.
مثلث شناخت، هیجان و رفتار	۲	توصیف رفتار، هیجان و شناخت و توضیح رابطه بین آنها.
بازسازی شناختی	۳-۴	آگاه‌سازی از الگوهای تحریف شناختی و سعی بر تغییر آنها.
بازسازی رفتاری	۵-۶	آگاه‌سازی از الگوهای نامطلوب رفتاری و سعی بر تغییر آنها.
تلفیق بازسازی شناختی و رفتاری	۷	مرور، ارزیابی و تحکیم موارد جلسه‌های قبلی.
مدیریت خشم و مراقبه	۸	ایجاد توانایی کنترل خشم و به تبع آن عصبانیت و پرخاشگری؛ توانایی ایجاد خودآرامشی.
مهارت‌های اجتماعی و ابراز وجود	۹	یادگیری و بهبود مهارت‌های اجتماعی و توانایی تعامل سازنده؛ توانایی ابراز وجود.
تصمیم‌گیری نهایی	۱۰	مرور، ارزیابی و تحکیم موارد جلسه‌های قبلی؛ تصمیم‌گیری مشترک برای اتمام مداخله.

پس از اجرای پیش‌آزمون در هر دو گروه آزمایشی و گواه، گروه آزمایشی در دو گروه ۹ و ۱۰ نفری، به مدت ۱۰ جلسه، هر هفته یک جلسه ۷۵ دقیقه‌ای، تحت مداخله شناختی-رفتاری

قرار گرفتند. ولی گروه گواه، مداخله‌ای دریافت نکردند. یک هفته بعد از اتمام مداخله، پس‌آزمون در دو گروه آزمایش و گواه اجرا شد.

یافته‌ها

میانگین (و انحراف استاندارد) سنی شرکت‌کنندگان، ۱۶ (۰/۰۷) در دامنه سنی ۱۵ تا ۱۷ سال بودند. حدود ۸۹ درصد شرکت‌کنندگان فرزندانول خانواده بوده و اکثراً در خانواده ۴ تا ۵ نفری زندگی می‌کردند (۰/۵۸). سطوح تحصیلات والدین آنها، اکثر در حد تحصیلات مدرسه‌ای بود (۰/۹۰). شغل پدر اکثر شرکت‌کنندگان آزاد (۰/۷۴) و شغل مادر آنها خانه‌دار بود (۱۰۰ درصد). در جدول ۱، میانگین و انحراف استاندارد دو گروه آزمایشی و گواه در شناخت اجتماعی و مراحل آن و ابزار غربالگری اختلال انفجاری متناوب گزارش شده است. برای بررسی فرض نرمال بودن توزیع این متغیرها، از آزمون شاپیرو-ویلک استفاده شد. نتایج این آزمون در جدول ۱، آمده است. چنانچه مشاهده می‌شود، عدم معنی‌دار بودن این آماره در متغیرها، نشان از نرمال بودن توزیع متغیرها هست. بنابراین، استفاده از تحلیل‌های پارامتریک، بلامانع است. بر این اساس، جهت بررسی اثربخشی درمان شناختی- رفتاری بر شناخت اجتماعی نوجوانان دارای اختلال انفجاری متناوب، از تحلیل کوواریانس یک متغیری برای بررسی شناخت اجتماعی و اختلال انفجاری متناوب، و از تحلیل کوواریانس چندمتغیری برای بررسی مراحل شناخت اجتماعی، با کنترل آماری تفاوت‌های پیش‌از مداخله استفاده شد.

جهت بررسی مفروضه همگنی شیب رگرسیون پیش‌آزمون و پس‌آزمون شناخت اجتماعی و مراحل آن و اختلال انفجاری متناوب در گروه آزمایشی و گروه گواه، از آزمون F استفاده شد. نتایج این آزمون نشان داد که آماره F معنی‌دار نمی‌باشد ($F < ۲۶۳/۱۲$ ، $F < ۱۳/۰۳$ ، $P > ۰/۰۵$). بنابراین، شیب رگرسیون پیش‌آزمون و پس‌آزمون در گروه‌ها برابر است. بر این اساس، مفروضه همگنی شیب رگرسیون برقرار است و برای انجام ادامه تحلیل مانعی وجود ندارد. برای بررسی همگنی واریانس‌های گروه‌های آزمایشی و کنترل در پس‌آزمون‌های شناخت اجتماعی و مراحل آن و اختلال انفجاری متناوب از آزمون لوین برای مقایسه واریانس‌های دو گروه استفاده شد. با توجه به نتایج این آزمون ($F < ۹/۰۴$ ، $P > ۰/۰۵$)، واریانس‌های متغیر وابسته در گروه‌های آزمایشی و گواه برابر می‌باشد. بنابراین، مفروضه همگنی گروه‌ها، برقرار است و مانعی برای ادامه تحلیل وجود ندارد.

Table 1.
Descriptive indexes and Normality statistics

Variables	Situation	Group	Mean	Standard deviation	Shapiro- Wilk	significance level
Encoding cues	Pre-test	Experimental	15/31	2/21	0/98	0/60
		Control	18/47	1/86		
	Post-test	Experimental	21/57	1/76	0/95	0/11
		Control	20/47	1/67		
Representing/ interpreting cues	Pre-test	Experimental	16/89	1/76	0/98	0/66
		Control	16/15	2/21		
	Post-test	Experimental	25/05	2/1	0/96	0/14
		Control	18/94	1/5		
Clarifying goals	Pre-test	Experimental	4/36	1/3	0/94	0/12
		Control	4/15	1/86		
	Post-test	Experimental	7/57	1/4	0/95	0/07
		Control	7/42	1/67		
Searching for possible responses	Pre-test	Experimental	14/42	2/38	0/98	0/58
		Control	13/94	2/67		
	Post-test	Experimental	16/94	1/35	0/95	0/07
		Control	16/84	1/95		
Making a response decision	Pre-test	Experimental	23/63	2/96	0/96	0/26
		Control	23/52	2/56		
	Post-test	Experimental	28/63	2/47	0/97	0/44
		Control	24/15	2/19		
Social cognition	Pre-test	Experimental	75/31	3/48	0/98	0/58
		Control	75/57	4/79		
	Post-test	Experimental	99/78	3/72	0/98	0/74
		Control	87/84	3/95		
Intermittent Explosive Disorder	Pre-test	Experimental	20/84	2/54	0/96	0/19
		Control	20/78	2/71		
	Post-test	Experimental	13/89	2/05	0/95	0/09
		Control	21/42	2/06		

نتایج تحلیل کوواریانس یک‌متغیری (آنکووا) برای بررسی تفاوت گروه آزمایشی و گواه در پس‌آزمون شناخت اجتماعی و پس‌آزمون اختلال انفجاری متناوب، با مهار آماری پیش‌آزمون این متغیرها، در جدول ۲ گزارش شده است. با توجه به این جدول، نتایج نشان می‌دهد که بین دوگروه آزمایشی و گواه، در شناخت اجتماعی تفاوت معنی‌دار وجود دارد ($P < 0/05$)، $F=7/53$. مجذور اتا، نشان می‌دهد که تفاوت بین دوگروه در متغیر پس‌آزمون، با توجه به کنترل آماری پیش‌آزمون، در مجموع معنی‌دار است و این تفاوت $0/181$ است. یعنی $18/1$ درصد واریانس مربوط به اختلاف بین دوگروه در پس‌آزمون با کنترل آماری پیش‌آزمون، ناشی

از شرایط آزمایشی می‌باشد. همچنین، با توجه به این جدول، نتایج نشان می‌دهد که بین دو گروه آزمایشی و گواه، در اختلال انفجاری متناوب تفاوت معنی‌دار وجود دارد ($P < 0/001$)، $F = 47/48$). مجذور اتا، نشان می‌دهد که تفاوت بین دو گروه در متغیر پس‌آزمون، با توجه به کنترل آماری پیش‌آزمون، در مجموع معنی‌دار است و این تفاوت $0/578$ است. یعنی $57/8$ درصد واریانس مربوط به اختلاف بین دو گروه در پس‌آزمون، با کنترل آماری پیش‌آزمون، ناشی از شرایط آزمایشی می‌باشد.

Table 2.
One-way covariance analysis test results

Source	Sum of Squares	df	Mean Squares	F	significance level	Eta	Observed Power
Social cognition	91/42	1	91/42	7/53	0/01	0/181	0/76
Intermittent Explosive Disorder	86/58	1	86/58	47/48	0/001	0/578	1

برای انجام تحلیل کوواریانس چندمتغیری، جهت بررسی مفروضه همگنی ماتریس‌های واریانس-کوواریانس از آزمون M Box استفاده شد. براساس نتایج این آزمون ($M \text{ Box} = 23/47$)، $F = 1/333$ ، $P = 0/175$ که حاکی از عدم معنی‌دار بودن آماره M Box در تحلیل چندمتغیری است، پیش‌فرض عدم تفاوت بین واریانس‌ها برقرار است. بنابراین، برای انجام ادامه تحلیل مانعی وجود ندارد.

برای بررسی کرویت یا معنی‌داری رابطه بین مراحل شناخت اجتماعی، از آزمون X^2 بارتلت استفاده شد. نتایج این آزمون ($X^2 = 30/53$ ، $df = 14$ ، $P < 0/007$)، نشان داد که رابطه بین این مراحل معنی‌دار است. بنابراین، شرط همبستگی مکفی بین مراحل شناخت اجتماعی برقرار است. بر این اساس، برای انجام ادامه تحلیل مانعی وجود ندارد.

نتایج مربوط به شاخص‌های اعتباری تحلیل کوواریانس چندمتغیری، نشان داد که اثر گروه بر ترکیب مراحل مورد مطالعه معنی‌دار می‌باشد ($F = 26/44$ ، $P < 0/001$)، $\lambda = 0/17$ (لامبدای ویلکز). بر این اساس، مجذور اتا (که در واقع مجذور ضریب همبستگی بین متغیرهای وابسته و عضویت گروهی است) نشان می‌دهد که تفاوت بین دو گروه با توجه به مؤلفه‌های متغیر وابسته در مجموع معنی‌دار است و میزان این تفاوت، براساس مجذور اتا، $0/830$ است. یعنی،

۸۳ درصد واریانس مربوط به اختلاف بین دو گروه در پس‌آزمون مولفه‌های شناخت اجتماعی با کنترل آماری پیش‌آزمون، ناشی از شرایط آزمایشی می‌باشد.

برای مقایسه تفاوت‌های گروه آزمایشی و گروه گواه، در هر یک از مراحل شناخت اجتماعی، در جدول ۳، نتایج تحلیل کوواریانس چندمتغیری مراحل شناخت اجتماعی گزارش شده است. چنانچه مشاهده می‌شود، بین دو گروه آزمایشی و گواه در مراحل رمزگردانی سرخ‌ها، بازنمایی و تفسیر اطلاعات و گزینش پاسخ تفاوت معنی‌دار وجود دارد. مجذور اتا، نشان می‌دهد که تفاوت بین دو گروه در این مؤلفه‌ها، به ترتیب ۰/۲۳۳، ۰/۷۷۶ و ۰/۵۲۹ می‌باشد. یعنی، هر مرحله به ترتیب حدود ۲۳/۳ درصد، ۷۷/۶ درصد و ۵۲/۹ درصد واریانس مربوط به اختلاف بین دو گروه را تبیین می‌کند. بدین معنا که شرایط آزمایشی بر بهبود این مراحل تأثیرگذار بوده است. همانطور که مشاهده می‌شود، بیشترین تفاوت در مرحله بازنمایی و تفسیر اطلاعات است. اما بین دو گروه در مراحل روشن کردن اهداف و جستجوی پاسخ‌های ممکن، تفاوت معنی‌دار دیده نشد.

Table 3.
Multivariate covariance analysis test results

Source	Stages	Sum of Squares	df	Mean Squares	F	significance level	Eta	Observed Power
Group	Encoding cues	11/49	1	11/49	9/41	0/004	0/233	0/84
	Representing/ interpreting cues	306/89	1	306/89	107/31	0/001	0/776	1
	Clarifying goals	0/02	1	0/02	0/01	0/914	0/000	0/05
	Searching for possible responses	0/20	1	0/20	0/12	0/735	0/001	0/06
	Making a response decision	179/01	1	179/01	34/79	0/001	0/529	1

بحث و نتیجه‌گیری

پژوهش حاضر با هدف بررسی اثربخشی مداخله شناختی- رفتاری بر شناخت اجتماعی نوجوانان دارای اختلال انفجاری متناوب انجام شد. نتایج حاصل نشان داد که مداخله شناختی- رفتاری به‌طور کلی، موجب بهبود شناخت اجتماعی در نوجوانان دارای اختلال انفجاری متناوب شد و همچنین، کاهش نسبی در نشانه‌های این اختلال مشاهده شد. از میان

مراحل شناخت اجتماعی، رمزگردانی سرنخ‌ها، بازنمایی و تفسیر اطلاعات و گزینش پاسخ بهبود نسبی معنی‌داری را نشان دادند. اما در مراحل روشن کردن اهداف و جستجوی پاسخ‌های ممکن، تفاوت معنی‌دار دیده نشد.

بر اساس نتایج پژوهش حاضر، نوجوانان گروه آزمایشی نسبت به نوجوانان گروه گواه، در پس آزمون شناخت اجتماعی بهبودی بیشتری را نشان دادند. همچنین، نتایج نشان داد که نوجوانان گروه آزمایشی نسبت به نوجوانان گروه گواه، در پس آزمون غربالگری و مصاحبه بالینی ساختاریافته اختلال انفجاری متناوب، علایم کمتری را نسبت به شرایط قبل از مداخله گزارش کردند. گرچه که کاهش علایم، به‌حدی پایین‌تر از نمره برش نبود. در تبیین این یافته‌ها، با در نظر گرفتن اثر بافت و صرف قرارگیری در شرایط آزمایش که برای گروه گواه وجود نداشت، می‌توان به اثر بخشی تدابیر درمان شناختی- رفتاری در بافت آزمایش اشاره کرد. درمان شناختی- رفتاری، با هدف شناسایی و اصلاح فرایندهای تفکر ناهنجار و رفتارهای مشکل‌ساز مراجع از طریق بازسازی شناختی و تکنیک‌های رفتاری برای ایجاد تغییر انجام می‌گیرد (VandenBos, 2015). فرایند تفکر معیوب، می‌تواند در انواع اختلالات روانی نقش داشته و پیامدهای منفی هیجانی و رفتاری مختلفی در پی داشته باشد. در شناخت اجتماعی، این نقص می‌تواند به شکل تعبیر و تفسیر سوءدار مشاهده شود (Bukatko & Deahler, 1995; Santrock, 2004) که می‌تواند پاسخ‌های رفتاری و هیجانی ناسازگارانه و پرخاشگرانه‌ای به وجود آورد (Keltikangas-Järvinen, 2005). از سوی دیگر، شناخت اجتماعی زیربنای پردازش اطلاعات اجتماعی و حل مسائل اجتماعی است (Serin & Brown, 2005) که رفتار اجتماعی را هدایت می‌کند (Dodge & Price, 1994) و عامل تعاملات افراد با یکدیگر است (Billeke et al., 2013). بنابراین، نقص نسبی آن شایستگی اجتماعی افراد را تضعیف خواهد کرد (Ngai, 2007) و روابط معیوب ناسازگارانه‌ای به همراه خواهد داشت. چراکه وقتی افراد از روش‌های نامناسب برای برقراری ارتباط با دیگران استفاده می‌کنند با ناکامی مواجه می‌شوند و به دنبال این ناکامی، ممکن است رفتارهای پرخاشگرانه و ناسازگارانه‌ای را نشان دهند (Lazarus & Folkman, 1984; Nezu, 2005). بر این اساس، قابل تصور است که افراد با نشانه‌های

برونی‌سازی وقتی در بافت اجتماعی و در روابط متقابل قرار می‌گیرند با پردازش معیوب اطلاعات اجتماعی، آمادگی بیشتری برای بروز نشانه‌های برونی‌سازی همچون پرخاشگری و تهاجم خواهند داشت و راهکارهای پرخاشگرانه‌ای را برای حل مسائل روزمره زندگی خود انتخاب خواهند کرد. از سوی دیگر، مشاهده شده کودکان با نشانه‌های برونی‌سازی در استنباط و تفسیر صحیح تفکرات، قصدها، نیت‌ها و احساسات دیگران توانایی کمی دارند (Cohen, Kershner & Wehrspann, 1994) که این نیز به نوبه خود، می‌تواند نشانه‌های برونی‌سازی را تشدید کند و به صورت پایدار در یک چرخه معیوب نگه دارد. مثلاً، در اختلال انفجاری متناوب نیز با توجه به نشانه‌های فوران خشم و تهاجمی بودن که رفتاری آشکار در پاسخ به محرک‌های اجتماعی است و به تنهایی در خلاء به وجود نمی‌آید، نقص در پردازش محرک‌های اجتماعی می‌تواند زمینه‌ساز بروز این نشانه‌ها باشد (Coccaro et al., 2016). از این رو، بهبود این نوع شناخت می‌تواند به عنوان عاملی مهاری عمل کند. در نوجوانان دارای اختلال، هرگونه نقص در پردازش اطلاعات اجتماعی می‌تواند زمینه‌ای برای بروز این رفتارها باشد (Huesmann, 1998; Keltikangas-Järvinen, 2005). بنابراین، یادگیری تدابیر شناسایی تفکر و رفتار معیوب و بهبود آنها و آموختن مهارت‌های اجتماعی و کنترل خشم برای داشتن روابط مناسب و سازگارانه که از یک سو، به بهبود شناخت اجتماعی می‌انجامد و به دنبال آن شایستگی اجتماعی را ارتقا می‌دهد که این خود نیز روابط میان فردی را بهبود می‌بخشد و از سوی دیگر، از بین بردن زمینه‌های میان‌فردی بروز نشانه‌های برونی‌سازی که می‌تواند به عنوان عامل مهاری در برابر این نشانه‌ها عمل کند، به نوبه خود شایستگی اجتماعی را ارتقا می‌بخشد. این به صورت یک دایره زنجیره‌وار سالم که هر عامل به نوبه خود موجب بهبود عامل دیگر می‌گردد، عمل خواهد کرد.

بر این اساس، می‌توان توضیح داد که چرا در پژوهش حاضر بهبود نسبی شناخت اجتماعی در نوجوانان گروه آزمایشی با گزارش کمتر نشانه‌های اختلال انفجاری متناوب همراه بود. این نوجوانان دارای اختلال انفجاری متناوب طی مداخله درمان شناختی- رفتاری یاد گرفتند که نسبت به افکار خود در انواع موقعیت‌ها و پیامدهای رفتاری و هیجانی آن حساس باشند. آنها یاد گرفتند که در موقعیت بخصوصی که قرار می‌گیرند افکار خودآیند

خود را زیر نظر داشته باشند و با تفسیر و تعبیر مناسب محرک‌ها و بافت اجتماعی، افکار معیوب را شناسایی و شق‌های فکری دیگری را در نظر بگیرند. برای نمونه، وقتی در کلاس درس مورد طعنه لفظی هم‌کلاسی خود قرار می‌گیرند، به جای این فکر که توهین و ناسزاگویی به من شده و باید در واکنش به آن پاسخی شدیدتر و پرخاشگرانه نشان دهم که دیگر جرأت نکند به من طعنه زند که این فکر به نوبه خود هیجان خشم را در بر دارد و به تبع آن رفتار پرخاشگرانه، شق‌های فکری دیگری همچون او نیتی نداشته است و نباید به آن توجه کنم را در نظر بگیرد. به علاوه، به رفتارهای نامطلوب خود که می‌تواند زمینه‌ساز بروز نشانه‌های اختلال انفجاری متناوب باشند، توجه کنند و سعی بر شناسایی و اصلاح آن رفتارها کنند. برای نمونه، انواع رفتارهای خود را زیر نظر داشته که کدام یک در روابط بین‌فردی موجب بازخورد منفی از طرف دیگران می‌گردد که این بازخورد نیز به نوبه خود موجب ظهور نشانه‌های اختلال انفجاری متناوب می‌گردد. مثلاً، دقت کنند که آیا خود آنها رفتار طعنه‌زدن به هم‌کلاسی‌ها را داشته‌اند. در نهایت، با تلفیق این توانایی‌ها از طریق شناخت ورزی و رفتارورزی، یاد بگیرند که چگونه فکر، رفتار و هیجان‌های آنها به هم مرتبط بوده که هریک می‌تواند دیگری را خودکار فعال کند.

از سوی دیگر، یادگیری مهارت‌های اجتماعی مختلف از جمله احترام، مذاکره، کمک خواستن، تشکرکردن و تفسیر و تعبیر مناسب از برخوردها و غیره در نحوه برخورد و تعامل با افراد مختلف و توانایی ابراز وجود سازگارانه در انواع محیط‌ها، مثل تقاضای معقول از دیگران یا ابراز احساسات خود نسبت به رفتارهای آنان از طریق به‌کارگیری مهارت خوب-بد-خوب، به علاوه یادگیری مراقبه با مراحل سه‌گانه تمرکز بر خود، بازداری محرک‌های مزاحم و توانایی حفظ تمرکز و تمرین و تعمیم آن به موقعیت‌های مختلف با هدف کنترل پاسخ‌های پرخاشگرانه در هنگام تجربه خشم، می‌تواند در ارتقا شناخت اجتماعی نقش داشته باشند.

این بهبودی نیز به نوبه خود، می‌تواند عاملی مهاری در برابر بروز نشانه‌های این اختلال باشد. ما فرض می‌کنیم که افراد سالم در تعاملات بین‌فردی، توانایی پردازش صحیح اطلاعات و حل مناسب مسائل اجتماعی را دارند، از این رو مشکلات بین فردی نظیر

جروبحث و رفتارپرخاشگرانه کمتری را تجربه می‌کنند. براساس این فرض، چنانچه افراد با نشانه‌های برونی‌سازی، این توانایی‌ها را کسب کنند احتمالاً، کمتر رفتار پرخاشگرانه را به کار گیرند (برای نمونه Jafari, Ghazanfarian, Aliakbari & Kamarzarin, 2017). چنانچه، در پژوهش حاضر مشاهده شد. همچنین، گسترش درمان به فراتر از فرد و دربرگیری افراد مهم زندگی ازجمله اعضای خانواده در جریان درمان نیز می‌تواند مفید باشد (برای نمونه Keramati, Zargar, Naami, Beshlideh & Davodi, 2015).

در بررسی مراحل شناخت اجتماعی، اینکه مداخله شناختی- رفتاری بر بهبودی کدام مرحله اثربخش بوده است، نتایج پژوهش نشان داد که نوجوانان گروه آزمایشی در مراحل رمزگردانی سرنخ‌ها، بازنمایی و تفسیراطلاعات و گزینش پاسخ، بهبود نسبی معنی‌داری را نشان دادند. اما در مراحل روشن کردن اهداف و جستجوی پاسخ‌های ممکن، تفاوت معنادار مشاهده نشد. در مرحله اول شناخت اجتماعی طی مداخله شناختی- رفتاری، به‌ویژه در تکالیف خانگی ثبت افکار و هیجان و رفتار، نوجوانان دارای اختلال یاد گرفتند که نسبت به محیط و محرک‌های آن حساس باشند و همه شرایط محیطی را در نظر بگیرند. ازاین‌رو، توجه به همه‌ی محرک‌های مهم محیطی و پردازش و رمزگردانی صحیح آن، در ارائه پاسخ مناسب و متناسب می‌تواند راهگشا باشد. در مرحله دوم شناخت اجتماعی، باتوجه به اینکه بازنمایی و تفسیر شناختی صورت می‌گیرد، طی بازسازی شناختی، افراد یاد گرفتند که نسبت به تحریف‌های شناختی خود آگاه باشند و در جهت تغییر و اصلاح آن تلاش کنند و شق‌های فکری دیگری را در نظر بگیرند، به‌ویژه در ارزشیابی رویدادها، اینکه چرا به وقوع می‌پیوندند و چه بازخوردی باید داده شود. در مرحله سوم شناخت اجتماعی، با توجه به طرح سوال اگر تو به جای شخصیت داستان بودی دوست داشتی چه اتفاقی بیافتد، تمایل و خواسته فرد را به جای فکر و رفتار فعلی می‌سنجد، قابل تصور است که افراد تمایل دارند که بهترین اتفاق بیفتد. از این رو، تفاوتی بین دو گروه در وضعیت پس‌آزمون مشاهده نشد. در مرحله چهارم شناخت اجتماعی، تفاوت معنی‌داری مشاهده نشد، اما در هر دو گروه نسبت به وضعیت پیش‌آزمون بهبودی نسبی مشاهده شد. گرچه که در طی مداخله، نوجوانان گروه آزمایش یاد گرفتند که برای کنار آمدن با انواع موقعیت‌های پیش‌آمده، با توجه به

فرایند تفکر، پاسخ‌ها و راه‌های گوناگونی را در نظر بگیرند، سپس بعد از ارزیابی، راه‌حل و پاسخ مناسب و متناسب را ارائه دهند. با توجه به اینکه در این مرحله ابتدا با درخواست ارائه راه‌حل‌های گوناگون، سپس خواسته می‌شود که به ارزیابی خوب و بد این راه‌حل‌ها بپردازند، شاید فرد متوجه امتیازدهی در وضعیت پس‌آزمون شده باشد و یا انواع راه‌حل‌های موجود در مرحله بعدی را در نظر گرفته باشد. بنابراین، این عدم معنی‌داری بین دو گروه، ممکن است به دلیل ماهیت ابزار مورد استفاده و القاء مفاهیم اجتماعی در آن باشد. در مرحله آخر شناخت اجتماعی، نوجوانان دارای اختلال طی مداخله، توجه به اصل چندپاسخی و ارائه بهترین پاسخ را فرا گرفتند که این می‌تواند بر بهبود این مرحله شناخت اجتماعی اثرگذار باشد.

در مجموع نتایج حاصل نشان داد که مداخله شناختی- رفتاری بر بهبود شناخت اجتماعی نوجوانان دارای اختلال انفجاری متناوب، به‌طور کلی اثربخش بوده است. به تبع آن، گزارش کمتری از علائم اختلال انفجاری متناوب در افراد گروه آزمایشی مشاهده شد. احتمالاً، این بهبودی می‌تواند به صورت یک عامل مهاری برای بروز علائم این اختلال باشد. از میان مراحل شناخت اجتماعی، تفاوت معنی‌داری در رمزگردانی سرخ‌ها، بازنمایی و تفسیر اطلاعات و گزینش پاسخ مشاهده شد. اما در مراحل روشن کردن اهداف و جستجوی پاسخ‌های ممکن، تفاوت معنی‌دار دیده نشد. این عدم معنی‌داری، شاید نشان دهد که مداخله شناختی- رفتاری برای رشد و ترمیم تمام مراحل پردازش اطلاعات شناخت اجتماعی، قدرت کافی را نداشته است. با این حال، با توجه به ماهیت ابزار مورد استفاده و القاء مفاهیم اجتماعی در آن و همچنین، کمبود پژوهش‌هایی از این نوع، نمی‌توان در این مورد به طور واضح، نظردهی کرد. این نیاز به انجام پژوهش‌های زیاد در این زمینه است. ولی درکل با توجه به یافته‌های این پژوهش، می‌توان گفت که در نوجوانان دارای اختلال انفجاری متناوب، بهبود شناخت اجتماعی می‌تواند از لحاظ درمانی اثربخش باشد و در درمان بالینی این اختلال مدنظر قرار گیرد.

نمونه غیربالینی، بررسی فقط در جنس مرد، جمعیت دانش‌آموزی نمونه، نداشتن وضعیت پیگیری، انجام مداخله به صورت گروهی در دو گروه جداگانه و انجام آن در ساعت مدرسه

و عدم تعمیم نتایج از محدودیت‌های این پژوهش بود. نکته دیگر اینکه نتایج و تبیین‌های انجام شده نیاز به پژوهش مکرر و بررسی‌های همه‌جانبه داشته، تا اطمینان علمی حاصل شود. پیشنهاد می‌شود که با در نظر گرفتن محدودیت‌های ذکر شده و توجه به سوابق انجام‌شده، دوباره این پژوهش با نمونه بالینی تشخیص داده شده در مراکز درمانی در هر دو جنس مرد و زن با بررسی پیگیری بلندمدت انجام گیرد. از سوی دیگر، تدابیر درمان شناختی- رفتاری از جمله مدیریت خشم و مراقبه و مهارت‌های اجتماعی و ابراز وجود که در این پژوهش به صورت فشرده ارائه شد، به صورت گسترده تر در درمان، مورد توجه قرار گیرند.

References

- Abouiaoude. E. & Koran. L. M. (Eds.). (2010). *Impulse control disorders*. Cambridge University Press.
- American Pschiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (DSM-5)*. American Psychiatric Pub.
- Barreto. T. M., Zanin. C. R. & Domingos. N. A. (2009). Intervencão cognitivo-comportamental em transtorno explosivo intermitente: relato de caso. *Revista Brasileira de Terapias Cognitivas*, 5(1), 62-76.
- Bauminger. N., Schorr Edelsztein. H. & Morash. J. (2005). Social information processing and emotional understanding in children with LD. *Journal of learning disabilities*, 38 (1), 45-61.
- Bettman. M. D. (1998). *Social cognition, criminal violence, and psychopathy*. Queen's University at Kingston.
- Billeke. P. & Aboitiz. F. (2013). Social cognition in schizophrenia: from social stimuli processing to social engagement. *Frontiers in psychiatry*, 4, 4-16.

- Billeke. P., Boardman. S. & Doraiswamy. P. (2013). Social cognition in major depressive disorder: A new paradigm? *Translational Neuroscience*, 4(4), 437-447.
- Bukatko. D. & Deahler. M. W. (1995). *Child Development*, 2nd Edition. Boston & Toronto, Nelson Thornes. Ltd.
- Coccaro. E. F. (2003). *Aggression: Psychiatric Assessment and Treatment*. CRC Press.
- Coccaro. E. F. & Grant. J. E. (2018). Intermittent Explosive Disorder and the Impulse-Control Disorders. In John E. Lochman. J. & Matthews. W. (Eds). *The Wiley Handbook of Disruptive and Impulse-Control Disorders* (89-101). John Wiley & Sons Ltd.
- Coccaro. E. F., Berman. M. E. & McCloskev. M. S. (2016). Development of a screening questionnaire for DSM-5 intermittent explosive disorder (IED-SQ). *Comprehensive psychiatry*, 74, 21-26.
- Coccaro. E. F., Fanning. J. R., Fisher. E., Couture. L. & Lee. R. J. (2017). Social emotional information processing in adults: Development and psychometrics of a computerized video assessment in healthy controls and aggressive individuals. *Psychiatry research*, 248, 40-47.
- Coccaro. E. F., Fanning. J. R., Keedy. S. K. & Lee. R. J. (2016). Social cognition in Intermittent Explosive Disorder and aggression. *Journal of psychiatric research*, 83, 140-150.
- Coccaro. E. F., Fanning. J. & Lee. R. (2017). Development of a social emotional information processing assessment for adults (SEIP- Q). *Aggressive Behavior*, 43(1), 47-59.
- Cohen. N., Kershner. J. & Wehrspann. W. (1985). Characteristics of social cognition in children with different symptom patterns. *Journal of Applied Developmental Psychology*, 6, 277-290.
- Corey. G. (2017). *Theory and practice of counseling and psychotherapy*. Nelson Education.
- Corrigan. P. W. & Penn. D. L. (2001). *Social cognition and schizophrenia*. American Psychological Association.
- Costa. A. M., Medeiros. G. C., Redden. S., Grant. J. E., Tavares. H. & Seger. L. (2018). Cognitive-behavioral group therapy for intermittent explosive disorder: description and preliminary analysis. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 40, 316-319.
- Crick. N. R. & Dodge. K. A. (1994). A review and reformulation of social information-processing mechanisms in children's social adjustment. *Psychological Bulletin*, 115(1), 74-101.
- Dodge. K. A. (1980). Social cognition and children's aggressive behavior. *Child development*, 3, 162-170.
- Dodge. K. A. & Price. J. M. (1994). On the relation between social information processing and socially competent behavior in early school- aged children. *Child development*, 65(5), 1385-1397.

- Dodge, K. A. & Somberg, D. R. (1987). Hostile attributional biases among aggressive boys are exacerbated under conditions of threats to the self. *Child development*, 213-224.
- Dziegielewska, S. F. (2015). *DSM-5 in Action*. John Wiley & Sons.
- First, M. B., Williams, J. B. W., Karg, R. S. & Spitzer, R. L. (2016). *Structured clinical interview for DSM-5 disorders— clinical version (SCID-5-CV)*. Arlington: American Psychiatric Association.
- Forgas, J. P. (Ed.). (2012). *Handbook of affect and social cognition*. Psychology Press.
- Forgas, J. P., Haselton, M. G. & Von Hippel, W. (Eds.). (2011). *Evolution and the social mind: Evolutionary psychology and social cognition*. Psychology Press.
- Galovski, T., Blanchard, E. B. & Veazev, C. (2002). Intermittent explosive disorder and other psychiatric co-morbidity among court-referred and self-referred aggressive drivers. *Behavior Research and Therapy*, 40(6), 641-651.
- Grant, J. E., Donahue, C. B. & Odlaug, B. L. (2011). *Treating impulse control disorders: A cognitive-behavioral therapy program, therapist guide*. Oxford University Press.
- Happé, F., Cook, J. L. & Bird, G. (2017). The structure of social cognition: In dependence of socio-cognitive processes. *Annual Review of Psychology*, 68, 243-267.
- Hewage, K., Steel, Z., Mohsin, M., Tav, A. K., De Oliveira, J. C., Da Piedade, M. & Silve, D. (2018). A wait-list controlled study of a trauma-focused cognitive behavioral treatment for intermittent explosive disorder in Timor-Leste. *American Journal of Orthopsychiatry*, 88(3), 282-294.
- Hofmann, S. G., Asnaani, A., Vonk, I. J., Sawver, A. T. & Fang, A. (2012). The efficacy of cognitive behavioral therapy: A review of meta-analyses. *Cognitive therapy and research*, 36(5), 427-440.
- Huesmann, L. (1988). An information processing model for the development of aggression. *Aggressive behavior*, 14(1), 13-24.
- Jafari, E., Ghazanfarian, F., Aliakbari, M. & Kamarzarin, H. (2017). The effectiveness of coping skills' training on emotional regulation in delinquent adolescents. *Journal of Psychological Achievements*, 4(1), 97-110. [Persian]
- Keltikangas-Järvinen, L. (2005). Social problem solving and the development of aggression. *Social problem solving and offending: Evidence, evaluation and evolution*, 31-50.
- Keramati, K., Zargar, Y., Naami, A., Beshlideh, K. & Davodi, I. (2015). The effect of child and mother-child group cognitive-behavioral therapy on social anxiety, self-esteem and assertiveness among students in the 5th and 6th grades of Ahvaz city. *Journal of Psychological Achievements*, 4(2), 153-170. [Persian]

- Lazarus. R. S. & Folkman. S. (1984). *Coping & Adantation, In Gentry, W.D,* (Ed). Handbook of Behavioral Medicine. Gilford press.
- McCloskev. M. S.. Ben-Zeev. D.. Lee. R. & Coccaro. E. F. (2008). Prevalence of suicidal and self-iniurious behavior among subjects with intermittent explosive disorder. *Psychiatry research, 158* (2), 248-250.
- McCloskev. M. S.. Noblett. K. L.. Deffenbacher. J. L.. Gollan. J. K. & Coccaro. E. F. (2008). Cognitive-behavioral therapy for intermittent explosive disorder: a pilot randomized clinical trial. *Journal of consulting and clinical psychology, 76* (5), 876-886.
- McGuire. J. (2000). *Cognitive-behavioral approaches: An introduction to theory and research*. Home office. Liverpool: University of Liverpool.
- McMurrnan. M. & McGuire. J. (Eds.). (2005). *Social problem solving and offending: Evidence, evaluation and evolution* (Vol. 22). John Wiley & Sons.
- Nagi. I. (2007). *Developmental trends in social cognition for children with and without disabilities*. Psychology Theses in the College of Arts and Sciences Georgia State University.
- Nezu. C. M.. D’Zurilla. T. J. & Nezu. A. M. (2005). Problem Solving Therapy. Theory, Practice and Application to sex Offenders. In McMurrnan. M. & McGuire. J. (Eds). *Social Problem Solving and Offending* (103- 123). Chichester, John Wiley & Sons Ltd.
- Osma. J.. Cresno. E. & Castellano. C. (2016). Multicomponent cognitive-behavioral therapy for intermittent explosive disorder by videoconferencing: a case study. *Anales de Psicología/Annals of Psychology, 32*(2), 424-432.
- Pourmaveddat. K. & Bashash. L. (2009). Social information processing development in students with mild intellectual disabilities. *Research on Exceptional Children, 9*(3), 211-222. [Persian]
- Prochaska. J. O. & Norcross. J. C. (2018). *Sytems of psychotherapy: A trans theoretical analysis*. Oxford University Press.
- Sadock. B. J.. Sadock. V. A. & Ruiz. P. (2015). *Kanlan and Sadock's synopsis of psyhiatry: Behavioral sciences/clinical psychiatry*. Lippincott Williams & Wilkins.
- Santrock. J. W. (2004). *Educational Psychology, 2nd Edition*, New York, McGraw- Hill.
- Serin. R. C. & Brown. S. (2005). *Social cognition in psychopaths: Implications for offender assessment and treatment. Social problem solving and offending: Evidence. evaluation and evolution*. New York, NY, US: John Willey and Sons Ltd, 249-64.
- Smeijers. D.. Rinck. M.. Bulten. E.. van den Heuvel. T. & Verkes. R. J. (2017). Generalized hostile interpretation bias regarding facial expressions: Characteristic of pathological aggressive behavior. *Aggressive behavior, 43*(4), 386-397.

Tobin, R. M. & House, A. E. (2016). *DSM-5 diagnosis in the schools*. Guilford Press.

Tur-Kasna, H. & Brvan, T. H. (1994). Social information processing skills of students with LD. *Learning Disabilities Research & Practice*, 9, 12-23.

VandenBos, G. R. (2015). *APA dictionary of psychology*. American Psychological Association.

