

نشریه توانمند سازی کودکان استثنایی

سال ۱۰، شماره ۱، بهار ۱۳۹۸
صفحه ۱۲۵-۱۳۶

اثربخشی درمان فراتشخیصی یکپارچه بر نظم‌جویی شناختی هیجان و همدلی شناختی دانش‌آموزان با اختلال رفتار برونی‌سازی شده

هلاله عثمانی^۱*

لیلا شکری^۲

چکیده

هدف: پژوهش حاضر با هدف بررسی اثربخشی درمان فراتشخیصی یکپارچه بر نظم‌جویی شناختی هیجان و همدلی شناختی دانش‌آموزان با اختلال رفتار برونی‌سازی شده انجام گرفت. **روش:** روش پژوهش حاضر نیمه‌آزمایشی با طرح پیش‌آزمون - پس‌آزمون با گروه کنترل بود. جامعه آماری پژوهش حاضر، شامل تمام دانش‌آموزان پسر دوره اول متوسطه دارای اختلال رفتاری برونی‌ساز شده شهرستان بوکان در سال تحصیلی ۹۷-۱۳۹۶ بود. در این پژوهش ۳۰ دانش‌آموز پسر دارای اختلال رفتار برونی‌سازی شده با استفاده از روش نمونه‌گیری هدفمند انتخاب و با گمارش تصادفی در گروه‌های آزمایش و کنترل گمارده شدند. گروه آزمایش مداخله آموزشی را طی دو ماه و نیم در ۱۰ جلسه ۷۵ دقیقه‌ای دریافت نمودند. این در حالی بود که افراد حاضر در گروه کنترل این مداخله را در طول فرایند انجام پژوهش دریافت نکردند. پرسشنامه‌های مورد استفاده در این پژوهش شامل پرسشنامه سیاهه رفتاری کودکان و نوجوانان (آخنباخ و رسکورا، ۲۰۰۱)، پرسشنامه نظم‌جویی شناختی هیجان (گروس و جان، ۲۰۰۳) و پرسشنامه همدلی شناختی (جولیف و فارینگتون، ۲۰۰۶) بود. داده‌های حاصل از پژوهش به شیوه تحلیل کوواریانس توسط نرم‌افزار آماری SPSS24 مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت. **یافته‌ها:** نتایج نشان داد که درمان فراتشخیصی یکپارچه بر نظم‌جویی شناختی هیجان و همدلی شناختی دانش‌آموزان با اختلال رفتار برونی‌سازی شده تأثیر معناداری داشته است ($P < 0.001$). میزان تأثیر درمان فراتشخیصی یکپارچه بر نظم‌جویی شناختی هیجان و همدلی شناختی دانش‌آموزان با اختلال رفتار برونی‌سازی شده به ترتیب ۷۲ و ۶۷ درصد بود. **نتیجه‌گیری:** بر اساس یافته‌های پژوهش حاضر می‌توان چنین نتیجه گرفت که درمان فراتشخیصی یکپارچه می‌تواند به عنوان یک درمان کارآمد جهت بهبود نظم‌جویی شناختی هیجان و همدلی شناختی دانش‌آموزان با اختلال رفتار برونی‌سازی شده مورد استفاده گیرد.

کلیدواژه‌ها

اختلال رفتار برونی‌سازی شده، درمان فراتشخیصی یکپارچه، نظم‌جویی شناختی هیجان، همدلی شناختی

osmanihalaleh1332@gmail.com

۱. نویسنده مسئول: کارشناس ارشد روان‌شناسی بالینی، واحد بوکان، دانشگاه آزاد اسلامی، بوکان، ایران

۲. کارشناسی ارشد روان‌شناسی عمومی، واحد اراک، دانشگاه آزاد اسلامی، اراک، ایران

تاریخ پذیرش: ۹۷/۱۰/۸

تاریخ دریافت: ۹۷/۸/۱۲

مقدمه

خود را آشکار می‌سازد (لیستاگ-لاند، بردمیر و تایان^۸، ۲۰۰۵)، که این الگوهای ناسازگار، رفتارهای قانون‌شکنانه^۹ و پرخاشگرانه‌ای^{۱۰} را شامل می‌شوند که از آن جمله می‌توان به اختلال نقص توجه و بیش‌فعالی^{۱۱}، اختلال سلوک^{۱۲} و اختلال نافرمانی مقابله‌ای^{۱۳} اشاره کرد (حسینی یزدی، مشهدی، کیمیایی و عاصمی، ۲۰۱۵). همچنین باید اشاره کرد که تعامل طیفی از متغیرهای زیستی، روانی و اجتماعی به عنوان عوامل زمینه‌ساز، نگهدارنده و تسریع کننده مشکلات رفتاری برون‌سازی شده عمل می‌کنند. علیرغم اهمیت عوامل زیست‌شناختی، به نظر می‌رسد عوامل نامساعد محیط خانوادگی مانند ارتباط والد فرزندی^{۱۴} نامطلوب، سبک‌های تربیتی والدینی ناکارآمد، منفی-گرایی، مادرانه بیش از حد و نیز نارسایی در مهارت‌های اجتماعی، در پیدایش، گسترش، تداوم و یا تشدید نشانه‌های برون‌سازی شده نقش مؤثری ایفا می‌کنند (هیگز، سود، دیراگو، پاکونو و مک کی^{۱۵}، ۲۰۰۹).

نوجوانان اختلال‌های برون‌سازی شده، علاوه بر نقص در مهارت‌های اجتماعی، داشتن رفتارهای قانون‌شکنانه، پرخاشگرانه و تعامل والد-فرزندی ناکارآمد، دارای اختلال در فرایندهای هیجانی همچون نظم‌جویی شناختی هیجان^{۱۶} هستند (قاسم‌پور و رضانی، ۱۳۹۴؛ قاسم‌پور، رضانی و کلهری، ۱۳۹۳). نظم‌جویی شناختی هیجان فرایندی است که بر اساس آن افراد تشخیص می‌دهند چه هیجان‌هایی را بروز دهند. علاوه بر آن، این هیجان‌ها را چگونه و چه زمانی ابراز دارند (گرسمن و ۲۰۱۲). نظم‌جویی شناختی هیجان ممکن است برای به راه انداختن، افزایش دادن، حفظ کردن یا کاهش دادن هیجان‌های مثبت و منفی در پاسخ به اتفاقات محیطی، نقش ایفا کند؛ زیرا فرایندهای فیزیولوژیکی، رفتاری و تجربی را تحت تاثیر قرار می‌دهد (وب، گالو، اسچویگر، النور^{۱۸} و همکاران، ۲۰۰۹).

لزوم توجه به سلامت روانی و هیجانی کودکان و نوجوانان در سال‌های اخیر بیشتر احساس می‌گردد، بر این اساس در سال‌های اخیر مشکلات رفتاری، هیجانی، روان‌شناختی و عاطفی کودکان مورد توجه و تمرکز روان‌شناسان و روان‌پزشکان قرار گرفته است. بدین دلیل همگام با فرایند تحولی کودک و نوجوان، مشکلات روان‌شناختی دوران کودکی و نوجوانی، به مرحله بزرگسالی منتقل شده و به مرور زمان درمان مشکلات عاطفی و روان‌شناختی آنان دشوارتر می‌گردد (گیمپل و هالند^۱، ۲۰۰۲؛ فارمر، گائو، اسلی، کاستی^۲ و همکاران، ۲۰۱۶). باید به این نکته توجه کرد که در این فرایند، مشکلات روان‌شناختی، هیجانی و رفتاری نوجوانان با استفاده از روش‌های مداخله‌ای مناسب درمان گردند، وگرنه بدون بهره‌گیری از مداخلات آموزشی و روان‌شناختی مناسب، امید بهبود این مشکلات امیدی بی‌ثمر خواهد بود (جامپ، دیکاس، مک‌کنیس، داماس^۳ و همکاران، ۲۰۱۷). بر اساس رویکرد ابعادی، گروه‌بندی اختلال‌های روان‌شناختی دوران کودکی به دو دسته کلی اختلالات درونی‌سازی شده^۴ در مقابل اختلالات برون‌سازی شده^۵ تقسیم گردیده که هر گروه به نوبه‌ی خود دارای ویژگی‌های جداگانه‌ای هستند (لاندرز، بلامی، دانس و هاوک^۶، ۲۰۱۷). بر اساس یافته‌های پژوهش‌های مختلف، مشاهده گردیده که اختلالات برون‌سازی شده بیشتر به کلینیک‌ها ارجاع داده می‌شوند. میزان شیوع این اختلالات در جمعیت‌های ارجاع داده شده به کلینیک‌ها، بالای ۵۰ درصد گزارش شده، بنابراین بخش عمده‌ای از موارد بالینی به این مراجعین تعلق دارد (کوستین، لیچت، اسمیت، وانک و لاک^۷، ۲۰۰۴).

اختلال‌های برون‌سازی شده مشکلات و الگوهای سازش نایافته‌ای را در برمی‌گیرد که در تعارض با دیگر افراد و محیط

10. Aggressive behavior
11. Attention deficit/hyperactivity disorder (ADHD)
12. Conduct disorder
13. Obedient defensive disorder (ODD)
14. Internalizing behavior problems
15. Hicks, South, Dirago, Iacono and Mcgue
16. Cognitive emotion regulation
17. Greshmam and Gullone
18. Webb, Gallo, Schweiger and Eleanor

1. Gimpel and Holland
2. Farmer, Gau, Seeley and Kosty
3. Gump, Dykas, MacKenzie and Dumas
4. Externalized problems
5. Internalized problems
6. Landers, Bellamy, Danes and Hawk
7. Costin, lichte, Smith, Vance and luk
8. Listug-lunde, Bredmeier and Tyan
9. Outlaw behavior

به عنوان یکی از این درمان‌ها می‌توان به درمان فراتشخیصی یکپارچه گروه بارلو (بارلو، آلن و چوات^{۲۶}، ۲۰۰۴؛ آلن، مک‌هاگ و بارلو^{۲۷}، ۲۰۰۷) و نسخه نهایی آن یعنی درمان فراتشخیصی یکپارچه بارلو، الارد، فایر هولمه، فارکیونه بویسه، آلن و اهرنریش - مایه^{۲۸} (۲۰۱۱) اشاره کرد. درمان فراتشخیصی یکپارچه در پاسخ به محدودیت درمان‌های شناختی- رفتاری از قبیل ناکامی این درمان‌ها در بهبودی بخش قابل ملاحظه‌ای از بیماران، وجود راهنماها و پروتکل‌های درمانی متعدد برای هریک از اختلال‌ها و گذراندن دوره‌های کارورزی طولانی مدت و متعدد برای هریک از اختلال‌ها و ایجاد سردرگمی در انتخاب دستورالعمل مناسب بیمار معرفی شده است (عطارد، میکائیلی، مهاجری و وجودی، ۱۳۹۵) و در آن اصول و پروتکل‌های درمانی یکسانی برای اختلال‌های هیجانی مختلف به کار می‌رود (فارکیونه، فایر هولمه، الارد، بوسینه، ۲۰۱۲؛ بولیس^{۲۹} و همکاران، ۲۰۱۴؛ دی اورلناس مایا، ناردی و کاردوسو^{۳۰}، ۲۰۱۵؛ تالکوسکی، گرین، اسگادا و نورتون^{۳۱}، ۲۰۱۷). در این درمان بر هیجان‌ها و راهبردهای ناسازگارانه تنظیم هیجان‌ها تاکید می‌شود. تجربه هیجانی و پاسخ به هیجان‌ها پایه اصلی در رویکرد فراتشخیصی است (بارلو و همکاران، ۲۰۱۱). هدف اصلی در درمان فراتشخیصی یکپارچه این است که بیماران مهارت‌هایی را کسب کنند که بتوانند به شیوه موثر هیجان‌ات منفی را مدیریت نمایند (عبدی، بخشی و محمود علیلو، ۱۳۹۲).

با عطف نظر به آسیب‌های روان شناختی در نوجوانان دارای اختلال رفتار برونی‌سازی شده و لزوم به کارگیری روش‌های مداخله‌ای و درمان مناسب و بهنگام و از سوی دیگر با مشاهده کارآمدی درمان فراتشخیصی یکپارچه در بهبود اختلالات روان شناختی و هیجانی جامعه‌های آماری مختلف و سرانجام عدم انجام پژوهشی در جهت بررسی اثربخشی درمان فراتشخیصی یکپارچه بر نظم‌جویی شناختی هیجان و همدلی شناختی

نتایج پژوهش بیدرمن، اسپنسر، لمدیکو، دای^{۱۹} و همکاران (۲۰۱۲) بیانگر آن است که نوجوانان دارای مشکلات رفتاری ناتوانی عمده‌ای در کارکردهای مربوط به نظم‌جویی شناختی هیجان دارند، به طوری که در کنترل، مدیریت و بیان هیجان‌ات با مشکلات اساسی مواجهند. همچنین موسر، بکس، اشمیت، ابلو^{۲۰} و همکاران (۲۰۱۲) گزارش کرده‌اند که کودکان و نوجوانان با اختلالات رفتاری نسبت به همسالان عادی خود بیشتر از سرکوب به عنوان یک راهبرد هیجانی استفاده می‌کنند.

همان‌طور که ذکر گردید، نوجوانان دارای مشکلات برونی‌سازی شده رفتارهای پرخاشگرانه از خود بروز می‌دهند که این رفتارها باعث می‌شود که آنها میزان همدلی شناختی پایین‌تری را نسبت به هم‌معوان خود تجربه نمایند (باتاگلیس، کاکتا، لاپینو باگلیونی^{۲۱} و همکاران، ۲۰۱۵؛ خانجانی و بهادری خسروشاهی، ۱۳۹۶). افرادی که از میزان همدلی شناختی پایین‌تری برخوردارند بیشتر احتمال دارد رفتارهای جامعه‌ستیز از خود بروز دهند و برعکس، افرادی که از میزان همدلی شناختی بالاتری برخوردارند، بیشتر احتمال دارد رفتارهای جامعه‌پسند از خود نشان دهند (اندرسن و الوس^{۲۲}، ۲۰۰۲). بیلینگتون، بارون-کوهن و ویل-رایت^{۲۳} (۲۰۰۷) همدلی شناختی را به عنوان سائق و توانایی شناخت حالات روانی (احساسات، افکار و انگیزش‌های) دیگران و پاسخ‌دهی به آنها با هیجان‌ات همخوان، تعریف می‌کنند. مولفه شناختی همدلی شناختی عبارت است از فهم یا پیش‌بینی آنچه که دیگران ممکن است، فکر یا احساس کنند و یا انجام دهند و به کاربرد تئوری ذهن^{۲۴} باز می‌گردد (بیلینگتون، بارون-کوهن و ویل-رایت، ۲۰۰۷؛ به نقل از کاجی، عارفی، آقایی، اصلی‌آزاد و فرهادی، ۱۳۹۶). همدلی شناختی در واقع درک منطقی حالات روانی دیگران است (دامبرسیو، دلیور، دیدان و بسج^{۲۵}، ۲۰۰۹).

روش‌های مختلفی برای درمان آسیب‌های روان شناختی کودکان و نوجوانان با مشکلات رفتاری به کارگرفته شده است.

26. Barlow, Allen and Choate

27. Allen, McHugh and Barlow

28. Barlow, Ellard, Fairholme, Farchione, Boisseau, Allen and Ehrenreich-May

29. Bullis

30. De Ornelas Maia, Nardi and Cardoso

31. Talkovsky, Green, Osegueda and Norton

19. Biederman, Spencer, Lomedico and Day

20. Musser, Backs, Schmitt and Ablow

21. Battagliese, Caccetta, Luppino and Baglioni

22. Endresen and Olweus

23. Billington, Baron - Cohen and Wheelwright

24. Theory of Mind (TOM)

25. D' Ambrosio, Dliiver, Didon and Besche

انضباطی نامناسب و بودن در پایه تحصیلی دوره متوسطه اول بود. همچنین ملاک‌های خروج از پژوهش نیز شامل غیبت در دو جلسه آموزشی و عدم همکاری و انجام ندادن تکالیف مشخص شده در کلاس بود. برای جمع‌آوری اطلاعات از ابزار زیر استفاده شد.

۱. سیاهه رفتاری کودکان و نوجوانان: در پژوهش حاضر برای تشخیص مشکلات برونی‌سازی شده از سیاهه رفتاری کودکان آخنباخ و رسکورلا^{۳۲} استفاده شده است. این پرسشنامه در سال ۲۰۰۱ توسط آخنباخ و رسکورلا برای سنجش مشکلات هیجانی و رفتاری کودکان و نوجوانان تهیه شده است. سیاهه رفتاری کودکان و نوجوانان از دو قسمت تشکیل شده است: بخش اول به بررسی صلاحیت کلی کودک و نوجوانان در سه مقیاس فعالیت‌ها، مقیاس اجتماعی و مدرسه می‌پردازد و شامل ۱۳ ماده است. بخش دوم به بررسی مشکلات هیجانی و رفتاری می‌پردازد که شامل ۱۱۳ ماده است. پاسخدهی بر اساس طیف لیکرت انجام می‌شود: شامل سه گزینه نادرست است (نمره صفر)، گاهی درست است (نمره یک) و غالباً درست است (نمره دو). نمره مشکلات هیجانی و رفتاری از طریق جمع نمره‌های مشکلات رفتاری درونی‌سازی شده (شامل محورهای گوشه‌گیری، مشکلات بدنی، اضطراب و افسردگی، مشکلات برونی‌سازی شده (شامل محورهای پرخاشگری و رفتارهای بزهکارانه) و مشکلات توجه، مشکلات تفکر و مشکلات اجتماعی به دست می‌آید. دامنه نمرات مشکلات رفتاری و هیجانی از صفر تا ۲۴۰ و گستره نمرات t برای دامنه مرزی از ۶۰ تا ۶۳ و بالاتر از نمره ۶۳ برای دامنه بالینی در نظر گرفته شده است (آخنباخ و رسکورلا، ۲۰۰۱). گلاس در نتایج پژوهش خود اعتبار بازآزمایی و همسانی درونی را برای این مقیاس به ترتیب ۰/۹۴ و ۰/۹۷، مشکلات برونی‌سازی شده ۰/۹۲ و ۰/۹۴ و مشکلات درونی‌سازی شده ۰/۹۱ و ۰/۹۰ گزارش کرده است (کلوسر^{۳۳}، ۲۰۱۱). همچنین در پژوهش ناکامورا^{۳۴} و همکاران (۲۰۰۹) ضریب آلفای کرونباخ سیاهه رفتاری کودکان و نوجوانان ۰/۸۱

دانش‌آموزان با اختلال رفتار برونی‌سازی شده، مساله اصلی پژوهش حاضر بررسی این است که آیا درمان فراتشخیصی یکپارچه بر نظم‌جویی شناختی هیجان و همدلی شناختی دانش‌آموزان با اختلال رفتار برونی‌سازی شده تاثیر معنادار دارد؟

روش

روش پژوهش از نوع نیمه‌آزمایشی با طرح پیش‌آزمون-پس‌آزمون با گروه کنترل است. متغیر مستقل درمان فراتشخیصی یکپارچه و متغیرهای وابسته نظم‌جویی شناختی هیجان و همدلی شناختی دانش‌آموزان با اختلال رفتار برونی‌سازی شده بود. در این پژوهش جامعه آماری را تمامی نوجوانان پسر دارای اختلال برونی‌سازی شده مشغول به تحصیل در دوره اول متوسطه در مدارس شهرستان بوکان در سال تحصیلی ۹۷-۱۳۹۶ تشکیل می‌دادند. جهت انتخاب حجم نمونه از روش نمونه‌گیری هدفمند استفاده شد. بدین صورت که با مراجعه به ۸ آموزشگاه پسرانه دوره متوسطه اول شهرستان بوکان، از مشاوران و معلمان این مدارس درخواست گردید، به شکل هدفمند دانش‌آموزان دارای علائم پرخاشگری، تکانشگری، نافرمانی، رفتارهای قانون‌شکنانه و اغتشاش‌گرایانه را معرفی نمایند. در این فرآیند تعداد ۵۲ دانش‌آموز از ۷ مدرسه معرفی گردید که به آنها سیاهه رفتاری کودکان و نوجوانان ارائه شد تا بدین وسیله از وجود مشکلات رفتاری برونی‌سازی شده در نزد این دانش‌آموزان اطمینان حاصل گردد. تعداد ۳۹ دانش‌آموز دارای مشکلات رفتاری برونی‌سازی شده تشخیص داده شدند (با استفاده از پرسشنامه سیاهه رفتاری کودکان و نوجوانان) که از بین آنها ۳۰ دانش‌آموز که بیشترین نمره را در سیاهه رفتاری کودکان و نوجوانان کسب کرده بود، انتخاب و به صورت تصادفی در گروه‌های آزمایش و کنترل گمارده شدند (۱۵ دانش‌آموز در گروه آزمایش و ۱۵ دانش‌آموز در گروه گواه). ملاک‌های ورود به پژوهش شامل: داشتن پرخاشگری، تکانشگری، نافرمانی، رفتارهای قانون‌شکنانه و اغتشاش‌گرایانه، کسب نمره ۶۳ و بالاتر در سیاهه رفتاری کودکان و نوجوانان، برخورداری از سلامت جسمی، عملکرد

34. Nakamura

32. Achenbach and Rescorla

33. Glosser

آزمودنی ۱۰۰ نمره و کمترین نمره بدست آمده، ۲۰ نمره بود. رحیمی و یوسفی (۱۳۹۰؛ به نقل از کاجی و همکاران، ۱۳۹۶) ضریب روایی برای این پرسشنامه را ۰/۹۴ و از طریق آلفای کرونباخ اعتبار آن را ۰/۸۹ برآورد کرد، که حاکی از روایی و پایایی مناسب این پرسشنامه می‌باشد. پایایی پرسشنامه در پژوهش حاضر با استفاده از ضریب آلفای کرونباخ ۰/۹۱ به دست آمد. بگی (۱۳۹۰، نقل از کاجی و همکاران، ۱۳۹۶) ضریب روایی برای این پرسشنامه را ۰/۹۴ و از طریق آلفای کرونباخ پایایی آن را ۰/۸۹ برآورد کرد، که حاکی از روایی و پایایی مناسب این پرسشنامه می‌باشد. همچنین میزان پایایی این پرسشنامه در پژوهش کاجی و همکاران (۱۳۹۶) مناسب گزارش شده است. پایایی پرسشنامه حاضر در این پژوهش به وسیله ضریب آلفای کرونباخ ۰/۸۵ محاسبه گردید.

شیوه اجرای پژوهش

جهت انجام پژوهش حاضر، با مراجعه به مدارس انتخاب شده و انتخاب حجم نمونه با رضایت کتبی و گمارش آن‌ها در گروه‌های آزمایش و کنترل، پرسشنامه‌های پژوهش به صورت گروهی بر روی افراد حاضر در پژوهش اجرا گردید. جهت رعایت اخلاق در پژوهش رضایت دانش‌آموزان برای شرکت در برنامه مداخله کسب و از کلیه مراحل مداخله آگاه شدند. همچنین به افراد گروه کنترل اطمینان داده شد که آنان نیز پس از اتمام فرایند پژوهشی این مداخلات را دریافت خواهند نمود. همچنین به هر دو گروه اطمینان داده شد که اطلاعات آنها محرمانه باقی می‌ماند و نیازی به درج نام نیست. در نهایت، بر روی گروه‌های آزمایش مداخله درمان فراتشخیصی یکپارچه (بارلو و همکاران، ۲۰۱۱؛ به نقل از بخشی‌پور رودسری، محمود علیلو، فرنام و عبیدی، ۱۳۹۲) در ۱۰ جلسه آموزشی ۷۵ دقیقه‌ای، هفته‌ای یک جلسه در طی دو ماه و نیم مطابق با جدول یک انجام شد در حالی که گروه کنترل درمان فراتشخیصی یکپارچه را دریافت نکرد.

گزارش شده است. در پژوهش حاضر نیز میزان پایایی سیاهه رفتاری کودکان و نوجوانان، مشکلات برونی‌سازی شده و مشکلات درونی‌سازی شده با استفاده از ضریب آلفای کرونباخ به ترتیب ۰/۸۸، ۰/۹۱ و ۰/۹۲ به دست آمد.

۲. پرسشنامه نظم‌جویی شناختی هیجانی: پرسشنامه نظم‌جویی شناختی هیجانی توسط گروس و جان در سال ۲۰۰۳ ساخته و دارای ۱۰ سوال و دو خرده‌مقیاس بازداری هیجانی و ارزیابی مجدد شناختی را می‌سنجد. آزمودنی به هر گونه این پرسشنامه بر اساس مقیاس هفت درجه‌ای لیکرت از کاملاً مخالف تا کاملاً موافق پاسخ می‌دهد. دامنه نمرات در این مقیاس از ۱۰ تا ۷۰ است. ضریب همسانی درونی در خرده‌مقیاس ارزیابی مجدد شناختی برای مردان ۰/۷۲ و برای زنان ۰/۷۹ است. همچنین ضریب همسانی درونی در خرده‌مقیاس بازداری هیجانی برای مردان ۰/۶۷ و برای زنان ۰/۶۹ می‌باشد (گروس و جان، ۲۰۰۳). سلیمانی و حبیبی (۱۳۹۳) در پژوهش خود ضریب آلفای کرونباخ را برای این پرسشنامه ۰/۸۱ گزارش کردند. همچنین ضریب آلفای کرونباخ در تحقیق محمدی و موسوی (۱۳۹۴) برای پرسشنامه نظم‌جویی شناختی هیجانی گروس و جان ۰/۷۹ به دست آمد. همچنین این پژوهشگران روایی محتوایی این پرسشنامه را مطلوب گزارش کرده‌اند. میزان پایایی پرسشنامه در پژوهش حاضر با استفاده از ضریب آلفای کرونباخ ۰/۸۵ به دست آمد.

۳. پرسشنامه همدلی شناختی اساسی: مقیاس همدلی شناختی توسط جولیف و فارینگتون^{۳۵} (۲۰۰۶) ساخته شده است. نسخه نهایی مقیاس همدلی شناختی دارای ۲۰ سوال است. این پرسشنامه یک ابزار نگرش‌سنج و از نوع مقیاس لیکرت ۵ گزینه‌ای است که پاسخ به هر عبارت آن در دامنه‌ای از ۱ (کاملاً مخالفم) تا ۵ (کاملاً موافقم) قرار دارد. نمره‌دهی سؤالات ۱، ۶، ۷، ۸، ۱۳، ۱۸، ۱۹ و ۲۰ در این پرسشنامه به صورت معکوس می‌باشند. بدین صورت بیشترین نمره کسب شده توسط هر

جدول ۱. خلاصه جلسات درمان فراتشخیصی یکپارچه (بارلو و همکاران، ۲۰۱۱؛ به نقل از بخشی پور رودسری و همکاران، ۱۳۹۲)

جلسه	شرح جلسه
جلسه اول	افزایش انگیزه؛ مصاحبه انگیزشی برای مشارکت و درگیری بیماران در طول درمان، ارائه منطق درمان و تعیین اهداف درمان.
جلسه دوم	ارائه آموزش روانی؛ بازشناسی هیجان‌ها و ردیابی تجارب هیجانی و آموزش مدل سه مولفه‌ای تجارب هیجان و مدل ARC.
جلسه سوم	آموزش آگاهی هیجانی؛ یادگیری مشاهده تجارب هیجانی (هیجان‌ها و واکنش به هیجان‌ها خصوصاً با استفاده از تکنیک‌های ذهن آگاهی.
جلسه چهارم	ارزیابی و ارزیابی مجدد شناختی؛ ایجاد آگاهی از تاثیر و ارتباط متقابل بین افکار و هیجان‌ها، شناسایی ارزیابی‌های ناسازگارانه اتوماتیک و دام‌های شایع تفکر و ارزیابی مجدد شناختی و افزایش انعطاف‌پذیری در تفکر.
جلسه پنجم	شناسایی الگوهای اجتناب از هیجان؛ آشنایی با راهبردهای مختلف اجتناب از هیجان و تأثیر آن بر تجارب هیجانی و آگاهی یافتن از اثرات متناقض اجتناب از هیجان.
جلسه ششم	بررسی رفتارهای ناشی از هیجان EDBs؛ آشنایی و شناسایی رفتارهای ناشی از هیجان و درک تأثیر آنها روی تجارب هیجانی، شناسایی EDBs ناسازگارانه و ایجاد گرایش‌های عمل جایگزین بواسطه رویاروی شدن با رفتارها.
جلسه هفتم	آگاهی و تحمل احساس‌های جسمانی؛ افزایش آگاهی از نقش احساس‌های جسمانی در تجارب هیجانی، انجام تمرین‌های مواجهه با رویارویی احشایی به منظور آگاهی از احساس‌های جسمانی و افزایش تحمل این علائم.
جلسه هشتم و نهم	رویارویی احشایی و رویارویی با هیجان مبتنی بر موقعیت: آگاهی یافتن از منطق رویارویی‌های هیجانی، آموزش نحوه تهیه سلسله مراتب ترس و اجتناب و طراحی تمرین‌های مواجهه هیجانی مکرر و اثربخش به صورت تجسمی و عینی و ممانعت از اجتناب.
جلسه دهم	پیشگیری از عود؛ مرور کلی مفاهیم درمان و بحث در مورد بهبودی و پیشرفت‌های درمانی

یافته‌های حاصل از داده‌های جمعیت شناختی نشان داد که افراد نمونه پژوهش دارای دامنه سنی ۱۲ تا ۱۶ سال بودند که در این بین دامنه سنی ۱۴ سال دارای بیشترین فراوانی بود (۴۵ درصد). از طرفی این افراد در دوره متوسطه اول مشغول به تحصیل بودند که بیشترین تعداد فراوانی مربوط به کلاس هشتم بود (۳۸ درصد). حال یافته‌های توصیفی پژوهش مورد بررسی قرار می‌گیرد.

در این پژوهش برای تجزیه و تحلیل داده‌ها از دو سطح آمار توصیفی و استنباطی استفاده شده است. در سطح آمار توصیفی از میانگین و انحراف استاندارد و در سطح آمار استنباطی از آزمون شاپیرو-ویلک جهت بررسی نرمال بودن توزیع متغیرها، آزمون لوین برای بررسی برابری واریانس‌ها، همچنین از تحلیل کواریانس برای بررسی فرضیه پژوهش استفاده گردید. نتایج آماری با استفاده از نرم‌افزار آماری SPSS-۲۳ مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفته است.

یافته‌ها

جدول ۲. نتایج آمار توصیفی مولفه‌های نظم‌جویی شناختی هیجان و همدلی شناختی در گروه‌های آزمایش و کنترل در مراحل پیش و پس‌آزمون

گروه‌ها	پیش‌آزمون		پس‌آزمون	
	میانگین	انحراف استاندارد	میانگین	انحراف استاندارد
گروه آزمایش	۳۴/۸۰	۵/۵۴	۵۰/۰۶	۴/۱۹
همدلی	۴۸/۴۰	۵/۱۱	۵۸/۷۳	۵/۱۷
گروه گواه	۳۴/۴۰	۵/۲۳	۳۳/۶۶	۶/۲۲
همدلی	۴۵/۴۶	۶/۹۰	۴۵/۳۳	۶/۱۳

مورد سنجش قرار گرفت که نتایج آن معنادار نبود که این یافته می‌داد پیش فرض همگنی واریانس‌ها در دو متغیر نظم‌جویی شناختی هیجان و همدلی شناختی رعایت شده است ($p > 0.05$). از طرفی نتایج آزمون t نشان داد که تفاوت میانگین نمرات پیش‌آزمون گروه‌های آزمایش و کنترل در متغیرهای وابسته (نظم‌جویی شناختی هیجان و همدلی) معنادار نبوده است ($p > 0.05$). حال به ارائه نتایج جداول استنباطی پرداخته می‌شود.

جدول ۳. نتایج تحلیل کواریانس اثر درمان فراتشخیصی یکپارچه بر نظم‌جویی شناختی هیجان و همدلی شناختی دانش‌آموزان با اختلال رفتار برون‌سازي شده

متغیر	گروه	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	سطح معناداری	اندازه اثر	توان آزمون
نظم‌جویی شناختی هیجان	همپراش	۲۶/۸۳	۱	۲۶/۸۳	۰/۹۵	۰/۳۴	۰/۰۳	۰/۱۶
	گروه‌بندی	۲۰۲۳/۱۱	۱	۲۰۲۳/۱۱	۷۱/۸۷	۰/۰۰۱	۰/۷۲	۱
	خطا کل	۷۶۳/۴۳	۲۷	۲۸/۲۷				
همدلی	همپراش	۵۷/۰۲	۱	۵۷/۰۲	۲/۲۴	۰/۱۴	۰/۰۷	۰/۳۰
	گروه‌بندی	۱۴۰۱/۲۵	۱	۱۴۰۱/۲۵	۵۵/۰۵	۰/۰۰۱	۰/۶۷	۱
	خطا کل	۶۸۷/۲۵	۲۷	۲۵/۴۵				
			۳۰					
		۵۵۳۹۲	۳۰					
		۸۳۳۱۵	۳۰					

قبل از ارائه نتایج تحلیل آزمون کواریانس، پیش فرض‌های آزمون‌های پارامتریک مورد سنجش قرار گرفت. بر همین اساس نتایج آزمون شاپیرو وایک^{۳۶} بیانگر آن بود که پیش فرض نرمال بودن توزیع نمونه‌های داده‌ها در متغیرهای نظم‌جویی شناختی هیجان و همدلی شناختی در گروه‌های آزمایش و کنترل در مراحل پیش‌آزمون و پس‌آزمون برقرار است ($p > 0.01$). همچنین پیش فرض همگنی واریانس نیز توسط آزمون لوین

درمان فراتشخیصی یکپارچه بر نظم‌جویی شناختی هیجان و همدلی شناختی دانش‌آموزان با اختلال رفتار برون‌سازي شده تأثیر معناداری داشته است. یافته اول پژوهش حاضر حاکی از اثر معنادار درمان فراتشخیصی یکپارچه بر نظم‌جویی شناختی هیجان دانش‌آموزان با اختلال رفتار برون‌سازي شده داشت. این یافته همسو با نتایج پژوهش عبدی، بخشی و محمودعلیلو (۱۳۹۲) همسو بود. چنانکه این پژوهشگران نشان داده‌اند که درمان فراتشخیصی یکپارچه در کاهش شدت آماج‌های درمانی (نگرانی، عاطفه منفی، بازداری رفتاری، مشکلات تنظیم هیجانی و نشانه‌های اختلالات هیجانی) در بیماران از نظر بالینی به‌طور معناداری تأثیرگذار می‌باشد. همچنین نتایج پژوهش محمدی، بیرشک و غرابی (۱۳۹۲) با عنوان مقایسه اثربخشی گروه درمانی فراتشخیصی و گروه درمانی شناختی بر فرایندهای تنظیم هیجانی نشان داد که اثربخشی گروه درمانی فراتشخیصی بر بهبود عاطفه مثبت و تنظیم هیجانی بیش از گروه درمانی شناختی است. علاوه بر این فارکیونه، فایر هولمه، الارذ، بوسینه^{۳۷} (۲۰۱۲) اثر این

با توجه به نتایج جدول ۳، ارائه متغیر مستقل (درمان فراتشخیصی یکپارچه) توانسته منجر به ایجاد تفاوت معنادار میانگین نمرات متغیرهای وابسته (نظم‌جویی شناختی هیجان و همدلی شناختی دانش‌آموزان با اختلال رفتار برون‌سازي شده) در مرحله پس‌آزمون در سطح خطای ۰/۰۵ گردد. بنابراین می‌توان گفت نمرات متغیرهای نظم‌جویی شناختی هیجان و همدلی شناختی دانش‌آموزان با اختلال رفتار برون‌سازي شده چهار افزایش معنادار شده است. همچنین با توجه به اندازه اثر متغیرهای فوق می‌توان گفت که به ترتیب ۰/۷۲ و ۰/۶۷ تغییرات متغیرهای نظم‌جویی شناختی هیجان و همدلی شناختی دانش‌آموزان با اختلال رفتار برون‌سازي شده توسط عضویت گروهی (درمان فراتشخیصی یکپارچه) تبیین می‌شود.

بحث و نتیجه‌گیری

پژوهش حاضر به منظور بررسی اثربخشی درمان فراتشخیصی یکپارچه بر نظم‌جویی شناختی هیجان و همدلی شناختی دانش‌آموزان با اختلال رفتار برون‌سازي شده انجام گرفت. نتایج نشان داد که

37. Farchoine, Fairholme, Ellard and Boisseau

36. Shapiro-wilk

موجب کاهش شدت علائم اضطراب و افسردگی در افراد می‌شود. علاوه بر این دی اورلناس مایا، ناردی و کاردوسو^{۳۹} (۲۰۱۵) اثربخشی این درمان را بر کاهش مشکلات هیجانی و روان‌شناختی؛ تالکوسکی، گرین، اسگادا و نورتون^{۴۰} (۲۰۱۷) تأثیر این درمان را بر کاهش علائم اختلال اضطراب نشان داده‌اند. در تبیین یافته حاضر می‌توان گفت که یکی از دلایل اثربخشی درمان فراتشخیصی این است که این درمان آشکارا در سطح شناختی (سبک پردازش عینی) اتفاق می‌افتد. زیرا به جای تأکید بر چگونگی شکل‌گیری فراشناخت‌واره‌ها و آزمودن آنها، بر واقعیت‌آزمایی شناخت‌واره‌های متداول متمرکز می‌شود. رویکرد درمانی فراتشخیصی یکپارچه عمدتاً شامل بازسازی مجدد واقعه از طریق تصویرسازی ذهنی و واقعیت‌آزمایی برخی از باورهای تحریف شده نوجوانان با اختلال رفتار برون‌سازی شده درباره خودش و تهدیدآمیز بودن دنیای پیرامون است. این رویکرد، نمونه‌ای از کار در سطح شناختی به شمار می‌رود، زیرا هدف، تغییر ماهیت خاطرات نوجوان دارای اختلال رفتار برون‌سازی شده (شناخت) و محتوای باورهای او درباره خودش و جهان (شناخت) است. بر این اساس درمان فراتشخیصی یکپارچه با بازنگری در سطح شناخت نوجوان با اختلال رفتار برون‌سازی شده، چشم‌انداز جدیدی را از دنیای اطراف نوجوان در اختیار وی قرار می‌دهد که بر اساس آن، دنیای اطراف تهدیدآمیز نبوده و می‌توان به افراد دیگر نزدیک شد و همدلی شناختی بالاتری را از خود نشان داد. علاوه بر این در طی جلسات درمان فراتشخیصی یکپارچه به نوجوانان دارای اختلال رفتار برون‌سازی شده آموزش داده می‌شود که با یادگیری مشاهده تجارب هیجانی (هیجان‌ها و واکنش به هیجان‌ها) خصوصاً با استفاده از تکنیک‌های ذهن‌آگاهی نگرشی جدید پیدا کند. تمرکز بر ذهن‌آگاهی باعث می‌شود که نوجوانان دارای اختلال رفتار برون‌سازی شده از درهم آمیختگی با افکار خود مصون بمانند. پیشگیری از درهم آمیختگی با افکار سبب می‌شود که نوجوان دارای اختلال رفتار برون‌سازی شده از افکار خصومت‌آمیز با دیگران بپرهیزد و بر این اساس بتواند تعاملات اجتماعی سازنده‌تری را از خود نشان دهد. در نتیجه این فرایند، نوجوان دارای اختلال رفتار برون‌سازی شده همدلی شناختی بیشتری را از خود نشان می‌دهد.

درمان را بر کاهش مشکلات هیجانی و بولیس^{۳۸} و همکاران (۲۰۱۴) کارایی این درمان را بر کاهش علائم اختلالات هیجانی مورد بررسی و تأیید قرار داده‌اند.

در تبیین یافته حاضر می‌توان گفت که درمان فراتشخیصی به دانش‌آموزان با اختلال رفتار برون‌سازی شده می‌آموزد چگونه با هیجانات نامناسب خود روبرو شوند و به شیوه سازگارانه‌تری پاسخ دهند. این رویکرد با تغییر عادت‌های تنظیم هیجان، فراوانی و شدت استفاده از عادت‌های هیجانی ناسازگارانه را کاهش داده و میزان آسیب را کم می‌کند و کارکرد اجتماعی-روانی را افزایش می‌دهد. تعامل پویا بین افکار، احساسات و رفتارها و نقش آنها در تجربه هیجانی، در تمام رویکردهای فراتشخیصی وجود دارد (زمستانی و ایمانی، ۱۳۹۵). درمان فراتشخیصی دارای یک برنامه درمانی به تفکیک جلسات می‌باشد که به نوجوانان دارای اختلال رفتار برون‌سازی شده در شناخت هر چه بهتر افکار، احساسات و هیجاناتش کمک می‌کند. این فرایند سبب می‌شود که فرایندهای هیجانی آنان همچون نظم‌جویی شناختی هیجان دچار دگرگونی گردد. علاوه بر این در تبیین تغییر و بهبود نمرات نظم‌جویی شناختی هیجان دانش‌آموزان با اختلال رفتار برون‌سازی شده، به عنوان یکی از آماج‌های کلیدی درمان فراتشخیصی یکپارچه، می‌توان به وجود برخی تکنیک‌ها و مهارت‌ها در تعدادی از جلسات درمانی پروتکل اشاره کرد. چنانکه در طی جلسات این درمان تلاش می‌گردد تا دانش‌آموزان با اختلال رفتار برون‌سازی شده الگوهای اجتناب از هیجان را آموخته و با راهبردهای مختلف اجتناب از هیجان و تأثیر آن بر تجارب هیجانی و آگاهی یافتن از اثرات متناقض اجتناب از هیجان آشنا شوند. مواجهه و استفاده از راهبردهای مختلف آشنایی با تجارب هیجانی سبب می‌شود تا فرایندهای هیجانی دانش‌آموزان با اختلال رفتار برون‌سازی شده همچون نظم‌جویی شناختی هیجان دچار تغییر و بهبود گردد.

یافته دوم پژوهش حاضر حاکی از اثر معنادار درمان فراتشخیصی یکپارچه بر همدلی شناختی دانش‌آموزان با اختلال رفتار برون‌سازی شده داشت. این یافته همسو با نتایج پژوهش همسو با یافته عطارد، میکائیلی، مهاجری و وجودی (۱۳۹۵) بود. چنانکه این پژوهشگران گزارش کرده‌اند که درمان فراتشخیصی یکپارچه به طور معنی‌داری

40. Talkovsky, Green, Osegueda and Norton

38. Bullis

39. De Ornelas Maia, Nardi and Cardoso

خانجانی، زینب و بهادری خسروشاهی، جعفر (۱۳۹۶). بررسی تحول همدلی، اختلالات درونی سازی و برونی سازی در دانش آموزان دختر و پسر ۵ تا ۱۱ سال. فرهنگ مشاوره و روان درمانی، ۸(۳۰): ۱۹۵-۲۱۸.

کاجی اصفهانی، سعیده؛ عارفی، مژگان؛ آقای جشوقانی، اصغر؛ اصلی آزاد، مسلم و فرهادی، طاهره (۱۳۹۶). مطالعه همدلی شناختی شناختی در دانش آموزان با پرخاشگری ارتباطی و آشکار، فصلنامه سلامت روان کودک، ۴(۲): ۱۱۶-۱۲۶.

عبدی، رضا؛ بخشی پور رودسری، عباس و محمود علیلو، مجید (۱۳۹۲). کارایی درمان فراتشخیصی یکپارچه در کاهش شدت عوامل فراتشخیصی و نشانه‌های اختلالات هیجانی. مجله روش‌ها و مدل‌های روان‌شناختی، ۳(۱۳): ۱-۲۷.

عطار، نسترن؛ میکائیلی، نیلوفر؛ مهاجری، نسترن و وجودی، بابک (۱۳۹۵). اثر درمان فراتشخیصی یکپارچه بر اختلالات اضطرابی و افسردگی همایند: طرح تک موردی. مجله تنبیین سلامت، ۴(۳): ۵۴-۶۱.

محمدی، حاتم و موسوی، سیدولی (۱۳۹۴). مقایسه تنظیم هیجان و خودمهارگری در کودکان با و بدون اختلال نارسیایی توجه-فزون کنشی. مجله سلامت روانی کودک، ۲(۲): ۲۱-۳۳.

سلیمانی، اسماعیل و حبیبی، یعقوب (۱۳۹۳). ارتباط تنظیم هیجان و تاب‌آوری با بهزیستی روان‌شناختی در دانش‌آموزان. مجله روان‌شناسی مدرسه، ۳(۴): ۵۱-۷۲.

Achenbach, T. M., & Rescorla, L. A. (2001). *Manual for the ASEBA school age forms & profiles*. Burlington, VT: university of Vermont, Research center of children.

Allen, J. P., Porter, M. R., McFarland, F. C., McElhaney, K. B., & Marsh, P. A. (2007). The Relation of attachment security to adolescents' paternal and peer relationships, depression, and externalizing behavior, *Child Development*, 78, 1222-1239.

Farchoine, T. J., Fairholme, C. P., Ellard, K. K., Boisseau, C. L., Thompson-Hollands, J., Carl, J. R., Gallagher, M. W., & Barlow, D. H. (2012). Unified protocol for trans diagnostic treatment of emotional disorders: A randomized controlled trial. *Behavior Therapy*, 43(3), 666-678.

Bullis, J. R., Fortune, M. R., Farchione, T. J., & Barlow, D. H. (2014). A preliminary investigation of

محدودیت‌های پژوهش حاضر همانند هر پژوهش دیگر، محدود بودن نتایج پژوهش به گروه و منطقه جغرافیایی خاص (نوجوانان دارای اختلال رفتار برونی‌سازی شده شهرستان بوکان)، عدم استفاده از روش نمونه‌گیری تصادفی و عدم برگزاری مرحله پیگیری بود. بنابراین پیشنهاد می‌گردد که پژوهش حاضر در سایر منطقه جغرافیایی و دیگر گروه‌ها، با بهره‌گیری از روش نمونه‌گیری تصادفی و برگزاری مرحله پیگیری صورت پذیرد تا قدرت تعمیم یافته‌ها افزایش یابد. نتایج حاصل از پژوهش حاکی از آن بود که درمان فراتشخیصی یکپارچه بر نظم‌جویی شناختی هیجان و همدلی شناختی دانش‌آموزان با اختلال رفتار برونی‌سازی شده تاثیر داشته است. بر این اساس پیشنهاد می‌شود که ترتیبی اتخاذ شود که از این روش درمانی در کلینیک‌های روان‌شناسی و مراکز مشاوره و خدمات روان‌شناختی ادارات آموزش و پرورش استفاده شود. همچنین پیشنهاد می‌شود دوره‌های ضمن خدمت و کارگاهی جهت آموزش این روش به مشاوران مقاطع مختلف ترتیب داده شود تا آن‌ها شیوه کاربرد این روش درمانی را در بهبود نظم‌جویی شناختی هیجان و همدلی شناختی دانش‌آموزان با اختلال رفتار برونی‌سازی شده آموخته و در موقعیت مقتضی از آن بهره‌گیرند.

منابع

قاسم‌پور، عبدالله و رضانی، ولی‌الله (۱۳۹۴). مقایسه راهبردهای تنظیم شناختی هیجان و تکانشگری در نوجوانان مبتلا به نارسیایی توجه/بیش‌فعالی و بهنجار. مجله علوم پزشکی رازی، ۲۲(۱۳۷): ۲۰-۹.

قاسم‌پور، عبدالله؛ رضانی، ولی‌الله و کلهری، عاطفه (۱۳۹۴). مقایسه راهبردهای تنظیم هیجانی در نوجوانان دارای اختلال نافرمانی مقابله‌ای و بهنجار. نشریه علمی پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی البرز، ۳(۳): ۱۶۰-۱۵۳.

محمدی، ابوالفضل؛ بیرشک، بهروز و غرایبی، بنفشه (۱۳۹۲). مقایسه اثربخشی گروه درمانی فراتشخیصی و گروه درمانی شناختی بر فرایندهای تنظیم هیجانی. مجله روان‌پزشکی و روان‌شناسی بالینی ایران، ۱۹(۳): ۱۸۷-۱۹۴.

زمستانی، م؛ ایمانی، م (۱۳۹۵). اثربخشی درمان فراتشخیصی یکپارچه بر نشانه‌های افسردگی، اضطراب و تنظیم هیجان. مجله روان‌شناسی معاصر، ۱۱(۱): ۲۱-۳۲.

- Endresen, I. M., & Olweus, D. (2002). *Self – reported empathy in Norwegian adolescents: sex differences, age trends, and relationship to bullying*. In A C Bohart, & D J Stipek (Eds.), *Constructive & destructive behavior: Implications for family, school, & society* (pp. 147-165). Washington, DC, USA: American Psychological Association.
- Farmer, R. F., Gau, J. M., Seeley, J. R., Kosty, D. B., Sher, K. J., & Lewinsohn, P. M. (2016). Internalizing and externalizing disorders as predictors of alcohol use disorder onset during three developmental periods. *Drug and Alcohol Dependence, 164*, 38-46.
- Gimpel, G. A., & Holland, M. L. (2002). *Emotional and behavioral problem of young children: Effective intervention in the preschool and kindergarten years*. New York: Guilford.
- Glosser, R. (2011). *Examination of the relationship between the Child Behavior Checklist/ 6-18 and the Social Responsiveness Scale Parent Forms using individuals with high functioning autism*. [Doctoral Thesis]. Indiana University of Pennsylvania, PP: 117-120.
- Gresham, D., & Gullone, E. (2012). Emotion regulation strategy use in children and adolescents; the explanatory roles of personality and attachment. *Personality and individual differences, 52*, 616-621.
- Gross, J. J., & John, O. P. (2003). Individual differences in two emotion regulation processes: Implications for affect, relationships, and well-being. *Journal of Personality and Social Psychology, 85*(2), 348–362.
- Gump, B. G., Dykas, M. J., MacKenzie, J. A., Dumas, A. K., Hruska, B., Ewart, C. K., Parsons, P. J., Palmer, C.D., & Bendinskas, K. (2017). Background lead and mercury exposures: psychological and behavioral problems in children. *Environmental Research, 158*, 576-582.
- Hicks, B. M., South, S. C., Dirago, A. C., Iacono, W G., & McGue, M. (2009). Environmental adversity and increasing genetic risk for externalizing disorders. *Archives of General Psychiatry, 66*(6), 640-648.
- Hoseini Yazdi, A., Mashhadi, A., Kimia'ie, A., & Asemi, Z. (2015). Effectiveness of intervention program specific for divorced family's children on their externalized and internalized problems. *Family*
- the long-term outcome of the unified protocol for Trans diagnostic treatment of emotional disorders. *Comprehensive Psychiatry, 55*, 1920–1927.
- De Ornelas Maia, A. C., Nardi, A. E., & Cardoso, A. (2015). The utilization of unified protocols in behavioral cognitive therapy in transdiagnostic group subjects: A clinical trial. *Journal of Affect Disorder, 172*, 179-183.
- Talkovsky, A. M., Green, K. L., Osegueda, A., & Norton, P. J. (2017). Secondary depression in trans diagnostic group cognitive behavioral therapy among individuals diagnosed with anxiety disorders. *Journal of Anxiety Disorder, 31*(46), 56-64.
- Barlow, D. H., Allen, L. B., & Choate, M. L. (2004). Toward a unified treatment for emotional disorders. *Behavior Therapy, 35*, 205–230.
- Barlow, D. H., Ellard, K. K., Fairholme, C. P., Farchione, T. J., Boisseau, C. L., Allen, L. B., & Ehrenreich-May, J. (2011). *The unified protocol for transdiagnostic treatment of emotional disorders: Client workbook*. New York: Oxford University Press.
- Battagliese, G., Caccetta, M., Luppino, O. I., Baglioni, C., Cardi, V., Mancini, F., & Buonanno, C. (2015). Cognitive-behavioral therapy for externalizing disorders: A meta-analysis of treatment effectiveness. *Behavior Research and Therapy, 75*, 60-71.
- Biederman, J., Spencer, T., Lomedico, A., Day, H., Petty, C. R., & Faraone, S. V. (2012). Longitudinal course of deficient emotional self-regulation CBCL profile in youth with ADHD: prospective controlled study. *Necropsy Disease Treat, 8*, 267–76.
- Billington, J., Baron – Cohen, S., & Wheelwright, S. (2007). Cognitive style predicts entry into physical sciences and humanities: Questionnaire and performance tests of empathy and systemizing. *Journal of Learning Individual Differences, 17*, 260-268.
- Costin, J., lichte, C., Smith, A. H., Vance, A., & luk, E. (2004). Parent group treatments for children with oppositional defiant disorder australian. *Journal for the Advancement of Mental Health, 3*, 1446-7984.
- D' Ambrosio, F., Dliiver, M., Didon, D., & Besche, C. (2009). The basic empathy scale: A French validation of measure of empathy in youth. *Journal of Personality and Individual Differences, 46*, 760-765.

regulation via the autonomic nervous system in children with Attention-Deficit/Hyperactivity disorder (ADHD). *Journal of Abnormal Children Psychology*, 39(6), 841-52.

Nakamura, B., Ebesutani, C., Bernstein, A., & Chorpita, B. (2009). A psychometric analysis of the Child Behavior Checklist DSM-oriented Scales. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, 31, 178-189.

Webb, T. L., Gallo, I., Schweiger, M., Eleanor, G., Peter, M., & Sheeran, P. (2012). Effective regulation of affect: an action control perspective on emotion regulation. *European Review of Social Psychology*, 23, 143-18.

Psychology, 2(1), 3-14.

Jolliffe, D., & Farrington, D. P. (2006). Examining the relationship between low empathy and bullying. *Aggress Behavior*, 32, 1-11.

Landers, A. L., Bellamy, J. L., Danes, S. M., & Hawk, S. W. (2017). Internalizing and externalizing behavioral problems of American Indian children in the child welfare system. *Children and Youth Services Review*, 81, 413-421.

Listug-lunde, L., Bredmeier, K., & Tyan, W. D. (2005). Concurrent parent and child group outcomes for child externalizing disorders. *International Journal of Behavioral Consultation and Therapy*, 1, 124-130.

Musser, E., Backs, W., Schmitt, F., Ablow, J., Measelle, R., & Nigg, J. (2012). Emotion

Effectiveness of unified trans-diagnostic treatment on emotion's cognitive regulation and cognitive empathy of students with externalized behavior disorder

Halaleh Osmani*¹

Leila Shokri²

Abstract

Aim: Present study was conducted aiming to investigate the effectiveness of unified trans-diagnostic treatment on emotion's cognitive regulation and cognitive empathy of the students with externalized behavior disorder. **Methods:** It was a quasi-experimental study with pretest, posttest and control group design. The statistical population included all male first grade high school students with externalized behavioral disorder in the town of Bookan in academic year 2017-2018. 30 male students with externalized behavioral disorder were purposefully selected and randomly placed into experiment and control groups. The experiment group received ten seventy-five-minute sessions of interventions during two-and-a-half months while the control groups didn't receive any intervention during doing the process. The applied questionnaires included Children and Adolescents Behavioral Inventory Questionnaire (Achenbach and Rescorla, 2001), Emotion Regulation Questionnaire (Gross and John, 2003) and Cognitive and Affective Empathy Questionnaire (Jolliffe and Farrington, 2006). The data gathered were analyzed via SPSS₂₄ through ANCOVA method. **Results:** The results showed that unified trans-diagnostic treatment has significantly influenced emotion's cognitive regulation and cognitive empathy of the students with externalized behavior disorder ($p < 0.001$). The degree of the effect of unified trans-diagnostic treatment on emotion cognitive regulation and cognitive empathy of the students with externalized behavior disorder was 72% and 67% respectively. **Conclusion:** According to the findings of the present study, it can be concluded that unified trans-diagnostic treatment can be applied as an efficient treatment to improve emotion's cognitive regulation and cognitive empathy of the students with externalized behavior disorder.

Keywords

Cognitive empathy, emotion's cognitive regulation, externalized behavior disorder, unified trans-diagnostic treatment

1. M.A. in Clinical Psychology, Islamic Azad University, Bookan Branch, Bookan, Iran.
osmanihalaleh1332@gmail.com

2. M.A. in General Psychology, Islamic Azad University, Arak Branch, Arak, Iran