




Original Article



Effectiveness of Schema Therapy on Emotion Regulation and Social Competence in Children with Disruptive Mood Dysregulation Disorder

Sayehnaz Saniei Abadeh¹ , Ilnaz Sajjadian^{2,*} , Mansoureh Bahramipour Esfahani¹ 

¹ Department of Psychology, Isfahan (Khorasgan) Branch, Islamic Azad University, Isfahan, Iran

² Department of Psychology, Community Health Research Center, Isfahan (Khorasgan) Branch, Islamic Azad University, Isfahan, Iran

Abstract

Article History:

Received: 15/05/2023

Revised: 02/08/2023

Accepted: 12/08/2023

ePublished: 22/09/2023

***Corresponding author:** Ilnaz Sajjadian, Department of Psychology, Community Health Research Center, Isfahan (Khorasgan) Branch, Islamic Azad University, Isfahan, Iran.
Email: i.sajjadian@khuisf.ac.ir

Background and Objectives: Disruptive mood dysregulation disorder is one of the mood disorders which causes functional problems and has many treatment challenges. This study aimed to investigate the effectiveness of schema therapy on emotion regulation and social competence in children with disruptive mood dysregulation disorder.

Materials and Methods: This study employed a quasi-experimental research design with a pretest-posttest, follow-up, and a control group. The statistical population consisted of 8-11-year-old boys with disruptive mood dysregulation disorder in Isfahan, Iran, and their mothers who were referred to specialized child counseling centers in Isfahan. Thirty children and their mothers were selected purposefully and then randomly placed in two groups of 15 (one experimental group and one control group). The research tools included the Cognitive Emotion Regulation Questionnaire by Garnefski et al. (2007) and the Perceived Social Competence Scale by Anderson Boucher et al. (2007). The experimental group was treated in 10 sessions (60 min for the child and 30 min for the mother), and the control group did not receive any intervention. Data were analyzed using repeated measures analysis of variance.

Results: The results showed that the effect of schema therapy on emotional regulation and social competence was significant and remained stable in the follow-up phase ($P < 0.001$).

Conclusion: According to the results of this study, schema therapy can be used to improve the emotional regulation and social competence of children with disruptive mood dysregulation disorder.

Keywords: Disruptive mood dysregulation disorder; Emotion regulation; Schema therapy; Social competence

Please cite this article as follows: Saniei Abadeh S, Sajjadian I, Bahramipour Esfahani M. Effectiveness of Schema Therapy on Emotion Regulation and Social Competence in Children with Disruptive Mood Dysregulation Disorder. *Pajouhan Scientific Journal*. 2023; 21(3): 213-223. DOI: 10.61186/psj.21.3.213



Extended Abstract

Background and Objective

The onset of emotional disorders in childhood or adolescence is associated with more functional impairment in a wide range of fields compared to the onset of the disorder in adulthood. Among emotional disorders, disruptive mood disorder is mentioned in the fifth edition of the Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders in the category of depression. This disorder is characterized by problems in emotional and behavioral regulation, and evidence suggests that children with this disorder also have problems in processing social cues, regulating emotions, and achieving social competence. Emotion regulation is a complex construct that characterizes "the processes that enable an individual to manage emotional arousal." Individuals who adopt negative emotion regulation strategies (high maladjustment, low adjustment) are particularly vulnerable to externalizing problems.

Emotion regulation is also an important factor in determining health and enjoying successful performance in social interactions. Research shows the effectiveness of cognitive-behavioral therapies in the treatment of emotional disorders and irritability. Schema therapy is also an integrated treatment based on the concepts and principles of cognitive-behavioral therapy and is used for evaluating and correcting primary maladaptive schemas. On the other hand, research has indicated the effectiveness of schema therapy on emotional and behavioral problems, destructive disorders of adolescents, external behaviors, cognitive regulation of emotions, and social self-efficacy of adolescents and social adaptation.

However, little research has been done regarding the effect of these treatments on childhood disorders, and so far, no research has been conducted on the effect of schema therapy on the problems of children with disruptive mood disorders. Therefore, considering the problems, consequences, and characteristics that were raised for children with this disorder, the present study was conducted to investigate the effectiveness of schema therapy on emotion regulation and social competence in children with disruptive mood disorder.

Materials and Methods

The present research method was a semi-experimental design of pre-test, post-test, and follow-up with a control group. The statistical population of the study included all boys aged 8 to 11 years with disruptive mood disorder in Isfahan City, Iran, who were referred to specialized child counseling centers between March 2022 and June 2023. The 30 male children aged 8-11 years who had symptoms of disruptive mood disorder, together with their mothers, were selected by purposive sampling method using a questionnaire and clinical interview and being eligible based on other criteria for entering the study.

To carry out the research, 30 people were purposefully selected from the statistical population and were randomly assigned to experimental and control groups (15 people in the schema therapy experimental group and 15 people in the control group) along with one of their parents (mother).

Garnefski's tests of cognitive emotion regulation and Anderson Boucher's perceived social competence were administered to both groups. Afterward, the experimental group underwent schema therapy intervention during 10 sessions of 60 minutes with children and 30 minutes with mothers weekly, while the control group did not receive any intervention during this period.

After the end of the treatment sessions, a post-test was taken from both groups, and a follow-up session was held three months later. Both groups answered the questions of the tests used in the previous two stages. The research data were analyzed in SPSS23 software using the repeated measures variance analysis method.

Results

In the inter-subject analysis, the mean scores of positive emotion regulation, negative emotion regulation, and social competence variables showed a significant difference in the experimental group (schema therapy) and the control group ($P < 0.05$). Based on the results of the within-subject analysis, the main effect of time was significant, which shows that there is a significant difference between the mean scores of all three variables of positive and negative emotion regulation and social competence in the stages of the research in general ($P < 0.001$). The results demonstrated that the interaction of time and group membership was also significant in all three variables ($P < 0.001$), indicating that the changes in the pre-test, post-test, and follow-up stages were significant in each of the groups.

The difference in the post-test stages and follow-up in all three variables between the control group and the experimental group was significant ($P < 0.01$). This shows that the effect of schema therapy on improving positive emotion regulation, negative emotion regulation, and social competence in the post-test was 56.9%, 22.3%, and 43.2%, respectively, and in the follow-up stage, it was 54.3%, 24.8%, and 44.8%.

Discussion

The research findings showed that the therapeutic intervention had a significant impact on improving the regulation of positive and negative emotions and social competence in children with disruptive mood dysregulation disorder in the post-test phase, and this effect remained in the follow-up phase. The comparison of mean scores of positive and negative emotion regulation and social competence in three phases indicated that the difference in mean scores of all research variables in the treatment group was significant between pre-test and post-test, as well as between pre-test and follow-up. The results of the research indicated an increase in positive cognitive emotion regulation strategies and a decrease in negative cognitive emotion regulation, showing that the therapeutic intervention was successful in replacing cognitive strategies instead of maladaptive behavioral and emotional regulation strategies. Research also shows that high levels of maladaptive behavioral regulation (not cognitive) lead to external problems in adolescents. The role of parents as coaches in children's emotion regulation is also

important, and therapy guided by parents towards proper and competent parenting can be effective. Group work in this therapy also leads to better social interaction by creating real social situations, and the feedback that a child receives from group members helps with their sense of social competence. In fact, within the group, the child learns and practices social skills while changing their ineffective coping styles and mindsets.

Conclusion

In general, it can be said that child schema therapy has been effective in improving emotion regulation and social competence in children with disruptive mood disorders. Therefore, therapists in this field are suggested to use child schema therapy to improve emotion regulation and social competence while reducing the problems of these children.



اثربخشی طرحواره درمانی بر تنظیم هیجان و کفایت اجتماعی در کودکان دارای اختلال بی‌نظمی خلق اخلاگر

سایه‌ناز صنیعی آباده^۱، ایلناز سجادیان^{۲*}، منصوره بهرامی پور اصفهانی^۱

^۱ گروه روان‌شناسی، واحد اصفهان (خوراسگان)، دانشگاه آزاد اسلامی، اصفهان، ایران

^۲ گروه روان‌شناسی بالینی، مرکز تحقیقات سلامت جامعه، واحد اصفهان (خوراسگان)، دانشگاه آزاد اسلامی، اصفهان، ایران

چکیده

سابقه و هدف: اختلال بی‌نظمی خلق اخلاگر از جمله اختلالات خلقی است که علی‌رغم ایجاد مشکلات عملکردی در زمینه‌های مختلف دارای چالش‌های متعدد درمانی است. این پژوهش با هدف بررسی اثربخشی طرحواره درمانی بر تنظیم هیجان و کفایت اجتماعی در کودکان دارای اختلال بی‌نظمی خلق اخلاگر انجام شد.

مواد و روش‌ها: روش پژوهش نیمه تجربی با طرح پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری با گروه کنترل بود. جامعه آماری پژوهش شامل پسران ۸ تا ۱۱ سال دارای اختلال بی‌نظمی خلق اخلاگر شهر اصفهان بودند که به مراکز تخصصی مشاوره کودک شهر اصفهان مراجعه کردند. از میان آن‌ها ۳۰ کودک به همراه مادرشان به شیوه هدفمند انتخاب شده و در دو گروه ۱۵ نفره (آزمایش و گواه) به صورت تصادفی قرار گرفتند. ابزارهای پژوهش شامل پرسشنامه تنظیم شناختی هیجان Gamefski و همکاران (۲۰۰۷) و پرسشنامه کفایت اجتماعی ادراک شده Anderson Boucher و همکاران (۲۰۰۷) بود. گروه آزمایش طی ۱۰ جلسه (۶۰ دقیقه برای کودک و ۳۰ دقیقه برای مادر) تحت درمان قرار گرفتند و گروه کنترل هیچ مداخله‌ای دریافت نکردند. داده‌ها با استفاده از تحلیل واریانس اندازه‌های تکراری تحلیل شد.

یافته‌ها: نتایج نشان داد تأثیر طرحواره درمانی بر تنظیم هیجان و کفایت اجتماعی معنادار و در مرحله پیگیری پایداری خود را حفظ کرده است ($p < 0.01$).

نتیجه‌گیری: بنا بر نتایج این پژوهش، برای بهبود تنظیم هیجان و کفایت اجتماعی کودکان دارای اختلال بی‌نظمی خلق اخلاگر می‌توان از طرحواره درمانی استفاده نمود.

واژگان کلیدی: طرحواره درمانی؛ تنظیم هیجان؛ کفایت اجتماعی؛ اختلال بی‌نظمی خلق اخلاگر

تاریخ دریافت مقاله: ۱۴۰۲/۰۲/۲۵

تاریخ داوری مقاله: ۱۴۰۲/۰۵/۱۱

تاریخ پذیرش مقاله: ۱۴۰۲/۰۵/۲۱

تاریخ انتشار مقاله: ۱۴۰۲/۰۶/۳۱

تمامی حقوق نشر برای دانشگاه علوم پزشکی همدان محفوظ است.

* نویسنده مسئول: ایلناز سجادیان، گروه روان‌شناسی بالینی، مرکز تحقیقات سلامت جامعه، واحد اصفهان (خوراسگان)، دانشگاه آزاد اسلامی، اصفهان، ایران.
ایمیل: i.sajjadian@khuif.ac.ir

استناد: صنیعی آباده، سایه‌ناز؛ سجادیان، ایلناز؛ بهرامی پور اصفهانی، منصوره. اثربخشی طرحواره درمانی بر تنظیم هیجان و کفایت اجتماعی در کودکان دارای اختلال بی‌نظمی خلق اخلاگر. مجله علمی پژوهان، تابستان ۱۴۰۲؛ ۲۱(۳): ۲۲۳-۲۱۳.

مقدمه

مکرر (کلامی و رفتاری) در پاسخ به ناکامی و خلق تحریک‌پذیر مداوم است و این تشخیص نباید برای اولین بار قبل از ۶ سالگی و بعد از ۱۸ سالگی داده شود [۵]. این اختلال با مشکلاتی در تنظیم هیجانی و رفتاری مشخص شده است و شواهد حاکی از آن است که این کودکان در پردازش مناسب نشانه‌های اجتماعی، تنظیم هیجان و کفایت اجتماعی نیز مشکل دارند [۶]. در کودکان مبتلا به تحریک‌پذیری مداوم، تداوم بین علائم تحریک‌پذیری و علائم افسردگی می‌تواند نشان‌دهنده نقص تنظیم هیجانی باشد که هم در زمینه تحریک‌پذیری

شروع اختلالات هیجانی در دوران کودکی یا نوجوانی با اختلال عملکردی بیشتری در طیف وسیعی از زمینه‌ها در مقایسه با شروع اختلال در بزرگسالی همراه است از همین رو تشخیص و درمان اختلالات دوران کودکی بسیار حائز اهمیت است [۳-۱]. از جمله اختلالات هیجانی، اختلال بی‌نظمی خلق اخلاگر است که در نسخه پنجم راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی در طبقه افسردگی مطرح شده است [۴]. ویژگی اصلی این اختلال تحریک‌پذیری شدید و مداوم بوده و جلوه بالینی تحریک‌پذیری به صورت طغیان‌های خشم

و هم علائم افسردگی وجود دارد. اختلال در تنظیم خلق، اختلال خلقی است که با تحریک‌پذیری در دوران کودکی مشخص می‌شود و با افسردگی بعدی همراه است [۷، ۸].

تنظیم هیجان ساختار پیچیده‌ای است که «فرآیندهایی را که به فرد امکان می‌دهد برانگیختگی عاطفی را مدیریت کند» را مشخص می‌کند. این فرآیندها در نوزادی پدیدار شده، در کودکی و نوجوانی بسط و گسترش می‌یابند و هر دو ویژگی ذاتی فردی و تأثیرات اجتماعی و محیطی را در بر می‌گیرند [۹]. استراتژی‌های تنظیم هیجان می‌تواند به صورت شناختی (مانند ارزیابی مجدد یا سرزنش خود) یا رفتاری (مانند کناره‌گیری) باشد و بسته به تأثیرات مستقیم آن‌ها بر عاطفه منفی و بر اساس ارتباط آن‌ها با آسیب‌شناسی روانی مثبت و سازگار یا منفی و ناسازگار در نظر گرفته شود [۱۰]. افرادی که از استراتژی‌های تنظیم هیجان منفی (ناسازگاری بالا، سازگاری کم) استفاده می‌کنند، به طور خاص در معرض مشکلات بیرونی قرار دارند [۱۱]. طغیان‌ها اغلب بیانگر راهبردها و پاسخ‌های مقابله‌ای منفی، ناسازگار یا ناکارآمد هستند [۱۲]. تنظیم هیجان همچنین عامل مهمی در تعیین سلامت و برخورداری از عملکرد موفقیت‌آمیز در تعامل‌های اجتماعی است [۱۳].

چندین مطالعه نیز ارتباط بین تنظیم هیجان و کفایت اجتماعی را اثبات کرده‌اند [۱۴، ۱۵]. کفایت اجتماعی از دیگر مشکلات کودکان دارای اختلال بی‌نظمی خلق اخلاکگر است و توانایی تنظیم هیجان‌ات منفی، نقش مهمی در تنظیم سازگاری روانی-اجتماعی کودک ایفا می‌کند. مطالعات بی‌شماری نشان داده‌اند کودکانی که می‌توانستند هیجان‌ات خود را به اندازه کافی بیان و تنظیم کنند، در مقایسه با همسالان دیگرشان که به درستی قادر به تنظیم هیجان‌ات خود نبودند از کفایت اجتماعی بیشتر برخوردار بوده و روابط بهتری با همسالان خود داشتند [۱۶-۱۸]. کفایت اجتماعی مجموعه توانایی‌های شناختی، رفتاری، هیجانی و انگیزشی است که فرد برای سازگاری روانی و اجتماعی بایستی داشته باشد تا بتواند علاوه بر در نظر گرفتن نیازها و هدف‌های دیگران، نیازهای خود را تأمین کرده و به اهداف خود برسد [۱۹]. تحقیقات نشان می‌دهد اختلال در توانایی‌های اجتماعی در اواسط کودکی با آسیب‌شناسی روانی دوران کودکی مانند اختلالات بیرونی و درونی و مشکلات رفتاری مرتبط است و نمرات توانایی اجتماعی کودکان دارای مشکلات رفتاری کمتر است [۲۰-۲۲].

پژوهش‌ها حاکی از اثربخشی درمان‌های شناختی-رفتاری در درمان اختلالات هیجانی و تحریک‌پذیری است [۲۳-۲۶]. طرحواره درمانی نیز درمان یکپارچه‌ای است که بر اساس مفاهیم و اصول درمان شناختی-رفتاری و برای ارزیابی و اصلاح طرحواره‌های ناسازگار اولیه، بنا شده است. طرحواره‌های ناسازگار اولیه الگوهای هیجانی و شناختی هستند که در دوران کودکی و نوجوانی به دلیل ارضا نشدن نیازهای هیجانی اساسی شکل می‌گیرند [۲۷، ۲۸]. طرحواره درمانی کودک و نوجوان که توسط Loose و همکاران مطرح شده است، ترکیبی از تکنیک‌های طرحواره درمانی و بازی درمانی است. در این درمان از

مدل ذهنیت استفاده می‌شود چون فهم آسان‌تری دارد و باعث افزایش قابلیت تطبیق‌پذیری درمان برای کودک می‌شود. در مدل مذکور، ذهنیت به عنوان یک الگوی خاص و در عین حال پیچیده احساسات و رفتار در نظر گرفته می‌شود که منشأ آن مجموعه‌ای از طرحواره‌هاست که از سایر ذهنیت‌های طرحواره‌ای مستقل است. در این درمان جهت‌گیری مجدد ذهنیت‌های ناکارآمد به عنوان پایه‌ای برای تغییر رفتار است [۲۹]. پژوهش‌ها نشان داده که ذهنیت‌ها در ایجاد خشم مؤثر بوده و ذهنیت‌های سالم نیز رابطه بین طرحواره‌ها و رفتارهای اجتماعی را میانجی می‌کند [۳۱، ۳۰].

از سوی دیگر پژوهش‌ها حاکی از اثربخشی طرحواره درمانی بر مشکلات هیجانی و رفتاری، اختلالات مخرب نوجوانان [۲۷-۳۲]، رفتارهای بیرونی [۳۳]، تنظیم شناختی هیجان و خودکارآمدی اجتماعی نوجوانان [۳۴، ۳۵] و سازگاری اجتماعی [۳۶، ۳۷] بوده است؛ اما پژوهش‌های اندکی در ارتباط با تأثیر این درمان‌ها بر اختلالات دوران کودکی انجام گرفته است و تاکنون پژوهشی مبنی بر تأثیر طرحواره درمانی بر روی مشکلات کودکان دارای اختلال بی‌نظمی خلق اخلاکگر نیز انجام نشده است؛ بنابراین با توجه مشکلات، پیامدها و ویژگی‌هایی که برای کودکان دارای این اختلال مطرح شد، پژوهش حاضر با هدف بررسی اثربخشی طرحواره درمانی بر تنظیم هیجان و کفایت اجتماعی در کودکان دارای اختلال بی‌نظمی خلق اخلاکگر انجام شد.

مواد و روش‌ها

روش پژوهش حاضر به صورت طرح نیمه تجربی از نوع پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری با گروه کنترل بود. جامعه آماری پژوهش شامل کلیه پسران ۸ تا ۱۱ سال دارای اختلال بی‌نظمی خلق اخلاکگر شهر اصفهان به همراه مادرشان بود بدین منظور از بین افرادی که در بازه زمانی اسفند ۱۴۰۰ تا خرداد ۱۴۰۱ به مراکز مشاوره تخصصی کودک مراجعه داشتند با اعلان فراخوان، تعداد ۳۰ کودک پسر ۸ تا ۱۱ سال که نشانه‌های اختلال بی‌نظمی خلق اخلاکگر را دارا بودند، به همراه مادرشان به شیوه نمونه‌گیری هدفمند با استفاده از پرسشنامه و مصاحبه بالینی و با شرط دارا بودن سایر ملاک‌های ورود به مطالعه انتخاب و به صورت تصادفی در دو گروه آزمایش و کنترل جایگزین شدند (هر گروه ۱۵ نفر). بر اساس نظر دلاور حداقل نمونه برای پژوهش‌های آزمایشی ۱۵ نفر است [۲۸]. ملاک‌های ورود شامل تمایل و رضایت آگاهانه والدین و کودک برای شرکت در طرح، محدوده سنی ۸ تا ۱۱ سال و جنسیت مذکر کودک، تشخیص اختلال بی‌نظمی خلق اخلاکگر در کودک از طریق کسب حد نصاب نمره (حداقل یک انحراف معیار بالاتر از میانگین نمره آزمون) در آزمون اختلال کژتنظیمی خلقی ایدایی که توسط مادر پاسخ داده شد و همچنین از طریق مصاحبه بالینی توسط روانشناس بالینی بر اساس معیارهای پنج‌گانه ویرایش راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی، حداقل تحصیلات سیکل برای مادر و عدم شرکت کودک و مادر در دوره

پرسشنامه کفایت اجتماعی ادراک شده

برای اندازه‌گیری سطح کفایت اجتماعی دانش آموزان از پرسشنامه استاندارد کفایت اجتماعی ادراک شده استفاده شد. این پرسشنامه که توسط Anderson-Butcher و همکاران ساخته شده، دارای ۶ گویه است و در طیف لیکرت ۵ درجه‌ای تنظیم شده است. این پرسشنامه در یک نمونه ۹۲۷ نفری از دانش آموزان ۶ تا ۱۸ ساله در میدوستران ایالات متحده توسط سازنده هنجاریابی شده و تحلیل عاملی یک عامل کلی کفایت اجتماعی را نشان داد که ۶۱/۳۶ درصد واریانس گویه‌ها را پیش‌بینی کرد. ضریب همسانی درونی به روش آلفا کرونباخ نیز ۰/۸۷ گزارش شده است. در ایران نیز در مطالعه رنجبر و حاجلو روایی محتوایی و سازه ابزار تأیید شده و همسانی درونی گویه‌ها به روش آلفا کرونباخ برابر با ۰/۸۳ و پایایی آن برابر با ۰/۹۰ به دست آمده است [۴۰]. آلفای کرونباخ در پژوهش حاضر برابر با ۰/۸۱۶ بود.

طرحواره درمانی

در این پژوهش منظور از طرحواره درمانی ۱۰ جلسه درمان گروهی ۶۰ دقیقه‌ای برای کودکان و ۳۰ دقیقه‌ای برای مادران، مبتنی بر بسته‌درمانی Loose و همکاران [۲۹] است. خلاصه‌ای از محتوای جلسات در جدول ۱ ارائه شده است.

به منظور اجرای پژوهش از بین جامعه آماری ۳۰ نفر به شیوه هدفمند انتخاب شده و به صورت تصادفی در گروه‌های آزمایش و کنترل (۱۵ نفر در گروه آزمایشی طرحواره درمانی و ۱۵ نفر در گروه کنترل) به همراه یکی از والدین (مادر) جایگزین شد و به آزمون‌های تنظیم شناختی هیجان Garnefski و کفایت اجتماعی ادراک‌شده Anderson Boucher پاسخ دادند. سپس گروه آزمایش تحت مداخله طرحواره درمانی طی ۱۰ جلسه ۶۰ دقیقه‌ای با کودکان و ۳۰ دقیقه‌ای با مادران به صورت هفتگی قرار گرفتند و گروه کنترل در این مدت مداخله‌ای دریافت نکرده و در لیست انتظار بودند. پس از پایان جلسات درمانی از هر دو گروه پس‌آزمون گرفته شده و جلسه پیگیری نیز سه ماه بعد تشکیل شد و مجدداً هر دو گروه به سؤالات آزمون‌های مورد استفاده در دو مرحله قبلی پاسخ دادند. داده‌های پژوهش با استفاده از نرم‌افزار SPSS_۲۳ و تحلیل واریانس اندازه‌های تکراری مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

جدول ۱: خلاصه جلسات طرحواره درمانی (لوز و همکاران، ۲۰۲۰)

جلسات	محتوا
اول	جلسه کودکان و والدین: آشنایی اعضا گروه با یکدیگر، ایجاد رابطه درمانی، تبیین اهداف و قوانین
دوم	جلسه کودکان: آموزش احساس بدنی، شناخت و نام‌گذاری ذهنیت‌ها با نقاشی و عروسک‌ها
	جلسه والدین: معرفی نیازهای اساسی روان‌شناختی، ارزیابی شیوه برآورده کردن نیازها در خانواده
سوم	جلسه کودکان: پیدا کردن ذهنیت کنونی کودک، فعال کردن تجربه‌ها و رفتارهای رایج ذهنیت‌ها با عروسک‌ها
	جلسه والدین: معرفی هجده طرحواره و ریشه تحولی طرحواره‌ها

درمانی و آموزشی دیگر در ۶ ماه گذشته بوده و ملاک‌های خروج نیز داشتن نشانه‌ها و ملاک‌های اختلال دوقطبی و یا اختلال نافرمانی مقابله‌ای، عدم حضور در جلسات درمانی و غیبت بیش از یک جلسه، عدم همکاری و نقص در پاسخ به سؤالات آزمون‌ها و عدم رضایت والدین برای مشارکت خود و فرزندشان در جلسات در نظر گرفته شده بود. قبل از انجام مداخله رضایت والدین برای شرکت خود و فرزندشان در پژوهش کسب شد و به والدین و دانش‌آموزان اعلام شد که اطلاعات آن‌ها نزد پژوهشگر محرمانه باقی مانده و هر زمان که تمایل به ادامه شرکت در پژوهش نداشتند می‌توانند آزادانه از مطالعه خارج شوند. این پژوهش با کد اخلاق IR.IAU.

KHUISF.REC.1401.114 توسط کمیته اخلاق در پژوهش دانشگاه آزاد اسلامی واحد اصفهان (خوراسگان) تصویب شده است. ابزار مورد استفاده در پژوهش به شرح زیر است:

پرسشنامه تنظیم شناختی هیجان_ فرم کودکان

Garnefski و همکاران این نسخه از روی نسخه اصلی پرسشنامه نظم‌جویی شناختی هیجان به منظور استفاده در جامعه کودکان تدوین شده و یک ابزار خودگزارشی با ۳۶ ماده و ۹ خرده مقیاس در دو بعد کلی تنظیم شناختی مثبت هیجان و تنظیم شناختی منفی هیجان است. نحوه پاسخ به آن بر اساس مقیاس لیکرت (۱= هرگز تا ۵= همیشه) است. هر خرده مقیاس دارای ۴ سؤال و دامنه نمرات هر خرده مقیاس بین ۴ تا ۲۰ و دامنه نمرات کل بین ۳۶ تا ۱۸۰ است. نمرات بالا در هر خرده مقیاس بیانگر میزان استفاده بیشتر از راهبرد مذکور است. ضریب آلفای کرونباخ به دست آمده برای اکثر خرده مقیاس‌های این پرسشنامه بالاتر از ۰/۷۰ گزارش شده است. این پرسشنامه در ایران توسط مشهدی، حسنی و میردورقی ترجمه و اعتباریابی شده و ضرایب آلفای کرونباخ به دست آمده برای تمام خرده مقیاس‌ها از نظر روان‌سنجی مطلوب بوده است. میانگین ضرایب آلفای کرونباخ از ۷۹/۵ بوده و دامنه‌ی اکثر همبستگی‌های مجموعه‌ی ماده بیشتر از ۰/۴ است. این نتیجه بیانگر این است که خرده مقیاس‌ها از همسانی درونی رضایت‌بخش و از روایی مطلوبی برخوردار است [۳۹]. آلفای کرونباخ در پژوهش حاضر برای تنظیم منفی هیجان ۰/۷۷۶ و برای تنظیم مثبت هیجان برابر با ۰/۷۴۵ بود.

ادامه جدول ۱

چهارم	جلسه کودکان: بررسی نیازها و ذهنیت‌های کنونی از طریق مصاحبه با ذهنیت‌ها. جلسه والدین: پیدا کردن ذهنیت‌های کنونی با استفاده از فلش کارت‌ها
پنجم	جلسه کودکان: کشف ریشه، هدف و علل خشم با مصاحبه با آدمک ذهنیت، بررسی راه‌اندازهای ذهنیت. جلسه والدین: شناسایی طرحواره‌ها و ذهنیت‌های فعال کنونی والدین، شناسایی کودک آسیب‌پذیر والدین
ششم	جلسه کودکان: کشف ارتباط بین ذهنیت و مشکلات فعلی، بررسی کارایی و ناکارآمدی ذهنیت جلسه والدین: کشف ریشه و علل ذهنیت‌ها و ساخت ژنوگرام نمایانگر ذهنیت‌های خانوادگی
هفتم	جلسه کودکان: بحث در مورد ذهنیت‌های جایگزین، ترسیم حالت‌های مقابله‌ای جلسه والدین: پیدا کردن ذهنیت‌های مضر والدین برای رابطه والد و فرزند، کشف ارتباط بین ذهنیت و مشکلات فعلی
هشتم	جلسه کودکان: برون‌ریزی خشم با بازی، گفتگوی ذهنیت‌ها به وسیله عروسک‌ها جلسه والدین: تصویرسازی ذهنی و گفتگوی خیالی با ذهنیت‌ها با تکنیک صندلی‌ها، چالش با طرحواره‌ها و ذهنیت‌های ناکارآمد و زیر سؤال بردن اعتبار آن با شواهد تأیید و رد کننده
نهم	جلسه کودکان: آموزش مدیریت پرخاش با بازی، ارجاع محتاطانه داستان‌ها به موقعیت‌های زندگی جلسه والدین: آموزش و تمرین همدلی با کودک، ارائه راهنمایی‌های عملی به والدین برای برخورد با فرزندشان، تشویق برای رها کردن سبک‌های مقابله‌ای ناسازگار و جایگزینی رفتارها و سبک‌های مقابله‌ای کارآمد
دهم	جلسه کودکان و والدین: ارزیابی نتایج و جمع‌بندی تکنیک‌ها

یافته‌ها

($t=0/584$ ، $sig=0/564$) و نتایج آزمون خی دو، دومتغیره در بررسی تفاوت فراوانی گروه‌های سنی والدین ($sig=0/361$ ، $chi^2=0/833$) و تحصیلات والدین ($sig=0/281$ ، $chi^2=5/05$) در دو گروه نشان داد که این ویژگی‌های جمعیت شناختی در دو گروه تفاوت معنی‌داری ندارند. یافته‌های توصیفی متغیرهای پژوهش در جدول ۳ ارائه شده است.

همان‌گونه که در جدول ۲ مشاهده می‌شود، میانگین سنی کودکان در گروه طرحواره درمانی $99 \pm 9/13$ و در گروه کنترل $88 \pm 8/93$ بوده است که بررسی تفاوت میانگین سنی دو گروه با استفاده از آزمون t گروه‌های مستقل غیر معنی‌دار به دست آمده است

جدول ۲: یافته‌های جمعیت شناختی

متغیر جمعیت شناختی	سطوح	گروه‌ها		آزمون‌ها	
		کنترل	آزمایش	آماره	معنی‌داری
سن والدین فراوانی (درصد)	۳۰-۴۰ سال	۱۳ (۸۶/۷)	۱۱ (۷۳/۳)	۰/۸۳۳	۰/۳۶۱
	۴۰-۵۰ سال	۲ (۱۳/۳)	۴ (۲۶/۷)		
تحصیلات والدین فراوانی (درصد)	دیپلم	-	۲ (۱۳/۳)		
	فوق دیپلم	۲ (۱۳/۳)	-		
	لیسانس	۹ (۶۰)	۸ (۵۳/۳)	۵/۰۵	۰/۲۸۱
	فوق لیسانس دکتری	۴ (۲۶/۷)	۱ (۶/۷)		
سن میانگین (انحراف معیار)	-	۸۱/۹۳ (۰/۸۸)	۹۱/۱۳ (۰/۹۹)	۰/۵۸۴	۰/۵۶۴

جدول ۳: شاخص‌های توصیفی متغیرهای پژوهش به تفکیک دو گروه و سه مرحله پژوهش

متغیر	گروه	پیش‌آزمون		پس‌آزمون		پیگیری	
		میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار
تنظیم مثبت هیجان‌ات	آزمایش	۴۴/۳۳	۴/۹۲	۶۰/۲	۷/۴۲	۵۸/۹۳	۷/۳۲
	کنترل	۴۵/۴۷	۵/۴۶	۴۵/۸۷	۶/۳۲	۴۶/۰۷	۶/۵۹
تنظیم منفی هیجان‌ات	آزمایش	۴۲/۲۷	۷/۶۷	۳۴/۶	۶/۳۳	۳۵/۰۲	۷/۸۷
	کنترل	۴۳/۰۷	۸/۰۴	۴۲/۸۷	۹/۳۵	۴۲/۵۳	۸/۷۷
کفایت اجتماعی	آزمایش	۱۷/۴	۲/۳۵	۲۳/۵۳	۳/۳۷	۲۳/۶	۳/۱۱
	کنترل	۱۷/۸۷	۳/۷۴	۱۷/۵۳	۳/۷۴	۱۷/۶	۳/۷۵

بر اساس یافته‌های به دست آمده در جدول ۴، در تحلیل بین آزمودنی، میانگین نمرات متغیرهای تنظیم مثبت هیجان‌ها، تنظیم منفی هیجان‌ها و کفایت اجتماعی در گروه آزمایش (طرحواره درمانی) و کنترل تفاوت معنی‌داری دارد ($p < 0.05$). بر اساس نتایج در تحلیل‌های درون آزمودنی، اثر اصلی زمان معنی‌دار است که نشان می‌دهد، بین میانگین نمرات هر سه متغیر تنظیم هیجان‌ها مثبت و منفی و کفایت اجتماعی در مراحل پژوهش به طور کلی تفاوت معنی‌داری وجود دارد ($p < 0.01$)، نتایج نشان داده است که تعامل اثر زمان و عضویت گروهی نیز در هر سه متغیر معنی‌دار است ($p < 0.01$)؛ که نشان می‌دهد تغییرات مراحل پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری در هر یک از گروه‌ها معنی‌دار بوده است. میزان تفاوت مراحل در گروه‌ها در تنظیم هیجان‌ها مثبت و منفی به ترتیب برابر با ۵۹/۵ و ۳۰/۷ درصد و در کفایت اجتماعی برابر با ۵۰ درصد به دست آمده است.

نتایج آزمون تعقیبی جهت مقایسه گروه آزمایش و کنترل در مراحل پژوهش در متغیرهای پژوهش در جدول ۵ ارائه شده است. نتایج در جدول ۵ نشان می‌دهد، تفاوت دو گروه آزمایش و کنترل در مراحل پیش‌آزمون معنی‌دار نیست ($P > 0.05$) اما تفاوت در مراحل پس‌آزمون و همچنین پیگیری در هر سه متغیر بین گروه کنترل با گروه آزمایش معنی‌دار به دست آمده است ($p < 0.01$) که نشان

همان‌گونه که در جدول ۳ مشاهده می‌شود، میانگین نمرات متغیرهای پژوهش در گروه مداخله نسبت به گروه کنترل تغییر بیشتر در مراحل پس‌آزمون و پیگیری نسبت به پیش‌آزمون دارد.

استفاده از آزمون‌های پارامتریک اندازه‌های تکراری مستلزم رعایت چند پیش‌فرض اولیه شامل نرمال بودن نمرات، برابری واریانس‌ها و برابری ماتریس کوواریانس است.

برای پیش‌فرض نرمال بودن از آزمون شاپیرو ویلکز استفاده گردید. نتایج حاصل از اجرای این پیش‌فرض در مورد نمرات متغیرهای پژوهش نشان داد، فرض صفر مبنی بر نرمال بودن توزیع نمرات در متغیرهای پژوهش در هر سه مرحله پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری در هر سه گروه باقی است ($p > 0.05$).

جهت بررسی پیش‌فرض برابری واریانس‌ها، از آزمون لوین استفاده شده است. نتایج نشان داده است این پیش‌فرض نیز در هر سه مرحله در متغیرهای پژوهش تأیید شده است ($p > 0.05$)؛ اما نتایج آزمون ماچلی جهت بررسی یکنواختی کوواریانس‌ها در گروه‌ها رد شده است. از این رو در تحلیل‌های درون آزمودنی در تحلیل واریانس اندازه‌گیری مکرر از آزمون محافظه‌کارانه‌ای چون گرین هاوس - گیزر استفاده می‌شود.

نتایج مقایسه بین آزمودنی و درون آزمودنی در متغیرهای پژوهش در جدول ۴ ارائه شده است.

جدول ۴: نتایج تحلیل اثرات بین آزمودنی و درون آزمودنی در متغیرهای پژوهش

متغیر	اثر	منبع	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	معنی‌داری	اندازه اثر	توان آماری
تنظیم مثبت هیجان‌ها	بین آزمودنی	گروه	۱۶۹۸/۶۷۸	۱	۱۶۹۸/۶۷۸	۲۱/۳۵	۰/۰۰۱	۰/۴۳۳	۰/۹۹۴
	درون آزمودنی	اثر زمان	۱۲۴۱/۹۵۶	۱/۴۵	۸۵۸/۳۸۹	۴۶/۷۸۵	۰/۰۰۱	۰/۶۲۶	۱/۰۰۰
		اثر زمان × گروه	۱۰۹۳/۴۲۲	۱/۴۵	۷۵۵/۷۲۹	۴۱/۱۹	۰/۰۰۱	۰/۵۹۵	۱/۰۰۰
تنظیم منفی هیجان‌ها	بین آزمودنی	گروه	۶۸۸/۹	۱	۶۸۸/۹	۴/۵۶	۰/۰۴	۰/۱۴	۰/۶۸۸
	درون آزمودنی	اثر زمان	۳۰۶/۸۲۲	۱/۳۱	۲۳۴/۱۲	۱۵/۰۰۸	۰/۰۰۱	۰/۳۴۹	۰/۹۸۶
		اثر زمان × گروه	۲۵۴/۰۶۷	۱/۳۱	۱۹۳/۸۶۵	۱۲/۴۳	۰/۰۰۱	۰/۳۰۷	۰/۹۶۶
کفایت اجتماعی	بین آزمودنی	گروه	۳۳۲/۵۴۴	۱	۳۳۲/۵۴۴	۱۲/۳۶	۰/۰۰۲	۰/۳۰۶	۰/۹۲۴
	درون آزمودنی	اثر زمان	۱۷۲/۱۵۶	۱/۴۵	۱۱۹/۰۵۷	۲۳/۰۹	۰/۰۰۱	۰/۴۵۲	۱/۰۰۰
		اثر زمان × گروه	۲۰۹/۰۸۹	۱/۴۵	۱۴۴/۵۹۸	۲۸/۰۴	۰/۰۰۱	۰/۵	۱/۰۰۰

جدول ۵: نتایج آزمون تعقیبی جهت مقایسه گروه‌ها به تفکیک متغیرهای پژوهش در سه مرحله

متغیر	مرحله	تفاوت میانگین	معنی‌داری	حجم اثر
تنظیم مثبت هیجان‌ها	پیش‌آزمون	-۱/۱۳	۰/۵۵۵	۰/۰۱۳
	پس‌آزمون	۱۴/۳۳	۰/۰۰۱	۰/۵۶۹
	پیگیری	۱۲/۸۷	۰/۰۰۱	۰/۵۴۳
تنظیم منفی هیجان‌ها	پیش‌آزمون	-۰/۸	۰/۷۸۲	۰/۰۰۳
	پس‌آزمون	-۸/۲۷	۰/۰۰۸	۰/۲۲۳
	پیگیری	-۷/۵۳	۰/۰۰۵	۰/۲۴۸
کفایت اجتماعی	پیش‌آزمون	-۰/۴۶۷	۰/۶۸۶	۰/۰۰۶
	پس‌آزمون	۶	۰/۰۰۱	۰/۴۳۲
	پیگیری	۶	۰/۰۰۱	۰/۴۴۸

می‌دهد میزان تأثیر طرحواره درمانی بر بهبود تنظیم مثبت هیجان‌ها، تنظیم منفی هیجان‌ها و کفایت اجتماعی در پس‌آزمون به ترتیب برابر با ۵۶/۹، ۲۲/۳ و ۴۳/۲ درصد و در مرحله پیگیری برابر با ۵۴/۳، ۲۴/۸ و ۴۴/۸ درصد حاصل شده است.

بحث

هدف از انجام این پژوهش بررسی اثربخشی طرحواره درمانی بر تنظیم هیجان و کفایت اجتماعی در کودکان دارای اختلال بی‌نظمی خلق اخلاکگر بود. یافته‌های پژوهش نشان داد، طرحواره درمانی بر بهبود تنظیم مثبت و منفی هیجان‌ها و کفایت اجتماعی در کودکان دارای اختلال بی‌نظمی خلقی اخلاکگر در مرحله پس‌آزمون تأثیر معنی‌داری داشته و این تأثیر در مرحله پیگیری نیز باقی مانده است. مقایسه میانگین نمرات تنظیم مثبت و منفی هیجان و کفایت اجتماعی در سه مرحله نشان داده است که تفاوت میانگین نمرات همه متغیرهای پژوهش در گروه درمان در مرحله پیش‌آزمون با پس‌آزمون و همچنین پیش‌آزمون با پیگیری معنی‌دار است اما تفاوت میانگین نمرات پس‌آزمون و پیگیری معنی‌دار به دست نیامده است که حاکی از تثبیت اثرات درمان بعد از اتمام درمان است. نتایج این پژوهش مبنی بر اثربخشی طرحواره درمانی بر تنظیم هیجان با یافته‌های رهبر کرباسدهی و همکاران [۳۴] مبنی بر اثربخشی طرحواره درمانی بر تنظیم شناختی هیجان و خودکارآمدی اجتماعی نوجوانان مبتلا به صرع و یافته‌های یزدانی و همکاران [۲۵] مبنی بر اثربخشی طرحواره درمانی بر دشواری تنظیم هیجان و پرخاشگری در دانش‌آموزان در بافتی کلی‌تر همسویی دارد.

نتایج پژوهش حاکی از افزایش راهبردهای تنظیم شناختی مثبت هیجان و کاهش تنظیم شناختی منفی هیجان بوده است و طرحواره درمانی در جهت جایگزینی راهبردهای شناختی به جای راهبردهای تنظیم رفتاری و ناسازگار هیجان موفق بوده است. تحقیقات نیز نشان می‌دهند درجات بالایی از راهبردهای تنظیم رفتاری (و نه شناختی) منجر به مشکلات بیرونی در نوجوانان می‌گردد [۱۰]. در تبیین اثربخشی طرحواره درمانی بر تنظیم هیجان می‌توان گفت از آنجایی که طرحواره‌های ناسازگار باعث می‌شود افراد کمتر از راهبردهای سازگار هیجان استفاده کرده و بیشتر از راهبردهای ناسازگار و منفی تنظیم هیجان استفاده کنند. طرحواره درمانی با بررسی و شناخت ذهنیت‌ها منجر به تغییر اساسی و ریشه‌ای الگوهای ناکارآمد تنظیم هیجان می‌گردد. طرحواره درمانی کودک با بررسی ذهنیت‌ها و سبک‌های مقابله‌ای از طریق بازی و بازسازی خاطرات و جایگزینی ذهنیت‌های ناکارآمد مانند ذهنیت کودک آسیب‌پذیر با ذهنیت کودک دانا و خردمند و الگوهای کارآمد موجب ایجاد و سازمان‌دهی الگوهای جدید، سازگار و مثبت تنظیم هیجان (تعادل هیجان‌ها) می‌گردد که به کودک کمک می‌کند به شیوه‌ای جدید و مؤثرتر به موقعیت‌ها پاسخ دهد. نقش والدین به عنوان یک مربی در تنظیم هیجان‌ها کودک نیز حائز اهمیت است و درمانگر با هدایت والدین به سمت فرزندپروری

صحیح و با کفایت می‌تواند اثرگذار باشد. والدین می‌توانند خود الگویی برای استفاده از راهبردهای شناختی تنظیم هیجان باشند بنابراین در طی درمان طرحواره‌ها و ذهنیت‌های خانوادگی ناکارآمد کشف و تعدیل می‌گردد که می‌تواند بر ایجاد راهبردهای تنظیم هیجان مؤثر واقع شود.

نتایج این پژوهش مبنی بر اثربخشی طرحواره درمانی بر کفایت اجتماعی با یافته‌های خساره و همکاران [۲۶] مبنی بر اثربخشی طرحواره درمانی بر تاب‌آوری و سازگاری اجتماعی در نوجوانان و یافته‌های دباغی ظریف و رضایی [۳۷] مبنی بر اثربخشی آموزش گروهی طرحواره‌درمانی بر سازگاری اجتماعی دانش‌آموزان ناسازگار در بافتی کلی‌تر همسویی دارد.

در تبیین اثربخشی طرحواره درمانی بر کفایت اجتماعی نیز می‌توان به این نکته اشاره نمود که چنانچه گفته شد، مطالعات بی‌شماری نشان داده‌اند که کودکانی که می‌توانستند هیجان‌ها خود را به اندازه کافی بیان و تنظیم کنند، مشکلات برونی‌سازی و مشکلات درونی کمتری را نشان می‌دهند و همچنین در مقایسه با همسالان دیگرشان که به درستی قادر به تنظیم هیجان‌ها خود نبودند، کفایت اجتماعی بیشتر و روابط بهتری با همسالان خود داشتند [۱۸-۱۶]؛ بنابراین از آنجایی که طرحواره درمانی در بهبود تنظیم هیجان موفق عمل کرده، بهبود تنظیم هیجان و استفاده از راهبردهای تنظیم شناختی مثبت هیجان خود عاملی تأثیرگذار در جهت بهبود کفایت اجتماعی کودکان دارای اختلال بی‌نظمی خلق اخلاکگر بوده است. از سوی دیگر چنانچه گفته شد پیوند بین والدین و فرزندان تأثیر مثبت و بلندمدت بر کفایت اجتماعی دارد [۴۱] و این درمان علاوه بر کودک آموزش‌ها و تکنیک‌هایی برای والدین جهت بهبود روابط و فرزندپروری در نظر گرفته‌اند. در تبیین دیگر می‌توان گفت طرحواره درمانی کودک می‌تواند با شناخت و تغییر ذهنیت‌های ناکارآمد الگوی پردازش اطلاعات اجتماعی و نگاه کودک به دنیا را تغییر داده و با ایجاد راهبردهای تنظیم شناختی هیجان سازگار منجر به بهبود روابط و افزایش کفایت اجتماعی گردد. کار گروهی در این درمان نیز با ایجاد موقعیت‌های اجتماعی واقعی به برقراری ارتباط بهتر منجر شده و بازخوردی که کودک از اعضای گروه می‌گیرد به احساس کفایت اجتماعی در او کمک می‌کند. چراکه کودک می‌تواند در یک فضای امن هیجان‌ها منفی خود را بروز داده و سپس در مورد رفتارهای اجتماعی خود بازخورد دریافت کند. درواقع کودک در گروه ضمن تغییر سبک‌های مقابله‌ای و ذهنیت‌های ناکارآمد خود، مهارت‌های اجتماعی را فراگرفته و آن را تمرین می‌کند.

از محدودیت‌های این پژوهش می‌توان به روش نمونه‌گیری هدفمند و محدود بودن جامعه به پسران ۸ تا ۱۱ سال دارای اختلال بی‌نظمی خلق اخلاکگر در شهر اصفهان اشاره نمود. همچنین این پژوهش به صورت مقطعی و در بازه زمانی سال

تشکر و قدردانی

از تمامی کسانی که ما را در اجرای این پژوهش یاری نمودند، تشکر و قدردانی می‌شود.

نضاد منافع

هیچ‌گونه تعارض منافی بین نویسندگان وجود ندارد.

سهام نویسندگان

تمامی نویسندگان سهم یکسانی در تهیه مقاله داشته‌اند...

ملاحظات اخلاقی

این پژوهش از رساله دکتری روانشناسی دانشگاه آزاد اسلامی واحد اصفهان استخراج شده است و دارای کد اخلاق IR.IAU.KHUISF.REC.1401.114 است.

حمایت مالی

این پژوهش هیچ کمک مالی از سازمان تأمین‌کننده مالی دولتی و غیر دولتی دریافت نکرده‌است.

نتیجه‌گیری

در یک نتیجه‌گیری کلی می‌توان گفت، طرحواره درمانی کودک بر بهبود تنظیم هیجان و کفایت اجتماعی در کودکان دارای اختلال بی‌نظمی خلقی اخلاک‌گر مؤثر بوده است. لذا به درمانگران این حوزه پیشنهاد می‌شود از طرحواره درمانی کودک برای بهبود تنظیم هیجان، کفایت اجتماعی و کاهش مشکلات این کودکان بهره‌گیرند.

REFERENCES

- Ogundele MO. Behavioural and emotional disorders in childhood: A brief overview for paediatricians. *World J Clin Pediatr.* 2018;7(1):9-26. PMID: 29456928 DOI: 10.54097/wjcp.v7.i1.9
- Clayborne ZM, Varin M, Colman I. Systematic review and meta-analysis: adolescent depression and long-term psychosocial outcomes. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry.* 2019 Jan 1;58(1):72-9. PMID: 30577941 DOI: 10.1016/j.jaac.2018.07.896
- Hannigan LJ, Walaker N, Waszczuk MA, McAdams TA, Eley TC. Aetiological influences on stability and change in emotional and behavioural problems across development: a systematic review. *Psychopathol Rev.* 2017;4(1):52-108. PMID: 28337341 DOI: 10.5127/pr.038315
- Roy AK, Lopes V, Klein RG. Disruptive mood dysregulation disorder: a new diagnostic approach to chronic irritability in youth. *Am J Psychiatry.* 2014;171(9):918-24. PMID: 25178749 DOI: 10.1176/appi.ajp.2014.13101301
- American Psychiatric Association AP, American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-IV. Washington, DC: American psychiatric association; 2020.
- Leibenluft E. Severe mood dysregulation, irritability, and the diagnostic boundaries of bipolar disorder in youths. *Am J Psychiatry.* 2011;168(2):129-42. PMID: 21123313 DOI: 10.1176/appi.ajp.2010.10050766
- Brotman MA, Kircanski K, Stringaris A, Pine DS, Leibenluft E. Irritability in youths: a translational model. *Am J Psychiatry.* 2017;174(6):520-32. PMID: 28103715 DOI: 10.1176/appi.ajp.2016.16070839
- Orri M, Galera C, Turecki G, Boivin M, Tremblay RE, Geoffroy MC, et al. Pathways of association between childhood irritability and adolescent suicidality. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry.* 2019;58(1):99-107. PMID: 30577945 DOI: 10.1016/j.jaac.2018.06.034
- Crowell JA. Development of emotion regulation in typically developing children. *Child Adolesc Psychiatr Clin N Am.* 2021;30(3):467-74. PMID: 34053680 DOI: 10.1016/j.chc.2021.04.001
- Te Brinke LW, Menting AT, Schuiringa HD, Deković M, Weisz JR, De Castro BO. Emotion regulation training as a treatment element for externalizing problems in adolescence: A randomized controlled micro-trial. *Behav Res Ther.* 2021;143:103889. PMID: 34111699 DOI: 10.1016/j.brat.2021.103889
- Otterpohl N, Schwinger M, Wild E. Exploring the interplay of adaptive and maladaptive strategies: Prevalence and functionality of anger regulation profiles in early adolescence. *JEA.* 2016;36(8):1042-69. DOI: 10.1177/0272431615593174
- Carlson GA, Singh MK, Amaya-Jackson L, Benton TD, Althoff RR, Bellonci C, et al. Narrative review: impairing emotional outbursts: what they are and what we should do about them. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry.* 2023;62(2):135-150. PMID: 35358662 DOI: 10.1016/j.jaac.2022.03.014
- Hatami E, Pourmohamadreza Tajrishi M, Sajedi F, Bakhshi E. The effect of emotion regulation training on behavioral problems in children with intellectual disability. *Development Pscychol.* 2022;18(71):167-80.
- Eisenberg N, Fabes RA, Bernzweig J, Karbon M, Poulin R, Hanish L. The relations of emotionality and regulation to preschoolers' social skills and sociometric status. *Child Dev.* 1993;64(5):1418-38. PMID: 8222881 DOI: 10.2307/1131543
- Hamaidi DA, Mattar JW, Arouri YM. Emotion regulation and its relationship to social competence among kindergarten children in Jordan. *EJCE.* 2021;10(1):66-76.
- Eisenberg N, Spinrad TL, Eggum ND. Emotion-related self-regulation and its relation to children's maladjustment. *Annu Rev Clin Psychol.* 2010;6:495-525. PMID: 20192797 DOI: 10.1146/annurev.clinpsy.121208.131208
- Zeman J, Cassano M, Perry-Parrish C, Stegall S. Emotion regulation in children and adolescents. *J Dev Behav Pediatr.* 2006;27(2):155-68. PMID: 16682883 DOI: 10.1097/00004703-200604000-00014
- Hill AL, Degnan KA, Calkins SD, Keane SP. Profiles of externalizing behavior problems for boys and girls across preschool: the roles of emotion regulation and inattention. *Dev Psychol.* 2006;42(5):913-28. PMID: 16953696 DOI: 10.1037/0012-1649.42.5.913
- Brown BB, Prinstein MJ, editors. Encyclopedia of adolescence. Academic Press; 2011.
- Huber L, Plötner M, Schmitz J. Social competence and psychopathology in early childhood: a systematic review. *Eur Child Adolesc Psychiatry.* 2019;28:443-59. PMID: 29637284 DOI: 10.1007/s00787-018-1152-x
- Hukkelberg S, Keles S, Ogden T, Hammerstrøm K. The relation between behavioral problems and social competence: A correlational Meta-analysis. *BMC Psychiatry.* 2019;19(1):1-4. PMID: 31706279 DOI: 10.1186/s12888-019-2343-9

22. Yang Y, Qi Y, Cui Y, Li B, Zhang Z, Zhou Y, et al. Emotional and behavioral problems, social competence and risk factors in 6–16-year-old students in Beijing, China. *PLoS One*. 2019;**14**(10):e0223970. [PMID: 31647827](#) [DOI: 10.1371/journal.pone.0223970](#)
23. Butler AC, Chapman JE, Forman EM, Beck AT. The empirical status of cognitive-behavioral therapy: A review of meta-analyses. *Clin Psychol Rev*. 2006;**26**(1):17-31. [PMID: 16199119](#) [DOI: 10.1016/j.cpr.2005.07.003](#)
24. Sukhodolsky DG, Kassinove H, Gorman BS. Cognitive-behavioral therapy for anger in children and adolescents: A meta-analysis. *Aggress Violent Behav*. 2004;**9**(3):247-69. [DOI: 10.1016/j.avb.2003.08.005](#)
25. Tudor ME, Ibrahim K, Bertschinger E, Piasecka J, Sukhodolsky DG. Cognitive-behavioral therapy for a 9-year-old girl with disruptive mood dysregulation disorder. *Clin Case Stud*. 2016;**15**(6):459-75. [PMID: 29081722](#) [DOI: 10.1177/1534650116669431](#)
26. Linke J, Kircanski K, Brooks J, Perhamus G, Gold AL, Brotman MA. Exposure-based cognitive-behavioral therapy for disruptive mood dysregulation disorder: An evidence-based case study. *Behav Ther*. 2020;**51**(2):320-33. [PMID: 32138941](#) [DOI: 10.1016/j.beth.2019.05.007](#)
27. Van Wijk-Herbrink, M. F., Broers, N. J., Roelofs, J., & Bernstein, D. P. (2017). Schema therapy in adolescents with disruptive behavior disorders. *The International Journal of Forensic Mental Health*, *16*(3), 261–279.
28. Young J, Kloskov J, Vyshar M. Schema therapy: practical guide for clinicians. Arjmand Publishers; 2003.
29. Loose C, Graaf P, Zarbock G, Holt RA. Schema Therapy with Children and Adolescents: A Practitioner's Guide. 9th ed. UK: Pavilion Publishing and Media Ltd; 2020.
30. Schilder DL, van Wijk-Herbrink MF, Groenman AP, van den Hoofdakker BJ. The mediating role of externalising and healthy schema modes in the relationship between early maladaptive schemata and overt behaviours in adolescent boys with offending behaviours, and a comparison of their early schemata with those of typically developing boys. *Crim Behav Ment Health*. 2021;**31**(2):109-19. [PMID: 33768636](#) [DOI: 10.1002/cbm.2192](#)
31. Santos AC, Arriaga P, Daniel JR, Cefai C, Melo MH, Psyllou A, et al. Social and emotional competencies as predictors of student engagement in youth: a cross-cultural multilevel study. *Stud High Educ*. 2023;**48**(1):1-9. [DOI: 10.1080/03075079.2022.2099370](#)
32. Roelofs J, Muris P, van Wesemael D, Broers NJ, Shaw I, Farrell J. Group-schematherapy for adolescents: Results from a naturalistic multiple case study. *J Child Fam Stud*. 2016;**25**:2246-57. [PMID: 27375347](#) [DOI: 10.1007/s10826-016-0391-z](#)
33. Karimipour A, Asgari P, Makvandi B, Johari Fard R. Effects of schema therapy for children and adolescents on the externalizing behaviors of the adolescents referred to the counseling centers in Ahvaz, Iran. *J Health Rep Technol*. 2021;**7**(4):e118076. [DOI: 10.5812/ijhrs.118076](#)
34. Rahbar Karbasdehi F, Hosseinkhanzadeh A A, Shakerinia I. The Effectiveness of Schema Therapy on Cognitive Emotion Regulation and Social Self- Efficacy in Adolescents with Epilepsy. *Shefaye Khatam*. 2021;**9**(3):64-72. [DOI: 10.52547/shefa.9.3.64](#)
35. Yazdani M, Hafezi F, Ehteshamzadeh P, Dasht Bozorgi Z. Efficacy of group schema therapy on difficulty in emotion regulation and aggression in adolescent girls. *J Psychol Stud*. 2021;**16**(4):59-76. [DOI: 10.22051/psy.2021.31473.2240](#)
36. Khasareh H, Pouladi Reyshahri A, Mohammadi S. The effectiveness of schema therapy on resilience and social adjustment in female adolescents in Kerman. *JMPR*. 2023;**17**(68):115-22.
37. Dabaghi Zarif S, Rezaei S. Group schema therapy training on social adjustment in maladaptive students. *MEJDS*. 2020;**10**:82.
38. Delavar A. Theoretical and practical foundations of research in humanities and social sciences. Tehran: Roshd Publishing; 2019.
39. Mashhadi A, Hasani J, Mirdoraghi F. Factor structure, reliability and validity of Persian version of the cognitive emotion regulation questionnaire-children form (CERQ-K-P). *JFMH*. 2012;**14**(55):59-246. [DOI: 10.22038/jfmh.2013.942](#)
40. Ranjbar M, Hajloo N, Gholami F. Psychometric properties of Persian version of Perceived Social Competence Scale in adolescents. *Soc Psychol Res*. 2016;**5**(20):99.
41. Joas J, Möhler E. Maternal bonding in early infancy predicts childrens' social competences in preschool age. *Front Psychiatry*. 2021;**12**:687535. [PMID: 34489753](#) [DOI: 10.3389/fpsy.2021.687535](#)