

تأثیر افشای هیجانی نوشتاری در پرخاشگری و زودانگیختگی و دشواری تنظیم هیجانی نوجوانان مبتلا به اختلال نافرمانی مقابله‌ای: مطالعه تک آزمودنی

۱. پوران‌دخت نیرومند*، ۲. مهناز علی‌اکبری، ۳. محمد اورکی

۱. دکترای مدیریت تکنولوژی دانشگاه علامه طباطبائی، تهران، ایران، ۲. استاد گروه روانشناسی دانشگاه پیام نور، ایران، ۳. دانشیار گروه روانشناسی دانشگاه پیام نور، ایران

(تاریخ وصول: ۱۳۹۹/۰۷/۱۱ - تاریخ پذیرش: ۱۴۰۰/۰۳/۱۹)

The Effect of Written Emotional Disclosure in Aggression and Impulsivity and Difficulties in Emotion Regulation of youth with Oppositional Defiant Disorder: A Single Subject Study

1. Pourandokht Niroumand*, 2. Mahnaz Ali Akbari Dehkordi, 3. Mohammad Oraki

1. PhD in Technology management, Allameh Tabataba'i University, Tehran, Iran, 2. Professor of Department of Psychology, Payame Noor University, Iran, 3. Associate Professor of Department of Psychology, Payame Noor University, Iran

(Received: Oct. 02, 2020 - Accepted: Jun. 09, 2021)

Abstract

Objective: The aim of study was conducted to assess the effectiveness of WED impulsivity and aggression in adolescents with ODD. Current study was conducted using a single subject experimental design. Diagnosis of ODD according to the SNAP-IV, Scale DSM5, Eisenbach. In order to assess aggression and impulsivity and difficulty in emotion regulation, Bass & Perry Aggression (1992) and Five Factors of impulsivity by Linham et al (2001) and Roemer and Graz (2004) ER were completed by participants at the beginning and during intervention sessions. The magnitude of the effect of aggression on the Bass and Perry scale according to the Cohen index for the first to third participants was 0.56 0.41 and 0.47 respectively. The rate of recovery after the intervention was 45, 35 and 49% and the follow-up stage was 47,41 and 50%. The magnitude of the effect of the five-factor scale, according to the Cohen index for three participants is equal to 0.40, 0.53 and 0.52 respectively, and the rate of recovery after the intervention was 47, 52 and 47%. The follow-up stage was 47,51 and 50%. The magnitude of the effect of difficulty in regulating emotion, according to the Cohen index for three subjects is equal to 0.41, 0.38 and 0.37, respectively. The rate of recovery after the intervention was 35,44 and 37% and the follow-up stage was 37, 41 and 35%. Reduction in aggression and impulsivity dimensions. The results showed that WED of emotion can be useful in psychological interventions based on reducing aggression, impulsivity and difficulty in emotional regulation of adolescents with ODD.

Keywords: written emotional disclosure, oppositional defiant disorder, Impulsivity, Aggression.

چکیده

مقدمه: هدف پژوهش حاضر تعیین اثربخشی افشای هیجانی نوشتاری بر زودانگیختگی، پرخاشگری و سختی تنظیم هیجانی سه نوجوان مبتلا به اختلال نافرمانی مقابله‌ای در چارچوب یک طرح تجربی تک آزمودنی خط پایه چندگانه بود. روش: سه نوجوان بر اساس تشخیص مبتنی بر DSM-5، چهارمین ویرایش مقیاس درجه‌بندی سوانسون، نولان و پلهام، و ایشناخ، انتخاب شدند. به منظور سنجش پرخاشگری، زودانگیختگی و دشواری تنظیم هیجانی، پرسشنامه‌های پرخاشگری باس و پری (۱۹۹۲)، پنج عاملی زودانگیختگی لینهام و همکاران (۲۰۰۱) و تنظیم هیجانی روئمر و گراتز (۲۰۰۴) در مراحل خط پایه، جلسات مداخله و پیگیری توسط آزمودنی‌ها تکمیل شدند. یافته‌ها: مقدار اندازه اثر پرخاشگری مقیاس باس و پری برحسب شاخص کوهن برای آزمودنی‌های اول تا سوم به ترتیب برابر با ۰/۵۶، ۰/۴۱ و ۰/۴۷ و میزان بهبودی پس از مداخله ۴۵، ۳۵ و ۴۹٪ و مرحله پیگیری با ۴۷، ۴۱ و ۵۰٪ است. مقدار اندازه اثر زودانگیختگی مقیاس پنج عاملی، برحسب شاخص کوهن برای سه آزمودنی به ترتیب برابر با ۰/۴۰، ۰/۵۳ و ۰/۵۲ و میزان بهبودی پس از مداخله ۴۷، ۵۲ و ۴۷٪ و مرحله پیگیری ۴۷، ۵۱ و ۵۰٪ است. مقدار اندازه اثر دشواری تنظیم هیجان، برحسب شاخص کوهن برای سه آزمودنی به ترتیب برابر با ۰/۴۱، ۰/۳۸ و ۰/۳۷ و میزان بهبودی پس از مداخله با ۳۵، ۳۷ و ۴۴٪ و مرحله پیگیری با ۳۷، ۴۱ و ۳۵٪ است. نتیجه‌گیری: نتایج تحقیق نشان داد راهبرد افشای نوشتاری هیجان می‌تواند در مداخلات روان‌شناختی برای کاهش پرخاشگری، تکانش‌گری و سختی تنظیم هیجانی نوجوانان مبتلا به اختلال نافرمانی مقابله‌ای مد نظر قرار گیرد.

واژگان کلیدی: افشای هیجانی نوشتاری، پرخاشگری، زودانگیختگی، دشواری تنظیم هیجان، اختلال نافرمانی مقابله‌ای، تک آزمودنی.

*Corresponding Author: Pourandokht Niroumand

*نویسنده مسئول: پوران‌دخت نیرومند

Email: scinnotech@gmail.com

اختلال نافرمانی مقابله‌ای (ODD)^۱ از اختلال‌های رفتاری است که مهم‌ترین ویژگی آن الگوی پایدار رفتار تکراری منفی‌گرایی، لجبازی، نافرمانی و خصومت در برابر مظاهر قدرت است که باعث اختلال قابل ملاحظه بالینی در کنش‌وری تحصیلی، اجتماعی و شغلی فرد می‌شود (امیری و همکاران، ۱۳۹۶). با توجه به شیوع بالای درصد این اختلال (جمالی پافلعه و همکاران، ۱۳۹۲) و نیاز فرد مبتلا به درمان (فرامرزی، ۱۳۹۴) و بالا بودن هزینه‌های درمانی، ضروری است توسعه روش‌های درمانی مقرون به صرفه قابل دسترس (کلی^۲، ۲۰۱۹) از جمله افشای نوشتاری هیجان مورد توجه قرار گیرند. بیشتر پژوهش‌های مربوطه به مداخلات درمانی از جمله افشای هیجانی نوشتاری در این اختلال برای نوجوانان تا ۱۶ سال انجام شده است. با توجه به تأثیر این راهبرد از یک سو و شیوع این اختلال به‌ویژه آسیب‌های حاصل از تکانش‌گری، پرخاشگری و دشواری تنظیم هیجان روی سلامت فرد و اطرافیان، پژوهش حاضر، اولین تحقیق است که به روش تک آزمودنی جهت ارزیابی تأثیر افشای هیجانی نوشتاری در سه نوجوان ۱۶ تا ۱۹ سال مبتلا انجام شده است. اختلال نافرمانی مقابله‌ای در DSM 5 در گروه اختلالات اخلاک‌گر، کنترل تکانه و سلوک قرار می‌گیرد (رضاعی و همکاران، ۱۳۹۵) که به عنوان یک اختلال شایع و ناتوان‌کننده، برای فرد، خانواده و معلمان، مشکلاتی ایجاد می‌کند و با میزان بالایی از معضلات اجتماعی همراه است و در نوجوانی

یا بزرگسالی می‌تواند سبب بروز اختلال سلوک شود (قدرتی میرکوهی و همکاران، ۱۳۹۶). مهم‌ترین ویژگی آن الگوی پایدار رفتار تکراری منفی‌گرایی، لجبازی، نافرمانی و خصومت در برابر مظاهر قدرت (والدین و اولیاء مدرسه) است که به دلیل اختلال قابل ملاحظه بالینی در کنش‌وری تحصیلی، اجتماعی و شغلی فرد (امیری و همکاران، ۱۳۹۶) و ماهیت پیچیده این اختلالات رفتاری، بررسی و به‌کارگیری درمان‌های جدید را ایجاب می‌کند (شریفی درآمدی، ۱۳۹۲). وقوع و تداوم نشانه‌های اختلال نافرمانی مقابله‌ای از عوامل رشدی و محیطی، بخصوص شیوه فرزند پروری والدین تأثیر می‌پذیرد (بیرامی و حسن‌زاده، ۱۳۹۶). بیرامی و عبادی آسایش (۱۳۸۸) به این نتیجه رسیده‌اند شیوه‌های فرزند پروری سهل‌گیر و مستبدانه بیش از روش منطقی منجر به بروز بعضی ویژگی‌های رفتاری اختلال نافرمانی مقابله‌ای مانند خصومت، بزهکاری، نافرمانی و بی‌مسئولیتی می‌شوند (رحیمی و همکاران، ۱۳۹۳). مشکلات اصلی این اختلال، ضعیف‌تر بودن کارکردهای اجرایی (کارگر برزی و همکاران، ۱۳۹۶) کاهش سطح حرمت خود و ایجاد تفکرات پارانویید (عبدالحمیدی و همکاران، ۱۳۹۷) پرخاشگری، زودانگیختگی و دشواری تنظیم هیجان است که در سنین نوجوانی آسیب جدی به فرد و اطرافیان وارد می‌کند. درباره تأثیر این راهبرد بر پیامدهای آسیب‌زای ODD از جمله پرخاشگری و تکانش‌گری (حسنی و آدینه، ۱۳۹۵) و تنظیم هیجانی (بشارت و همکاران،

1. Oppositional defiant disorder

2. Kállay, Éva

۱۳۹۶) پژوهش‌های متعددی انجام شده است.

نافرمانی مقابله‌ای، یک اختلال شایع، با خشم و عصبانیت / تحریک‌پذیری، رفتار جدلی / نافرمانی و کینه‌ورزی همراه است. به دلیل ناهمگونی قابل توجه، از جمله مسیر بی‌عاطفگی / فقدان هیجان و یک مسیر خلق واکنشی / پرخاشگرانه، توصیف دقیق این اختلال برای ارزیابی و درمان زودرس مهم است (مارتل، ۲۰۱۹). این اختلال ساختار نهفته‌ای دارد که درک آن برای ارائه بهتر مدل‌های علی، بهبود روش‌های تشخیص و ارزیابی و تقویت درمان‌های مربوط به این اختلال ضروری است (باری و همکاران، ۲۰۱۳). بر اساس رویکرد آدلر - گلاسر^۳ افراد با اختلال نافرمانی مقابله‌ای بیمار نیستند، بلکه دل‌سرد شده و نیازهای پنج‌گانه‌شان پاسخ داده نشده است؛ بنابراین با درک هدف رفتار و ارتقاء علاقه اجتماعی در افراد با اختلال نافرمانی مقابله‌ای، می‌توان نشانه‌های آن را کاهش داد (سید محمودیان و همکاران، ۱۳۹۶). به نظر بویلان^۴ و همکاران (۲۰۰۷) برخی شواهد نشان می‌دهد اختلال نافرمانی مقابله‌ای نه‌تنها به عنوان **پیش‌بینی** برای اختلال سلوک و رفتار ضداجتماعی عمل می‌کند بلکه اختلالات خلقی و اضطرابی را هم پیش‌بینی می‌کند (لوبر و همکاران، ۱۳۹۲). ملاک‌های تشخیصی آن بر مبنای DSM5 به این شرح زیر است: یک الگوی خلق خشمگین

/ تحریک‌پذیری، رفتار جر و بحث / مقابله‌ای که بیش از ۶ ماه دوام داشته، دستکم با ۴ علامت از هرکدام از طبقه‌های زیر نمایان شده و در تعامل با دست‌کم یک نفر غیر از خواهر/ برادر بروز کند. **خلق خشمگین / تحریک‌پذیر:** (۱) غالباً از کوره در می‌رود. (۲) غالباً زودرنج است و به آسانی دلخور می‌شود. (۳) غالباً خشمگین است.

رفتار جر و بحث / مواجهه‌ای: غالباً (۱) با مراجع قدرت بحث می‌کند. (۲) فعالانه مخالفت کرده یا از انجام درخواست مراجع قدرت و عمل به قواعد سرباز می‌زند. (۳) به‌طور عمد دیگران را ناراحت می‌کند. (۴) برای اشتباه و بدرفتاری خود دیگران را سرزنش می‌کند.

کینه‌توزی: (۱) دستکم دو بار در شش ماه گذشته کینه‌جویی یا تلافی‌جویی کرده است. در افراد پنج‌ساله و بالاتر، این رفتارها باید بیشتر روزها روی دهد مگر آنکه طور دیگر بیان شده باشد.

اختلال نافرمانی مقابله‌ای با نافرمانی مداوم، ناسازگاری و مخالفت رفتاری توأم با عصبانیت و تحریک‌پذیری مداوم به‌طور معمول در اوایل دوران کودکی شروع و تا بزرگسالی ادامه می‌یابد؛ و به‌طور گسترده در طول عمر بر عملکرد، تأثیر گذاشته و باعث مشکلاتی در روابط بین فردی، عملکرد اجتماعی، عملکرد تحصیلی و حرفه‌ای و روابط خانوادگی می‌شود. نشانه‌های این اختلال شامل دو بعد (۱) تحریک‌پذیری و (۲) رفتاری است. بُعد تحریک‌پذیری، به‌طور قوی پیش‌بینی‌کننده افسردگی و اضطراب است، در حالی که بُعد رفتاری، پیش‌بینی‌کننده بدتر شدن مداوم آسیب روانی رفتاری است. عوامل ژنتیکی

1. Michelle M. Martel.
2. Tammy D. Barry, David K. Marcus, Christopher T. Barry, Emil F. Coccaro
3. Approaches of A. Adler (1956) and W. Glasser (1965)
4. Boylan

به توضیح هر دو بُعد اختلال کمک می‌کنند و در تعامل با عوامل محیطی، به‌ویژه در زمینه‌های بین فردی، به تداوم آن کمک می‌کند. بُعد تحریک‌پذیری این اختلال رفتاری که با اختلال بد تنظیمی خلق مخرب همپوشانی دارد، ارزیابی و درمان را پیچیده می‌کند. درمان‌های اثربخشی برای ODD ارائه شده‌اند که سن و شدت رفتار بر روند درمان، تأثیرگذار است. به عنوان مثال افرادی که سن بیشتری دارند، درمان‌های معتبر کمی که از پیشرفت این اختلال رفتاری جلوگیری کند، در دسترس است. این موضوع به‌ویژه برای نوجوانان، صادق‌تر است. همچنین درمان‌ها، به بعد تحریک‌پذیری توجه کافی نداشته‌اند (بورک ورتلی^۱، ۲۰۱۸). از نظر دیک^۲ و همکاران (۲۰۰۵) عواملی که در به وجود آوردن اختلال نافرمانی مقابله‌ای دخالت دارند ترکیبی از خصوصیات و گرایش‌های ژنتیکی یا زیست‌شناختی، شیوه‌های فرزند پروری ناکارآمد، تأثیر متقابل شرایط اجتماعی و محیطی و ویژگی‌های شخصیتی‌اند (سهرابی و همکاران، ۱۳۹۳). اختلال نافرمانی مقابله‌ای تقریباً ۵۰٪ ارثی و ۵۰٪ محیطی است. عوامل خطر آن طیفی از عوامل فردی تا فرهنگی است. آل‌های ژنتیکی مؤثر بر انتقال عصبی دوپامینرژیک و سروتونرژیک، مزاج و خلق‌وخوی دشوار، شیوه‌های فرزند پروری مانند نظم و انضباط سخت و نظارت ضعیف، ضرب و شتم و پذیرفته نشدن از سوی همسالان و عوامل اجتماعی مانند فقر و قرار گرفتن در معرض خشونت است (مارتل، ۲۰۱۹). در شکل ۱ عوامل

محیطی و ژنتیکی نشان داده شده است.^۳ پرخاشگری، روانشناسان اجتماعی عمل پرخاشگرانه را رفتار آگاهانه‌ای می‌دانند که هدفش اعمال درد و رنج جسمانی یا روانی باشد (بهبودی و همکاران، ۱۳۹۴). این رفتار که به قصد آسیب رساندن به کسی است از جنبه اجتماعی توجیه‌پذیر نیست. پرخاشگری بر اساس شکل و عمل شامل پرخاشگری کلامی، وسیله‌ای و تلفاتی جوانه است (دستا و خسروی، ۱۳۷۹) که به دلایل مختلف رخ می‌دهد. یکی از نظریه‌های تبیین‌کننده پرخاشگری، نظریه ناکامی - پرخاشگری چون ناکامی تحصیلی است (عظیم‌پور و سلیمی، ۱۳۹۸) از دلایل دیگر آن، شکست در خودمهارگری است (خانزاده و همکاران، ۱۳۹۷).

زودانگیختگی. از دیدگاه مولر و همکاران^۴ (۲۰۰۱) مفهومی چندبعدی است که با گرفتن شدن در رفتارهای فاقد دوراندیشی و پاسخ‌دهی شتاب‌زده به محرک که اغلب پیامدهای ناسازگار به بار می‌آورد، تعریف شده است (موحدی و خالقی پور، ۱۳۹۵) و انتظار می‌رود با تحول یافتگی من، زود انگیختگی به عنوان یک صفت شخصیتی، کاهش و میزان استفاده از دفاع‌های رشد یافته افزایش یابد. به عبارتی زودانگیختگی به عنوان متغیری شخصیت که بخشی از رفتارها و دفاع‌های رشد نیافته را تبیین می‌کند، مورد تأکید است و در مجموع باید

3. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5716335/>

4. Moeller FG, Barratt ES, Dougherty DM, Schmitz JM, Swann AC, 2001.

1. Jeffrey D. Burke, Ari M. Romano-Verthelyi

2. Dick, Viken & Kaprio, 200

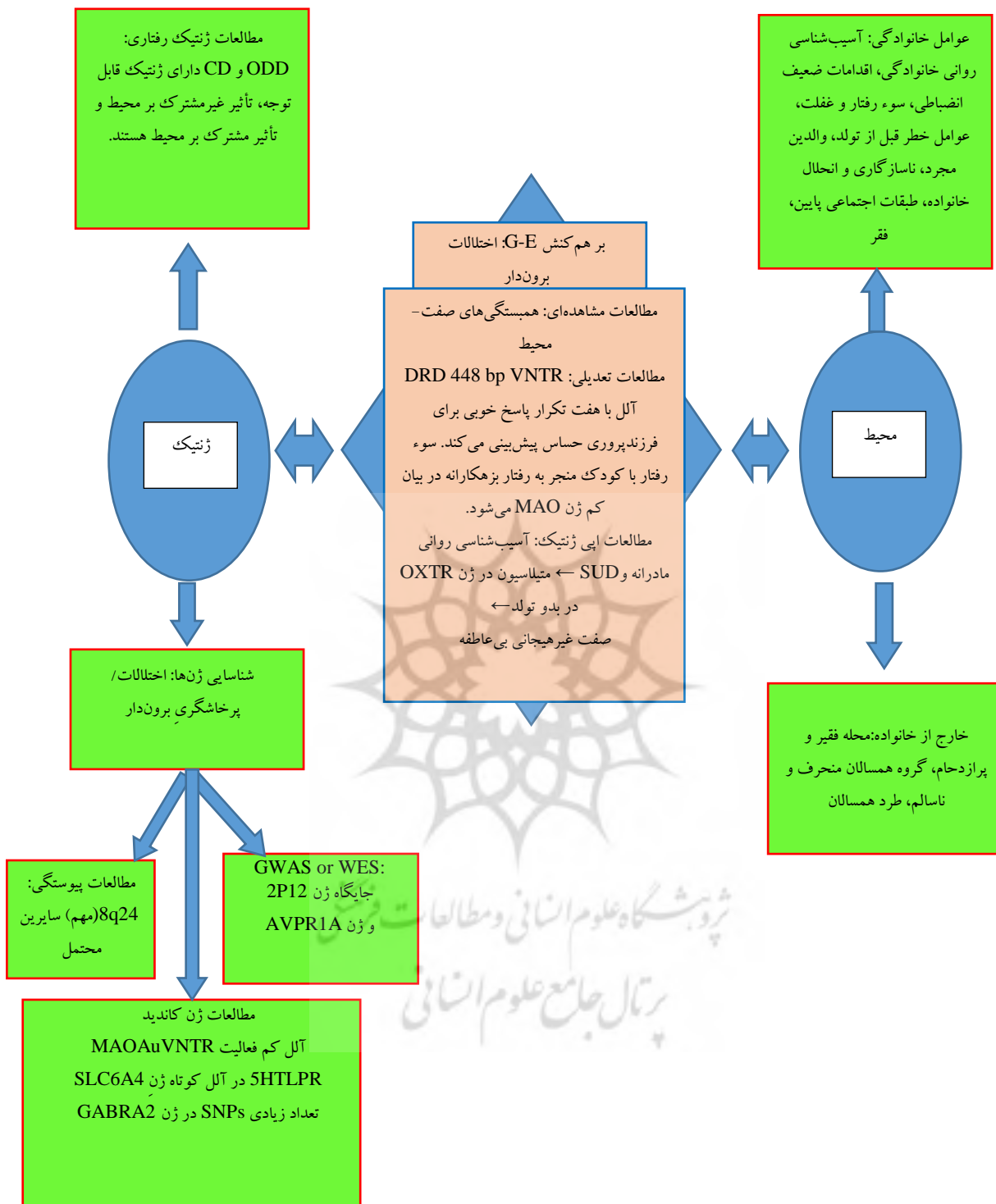
در نظر داشت که مشخصه‌های زودانگیزگی به طرق مستقیم کیفیت اعمال و تصمیم‌گیری‌های افراد را تحت تأثیر قرار می‌دهند (ارسلانده و همکاران، ۱۳۹۸). رفتارهای تکانشی و خطرپذیری که مجموعاً با عنوان رفتارهای مخاطره‌آمیز خوانده می‌شود، دربرگیرنده طیف گسترده از رفتارهای رشد نیافته، لذت‌جویانه و عموماً همراه با درجات خطر بالا هستند و می‌توان ادعا کرد که هسته اصلی بسیاری از آسیب‌های اجتماعی مانند بی‌بندوباری جنسی، قماربازی بیمارگونه، سوء مصرف مواد، اختلال شخصیت و بزهکاری است (اختیاری و همکاران، ۱۳۸۷). پرخاشگری و زودانگیزگی به‌طور معنادار توانایی پیش‌بینی آمادگی به اعتیاد (دوستیان و همکاران، ۱۳۹۲) و نقشی مهم در گرایش به رفتار جنسی پرخطر را دارند (تیموری و همکاران، ۱۳۹۸). ابعاد زودانگیزگی در مقیاس پنج عاملی «لینهان و همکاران» هیجان‌خواهی، فقدان پشتکار، فقدان تأمل، فوریت منفی و فوریت مثبت (جبرائیلی و همکاران، ۱۳۹۷) است.

دشواری تنظیم هیجانی. خودتنظیمی هیجانی، تمایل به کنترل حالت‌های درونی، کنترل تکانه‌ها و انطباق آن با معیارها برای رسیدن به هدف است؛ و شامل فرآیندهایی است که به وسیله آن افراد هیجانات خود را و نیز چگونگی ابراز آن‌ها را تحت تأثیر قرار می‌دهند (کرمانی مامازندی و طالع پسند، ۱۳۹۷).

ابعاد دشواری در مقیاس تنظیم هیجانی عبارت‌اند از عدم پذیرش هیجانات ناتوانی در

به‌کارگیری رفتارهای متناسب با هدف، دشواری در کنترل تکانه، عدم آگاهی هیجانی، دسترسی کم به راهبردهای تنظیم هیجانی و نبود شفافیت هیجانی (جبرائیلی و همکاران، ۱۳۹۷) که با بی‌ثباتی خلقی، تحریک‌پذیری شدید، پرخاشگری، طغیان مزاج و تحریک بیش از حد مشخص شده است (توناکا^۱ و همکاران، ۲۰۱۹). از نظر تال^۲ و همکاران (۲۰۱۲) دشواری تنظیم هیجان باعث به‌کارگیری راهبردهای سازش نیافته برای پاسخ‌دهی به هیجان‌ها می‌شود. پاسخ‌های غیرقابل‌پذیرش، دشواری کنترل رفتارها هنگام مواجهه با آشفتگی‌های هیجانی و نقص در استفاده کارآمد از اطلاعات هیجانی نمونه‌هایی از راهبردها هستند. چون تنظیم هیجان نقش مهمی در سازگاری با وقایع استرس‌زا زندگی دارد. افزایش کنترل و تنظیم هیجانات توانایی اداره مطلوب خلق‌وخو و افزایش توان حل مسئله و بهره‌برداری از هیجانات را موجب می‌شود. ابعاد «دشواری» در مقیاس دشواری تنظیم هیجان عبارت‌اند از (۱) عدم پذیرش هیجانات، (۲) ناتوانی (دشواری) در به‌کارگیری رفتارهای متناسب با هدف، (۳) دشواری در کنترل تکانه، (۴) عدم آگاهی هیجانی، (۵) دسترسی کم به راهبردهای تنظیم هیجانی و (۶) نبود شفافیت هیجانی (روئمر و گرتز^۳، ۲۰۰۴، به نقل از کرمانی مامازندی و طالع پسند، ۱۳۹۷).

1. Alessandro Tonacchi
2. Tull, M. T. Weiss, N. H., Adams, C. E., & Gratz, K. L.
3. Gratz & Roemer :Difficulties in Emotion Regulation Scale (DERS)



شکل ۱. آسیب‌شناسی علی اختلال نافرمانی مواجهه‌ای

اختصارات: ODD (اختلال نافرمانی مقابله‌ای)، CD (اختلال رفتاری) SUD (اختلال سوء مصرف مواد)، uVNTR (تکرار پشت سرهم متغیرهای، بالادستی)، GWAS (مطالعات گسترده مرتبط با ژن)، WES (توالی کل آگروم)، SNPs (چند شکلی یک نوکلئوتید منفرد)

روش

نوع پژوهش بر مبنای نتیجه، کاربردی، نوع داده‌ها، کمی و نقش پژوهشگر، درگیر در پژوهش است. راهبرد پژوهشی طرح حاضر، آزمایشی با ساختار طرح تک آزمودنی ABA (خط پایه، مداخله و پیگیری) با خط پایه چندگانه از خط پایه با استفاده از افراد مختلف (سیف، ۱۳۶۶) است. طرح‌های تک آزمودنی فاقد گروه کنترل هستند و فرد شرکت‌کننده در آزمایش هم نقش آزمودنی گروه آزمایشی و هم گروه کنترل را ایفا کرده و اندازه‌گیری متغیر وابسته هم قبل و هم بعد از ارائه متغیر مستقل، امکان کشف هرگونه اثر ناشی از متغیر مستقل را به ما می‌دهد (موسی نژاد جدی و همکاران، ۱۳۹۷). طرح‌های تک آزمودنی از نتایج حاصل از یک مشارکت‌کننده یا آزمودنی واحد برای تأیید وجود رابطه علی و معلولی استفاده می‌کنند. هدف آن، شناسایی روابط علی و معلولی بین متغیرها است. در کاربرد کلی این طرح نشان می‌دهد عمل آزمایشی (متغیر مستقل) اجرا شده توسط پژوهشگر، تغییراتی در پاسخ‌های مشارکت‌کننده ایجاد می‌کند (متغیر ۲). نظیر مطالعه موردی، پژوهش تک آزمودنی بر یک فرد متمرکز شده و توصیف تفصیلی مشاهدات و تجارب مرتبط با آن فرد را امکان می‌دهد. نظیر مشاهدات سری زمانی، رویکرد تک آزمودنی معمولاً شامل یک سری از مشاهدات در طول زمان است که مجموعه‌ای از مشاهدات قبل از عمل آزمایشی با مجموعه‌ای از مشاهدات به دست آمده در طول یا بعد از

عمل آزمایشی مقایسه می‌شوند. اگرچه طرح‌های تک آزمودنی مشابه مطالعات موردی توصیفی و مطالعات سری‌های زمانی شبه آزمایشی هستند، با این حال چون روابط علی و معلولی را نشان می‌دهد، از طرح‌های آزمایش واقعی‌اند. در این روش، ارائه و تفسیر نتایج آزمایش تک آزمودنی مبتنی بر واری دیداری نمودارهای ساده داده‌ها است. با توجه به اینکه نتایج طرح تک آزمودنی شامل هیچ یک از روش‌های سنتی آماری نمی‌شود، پژوهشگران باید بر واری دیداری نمودار جهت درک معنای نتایج تکیه کند (گراوتر و فورزانو، ۱۳۹۵). این طرح‌های هنگام ارزیابی یک مداخله جدید از چند مزیت برخوردارند. (کازدین، ۲۰۱۱، به نقل از نوفرستی و زین آبادی، ۱۳۹۷) نخست، به ما اجازه می‌دهد تأثیر مداخله را در هر فرد به صورت روزانه و هفتگی ارزیابی کنیم. دوم، چون در این طرح تأثیر مداخله با توجه به تغییرات نتایج مداخله بین مرحله خط پایه و اجرای مداخله اتفاق می‌افتد، هر شرکت‌کننده به‌عنوان گروه کنترل خود در نظر گرفته می‌شود؛ بنابراین مهم‌ترین تهدید روایی بخصوص روایی درونی از بین می‌رود. سوم، پایداری اثرات مداخله برای هر فرد را نشان می‌دهد.

جامعه کلی این پژوهش را جوانان مبتلا به اختلال نافرمانی تشکیل می‌دهند. جمعیت آماجی مورد نظر در این مطالعه، مبتلایان به

اختلال نافرمانی هستند که در فاصله زمانی خردادماه تا تیرماه ۱۳۹۸ همراه با والدین خود به مراکز خدمات روانشناسی و مشاوره شهر تهران مراجعه کردند. نگرانی والدین از تبعات پرخاشگری کلامی و فیزیکی در منزل و مدرسه و افت تحصیلی علت مراجعه والدین و سه نوجوان بوده است. تشخیص اختلال بر مبنای نظر روان‌پزشک و سپس اجرای مصاحبه ساختاریافته توسط متخصص روانشناسی بالینی، انجام شد. از میان مراجعه‌کنندگان مبتلا به اختلال نافرمانی، مراجعین به صورت نمونه‌گیری در دسترس انتخاب شدند. ملاک‌های ورود به پژوهش شامل تشخیص اختلال نافرمانی مقابله‌ای، دامنه سنی ۱۶-۱۹ سال، سطح تحصیلات حداقل سیکل؛ عدم ابتلا به هر اختلال روان‌پریشی در گذشته و حین درمان؛ عدم مصرف داروهای روان‌پزشکی؛ عدم ابتلا به سوءمصرف مواد، عدم شرکت در هر مداخله درمانی از ۲ سال گذشته تا حال حاضر و رضایت شرکت‌کننده برای شرکت در جلسات درمان بوده است. ملاک‌های خروج از پژوهش، دریافت مداخله درمانی دیگر؛ ابتلای هم‌زمان به اختلال‌های همبود نظیر روان‌پریشی، سوءمصرف مواد، عقب‌ماندگی ذهنی، شرایط وخیم پزشکی؛ خطر خودکشی و عدم تمایل به ادامه درمان بود. همچنین قرار شد در صورت عدم بهبودی و با رضایت بیماران، جلسات درمانی اضافی پس از دوره پیگیری انجام شده و یا در صورت لزوم بیماران به سایر متخصصان ارجاع شوند. در تحقیق حاضر، ابتدا سه مراجع

از جمعیت آماجی پژوهش که ملاک‌های ورود و خروج در پژوهش حاضر را احراز کرده و برای شرکت در پژوهش اعلام آمادگی کردند، انتخاب و برای پژوهش در نظر گرفته شدند. مراجع اول، پسر، ۱۹ ساله، مراجع دوم، پسر ۱۸ ساله، مراجع سوم، دختر، ۱۶ ساله است.

افشای هیجانات نوشتاری: افزایش چشمگیر تعداد افرادی که از مشکلات سلامت ذهنی قابل تشخیص و تحت فشار روانی رنج می‌برند، توسعه روش‌های درمانی مقرون به صرفه و قابل‌دستیابی جمعیت زیادی که از اشکال مختلف مشکلات سلامت روان رنج می‌برند را ضروری کرده است. یک مداخله بسیار امیدوارکننده، روش افشای نوشتاری است که هم برای موارد قابل تشخیص بالینی و هم افرادی که علائم زیر آستانه را دارند، قابل‌استفاده است. دستاوردهای این مداخله در بهبود طولانی‌مدت عملکرد روان‌شناختی، فیزیولوژیکی، رفتاری و اجتماعی استفاده‌کنندگان این روش که در آن، احساسات و افکار خود را در رابطه با موقعیت‌های استرس‌زا از طریق نوشتن بیان می‌کنند، به اثبات رسیده است. دستاورد پژوهش‌های منتشر شده نشان می‌دهد افشای نوشتاری هم اثرات درون و بین فردی داشته و در کوتاه‌مدت و بلندمدت، نیز روشی اثربخش است (کلی، ۲۰۱۹). سایر تحقیق‌ها نشان داده نوشته درمانی منجر به بهبود سلامت جسمی و بهزیستی هیجانی (لندلس و همکاران، ۲۰۱۹) می‌شود و با شکستن فرآیند

1. Kállay, Éva.
2. Landless, Bronwen M, Walker, Melissa S, Kaimal, Girija.

بازداری هیجان‌ها در طولانی‌مدت به بهبود کیفیت زندگی و بهزیستی روان‌شناختی و ارتقاء بهداشت و سلامت جسمانی افراد کمک می‌کند (یزدانفر و همکاران، ۲۰۱۵). برون‌ریزی هیجان‌ها به این معنی است که فرد عمیق‌ترین تجارب هیجانی خود را به صورت گفتاری یا نوشتاری برای دیگران یا خود بیان کند (پنه‌بیکر، ۱۹۹۸ به نقل از مرادمند، ۱۳۹۴). میکالویچ، میر و کوپر^۱ (۲۰۰۵)؛ اسلاتچر و پنه‌بیکر^۲ (۲۰۰۶)، پنه‌بیکر و چانگ^۳ (۲۰۰۷) از افشای هیجانی نوشتاری یک پارادایم نوشتن یاد کرده‌اند. از دیدگاه پنه‌بیکر و چانگ (۲۰۱۱) افشای هیجانی نوشتاری موجب تصحیح سیستم روان‌شناختی می‌شود و فرد به بازنگری و بررسی زندگی خود می‌پردازد. همان‌طور که مک‌آدامز^۴ (۲۰۰۱) بیان کرده، این امر مستلزم تغییر رویکرد و توانایی جدا شدن از خود و محیط اطراف است. افشای هیجانی از شیوه‌های نسبتاً نوین است که دهه‌های اخیر مورد استقبال پژوهشگران قرار گرفته است. در ادبیات روانشناسی و پزشکی دارای شواهد بسیار زیادی از آن ارائه شده که تجارب منفی و تنش‌زای بازداری شده، سلامت جسمانی و روانی را با مشکل مواجه می‌سازد (پنه‌بیکر، ۱۹۹۵). بر اساس نظر پنه‌بیکر و همکاران (پنه‌بیکر، ۱۹۹۷؛ پتری، بوت و پنه‌بیکر، ۱۹۹۸؛

اسلاتچر و پنه‌بیکر، ۲۰۰۷)، افشای نوشتاری هیجانی با شکستن فرایند بازداری و کاهش استرس، مشکلات روان‌شناختی و جسمانی و تغییرات شناختی که بر اساس آن ابراز هیجان‌ها و احساس‌ها در قالب واژه‌ها موجب بازنگری در رویدادها و تجارب هیجانی و در پی آن تغییر شیوه‌های سازمان‌دهی و باز جذب آن‌ها می‌شود (به نقل از آدینه و حسنی، ۱۳۹۵) مؤثر واقع می‌شود. اثرات افشا (آشکارسازی) نوشتاری هیجان در کاهش نشخوار خشم و پیامدهای منفی آن در افراد ناگو هیجان (بشارت و همکاران، ۱۳۹۵) و کاهش تکانش‌گری (حسنی و آدینه، ۱۳۹۵) انجام پژوهش‌های درمانی بیشتر جهت ارزیابی اثربخشی مداخله در طیف‌های مختلف سنی، جنسی و تحصیلی را نشان می‌دهد. جلسات درمان با آماج قرار دادن اهداف درمان و تمرکز بر بخش‌های مختلف پروتکل به مراجعین ارائه شد (جدول ۱). به منظور پیگیری اهداف و جلوگیری از هرگونه سوگیری در نتایج پژوهش، بیماران هر دو جلسه توسط ارزیاب مستقل مورد ارزیابی متغیرهای پژوهش قرار گرفتند. پروتکل افشای هیجانی نوشتاری ارائه شده توسط پنه‌بیکر (۲۰۰۳-۱۹۹۸) استفاده شده است. بر اساس این پروتکل از شرکت‌کنندگان خواسته می‌شود طی یک ماه هر هفته در یک ساعت مشخص به مدت ۳۰ دقیقه به صورت نوشتاری به افشای هیجانی خاطرات ناخوشایند خود به صورت خودیار، در منزل و در یک اتاق خلوت بپردازند.

1. Milkavich, A., Meier, J. A., & Cooper, J. R. (2005).
2. Slatcher, R. B., & Pennebaker, J. W. (2006).
3. Pennebaker, J. W., & Chung, C. K. (2007).
4. McAdams, D. P. (2001).
5. Petrie, K. P., Booth, R. J., & Pennebaker, J. W. (1998).

جدول ۱. محتوای جلسات افشای هیجانی نوشتاری (مرادمند، ۱۳۹۴)

جلسه	محتوا
اول	در این جلسه از مراجع می‌خواهیم درباره تجارت آسیب‌زا و اسرار دردناک خود بی‌وقفه بنویسد، مهم‌ترین اصل این است که عمیق‌ترین تفکرات و احساسات خود درباره آن اسرار دردناک و تجارت آسیب‌زا و ناراحتی‌ای که در نتیجه آن تجربه کرده است را بنویسد. توصیه می‌شود که در نوشته‌هایش از اول شخص استفاده کند، مانند (من خیلی ناراحتم که) در واقع آن تجارب آسیب‌زایی که در مورد آن فرد اتفاق افتاده را بنویسد. همچنین یادآوری می‌شود در نوشته‌هایش به قواعد گرامری توجهی نداشته باشد.
دوم	در این جلسه از مراجع می‌خواهیم درباره تجارب آسیب‌زا و اسرار دردناک خود با استفاده از قواعد دستور زبان که شامل استفاده از تعداد زیادی کلمات هیجانی با بار منفی (گناه، ناراحتی و تفرق)، تعداد کمی کلمات هیجانی با بار مثبت (شادی، خوبی، عشق)، استفاده زیاد از کلمات علی (به این علت، زیرا و دلیل آوردن) و استفاده زیاد از کلمات بینشی (درک کردن، فهمیدن و دانستن) بنویسد (شرایط هدایت شده زبانی) است.
سوم	در این جلسه از مراجع می‌خواهیم نوشتن درباره تجارب آسیب‌زا و دردناک خود که در جلسه اول در مورد آن نوشته با همان موضوع ادامه دهد.
چهارم	در این جلسه از مراجع می‌خواهیم در نوشته‌هایش، استفاده از «من» اجتناب کرده و همه جملات خود را با سوم شخص بنویسد. برای مثال: (او چرا این کار را کرد) در واقع سوم شخص (او) هم می‌تواند خود فرد باشد و هم می‌تواند کسی باشد که مراجع از جانب او دچار ضرر و آسیب شده است (شرایط سوم شخص)

فیرست، اسپیتزر، گیبون و ویلیام^۲ (۱۹۹۷) طراحی شده و با هدف افزایش پایایی و اعتبار تشخیصی از طریق استاندارد کردن فرآیند ارزیابی و تسهیل استفاده از ملاک‌های تشخیصی و همچنین کندوکاو نشانگانی که ممکن است به‌گونه‌ای مورد غفلت قرار گیرند به وجود آمده (انصارحسین و همکاران، ۱۳۹۷). موضوعات مورد بحث، طبق برنامه پیش تنظیم شده ارائه و مصاحبه‌کننده به چگونگی بحث جهت می‌دهد (صابر، ۱۳۹۵).

پرسشنامه پرخاشگری باس و پری، این مقیاس توسط باس و پری (۱۹۹۲) ساخته شده و دارای ۴ خرده مقیاس پرخاشگری فیزیکی، پرخاشگری کلامی، خشم و خصومت است (سامانی، ۱۳۸۶) ۲۹ ماده دارد که ۹ ماده پرخاشگری جسمانی / بدنی، ۵ ماده پرخاشگری کلامی، ۷ ماده خشم و ۸ ماده

ابزارهای اندازه‌گیری: هنگام انجام مطالعات آزمایشی تک آزمودنی باید به علائم بهبود کیفی نیز توجه داشت و صرفاً به روش‌های آماری بسنده نکرد. هورنر و همکاران^۱ (۲۰۰۵) معتقدند هنگام انجام طرح تک آزمودنی لازم است ابزارهای پایا و معتبری برای سنجش متغیر مستقل انتخاب و به‌صورت دقیق و مشخص معرفی شوند، داده‌های به دست آمده از ابزارها به‌صورت روشن گزارش شوند (نوفرستی و حسن‌آبادی، ۱۳۹۷).

مصاحبه ساختاریافته، برای تشخیص دقیق و تمایز کامل اختلال نافرمانی مقابله‌ای از اختلال رفتار هنجاری و فزون کنشی از مصاحبه ساختاریافته که بر اساس راهنمای تشخیصی و آماری اختلال‌های روانی تنظیم شده، استفاده می‌شود (فرزادی و همکاران، ۱۳۹۵) این مصاحبه انعطاف‌پذیر توسط

2. First, M., Spitzer, R., Gibbon, M., & Williams, J.B. (1997).

1. Horner, R. H., Carr, E. G., Halle, J., McGee, G., Odom, S., & Wolery, M.

خصومت / کینه‌ورزی را می‌سنجد (شیخ‌الاسلامی و همکاران، ۱۳۹۸). بر اساس بررسی سامانی (۱۳۸۶) از روایی و پایایی مناسب برخوردار است.

مقیاس پنج عاملی رفتار تکانشی، این مقیاس خود گزارشی توسط کتوس لینهام و همکاران (۲۰۰۷)^۱ ساخته شده، دارای ۵۹ ماده برای سنجش پنج ویژگی متمایز شخصیتی مرتبط با زود انگیزگی یعنی هیجان‌خواهی، فقدان پشتکار، فقدان تأمل، فوریت منفی و فوریت مثبت است. چهار بُعد نخست، در نسخه اصلی مقیاس رفتار زودانگیزگی وجود داشتند (ویتساید و لینهام، ۲۰۰۱)^۲ و بعد پنجم توسط سیدرز و همکاران (۲۰۰۷)^۳ به مقیاس اصلی افزوده شده است (جبرائیلی و همکاران، ۱۳۹۷).

مقیاس دشواری تنظیم هیجان^۴ یا «درس» ابزار ۳۶ گویه‌ای است که سطح نقص و نارسایی تنظیم هیجانی فرد را در اندازه پنج درجه ۱ تا ۵ در شش زمینه عدم پذیرش پاسخ‌های هیجانی، فقدان آگاهی هیجانی، دشواری در به‌کارگیری رفتارهای هدفمند، دشواری کنترل تکانه، دستیابی محدود به راهبردهای تنظیم هیجان و فقدان شفافیت هیجانی اندازه‌گیری می‌کند.

از مجموع نمره شش زیرمقیاس آزمون، نمره کل فرد برای دشواری تنظیم هیجان

محاسبه می‌شود. نمره بیشتر در هر زیرمقیاس و کل مقیاس، نشانه دشواری بیشتر تنظیم هیجان است. در پژوهش‌های قبلی ضریب

۰/۸۶ آلفای کرونباخ برای کل مقیاس گزارش شده است (گرتز و روئمر^۵، ۲۰۰۴) به نقل از کرمانی مامازندی و طالع پسند، ۱۳۹۷). نحوه پاسخ‌دهی به این پرسشنامه مبتنی بر مقیاس ۵ درجه لیکرت است. گراتز و روئمر (۲۰۰۴) پایایی و روایی این مقیاس را در نمونه ۴۷۹ نفری دانشجویان لیسانس بررسی کردند.

این مقیاس با ضریب آلفای کرونباخ ۰/۹۳ در نمره کل و ضریب آلفای کرونباخ بزرگ‌تر از ۰/۸۰ در زیرمقیاس‌ها ثبات درونی خوبی دارد و پایایی آزمون-باز آزمون آن در یک دوره زمانی ۸-۴ هفته مناسب گزارش شده است. حیدری، احتشام‌زاده و حلاجی (۲۰۰۹) با دو روش آلفای کرونباخ و تصنیف به بررسی پایایی این مقیاس پرداختند که نمرات ۰/۸۴ و ۰/۷۶ حاکی از پایایی مناسب است.

روند اجرای پژوهش: پس از ارزیابی اولیه و تکمیل مقیاس‌های سوانسون، نولان و پلهام، پنج عاملی رفتار تکانشی، اختلال نافرمانی مقابله‌ای، تنظیم هیجانی، پرخاشگری باس و پری در مرحله خط پایه، مراجعین به مدت ۴ جلسه نیم‌ساعته و هفتگی به‌وسیله پژوهشگر تحت آموزش افشای هیجانی نوشتاری قرار گرفتند. آموزش افشای هیجانی نوشتاری برای اختلال نافرمانی مقابله‌ای در مرحله نخست بر

1. Whiteside & Lynam و Cydlers, et. al, 2007
2. Whiteside, D.R. Lynam, 2001
3. Smith, et. al, 2007: Cyders, et. al, 2007
4. Difficulties in Emotion Regulation Scale (DERS)

5. Gratz, Roemer

اساس پروتکل درمانی ارائه شده تحقیق حاضر طراحی شد. در مرحله بعد توسط اساتید راهنما و مشاور بررسی شد و در مرحله آخر پس از اعمال نظرات اساتید، راهنمای نهایی درمان تهیه شد. این برنامه طی ۴ جلسه ۳۰ دقیقه‌ای هفتگی روی بیماران اجرا شد.

روش تحلیل و تفسیر داده‌ها: بر اساس نظر پژوهشگران روش تحقیق تک آزمودنی^۱ از جمله کندی^۲ (۲۰۰۵) در مطالعه تک آزمودنی، پاسخ شرکت‌کنندگان به مداخله بعد از پایان مداخله به صورت یک نمودار برای تحلیل دیداری نمایش داده می‌شود. از نظر لین و گاست^۳، (۲۰۱۴)، تحلیل و تفسیر داده‌ها در طرح‌های آزمایشی تک آزمودنی بر اساس تحلیل دیداری نمودار داده‌ها انجام می‌شود (نوفرستی و حسن آبادی، ۱۳۹۷). بر همین اساس در این مطالعه تک آزمودنی نیز برای تحلیل و تفسیر داده‌ها از بازبینی نمودارها، شاخص‌های تغییر روند، شیب، اندازه اثر با روش داده‌های غیر همپوش و همپوش به نقل از موسی‌نژاد جدی و همکاران، (۱۳۹۷) و برای تعیین معناداری بالینی از شاخص درصد بهبودی^۴ و اندازه اثر استفاده می‌شود (صمیمی و همکاران، ۱۳۹۴). با توجه به آنکه واریانس انفرادی نتایج تک آزمودنی موجب می‌شود تغییرات شگرف برخی آزمودنی‌ها به عنوان تغییرات گروهی تفسیر نشده و نتایج به شکل

واقع‌بینانه‌تر تحلیل شوند. روش اصلی تحلیل داده‌ها در طرح تک آزمودنی استفاده از شکل و تحلیل دیداری است. در تحلیل دیداری، طراز، روند و تغییرپذیری^۵ نقاط داده‌ها در مراحل مختلف بررسی می‌شود، در واقع تحلیل دیداری مستلزم بررسی این سه ویژگی در هر مرحله و بین شرایط مختلف است (کوپر و همکاران، ۱۹۸۷)^۶، به نقل از خالقی و همکاران، (۱۳۹۵). فراز و فرودهای متغیر وابسته در نمودار، اساس دآوری در مورد میزان تغییر است. نمودارها ابزار دیگر تحلیل روش تک آزمودنی و اساس تحلیل داده‌اند. داده‌های هر شرکت‌کننده طی مراحل مختلف مطالعه به صورت نمودار نشان داده می‌شود. در تحلیل دیداری^۷، طراز، روند و تغییرپذیری داده‌ها در هر کدام از شرایط مداخله (خط پایه، مداخله و پیگیری) و بین موقعیت‌های مختلف مداخله مقایسه و ارزیابی می‌شود (نوفرستی و حسن آبادی، ۱۳۹۷). درصد داده‌های غیر همپوش^۸ و همپوش^۹ نیز برای تعیین کارآمدی درمان بررسی می‌شود (لین و گاست، ۲۰۱۴) به نقل از نوفرستی و حسن آبادی، (۱۳۹۷).

نتیجه‌گیری و بحث

پرخاشگری. با توجه به نتایج مراجعین در جدول ۴ و ۵ یعنی درصد بهبودی نسبتاً بالا و

5. Level, trend, stability
6. Cooper JO, Heron TE, Heward HL. Applied Behavior Analysis. Columbus: Merrill Publishing Company.
7. Visual analysis
8. Percentage of non-overlapping data یا PND
9. Percentage of overlapping data یا POD

1. Single-case designs
2. Kennedy
3. Lane, J. D., & Gast, D. L.
4. MPI

اندازه اثر کوهن مقیاس باس و پری و خرده مقیاس‌های آن، فرض صفر رد و اثربخشی مداخله بر کاهش پرخاشگری تأیید می‌شود. بر اساس یافته‌ها (جدول ۲) مقدار اندازه اثر برحسب کوهن برای آزمودنی‌های اول تا سوم

به ترتیب برابر با ۰/۵۶، ۰/۴۱ و ۰/۴۷ است. اندازه اثر و درصد داده‌های غیر همپوش و همپوش نشان می‌دهد مداخله بیشترین تأثیر را بر مراجع اول داشته است.

جدول ۲. شاخص‌های آماری مربوط به مقیاس پرخاشگری باس و پری

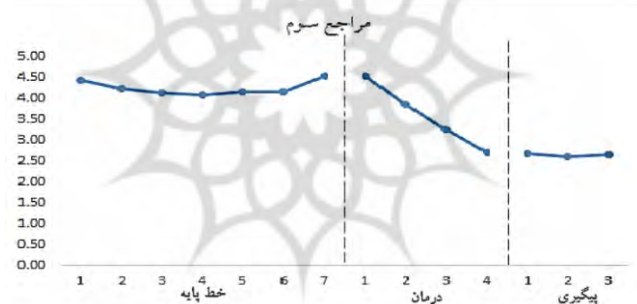
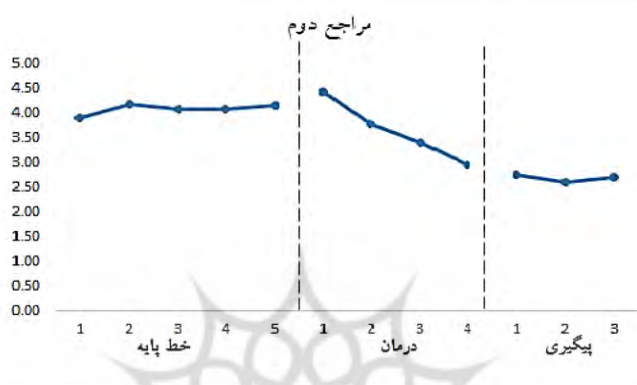
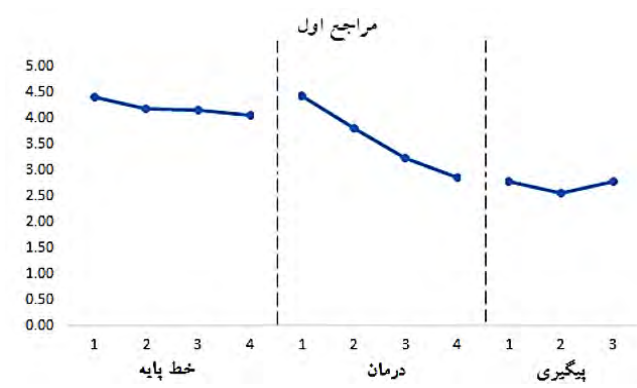
مراجع	درصد بهبودی پس از مداخله	درصد بهبودی کلی	درصد بهبودی پس از پیگیری	درصد بهبودی کلی	شاخص کوهن	شاخص PND	شاخص POD
مراجع اول	۴۵	۴۴/۳	۴۷	۴۶	۰/۵۶	۸۴	۱۶
مراجع دوم	۳۵	۴۴/۳	۴۱	۴۶	۰/۴۱	۷۷	۲۳
مراجع سوم	۴۹	۴۴/۳	۵۰	۴۶	۰/۴۷	۷۰	۳۰

جدول ۳. میزان درصد بهبودی برای خرده مقیاس‌های پرخاشگری باس و پری

مراجع	مرحله درمان	پر خاشگری بدنی	پر خاشگری کلامی	خشم	کینه ورزی (خصوصت)
مراجع اول	پس از درمان	-۲۹٪	-۴۸٪	-۳۵٪	-۳۲٪
	پیگیری	-۳۱٪	-۴۸٪	-۳۲٪	-۳۸٪
مراجع دوم	پس از درمان	-۲۳٪	-۲۷٪	-۲۸٪	-۲۲٪
	پیگیری	-۲۶٪	-۴۱٪	-۳۱٪	-۲۸٪
مراجع سوم	پس از درمان	-۳۱٪	-۴۴٪	-۴۴٪	-۳۹٪
	پیگیری	-۳۹٪	-۴۸٪	-۳۴٪	-۴۲٪

همان‌طور که شکل ۲ نشان می‌دهد، نمرات مقیاس باس و پری برای سه آزمودنی در خط پایه

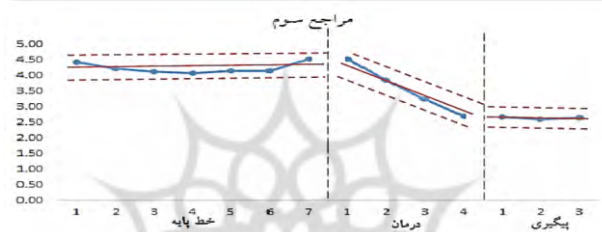
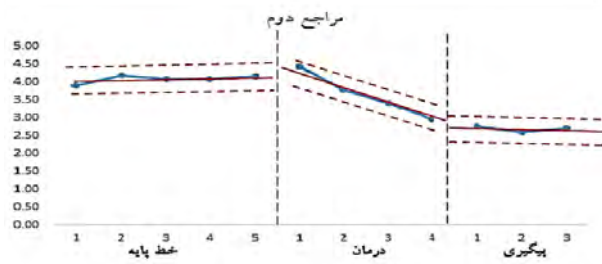
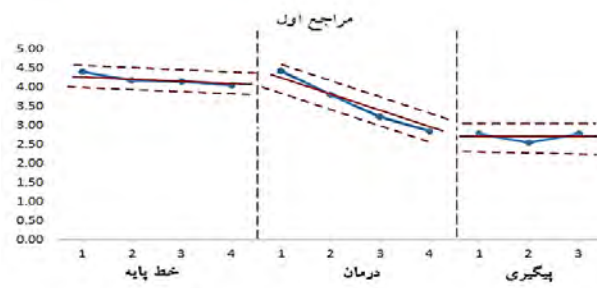
و خط پیگیری روند تقریباً ثابت و در مرحله درمان نزولی بوده است.



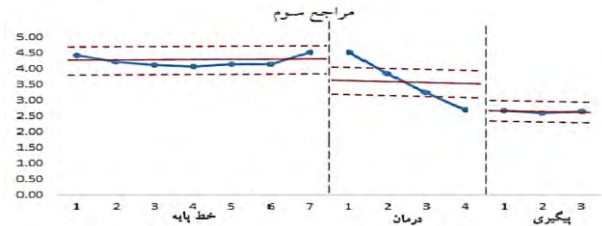
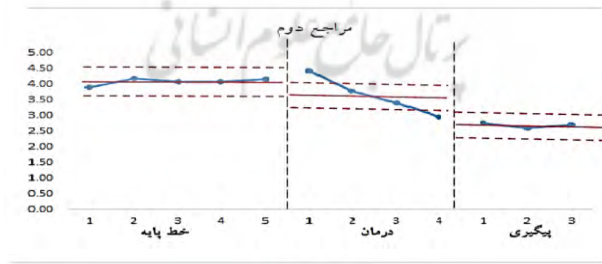
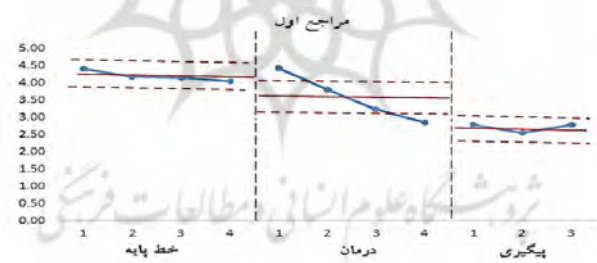
شکل ۲. نمرات مقیاس پرخاشگری باس و بری

اساس خط میانه به طور کامل در محظه ثبات قرار ندارد. این در حالی است که نمرات آزمودنی‌ها بر اساس خط روند در محظه ثبات قرار دارد که نشان می‌دهد روند درمان برای مقیاس پرخاشگری باس و بری در طول جلسات مداخله نسبتاً ثابت بوده هست.

شکل ۳ و ۴ خط میانه و خط روند داده‌ها را در مرحله خط پایه، مداخله و پیگیری نشان می‌دهند. بر اساس معیار ۸۰-۲۰ درصدی، نمرات هر سه مراجع در مرحله خط پایه و پیگیری برای مقیاس پرخاشگری باس و بری از ثبات برخوردار است؛ اما به دلیل اینکه نمرات آزمودنی‌ها حین مداخله در حال بهبود است، نمرات آن‌ها بر



شکل ۳. خط روند و محفظه ثبات برای آزمودنی‌ها، مقیاس پرخاشگری باس و بری



شکل ۴. خط میانه و محفظه ثبات آزمودنی‌ها، مقیاس پرخاشگری باس و پری

یافته‌ها، مراجع اول در شاخص‌های پرخاشگری بدنی، پرخاشگری کلامی، خشم و کینه‌ورزی به ترتیب میزان بهبودی پس از درمان ۲۹، ۴۸، ۳۵ و ۳۲ درصد را داشته است. همان‌طور که ملاحظه می‌شود بیشترین میزان بهبودی در شاخص پرخاشگری کلامی رخ داده است.

داده‌های مربوط به روند بهبود در خرده مقیاس‌ها پرخاشگری ب‌اس و بری برای مراجع اول در شکل ۵ و جدول ۳ و ۴ به نمایش گذاشته شده است. بر اساس شکل ۵، در روند تغییرات نمرات آزمودنی مقیاس پرخاشگری ب‌اس و بری سیر نزولی مشاهده می‌شود. با توجه به این



شکل ۵. نمرات خرده مقیاس‌های پرخاشگری ب‌اس و بری برای مراجع اول

جدول ۴. نمرات خرده مقیاس‌های پرخاشگری ب‌اس و بری برای مراجع اول

مرحله	پرخاشگری بدنی	پرخاشگری کلامی	خشم	کینه‌ورزی (خصوصیت)
خط پایه اول	۳/۸۹	۵/۰۰	۴/۴۳	۴/۶۳
خط پایه دوم	۳/۸۹	۴/۴۰	۴/۲۹	۴/۳۸
خط پایه سوم	۳/۸۹	۴/۴۰	۴/۱۴	۴/۳۸
خط پایه چهارم	۳/۵۶	۴/۶۰	۳/۸۶	۴/۵۰
مداخله اول	۴/۲۲	۴/۴۰	۴/۵۷	۴/۶۳
مداخله دوم	۳/۶۷	۳/۶۰	۴/۰۰	۴/۰۰
مداخله سوم	۳/۲۲	۲/۸۰	۳/۵۷	۳/۲۵
مداخله چهارم	۲/۷۸	۲/۶۰	۲/۸۶	۳/۱۳
پیشگیری اول	۲/۵۶	۲/۸۰	۳/۱۴	۲/۷۵
پیشگیری دوم	۲/۴۴	۲/۰۰	۳/۱۴	۲/۵۰
پیشگیری سوم	۲/۶۷	۲/۶۰	۳/۰۰	۲/۸۸

دوم در شکل ۶ و جدول ۳ و ۵ به نمایش گذاشته شده است. بر اساس شکل ۶، در روند تغییرات

داده‌های مربوط به روند بهبود در خرده مقیاس‌های پرخاشگری ب‌اس و بری برای مراجع

ترتیب میزان بهبودی ۳۱، ۴۴، ۴۴ و ۳۹ پس از درمان را داشته است. همان‌طور که ملاحظه می‌شود بیشترین میزان بهبودی در شاخص‌های پرخاشگری کلامی و خشم رخ داده است.

نمرات آزمودنی خرده مقیاس‌های پرخاشگری ب‌اس و بررسی سیر نزولی مشاهده می‌شود. با توجه به این یافته‌ها، مراجع دوم در شاخص‌های پرخاشگری بدنی و کلامی، خشم و کینه‌ورزی به



شکل ۶. نمرات خرده مقیاس‌های پرخاشگری ب‌اس و بری مراجع دوم

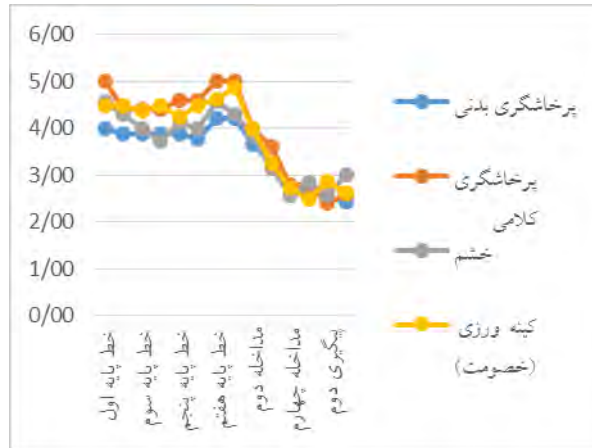
جدول ۵. نمرات خرده مقیاس‌های پرخاشگری ب‌اس و بری برای مراجع دوم

مرحله	پر خاشگری بدنی	پر خاشگری کلامی	خشم	کینه‌ورزی (خصومت)
خط پایه اول	۳/۴۴	۴/۴۰	۴/۱۴	۴/۰۰
خط پایه دوم	۳/۸۹	۴/۴۰	۴/۲۹	۴/۳۸
خط پایه سوم	۳/۶۷	۴/۴۰	۴/۱۴	۴/۳۸
خط پایه چهارم	۳/۶۷	۴/۶۰	۳/۸۶	۴/۵۰
خط پایه پنجم	۳/۷۸	۴/۴۰	۴/۱۴	۴/۵۰
مداخله اول	۴/۳۳	۴/۴۰	۴/۴۳	۴/۶۳
مداخله دوم	۳/۶۷	۳/۶۰	۳/۸۶	۴/۰۰
مداخله سوم	۳/۰۰	۳/۸۰	۳/۲۹	۳/۷۵
مداخله چهارم	۲/۶۷	۳/۲۰	۳/۰۰	۳/۱۳
پیگیری اول	۲/۵۶	۲/۸۰	۲/۸۶	۲/۸۸
پیگیری دوم	۲/۴۴	۲/۸۰	۲/۷۱	۲/۶۳
پیگیری سوم	۲/۵۶	۲/۶۰	۲/۸۶	۲/۸۸

تغییرات نمرات آزمودنی خرده مقیاس‌های پرخاشگری ب‌اس و بررسی سیر نزولی مشاهده می‌شود. با توجه به این یافته‌ها، مراجع سوم در شاخص‌های پرخاشگری بدنی، پرخاشگری

داده‌های مربوط به روند بهبود در خرده مقیاس‌های پرخاشگری ب‌اس و بری برای مراجع سوم دوم در شکل ۷ و جدول ۳ و ۶ به نمایش گذاشته شده است. بر اساس شکل ۷، در روند

کلامی، خشم و کینه‌ورزی به ترتیب میزان بهبودی پس از درمان ۲۳، ۲۷، ۲۸ و ۲۲ را داشته است. همان‌طور که ملاحظه می‌شود بیشترین میزان بهبودی در شاخص خشم رخ داده است.



شکل ۷. نمرات خرده مقیاس‌های پرخاشگری باس و بری مراجع سوم

با توجه به نتایج حاصل از سه مراجع، درصد فرض صفر رد شده و اثربخشی افشای هیجانی نوشتاری بر پرخاشگری نوجوانان مبتلا به اختلال پرخاشگری باس و پری و خرده مقیاس‌های آن‌ها، نافرمانی مقابله‌ای تأیید می‌شود.

جدول ۶. نمرات خرده مقیاس‌های پرخاشگری باس و بری برای مراجع سوم

مرحله	پرخاشگری بدنی	پرخاشگری کلامی	خشم	کینه‌ورزی (خصوصیت)
خط پایه اول	۴/۰۰	۵/۰۰	۴/۵۷	۴/۵۰
خط پایه دوم	۳/۸۹	۴/۴۰	۴/۲۹	۴/۵۰
خط پایه سوم	۳/۸۹	۴/۴۰	۴/۰۰	۴/۳۸
خط پایه چهارم	۳/۸۹	۴/۴۰	۳/۷۱	۴/۵۰
خط پایه پنجم	۳/۸۹	۴/۶۰	۴/۱۴	۴/۲۵
خط پایه ششم	۳/۷۸	۴/۶۰	۴/۰۰	۴/۵۰
خط پایه هفتم	۴/۲۲	۵/۰۰	۴/۵۷	۴/۶۳
مداخله اول	۴/۲۲	۵/۰۰	۴/۲۹	۴/۸۸
مداخله دوم	۳/۶۷	۴/۰۰	۳/۸۶	۴/۰۰
مداخله سوم	۳/۲۲	۳/۶۰	۳/۱۴	۳/۲۵
مداخله چهارم	۲/۷۸	۲/۸۰	۲/۵۷	۲/۷۵
پیگیری اول	۲/۶۷	۲/۸۰	۲/۸۶	۲/۵۰
پیگیری دوم	۲/۵۶	۲/۴۰	۲/۵۷	۲/۸۸
پیگیری سوم	۲/۴۴	۲/۶۰	۳/۰۰	۲/۶۳

نتایج این فرضیه با تحقیقات مشابه تطابق دارد. از دیدگاه پنه‌بیکر و چانگ^۱ (۲۰۱۱) افشای هیجانی نوشتاری موجب تصحیح مرور زندگی در سیستم روان‌شناختی شده و فرد به بازنگری و بررسی زندگی خود می‌پردازد. بر اساس نظر پنه‌بیکر و همکاران (پنه‌بیکر، ۱۹۹۷؛ پتری، بوت و پنه‌بیکر، ۱۹۹۸؛ اسلاتچر و پنه‌بیکر، ۲۰۰۷)، افشای نوشتاری هیجانی با شکستن فرآیند بازداری و کاهش استرس، مشکلات روان‌شناختی، جسمانی و تغییرات شناختی که بر اساس آن ابراز هیجان‌ها و احساس‌ها در قالب واژه‌ها موجب بازنگری در رویدادها و تجارب هیجانی و به دنبال آن تغییر شیوه‌های سازمان‌دهی و باز جذب آن‌ها می‌شود (آدینه و حسنی، ۱۳۹۵) تأثیر داشته منجر به کاهش پرخاشگری می‌شود. بررسی بازبینی دیداری نمودارها، شاخص‌های تغییر روند، شیب و اندازه اثر پژوهش انجام شده توسط حسنی و آدینه (۱۳۹۵) که جهت تعیین اثربخشی افشای هیجانی نوشتاری در پرخاشگری نوجوانان مبتلا به اختلال نافرمانی مقابله‌ای، بیانگر کاهش محسوس ابعاد پرخاشگری بود. در کل، راهبرد افشای نوشتاری هیجان می‌تواند در مداخلات روان‌شناختی مبتنی بر پرخاشگری نوجوانان مبتلا سودمند باشد. همچنین یافته پژوهش دیویسون، پنه‌بیکر و دیکرسون^۳ (۲۰۰۰)، نشان داد افشای هیجانی نوشتاری منجر به کاهش پرخاشگری نوجوانان مبتلا به اختلال نافرمانی مقابله‌ای

می‌شود. در این راستا، یافته پژوهشی کانتکین^۴ (۲۰۰۸) نشان داده شیوه افشای نوشتاری هیجانی در کاهش خشم و عاطفه منفی نقش محوری دارد و منجر به مدیریت بهتر خشم می‌شود. بر اساس الگوی تجربی کانتکین (۲۰۰۸) افشای هیجانی زمینه‌ساز برانگیختگی عاطفی و پردازش جنبه‌های جدید تجارب فرد شده و اطلاعات ناهمخوان با روان بنه را تغییر داده و موجب کاهش تجارب هیجانی مانند خشم و ترس می‌شود (حسنی و آدینه، ۱۳۹۵). در تحقیق انجام شده توسط بشارت و همکاران (۱۳۹۵) هم مشخص شده افشای هیجانی نوشتاری، نشخوار خشم افراد ناگو هیجان را کاهش می‌دهد و می‌توان از آن، برای کاهش نشخوار خشم و پیامدهای منفی آن در جمعیت عمومی و بالینی استفاده کرد.

زودانگیختگی: در تحقیق حاضر با توجه به نتایج مراجعین، پایین بودن اندازه اثر درصد بهبودی مقیاس پنج عاملی زودانگیختگی و خرده مقیاس‌های آن، فرض صفر را می‌توان رد کرد و اثربخشی افشای هیجانی نوشتاری بر زودانگیختگی نوجوانان مبتلا به اختلال نافرمانی مقابله‌ای بر اساس داده‌های تحقیق تأیید شد. بر اساس یافته‌های جدول زیر، مقدار اندازه اثر برحسب کوهن برای سه آزمودنی به ترتیب برابر با ۰/۴۰، ۰/۵۳ و ۰/۵۲ است. اندازه اثر درمانی، درصد داده‌های غیر همپوش و درصد داده‌های همپوش در مقیاس زودانگیختگی پنج عاملی نشان می‌دهد مداخله بیشترین اثر را بر مراجع سوم داشته است.

1. Pennebaker, J. W., & Chung, C. K. (2011).
2. Petrie, K. P., Booth, R. J., & Pennebaker, J. W. (1998).
3. Davison, K. P., Pennebaker, J. W., & Dickerson, S. S.

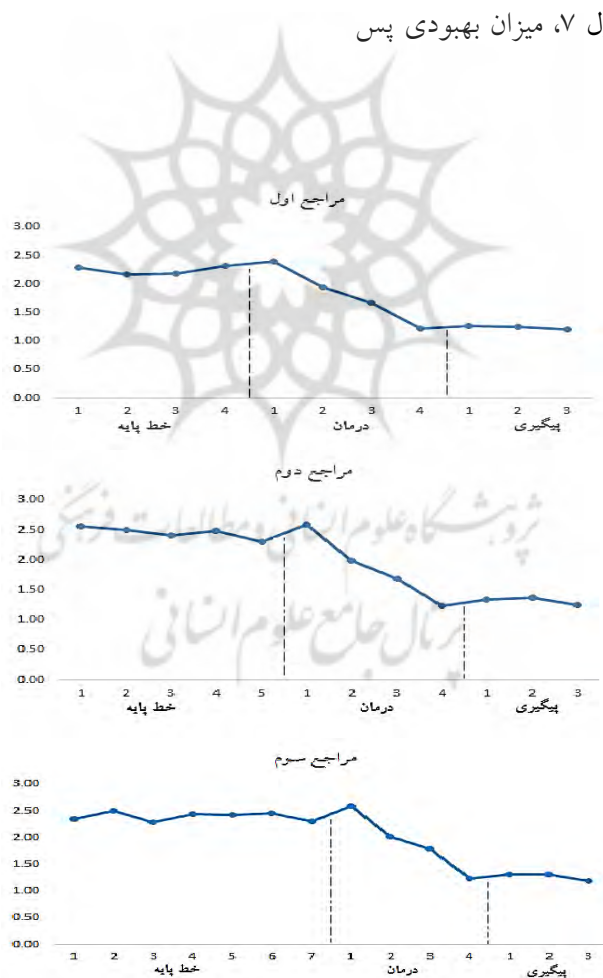
4. Cantekin, D.

جدول ۷. شاخص‌های آماری مربوط به مقیاس پنج عاملی زودانگیزختگی

شاخص POD	شاخص PND	شاخص کوهن	درصد بهبودی کلی	درصد بهبودی پس از پیگیری	درصد بهبودی کلی	درصد بهبودی پس از مداخله	مراجع
۲۷	۷۳	۰/۴۰	۴۹	۴۷	۴۹	۴۷	مراجع اول
۱۲	۸۸	۰/۵۳		۵۱		۵۲	مراجع دوم
۱۷	۸۳	۰/۵۲		۵۰		۴۷	مراجع سوم

از مداخله برای مراجع اول تا سوم به ترتیب برابر با ۴۷، ۵۲ و ۴۷ درصد و برای بهبودی پس از پیگیری به ترتیب برابر با ۴۷، ۵۱ و ۵۰ درصد بوده است.

همان‌طور که شکل ۸ نشان می‌دهد، نمرات مقیاس پنج عاملی زودانگیزختگی برای سه آزمودنی در مراحل خط پایه و پیگیری روند تقریباً ثابتی و در مرحله درمان روند آن نزولی بوده است. بر اساس جدول ۷، میزان بهبودی پس



شکل ۸. نمرات مقیاس پنج عاملی زودانگیزختگی

همچنین همان‌طور که در جدول ۸ نشان داده شده است، در روند تغییرات کلیه نمرات خرده مقیاس‌ها سیر نزولی مشاهده می‌شود. با توجه به این یافته‌ها، مراجع اول در شاخص‌های اضطراب منفی، نداشتن برنامه قبلی، فقدان پشتکار،

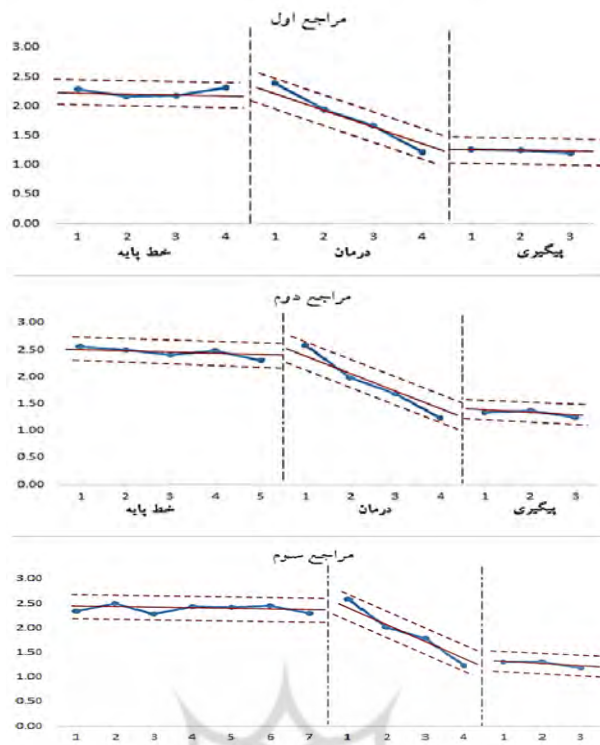
هیجان‌خواهی و اضطراب مثبت به ترتیب میزان بهبودی پس از درمان ۵۲، ۵۴، ۵۸، ۱۳ و ۵۲ درصد را داشته و بیشترین میزان بهبودی در شاخص فقدان پشتکار رخ داده است.

جدول ۸. میزان درصد بهبودی بعد از مداخله برای خرده مقیاس‌های پنج عاملی تکانش‌گری

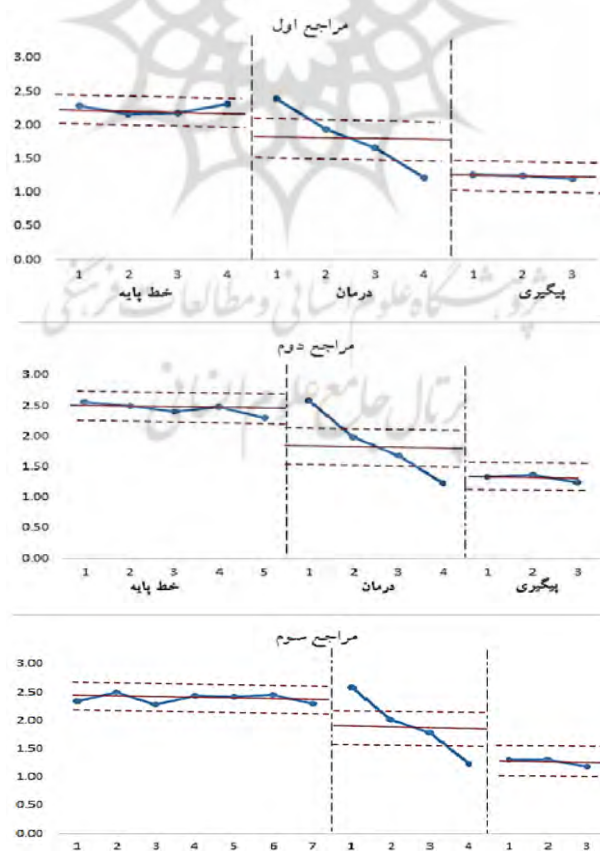
مراجع	مرحله درمان	اضطراب منفی	نداشتن برنامه قبلی	فقدان پشتکار	هیجان خواهی	اضطراب مثبت
مراجع اول	پس از درمان	-۵۲٪	-۵۴٪	-۵۸٪	-۱۳٪	-۵۲٪
	پیگیری	-۵۵٪	-۵۴٪	-۶۳٪	-۹٪	-۵۲٪
مراجع دوم	پس از درمان	-۶۲٪	-۴۸٪	-۶۶٪	-۲۱٪	-۵۴٪
	پیگیری	-۶۵٪	-۴۸٪	-۶۹٪	-۸٪	-۵۴٪
مراجع سوم	پس از درمان	-۵۵٪	-۵۰٪	-۶۲٪	-۱۳٪	-۵۲٪
	پیگیری	-۶۷٪	-۴۶٪	-۶۵٪	-۹٪	-۵۲٪

آزمودنی‌ها در حین مداخله در حال بهبود است. نمرات آن‌ها بر اساس خط میانه به‌طور کامل در محظه ثبات قرار ندارد. این در حالی است که نمرات آزمودنی‌ها بر اساس خط روند در محظه ثبات قرار دارد که نشان می‌دهد روند درمان برای مقیاس پنج عاملی تکانش‌گری در طول جلسات مداخله نسبتاً ثابت بوده هست.

درصد بهبودی کلی پس از مداخله و پس از پیگیری نیز به ترتیب برابر با ۴۹ و ۴۹ درصد است. شکل‌های ۹ و ۱۰ خط میانه و خط روند داده‌ها را در مرحله خط پایه، مداخله و پیگیری نشان می‌دهند. بر اساس معیار ۸۰-۲۰ درصدی، نمرات هر سه مراجع در مرحله خط پایه و پیگیری برای مقیاس پنج عاملی تکانش‌گری از ثبات برخوردار است؛ اما به دلیل اینکه نمرات



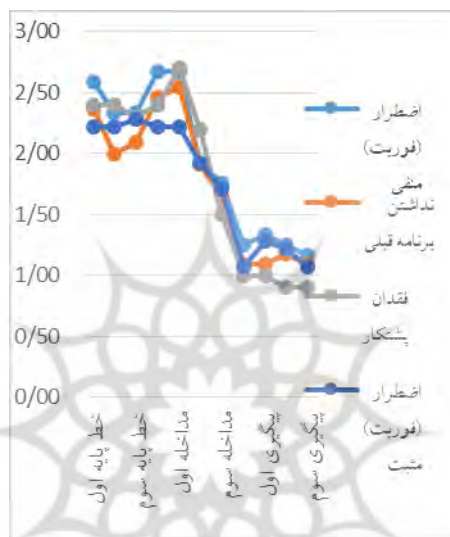
شکل ۹. خط روند و محفظه ثبات آزمودنی‌ها در مقیاس پنج‌عاملی تکانش‌گری



شکل ۱۰. خط میانه و محفظه ثبات آزمودنی‌ها در مقیاس پنج‌عاملی تکانش‌گری

داده‌های مربوط به روند بهبود در شاخص پنج عاملی تکانش‌گری برای مراجع اول در شکل ۱۱ و جدول ۸ و ۹ به نمایش گذاشته شده است. همان‌طور که در شکل ۱۱ نشان داده شده، در روند تغییرات کلیه نمرات خرده مقیاس‌ها سیر نزولی مشاهده می‌شود. با توجه به این یافته‌ها، مراجع اول در شاخص‌های اضطراب منفی، نداشتن

برنامه قبلی، فقدان پشتکار، هیجان‌خواهی و اضطراب مثبت به ترتیب میزان بهبودی پس از درمان ۵۲، ۵۴، ۵۸، ۱۳ و ۵۲ درصد را داشته است. همان‌طور که ملاحظه می‌شود بیشترین میزان بهبودی در شاخص فقدان پشتکار رخ داده است.



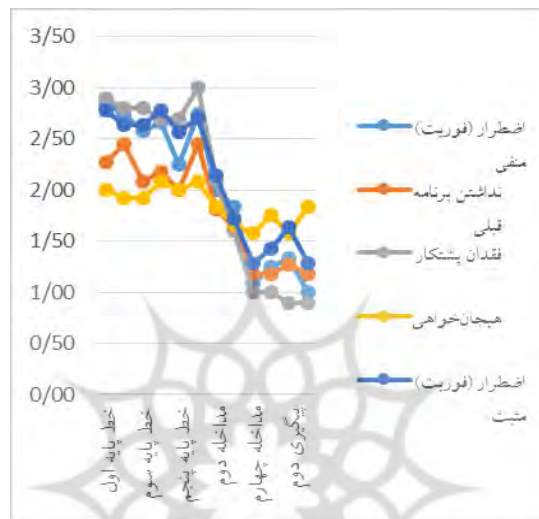
شکل ۱۱. نمرات خرده مقیاس‌های پنج عاملی تکانش‌گری مراجع اول

جدول ۹. نمرات خرده مقیاس‌های پنج عاملی تکانش‌گری مراجع اول

مرحله	اضطراب منفی	نداشتن برنامه قبلی	فقدان پشتکار	هیجان خواهی	اضطراب مثبت
خط پایه اول	۲/۸۳	۲/۲۷	۲/۹۰	۲/۰۰	۲/۷۹
خط پایه دوم	۲/۷۵	۲/۴۵	۲/۸۰	۱/۹۲	۲/۶۴
خط پایه سوم	۲/۵۸	۲/۰۹	۲/۸۰	۱/۹۲	۲/۶۴
خط پایه چهارم	۲/۶۷	۲/۱۸	۲/۷۰	۲/۰۸	۲/۷۹
خط پایه پنجم	۲/۲۵	۲/۰۰	۲/۷۰	۲/۰۰	۲/۵۷
مداخله اول	۲/۷۵	۲/۴۵	۳/۰۰	۲/۰۸	۲/۷۱
مداخله دوم	۲/۰۰	۱/۸۲	۲/۱۰	۱/۸۳	۲/۱۴
مداخله سوم	۱/۸۳	۱/۶۴	۱/۶۰	۱/۶۷	۱/۷۱
مداخله چهارم	۱/۰۸	۱/۱۸	۱/۰۰	۱/۵۸	۱/۲۹
پیگیری اول	۱/۲۵	۱/۱۸	۱/۰۰	۱/۷۵	۱/۴۳
پیگیری دوم	۱/۳۳	۱/۲۷	۰/۹۰	۱/۵۸	۱/۶۴
پیگیری سوم	۱/۰۰	۱/۱۸	۰/۹۰	۱/۸۳	۱/۲۹

داده‌های مربوط به روند بهبود در شاخص پنج عاملی تکانش‌گری برای مراجع دوم در شکل ۱۲ و جداول ۸ و ۱۰ به نمایش گذاشته شده است. در شکل ۱۲، روند تغییرات نمرات کلیه خرده مقیاس‌ها سیر نزولی دارند. با توجه به این یافته‌ها، مراجع دوم در شاخص‌های اضطراب منفی،

نداشتن برنامه قبلی، فقدان پشتکار، هیجان‌خواهی و اضطراب مثبت به ترتیب میزان بهبودی پس از درمان ۶۲، ۴۸، ۶۶، ۲۱ و ۵۲ را داشته و بیشترین میزان بهبودی در شاخص فقدان پشتکار رخ داده است.



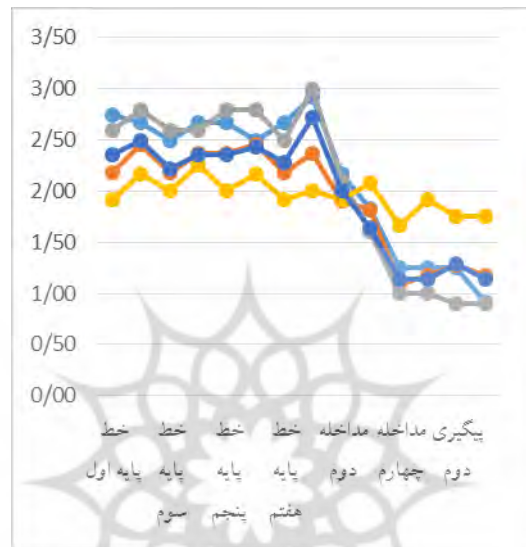
شکل ۱۲. نمرات خرده مقیاس‌های پنج عاملی تکانش‌گری مراجع دوم

جدول ۱۰. نمرات خرده مقیاس‌های پنج عاملی تکانش‌گری مراجع دوم

مرحله	اضطراب منفی	نداشتن برنامه قبلی	فقدان پشتکار	هیجان‌خواهی	اضطراب مثبت
خط پایه اول	۲/۷۵	۲/۱۸	۲/۶۰	۱/۹۲	۲/۳۶
خط پایه دوم	۲/۶۷	۲/۴۵	۲/۸۰	۲/۱۷	۲/۵۰
خط پایه سوم	۲/۵۰	۲/۱۸	۲/۶۰	۲/۰۰	۲/۲۱
خط پایه چهارم	۲/۶۷	۲/۳۶	۲/۶۰	۲/۲۵	۲/۳۶
خط پایه پنجم	۲/۶۷	۲/۳۶	۲/۸۰	۲/۰۰	۲/۳۶
خط پایه ششم	۲/۵۰	۲/۴۵	۲/۸۰	۲/۱۷	۲/۴۳
خط پایه هفتم	۲/۶۷	۲/۱۸	۲/۵۰	۱/۹۲	۲/۲۹
مداخله اول	۲/۹۲	۲/۳۶	۳/۰۰	۲/۰۰	۲/۷۱
مداخله دوم	۲/۱۷	۱/۹۱	۲/۱۰	۱/۹۲	۲/۰۰
مداخله سوم	۱/۸۳	۱/۸۲	۱/۶۰	۲/۰۸	۱/۶۴
مداخله چهارم	۱/۲۵	۱/۰۹	۱/۰۰	۱/۶۷	۱/۱۴
پیگیری اول	۱/۲۵	۱/۱۸	۱/۰۰	۱/۹۲	۱/۱۴
پیگیری دوم	۱/۲۵	۱/۲۷	۰/۹۰	۱/۷۵	۱/۲۹
پیگیری سوم	۰/۹۲	۱/۱۸	۰/۹۰	۱/۷۵	۱/۱۴

داده‌های مربوط به روند بهبود در شاخص پنج‌عاملی تکانش‌گری برای مراجع سوم در شکل ۱۳ و جدول ۸ و ۱۱ به نمایش گذاشته شده است. بر اساس شکل ۱۳ در روند تغییرات نمرات کلیه خرده‌مقیاس‌ها سیر نزولی مشاهده می‌شود. با توجه به این یافته‌ها، مراجع سوم در

شاخص‌های اضطراب منفی، نداشتن برنامه قبلی، فقدان پشتکار، هیجان‌خواهی و اضطراب مثبت به ترتیب میزان بهبودی پس از درمان ۵۵، ۵۰، ۶۲، ۱۳ و ۵۴ را داشته است. همان‌طور که ملاحظه می‌شود بیشترین میزان بهبودی در شاخص فقدان پشتکار رخ داده است.



شکل ۱۳. نمرات خرده‌مقیاس‌های پنج‌عاملی تکانش‌گری مراجع سوم

جدول ۱۱. نمرات خرده‌مقیاس‌های ۵ عاملی تکانش‌گری مراجع سوم

مرحله	اضطراب منفی	نداشتن برنامه قبلی	فقدان پشتکار	هیجان‌خواهی مثبت	اضطراب مثبت
خط پایه اول	۲/۵۸	۲/۳۶	۲/۴۰	۱/۹۲	۲/۲۱
خط پایه دوم	۲/۳۳	۲/۰۰	۲/۴۰	۱/۹۲	۲/۲۱
خط پایه سوم	۲/۳۳	۲/۰۹	۲/۳۰	۱/۹۲	۲/۲۹
خط پایه چهارم	۲/۶۷	۲/۴۵	۲/۴۰	۱/۹۲	۲/۲۱
مداخله اول	۲/۶۷	۲/۵۵	۲/۷۰	۱/۹۲	۲/۲۱
مداخله دوم	۱/۹۲	۱/۹۱	۲/۲۰	۱/۸۳	۱/۹۳
مداخله سوم	۱/۷۵	۱/۶۴	۱/۵۰	۱/۷۵	۱/۷۱
مداخله چهارم	۱/۲۵	۱/۰۹	۱/۰۰	۱/۶۷	۱/۰۷
پیگیری اول	۱/۳۳	۱/۰۹	۱/۰۰	۱/۵۸	۱/۲۹
پیگیری دوم	۱/۲۵	۱/۱۸	۰/۹۰	۱/۶۷	۱/۲۱
پیگیری سوم	۱/۱۷	۱/۰۹	۰/۹۰	۱/۷۵	۱/۰۷

با توجه به نتایج حاصل از سه مراجع، پایین بودن اندازه اثر درصد بهبودی برای مقیاس پنج عاملی تکانش‌گری و خرده مقیاس‌های آن، فرض صفر را نیز نمی‌توان رد کرد و اثربخشی افشای هیجانی نوشتاری بر تکانش‌گری نوجوانان مبتلا به این بر اساس داده‌های تحقیق تأیید نمی‌شود که این نتیجه با تحقیقات قبلی، منطبق نیست. پژوهش انجام شده توسط موحدی و خالقی پور (۱۳۹۵) نشان داده که راهبردهای مدیریت فرایندی هیجان (چون افشای نوشتاری هیجانی) در زودانگیختگی نوجوانان دختر مبتلا به اختلال نافرمانی مقابله‌ای اثربخش است. از این رو، تلویحات کاربردی مطلوبی برای پیشگیری و درمان اختلال نافرمانی مقابله‌ای دارد. بررسی بازبینی دیداری نمودارها، تغییر روند، شیب و اندازه اثر پژوهش انجام شده توسط حسنی و

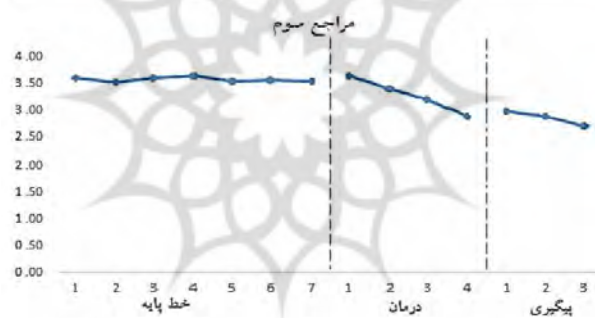
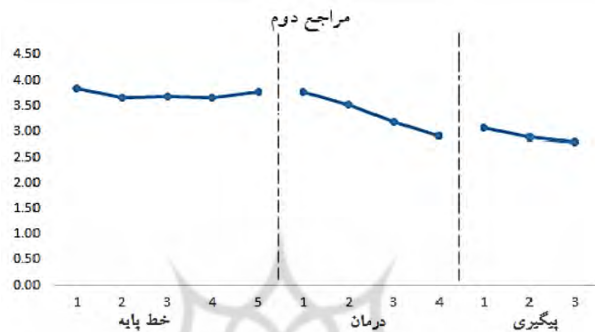
آدینه (۱۳۹۵) برای تعیین اثربخشی افشای هیجانی نوشتاری بر زودانگیختگی نوجوانان مبتلا، بیانگر کاهش محسوس آن است. **دشواری تنظیم هیجانی:** در تحقیق حاضر بر اساس نتایج حاصل از مراجعین، درصد بهبودی، اندازه اثر کوهن برای مقیاس دشواری تنظیم هیجانی و خرده مقیاس‌های آن‌ها، فرض صفر رد شده و اثربخشی افشای هیجانی نوشتاری بر کاهش دشواری تنظیم هیجانی تأیید می‌شود که با تحقیقات قبلی منطبق است. بر اساس جدول ۱۲، مقدار اندازه اثر برحسب کوهن برای سه آزمودنی به ترتیب برابر با ۰/۴۱، ۰/۳۸ و ۰/۳۷ است. اندازه اثر درمانی و میزان POD و PND نشان می‌دهد مداخله بیشترین تأثیر را بر دشواری تنظیم هیجانی مراجع اول داشته است

جدول ۱۲. شاخص‌های آماری مربوط به مقیاس دشواری تنظیم هیجانی

مراجع	درصد بهبودی پس از مداخله	درصد بهبودی کلی	درصد بهبودی پس از پیگیری	درصد بهبودی کلی	شاخص کوهن	شاخص PND	شاخص POD
مراجع اول	۳۵	۳۹	۳۷	۳۸	۰/۴۱	۷۶	۲۴
مراجع دوم	۴۴	۴۱	۴۱	۴۱	۰/۳۸	۷۱	۲۹
مراجع سوم	۳۷	۳۵	۳۵	۳۵	۰/۳۷	۶۶	۳۴

همان‌طور که شکل ۱۴ نشان می‌دهد، نمرات مقیاس دشواری تنظیم هیجانی برای سه آزمودنی در خط پایه و پیگیری روند تقریباً ثابت و در مرحله درمان روند آن نزولی بوده است. بر اساس جدول ۱۱، میزان بهبودی پس از مداخله برای سه آزمودنی به ترتیب برابر با ۳۵، ۴۴ و ۳۷ درصد و

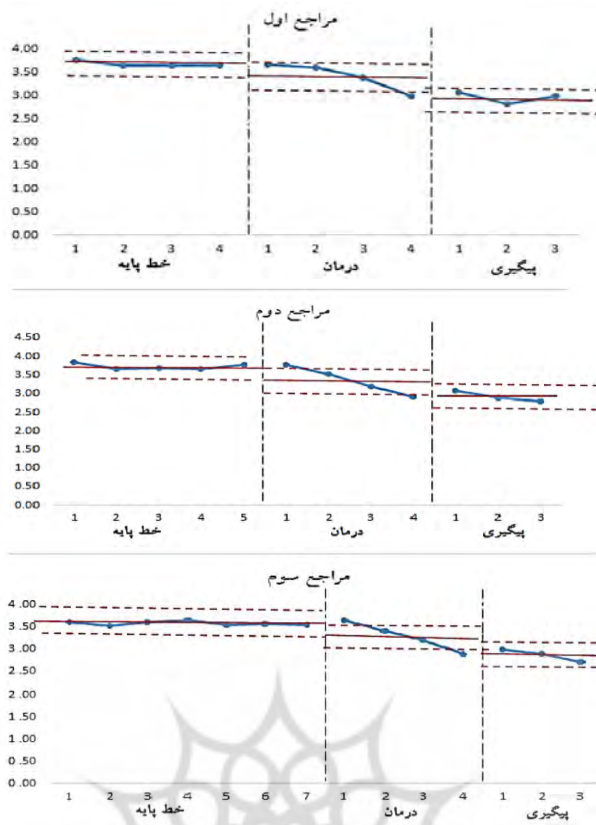
برای مرحله پس از درمان به ترتیب برابر با ۳۷، ۴۱ و ۳۵ درصد است. در روند تغییرات نمرات خرده مقیاس‌های دشواری تنظیم هیجانی برای همه شاخص‌ها به جز دستیابی محدود به راهبردهای اثربخش تنظیم هیجان سیر نزولی مشاهده می‌شود.



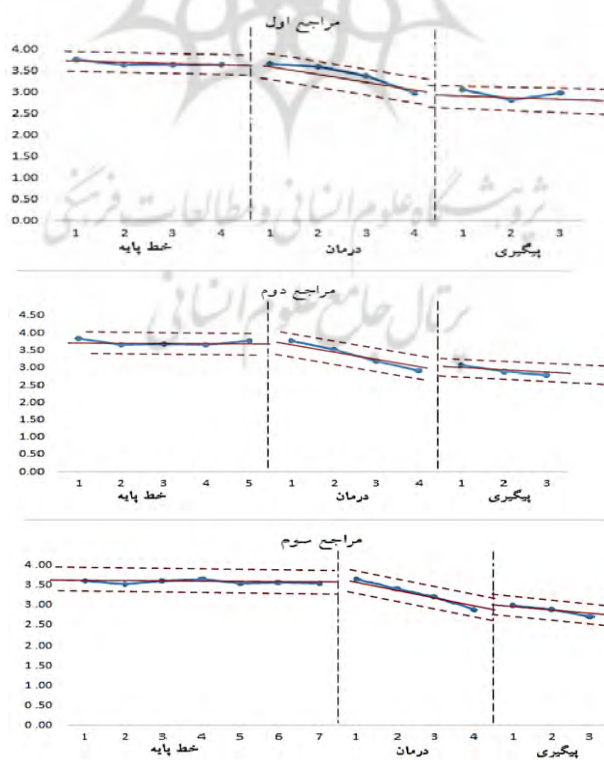
شکل ۱۴. نمرات مقیاس دشواری تنظیم هیجانی

درصد بهبودی کلی پس از مداخله و پس از آزمودنی‌ها در حین مداخله در حال بهبود است، نمرات آن‌ها بر اساس خط میانه به‌طور کامل در محظه ثبات قرار ندارد. این در حالی است که نمرات آزمودنی‌ها بر اساس خط روند در محظه ثبات قرار دارد که نشان می‌دهد روند درمان برای مقیاس دشواری تنظیم هیجانی در طول جلسات مداخله نسبتاً ثابت بوده هست.

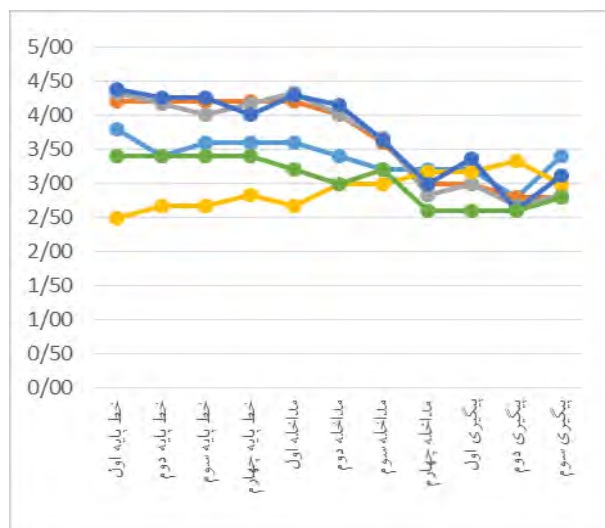
درصد بهبودی کلی پس از مداخله و پس از پیگیری نیز به ترتیب برابر با ۳۹ و ۳۸ درصد است. شکل‌های ۱۴ و ۱۵ خط میانه و خط روند داده‌ها را در مرحله خط پایه، مداخله و پیگیری نشان می‌دهند. بر اساس معیار ۸۰-۲۰ درصدی، نمرات هر سه مراجع در مرحله خط پایه و پیگیری برای مقیاس دشواری تنظیم هیجانی از ثبات برخوردار است؛ اما به دلیل اینکه نمرات



شکل ۱۵. خط میانه و محفظه ثبات آزمودنی ها در مقیاس دشواری تنظیم هیجانی



شکل ۱۶. خط روند و محفظه ثبات آزمودنی ها در مقیاس دشواری تنظیم هیجانی



شکل ۱۷. نمرات خرده مقیاس‌های دشواری تنظیم هیجانی برای مراجع اول

هدفمند مواقع درماندگی، دشواری در مهار رفتار تکانشی مواقع درماندگی، دستیابی محدود به راهبردهای اثربخش تنظیم هیجان، فقدان آگاهی هیجانی و فقدان شفافیت هیجانی به ترتیب میزان بهبودی پس از درمان ۱۶، ۲۹، ۳۵، ۲۷، ۳۱ و ۲۴ درصد را داشته است. همان‌طور که ملاحظه می‌شود بیشترین میزان بهبودی در شاخص رفتارهای تکانشی موقع درمان رخ داده، اما تأثیر درمان بر شاخص دستیابی محدود به راهبردهای اثربخش تنظیم هیجان منفی معکوس بوده است.

داده‌های مربوط به روند بهبود در خرده مقیاس‌های دشواری تنظیم هیجانی برای مراجع اول در شکل ۱۷ و جدول ۱۳ و ۱۴ به نمایش گذاشته شده است. بر اساس شکل ۱۷ در روند تغییرات نمرات خرده مقیاس‌های دشواری تنظیم هیجانی برای همه شاخص‌ها به‌جز دستیابی محدود به راهبردهای اثربخش تنظیم هیجان سیر نزولی مشاهده می‌شود. با توجه به این یافته‌ها، مراجع اول در شاخص‌های عدم پذیرش هیجان‌های منفی، دشواری در انجام رفتارهای

جدول ۱۳. میزان درصد بهبودی برای خرده مقیاس‌های دشواری تنظیم هیجانی

مراجع	مرحله درمان	عدم پذیرش هیجان‌های منفی	دشواری انجام رفتارهای هدفمند مواقع درماندگی	دشواری در مهار رفتارهای تکانشی مواقع درماندگی	دستیابی محدود به راهبردهای اثربخش تنظیم هیجان	فقدان آگاهی هیجانی	فقدان شفافیت هیجانی
اول	پس از درمان	-۱۶٪	-۲۹٪	-۳۵٪	۲۷٪	-۳۱٪	-۲۴٪
	پیگیری	-۱۱٪	-۳۳٪	-۳۵٪	۲۰٪	-۲۹٪	-۱۸٪
دوم	پس از درمان	-۲۵٪	-۲۹٪	-۳۵٪	۱۳٪	-۳۹٪	-۱۲٪
	پیگیری	-۳۵٪	-۲۹٪	-۳۸٪	۱۳٪	-۳۳٪	-۲۴٪
سوم	پس از درمان	-۲۴٪	-۳۲٪	-۳۱٪	۲۹٪	-۳۱٪	-۱۲٪
	پیگیری	-۱۸٪	-۳۶٪	-۳۸٪	۲۱٪	-۳۴٪	-۲۴٪

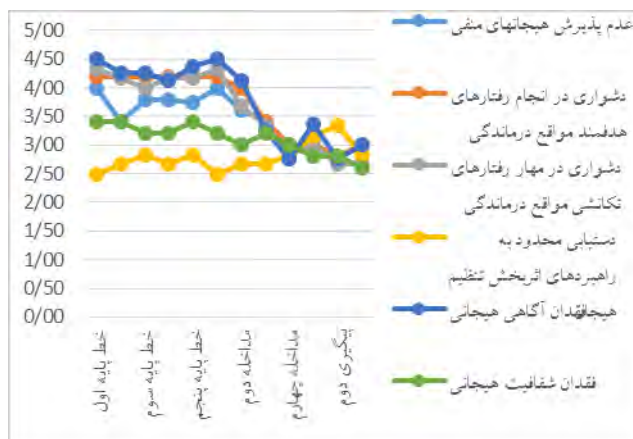
جدول ۱۴. نمرات خرده مقیاس‌های دشواری تنظیم هیجانی برای مراجع اول

مرحله	عدم پذیرش هیجانهای منفی	دشواری در انجام رفتارهای هدفمند مواقع درماندگی	دشواری در مهار رفتارهای تکانشی مواقع درماندگی	دستیابی محدود به راهبردهای اثربخش تنظیم هیجان	فقدان آگاهی هیجانی	فقدان شفافیت هیجانی
خط پایه اول	۳/۸۰	۴/۲۰	۴/۳۳	۲/۵۰	۴/۳۸	۳/۴۰
خط پایه دوم	۳/۴۰	۴/۲۰	۴/۱۷	۲/۶۷	۴/۲۵	۳/۴۰
خط پایه سوم	۳/۶۰	۴/۲۰	۴/۰۰	۲/۶۷	۴/۲۵	۳/۴۰
خط پایه چهارم	۳/۶۰	۴/۲۰	۴/۱۷	۲/۸۳	۴/۰۰	۳/۴۰
مداخله اول	۳/۶۰	۴/۲۰	۴/۳۳	۲/۶۷	۴/۲۹	۳/۲۰
مداخله دوم	۳/۴۰	۴/۰۰	۴/۰۰	۳/۰۰	۴/۱۴	۳/۰۰
مداخله سوم	۳/۲۰	۳/۶۰	۳/۶۷	۳/۰۰	۳/۶۳	۳/۲۰
مداخله چهارم	۳/۲۰	۳/۰۰	۲/۸۳	۳/۱۷	۳/۰۰	۲/۶۰
پیگیری اول	۳/۲۰	۳/۰۰	۳/۰۰	۳/۱۷	۳/۳۸	۲/۶۰
پیگیری دوم	۲/۸۰	۲/۸۰	۲/۶۷	۳/۳۳	۲/۶۳	۲/۶۰
پیگیری سوم	۳/۴۰	۲/۸۰	۲/۸۳	۳/۰۰	۳/۱۳	۲/۸۰

درماندگی، دشواری در مهار رفتار تکانشی مواقع درماندگی، دستیابی محدود به راهبردهای اثربخش تنظیم هیجان، فقدان آگاهی هیجانی و فقدان شفافیت هیجانی به ترتیب میزان بهبودی ۲۵، ۲۹، ۳۵، ۱۳-، ۳۹ و ۱۲ درصد را داشته است. همان‌طور که ملاحظه می‌شود بیشترین میزان بهبودی در شاخص دشواری در فقدان آگاهی هیجانی رخ داده است اما تأثیر درمان بر روی شاخص دستیابی محدود به راهبردهای اثربخش تنظیم هیجان منفی معکوس بوده است.

داده‌های مربوط به روند بهبود در خرده مقیاس‌های دشواری تنظیم هیجان برای مراجع دوم در شکل ۱۸ و جدول ۱۳ و ۱۵ به نمایش گذاشته شده است. بر اساس شکل ۱۸، در روند تغییرات نمرات خرده مقیاس‌های دشواری تنظیم هیجانی برای همه شاخص‌ها به جز دستیابی محدود به راهبردهای اثربخش تنظیم هیجان سیر نزولی مشاهده می‌شود.

با توجه به این یافته‌ها، مراجع دوم در شاخص‌های عدم پذیرش هیجان‌های منفی، دشواری در انجام رفتارهای هدفمند مواقع



شکل ۱۸. نمرات خرده مقیاس‌های دشواری تنظیم هیجانی مراجع دوم

جدول ۱۵. نمرات خرده مقیاس‌های دشواری تنظیم هیجانی برای مراجع دوم

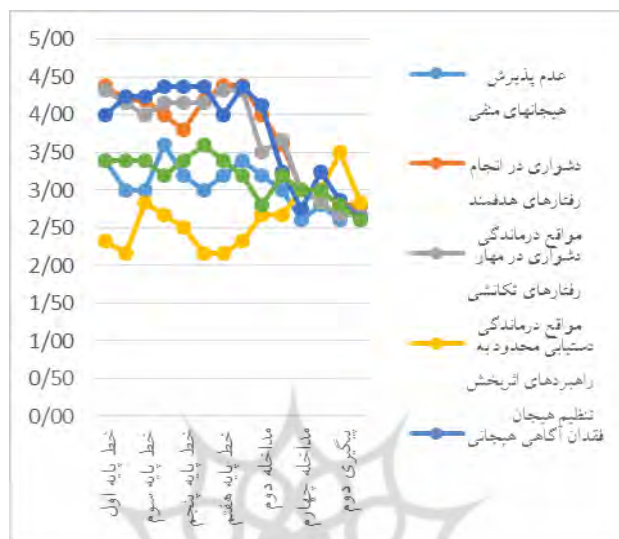
مرحله	عدم پذیرش هیجانهای منفی	دشواری در انجام رفتارهای هدفمند در ماندگی	دشواری در مهار رفتارهای تکانشی در ماندگی	دستیابی محدود به راهبردهای اثربخش تنظیم هیجان	فقدان آگاهی هیجانی	فقدان شفافیت هیجانی
خط پایه اول	۴/۰۰	۴/۲۰	۴/۳۳	۲/۵۰	۴/۵۰	۳/۴۰
خط پایه دوم	۳/۴۰	۴/۲۰	۴/۱۷	۲/۶۷	۴/۲۵	۳/۴۰
خط پایه سوم	۳/۸۰	۴/۲۰	۴/۰۰	۲/۸۳	۴/۲۵	۳/۲۰
خط پایه چهارم	۳/۸۰	۴/۲۰	۴/۱۷	۲/۶۷	۴/۱۳	۳/۲۰
خط پایه پنجم	۳/۷۵	۴/۲۰	۴/۱۷	۲/۸۳	۴/۳۸	۳/۴۰
مداخله اول	۴/۰۰	۴/۲۰	۴/۳۳	۲/۵۰	۴/۵۰	۳/۲۰
مداخله دوم	۳/۶۰	۴/۰۰	۳/۶۷	۲/۶۷	۴/۱۳	۳/۰۰
مداخله سوم	۳/۴۰	۳/۴۰	۳/۳۳	۲/۶۷	۳/۲۵	۳/۲۰
مداخله چهارم	۳/۰۰	۳/۰۰	۲/۸۳	۲/۸۳	۲/۷۵	۳/۰۰
پیگیری اول	۳/۰۰	۳/۰۰	۳/۰۰	۳/۱۷	۳/۳۸	۲/۸۰
پیگیری دوم	۲/۸۰	۲/۸۰	۲/۶۷	۳/۳۳	۲/۷۵	۲/۸۰
پیگیری سوم	۲/۶۰	۳/۰۰	۲/۶۷	۲/۸۳	۳/۰۰	۲/۶۰

راهبردهای اثربخش تنظیم هیجان سیر نزولی مشاهده می‌شود. با توجه به این یافته‌ها، مراجع سوم در شاخص‌های عدم پذیرش هیجانهای منفی، دشواری در انجام رفتارهای هدفمند مواقع در ماندگی، دشواری در مهار رفتار تکانشی مواقع در ماندگی، دستیابی محدود به راهبردهای اثربخش

داده‌های مربوط به روند بهبود در خرده مقیاس‌های دشواری تنظیم هیجان برای مراجع سوم در شکل ۱۹ و جداول ۱۳ و ۱۶ به نمایش گذاشته شده است. بر اساس شکل ۱۹، در روند تغییرات نمرات خرده مقیاس‌های دشواری تنظیم هیجانی برای همه شاخص‌ها به جز دستیابی محدود به

بهبودی در شاخص دشواری در انجام رفتارهای هدفمند رخ داده است اما تأثیر درمان بر روی شاخص دستیابی محدود به راهبردهای اثربخش تنظیم هیجان منفی معکوس بوده است.

تنظیم هیجان، فقدان آگاهی هیجانی و فقدان شفافیت هیجانی به ترتیب میزان بهبودی پس از درمان ۲۴، ۳۲، ۳۱، ۲۹-، ۳۱ و ۱۲ درصد را داشته است. همان‌طور که ملاحظه می‌شود بیشترین میزان



شکل ۱۹. نمرات خرده مقیاس‌های دشواری تنظیم هیجانی مراجع سوم

جدول ۱۶. نمرات خرده مقیاس‌های دشواری تنظیم هیجانی مراجع سوم

مرحله	عدم پذیرش هیجانهای منفی	دشواری در انجام رفتارهای هدفمند	دشواری در مهار رفتارهای تکانشی مواقع درماندگی	دستیابی محدود به راهبردهای اثربخش تنظیم هیجان	فقدان آگاهی هیجانی	فقدان شفافیت هیجانی
خط پایه اول	۳/۴۰	۴/۴۰	۴/۳۳	۲/۳۳	۴/۰۰	۳/۴۰
خط پایه دوم	۳/۰۰	۴/۲۰	۴/۱۷	۲/۱۷	۴/۲۵	۳/۴۰
خط پایه سوم	۳/۰۰	۴/۲۰	۴/۰۰	۲/۸۳	۴/۲۵	۳/۴۰
خط پایه چهارم	۳/۶۰	۴/۰۰	۴/۱۷	۲/۶۷	۴/۳۸	۳/۲۰
خط پایه پنجم	۳/۲۰	۳/۸۰	۴/۱۷	۲/۵۰	۴/۳۸	۳/۴۰
خط پایه ششم	۳/۰۰	۴/۲۰	۴/۱۷	۲/۱۷	۴/۳۸	۳/۶۰
خط پایه هفتم	۳/۲۰	۴/۴۰	۴/۳۳	۲/۱۷	۴/۰۰	۳/۴۰
مداخله اول	۳/۴۰	۴/۴۰	۴/۳۳	۲/۳۳	۴/۳۸	۳/۲۰
مداخله دوم	۳/۲۰	۴/۰۰	۳/۵۰	۲/۶۷	۴/۱۳	۲/۸۰
مداخله سوم	۳/۰۰	۳/۶۰	۳/۶۷	۲/۶۷	۳/۲۵	۳/۲۰
مداخله چهارم	۲/۶۰	۳/۰۰	۳/۰۰	۳/۰۰	۲/۷۵	۳/۰۰
پیگیری اول	۲/۸۰	۳/۰۰	۲/۸۳	۳/۰۰	۳/۲۵	۳/۰۰
پیگیری دوم	۲/۶۰	۲/۸۰	۲/۶۷	۳/۵۰	۲/۸۸	۲/۸۰
پیگیری سوم	۲/۸۰	۲/۸۰	۲/۶۷	۲/۸۳	۲/۶۳	۲/۶۰

با توجه به نتایج سه مراجع، درصد بهبودی و اندازه اثر کوهن برای مقیاس دشواری تنظیم هیجانی و خرده مقیاس‌های آن، فرض صفر رد شده و اثربخشی افشای هیجانی نوشتاری بر دشواری تنظیم هیجانی نوجوانان مبتلا به اختلال نافرمانی مقابله‌ای مورد تأیید قرار می‌گیرد. این نتیجه با نتایج تحقیقات قبلی از جمله موحدی و خالقی (۱۳۹۵) و بشارت و همکاران (۱۳۹۶)، منطبق است. تحقیق موحدی و خالقی (۱۳۹۵) نشان می‌دهد تنظیم هیجان، عامل مهمی در تعیین سلامتی و عملکرد موفق در تعاملات اجتماعی است و تأثیر آن بر اختلالات برون‌ریز به دلیل ماهیت انعطاف‌پذیر دوره نوجوانی و پایه ریزی الگوهای رفتار در بزرگسالی، از اهمیت ویژه برخوردار است. افشای هیجانی نوشتاری استفاده از مکانیسم‌های دفاعی رشدنیافته را کاهش و استفاده از دفاع‌های رشد یافته را افزایش دهد (بشارت و همکاران، ۱۳۹۶) و در گستره نظری چندین دلیل در زمینه اثربخشی افشای هیجانی نوشتاری مطرح شده که هسته اساسی آن‌ها بر دو مفهوم «نظم جویی هیجان» و «رویاری گری» استوار است (آموروس^۱، ۲۰۱۲).

با استفاده از افشای هیجانی نوشتاری، تعبیر و تفسیر شناختی فرد از موقعیت هیجانی تغییر پیدا می‌کند به گونه‌ای که حالت تهدید یافتگی و مخرب بودن هیجان‌ها از بین می‌رود و فرد به نیازهای هیجانی خودآگاهی

1. Amorous, L. (2012)

پیدا می‌کند. در نتیجه، فرد را به استفاده از مکانیسم‌های دفاعی مؤثرتر هدایت می‌کند (لیپور، گرینبرگ، بورنو و اسمیث، ۲۰۰۲؛ لوملی و پروونزانو، ۲۰۰۳) به نقل از بشارت و همکاران، (۱۳۹۶). همچنین مواجهه با خاطرات هیجانی و تلاش برای تنظیم توجه و بکار گرفتن پردازش شناختی، معنای منسجم‌تری از آن رویداد می‌سازد یا ارزیابی فرد را از رویداد مورد نظر تغییر می‌دهد؛ در نتیجه فرد از راهبردهای سازش‌یافته‌تری برای مقابله با آن استفاده می‌کند (کراس، داکورث، آیدوک، تسوکایاما و میشل^۲، ۲۰۱۱). گاهی نیز افراد ناگو هیجان^۳ چون قادر به حس کردن برانگیختگی خود نیستند، پاسخی که به موقعیت‌های استرس‌زا یا هیجان‌های ناخوشایند می‌دهند ناکافی است که باعث می‌شود فرد نیاز خود به مقابله با آن رویدادها را انکار کند. در حالی که حین انجام تکلیف افشای هیجانی نوشتاری به‌طور پیوسته در حال تجربه انگیختگی‌های مختلف مربوط به رویدادهای متفاوت است در نتیجه حالت انکار هیجان‌های پایه کنار گذاشته می‌شود (بشارت و همکاران، ۱۳۹۶).

بر اساس تحقیقات انجام شده توسط لیپور، گرینبرگ، بورنو و اسمیث^۴ (۲۰۰۲) و لوملی و پروونزانو^۵ (۲۰۰۳) با استفاده از

2. Kross, E.; Duckworth, A.; Ayduk, O.;

Tsukayama, E.; Mischel, W

3. Alexithymia

4. Lepore, S. J.; Greenberg, M. A.; Bruno, M.;

Smyth, J. M.

5. Lumley, M. A.; Norman, S.

افشای هیجانی نوشتاری، تفسیر شناختی فرد از موقعیت هیجانی تغییر پیدا می‌کند به‌گونه‌ای که حالت تهدید و تخریب هیجان‌ها از بین رفته و فرد به نیازهای هیجانی خود آگاهی می‌یابد. در نتیجه، به استفاده از مکانیسم‌های دفاعی مؤثرتر هدایت می‌شود که با نتایج تحقیق حاضر هم‌راستا است. بر اساس تحقیق کراس، داکوورث، آیدوک، تسوکایاما و میشل (۲۰۱۱) مواجهه با خاطرات هیجانی و تلاش برای تنظیم توجه و بکار گرفتن پردازش شناختی، معنای منسجم‌تری از آن رویداد ساخته و ارزیابی فرد را از رویداد مورد نظر تغییر می‌دهد؛ در نتیجه فرد از راهبردهای سازش‌یافته‌تر برای مقابله با آن استفاده می‌کند که این نتایج نیز با نتیجه تحقیق حاضر یعنی بهبود راهبردهای اثربخش تنظیم هیجان هم‌راستا است. بر اساس تحقیق بشارت و همکاران (۱۳۹۶) گاهی افراد ناگو هیجان چون قادر به حس کردن برانگیختگی خود نیستند، پاسخی که به موقعیت‌های استرس‌زا یا هیجان‌های ناخوشایند می‌دهند ناکافی است و باعث می‌شود فرد نیاز خود به مقابله با آن‌ها را انکار کند. در حالی که حین انجام تکلیف افشای هیجانی نوشتاری فرد پیوسته در حال تجربه انگیزتگی‌های مربوط به هیجان‌ها و رویدادهای متفاوت است در نتیجه حالت انکار هیجان‌های پایه کنار گذاشته می‌شود. این نتایج هم‌راستا با نتایج پژوهش حاضر است که اثربخشی آن بر دشواری تنظیم

هیجانی نوجوانان مبتلا به اختلال را تأیید نمود.

با توجه به مطالعه و نتایج اثربخش آن موارد زیر پیشنهاد می‌شود اثربخشی افشای نوشتاری هیجانی و یک مداخله درمانی چون نوروفیدبک و طرح‌واره درمانی، بررسی و مقایسه شود. همچنین تحقیقی برای شناخت الگوی الکتروانسفالوگرافی کمی^۱ اختلال نافرمانی مقابله‌ای انجام شده و در ارزیابی‌های کلینیکی و پژوهش‌های درمانی استفاده شود. این پژوهش محدودیت‌هایی هم داشت. علیرغم آنکه به‌صورت تک آزمودنی انجام شد تا بتواند سنجش دقیق‌تری از متغیرها داشته باشد. با این حال، با توجه به آنکه تعداد شرکت‌کنندگان، کم بود، تعمیم‌پذیری داده‌ها را به جمعیت و موقعیت‌های دیگر تحت تأثیر قرار داده و از روایی بیرونی می‌کاهد. همچنین اگرچه از پیشرفته‌ترین روش‌های تحلیل داده‌ها چون درصد داده‌های همپوش و ناهمپوش، تحلیل میانه و میانگین و شاخص درصد بهبودی استفاده شده، با این حال تحلیل داده‌ها یکی دیگر از محدودیت‌های این پژوهش است؛ زیرا تأیید یا رد فرضیه‌های پژوهش و به دست آوردن اندازه اثر، آن‌طور که در مطالعات آزمایشی انجام می‌شود، در مطالعه تک آزمودنی امکان‌پذیر نیست. از سوی دیگر چون کاملاً کنترل شده نیست، نمی‌توان به‌طور حتم اثر عوامل دیگر مثل بهبود خود به

خودی در گذشت زمان، یا اثر درمانگر یا شرایط درمان را نادیده گرفت. همچنین

منابع

- اختیاری، ح؛ صفایی، ه؛ اسماعیلی جاوید، غ.ر؛ عاطف وحید، م.ک؛ عدالتی، ه؛ مکرری، آ. (۱۳۸۷). «روایی و پایایی نسخه‌های فارسی پرسشنامه‌های آیزنک، بارت، دیکمن و زاگرن در تعیین رفتارهای مخاطره جویانه و تکانش‌گری». *مجله روان‌پزشکی و روانشناسی بالینی ایران*. سال چهاردهم شماره ۳ (پیاپی ۵۴)، ص ۳۲۶.

- اختیاری، ح؛ رضوان‌فرد، م؛ مکرری، آ. (۱۳۸۷). «تکانش‌گری و ابزارهای گوناگون ارزیابی آن: بازبینی دیدگاه‌ها و بررسی‌های انجام شده». *مجله روان‌پزشکی و روانشناسی بالینی ایران*، سال چهاردهم شماره ۳ (پیاپی ۵۴)، ص ۲۴۷.

- ارسلانده، ف؛ آزادفلاح، پ؛ حسنی، ج. (۱۳۹۸). «رابطه بین الگوی استفاده از سبک‌های دفاعی و غلبه محورهای زود انگیختگی در دانشجویان». *فصلنامه علوم روان‌شناختی*، پیاپی ۸۱، ص ۱۰۹۹.

- امیری، م؛ موللی، گ؛ نسائیان، ع؛ حجازی، م؛ اسدی‌گندمانی، ر. (۱۳۹۶). «تأثیر آموزش مدیریت رفتار به مادران بر علائم اختلال رفتارهای پرخاشگرانه کودکان با اختلال

سنجش مکرر ممکن است باعث یادگیری و تأثیر بر نتایج تحقیق شده باشد.

نافرمانی مقابله‌ای». *فصلنامه توان‌بخشی*، سال هجدهم، شماره ۲، ص ۸۴.

- انصارحسین، س؛ ابوالقاسمی، ع؛ میکاییلی، ن؛ حاجلو، ن. (۱۳۹۷). «اثربخشی نوروفیدبک بر ناقرینگی الگوی فعالیت امواج آلفا در قطعه پیشانی، عملکرد اجرایی و شدت علائم در بیماران افسرده»، *فصلنامه روانشناسی بالینی*، شماره ۳۸، ص ۷۱.

- آدینه، م؛ حسنی، ج. (۱۳۹۵). «تأثیر افشای هیجانی نوشتاری در مشکلات بین فردی کودکان مبتلا به اختلال نافرمانی مقابله‌ای: مطالعه تک آزمودنی»، *روش‌ها و مدل‌های روان‌شناختی* سال هفتم شماره ۲۳.

- بشارت، م.ع؛ حافظی، ا؛ غلامعلی لواسانی، م. (۱۳۹۵). «آشکارسازی هیجانی و نشخوار خشم»، *فصلنامه اندیشه و رفتار در روانشناسی بالینی*، پیاپی ۴۱، ص ۱۷.

- بشارت، م.ع؛ حافظی، ا؛ مقدم‌زاده، ع. (۱۳۹۶). «بررسی اثربخشی آشکارسازی هیجانی نوشتاری بر مکانیسم‌های دفاعی افراد ناگو هیجان»، *فصلنامه فرهنگ مشاوره و روان‌درمانی*، پیاپی ۳۰، ص ۸۳.

- بهبودی، م؛ شاه‌آبادی، س؛ انصاری‌مقدم، ا؛ احمدی، ن؛ شامحمدی، م. (۱۳۹۴). «بررسی اثر مداخلات نوروفیدبک بر میزان کاهش رفتارهای پرخاشگری در نوجوانان»، فصلنامه توان‌بخشی نوین، سال نهم شماره ۲ (پیاپی ۳۴)، ص ۶۲.
- بیرامی، م؛ حسن‌زاده، ث. (۱۳۹۶). «پیش‌بینی نشانه‌های اختلال نافرمانی مقابله‌ای (ODD) بر اساس سبک‌های فرزند پروری»، فصلنامه پژوهش‌های نوین روان‌شناختی، پیاپی ۴۸، ص ۱۹۷.
- تیموری، س؛ رضانی، ف؛ یزدان‌پناه، ف. (۱۳۹۸). «رابطه سیستم‌های مغزی رفتاری و تکانش‌گری با رفتارهای جنسی پرخطر»، نشریه رویش روانشناسی، سال هشتم شماره ۱۰ (پیاپی ۴۳)، ص ۴۷.
- جبرائیلی، ه؛ مرادی، ع.ر؛ حبیبی، م. (۱۳۹۷). «بررسی نقش ابعاد مدل پنج‌عاملی تکانش‌گری و افزایش سن در اختلال در تنظیم هیجانی مردان»، نشریه اصول بهداشت روانی، پیاپی ۸۴، ص ۲۲۸.
- جبرائیلی، ه؛ مرادی، ع.ر؛ حبیبی، م. (۱۳۹۷). «ویژگی‌های روان‌سنجی و ساختار عاملی نسخه فارسی مقیاس پنج‌عاملی رفتار تکانشی»، فصلنامه روش‌ها و مدل‌های روان‌شناختی، سال نهم شماره ۳۱، ص ۱۷۵.
- جمالی پاقلعه، س؛ میرزایی، ر؛ نظری بدیع، م؛ عابدی، ا. (۱۳۹۲). «مقایسه اثربخشی برنامه یادگیری اجتماعی هیجانی و آموزش حل مسئله اجتماعی بر کاهش نشانه‌های اختلال نافرمانی مقابله‌ای (ارزیابی والدین)»، فصلنامه مطالعات روانشناسی بالینی، پیاپی ۱۲ (پاییز)، ص ۴۳.
- حسنی، ج؛ آدینه، م. (۱۳۹۵). «تأثیر افشای هیجانی نوشتاری در پرخاشگری و زودانگیختگی نوجوانان مبتلا به اختلال نافرمانی مقابله‌ای: مطالعه تک‌آزمودنی»، فصلنامه روانشناسی، سال بیستم شماره ۳ (پیاپی ۷۹، پاییز)، ص ۳۲۸.
- خالقی، م؛ محمدخانی، ش؛ حسنی، ج. (۱۳۹۵). «اثربخشی طرح‌واره درمانی هیجانی در کاهش نگرانی و علائم و نشانه‌های اضطراب بیماران مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر (GAD): مطالعه تک‌آزمودنی»، مجله روانشناسی بالینی، سال هشتم، شماره ۲، پیاپی، ص ۴۳.
- خانزاده، ح.ع؛ ملکی‌منش، آ؛ طاهر، م؛ مجرد، آ. (۱۳۹۷). «تأثیر آموزش مهارت خودآگاهی بر کاهش رفتارهای پرخاشگرانه، اعتیاد‌پذیری و خودکشی دانش‌آموزان دختر

- دبیرستانی»، فصلنامه اندیشه‌های نوین تربیتی، سال چهاردهم شماره ۱ (پیاپی ۵۳، بهار)، ص ۱۳۵.
- دستا، ر. (۱۳۷۹). «پرخاشگری کودکان عوامل مؤثر و روش‌های پیشگیری، ترجمه سعید احمد خسروی»، نشریه اصول بهداشت روانی، پیاپی ۷-۸ (پائیز و زمستان)، ص ۱۱۴.
- دوستیان، ی؛ بهمنی، ب؛ اعظمی، ی؛ گودینی، ع.ا. (۱۳۹۲). «بررسی رابطه پرخاشگری و تکانش‌گری با آمادگی به اعتیاد، در دانشجویان پسر»، فصلنامه توان‌بخشی، سال چهاردهم شماره ۲ (پیاپی ۵۲، تابستان)، ص ۱۰۲.
- رحیمی، چ؛ سجادی، م؛ محمدی، ن؛ خرمایی، ف. (۱۳۹۳). «تأثیر روش رابطه درمانی بر کاهش نشانگان در کودکان مبتلا به اختلال نافرمانی مقابله‌ای»، فصلنامه کودکان استثنایی، سال چهاردهم شماره ۳ (پیاپی ۵۳، پاییز)، ص ۳۱.
- سامانی، س. (۱۳۸۶). «بررسی پایایی و روایی پرسش‌نامه پرخاشگری باس و پری»، مجله روان‌پزشکی و روانشناسی بالینی ایران، سال سیزدهم شماره ۴ (پیاپی ۵۱، زمستان)، ص ۳۵۹.
- سهرابی، ف؛ اسدزاده، ح؛ عرب زاده کوپانی، ز. (۱۳۹۳). «اثربخشی آموزش والدینی بار کلی بر کاهش نشانه‌های اختلال نافرمانی مقابله‌ای در کودکان پیش‌دبستانی»، فصلنامه روانشناسی مدرسه، سال سوم شماره ۲ (تابستان)، ص ۸۲.
- سید محمودیان، س.م؛ علیزاده، ح؛ پزشک، ش؛ برجعلی، ا؛ فرخی، ن.ع. (۱۳۹۶). «رویکرد آدلر-گلاسر به اختلال نافرمانی مقابله‌ای: مطالعه مروری نظامند»، فصلنامه روانشناسی افراد استثنایی، پیاپی ۲۸ (زمستان)، ص ۲۰۹.
- سیف، ع.ا. (۱۳۶۶). «طرح‌های پژوهشی تک آزمودنی»، فصلنامه تعلیم و تربیت (آموزش و پرورش) شماره ۱۰، ص ۲۰.
- شریفی درآمدی، پ؛ بگیان کوله مرز، م.ج؛ حافظ پادرون، ف. (۱۳۹۲). «اثربخشی آموزش کنترل تکانه بر تکانش‌گری و بهبود نشانه‌های مرضی دانش‌آموزان مبتلا به اختلال نافرمانی مقابله‌ای»، فصلنامه روانشناسی بالینی، سال پنجم شماره ۴ (پیاپی ۲۰، زمستان)، ص ۲۹.
- شیخ‌الاسلامی، ر؛ رضوی اصطهباناتی، ز.ا؛ یزدانی، ف. (۱۳۹۸). «ویژگی‌های روان‌سنجی مقیاس ارضا و ناکامی نیازهای بنیادین روان‌شناختی»، فصلنامه روانشناسی، سال بیست و سوم شماره ۱ (پیاپی ۸۹، بهار)، ص

«پیش‌بینی پرخاشگری دانش آموزان دبیرستانی بر اساس هوش و خودکارآمدی تحصیلی»، نشریه رویش روانشناسی، سال هشتم شماره ۷ (پیاپی ۴۰، مهر)، ص ۲۰۷.

- فرزادی، ف؛ بهروزی، ن؛ فرامرزی، ح. (۱۳۹۵). «مقایسه نظریه ذهن، نگهداری توجه و همدلی در دانش آموزان مبتلا و غیر مبتلا به اختلال نافرمانی مقابله‌ای»، فصلنامه سلامت روان کودک، شماره ۹، زمستان ص ۷۰.

- قدرتی میرکوهی، م؛ مشعوف فرد، ن. (۱۳۹۶). «اثربخشی برنامه قدرت مقابله بر اختلال نافرمانی مقابله‌ای، مشکلات توجه و مهارت‌های ارتباطی»، فصلنامه روانشناسی بالینی، سال نهم شماره ۲ (پیاپی ۳۴، تابستان)، ص ۳۷.

- کارگربرزی، ح؛ شیشه‌فر، س؛ جعفری، ع.ر؛ قربانیان، ا؛ چوبداری، ع. (۱۳۹۶). «مقایسه کارکردهای اجرایی و سبک‌های دل‌بستگی در دانش آموزان با و بدون نافرمانی مقابله‌ای»، فصلنامه سلامت اجتماعی، سال چهارم شماره ۴ (پاییز)، ص ۲۶۹.

- کرمانی مامازندی، ز؛ طالع‌پسند، س. (۱۳۹۷) «ویژگی‌های روان‌سنجی مقیاس دشواری تنظیم هیجان در دانشجویان دانشگاه سمنان»، نشریه آموزش و ارزشیابی، شماره ۴۲، تابستان، ص ۱۱۷.

- صابر، م. (۱۳۹۵). مقایسه نظم جویی شناختی هیجان و خودکارآمدی اجتماعی در نوجوانان پسر ۱۵-۱۲ سال مبتلا به نشانه‌های اختلال سلوک، نافرمانی مقابله‌ای و بهنجار، پایان‌نامه کارشناسی ارشد، دانشگاه خوارزمی، دانشکده روانشناسی.

- صمیمی زبیر حسنی، ج؛ کرد تمینی، م؛ افزون، ج. (۱۳۹۴). «اثربخشی آموزش حافظه کاری هیجانی بر توانایی مهارگری شناختی و عاطفی نوجوانان مبتلا به اختلال استرس پس از سانحه»، فصلنامه سلامت روان کودک، ص ۲۷.

- صمدی، م. (۱۳۹۲). «بررسی رابطه بین مدل پردازش اطلاعات اجتماعی با علائم مشکل نافرمانی مقابله‌ای در دانش آموزان مقطع ابتدایی»، نشریه شناخت اجتماعی، پیاپی ۴ (پاییز و زمستان)، ص ۵۴.

- عبدالمحمدی، ک؛ غدیری صورمان آبادی، ف؛ چوبداری، ع؛ سیدپورمند، ن.ا. (۱۳۹۷). «تفکرات پارانویید و حرمت خود در دانش آموزان مبتلا به اختلال نافرمانی مقابله‌ای»، فصلنامه سلامت روان کودک، سال پنجم شماره ۳ (پیاپی ۱۶، پاییز)، ص ۱۳۷.

- عظیم پور، ع.ر؛ سلیمی، ا. (۱۳۹۸).

روش‌ها و مدل‌های روان‌شناختی، سال نهم شماره ۳۴ (زمستان)، ص ۱۱۵.

- نوفرستی، ا؛ حسن آبادی، ح.ر. (۱۳۹۷). «تحلیل داده‌ها در طرح‌های آزمایشی تک آزمودنی»، نشریه رویش روانشناسی، سال هفتم شماره ۱۲ (پیاپی ۳۳، اسفند)، ص ۲۹۳.

- نوفرستی، ا. (۱۳۹۴). توسعه، امکان‌پذیری و نتایج مقدماتی روان‌درمانی مثبت‌گرای مبتنی بر خیرباوری در افراد دارای افسردگی غیربالینی: مطالعه تک‌آزمودنی چندخط پایه، پایان کارشناسی ارشد، منتشر نشده.

- یزدانفر، م؛ منشئی، غ.ر؛ آگاه هریس، م؛ علی‌پور، ا؛ نوربالا، ا.ع. (۱۳۹۴). «اثربخشی آموزش افشای هیجانی نوشتاری در افزایش بهزیستی روان‌شناختی و بهبود کیفیت زندگی بیماران با اختلال روان‌تنی»، مجله پژوهش و سلامت، سال پنجم شماره ۱ (بهار)، ص ۳۵.

- Burke, J.D. & Romano-Verthelyi, A.M. (2018). "Oppositional defiant disorder," in *Developmental Pathways to Disruptive, Impulse-Control and Conduct Disorders*, ed. M.M. Martel, (Cambridge, MA: Academic Press.), 21-52. doi: 10.1016/C2016-0-00396-0

- Kállay, É. (2019). "Physical and psychological benefits of written emotional expression: Review of meta-analyses and

- گراوتر، اف.جی؛ فورزانو، ال.بی. (۱۳۹۵). روش‌های تحقیق برای علوم رفتاری، ترجمه دکتر اکبر رضایی، انتشارات فروزش، ۴۸۲-۴۸۳.

- مرادمند، م. (۱۳۹۴). اثربخشی آموزش برون‌ریزی هیجانات به صورت نوشتاری بر خودکارآمدی و کنترل عواطف در دانش‌آموزان مضطرب، پایان کارشناسی ارشد.

- موحدی، م؛ خالقی‌پور، ش. (۱۳۹۵). «اثربخشی راهبردهای مدیریت فرآیندی هیجان در زود‌انگیختگی نوجوانان دختر مبتلا به اختلال نافرمانی مقابله‌ای: یک پژوهش مورد منفرد»، مجله تحقیقات علوم رفتاری، سال چهاردهم شماره ۴، ص ۱.

- موسی نژاد جدی، ا؛ واحدی، ش؛ نظری، م.ع؛ هاشمی نصرت آباد، ت. (۱۳۹۷). «محاسبه اندازه اثر در طرح‌های تک‌آزمودنی با استفاده از روش‌های ناهمپوش»، فصلنامه

recommendations". *European Psychologist*, 20(4), 242-251. <https://doi.org/10.1027/1016-9040/a000231>

- Landless, B.M., Walker, M.S. & Kaimal, G. (2019). "Using human and computer-based text analysis of clinical notes to understand military service members' experiences with therapeutic writing", *The Arts in Psychotherapy*, Volume 62, February, Pages 77-84.

- Tonacci, A., Billeci, L., Calderoni, S., Levantini, V., Masi, G., Milone, A., Pisano, S. & Muratori, P. (2019). "Sympathetic arousal in children with

oppositional defiant disorder and its relation to emotional dysregulation". *J Affect Disord.* Oct 1; 257: 207-213. doi: 10.1016/j.jad.2019.07.046.

