اثربخشی مداخله مبتنی بر پردازش اطلاعات اجتماعی (انتخاب کردن) و شناختی رفتاری بر کاهش خشم و تحریک‌پذیری دانش‌آموزان پسر ۹ تا ۱۲ سال دارای نشانه‌های اختلال نافرمانی مقابله‌ای

خاتون پورمودت[۱]

تاریخ دریافت : ۱۴۰۲/۰۵/۰۷ تجدید نظر : ۱۴۰۴/۱۰/۲۳
پذیرش نهایی : ۱۴۰۴/۱۱/۱۵

چکیده

هدف: تحریک‌پذیری و خشم ازجمله نشانه‌های اصلی اختلالاتی چون نافرمانی مقابله‌ای است. برنامه Making Choices(MC) به‌منظور کاهش رفتار پرخاشگرانه و بر اساس مدل پردازش اطلاعات اجتماعی تدوین‌شده است. هدف این پژوهش بررسی اثربخشی این روش مداخله‌ای بر کاهش خشم و تحریک‌پذیری در کودکان ODD بود. **روش:** در پژوهش حاضر که از نوع شبه آزمایشی است ۲۴ کودک پسر سنین ۹ تا ۱۲ ساله در دو گروه مداخله شناختی رفتاری(۸نفر) و مداخلMC (۷نفر)و یک گروه شاهد(۹) شرکت کردند، ۱۲ جلسه مداخله انتخاب کردن و ۱۲ جلسه مداخله شناختی رفتاری به‌صورت هفتگی برگزار شد. قبل و پس از جلسات درمانی، پرسشنامه تحریک‌پذیری استرینگر و خشم نلسون اجرا گردید. **یافته‌ها:** تحلیل واریانس مکرر برای بررسی اثربخش مداخله نشان داد که در هر دو متغیر، اثر اصلی عامل زمان معنی‌دار بود (p < ۰/۰۰۱). همچنین در اثر گروه نیز با توجه به مقادیر F و سطح معنی‌داری در نمره تحریک‌پذیری و خشم بین دو گروه آزمایش و گروه شاهد تفاوت معنی‌داری وجود داشت (p<۰/۰۰۱). بعلاوه بین گروه و زمان نیز تعامل وجود داشت (p<۰/۰۰۰). در مرحله پیش‌آزمون بین دو گروه در متغیر خشم (p=۰/۴۹)و تحریک‌پذیری (p=۰/۷۲) تفاوت معنی‌داری وجود نداشت. ولی در پس‌آزمون و پیگیری بین گروه‌های درمانی و گروه شاهد در خشم و تحریک‌پذیری تفاوت مشاهده شد. نتایج این پژوهش نشان داد که کودکان گروه مداخله در میزان خشم و تحریک‌پذیری کاهش چشمگیری نسبت به گروه شاهد داشتند. پیشنهاد می‌شود مداخلات مبتنی بر پردازش اطلاعات اجتماعی برای کاهش و درمان سایر اختلالات رفتاری و هیجانی کودکان مورد مطالعه قرار دهند.

کلمات کلیدی: *انتخاب کردن، پردازش اطلاعات اجتماعی، خشم و تحریک‌پذیری*

۱. استادیار، گروه روانشناسی، دانشگاه، پیام نور،صندوق پستی ۴۶۹۷-۱۹۳۹۵، تهران ایران

کد ارکید(https://orcid.org/0000-0002-1292-4935)
Pourmaveddat@pnu.ac.ir

Effectiveness of Intervention Based on social information processing (making choice) and Cognitive Behavioral Therapy On reducing Anger and Irritability in 9-to-12-Year-Old Male Students Suffering from Oppositional defiant disorder

khatoon pourmaveddat[1]

Received :2023/07/29 Revised: 2026/01/13
Accepted: 2026/02/04

Abstract

Objective: Oppositional defiant disorder (ODD) is a disorder in children that is associated with symptoms of anger, Non-compliant behavior and irritability. The making choice (MC) program was designed the social information processing (SIP) model to manage aggressive behaviors. This research investigated the effectiveness of this interventional model in mitigating anger and irritability in children with ODD. **Method:** This is a quasi-experiment study. It comprises 24 male children between the ages of nine to 12 years old. The participants were divided into cognitive behavioral intervention group (N=8) and MC intervention group (N=7) and a control and control groups(N=9). 12 sessions of MC intervention and 12 sessions of cognitive behavioral intervention were held weekly. The Stringaris' irritability scale and Nelson's anger questionnaire were completed before and after treatment sessions. **Results:** The repeated measure ANCOVA was employed to demonstrate the effectiveness of the intervention. Accordingly, in both variables, the main impact of the time factor was significant (p<0.001). In addition, in the group effect, considering the value of F and the significance level of the score of irritability and anger, there was a significant difference between the two experimental and control groups (p<0.001). Furthermore, there was an interaction between the group and time (p<0.000). In the pre-test stage, there was no significant difference between the two groups concerning the variable of anger (p=0.49) and irritability (p=0.72). However, the post-test and follow-up revealed a difference between the experimental and control group in regarding–to anger and irritability. The results suggested that the children in the intervention group demonstrated a considerable reduction in their anger and irritability than the children in the control group. It is recommended to study the SIP-based interventions to help reduce and treat other behavioral and emotional disorders in children.

Keyword: *Making-Choices, social information processing, Anger and Irritability*

1. Assistant Professor, Department of Psychology, Payame Noor University (PNU), P.O. Box 4697-19395,Tehran, Iran.
Pourmaveddat@pnu.ac.ir.
(https://orcid.org/0000-0002-1292-4935)

[Downloaded from mail.joec.ir on 2026-10-22]

[DOI: 10.52547/joec.25.4.19]

مقدمه

اختلال نافرمانی مقابله‌ای یکی از شایع‌ترین اختلالات دوران کودکی است، از جمله نشانه‌های این اختلال رفتارهای غیر انطباقی، تحریک‌پذیری و خشم مزمن هست (ویتنی، برامر، استیو و همکاران به نقل از شریفی اصفهانی و همکاران، ۱۳۹۹)؛ وجود خشم، تحریک‌پذیری و پرخاشگری می‌تواند، بهزیستی روان‌شناختی و کیفیت زندگی کودکان و خانواده‌های آن‌ها را تحت تأثیر قرار داده، منجر به‌صرف هزینه‌های هنگفتی برای فرد، خانواده و جامعه در طولانی‌مدت گردد. تحریک‌پذیری ازجمله مهم‌ترین دلایل مراجعه کودکان به مراکز سلامت روان است(پورپولاد، روشن، یعقوبی و همکاران، ۲۰۲۰ و بارونی، لونسفورد، لوکنباگ[1] و همکاران، ۲۰۰۹). تا آنجا که آن را به‌عنوان یک ساختار فراتشخیصی در اغلب اختلالات روانی ذکر کرده‌اند(دی اولیویرا، پولانچی و سوگایا [2]، ۲۰۲۶).

در تعریف تحریک‌پذیری می‌توان گفت، عصبانیت بیش‌ازحد یا آستانه پایین تحمل ناکامی که با مرحله رشد کودک متناسب نیست (دیسرسی و دیوینی[3]، ۲۰۱۹). پژوهشگران خشم را به‌عنوان واکنش‌های عاطفی، شناختی و پاسخ رفتاری بیان کرده، تعدادی نیز آن را فقط یک احساس منفی قلمداد می‌کنند(فرناندز و جانسون۲۰۱۶،[4] و برکوت، تینزلی و فلین[5]، ۲۰۱۹)، احتمال تبدیل خشم به انواع پرخاشگری در کودکان وجود دارد (توفان[6] و همکاران، ۲۰۱۶). بعلاوه کوناشفسکی[7] و همکاران(۲۰۲۶)، خشم را به‌عنوان پرخاشگری درونی سازی شده بیان می‌کنند. مدل پردازش اطلاعات اجتماعی با توجه به جنبه رشد شناخت اجتماعی، چگونگی ایجاد پرخاشگری و خشم را در کودکان توضیح می‌دهد (کریک و داج، ۱۹۹۴). بر اساس این مدل کودکان هنگام مواجه‌شدن با یک موقعیت اجتماعی تنش‌زا درگیر یک فرایند ذهنی قبل از هر رفتاری می‌شوند، این مدل شامل شش مرحله بدین شرح است،۱- توجه و رمزگردانی سرنخ‌های اجتماعی -۲) تفسیر ذهنی و بازنمایی اطلاعات: ۳) روشنگری و تولید اهداف اجتماعی ۴) جست‌وجوی پاسخ‌های اجتماعی ممکن ۵) انتخاب پاسخ و ۶) انجام پاسخ رفتاری. این مدل نشان می‌دهد کودکان پرخاشگر هنگام پردازش اطلاعات اجتماعی به‌خصوص تفسیر نیات و اسناد دهی به وقایع دارای سوگیری هستند (باون[8] و همکاران، ۲۰۱۴) همچنین نحوه پردازش اطلاعات اجتماعی با پرخاشگری(ون کاپلن، کول، شویرینگا[9] و همکاران، ۲۰۲۳) و خودکنترلی، همکاری، تعامل اجتماعی و قاطعیت در ارتباط است(شنول و متین[10]، ۲۰۲۱). هیجانات منفی مثل خشم می‌تواند تحت تأثیر پردازش اطلاعات اجتماعی شکل‌گرفته و صلاحیت اجتماعی کودکان را تحت تأثیر قرار دهد (باون و همکاران ، ۲۰۱۴ و ویدال رابیس و همکاران[11]، ۲۰۱۸). به نظر می‌رسد که شناخت اجتماعی در تداوم یا عدم تداوم مشکلات پرخاشگری اولیه بسیار مهم است (لوبر و کوئی ۲۰۰۱)، مطالعات نشان می‌دهد که کودکان مبتلابه اختلال نافرمانی مقابله ای[12] نیز در رمزگردانی اطلاعات دچار مشکل بوده پاسخ‌های تهاجمی بیشتری تولید کرده(کوی و همکاران، ۲۰۰۲) نیات دیگران را خصمانه تفسیر کرده می‌نمایند (اندراد[13] و همکاران، ۲۰۱۲). آن‌ها در مقایسه با سایر کودکان، به‌طور چشمگیری در پردازش اطلاعات اجتماعی دچار مشکل هستند(عابدی و همکاران، ۱۳۹۲) همچنین ناتوانی در تنظیم هیجانات در این کودکان منجر به پرخاشگری و سوگیری در پردازش اطلاعات اجتماعی[14] می‌شود (هلمنس[15] و همکاران، ۲۰۱۲) تحریک‌پذیری مزمن یکی از ابعاد متمایز و جدایی‌ناپذیر اختلال نافرمانی مقابله‌ای است(برک، جانستون و باتلر[16]، ۲۰۲۱) بعلاوه کودکانی که دچار تحریک‌پذیری مزمن هستند، هنگام پردازش محرک‌های عاطفی و تنظیم هیجانات، بیشتر دچار شکست می‌شوند(پورمودت و همکاران، ۲۰۲۱ و لایبن لافت و استودارد[17] ۲۰۱۳). رویکردهای پردازش

[Downloaded from mail.joec.ir on 2026-10-22]

[DOI: 10.52547/joec.25.4.19]

اطلاعات اجتماعی در تدوین برنامه‌های مداخله‌ای به‌منظور درمان اختلالات رفتاری و ناسازگاری اجتماعی کودکان و نوجوانانی که ازلحاظ شناخت اجتماعی دچار مشکل هستند اهمیت خاصی دارند (داج، ۱۹۸۶).

دو نوع برنامه کلی برای درمان و پیشگیری از پرخاشگری و خشم، بر اساس مدل پردازش اطلاعات اجتماعی می‌توان ذکر نمود، اول برنامه‌های عمومی که در مدارس به‌منظور پیشگیری از پرخاشگری برای تمام دانش آموزان اجرا می‌شود و دیگری مداخلات پیشگیرانه انتخابی برای کودکان در معرض خطر که در کلاس یا خارج از کلاس به‌صورت انفرادی یا گروهی اجرا می‌شود، هدف تمام این برنامه‌ها پیشگیری از خشونت، رشد اجتماعی و شخصیتی، پیشرفت تحصیلی و پیشگیری از مصرف مواد و بزهکاری است (ویک، ۲۰۱۱). ازجمله این برنامه‌های مداخله‌ای می‌توان برنامه دومین گام، برنامه پیشگیری از پرخاشگری در مدارس، برنامه من می‌توانم مشکل را حل کنم، برنامه استراتژی‌های تفکر جایگزین و برنامه انتخاب کردن[۱۸]) (پورمودت، ۱۴۰۰) را نام برد. برنامه MC به‌منظور کاهش رفتار پرخاشگرانه بر اساس مراحل پردازش اطلاعات اجتماعی تدوین‌شده است و در مدارس و کلینیک‌های مربوط به کودک توسط درمانگران کودک و متخصصین قابل‌اجرا است (فرایزر[۱۹] و همکاران،۲۰۰۰). نتایج پژوهش‌ها نشان می‌دهد، کودکانی که در مدارس این روش مداخله‌ای را دریافت می‌کنند نسبت به سایر کودکان علاوه بر پرخاشگری کمتر، مهارت‌های عاطفی اجتماعی آن‌ها نیز تقویت‌شده و عملکرد بهتری دارند (فرایزر[۲۰] و ۲۰۰۵).

این روش مداخله با کاهش پرخاشگری و رفتارهای نامناسب اجتماعی(صالحی و مراد و هالا[۲۱]، ۲۰۲۰) منجر به تقویت مهارت‌های پردازش اطلاعات اجتماعی، افزایش تمرکز شناختی در مدارس (و جی یو او[۲۲] و همکاران ،۲۰۲۰) و ارتقا صلاحیت اجتماعی کودکان (ستار ابو الفضل،[۲۳] ۲۰۱۴) در کودکان می‌شود. اجرای این روش مداخله‌ای برای کودکان علاوه بر بهبود در رمزگردانی اطلاعات اجتماعی (وو[۲۴] و همکاران ،۲۰۱۶) منجر به افزایش تولید اهداف مثبت اجتماعی (ترزیان[۲۵] و همکاران ،۲۰۱۴) و خودتنظیمی (ناش و همکاران، ۲۰۰۳) نیز می‌شود. همچنین تأثیر قابل‌توجهی بر کاهش اسناد دهی خصمانه، در کودکان نیز دارد (فرایزر و همکاران، ۲۰۰۵). به‌کارگیری این روش در بهبود مهارت‌های ارتباط اجتماعی، تمرکز شناختی، کاهش اضطراب آشکار و کاهش رفتار پرخاشگرانه کودکان مؤثر است (فرایزر و همکاران، ۲۰۱۱). به جز مداخلات مبتنی بر شناخت اجتماعی برای کاهش خشم و تحریک‌پذیری در کودکان میتوان از سایر مداخلات دیگر از جمله بازی درمانی شناختی رفتاری و یا درمان شناختی رفتاری نیز سود برد.

درمان شناختی-رفتاری (CBT) به دسته‌ای از مداخلات اشاره دارد که عوامل شناختی را پیش‌فرض اساسی برای تداوم اختلالات روانی و پریشانی روان‌شناختی مطرح می‌کند بر این اساس شناخت‌های ناسازگار به حفظ پریشانی عاطفی و مشکلات رفتاری کمک می‌کند بنابراین به‌کارگیری راهبردهای درمانی برای تغییر شناخت‌های ناسازگار، منجر به تغییر در پریشانی عاطفی و رفتارهای مشکل‌ساز می‌شود (هافمن، اسنانی، ونک[۲۶] و همکاران، ۲۰۱۲). درمان شناختی-رفتاری شامل سه فرضیه اساسی ازجمله: ۱. تفکر (شناخت) میانجی هیجانات و رفتارها هستند ۲. افکار نادرست پریشانی روانی و اختلال در عملکرد را به وجود می‌آورد ۳. پریشانی و اختلال عملکرد روان‌شناختی با تغییر شناخت و اصلاح رفتارهای نادرست بهبود می‌یابد (ونک و ارلی[۲۷]، ۲۰۰۹).

گرچه مداخلاتی با روش درمان شناختی رفتاری به‌منظور کاهش خشم و تحریک‌پذیری بر روی کودکان صورت گرفته است (سوخودولسکی و همکاران، ۲۰۱۹)، اما در حد مطالعات پژوهشگران

[Downloaded from mail.joec.ir on 2026-10-22]
[DOI: 10.52547/joec.25.4.19]

تاکنون مداخله چشمگیری مبتنی بر پردازش اطلاعات اجتماعی و در مقایسه با مداخله شناختی رفتاری پیرامون کاهش خشم و تحریک‌پذیری در کودکان ایرانی مبتلابه نافرمانی مقابله‌ای منتشرنشده است. همچنین با توجه به اهمیت و ارتباط بین اختلال نافرمانی مقابله‌ای و سوگیری در پردازش اطلاعات اجتماعی در این دسته از کودکان ایرانی (عابدی و همکاران، ۱۳۹۲) و همچنین متنوع بودن جلسات درمانی برنامه MC و امکان اجرای آن توسط درمانگران و مربیان کودک هم در کلینیک‌های درمانی و هم در مدارس ضرورت دارد، ضمن پژوهشی اثربخشی روش مداخله‌ای MC در کودکان مبتلابه اختلال ODD بررسی و با یک مداخله استاندارد (مداخله شناختی رفتاری) مقایسه شود. اختلال نافرمانی مقابله‌ای یکی از مشکلات رایج در دانش آموزان پسر در رده سنی ۹ تا ۱۲ سال است. خشم و تحریک‌پذیری می‌تواند به شدت تأثیر منفی بر روابط دانش آموز با همکلاسی‌ها، معلمان و خانواده داشته باشد. بعلاوه مداخله مبتنی بر پردازش اطلاعات اجتماعی و درمان شناختی رفتاری دو روش معتبر و مؤثر در مدیریت خشم و تحریک‌پذیری هستند. انجام این مقایسه می‌تواند به مشخص شدن روشی که تأثیر بهتری در کاهش خشم و تحریک‌پذیری دانش آموزان دارد، کمک کند. نتایج این مقایسه می‌تواند به متخصصان و مشاوران در زمینه تربیت و آموزش دانش آموزان پسر در رده سنی ۹ تا ۱۲ سال کمک کند تا روش‌های اثربخش‌تری را در مدیریت خشم و تحریک‌پذیری ارائه دهند. همچنین، این مقایسه می‌تواند به والدین نیز در فهم بهتر رفتارهای فرزندانشان و انتخاب روش‌های مناسب در مدیریت خشم و تحریک‌پذیری آن‌ها کمک کند. بنابراین پژوهش به دنبال پاسخ به این سوال است که بین مداخله مبتنی بر پردازش اطلاعات اجتماعی(انتخاب کردن) و درمان شناختی رفتاری بر کاهش خشم و تحریک‌پذیری دانش آموزان پسر ۹ تا ۱۲ سال دارای نشانه‌های اختلال نافرمانی مقابله‌ای تفاوتی وجود دارد یا خیر.

روش

در پژوهش حاضر که از نوع شبه آزمایشی است ۲۴ کودک پسر سنین ۹ تا ۱۲ سال همراه با والدینشان شرکت کردند، ابتدا برای شناسایی کودکان ODD، ۳۷۰ نفر از دانش آموزان با استفاده از نمونه‌گیری خوشه‌ای تصادفی انتخاب شدند. بدین گونه که پس از اخذ مجوز اجرای پرسشنامه از سازمان آموزش‌وپرورش، از بین مدارس ابتدایی پسرانه بوشهر در سال تحصیلی ۴۰۱-۱۴۰۰، تعداد ۴ مدرسه و در هر مدرسه یک پایه سوم تا ششم به‌صورت تصادفی انتخاب شد و پرسشنامه علائم مرضی فرم والدین، توسط مدارس برای والدین ارسال گردید، پس از تکمیل پرسشنامه‌ها توسط والدین ابتدا بر اساس نقطه برش پرسشنامه علائم مرضی کودک، کودکانی که دارای نشانه‌های ODD بودند انتخاب و سپس به‌منظور تائید نتایج پرسشنامه‌ها مصاحبه تشخیصی بر اساس DSM-5 توسط درمانگر و روانشناس بالینی کودک و نوجوان انجام شد و درنهایت ۲۷ کودک که به‌عنوان کودک دارای نشانه‌های ODD شناسایی‌شد. ازآنجاکه برای اجرای درمان گروهی، وجود ۸ تا ۱۲ نفر الزامی است (دلاور، ۱۳۹۸)، به‌منظور بررسی اثربخشی مداخله، از بین کودکان شناسایی‌شده به‌عنوان کودک دارای نشانه‌های ODD، با استفاده از روش جایگذاری تصادفی، در گروه مداخله‌ای انتخاب کردن (۹ نفر)، مداخله شناختی رفتاری (۹ نفر) و لیست انتظار (۹ نفر) به‌صورت تصادفی جایگزین شدند. سپس اعضای گروه انتخاب کردن در ۱۲ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای و گروه شناختی رفتاری در ۱۲ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای مورد مداخله قرار گرفتند، در نهایت ۲۴ نفر از شرکت کنندگان (۷نفر در گروه MC، ۸ نفر در گروه شناختی رفتاری و ۹ نفر در گروه شاهد) تا انتهای ارزیابی در پژوهش باقی مانند. ملاک‌های ورود برای شرکت در پژوهش دارا بودن پسران سنین ۹ تا ۱۲ سال، تشخیص اختلال نافرمانی مقابله‌ای در مصاحبه بالینی و عدم وجود

[Downloaded from mail.joec.ir on 2026-10-22]

[DOI: 10.52547/joec.25.4.19]

مشکلات روانی مزمن و عقب‌ماندگی ذهنی یا اختلال یادگیری در کودک بود همچنین ملاک خروج شامل دو جلسه غیبت از جلسات درمانی و عدم تمایل به ادامه درمان بود. قبل از اجرای مداخله پرسشنامه تحریک‌پذیری و خشم برای هر سه گروه اجرا و بلافاصله پس از پایان جلسات درمانی و یک ماه پس از پایان جلسات، مجدداً برای هر سه گروه اجرا شد. مداخله شناختی رفتاری توسط درمانگر بالینی کودک و نوجوان در کلینیک مهر و مداخله انتخاب کردن توسط پژوهشگر و در مرکز مشاوره دانشگاه پیام نور اجرا شد. پس از پایان پژوهش، جلسات مداخله‌ای کنترل هیجان برای گروه شاهد نیز برگزار شد.

پرسشنامه علائم مرضی کودکان (CSI-4): برای شناسایی اولیه کودکان مبتلابه اختلال نافرمانی مقابله‌ای از پرسشنامه علائم مرضی کودکان فرم والدین(CSI-4) استفاده گردید. این پرسشنامه یک مقیاس برای درجه‌بندی رفتار است که توسط گادو و اسپرافکین بر اساس سال ۱۹۹۴ با توجه به معیارهای DSM-4 ساخته‌شده است، فرم والد آن شامل ۱۱۲ سؤال است که ۱۱ گروه از اختلالات رفتاری و عاطفی کودکان را می‌سنجد، در نمونه ایرانی روایی همزمان اجرای دو فرم والد و معلم بین ۷۵/. تا ۹۲/. و پایایی این پرسشنامه از طریق اجرای مجدد بین ۹۰/. تا ۹۳/. مطلوب گزارش‌شده است [illegible]

مصاحبه تشخیصی: برای مصاحبه بالینی از راهنمای عملی مصاحبه تشخیصی بر اساس ملاک‌های DSM-5 استفاده گردید (ناسبوم، ۲۰۱۳).

پرسشنامه خشم کودکان و نوجوانان (پرسشنامه ۳۹ سؤالی نلسون): پرسشنامه شدت خشم نلسون شامل ۳۹ سؤال هست که به‌صورت چهارگزینه‌ای از ۱ تا ۴ نمره‌گذاری می‌گردد. این پرسشنامه توسط نلسون و همکاران در سال ۲۰۰۰ تهیه‌شده و شدت خشم را در سنین ۱۶-۶ سال را شامل می‌شود. روایی اولیه پرسشنامه از طریق آلفای کرونباخ ۹۳/. و پایایی آن از طریق باز آزمایی بین ۶۵/. تا ۷۵/. توسط سازنده آن گزارش شد، در مطالعات داخلی نیز با اجرای این مقیاس بر روی دانش‌آموزان پایه راهنمایی روایی صوری آن را مطلوب گزارش نمودند، آن‌ها پایایی این پرسشنامه را نیز از طریق آلفای کرونباخ کل ۸۷/. به دست آوردند (زیبایی، غلامی، زارع و همکاران (۱۳۹۲).

مقیاس تحریک‌پذیری (ARI): این مقیاس توسط استرینگر[1] و همکاران، ۲۰۱۲) برای اندازه‌گیری میزان تحریک‌پذیری در کودکان افسرده، اختلال دوقطبی و نافرمانی مقابله‌ای و SMD ساخته‌شده است و دارای ۱۴ سؤال هست که از ۰ تا ۳ درجه‌بندی‌شده و دارای دو فرم والد و کودک می‌باشد و برای کودکان ۵ تا ۱۸ سال کاربرد دارد. نمره‌گذاری این مقیاس بر اساس طیف لیکرت سه‌درجه‌ای است که به‌صورت اصلاً صحیح نیست=۱نمره، تااندازه‌ای صحیح است= ۲ نمره و کاملاً صحیح است= ۳ نمره سنجیده و بررسی می‌شود. روایی آن از طریق اجرای هم‌زمان با مقیاس SDQ، ۰/۶۶ و همبستگی بین اجرای هم‌زمان دو فرم ۰/۵۸ و پایایی آن از طریق ساختار عاملی مطلوب گزارش شد. در پژوهش پورمودت(۱۴۰۰)، نیز پایایی فرم والدین این مقیاس از طریق اجرای مجدد (بر روی ۵۶ کودک با ICC ۰/۷۷= و آلفای کرونباخ ۰/۸۷) سنجیده شد، روایی آن نیز از طریق اجرا هم‌زمان با زیر مقیاس¬های اختلال نافرمانی مقابله‌ای (۰/۶۵) و اختلال سلوک (۰/۴۲)، اختلال اضطراب فراگیر (۰/۵۳)، اختلال اضطراب اجتماعی (۰/۵۸) و اضطراب جدایی (۰/۵۵) در مقیاس CSI-4 و مقیاس خشم نلسون (۰/۴۵) به دست آمد. ساختار جلسات مداخله ای مبتنی بر پردازش اطلاعات اجتماعی برای کودکان دارای نشانه‌های اختلال نافرمانی مقابله ای براساس پروتکل مداخله ای انتخاب کردن(MC) فرایزر و همکاران (۲۰۰۰) تدوین شد.

[Downloaded from mail.joec.ir on 2026-10-22]
[DOI: 10.52547/joec.25.4.19]

جدول ۱.خلاصه جلسات مداخله ای بر اساس پروتکل مداخله‌ای"انتخاب کردن" فرایزر و همکاران (۲۰۰۰)

جلسات	اهداف	فرایند و محتوا
اول	آشنایی با درمان	ارائه اطلاعاتی درباره درمان به والدین، بیان اطلاعاتی درباره پژوهش‌هایی درباره اثربخشی این شیوه درمان بر خشم در کودکان ، تأکید بر اهمیت حضور کودک در جلسات، تشویق والدین به مشارکت در درمان از طریق تکمیل تکالیف کودکان، آشنایی کودکان با همدیگر
دوم	هیجانات	مرور تکالیف، تعریف هیجانات و احساسات، نرمالیزه کردن هیجانات، تعریف خشم تعریف پرخاشگری تکالیف: بررسی موقعیت با احساس خوب و بد، افکار و عمل و تأثیر آن بر نشانه‌های بدنی
سوم	رمزگردانی اطلاعات	مرور تکالیف ،توجه کردن به تمام سرنخ‌های موجود آن از طریق بازی کارآگاه زرنگ، توجه به حالات چهره و تن صدا از طریق بازی نقش و پیدا کردن نشانه‌های هیجانی از روی صورتک‌ها و استیکرها
چهارم	اسناد دهی علی و تفسیر موقعیت اجتماعی	مرور تکالیف، آموزش نیات خصمانه یا غیر خصمانه از طریق توکن ها . عکس‌ها تن صدا، و سناریوهای و بازی نقش
پنجم	تفسیر رفتار دیگران	مرور تکالیف ، تفسیر رفتار دیگران، معرفی رفتار عمدی در برابر رفتار غیرعمدی، بررسی استیکرهای چهره برای آموزش رفتار سهوی، مبهم، دوستانه، بدخواهانه و استفاده از داستان کارآگاه و هیئت‌منصفه برای آموزش عمدی یا غیرعمدی بودن رفتار.
ششم	روشنگری اهداف	توضیح در مورد اهداف و تعیین آن و اینکه چه چیزی هدف هست و چه چیزی هدف نیست. و اینکه یک شخص می‌تواند در یک‌زمان بیش از یک هدف داشته باشد. انواع اهداف رفتاری، رابطه‌ای و عاطفی با ذکر داستان‌ها بحث در مورد اهدافی سودمند و اهدافی مضر
هفتم	تعیین اهداف و تولید راه‌حل	مرور تکالیف ،تعیین اهداف شخصی و تولید راه‌حل، توضیح در مورد یک مسئله و تعیین اهداف برای حل آن بررسی اهداف شخصی و تعیین تعدادی پاسخ برای هر هدف
هشتم	احساسات، افکار و عملکرد	مرور تکالیف، راهنمایی برای توقف پرخاشگری و خشم، خود گویی مثبت، آرام‌سازی و تنفس عمیق
نهم	انتخاب پاسخ	مرور تکالیف ،ارزیابی پاسخ‌های تولیدشده و انتخاب بهترین پاسخ با توجه به موقعیت، یادگیری در مورد واکنش‌های احتمالی دیگران
دهم	اعتمادبه‌نفس	آموزش اطمینان به خود از طریق قصه، توضیح در مورد اعتماد به خود، آموزش خود گویی مثبت و نوشتن مهارت‌های خود
یازدهم	انجام رفتار	مرور تکالیف ،خواندن تعدادی سناریو و بازی نقش بهترین رفتار
دوازدهم	خاتمه درمان	مرور تکالیف، بررسی پیشرفت‌های کودک از ابتدا تا انتهای درمان، جلوگیری از بازگشت مشکلات، اطمینان به در تماس بودن با درمانگر، جشن خداحافظی، تکمیل پرسشنامه‌ها

جلسات شناختی رفتاری بر اساس راهنمای درمانی شناختی رفتاری(خشم) برای کاهش خشم و تحریک‌پذیری (سوخودولسکی و همکاران، ۲۰۰۰) و کتاب فنون شناختی رفتاری برای کودکان(فریدبرگ و همکاران، ۲۰۰۹) به شرح زیر تدوین گردید.

[Downloaded from mail.joec.ir on 2026-10-22]
[DOI: 10.52547/joec.25.4.19]

جدول ۲.جلسات درمانی شناختی رفتاری(خشم) برای کاهش خشم و تحریک‌پذیری (سوخودولسکی و همکاران، ۲۰۰۰ و تکنیکهای شناختی رفتاری برای کودکان، فریدبرگ و همکاران، ۲۰۰۹)

جلسات	اهداف	فرایند
پیش جلسه	شناخت روند درمان برای والدین.تعامل و آشنایی کودک با درمان	ارائه اطلاعاتی درباره درمان به والدین، بیان اطلاعاتی درباره پژوهش‌هایی که اثربخشی درمان ، تأکید بر اهمیت حضور کودک در جلسات، تشویق والدین به مشارکت در درمان از طریق تکمیل تکالیف کودکان،آشنایی اعضای گروه با یکدیگر
اول	اموزش در مورد هیجانات با تاکید بر خشم	مرور تکالیف، تعریف هیجانات و احساسات، نرمالیزه کردن هیجانات، تعریف خشم تعریف پرخاشگری. تکالیف: بررسی موقعیت با احساس خوب و بد، افکار و عمل و تاثیر ان بر نشانه‌های بدنی
دوم	شناخت افکار	مرور تکالیف، آموزش افکار و تفاوت فکر، احساس و رفتار، بررسی تاثیر فکر بر احساسات، آموزش اهمیت فکر مثبت برای مقابله با موقعیت، بررسی صحت افکارش (با استفاده از استعاره پلیس افکار) گفتن ایست به افکار قرمز و حرکت به افکار مفید
سوم	شناخت افکار و چاله های فکری	مرور تکالیف، آموزش خطاهایی چون نگاه کردن از یک منظر، فاجعه انگاری، برچسب زنی. ذهن خوانی، توجه به یک بعد، همه یا هیچ
چهارم	جایگزینی افکار	بررسی افکار و چاله های فکری ، انداختن فکر قرمز در چاله مربوطه و جایگزینی یک فکر سبز ، درجه بندی احساسات بعد از تغییر هر فکر
پنجم	جلسه والد/مراقب برای مرور درمان و روشهای کنترل خشم	ارائه اطلاعات بیشتر در مورد درمان و بررسی میزان پیشرفت کودک، بحث در مورد شیوه‌های خاص مشارکت مراقبان در درمان بررسی سؤالات مراقبین
ششم	دستیابی به فنون تن آرامی	مرور تکالیف، آموزش تکنیک توقف آنی، تمرین فنون آرام‌سازی (آرامش عضلانی، نفس عمیق و تجسم صحنه آرامش‌بخش)
هفتم	تنظیم هیجان و کنترل خشم	مرور تکالیف، راهنمایی برای توقف پرخاشگری و خشم، افزایش انتقادپذیری بدون خشمگین شدن، خودگویی های مثبت، آرام سازی و تنفس عمیق
هشتم	آموزش حل مساله	مرور تکالیف، استفاده از مدل ۵ مرحله ای حل مساله، تعریف مشکل، تولید انواع را حل،درجه بندی راه حل، انتخاب راه حل و بررسی عواقب استفاده از تن آرامی و خودآرام‌سازی.
نهم	آموزش خود کنترلی	مرور تکالیف، مرور مفاهیم مقابله با عصبانیت یا کنترل خود، تجربه سطوح مختلف خشم، آموزش، روشهای مقابله با خشم استفاده از تن آرامی و خودآرام‌سازی.
دهم	مرور جلسات اموزش شناختی و کنترل خشم	مرور تکالیف، توضیح در مورد انواع فکرهای سبز و قرمز و تاثیر ان بر احساسات و رفتار، بررسی راه های تغیر افکار استفاده از خودگویی های مثبت ...
یازدهم	جلسه والد/مراقب برای مرور درمان و روشهای کنترل خشم	ارائه اطلاعات بیشتر در مورد درمان و بررسی میزان پیشرفت کودک، بحث در مورد شیوه‌های خاص مشارکت مراقبان در درمان، بررسی سؤالات مراقبین
دوازدهم	خاتمه درمان	بررسی پیشرفت‌های کودک از ابتدا تا انتهای درمان، جلوگیری از بازگشت مشکلات، اطمینان به در تماس بودن با درمانگر، جشن خداحافظی، تکمیل پرسشنامه ها

یافته‌ها

نتایج آزمون تحلیل واریانس یک‌طرفه نشان داد که سه گروه درمان و شاهد در متغیر سن با یکدیگر همتا هستند ($p=۰/۰۷$ و $t=۳/۱۴$). آزمون خی دو و فیشر نیز نشان داد که هر سه گروه درمان و گروه شاهد در متغیرهای ساختار خانواده، تحصیلات والدین با یکدیگر تفاوت معنی‌داری ندارند و در این متغیرهای جمعیت شناختی همتا هستند.

به‌منظور مقایسه اثربخشی مداخله‌ها بر کاهش نشانه تحریک‌پذیری و خشم کودکان مبتلابه اختلال نافرمانی مقابله‌ای از تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر استفاده شد.

[Downloaded from mail.joec.ir on 2026-10-22]
[DOI: 10.52547/joec.25.4.19]

جدول ۳. میانگین و انحراف استاندارد تحریک‌پذیری و مؤلفه‌های خشم در مراحل پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری

متغیر		مداخله CBT		مداخله MC		گروه مداخله	
		میانگین	انحراف استاندارد	میانگین	انحراف استاندارد	میانگین	انحراف استاندارد
تحریک‌پذیری	پیش‌آزمون	۱۸/۷۵	۲/۶۰	۱۹/۱۴	۱/۵۷	۱۹/۲۲	۲/۱۰
	پس‌آزمون	۱۴	۱/۶۰	۱۴/۱۴	۱/۵۷	۱۷/۶۶	۱/۵
	پیگیری	۱۴/۱۲	۱/۷۲	۱۳/۵۷	۱/۱۳	۱۷/۶۷	۱/۵
خشم نمره کلی	پیش‌آزمون	۱۰۵/۲۵	۱۱/۸۷	۱۱۳/۱۴	۱۱/۴۳	۱۱۰/۴۴	۱۰/۲۲
	پس‌آزمون	۸۹/۶۲	۱۹/۷۱	۹۲/۷۱	۱۳/۲۱	۱۱۴/۵۵	۶/۷۸
	پیگیری	۹۱/۷۵	۱۴/۳۸	۸۶/۵۷	۱۷/۹۵	۱۱۷/۳۳	۶/۶۱

جدول (۱) میانگین و انحراف استاندارد متغیر تحریک‌پذیری و خشم را در مراحل پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری گروه‌های آزمایشی و کنترل نشان می‌دهد. آزمون شاپیرو-ویلک (در سطح معنی‌داری P > ۰/۰۵) حاکی از پذیرش فرض صفر و نرمال بودن داده‌ها در هر سه مراحل پژوهش در متغیرهای خشم و تحریک‌پذیری بود. همچنین با توجه به عدم معنی‌داری آزمون ام باکس پیش‌فرض همگنی کوواریانس در متغیر تحریک‌پذیری (f=۰/۹۵۶ و p= ۰/۴۹) و خشم (f=۲۵/۱۱ ۰/۰۷۴ =p) برقرار بود. قبل از انجام تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر، آزمون موخلی به‌منظور بررسی فرض کرویت انجام شد و نتایج نشان داد که پیش‌فرض کرویت موخلی برای متغیر تحریک‌پذیری (x^2 =۸/۶۹ p=۰/۰۱۳) و خشم(x^2 =۶/۵۶ و p=۰/۰۳۸) برقرار نیست، بنابراین برای بررسی سؤال پژوهش از درجه آزادی تعدیل‌شده هوین-فیلد (تحریک‌پذیری H-F=۰/۸۵ و خشم H-F=۰/۷۸) برای گزارش مقدار F، استفاده می‌شود.

جدول ۴. نتایج آزمون واریانس با اندازه‌گیری مکرر (آزمون هوین-فیلد) متغیر تحریک‌پذیری

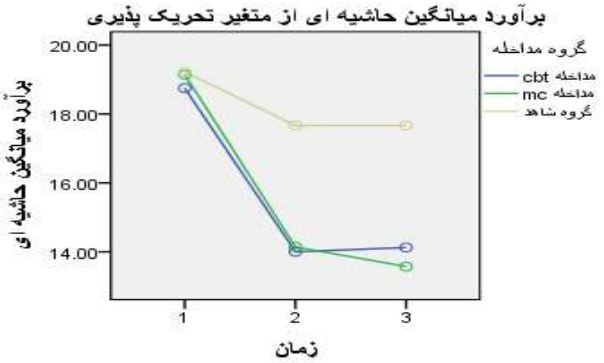
اثرات	منبع	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	آماره F	معنی‌داری	اندازه اثر
درون‌گروهی	زمان	۲۳۴/۰۷۸	۱/۷۱	۱۳۶/۴۴	۶۵/۲۱۶	۰/۰۰۰	۰/۷۵۶
	تعامل زمان و گروه	۴۵/۵۴۲	۳/۴۳۱	۱۳/۲۷۳	۶/۳۴۴	۰/۰۰۰	۰/۳۵۶
	خطا	۷۵/۳۷۴	۳۶/۰۲۸	۲/۰۹۲			
بین گروهی	گروه	۱۱۰/۸۴۹	۲	۵۵/۴۲۴	۹/۷	۰/۰۰۱	۰/۴۸۰
	خطا	۱۱۹/۹۸۵	۲۱	۵/۷۱۴			

با توجه به جدول۴، اثر اصلی عامل زمان معنی‌دار است (p < ۰/۰۰۱)؛ بنابراین بین سه مرحله پیش‌آزمون با پس‌آزمون و پیگیری در میزان تحریک‌پذیری تفاوت وجود دارد. همچنین در اثر گروه نیز با توجه به مقادیر F و سطح معنی‌داری مشاهده می‌شود که نمره تحریک‌پذیری بین سه گروه مداخله CBT و مداخله MC با گروه شاهد تفاوت معنی‌داری دارد (p<۰/۰۰۱). بعلاوه نتایج به‌دست‌آمده نشان می‌دهد بین گروه و زمان تعامل وجود دارد (p<۰/۰۰۰). با توجه به یکسانی تحریک‌پذیری بین گروه‌ها در مرحله پیش‌آزمون(F=۰/۱۱۲ وp=۰/۸۹)، حداقل دریکی از مراحل پس‌آزمون و یا پیگیری باید گروه‌ها باهم متفاوت باشند که نتایج آن با استفاده از مقایسه زوجی

[Downloaded from mail.joec.ir on 2026-10-22]

[DOI: 10.52547/joec.25.4.19]

(مقایسه تفاوت سه گروه در زمان بـه‌طور جداگانـه) در زیر بررسی‌شده است (جدول۳ و نمودار ۱).



نمودار ۱. نمودار میانگین برآورد شده متغیر تحریک‌پذیری با توجه به زمان و گروه درمان و شاهد

جدول ۵، نتایج آزمون تعقیبی LSD برای متغیر تحریک‌پذیری با توجه به زمان و گروه‌های مداخله و شاهد

زمان	گروه (I)	گروه (J)	تفاضل میانگین‌ها I-j	خطای استاندارد	معنی‌داری	فاصله اطمینان ۹۵ درصد برای اختلاف میانگین	
						حد پایین	حد بالا
پیش‌آزمون	مداخله CBT	مداخله MC	-۰/۳۹۲	۱/۱۱۷	۰/۷۲	-۲/۷۱۶	۱/۹۳۱
		گروه شاهد	-./۴۷۲	۱/۰۴۹	۰/۶۵	-۲/۶۵۴	۱/۷۰
	مداخله MC	مداخله CBT	۰/۳۹۲	۱/۱۱۷	۰/۷۲	-۱/۹۳	۲/۷۱۶
		گروه شاهد	-۰/۰۷۹	۱/۰۸۸	۰/۹۴	-۲/۳۴	۲/۱۸۳
پس‌آزمون	مداخله CBT	مداخله MC	-۰/۱۴۲	۰/۸۰۵	۰/۸۶	-۱/۸۱۷	۱/۵۳۲
		گروه شاهد	-۳/۶۶	۰/۷۵۶	۰/۰۰۰	-۵/۲۳۹	-۲/۰۹
	مداخله MC	مداخله CBT	۰/۱۴۲	۰/۸۰۵	۰/۸۶	-۱/۵۳۲	۱/۸۱۷
		گروه شاهد	-۳/۵۲	۰/۷۸۴	۰/۰۰۰	-۵/۱۵۴	-۱/۸۹۲
پیگیری	مداخله CBT	مداخله MC	۰/۵۵۳	۰/۷۷۰	۰/۴۸	-۱/۰۴۹	۲/۱۵۶
		گروه شاهد	-۳/۵۴۱	۰/۷۲۳	۰/۰۰۰	-۵/۰۴۶	-۲/۰۳۶
	مداخله MC	مداخله CBT	-۰/۵۵۳	۰/۷۷۰	۰/۴۸	-۲/۱۵۶	۱/۰۴۹
		گروه شاهد	-۴/۰۹۵	۰/۷۵۰	۰/۰۰۰	-۵/۶۵	-۲/۵۳۴

طبق نمودار (۱) و جدول ۵، مقایسه زوجی اثر زمان در گروه‌ها نشان می‌دهد که در میزان تحریک‌پذیری در پیش‌آزمون تفاوت معنی‌داری وجود ندارد و گرچه بین مداخله MC و شناختی رفتاری در هر سه مرحله زمانی تفاوت معنی‌داری وجود ندارد و هر دو گره مداخله یکسان هستند، اما این دو گروه مداخله در پس‌آزمون و پیگیری با گروه شاهد تفاوت دارند و با توجه به میانگین‌ها از میزان تحریک‌پذیری در گروه‌های مداخله کاسته شده است.

نمودار ۱، نمودار میانگین برآورد شده متغیر تحریک‌پذیری با توجه به زمان و گروه درمان و شاهد

[Downloaded from mail.joec.ir on 2026-10-22]
[DOI: 10.52547/joec.25.4.19]

جدول ۶. نتایج آزمون تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر (آزمون هوین-فیلد) مربوط به اثرات درون‌گروهی و برون گروهی متغیر خشم

اثرات	منبع	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	آماره F	معنی‌داری	اندازه اثر
درون آزمودنی	زمان	۱۸۶۷/۲۹۸	۱/۵۶	۱۱۹۴/۸۰۷	۱۳/۱۸۸	۰/۰۰۰	۰/۳۸۶
	تعامل زمان و گروه	۲۵۸۵/۸۴۹	۳/۱۲۶	۸۲۷/۲۸۹	۹/۱۳۱	۰/۰۰۰	۰/۴۶۵
	خطا	۲۹۷۳/۴۵۶	۳۲/۸۲	۹۰/۶۰			
بین آزمودنی	گروه	۵۳۰۸/۷۸۶	۲	۲۶۵۴/۳۹۵	۷/۴۲۶	۰/۰۰۴	۰/۴۱۴
	خطا	۷۵۰۵/۸۶۳	۲۱	۳۵۷/۴۲۲			

با توجه به جدول ۶، اثر اصلی عامل زمان معنی‌دار است (p < ۰/۰۰۱)؛ بنابراین بین سه مرحله پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری در میزان خشم تفاوت وجود دارد. همچنین در اثر گروه نیز با توجه به مقادیر F و سطح معنی‌داری مشاهده می‌شود که نمره خشم بین سه گروه آزمایش و گروه شاهد تفاوت معنی‌داری دارد (p<۰/۰۰۱). همچنین بین گروه‌ها و زمان نیز تعامل وجود داشت (p<۰/۰۰۰). با توجه به یکسانی خشم (p=۰/۳۸) در مرحله پیش‌آزمون حداقل در یکی از مراحل پس‌آزمون و یا پیگیری باید گروه‌ها باهم متفاوت باشند که نتایج آن با استفاده از مقایسه زوجی (مقایسه تفاوت سه گروه در زمان به‌طور جداگانه) در زیر بررسی‌شده است (جدول ۵ و نمودار ۲).

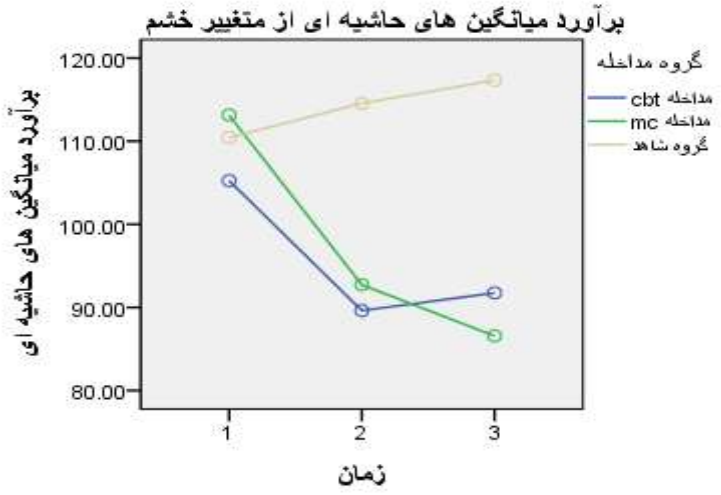
جدول ۷، نتایج آزمون تعقیبی LSD برای متغیر خشم با توجه به زمان و گروه‌های مداخله و شاهد

زمان	گروه (I)	گروه (J)	تفاضل میانگین‌ها I-j	خطای استاندارد	معنی‌داری	فاصله اطمینان ۹۵ درصد برای اختلاف میانگین	
						حد پایین	حد بالا
پیش‌آزمون	مداخله CBT	مداخله MC	-۷/۸۹۲	۵/۷۶۸	۰/۱۸	-۱۹/۸۸	۴/۱۰۲
		گروه شاهد	-۵/۱۹۴	۵/۴۱۵	۰/۳۴	-۱۶/۴۵۶	۶/۰۶۸
	مداخله MC	مداخله CBT	۷/۸۹۲	۵۱/۷۶۸	۰/۱۸	-۴/۱۰۲	۱۹/۸۸
		گروه شاهد	۲/۶۹۸	۵/۶۱۶	۰/۶۳	-۸/۹۸۲	۱۴/۳۷۹
پس‌آزمون	مداخله CBT	مداخله MC	-۳/۰۸۹	۷/۲۶۴	۰/۶۷	-۱۸/۱۹۶	۱۲/۰۱۸
		گروه شاهد	-۲۴/۹۳	۶/۸۲۰	۰/۰۰۱	-۳۹/۱۱۴	-۱۰/۷۴۶
	مداخله MC	مداخله CBT	۳/۰۸۹	۷/۲۶۴	۰/۶۷	-۱۲/۰۱۸	۱۸/۱۹۶
		گروه شاهد	-۲۱/۸۴۱	۷/۰۷۳	۰/۰۰۶	-۳۶/۵۵۲	-۷/۱۳۰
پیگیری	مداخله CBT	مداخله MC	۵/۱۷۸	۶/۹۰۰	۰/۴۶	-۹/۱۷۹	۱۹/۵۲۹
		گروه شاهد	-۲۵/۵۸۳	۶/۴۷۸	۰/۰۰۱	-۳۹/۰۵۶	-۱۲/۱۱۰
	مداخله MC	مداخله CBT	-۵/۱۷۸	۶/۹۰۰	۰/۴۶	-۱۹/۵۲۹	۹/۱۷۹
		گروه شاهد	-۳۰/۷۶۱	۶/۷۱۹	۰/۰۰۰	-۴۴/۷۳۵	-۱۶/۷۸۸

طبق نمودار (۲) و جدول ۷، مقایسه زوجی اثر زمان در گروه‌ها نشان می‌دهد که در میزان خشم در پیش‌آزمون تفاوت معنی‌داری وجود ندارد و گرچه بین مداخله MC و شناختی رفتاری در هر سه مرحله زمانی تفاوت معنی‌داری وجود ندارد و هر دو گره مداخله یکسان هستند، اما این دو گروه مداخله در پس‌آزمون و پیگیری با گروه شاهد تفاوت دارند و با

[Downloaded from mail.joec.ir on 2026-10-22]
[DOI: 10.52547/joec.25.4.19]

توجه به میانگین‌ها از میزان خشم در گروه‌های مداخله کاسته شده است.



نمودار ۲. نمودار میانگین برآورد شده متغیر خشم با توجه به زمان و گروه درمان و شاهد

بحث

نتایج این پژوهش نشان داد که کودکان در گروه مداخله MC در میزان خشم کاهش چشمگیری نسبت به گروه شاهد داشتند. پروتکل مداخله‌ای MC با مفروضه تدوین‌شده است که سوگیری در هریک از مراحل پردازش اطلاعات اجتماعی در تولید رفتارهای پرخاشگرانه و خشم کودکان مؤثر است. این مداخله به‌طور مفصل با فراهم نمودن یک‌روند درمانی، موفقیت در هر یک از مراحل پردازش اطلاعات اجتماعی را به کودکان آموزش می‌دهد. بر اساس مدل پردازش اطلاعات اجتماعی شکست در رمزگردانی، هدف‌گذاری، تفسیر و اسناد دهی، تولید پاسخ، ارزیابی پاسخ و انتخاب پاسخ منجر به شکست در عملکرد رفتاری کودک می‌شود (کریک و داج، ۱۹۹۴)؛ بنابراین کودکان در این روش درمانی در یک موقعیت اجتماعی برانگیزاننده چگونه فکر کردن به موضوعات اجتماعی را می‌آموزند و یاد می‌گیرند که کدام پاسخ مناسب را برای موقعیت پیش‌آمده انتخاب نمایند. آن‌ها یاد می‌گیرند که با روش‌های تنظیم هیجان خشم خود را کنترل نموده و احساس بهتری نسبت به دیگران پیدا نمایند؛ بنابراین با تغییراتی که در نحوه شناخت اجتماعی کودک صورت می‌گیرد خشم و پرخاشگری کمتری نشان خواهند داد و به نحو مؤثرتری عمل خواهند کرد. کودکان در این روش یاد می‌گیرد به تمام سرنخ‌هایی که در یک موقعیت وجود دارد، توجه کنند و بررسی نمایند که کدام سرنخ بر سهوی بودن یک اتفاق یا عمدی بودن آن دلالت دارد؛ بنابراین نحوه تفسیر نیات دیگران و اسناد دهی خود را بر مبنای سهوی یا عمدی بودن اتفاقات بنا می‌گذارند؛ سپس اهدافی که می‌تواند این بحران را بدون شکست یا ایجاد هیجان منفی حل کند، انتخاب می‌نمایند. آن‌ها بر اساس اهداف مشخص‌شده پاسخ‌های اجتماعی ممکن را تولید و پس ارزیابی پاسخ، یک پاسخ مناسب را برمی‌گزینند؛ بنابراین اگر این فرایند فکری با موفقیت انجام شود، کودک به‌جای خشم و رفتار ناشایست رفتارهای اجتماع پسند بیشتری خواهد داشت.

بعلاوه نتایج این پژوهش با مطالعات انجام‌شده قبلی مبنی بر اثربخشی مطلوب روش مداخله‌ای مبتنی بر پردازش اطلاعات اجتماعی و به‌طور اخص پروتکل "انتخاب کردن" در کاهش خشم، پرخاشگری و بهبود رفتارهای اجتماعی همسو می‌باشد (مراد و هالا، ۲۰۲۰؛ یو او و همکاران، ۲۰۲۰؛ (ستار ابوالفضل، ۲۰۱۴؛ ترزیان و همکاران،۲۰۱۴؛ وایک، ۲۰۱۱؛ فرایزر

[Downloaded from mail.joec.ir on 2026-10-22]
[DOI: 10.52547/joec.25.4.19]

و همکـــاران، ۲۰۱۱ و فرایـــزر و همکـــاران، ۲۰۰۵) . شکری، صالحی فرد، فتح‌آبادی و همکاران(۲۰۲۰) نیـز با طراحی و اجرای بسـته آمـوزش شـناخت اجتمـاعی مدرسه محور به این نتیجـه رسـیدند کـه بـا آمـوزش اسناد دهی و تفسیر نیات، علاوه بر کاهش پرخاشگری میتوان شاهد بهبود رفتار اجتماعی نیـز بـود. بنـابراین درصـورتی‌که مـداخلات منجـر بـه بازسـازی شـناخت اجتماعی کودک گردد، کاهش میزان پرخاشگری را در پـی خواهـد داشـت (کوکـارو، فنینـگ، کیـدی[۲۸] و همکاران، ۲۰۱۶). با توجه به کاهش تحریک‌پذیری در این مداخلـه میتـوان گفـت ازآنجایی‌کـه بـین خشـم، پرخاشـــگری و تحریک‌پـــذیری رابطـــه وجـــود دارد (واشبوش[۲۹] و همکاران (۲۰۲۰) احتمالاً هر درمانی که به کاهش یکی منجر شود، در کاهش دیگری نیز تأثیر خواهد داشت؛ بنابراین همان‌طور که درمان‌های مبتنی بر پردازش اطلاعـات اجتمـاعی باعـث کـاهش خشـم می‌شود احتمالاً در کـاهش تحریک‌پـذیری نیـز دارای اثربخشی هستند، زیرا کودکان با آموزش حل مسئله و توجـه بـه موقعیت‌هـای اجتمـاعی قـدرت تشـخیص مشکلات را افزایش می‌دهند و کمتـر در موقعیت‌هـای پیش‌آمده تحریک می‌شوند. سـینگ[۳۰] (۲۰۱۶) بیـان میدارد که مداخلات مبتنی بـر شـناخت اجتمـاعی در کاهش تحریک‌پذیری و تکانش گـری نوجوانـان مـؤثر است، که افزایش صـلاحیت عـاطفی اجتمـاعی را بـه دنبال خواهد داشت (ژاکوبز و نادر گروسبوآ[۳۱]، ۲۰۲۰).

همچنین مداخله شـناختی رفتـاری بـا تمرکـز بـر کـــاهش هیجانـــات منفـــی و تغییـــرات شـــناختی (سوخودولســـــکی، ۲۰۰۰) در کـــــاهش خشـــــم و پرخاشگری مؤثر است، گرچه رویکرد و تمرکـز اصـلی درمـان شـناختی رفتـاری کودکـان بیشـتر بـر حـل اختلالات رفتاری کودکان اسـت و تأکیـد کمتـری بـر اصلاح خطاهای شناختی اصلی کودکان دارد، لذا انجام تکالیف و تمرین‌های درمانی، نوشتن خاطرات و افکـار و برنامه‌ریزی فعالیت، ابزار مهمی در تسهیل تغییـرات رفتـــاری و شـــناختی در کودکـــان هســـت (هلـــدر و ماهاتو[۳۲]، ۲۰۱۹)، بنابراین با تغییرات شناختی و تغییر در تفکرات غیرمنطقی کودکان احتمـالاً طرح‌واره‌هـای معیوب اولیه بازسازی می گردد. با تغییر طرح‌واره‌هـای اولیـه، کودکـان توانـایی بیشـتری بـرای سـازمان‌دهی جهان پیرامون خود بـه دسـت می‌آورنـد و بـا مهـارت بیشتری تصمیم‌گیری می‌نمایند. پس تغییـر در تفکـر و نگرش کودک نسبت به جهـان اجتمـاعی منجـر بـه تغییر در روابط بین فردی او شده و با بازخوردی که از اطرافیان دریافت می‌دارد، به‌طور شایسته‌تری می‌توانـد هیجانات خود را مدیریت نمـوده کنتـرل بیشـتری بـر خشم و پرخاشگری خود داشته باشد. همچنین نتـایج پژوهشهای صـداقت و همکـاران (۱۳۹۳) و تـودور[۳۳] و همکاران (۲۰۱۸) مهـر تأییـدی بـر اثربخشـی درمـان شناختی رفتاری بر کـاهش خشـم در کودکـان اسـت. نتیجه دیگر این مطالعه نشان داد که مداخله شـناختی رفتاری در تحریک‌پذیری نیز مـؤثر بودهاسـت کـه بـا پژوهشهای اییم، دامبـک و ژرمـن[۳۴] و همکـاران، ۲۰۲۳؛ لینکـه و همکـاران (۲۰۲۰) (اسـتودارد و همکـاران، ۲۰۱۶). هم راستا است. بنابراین می توان گفت کودک با افزایش خودکنترلی قادر بـه تحمـل بیشـتر ناکـامی شده، خشم و تحریک‌پذیری خود را مدیریت می‌نمایـد همچنـین بـا کـاهش میـزان تحریک‌پـذیری، محـیط اجتماعی نیز به کودک پاسخ داده با تقویت نمودن وی انگیـزه بیشـتری بـرای خـودکنترلی هیجـانی و مهـار رفتاری در کودک به وجود می‌آید.

نتایج این پژوهش نشان داد که برنامـه مداخلـه‌ای مبتنی بر شناخت اجتماعی و به‌طور اخص برنامه MC و همچنین مداخله CBT به طور یکسان می‌توانند در کـاهش خشـم و تحریک‌پـذیری کودکـان مبتلابـه اختلال نافرمانی مقابله‌ای مؤثر باشند. پژوهش‌ها نشان می‌دهد که مداخلات مبتنی بـر شـناخت اجتمـاعی و مداخلات شناختی رفتـاری در کـاهش تحریک‌پـذیری (سـینگ، ۲۰۱۶ و اسـتودارد و همکـاران، ۲۰۱۶) و خشم(مراد و هالا، ۲۰۲۰ و لینکه و همکـاران،۲۰۲۰) کودکان موثر است.

[Downloaded from mail.joec.ir on 2026-10-22]

[DOI: 10.52547/joec.25.4.19]

با توجه به اینکه اهداف برنامه انتخاب کردن و درمان شناختی-رفتای کاهش پریشانی‌های روانی ناشی از خشم و تحریک‌پذیری در کودکان است، تمامی جلسات و آموزش‌ها به‌طور غیرمستقیم و جلسات مدیریت هیجانات و احساسات به‌طور مستقیم به این موضوع اشاره دارند؛ مداخله شناختی رفتاری با تمرکز بر کاهش عواطف منفی و تغییرات شناختی (سوخودولسکی، ۲۰۰۰) و برنامه انتخاب کردن با آموزش حل مسئله اجتماعی، تغییر در اسناد دهی و بهبود طرحواره‌های شناختی اجتماعی(فریزر و همکاران، ۲۰۰۰) به این اهداف درمانی دست‌یافته‌اند. از طرفی هر دو مداخله کودک را به سمت تعیین اهداف جدید در زندگی‌شان سوق می‌دهد. در درمان شناختی-رفتاری کودکان به دنبال کسب مهارت تغییر فکر و اهداف جدید می باشند و در مداخله"انتخاب کردن" کودک یاد میگیرد به تمام سرنخ‌های اجتماعی موجود توجه کرده، سهوی یا عمدی بودن یک رفتار را بفهمد و با تغییر در اسناد دهی و تولید پاسخ مناسب در موقعیت تنش‌زا عملکرد بهتری داشته باشد؛ بنابراین با توجه به اینکه هر دو درمان پیامدهای تغییر افکار و هیجانات را به دنبال دارند دور از ذهن نیست که تحریک‌پذیری و خشم کودکان در هر دو گروه درمان کاهش پیداکرده باشد. مزیت اصلی مداخله MC قابلیت اجرای آن در کلاس‌های درس و برای همه کودکان به‌منظور پیشگیری از پرخاشگری است، بنابراین پیشنهاد می‌شود که علاوه بر پژوهشگران و درمانگران مربیان کودک نیز از این روش به‌منظور پیشگیری و کنترل پرخاشگری در مدارس و مهدکودک‌ها استفاده نمایند.

مهم‌ترین محدودیت این پژوهش توجه خاص به جامعه پسران است، بنابراین در تعمیم نتایج این پژوهش به جامعه دختران باید احتیاط کرد.

نتیجه‌گیری

به‌طورکلی نتایج پژوهش حاضر نشان داد که هر دو مداخله بر کاهش تحریک‌پذیری و خشم در کودکان دارای نشانه‌های اختلال نافرمانی مقابه ای موثر است. در مداخله حاضر، کودکان ODD با کمک آموزش مراحل SIP، برای ارزیابی پاسخ‌ها و پیامدهای آن‌ها، آموزش‌دیده و ارزیابی غیر تکانشی و تازه‌ای از وضعیت به دست آورده‌اند. ثابت‌شده است که چنین راهبردهایی باعث کاهش انگیزه فرد برای پرخاشگری می‌شود. تمرینات مداخله‌ای هر دو مداخله نه‌تنها منجر به تغییر شناخت شده و بر دانش و اطلاعات اجتماعی آن‌ها می‌افزاید بلکه به آن‌ها کمک می‌کند تا مسائل را از دیدگاه جدیدی مشاهده نموده و در مورد برخی از مسائل مهم زندگی با آرامش بیشتری اقدام کنند، آن‌ها یاد می‌گیرند، دوباره تمرکز و دوباره فکر کنند. بنابراین می‌توان گفت که مداخله شناختی اجتماعی و شناختی رفتاری نه‌تنها در کاهش تحریک‌پذیری، تکانش گری و پرخاشگری بلکه در افزایش رفتارهای مناسب دیگر نیز نقش مهمی دارد. بنابراین کاهش خشم درنتیجه مداخله مبتنی بر آموزش مراحل SIP و فنون CBT، احتمالاً نشان‌دهنده تغییر در شناخت اجتماعی و نحوه تفکر کودکان است.

ملاحظات اخلاقی

در این پژوهش ابتدا هدف از پژوهش برای والدین تشریح شد و سپس رضایت‌نامه کتبی در خصوص شرکت خود و فرزندشان در پژوهش به عمل آمد، همچنین توضیح داده شد که تمام مراحل پژوهش به‌صورت محرمانه بوده و هر زمان می‌توانند آن را ترک نمایند.

پی نوشت ها

1- Baroni, Lunsford & Luckenbaugh
2 . de Oliveira, Polanczy, Sugaya
3 - DeSerisy & Deveney
4- Fernandez & Johnson
5 - Berkout, Tinsley & Flynn
6 - Tufan
7 . Konaszewski
8 - Bowen
9 - van Cappellen , Kühl & Schuiringa
10 - Şenol & Metin
11 - Vidal-Ribas, Brotman & Salum
12 - Oppositional defiant disorder(ODD)
13 - Andrade

[Downloaded from mail.joec.ir on 2026-10-22]
[DOI: 10.52547/joec.25.4.19]

a clinical review. *Jornal de Pediatria* ,102(S1); *101457*. https://doi.org/10.1016/j.jped.2025.101457

Delavar, Ali. (2019). Research Method in Psychology and Educational Sciences (51st Edition). Tehran: Editorial Publications. (In Persian).

DeSerisy, M., & Deveney, C. M.(2019). *Behavioral and Psychophysiological Investigations of Irritability. In Roy, A.K, Brotman, M.A and Leibenluft*, E.(Edt). iIrritability in Pediatric Psychopathology. New York: Oxford University Press

Dodge, K. A. (1986). A social-information processing model of social competence in children. *Minnesota symposium in child psychology*, 18, 77-125.

Fernandez, E., & Johnson, S.L.(2016). Anger in psychological disorders: Prevalence, presentation, etiology and prognostic implications. *Clinical Psychology Review*, 46,124–135.

Fraser, M.W., Lee, J.S., Kupper, L.L., Day, S.H.(2011). A Controlled Trial of the Making Choices Program: Six-Month Follow-Up. *Research on Social Work Practice*, 21(2),165-176

Fraser, M. W., Galinsky, M. J., Smokowski, P. R., Day, S. H., Terzian, M. A., Rose, R. A., & et al. (2005). Social information-processing skills training to promote social competence and prevent aggressive behavior in the third grade. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 73(6), 1045-1055.

Fraser, M. W., Nash, J.K., Galinsky, M. J., & Darwin, K. M. (2000). *Making Choices:* Social Problem-Solving Skills for Children. Washington, D. C.: National Association of Social Workers Press.

Guo, S., Peng, J., Fraser, M., Sun, X., Wu, F., & Day, S.H. (2020). Strengthening the Social Information Processing Skills of Third Graders in Rural China. Research on Social Work Practice, 30, 597 - 611.

Halder, S., & Mahato, A. K. (2019). Cognitive Behavior Therapy for Children and Adolescents: Challenges and Gaps in Practice. *Indian journal of psychological medicine*, *41*(3), 279–283.

Jacobs, E., & Nader-Grosbois, N. (2020).Theory of Mind or Social Information Processing Training: Which Is the Better Way to Foster Social Adjustment?. *Psychology*, 11, 1420-1453.

Konaszewski K., Walczak, D., Krakowska, J., & Rogoza, R. (2026). Internalizing and externalizing aggression: a daily diary study. *Personality and Individual Differences*; *255*, 113689.https://doi.org/10.1016/j.paid.2026.113689

Leibenluft, E., & Stoddard, J. (2013). The developmental psychopathology of irritability.

14 - social information processing(SIP)
15 - Helmsen
16 - Burke, Johnston & Butler
17 - Leibenluft & Stoddard
18 - Making Choices(MC)
19 -Fraser
20 - Fraser, Galinsky & Smokowski
21 - Mourad & Hala
22 - Guo
23 - Satar Abo El Fadl
24 - Wu
25- Terzian
26 - Hofmann
27- Vonk & Early
28 - Stringaris
29 - Coccaro, Fanning & Keedy
30 - Waschbusch
31 - Singh
32 - Jacobs & Nader-Grosbois
33 - Halder & Mahato
34 - Tudor
35 - Aim , Dombek & German

Reference

American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders 5th Edition:DSM-5®. Arlington, VA:American Psychiatric Association;2013.

Baroni, A., Lunsford, J., Luckenbaugh, D., Towbin, K., Leibenluft, E.(2009). Practitioner review: The assessment of bipolar disorder in children and adolescents. Journal of Child Psychology and Psychiatry, 50, 203–215.

Berkout, O.V., Tinsley, D. & Flynn, M. K.(2019). A review of anger, hostility, and aggression from an ACT perspective. *Journal of Contextual Behavioral Science. 11*, 34–43.

Bowen, K., Roberts,j., Kocian, E. & Bartula, A. (2014). "An Empirical Test of Social Information Processing Theory and Emotions in Violent Situations. *Western Criminology Review*, 15(1),18-33.

Burke, J.D., Johnston, O.G. & Butler, E.J. (2021). The Irritable and Oppositional Dimensions of Oppositional Defiant Disorder: Integral Factors in the Explanation of Affective and Behavioral Psychopathology. *Child Adolesc Psychiatr Clin N Am*. 30(3);637-647.

Coccaro, E.F., Fanning, J.R., Keedy, S.K. & Lee, R.(2016). Social cognition in intermittent explosive disorder and aggression". *Journal of Psychiatric Research*, 83, 140-150.

Crick, N.R., Dodge, K.A.(1994). A review and reformulation of social information-processing mechanisms in children's social adjustment. *Psychological Bulletin*,115(1),74-101.

De Oliveira, L.M., Polanczy,k. G.V., Sugaya, L.S.(2026). Transdiagnostic irritability in youth:

[Downloaded from mail.joec.ir on 2026-10-22]

[DOI: 10.52547/joec.25.4.19]

With Aggressive Behavior. *Psycho-Educational Research Reviews, 3*(1), 8 - 16.

Sedaghat, S., Moradi, O., Ahmadian, H.(2015). The effectiveness of anger cognitive behavioral group training on aggression of third grade aggressive female students in Baneh's high schools. MEDICAL SCIENCES , 24 (4);215-220. (In Persian).

Senol, F. B., & Metin, E. (2021). Social Information Processing in Preschool Children: Relations to Social Interaction. Participatory Educational Research, 8(4), 124-138.

Sharifi Esfahani, M., Farahbakhsh, K., Esmaeili, M., Salimi Bajestani, H., & Asgari, M.. (2020). Exploring of Moderating Factors of Oppositional Defiant Disorder: A Qualitative Research. Journal Of Research In Behavioural Sciences, 18(3), 336-348.

Shokri, O., Salehi Fadardi, J., Fathabadi, J., Nejati, V., Zabihzadeh, A.(202). Developing and Testing the Effectiveness of School Based Social Cognition Instructional Package on Proactive Aggression among Children. Journal of Developmental Psychology Iranian Psychologists,17(66); 167-180. (In Persian).

Singh, D. (2016). Social Cognitive Intervention: Reducing Irritability and Impulsivity among Aggressive Adolescents. .*The International Journal of Indian Psychology*, 3(5), 1-18.

Stoddard, J., Sharif-Askary, B., Harkins, E. A., Frank, H. R., Brotman, M. A., Penton-Voak, I. S., Maoz, K., Bar-Haim, Y., Munafò, M., Pine, D. S., & Leibenluft, E. (2016). An Open Pilot Study of Training Hostile Interpretation Bias to Treat Disruptive Mood Dysregulation Disorder. *Journal of child and adolescent psychopharmacology*, *26*(1), 49–57.

Stringaris, A., Goodman, R., Ferdinando, S., Razdan, V., Muhrer, E., Leibenluft, E., Brotman, M.A. (2012). The Affective Reactivity Index: a concise irritability scale for clinical and research settings. *J Child Psychol Psychiatry*, 53(11),1109-17.

Terzian, M., Li, J., Fraser, M., Day, S, & Rose, R. k. (2014). Social Information-Processing Skills and Aggression: A Quasi-Experimental Trial of the Making Choices and Making Choices Plus Programs. *Research on Social Work Practice*, 25(3);358-369.

Tudor,M. E., Bertschinger, E., Piasecka, J., Sukhodolsky, D.G. (2018). Cognitive Behavioral Therapy for Anger and Aggression in a Child With Tourette's Syndrome. *Clinical Case Studies* (*CCS*), 17(4), 220-232.

Tufan, E., Topal, Z., Demir, N., Taskiran, S., Savci, U., Cansiz, M. A., & Semerci, B.(2016). Sociodemographic and Clinical Features of Disruptive Mood Dysregulation Disorder: A *Development and psychopathology*, *25*(4 Pt 2), 1473–1487.

Mohamadesmaiel, E., Alipour, A. (2002). A Preliminary Study on the Reliability, Validity and Cut Off Points of the Disorders of Children Symptom Inventory-4 (CSI-4). JOEC, 2 (3);239-254. (In Persian).

Mourad, A., & Hala, A. (2020). The effect of social informationprocessing (SIP) model intervention on reducing challenging behavior amongchildren with mild to borderline intellectual functioning. *Electronic Journal of Research in Educational Psychology*,18(2), 327-344.

Naim, R., Dombek, K., German, R.E., Haller, S.P, Kircanski, K., Brotman, M. A. (2023). An Exposure-Based Cognitive-Behavioral Therapy for Youth with Severe Irritability: Feasibility and Preliminary Efficacy. J Clin Child Adolesc Psychol. 18, 1-17.

Nash, J. K., Fraser, M .W., Galinsky, M.J., & Kupper, L.L.(2003). Early development and pilot testing of a problem-solving skills-training program for children. *Research on Social Work Practice*,13, 432-450.

Nusbaum, A.M.(2013). The pocket guide to the DSM-5 diagnostic exam. Arlington, VA;American Psychiatric Publication.

Pourabdol, S., Roshan, R., Yaghubi, H., Sobhi Gharmaleki, N., Gholami Fesharaki, M.(2020). Relationship Between Intensity of Anger and its Expression in Competitive Athletes: Mediating Role of Emotion Dysregulation. *Avicenna J Neuro Psycho Physiology*, 7 (3),165-171.

Pourmaveddat K, Neshat Doost H T, Kajbaf M B, Talebi H. (2021). Comparison of social information processing based on Crick & Dodge's social cognitive model in children with and without disruptive mood dysregulation disorder. Advances in Cognitive Sciences; 23 (2);33-46. (In Persian).

Pourmaveddat, k.(2021). Developing of Intervention Protocol Based on Psychological Factors Related to Social Information Processing and Compare its Effectiveness with the Proposed Therapies in Reducing Symptoms of Disturbtive Mood Dysregulation Disorder (Anger And Irritability**)** in 9 to 12 Year Old Students, PhD thesis, University of Isfahan, Faculty of Educational Sciences and Psychology. (In Persian).

Salehi S.*(2012).* Effects of psychoeducational group interventions on peer rejection and aggression among children with Conduct Disorder. Thesis of PhD. University Putra Malaysia.

Satar Abo El Fadl, M.A.(2014). Effectiveness Of Social Information Processing Skills Training Using Making Choices Program On Promoting Social Competence of Primary School Children

[Downloaded from mail.joec.ir on 2026-10-22]

[DOI: 10.52547/joec.25.4.19]

hostile attribution bias in children with disruptive mood dysregulation disorder. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 56(10),246.

Wike, T. L. (2011). The Effectiveness of a Social Skills Intervention for Preventing Aggression in Chidren; an Evaluuation of the Making Choices Intervention. *Doctoral dissertation*, University of North Carolina.

Wu, F., Fraser, M.W., Guo, S., Day, S.H. & Galinsky, M. J. (2016). Strengthening the social information–processing skills of children: A controlled test of the Let's Be Friends program in China. *Research on Social Work Practice, 26*(5), 525–538.

Zibaei, A., Gholami, H., Zare, M., Mahdian, H., Haresabadi, M.(2014). The Effect of Web-based Education on Anger Management in Guidance School Girls of Mashhad. Iranian Journal of Medical Education, 13 (10);784-795. (In Persian).

Chart Review. *J Child Adolesc Psychopharmacol*, 26(2),94-100.

van Cappellen SM, Kühl E, Schuiringa HD, Matthys W, van Nieuwenhuijzen M. Social information processing, normative beliefs about aggression and parenting in children with mild intellectual disabilities and aggressive behavior. Res Dev Disabil. 2023 May;136:104468.

Vidal-Ribas, P., Brotman, M. A., Salum, G. A., Kaiser, A., Meffert, L., Pine, D. S., et al Stringaris, A. (2018). Deficits in emotion recognition are associated with depressive symptoms in youth with disruptive mood dysregulation disorder. *Depression and Anxiety*, *35*(12), 1207-1217.

Waschbusch, D. A., Baweja, R., Babinksi, D. E., Mayes, S. D., & Waxmonsky, J. G. (2020). Irritability and limited prosocial emotions/callous-unemotional traits in elementary-school-age children. *Behavior Therapy*, 51(2), 223-237.

Waxmonsky, J.G., Waschbusch, D., Babocsai, L., Belin, P. (2017).Assessment and treatment of

[Downloaded from mail.joec.ir on 2026-10-22]

[DOI: 10.52547/joec.25.4.19]