



Effectiveness of Unified Transdiagnostic Treatment and Reality Therapy on Irritability and Children's Self-efficacy for Peer Interaction in Children with Disruptive Mood Dysregulation Disorder

Sayehnaz Saniei Abadeh¹ , Ilnaz Sajjadian²

1. Ph.D in Psychology, Department of Psychology, Isfahan (Khorasgan) Branch, Islamic Azad University, Isfahan, Iran.

E-mail: s64.saniei@gmail.com

2. Associate Professor, Department of Clinical Psychology, Community Health Research Center, Isfahan (Khorasgan) Branch, Islamic Azad University, Isfahan, Iran. E-mail: i.sajjadian@khuisf.ac.ir

ARTICLE INFO

Article type:
Research Article

Article history:

Received 21 July 2024
Received in revised form
16 September 2024
Accepted 25 September
2024
Published Online 20
January 2025

Keywords:

Unified Transdiagnostic
Treatment,
Reality Therapy,
Irritability,
Self-Efficacy in
Interaction,
Disruptive Mood
Dysregulation Disorder

ABSTRACT

Background: This study aimed to compare the effectiveness of unified transdiagnostic treatment and reality therapy on irritability and children's self-efficacy for peer Interaction in children with disruptive mood dysregulation disorder.

Method: The study was quasi-experimental, utilizing a pre-test, post-test, follow-up design, and included a control group. The statistical population consisted of 8-11 year old boys with disruptive mood disorder in Isfahan city along with their mothers who referred to child counseling centers in Isfahan city in 2022. Among them, 45 children and their mothers purposively selected and randomly assigned to three groups of 15 (two experimental groups and one control group). The research tools included Shah Mohammadi et al.'s Disruptive Mood Dysregulation Disorder Scale, Stringer et al.'s Affective Reactivity Index, and Wheeler and Ladd's peer self-efficacy scale. Interventions (transdiagnostic treatment and reality therapy) were implemented for the experimental groups during 10 sessions, with 60 minutes for children and 30 minutes for mothers. Research data were analyzed using repeated measures analysis of variance.

Results: The results showed that unified transdiagnostic treatment and reality therapy led to a decrease in irritability and an increase in Children's Self-efficacy for Peer Interaction, and this effectiveness was significant and stable ($p < 0.001$). There was no significant difference between the two treatment methods.

Conclusion: As a result, both mentioned treatments can be used to improve irritability and self-efficacy in relationships with peers of children with disruptive disorder in specialized child counseling centers.

Citation: Saniei Abadeh, S., & Sajjadian, I. (2024). Effectiveness of Unified Transdiagnostic Treatment and Reality Therapy on Irritability and Children's Self-efficacy for Peer Interaction in Children with Disruptive Mood Dysregulation Disorder. *Journal of Clinical Psychology*.

Journal of Clinical Psychology, Vol. 16, Issue 4, No. 64, Winter 2024

© The Author(s). DOI: [10.22075/jcp.2024.34815.2936](https://doi.org/10.22075/jcp.2024.34815.2936)



©2024 The Author(s): This is an open access article distributed under the terms of the Creative Commons Attribution (CC BY 4.0), which permits unrestricted use, distribution, and reproduction in any medium, As long as the original authors and sources are cited. No permission is required from the authors or the publishers

✉ **Corresponding Author:** Ilnaz Sajjadian, Associate Professor, Department of Clinical Psychology, Community Health Research Center, Isfahan (Khorasgan) Branch, Islamic Azad University, Isfahan, Iran.
E-mail: i.sajjadian@khuisf.ac.ir, Tel: (+98) 9132107905

Extended Abstract

Introduction

Children's emotional disorders lead to problems in mental, and physical health, performance, and social adaptation. Among these disorders, is disruptive mood dysregulation disorder the main characteristic of which is severe and persistent irritability, which manifests itself in the form of frequent outbursts of anger in response to failure and persistent irritable. Also, impairment in social information processing, poor behavior regulation, and disruptive behavior put these children at greater risk of experiencing frequent interpersonal problems with peers. Therefore, another issue faced by children with disruptive mood dysregulation disorder is self-efficacy for peer interaction.

Despite the numerous problems of irritable children, there are few interventions to treat this problem and related mechanisms such as disruptive mood dysregulation disorder. Many interventions cannot simultaneously implement individual child strategies and parent-child interactions as a main context. Both aspects are key elements in the treatment of children's irritability. Therefore, treatments such as unified transdiagnostic treatment and reality therapy, which have provided techniques for both aspects, can be effective. Preliminary data also indicate the effectiveness of these two treatments in reducing the severity of emotional disorders, and irritability and improving emotional regulation and children's relationships. However, so far, there has been no research on the effect and comparison of unified transdiagnostic treatment and reality therapy on the problems of children with disruptive mood dysregulation disorder. Therefore, this research sought to answer the question of whether there is a difference between the effectiveness of unified transdiagnostic treatment and reality therapy on irritability and self-efficacy for peer interaction of children with disruptive mood dysregulation disorder?

Method

The research method was semi-experimental with a pre-test, post-test, and follow-up plan with a control group. The statistical population consisted of 8-11 year old boys with disruptive mood dysregulation disorder in Isfahan city along with their mothers who were referred to specialized child counseling centers in Isfahan city in 1401. Among them, 45 children along with their mothers were selected in an accessible way and were placed in three groups of 15 people randomly. The entry criteria include the willingness and informed consent of individuals, diagnosis of disruptive mood dysregulation disorder in a child by obtaining the minimum score in the Disruptive Mood Dysregulation Disorder Scale and clinical interview, the minimum education of the parents of the cycle, not participating in any other treatment and training course in the last 6 months and Not having symptoms of bipolar disorder or oppositional defiant disorder. The exit criteria included absence from more than one session, non-cooperation and defects in answering the test questions, and parents' lack of consent to continue cooperating and participating in the sessions. The research tools included the Disruptive Mood Dysregulation Disorder Scale, Affective Reactivity Index, and peer self-efficacy scale. After sample selection and random replacement, interventions (unified transdiagnostic treatment and reality therapy) were implemented on the test groups separately during 10 sessions of 60 minutes for children and 30 minutes for mothers, and the control group did not receive any intervention. Evaluations were done in three stages (post-test and follow-up test) and the data were analyzed using SPSS version 23 software and analysis of variance with repeated measurements.

Results

Descriptive findings indicate that the average scores of the research variables in the intervention groups (unified

transdiagnostic treatment, reality therapy) have more changes in the post-test and follow-up stages than in the pre-test compared to the control group. Shapiro-Wilks test was used to check the normality of the score distribution and it was confirmed. The results of Levin's test

showed that the assumption of equality of variances in all three variables was confirmed. The results of Machli's test also indicated that it was not confirmed in the research variables; Therefore, the Greenhouse-Geisser test was used in the within-subject analysis.

Table 1. Results of between-subject and within-subject effects analysis

variable	Effect	Source	SS	df	MS	F	P	Effect Size	power
Irritability(Child perception)	Between subject	Group	365.644	2	182.822	19.93	0.001	0.487	1.000
	within the subject	The effect of time	150.978	1.26	119.59	51.79	0.001	0.552	1.000
		The effect of time $\times$ Group	116.578	2.52	46.172	19.99	0.001	0.488	1.000
Irritability (parent perception)	Between subject	Group	223.6	2	111.8	13.57	0.001	0.393	0.997
	within the subject	The effect of time	158.71	1.21	131.5	57.006	0.001	0.576	1.000
		The effect of time $\times$ Group	100.356	2.41	41.57	18.02	0.001	0.462	1.000
self-efficacy for peer interaction	Between subject	Group	6158.526	2	3092.763	9.59	0.001	0.314	0.973
	within the subject	The effect of time	3042.77	1.44	2112.035	33.68	0.001	0.445	1.000
		The effect of time $\times$ Group	1956.207	2.88	678.92	10.83	0.001	0.340	0.998

Based on the findings in Table 1, in the between-subject analysis, the mean scores of the variables of irritability and self-efficacy for peer interaction in the two experimental groups (unified transdiagnostic treatment and reality therapy) and control have a significant difference ($p < 0.001$). Based on the results of intra-subject analysis, the main effect of time is also significant, which shows that there is a significant difference between the average scores of all three variables in the research stages in general ($p < 0.001$). The results of the follow-up test showed the effect of both treatments on the variables. There was no significant difference between the two treatment methods.

Conclusion

The findings showed that unified transdiagnostic treatment and reality therapy had a significant effect on these research variables, but both methods have the same effectiveness. In explaining the effectiveness of both treatments on irritability, it can be

said that although reality therapy emphasizes replacing internal control instead of external control, and in contrast to unified transdiagnostic treatment, it also benefits from behavioral techniques, But both therapies emphasize present-focused awareness during intense emotions, cognitive flexibility, and substituting more effective behaviors; Therefore, by focusing on emotions and interventions to turn off distress and avoid negative emotions, they can have an effect on children with irritability.

In explaining the effectiveness of unified transdiagnostic treatment on self-efficacy for peer interaction, it can be said that this therapy teaches the child to review his thoughts and feelings, challenge his distorted beliefs, and find a non-judgmental awareness that leads to a new interpretation of the world. Mindfulness techniques also prevent the child from mixing his thoughts. In explaining the effectiveness of reality therapy on self-efficacy for peer interaction, it can also be said that this therapy

encourages people to self-evaluate and replace internal control instead of external control, which leads to an increase in self-esteem and self-efficacy. This therapy invites people to face reality, accept responsibility for their behavior, and regulate their emotions, which ultimately improves interpersonal relationships.

Ethical Considerations

Ethics Code: This research has been approved by the ethics committee of the Islamic Azad University of Isfahan (Khorasgan) under the code of ethics IR.IAU.KHUISF.REC.1401.114.

Financial support: This research has not received any financial support for implementation.

Authors' Contributions: S, S: conceptualization, methodology, data collection, data management, article writing, editing and revising the article, project supervision.

A, S: conceptualization, methodology, statistical analysis, editing and correction of the article, project management, project supervision.

Conflict of Interest: The authors have no conflicting interests to declare regarding this research.

Acknowledgments: All the participants in the research and all those who cooperated in the implementation of this research are appreciated and thanked.



مقایسه اثربخشی درمان فراتشخیصی یکپارچه و واقعیت درمانی بر تحریک پذیری و خودکارآمدی در روابط اجتماعی با همسالان در کودکان دارای اختلال بی نظمی خلق اخلاکگر

سایه ناز صنیعی آباذه^۱، ایلناز سجادیان^۲

۱. دکتری روانشناسی، گروه روانشناسی، واحد اصفهان (خوراسگان)، دانشگاه آزاد اسلامی، اصفهان، ایران. ایمیل: s64.saniei@gmail.com

۲. دانشیار، گروه روانشناسی بالینی، مرکز تحقیقات سلامت جامعه، واحد اصفهان (خوراسگان)، دانشگاه آزاد اسلامی، اصفهان، ایران. ایمیل: i.sajjadian@khuif.ac.ir

چکیده

مشخصات مقاله

نوع مقاله:

پژوهشی

تاریخچه مقاله:

دریافت: ۱۴۰۳/۰۴/۳۱

بازنگری: ۱۴۰۳/۰۶/۲۶

پذیرش: ۱۴۰۳/۰۷/۰۴

انتشار برخط: ۱۴۰۳/۱۱/۰۱

کلیدواژه‌ها:

درمان فراتشخیصی یکپارچه،

واقعیت درمانی،

تحریک پذیری،

خودکارآمدی در روابط اجتماعی با

همسالان،

اختلال بی نظمی خلق اخلاکگر

زمینه: پژوهش حاضر با هدف مقایسه اثربخشی درمان فراتشخیصی یکپارچه و واقعیت درمانی بر تحریک پذیری و خودکارآمدی در روابط اجتماعی با همسالان در کودکان دارای بی نظمی خلق اخلاکگر انجام شد.

روش: روش پژوهش نیمه آزمایشی با طرح پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری با گروه کنترل بود. جامعه آماری پسران ۸ تا ۱۱ سال دارای اختلال بی نظمی خلق اخلاکگر شهر اصفهان به همراه مادرانشان بودند که در سال ۱۴۰۱ به مراکز تخصصی مشاوره کودک شهر اصفهان مراجعه کردند. از میان آن‌ها ۴۵ کودک به همراه مادرانشان به شیوه هدفمند انتخاب شده و در سه گروه ۱۵ نفره به صورت تصادفی قرار گرفتند. ابزارهای پژوهش شامل مقیاس اختلال کژتنظیمی خلقی ایذایی شاه محمدی و همکاران، شاخص واکنش پذیری عاطفی استرینگرز و همکاران و مقیاس خودکارآمدی در تعامل با همسالان ویلر و لد بود. بر روی گروه‌های آزمایش مداخلات (درمان فراتشخیصی و واقعیت درمانی) طی ۱۰ جلسه ۶۰ دقیقه‌ای برای کودکان و ۳۰ دقیقه‌ای برای مادران اجرا شد. داده‌های پژوهش با تحلیل واریانس با اندازه گیری مکرر مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

یافته‌ها: نتایج نشان داد درمان فراتشخیصی یکپارچه و واقعیت درمانی منجر به کاهش تحریک پذیری و افزایش خودکارآمدی در روابط با همسالان شده و این اثربخشی معنادار و با ثبات بوده است ($p < ۰/۰۰۱$). بین دو روش درمانی تفاوت معنی داری وجود نداشت.

نتیجه گیری: بنابر نتایج از هر دو درمان مذکور می‌توان به منظور بهبود تحریک پذیری و خودکارآمدی در روابط اجتماعی با همسالان کودکان دارای اختلال بی نظمی خلق اخلاکگر در مراکز تخصصی مشاوره کودک استفاده کرد.

استناد: صنیعی آباذه، سایه ناز؛ و سجادیان، ایلناز (۱۴۰۳). مقایسه اثربخشی درمان فراتشخیصی یکپارچه و واقعیت درمانی بر تحریک پذیری و خودکارآمدی در روابط اجتماعی با همسالان در کودکان دارای اختلال بی نظمی خلق اخلاکگر. مجله روانشناسی بالینی.

مجله روانشناسی بالینی، سال ۱۶، شماره ۴، پیاپی ۶۴، زمستان ۱۴۰۳. DOI: [10.22075/jcp.2024.34815.2936](https://doi.org/10.22075/jcp.2024.34815.2936)

© نویسندگان.



✉ نویسنده مسئول: ایلناز سجادیان، دانشیار، گروه روانشناسی بالینی، مرکز تحقیقات سلامت جامعه، واحد اصفهان (خوراسگان)، دانشگاه آزاد اسلامی، اصفهان، ایران. رایانامه: i.sajjadian@khuif.ac.ir؛ تلفن: ۰۹۱۳۲۱۰۷۹۰۵

مقدمه

سلامت روان کودکان از اهمیت ویژه‌ای برخوردار است چرا که مطالعات نشان می‌دهد شروع اختلالات روانی در بزرگسالی و نوجوانی را اغلب می‌توان در دوران کودکی جستجو کرد (۱). اختلالات هیجانی نیز که از شایع‌ترین اختلالات روان‌پزشکی در کودکان و نوجوانان است، منجر به ایجاد مشکلات رفتاری و بروز مشکلات زیادی در سلامت روانی و جسمی، عملکرد فرد و تطابق اجتماعی در دوران کودکی و بزرگسالی می‌گردد (۲،۳). از جمله اختلالات هیجانی می‌توان به اختلال بی‌نظمی خلق اخلاگر، اشاره کرد که در درنسخه پنجم راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی ویرایش متن^۱، در طبقه افسردگی مطرح شده است. ویژگی اصلی این اختلال تحریک‌پذیری^۲ شدید و مداوم است که به صورت طغیان‌های خشم مکرر (کلامی یا رفتاری) در پاسخ به ناکامی و خلق مداوم تحریک‌پذیر جلوه‌گر می‌شود. خلق تحریک‌پذیر در بخش عمده‌ای از روز، تقریباً هر روز، در مدت یکسال و دست‌کم در دو موقعیت وجود دارد (۴). این اختلال به طور قابل توجهی عملکرد کودک در محیط‌های مختلف را مختل می‌کند (۵). اگرچه تحریک‌پذیری یک ویژگی فراتشخیصی و علامتی شایع برای بسیاری از اختلالات روانی است (۶)، اما در اختلال بی‌نظمی خلق اخلاگر این مشکل مزمن و مداوم (غیر دوره‌ای) است (۷). تحریک‌پذیری افزایش میل به تجربه خشم و ناامیدی در مقایسه با دیگر افراد است (۶) و می‌توان گفت یک صفت تمایلی است که به صورت بی‌حوصلگی، خصومت، آزدگی و حتی پرخاشگری ظاهر می‌شود (۸).

کودکان تحریک‌پذیر بیشتر در معرض تجربیات منفی بین‌فردی، از جمله قربانی‌شدن همسالان و والدین خشن قرار می‌گیرند (۹،۱۰). چراکه اختلال در پردازش اطلاعات اجتماعی، تنظیم رفتار ضعیف و رفتار مخرب در کودکان مبتلا به تحریک‌پذیری مزمن آنان را در معرض خطر بیشتری برای تجربه مشکلات مکرر بین‌فردی و احتمال طرد شدن از جانب همسالان قرار می‌دهد (۱۱،۱۲). از همین رو یکی دیگر از مسائلی که کودکان مبتلا به اختلال بی‌نظمی خلق اخلاگر با آن مواجه هستند خودکارآمدی در روابط^۳ به ویژه روابط اجتماعی با همسالان است (۱۲-۱۴) باورهای خودکارآمدی

اساس اولیه انگیزش انسان است که با عوامل شناختی و انگیزشی متعددی مانند کنترل هیجانات مرتبط است (۱۵). خودکارآمدی اجتماعی درک توانایی فرد برای مدیریت مناسب موقعیت‌های اجتماعی تعریف شده (۱۶) و روابط با همسالان به نوعی رابطه بین‌فردی اطلاق می‌شود که در فرآیند تعامل در خوشه‌های کوچکی از افراد ایجاد می‌شود که بر اساس علایق و دوستی‌های مشترک با یکدیگر ارتباط نزدیک دارند (۱۷) و به ابعادی مانند صمیمیت، حمایت، دلبستگی، کیفیت دوستی و کیفیت ارتباط طبقه‌بندی می‌شود (۱۸). خودکارآمدی در روابط با همسالان به نحوه ارزیابی کودک از توانایی خود در متقاعد کردن همسالان، تأثیرگذاری بر رفتار و عواطف خود به روش‌های قابل قبول اجتماعی و در نهایت دستیابی به مقبولیت اجتماعی اشاره دارد (۱۹) و می‌تواند تأثیرات مثبتی بر دیگر عملکردهای فرد نیز داشته باشد. کودکانی که روابط مثبتی با همسالان خود دارند، پیشرفت تحصیلی، انگیزه تحصیلی و سطوح مشارکت بالاتری را در کلاس درس نشان می‌دهند. روابط با همسالان نقش مهمی در سلامت عاطفی نیز دارند. کودکانی که روابط منفی با همسالان خود دارند، با سطوح بالاتری از علائم و مشکلات درونی و بیرونی در دوران نوجوانی روبه‌رو هستند. علاوه بر این، کودکان محبوب نسبت به کودکان طرد شده دارای سطح بالاتری از اعتماد به نفس هستند و تنهایی کمتری را گزارش می‌کنند (۲۰-۲۲).

با وجود مشکلات متعدد کودکان تحریک‌پذیر، مداخلات کمی برای درمان تحریک‌پذیری و مکانیسم‌های مرتبط با آن مانند بی‌نظمی خلق اخلاگر وجود دارد. بسیاری از مداخلات نمی‌توانند همزمان استراتژی‌های فردی کودک و تعاملات ساختار یافته والدین و فرزندان را به عنوان یک مرکز زمینه‌ای اصلی اجرا کنند. درحالی که هم مداخلات مدیریت رفتار والدین^۴ و هم استراتژی‌های مبتنی بر مواجهه هیجانی، خودتنظیمی و مدیریت سرخوردگی، عناصر کلیدی در درمان تحریک‌پذیری کودکان هستند (۲۳،۲۴). بنابراین درمان‌هایی که هر دو جنبه را در برگیرند، می‌توانند تأثیرگذار باشند و این موضوع نیازمند بررسی بیشتر است. درمان‌های نوینی همچون درمان فراتشخیصی یکپارچه و واقعیت درمانی از جمله

3. self-efficacy in Interaction

4. parents management training

1. diagnostic and statistical manual of mental disorders (5 ed.) DSM-5-tr™

2. irritability

مداخلاتی هستند که برای هر دو جنبه‌ی یاد شده تکنیک‌هایی را ارائه داده‌اند. درمان فراتشخیصی یکپارچه^۱ یک درمان شناختی رفتاری برای اختلالات هیجانی است. در این مدل فرض براین است که اختلالات هیجانی ریشه در یک تمایل خلقی برای تجربه سطوح بالای هیجان منفی و واکنش‌پذیری هیجانی بالا (یعنی روان رنجوری) دارد که منجر به تلاش‌های مشکل‌ساز و اغلب بی‌اثر برای تنظیم تجربیات هیجانی می‌شود (۲۵). همچنین در پژوهش‌های اخیر به تحریک‌پذیری کودکان، به عنوان علائم فراتشخیصی که در چندین اختلال روانی در کودکان وجود دارد، توجه شده است (۲۶). از سوی دیگر تحقیقات شواهدی را مبنی بر نقش چندین مکانیسم فراتشخیصی، از جمله سوگیری‌های پردازش اطلاعات، تنظیم هیجان و فرزندپروری در توسعه و نگهداری تحریک‌پذیری مطرح کرده‌اند (۲۷). بنابراین ممکن است درمان فراتشخیصی یکپارچه، درمانی مؤثر جهت کاهش تحریک‌پذیری و مشکلات ناشی از آن باشد. این درمان تکنیک‌های درمان شناختی-رفتاری و مهارت‌های ذهن‌آگاهی را توأمان و به شکل انعطاف‌پذیری برای این مکانیسم‌های فراتشخیصی به کار می‌گیرد. تیم اهرنریچ - می و همکارانش (۲۴) به انطباق درمان فراتشخیصی یکپارچه بارلو برای اختلالات هیجانی کودکان پرداختند و دو پروتکل درمان فراتشخیصی یکپارچه مخصوص اختلالات هیجانی کودکان و نوجوانان را براساس پروتکل اولیه درمان فراتشخیصی یکپارچه بارلو تدوین کردند (۲۴). داده‌های اولیه نشان می‌دهد، درمان فراتشخیصی یکپارچه کودکان و نوجوانان در کاهش شدت اختلالات هیجانی (۲۸-۳۰)، مشکلات رفتاری (۳۱،۳۲)، تحریک‌پذیری (۳۳،۳۷) و بهبود تنظیم هیجان، پردازش اطلاعات اجتماعی (۳۴) و مهارت‌های هیجانی-اجتماعی (۳۱،۳۵) کودکان مؤثر هستند. واقعیت درمانی^۲ که بر اساس تئوری انتخاب^۳ گلاسز شکل گرفته نیز درمانی در حوزه رویکردهای شناختی است. روانشناسی نظریه انتخاب در مخالفت با محدود بودن تأثیر کنترل بیرونی که در رفتارگرایی رایج بود، درخواست (۳۶) و هدف از واقعیت درمانی این است که به فرد بیاموزد چگونه تصمیمات معنادارتری برای اداره زندگی خود گرفته و توانایی خود را برای مقابله با استرس‌ها و مشکلات زندگی بهبود

بخشد (۳۷). گلاسز معتقد است مشکلات در نتیجه برآورده نشدن نیازهای اساسی (قدرت، عشق و تعلق، آزادی، سرگرمی و بقا) افراد ایجاد شده و برآورده کردن نیازها باید از دوران کودکی آغاز گردد. در واقع افراد زمانی که در برآوردن نیازهای خود ناکام هستند، رفتارهای پرخطر نشان می‌دهند زیرا هدف همه رفتارها برآوردن این پنج نیاز روانی است (۳۸). این درمان به فرد کمک می‌کند تا کنترل درونی را با کنترل بیرونی جایگزین کند و معتقد است که فرد می‌تواند رفتار خود را با مسئولیت‌پذیری برای رسیدن به اهداف انتخاب کند و با ارضای تصویرذهنی مورد نظر خود، نیازهای خود را برآورده کند (۳۹).

واقعیت درمانی، درمان مؤثری را برای افراد در هر سنی از جمله کودکان فراهم می‌کند، اما در مشاوری با کودکان مسائلی مانند سطوح رشد شناختی و زبانی و همچنین فردیت را باید در نظر گرفت (۴۰). سولو (۴۱) با استفاده از تئوری انتخاب گلاسز و واقعیت درمانی روشی را برای کمک به کودکان ارائه کرده که از طریق خودارزیابی رفتارها، نیازهای اساسی خود را به شیوه‌هایی مسئولانه و متعادل برآورده کنند. از سوی دیگر به والدین می‌آموزد چگونه در خانه محیطی را خلق کنند که کودکان ترغیب شود پنج نیاز اساسی روانشناختی خود را به گونه‌ای متعادل برآورده کنند. در نتیجه واقعیت درمانی، می‌تواند کودکان را قادر سازد تا نسبت به اقدامات خود کنترل، آگاهی و احساس خودکارآمدی داشته باشند (۴۲). پژوهش‌ها حاکی از اثربخشی واقعیت درمانی بر پرخاشگری (۴۳)، تنظیم هیجان (۴۴،۳۴)، خودکارآمدی (۴۵،۴۶)، سوگیری تعبیر و روابط فردی (۴۷)، پردازش اطلاعات اجتماعی (۳۴) و خودتنظیمی (۴۸) نوجوانان است. اگرچه پژوهش‌هایی نشان داده است که درمان فراتشخیصی یکپارچه و واقعیت درمانی بر اختلالات هیجانی مؤثر است، اما تاکنون پژوهشی مبنی بر تأثیر و مقایسه درمان فراتشخیصی یکپارچه و واقعیت درمانی بر روی مشکلات کودکان دارای اختلال بی‌نظمی خلق اخلاک‌انجام نشده است. لذا باتوجه به مشکلات، پیامدها و ویژگی‌هایی که برای کودکان دارای این اختلال مطرح شد، در این پژوهش علاوه بر بررسی اثربخشی هریک از درمان‌ها به منظور یافتن درمان مؤثرتر بر این اختلال به مقایسه اثربخشی آن‌ها پرداخته

3. choice theory

1. unified transdiagnostic treatment

2. reality therapy

جلسه ۳) عدم همکاری و نقص در پاسخ به سؤالات آزمون‌ها و ۴) عدم رضایت والدین برای ادامه همکاری و مشارکت در جلسات در نظر گرفته شده بود.

ابزار

۱. مقیاس اختلال کژتنظیمی خلقی ایزابی-فرم والد^۱: این مقیاس توسط شاه محمدی و همکاران (۴۹) به منظور شناسایی دانش‌آموزان دارای اختلال بی‌نظمی خلقی اخلاک‌گر ساخته شده و دارای ۲۶ گویه با مقیاس ۵ درجه‌ای و چهار عامل است. این پرسشنامه توسط والدین تکمیل می‌گردد. دامنه نوسان امتیازات بین ۲۶ تا ۱۳۰ است و نمره بالاتر نشان‌دهنده شدت این اختلال است. روایی و اعتبار این پرسشنامه توسط سازنده بررسی شده و سنجش روایی سازه‌ای مقیاس به روش تحلیل عاملی تأییدی نشان داده که بیشتر از ۰/۸۰ و مورد تأیید است. همچنین ضریب پایایی کل مقیاس به روش آلفای کرونباخ برابر با ۰/۸۹۴ بوده است. آلفای کرونباخ در این پژوهش نیز برابر با ۰/۷۵۵ بود.

۲. شاخص واکنش‌پذیری عاطفی^۲: این مقیاس توسط استرینگز و همکاران (۵۰) برای بررسی تحریک‌پذیری کودکان و نوجوانان در دو نسخه خودگزارشی و سؤال از والدین ساخته شده است که در این پژوهش از هر دو نسخه استفاده شده است. والدین باید به ۶ سؤال براساس اینکه "در ۶ ماه گذشته در مقایسه با سایر کودکان همسن چگونه هر یک از سؤالات رفتار و احساسات فرزندشان را توصیف می‌کند، پاسخ می‌دادند. در نسخه خودگزارشی از کودکان و نوجوانان می‌خواستند که به جملات حاوی توصیف رفتارشان پاسخ دهند. این پاسخ‌ها در یک طیف سه درجه‌ای است که ۰ = نادرست، ۱ = تا حدی درست، ۲ = مطمئناً درست و دامنه نمره از ۰ تا ۱۲ است. نمرات بالاتر نشان‌دهنده تحریک‌پذیری بیشتر است و مولرانی و همکاران نمره برش ۴ برای نسخه کودک و ۳ را برای نسخه والدین معرفی کرده‌اند (۵۱). ضریب پایایی این پرسشنامه را سازندگان این مقیاس با استفاده از ضریب آلفای کرونباخ در نمونه آمریکایی ۰/۸۸ و در نمونه بریتانیایی ۰/۹۰ گزارش کردند (۵۰). مولرانی و همکاران (۵۱) در پژوهشی پایایی این مقیاس را با استفاده از آلفای کرونباخ ۰/۸۹ و روایی همگرا آن با افسردگی را ۰/۵۶ به دست

شده است. بنابراین این پژوهش به دنبال پاسخ به این سؤال بود که آیا تفاوتی بین اثربخشی درمان فراتشخیصی و واقعیت درمانی بر تحریک‌پذیری و خودکارآمدی در روابط اجتماعی با همسالان کودکان دارای بی‌نظمی خلقی اخلاک‌گر وجود دارد؟

روش

طرح پژوهش: روش پژوهش حاضر به صورت طرح نیمه آزمایشی از نوع پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری با گروه کنترل بود.

آزمودنی‌ها: جامعه آماری پژوهش شامل کلیه پسران ۸ تا ۱۱ سال دارای اختلال بی‌نظمی خلقی اخلاک‌گر شهر اصفهان به همراه مادرانشان بود که به مرکز مشاوره راه برتر و خانه کودک و نوجوان وابسته به سازمان فرهنگی اجتماعی ورزشی شهرداری اصفهان در سال ۱۴۰۱ مراجعه کردند. از میان آنان ۴۵ دانش‌آموز پسر دارای اختلال بی‌نظمی خلقی اخلاک‌گر به همراه مادرشان به شیوه هدفمند و با شرط دارا بودن ملاک‌های ورود جهت شرکت در طرح انتخاب شده و در سه گروه ۱۵ نفره (دو گروه آزمایش و یک گروه گواه) به صورت تصادفی قرار گرفتند. ملاک‌های ورود به پژوهش عبارت بودند از: ۱) تمایل و رضایت آگاهانه والدین و کودک برای شرکت در طرح ۲) محدوده سنی ۸ تا ۱۱ سال و جنسیت مذکر دانش‌آموز ۳) تشخیص اختلال بی‌نظمی خلقی اخلاک‌گر در دانش‌آموز از طریق کسب حد نصاب نمره در آزمون اختلال کژتنظیمی خلقی ایزابی-فرم والد شاه محمدی، و همکاران (۴۹) که توسط مادر پاسخ داده شد (نمره برش این آزمون حداقل یک انحراف معیار بالاتر از میانگین نمره آزمون در نظر گرفته شد، که با توجه به اینکه میانگین نمرات برابر با ۸۲/۵ و انحراف معیار برابر با ۱۲/۴ بود برابر با نمره ۹۵ و بالاتر بود) و از طریق مصاحبه بالینی توسط روانشناس بالینی بر اساس معیارهای پنجمین ویرایش راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی (۴) والدین حداقل تحصیلات (سیکل) داشته باشند که بتوانند آزمون‌ها را پاسخ داده و تکالیف را انجام دهند، ۵) عدم شرکت دانش‌آموز و مادر در دوره درمانی و آموزشی دیگر در ۶ ماه گذشته و ۶) نداشتن نشانه‌ها و ملاک‌های اختلال دوقطبی و یا اختلال نافرمانی مقابله‌ای ملاک‌های خروج: ۱) عدم حضور در جلسات درمانی و غیبت بیش از یک

2. Affective Reactivity Index

1. disruptive mood dysregulation disorder scale (DMDDS)

و برگرفته از بسته سولو (۴۱) است که به صورت هفتگی توسط فرد دارای اعتبارنامه رسمی و معتبر برای این درمان ارائه می‌شود. خلاصه‌ای از محتوای جلسات در جدول ۲ ارائه شده است.

روند اجرای پژوهش: پس از انتخاب نمونه و جایگزینی آن‌ها در گروه‌ها هر سه گروه به آزمون‌های مدنظر پاسخ دادند و بر روی گروه‌های آزمایش مداخلات (درمان فراتشخیصی یکپارچه و واقعیت درمانی) به طور جداگانه اجرا شد و گروه کنترل هیچ مداخله‌ای دریافت نکرد. سپس هر سه گروه با پس‌آزمون مورد ارزیابی قرار گرفتند. بعد از سه ماه برای مشخص شدن اثرات مداخلات در بلندمدت مجدداً هر سه گروه با آزمون پیگیری مورد ارزیابی قرار گرفتند. در پایان داده‌های پژوهش با استفاده از نرم‌افزار SPSS نسخه ۲۳ و با روش تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت. قابل ذکر است قبل از انجام مداخله رضایت والدین برای شرکت خود و فرزندشان در پژوهش کسب شد و به والدین و کودکان اعلام شد که اطلاعات آن‌ها نزد پژوهشگر محرمانه باقی مانده و هر زمان که تمایل به ادامه شرکت در پژوهش نداشتند می‌توانند آزادانه از مطالعه خارج شوند. این پژوهش با کد اخلاق IR.IAU.KHUISF.REC.1401.114 توسط کمیته اخلاق در پژوهش دانشگاه آزاد اسلامی واحد اصفهان (خوراسگان) مصوب شده است.

آورده‌اند. در ایران شیبانی، میکائیلی و نریمانی (۵۲) آن را ترجمه کرده و ضریب آلفای کرونباخ ۰/۷۰ گزارش شده است. آلفای کرونباخ در پژوهش حاضر برای نسخه کودک برابر با ۰/۷۹۹ و برای نسخه والد برابر با ۰/۷۸۸ بود.

۳. مقیاس خودکارآمدی در تعامل با همسالان^۱: مقیاس خودکارآمدی در تعامل با همسالان توسط ویلر و لد (۱۹) به منظور بررسی خودکارآمدی کودکان در روابط اجتماعی که با همسالان خود دارند طراحی گردیده است. این مقیاس دارای ۲۲ گویه است و هرگویه این مقیاس بیانگر یک موقعیت اجتماعی است که به صورت جمله ناقص نوشته شده و بعد از آن چهار گزینه شامل خیلی آسان، آسان، سخت و خیلی سخت ارائه شده است. از کودک خواسته می‌شود جای خالی را با انتخاب یکی از گزینه‌ها تکمیل نماید. نمره‌گذاری پرسشنامه براساس طیف لیکرت چهار درجه‌ای می‌باشد. برای نمره‌گذاری آن به گزینه خیلی آسان نمره ۴، گزینه آسان نمره ۳، گزینه سخت نمره ۲ و گزینه خیلی سخت نمره ۱ داده می‌شود. دامنه نمره از ۲۲ تا ۸۸ است. در این مقیاس نمره بالاتر نشان دهنده خودکارآمدی بیشتر است. این مقیاس شامل دو خرده مقیاس موقعیت‌های تعارض‌آمیز و موقعیت‌های بدون تعارض است. در ایران حسین چاری (۵۳) این مقیاس را ترجمه و پایایی این مقیاس را از طریق آلفای کرونباخ برابر با ۰/۸۷ برای کل مقیاس به دست آورده است. آلفای کرونباخ در پژوهش حاضر برای کل مقیاس برابر با ۰/۸۰۵ و برای موقعیت بدون تعارض و موقعیت تعارض‌آمیز به ترتیب برابر با ۰/۷۴۲ و ۰/۷۶۸ به دست آمده است.

۴. درمان فراتشخیصی یکپارچه: در این پژوهش منظور از درمان فراتشخیصی یکپارچه ۱۰ جلسه درمان گروهی ۶۰ دقیقه‌ای برای کودکان و ۳۰ دقیقه‌ای برای مادران، مبتنی بر بسته درمانی اهرنریچ می و همکاران (۵۴) است که به صورت هفتگی توسط فرد دارای اعتبارنامه رسمی و معتبر برای این درمان ارائه می‌شود. خلاصه‌ای از محتوای جلسات در جدول ۱ ارائه شده است.

۵. واقعیت درمانی: در این پژوهش منظور از واقعیت درمانی ۱۰ جلسه درمان گروهی، ۶۰ دقیقه‌ای برای دانش‌آموزان و ۳۰ دقیقه‌ای برای مادران مبتنی بر واقعیت درمانی گلاس (۵۵)

1. children's self-efficacy for peer Interaction scale (CSPIS)

جدول ۱) خلاصه جلسات درمان فراتشخیصی یکپارچه اهرنریج و همکاران (۲۴)

جلسات	محتوای جلسات
اول	جلسه کودکان: معارفه/شناسایی مشکلات اصلی و اهداف درمان/آشنایی با هیجان‌ها جلسه والدین: آشنایی با ساختار درمان، مهارت‌های سرخ و الگوی سه بخشی هیجان/بحث در مورد چرخه رفتارهای هیجانی
دوم	جلسه کودکان: یادگیری، شناسایی و درجه‌بندی شدت هیجان‌ها/عادی‌سازی تجربه‌های هیجانی/آشنایی با سه بخش تجربه هیجانی، چرخه اجتناب/شناسایی پادش‌هایی برای رفتار جدید جلسه والدین: آشنایی با فرآیند پیگیری قبل از هیجان، در طول هیجان و بعد از هیجان/آشنایی با رفتارهای تربیتی متضاد/بحث درباره تقویت مثبت به عنوان رفتار متضاد سرزنشگری
سوم	جلسه کودکان: یادگیری مفهوم رفتار متضاد/تمرین استفاده از آزمایش‌های علمی برای شکل‌گیری رفتار متضاد با رفتارهیجانی/ یادگیری ارتباط بین فعالیت و هیجان/آشنایی با پیگیری سطح هیجان و فعالیت با یک آزمایش جلسه والدین: آشنایی با آزمایش‌های علمی/بحث درباره چگونگی حمایت از کودک در انجام آزمایش‌های عملی و روش‌های تقویت کودکان
چهارم	جلسه کودکان: توصیف مفهوم سرخ‌های بدنی و ارتباط آن با هیجان‌ها/یادگیری شناسایی سرخ‌های بدنی هیجان‌ها/آموزش مهارت اسکن بدن برای پیدا کردن سرخ‌ها و تجربه آن جلسه والدین: آشنایی با مفهوم جسمانی سازی/آموزش مهارت اسکن بدن، مواجهه حسی و نحوه ابراز همدلی
پنجم	جلسه کودکان: آموزش مفهوم تفکر انعطاف‌پذیر و تشخیص تله‌های فکری رایج به کودکان جلسه والدین: آشنایی با انعطاف‌پذیری شناختی و چهار تله فکری رایج/بحث درباره استفاده از قوانین تقویت باثبات
ششم	کودکان: آشنایی با تفکر کارآگاهی و حل مسئله و کاربرد آن‌ها جلسه والدین: آشنایی با تفکر کارآگاهی و تمرین آن/آشنایی با رفتار تربیتی هیجانی بیش کنترلگر و بیش حمایتگر و رفتار تربیتی متضاد آن یعنی استقلال دادن/آشنایی با حل مسئله برای تعارضات بین فردی و اطمینان طلبی و سازگاری
هفتم	جلسه کودکان: یادگیری درباره مهارت "ن" /آموزش به کودکان در مورد لحظه حال و آگاهی غیر قضاوت‌گرانه جلسه والدین: بحث درباره اهمیت یادگیری تجربه هیجانی به جای اجتناب از آن/آشنایی با آگاهی از لحظه حال و آگاهی غیر قضاوت‌گرانه
هشتم	جلسه کودکان: مرور مهارت‌های کارآگاهی و مفاهیم رفتارهای هیجانی و رفتار متضاد/انجام مواجهه هیجانی با شی یا اسباب بازی جلسه والدین: آشنایی با مفهوم مواجهه با هیجانات موقعیتی/آشنایی با رفتار تربیتی هیجانی الگوسازی افراطی هیجان‌های شدید و اجتناب و رفتار تربیتی متضاد با آن یعنی الگوسازی هیجانی سالم
نهم	جلسه کودکان: آشنایی با رفتارهای ایمنی‌بخش و اجتنابی نامحسوس/تمرین روبه‌رو شدن با هیجان‌های قوی/برنامه‌ریزی مواجهه با هیجان‌های موقعیتی جلسه والدین: مرور مفهوم مواجهه با هیجان موقعیتی و بحث درباره‌ی کاربرد مواجهه برای علائم مختلف/آشنایی با مفهوم رفتارهای ایمنی‌بخش و نردبان هیجان
دهم	جلسه کودکان: مرور مهارت‌های کارآگاهی هیجان آموخته شده در طول دوره/برنامه‌ریزی برای روبه‌رو شدن با هیجان‌های قوی در آینده جلسه والدین: مرور مهارت‌های کارآیی هیجان و رفتارهای تربیتی متضاد/برنامه‌ریزی برای تداوم و پیشرفت بیشتر بعد از پایان درمان

جدول ۲) خلاصه جلسات واقعیت درمانی

جلسات	محتوای جلسات
اول	جلسه کودکان: معارفه/توضیح در مورد برنامه‌ی جلسات و قوانین/توضیح درمورد اختلال بی‌نظمی خلق اخلاک‌گر جلسه والدین: معارفه و توضیح در مورد اختلال بی‌نظمی خلق اخلاک‌گر و واقعیت درمانی
دوم	جلسه کودکان: آموزش نیازها و تأثیر آن بر رفتار و زندگی/چرایی و چگونگی صدور رفتار جلسه والدین: معرفی نیازهای اساسی
سوم	جلسه کودکان: بررسی و شناسایی سیگنال‌ها و تصاویر دنیای مطلوب (خواسته‌ها) جلسه والدین: معرفی دنیای مطلوب/تعریف فرزندپروری و انواع سبک‌های فرزندپروری
چهارم	جلسه کودکان: معرفی چهار مؤلفه کلی رفتار/آموزش مهارت تن‌آرامی برای کنترل و تنظیم هیجان جلسه والدین: معرفی چرایی و چگونگی صدور رفتار از سوی ما، معنای رفتار مشکل‌دار چیست و چگونه باید نسبت به آن واکنش داد
پنجم	جلسه کودکان: آموزش تصمیم‌گیری و بررسی تغییر در افکار، احساس، اعمال و فیزیولوژی در زمان حال از طریق کارت‌های ماشین رفتار جلسه والدین: آموزش مفهوم رفتار کلی و مؤلفه‌های احساس، فکر، عمل و فیزیولوژی در سیستم رفتاری
ششم	جلسه کودکان: آموزش ارضا متعادل نیازها از طریق کشیدن دایره نیازها و کاردستی آویزه نیازها

جلسات	محتوای جلسات
	جلسه والدین: آموزش ارضا متعادل نیازها
هفتم	جلسه کودکان: تقویت سیستم خلاقه از طریق بارش مغزی و انجام بازی زمان آرام/ بحث و گفتگو در مورد راه‌حل‌های جایگزین جلسه والدین: آموزش چگونگی تقویت سیستم خلاقه کودک
هشتم	جلسه کودکان: معرفی رفتارهای تخریب‌گر و سازنده در روابط و شیوه بیان مؤثر خواسته‌ها/ آموزش مصالحه و مذاکره از طریق داستان و ایفای نقش جلسه والدین: اهمیت بهبود روابط/ شیوه آموزش مذاکره و مصالحه به کودک/ معرفی عادات مهرورزی و عادات مخرب
نهم	جلسه کودکان: افزایش خودآگاهی نسبت به افکار و اعمال مؤثر و غیرمؤثر/ آموزش حل مسئله و شیوه‌های مقابله‌ای جایگزین کنترل خشم از طریق تله انگشتی و ایفای نقش/ تعمیم به موقعیت‌های زندگی روزمره جلسه والدین: معرفی کنترل درونی و بیرونی و شیوه برخورد با رفتار غیر مؤثر/ معرفی دو دیدگاه فرزندپروری کنترل‌گرانه و مبتنی بر انتخاب
دهم	جلسه کودکان: ارزیابی نتایج و جمع‌بندی تکنیک‌ها با استفاده از نقاشی نقشه راه جلسه والدین: جمع‌بندی مفاهیم کلیدی واقعیت درمانی

یافته‌ها

میانگین سنی دانش‌آموزان در گروه واقعیت درمانی $9/50 \pm 1/05$ ، در گروه درمان فراتشخیصی یکپارچه $9/07 \pm 1/03$ ، در گروه کنترل $9/12 \pm 1/1$ بوده است، که بررسی تفاوت میانگین سنی سه گروه با استفاده از آزمون تحلیل واریانس غیر معنی‌دار به دست آمده است، ($F=0/092$)، ($\text{sig}=0/913$)، ۱۰ نفر ($66/7\%$) درصد از مادران در گروه واقعیت درمانی بین ۳۰ تا ۴۰ سال و ۵ نفر ($33/3\%$) درصد بین ۴۰ تا ۵۰ سال سن داشتند. درحالی‌که در گروه درمان فراتشخیصی یکپارچه و همچنین گروه کنترل، ۱۳ نفر ($86/7\%$) درصد بین ۳۰ تا ۴۰ سال و ۲ نفر ($13/3\%$) درصد بین ۴۰ تا ۵۰ سال داشته‌اند. در گروه واقعیت درمانی ۶ نفر از کودکان (40%) در پایه دوم، ۶ نفر (40%) در پایه سوم و ۳ نفر (20%) در پایه چهارم تحصیل می‌کنند. درحالی‌که در گروه درمان فراتشخیصی یکپارچه، ۵ نفر ($33/3\%$) در پایه دوم، ۶ نفر (40%) در پایه سوم و ۴ نفر ($26/7\%$) در پایه چهارم

و در گروه کنترل ۵ نفر ($33/3\%$) درصد در پایه دوم، ۷ نفر ($46/7\%$) درصد در پایه سوم و ۳ نفر (20%) درصد در پایه چهارم تحصیل می‌نمایند. تحصیلات مادران در گروه واقعیت درمانی ۱ نفر ($6/7\%$) دیپلم، ۱ نفر ($6/7\%$) درصد فوق دیپلم، ۸ نفر ($53/3\%$) درصد لیسانس، ۴ نفر ($26/7\%$) درصد فوق لیسانس و ۱ نفر ($6/7\%$) درصد دکتری است. در گروه درمان فراتشخیصی یکپارچه، ۳ نفر (20%) درصد دیپلم، ۶ نفر (40%) درصد لیسانس و همین تعداد تحصیلات فوق لیسانس دارند. در گروه کنترل نیز تحصیلات ۲ نفر ($13/3\%$) درصد فوق دیپلم، ۹ نفر (60%) درصد لیسانس، ۴ نفر ($26/7\%$) درصد فوق لیسانس است. نتایج آزمون خی‌دو، دو متغیره در بررسی تفاوت فراوانی گروه‌های سنی والدین ($\text{sig}=0/287$ ، $\text{chi}^2=2/5$) و تحصیلات والدین ($\text{sig}=0/370$ ، $\text{chi}^2=1/68$) در سه گروه نشان داد که این ویژگی‌های جمعیت‌شناختی در سه گروه تفاوت معنی‌داری ندارند. یافته‌های توصیفی متغیرهای پژوهش در جدول ۳ ارائه شده است.

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

متغیر	گروه	پیش‌آزمون		پس‌آزمون		پیگیری	
		انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	میانگین
تحریک‌پذیری ادراک خود	درمان فراتشخیصی یکپارچه	۶/۲۷	۲/۲۸	۱/۹۹	۲/۴۷	۲/۱۷	۲/۴۷
	واقعیت درمانی	۷/۵۳	۲/۳۹	۲/۰۹	۳/۷۳	۱/۹۴	۳/۷۳
	کنترل	۷/۴	۱/۸	۱/۴۷	۷/۹۳	۱/۷۵	۷/۹۳
تحریک‌پذیری ادراک والد	درمان فراتشخیصی یکپارچه	۷/۵۳	۱/۹۲	۳/۲۷	۲/۰۵	۲/۰۸	۳/۲
	واقعیت درمانی	۶/۹۳	۱/۹۸	۴/۳۳	۱/۳۹	۱/۳	۴/۱۳
	کنترل	۷/۵۴	۲/۲۷	۷/۴۷	۲/۰۳	۲/۰۰۷	۷/۸
خودکارآمدی در روابط اجتماعی با همسالان	درمان فراتشخیصی یکپارچه	۴۵/۸۷	۸/۰۶	۶۵/۲	۱۰/۷۲	۱۰/۰۷	۶۶/۰۷
	واقعیت درمانی	۴۶/۵۳	۹/۰۹	۵۶/۷۳	۱۲/۰۲	۱۳/۱۱	۵۷/۱۳
	کنترل	۴۲/۷۳	۱۰/۶۵	۴۲/۴	۱۱/۱۸	۱۰/۴۸	۴۳/۰۷

دست آمده است که مجموع نتایج نشان می‌دهد پیش‌فرض برابری واریانس‌ها در هر سه متغیر در هر سه مرحله تأیید شده است. نتایج آزمون ماچلی نیز جهت بررسی یکنواختی کوواریانس‌ها در گروه‌ها برای متغیر تحریک پذیری خود ($Mauchly's W = 0/416$ ، $chi2 = 35/98$ ، $sig = 0/001$)، تحریک‌پذیری والد ($Mauchly's W = 0/343$ ، $chi2 = 43/88$ ، $sig = 0/001$)، خودکارآمدی در روابط اجتماعی با همسالان ($Mauchly's W = 0/612$ ، $chi2 = 20/15$ ، $sig = 0/001$) به دست آمد که بیانگر عدم تأیید آن در متغیرهای پژوهش است. از این رو در تحلیل‌های درون‌آزمودنی در تحلیل واریانس اندازه‌گیری مکرر از آزمون محافظه کارانه‌ای چون گرین هاوس گیر استفاده می‌شود. پیش‌فرض هم‌خطی متغیرها نیز مورد بررسی قرار گرفته و همبستگی بین متغیرهای پژوهش در هر سه مرحله پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری کمتر از ۰/۹ بوده است، لذا هم‌خطی بین متغیرها وجود ندارد.

نتایج مقایسه بین‌آزمودنی و درون‌آزمودنی در متغیرهای پژوهش در جدول ۴ ارائه شده است.

همان‌گونه که در جدول ۳ مشاهده می‌شود، میانگین نمرات متغیرهای پژوهش در گروه‌های مداخله (درمان فراتشخیصی یکپارچه، واقعیت درمانی) نسبت به گروه کنترل تغییر بیشتر در مراحل پس‌آزمون و پیگیری نسبت به پیش‌آزمون دارد.

به منظور بررسی پیش‌فرض نرمال بودن توزیع نمرات از آزمون شاپیرو ویلکز استفاده گردید. نتایج حاصل از اجرای این پیش‌فرض در مورد نمرات متغیرهای پژوهش نشان داد، فرض صفر مبنی بر نرمال بودن توزیع نمرات در متغیرهای پژوهش در هر سه مرحله پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری در هر سه گروه باقی است (همه سطوح معنی‌داری بزرگ‌تر از ۰/۰۵ می‌باشد). جهت بررسی پیش‌فرض برابری واریانس‌ها، از آزمون لوین استفاده شده است. نتایج نشان داده است در متغیر تحریک‌پذیری خود در پیش‌آزمون ($F = 1/09$ ، $sig = 0/343$)، پس‌آزمون ($F = 0/644$ ، $sig = 0/530$) و پیگیری ($F = 0/598$ ، $sig = 0/521$)، در تحریک‌پذیری والد پیش‌آزمون ($F = 0/774$ ، $sig = 0/467$)، پس‌آزمون ($F = 0/346$ ، $sig = 0/598$) و پیگیری ($F = 2/49$ ، $sig = 0/095$)، خودکارآمدی در روابط همسالان پیش‌آزمون ($F = 1/22$ ، $sig = 0/305$)، پس‌آزمون ($F = 2/69$ ، $sig = 0/065$) و پیگیری ($F = 2/07$ ، $sig = 0/138$) به

جدول ۴) نتایج تحلیل اثرات بین‌آزمودنی و درون‌آزمودنی در متغیرهای پژوهش

متغیر	اثر	منبع	مجموع مجزورات	درجه آزادی	میانگین مجزورات	F	معنی‌داری	اندازه اثر	توان آماری
تحریک‌پذیری ادراک خود	بین‌آزمودنی	گروه	۳۶۵/۶۴۴	۲	۱۸۲/۸۲۲	۱۹/۹۳	۰/۰۰۱	۰/۴۸۷	۱/۰۰۰
	درون‌آزمودنی	اثر زمان	۱۵۰/۹۷۸	۱/۲۶	۱۱۹/۵۹	۵۱/۷۹	۰/۰۰۱	۰/۵۵۲	۱/۰۰۰
		اثر زمان×گروه	۱۱۶/۵۷۸	۲/۵۲	۴۶/۱۷۲	۱۹/۹۹	۰/۰۰۱	۰/۴۸۸	۱/۰۰۰
تحریک‌پذیری ادراک والد	بین‌آزمودنی	گروه	۲۲۳/۶	۲	۱۱۱/۸	۱۳/۵۷	۰/۰۰۱	۰/۳۹۳	۰/۹۹۷
	درون‌آزمودنی	اثر زمان	۱۵۸/۷۱	۱/۲۱	۱۳۱/۵	۵۷/۰۰۶	۰/۰۰۱	۰/۵۷۶	۱/۰۰۰
		اثر زمان×گروه	۱۰۰/۳۵۶	۲/۴۱	۴۱/۵۷	۱۸/۰۲	۰/۰۰۱	۰/۴۶۲	۱/۰۰۰
خودکارآمدی در روابط اجتماعی با همسالان	بین‌آزمودنی	گروه	۶۱۸۵/۵۲۶	۲	۳۰۹۲/۷۶۳	۹/۵۹	۰/۰۰۱	۰/۳۱۴	۰/۹۷۳
	درون‌آزمودنی	اثر زمان	۳۰۴۲/۷۷	۱/۴۴	۲۱۱۲/۰۳۵	۳۳/۶۸	۰/۰۰۱	۰/۴۴۵	۱/۰۰۰
		اثر زمان×گروه	۱۹۵۶/۲۰۷	۲/۸۸	۶۷۸/۹۲	۱۰/۸۳	۰/۰۰۱	۰/۳۴۰	۰/۹۹۸

دار است ($p < 0/001$). که نشان می‌دهد تغییرات مراحل پس‌آزمون و پیگیری در هر یک از گروه‌ها معنی‌دار بوده است. میزان تفاوت مراحل در گروه‌ها در متغیر تحریک‌پذیری خود برابر با ۴۸/۸ درصد، در تحریک‌پذیری والد برابر با ۴۶/۲ درصد و در خودکارآمدی در روابط اجتماعی با همسالان برابر با ۳۴ درصد به دست آمده است.

نتایج آزمون تعقیبی جهت مقایسه گروه‌های آزمایش و کنترل در مراحل پژوهش در متغیرهای پژوهش در جدول ۵ ارائه شده است.

براساس یافته‌های به دست آمده در جدول ۴، در تحلیل بین‌آزمودنی، میانگین نمرات متغیرهای تحریک‌پذیری خود، تحریک‌پذیری والد و خودکارآمدی در روابط اجتماعی با همسالان در دو گروه آزمایش (درمان فراتشخیصی یکپارچه و واقعیت درمانی) و کنترل تفاوت معنی‌داری دارد ($p < 0/001$). براساس نتایج در تحلیل‌های درون‌آزمودنی نیز اثر اصلی زمان معنی‌دار است که نشان می‌دهد، بین میانگین نمرات هر سه متغیر در مراحل پژوهش به طور کلی تفاوت معنی‌داری وجود دارد ($p < 0/001$)، نتایج نشان داده است که تعامل اثر زمان و عضویت گروهی نیز در هر سه متغیر معنی

جدول ۵) نتایج آزمون تعقیبی جهت مقایسه سه گروه به تفکیک متغیرهای پژوهش در سه مرحله

متغیر	مرحله	گروه‌ها	تفاوت میانگین	معنی‌داری	حجم اثر
تحریک‌پذیری ادراک خود	پس‌آزمون	درمان فراتشخیصی	-۵/۳	۰/۰۰۱	۰/۵۹۱
		واقعیت درمانی	-۳/۶	۰/۰۰۱	۰/۳۹۷
		واقعیت درمانی	۱/۷۳	۰/۰۵۷	۰/۱۳۲
	پیگیری	درمان فراتشخیصی	-۵/۴۷	۰/۰۰۱	۰/۵۸۱
		واقعیت درمانی	-۴/۲	۰/۰۰۱	۰/۴۵۰
		واقعیت درمانی	۱/۲۷	۰/۰۸۴	۰/۰۶۹
تحریک‌پذیری ادراک والد	پس‌آزمون	درمان فراتشخیصی	-۴/۲	۰/۰۰۱	۰/۴۷۹
		واقعیت درمانی	-۳/۱۳	۰/۰۰۱	۰/۳۳۸
		واقعیت درمانی	۱/۰۶۷	۰/۱۲۲	۰/۰۵۶
	پیگیری	درمان فراتشخیصی	-۴/۶	۰/۰۰۱	۰/۵۳
		واقعیت درمانی	-۳/۶۷	۰/۰۰۱	۰/۴۱۸
		واقعیت درمانی	۰/۹۹۳	۰/۱۷	۰/۰۴۴
خودکارآمدی در روابط اجتماعی با همسالان	پس‌آزمون	درمان فراتشخیصی	۲۲/۸	۰/۰۰۱	۰/۳۷۰
		واقعیت درمانی	۱۴/۳۳	۰/۰۰۳	۰/۱۸۸
		واقعیت درمانی	-۸/۴	۰/۰۷۲	۰/۰۷۵
	پیگیری	درمان فراتشخیصی	۲۳	۰/۰۰۱	۰/۳۶۰
		واقعیت درمانی	۱۴/۰۷	۰/۰۰۵	۰/۱۷۴
		واقعیت درمانی	-۸/۹	۰/۰۶۶	۰/۰۷۸

نتایج در جدول ۵ نشان می‌دهد، تفاوت هر دو گروه‌های آزمایش یعنی درمان فراتشخیصی یکپارچه و واقعیت درمانی با گروه کنترل در هر دو مرحله پس‌آزمون و پیگیری در هر سه متغیر تحریک‌پذیری خود، تحریک‌پذیری والد و خودکارآمدی در روابط اجتماعی با همسالان معنی‌دار به دست آمده است ($p < ۰/۰۱$) که نشان دهنده تأثیر هر دو درمان بر متغیرهای مذکور در مراحل پس‌آزمون و پیگیری بوده‌است. در مقایسه دو روش درمانی نیز نتایج نشان داده‌است که تفاوت گروه‌های درمانی در هر سه متغیر تحریک‌پذیری خود، تحریک‌پذیری والد و خودکارآمدی در روابط اجتماعی با همسالان در مراحل پس‌آزمون و پیگیری معنی‌دار نبوده‌است.

بحث

هدف از انجام این پژوهش مقایسه اثربخشی درمان فراتشخیصی یکپارچه و واقعیت درمانی بر تحریک‌پذیری و خودکارآمدی در روابط اجتماعی با همسالان در کودکان دارای بی‌نظمی خلق اخلاک‌گر بود. یافته‌های پژوهش نشان داد، درمان فراتشخیصی یکپارچه و واقعیت درمانی بر بهبود متغیرهای مذکور در مرحله پس‌آزمون تأثیر معنی‌داری داشته و این تأثیر در مرحله پیگیری نیز باقی مانده‌است. به طوری

که باعث کاهش میزان تحریک‌پذیری و افزایش خودکارآمدی اجتماعی در روابط با همسالان این کودکان شده‌است. اگرچه مقایسه میانگین متغیرها حاکی از آن است که تفاوت میانگین‌ها در مراحل پیش‌آزمون و پس‌آزمون در درمان فراتشخیصی یکپارچه نسبت به واقعیت درمانی کمی بیشتر بوده اما بین دو روش درمانی در این زمینه تفاوت معنی‌داری وجود ندارد. بنابراین می‌توان گفت هر دو روش درمانی از اثربخشی یکسانی برخوردارند. نتایج این پژوهش مبنی بر اثر بخشی درمان فراتشخیصی یکپارچه بر تحریک‌پذیری با پژوهش‌های ایوانز همکاران (۳۳)، حسینی و همکاران (۳۲)، صنیعی‌آباده و همکاران (۳۴)، کندی و همکاران (۲۹)، هاکس و همکاران (۲۷) همسو بود. نتیجه دیگر پژوهش مبنی بر تأثیر واقعیت درمانی بر تحریک‌پذیری نیز با یافته‌های پژوهش احمدی تبار و همکاران (۴۳) همسو بود. در تبیین اثربخشی هر دو درمان بر تحریک‌پذیری می‌توان گفت گرچه تأکید واقعیت درمانی بر این است که کنترل درونی را با کنترل بیرونی جایگزین کند و در مقابل درمان فراتشخیصی یکپارچه از تکنیک‌های رفتاری نیز سود می‌جوید، اما هر دو درمان بر آگاهی متمرکز بر زمان حال در طول هیجانات شدید،

انعطاف‌پذیری شناختی جایگزین کردن رفتارهای مؤثرتر تأکید دارند. چنانچه گفته شد مدل فراتشخیصی نقش چندین مکانیسم فراتشخیصی، از جمله سوگیری‌های پردازش اطلاعات، تنظیم هیجان و فرزندپروری را در توسعه و نگهداری تحریک‌پذیری مؤثر دانسته بنابراین درمان فراتشخیصی از طریق تمرکز بر هیجانات و انجام مداخلاتی که برای خاموش کردن پریشانی و استراتژی‌های مقابله‌ای اجتنابی در پاسخ به هیجان‌های منفی (مانند اجتناب، سرکوب، حواس‌پرتی) طراحی شده، بر کودکان و نوجوانان مبتلا به تحریک‌پذیری می‌تواند اثرگذار باشد. در این درمان، درمانگر با به کارگیری ترکیبی از تکنیک‌های مختلف شناختی-رفتاری مانند مواجهه‌سازی و ردیابی فکر و همچنین تکنیک‌های مهارت آگاهی و ذهن‌آگاهی می‌تواند راهبردهای مناسب کمک به کودک را بیابد و با تأکید بر انعطاف‌پذیری شناختی و واقعیت آزمایی فراشناخت‌واره‌ها از سوگیری در پردازش اطلاعات و قضاوت‌ها جلوگیری می‌کند. از سوی دیگر در واقعیت درمانی نیز عدم مسئولیت‌پذیری، منبع کنترل بیرونی و ناتوانی در خودارزیابی می‌تواند منجر به ایجاد راهبردهای ناسازگار تنظیم هیجان گردد، بنابراین واقعیت درمانی با توجه به اینکه بر کنترل درونی و مسئولیت‌پذیری تأکید دارد بر تنظیم هیجانات مؤثر است. در واقع در این درمان با تمرکز بر اینجا و اکنون، مواجه شدن با واقعیت و بررسی مؤثر بودن یا نبودن رفتار و پیدا کردن راهکارهای جایگزین تنظیم هیجانات محقق می‌گردد، مشابه آنچه که در درمان فراتشخیصی از طریق تکنیک‌های شناختی رفتاری، مهارت آگاهی و ذهن-آگاهی اتفاق می‌افتد. در تبیینی دیگر می‌توان گفت یک جلوه تحریک‌پذیری طغیان‌های مکرر در پاسخ به ناکامی است. واقعیت درمانی نشان می‌دهد که هر نوع مشکلی به دلیل برآورده نشدن نیازهای اساسی افراد ایجاد می‌شود. وقتی داشته و خواسته فرد برابر نباشد فرد دچار ناکامی می‌شود. درواقع رفتارهای کودکان تحریک‌پذیر، ناشی از وجود مانع برای رسیدن به هدف بوده و ناامیدی است که باعث افزایش پرخاشگری می‌شود (۶). بنابراین ناکامی در ارضای نیازها می‌تواند منجر به تحریک‌پذیری شود و رفتار فرد را تحت تأثیر قرار دهد. در مواجهه با ناکامی، فرد به جای حل مسئله، تلاش می‌کند دیگران را وادار به عقب‌نشینی کند. واقعیت‌درمانی به فرد کمک می‌کند با تغییر مهارت‌های رفتاری و مدیریت رفتار،

دنیای مطلوب خود را کشف کرده و نیازهای اساسی خود را به‌صورت متعادل برطرف کند. کودک با آشنایی با ماشین رفتار و نیازهای خود، از طریق داستان، نقاشی و بازی، با کنترل درونی رفتار مؤثر را جایگزین رفتار غیرمؤثر می‌کند. در این درمان از طریق بازی، سیستم خلاقه کودک تقویت شده و می‌آموزد چگونه راهکارهای کارآمدتری را در مقابله با ناکامی‌ها استفاده کند. اما درمان فراتشخیصی با تلفیقی از تکنیک‌های مختلف شناختی و رفتاری و مهارت‌های ذهن‌آگاهی، کودک را به سوی جایگزین کردن رفتار مؤثرتر در مقابله با ناکامی هدایت می‌کند. از سوی دیگر عصبانیت کودک هنگام ناامیدی اغلب با واکنش منفی والدین، غالباً به شکل عصبانیت یا پرخاشگری روبه‌رو می‌شود و منجر به الگویی تقویت‌کننده که پترسون روابط اجباری متقابل نامیده است، می‌شود (۵۶، ۲۳). بنابراین سیستم معیوب خانواده بایستی اصلاح گردد چرا که تا رابطه معیوب وجود نداشته باشد فرد دچار بدرفتاری نمی‌شود. در واقعیت درمانی والدین نیز با نیازهای اساسی کودک و با رفتار و چگونگی صدور رفتار آشنا شده و می‌آموزند که هر رفتار کودک از جمله تحریک‌پذیری ریشه در ارضا نشدن یک نیاز اساسی او دارد. بنابراین بایستی نیازهای اساسی کودک برطرف شده و کودک نیز در جهت رفتار مسئولانه هدایت شود. از سوی دیگر در درمان فراتشخیصی نیز درمانگر به اصلاح شیوه‌های فرزندپروری والدین می‌پردازد و آنان را با راه‌اندازهای هیجانات کودک و شیوه برخورد صحیح با کودک در زمان مواجه با هیجان‌های شدید آشنا می‌کند (۵۴).

نتایج این پژوهش مبنی بر اثر بخشی درمان فراتشخیصی یکپارچه بر خودکارآمدی در روابط اجتماعی با همسالان با پژوهش صنیعی و همکاران (۳۴)، علوی و همکاران (۳۱) و مهردادفر و همکاران (۳۵) همسو بود. در تبیین اثربخشی درمان فراتشخیصی یکپارچه بر خودکارآمدی در روابط اجتماعی با همسالان نیز می‌توان به این نکته اشاره نمود که چنانچه گفته شد تنظیم رفتار ضعیف کودک می‌تواند باعث طردشدگی از جانب همسالان شود. بنابراین اگر تحریک‌پذیری کاهش بیابد و انعطاف‌پذیری شناختی فرد منجر به استفاده از استراتژی‌های کارآمد تنظیم هیجانی و رفتاری و عدم سوگیری در پردازش گردد، روابط بین‌فردی نیز بهبود می‌یابد. از سوی دیگر در درمان فراتشخیصی یکپارچه از طریق تکنیک تفکر کارآگاهی

کودک می‌آموزد افکار و احساسات خود را بازنگری و باورهای تحریف شده خویش در مورد دیگران را واقعیت آزمایی کرده و آگاهی غیر قضاوت‌گرانه‌ای را داشته باشد که منجر به ایجاد تفسیر جدیدی از جهان می‌گردد. استفاده از تکنیک‌های ذهن آگاهی نیز از درآمیختگی کودک با افکار خود جلوگیری می‌کند. در تبیینی دیگر می‌توان گفت خودکارآمدی به به‌باور کودک درباره ظرفیت سازگاری مستقل و موفق خود با موقعیت‌های دشوار و حل چالش برانگیز آن بر می‌گردد. حس کودک از خودکارآمدی از تکرار تجربه روبه‌رو شدن با موقعیت‌های دشوار و یادگیری سازگار شدن با آن‌ها به وجود می‌آید. وقتی والدین با حمایت‌های بیش از حد فرصت کسب این تجارب را به کودک نمی‌دهند رشد خودکارآمدی را محدود می‌کنند (۲۴). در درمان فراتشخیصی والدین می‌آموزند به جای کنترل‌گری به کودک استقلال بدهند و این زمینه‌ی لازم برای رشد خودکارآمدی را فراهم می‌آورد. ارائه راهبردهای تنظیم شناختی هیجانی مثبت به والدین و فرزندشان به آن‌ها کمک می‌کند تا با کاهش هیجانات منفی و بهبود عملکرد اجتماعی و هیجانی با مشکلات خود مقابله کنند. به علاوه کودک در این درمان شیوه‌های حل مسئله در موقعیت‌های مختلف از جمله موقعیت‌های اجتماعی را نیز آموخته و آن را در گروه تمرین می‌کند.

نتایج این پژوهش مبنی بر اثر بخشی واقعیت درمانی بر خودکارآمدی در روابط اجتماعی با همسالان با پژوهش صنیعی و همکاران (۳۴)، نوروز پور و همکاران (۴۵) و کمساری و همکاران (۴۶) همسو بود. در تبیین اثربخشی واقعیت درمانی بر خودکارآمدی در روابط اجتماعی با همسالان نیز می‌توان گفت واقعیت درمانی فرد را دعوت به خودارزیابی می‌کند و او را ترغیب می‌کند کنترل درونی را جایگزین کنترل بیرونی کرده، بیشتر بر توانایی‌های خود تکیه و خود انتخاب کند، که این منجر به ایجاد احساس عزت نفس و کارآمدی در فرد می‌گردد چرا که خودکارآمدی به ادراک فرد از میزان کنترلش بر زندگی بستگی دارد. زمانی که فرد معتقد است قادر به کنترل شرایط نیست تلاشی برای تغییر و کنترل احساسات و رفتار خود نمی‌کند. اما در این درمان فرد ترغیب می‌شود با واقعیت مواجه شده، خود مسئولیت رفتارش را برعهده گیرد و به ارزیابی رفتارهای خود بپردازد چرا که قادر به کنترل رفتار دیگران نیست و فقط می‌تواند بر روی رفتار خود کنترل داشته

باشد، در نتیجه فرد قادر به تنظیم هیجاناتش می‌شود که درنهایت باعث بهبود روابط بین‌فردی می‌گردد. در این درمان با استفاده از تکنیک‌های ایفای نقش، کودکان می‌آموزند در موقعیت‌های اجتماعی مختلف چگونه مسئولیت رفتار خویش را برعهده گرفته و برای تغییر و کنترل آن تلاش کنند. وقتی خود واقعی کودکان به خوبی تثبیت شود، به آن‌ها کمک می‌کند که نقاط قوت و ضعف خود را تشخیص دهند که منجر به افزایش پتانسیل خود می‌شود. ارضای مؤثرتر نیازها بر احساس کنترل بر خود، خودشکوفایی و تبدیل شدن به یک فرد کاملاً کارآمد اثرگذار است (۴۲). واقعیت درمانی باعث می‌شود فرد درک درستی از جهان پیرامون خود داشته، دچار خطا و سوگیری نشود و روابط سالمی با همسالان خود برقرار کند. درمان گروهی نیز فرصتی را برای فرد فراهم می‌کند تا از سایر اعضای گروه بازخورد دریافت کند و تصویر بهتری از خود به دست آورد.

در یک نتیجه‌گیری کلی می‌توان گفت درمان فراتشخیصی یکپارچه و واقعیت درمانی درمان‌هایی مؤثر بر بهبود تحریک‌پذیری و خودکارآمدی در روابط اجتماعی با همسالان در کودکان دارای اختلال بی‌نظمی خلق اخلاک‌گر بوده است. لذا می‌توان از هر دو درمان مذکور برای کمک به این کودکان در مراکز تخصصی کودک سود جست. از محدودیت‌های این پژوهش می‌توان به محدود بودن جامعه به پسران دارای اختلال بی‌نظمی خلق اخلاک‌گر در شهر اصفهان، عدم حضور پدران در پژوهش و عدم کنترل وضعیت اجتماعی و اقتصادی والدین و محدود بودن مکان و زمان پژوهش به شهر اصفهان و سال ۱۴۰۱ اشاره نمود. لذا پیشنهاد می‌شود تعمیم نتایج به سایر جوامع با احتیاط صورت گرفته و پژوهش‌هایی بر روی دختران، با حضور پدران و در سایر جوامع نیز انجام شود. همچنین پیشنهاد می‌شود در پژوهش‌های آتی وضعیت اقتصادی و اجتماعی شرکت‌کنندگان به عنوان متغیر کنترل در نظر گرفته شود. با توجه به اثربخشی درمان فراتشخیصی یکپارچه و واقعیت درمانی بر کودکان دارای اختلال بی‌نظمی خلق اخلاک‌گر به درمان‌گران و مشاوران مدرسه پیشنهاد می‌شود از تکنیک‌های این درمان‌ها برای بهبود تحریک‌پذیری و خودکارآمدی در روابط اجتماعی با همسالان و کاهش مشکلات این کودکان استفاده کنند. علاوه بر این می‌توان کارگاه‌هایی مبتنی بر این تکنیک‌ها برای آموزش شیوه صحیح فرزندپروری به مادران برگزار نمود.

منابع

- Proposed Disruptive Mood Dysregulation Disorder. *American Journal of Psychiatry*. 2013;170(2): p. 173-179.
14. Leibenluft E. Severe Mood Dysregulation, Irritability, and the Diagnostic Boundaries of Bipolar Disorder in Youths. *American Journal of Psychiatry*. 2011;168(2): p. 129-142.
 15. Metsala JL, Harkins MJ. An Examination of Preservice Teachers' Self-Efficacy and Beliefs About Inclusive Education. *Teacher Education and Special Education*. 2019;43(2): p. 178-192.
 16. Davis S. Building self-efficacy in peer relations: Evaluation of a school-based intervention: George Fox University; 2015.
 17. Rohrbeck C, Gray L. Peer relationships: Promoting positive peer relationships during childhood. *Encyclopedia of Primary Prevention and Health Promotion*. 2014: p. 828-836.
 18. Boele S, Van der Graaff J, de Wied M, Van der Valk IE, Crocetti E, Branje S. Linking Parent-Child and Peer Relationship Quality to Empathy in Adolescence: A Multilevel Meta-Analysis. *Journal of Youth and Adolescence*. 2019;48(6): p. 1033-1055.
 19. Wheeler VA, Ladd GW. Assessment of children's self-efficacy for social interactions with peers. *Developmental Psychology*. 1982;18(6): p. 795.
 20. Field N. LINKS AMONG DYSREGULATION IN EARLY CHILDHOOD, SOCIAL INFORMATION PROCESSING AT AGE 8, AND PEER RELATIONS AT AGE 9: University of Delaware; 2019.
 21. Miller CF, Kochel KP, Wheeler LA, Updegraff KA, Fabes RA, Martin CL, Hanish LD. The efficacy of a relationship building intervention in 5th grade. *Journal of School Psychology*. 2017;61: p. 75-88.
 22. Sheppard CS, Giletta M, Prinstein MJ. Peer Victimization Trajectories at the Adolescent Transition: Associations Among Chronic Victimization, Peer-Reported Status, and Adjustment. *Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology*. 2019;48(2): p. 218-227.
 23. Stringaris A, Vidal-Ribas P, Brotman MA, Leibenluft E. Practitioner Review: Definition, recognition, and treatment challenges of irritability in young people. *Journal of child psychology and psychiatry, and allied disciplines*. 2018;59(7): p. 721-739.
 24. Ehrenreich-May J, Kennedy SM, Sherman JA, Bilek EL, Buzzella BA, Bennett SM, Barlow DH. Unified Protocols for Transdiagnostic Treatment of Emotional Disorders in Children and Adolescents: Therapist Guide: Oxford University Press; 2017 01 Dec 2017.
 25. Barlow DH, Ellard KK, Sauer-Zavala S, Bullis JR, Carl JR. The Origins of Neuroticism. *Perspect Psychol Sci*. 2014;9(5): p. 481-496.
 26. Evans SC, Burke JD, Roberts MC, Fite PJ, Lochman JE, de la Peña FR, Reed GM. Irritability in child and adolescent psychopathology: An integrative
 1. Hannigan LJ, Walaker N, Waszczuk MA, McAdams TA, Eley TC. Aetiological influences on stability and change in emotional and behavioural problems across development: a systematic review. *Psychopathol Rev*. 2017;4(1): p. 52-108.
 2. Ogundele MO. Behavioural and emotional disorders in childhood: A brief overview for paediatricians. *World J Clin Pediatr*. 2018;7(1): p. 9-26.
 3. Clayborne ZM, Varin M, Colman I. Systematic Review and Meta-Analysis: Adolescent Depression and Long-Term Psychosocial Outcomes. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*. 2019;58(1): p. 72-79.
 4. Association AP. DSM 5 Diagnostic and statistical manual of mental disorders. DSM 5 Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-5-TR™ 2022.
 5. Göksu M, Erdoğan Y, Yıldıırım AB, Tüğen LE. Predisposing Variables in Children with Risk of Disruptive Mood: A Clinical Case-Control Study. *Deviant Behavior*. 2024;45(3): p. 410-421.
 6. Brotman MA, Kircanski K, Stringaris A, Pine DS, Leibenluft E. Irritability in Youths: A Translational Model. *American Journal of Psychiatry*. 2017;174(6): p. 520-532.
 7. Bruno A, Celebre L, Torre G, Pandolfo G, Mento C, Cedro C, et al. Focus on Disruptive Mood Dysregulation Disorder: A review of the literature. *Psychiatry Research*. 2019;279: p. 323-330.
 8. Beauchaine TP, Tackett JL. Irritability as a Transdiagnostic Vulnerability Trait: Current Issues and Future Directions. *Behavior Therapy*. 2020;51(2): p. 350-364.
 9. Barker ED, Boivin M, Brendgen M, Fontaine N, Arseneault L, Vitaro F, et al. Predictive Validity and Early Predictors of Peer-Victimization Trajectories in Preschool. *Archives of General Psychiatry*. 2008;65(10): p. 1185-1192.
 10. Barker ED, Salekin RT. Irritable oppositional defiance and callous unemotional traits: is the association partially explained by peer victimization? *Journal of child psychology and psychiatry, and allied disciplines*. 2012;53(11): p. 1167-1175.
 11. Snyder J, Schrepferman L, McEachern A, Barner S, Johnson K, Provines J. Peer deviancy training and peer coercion: dual processes associated with early-onset conduct problems. *Child Dev*. 2008;79(2): p. 252-268.
 12. Benarous X, Renaud J, Breton JJ, Cohen D, Labelle R, Guilé J-M. Are youths with disruptive mood dysregulation disorder different from youths with major depressive disorder or persistent depressive disorder? *Journal of Affective Disorders*. 2020; 265: p. 207-215.
 13. Copeland WE, Angold A, Costello EJ, Egger H. Prevalence, Comorbidity, and Correlates of DSM-5

37. Law FM, Guo GJ. The Impact of Reality Therapy on Self-Efficacy for Substance-Involved Female Offenders in Taiwan. *International Journal of Offender Therapy and Comparative Criminology*. 2014;59(6): p. 631-653.
38. Glasser W. *Choice Theory in the Classroom*: HarperCollins; 2010.
39. Fereidouni H, Omid A, Tamannaefar S. The Effectiveness of Choice Theory Education on Happiness and Self-Esteem in University Students. *Practice in Clinical Psychology*. 2019;7(3): p. 207-214. [Persian]
40. Sori CF, Robey PA. Finding reality in the sand: Transitions with children using choice theory, reality therapy and sandplay. *International Journal of Choice Theory & Reality Therapy*. 2013;33(1).
41. Sullo B. *Teach Them to be Happy*: New View Publications; 1993.
42. Shafie AA KN, Anuar MK, Rahimi B, Ahmad RB. The Effectiveness of Reality Group Counseling Therapy in Enhancing Multiple Intelligence among Malaysian Students with the Tendency of Problematic Internet Use (PIU). *International Journal of Academic Research in Business and Social Sciences*. 2019;9(6).
43. Ahmadi Tabar M, F., J., & Shafiei, N. The effectiveness of group reality therapy on aggression and anxiety in child laborers. *Journal of New Advances in Behavioral Sciences*. 2021;5(51): p. 14-27.
44. Ghoreishi M, Behboodi M. Effectiveness of group reality therapy on emotion regulation and academic self-efficacy of female students. 2017;4(3): p. 233-243. [Persian]
45. Nowruzpoor E, Vakili P, Rezakhani SD. The effectiveness of Reality therapy on Self-efficacy and Identity Styles of Female Students. *International Journal of Pediatrics*. 2021;9(8): p. 14212-14223. [Persian]
46. Kamsari F, Ghadami M, Keshavarzafshar H, Ahghar G. Comprehensive the effects of adlerian group counseling and reality therapy grouping on well-being in students of middle school in tehran city. *Journal of Psychological Science*. 2021; 20(101): p. 691-700. [Persian]
47. Khaleghi N, Amiri M, Taheri E. Effectiveness of group reality therapy on symptoms of social anxiety, interpretation bias and interpersonal relationships in adolescents. *Journal of Fundamentals of Mental Health*. 2017;19(2). [Persian]
48. Karimi S, Eliasi M, Reis Ssadi RH, Alimihamadi S. The effect of Glaser group reality therapy on self-regulation and academic vitality of homeless and abused female students. *Family Pathology*. 2020;6(1): p. 127-148. [Persian]
49. Shahmohammadi ghahsareh A, Abedi a, Khayatan F, Aghaei A. Construction and Validation of the Disruptive Mood Dysregulation Disorder Scale (DMDDS)-Parent Form. *Journal of Research in review for ICD-11. Clinical Psychology Review*. 2017;53: p. 29-45.
27. Hawks JL, Kennedy SM, Holzman JBW, Ehrenreich-May J. Development and Application of an Innovative Transdiagnostic Treatment Approach for Pediatric Irritability. *Behavior Therapy*. 2020; 51(2): p. 334-349.
28. Milgram L, Tonarely NA, Ehrenreich-May J. Youth Top Problems and Early Treatment Response to the Unified Protocols for Transdiagnostic Treatment of Emotional Disorders in Children and Adolescents. *Child Psychiatry & Human Development*. 2022;53(3): p. 582-598.
29. Kennedy SM, Bilek EL, Ehrenreich-May J. A Randomized Controlled Pilot Trial of the Unified Protocol for Transdiagnostic Treatment of Emotional Disorders in Children. *Behavior Modification*. 2018;43(3): p. 330-360.
30. Fonseca-Pedrero E, Pérez-Albéniz A, Al-Halabí S, Lucas-Molina B, Ortuño-Sierra J, Díez-Gómez A, et al. PSICE Project Protocol: Evaluation of the Unified Protocol for Transdiagnostic Treatment for Adolescents with Emotional Symptoms in School Settings. *Clínica y Salud*. 2023;34(1).
31. Alavi Z, Ghasemzadeh S, Arjmandnia AA, Lavasani M, Vakili S. The Effectiveness of the Unified Transdiagnostic Treatment Protocol on the Social Skills of Students with Anxiety Disorders and the Self-Efficacy of their Mothers. *Journal of Applied Psychological Research*. 2022;13(3): p. 225-241. [Persian]
32. Hosseini Kakolaki MS, Rezakhani S, Jahangir P. Effectiveness of Unified Transdiagnostic Treatment on Behavioral Problems in Children with Internalizing Behavioral Problems. *Health Nexus*. 2024: p. 11-21. [Persian]
33. Evans SC, Weisz JR, Carvalho AC, Garibaldi PM, Bearman SK, Chorpita BF. Effects of standard and modular psychotherapies in the treatment of youth with severe irritability. *J Consult Clin Psychol*. 2020;88(3): p. 255-268.
34. Saniei Abadeh S, Sajjadian I, Bahramipour Esfahani M. Comparison of the Effectiveness of Unified Transdiagnostic Therapy and Reality Therapy on Social Information Processing and Emotion Regulation in Students with Disruptive Mood Dysregulation Disorder. *Journal of Adolescent and Youth Psychological Studies (JAYPS)*. 2024;5(4): p. 106-119.
35. Mehrdadfar M, Ghasemzadeh S, Ghobari-Bonab B, Hasanazadeh S, Vakili S. Effectiveness of unified protocols for online transdiagnostic treatment on social-emotional skills and parent-child interaction in school-aged children with cochlear implants. *International Journal of Pediatric Otorhinolaryngology*. 2023;167: p. 111490.
36. Cervantes SN. Aligning reality therapy and choice theory psychology with cognitive psychology. *Int J Choice Theory Reality Ther*. 2018;38: p. 13.

- Behavioural Sciences. 2021;19(2): p. 263-275. [Persian]
50. Stringaris A, Goodman R, Ferdinando S, Razdan V, Muhrer E, Leibenluft E, Brotman MA. The Affective Reactivity Index: a concise irritability scale for clinical and research settings. *J Child Psychol Psychiatry*. 2012;53(11): p. 1109-17.
51. Mulraney MA, Melvin GA, Tonge BJ. Psychometric properties of the affective reactivity index in Australian adults and adolescents. *Psychol Assess*. 2014;26(1): p. 148-155.
52. Sheybani H, Mikaeili N, Narimani M. The Efficacy of Emotion Regulation Training on Stress, Anxiety, Depression and Irritability of the Students With Disruptive Mood Dysregulation Disorder. *Journal of Nursing Education*. 2018;5(6): p. 37-44. [Persian]
53. Hosseinchari M. A Comparison of Perceived Self-efficacy for Social Interactions in Male and Female Junior High School Students. *Journal of Psychological Studies*. 2007;3(4): p. 87-103. [Persian]
54. Ehrenreich-May J, Kennedy SM. Applications of the unified protocols for transdiagnostic treatment of emotional disorders in children and adolescents: Oxford University Press; 2021.
55. Glasser W, editor Reality therapy. The evolution of psychotherapy: The second conference; 2014: Routledge.
56. Peterson BS, Zhang H, Lucia RS, King RA, Lewis M. Risk Factors for Presenting Problems in Child Psychiatric Emergencies. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*. 1996;35(9): p. 1162-1173.