

بررسی اثربخشی آموزش گروهی کنترل تکانه بر بهبود راهبردهای تنظیم هیجان نوجوانان مبتلا به اختلال اجتناب محدودیت غذا

نوگس زمانی^۱

دانشجوی دکترای روانشناسی سلامت دانشگاه آزاد اسلامی همدان

عباس کبودی

کارشناسی ارشد روان‌شناسی دانشگاه آزاد اسلامی ساوه

چکیده

اختلالات خوردن سندروم‌های روان‌شناختی مرتبط با چاقی هستند که در بین دختران نوجوان افزایش صعودی یافته است لذا با توجه به افزایش این اختلال، پژوهش حاضر با هدف اثربخشی آموزش کنترل تکانه بر بهبود راهبردهای تنظیم هیجان نوجوانان مبتلا به اختلال اجتناب محدودیت غذا انجام گرفت. پژوهش حاضر پژوهشی شبه تجربی، پیش‌آزمون پس‌آزمون با گروه کنترل بود. جامعه آماری پژوهش حاضر کلیه دانش‌آموزان راهنمایی (ششم، هفتم و هشتم) و اول دبیرستان شهرستان همدان بود که به اختلال اجتناب و محدودیت غذا مبتلا بودند که از این تعداد ۲۴ نفر (در ۲ گروه آزمایش و کنترل) به صورت نمونه‌گیری در دسترس انتخاب شدند. این بیماران با استفاده از مصاحبه تشخیصی بالینی و مقیاس دشواری تنظیم هیجانی گراتز و رومر (گراتز و رومر، ۲۰۰۸) در مرحله پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری مورد بررسی قرار گرفتند. سپس گروه آزمایش در ۸ جلسه (۱/۱۵ تا ۱/۴۵ دقیقه) تحت آموزش مهارت‌های کنترل تکانه قرار گرفتند و داده‌ها با استفاده از تحلیل کوواریانس (مانکوا) مورد تحلیل قرار گرفتند. نتایج پژوهش حاضر نشان داد که بین دو گروه آزمایش و کنترل بعد از اجرای درمان‌های گروهی در متغیرهای تنظیم هیجانی تفاوت معنی‌داری وجود دارد ($p < 0/01$). همچنین نتایج پژوهش نشان داد که این تغییرات در مرحله پیگیری حفظ شده است و می‌توان از نتایج این پژوهش در این بیماران و

^۱ نویسنده مسئول

آدرس الکترونیکی: nargeszamani@iauh.ac.ir

آدرس پستی: همدان، شهرک مدنی، بلوار دانشگاه، دانشگاه آزاد همدان، دانشکده ادبیات و علوم انسانی، گروه روان‌شناسی.

وصول: ۱۳۹۵/۰۱/۲۹ - پذیرش: ۱۳۹۵/۱۰/۱۷

بیمارانی که به درد و رنج هیجانی مبتلا هستند بهره گرفت.
واژه‌های کلیدی: تکانه، هیجان، اختلال خوردن، اجتناب، محدودیت غذا.

The effectiveness of impulse control group training in improving emotion regulation strategies of impulse control in adolescents with avoidant/restrictive food intake disorder

Zamani, N., Kaboodi, A.

(Received: 17,04,2016-Accepted: 06,01, 2017)

Abstract

Eating disorders which are psychological syndromes associated with obesity in adolescent girls have dramatically increased. Therefore, this research aims to study the effectiveness of impulse control group training in improving emotion regulation strategies of impulse control in adolescents with avoidant/restrictive food intake disorder. The present study is quasi-experimental, with a pretest, a posttest and a control group. The research population was made up of all 6th-8th grade secondary school students in the city of Hamadan who suffered from avoidant/restrictive food intake disorder, of whom 24 were selected as samples and assigned to an experimental and a control group). These patients were examined using clinical interviews and Graz and Romer's Difficulties in Emotion Regulation Scale (2008) and going through a pretest, a post-test and follow-u. The experimental group received 8 sessions of 75- 105 minute training in impulse control skills and the data was analyzed with MANCOVA. The results showed that there was a significant difference in terms of the emotion regulation between the two groups after the group therapy ($p < 0/01$). The results also showed that the changes were retained in the follow-up stage and thus the results of this research could be drawn on in dealing with these patients as well as patients with emotional pain and suffering.

Keywords: Impulse, Emotion, Eating disorders, Difficulty, Avoidant, Food intake restrictions

اختلالات خوردن^۱ که به عنوان سندرم‌های روان‌شناختی مرتبط با چاقی شناخته می‌شوند، طیف وسیعی از رژیم گرفتن بیش از اندازه تا سندرم کامل اختلالات خوردن را در برمی‌گیرد (انجمن روان‌پزشکی آمریکا^۲، ۲۰۱۳). شیوع اختلالات خوردن و مشکلات وابسته به اختلالات خوردن مانند اعتماد به نفس پایین، غمگینی، ملال و رضایت پایین از تصویر بدنی به طرز شگرفی در سی سال گذشته افزایش یافته است. این اختلالات سومین علت بیماری در جمعیت جوان پس از آسم و چاقی را تشکیل می‌دهند (زمانی، فرهادی، جمیلیان و حبیبی، ۲۰۱۴).

دامنه‌ی گسترده‌ای از مطالعات نشان می‌دهد که نارضایتی از شکل و اندازه‌ی بدن یک نگرانی رایج برای نوجوانان و جوانان است. پژوهش‌های مختلف نشان داده که بیشتر دانش‌آموزان و دانشجویان تصویر منفی از بدن خود داشتند. زنان بیش از مردان از تصویر بدنی منفی رنج می‌برند و بیشتر دچار بی‌اشتهایی روانی و اختلال خوردن می‌شوند (کاشفی، زمانی و درویشی، ۲۰۱۴).

نوجوانان به‌ویژه دختران در بیشتر موارد توجه خاصی به وزن و شکل بدن خود دارند و اغلب در تلاش برای مواجهه با فشارهای مرتبط با تغییرات دوره‌ی بحرانی و پرچالش بلوغ، نگرش‌های نادرستی نسبت به خوردن اتخاذ می‌کنند و این مواجهه ممکن است مشکلات رفتارهای خوردن را ایجاد کند (چامای وبر، نارینگ و میخائید^۳، ۲۰۱۳).

اختلالات خوردن در پنجمین طبقه‌بندی اختلالات روانی^۴ انجمن روان‌پزشکی آمریکا (۲۰۱۳) به اختلالات خورد و خوراک^۵ تغییر نام یافته است و اختلال اجتناب/محدودیت غذا^۶، به این طبقه‌بندی اضافه شده است. اختلال اجتناب/محدودیت غذا در طبقه‌بندی متن‌بازنگری شده‌ی ویرایش چهارم کتابچه تشخیصی و آماری اختلالات روانی انجمن روان‌پزشکی آمریکا^۷ (۲۰۰۰) به نام اختلال غذایی یا اختلال خورد و خوراک در نوزادی و خردسالی شناخته می‌شد.

¹ eating disorders

² American Psychiatric Association

³ Chamay-Weber, Narring, Michaud

⁴ Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders 5 edition, (Dsm-5).

⁵ feeding and eating disorders

⁶ Avoidant restrictive food intake disorder

⁷ American Psychiatric Association, Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders 4 IV edition

در این اختلال، فرد از غذا خوردن اجتناب می‌ورزد یا مقدار غذای خود را آن قدر محدود می‌کند که نیازهای غذایی برطرف نمی‌شوند و در نتیجه مقدار زیادی از وزن و انرژی خود را از دست می‌دهد (گنجی، ۱۳۹۲). این اختلال هنگامی رخ می‌دهد که کودکان از غذا خوردن امتناع می‌کنند صرفاً برای اینکه حرف خود را به کرسی نشانند یا به چیزی که می‌خواهند دست یابند (زمانی و حبیبی، ۲۰۱۴). افراد مبتلا به این اختلال به علت گزینشی خوردن، سختگیری و بد غذایی یا عادات غذایی محدود کننده به شدت آسیب می‌بینند (گنجی، ۲۰۱۳). امتناع از غذا در حالت عادی، به ندرت روی می‌دهد و ممکن است برای سلامت کودک خطر داشته باشد اما نه مانند اختلال اجتناب/محدودیت غذا (کرینگ و ورنگر^۱، ۲۰۱۲). این اختلال یک رفتار عمدی از سوی کودک برای کنترل والدین است که با استرس، اضطراب، یا افسردگی نیز مرتبط است (زمانی، فرهادی، جمیلیان و حبیبی، ۲۰۱۴).

معیارهای طبقه‌بندی روان‌پزشکی آمریکا ویرایش پنجم (۲۰۱۳) برای اختلال اجتناب/محدودیت غذا عبارت است از: مختل شدن خوردن و خوراک (خوراندن)، مثلاً، بی‌علاقگی ظاهری به خوردن یا غذا؛ امتناع از خوردن به علت ویژگی حسی غذا مثل رنگ، بو، طعم و نگرانی درباره پیامدهای منفی خوردن که با عدم تأمین نیازهای بدن به مواد مغذی و یا انرژی به طور دائم که با کاهش وزن شدید، سوء تغذیه قابل توجه، وابستگی به تغذیه روده‌ای (وریدی) یا خوردن مکمل‌های غذایی، اختلال شدید در عملکرد روانی اجتماعی؛ این اختلال را نمی‌توان به کمبود غذای قابل مصرف یا آداب و رسوم فرهنگی اجتماعی که خوردن بعضی غذاها را نفی می‌کنند نسبت داد (انجمن روان‌پزشکی آمریکا، ۲۰۱۳).

با توجه به اینکه اختلال خوردن، منجر به درد هیجانی ناشی از پیامد این اختلال می‌گردد که در صورت طولانی بودن مدت اختلال به رنج هیجانی منجر می‌گردد به نظر می‌رسد با تنظیم هیجانی در این بیماران در سلامت روان آن‌ها می‌توان قدمی برداشت.

هیجان یک پدیده اساسی کارکرد انسان است که به صورت هنجار دارای ارزش سازگاران‌ه‌ای برای افزایش پیگیری ما در اهداف خواهد بود و همه ما هیجان‌های مختلفی را تجربه می‌کنیم و تلاش می‌کنیم از طریق روش‌های اثربخش و غیراثربخش با آن‌ها مقابله

^۱ Kring, Werner

کنیم. مسئله واقعی تجربه هیجان‌ها نیست. بلکه توانایی ما در بازشناسی، پذیرش و در صورت امکان استفاده از آن‌ها و با وجود هیجان‌ها، پیگیری کارکرد خود مسئله اصلی است (مک کی، وود، برنتلی^۱، ۲۰۱۱). هیجان‌ها در همه‌ی فرهنگ‌ها و جوامع مشابه هستند و در پاسخ به محرک‌های درونی و بیرونی رخ می‌دهد اما افراد، راهبردهای متفاوتی را در پاسخ به محرک‌ها می‌آموزند؛ بنابراین، هیچ‌گاه دو فرد پاسخ‌های هیجانی یکسانی به یک محرک از خود نشان نمی‌دهند (کوردوا، وارن و گی^۲، ۲۰۱۳) و پاسخ‌های هیجانی، اطلاعات مهمی درباره‌ی تجربه‌ی فرد در ارتباط با دیگران فراهم می‌کند و در تنظیم هیجانی نقش مهمی دارد. در حقیقت تنظیم هیجان به معنای تلاش افراد برای تأثیر گذاشتن روی نوع، زمان و چگونگی تجربه و بیان، تغییر طول دوره یا شدت فرایندهای رفتاری، تجربی و یا جسمانی هیجان‌ها و به‌عنوان یکی از متغیرهای روان‌شناختی، مورد توجه بسیاری از پژوهشگران قرار گرفته (اسچوت و مالو^۳، ۲۰۱۳) و نقش مهمی در سازگاری ما با وقایع استرس‌زای زندگی دارد. علاوه بر این تنظیم هیجان نقش برجسته‌ای در تحول و حفظ اختلالات هیجانی دارد و حیطه گسترده‌ای از هوشیاری و ناهوشیاری فیزیولوژیکی و رفتاری و فرایندهای شناختی سبک‌های شناختی اطلاق می‌شود که هر فردی از آن به‌منظور افزایش یا کاهش و یا حفظ هیجان خود استفاده می‌کند (اسچوت و مالو، ۲۰۱۳).

تنظیم هیجان بخش مهمی از زندگی هر فرد را به خود اختصاص می‌دهد و آشفتگی در هیجان و تنظیم آن منجر به آسیب روانی می‌شود (آمستادر^۴، ۲۰۰۸)، بازنگری در چهارمین راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روان‌پزشکی نشان داد که بیش از ۵۰٪ از اختلالات محور یک و ۱۰۰٪ اختلالات محور دو دلالت بر نقص‌هایی در تنظیم هیجان دار و تعدادی از معیارهای ویژه اختلالات به نقص در تنظیم هیجان بازمی‌گردد (به نقل از زمانی و حبیبی، ۲۰۱۵). هنگامی که فرد با یک موقعیت هیجانی روبرو می‌شود، علاوه بر احساس خوب و خوش‌بینی نیاز به کارکرد شناختی دارد تا بتواند هیجان‌های خود را کنترل کند (داماسو^۵، ۲۰۱۵).

تنظیم هیجان شامل ایجاد افکار و رفتارهایی است که به افراد آگاهی می‌دهد چه نوع

¹ Mckay, Wood, Brantley

² Cordova, Waren & Gee

³ Schutte, Malou

⁴ Amstadter

⁵ Damassio

هیجانی دارند و چگونه باید آن را ابراز کند. تنظیم هیجان بیشتر از دو چهارچوب مهم بررسی می‌شوند که عبارت‌اند از راهبردهای تنظیم هیجان که قبل از وقوع حادثه یا در آغاز بروز آن فعال می‌شوند و راهبردهایی تنظیم هیجان که پس از بروز حادثه و یا بعد از شکل‌گیری هیجان فعال می‌شوند. راهبردهای تنظیم هیجان که قبل از وقوع حادثه فعال می‌شوند در کنترل هیجان منفی حوادث نقش مهمی دارند (گروس، ۲۰۰۳) زیرا موجب تفسیر واقعه به نحوی می‌شوند که پاسخ‌های هیجانی منفی را کاهش می‌دهد. پژوهش‌ها نشان می‌دهد تفاوت‌های افراد در استفاده از سبک‌های مختلف تنظیم هیجان شناختی موجب پیامدهای عاطفی، شناختی و اجتماعی مختلفی می‌شود چنان‌که استفاده از سبک‌های ارزیابی مجدد با هیجان‌های مثبت و عملکردهای میان‌فردی بهتر و بهزیستی بالا ارتباط دارد (به نقل از زمانی و حبیبی، ۲۰۱۵). راهبردهای تنظیم هیجان که قبل از بروز رخداد استرس‌زا فعال می‌شوند، باعث تعبیر و تفسیر موقعیت به نحوی می‌گردند که پاسخ‌های هیجانی مرتبط با آن موقعیت را کاهش دهند. این فرآیند، ارزیابی دوباره نامیده می‌شود.

با توجه به مطالبی که در بالا گفته شد، هیجان‌ها نقش مهمی در مزمن شدن اختلالات روانی دارند و از جمله درمان‌هایی که می‌تواند تنظیم هیجانی مؤثر باشد و تاکنون مورد توجه پژوهشگران قرار نگرفته است، آموزش کنترل تکانه است. آموزش کنترل تکانه نوعی از مداخلات شناختی رفتاری است و مداخله‌ای است که هدف آن شناسایی انگیزه‌های تکانه‌ای، به تأخیر انداختن آن‌ها و درنهایت کاهش تمایلات شدید و غیرارادی برای عمل است (اسپری^۱، ۱۹۹۹).

گلداستین^۲ و گلداستین (۱۹۹۸) بر این باورند که بی‌ثبات بودن مکرر هیجان‌ها، نتیجه رفتار کنترل تکانه‌ای ضعیف است. پژوهش‌های انجام‌شده در زمینه خودکنترلی و تأثیر آن بر اختلال تکانشگری نشان داد که نارسایی در خودکنترلی می‌تواند وجود اختلال مذکور را پیش‌بینی کند (پوشانه^۳ و همکاران، ۲۰۱۰). همچنین مداخله‌های شناختی رفتاری بر هیجان‌ها و تنظیم

^۱-Sperry

^۲-Goldstein

^۳-Poushaneh

هیجان تأثیر دارد و باعث افزایش هیجان‌های مثبت می‌شود (نجمی، ۲۰۰۸؛ رامسای^۱، ۲۰۰۷؛ بیدرمن^۲، ۲۰۰۶). پژوهش‌های دیگر نشان دادند که آموزش خودکنترلی سبب افزایش خودکارآمدی رفتاری، رفتار هیجانی و اجتماعی می‌شود (لی^۳ و همکاران، ۲۰۰۶).

با توجه به تازگی اختلال اجتناب محدودیت غذا در کتابچه تشخیصی اختلالات روانی انجمن روانشناسی آمریکا درمان‌هایی بر روی این افراد در ایران یافت نشد. در مجموع با توجه به تأثیر منفی این اختلال بر جنبه‌های مختلف زندگی فرد، انجام تحقیقات بسیار اندک در مورد رفتارهای مخاطره‌آمیز برای سلامت و اختلالات خلقی و هیجانی نوجوانان، فقدان پژوهش در مورد اثربخشی آموزش کنترل تکانه بر این اختلالات در زمینه‌های مختلف زندگی انسان، استفاده‌ی از نتایج این پژوهش در محیط‌های درمانی و مشاوره‌ای و فراهم‌سازی زمینه‌ای برای تحقیقات بعدی، از دلایل انجام این پژوهش است. این پژوهش درصدد پاسخگویی به این سؤال است که آیا روش آموزشی کنترل تکانه بر بهبود راهبردهای تنظیم هیجان نوجوانان مبتلا به اختلال اجتناب محدودیت غذا مؤثر است؟

روش پژوهش

در پژوهش حاضر از طرح پژوهشی شبه‌آزمایشی از نوع پیش‌آزمون و پس‌آزمون با گروه آزمایش و گروه کنترل استفاده شد. جامعه آماری پژوهش حاضر کلیه دانش‌آموزان راهنمایی (ششم، هفتم و هشتم) و اول دبیرستان شهرستان همدان بود که به اختلال اجتناب و محدودیت غذا مبتلا بودند که از این تعداد ۲۴ نفر (در ۲ گروه آزمایش و کنترل) به صورت نمونه‌گیری در دسترس با توجه به معیارهای طبقه‌بندی اختلالات روانی انجمن روان‌پزشکی آمریکا (۲۰۱۳) انتخاب شدند و از آن‌ها برای حضور در کلینیک روان‌شناختی دعوت به عمل آمد. ملاک‌های ورود به پژوهش عبارت بودند از: ۱) دارا بودن ملاک‌های تشخیصی اختلال اجتناب/محدودیت غذایی در مراجعان مراجعه‌کننده به کلینیک روان‌شناختی؛ ۲) اکتساب نمرات ۱ انحراف معیار بالاتر از میانگین در آزمون پرسشنامه دشواری تنظیم هیجانی گراتز و رومر؛ ۳) دانش‌آموزان پایه ششم، هفتم و هشتم تحصیلی؛ ۴) ارجاع از طرف روان‌پزشک و مشاوره تحصیلی به روانشناس

^۱-Poushaneh

^۲-Nijmei, Ramsay, Biderman

^۳-Lee

بالینی؛ ۵) دامنه سنی بین ۱۲ تا ۱۵ سال؛ ۶) عدم دریافت درمان دارویی هم‌زمان با هدف مطالعه. ملاک‌های حذفی عبارت بودند از: ۱- بیماران اختلال خوردن؛ ۲- بیمارانی که تحت درمان دارویی قرار داشتند. متغیرهایی مانند سن و جنس کنترل شد.

ابزار پژوهش

مقیاس دشواری تنظیم هیجانی^۱

مقیاس دشواری‌های تنظیم هیجانی، یک شاخص خودگزارشی است که توسط گراتز و رومر^۲ در سال ۲۰۰۴ برای ارزیابی بدتنظیمی هیجانی به شکل جامع‌تری نسبت به ابزارهای موجود در این زمینه ساخته شده و دارای ۳۶ ماده است. این پرسشنامه، دارای شش خرده‌مقیاس بوده که شامل (۱) عدم پذیرش، (۲) خرده‌مقیاس دشواری‌های دست زدن به رفتار هدفمند (اهداف)، (۳) خرده‌مقیاس دشواری‌های شاهد تکانه (تکانه)، (۴) خرده‌مقیاس فقدان آگاهی هیجانی (آگاهی)؛ (۵) خرده‌مقیاس دستیابی محدود به راهبردهای تنظیم هیجان (راهبردها) و (۶) خرده‌مقیاس فقدان شفافیت هیجانی (شفافیت) است. نتایج مربوط به بررسی پایایی توسط گراتز و رومر در آمریکا نشان داد که این مقیاس دارای همسانی درونی بالا (کل مقیاس، $a = 0/93$)، خرده‌مقیاس عدم پذیرش ($a = 0/85$)، خرده‌مقیاس اهداف ($a = 0/89$)، خرده‌مقیاس تکانه ($a = 0/85$)، خرده‌مقیاس آگاهی ($a = 0/85$)، خرده‌مقیاس راهبردها ($a = 0/88$)، خرده‌مقیاس شفافیت ($a = 0/84$) و پایایی آزمون-بازآزمون خوب برای نمرات کلی این مقیاس ($p < 0/01$) بود. این مقیاس برای اولین بار در ایران توسط علوی و همکاران (۱۳۹۰) مورد استفاده قرار گرفته است و همسانی درونی بالایی را برای کل مقیاس ($a = 0/86$) نشان داد و همسانی درونی این پرسشنامه در این مقیاس $0/83$ به دست آمد. نتایج با استفاده از تحلیل کوواریانس (مانکوا) تحلیل شد.

روند اجرای پژوهش

در ابتدا شرکت‌کننده‌هایی که دارای معیارهای ورود به پژوهش بودند از طریق پاسخ دادن به پرسشنامه مقیاس دشواری تنظیم هیجانی مشخص شدند و آن‌ها به صورت تصادفی در دو

^۱ Difficulties in Emotion Regulation Scale

^۲ Gratz, Roemer

گروه آزمایش و کنترل قرار گرفتند. مرحله دوم اجرای پیش‌آزمون و جمع‌آوری داده‌ها از دو گروه بود. در مرحله سوم گروه آزمایش تحت درمان گروهی آموزش کنترل تکانه برای ۸ جلسه ۱/۱۵ تا ۱/۴۵ به مدت ۴ هفته (هر هفته ۲ جلسه گروهی در روزهای ۲ شنبه و ۵ شنبه) قرار گرفتند و به گروه کنترل آموزشی داده نشد. پس از اتمام جلسات درمانی از گروه آزمایش و کنترل پس‌آزمون گرفته شد و بعد از گرفتن مصاحبه بالینی دوره پیگیری ۴۵ روزه نیز از همه آزمودنی‌ها گرفته شد.

روش مداخله

صورت‌جلسه‌های رویکرد کنترل تکانه اسپری (بر اساس کتاب آموزش گام‌به‌گام کنترل تکانه برای مراجعان سخت‌محور I و مبتلایان به اختلال شخصیت II) روش درمان مبتنی بر الگوی کنترل تکانه اسپری (۱۹۹۹) بود که در ۸ جلسه به صورت گروهی آموزش داده شد.

جلسه اول (معارفه و تشخیص موقعیت کلی؛ این جلسه با هدف آشنایی مراجعین با پژوهشگر و فراهم کردن زمینه درک و تفاهم متقابل و بیان انتظارات پژوهشگر) انجام شد. در **جلسه دوم** (ارزیابی و شناخت افکار و احساسات که منجر به رفتارهای تکانه‌ای و خودتخریبی) می‌شود آموزش داده شد.

جلسه سوم (بررسی افکار و احساسات و توضیح و شناساندن پاسخ‌های مقابله‌ای که درونی و یا بیرونی هستند؛ در این مرحله تمام افکار و احساساتی که منجر به ناسازگاری در آن‌ها می‌شوند را یادداشت کنند) آموزش داده شد.

در **جلسه چهارم** (به تأخیر انداختن و مقابله با پاسخ‌های تکانه‌ای؛ در این جلسه آموزش داده شد تا با پاسخ‌هایی که منجر به رفتارهای تکانه‌ای می‌شود، مقابله کنند).

در **جلسه پنجم**، با کمک تمرین و بازخورد؛ کمک شد تا کنترل رفتارهای تکانه‌ای خود را تمرین کنند و بازخوردهایی را تهیه کنند تا به یک سطح منطقی از تسلط و کنترل بر خود برسند.

در **جلسه ششم**، آگاهی درمانگر از انگیزه‌های مبنی بر انجام رفتارهای تکانه‌ای؛ اگر انگیزه رفتارهای خودتخریبی مشخص شود، ممکن است که روش‌های کم‌خطرتری را جایگزین

رفتارهای سابق خود سازد و بسیار احتمال دارد که رفتارهای جایگزین سازگارانه نیز باشد. در جلسه هفتم، تثبیت؛ در این مرحله موقعیت‌های واقعی که دانش آموز با آن‌ها مواجه بوده است، در کلاس مطرح و تشریح گردید. همچنین در این مرحله، از شیوه پس‌خوراند گروهی و تقویت استفاده گردید و از دانش آموزان خواسته شد که به تعمیم الگوی کنترل تکانه در تمام مراحل زندگی، پردازند.

در جلسه هشتم، جمع‌بندی و تمرین آموزش‌ها بود.

جلسه آخر، مصاحبه انفرادی از مراجعان و گرفتن پس‌آزمون.

در این پژوهش از روش‌های آمار توصیفی شامل آزمون فراوانی میانگین و انحراف معیار گروه‌های کنترل و آزمایش در نمرات کل سلامت روان و خرده مقیاس‌های آن در مرحله‌ی پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری استفاده و برای تعیین تأثیر آموزش کنترل تکانه بر تنظیم هیجان، از تحلیل کوواریانس (مانکوا) استفاده شد.

یافته‌ها

در مجموع ۲۴ نفر از دانش‌آموزان مبتلا به اختلالات اجتناب/محدودیت غذایی مورد بررسی قرار گرفتند که مشخصات آن‌ها از نظر تحصیلات، دامنه‌ی سنی، وضعیت شغلی مورد بررسی قرار گرفت. با توجه به داده‌های مورد بررسی مشاهده شد که در هر دو گروه مورد مطالعه میانگین سنی شرکت‌کنندگان ۱۲ تا ۱۵ سال بود که در گروه آزمایش میانگین سن ۱۳/۲۳ و در گروه کنترل ۱۲/۹۶ سال بود. در این پژوهش از روش‌های آمار توصیفی شامل آزمون فراوانی میانگین و انحراف معیار گروه‌های کنترل و آزمایش در نمرات کل تنظیم هیجانی و خرده مقیاس‌های آن در مرحله‌ی پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری استفاده شد.

جدول ۱. مقایسه میانگین و انحراف معیار گروه‌های کنترل و آزمایش در نمرات تنظیم هیجانی و خرده مقیاس‌های آن در مرحله پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری

پیش‌آزمون		پس‌آزمون		پیگیری		ابعاد	
میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار		
۱۴/۱۴	۳/۹۸	۱۶/۲۷	۴/۶۵	۱۱/۰۱	۴/۳۲	خرده مقیاس عدم پذیرش	آزمایش
۱۴/۳۵	۳/۹۴	۱۵/۳۶	۴/۷۶	۱۵/۲۶	۴/۱۴		کنترل

ابعاد		پیش آزمون		پس آزمون		پیگیری	
		انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	میانگین
خرده مقیاس اهداف	آزمایش	۱۵/۳۶	۳/۳۶	۲۵/۳۴	۴/۶۳	۲۵	۵/۳۶
	کنترل	۱۴/۳۴	۳/۵۶	۱۴/۶۳	۴/۰۷	۱۵/۳۶	۴/۳۸
خرده مقیاس تکانه	آزمایش	۱۱/۵۶	۳/۳۴	۹/۳۳	۵/۳۶	۸/۶۵	۴/۳۶
	کنترل	۱۲/۳۴	۳/۶۷	۱۲/۳۷	۴/۸۲	۱۲	۶/۳۸۷
خرده مقیاس آگاهی	آزمایش	۱۶	۳/۶۴	۲۷/۷۶	۴/۲۳	۲۸/۶۹	۴/۴۲
	کنترل	۱۵/۵۴	۴/۷۱	۱۵/۶۹	۴/۰۸	۱۵/۰۶	۴/۳۵
خرده مقیاس راهبردها	آزمایش	۱۷/۷۸	۳/۰۷	۲۳/۳۴	۴/۷۴	۲۳/۳۶	۴/۷۴
	کنترل	۱۵/۶۵	۳/۳۸	۱۶/۶۶۷	۳/۶۰	۱۶/۶۸	۴/۶۵
خرده مقیاس شفافیت	آزمایش	۱۴/۱۵	۳/۴۳	۲۲/۶۵	۵/۳۹	۲۴/۶۵	۵/۶۷
	کنترل	۱۵/۲۲	۴/۳۷	۱۶/۶۸	۴/۶۴	۱۷/۶۴	۵/۰۷
مقیاس کل تنظیم هیجانی	آزمایش	۸۸/۸۹	۴/۹۸	۱۴۵/۵۹	۶/۳۲	۱۵۰/۳۶	۶/۷۶
	کنترل	۸۷/۳۴	۴/۶۴	۹۱/۰۴	۶/۳۶	۹۲	۶/۳۲۴

برای تعیین تأثیر آموزش کنترل تکانه بر تنظیم هیجانی، از تحلیل کوواریانس (مانکوا) استفاده شد. نتایج در جدول ۲ برای پس آزمون و در جدول ۳ برای دوره پیگیری نشان داده شده است.

جدول ۲. تحلیل کوواریانس نمره‌ی کل تنظیم هیجانی در گروه‌های مورد مطالعه در مرحله‌ی پس آزمون

منبع	مجموع مجذورات	درجه آزادی	مجدور میانگین	F	سطح معناداری	مقدار آتا	توان آماری
پیش آزمون	۱۲۴۴/۶۵	۱	۱۲۴۴/۶۵	۹۱/۴۱۳	۰/۱۲	۰/۴۲۱	۱/۰۰۰
عضویت گروهی	۹۷۶/۸۴	۲	۴۸۸/۴۲	۸/۸۴۵	۰/۰۰۱	۰/۱۰۷	۰/۲۱۳

همان گونه که نتایج جدول ۲ نشان می‌دهد، بین گروه‌ها در سطح ($P < ۰/۰۰۱$) تفاوت معنادار وجود دارد و این بدان معنی است که آموزش مهارت‌های کنترل تکانه توانسته است میزان تنظیم هیجانی را در مرحله‌ی پس آزمون افزایش دهد.

جدول ۳. تحلیل کوواریانس نمره‌ی کل تنظیم هیجانی در گروه‌های مورد مطالعه در مرحله‌ی پیگیری

منبع	مجموع مجذورات	درجه آزادی	مجدور میانگین	F	سطح معناداری	مقدار آتا	توان آماری
پیش آزمون	۴۲۷۵	۱	۴۲۷۵	۸۴	۰/۱۹	۰/۱۳۴	۰/۰۰۱
عضویت گروهی	۸۹۹	۱	۸۹۹	۳/۳۷۵	۰/۰۵	۰/۰۰۱	۰/۱۴۲

مندرجات جدول ۳ نشان می‌دهد، آموزش مهارت‌های کنترل تکانه در افزایش میزان تنظیم هیجانی در مرحله‌ی پیگیری نیز تداوم داشته است و بین گروه‌ها در سطح $P < 0.001$ تفاوت معنادار وجود دارد.

بحث و نتیجه‌گیری

نتایج این پژوهش نشان داد که درمان کنترل تکانه بر بهبود راهبردهای تنظیم هیجان نوجوانان مبتلا به اختلال اجتناب محدودیت غذا مؤثر است. برای تبیین دلایل اثربخشی کنترل تکانه در این پژوهش ضرورت دارد کارکردهای درمانی که اسپری (۱۹۹۹) بر بهبود تنظیم هیجان و راهبردهای تنظیم هیجان ذکر کرده‌اند معیار قرار داده و بر اساس این معیارها، فرایند درمانی آزمایش شده، به صورت کیفی ارزیابی شود:

بر بهبود راهبردهای تنظیم هیجان شناسایی پاسخ‌های مقابله‌ای که درونی و یا بیرونی هستند که منجر به ناسازگاری می‌شوند را در این درمان موردبررسی قرار دادیم و افراد با آموزش این مهارت، به مهارت‌های بهوشیاری که از مهارت‌های رفتاردرمانی دیالکتیکی و شناختی است دست یافتند و طبق پژوهش‌های لینهان^۱ (۲۰۰۸)، بوهوس^۲ (۲۰۰۴) این مهارت باعث آگاهی لحظه‌به‌لحظه از حس‌های بدنی، افکار و احساسات و هیجانات است.

کاربرد مهارت‌های پاسخ‌های مقابله‌ای که درونی و یا بیرونی و بهوشیاری در جلسات سوم و چهارم آموزش داده شد و از مهم‌ترین جلسات درمان اضطراب در این پژوهش به شمار می‌رفت (در جدول ۳ قابل مشاهده است) که با پژوهش‌های زمانی و همکاران (زمانی و همکاران، ۲۰۱۵؛ زمانی و همکاران، ۲۰۱۴؛ زمانی و همکاران، ۲۰۱۴) مبنی بر اینکه این مهارت در درمان افراد مبتلا به اختلالات شناختی موجب کاهش اضطراب می‌شود همسوست چراکه اضطراب باعث به وجود آمدن هیجان‌های منفی می‌گردد و تنظیم هیجانی فرد را مختل می‌کند.

توانایی تصمیم‌گیری قبل از انجام کار و رفتار بدون قضاوت یکی از جلسات مهم در این درمان بود (اسپری، ۱۹۹۹) و از مهم‌ترین جلسات کاهش تکانشگری در متغیر بی‌برنامگی جلسه پنجم است. این پژوهش با پژوهش‌های نوومن^۳ (۱۹۸۵)، مولر و همکاران (۲۰۰۲) و

^۱ -Linehan

^۲ -Bohus

^۳ -Newman

اسپری (۱۹۹۹) مبنی بر اینکه آموزش توانایی تصمیم‌گیری قبل از انجام کار و رفتار بدون قضاوت باعث کاهش رفتارهای ناگهانی و تکانشی می‌شود همسو است.

مهارت‌های جلسات ششم تا هفتم منجر به کاهش معنی‌دار در رفتارهای بی‌ثبات و تکانه‌های ناگهانی، هیجانات نامناسب و اختلالات افسردگی (افکار و رفتار) و افزایش خودکنترلی و باورهای مثبت بود که با پژوهش‌های گلداستین و گلداستین (۱۹۹۸) و پوشانها و همکاران (۲۰۱۰) مبنی بر کاهش در رفتارهای بی‌ثبات و تکانه‌های ناگهانی، اختلالات افسردگی و با پژوهش‌های نجمی (۲۰۰۸)، رامسای و روسن (۲۰۰۷) و ویدرمن و همکاران (۲۰۰۶) مبنی بر اینکه این درمان بر باورهای تکانشگری تأثیر دارد و باعث افزایش آن می‌شود همسو است.

عدم دسترسی به ابزار هنجاریابی شده برای اندازه‌گیری سایر خرده‌مقیاس‌های تنظیم هیجانی محدودیت زمانی، پیگیری تداوم زمانی و انتقال بلندمدت مهارت‌ها بر بهبود عملکرد از محدودیت‌های این پژوهش هستند. علاوه بر این، یافته‌های پژوهش به آن دسته از افرادی قابل‌تعمیم است که درصد درمان برمی‌آیند، درنهایت، اینکه گروه نمونه تنها از زنان تشکیل شده بود؛ بنابراین، یافته‌های این پژوهش تنها به دختران نوجوان در مرحله پیش‌نوجوانی (۱۲-۱۵ سال) که مبتلا به اختلال اجتناب و محدودیت غذایی بودند و درصد درمان برآمده‌اند قابل‌تعمیم است. به‌منظور بررسی دقیق‌تر اثربخشی این رویکرد پیشنهاد می‌شود در پژوهش‌های آینده از طرح‌هایی با کنترل و جایگزینی تصادفی استفاده شود و زیرگروه‌های بیماران مدنظر قرار گیرد. اثربخشی این رویکرد با رویکردهای دیگر مقایسه شود. دوره طولانی‌تر پیگیری در نظر گرفته شود، اثربخشی این رویکرد در گروه‌های سنی مختلف و پسران نوجوان مبتلا به این اختلال نیز مطالعه گردد، علاوه بر این آموزش کنترل تکانه به‌عنوان یک روش مفید و کارآمد در مورد مشکلات ارتباطی به بیماران فاقد مهارت آموزش داده شود و با توجه به اثربخشی آموزش کنترل تکانه در بهبود راهبردهای تنظیم هیجان نوجوانان مبتلا به اختلال اجتناب و محدودیت غذایی این راهبرد می‌تواند به‌عنوان بخشی از درمان بیماران مبتلا به تنظیم هیجانی که در معرض افسردگی، اضطراب و رفتارهای مخاطره‌آمیز تکانشگری و خودشی دارند به‌صورت یک برنامه دائم اجرا شود.

نتیجه‌گیری

آموزش کنترل تکانه نوعی از مداخلات شناختی رفتاری است که برای کاهش رنج هیجانی

ناشی از مشکلات زندگی که فراتر از توان مقابله‌ای فرد (که فرد را از مسیر طبیعی زندگی بازمی‌دارد) تشکیل شده است. در پژوهش حاضر، در جلسه اول آشنایی در مورد هیجان‌ها و هیجان‌های مثبت و منفی و نرمال بودن راهبردهای هیجانی در بین تمامی فرهنگ‌ها و اجتماعات و داشتن و زندگی با هیجان‌ها و در کنار هیجان‌ها گفتگو شد و آزمودنی‌ها هیجان‌های سالم و ناسالم ناشی از داشتن این مشکلات را بررسی و برای کاهش درد هیجانی خود همکاری را ادامه دادند.

شکر و قدردانی

نویسندگان مقاله وظیفه خود می‌دانند از تمامی شرکت‌کنندگان در پژوهش کمال سپاسگزاری را داشته باشند.

منابع

رضایی، مریم؛ افلاکسیر، عبدالعزیز؛ یآوری، امیرحسین؛ محمدی، نورالله؛ غیور، محبوبه (۱۳۹۴). طراحی و آزمون مدلی از متغیرهای درونی سازی لاغری، خودشیء‌انگاری و نارضایتی بدنی به‌عنوان پیش‌آیندهای خطر اختلالات خوردن در دختران دانشجو. مجله علوم تغذیه و صنایع غذایی ایران، ۱۰، ۲، ۱۱-۱۸.

علوی، خدیجه (۱۳۸۸). اثربخشی رفتاردرمانی دیالکتیکی گروهی در کاهش نشانه‌های افسردگی دانشجویان مشهد. پایان‌نامه کارشناسی ارشد. دانشگاه فردوسی مشهد.

- Amstadter, A. (2008). Emotion regulation and anxiety disorders. *Anxiety Disorders. J Intellect Disabil Res* 22:211-221.
- American Psychiatric Association. (2000). *Diagnostic and statistical manual of mental disorder. (3rd edn_revised)*. Washington DC: Author.
- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders 5 edition, (Dsm-5)*.
- Biderman, G., Mounetauxm, M., & Mick, E. (2006) Young adult outcome of attentiondeficitb /hyperactivity disorder: Finding in non referredsubjects. *American Journal of Psychiatry*, 162,1083-1089
- Cordova, J. V., Warren, L. Z., & Gee, C. B. (2012). Emotional skillfulness in marriage: Intimacy as a mediator of the relationship between emotional skillfulness and marital satisfaction. *Journal of Social and clinical Psychology*, 24 (2), 218-235.
- Chamay-Weber, C., Narring, F., Michaud, P-A. (2012). Partial eating disorders among adolescents: a review. *J Adolesc Health* 37(5):416-26.
- Damassio, A.R. (2015). *Descartes' error: Emotion, reason, and the human brain*. New York. Grosset Putnam.
- Eisenberg, N., Cumberlan, A., Spinrad, T.L., Fabes, R.A., Shepard, S.A., Reiser, M., Murphy, Fox H.C, Hong, K.A., Sinha, R. (2008). Difficulties in emotion regulation and impulse control in recently abstinent alcoholics compared with social drinks. *Addictive Behavior* 33: 388-394.

- Gross, J.J. (2011). Emotion regulation in adulthood: Timing is everything. *Current Directions in Psychological Science, J Appl Psychol* 10 (6): 214–219.
- Gratz, K.L., & Roemer, L. (2004). Multidimensional assessment of emotion regulation and dysregulation development, factor structure, and initial validation of the difficulties in emotion regulation scale. *Journal of psychopathology and behavioral assessment*, 26(1), 41-54.
- Ganji, M. (2013). *Abnormal psychology based on DSM-5*. Savalane pub. Tehran; 2013. [Persian].
- Ghorbani, T. (2001) Effectiveness of Cognitive Behavior Therapy on emotion regulation in Addiction, *J Resea Addiction* 5(17): 59-70. [In Persian]
- Gross, J.J & John, O.P. (2003). Individual differences in two emotion regulation processes: Implications for affect, relationships, and well-being. *J Personality and Social Psycho*85 (2): 348–362.
- Goldstein, S., Goldstein, M. (1998). *Managing attention deficit hyperactivity disorder in children: A Guide for practitioner* (2nd Ed), NY: Wiley.
- Kring, A.M., Werner, K.H. (2012). Emotion regulation and psychopathology. In: P. Philippot & R. S. Feldman (Eds). *The regulation of emotion*
- Lee, S., Hinshaw, S. (2006). Predictors of Adolescent Functioning in Girls with Attention-Deficit /Hyperactivity Disorder: The Role of Childhood ADHD, conduct problems. And peer status, *Journal of Clinical and Adolescent Psychology*, 35(3), 356- 368.
- Mckay, M., Wood, J., Brantley, J. (2012). *The Dialectical Behavior therapy 11 skills workbook* united states of America. New Harbinger publications, Inc
- Moeller, F.G., Barratt, E.S., Dougherty, D.M., Schmitz, J.M, Swann, A.C. (2008) Psychiatric aspects impulsivity. *American Journal of Psychiatry*11, 1783-1793.
- Nijmei, J. (2008). Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder and social dysfunctioning. *Clinical Psychology Review*, 692-708.
- Poushaneha, K., Ghobari Bonab, B., Hasanzadeh Namin, F. (2008). Effect of training impulse control on increase attention of children with attention–deficit/hyperactivity disorder. *Procedia Social and Behavioral Sciences*5, 983–987.
- Ramsay, J., Rostain, N. (2007). Psychosocial Treatments for Attention-Deficit /Hyperactivity Disorder in Adults: Current Education and Future Direction, professional psy-chology. *Research and Practice* 38(4), 338-346
- Sperry, L. (1999). *Cognitive behavior therapy of DSM-IV disorder*. USA: unner/ Mazel. 1999.
- Schutte, N.S., Malou, J, M., Thorsteinsson, E.B., Bhullar, N., Rooke, S.E. (2012). A meta-analytic investigation of the relationship between emotional intelligence and health. *Personality and Individual Differences* 42: 921-933.
- Sadock, B.J., Sadock, A.S, Sadock, P.R.B. (2012). *Kaplan and Sadock comprehensive Text book of psychiatry*.
- Zaman, N., Farhadi, M., Jamilian, H.R, Habibi, M. (2014). Effectiveness of group dialectical behavior therapy (based on Acceptance and Commitment) on Expulsive Anger and Impulsive Behaviors. *Journal of Arak University of Medical Sciences* 17(92): 53-61.
- Zamani, N., Ahmadi, V., Ataie Moghanloo, V., Mirshekar, S. (2014). Comparing the effectiveness of two therapeutic methods: Dialectical behavioral therapy and cognitive behavior therapy on the improvement of impulsive behavior in the patients suffering from major depressive disorder who are showing a tendency to suicide. (*Journal of Ilam University of Medical Sciences* 22(5):45-54.
- Zamani, N., Habibi, M., Darvishi, M. (2015). Compare the effectiveness dialectical behavior therapy and cognitive-behavioral group therapy in reducing depression in mothers of children with disabilities. *Journal of Arak University of Medical Sciences* 18(94): 32-42.

- Zamani, N., Habibi, M., Nooripour, R., Derakhtkar, A. (2015). Prevalence of Bruxism during sleep of 3-7 years old of siblings suffering developmental, externalizing and internalizing disorders. *Indian Journal of Health and Wellbeing*, 6(2), 138-142
- Zamani, N., Farhadi, M., Jamilian, H.R, Habibi M. (2015). Effectiveness of Dialectical Behavior group Therapy on Expulsive Anger. *Accept in Journal of Arak University of Medical Sciences*. 18(101): 35-44.
- Kashefi neyshaburi, J., Zamani, N., Darvishi, M. (2014). The Effect of Impulse Control Training on Impulsiveness and Anxiety and Depressions sisters of children with childhood onset fluency disorders: Three Case Studies. *Journal of Research in Psychological Health* 8 (4) :7-8