



# The Effectiveness of Cognitive Therapy-based Emotion Regulation on Problem Solving and Social Competence of Students with Behavioral Disorders

Mohammad Azimi<sup>1</sup>, Kamal Nosrati Heshi<sup>2</sup>, Hamidreza Dehghan<sup>3\*</sup>  
Maryam Sharifi Borujerdi<sup>4</sup>

1 Associate Professor, Department of Educational Sciences, Farhangian University, Tehran, Iran.

2 Department of Educational Sciences, Farhangian University, Tehran.

3 Department of Psychology and Counselling, Farhangian University, Tehran, Iran.

4 Ph.D. in Psychology, Gorgan Branch, Islamic Azad University, Gorgan, Iran

\* Corresponding author: Dehghan

Received: 2024-04-10

Accepted: 2024-04-20

## Abstract

The aim of the present study was the effectiveness of cognitive therapy-based emotion regulation on problem solving and social competence of adolescents with behavioral disorders. The method of experimental research was of experimental type and pretest-posttest design with control group. The statistical population of the research included all the high school students of Nowshahr city in the academic year 2016-2017 whose number is 2060. The research sample consisted of 36 students with behavioral disorders who were randomly selected among the students with behavioral disorders and were randomly assigned to two experimental and control groups. To collect data, the revised checklist of behavioral problems (RBPC), the short form of the social problem solving questionnaire (SPSI-R) and the social adequacy test (Flener et al, 1990) were used. The results of covariance analysis showed that the cognitive therapy-based emotion regulation in the experimental group was associated with an increase in positive and logical problem solving and a decrease in negative, impulsive and avoidant problem solving and an increase in the social competence of adolescents with behavioral disorders ( $P < 0.001$ ). Based on the findings of this research, it can be concluded that by correcting the misbehavior cognition's and the methods of expression of emotions and problem solving style in adolescents with behavioral disorders, it improved the social adequacy in interacting with themselves, peers and other people; This, in turn, can affect their other relationships and correct their disordered behaviors. In the end, according to the findings of this research, it is suggested that the effectiveness of cognitive therapy based on emotion regulation on other disorders of children and adolescents should be considered.

**Keywords:** Cognitive therapy-based emotion regulation, Problem solving, Social adequacy, Behavioral disorder

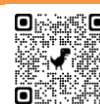
© 2019 Journal of New Approach to Children's Education (JNACE)



This work is published under CC BY-NC 4.0 license.

© 2022 The Authors.

How to Cite This Article: Dehghan, HR. (2024). The Effectiveness of Cognitive Therapy-based Emotion Regulation on Problem Solving and Social Competence of Students with Behavioral Disorders. *JNACE*, 5(4): 237-246.





## اثربخشی درمان شناختی مبتنی بر تنظیم هیجان بر حل مسئله و کفایت اجتماعی دانش آموزان دارای اختلال رفتاری

محمد عظیمی<sup>۱</sup>، کمال نصرتی هشی<sup>۲</sup>، حمیدرضا دهقان<sup>۳\*</sup>، مریم شریفی بروجردی<sup>۴</sup>

<sup>۱</sup> دانشیار، گروه آموزش علوم تربیتی، دانشگاه فرهنگیان، تهران، ایران.  
<sup>۲</sup> گروه آموزش علوم تربیتی، دانشگاه فرهنگیان، تهران، ایران  
<sup>۳</sup> گروه روانشناسی و مشاوره، دانشگاه فرهنگیان، تهران، ایران.  
<sup>۴</sup> دکتری روانشناسی، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد گرگان، گرگان، ایران  
 \* نویسنده مسئول: دهقان

تاریخ پذیرش مقاله: ۱۴۰۳/۰۲/۰۱

تاریخ دریافت مقاله: ۱۴۰۳/۰۱/۲۲

### چکیده

هدف پژوهش حاضر اثربخشی درمان شناختی مبتنی بر تنظیم هیجان بر حل مسئله و کفایت اجتماعی نوجوانان دارای اختلال رفتاری بود. روش پژوهش تجربی از نوع آزمایشی و طرح پیش‌آزمون- پس‌آزمون با گروه کنترل بود. جامعه آماری پژوهش شامل کلیه دانش‌آموزان دبیرستان شهرستان نوشهر در سال تحصیلی ۹۷-۱۳۹۶ بودند که تعداد آنها ۲۰۶ نفر می‌باشد. نمونه پژوهش شامل ۳۶ دانش‌آموز با اختلال رفتاری بودند که به صورت تصادفی ساده از میان دانش‌آموزان دارای اختلال رفتاری انتخاب شدند و به صورت تصادفی در دو گروه آزمایش و کنترل قرار گرفتند. برای جمع‌آوری داده از چک لیست تجدید نظر شده مشکلات رفتاری (RBPC)، فرم کوتاه پرسشنامه حل مسئله اجتماعی (SPSI-R) و آزمون کفایت اجتماعی (فلنر و همکاران، ۱۹۹۰) استفاده شده است. داده‌ها با استفاده از روش آماری تحلیل واریانس چندمتغیره (MANCOVA) با نرم افزار SPSS-24 مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفتند. نتایج تحلیل کوواریانس نشان داد که درمان شناختی مبتنی بر تنظیم هیجان در گروه آزمایش با افزایش حل مسئله مثبت و منطقی و کاهش حل مسئله منفی، تکانشی و اجتنابی و افزایش کفایت اجتماعی نوجوانان دارای اختلال رفتاری همراه بوده است ( $P > 0/001$ ). براساس یافته‌های این پژوهش می‌توان نتیجه گرفت که با اصلاح شناخت‌های کژکار و روش‌های بروز هیجان‌ات و سبک حل مسئله در نوجوانان دارای اختلال رفتاری سبب بهبود کفایت اجتماعی در تعامل با خود، همسالان و سایر افراد شد؛ این به نوبه خود می‌تواند بر سایر ارتباطات آنان تاثیر گذاشته و رفتارهای مختل آنان را اصلاح کند. در پایان با توجه به یافته‌های این پژوهش پیشنهاد می‌شود که، اثر بخشی درمان شناختی مبتنی بر تنظیم هیجان بر سایر اختلالات کودکان و نوجوانان مدنظر قرار گیرد.

**واژگان کلیدی:** درمان شناختی مبتنی بر تنظیم هیجان، حل مسئله، کفایت اجتماعی، اختلال رفتاری

تمامی حقوق نشر برای فصلنامه رویکردی نو بر آموزش کودکان محفوظ است.

شیوه استناد به این مقاله: دهقان، ح ر (۱۴۰۲) اثربخشی درمان شناختی مبتنی بر تنظیم هیجان بر حل مسئله و کفایت اجتماعی دانش آموزان دارای اختلال رفتاری. فصلنامه رویکردی نو بر آموزش کودکان، ۵(۴): ۲۴۶-۲۳۷.

## مقدمه

اختلالات رفتاری<sup>۱</sup> به عنوان مجموعه پیچیده‌های از مشکلات هیجانی، شناختی و رفتاری می‌باشند، که به وسیله فقدان کنترل و عدم پایبندی به اصول اخلاقی و اجتماعی و اختلال در رفتار به شیوه مطلوب جامعه شناخته می‌شوند [۱]. بنابراین اختلالات رفتاری با یک الگوی خصمانه، منفی و رفتار نافرمانی و قانون شکنانه مشخص می‌شوند که این رفتار با استرس قابل توجه معلم و اختلال در کلاس همراه می‌شوند [۲] و نتیجه اینکه نادیده گرفتن نتایج کوتاه مدت و بلندمدت اختلالات رفتاری دانش‌آموزان موجب درگیری متعدد این دانش‌آموزان با معلمین مدرسه و گرایش به رفتار مخرب در آینده خواهد شد [۳].

یکی از متغیرهایی ناکارآمد، دانش‌آموزان دارای اختلال رفتاری حل مسئله اجتماعی<sup>۲</sup> آنان می‌باشد. حل مسئله اجتماعی یکی از مهمترین راهبردها به پاسخ‌های مقابله با شرایط استرس‌زا میباشد، در واقع این راهبردها به پاسخ‌های مقابله موثر در شرایط و موقعیت‌های خاص روزمره که فرد با آن‌ها درگیر است اشاره دارند [۴]. حل مسئله را به عنوان مجموعه‌ای از مهارت‌های شناختی شامل شناسایی مسئله، هدف‌گزینی، انتخاب راه حل‌های مناسب و ارزیابی نتایج حل مسئله تلقی می‌کند. چنین فرض می‌شود که حل مسئله اجتماعی از دو بعد تشکیل شده است که بعد کارآمد آن حل مسئله ساختاری و بعد ناکارآمد آن حل مسئله غیرانطباقی نامیده می‌شود. زمانی که فرد در مواجهه با مسئله با یک جهت‌گیری مثبت و با بکارگیری مهارت‌های حل منطقی مسئله اقدام به حل مسئله کند، رویکرد او نسبت به مسئله ساختاری است و زمانی که فرد در مواجهه با مسئله با یک جهت‌گیری منفی نسبت به مسئله، یا شیوه تکانشگری اقدام به حل مسئله کند یا از مواجهه با مسئله اجتناب کند در آن صورت رویکرد او نسبت به حل مسئله غیرانطباقی است [۵]. جهت‌گیری مسأله مثبت به عنوان یک مؤلفه سازنده است. این حل مسئله شناختی تمایل کلی برای ارزیابی یک مشکل، به عنوان چالش، حلش، تلاش و پایداری و تعهد شخصی برای حل مشکلات را شامل می‌شود. از طرف دیگر جهت‌گیری مسئله منفی، پاسخ هیجانی- شناختی مختلفی است که گرایش کلی برای بررسی مشکل، به عنوان یک تهدید، به منظور افزایش بهزیستی روانشناختی، اجتماعی و اقتصادی باور به حل ناپذیر بودن مشکلات و تعارض و ناکامی به هنگام مواجه شدن با مشکلات در زندگی را شامل می‌شود. حل مسئله منطقی بعد سازنده‌ای است که به منطق آگاهانه، نظام یافته و کاربرد کافی مهارت حل مسئله سازگارانه و مؤثر اشاره دارد، تکنیک‌های که تدوین و تعریف مشکل تولید، راه حل‌های مختلف، تصمیم‌گیری، انجام و تأیید راه حل را شامل می‌شود [۶]. در

مقابل سبک تکانشی- بی‌احتیاطی بعد منفی و ناکارآمد حل مسئله است که با تلاش‌های فعالانه برای به کار بردن راهبردها و فنون مختلف همراه است، اما این تلاش‌ها به تکانشی بودن، بی‌احتیاطی، شتاب، انجام ناقص کار و نظارت نامناسب بر پیامد راه‌حل‌ها منجر می‌شود. فردی که این سبک را دارد فقط راه حل‌های معدودی را در نظر می‌گیرد و به شیوه تکانشی از اولین ایده رسیده به ذهن خود، استفاده می‌کند. سرانجام سبک اجتنابی نیز بعد مختل‌کننده و ناکارآمد حل مسئله است که انفعال، وابستگی، تعلل و مسامحه مشخص می‌شود. فردی که این سبک را دارد در حل مسئله به جای مواجه شدن با مشکلات، از آنها اجتناب می‌کند و آنها را تا حد ممکن به تأخیر می‌اندازد تا خود به خود حل شوند و تلاش می‌کند که مسئولیت حل مشکل را به گردن دیگران بیندازد [۷]. دزوریلا<sup>۳</sup> و همکاران در پژوهشی نشان دادند که کودکان دارای اختلال رفتاری در حل مسئله اجتماعی نقص دارند [۴]. شور و اسپواک<sup>۴</sup> در پژوهشی دریافتند که فقدان مهارت‌های حل مسئله کارآمد موجب بروز رفتارهای مخرب و خشونت‌آمیز در کودکان می‌شود، از دیدگاه آنها، کودکانی که در مواجهه با مسائل مختلف قادر نیستند به راه‌حل‌های گوناگون بیندیشند و نمی‌توانند پیامدهای عمل خود را پیش‌بینی کنند، با احتمال بیشتری رفتارهای مخرب از خود نشان می‌دهند [۸]. بنابراین کودکان دچار ناکامی و سرخوردگی می‌شوند که این ناکامی، آنها را در چرخه تعامل اجتماعی نامطلوب و راه‌حل‌های نامناسب و مشکلات مخرب رفتاری و در نتیجه مشکلات جدی کفایت اجتماعی گرفتار می‌سازد. بنابراین به نظر می‌رسد که به دلیل وجود اختلال رفتاری و نقص در راهبردهای حل مسئله و در نتیجه این عوامل مشکل دیگری که در دانش‌آموزان دارای اختلال رفتاری ایجاد می‌شود، مشکلات کفایت اجتماعی آنان است [۹]. منظور از کفایت اجتماعی همان قدرت برقراری تعامل اجتماعی می‌باشد، یعنی کسب مهارت‌ها، توانایی‌ها، ظرفیت‌هایی که شامل مهارت‌های شناختی، مهارت‌های اجتماعی، کفایت هیجانی و آمایه‌های انگیزشی می‌باشد. کفایت اجتماعی را فرایند پیوسته‌های تعریف میدانند که در آن، تجارب یادگیری اجتماعی شخص توانایی و مهارت‌هایی را فراهم می‌سازد که از آن طریق می‌توان به ارضای نیازها پرداخت [۱۰]. بنابراین با توجه به موارد ذکر به نظر می‌رسد که برای دانش‌آموزان سنین مدرسه، داشتن ارتباط مؤثر با همسالان و پذیرش از سوی آنان جنبه‌ی مهمی از عملکرد اجتماعی و داشتن روابط اجتماعی موفق عامل پیش‌بینی‌کننده‌ی خوبی از شایستگی اجتماعی آتی فرد محسوب می‌شود. از سوی دیگر طرد اولیه توسط همسالان پیش‌بینی‌کننده‌ی عدم شایستگی در سازگاری اجتماعی فرد به شمار می‌آید [۱۱]. نتایج پژوهش‌ها حاکی از آن است که بسیاری

پاسخگویی به این سوال هستیم که آیا درمان شناختی مبتنی بر تنظیم هیجان بر حل مسئله و کفایت اجتماعی دانش‌آموزان دارای اختلال رفتاری مؤثر است؟

### روش بررسی

روش پژوهش حاضر تجربی از نوع آزمایشی و طرح پیش-آزمون-پس‌آزمون با گروه کنترل بود. جامعه آماری پژوهش شامل کلیه دانش‌آموزان دبیرستان شهرستان نوشهر در سال تحصیلی ۹۶-۱۳۹۵ بودند که تعداد آنها ۲۰۶۰ نفر می‌باشد. نمونه پژوهش شامل ۳۶ دانش‌آموز با اختلال رفتاری می‌باشند که به صورت تصادفی ساده از میان دانش‌آموزان دارای اختلال رفتاری انتخاب شدند و به صورت تصادفی در دو گروه آزمایش و کنترل قرار گرفتند. داده‌ها با استفاده از روش آماری تحلیل واریانس چندمتغیره (MANCOVA) با نرم افزار SPSS-24 مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفتند.

### روش گردآوری اطلاعات

برای انتخاب نمونه از بین مدارس متوسطه اول پسرانه شهرستان نوشهر ۳ دبیرستان به شیوه تصادفی از طریق قرعه‌کشی انتخاب و سپس برای کلیه دانش‌آموزان این ۳ دبیرستان (۳۶۰ نفر) چک لیست مشکلات رفتاری کوای و پترسون<sup>۶</sup> (۱۹۸۷) اجرا و پس از نمره‌گذاری، افراد با بالاترین نمره لیست شده و بر اساس روش نمونه‌گیری تصادفی ساده، نمونه مربوطه انتخاب و به شیوه تصادفی در دو گروه آزمایشی و گواه جایگزینی صورت گرفت. پس از انتخاب نمونه‌ها و تعیین تصادفی گروه‌های آزمایش و گواه، جلسات آموزش و اجرای متغیر مستقل و مداخله‌ای به تعداد ۸ جلسه ۴۵ دقیقه‌ای به مدت ۴ هفته برای گروه آزمایشی با رعایت اصول جلوگیری از اثر انتقال آموزش (برگزاری جلسات خارج از ساعات درسی) انجام شده، شرط ورود به مداخلات اخذ نمرات بالا در چک لیست مشکلات رفتاری کوای و پترسون (۱۹۸۷) و خروج از مداخله، غیبت در بیش از ۲ جلسه آموزشی تعیین گردید. بعد از هماهنگی و کسب مجوز، با رعایت ملاحظات اخلاقی و بیان اهداف پژوهش، با آگاه‌سازی والدین و مربیان و کسب اجازه از آنها، رضایت دانش‌آموزان برای شرکت در این پژوهش جلب شد. برای جمع‌آوری داده‌ها از ابزار زیر استفاده شده است:

۱- چک لیست تجدید نظر شده مشکلات رفتاری (RBPC)<sup>۷</sup>

چک لیست مشکلات رفتاری توسط کوای و پترسون برای درجه-بندی مشکلات رفتاری کودکان و نوجوانان ۵ تا ۱۸ ساله تهیه شده است [۲۱]. برای نمره‌گذاری این پرسشنامه، سه نمره صفر، یک و دو به کار برده می‌شود. نمره دو به مشکل رفتاری که به

از کودکانی که در روابط اجتماعی دارای مشکل هستند و یا توسط همسالان خود مورد پذیرش واقع نمی‌شوند در معرض ابتلا به انواع ناهنجاری‌های رفتاری عاطفی و تحصیلی قرار دارند [۱۳، ۱۲]. نقص سازگاری اجتماعی در دوران کودکی با مشکلات سازگاری در دوره‌های بعدی، اختلال سلوک و بزه‌کاری در سنین نوجوانی، ترک تحصیل از مدرسه و مشکلات بهداشت روانی در بزرگسالی رابطه دارد [۱۴].

یکی از درمان‌هایی که اثربخشی آن بر بهبود مشکلات دانش‌آموزان دارای اختلالات رفتاری تاکنون مورد توجه محققان قرار نگرفته است، درمان شناختی مبتنی بر تنظیم هیجان است. مفهوم کلی تنظیم شناختی هیجان دلالت بر شیوه شناختی دستکاری ورود اطلاعات فراخواننده هیجان دارد. راهبردهای شناختی مبتنی بر تنظیم هیجان (CERS)<sup>۵</sup> پاسخ‌های شناختی هیجانی ناهنجاری هستند که هنگام بروز رویدادهای هیجانی به منظور تعدیل شدت تجارب هیجانی افراد بکار می‌روند [۱۵]. مفهوم کلی تنظیم شناختی هیجان دلالت بر شیوه شناختی دستکاری ورود اطلاعات فراخواننده هیجان دارد [۱۶]. به عبارت دیگر، راهبردهای تنظیم شناختی هیجان، به نحوه تفکر افراد پس از بروز یک تجربه منفی یا واقعه آسیب‌زا رخ میدهد، دلالت می‌کند. تنظیم هیجانی سازگاران با سازگاری و تعاملات اجتماعی مثبت مرتبط است و افزایش در فراوانی تجربه‌ی هیجانی مثبت باعث مراقبه‌ی مؤثر با موقعیت‌های استرس‌زا می‌شود و حتی فعالیت‌های لازم در پاسخ به موقعیت‌های اجتماعی را بالا می‌برد [۱۷]. بررسی متون و مطالعات روانشناختی نشان می‌دهد که تنظیم هیجان، عامل مهمی در تعیین سلامتی و داشتن عملکرد موفق در تعاملات اجتماعی است و نقص در آن با اختلالات درون‌ریز (مانند افسردگی، اضطراب، انزوای اجتماعی) و اختلالات برونریز (مانند بزهکاری و رفتار پرخاشگرانه) ارتباط دارد. آموزش تنظیم هیجان به معنای کاهش و کنترل هیجانات منفی و نحوه استفاده مثبت، از هیجانات است [۱۸]. نتایج نشان می‌دهد که راهبردهای شناختی تنظیم هیجان با کاهش هیجانات منفی و حوادث عاطفی رابطه دارد و تمرکز بر راهبردهای مثبت تنظیم هیجان، فهم افراد از مدیریت هیجان را ارتقاء می‌بخشد [۱۹]. همچنین بازشناسی خشم و تنظیم هیجان، سازگاری مثبت و بازشناسی تحقیر، ترس و غمگینی سازگاری منفی را پیش‌بینی می‌نماید [۲۰]. بنابراین با توجه به اهمیت درمان اختلالات رفتاری کودکان و اینکه این افراد در آینده عضوی از جامعه خواهند و در صورت عدم درمان می‌تواند هزینه‌های بسیار گزاف برای خانواده و در سطح کلانتر برای جامعه در پی داشته باشند، لذا پیگیری مشکلات کودکان با اختلال رفتاری ضروری می‌باشد. لذا در این پژوهش به دنبال

زمانی چهار هفته ۰/۸۹ گزارش شده است. روایی سازه این پرسشنامه از طریق تحلیل عامل ۰/۸۲۶ بود [۲۵].

### روش‌های مداخله شناختی متمرکز بر هیجان

درمان شناختی متمرکز بر هیجان: درمان متمرکز بر هیجان یک رویکرد تجربی است که هیجان را به عنوان اساس و پایه‌ی تجربه در ارتباط با کارکردهای انطباقی و غیرانطباقی می‌داند [۲۶]. در این درمان از فنون درمان شناختی با چاشنی تنظیم هیجان استفاده می‌شود. این فنون را به چهار مقوله گسترده تقسیم می‌کنند: (۱) ارتباط بین افکار، عوامل راه‌انداز موقعیتی، هیجان‌ات و شکل‌گیری هیجان‌ات در زمان‌ها و مکان‌های مختلف؛ (۲) استفاده از روش جمع‌آوری شواهد و تحریف‌های شناختی با هدف عینی‌تر کردن افکار فرد و ارتباط آنها با هیجان‌ات مثبت و منفی؛ (۳) گزارش کردن حالات هیجانی خود در زمان ایجاد یک حادثه یا اختلال؛ (۴) کشف و شناسایی پیش‌فرض‌ها و باورهای تأثیرگذار بر هیجان‌ات فرد هنگام بروز حادثه. خلاصه‌ای از جلسات آموزشی

راهبردهای شناختی تنظیم هیجان

جلسه اول: معرفی: آشنایی اعضای گروه با یکدیگر؛ بیان منطق و مراحل مداخله؛ آشنایی با زیر بنای شناختی هیجان‌ات و ضرورت تنظیم هیجان.

جلسه دوم: انتخاب موقعیت: ارائه آموزش هیجانی؛ (۱) هیجان‌های نرمال و مشکل‌آفرین (۲) خودآگاهی هیجانی.

ارزیابی میزان آسیب‌پذیری و مهارت‌های اعضاء.

جلسه سوم: انتخاب موقعیت

جلسه چهارم: اصلاح موقعیت: ایجاد تغییر در موقعیت‌های برانگیزاننده هیجان که شامل: مانع از انزوای اجتماعی و اجتناب؛ آموزش راهبرد حل مسئله؛ آموزش مهارت‌های بین فردی (گفتگو، ابراز وجود و حل تعارض)، همچنین درمانگر بررسی ارزیابی شناختی را به صورت جزئی مرور میکند و سوالات باقی مانده و مشکلات را پاسخ میدهد.

جلسه پنجم: گسترش توجه: آموزش توجه باهدف متوقف کردن نشخوار و نگرانی.

جلسه ششم: ارزیابی شناختی کامل، تغییر ارزیابی‌های شناختی که شامل شناسایی ارزیابی‌های غلط و اثرات آن بر حالت‌های هیجانی و آموزش راهبرد ارزیابی مجدد می‌شود.

جلسه هفتم: تعدیل پاسخ: تغییر پیامدهای رفتاری و فیزیولوژیکی هیجان.

جلسه هشتم: ارزیابی کاربرد: در جلسه پایانی درمانگر دوباره نیاز مداوم فرد را برای رویارویی هیجان مرور می‌کند. در این جلسه فرد در مورد باورها و افکار زیربنایی هیجان‌ات اطلاعات بدست آورده و میداند با توجه به موقعیت‌های مختلف چه هیجان‌اتی را

صورت حاد دیده شود، نمره یک به مشکلاتی که صورت حاد ندارند و نمره صفر به عدم وجود مشکلات رفتاری داده می‌شود. بیشترین نمره به دست آمده برای هر خرده آزمون دو برابر شماره گویه‌ها در آن خرده آزمون و کمترین نمره برای هر خرده آزمون صفر می‌باشد. دامنه مشکلات فرد از صفر تا ۱۷۸ نوسان دارد. کاربرد چک لیست تجدید نظر شده مشکلات رفتاری در سرند اختلال‌های رفتاری در دان‌شاموزان و کمک در تشخیص‌های بالینی و اندازه‌گیری تغییرات رفتاری ناشی از مداخله‌های روانشناختی و دارویی می‌باشد. در زمینه پایایی و روایی این چک لیست، روایی ملاک قابل قبول و میزان پایایی آن به روش بازآزمایی بین ۰/۴۹ تا ۰/۸۳ و پایایی درونی آن بین ۰/۷۳ تا ۰/۴۹ برای شش خرده آزمون به دست آمد [۲۱]. اعتبار این پرسشنامه در ایران توسط شهیم، یوسفی و قنبری مزیدی به روش بازآزمایی بین ۰/۴۹ تا ۰/۸۳ و پایایی درونی آن بین ۰/۷۳ تا ۰/۹۴ و ضریب آلفای کرونباخ آن ۰/۹۸ درصد گزارش شده است [۲۲].

۲- فرم کوتاه پرسشنامه تجدیدنظر شده حل مسئله اجتماعی (SPSI-R):

این پرسشنامه توسط دی‌زوریل و همکاران، جهت اندازه‌گیری پاسخ‌های شناختی، عاطفی- رفتاری به موقعیت‌های حل مسئله در زندگی واقعی طراحی شده است. یک ابزار خود گزارشی از نوع لیکرت و دارای ۲۵ سوال بوده است [۴]. پایایی آزمون مجدد برای این پرسشنامه بین ۰/۶۸ تا ۰/۹۱ و ضریب آلفای آن بین ۰/۶۹ تا ۰/۹۵ گزارش شده است [۴]. روایی سازه این پرسشنامه نیز با استفاده از تحلیل عاملی اکتشافی و همبستگی با دیگر مقیاس‌های حل مسئله و سازه‌های روانشناختی همپوش، تأیید شده است [۴]. در ایران مخبری، درتاج و دره کردی، ضریب آلفای ۰/۸۵ را برای پنج عامل سنجیده شده و ضریب پایایی بازآزمایی ۰/۸۸ را برای پرسشنامه حل مسئله اجتماعی کوتاه شده بدست آوردند [۲۳].

۳- آزمون کفایت اجتماعی (فلنر<sup>۱</sup> و همکاران، ۱۹۹۰): پرسشنامه کفایت اجتماعی، دارای ۴۷ پرسش است و توسط فلنر و همکاران ساخته شده است [۲۴]. پرسش‌های آزمون مهارت‌ها و توانمندی‌های نوجوانان را در چهار بعد شناختی، رفتاری، هیجانی، انگیزشی و بر اساس مقیاس هفت درجه‌ای لیکرت از نمره ۱ (کاملاً مخالف) تا ۷ (کاملاً موافق) می‌سنجد. تأیید روایی محتوایی آزمون توسط متخصصان روانشناسی و روانسنجی صورت گرفت. همسانی درونی پرسش‌های آزمون برحسب ضریب آلفای کرونباخ ۰/۸۸ بود و ضریب اعتبار بازآزمایی پرسشنامه با نمونه ۳۰ نفری برآورد از دانش‌آموزان به فاصله

تجربه می‌کند و این هیجان‌ها از چه نوعی هستند. بر اساس اطلاعات جمعیت شناختی میانگین سنی افراد شرکت کننده ۱۶/۵ بود و ۷۱ درصد از زندگی رضایت داشتند و ۲۹ درصد ناراضی بودند.

یافته‌ها

جدول ۱: آماره‌های توصیفی متغیرهای پژوهش به تفکیک گروه‌ها

مؤلفه	گروه‌ها	پیش آزمون		پس آزمون	
		میانگین	انحراف استاندارد	میانگین	انحراف استاندارد
حل مسئله مثبت	آزمایش	۲۲/۸	۰۰/۱	۵۵/۱۰	۱/۳۳
	کنترل	۸/۶۶	۱/۳۲	۹/۰۰	۱/۳۷
حل مسئله منفی	آزمایش	۱۱/۲۷	۱/۶۰	۱۱/۵۰	۱/۳۳
	کنترل	۱۱/۳۸	۱/۶۴	۱۲/۷۲	۱/۷۰
حل مسئله منطقی	آزمایش	۱۶/۹۴	۳/۸۱	۲۶/۶۶	۳/۰۴
	کنترل	۱۷/۰۰	۳/۹۱	۱۶/۵۵	۵/۰۹
حل مسئله تکانشی	آزمایش	۱۸/۷۲	۷/۷۰	۱۱/۳۳	۲/۲۴
	کنترل	۱۸/۶۶	۷/۳۷	۱۸/۹۴	۷/۳۳
حل مسئله اجتنابی	آزمایش	۱۷/۸۳	۲/۸۳	۹/۰۰	۲/۲۴
	کنترل	۱۴/۷۷	۳/۱۷	۱۵/۴۴	۲/۱۷
کفایت اجتماعی	آزمایش	۱۱۴/۰۰	۱۵/۴۹	۱۵۱/۹۴	۹/۳۰
	کنترل	۱۱۴/۳۸	۱۵/۷۷	۱۱۴/۵۰	۱۴/۱۰

همانطور که در جدول بالا مشاهده میشود در تمامی مؤلفه‌های حل مسئله اجتماعی در پیش‌آزمون و پس‌آزمون در گروه آزمایش تفاوت معنی‌داری وجود دارد. در کفایت اجتماعی در پیش‌آزمون و پس‌آزمون در گروه آزمایش تفاوت معنی‌داری وجود دارد. با هدف اختلال رفتاری می‌باشد. سطح معناداری آنها در آزمون‌های مربوطه بیش از ۰/۰۵ بود، که نشان‌دهنده نرمال بودن توزیع است. با هدف بررسی پیش‌فرض همسانی واریانس‌های از آزمون لوین استفاده شده که سطوح معناداری آزمون نیز بیانگر همسانی واریانسها در متغیرهای وابسته می‌باشد. همچنین نتایج آزمون امباکس که باهدف آزمون پیش‌فرض واریانس-کوواریانس انجام شده بیانگر تایید این پیش‌فرض می‌باشد (F=۱/۵۳, p=۰/۱۱).

با هدف تحلیل استنباطی داده‌های پژوهش، ابتدا پیش‌فرض‌های مرتبط با آمار پارامتریک و تحلیل کوواریانس مورد آزمون قرار گرفت؛ خروجی آزمون‌های شاپیرو-ویلک<sup>۱</sup> نشان‌دهنده نرمال بودن توزیع در متغیر حل مسئله و کفایت اجتماعی نوجوانان

جدول ۲: نتایج تحلیل کوواریانس بر حل مسئله و کفایت اجتماعی نوجوانان دارای اختلال رفتاری

نام آزمون	مقدار	F	Df فرضیه	Df خطا	P
آزمون اثر پیلایی	۰/۹۴	۶۲/۶۶	۶/۰۰	۲۳/۰۰۰	۰/۰۰۱
آزمون لامبدای ویلکز	۰/۰۵	۶۲/۶۶	۶/۰۰	۲۳/۰۰۰	۰/۰۰۱
آزمون اثر هتلینگ	۱۶/۳۴	۶۲/۶۶	۶/۰۰	۲۳/۰۰۰	۰/۰۰۱
آزمون بزرگترین ریشه‌روی	۱۶/۳۴	۶۲/۶۶	۶/۰۰	۲۳/۰۰۰	۰/۰۰۱

همانطور که در جدول ۲ دیده میشود، سطوح معناداری تمامی آزمون‌ها قابلیت استفاده از تحلیل کوواریانس را مجاز می‌شمارند. این امر بیانگر آن است که درمان شناختی مبتنی بر تنظیم هیجان بر حل مسئله و کفایت اجتماعی نوجوانان دارای اختلال رفتاری اثربخش است (F=۶۶/۶۲, p<۰/۰۰۱) ویلکز).

همانطور که در جدول ۲ دیده میشود، سطوح معناداری تمامی آزمون‌ها قابلیت استفاده از تحلیل کوواریانس را مجاز می‌شمارند. این امر بیانگر آن است که درمان شناختی مبتنی بر تنظیم هیجان بر حل مسئله و کفایت اجتماعی نوجوانان دارای اختلال رفتاری اثربخش است (F=۶۶/۶۲, p<۰/۰۰۱) ویلکز).

جدول ۳: نتایج حاصل از تحلیل کوواریانس گروه‌ها برای متغیرهای پژوهش

متغیرها	میانگین مجذورات	F	P	مجذور اتای
حل مسئله مثبت	۲۱/۸۸	۱۱/۲۳	۰/۰۰۲	۰/۲۸
حل مسئله منفی	۱۴/۵۷	۵/۰۲	۰/۰۳۳	۰/۱۵
حل مسئله منطقی	۸۲۳/۹۸	۸۰/۸۴	۰/۰۰۱	۰/۷۴
حل مسئله تکانشی	۴۹۷/۴۹	۳۶/۷۷	۰/۰۰۱	۰/۵۶
حل مسئله اجتنابی	۳۷۵/۶۵	۷۱/۲۰	۰/۰۰۱	۰/۷۱
کفایت اجتماعی	۱۱۲۲۶/۵۴	۸۸/۴۲	۰/۰۰۱	۰/۷۶

توان آماری بالا بین مولفه‌های متغیرهای حل مسئله و کفایت اجتماعی تفاوت معناداری وجود دارد. بنابراین با توجه به میانگین و انحراف استاندارد در گروه‌های آزمایش و کنترل در پیش‌آزمون و پس‌آزمون و سطح معناداری و مجذور اتای متغیرهای مورد پژوهش می‌توان گفت که آموزش درمان شناختی مبتنی بر تنظیم هیجان در گروه آزمایش با افزایش حل مسئله مثبت و منطقی و کاهش حل مسئله منفی، تکانشی و اجتنابی و افزایش کفایت اجتماعی نوجوانان دارای اختلال رفتاری همراه بوده است.

### بحث و نتیجه‌گیری

هدف پژوهش حاضر اثربخشی درمان شناختی مبتنی بر تنظیم هیجان بر حل مسئله و کفایت اجتماعی نوجوانان دارای اختلال رفتاری بود. براساس یافته اول این پژوهش مشخص شد که درمان شناختی مبتنی بر تنظیم هیجان با افزایش حل مسئله مثبت و منطقی و کاهش حل مسئله منفی، تکانشی و اجتنابی نوجوانان دارای اختلال رفتاری همراه بوده است، که این یافته با نتایج دانادل و عاشوری [۲۷]؛ گاس و استارکر [۲۸] و توگاد و فردریکسون [۲۹] همسو می‌باشد. شور و اسپواک در پژوهشی دریافتند که فقدان مهارت‌های حل مسئله کارآمد موجب بروز رفتارهای مخرب و خشونت‌آمیز در کودکان می‌شود، از دیدگاه آنها، کودکانی که در مواجهه با مسائل مختلف قادر نیستند به راه‌حل‌های گوناگون بیندیشند و نمی‌توانند پیامدهای عمل خود را پیش‌بینی کنند، با احتمال بیشتری رفتارهای مخرب از خود نشان می‌دهند [۳۰]. بنابراین کودکان دچار ناکامی و سرخوردگی می‌شوند که این ناکامی، آنها را در چرخه تعامل اجتماعی نامطلوب و راه‌حل‌های نامناسب و مشکلات مخرب رفتاری و در نتیجه مشکلات جدی کفایت اجتماعی گرفتار می‌سازد.

براساس یافته دیگر این پژوهش درمان شناختی مبتنی بر تنظیم هیجان با افزایش کفایت اجتماعی نوجوانان دارای اختلال رفتاری همراه بوده است. که این یافته با نتایج گروس [۱۷] و رهبرکرباسدهی و همکاران [۳۱] همسو می‌باشد. منظور از کفایت اجتماعی، همان قدرت برقراری تعامل اجتماعی می-

باشد؛ یعنی کسب مهارت‌ها، توانایی‌ها، ظرفیت‌هایی که شامل مهارت‌های شناختی، مهارت‌های اجتماعی، کفایت هیجانی و آمیبه‌های انگیزشی می‌باشد. به نظر می‌رسد بعضی از دانش-آموزان از سبک تکانشی-بی‌احتیاطی بعد منفی و ناکارآمد حل مسئله استفاده می‌کنند و سبب اختلال در روابط با همسالان و اطرافیان می‌شود و از آنجا که برای دانش‌آموزان سنین مدرسه، داشتن ارتباط مؤثر با همسالان و پذیرش از سوی آنان جنبه‌ی مهمی از عملکرد اجتماعی و داشتن روابط اجتماعی موفق عامل پیش‌بینی‌کننده‌ی خوبی از شایستگی اجتماعی آتی فرد محسوب می‌شود. گرشام در پژوهشی دریافت که موفقیت در تعاملات اجتماعی نیازمند برخورداری از کفایت اجتماعی می‌باشد و کودکانی که رفتار اجتماعی ضعیف دارند، وقتی وارد مدرسه می‌شوند با مشکلاتی نظیر طرد هم‌تایان، مشکلات رفتاری و موفقیت تحصیلی پایین روبرو خواهند شد [۳۲]. بنابراین استفاده از سبک حل مسئله ناکارآمد سبب طرد از سوی همسالان می‌شود و از سوی دیگر طرد اولیه توسط همسالان پیش‌بینی‌کننده-ی عدم شایستگی در کفایت اجتماعی فرد به شمار می‌آید. در نهایت نقص در کفایت اجتماعی در دوران نوجوانی با مشکلات سازگاری در دوره‌های بعدی، اختلال سلوک، اختلال رفتاری و بزه‌کاری در سنین جوانی و بزرگسالی همراه است. درمان شناختی مبتنی بر تنظیم هیجان به معنای تغییر دادن شناخت‌ها درباره موقعیت هیجانی است و از دانش به عنوان یک سیستم تولید هیجان استفاده می‌کند [۳۳]. ایزارد [۳۳] و همکاران با تأکید بر تعامل هیجان و شناخت، معتقدند که دانش هیجانی نقشی تسهیل‌کننده در رشد تنظیم هیجانی دارد. شناخت‌ها یا فرایندهای شناختی به افراد کمک می‌کنند تا هیجان‌ها و احساسات خود را تنظیم کرده و مغلوب شدت هیجان‌ها نشوند [۳۴]. تنظیم هیجان به راهبردهایی گفته می‌شود که از آنها برای کاهش، افزایش یا حفظ تجارب هیجانی استفاده می‌شود. ریشه راهبردهای تنظیم هیجان، تحول هیجانی، شناختی و اجتماعی است. بدکارکردی در این راهبردها می‌تواند نقش تعیین‌کننده‌ای در ایجاد و حفظ اختلالات روانی ایفا کند. درمان

نگارش آن ندارند.

#### واژه نامه

- |  |  |
|--|--|
| 1. Behavioural disorders                   | ۱. اختلالات رفتاری                       |
| 2. Social Problem Solving                  | ۲. حل مسئله اجتماعی                      |
| 3. D'Zurilla                               | ۳. دزوریللا                              |
| 4. Shure, Spivac                           | ۴. شور و اسپیواک                         |
| 5. Cognitive emotion regulation strategies | ۵. راهبردهای شناختی مبتنی بر تنظیم هیجان |
| 6. Quay and Peterson                       | ۶. کوای و پترسون                         |
| 7. Revised Behavior Problem Checklist      | ۷. چک لیست تجدید نظر شده مشکلات رفتاری   |
| 8. Flener                                  | ۸. فلنر                                  |
| 9. Shapiro-Wilk                            | ۹. شاپیرو-ویلیک                          |
| 10. Güss, Starker                          | ۱۰. گاس و استارکر                        |
| 11. Tugade, Fredrickson                    | ۱۱. توگاد و فردریکسون                    |
| 12. Gross                                  | ۱۲. گروس                                 |
| 13. Izard                                  | ۱۳. ایزارد                               |
| 14. Fresco                                 | ۱۴. فرسکو                                |
| 15. Jill                                   | ۱۵. جیل                                  |
| 16. Schnitzer                              | ۱۶. اسکنتیزر                             |

#### فهرست منابع

- [1] Shubina I. Counseling and therapy of patients with behavioural disorders using the cognitive-behavioural approach. *Procedia - Social and Behavioral Sciences*. 2016; 217: 1008-1018.
- [2] Eliezer DD, Lam C, Smith A, Coomarasamy JM, Samnakay N, Starkey MR, Deshpande AV. Optimising the management of children with concomitant bladder dysfunction and behavioural disorders. *Eur Child Adolesc Psychiatry*. 2023; 32(10):1989-1999.
- [3] Eijgermans DGM, Raat H, Jansen PW, Blok E, Hillegers MHJ, Jansen W. Teacher-reported emotional and behavioural problems and ethnic background associated with children's psychosocial care use: a longitudinal population-based study. *Eur Child Adolesc Psychiatry*. 2023; 32(7): 1263-1271.
- [4] D'Zurilla TJ, Nezu AM, Maydeu-Olivares A. Manual for the social problem solving inventory-revised]. Nourth Tonawanda, TY: Multi-Health Systems; 2002; 211-244.
- [5] Dabaghi Z, Hashemi Z, Khademi Ashkzari M. The effect of social problem-solving skills training on the educational resilience of children in labour. *Iranian Journal of*

شناختی مبتنی بر هیجانی شکل خاصی از خودتنظیمی است که به وسیله آن، به ما در مورد اینکه چه هیجانانی را تجربه کنیم، چه موقع آنها را تجربه کنیم و چگونه آنها را بیان کنیم کمک می‌کند [۳۵]. شناخت هم، از هیجان تأثیر می‌پذیرد [۲۹] و هم بر آن تأثیر می‌گذارد [۱۷]. در آموزش شناختی تنظیم هیجان فرد یاد می‌گیرد که پاسخ‌های هیجانی مثبت خویش را به طور کامل بروز دهد [۳۶]. براساس مدل التقاطی فرسکو<sup>۱۴</sup> و همکاران هیجانها می‌توانند کارکردی هنجاری تا اختلالی داشته باشند. اگر هیجان‌های فرد نشان دهنده تغییر خزان‌های پاسخ در جهت همخوان تر شدن با خواسته‌ای و محدودیت‌های بافتاری و ارزش‌ها و اهداف شخصی فرد باشند، کارکردی هنجاری دارند و به فرد جهت بهتر زندگی کردن کمک می‌کنند [۳۷]. اما هنگامی که فرد نتواند هیجان‌های مثبت خویش را بروز دهد و مجبور باشد آنها را سرکوب کند و به استفاده از هیجان‌های منفی رو بیاورد، آنجاست که هیجان‌ها کارکردی ناسازگار و مخرب خواهند داشت. جیل<sup>۱۵</sup> [۳۸] و اسکنتیزر<sup>۱۶</sup> و همکاران [۳۹] در بررسی‌های خود نشان دادند که مداخلات شناختی در افزایش فهم و درک رفتارهای هیجانی- اجتماعی و اصلاح رفتارهای دشوار کودکان مؤثر می‌باشند و این مداخله‌ها را عامل افزایش قدرت تفکر دانش آموزان در زمینه فرضیه سازی و درک و فهم شومی در روابط اجتماعی دانستند. بنابراین می‌توان نتیجه گرفت که با اصلاح روش‌های بروز هیجان‌ها و سبک حل مسئله می‌توان در نوجوانان دارای اختلال رفتاری کفایت اجتماعی در تعامل با خود، همسالان و سایر افراد ایجاد کرد که این به نوبه خود بر سایر ارتباطات تأثیر گذاشته و می‌توان رفتار آنان را اصلاح کرد.

در پایان با توجه به یافته‌های این پژوهش پیشنهاد میشود که، اثر بخشی درمان شناخت مبتنی بر تنظیم هیجان بر سایر اختلالات و گروه‌های مختلف سنی بررسی شود.

#### موازین اخلاقی

در این مطالعه اصول اخلاق در پژوهش شامل اخذ رضایت آگاهانه از شرکت کنندگان و حفظ اطلاعات محرمانه آنها رعایت گردیده است.

#### تشکر و قدردانی

نویسندگان بر خود لازم میدانند از تمامی شرکت کنندگان در این پژوهش نهایت قدردانی و تشکر را داشته باشند.

#### تعارض منافع

نویسندگان این مطالعه هیچ گونه تعارض منافی در انجام و

- [14] Schlack R, Peerenboom N, Neuperdt L, Junker S, Beyer AK. The effects of mental health problems in childhood and adolescence in young adults: Results of the KiGGS cohort. *J Health Monit.* 2021; 6(4): 3-19. doi: 10.25646/8863. PMID: 35146318; PMCID: PMC8734087.
- [15] Froushani MA, Akrami N. The relationship between cognitive emotion regulation and tendency to addiction in adolescents. *International Journal of Educational and Psychological Researches.* 2017; 3(4): 245-249.
- [16] Gross JJ, Jazaieri H. Emotion, emotion regulation, and psychopathology: An affective science perspective. *Clinical psychological science.* 2014; 2(4):387- 401.
- [17] Gross JJ. Emotion regulation: Conceptual and empirical foundations. *Handbook of emotion regulation.* 2014;2:3-20.
- [18] Gratz KL, Gunderson JG. Preliminary Data on an Acceptance-Based Emotion Regulation Group Intervention for Deliberate Self-Harm Among Women With Borderline Personality Disorder. *Behav Ther.* 2016; 37(1): 25-35.
- [19] Diefendorff JM, Richard EM, Yang, J. Linking emotion regulation strategies to affective events and negative emotions at work. *J Vocat Behav.* 2008; 73(20): 498-508.
- [20] Yoo SH, Matsumoto D, LeRoux JA. The influence of emotion recognition and emotion regulation on intercultural adjustment. *International Journal of Intercultural Relations.* 2006; 30(3): 345-363. <https://doi.org/10.1016/j.ijintrel.2005.08.006>
- [21] Quay HC, Peterson DR. *Manual for the Revised Behavior Problem Checklist.* Miami: Ouay & Peterson; 1987.
- [22] Shahim S, Yousefi F, Ghanbari M. Psychometric Characteristics of Quay-Peterson Revised Behavior Problem Checklist. *IJPCP.* 2008; 13(4): 350-358. [Persian]
- [23] Mokhberi A, Dortaj F, Dorekordi A. Questionnaire, psychometrics, and standardization of indicators of social problem solving ability. *Educational Measurement.* 2011; 4(1): 55-72.
- [24] Flener RD, Lease AM. Social competence and the language of adequacy matter for psychology; 1990.
- [25] Prandin Sh. Construction and norm of Learning & Memory. 2019; 1(4): 7-15.
- [6] Li Z, Sturge-Apple ML, Davies PT. Contextual risks, child problem-solving profiles, and socioemotional functioning: Testing the specialization hypothesis. *Dev Psychopathol.* 2023; 35(3):1421-1433. doi: 10.1017/S0954579421001322. Epub 2021 Dec 13. PMID: 34895367; PMCID: PMC9189255.
- [7] Yin J, Yu G, Zhang J, Li J. Behavioral laterality is correlated with problem-solving performance in a songbird. *Anim Cogn.* 2023; 26(3): 837-848. doi: 10.1007/s10071-022-01724-3. Epub 2022 Nov 30. PMID: 36449141.
- [8] Shure MB, Spivac G. *The problem-solving techniques in childrearing.* San Francisco: Jossey-Bass; 1978.
- [9] Boland bala S, Taher M. Comparison of The Effectiveness of Social Adequacy Training and Emotion Regulation on Boredom, Cell Phone use and Tendency to High-Risk Behaviors. *Journal of Modern Psychological Researches.* 2023; 17(68): 71-80. doi: 10.22034/jmpr.2023.15323
- [10] Talebi Amrei M, Sharifi N, Taheri A. Social Adequacy Modeling using Resilience Mediated by Academic Adjustment among the Students of Mazandaran University of Medical Sciences. *Journal of Health Research in Community.* 2022; 7(4): 65-74. Available from: <https://sid.ir/paper/962986/en>.
- [11] Bierman KL, Kalvin CB, Heinrichs BS. Early childhood precursors and adolescent sequelae of grade school peer rejection and victimization. *J Clin Child Adolesc Psychol.* 2015;44(3):367-79. doi: 10.1080/15374416.2013.873983. Epub 2014 Feb 14. PMID: 24527989; PMCID: PMC4133343.
- [12] Hukkelberg S, Keles S, Ogden T, Hammerstrøm K. The relation between behavioral problems and social competence: A correlational Meta-analysis. *BMC Psychiatry.* 2019;19(1):354-361. doi: 10.1186/s12888-019-2343-9. PMID: 31706279; PMCID: PMC6842530.
- [13] Ogundele MO. Behavioural and emotional disorders in childhood: A brief overview for paediatricians. *World J Clin Pediatr.* 2018;7(1):9-26. doi: 10.5409/wjcp.v7.i1.9. PMID: 29456928; PMCID: PMC5803568.

- Merckelbach H. The efficiency of reappraisal and expressive suppression in regulating everyday affective experiences. *Psychiatry Research*. 2012; 200: 964-969.
- [34] Izard CE, Woodburn EM, Finlon KJ, Krauthamer- Ewing S, Grossman SR, Seinfeld A. Emotion knowledge, emotion utilization and emotion regulation. *Emotion Review*. 2011; 3: 44-52.
- [35] Szczygiel D, Buczny J, Bazińska R. Emotion regulation and emotional information processing: The moderating effect of emotional awareness. *Personality and Individual Differences*. 2012; 52(3): 433-437.
- [36] Mennin DS, Fresco DM. Emotion regulation therapy. In JJ. Gross (Ed.), *Handbook of emotion regulation*. New York, NY: Guilford; 2013: 469-490
- [37] Fresco D, Mennin DS, Heimberg RG, Ritter M. Emotion regulation therapy for generalized anxiety disorder. *Cognitive and Behavioral Practice*. 2013; 20(2): 282-300.
- [38] Jill P. Group activity therapy with learning disabled preadolescents exhibiting behavior problems. Unpublished doctoral dissertation, University of North Texas; 2002.
- [39] Schnitzer C, Andries C, Lebeer J. Usefulness of cognitive intervention programmers for socio-emotional and behavior problems in children with learning disabilities. *Journal of Research in special Education Needs*. 2007; 7(3): 161-171.
- social competence test in teenagers of Tehran city. Master thesis of Alame Tabatabai University; 2004.
- [26] Barlow DH, Farchione TJ. (Eds.). *Applications of the Unified Protocol for Transdiagnostic Treatment of Emotional Disorders*. Oxford University Press; 2017.
- [27] Danadel M, Ashori M. Effects of emotion regulation training on social problem-solving in hard-of-hearing adolescents. *Current Psychology*. 2023; 12:1-0.
- [28] Güss CD, Starker U. The Influence of Emotion and Emotion Regulation on Complex Problem-Solving Performance. *Systems*. 2023; 31:11(6): 276-284.
- [29] Tugade MM, Fredrickson BL. Positive Emotions and Emotional Intelligence. In LF Barrett, P Salovey (Eds.). *The Wisdom of Feelings* (pp. 319-340). New York: Guilford; 2002.
- [30] Shure MB, Spivac G. Interpersonal cognitive problem solving (ICPS). In R. H. Price, EL Cowen, RP Lorion, J Ramos-McKay (Eds), *Fourteen ounces of prevention: A casebook for practioners*. Washington, DC: American Psychological Association; 1988; 69-82
- [31] Rahbar Karbasdehi F, Hosseinkhanzadeh AA, Shakerinia I. The Effectiveness of Schema Therapy on Cognitive Emotion Regulation and Social Self- Efficacy in Adolescents with Epilepsy. *Shefaye Khatam*. 2021; 9(3): 64-72.
- [32] Gresham FM. Social skills training with handicapped children. *A reeves River to Edit carom Research*. 1981; 51: 139-176.
- [33] Meyer T, Smeets T, Giesbrecht T,