

Developmental family functions and cognitive emotion regulation in adolescents with conduct disorder and normal peers

Zahra Bakht Shokuhi¹, Behzad, Shalchi¹, Ayyoub Malek¹, Saber Pour Hasan², Shahrokh Amiri^{1*}

¹Research Center of Psychiatry and Behavioral Sciences, Tabriz University of Medical Sciences, Tabriz, Iran

²Psychology Educations and Counseling Department, Farhangian University of Tehran, Tehran, Iran

ARTICLE INFO

Article History:

Received: 11/Jan/2025

Revised: 9/Apr/2025

Accepted: 13/Apr/2025

ePublished: 5/May/2025

Keywords:

- Conduct disorder
- Family developmental functioning
- Cognitive emotion regulation
- Adolescents

Abstract

Background. Conduct disorder is a common adolescent behavioral disorder influenced by family upbringing, associated with impaired emotion regulation. This study compared family functioning and cognitive emotion regulation in adolescents with conduct disorder and their typically developing peers.

Methods. This descriptive-analytical cross-sectional study was conducted in 2023 in Tabriz. The study populations were adolescents aged 15-18 years attending school in Tabriz, selected using a multi-stage cluster sampling method. 375 students responded to the Youth Self-Report (YSR) questionnaire, and 30 participants were selected as the conduct disorder group and 30 as the control group. Then, they completed tools assessing family developmental functioning and cognitive emotion regulation. Data were analyzed using SPSS software.

Results. Adolescents with conduct disorder perform poorly in most aspects of family developmental functioning (such as attention and regulation, intimacy, social problem-solving, and discipline). Additionally, these adolescents tend to use negative emotion regulation strategies, such as catastrophizing and self-blame, more frequently, while they perform weaker in positive strategies like positive reappraisal and refocusing. The results of all MANOVA significance tests were positive, indicating that the subscales of family developmental functioning and cognitive emotion regulation strategies have a multivariate effect on the severity of conduct disorder symptoms.

Conclusion. This study highlights the negative impact of conduct disorder on family functioning and emotion regulation. Enhancing family dynamics and cognitive emotion regulation skills may help reduce its symptoms in adolescents.

Practical Implications. This study highlights the need for psychological interventions to enhance emotion regulation and family functioning, reducing conduct disorder symptoms in adolescents.

How to cite this article: Bakht Shokuhi Z, Shalchi B, Malek A, Pour Hasan S, Amiri Sh. Developmental family functions and cognitive emotion regulation in adolescents with conduct disorder and normal peers. *Med J Tabriz Uni Med Sciences*. 2025;47(2):. doi: 10.34172/mj.025.33944. Persian.

Extended Abstract

Background

Adolescence is a critical stage of development that may involve psychological and behavioral challenges. Conduct disorder (CD) is one of the most common behavioral disorders in adolescents,

characterized by violations of social norms and the rights of others. Its symptoms fall into four categories: aggressive behavior, property destruction, deceit or theft, and serious rule violations. The prevalence of CD ranges from 2% to

*Corresponding author; Email: sh_amiri1348@yahoo.com

© 2025 The Authors. This is an Open Access article published by Tabriz University of Medical Sciences under the terms of the Creative Commons Attribution CC BY 4.0 License (<http://creativecommons.org/licenses/by/4.0>), which permits unrestricted use, distribution, and reproduction in any medium, provided the original work is properly cited

over 10% in high-income countries and from 1.8% to 9.2% in Iran, with higher rates observed in boys. Family-related factors, particularly parenting styles, play a key role in CD development. CD negatively affects both individuals and their families, impacting family developmental functioning. Cognitive emotion regulation, crucial for coping with stress, is often impaired in these adolescents. Given the limited research comparing psychological and family-related factors in CD, this study aims to compare family developmental functioning and cognitive emotion regulation skills between adolescents with CD and typically developing peers.

Methods

This descriptive-analytical, cross-sectional study was conducted in 2024 in Tabriz. The study population consisted of high school students aged 15 to 18, selected using multi-stage cluster sampling. In the first step, one district was selected from the five educational districts in Tabriz. Three high schools were randomly chosen from that district, and students from these schools participated in the study. In each selected high school, 13 classes were randomly chosen, and students from these classes were considered the initial sample. A total of 375 students completed the Youth Self-Report (YSR) questionnaire. In the second step, based on the YSR scores and diagnostic interviews conducted by a child and adolescent psychiatrist, 30 adolescents with CD symptoms and 30 adolescents without such symptoms were selected. These groups completed the Family Developmental Functioning (DFFAQ) and Cognitive Emotion Regulation (CERQ) questionnaires. The inclusion criteria were as follows: 1) aged 15-18 years, 2) exhibiting CD symptoms based on YSR scores and DSM-5 diagnostic criteria during the interview, 3) no use of illicit drugs in the past 3 weeks, and 4) no use of psychiatric medications within 2 weeks before the study. The exclusion criteria included: 1) severe psychiatric disorders other than ODD or ADHD, 2) inability to read and write or having issues that prevented them from completing auditory or written tasks related to psychological

studies, 3) severe ADHD based on diagnostic interview and YSR scores, and 4) use of medications that might significantly affect mood. Data were collected using YSR, DFFAQ, and CERQ questionnaires. All questionnaires were self-administered by the adolescents, not by their parents. Data analysis was performed using SPSS version 23, with statistical methods like MANOVA applied to compare groups. Results were considered statistically significant at $P < 0.05$.

Results

The present study examined the differences in developmental family functioning and cognitive emotion regulation strategies between adolescents with CD and their typically developing peers. The results indicate that adolescents with CD performed significantly worse in most dimensions of developmental family functioning, including attention and regulation, intimacy, social problem-solving, logical thinking, and discipline. In contrast, their typically developing peers exhibited higher scores across these domains. Regarding cognitive emotion regulation, adolescents with CD relied more heavily on maladaptive strategies such as catastrophizing, self-blame, and blaming others. Conversely, compared to the typically developing group, they demonstrated lower utilization of adaptive strategies such as positive reappraisal, positive refocusing, and putting things into perspective. Multivariate analysis of variance (MANOVA) revealed significant differences between the two groups across all dimensions of developmental family functioning ($P < 0.001$), with a moderate effect size (0.50). The results indicate that six subscales of developmental family functioning showed significant differences between the two groups. The only subscale not exhibiting a significant difference was the establishment of representation and ideation. The comparison of negative cognitive emotion regulation strategies between the two groups showed significant differences ($P < 0.001$). However, apart from catastrophizing and blaming others, all other negative regulation strategies exhibited statistically significant differences between adolescents with

CD and their typically developing counterparts. Similarly, the positive cognitive emotion regulation strategies analysis revealed substantial differences between the two groups ($P < 0.001$). The findings showed that all positive regulation strategies, except for acceptance, significantly differed between adolescents with CD and typically developing adolescents. In summary, these findings suggest that adolescents with CD experience deficits in developmental family functioning and are more likely to employ maladaptive emotion regulation strategies. These differences highlight the need for targeted interventions aimed at enhancing family dynamics and promoting the use of adaptive emotion regulation strategies among adolescents with CD. Future research should further explore the underlying mechanisms contributing to these differences and examine the potential role of gender, as variations in symptom prevalence may influence the observed outcomes.

Conclusion

The results of this study indicate significant differences in family developmental functioning

and emotion regulation strategies between adolescents with CD and their typically developing peers. Adolescents with CD showed weaknesses in several family functioning aspects, such as attention, regulation, intimacy, and discipline, which can negatively affect family support and positive interactions. Regarding emotion regulation, they predominantly used negative strategies like catastrophizing and self-blame and were less effective in using positive strategies such as reappraisal and refocusing. Based on these findings, it is recommended that therapeutic programs for adolescents with CD focus on improving emotion regulation skills and enhancing family functioning. Providing psychological support and training for adolescents and parents to promote positive emotion regulation strategies, especially when dealing with daily stressors, may help improve their psychological and social well-being, ultimately reducing CD symptoms.

کارکرد تحولی خانواده و تنظیم شناختی هیجان در نوجوانان مبتلا به اختلال سلوک و همتایان بهنجار

زهرا بخت شکوهی^۱، بهزاد شالچی^۱، ایوب مالک^۱، صابر پورحسن^۲، شاهرخ امیری^{۱*}

^۱مرکز تحقیقات روانپزشکی و علوم رفتاری، دانشگاه علوم پزشکی تبریز، تبریز، ایران

^۲گروه آموزش روانشناسی و مشاوره، دانشگاه فرهنگیان تهران، تهران، ایران

اطلاعات مقاله

سابقه مقاله:

دریافت: ۱۴۰۳/۱۰/۲۲

اصلاح نهایی: ۱۴۰۴/۱/۲۰

پذیرش: ۱۴۰۴/۱/۲۴

انتشار برخط: ۱۴۰۴/۲/۱۵

کلید واژه‌ها:

- اختلال سلوک
- کارکرد تحولی خانواده
- تنظیم شناختی هیجان
- نوجوانان

چکیده

زمینه. اختلال سلوک یکی از اختلالات شایع در دوره نوجوانی است که تحت تأثیر سبک‌های تربیتی خانواده قرار دارد. این اختلال اغلب با نقص در تنظیم هیجان، که مهارتی کلیدی در مدیریت استرس و مشکلات روانی است، همراه می‌شود. مطالعه حاضر با هدف مقایسه کارکرد تحولی خانواده و تنظیم شناختی هیجان در نوجوانان مبتلا به اختلال سلوک و همتایان بهنجار انجام شد.

روش کار. این مطالعه مقطعی با رویکرد توصیفی-تحلیلی در سال ۱۴۰۲ در شهر تبریز اجرا گردید. جامعه آماری شامل نوجوانان ۱۵ تا ۱۸ ساله مشغول به تحصیل در مدارس این شهر بود که به روش نمونه‌گیری خوشه‌ای چند مرحله‌ای انتخاب شدند. در مجموع، ۳۷۵ نفر از دانش‌آموزان به نسخه نوجوان پرسشنامه خودسنجی آخنباخ پاسخ دادند. سپس ۳۰ نفر از آنان که معیارهای اختلال سلوک را داشتند به‌عنوان گروه مبتلا، و ۳۰ نفر دیگر به‌عنوان گروه بهنجار انتخاب شدند. پرسشنامه‌های کارکرد تحولی خانواده و تنظیم شناختی هیجان نیز توسط این دو گروه تکمیل گردید. داده‌ها با استفاده از نرم‌افزار SPSS مورد تحلیل قرار گرفتند.

یافته‌ها. نوجوانان مبتلا به اختلال سلوک، در اغلب ابعاد کارکرد تحولی خانواده نظیر توجه و تنظیم، صمیمیت، حل مسئله اجتماعی و انضباط، میانگین نمرات پایین‌تری داشتند. همچنین، این گروه بیشتر از راهبردهای منفی تنظیم هیجان مانند نشخوار ذهنی و خود سرزنش‌گری استفاده کرده و در به‌کارگیری راهبردهای مثبت همچون ارزیابی مجدد مثبت و تمرکز مجدد بر برنامه، عملکرد ضعیف‌تری داشتند. نتایج آزمون‌های معناداری (مانوا) نشان‌دهنده تفاوت‌های معنادار در بیشتر خرده مقیاس‌های کارکرد تحولی خانواده و راهبردهای تنظیم شناختی هیجان بین دو گروه بود ($P < 0.001$).

نتیجه‌گیری. اختلال سلوک با کاهش توانمندی‌های تحولی خانواده و ضعف در تنظیم هیجان در نوجوانان همراه است. بهبود عملکرد خانواده و ارتقا راهبردهای مؤثر تنظیم شناختی هیجان می‌تواند در کاهش نشانه‌های این اختلال نقش مؤثری ایفا کند.

پیامدهای عملی. یافته‌های این پژوهش ضرورت طراحی مداخلات روان‌شناختی با هدف تقویت مهارت‌های تنظیم هیجان و بهبود کارکرد خانواده در نوجوانان مبتلا به اختلال سلوک را برجسته می‌سازد؛ امری که می‌تواند به کاهش علائم این اختلال منجر شود.

مقدمه

دوره نوجوانی یکی از مراحل حساس و مهم رشد در زندگی انسان است که می‌تواند با مشکلات روانی-اجتماعی و اختلالات رفتاری همراه باشد.^۱ یکی از شایع‌ترین اختلال‌های رفتاری در این دوران، اختلال سلوک است^۲ که در آن فرد حقوق دیگران یا

هنجارهای اجتماعی را نقض می‌کند. این رفتارها معمولاً در چهار گروه اصلی طبقه‌بندی می‌شوند: (۱) رفتار پرخاشگرانه که منجر به آسیب فیزیکی یا تهدید به آسیب نسبت به دیگران یا حیوانات می‌شود؛ (۲) رفتار غیرپرخاشگرانه که به از بین رفتن یا تخریب

*نویسنده مسئول؛ ایمیل: sh_amiri1348@yahoo.com

حق تألیف برای مؤلفان محفوظ است. این مقاله با دسترسی آزاد توسط دانشگاه علوم پزشکی تبریز تحت مجوز کپی‌رایت کامنز 4.0 (http://creativecommons.org/licenses/by/4.0) منتشر شده که طبق مفاد آن هرگونه استفاده تنها در صورتی مجاز است که به اثر اصلی به نحو مقتضی استناد و ارجاع داده شده باشد.

هیجانات مقابله کنند تا تحت تأثیر آن‌ها قرار نگیرند. از این‌رو، مهارت‌های شناختی و هیجانی نقش حیاتی در سلامت روان، به‌ویژه در دوران نوجوانی دارند.^{۱۵} با توجه به مطالب یاد شده و نیز خلأهای موجود در پژوهش‌های مرتبط با مقایسه عوامل دخیل در اختلال سلوک نوجوانان، پژوهش حاضر بر آن است تا از منظر روان‌شناختی و خانوادگی به بررسی این موضوع پرداخته و به مقایسه کارکردهای تحولی خانواده (به‌عنوان یکی از عوامل خانوادگی) و مهارت‌های تنظیم شناختی هیجان (به‌عنوان یکی از متغیرهای روان‌شناختی) در نوجوانان مبتلا به اختلال سلوک و نوجوانان عادی بپردازد.

روش کار

این مطالعه از نوع توصیفی-تحلیلی مقطعی بوده و در سال ۱۴۰۲ در شهر تبریز انجام شده است. جامعه آماری پژوهش را کلیه نوجوانان ۱۵ تا ۱۸ ساله شاغل به تحصیل در دبیرستان‌های شهرستان تبریز تشکیل می‌دادند. نمونه‌گیری به روش خوشه‌ای چند مرحله‌ای انجام شد. ابتدا از میان نواحی پنج‌گانه آموزش و پرورش تبریز، یک ناحیه به‌صورت تصادفی انتخاب گردید. سپس سه دبیرستان از این ناحیه به صورت تصادفی انتخاب شدند. در هر دبیرستان نیز ۱۳ کلاس به‌طور تصادفی انتخاب و دانش‌آموزان آن کلاس‌ها به‌عنوان نمونه اولیه مورد بررسی قرار گرفتند. در مرحله نخست، ۳۷۵ نفر دانش‌آموزان پرسشنامه خودسنجی نوجوان آخنباخ (YSR) را تکمیل کردند. سپس بر اساس نمرات حاصل از مقیاس علایم اختلال سلوک در YSR و مصاحبه تشخیصی با روانپزشک فوق‌تخصص کودک و نوجوان، ۳۰ نفر با علایم اختلال سلوک و ۳۰ نفر نیز از نوجوانان بدون اختلال (گروه عادی) با توان آزمون ۸۰ درصد و سطح اطمینان ۹۵٪ انتخاب شدند. پس از تعیین گروه‌ها، پرسشنامه‌های «کارکرد تحولی خانواده» و «تنظیم شناختی هیجان» در میان شرکت‌کنندگان اجرا شد. از آنجایی‌که یافتن نوجوانان مبتلا به اختلال سلوک بدون هم‌ابتلائی با ADHD یا ODD دشوار است، بنابراین غربالگری اولیه بر روی نمونه بزرگ‌تری انجام شد تا امکان شناسایی دقیق‌تر افراد دارای اختلال سلوک بدون هم‌ابتلائی فراهم شود. معیارهای ورود به پژوهش شامل موارد زیر بودند: (۱) سن بین ۱۵ تا ۱۸ سال، (۲) دارا بودن علایم اختلال سلوک بر اساس نمرات YSR و ملاک‌های تشخیصی DSM-5 در مصاحبه تشخیصی توسط روانپزشک، (۳) عدم مصرف هرگونه ماده مخدر حداقل به مدت سه هفته پیش از مطالعه و (۴) عدم مصرف داروهای روانپزشکی

اموال دیگران منجر می‌شود؛ (۳) تقلب یا دزدی؛ (۴) تخطی شدید از مقررات.^۴ برآوردهای شیوع یک ساله این اختلال در ایالات متحده و سایر کشورهای با درآمد بالا از ۲ تا بیش از ۱۰ درصد متغیر است.^۵ در ایران نیز شیوع آن بین ۱/۸ تا ۹/۲ درصد گزارش شده است.^۶ این اختلال در پسران شایع‌تر از دختران بوده و نسبت آن تا سه برابر نیز می‌رسد. عوامل گوناگون زیستی، روان‌شناختی و اجتماعی در بروز این اختلال نقش دارند؛ با این حال، یکی از مؤثرترین عوامل، ویژگی‌های خانوادگی از جمله سبک تربیتی والدین است. نبود انضباط و مقررات در خانه، رفتارهای سرد و فاقد محبت با کودک، سخت‌گیری‌های افراطی، تنبیه نادرست، جدایی والدین، فضای پر تنش و ناامن در محیط خانواده، همگی در افزایش احتمال ابتلا به اختلال سلوک نقش دارند.^۷ پیش‌آگهی اختلال سلوک معمولاً نامطلوب است و نوجوانان مبتلا در سال‌های آتی در معرض اختلالات یادگیری، دشواری در برقراری ارتباطات عاطفی و اجتماعی، اختلالات خلقی، اضطراب، مصرف مواد و الکل، ابتلا به اختلال شخصیت ضداجتماعی و احتمال ارتکاب جرم در بزرگسالی قرار دارند.^۸ اختلال سلوک نه تنها فرد را، بلکه کل سیستم خانواده را نیز تحت تأثیر قرار می‌دهد. الگوی کارکرد تحولی خانواده که توسط گرینسپن مطرح شد، رویکردی تحولی و جامع دارد که بر یکپارچه‌سازی توانمندی‌های شناختی، عاطفی، زبانی و هیجانی مبتنی است.^۹ بر اساس این مدل، خانواده نیز همانند فرد مراحل تحول هیجانی-کارکردی را طی می‌کند. این مراحل شامل: توجه و تنظیم، صمیمیت، ارتباط متقابل دوسویه، حل مساله اجتماعی، ایجاد بازنمایی یا ایده‌ها، تفکر منطقی و انضباط هستند.^{۱۰} خانواده‌ای که در این ابعاد عملکرد بهتری دارد، بستر مناسبی برای رشد و تحول کودک فراهم می‌آورد. به همین ترتیب، نارسایی در این زمینه‌ها می‌تواند با اختلالاتی نظیر اختلال سلوک در ارتباط باشد.^{۱۱،۱۲} یکی دیگر از متغیرهای کلیدی در افراد مبتلا به اختلالات رفتاری، از جمله اختلال سلوک، تنظیم شناختی هیجان است. تنظیم هیجان یکی از مهارت‌های اساسی برای مقابله با موقعیت‌های استرس‌زا و رویدادهای ناخوشایند است و در سلامت روانی و عملکرد اجتماعی فرد نقش مهمی ایفا می‌کند.^{۱۳} نوجوانان دارای اختلالات رفتاری معمولاً از راهبردهای ناسازگارانه تنظیم هیجان استفاده می‌کنند؛ راهبردهایی که با ناسازگاری‌های اجتماعی و رفتارهای آسیب‌زا مرتبط‌اند.^{۱۴} نقص در این مهارت، در بروز رفتارهای بزهکارانه نقش بسزایی دارد.^{۱۵} تنظیم هیجان از طریق راهبردهای شناختی یکی از روش‌های رایج در کنترل هیجانات است. فرآیندهای شناختی به افراد کمک می‌کند هیجانات خود را شناسایی کرده، آنها را معنا بخشیده و با شدت

از ویژگی‌های روان‌سنجی مناسبی برخوردار است. آلفای کرونباخ برای زیرمقیاس‌ها در دامنه‌ی ۷۶٪ تا ۹۲٪ گزارش شده است.^{۱۸}

فرم فارسی پرسشنامه خودسنجی نوجوان (YSR):

این فرم که برای نوجوانان ۱۱ تا ۱۸ ساله طراحی شده، توسط خود فرد تکمیل می‌شود. بخش اول شامل اطلاعاتی در مورد شایستگی‌ها، ناتوانی‌ها و بیماری‌های فرد است و بخش دوم شامل ۱۱۳ گویه سه گزینه‌ای برای ارزیابی مشکلات هیجانی، رفتاری و اجتماعی در شش‌ماه گذشته می‌باشد. گزینه‌ها به صورت ۰ (نادرست)، ۱ (تاحدی درست) و ۲ (کاملاً درست) نمره‌گذاری می‌شوند. این پرسشنامه شامل هشت مقیاس است: گوشه‌گیری، اضطراب/ افسردگی، شکایات جسمانی، مشکلات اجتماعی، مشکلات توجه، مشکلات تفکر، رفتارهای بزهکارانه و درونی‌سازی و برونی‌سازی از ترکیب این مقیاس‌ها به دست می‌آید. براساس نتایج پژوهش آسانجانی و همکاران، این ابزار از روایی افتراقی و ثبات زمانی بالایی برخوردار بوده و ضرایب آلفای کرونباخ برای مقیاس‌های مختلف آن بین ۷۰٪ تا ۹۴٪ گزارش شده است.^{۱۹} پس از جمع‌آوری اطلاعات، داده‌ها با استفاده از نرم‌افزار آماری SPSS نسخه ۲۳ و به کارگیری روش‌های آماری مناسب تجزیه و تحلیل شدند. داده‌ها به‌صورت میانگین $\pm$ انحراف معیار برای متغیرهای کمی و فراوانی و درصد برای متغیرهای کیفی گزارش شدند. برای مقایسه‌ی متغیرها میان دو گروه، از آزمون تحلیل واریانس چند متغیره (MANOVA) استفاده شد. در تمامی آزمون‌ها، سطح معناداری کمتر از ۰/۰۵ ($P < 0.05$) به عنوان معیار معناداری آماری در نظر گرفته شد.

یافته‌ها

همانطوریکه در جدول یک ملاحظه می‌شود، نوجوانان مبتلا به اختلال سلوک در مقایسه با همتایان بهنجار در اغلب متغیرهای مربوط به کارکرد تحولی خانواده (مانند توجه و تنظیم، صمیمیت، حل مسئله اجتماعی، تفکر منطقی و انضباط) عملکرد ضعیف‌تری داشتند. به عبارت دیگر، این نوجوانان به‌طور کلی نمرات پایین‌تری در مقیاس‌های مختلف کارکرد تحولی خانواده به دست آوردند. همچنین، در تنظیم شناختی هیجان، گروه اختلال سلوک بیشتر از راهبردهای منفی (مانند فاجعه‌نمایی، سرزنش خود و دیگران) استفاده کردند. در مقابل، در استفاده راهبردهای مثبت (مانند ارزیابی مجدد مثبت، تمرکز مجدد مثبت و در مرکز توجه قرار گرفتن) عملکرد ضعیف‌تری نسبت به گروه بهنجار نشان داده‌اند.

در دو هفته منتهی به پژوهش (به‌دلیل اثرات احتمالی این داروها بر عملکرد شناختی و هیجانی)، معیارهای خروج از پژوهش نیز عبارت بودند از: ۱) ابتلا به اختلالات شدید روانپزشکی (غیر از ODD و ADHD)، ۲) ناتوانی در خواندن و نوشتن یا هرگونه ناتوانی شناختی-شنیداری که مانع پاسخ‌دهی به پرسشنامه‌ها شود، ۳) ابتلا به ADHD شدید بر اساس مصاحبه تشخیصی و نمرات پرسشنامه (به دلیل احتمال تأثیر آن بر تنظیم هیجان) و ۴) مصرف داروهایی با اثر چشمگیر بر خلق و خو. در این مطالعه از سه ابزار استفاده شد که همگی توسط خود نوجوانان تکمیل شدند:

پرسشنامه کارکرد تحولی خانواده (DFFAQ):

این مقیاس توسط عالی و همکاران تدوین شده و شامل ۴۳ گویه است که هفت بعد تحول هیجانی-کارکردی خانواده را می‌سنجد که شامل: توجه و تنظیم، صمیمیت، ارتباط متقابل دو سوبه ارادی، حل مسئله اجتماعی، ایجاد بازنمایی‌ها و ایده‌ها، تفکر منطقی و انضباط است. پاسخ‌ها در مقیاسی چهار درجه‌ای (۰=هیچ‌گاه تا ۳=همیشه) نمره‌گذاری می‌شوند. نمره بالاتر، نشانگر کارکرد تحولی مطلوب‌تر خانواده است. بررسی ساختار عاملی ابزار پس از چرخش واریماکس، هفت عامل اصلی را شناسایی کرده که در مجموع ۶۷/۲۵ درصد از واریانس کل را تبیین می‌کنند. ضریب پایایی آزمون-بازآزمون پرسشنامه ۰/۹۳ و آلفای کرونباخ کل آن ۰/۹۲ گزارش شده است. آلفای کرونباخ برای خرده‌مقیاس‌ها نیز بین ۰/۵۳ تا ۰/۷۲ گزارش شده است که بیانگر پایایی قابل قبول ابزار است.^{۱۶}

پرسشنامه تنظیم شناختی هیجان (CERQ):

این پرسشنامه توسط گارنفسکی و کرایچ طراحی شده و شامل ۱۸ ماده است که راهبردهای شناختی تنظیم هیجان در مواجهه با رویدادهای تنیدگی‌زا و تهدیدکننده را می‌سنجد.^{۱۷} پاسخ‌دهی به هر ماده در مقیاسی پنج‌درجه‌ای از ۱ (هرگز) تا ۵ (همیشه) صورت می‌گیرد. این ابزار ۹ زیرمقیاس دارد: ۱) خود سرزنش‌گری (۲) دیگر سرزنش‌گری (۳) تمرکز بر فکر/نشخوارگری (۴) فاجعه‌نمایی (۵) کم اهمیت‌شماری (۶) تمرکز مجدد مثبت (۷) ارزیابی مجدد مثبت (۸) پذیرش (۹) تمرکز بر برنامه‌ریزی. حداقل و حداکثر نمره برای هر زیرمقیاس به ترتیب ۲ و ۱۰ است. نمره بالاتر نشان‌دهنده استفاده بیشتر از آن راهبرد شناختی است. بر اساس یافته‌های محمدی و همکاران، این ابزار از نظر همسانی درونی، پایایی بازآزمایی، روایی محتوایی، روایی همگرا و افتراقی

اطلاعات بیشتر در جدول ۱ قابل مشاهده است. با استفاده از تحلیل واریانس چندمتغیری مانوا، نتایج نشان داد که تفاوت‌های معناداری بین دو گروه در تمام مقیاس‌های کارکرد تحولی خانواده وجود دارد ($P < 0/001$) و این تفاوت‌ها دارای اندازه اثر متوسط ($0/50$) بودند. به این معنا که گروه‌های مختلف عملکرد متفاوتی در زمینه‌های کارکرد تحولی خانواده نشان دادند. در جدول ۲ نتایج حاصل از مقایسه میانگین‌های مربوط به نمرات خرده مقیاس‌های کارکرد تحولی خانواده در دو گروه مورد بررسی خلاصه شده است. این نتایج نشان می‌دهند که شش خرده‌مقیاس از کارکرد تحولی خانواده در دو گروه نوجوانان مبتلا به اختلال سلوک و بهنجار تفاوت‌های معناداری داشتند. تنها خرده‌مقیاس ایجاد نمایندگی و ایده (Creating representation and ideas) در این دو گروه تفاوت معنی‌داری را از لحاظ آماری نشان ندادند. نتایج حاصل از مقایسه میانگین‌های مربوط به نمرات راهبردهای تنظیم شناختی

هیجان منفی در دو گروه مورد بررسی، در جدول ۳ ارائه شده است. نتایج نشان می‌دهد که بین دو گروه تفاوت‌های معناداری وجود دارد ($P < 0/001$). براساس یافته‌ها، به جز دو راهبرد «فاجعه‌نمایی» (Catastrophizing) و «سرزنش دیگران» (Other blame) سایر راهبردها در دو گروه نوجوانان مبتلا به اختلال سلوک و نوجوانان بهنجار از تفاوت آماری معناداری برخوردار بودند. در بررسی راهبردهای تنظیم شناختی هیجان مثبت نیز نتایج حاکی از وجود تفاوت‌های معنادار بین دو گروه بود ($P < 0/001$). نتایج حاصل از مقایسه میانگین نمرات مربوط به راهبردهای تنظیم شناختی هیجان مثبت در دو گروه مورد مطالعه در جدول ۴ خلاصه شده است. این نتایج نشان می‌دهد که به جز راهبرد «پذیرش»، سایر راهبردهای تنظیم هیجان مثبت در میان نوجوانان مبتلا به اختلال سلوک و نوجوانان بهنجار، تفاوت آماری معناداری داشته‌اند.

جدول ۱. میانگین و انحراف معیار نمرات متغیرهای مورد مطالعه

متغیرها	نوجوانان مبتلا به اختلال سلوک		همتایان بهنجار	
	میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار
توجه و تنظیم	۲/۰۵	۰/۵۷	۲/۵۱	۰/۳۹
صمیمیت و مشارکت در روابط	۱/۷۶	۰/۵۰	۲/۴۵	۰/۴۶
ارتباط عمدی دو طرفه	۱/۷۵	۰/۴۴	۲/۲۵	۰/۳۲
حل مساله اجتماعی مشترک	۱/۸۲	۰/۵۵	۲/۵۱	۰/۳۸
ایجاد نمایندگی و ایده	۱/۷۸	۰/۵۰	۱/۷۳	۰/۳۳
تفکر منطقی	۱/۷۸	۰/۴۹	۲/۱۴	۰/۳۹
انضباط	۱/۶۶	۰/۴۴	۲/۰۸	۰/۴۴
کارکرد تحولی خانواده	۱/۸۰	۰/۳۳	۲/۲۸	۰/۲۹
سرزنش خود	۳/۰۵	۱/۱۲	۲/۸۸	۱/۱۳
تمرکز بر فکر/نشخوارگری	۳/۲۰	۱	۳/۴۲	۱/۲۱
فاجعه‌نمایی (فاجعه‌پنداری)	۲/۹۱	۰/۹۵	۱/۸۸	۱/۰۶
سرزنش دیگران	۳/۰۸	۰/۹۶	۱/۹۷	۰/۷۸
تنظیم شناختی هیجانی منفی	۳/۰۶	۰/۷۱	۲/۵۳	۰/۶۹
در مرکز توجه قرار گرفتن	۲/۹۲	۱/۰۸	۳/۶۷	۱
تمرکز مجدد مثبت	۲/۸۳	۱/۱۳	۳/۸۲	۱/۰۲
ارزیابی مجدد مثبت	۲/۹۷	۱/۲۲	۴/۲۱	۰/۸۶
پذیرش	۲/۷۳	۱/۰۶	۲/۷۸	۱/۲۰
تمرکز مجدد بر برنامه‌ریزی	۲/۸۷	۱/۱۸	۴/۳	۰/۶۷
تنظیم شناختی هیجانی مثبت	۲/۸۶	۰/۸۱	۳/۷۶	۰/۵۷

جدول ۲. نتایج اثرات بین آزمودنی‌ها از لحاظ نمرات کارکرد تحولی خانواده در دو گروه نوجوانان مبتلا به اختلال سلوک و بهنجار

متغیر وابسته	مجموع مربعات	درجه آزادی	میانگین مربعات	آماره F	سطح معناداری	گروه مطالعه	میانگین	فاصله اطمینان
							حد بالا	حد پایین
توجه و تنظیم	۳/۲۵	۱	۳/۲۵	۱۳/۶۲	۰/۰۰۱	بهنجار	۲/۵۲	۲/۳۴
						مبتلا	۲/۰۵	۱/۸۷
صمیمیت و مشارکت در روابط	۷/۱۲	۱	۷/۱۲	۳۰/۷۳	۰/۰۰۱	بهنجار	۲/۴۵	۲/۲۷
						مبتلا	۱/۷۶	۱/۵۸

۲/۳۹	۲/۱۱	۲/۲۵	بهنجار	۰/۰۰۰۱	۲۴/۶۸	۳/۶۸	۱	۳/۶۸	ارتباط عمدی دو طرفه
۱/۹۰	۱/۶۲	۱/۷۶	مبتلا						
۲/۶۹	۲/۳۴	۲/۵۱	بهنجار	۰/۰۰۰۱	۳۱/۲۴	۷/۱۵	۱	۷/۱۵	حل مساله اجتماعی مشترک
۱/۹۹	۱/۶۵	۱/۸۲	مبتلا						
۱/۸۸	۱/۵۷	۱/۷۳	بهنجار	۰/۶۱۵	۰/۲۵	۰/۰۴۶	۱	۰/۰۴۶	ایجاد نمایندگی و ایده
۱/۹۳	۱/۶۳	۱/۷۸	مبتلا						
۲/۳۰	۱/۹۸	۲/۱۴	بهنجار	۰/۰۰۳	۹/۸۲	۱/۹۴	۱	۱/۹۴	تفکر منطقی
۱/۹۴	۱/۶۲	۱/۷۸	مبتلا						
۲/۲۴	۱/۹۲	۲/۰۸	بهنجار	۰/۰۰۰۱	۱۳/۲۵	۲/۶۰	۱	۲/۶۰	انضباط
۱/۸۲	۱/۵۰	۱/۶۶	مبتلا						

جدول ۳. نتایج اثرات بین آزمودنی ها از لحاظ نمرات راهبردهای تنظیم شناختی هیجان منفی در دو گروه نوجوانان مبتلا به اختلال سلوک و بهنجار

متغیر وابسته	مجموع مربعات	درجه آزادی	میانگین مربعات	آماره F	سطح معناداری	گروه مطالعه	میانگین	فاصله اطمینان حد بالا	حد پایین
سرزنش خود	۰/۴۲	۱	۰/۴۲	۰/۳۳	۰/۰۰۶	بهنجار	۲/۸۸	۲/۴۷	۳/۲۹
						مبتلا	۳/۰۵	۲/۶۴	۳/۴۶
تمرکز بر فکر/ نشخوارگری	۰/۷۰	۱	۰/۷۰	۰/۵۶	۰/۰۱۰	بهنجار	۳/۴۲	۳/۰۱	۳/۸۲
						مبتلا	۳/۲۰	۲/۷۹	۳/۶۱
فاجعه سازی	۱۶/۰۲	۱	۱۶/۰۲	۱۵/۷۸	۰/۲۱۴	بهنجار	۱/۸۸	۱/۵۱	۲/۲۵
						مبتلا	۲/۹۲	۲/۵۵	۳/۲۸
سرزنش دیگران	۱۸/۷۰	۱	۱۸/۷۰	۲۴/۱۰	۰/۲۹۴	بهنجار	۱/۹۷	۱/۶۴	۲/۲۹
						مبتلا	۳/۰۸	۲/۷۶	۳/۴۰

جدول ۴. نتایج اثرات بین آزمودنی ها از لحاظ نمرات راهبردهای تنظیم شناختی هیجان مثبت در دو گروه نوجوانان مبتلا به اختلال سلوک و بهنجار

متغیر وابسته	مجموع مربعات	درجه آزادی	میانگین مربعات	آماره F	سطح معناداری	گروه مطالعه	میانگین	فاصله اطمینان حد بالا	حد پایین
در مرکز توجه قرار گرفتن	۸/۴۴	۱	۸/۴۴	۷/۷۴	۰/۰۰۷	بهنجار	۳/۶۷	۳/۲۸	۴/۰۵
						مبتلا	۲/۹۲	۲/۵۳	۳/۳۰
تمرکز مجدد مثبت	۱۴/۵۰	۱	۱۴/۵۰	۱۲/۳	۰/۰۰۱	بهنجار	۳/۸۲	۳/۴۲	۴/۲۱
						مبتلا	۲/۸۳	۲/۴۳	۳/۲۳
ارزیابی مجدد مثبت	۲۳/۴۴	۱	۲۳/۴۴	۲۱/۰	۰/۰۰۰۱	بهنجار	۴/۲۲	۳/۸۳	۴/۶۰
						مبتلا	۲/۹۷	۲/۵۸	۳/۳۵
پذیرش	۰/۰۳۸	۱	۰/۰۳۸	۰/۰۳	۰/۸۶۵	بهنجار	۲/۷۸	۲/۳۷	۳/۲۰
						مبتلا	۲/۷۳	۲/۳۲	۳/۱۵
تمرکز مجدد بر برنامه ریزی	۳۰/۸۲	۱	۳۰/۸۲	۳۳/۲	۰/۰۰۰۱	بهنجار	۴/۳۰	۳/۹۵	۴/۶۵
						مبتلا	۲/۸۷	۲/۵۱	۳/۲۲

بحث

خانوادگی، به‌ویژه در خانواده‌هایی با فرزندان مبتلا به اختلال سلوک ایفا می‌کند. این مفهوم در زمینه اختلالات رفتاری، به‌ویژه اختلال سلوک، اهمیت بیشتری می‌یابد؛ چراکه عملکرد مطلوب خانواده در این حوزه می‌تواند عاملی مؤثر در پیشگیری از تشدید علائم اختلال و ارتقا وضعیت روانی-اجتماعی نوجوانان باشد. مدل کارکرد تحولی خانواده که توسط گرینسپن توسعه یافته است،^{۱۰} رویکردی جامع و چندبعدی را ارائه می‌دهد که توانمندی‌های شناختی، عاطفی، زبانی و هیجانی را در یک چارچوب

مطالعه حاضر با هدف مقایسه کارکردهای تحولی خانواده و مهارت‌های تنظیم شناختی هیجان در نوجوانان مبتلا به اختلال سلوک و همتایان بهنجار انجام شد. به‌طور کلی، نتایج نشان‌دهنده تفاوت‌های معنادار میان این دو گروه در بسیاری از خرده مقیاس‌های کارکرد تحولی خانواده و راهبردهای تنظیم شناختی هیجان بود. کارکرد تحولی خانواده یکی از مفاهیم کلیدی در روان‌شناسی خانواده است که نقش مهمی در تعاملات درون

پاسخ‌گویی مناسب به هیجان‌های منفی، و بهره‌گیری از راهبردهای سازگارانۀ برای مدیریت این هیجانات در موقعیت‌های مختلف اطلاق می‌شود.^{۲۵-۲۱} در مطالعه حاضر، مقایسه راهبردهای تنظیم شناختی هیجان مثبت در دو گروه نوجوانان مبتلا به اختلال سلوک و همتایان بهنجار نشان داد که به‌جز راهبرد پذیرش، سایر راهبردها نظیر در مرکز توجه قرار گرفتن، تمرکز مجدد مثبت، ارزیابی مجدد مثبت و تمرکز مجدد بر برنامه‌ریزی، در دو گروه تفاوت آماری معناداری داشتند. نوجوانان مبتلا به اختلال سلوک، در استفاده از این راهبردها عملکرد ضعیف‌تری داشتند که نشانگر محدودیت آنها در بهره‌مندی از شیوه‌های مثبت برای مدیریت هیجانات است. این یافته‌ها بر اهمیت آموزش و توانمندسازی نوجوانان در به‌کارگیری راهبردهای مثبت تنظیم هیجان تأکید دارند. نتایج مطالعه طاهری و همکاران نیز تفاوت معناداری در میزان استفاده از راهبردهای تنظیم هیجان میان نوجوانان مبتلا به اختلال سلوک و همتایان بهنجار گزارش کرده‌اند.^{۱۳} همچنین، یافته‌های لوماس نشان می‌دهد که نقص در مهارت‌های تنظیم هیجان از پیش‌بینی‌کننده‌های اصلی بروز پرخاشگری در این نوجوانان است. در مقابل، افرادی با مهارت‌های تنظیم هیجانی بالا معمولاً روابط اجتماعی مثبت‌تری برقرار کرده و کمتر در معرض رفتارهای خصمانه قرار می‌گیرند.^{۲۶} در زمینه تنظیم هیجان منفی نیز نتایج مطالعه حاضر نشان داد که نوجوانان مبتلا به اختلال سلوک در استفاده از راهبردهای سرزنش خود و نشخوارگری، نسبت به گروه بهنجار نمرات بالاتری داشتند، در حالی که در راهبردهای فاجعه‌نمایی و سرزنش دیگران تفاوت معناداری مشاهده نشد. این نتایج بیانگر ناتوانی این نوجوانان در مدیریت هیجانات منفی به شیوه‌ای سازگارانۀ است و لزوم مداخلات روان‌شناختی باید با هدف کاهش استفاده از راهبردهای منفی را برجسته می‌سازد. در تضاد با این یافته‌ها، طاهری و همکاران نشان داده‌اند که نوجوانان مبتلا به اختلال سلوک، نمره بالاتری در راهبرد سرزنش دیگران کسب کرده‌اند؛ یافته‌ای که ممکن است به تفاوت در ابزارهای پژوهش و نمونه‌های مورد مطالعه مربوط باشد.^{۱۳} از نگاه گارنفسکی و همکاران، افراد دارای اختلال سلوک در مواجهه با شرایط ناگوار، دیگران را مقصر دانسته و مسئولیت را از خود سلب می‌کنند.^{۱۴} همچنین در پژوهش حاضر، برخلاف مطالعه طاهری، تفاوت معناداری در راهبرد فاجعه‌نمایی دیده نشد.^{۱۳} اما در هر دو مطالعه، نشخوارگری در نوجوانان مبتلا بیشتر گزارش شد.^{۱۳} نتایج مطالعات پیشین نیز بیانگر این یافته بود.^{۲۸،۲۷} این امر می‌تواند ناشی از باورهای منفی و ناکارآمد این نوجوانان و احساس ناتوانی در مواجهه با چالش‌های زندگی باشد. باریولا و همکاران نیز تأکید

یکپارچه در نظر می‌گیرد. این مدل، خانواده را به‌عنوان یک نظام زیستی-روانی تلقی می‌کند که با رشد و تکامل فردی اعضای خود، دچار تغییر و تحول می‌شود. مراحل هفت‌گانه‌ای که در این مدل مطرح شده‌اند، شامل توجه و تنظیم، صمیمیت، ارتباط دوسویه، حل مسئله اجتماعی، ایجاد بازنمایی‌ها و ایده‌ها، تفکر منطقی و انضباط هستند. هر یک از این مراحل به‌طور مستقیم یا غیرمستقیم بر سلامت روان و مسیر رشد فرد تأثیر گذارند. کارکرد ناکارآمد در این مراحل می‌تواند به تشدید نشانه‌های اختلال سلوک در نوجوانان منجر شود، در حالی‌که تعاملات مؤثر و عملکرد تحولی سالم خانواده، به کاهش شدت علائم و بهبود شرایط فردی و اجتماعی نوجوان کمک می‌کند. در مجموع، می‌توان نتیجه گرفت که روابط خانوادگی و کیفیت عملکرد تحولی خانواده، نقش تعیین‌کننده‌ای در پیشگیری، مدیریت و درمان اختلال سلوک در نوجوانان ایفا می‌کنند.^{۱۱،۱۰} بر اساس نتایج مطالعه حاضر، نوجوانان مبتلا به اختلال سلوک در مقایسه با گروه بهنجار در بیشتر متغیرهای مربوط به کارکرد تحولی خانواده میانگین پایین‌تری داشتند. به طوری‌که مقایسه میانگین‌های مربوط به نمرات خرده مقیاس‌های کارکرد تحولی خانواده در دو گروه مورد بررسی با استفاده از آزمون مانوا نشان داد که به غیر از خرده مقیاس ایجاد بازنمایی‌ها و ایده‌ها، شش خرده مقیاس دیگر (توجه و تنظیم، صمیمیت و مشارکت در روابط، ارتباط عمده دو طرفه، حل مساله اجتماعی مشترک، تفکر منطقی و انضباط) در دو گروه نوجوانان مبتلا به اختلال سلوک و بهنجار از تفاوت آماری معناداری برخوردار بود. نظریه گرینسپن بر اهمیت محیط خانوادگی در رشد تحولی تأکید دارد و بیان می‌کند که خانواده‌ای با ضعف در این حوزه‌ها نمی‌تواند به‌خوبی نیازهای روان‌شناختی نوجوان را برآورده کند.^{۱۰} بنابراین، طراحی و اجرای برنامه‌های آموزشی برای والدین با تمرکز بر تقویت صمیمیت، حل مسئله اجتماعی، تفکر منطقی و انضباط توصیه می‌شود تا محیطی امن و حمایتگر فراهم شود که در آن رفتارهای مشکل‌ساز نوجوان کاهش یابد. نقص در تنظیم هیجان یکی از ویژگی اصلی در بسیاری از اختلالات روانی محسوب می‌شود و دامنه وسیعی از مشکلات درونی‌سازی و برونی‌سازی، از جمله اختلال سلوک، را در بر می‌گیرد.^{۱۵} اختلال سلوک که با رفتارهای تهاجمی شدید، نقض حقوق دیگران و الگوهای ضد اجتماعی مشخص می‌شود، با نقایص در پردازش و تنظیم هیجانات ارتباط دارد.^{۲۰} پژوهش‌های متعددی نشان داده‌اند که ضعف در تنظیم هیجانی با بروز انواع مختلفی از اختلالات رفتاری در کودکی، به‌ویژه اختلال سلوک در ارتباط است. تنظیم هیجان به توانایی فرد در آگاهی، درک و پذیرش هیجانات،

حمایت‌های روان‌شناختی برای والدین و نوجوانان به‌منظور تقویت راهبردهای مثبت تنظیم هیجان، به‌ویژه در مواجهه با استرس‌ها و چالش‌های روزمره، می‌تواند به بهبود وضعیت روانی و اجتماعی آنها کمک کند و در نهایت به کاهش علائم اختلال سلوک منجر شود.

قدردانی

نویسندگان بر خود لازم می‌دانند تا بدین وسیله مراتب تشکر و قدردانی خود را از آموزش و پرورش شهر تبریز و مدارس مورد بررسی به جهت مساعدت‌های آنان اعلام نمایند.

مشارکت پدیدآوران

زهره بخت شکوهی: جمع‌آوری داده‌ها، تهیه پیش‌نویس؛ بهزاد شالچی تحلیل و تفسیر داده‌ها؛ ایوب مالک: تهیه پیش‌نویس؛ صابر پورحسن: جمع‌آوری داده‌ها؛ شاهرخ امیری: ایده‌پردازی و طراحی اثر را بر عهده داشته‌اند. همچنین مؤلفان، نسخه نهایی پیش‌نویس مقاله را مطالعه و تأیید نموده‌اند.

منابع مالی

این مقاله حمایت مالی ندارد.

دسترس‌پذیری داده‌ها

داده‌های ایجاد شده در این مطالعه در صورت درخواست معقول از پدیدآور رابط ارائه می‌گردد.

ملاحظات اخلاقی

این مقاله منتج از پایان‌نامه دوره دکتری فوق‌تخصص و دارای کد اخلاق به شماره IR.TBZMED.REC.1402.246 از کمیته اخلاق دانشگاه علوم پزشکی تبریز است. قبل از شروع جمع‌آوری داده‌ها، اطلاعات کاملی درباره هدف، روش و محرمانگی اطلاعات به شرکت‌کنندگان ارائه شد. از نوجوانان رضایت شفاهی اخذ گردید و والدین آنها نیز به‌عنوان سرپرست قانونی، رضایت آگاهانه خود را اعلام کردند. جمع‌آوری داده‌ها در فضایی امن و بدون حضور سایر همسالان یا کادر آموزشی انجام شد. در تمامی مراحل پژوهش، از کدگذاری داده‌ها به‌جای استفاده از نام واقعی شرکت‌کنندگان استفاده گردید تا هویت آنها ناشناس بماند. همچنین، در معرفی پژوهش به دانش‌آموزان، تمرکز بر ارزیابی مهارت‌های شناختی و هیجانی بود و از به‌کار بردن اصطلاحات تشخیصی که ممکن است باعث ایجاد انگ شود، پرهیز شد. علاوه بر این، کلیه اطلاعات

کرده‌اند که تنظیم هیجان یکی از مهارت‌های رشدی مهم است که در محیط خانواده از طریق آموزش مستقیم و الگوبرداری فراگرفته می‌شود. خانواده با ایفای نقش حمایتی و روانی، تأثیر مهمی بر توانمندی‌های روانی و تنظیم هیجان نوجوانان دارند. مطالعات باریولا نیز اهمیت خانواده در کنترل هیجانات و اختلال سلوک نوجوانان را تأیید می‌کنند.^{۳۹} تأکید بر آموزش راهبردهای تنظیم شناختی هیجان مثبت به نوجوانان، به‌ویژه در مدارس و مراکز مشاوره، ضروری است. برنامه‌های مداخله‌ای می‌توانند نوجوانان را با شیوه‌های مؤثری مانند ارزیابی مجدد مثبت، تمرکز مجدد مثبت و دیدگاه‌پذیری آشنا کرده و به‌طور مستقیم به بهبود روابط اجتماعی و کاهش رفتارهای پرخطرانه کمک کنند. نتایج مطالعه امیری و همکاران نیز نشان داد که کارکرد تحولی خانواده به‌واسطه راهبردهای منفی و مثبت تنظیم شناختی هیجان با علائم اختلال سلوک رابطه معناداری داشته و می‌توان از آن در کنترل اختلال سلوک استفاده نمود.^{۳۰} به‌طور کلی، با توجه به ارتباط کارکرد خانواده و تنظیم شناختی هیجان با علائم اختلال سلوک، طراحی برنامه‌های پیشگیری در سنین ابتدایی کودکی، به‌ویژه برای خانواده‌هایی که با مشکلات رفتاری کودکان مواجه هستند، پیشنهاد می‌شود. این برنامه‌ها می‌توانند از بروز و شدت یافتن اختلال سلوک در دوره نوجوانی جلوگیری کنند. مداخلاتی که بر ترکیب آموزش مهارت‌های فردی (مانند تنظیم هیجان) و اصلاح محیط خانوادگی تمرکز دارند، می‌توانند اثربخشی بیشتری داشته باشند. همکاری مؤثر میان والدین، مدارس و متخصصان سلامت روان در طراحی و اجرای این برنامه‌ها، ضامن ارتقا سلامت روان نوجوانان خواهد بود.

نتیجه‌گیری

نتایج این مطالعه نشان‌دهنده تفاوت‌های معنادار در کارکرد تحولی خانواده و راهبردهای تنظیم شناختی هیجان میان نوجوانان مبتلا به اختلال سلوک و همتایان بهنجار است. نوجوانان مبتلا به اختلال سلوک در اغلب جنبه‌های کارکرد خانواده، از جمله توجه و تنظیم، صمیمیت و انضباط، ضعف نشان دادند، که می‌تواند بر حمایت‌های خانوادگی و تعاملات مثبت با نوجوانان تأثیر منفی بگذارد. همچنین، در زمینه تنظیم شناختی هیجان، این نوجوانان به‌طور عمده از راهبردهای منفی نظیر فاجعه‌نمایی و خودسرزنشگری استفاده کرده و در استفاده از راهبردهای مثبت نظیر ارزیابی مجدد مثبت و تمرکز مجدد ضعیف‌تر عمل کردند. با توجه به نتایج به‌دست‌آمده، پیشنهاد می‌شود که برنامه‌های درمانی برای این گروه از نوجوانان، با تمرکز بر بهبود مهارت‌های تنظیم هیجان و ارتقای کارکردهای خانواده، طراحی شوند. آموزش و

تعارض منافع

نویسندگان اظهار می‌دارند که هیچ‌گونه منافع متقابل از تألیف یا انتشار این مقاله ندارند.

تشخیصی نوجوانان به‌صورت کاملاً محرمانه نگهداری شد. برای حفظ حریم خصوصی شرکت‌کنندگان، تشخیص‌ها صرفاً در اختیار تیم پژوهشی و روانپزشک فوق‌تخصص کودک و نوجوان قرار گرفت و هیچ‌گونه اطلاعات فردی یا نتایج ارزیابی‌ها با والدین، معلمان یا سایر دانش‌آموزان به اشتراک گذاشته نشد. هیچ هزینه اضافی به آزمودنی‌ها تحمیل نشد و حق آنها برای خروج از مطالعه در هر مرحله‌ای تضمین شد و کلیه نکات اخلاقی بر اساس معاهده هلسینکی رعایت گردید.

References

1. Parsakia K, Rostami M, Darbani SA, Saadati N, Navabinejad S. Explanation of the concept of generation disjunction in studying generation z. *Journal of Adolescent and Youth Psychological Studies*. 2023;4(2):136-42. doi: 10.61838/kman. Jayps.4.2.15
2. Cui Y, Li F, Leckman JF, Guo L, Ke X, Liu J, et al. The prevalence of behavioral and emotional problems among Chinese school children and adolescents aged 6–16: a national survey. *European Child & Adolescent Psychiatry*. 2021;30:233-41. doi: 10.1007/s00787-020-01507-6
3. Ormel J, Oerlemans AM, Raven D, Oldehinkel AJ, Laceulle OM. Mental disorder during adolescence: Evidence of arrested personality development. *Clinical Psychological Science*. 2020;8(3):395-411. doi: 10.1177/2167702619896372
4. Pisano S, Muratori P, Gorga C, Levantini V, Iuliano R, Catone G, et al. Conduct disorders and psychopathy in children and adolescents: aetiology, clinical presentation and treatment strategies of callous-unemotional traits. *Italian journal of pediatrics*. 2017;43:1. doi: 10.1186/s13052-017-0404-6
5. Simó FZ. Diagnostic And Statistical Manual Of Mental Disorders (Dsm): To Be Or Not To Be. *Különleges Bánásmód-Interdiszciplináris folyóirat*. 2022;8(4):95-103. doi: 10.18458/KB.2022.4.95
6. Molavi P, Mohammadi MR, Khaleghi A, Nadr Mohammadi Moghadam M. Prevalence of psychiatric disorders in children and adolescents in Ardabil province: A population-based study. *J Ardabil Univ Med Sci*. 2018;18(2):240-51. doi: 10.29252/jarums.18.2.240
7. Hosseinaloo N, Soleimani M, Ghorban Jahromi R. The role of attributional and parenting styles in predicting conduct disorder with the mediating role of executive function in first-year high school students. *Journal of Education and Evaluation (Quarterly)*. 2022;15(57): 105-26. [Persian].
8. Shalchi B, Beigzadeh MN, Shafiee-Kandjani AR, Shahrokhi H, Khanmiri BH. Childhood maltreatment and vulnerability to substance use disorders: The mediating role of psychological security. *Health promotion perspectives*. 2024;14(2):193. doi: 10.34172/hpp.42525
9. Tutunchian S, Shafiee-Kandjani AR, Malek A, Shalchi B. Assessing the validity and reliability of the persian version of Self-concept and Identity Measure in an Iranian population. *Medical Journal of Tabriz University of Medical Sciences*. 2025 Jan 19. doi: 10.34172/mj.025.33856
10. Greenspan SI, Wieder S. Infant and early childhood mental health: A comprehensive development approach to assessment and intervention: American Psychiatric Publishing, Inc.;2006.
11. Connolly EJ, Kavish N. The causal relationship between childhood adversity and developmental trajectories of delinquency: A consideration of genetic and environmental confounds. *Journal of youth and adolescence*. 2019;48:199-211. doi: 10.1007/s10964-018-0960-0
12. Garnefski N, Kraaij V. Cognitive coping and goal adjustment are associated with symptoms of depression and anxiety in people with acquired hearing loss. *International journal of audiology*. 2012;51(7):545-50. doi: 10.3109/14992027.2012.675628
13. Taheri M. Comparison of executive functions and cognitive emotion regulation skills in adolescents with conduct disorder and normal peers. *Journal of Modern Advances in Behavioral Sciences*. 2017;2(9):1-15. [Persian].
14. Melnyk BM, Pamela Lusk DN, editors. A practical guide to child and adolescent mental health screening, evidence-based assessment, intervention, and health promotion. Springer Publishing Company; 2021.
15. Jabarian M, Rad FG, Shalchi B. The Relationship Between Internalizing Syndromes and Morbid

- Curiosity and Cyber Aggression in Adolescents: Cyber Aggression in Adolescents. *International journal of medical toxicology and forensic medicine*. 2024;14(03):E44583. doi: 10.32598/ijmtfm.v14i03.44583
16. Aali S, AminYazdi SA, Abdekhodaei MS, Ghanaei Chamanabad A, Moharrari F. Development and Validation of a New Questionnaire to Assess Family Function Development based Mental Individual-Difference Relationship Approach (DIR). *Research in Clinical Psychology and Counseling*. 2014;3(2):157-76. doi: 10.22067/ijap.v3i2.36678. [Persian].
17. Garnefski N, Kraaij V, van Etten M. Specificity of relations between adolescents' cognitive emotion regulation strategies and internalizing and externalizing psychopathology. *Journal of adolescence*. 2005;28(5):619-31. doi: 10.1016/j.adolescence.2004.12.009
18. Besharat MA. Cognitive Emotion Regulation Questionnaire: Administration and Scoring Method. 2016;13(50):221-23.
19. Asanjarani F, Arslan G. Measuring the emotional and behavioral problems among Iranian students: A psychometric study. *Journal of Education for Students Placed at Risk (JESPAR)*. 2021;26(4):302-15.
20. Kaufman EA, Xia M, Fosco G, Yaptangco M, Skidmore CR, Crowell SE. The Difficulties in Emotion Regulation Scale Short Form (DERS-SF): Validation and replication in adolescent and adult samples. *Journal of psychopathology and behavioral assessment*. 2016;38:443-55. doi: 10.1007/s10862-015-9529-3
21. Folk JB, Zeman JL, Poon JA, Dallaire DH. A longitudinal examination of emotion regulation: Pathways to anxiety and depressive symptoms in urban minority youth. *Child and adolescent mental health*. 2014;19(4):243-50. doi: 10.1111/camh.12058
22. Fu L, Wang P, Zhao M, Xie X, Chen Y, Nie J, et al. Can emotion regulation difficulty lead to adolescent problematic smartphone use? A moderated mediation model of depression and perceived social support. *Children and Youth Services Review*. 2020;108:104660. doi: 10.1016/j.childyouth.2019.104660
23. Li C, Fu P, Wang M, Xia Y, Hu C, Liu M, et al. The role of self-esteem and emotion regulation in the associations between childhood trauma and mental health in adulthood: a moderated mediation model. *BMC psychiatry*. 2023;23(1):241. doi: 10.1186/s12888-023-04719-7
24. Raschle NM, Fehlbaum LV, Menks WM, Martinelli A, Prätzlich M, Bernhard A, et al. Atypical dorsolateral prefrontal activity in female adolescents with conduct disorder during effortful emotion regulation. *Biological Psychiatry: Cognitive Neuroscience and Neuroimaging*. 2019;4(11):984-94. doi: 10.1016/j.bpsc.2019.05.003
25. Roche C, Trompeter N, Bussey K, Mond J, Cunningham ML, Murray SB, et al. Gender compatibility and drive for muscularity among adolescent boys: Examining the indirect effect of emotion regulation difficulties. *Body image*. 2021;39:213-20. doi: 10.1016/j.bodyim.2021.08.009
26. Lomas J, Stough C, Hansen K, Downey LA. Brief report: Emotional intelligence, victimisation and bullying in adolescents. *Journal of adolescence*. 2012;35(1):207-11. doi: 10.1016/j.adolescence.2011.03.002
27. Dahl RE. Affect regulation, brain development, and behavioral/emotional health in adolescence. *CNS spectrums*. 2001;6(1):60-72. doi: 10.1017/s1092852900022884
28. Garnefski N, Kraaij V. Effects of a cognitive behavioral self-help program on emotional problems for people with acquired hearing loss: a randomized controlled trial. *Journal of Deaf Studies and Deaf Education*. 2012;17(1):75-84. doi: 10.1093/deafed/enr020
29. Bariola E, Hughes EK, Gullone E. Relationships between parent and child emotion regulation strategy use: A brief report. *Journal of child and family studies*. 2012;21:443-8. doi: 10.1007/s10826-011-9497-5
30. Amiri S, Shalchi B, Malek A, Pour Hasan S, Bakht Shokuhi Z. Developmental Family Functioning and Conduct Disorder Symptoms in Teenagers: The Function of Cognitive Emotion Regulation. *International Journal of School Health*. 2024;11(4):241-50. doi: 10.30476/intjsh.2024.101304.1380