

The effectiveness of cognitive behavioral therapy on behavioral inhibition and self-efficacy in children with specific learning disorders

Seyedeh Maryam Ghavampour Hashemi¹, Rajabali Mohammadzadeh Admolai², Maryam Bagheri Kaboodkola³

1-MSc, Department of Psychology, Ayatollah Amoli Branch, Islamic Azad University, Amol, Iran.

2- Assistant Professor, Department of Psychology, Payame Noor University, Tehran, Iran (Corresponding Author).

E-mail: R.mohammadzadeh@pnu.ac.ir

3- MSc, Department of Psychology, Ayatollah Amoli Branch, Islamic Azad University, Amol, Iran.

Received: 06/01/2023

Accepted: 18/06/2023

Abstract

Introduction: Specific learning disorder is one of the most important school-age disorders, and about 2-10% of children suffer from this disorder.

Aim: The research was conducted with the aim of determining the effectiveness of cognitive behavioral therapy on behavioral inhibition and self-efficacy in children with specific learning disorders.

Method: The research method was a semi-experimental type of pre-test and post-test with a control group. The statistical population of the research includes all elementary school girls aged 10 to 12 years who referred to the center of learning disorders in Babol city in 2021 (207 people), of which 30 people were selected by the available method and randomly in two experimental groups and controls were replaced. To collect data, Hoffmann (1984) Go/no-go Test (behavioral inhibition) and Morris Self-efficacy Questionnaire (2001) were used. The cognitive behavioral therapy program was implemented in 10 sessions of 45 minutes based on Seiler's model (2008) only on the experimental group. The data was analyzed using multivariate analysis of covariance (MANCOVA) with SPSS software version 18.

Results: The results showed that there is a significant difference between the pre-test and post-test scores of the experimental and control groups in behavioral inhibition and self-efficacy in children with specific learning disorders ($P < 0.01$). In general, cognitive behavioral therapy is effective on behavioral inhibition and self-efficacy in children with specific learning disorders ($P < 0.01$).

Conclusion: According to the results of this research, paying attention to the role of cognitive behavioral therapy in creating changes in the behavioral inhibition system and self-efficacy has important therapeutic implications. Therefore, paying attention to the role of cognitive behavioral therapy in making changes in the behavioral inhibition system and self-efficacy has important therapeutic implications.

Keywords: Behavioral inhibition, Self-efficacy, Specific learning disorder, Cognitive behavioral therapy

How to cite this article: Ghavampour Hashemi SM, Mohammadzadeh Admolai R, Bagheri Kaboodkola M. The effectiveness of cognitive behavioral therapy on behavioral inhibition and self-efficacy in children with specific learning disorders. *Shenakht Journal of Psychology and Psychiatry*. 2023; 10(3): 54-67. URL: <https://shenakht.muk.ac.ir/article-1-1775-en.pdf>

Copyright © 2018 the Author (s). Published by Kurdistan University of Medical Sciences. This is an open access article distributed under the terms of the Creative Commons Attribution-Non Commercial License 4.0 (CCBY-NC), where it is permissible to download, share, remix, transform, and buildup the work provided it is properly cited. The work cannot be used commercially without permission from the journal.

اثربخشی درمان شناختی رفتاری بر بازداری رفتاری و خوداثرمندی در کودکان مبتلا به اختلال یادگیری خاص

سیده مریم قوام پور هاشمی^۱، رجبعلی محمد زاده ادملایی^۲، مریم باقری کبود کلا^۳

۱. کارشناس ارشد، گروه روانشناسی، واحد آیت الله آملی، دانشگاه آزاد اسلامی، آمل، ایران.

۲. استادیار، گروه روانشناسی، دانشگاه پیام نور، تهران، ایران (مولف مسئول). ایمیل: R.mohammadzadeh@pnu.ac.ir

۳. کارشناس ارشد، گروه روانشناسی، واحد آیت الله آملی، دانشگاه آزاد اسلامی، آمل، ایران.

تاریخ پذیرش مقاله: ۱۴۰۲/۰۳/۲۸

تاریخ دریافت مقاله: ۱۴۰۱/۱۰/۱۶

چکیده

مقدمه: اختلال یادگیری خاص از مهم‌ترین اختلال‌های دوران مدرسه است که حدود ۲ تا ۱۰ درصد از کودکان مبتلا به این اختلال هستند.

هدف: هدف پژوهش حاضر تعیین اثربخشی درمان شناختی رفتاری بر بازداری رفتاری و خوداثرمندی در کودکان مبتلا به اختلال یادگیری خاص بود.

روش: روش پژوهش نیمه‌آزمایشی از نوع پیش‌آزمون-پس‌آزمون همراه با گروه کنترل بود. جامعه آماری شامل تمامی دانش‌آموزان دختر ابتدایی ۱۰ تا ۱۲ ساله مراجعه‌کننده به مرکز اختلالات یادگیری آموزش و پرورش شهر بابل در سال ۱۴۰۰ بود (۲۰۷ نفر)، که تعداد ۳۰ نفر از آنان به صورت در دسترس انتخاب و به روش تصادفی در دو گروه آزمایش و کنترل جایگزین شدند. جهت گردآوری داده‌ها از آزمون برو/نرو (بازداری رفتاری) هافمن (۱۹۸۴) و پرسشنامه خوداثرمندی موریس (۲۰۰۱) استفاده شد. برنامه درمان شناختی رفتاری در ۱۰ جلسه ۴۵ دقیقه‌ای براساس مدل سیلر (۲۰۰۸) صرفاً بر روی گروه آزمایش اجرا شد. داده‌ها با استفاده از روش تحلیل کوواریانس چندمتغیره (مانکوا) و نرم‌افزار SPSS نسخه ۱۸ مورد تحلیل قرار گرفت.

یافته‌ها: نتایج نشان داد بین نمرات پیش‌آزمون و پس‌آزمون دو گروه آزمایش و کنترل در بازداری رفتاری و خوداثرمندی در کودکان مبتلا به اختلال یادگیری خاص تفاوت معنی‌داری وجود دارد ($P < 0/01$). به طور کلی درمان شناختی رفتاری بر بازداری رفتاری و خوداثرمندی در کودکان مبتلا به اختلال یادگیری خاص تأثیر معنی‌داری داشت ($P < 0/01$).

نتیجه‌گیری: مطابق با یافته‌ها درمان شناختی رفتاری بر بازداری رفتاری و خوداثرمندی در کودکان مبتلا به اختلال یادگیری خاص مؤثر بود؛ بنابراین توجه به نقش درمان شناختی رفتاری در ایجاد تغییرات در سیستم بازداری رفتاری و خوداثرمندی تلویحات درمانی مهمی را در بر دارد.

کلیدواژه‌ها: بازداری رفتاری، خوداثرمندی، اختلال یادگیری خاص، درمان شناختی رفتاری

مقدمه

بازداری رفتاری^{۱۴} به عنوان تمایلی برای واکنش به تازگی اجتماعی و غیر اجتماعی یا رفتاری توصیف شده است که با سطوح بالایی از محدودیت، کناره‌گیری و اجتناب مشخص می‌شود (هافر، وال، مایر، میچی، بیسود بائوم و همکاران^{۱۵}، ۲۰۱۸). در زمینه‌های اجتماعی جدید، بازداری رفتاری با تماس چشمی کمتر، لبخند زدن یا صدا زدن همراه است. کودکان با بازداری رفتاری بالا ممکن است در نحوه تعامل سیستم‌های پردازش اطلاعات و سیستم‌های پاسخ با یکدیگر متفاوت باشند. فرآیندهای اطلاعات خودکار و انعکاسی مغرضانه ممکن است منجر به درک بیش از حد عمومی از محرک‌های جدید به عنوان تهدیدهای بالقوه شود (هندرسون، پین و فوکس^{۱۶}، ۲۰۱۵). برای کودکانی که دارای بازداری رفتاری بالایی هستند، تحریک قوی‌تری از نواحی عصبی درگیر در پردازش خودکار و پاسخ‌های ترس مانند آمیگدال، قشر جلوی مغز و مخاط، شناسایی شده است. همچنین، فعالیت‌های واگرا در قشر جلوی پیشانی پشتی جانبی گزارش شده‌اند که با پردازش اطلاعات کنترل شده‌تر، مانند پیش‌بینی پاداش یا کنترل تکانه همراه است (مودرا، گویل، مولر، استورمن، اسپچول-مارکوت و همکاران^{۱۷}، ۲۰۲۲). فعالیت بیش از حد این سیستم، باعث ایجاد اختلال‌های اضطرابی دوران کودکی شده و نقص در فعالیت آن در اختلال بیش‌فعالی نقش دارد (کوبلوا، سیدل، کوهلر، اشنایدر، هبال و همکاران^{۱۸}، ۲۰۱۴). دو مؤلفه این سیستم، اجتناب منفعل (اجتناب از تنبیه از طریق عدم فعالیت یا

اختلالات یادگیری خاص^۱ که اغلب به عنوان ناتوانی یادگیری از آن یاد می‌شود، یک اختلال رشد عصبی^۲ است و به مشکلات مداوم در یکی از سه مهارت اساسی خواندن، نوشتن و حساب، که لازمه‌های ضروری برای فرآیند یادگیری هستند، اشاره دارد (انجمن روانپزشکی آمریکا^۳، ۲۰۱۳). این مشکلات، یعنی نارساخوانی^۴، دیس‌گرافی^۵، دیس‌کالکولیا^۶، دیسپراکسی^۷ و آفازی رشدی^۸ می‌توانند به تنهایی یا در ترکیبات مختلف از مشکلات خفیف تا شدید رخ دهند. راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی ویرایش پنجم^۹ شیوع همه اختلالات یادگیری (از جمله اختلال در نوشتن، خواندن و ریاضیات) را حدود ۵ تا ۱۵ درصد در سراسر جهان تخمین می‌زند (اسکاریا، بیهاسکاران، گنورگی^{۱۰}، ۲۰۲۲). در مجموع اختلالات یادگیری ۲ تا ۱۰ درصد از جمعیت سن مدرسه را در سراسر جهان تحت تأثیر قرار می‌دهد (لینو چیفو^{۱۱}، ۲۰۲۲). این کودکان ممکن است در چند درس یا فقط در یک درس مشکل داشته باشند؛ اما عملکرد ضعیف ناشی از بازداری رفتاری^{۱۲} بالا در این کودکان مبتلا به اختلال یادگیری است (فنیوک، آلی، فیلمینگام، ویلیامز و برایانت^{۱۳}، ۲۰۱۶).

1- Specific learning disorders

2- Neurodevelopmental disorder

3- American Psychiatric Association

4- Dyslexia

5- Dysgraphia

6- Dyscalculia

7- Dyspraxia

8- Developmental aphasia

9- Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-5)

10- Scariol, Bhaskaran & George

11- Lino & Chieffo

12- Behavioral inhibition

13- Fenwick, Alle, Felmingham, Williams & Bryant

14- Behavioral inhibition

15- Hofer, Wahl, Meyer, Miché, Beesdo-Baum & et al

16- Henderson, Pine & Fox

17- Mudra, Göbel, Möhler, Stuhmann, Schulte-Markwort & et al

18- Kobeleva, Seidel, Kohler, Schneider, Hebal & et al

جازاری، ورنر، کریمر و همکاران^۶، ۲۰۱۲). نظریه شناخت اجتماعی مبتنی بر الگوی علی سه جانبه رفتار، محیط و فرد است و این الگو به ارتباط متقابل بین رفتار، اثرات محیطی و عوامل فردی (عوامل شناختی، عاطفی و بیولوژیک) که به ادراک فرد برای توصیف کارکردهای روانشناختی اشاره دارد، تأکید می‌کند (استکا، آبالا، مونزانی، گراکو، هازل و همکاران^۷، ۲۰۱۴). انسان‌ها دارای نوعی نظام خود کنترلی و نیروی خود تنظیمی هستند و توسط آن نظام بر افکار، احساسات و رفتارهای خود کنترل دارند و بر سرنوشت خود نقش تعیین کننده‌ای ایفا می‌کنند (فاستر، روسل، دیلون، بیتسکو، گادر و همکاران^۸، ۲۰۱۴). به‌رغم پیشرفت‌های شایان توجهی که در مداخلات درمانی مربوط به اختلال یادگیری صورت گرفته است، همچنان با شیوع بالا، عود مکرر دوره‌ها و مزمن شدن اختلال یادگیری مواجه هستیم (کال، بکلوند، شافران و آندرسون^۹، ۲۰۲۰).

موضوعی که پس از تشخیص این نوع اختلال مهم است به کاربردن اقدامات درمانی به موقع و مناسب جهت بهبود مشکلات این دانش‌آموزان و جلوگیری از آسیب‌های بعدی است و در صورت عدم درمان، این افراد در جامعه با مشکلات زیادی مواجه خواهند شد (اورکی، زارع و عطار قصبه، ۱۳۹۶). درمان شناختی رفتاری در شناسایی، اجتناب و مقابله به بیماران با مشکلات کمک می‌کند (اوسلیوان، ژایو و واتز^{۱۰}، ۲۰۱۷). یعنی در شناسایی موقعیت‌هایی که احتمال رفتار پرخطر در آن‌ها زیاد است و اجتناب از این

تسلیم) و خاموشی (متوقف شدن رفتارهایی که پاداشی در پی ندارد) است (رادهو و همکاران^۱، ۲۰۱۲). این ساختارها موجب افزایش برانگیختگی و توجه، فراخوانی حالات عاطفی اضطراب، بازداری رفتاری، اجتناب منفعل، خاموشی و تجربه عواطف منفی می‌شوند (رهبر کرباسدهی، حسین‌خانزاده و رهبر کرباسدهی، ۱۳۹۶) و با نظام‌هایی که اضطراب در آن نقش دارد، همپوشی دارند (فتاحی اندبیل، صابری و کاظمی کواکی، ۱۳۹۷). در نتیجه، بازداری رفتاری فعال با احساس اضطراب، نگرانی و مخصوصاً خودآزمندی پایین در کودکان مبتلا به اختلال یادگیری خاص مطابقت دارد (ترپ، هیجارتاگ و بیشولت^۲، ۲۰۱۹).

یکی از ویژگی‌های کودکان مبتلا به طور کلی با توجه به وجود اختلال یادگیری عدم انرژی کافی و توانمندی مؤثر در انجام کارها است که ناشی از بی‌انگیزگی این کودکان است که اصطلاحاً خودآزمندی^۳ پایینی دارند (ترپ و همکاران، ۲۰۱۹). خودآزمندی از نظریه شناخت اجتماعی، مشتق شده است که به باورها یا قضاوت‌های فرد به توانایی‌های خود در انجام وظایف و مسئولیت‌ها اشاره دارد (گیوموند، برینگن، ویتارو و دیونی بویون^۴، ۲۰۱۵) که دارای سه مؤلفه اندازه (سطح)، عمومیت، نیرومندی است (چان، یو و لی^۵، ۲۰۲۱). به طور کلی با توجه به وجود اختلال یادگیری میزان خودآزمندی این کودکان کاهش یافته است که منجر می‌شود تلاش کافی برای بهبود عملکرد توسط این کودکان به راحتی صورت نپذیرد (گلدین، زیو،

6- Goldin, Ziv, Jazaieri, Werner, Kraemer & et al

7- Steca, Abela, Monzani, Greco, Hazel & et al

8- Foster, Russell, Dillon, Bitsko, Godder & et al

9- Käll, Backlund, Shafraan & Andersson

10- O'Sullivan, Xiao & Watts

1- Radhu & et al

2- Terp, Hjärthag & Bisholt

3- Self-Efficacy

4- Guimond, Brendgen, Vitaro, Dionne & Boivin

5- Chan, Yu & Li

با در نظر گرفتن پیامدهای بلندمدت اختلالات یادگیری و شیوع گسترده این اختلالات و همچنین با توجه به مشکلاتی که این اختلالات برای خود فرد، خانواده و جامعه ایجاد می‌کند؛ و از طرفی با علم به ناکافی بودن روش‌های رایج درمانی، اهمیت توجه به این گروه از اختلالات و لزوم بهره‌گیری از راهبردهای جدید درمانی در این اختلالات بسیار آشکار است. در پژوهش‌های گذشته در داخل کشور به نظر می‌رسد مطالعه‌ای به‌طور دقیق به بررسی اثربخشی درمان شناختی رفتاری بر بازداری رفتاری و خودآزمندی در کودکان مبتلا به اختلال یادگیری خاص صورت نگرفته است؛ لذا در راستای برطرف کردن خلأ موجود میان مطالعات انجام شده، هدف پژوهش حاضر تعیین اثربخشی درمان شناختی رفتاری بر بازداری رفتاری و خودآزمندی در کودکان مبتلا به اختلال یادگیری خاص بود.

روش

روش پژوهش نیمه‌آزمایشی با طرح پیش‌آزمون- پس-آزمون همراه با گروه کنترل بود. جامعه آماری پژوهش حاضر شامل تمامی دانش‌آموزان دختر ابتدایی ۱۰ تا ۱۲ ساله مراجعه‌کننده به مرکز اختلالات یادگیری آموزش و پرورش شهر بابل در سال ۱۴۰۰ به تعداد ۲۰۷ نفر بود. براساس جدول کرجسی و مورگان^۴ تعداد ۱۳۲ نفر از بین جامعه مورد نظر به صورت در دسترس انتخاب و سپس پرسشنامه خودآزمندی و آزمون بازداری رفتاری بین این افراد توزیع شد. سپس از بین آن‌ها ۴۵ نفر از دانش‌آموزانی که کمترین نمره را در

موقعیت‌ها و مقابله‌ی مؤثر با مسائل را امکان‌پذیر می‌سازد (انصاری، اصغرنژاد فرید، رضانی فرانی و صالحی فدردی، ۱۳۹۹). فرض بنیادی درمان شناختی رفتاری این است که فرایندهای یادگیری نقش مهمی در ایجاد و تداوم رفتارها ایفا می‌کنند (تورنر، اندرسون، بلدرسون، کوک، شرمن و همکاران، ۲۰۱۶). از طرفی دیگر پیشینه پژوهشی و نتایجی که درمانگران از این روش درمانی کسب نموده‌اند، سبب گردیده است که همواره درصدد بهبود این روش درمانی با تکنیک‌های شناختی رفتاری باشند (لی، آن، لوین و توهیگ^۲، ۲۰۱۵).

در همین راستا ذبیحی، ضامنی جعفرکلانی و ذبیحی (۱۳۹۸) نشان داده‌اند که درمان شناختی رفتاری گروهی بر خودکارآمدی دانش‌آموزان متوسطه اول تأثیر دارد. میرشجاع، هکامتی و اذانی (۱۳۹۷) دریافتند که بازی درمانی شناختی بر خودکارآمدی تحصیلی جینک و مورگان در حیطة کوشش و در اضطراب اسپنس تفاوت معنادار بود. عاشوری و دلال زاده (۱۳۹۷) به این نتیجه رسیدند که بازی درمانی مبتنی بر مدل شناختی رفتاری بر مشکلات رفتاری و مهارت‌های اجتماعی کودکان پیش‌دبستانی با اختلال نارسایی توجه/ بیش‌فعالی مؤثر بود. چان و همکاران (۲۰۲۱) نشان دادند که درمان شناختی مبتنی بر ذهن‌آگاهی و خودآزمندی اثرگذار است. مک گوایر و استورچ^۳ (۲۰۱۹) دریافتند که درمان شناختی رفتاری در میزان رفتارهای بازدارنده برای کودکان و نوجوانان اثرگذار است.

^۱- Turner, Anderson, Balderson, Cook, Sherman & et al

^۲- Lee, An, Levin & Twohig

^۳- McGuire & Storch

^۴- Krejci & Morgan

انجام پژوهش، با مراجعه به مدارس و انتخاب افراد مد نظر، جلسات درمانی توسط کارشناس ارشد روانشناس بالینی همراه با نظارت استاد راهنما بر روی گروه آزمایش انجام شد. ابتدا پیش‌آزمون بر روی گروه آزمایش و گروه کنترل انجام گردید. سپس برای گروه آزمایش از درمان شناختی رفتاری کودکان ۷ تا ۱۴ سال براساس دستورالعمل سیلر (۲۰۰۸) استفاده شد که با توالی هفته‌ای ۲ جلسه به مدت زمان ۴۵ دقیقه انجام گردید. اما گروه کنترل مداخله‌ای دریافت نکرد. در پایان جلسات از هر دو گروه پس‌آزمون گرفته شد. قبل از شروع جلسات ملاحظات اخلاقی از جمله اهداف پژوهش، رازداری، حفظ حریم افراد بیان گردید. همچنین رضایت‌نامه آگاهانه از والدین و مدیر مدرسه به منزله تعهد شرکت در پژوهش از افراد دریافت شد. جهت تحلیل داده‌ها از روش آمار توصیفی میانگین و انحراف استاندارد و آزمون تحلیل کوواریانس چندمتغیره و نرم‌افزار SPSS نسخه ۱۸ استفاده شد. در ادامه خلاصه جلسات درمان شناختی رفتاری در جدول ۱ ارائه شده است.

پرسشنامه خودآزمایی (پایین‌تر از نقطه برش ۶۰) و آزمون بازداری رفتاری (بیشترین نمرات بدست آمده) کسب نمودند، انتخاب گردید. براساس معیارهای ورود و خروج و رضایت داوطلبانه تعداد ۳۰ نفر انتخاب و به صورت تصادفی در دو گروه آزمایش و کنترل (هر گروه ۱۵ نفر) جایگزین شدند. معیارهای ورود شامل: رضایت والدین، جنسیت دختر، بازه سنی ۱۰ و ۱۲ سال، عادی بودن وضعیت هوشی در سطح متوسط و تشخیص اختلال یادگیری خاص توسط روانشناس مرکز در یکی از زمینه‌های خواندن، ریاضی و نوشتن و داشتن پرونده در آن مراکز، حداقل ۲ تا ۶ ماه از تاریخ تشخیص اختلال گذشته باشد، نداشتن نقایص حسی (بینایی و شنوایی) و حرکتی قابل توجه و شدت اختلال در افراد در سطح متوسط بود. معیارهای خروج نیز شامل: ناقص تکمیل شدن پرسشنامه‌ها، تردید در مورد دارا بودن هر یک از معیارهای ورود در خلال مداخله و عدم رضایت فرد در هر یک از مراحل مداخله بود. جهت جمع‌آوری داده‌ها پس از دریافت مجوز از دانشگاه آزاد اسلامی واحد آیت‌آملی مبنی بر

جدول ۱ خلاصه جلسات درمان شناختی رفتاری (سیلر، ۲۰۰۸)

جلسه	محتوای جلسه
اول	معرفی اعضا به یکدیگر، آغاز یادگیری درباره احساسات و انجام هدف‌گذاری، انجام پیش‌آزمون
دوم	آموزش احساسات مختلف، توجه به احساسات دیگران با نگاه به حالات چهره و زبان بدن آن‌ها، آموزش تغییر احساسات در طول روز و همه‌روزه
سوم	آگاهی از تغییرات فیزیکی در بدن، آموزش ارتباط بین نشانه‌های بدنی و شیوه تفکر، احساس و رفتار
چهارم	کمک به تشخیص افکار، آموزش چگونگی تأثیر افکار ما بر احساسات و اعمال ما
پنجم	ادراک ارتباط بین افکار، احساسات، نشانه‌های بدنی و اعمال، مشاهده چگونگی اثرگذاری تغییر در افکار، احساسات، نشانه‌های بدنی یا اعمال بر دیگر پیوندها
ششم	آموزش امکان وجود شیوه‌های فکری متفاوت با شیوه فکری خودمان، آموزش سؤالاتی که ما را در فهم بهتر موضوعات نگران‌کننده ذهن مان یاری می‌کنند
هفتم	آموزش شیوه‌های جایگزین توجه به مشکلات، آموزش نگاه علمی به شیوه حل مسئله خود، با توجه

<p>به شواهد و حقایق به جای حدس و گمان، توجه به تأثیر مثبت افکار مثبت و احساس</p>	
<p>ایجاد یک طرح شش گامی برای هدف‌گذاری، تشویق اعضا برای کار با یکدیگر و حمایت از یکدیگر در مشکلات</p>	هشتم
<p>آموزش این که چطور هر فرد، متفاوت با دیگران بوده و درباره‌ی چیزهای مختلفی نگران است، چگونه برخی از افکار و احساسات می‌توانند باعث تداوم احساس بد فرد شوند، شناسایی شیوه‌های مختلفی که افراد برای محافظت از خود در برابر نگرانی‌ها، استفاده می‌کنند</p>	نهم
<p>یادگیری اینکه چگونه مشکلات خود را به گام‌های کوچک‌تر و قابل دستیابی‌تر بشکنیم، توجه به اینکه الگوبرداری از فردی که به خوبی با مسائل خود مواجه می‌شود، می‌تواند سودمند باشد، انجام</p>	دهم
	پس‌آزمون

ابزار

آزمون برو/نرو (بازداری رفتاری): در سال ۱۹۸۴ توسط هافمن^۲ طراحی گردید. دارای سه نمره جداگانه خطای ارتکاب، بازداری نامناسب و زمان واکنش است. نمره بالا در خطای ارتکاب، بازداری نامناسب و زمان واکنش نشانگر ضعف و ناتوانی فرد در بازداری پاسخ است و هر چه نمره فرد در مؤلفه‌های آزمون بیشتر باشد به همان نسبت فرد در کنترل مهارت و بازداری پاسخ نقص دارد. عدم بازداری مناسب یا خطای ارتکاب به معنای انجام پاسخ حرکتی در محرک برو به شکل هندسی مثلث به مدت ۵۰۰ میلی-ثانیه در یک کامپیوتر، ارائه می‌شود و آزمودنی پس از رؤیت مثلث (هواپیما)، باید هر چه سریع‌تر با فشار دکمه فاصله صفحه کلید به آن پاسخ بدهد. ۱۰۰ کوشش اصلی ارائه شد که ۷۰ مورد آن‌ها محرک برو بود تا بتوانند پاسخ نیرومندی را ایجاد کنند. در پژوهش کردتمینی و همکاران (۱۳۹۴) پایایی این آزمون ۰/۸۷ گزارش شده است. همچنین از آنجاکه آزمون برو/نرو به فرهنگ وابسته نیست و مبنای عصب شناختی دارد، ذکر روایی و اعتبار مقاله‌های خارجی

در این مورد قابل استناد است (جانته، جامادار، پروست و میچی^۳، ۲۰۱۲).
پرسشنامه خوداثرومندی: پرسشنامه خوداثرومندی در سال ۲۰۰۱ توسط موریس و با اقتباس از پرسشنامه خودکارآمدی بندورا، باربارانلی، کاپارا و پاستورلی ساخته شده است. پرسشنامه خوداثرومندی در ابتدا برای کودکان و نوجوانان شامل ۲۳ سؤال بود و سپس در پژوهش‌های متفاوت در جوامع بزرگسالان کاربرد یافت، و در یک طیف لیکرت از اصلاً (۱) تا بسیار زیاد (۷) نمره‌گذاری می‌شود. پرسشنامه خوداثرومندی از سه خرده آزمون خوداثرومندی اجتماعی (۱-۸)، خوداثرومندی در یادگیری (۹-۱۶) و خوداثرومندی هیجانی (۱۷-۲۳) تشکیل شده است و توانایی آزمودنی را در موقعیت‌های مختلف می‌سنجد. دامنه نمرات برای خوداثرومندی کلی از ۲۳ الی ۱۱۵، برای خوداثرومندی اجتماعی و تحصیلی از ۸ الی ۴۰ و برای خوداثرومندی هیجانی از ۷ الی ۳۵ است. نمره بیشتر به معنی داشتن خوداثرومندی بیشتر است. موریس (۲۰۰۲) در بررسی ساختار عاملی پرسشنامه خوداثرومندی سه عامل اجتماعی، تحصیلی و هیجانی پرسشنامه را مورد تأیید

^۳- Janette, Jamadar, Provost & Michie

^۴- Muris self-efficacy questionnaire

^۱- Hoffman's go/no-go test (behavioral inhibition)

^۲- Hoffman

براساس تحلیل عاملی تأییدی اعتبار و روایی ابزار را مورد تأیید قرار داد.

یافته‌ها

براساس یافته‌های توصیفی، ۹ نفر (۳۰٪) پایه چهارم؛ ۱۰ نفر (۳۳/۳۳٪) پایه پنجم و ۱۱ نفر (۳۶/۶۷٪) پایه ششم بودند. همچنین از نظر رده سنی ۱۰ نفر (۳۳/۳۳٪) سن ۱۰ سال، ۹ نفر (۳۰٪) سن ۱۱ سال و ۱۱ نفر (۳۶/۶۷٪) سن ۱۲ سال بودند. در ادامه نتایج آمار توصیفی متغیرهای پژوهش در جدول ۲ ارائه شده است.

قرار داد. در مطالعه موريس (۲۰۰۱) علاوه بر بررسی روایی همگرا و واگرای مقیاسی، پایایی خرده مقیاس اجتماعی، هیجانی و یادگیری به ترتیب برابر با ۰/۷۸، ۰/۸۰ و ۰/۸۷ گزارش شده است. در مطالعه طهماسیان (۱۳۸۶) نیز ضریب همسانی درونی کل مقیاس برابر با ۰/۷۳ و برای خرده مقیاس‌های خودآثرمندی اجتماعی، خودآثرمندی هیجانی و خودآثرمندی در یادگیری ۰/۷۴ برابر با ۰/۷۳، ۰/۸۴ و ۰/۷۴ بدست آمد. ژي، اسلونسکی و هاریگان (۲۰۲۲) نیز در پژوهش خود

جدول ۲ یافته‌های توصیفی متغیرهای پژوهش

متغیر	آزمون	گروه آزمایش		گروه کنترل	
		میانگین	انحراف استاندارد	میانگین	انحراف استاندارد
اجتماعی	پیش آزمون	۱۳/۶۸	۲/۰۸	۱۳/۲۷	۲/۷۵
	پس آزمون	۲۰/۱۹	۳/۱۶	۱۳/۸۱	۲/۴۳
یادگیری	پیش آزمون	۱۳/۵۷	۲/۲۵	۱۳/۳۵	۲/۳۹
	پس آزمون	۱۹/۳۷	۲/۴۲	۱۳/۷۰	۲/۰۲
هیجانی	پیش آزمون	۱۱/۴۱	۲/۰۵	۱۱/۶۱	۲/۵۴
	پس آزمون	۱۷/۶۰	۴/۵۲	۱۱/۸۷	۲/۶۰
خودآثرمندی	پیش آزمون	۳۸/۶۶	۴/۲۰	۳۸/۲۳	۴/۲۱
	پس آزمون	۵۷/۱۶	۴/۸۸	۳۹/۳۸	۴/۵۴
خطای ارتکاب	پیش آزمون	۵/۱۱	۰/۶۵	۵/۳۴	۰/۷۷
	پس آزمون	۲/۴۳	۰/۸۷	۵/۲۱	۰/۶۹
بازداری نامناسب	پیش آزمون	۵/۴۶	۳/۳۳	۵/۳۹	۱/۰۴
	پس آزمون	۲/۶۲	۴/۱۰	۵/۰۲	۰/۸۹
زمان واکنش	پیش آزمون	۱۲۸/۲۷	۸/۲۴	۱۲۶/۷۱	۸/۱۶
	پس آزمون	۱۰۲/۴۳	۷/۸۹	۱۲۶/۱۵	۸/۴۵

پس آزمون مشاهده نشد. قبل از تحلیل داده‌ها، نتایج آزمون شاپیرو ویلک در نرمال بودن داده‌ها در پیش آزمون مورد بررسی قرار گرفت. نتایج نشان داد توزیع متغیرهای پژوهش نرمال بود. جهت آزمون پیش

براساس نتایج بین نمره متغیرهای پژوهش در گروه آزمایش، در مرحله پس آزمون نسبت به مرحله پیش آزمون تفاوت معناداری وجود داشت ($p < ۰/۰۱$). این در حالی است که تغییری برای گروه گواه، در مرحله

لوین نشان داد، سطح معنی داری بدست آمده بیشتر از ۰/۰۵ است؛ بنابراین به طور کلی، می توان گفت پیش فرض همگونی واریانس در گروه ها از تجانس برخوردار بود. در ادامه نتایج مربوط به بررسی همگنی شیب رگرسیون در جدول ۳ ارائه شده است.

فرض توزیع طبیعی داده ها از آزمون ام باکس استفاده شد. نتایج نشان داد که درجه آزادی ۱ برابر با ۹ و تحلیل واریانس برابر با ۱/۲۱۰ بود که سطح معنی داری آن ۰/۳۱۶ بود، که با احتمال زیاد می توان همگونی واریانس -ها را پذیرفت. همچنین نتایج تحلیل واریانس آزمون

جدول ۳ نتایج مربوط به بررسی همگنی شیب رگرسیون در متغیر پژوهش

منبع	مجموع مربعات	درجه آزادی	میانگین مربعات	F	سطح معنی داری
پیش آزمون خطای ارتکاب	۱۶/۵۴۶	۱	۱۶/۵۴۶	۱/۲۵۱	۰/۳۱۰
تعامل پیش آزمون و گروه	۱۱/۸۲۰	۱	۱۱/۸۲۰	۰/۹۹۷	۰/۳۸۲
خطا	۱۶۰/۰۴۷	۲۷	۵/۹۲۸		
کل	۱۰۷۰۰/۰۰۰	۳۰			
پیش آزمون بازداری نامناسب	۸/۹۰	۱	۸/۳۲۴	۱/۰۱۳	۰/۳۴۱
تعامل پیش آزمون و گروه	۴/۲۶۴	۱	۴/۲۶۴	۰/۹۱۸	۰/۴۱۱
خطا	۶۲/۷۰۲	۲۷	۲/۳۲۲		
کل	۲۱۶۷/۰۰۰	۳۰			
پیش آزمون زمان واکنش	۱۲/۲۳۱	۱	۱۲/۲۳۱	۱/۱۴۳	۰/۳۲۶
تعامل پیش آزمون و گروه	۷/۰۰۸	۱	۷/۰۰۸	۰/۹۵۶	۰/۳۹۷
خطا	۹۳/۴۳۶	۲۷	۳/۴۶۰		
کل	۹۳۲۰۹/۰۰۰	۳۰			
پیش آزمون خودآثرمندی	۵/۴۴۲	۱	۵/۴۴۲	۰/۱۴۳	۰/۸۹۶
تعامل پیش آزمون و گروه	۲/۹۷۸	۱	۲/۹۷۸	۰/۰۸۹	۰/۹۴۲
خطا	۴۱/۰۰۸	۲۷	۱/۵۱۸		
کل	۶۶۹۸/۰۰۰	۳۰			

رگرسیون رعایت شد. نتایج حاصل از تحلیل کواریانس چندمتغیره (مانکوا) بر روی نمرات بازداری رفتاری و خودآثرمندی در دو گروه آزمایش و کنترل در جدول ۴ گزارش شده است.

با توجه به جدول ۳ صحت تحلیل کواریانس بر این فرضیه استوار است که میان شیب رگرسیون متغیر وابسته در دو گروه تفاوت معنی داری وجود نداشته باشد؛ بنابراین می توان نتیجه گرفت پیش فرض همگونی شیب

جدول ۴ نتایج حاصل از تحلیل کواریانس چند متغیره در پیش آزمون و پس آزمون

نام آزمون	مقدار	تحلیل واریانس	درجه آزادی فرضیه	درجه آزادی خطا	سطح معنی داری	توان آزمون
اثر پیلائی	۰/۳۱۴	۳۸/۵۶۴	۴	۲۴	۰/۰۱	۱

۱	۰/۰۱	۲۴	۴	۳۸/۵۶۴	۰/۵۸۷	لامبدای ویلکز
۱	۰/۰۱	۲۴	۴	۳۸/۵۶۴	۳/۳۳۲	اثر هتلینگ
۱	۰/۰۱	۲۴	۴	۳۸/۵۶۴	۳/۳۳۲	بزرگترین ریشه خطا

کنترل تفاوت معنی‌داری وجود دارد. نتایج حاصل از آزمون آنکوا در متن مانکوا بر روی خودآزمندی و بازداری رفتاری در جدول ۵ نشان داده شده است.

با توجه به نتایج جدول فوق تمامی آزمون‌های مانکوا در سطح ($P < 0/01$) معنی‌دار بود، بر این اساس می‌توان بیان داشت حداقل در یکی از خرده مقیاس‌های متغیر بازداری رفتاری و متغیر خودآزمندی در دو گروه آزمایش و

جدول ۵ نتایج حاصل از آزمون آنکوا در متن مانکوا بر روی متغیرها

توان آزمون	اندازه اثر	سطح معنی‌داری	F	میانگین مربعات	درجه آزادی	مجموع مربعات	متغیر	منبع پراکنده‌گی
۰/۹۹۲	۰/۴۴۵	۰/۰۱	۲۰/۴۳۵	۷۶/۶۵۸	۱	۷۶/۶۵۸	خطای ارتکاب	گروه
۱	۰/۶۹۵	۰/۰۱	۵۹/۳۶۰	۳۷۲/۰۴۳	۱	۳۷۲/۰۴۳	بازداری نامناسب	
۰/۹۲۰	۰/۳۲۰	۰/۰۱	۱۳/۴۵۱	۱۶۲/۵۴۰	۱	۱۶۲/۵۴۰	زمان واکنش	
۱	۰/۶۸۰	۰/۰۱	۵۱/۰۸۴	۳۶۸/۶۵۷	۱	۳۶۸/۶۵۷	خودآزمندی	

مک گوایر و استورچ (۲۰۱۹) و فالكونر، آلن، فیلمینگا، ویلیامز و برایت (۲۰۱۳) همسو بود. در تبیین این نتایج می‌توان گفت که درمان شناختی رفتاری با افزایش آگاهی پیرامون افکار منفی، خطاهای شناختی و با تأکید بر راهبردهای مقابله‌ای فعال مانند تلاش برای انجام وظایف، علی‌رغم وجود خستگی و عدم توجه به آن، منجر به کاهش شدت خستگی و افزایش تحمل می‌شود. با ارائه تکنیک‌های درمان شناختی رفتاری، کودکان مبتلا به اختلال یادگیری خاص ارزیابی شناختی درستی از موقعیت به دلیل افزایش اطلاعات بدست می‌آورد. با برداشت درست یا اعتقادات درست، کودکان مبتلا به اختلال یادگیری خاص راهبرد شناختی خود را برای روبه‌رو شدن با موقعیت تنیدگی‌زا برمی‌گزینند. انتخاب راهبر مقابله‌ای کارآمد در ابعاد شناختی، هیجانی و رفتاری، موجب

نتایج جدول ۵ حاکی از آن است که در مجموع بین خرده مقیاس‌های بازداری رفتاری و خودآزمندی در دو گروه آزمایش و کنترل در پیش‌آزمون و پس‌آزمون تفاوت معنی‌داری در سطح ۰/۰۱ وجود دارد. به طور کلی نتایج نشان داد که درمان شناختی رفتاری بر بازداری رفتاری و خودآزمندی در کودکان مبتلا به اختلال یادگیری خاص اثربخش بود.

بحث

پژوهش حاضر با هدف اثربخشی درمان شناختی رفتاری بر بازداری رفتاری و خودآزمندی در کودکان مبتلا به اختلال یادگیری خاص انجام شد. با توجه به نتایج بدست آمده، درمان شناختی رفتاری بر بازداری رفتاری کودکان مبتلا به اختلال یادگیری خاص مؤثر بود. این نتایج با یافته‌های محب و همکاران (۱۴۰۰)؛

وضعیت خاص تأثیر بگذارد (گالاگر، پین، وایت، شیر، وودس و همکاران^۱، ۲۰۱۳). این موارد از مهم‌ترین عامل‌ها در جهت بهبود مؤلفه‌های خوداثرمندی هم-راستا با مؤلفه‌های شناخت خود، ارزشمند دانستن خودبرنامه‌ریزی، عمل کردن و پیامد تجربه و یادگیری هستند. بنابراین، درمان شناختی رفتاری با چالش کشیدن افکار خودکار و منفی مؤثر در کاهش درماندگی و افزایش خوداثرمندی و مبارزه با موانع آن‌ها به شیوه‌های مواجه‌ای و بازسازی مجدد افکار، واکنش‌های مثبت انگیزشی و هیجانی را نسبت به خود در زمینه تحصیلی ایجاد کرده که منجر به خوداثرمندی می‌شود.

در مجموع رویکرد شناختی رفتاری با کمک به افراد برای به اشتراک گذاشتن مشکلاتش و دریافت راهکارهای مواجهه مؤثر از اعضای گروه، چالش با افکار منفی و باورهای ایده‌آل‌گرایانه و استفاده از توجه برگردانی، حل مسئله و راهبردهای رفتاری منجر به بهبود خوداثرمندی و فعال‌سازی می‌شود. ازین‌رو رویکرد شناختی رفتاری با کمک به افراد برای به اشتراک گذاشتن مشکلاتش و دریافت راهکارهای مواجهه مؤثر از اعضای گروه، چالش با افکار منفی و باورهای ایده‌آل‌گرایانه و استفاده از توجه برگردانی، حل مسئله و راهبردهای رفتاری منجر به بهبود خوداثرمندی و فعال‌سازی می‌شود؛ بنابراین می‌توان از این روش درمانی کم‌هزینه و کوتاه‌مدت برای درمان کودکان مبتلا به اختلال یادگیری خاص استفاده نمود.

نتیجه‌گیری

افزایش استفاده از مقابله‌های سازگارانه و تأثیر بر مؤلفه‌های فعال‌سازی و بازداری رفتاری این کودکان می‌گردد (فالکونر و همکاران، ۲۰۱۳).

با توجه به نتایج بدست آمده، درمان شناختی رفتاری بر خوداثرمندی کودکان مبتلا به اختلال یادگیری خاص اثربخش بود. نتایج همسو با پژوهش‌های ذبیحی و همکاران (۱۳۹۸)؛ میرشجاع و همکاران (۱۳۹۷)؛ حمیدی پور و حمیدی پور، تقوی و بهاری (۱۳۹۶)؛ چان و همکاران (۲۰۲۱) و ترپ و همکاران (۲۰۱۹) همسو بود. در تبیین نتایج می‌توان گفت، عزت نفس، ابراز وجود و ارزشمند دانستن خود از جنبه‌های اساسی تکنیک‌های درمان شناختی رفتاری است. در خلال آموزش نقاط قوت کودکان مبتلا به اختلال یادگیری خاص تقویت و تأیید می‌شوند و ضعف‌ها برجسته نمی‌شوند، بلکه بر متفاوت بودن افراد و اینکه هر کس ویژگی‌های منحصر به فردی دارد تأکید می‌شود. همچنین، در این تکنیک‌های درمان شناختی رفتاری کودکان مبتلا به اختلال یادگیری خاص هدف‌های بلندمدت و کوتاه‌مدت را انتخاب کرده و برای رسیدن به آن‌ها راه‌های مختلفی را شناسایی می‌کنند (ترپ و همکاران، ۲۰۱۹). واکنش‌های هیجانی و روانی نسبت به شرایط و وضعیت‌های مختلف که از افکار و باورها تأثیر می‌پذیرد، نقش مهمی در میزان خوداثرمندی تحصیلی دانش‌آموزان دارد که در درمان شناختی رفتاری همواره مورد بررسی و تغییر قرار خواهد گرفت. درمان شناختی رفتاری، آگاهی از حالات خلق و خو، حالت‌های هیجانی، واکنش فیزیکی و سطح استرس همگی می‌تواند بر چگونگی حس یک فرد نسبت به توانایی‌های خود و کوشش وی در یک

¹ - Gallagher, Payne, White, Shear, Woods & et al

References

- American Psychiatric Association. (2013). American Psychiatric Association (Eds). Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-5. 5th ed. American Psychiatric Association.
- Ansari Z, Asgharanjad Farid A, Ramezani Farani A, Salehi Faderdi J. (2019). Effectiveness of intensive cognitive-behavioral intervention on behavioral inhibition in patients with obsessive-compulsive disorder: a clinical trial, the 7th National Conference of Modern Studies and Research in the field of Educational Sciences, Psychology and Counseling in Iran, Tehran. (In Persian)
- Ashuri M, Dalalzadeh F. (2017). The effectiveness of play therapy based on cognitive behavioral model on behavioral problems and social skills of preschool children with attention deficit hyperactivity disorder. Journal of rehabilitation, 19(2), 102-115. (In Persian)
- Chan SH, Yu CKC, Li AW. (2021). Impact of mindfulness-based cognitive therapy on counseling self-efficacy: A randomized controlled crossover trial. Patient Education and Counseling, 104(2), 360-368.
- Falconer E, Allen A, Felmingham KL, Williams LM, Bryant RA. (2013). Inhibitory neural activity predicts response to cognitive-behavioral therapy for posttraumatic stress disorder. The Journal of clinical psychiatry, 74(9).
- Fatahi Andabil A, Sabiri A, Kazemi Kwaaki A. (2017). The effectiveness of cognitive behavioral group play therapy and transcranial electrical stimulation of the brain on the executive functions of working memory and response inhibition in children with attention deficit hyperactivity disorder. Scientific-Research Quarterly of Neuropsychology, 4(14), 73-90. (In Persian)
- Fenwick ME, Kubas HA, Witzke JW, Fitzer KR, Miller DC, Maricle DE, Hale JB. (2016). Neuropsychological profiles of written expression learning disabilities determined by concordance-discordance model criteria. Applied Neuropsychology: Child, 5(2), 83-96.

براساس نتایج بدست آمده درمان شناختی رفتاری بر بازداری رفتاری و خوداثرمندی در کودکان مبتلا به اختلال یادگیری خاص تأثیر معنی‌داری داشت. به طوری که درمان شناختی رفتاری منجر به بهبودی بازداری رفتاری و خوداثرمندی کودکان مبتلا به اختلال یادگیری خاص شد؛ بنابراین می‌توان بیان کرد استفاده مستقیم و غیرمستقیم از تکنیک‌های آموزش-های شناختی رفتاری به عنوان یک روش پیشگیرانه می‌تواند در جهت افزایش خوداثرمندی تحصیلی و کاهش بارداری رفتاری برای کودکان مبتلا به اختلال یادگیری خاص کمک کننده باشد. پژوهش حاضر با محدودیت‌هایی نیز مواجه بود از جمله اینکه طراحی مقطعی این مطالعه توانایی ما در ایجاد روابط علی بین متغیرهای مطالعه را محدود کرد. عدم دریافت پیگیری با توجه به در دسترس نداشتن نمونه‌ها و نیز استفاده از روش نمونه‌گیری در دسترس که یک روش غیر تصادفی است می‌تواند جز محدودیت‌های پژوهش حاضر باشد. پیشنهاد می‌شود که موضوع پژوهش حاضر در موقعیت‌های مکانی و دوره‌های تحصیلی مختلف و جنسیت پسر اجرا شود و در پژوهش‌های آتی دوره پیگیری به جهت بررسی تداوم و ثبات اثربخشی مورد بررسی قرار گیرد.

سپاسگزاری

این مقاله مستخرج از پایان‌نامه کارشناسی‌ارشد دانشگاه آزاد اسلامی واحد آمل به کد اخلاق IR.IAU.AMOL.REC.140.402 می‌باشد. از تمامی افرادی که در انجام این پژوهش همکاری نمودند، تقدیر و تشکر می‌شود. پژوهش حاضر دارای تعارض منافع و حمایت مالی نمی‌باشد.

- Foster RH, Russell CC, Dillon R, Bitsko MJ, Godder K, Stem M. (2014). Relations among optimism, perceived health vulnerability, and academic, self-regulatory, and social self-efficacy in adolescent survivors of childhood cancer. *Journal of psychosocial oncology*, 32(2), 207-223.
- Gallagher MW, Payne LA, White KS, Shear KM, Woods SW, Gorman JM, Barlow DH. (2013). Mechanisms of change in cognitive behavioral therapy for panic disorder: The unique effects of self-efficacy and anxiety sensitivity. *Behaviour research and therapy*, 51(11), 767-777.
- Goldin PR, Ziv M, Jazaieri H, Wemer K, Kraemer H, Heimberg RG, Gross JJ. (2012). Cognitive reappraisal self-efficacy mediates the effects of individual cognitive-behavioral therapy for social anxiety disorder. *Journal of consulting and clinical psychology*, 80(6), 1034.
- Guimond FA, Brendgen M, Vitaro F, Dionne G, Boivin M. (2015). Peer victimization and anxiety in genetically vulnerable youth: The protective roles of teachers' self-efficacy and anti-bullying classroom rules. *Journal of abnormal child psychology*, 43(6), 1095-1106.
- Hamidipour R, Tagvi M, Behari F. (2016). Effectiveness of group cognitive-behavioral counseling on academic self-efficacy and sense of belonging to school in students with academic failure, *International Conference on Psychology, Counseling, Education and Training, Mashhad*. (In Persian)
- Henderson HA, Pine DS, Fox NA. (2015). Behavioral inhibition and developmental risk: a dual-processing perspective. *Neuropsychopharmacology*, 40, 207-224.
- Hofer P, Wahl K, Meyer A, Miché M, Beesdo-Baum K, Wittchen H, Lieb R. (2018). The role of behavioral inhibition, perceived parental rearing, and adverse life events in adolescents and young adults with incident obsessive-compulsive disorder. *Journal of Obsessive-Compulsive and Related Disorders*, 19, 116-123.
- Janette LS, Jamadar S, Provost AL, Michie PT. (2012). Motor and nonmotor inhibition in the go/no go task: an erp and fmri study. *International Journal of Psychophysiology*, 87(3), 244-253.
- Käll A, Backlund U, Shafran R, Andersson G. (2020). Lonesome no more? A two-year follow-up of internet-administered cognitive behavioral therapy for loneliness. *Internet interventions*, 19, 100301.
- Kobeleva X, Seidel E, Kohler C, Schneider F, Hebal U, Demtl. (2014). Dissociation of explicit and implicit measures of the behavioral inhibition and activation system in borderline personality disorder. *Psychiatry Research*, 218, 134-142.
- Kurdramini M, Samimi Z, Ramesh S. (2014). Effectiveness of emotional working memory training in behavioral inhibition of obsessive-compulsive disorder. *Journal of Neuropsychology*, 27(3), 9-22. (In Persian)
- Leader Karbasdehi A, Hossein Khanzadeh A, Leader Karbasdehi F. (2016). The effect of cognitive-behavioral anger management training on response inhibition of students with conduct disorder. *Exceptional education*, 3(146), 9-14. (In Persian)
- Lee EB, An W, Levin ME, Twohig MP. (2015). An initial meta-analysis of Acceptance and Commitment Therapy for treating substance use disorders. *Drug and alcohol dependence*, 155, 1-7.
- Lino F, Chieffo DPR. (2022). Developmental Coordination Disorder and Most Prevalent Comorbidities: A Narrative Review. *Children*, 9, 1095, From NLM PubMed-not-MEDLINE.
- McGuire JF, Storch EA. (2019). An inhibitory learning approach to cognitive-behavioral therapy for children and adolescents. *Cognitive and behavioral practice*, 26(1), 214-224.
- Mirshjaa M, Hekmati Z, Azani Z. (2017). The effect of cognitive play therapy on anxiety, self-esteem, social-behavioral skills and academic self-efficacy of children with learning disabilities, the fifth annual research conference of Semnan University of Medical Sciences, Semnan. (In Persian)

- Mohib N, Qavi Panje B, Ismailpour K, Abdi R. (2021). The effectiveness of cognitive therapy based on mindfulness on brain-behavioral systems and emotional regulation of opioid addicts. *New Psychological Research Quarterly*, 1(1), 44-52. (In Persian)
- Mudra S, Göbel A, Möhler E, Stuhmann LY, Schulte-Markwort M, Arck P, Hecher K, Diemert A. (2022). Behavioral Inhibition in the Second Year of Life Is Predicted by Prenatal Maternal Anxiety, Overprotective Parenting and Infant Temperament in Early Infancy. *Front. Psychiatry*, 13, 844291.
- Muris P. (2001). A brief questionnaire for measuring self-efficacy in youths. *Journal of Psychopathology and behavioral Assessment*, 23(3), 145-149.
- O'Sullivan D, Xiao Y, Watts JR. (2019). Recovery capital and quality of life in stable recovery from addiction. *Rehabilitation Counseling Bulletin*, 62(4), 209-221.
- Orki M, Zare H, Attar Qasba Z. (2016). The effect of cognitive rehabilitation on working memory and academic achievement of children with math disorder. *Social Cognition*, 6(2), 167-183. (In Persian)
- Radhu N, Daskalakis ZJ, Guglietti CL, Farzan F, Barr MS, Arpin-Cribbie CA., ... & Ritvo P. (2012). Cognitive behavioral therapy-related increases in cortical inhibition in problematic perfectionists. *Brain stimulation*, 5(1), 44-54.
- Scaria I, Bhaskaran D, George B. (2022). Prevalence of Specific Learning Disorders (SLD) Among Children in India: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Indian Journal of Psychological Medicine*, 45(3), 213-219.
- Seiler L. (2008). *Cool Connections with cognitive behavioural therapy: Encouraging self-esteem, resilience and well-being in children and young people using CBT approaches*. Jessica Kingsley Publishers.
- Steca P, Abela, JR, Monzani D, Greco A, Hazel NA, Hankin BL. (2014). Cognitive vulnerability to depressive symptoms in children: The protective role of self-efficacy beliefs in a multi-wave longitudinal study. *Journal of abnormal child psychology*, 42(1), 137-148.
- Tahmasian K, Gholamrezaei M. (2009). Examining the relationship between self-efficacy and peer rejection in adolescents. *New Psychological Research*, 4(14), 107-123. (In Persian)
- Terp U, Hjärthag F, Bisholt B. (2019). Effects of a cognitive behavioral-based stress management program on stress management competency, self-efficacy and self-esteem experienced by nursing students. *Nurse educator*, 44(1), 1-5.
- Turner JA, Anderson ML, Balderson BH, Cook AJ, Sherman KJ, Cherkin DC. (2016). Mindfulness-based stress reduction and cognitive-behavioral therapy for chronic low back pain: similar effects on mindfulness, catastrophizing, self-efficacy, and acceptance in a randomized controlled trial. *Pain*, 157(11), 2434.
- Xie H, Shlonsky A, Harrigan S. (2022). Psychometric evaluation of the self-efficacy questionnaire for children (SEQ-C): validation among Chinese children and adolescents. *Current Psychology*. <https://doi.org/10.1007/s12144-022-03046-6>.
- Zabihi S, Zamani Jafarkalai H, Zabihi FZ. (2018). The effectiveness of group cognitive behavioral therapy on the self-efficacy of first secondary school students, the fourth national conference of new approaches in education and research, Mahmoud Abad. (In Persian)