

پیش‌بینی بازداری پاسخ بر اساس ابعاد خلق و خو در دانش‌آموزان دختر دارای نشانه‌های اختلال نافرمانی مقابله‌ای

عباس ابوالقاسمی^۱، فاطمه قائمی^۲، مسلم عباسی^۳، آرش عقیقی^۴، حسن محمودیان^۵

تاریخ دریافت: ۹۵/۱۲/۰۱

تاریخ پذیرش: ۹۶/۰۲/۰۶

چکیده

در زمینه رابطه ابعاد خلق و خو با بازداری پاسخ در دانش‌آموزان مبتلا به اختلال نافرمانی مقابله‌ای شواهد محدودی وجود دارد. هدف پژوهش حاضر تعیین نقش ابعاد خلق و خو در پیش‌بینی بازداری پاسخ در دانش‌آموزان دارای نشانه‌های اختلال نافرمانی مقابله‌ای بود. روش پژوهش توصیفی از نوع همبستگی بود. جامعه پژوهش شامل تمامی دانش‌آموزان دختر شهر اردبیل در سال تحصیلی ۹۰-۱۳۸۹ بودند. نمونه پژوهش ۷۵ دانش‌آموز دختر دارای نشانه‌های اختلال نافرمانی مقابله‌ای بودند که از میان ۸۰۰ دانش‌آموز انتخاب شدند. برای جمع‌آوری داده‌ها از چک‌لیست اختلال نافرمانی مقابله‌ای و مصاحبه تشخیصی بالینی، پرسشنامه ابعاد خلق و خو و آزمون رنگ-واژه استروپ استفاده شد. نتایج تحلیل رگرسیون چندگانه نشان داد که ابعاد نوجویی، آسیب‌پرهیزی، پشتکار و خودراهبری بهترین پیش‌بینی‌کننده‌های بازداری پاسخ در دانش‌آموزان با اختلال نافرمانی مقابله‌ای هستند. این نتایج بیان می‌کند که ابعاد خلق و خو در پیش‌بینی بازداری پاسخ در دانش‌آموزان با نشانه‌های اختلال نافرمانی مقابله‌ای نقش قابل توجهی دارد. همچنین نتایج حاضر تلویحات مهمی در زمینه پیشگیری و آسیب‌شناسی اختلال نافرمانی مقابله‌ای دارد.

۱. استاد روانشناسی، دانشکده علوم انسانی، دانشگاه گیلان، رشت، ایران

۲. استادیار وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی

۳. استاد روانشناسی روانشناسی، دانشکده علوم انسانی، دانشگاه سلمان فارسی کازرون، ایران

۴. دانشجوی دکتری تخصصی روانشناسی بالینی، دانشگاه شیراز، ایران

۵. دانشجوی دکتری سنجش و اندازه‌گیری، دانشگاه علامه طباطبائی، تهران (نویسنده مسئول)

واژگان کلیدی: خلق و خو، بازداری پاسخ، اختلال نافرمانی مقابله‌ای

مقدمه

اختلال نافرمانی مقابله‌ای^۱ در ویرایش پنجم کتاب راهنمای تشخیصی و آماری اختلال‌های روانی^۲ جزء اختلال‌های رفتار مخرب و کنترل تکانه^۳ طبقه‌بندی شده است. این اختلال یکی از شایع‌ترین اختلالات روانی است که به‌طور قابل‌ملاحظه‌ای زندگی روزمره فرد را مختل می‌کند. اختلال نافرمانی مقابله‌ای الگوی پایدار رفتار منفی و خصومت‌آمیز است؛ بدون آنکه هنجارها و قوانین اجتماعی به‌طور جدی زیر پا گذاشته شود (کاپلان و سادوک^۴، ۲۰۱۰). این اختلال در جدیدترین راهنمای تشخیصی و آماری اختلال‌های روانی به‌صورت الگویی از خلق و رفتار بی‌قرار، خصومت‌آمیز، گستاخانه و غیرمنطقی که حداقل ۶ ماه طول کشیده باشد تعریف شده است میزان شیوع اختلال نافرمانی مقابله‌ای بین ۱ تا ۱۱ درصد و با میانگین حدود ۳/۳ درصد گزارش شده و میزان شیوع بین پسران نسبت به دختران بیشتر است (انجمن روانپزشکی آمریکا^۵، ۲۰۱۳).

افراد دارای اختلال نافرمانی مقابله‌ای با تجربه‌هایی از مزاحمت در روابط خانوادگی و موفقیت‌های تحصیلی ضعیف شناخته می‌شوند (دامسور، بوکر و اولندیک^۶، ۲۰۱۳). لویز-ویلابوس^۷ و همکاران (۲۰۱۴) در پژوهش خود نشان دادند که بین جنسیت، سن، مقطع و نوع مدرسه با اختلال نافرمانی مقابله‌ای رابطه معناداری وجود ندارد. به‌علاوه در نوجوانان رفتار مخرب، پرخاشگری و بزهکاری از ویژگی‌های دیگر این اختلال به‌شمار می‌رود. همچنین این اختلال با وابستگی به الکل (گاش، مالهورتا و باسو^۸، ۲۰۱۴)، مشکلات خواب (شناهان، کولپند، آنگولد، باندی و کاستلو^۹، ۲۰۱۴)، اختلال نارسایی

1. Oppositional defiant disorder (ODD)
2. Diagnostic And Statistical Manual Of Mental Disorders -5
3. Disruptive and Impulse control
4. Kaplan & sadok
5. American Psychiatric Association
6. Dunsmore, Booker, & Ollendick
7. Lopez. Villalobos
8. Ghosh, Malhotra & Basu
9. Shanahan, Copeland, Angold, Bondy & Costello

توجه / بیش‌فعالی (کوهنور و دورفلر^۱، ۲۰۰۸؛ کادیسجو، هاگولف، کادیسجو و گیلبرگ^۲، ۲۰۰۳)، کناره‌گیری اجتماعی (کهنی، اسپاچر و تانوک^۳، ۱۹۹۷)، افسردگی، اضطراب، امتناع از رفتن به مدرسه (هارادا، یامازاکی و سائتو^۴، ۲۰۰۲)، اختلال‌های شخصیت (می و باس^۵، ۲۰۰۰) و رفتارهای ضداجتماعی (لوبر، بورک، لاهی، وینتر و زارا^۶، ۲۰۰۰؛ وندر، ولف و واسرستین^۷، ۲۰۰۱) رابطه دارد.

بازداری پاسخ^۸ یکی از متغیرهای مهمی است که در زیر مجموعه کارکردهای اجرایی قرار دارد (مک لود و گورفین^۹، ۲۰۰۷) و عموماً به عنوان ممانعت از یک پاسخ غالب تعریف می‌شود (نایگ^{۱۰}، ۲۰۰۰؛ ۲۰۰۱). فقدان بازداری یا بازداری‌زدایی با سازه‌های توجه و تکانشگری رابطه دارد. در واقع فقدان بازداری پاسخ به صورت پاسخ‌دهی سریع و غیرصحیح خود را نشان می‌دهد. عدم بازداری پاسخ در کودکان سبب می‌شود قبل از اینکه تکلیف را بفهمند، قبل از اینکه اطلاعات کافی در اختیار داشته باشد، پاسخ دهند؛ به آسانی توسط محرک‌های مزاحم، توجهشان منحرف می‌شود (حواس‌پرتی) و یا در تصحیح پاسخ‌های نامناسب شکست بخورند (اسپاچر و لوگان^{۱۱}، ۱۹۹۰؛ اسپاچر، نیتا، لوگان، تانوک و کلیم^{۱۲}، ۲۰۰۰). توانایی برای سرکوب کردن افکار، اعمال و هیجان‌ها از مؤلفه اصلی بازداری و به عنوان یک تنظیم‌کننده اصلی رفتار است (میاک^{۱۳} و همکاران، ۲۰۰۰؛ اسپاچر و همکاران، ۲۰۰۰؛ بارکلی^{۱۴}، ۲۰۰۶). افراد دارای اختلال نافرمانی مقابله‌ای با مشکلات مربوط به حساسیت افراطی به پاداش و کمبود بازداری پاسخ روبرو هستند

1. May & Bos
2. Kadesjö, Hägglöf, Kadesjö & Gillberg
3. Kuhne, Schachar, & Tannock
4. Harada, Yamazaki, & Saitoh
5. May & Bos
6. Loebe, Burke, Lahey, Winters, & Zera
7. Wender
8. Respons Inhibition
9. MacLeod & Gorfein
10. Nigg
11. Schachar & Logan
12. Schachar, Nita, Logan, Tannock Klim
13. Miyake
14. Barkley

(شاپیرو، دیو پاول و برادلی-کلوگ^۱، ۱۹۹۸). ماتیز، اسمارت، سانسون و اوراکلاید^۲ (۲۰۱۵) در پژوهشی نشان دادند که کودکان دارای اختلال نافرمانی مقابله‌ای به پاداش واکنش نشان می‌دهند و به افزایش تنبیه بی‌اعتنا هستند. شواهد پژوهشی نیز حاکی از نقص بازداری پاسخ در افراد مبتلا به اختلال نارسایی توجه/بیش‌فعالی است (نایگ، ۲۰۰۱؛ بارکلی، ۲۰۰۵؛ بوس^۳ و همکاران، ۲۰۰۵؛ نایگ، ۲۰۰۶). کرول^۴ (۲۰۱۵) به این نتیجه رسید که اختلال نافرمانی مقابله‌ای با کاهش واکنش کورتیزول به محرک‌های آزارنده (مانند استرس) و کاهش واکنش ضربان قلب به حوادث مثبت (مانند پاداش‌ها) رابطه دارد.

یکی از متغیرهایی تاثیرگذار بر اختلال نافرمانی مقابله‌ای، ابعاد خلق و خو^۵ است. در پژوهش‌های مختلف به نمرات بالا در نوجویی و اجتناب از آسیب و نمرات پایین در پاداش وابستگی (آنکارساتر^۶ و همکاران، ۲۰۰۶؛ جاکوب^۷ و همکاران، ۲۰۰۷) و نمرات پایین در ابعاد خلق و خو (فاران، کانوار، آدامسان و بایدرمن^۸، ۲۰۰۸) در افراد مبتلا به اختلال نارسایی توجه/بیش‌فعالی اشاره شده است. اوبرین و فریک^۹ (۱۹۹۶) در پژوهشی نشان دادند که افراد دارای اختلال نافرمانی مقابله‌ای و اختلال سلوک در تسلط پاداش دچار نقص هستند. رتیو، کولند، استینجر و هودزیاک^{۱۰} (۲۰۰۴) در پژوهشی نشان دادند که افراد دارای اختلال نافرمانی مقابله‌ای در مقایسه با افراد بدون اختلال، نوجویی بالاتری دارند. همچنین اختلال نافرمانی مقابله‌ای با نوجویی بالا بدون توجه به همبودی با اختلال نارسایی توجه/بیش‌فعالی مرتبط است.

کیم^{۱۱} و همکاران (۲۰۱۰) در پژوهشی نشان دادند که کودکان و بزرگسالانی که اختلال همبود نافرمانی مقابله‌ای و نارسایی توجه/بیش‌فعالی دارند، سطوح پایینی از

-
1. Shapiro, DuPaul & Bradley. Klug
 2. Mattiz, Smart, Sanson & Oberklaid
 3. Booth
 4. Krol
 5. Temperament and Character
 6. Anckarsater
 7. Jacob
 8. Faraone, Kunwar, Adamson & Biederman
 9. Oberien & Frick
 10. Rettew, Copeland, Stanger & Hudziak
 11. Kim

پشتکار و خود راهبری و سطوح بالایی از مشکلات رفتاری را در مقایسه با افراد دارای اختلال نافرمانی مقابله‌ای از خود نشان می‌دهند. همچنین نتایج این پژوهش نشان داد که افراد دارای نافرمانی مقابله‌ای سطوح بالایی از نوجویی و سطوح پایینی از خود راهبری و همکاری را دارند و در معرض خطر بالاتری برای ابتلاء به مشکلات رفتاری قرار دارند. همچنین نمرات بالاتر در نوجویی و نمرات پایین‌تر در پاداش وابستگی، پشتکار، خود راهبری و همکاری و عدم تفاوت بین نمرات اجتناب از آسیب در پسران مبتلا به اختلال نارسایی توجه/ بیش‌فعالی نسبت به گروه کنترل (پورپر-اوآکیل^۱ و همکاران، ۲۰۱۰) و نمرات بالاتر در اجتناب از آسیب و نمرات پایین‌تر در ابعاد همکاری و خود راهبری افراد مبتلا به اختلال شخصیت مرزی نسبت به افراد مبتلا به اختلال نارسایی توجه/ بیش‌فعالی (وان دیجک^۲ و همکاران، ۲۰۱۱) گزارش شده است. ملیگاری^۳ و همکاران (۲۰۱۵) در پژوهشی نشان دادند که نوجویی در کودکان دارای اختلال نافرمانی مقابله‌ای و اختلال نارسایی توجه/ بیش‌فعالی بالا بود. همچنین نتایج نشان داد که ابعاد سرشتی نوجویی، آسیب‌پرهیزی و پشتکار در ۷۵ درصد موارد افراد را به‌درستی در گروه خود یعنی اختلال اضطراب، اختلال نافرمانی مقابله‌ای و اختلال نارسایی توجه/ بیش‌فعالی طبقه‌بندی نمود (ملیگاری و همکاران، ۲۰۱۵).

هرچند میزان شیوع اختلال نافرمانی مقابله‌ای در دختران کمتر است، اما با به‌علت توجه کمتر به این اختلال در دختران و بازدارنی بیشتر در دختران این پژوهش بر روی این آنها صورت گرفته است. همچنین فقدان پژوهش در زمینه نقش ابعاد خلق و خو در پیش‌بینی بازدارنی پاسخ، خلأهای پژوهشی در این زمینه، وجود نتایج متفاوت و نقش این متغیرها در زمینه آسیب‌شناسی و پیشگیری این اختلال از ضرورت‌های دیگر انجام این پژوهش بود. بنابراین هدف پژوهش حاضر تعیین نقش ابعاد خلق و خو در پیش‌بینی بازدارنی پاسخ در دانش‌آموزان دختر دارای نشانه‌های اختلال نافرمانی مقابله‌ای بود.

-
1. Purper.Ouakil
 2. van Dijk
 3. Melegari

روش پژوهش

پژوهش حاضر با روش توصیفی از نوع همبستگی اجرا شد. در این پژوهش ابعاد خلق و خو به عنوان متغیرهای پیش‌بین و بازداری پاسخ به عنوان متغیر ملاک در نظر گرفته شدند. جامعه آماری این پژوهش را تمامی دانش‌آموزان دختر سوم دبیرستان شهرستان اردبیل تشکیل می‌دادند که در سال تحصیلی ۹۰-۱۳۸۹ در شهر اردبیل مشغول به تحصیل بودند. تعداد ۸۰۰ دانش‌آموز در دو مرحله به عنوان نمونه پژوهش انتخاب شدند. نمونه آماری این پژوهش بر اساس فرمول زیر محاسبه شد (سرمد، بازرگان و حجازی، ۱۳۷۶):

$$n = S^2 Z^2 / d^2$$
 بر اساس این فرمول حجم نمونه در این پژوهش به صورت زیر محاسبه می‌شود: $n = (1/962)(0/502) / (0/052) = 385$. بنابراین حجم نمونه در این پژوهش ۳۸۵ نفر بوده است؛ اما به دلیل بررسی زمینه‌یابی، نمونه این پژوهش را ۸۰۰ دانش‌آموز دبیرستانی شهرستان اردبیل تشکیل دادند که با روش خوشه‌ای چندمرحله‌ای انتخاب شدند.

در گام اول دانش‌آموزان به صورت خوشه‌ای چندمرحله‌ای از میان دانش‌آموزان دختر دبیرستانی شهرستان اردبیل انتخاب شدند. سپس فهرست رفتاری نافرمانی مقابله‌ای توسط این دانش‌آموزان تکمیل شد. در گام بعدی دانش‌آموزانی که در فهرست رفتاری نافرمانی مقابله‌ای نمره بالاتر از یک انحراف معیار بالای میانگین (نمره ۲۱) داشتند، شناسایی شدند و از آنها مصاحبه بالینی ساختارمند گرفته شد. در نهایت تعداد ۷۵ دانش‌آموز دختر دارای نشانه‌های اختلال نافرمانی مقابله‌ای انتخاب شدند. میانگین و انحراف معیار سن شرکت‌کنندگان به ترتیب ۱۳/۶۵ و ۰/۶۴ بود.

برای جمع‌آوری داده‌ها از چک‌لیست رفتاری نافرمانی مقابله‌ای^۱، پرسشنامه خلق و خو و آزمون رنگ-واژه استروپ استفاده شد که در ادامه توضیح هر یک از این ابزارها ارائه می‌شود.

چک‌لیست رفتاری نافرمانی مقابله‌ای: این چک‌لیست بر اساس ملاک‌های تشخیصی راهنمای تشخیصی و آماری اختلال‌های روانی (ویراست چهارم)^۲ توسط انجمن روانپزشکی آمریکا در سال ۲۰۰۴ پیشنهاد شده است. چک‌لیست حاضر هشت سوال دارد

1. Oppositional Defiant Disorder Checklist
2. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorder

که در سه حیطه‌ی خلق تحریک‌پذیر یا عصبی، کینه‌جویی و انتقام و رفتارهایی از قبیل جر و بحث و یا مقابله‌جویی توسط والدین کودک پاسخ داده می‌شود. سوالات این چک‌لیست در یک مقیاس چهار درجه‌ای نمره‌گذاری می‌شود. اگر آزمودنی چهار نمره یا بیشتر را در شش ماه گذشته به دست آورد نشانگر ملاک‌های اختلال نافرمانی مقابله‌ای است و مشکوک به این اختلال تشخیص داده می‌شود. این چک‌لیست در سال ۲۰۱۳ تجدیدنظر شده است. با تاکید طراحان آن به هیچ وجه یک مقیاس تشخیصی نیست و داده‌های آن باید بر اساس بافت زندگی فرد و به همراه مصاحبه‌ی بالینی که توسط متخصص بالینی انجام می‌شود، مورد تحلیل قرار گیرد. پژوهش‌های مربوط به روایی این چک‌لیست نشان داده‌اند که این ابزار دارای روایی قابل قبول بوده و روایی صوری و محتوایی آن توسط متخصصان و روانشناسان تأیید شده است. پایایی این چک‌لیست با ضریب آلفای کرونباخ در پژوهش جهانی‌بخش (۱۳۸۹) برابر با ۰/۸۱ گزارش شده است. در پژوهش حاضر به ترتیب ضریب آلفای کرونباخ و دونیمه‌سازی برابر با ۰/۸۲ و ۰/۷۵ به دست آمد. در این پژوهش نیز این مقیاس طبق دستورالعمل آن در مرحله‌ی اول صرفاً برای غربالگری اولیه موارد مشکوک به اختلال نافرمانی مقابله‌ای استفاده شد و تشخیص نهایی پس از انجام مصاحبه‌ی بالینی انجام گرفت.

پرسشنامه خلق و خو: پرسشنامه خلق توسط کلونینجر و همکاران در سال ۱۹۹۴ برای ارزیابی خلق و خو ساخته شده است. در واقع این پرسشنامه برای سنجش خصلت‌ها و ویژگی‌ها ساخته شده است که یا از طریق وراثت یا از طریق محیط در فرد وجود دارد. این پرسشنامه ۱۲۵ سوال دارد. پرسشنامه خلق و خو یک ابزار خودگزارشی است. هر آزمودنی به سوالات این پرسشنامه به صورت صحیح و غلط پاسخ می‌دهد. در این پرسشنامه چهار بعد خلق (نوجویی ۲۰ سوال، اجتناب از آسیب ۲۰ سوال، وابستگی به پاداش ۲۰ سوال و پشتکار ۲۰ سوال) و ۳ بعد خوی (خودراهبری ۱۵ سوال، همکاری ۱۵ سوال و خودفراروی ۱۵ سوال) ارزیابی می‌شود. این پرسشنامه فرم‌های مختلفی دارد و در این پژوهش از فرم خودگزارش‌دهی ۱۲۵ سوالی استفاده شد. روایی صوری و محتوایی این پرسشنامه از سوی متخصصان تأیید شده است. ضریب پایایی در جامعه‌ی ایرانی به روش بازآزمایی به شرح زیر به دست آمد: نوجویی ۰/۹۶، آسیب‌پرهیزی ۰/۹۱، پاداش‌وابستگی ۰/۶۱، پشتکار ۰/۷۶، همکاری ۰/۹۵، خودراهبردی ۰/۸۵ و خودفراروی ۰/۸۲ (ملکیان و احمدزاده،

۱۳۸۶). در پژوهشی آلونسو، باديج، تانزی و برترام^۱ (۲۰۰۸) ضریب آلفای کرونباخ پرسشنامه را بالای ۰/۶۸ گزارش کردند. کاویانی و محقق‌شناس (۱۳۸۶) ضریب پایایی بازآزمایی این پرسشنامه را در مقیاس‌های هفت‌گانه از ۰/۶۱ تا ۰/۹۶ به‌دست آوردند.

آزمون رنگ- واژه استروپ: آزمون استروپ یک مقیاس کلاسیک از پردازش توجه و توانایی تغییر آمایی شناختی است. اولین بار، کتل^۲ (۱۸۸۳)؛ به نقل نجاریان، سلیمانپور و لیالی، (۱۳۷۲) در پایان‌نامه دکترای خود به مطالعه مدت زمان لازم برای نام بردن اشیاء، رنگ‌ها و خواندن اسامی رنگ‌ها پرداخت. در سال ۱۹۳۵ جان ریدلی استروپ پژوهش‌های جالبی را در این زمینه انجام داد و از آن پس این پدیده با نام پدیده استروپ معرفی شد. به‌طور کلی پدیده استروپ تاثیر ابعاد گوناگون محرک‌ها را بر توجه انسان و توانایی تغییر توجه از یک بعد به بعد دیگر مورد بررسی قرار می‌دهد. این آزمون در شکل اصلی خود شامل چهار مرحله است. این آزمون از چهار کارت به شرح زیر تشکیل شده است: W خواندن واژه، C نامیدن رنگ، CW خواندن واژه‌ها بدون توجه به رنگ آنها و در کارت چهارم، گفتن رنگ واژه‌ها بدون توجه به چیزی که نوشته شده. هر کارت ۲۵ محرک را نشان می‌دهد که به ترتیب در پنج سطر و پنج ستون تنظیم شده‌اند. از آزمودنی خواسته می‌شود به هر کارت نگاه کند و از سمت چپ به‌طور افقی به سمت راست این کار را ادامه دهد و پاسخ مناسب را سریع و تا جایی که محتمل است بگوید. در کارت W محرک، نام رنگ‌های پنج‌گانه (قرمز، آبی، سبز، قهوه‌ای و زرد) است. در این قسمت از آزمودنی خواسته می‌شود تا فقط واژه‌ها را بخواند. کارت C مربع‌های رنگی را نشان می‌دهد (قرمز، آبی، سبز، قهوه‌ای و زرد). در این قسمت از آزمودنی خواسته می‌شود تا رنگ مربع‌ها را بگوید و کارت CW نیز واژه‌هایی که به نام رنگ‌های پنج‌گانه اشاره دارند و با رنگ‌های متعارض (برای مثال واژه قرمز به رنگ آبی) نوشته شده‌اند را نشان می‌دهد. در کارت سوم از آزمودنی خواسته می‌شود آن واژه‌ها را بدون توجه به رنگ آنها بخواند. در کارت چهارم از آزمودنی خواسته می‌شود تا رنگ آن واژه‌ها را بدون توجه به چیزی که نوشته شده، بگوید. در هر چهار کارت، زمان واکنش ثبت می‌شود. ضریب پایایی بازآزمایی برای زمان واکنش مرحله اول ۰/۶ و برای تعداد خطاها در همین مرحله ۰/۵۵

1. Allenso, Bagade, Tanzi & Bertram
2. Cattell

به‌دست آمد. در مرحله دوم آزمایش زمان واکنش ضریب پایایی $0/83$ و برای تعداد خطاها ضریب $0/78$ محاسبه شد. در مرحله سوم آزمایش ضریب پایایی برای زمان واکنش $0/97$ و برای تعداد خطاها $0/79$ به‌دست آمده است (داوسن و گوایر، ۲۰۰۴).

برای شناسایی دانش‌آموزان دارای اختلال نافرمانی مقابله‌ای ابتدا آزمون فهرست رفتاری نافرمانی مقابله‌ای بر روی آنها اجرا شد. دانش‌آموزانی که در این چک‌لیست نمره‌ی بالایی آوردند، بر اساس ملاک‌های راهنمای تشخیصی و آماری اختلال‌های روانی مورد مصاحبه قرار گرفتند و کسانی که دارای ملاک‌های اختلال نافرمانی مقابله‌ای بودند، انتخاب شدند. شرکت‌کنندگان ابتدا پرسشنامه ابعاد خلق و خو را تکمیل کردند و سپس به‌صورت عملی آزمون رنگ واژه استروپ روی آنها اجرا شد. سرانجام، داده‌های جمع‌آوری‌شده با روش تحلیل رگرسیون چندگانه تحلیل شد.

یافته‌های پژوهش

شاخص‌های توصیفی (میانگین و انحراف معیار) مربوط به نمرات ابعاد خلق و خو و بازداری پاسخ در دانش‌آموزان دارای نشانه‌های اختلال نافرمانی مقابله‌ای به‌طور جداگانه محاسبه شد. داده‌های توصیفی مربوط به متغیرهای پژوهش در جدول ۱ ارائه شده است.

جدول ۱. میانگین و انحراف معیار نمرات ابعاد خلق و خو و بازداری پاسخ در شرکت‌کنندگان

متغیر	میانگین	انحراف معیار	متغیر	میانگین	انحراف معیار
نوجویی	۹/۸۷	۳/۷۲	خودراهبری	۱۰/۸۲	۴/۱۵
اجتناب از آسیب	۱۱/۸۵	۳/۳۸	همکاری	۱۵/۷۲	۳/۵۵
پاداش وابستگی	۸/۴۹	۳/۰۲	خود فراروی	۹/۵۷	۳/۰۷
پشتکار	۲/۹۳	۱/۳۱	بازداری پاسخ	۳/۶۷	۱/۸۸

در جدول ۱ میانگین و انحراف معیار نمرات ابعاد خلق و خو و بازداری پاسخ دانش‌آموزان دارای نشانه‌های اختلال نافرمانی مقابله‌ای ارائه شده است. میانگین (انحراف معیار) نوجویی $9/87$ ($3/72$)، اجتناب از آسیب $11/85$ ($3/38$)، پاداش وابستگی $8/49$

(۳/۰۲)، پشتکار ۲/۹۳ (۱/۳۱)، خودراهبری ۱۰/۸۲ (۴/۱۵)، همکاری ۱۵/۷۲ (۳/۵۵)، خود فراروی ۹/۵۷ (۳/۰۷) و بازداری پاسخ ۳/۶۷ (۱/۸۸). در ادامه ماتریس همبستگی ابعاد و مولفه‌های پژوهش ارائه شده است.

جدول ۲. ماتریس همبستگی ابعاد خلق و خو و بازداری پاسخ در شرکت‌کنندگان

متغیرها	۱	۲	۳	۴	۵	۶	۷	۸	۹
نوجویی	-								
اجتناب از آسیب	-۰/۳۶**	-							
پاداش وابستگی	-۰/۱۶*	-۰/۲۱**	-						
پشتکار	-۰/۱۸*	۰/۱۵*	۰/۲۳**	-					
خودراهبری	-۰/۲۶**	۰/۳۰**	۰/۳۲**	۰/۱۸*	-				
همکاری	-۰/۱۹*	۰/۲۵**	۰/۱۵*	۰/۰۴	۰/۲۸**	-			
خود فراروی	-۰/۲۹**	۰/۲۸**	۰/۲۹**	۰/۱۴*	۰/۲۴**	۰/۲۳**	-		
بازداری پاسخ	۰/۷۱**	۰/۳۲**	-۰/۴۳**	-۰/۲۵**	-۰/۲۲**	-۰/۲۴**	-۰/۱۹*	-	
نشانه‌ها	۰/۱۸*	۰/۲۴**	-۰/۲۶**	-۰/۲۹**	-۰/۲۱**	-۰/۲۹**	-۰/۲۷**	-۰/۲۲**	-

* $P < 0.05$ ** $P < 0.01$

نتایج ضریب همبستگی پیرسون نشان داد که نوجویی ($r = 0.71$)، اجتناب از آسیب ($r = 0.32$)، پاداش وابستگی ($r = -0.43$)، پشتکار ($r = -0.25$)، خود راهبری ($r = -0.22$)، همکاری ($r = -0.19$)، خود فراروی ($r = -0.19$) با بازداری پاسخ دختران رابطه معناداری دارند ($P < 0.05$). همچنین نتایج نشان داد که پاداش وابستگی ($r = -0.26$)، پشتکار ($r = -0.29$)، خودراهبری ($r = -0.21$)، همکاری ($r = -0.29$)، خود فراروی ($r = -0.27$) با نشانه‌های نافرمانی مقابله‌ای رابطه معنادار دارند ($P < 0.05$)، اما نوجویی و اجتناب از آسیب با نشانه‌های نافرمانی مقابله‌ای رابطه معناداری نداشتند.

جدول ۳. خلاصه نتایج رگرسیون چندگانه برای پیش‌بینی بازداری پاسخ از طریق ابعاد خلق و خو

متغیرهای پیش‌بین	MR	RS	F	B	SE	B	T
مقدار ثابت	-	-	-	-۱/۹۵	۱/۰۹	-	۱/۷۹
خودراهبری	۰/۲۲۲	۰/۰۴۹	*۴/۶۵	-۰/۱۰۳	۰/۰۴۸	-۰/۲۲۲	*-۲/۱۶

همکاری	۰/۲۷۸	۰/۰۷۷	*۳/۷۴	-۰/۱۰۰	۰/۰۶۰	-۰/۱۸۰	-۱/۶۵
خودفراری	۰/۳۳۴	۰/۱۱۲	*۳/۶۹	-۰/۱۱۸	۰/۰۶۴	-۰/۱۹۸	-۱/۸۴
نوجویی	۰/۷۸۶	۰/۶۱۸	***۳۵/۱۲	۰/۴۸۷	۰/۰۴۵	۰/۸۰۳	***۱۰/۷۳
آسیب‌پرهیزی	۰/۸۲۱	۰/۶۷۳	***۳۵/۴۵	۰/۱۴۰	۰/۰۳۶	۰/۲۵۰	***۳/۸۳
پاداش‌وابستگی	۰/۸۳۷	۰/۷۰۱	***۳۳/۱۷	-۰/۱۲۰	۰/۰۴۳	-۰/۱۸۴	**۲/۷۹
پشتکار	۰/۸۳۷	۰/۷۰۱	***۲۸/۰۹	-۰/۰۰۶	۰/۰۹۶	-۰/۰۰۴	-۰/۰۰۶

P < ۰/۰۱ *P < ۰/۰۰۱ *P < ۰/۰۵

برای تعیین نقش ابعاد خلق و خو (متغیرهای پیش‌بین) و بازدارنی پاسخ (متغیر ملاک) از تحلیل رگرسیون چندگانه به روش ورود استفاده شد. همان‌طور که در جدول ۳ مشاهده می‌شود ۷۰ درصد از واریانس بازدارنی پاسخ توسط ابعاد خلق و خو تبیین می‌شود. با توجه به مقادیر بتا (Beta)، به ترتیب بعد نوجویی (Beta=۰/۸۰۳)، اجتناب از آسیب (Beta=۰/۲۵۰)، خودراهبری (Beta=-۰/۲۲۲) و پاداش‌وابستگی (Beta=-۰/۱۸۴) به عنوان قوی‌ترین متغیرها برای پیش‌بینی بازدارنی پاسخ در دختران دارای اختلال نافرمانی مقابله‌ای هستند.

بحث و نتیجه‌گیری

هدف پژوهش حاضر تعیین نقش ابعاد خلق و خو در پیش‌بینی بازدارنی پاسخ در دانش‌آموزان دختر دارای اختلال نافرمانی مقابله‌ای بود. نتایج تحلیل رگرسیون چندگانه نشان داد که نوجویی، اجتناب از آسیب، خود راهبری و پاداش‌وابستگی، بازدارنی پاسخ دختران دارای نشانه‌های اختلال نافرمانی مقابله‌ای را پیش‌بینی می‌کنند. این یافته در راستای نتایج پژوهش‌های رتو (۲۰۰۴)، آنکارساگر و همکاران (۲۰۰۶) و جاکوب و همکاران (۲۰۰۷) است. همسو با این یافته ملیگاری و همکاران (۲۰۱۵) به این نتیجه رسیدند که نوجویی، پشتکار و اجتناب از آسیب در کودکان دارای اختلال بی‌اعتنایی مقابله‌ای در مقایسه با کودکان دارای اختلال نارسایی توجه/بیش‌فعالی و اضطراب بالاتر است و این سه بعد در ۷۵ درصد موارد توانستند این سه گروه را از هم متمایز کنند.

در مجموع نقش معنی‌دار نوجویی، اجتناب از آسیب، پشتکار و خودراهبری در پیش‌بینی بازدارنی پاسخ دانش‌آموزان دارای نشانه‌های اختلال نافرمانی مقابله‌ای را می‌توان

بر اساس الگوی ارائه شده توسط بارکلی (۲۰۰۶) تبیین کرد. بر این اساس رشد مناسب بازداری برای عملکرد عادی توانایی‌های عصب‌شناختی ضروری است. به همین دلیل، بازداری رفتاری به توانمندی حافظه کاری، احساس زمان، درونی سازی، خودانگیزی، خلاقیت رفتاری و به‌طور کلی به خودکنترلی کمک می‌کند. از طریق الگوی بارکلی (۲۰۰۶) می‌توان مشکلات موجود در این کودکان را پیش‌بینی کرد و رابطه یافته‌های عصب‌شناختی و روان‌شناسی رشد را نیز در آنها تفسیر و تبیین نمود. بنابراین اختلال در کارکردهای اجرایی باعث می‌شود که این افراد در ساخت روانی و کنترل حرکتی یا به تعبیر دیگر کنترل رفتار حرکتی مشکل داشته باشند.

این نتیجه که نوجویی می‌تواند بازداری پاسخ را در دانش‌آموران دارای اختلال بی‌اعتنایی مقابله پیش‌بینی کند با نتایج پژوهش‌های رتیبو (۲۰۰۴)، آنکارساتر و همکاران (۲۰۰۶) و جاکوب و همکاران (۲۰۰۷) و ملیگاری و همکاران (۲۰۱۵) همسو است. افراد دارای اختلال نافرمانی مقابله‌ای به نوجویی بالا ناپایدار بوده و در نتیجه مشکلات اجتماعی آنها با احساسات منفی و ناپختگی در رفتار همراه است. پیش‌بینی بازداری پاسخ از طریق اجتناب از آسیب، در راستای نتایج پژوهش‌های کلونینجر، ۱۹۹۱؛ رتیبو، ۲۰۰۴؛ آنکارساتر و همکاران، ۲۰۰۶ و جاکوب و همکاران، ۲۰۰۷ و ملیگاری و همکاران، ۲۰۱۵ است. این نتیجه را می‌توان این‌گونه تبیین کرد که بالا بودن آسیب‌پرهیزی که با ویژگی‌های همچون فرار، اجتناب از موقعیت‌های خطرزا، محتاط و منزوی بودن مشخص می‌شود، به عنوان سدی در برابر علائم این اختلال عمل می‌کند. پایین بودن ویژگی‌های آسیب‌پرهیزی همچون اعتماد به نفس در مقابل بلاتکلیفی منجر به تلاش‌های زیاد با حداقل ناراحتی شخص می‌گردد و ضرر این حالت عدم پاسخ‌دهی به خطر و خوش‌بینی غیرواقعی است و نتایج بالقوه پرخطر آن در موقعیت‌هایی بروز می‌یابد که احتمال خطر زیاد است و کاملاً در راستای افزایش علائم این اختلال است.

این نتیجه که بازداری پاسخ از طریق پشتکار پیش‌بینی می‌شود در راستای نتایج پژوهش‌های اوبرین و همکاران (۱۹۹۶)، کیم و همکاران (۲۰۱۰) و پورپر-اوآکیل (۲۰۱۰) و ملیگاری و همکاران (۲۰۱۵) قرار دارد. در تبیین این یافته می‌توان گفت که نقص در پشتکار در این افراد بر اساس رویکردهای عصب‌شناختی مربوط به افراد

ADHD، مفهوم گریزی و تأخیر در پاسخ تبیین می‌شود (بیدرمن^۱ و همکاران، ۲۰۰۸) که این مساله می‌تواند این افراد را در معرض خطر و آسیب جدی‌تر قرار دهد. عدم نقش معنی‌دار پاداش وابستگی در پیش‌بینی بازداری پاسخ در این پژوهش در راستای یافته‌های پژوهشی (برای مثال اوبرین و همکاران، ۱۹۹۶؛ شاپیرو و همکاران، ۱۹۹۸؛ کلونینجر، ۱۹۹۱؛ ماتیز و همکاران، ۲۰۱۵؛ دورستون و همکاران، ۲۰۰۵؛ کرول، ۲۰۱۵ و پورپر-اوآکیل و همکاران، ۲۰۱۰؛ ملیگاری و همکاران، ۲۰۱۵) نیست. همچنین کلیفتون و پیلکونیس^۲ (۲۰۰۶) به این نتیجه رسیدند که افراد مبتلا به نافرمانی مقابله‌ای و اختلال نارسایی توجه/بیش‌فعالی نمرات بالا در نوجویی و نمرات پایین در اجتناب از آسیب و پاداش وابستگی دارند.

از میان ابعاد خوی (خود راهبری، خود فراروی و همکاری) فقط خود راهبری توانست بازداری پاسخ را به صورت معنی‌داری پیش‌بینی کند. در صورتی که نتایج پژوهش‌ها (برای مثال اوبرین و همکاران، ۱۹۹۶؛ کیم و همکاران، ۲۰۱۰؛ پورپر-اوآکیل، ۲۰۱۰ و وان دیجک و همکاران، ۲۰۱۱) بین ابعاد خوی و بازداری پاسخ رابطه معنی‌داری نشان داده‌اند. سطوح پایین خودراهبری در افراد دارای اختلال نافرمانی مقابله‌ای را احتمالاً می‌توان این گونه تبیین کرد که افراد دارای اختلال نافرمانی مقابله‌ای در معرض خطر بیشتری برای ابتلا به مشکلات رفتاری قرار دارند (بیدرمن و همکاران، ۲۰۰۸). همچنین افرادی که نافرمانی مقابله‌ای و اختلال نارسایی توجه/بیش‌فعالی را با هم دارند، سطوح پایینی از خود راهبری و همکاری و سطوح بالایی از مشکلات رفتاری را در مقایسه با افراد دارای اختلال نافرمانی مقابله‌ای نشان می‌دهند. این نتیجه در راستای این یافته وان دیجک و همکاران (۲۰۱۱) قرار دارد که افراد با اختلال نافرمانی مقابله‌ای و اختلال نارسایی توجه/بیش‌فعالی نسبت به اختلال شخصیت مرزی نمرات پایین‌تری در ابعاد همکاری و خود راهبری دارند.

محدود بودن نمونه پژوهش به دبیرستان‌های دولتی شهر اردبیل و جنسیت دختران و عدم توجه به متغیرهایی نظیر وضعیت اجتماعی-اقتصادی و انتخاب نمونه غیربالینی از محدودیت‌های پژوهش حاضر بود. در نهایت با توجه به نتایج و متون پژوهشی به‌طور کاربردی می‌توان پیشنهاد کرد که در فرآیند تشخیص و به‌ویژه انتخاب مداخله‌های درمانی

1. Biederman
2. Clifton & Pilkonis

باید به ابعاد خلق و خو و ویژگی‌های بازداری پاسخ نیز توجه شود و یک رویکرد جامع نسبت به مشکل دختران با اختلال نافرمانی مقابله‌ای اتخاذ شود که در آن همراه با در نظر گرفتن فرد در حد امکان ویژگی‌های او نیز در معرض مداخله قرار داده شوند تا نتایج درمانی جامع‌تر و پایدارتر باشد. همچنین بررسی پسران، استفاده از نمونه بالینی از پیشنهادها این پژوهش است. در نهایت برنامه‌ریزی‌های مداخله‌ای به‌منظور کاهش پیامدهای منفی اختلال نافرمانی مقابله‌ای پیشنهاد می‌شود.

منابع

- جهانی‌بخش، م. (۱۳۸۹). اثربخشی دلبستگی درمانی بر اختلالات رفتاری دانش آموزان دختر دوره ابتدایی شهر اصفهان. *پایان نامه کارشناسی ارشد دانشکده روانشناسی و علوم تربیتی، دانشگاه اصفهان*.
- سرمد، ز.، بازرگان، ع.، و حجازی، ا. (۱۳۷۶). *روش‌های تحقیق در علوم رفتاری*. تهران، انتشارات آگاه.
- کاویانی، م و محقق شناس، د. (۱۳۸۶). *نظریه‌های زیستی شخصیت*. تهران: موسسه انتشارات علوم شناختی.
- ملکیان، آ.، و احمدزاده، غ. ح. (۱۳۸۶). *افسردگی و اضطراب در بیماران مبتلا به سرطان*. *مجله تحقیقات علوم رفتاری*، ۵ (۲)، ۱۱۵-۱۱۹.
- نجاریان، ب.، سلیمانپور، م.، و لیالی، ف. (۱۳۷۲). *بررسی عملکرد تحصیلی دانشجویان شاهد دانشگاه‌های شهید چمران و علوم پزشکی اهواز، مجله علوم اجتماعی و انسانی دانشگاه شیراز*، ۱ (۷)، ۵۷-۷۷.

- Allenso, N. C., Bagade, S., Tanzi, R., Bertram, L. (2008). The schizophrenia gene database. *Schizophrenia research forum* (Available at <http://www.schizophrenia forum. org/ res/ schgene / default. asp>).
- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth edition, DSM-5*. Washington, DC: American Psychiatric Publishing.
- Anckarsater, H., Stahlberg, O., Larson, T., Hakansson, C., Jutblad, S. B., Niklasson, L. & Gillberg, C. (2006). The impact of ADHD and autism spectrum disorders on temperament, character, and personality development. *American Journal of Psychiatry*, 163(7), 1239-1244.

- Barkley, R.A. (2005). *ADHD and the nature of self-control*. New York: Guilford Press.
- Barkley, R.A. (2006). *Attention-deficit hyperactivity disorder: A handbook for diagnosis and treatment*. (3rd ed). New York: Guilford Press.
- Biederman, J., Petty, C. R., Dolan, C., Hughes, S., Mick, E., Monuteaux, M. C., & Faraone, S. V. (2008). The long-term longitudinal course of oppositional defiant disorder and conduct disorder in ADHD boys: findings from a controlled 10-year prospective longitudinal follow-up study. *Psychological Medicine*, 38(7), 1027-1036.
- Booth, J. R. Burman, D.D. Meyer, J.R. Lei, Z. Tronmer, B.L. Davenport, N.D. et al. (2005). Larger deficits in brain networks for response inhibition than for visual selective attention in attention deficit hyperactivity disorder. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 46(1), 88-102.
- Clifton, A. & Pilkonis, P.A. (2006). *Evidence for a single latent class of DSM borderline pathology comprehensive psychiatry*. American Psychiatric Publishing.
- Cloninger, C. R. & Svrakic, D. M. (2005). *Personality disorders*. In B. J. Sadock, V. A. Sadock (Eds.), *Comprehensive textbook of psychiatry* (Eight Edition, pp. 2063-2105). Philadelphia, Lippincott Williams & Wilkins.
- Cloninger, C.R. (1987). A systematic method for clinical description and classification of personality variants. A proposal. *Arch Gen Psychiatry*, 44(6), 73-88.
- Cloninger, C.R. (1991). Brain networks underlying personality development. In: Carroll BJ, Barrett JE. *Psychopathology and the brain*. New York: Raven Press; PP: 183-20.
- Cloninger, C.R. Przybeck, T.R. Svrakic, D.M. Wetzel, R. (1994). The temperament and character inventory (TCI): A guide to its development and use. First edition. USA. St Louis: Center for Psychobiology of Personality, *Washington University*; PP: 23-175.
- Cloninger, C.R. Przybeck, T.R. Svrakic, D.M. Wetzel, R.D. (1994). The Temperament and Character Inventory (TCI): a guide to its development and use. *Center for Psychobiology of Personality, Washington University, Sant Louis*. PP: 25-30.
- Connor, D. F., & Doerfler, L. A. (2008). ADHD with comorbid oppositional defiant disorder or conduct disorder: discrete or nondistinct disruptive behavior disorders? *Journal of Attention Disorders*, 12(2), 126-134.
- Dovasen, Y, & Govayer, R. (2004). *Educational assessment of learning problems. Testing for teaching*. Boston: Allyn and Bacon. American Psychiatric Publishing.
- Dunsmore, J. C., Booker, J. A., & Ollendick, T. H. (2013). Parental emotion coaching and child emotion regulation as protective factors for children with oppositional defiant disorder. *Social Development*, 22(3), 444-466.
- Durston, S. Hulshoff Pol, H.E. Schnack, H.G. Buitelaar, J.K. Steenhuis, M.P. Minderaa, R.B. et al. (2005). Magnetic resonance imaging of boys with attention deficit executive function theory of Attention-

- Deficit/Hyperactivity Disorder: A meta-analytic review. *Biological Psychiatry*, 57, 1336–1346.
- Faraone, S. V., Kunwar, A., Adamson, J., & Biederman, J. (2009). Personality traits among ADHD adults: implications of late-onset and subthreshold diagnoses. *Psychological medicine*, 39(4), 685-693.
- Ghosh, A. Malhotra, S. Basu, D. (2014). Oppositional defiant disorder (ODD), the forerunner of alcohol dependence: A controlled study. *Asian Journal of Psychiatry*, 11, 8-12.
- Harada, Y., Yamazaki, T., & Saitoh, K. (2002). Psychosocial problems in attention-deficit hyperactivity disorder with oppositional defiant disorder. *Psychiatry and clinical neurosciences*, 56(4), 365-369.
- Jacob, C. P., Romanos, J., Dempfle, A., Heine, M., Windemuth-Kieselbach, C., Kruse, A. & Brocke, B. (2007). Co-morbidity of adult attention-deficit/hyperactivity disorder with focus on personality traits and related disorders in a tertiary referral center. *European archives of psychiatry and clinical neuroscience*, 257(6), 309-317.
- Kadesjo, C., Hägglöf, B., Kadesjo, B., & Gillberg, C. (2003). Attention-deficit–hyperactivity disorder with and without oppositional defiant disorder in 3-to 7-year-old children. *Developmental medicine and child neurology*, 45(10), 693-699.
- Sadock, B. J., & Sadock, V. A. (Eds.). (2010). *Kaplan and Sadock's pocket handbook of clinical psychiatry*. Lippincott Williams & Wilkins.
- Kim, H.W. Cho, S.C. Kim, B.N. Kim, J.W. Shin, M.S. Yeo, J.Y. (2010). Does oppositional defiant disorder have temperament and psychopathological profiles independent of attention deficit/hyperactivity disorder? *Comprehensive Psychiatry*, 51, 412–418.
- Krol, A. (2015). *The Handbook of child adolescence clinical psychology. A contextual approach*. Institute of psychiatry. London
- Kuhne, M., Schachar, R., & Tannock, R. (1997). Impact of comorbid oppositional or conduct problems on attention-deficit hyperactivity disorder. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 36(12), 1715-1725.
- Loeber, R., Burke, J. D., Lahey, B. B., Winters, A., & Zera, M. (2000). Oppositional defiant and conduct disorder: a review of the past 10 years, part I. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 39(12), 1468-1484.
- López-Villalobos, J.A. De Llano, J.M.A. Molinero, L.R. Redondo, M.G. Martín, A.M.S. Rivera, M.T.M. Azón, M.I.S. (2014). Prevalence of oppositional defiant disorder in Spain. *Revista de psiquiatría y salud mental*, 7(2), 80-87.
- MacLeod, C. Gorfein, D. (2007). *Inhibition in cognition*. Washington, DC: American Psychological Association. American Psychiatric Publishing.
- Prior, M., Smart, D., Sanson, A., & Oberklaid, F. (2001). Longitudinal predictors of behavioural adjustment in pre-adolescent children. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 35(3), 297-307.

- Mattiz, M. Smart, D. Sanson, A. Oberklaid, F. (2015). Longitudinal predictors of behavioural adjustment in pre-adolescent children. *Australian & New Zealand Journal of Psychiatry*, 35, 297-307.
- May, B., & Bos, J. (2000). Personality characteristics of ADHD adults assessed with the Millon Clinical Multiaxial Inventory-II: evidence of four distinct subtypes. *Journal of Personality Assessment*, 75(2), 237-248.
- Melegari, M. G., Nanni, V., Lucidi, F., Russo, P. M., Donfrancesco, R., & Cloninger, C. R. (2015). Temperamental and character profiles of preschool children with ODD, ADHD, and anxiety disorders. *Comprehensive psychiatry*, 58, 94-101.
- Miyake, A. Friedman, N.P. Emerson, M.J. Witzki, A.H. Howerter, A. Wager, T.D. (2000). The unity and diversity of executive functions and their contributions to complex "frontal lobe" tasks: A latent variable analysis. *Cognitive Psychology*, 41, 49-100.
- Nigg, J. T., Goldsmith, H. H., & Sachek, J. (2004). Temperament and attention deficit hyperactivity disorder: The development of a multiple pathway model. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology*, 33(1), 42-53.
- Nigg, J.T. (2000). On inhibition/ disinhibition in developmental psychopathology: Views from cognitive and personality psychology and a working inhibition taxonomy. *Psychological Bulletin*, 126, 200-246.
- Nigg, J.T. (2001). Is ADHD an inhibitory disorder? *Psychological Bulletin*, 127, 571-598.
- Nigg, J.T. (2006). *What causes ADHD? Understanding What Goes Wrong and Why*. New York: The Guilford Press.
- O'Brien, B. S., & Frick, P. J. (1996). Reward dominance: Associations with anxiety, conduct problems, and psychopathy in children. *Journal of abnormal child psychology*, 24(2), 223-240.
- Purper-Ouakil, D. Cortese, S. Wohl, M. Aubron, V. Orejarena, S. Michel, G. Asch, M. Mouren, M.C. Gorwood. P. (2010). Temperament and character dimensions associated with clinical characteristics and treatment outcome in attention-deficit/hyperactivity disorder boys. *Comprehensive Psychiatry*, 51, 286-292.
- Rettew, D. C., Copeland, W., Stanger, C., & Hudziak, J. J. (2004). Associations between temperament and DSM-IV externalizing disorders in children and adolescents. *Journal of Developmental and Behavioral Pediatrics*, 25(6), 383.
- Schachar, R., & Logan, G. D. (1990). Impulsivity and inhibitory control in normal development and childhood psychopathology. *Developmental Psychology*, 26(5), 710.
- Schachar, R. Nita, V.L. Logan, G.D. Tannock, R. Klim, P. (2000). Confirmation of an inhibitory control deficit in attention deficit/hyperactivity disorder. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 28, 227-235.

- Shanahan, L. Copeland, W.E. Angold, A. Bondy, C.L. Costello, E.J. (2014). Sleep Problems Predict and Are Predicted by Generalized Anxiety/Depression and Oppositional Defiant Disorder. *Journal of the American academy of child & adolescent psychiatry*, 53(5), 550-558.
- Shapiro, E. S., DuPaul, G. J., & Bradley-Klug, K. L. (1998). Self-management as a strategy to improve the classroom behavior of adolescents with ADHD. *Journal of Learning Disabilities*, 31(6), 545-555.
- Van Dijk, F.E. Lappenschaar, M. Kan, C.C. Verkes, R.J. Buitelaar, J.K. (2011). Symptomatic overlap between attention-deficit/hyperactivity disorder and borderline personality disorder in women: the role of temperament and character traits. *Comprehensive Psychiatry*, 2 (7), 1-9.
- López-Villalobos, J. A., Andrés-De Llano, J. M., Rodríguez-Molinero, L., Garrido-Redondo, M., Sacristán-Martín, A. M., Martínez-Rivera, M. T. & Sánchez-Azón, M. I. (2014). Prevalence of oppositional defiant disorder in Spain. *Revista de Psiquiatría y Salud Mental (English Edition)*, 7(2), 80-87.
- Wender, P. H., Wolf, L. E., & Wasserstein, J. (2001). Adults with ADHD. *Annals of the New York academy of sciences*, 931(1), 1-16.