

مقایسه اثربخشی رفتاردرمانی شناختی و رفتاردرمانی دیالکتیک بر رفتارهای تکانشی، تنظیم هیجان و باورهای غیرمنطقی دانش‌آموزان دختر مقطع متوسطه

یگانه پروانه^۱، جواد خلعتبری^۲، فریبا سعیدپور^{۳*}

تاریخ پذیرش: ۱۴۰۰/۳/۱۲

تاریخ دریافت: ۱۳۹۸/۱۰/۱۶

خلاصه

مقدمه: رفتارهای تکانشی، تنظیم هیجان و باورهای غیرمنطقی از متغیرهای مؤثر بر سلامت روان دانش‌آموزان هستند. رفتاردرمانی شناختی و دیالکتیک، رویکردهایی کارآمد جهت کاهش اختلالات رفتاری نوجوانان می‌باشند. پژوهش حاضر، با هدف مقایسه اثربخشی رفتاردرمانی شناختی و رفتاردرمانی دیالکتیک بر رفتارهای تکانشی، تنظیم هیجان و باورهای غیرمنطقی دانش‌آموزان دختر مقطع متوسطه انجام شد.

مواد و روش‌ها: جامعه آماری این پژوهش نیمه‌آزمایشی، کلیه دانش‌آموزان دختر مقطع متوسطه شهرستان رامسر در سال تحصیلی ۹۶-۱۳۹۵ بودند. تعداد ۴۵ نفر به روش نمونه‌گیری تصادفی خوشه‌ای انتخاب شدند و به صورت تصادفی در گروه‌های مداخله و کنترل قرار گرفتند (۱۵ نفر در هر گروه). گروه‌ها، پرسشنامه‌های تکانشوری، باورهای غیرمنطقی و تنظیم هیجان را در مراحل پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری تکمیل کردند. گروه‌های آزمایشی ۸ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای رفتاردرمانی شناختی و دیالکتیک دریافت کردند و گروه کنترل، مداخله‌ای دریافت نکرد. داده‌ها با استفاده از تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر و آزمون تعقیبی بنفرونی تحلیل شدند.

یافته‌ها: نمرات پس‌آزمون رفتارهای تکانشی و باورهای غیرمنطقی در گروه‌های رفتاردرمانی شناختی و رفتاردرمانی دیالکتیکی نسبت به پیش‌آزمون به طور معنی‌دار کاهش یافت ($p < 0.001$). نمرات پس‌آزمون تنظیم هیجان گروه رفتاردرمانی شناختی و رفتاردرمانی دیالکتیکی نسبت به پیش‌آزمون افزایش معنی‌دار نشان داد ($p < 0.001$) که این تأثیرات در مرحله پیگیری نیز تداوم داشت.

نتیجه‌گیری: رفتاردرمانی شناختی و رفتاردرمانی دیالکتیکی می‌توانند به عنوان درمان‌های مؤثری برای کاهش رفتارهای تکانشی، باورهای غیرمنطقی و بهبود تنظیم هیجان در دانش‌آموزان دختر مورد استفاده قرار گیرند و تفاوتی بین آن‌ها از این جهت وجود ندارد.

واژه‌های کلیدی: رفتاردرمانی شناختی، رفتاردرمانی دیالکتیک، رفتار تکانشی، تنظیم هیجان، باور غیرمنطقی

۱- کارشناس ارشد، گروه روانشناسی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد تنکابن، مازندران، ایران.

۲- دانشیار، گروه روانشناسی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد تنکابن، مازندران، ایران.

۳- دانشجوی دکتری، گروه مشاوره، دانشکده علوم تربیتی و روانشناسی، دانشگاه شهید چمران اهواز، اهواز، ایران. (نویسنده مسئول)

پست الکترونیکی: Fariba_Saeedpour@yahoo.com ، تلفن: ۰۹۱۱۴۵۶۴۹۲۲

مقدمه

نوجوانی دوره‌ای است که با تغییرات قابل توجه روانی-اجتماعی و زیستی تعریف شده است. در این دوره، فرد بیش از گذشته از والدین خود مستقل شده و به همسالان تکیه می‌کند. این رفتار انتقالی اغلب با استرس بین فردی شدید و واکنش‌های هیجانی همراه است [۱]. تکانشگری (Impulsivity) یکی از مؤلفه‌های روان‌شناختی مرتبط با واکنش‌های هیجانی است [۲]. هیجان‌ات مرتبط با تکانشگری شامل کنترل ضعیف بر واکنش‌هایی است که به دنبال هیجان‌ات فراخوانده می‌شوند [۳]. تکانشگری با رفتارهای ناسازگاری مانند سوءمصرف مواد، روابط جنسی پرخطر، اختلال بیش‌فعالی و نقص توجه، اختلالات خواندن و نوشتن و نتایج تحصیلی ضعیف در ارتباط است [۴]. دل‌بستگی ناایمن، فشار همسالان، روابط متعارض با معلمان، ضعف در مدیریت عواطف منفی، اجتناب عاطفی و شفقت به خود پایین برخی از علل رفتارهای تکانشی در دانش‌آموزان می‌باشند [۵-۶]. شناسایی هیجان‌ات نیازمند آگاهی هیجانی، توجه به تجربه هیجان فعلی و زمینه‌ای است که هیجان در آن رخ می‌دهد [۷]. رایج‌ترین تعریف برای تنظیم هیجان (Emotion Regulation) بر فرآیندهای نظارت، ارزیابی و اصلاح واکنش‌های هیجانی تأکید می‌کند. راهبردهای کنترل اولیه، شامل تلاش برای مقابله مستقیم با منبع استرس یا هیجان‌ات خود از طریق حل مسئله و بیان هیجان‌ات می‌باشد [۸]. راهبردهای کنترل ثانویه، تلاش برای انطباق با منبع استرس، پذیرش و ارزیابی مجدد شناختی را در برمی‌گیرد و راهبردهای عدم مشارکت و تلاش برای فرار از منبع استرس نیز، با اجتناب و انکار همراه است [۹]. در این زمینه، راه‌های سازگارانه برای تنظیم هیجان‌ات با موفقیت تحصیلی، عملکرد اجتماعی بهتر و سلامت روانی و جسمانی در بزرگسالی در ارتباط است [۱۰]. باورهای منطقی و غیرمنطقی، شناخت‌هایی عمیق شبیه به طرحواره‌ها یا باورهای مرکزی در نظر گرفته می‌شوند که دسترسی آگاهانه به آن‌ها، دشوار است [۱۱]. باورهای غیرمنطقی با توانایی افراد در مدیریت استرس حاصل از حوادث منفی زندگی، اضطراب، استرس شغلی و سازگاری در ارتباط است [۱۲-۱۳].

از جمله روش‌های کاربردی برای حل مشکلات روان‌شناختی دانش‌آموزان، گروه‌درمانی است. یکی از رویکردهای رایج در این زمینه، رفتاردرمانی شناختی به شیوه Beck است [۱۴]. فرض اساسی رفتاردرمانی شناختی این است که افراد با نحوه تعبیر رویدادها، در مشکلات شناختی خود دخالت زیادی دارند. درمان بر این اساس استوار است که شناخت‌ها، هیجان‌ها و رفتارها به نحو چشم‌گیری بر یکدیگر تأثیر داشته و رابطه علت و معلولی دارند [۱۵]. هدف درمان، عوض کردن معانی اختصاصی است و تکالیف رفتاری، جهت بررسی شواهدی برای افکار خود آیند منفی ارائه می‌شوند [۱۶]. در زمینه اثربخشی درمان شناختی رفتاری بر تنظیم هیجان و بهبود رفتارهای تکانشی بیماران مبتلا به افسردگی اساسی، یافته‌ها مؤید اثربخشی این روش درمانی به صورت گروهی [۱۷] و فردی [۱۸] می‌باشد. یکی دیگر از رویکردهای مؤثر در تنظیم هیجان‌ات، رفتاردرمانی دیالکتیک است که توسط Linehan در سال ۱۹۹۳ مطرح شد [۱۹]. رفتاردرمانی دیالکتیک یک رویکرد شناختی-رفتاری است که بر جنبه‌های روانی-اجتماعی درمان تأکید می‌کند. مهارت‌های رفتاردرمانی دیالکتیک شامل تحمل پریشانی، تنظیم هیجان، ذهن‌آگاهی و بهبود روابط بین فردی است. رفتاردرمانی دیالکتیک، از نقطه نظر گفتگو و ارتباط به تغییر از طریق قانع‌سازی و ترغیب و استفاده از مخالفت‌ها و تضادهایی که در رابطه درمانی وجود دارند، اعتقاد دارد. هدف رفتاردرمانی دیالکتیک، کاهش رنج افراد درگیر در مشکلات هیجانی نظیر افسردگی است [۲۰].

جمع‌بندی پژوهش‌های متعدد نشان می‌دهد که رفتار-درمانی دیالکتیک بر بی‌ثباتی هیجانی و تکانشگری در افراد مبتلا به اختلال دوقطبی، درمان بزرگسالان افسرده و مضطرب، بهبود مهارت‌های تنظیم هیجان، درمان باورهای غیرمنطقی و اضطراب جوانان مؤثر بوده است [۲۱-۲۲-۲۳-۲۴]. علاوه بر این، سایر مطالعات نیز به طور جداگانه اثربخشی رفتاردرمانی شناختی بر تنظیم هیجان و بهبود رفتارهای تکانشی بیماران مبتلا به افسردگی اساسی را تأیید نموده‌اند [۱۷-۱۸]. لکن با توجه به اشتراکات و تفاوت‌ها در مفاهیم زیربنایی، این دو رویکرد در جمعیت غیر بالینی و در قیاس با

۴۰۰ نفر بودند، اجرا شد. تعداد ۴۵ نفر که نمراتشان در دو پرسشنامه رفتارهای تکانشی و باورهای غیرمنطقی، یک انحراف استاندارد بالاتر از میانگین نمرات و در پرسشنامه تنظیم هیجانی یک انحراف استاندارد پایین تر از میانگین نمرات کسب کردند و در متغیرهای فوق در وضعیت مطلوبی قرار نداشتند [۲۶-۲۷-۲۸]. انتخاب و به شیوه تصادفی در دو گروه آزمایش و یک گروه کنترل گمارش شدند. با استفاده از جای‌دهی تصادفی، دو گروه به لحاظ سن و مقطع تحصیلی مشابه یکدیگر بوده و اندازه‌گیری متغیرهای وابسته برای هر دو گروه در یک زمان و تحت یک شرایط صورت گرفت. در تحقیق حاضر روش جای‌دهی تصادفی، از نوع پرتاب سکه بود. Geier و همکاران در مطالعه خود از روش پرتاب سکه جهت ایجاد گروه‌های تصادفی استفاده کردند [۲۹].

معیارهای ورود عدم دریافت آموزش مهارت‌های رفتاردرمانی شناختی و دیالکتیک قبل از ورود به پژوهش و یا دریافت سایر مداخلات روانشناختی همزمان، و معیارهای خروج؛ داشتن بیماری جسمی که مانع شرکت در جلسات شود و همچنین مصرف داروهای روان‌پزشکی (مانند سرتالین و ریسپریدون) بود. اطلاعات دموگرافیک در این پژوهش شامل سن، تاریخچه وضعیت طبی و سلامت جسمانی بود. گروه‌ها در مراحل قبل، بعد از اتمام مداخلات و پیگیری با مقیاس تکانشوری، پرسشنامه تنظیم هیجان و پرسشنامه باورهای غیرمنطقی ارزیابی شدند.

مقیاس تکانشوری (impulsiveness scale): این

مقیاس توسط Barrat در سال ۱۹۹۴ ساخته شده است. نسخه یازدهم مقیاس تکانشوری یک مقیاس خود گزارش‌دهی با ۳۰ ماده است که سه عامل تکانشوری شناختی، حرکتی و بی-برنامگی را در یک طیف ۴ رتبه‌ای لیکرت، هرگز (۱)، به ندرت (۲)، اکثر اوقات (۳) و همیشه (۴) می‌سنجد. ۱۱ ماده از این مقیاس به طور معکوس نمره‌گذاری می‌شوند. Barrat در یک تحقیق مقدماتی ضریب آلفای کرونباخ و ضریب پایایی بازآزمایی بعد از یک ماه این مقیاس را به ترتیب ۰/۸۷ و ۰/۷۹ گزارش کرد. حداقل و حداکثر نمره در مقیاس مذکور به ترتیب ۳۰ و ۱۲۰ است. کسب نمره بالاتر در این مقیاس، به معنای تکانشوری بیشتر است و افرادی که میانگین نمره کل آن‌ها بالاتر

یکدیگر، ارزیابی نشده‌اند تا مشخص شود کدام شیوه درمانی، گزینه ترجیحی برای دانش‌آموزان می‌باشد. با توجه به نقش رفتارهای تکانشی، تنظیم هیجان و باورهای غیرمنطقی در کارکردهای اجتماعی، ضرورت دارد تا به شناسایی مؤلفه‌های روان‌شناختی مؤثر در بروز مشکلات دانش‌آموزان بپردازیم. رفتاردرمانی دیالکتیکی و رفتاردرمانی شناختی درمان‌هایی نوپا برای مداخله در بحران‌ها هستند که به‌طور گسترده‌ای مورد توجه روانشناسان و مشاوران قرار گرفته‌اند. در مطالعات گذشته، پژوهشی که به مقایسه اثربخشی رفتاردرمانی دیالکتیکی و رفتاردرمانی شناختی بر رفتارهای تکانشی، تنظیم هیجان و باورهای غیرمنطقی دانش‌آموزان در جامعه ایرانی پرداخته باشد، یافت نشد. لذا هدف از انجام پژوهش حاضر، مقایسه اثربخشی رفتاردرمانی شناختی و رفتاردرمانی دیالکتیک بر رفتارهای تکانشی، تنظیم هیجان و باورهای غیرمنطقی در دانش‌آموزان دختر مقطع متوسطه می‌باشد.

مواد و روش‌ها

پژوهش حاضر، کاربردی می‌باشد. روش پژوهش به صورت نیمه‌آزمایشی با طرح پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری با دو گروه آزمایشی و یک گروه گواه بود. جامعه آماری شامل کلیه دانش‌آموزان دختر مقطع متوسطه اول مدارس دولتی شهرستان رامسر بود که در سال تحصیلی ۹۶-۱۳۹۵ مشغول به تحصیل بودند. نمونه پژوهش ۴۵ دانش‌آموز پایه نهم مدرسه دخترانه حدادی مقدم بودند. تعداد نمونه بر اساس مطالعه Asadi Khalili و همکاران [۲۵]، بر طبق فرمول زیر و با در نظر گرفتن $\alpha=0/05$ ، $\beta=0/20$ ، $\Delta 2=0/45$ و $\sigma=1/12$ محاسبه شد. حجم نمونه برای هر گروه ۱۵ نفر بدست آمد.

$$n = \frac{2 \left(1 - \frac{\alpha}{2} + 1 - \beta \right)^2}{\Delta^2} + 1$$

آزمودنی‌ها به روش نمونه‌گیری تصادفی خوشه‌ای از بین مدارس دخترانه مقطع متوسطه اول شهرستان رامسر انتخاب شدند. به این صورت که از بین ۲۰ مدرسه دخترانه متوسطه اول شهرستان رامسر، چهار مدرسه (حدادی مقدم، فاطمیه، بنت‌الهدی و اختری) به صورت تصادفی انتخاب شدند. سپس پرسشنامه‌های پژوهش بین دانش‌آموزان این دبیرستان‌ها که

مشکل، وابستگی، درماندگی نسبت به تغییر و کمال‌گرایی را در طیف ۵ رتبه‌ای لیکرت از به شدت مخالف (۱)، تا حدودی مخالف (۲)، خنثی (۳)، تا حدودی موافق (۴) و به شدت موافق (۵) بررسی می‌نماید. هر مؤلفه دارای ۱۰ سؤال می‌باشد. حداکثر نمره باورهای غیرمنطقی برای کل آزمون ۵۰۰ نمره و برای هر یک از عوامل ده‌گانه خرده آزمون، ۵۰ نمره می‌باشد. کسب نمره پایین، نشانه تفکر منطقی است. در ایران Barzegar Befroei و Ganji رویی صوری این پرسشنامه را تأیید و پایایی کل آزمون را با روش آلفای کرونباخ ۰/۹۴ محاسبه کردند [۳۲]. در پژوهش حاضر، ضریب آلفای کرونباخ برای کل پرسشنامه ۰/۸۱ بود.

در گروه آزمایش اول، مداخله رفتاردرمانی دیالکتیکی و در گروه آزمایش دوم، مداخله رفتاردرمانی شناختی در ۸ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای هفته‌ای یک جلسه و به صورت گروهی اجرا شد. در گروه کنترل مداخله‌ای صورت نگرفت. به منظور پیشگیری از تبادل اطلاعات بین گروه‌های پژوهش، هر گروه به طور مجزا ارزیابی شد. جلسات مداخله برای گروه‌های آزمایش، صبح‌ها در یکی از کلاس‌های مدرسه حدادی‌مقدم که به منظور اجرای جلسات از قبل آماده‌سازی شده بود، توسط متخصص مشاوره اجرا شد. پس از پایان جلسات درمانی از آزمودنی‌ها، پس‌آزمون و پیگیری سه‌ماهه به عمل آمد. ملاحظات اخلاقی در پژوهش شامل رضایت آگاهانه، داشتن حق خروج از جلسات و توضیح اهداف پژوهش بود. در نهایت به نفرات اطمینان داده شد که اطلاعات بدست آمده به صورت محرمانه باقی خواهند ماند. شرح جلسات رفتاردرمانی شناختی بر اساس مطالعات Greenberger و Padesky [۳۳] در جدول ۱ ارائه شده است.

از ۶۴ است، تکانشور محسوب می‌شوند [۲۶]. Javid و همکاران روایی صوری این پرسشنامه را تأیید نمودند و اعتبار کل پرسشنامه تکانشوری را با استفاده از دو روش آلفای کرونباخ و بازآزمایی تحلیل کردند که به ترتیب با ۰/۸۱ و ۰/۷۷ بیانگر پایایی مطلوب این پرسشنامه می‌باشد [۳۰]. در پژوهش حاضر، ضریب آلفای کرونباخ برای کل پرسشنامه ۰/۸۶ بدست آمد.

پرسشنامه تنظیم هیجان (emotion regulation questionnaire)

(questionnaire): این ابزار در سال ۲۰۰۳، توسط Gross و John ساخته شد [۲۷] و شامل ۱۰ گویه می‌باشد که از دو خرده مقیاس ارزیابی مجدد (۶ گویه) و سرکوبی (۴ گویه) تشکیل شده است. آزمودنی‌ها در یک مقیاس لیکرت ۷ درجه‌ای از کاملاً مخالف (۱)، اکثراً مخالف (۲)، تا حدودی مخالف (۳)، خنثی (۴) تا حدودی موافق (۵)، اکثراً موافق (۶) و کاملاً موافق (۷) به گویه‌ها پاسخ می‌دهند. دامنه نمرات برای کل پرسشنامه از ۱۰ تا ۷۰، برای خرده مقیاس ارزیابی مجدد از ۶ تا ۴۲ و خرده مقیاس سرکوبی از ۴ تا ۲۸ در نوسان است. نمره بالاتر در این پرسشنامه، نشان‌دهنده تنظیم هیجان بهتر است. در پژوهش محمود علی‌لو و همکاران رویی صوری این پرسشنامه تأیید شد و پایایی آن با روش آلفای کرونباخ برای کل مقیاس ۰/۷۱ و برای ارزیابی مجدد و فرونشانی به ترتیب ۰/۷۳ و ۰/۵۲ بدست آمد [۳۱]. در پژوهش حاضر، ضریب آلفای کرونباخ برای کل مقیاس ۰/۸۳ محاسبه شد.

پرسشنامه باورهای غیرمنطقی (irrational beliefs questionnaire)

(questionnaire): این پرسشنامه برای اولین بار توسط Jones در سال ۱۹۶۸ ساخته شد و دارای ۱۰۰ سؤال می‌باشد [۲۸]. این ابزار از طریق، ۱۰ خرده مقیاس: نیاز به تأیید دیگران، انتظار بالا از خود، تمایل به سرزنش، واکنش نسبت به ناکامی، بی-مسئولیتی هیجانی، نگرانی زیاد توأم با اضطراب، اجتناب از

جدول ۱- پروتکل جلسات رفتاردرمانی شناختی بر اساس مطالعات Greenberger و Padesky [۳۳]

جلسه	هدف و محتوا
اول	هدف: معارفه و توضیح منطق رفتاردرمانی شناختی. محتوا: آشنایی اولیه و برقراری رابطه درمانی، ارزیابی آزمودنی‌ها توسط پرسشنامه تنظیم هیجان، مقیاس تکانشگری و باورهای غیرمنطقی (پیش‌آزمون)، طرح شکایت‌های اصلی درمانجویان، معرفی نوع درمان، تعیین رابطه بین شناخت، هیجان و رفتار، آموزش مدل ABC، انتخاب اهداف و تشخیص آماج‌ها و توافق بر سر تکالیف خانگی.
دوم	هدف: آموزش مفهوم پردازش مشکل. محتوا: صورت‌بندی مشکلات کلی درمانجویان در قالب مدل شناختی افسردگی، ادغام مثلث شناختی افسردگی در استراتژی‌های درمانی، فعال‌سازی رفتاری، طرح مجدد افکار خودآیند منفی و ارائه برگه ثبت افکار ناکارآمد.

سوم	هدف: آموزش مبارزه با افکار خودآیند. محتوا: ادامه کار با افکار خودآیند، بررسی برگه‌های ثبت افکار ناکارآمد درمانجویان، چالش با افکار خودآیند به روش سقراطی.
چهارم	هدف: شناسایی باورهای بنیادین. محتوا: بازشناسی باورهای زیربنایی و چگونگی فعال شدن آن‌ها در موقعیت‌های خاص، استفاده از فن پیکان رو به پایین، بررسی چند مورد از مسائل مطرح شده توسط درمانجویان.
پنجم	هدف: شناسایی خودگویی‌ها و افکار مثبت. محتوا: توسعه آگاهی نسبت به باورهای زیربنایی، تقویت خودگویی‌های مثبت، استفاده از فنون رفتاری جهت جایگزینی افکار مثبت به جای افکار منفی.
ششم	هدف: کاربرد فنون شناختی-رفتاری. محتوا: استفاده از فنون شناختی-رفتاری در مورد جرأت آموزی، حل مسئله و آموزش مهارت‌های اجتماعی.
هفتم	هدف: بررسی باورهای غیرشرطی، باورهای هسته‌ای و مبارزه با آنها. محتوا: شناسایی عمیق‌تر باورهای غیرشرطی و باورهای هسته‌ای، ضعیف سازی باورهای غیرشرطی از طریق زیر سؤال بردن آن‌ها به روش سقراطی و درجه‌بندی باورهای منفی بر روی یک مقیاس درجه‌بندی.
هشتم	هدف: جمع بندی و بسط مهارت‌ها. محتوا: توسعه مهارت‌های حل مسئله و رفتارهای جرأت ورزانه، درجه‌بندی افکار جایگزین، ایجاد آمادگی برای به کار گرفتن روش‌های آموخته‌شده در موقعیت‌های آینده، ارزیابی مجدد درمانجویان توسط پرسشنامه تنظیم هیجان، مقیاس تکانشگری و باورهای غیرمنطقی (پس‌آزمون).

شرح جلسات رفتاردرمانی دیالکتیک بر مبنای برنامه Mckay و همکاران [۳۴] در جدول ۲ ارائه شده است.

جدول ۲- پروتکل جلسات رفتاردرمانی دیالکتیک بر مبنای برنامه Mckay و همکاران [۳۴]

جلسه	هدف و محتوا
اول	هدف: معارفه و توضیح منطق رفتاردرمانی دیالکتیک. محتوا: آشنایی اولیه و معرفی اعضا، ارزیابی آزمودنی‌ها توسط پرسشنامه تنظیم هیجان، مقیاس تکانشگری و باورهای غیرمنطقی (پیش‌آزمون)، تمرین بی‌توجهی، ذهن خردمند و شهود، پذیرش بنیادین، قضاوت و برچسب‌ها.
دوم	هدف: آموزش توجه برگردانی از موقعیت‌ها و افکار. محتوا: توجه برگردانی از رفتارهای آسیب‌رسان به خود از طریق فعالیت‌های لذت‌بخش و معطوف کردن توجه به کار یا موضوعی دیگر، توجه برگردانی از افکار، توجه برگردانی از طریق ترک موقعیت، توجه برگردانی از طریق شمارش، خود آرامش‌بخشی.
سوم	هدف: شناسایی ارزش‌ها و تقویت توجه به زمان حال. محتوا: کشف ارزش‌ها، شناسایی قدرت برتر و ارتباط بهتر با قدرت برتر، زندگی در زمان حال، استفاده از افکار مقابله‌ای در جهت تشویق خود، راهبردهای مقابله‌ای جدید.
چهارم	هدف: شناسایی هیجان‌ات سالم و آشفته‌ساز. محتوا: شناخت هیجان، غلبه بر موانع هیجان‌های سالم، چگونگی تبدیل شدن هیجان به رفتار، کاهش آسیب‌پذیری جسمی در برابر هیجان‌های آشفته‌ساز، مشاهده بدون قضاوت خود.
پنجم	هدف: رویارویی با هیجان‌ات و آموزش حل مسئله. محتوا: کاهش آسیب‌پذیری شناختی، افزایش هیجان‌های مثبت، توجه آگاهانه به هیجان بدون قضاوت درباره هیجان، رویارویی با هیجان، عمل کردن بر خلاف امیال شدید هیجانی، حل مسئله.
ششم	هدف: ارتباط عاری از قضاوت. محتوا: ارتباط آگاهانه با دیگران، قضاوت نکردن، شناسایی مقاومت‌ها، توجه آگاهانه در زندگی روزمره، برنامه روزانه مراقبه.
هفتم	هدف: آموزش مهارت‌های بین فردی موثر. محتوا: مهارت‌های کلیدی بین فردی، موانع استفاده از مهارت‌های بین فردی، شناسایی خواسته‌ها، تعدیل شدت خواسته‌ها.
هشتم	هدف: جمع‌بندی و بسط مهارت‌ها. محتوا: طرح درخواست، نه گفتن، چگونگی مذاکره، تحلیل مشکلات بین فردی، ارزیابی مجدد درمانجویان توسط پرسشنامه تنظیم هیجان، مقیاس تکانشگری و باورهای غیرمنطقی (پس‌آزمون).

میانگین و انحراف معیار سن شرکت‌کنندگان گروه رفتار درمانی شناختی، $14/47 \pm 1/0$ ؛ گروه رفتاردرمانی دیالکتیک $14/55 \pm 1/12$ و گروه کنترل $14/78 \pm 0/43$ سال بود. آزمون مجذور کای نشان داد که گروه‌ها از نظر متغیرهای دموگرافیک سن، تاریخچه وضعیت طبی و سلامت جسمانی همگن بودند و اختلاف معنی‌داری نداشتند. در جدول ۳ اطلاعات توصیفی متغیرهای پژوهش گزارش شده است. بین

به منظور تجزیه و تحلیل داده‌ها، از نرم‌افزار SPSS نسخه ۲۲ استفاده شد. در بخش آمار توصیفی از شاخص‌های میانگین، انحراف معیار و در سطح آمار استنباطی از تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر و آزمون تعقیبی بنفرونی استفاده گردید و سطح معنی‌داری $0/05$ در نظر گرفته شد.

یافته‌ها

رفتارهای تکانشی و باورهای غیرمنطقی و افزایش نمرات پس-آزمون و پیگیری تنظیم هیجان در گروه‌های درمان شناختی و رفتاردرمانی دیالکتیکی در مقایسه با گروه کنترل بیشتر بود.

میانگین نمرات پیش‌آزمون رفتارهای تکانشی، تنظیم هیجانی و باورهای غیرمنطقی در سه گروه تفاوت قابل ملاحظه‌ای وجود نداشت، در حالی که کاهش نمرات پس‌آزمون و پیگیری

جدول ۳- اطلاعات توصیفی متغیرهای پژوهش دو گروه آزمایش و کنترل در دانش‌آموزان دختر مقطع متوسطه مدارس دخترانه شهرستان رامسر طی سال ۱۳۹۵ (n=۱۵)

گروه	متغیرهای وابسته	مراحل اندازه‌گیری		
		پیش‌آزمون	پس‌آزمون	پیگیری
		انحراف معیار ± میانگین	انحراف معیار ± میانگین	انحراف معیار ± میانگین
رفتاردرمانی شناختی	رفتارهای تکانشی	۷۵/۸۰ ± ۲/۷۵	۷۱/۴۷ ± ۲/۲۳	۵۸/۴۰ ± ۷/۵۹
	تنظیم هیجانی	۲۴/۲۰ ± ۱/۲۷	۲۷/۴۰ ± ۱/۴۵	۲۶/۳۳ ± ۴/۲۰
	باورهای غیرمنطقی	۳۱۹/۶۰ ± ۱/۵۴	۳۱۵/۹۳ ± ۱/۳۸	۲۵۲/۲۷ ± ۳۳/۶۹
رفتاردرمانی دیالکتیکی	رفتارهای تکانشی	۷۲/۴۰ ± ۱/۱۸	۶۴/۰۰ ± ۱/۲۵	۴۹/۸۷ ± ۳/۳۵
	تنظیم هیجانی	۲۴/۵۳ ± ۱/۱۸	۲۲/۰۰ ± ۱/۲۵	۲۷/۰۷ ± ۴/۵۷
	باورهای غیرمنطقی	۳۲۰/۰۷ ± ۲/۵۷	۳۰۶/۱۳ ± ۱/۵۹	۲۵۲/۲۰ ± ۲/۶۳
کنترل	رفتارهای تکانشی	۷۴/۴۰ ± ۱/۳۵	۷۳/۴۰ ± ۱/۳۵	۷۳/۸۷ ± ۱/۶۸
	تنظیم هیجانی	۲۴/۸۷ ± ۱/۱۸	۲۵/۸۷ ± ۱/۱۸	۲۵/۶۰ ± ۱/۴۵
	باورهای غیرمنطقی	۳۱۹/۰۷ ± ۱/۷۹	۳۱۸/۳۳ ± ۱/۸۳	۳۱۸/۶۷ ± ۱/۷۱

که پیش‌فرض همگنی واریانس‌ها در مورد متغیرهای پژوهش در مرحله پس‌آزمون و پیگیری برقرار است ($p > 0.01$). با توجه به معنی‌داری آزمون ماچلی، از آزمون محافظه‌کارانه گرین-هاوس-گایسر استفاده شد. نتایج جدول ۴ نشان می‌دهد برای متغیرهای رفتار تکانشی، تنظیم هیجان و باورهای غیرمنطقی، اثر زمان (پیش‌آزمون، پس‌آزمون، پیگیری)، اثر گروه و تعامل اثر زمان و گروه معنی‌دار است. نتایج بیانگر آن است که بین گروه‌های پژوهش از لحاظ متغیرهای وابسته مورد مقایسه در زمان‌های مختلف تفاوت معنی‌دار وجود دارد و این تغییرات به تفکیک گروه و زمان متفاوت است.

برای آزمون فرضیه‌های پژوهش از تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر استفاده شد (جدول ۴). به منظور بررسی نرمال بودن داده‌ها از آزمون کولموگروف-اسمیرنوف استفاده شد. نتایج نشان داد که این پیش‌فرض در مورد متغیرهای پژوهش در هر سه نوبت آزمون برقرار است ($p > 0.01$). برای بررسی مفروضه برابری واریانس‌ها از آزمون لوین استفاده شد. از آنجا که سطح معنی‌داری آماره F بزرگ‌تر از ۰/۰۱ بود، می‌توان گفت که واریانس خطای گروه‌ها با همدیگر برابر بوده و تفاوتی بین آن‌ها مشاهده نشد ($F = 0.843, p = 0.364$). با توجه به معنی‌داری نبودن این آزمون، می‌توان نتیجه گرفت

جدول ۴- نتایج تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر برای مقایسه سه مرحله پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری در گروه‌های مداخله و کنترل

متغیر	منبع تغییرات	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	p
رفتار تکانشی	درون آزمودنی: اثر زمان	۴۲۳۴/۷۱	۱/۰۷	۳۹۵۳/۶۸	۲۳۹/۲۲	* < 0.001
	بین آزمودنی: اثر گروه	۳۱۴۲/۵۳	۲	۱۵۷۱/۲۶	۱۲۴/۳۹	* < 0.001
	درون آزمودنی × بین آزمودنی	۲۱۲۴/۴۸	۲/۱۴	۹۹۱/۷۵	۶۰/۰۰	* < 0.001
تنظیم هیجان	درون آزمودنی: اثر زمان	۱۶۱۶/۴۵	۱/۰۸	۱۴۸۴/۶۶	۱۶۴/۶۰	* < 0.001
	بین آزمودنی: اثر گروه	۷۷۴/۶۸	۲	۳۸۷/۳۴	۵۵/۲۱	* < 0.001
	درون آزمودنی × بین آزمودنی	۷۷۰/۴۳	۲/۱۷	۳۵۳/۸۰	۳۹/۲۲	* < 0.001
باورهای غیرمنطقی	درون آزمودنی: اثر زمان	۵۴۱۲۴/۹۰	۱	۵۲۷۶۰/۶۰	۱۲۴/۶۱	* < 0.001
	بین آزمودنی: اثر گروه	۱۷۹۶۸/۰۱	۲	۸۹۹۴/۰۰	۳۹/۸۸	* < 0.001

درون آزمودنی × بین آزمودنی	۲۷۴۲۶/۶۰	۲/۰۱	۱۳۶۲۱/۰۰	۳۱/۵۷	۰/۰۰۱ < *P
----------------------------	----------	------	----------	-------	------------

اختلاف معنی دار

بین نمرات متغیرهای وابسته در زمان‌های مختلف در گروه کنترل تفاوت معنی‌داری وجود نداشت. نتایج نشان داد بین تأثیر رفتاردرمانی شناختی و رفتاردرمانی دیالکتیکی بر رفتار تکانشی، تنظیم هیجان و باورهای غیرمنطقی در مراحل پس-آزمون و پیگیری تفاوتی وجود ندارد.

نتایج آزمون تعقیبی بنفرونی (جدول ۵) نشان داد که در گروه‌های رفتاردرمانی شناختی و رفتاردرمانی دیالکتیکی نمرات پس‌آزمون رفتار تکانشی و باورهای غیرمنطقی نسبت به پیش‌آزمون به صورت معنی‌دار کاهش، و نمرات تنظیم هیجان به صورت معنی‌دار افزایش پیدا کرده است و این تأثیرات در مرحله پیگیری نیز ادامه داشته است. درحالی‌که

جدول ۵- نتایج آزمون تعقیبی بنفرونی گروه‌های آزمایش و کنترل در دانش‌آموزان دختر مقطع متوسطه مدارس دخترانه شهرستان رامسر طی سال ۱۳۹۵

متغیر	زمان	رفتاردرمانی شناختی		رفتاردرمانی دیالکتیکی		P	تفاوت میانگین	خطای استاندارد	P	تفاوت میانگین	خطای استاندارد	P	تفاوت میانگین	خطای استاندارد	گروه کنترل
		P	تفاوت میانگین	خطای استاندارد	P										
رفتار تکانشی	پیش‌آزمون	۴/۳۳	۰/۲۱	۸/۴۰	۰/۴۵	< ۰/۰۰۱ *	۱	۰/۰	۰/۰۵	۰/۰	۰/۰	۰/۰۵	۰/۰	۰/۰	گروه کنترل
	پس‌آزمون	۱۷/۴۰	۲/۰۱	۲۲/۵۳	۰/۸۷	< ۰/۰۰۱ *	۰/۵۳	۰/۴۰	۰/۰۵	۰/۴۰	۰/۴۰	۰/۰۵	۰/۴۰	۰/۴۰	گروه کنترل
تنظیم هیجان	پیش‌آزمون	۳/۲۰	۰/۲۲	-۷/۴۶	۰/۳۶	< ۰/۰۰۱ *	-۱	۰/۰	۰/۰۵	۰/۰	۰/۰	۰/۰۵	۰/۰	گروه کنترل	
	پس‌آزمون	-۱۲/۱۳	۱/۰۸	-۱۲/۵۳	۱/۱۹	< ۰/۰۰۱ *	-۰/۷۳	۰/۲۲	۰/۰۵	۰/۲۲	۰/۲۲	۰/۰۵	۰/۲۲	۰/۲۲	گروه کنترل
باورهای غیرمنطقی	پیش‌آزمون	۶۷/۳۳	۸/۷۲	۶۷/۸۶	۷/۳۳	< ۰/۰۰۱ *	۰/۴۰	۰/۴۰	۰/۰۵	۰/۴۰	۰/۴۰	۰/۰۵	۰/۴۰	۰/۴۰	گروه کنترل
	پس‌آزمون	۶۳/۶۶	۸/۷۲	۵۳/۹۳	۷/۳۲	< ۰/۰۰۱ *	-۰/۳۳	۰/۴۷	۰/۰۵	۰/۴۷	۰/۴۷	۰/۰۵	۰/۴۷	۰/۴۷	گروه کنترل

اختلاف معنی دار

بحث

نتایج پژوهش حاضر نشان داد رفتاردرمانی شناختی و رفتاردرمانی دیالکتیکی بر رفتارهای تکانشی، تنظیم هیجان و باورهای غیرمنطقی در پایان درمان و بعد از پیگیری سه ماهه مؤثر واقع شدند. همچنین، بین تأثیر رفتاردرمانی شناختی و رفتاردرمانی دیالکتیکی بر رفتار تکانشی، تنظیم هیجان و باورهای غیرمنطقی در مراحل پس‌آزمون و پیگیری تفاوتی وجود نداشت و تأثیر هر دو درمان، یکسان بود.

نتایج در خصوص تأثیر آموزش رفتاردرمانی دیالکتیکی بر باورهای غیرمنطقی، رفتارهای تکانشی و تنظیم هیجان مؤید نتایج پژوهش‌های قبلی است. یافته‌های پژوهش Akhavan و Sajjadian [۲۱] اثربخشی رفتاردرمانی دیالکتیکی بر بی‌ثباتی هیجانی و تکانشگری در افراد مبتلا به اختلال دوقطبی را نشان داد که این اثربخشی در مرحله پیگیری ۴۵ روزه نیز

پایداری خود را حفظ نمود. یافته‌های پژوهش Asmand و همکاران [۲۴]، نیز نشان داد که مهارت‌های رفتاردرمانی دیالکتیکی در درمان باورهای غیرمنطقی و اضطراب جوانان مؤثر بود. در همین راستا می‌توان به نتایج سایر پژوهش‌ها اشاره کرد که نشان داده‌اند رفتاردرمانی دیالکتیکی بر کاهش علائم افسردگی در بزرگسالان افسرده و مضطرب مؤثر بوده و منجر به بهبود مهارت‌های تنظیم هیجان می‌شود [۲۳-۲۲]. در تبیین این یافته‌ها می‌توان گفت با توجه به تأثیرگذار بودن باورهای غیرمنطقی بر هیجان‌های منفی شخص، در برخورد و تلاش برای تغییر این باورها ضرورت دارد که در مرحله اول شخص را مورد پذیرش قرار دهیم و این موضوع در اصول رفتاردرمانی دیالکتیکی مد نظر قرار می‌گیرد. مهارت‌های رفتاردرمانی دیالکتیکی، دشواری در تنظیم هیجان‌ها را مورد هدف قرار می‌دهد که یکی از علائم اولیه در بی‌ثباتی خلق می‌باشد. هسته اصلی رفتاردرمانی دیالکتیکی، مهارت‌های

ذهن آگاهی و نظم‌بخشی هیجانی است که به مراجع می‌آموزد نسبت به امور، پذیرش بدون قضاوت داشته باشد، با هیجانات روبه‌رو شود و برخلاف امیال شدید هیجانی عمل کند. به علاوه، تمرین ناهمجوشی فکر و هیجان نیز برای نظم‌بخشی هیجانی و کاهش بی‌ثباتی سودمند است. بی‌ثباتی هیجانی و تکانشگری، باعث آسیب دیدن ارتباطات می‌شود و در این زمینه، آموزش مهارت‌های بین فردی مؤثر به مراجع کمک می‌کند تا روابط آسیب‌دیده گذشته را بازسازی کند و فنون مذاکره برای حل تعارض را بیاموزد [۱۸]. آموزش مهارت‌های بین فردی موجب شناسایی سبک‌های ارتباطی و تناسب بین خواسته‌های خود و دیگران و شناسایی مشکلات در روابط بین فردی می‌شود. اصل پذیرش، به واضح دیدن و پذیرش هیجان‌ها و پدیده‌ها و اصل تغییر، به تغییر هیجان‌ها و پدیده‌ها کمک می‌کند. در نتیجه، رفتاردرمانی دیالکتیکی از طریق مکانیسم‌های درمانی خود، باعث کاهش باورهای غیرمنطقی در مراجعین می‌شود [۱۹]. در مطالعه حاضر، اثربخشی رفتاردرمانی دیالکتیک بر کاهش باورهای غیرمنطقی، کاهش رفتارهای تکانشی و بهبود تنظیم هیجان دانش‌آموزان تأیید گردید. یکی از مهم‌ترین تفاوت‌های این پژوهش با یافته‌های پیشین، انجام مداخله در جمعیت غیر بالینی بود. همچنین، در این زمینه پژوهشی که تأثیر رفتاردرمانی دیالکتیک بر اختلالات خلقی و مشکلات رفتاری را نفی کند، یافت نشد که این امر ممکن است به علت آشنایی با نحوه تفکر و هیجانات سالم و دیدگاه حمایت‌گرانه مورد نظر Linehan در فرایند رفتاردرمانی دیالکتیکی باشد.

در خصوص اثربخشی رفتاردرمانی شناختی بر باورهای غیرمنطقی، تنظیم هیجان و رفتارهای تکانشی می‌توان به پژوهش‌های زیر اشاره کرد. نتایج پژوهش Shooshtari و همکاران [۱۷] اثربخشی رفتاردرمانی شناختی بر تنظیم هیجان را نشان داد. یافته پژوهشی دیگر توسط Zamani و همکاران [۱۸] نیز نشان داد که رفتاردرمانی شناختی موجب بهبود علائم رفتارهای تکانشی شده است که این یافته‌ها همسو با نتایج پژوهش حاضر مبنی بر اثربخشی رفتاردرمانی شناختی بر کاهش باورهای غیرمنطقی، کاهش رفتارهای تکانشی و بهبود تنظیم هیجان می‌باشد. در تبیین این نتایج می‌توان

گفت که در فرایند رفتاردرمانی شناختی، درک فرد از خود، حس کفایت، مهارت حل مسئله، کسب استقلال، مهارت‌های مقابله با موقعیت‌های خطرآفرین و فشار روانی آموزش داده می‌شود که پیامد این مهارت‌ها، کاهش رفتارهای تکانشی و در نهایت بهبود سلامت روان فرد می‌باشد. در واقع، با افزایش سلامت عمومی که یکی از پیامدهای رفتاردرمانی شناختی است، بستر مناسبی برای رشد و شکوفایی توانایی‌های فرد در زمینه‌های مختلف از جمله روابط بین فردی مؤثر، رضایت‌مندی تحصیلی و شغلی فراهم می‌شود. در فرایند رفتاردرمانی شناختی راهکارهایی به مراجع ارائه می‌شود تا الگوهای فکری ناکارآمدی که به احساس بی‌کفایتی در دانش‌آموزان منجر می‌گردد، را تشخیص داده و آن‌ها را با الگوهای فکری منطقی و کارآمد جایگزین سازد. از سوی دیگر، تغییر باورهای غیرمنطقی و تبدیل آن‌ها به باورهای منطقی منجر به پیامدهای عاطفی و رفتاری منطقی در فرد و افزایش تنظیم هیجانات می‌شود [۱۷]. با توجه به آنچه گفته شد، رفتاردرمانی شناختی اثر فوری و سودمندی بر خلق و هیجانات منفی دارد. در این زمینه، پژوهشی که اثربخشی رفتاردرمانی شناختی در کاهش رفتارهای تکانشی، باورهای غیرمنطقی و بهبود تنظیم هیجان را رد کند و ناهمسو با نتایج این پژوهش باشد، یافت نشد. به تناسب افزایش آگاهی و شناختی که حاصل رفتاردرمانی شناختی است، فرد به درک بهتری از رفتار خود دست می‌یابد. این افزایش آگاهی موجب می‌شود که میزان وقوع رفتار در صورت مناسب بودن، افزایش یافته و در صورت نامناسب بودن، کاهش یابد. در این مداخله به جای تمرکز بر مشکلات، به تغییرات و تفاوت‌هایی که در صورت نداشتن مشکل در زندگی، ارتباطات با دیگران و نحوه مدیریت هیجانات پدید می‌آید، تمرکز می‌شود. بنابراین، تمرکز به نقاط مثبت افزایش یافته و تعاملات سازنده هرچند اندک، تقویت می‌شوند [۱۷].

در مقایسه دو رویکرد رفتاردرمانی دیالکتیکی و رفتاردرمانی شناختی که فرضیه اصلی پژوهش است، پژوهش تجربی چندانی وجود ندارد. مطالعات پیشین به طور جداگانه اثربخشی رفتاردرمانی دیالکتیک و رفتاردرمانی شناختی را در کاهش رفتارهای تکانشی، باورهای غیرمنطقی و بهبود تنظیم

ای بود، نمی‌توان نتایج آن را به دانش‌آموزان پسر تعمیم داد و تعمیم نتایج می‌بایست با احتیاط صورت گیرد. پیشنهاد می‌شود در پژوهش‌های آینده برای قضاوت دقیق‌تر پیرامون تأثیر مداخله حاضر و تعمیم نتایج، انجام پژوهش‌های جامع‌تر در نمونه‌های گسترده‌تر، در سایر جمعیت‌ها و در هر دو جنسیت صورت گیرد.

نتیجه‌گیری: با توجه به نتایج پژوهش حاضر مبنی بر اثربخشی رویکردهای رفتاردرمانی شناختی و دیالکتیکی بر افزایش تنظیم هیجان و کاهش رفتارهای تکانشی و باورهای غیرمنطقی دانش‌آموزان دختر مقطع اول متوسطه، پیشنهاد می‌شود این برنامه به صورت گروهی در قالب برنامه‌های آموزشی مدرسه در کار با دانش‌آموزان دارای مشکلات رفتاری، جهت کاهش باورهای غیرمنطقی رفتارهای تکانشی و افزایش تنظیم هیجان توسط روانشناسان و مشاوران مورد توجه قرار گیرد.

تعارض منافع

هیچ‌گونه تعارض منافی توسط نویسندگان ذکر نشده است.

سهم نویسندگان

پگاه پروانه: گردآوری پرسشنامه‌ها و هماهنگی در اجرای پژوهش، جواد خلعتبری: بازنگری و نظارت بر اجرای کار و فریبا سعیدپور: نویسنده مقاله، جمع‌بندی و نتیجه‌گیری مقاله.

تشکر و قدردانی

بدین‌وسیله از دانش‌آموزان شرکت‌کننده در پژوهش، مسئولین آموزش و پرورش شهرستان رامسر و مسئولین مدارس دخترانه حدادی مقدم، فاطمیه، بنت‌الهدی و اخضری شهرستان رامسر که امکان اجرای پژوهش را تسهیل نمودند، صمیمانه تشکر و قدردانی می‌گردد.

هیجان‌بیماران مبتلا به افسردگی اثبات‌نشده‌اند، لکن در جمعیت غیر بالینی و در قیاس با یکدیگر، با توجه به اشتراکات و تفاوت‌ها در مفاهیم زیربنایی و تکنیک‌های این دو رویکرد، مورد ارزیابی واقع نشده‌اند تا مشخص شود کدام شیوه درمانی، گزینه ترجیحی برای جمعیت غیر بالینی دانش‌آموزان می‌باشد. در این زمینه، پژوهش‌ها عموماً بر مقایسه اثربخشی این دو رویکرد بر کاهش افسردگی و علائم اضطرابی در جمعیت بالینی پرداخته‌اند [۱۴]. در این پژوهش نشان داده شد که اثربخشی دو روش درمانی در افزایش تنظیم هیجان تفاوتی ندارد و هر دو مؤثر می‌باشند و این یافته با نتایج پژوهش Zamani و همکاران همسو می‌باشد [۱۸]. در تبیین این نتیجه می‌توان گفت که رفتاردرمانی دیالکتیکی در حقیقت تغییر و اصلاح رفتاردرمانی شناختی است. رفتاردرمانی دیالکتیکی نسبت به رفتاردرمانی شناختی ساختار روشن‌تری دارد و از فنون رفتاری و اعتباربخشی به طور هم‌زمان استفاده می‌کند. همچنین شامل اصول و فنون دیالکتیکی (مانند خود مشاهده‌گری) است که این فنون منجر به ثبات تغییرات می‌گردد. در فرایند رفتاردرمانی دیالکتیکی، از طریق ترکیب نمودن تمرینات ذهن‌آگاهی با تمرینات رفتاری، فرد در حالی بدون قضاوت به مشاهده خلق افسرده خود و پیامدهای فیزیولوژیکی، ذهنی، رفتاری و احساسی آن می‌پردازد و علاوه بر سعی در پذیرش وجود این حالت و تحمل آن، مکانیسم گذر از این وضعیت را می‌آموزد و با تکرار این تمرینات، آن‌ها را به سبک خودکار ذهن خود تبدیل می‌کند. انجام این تمرینات در نهایت منجر به فاصله‌گیری از هیجانات ناکارآمد مانند خلق افسرده می‌شود. همچنین با فاصله‌گیری از افکار منفی، به افراد افسرده می‌آموزد که ارزیابی‌های منفی نسبت به خود، دیگران و حوادث، را به عنوان افکاری که لزوماً واقعی نیستند، در نظر بگیرد و به این طریق آن‌ها را کاهش دهند [۱۷]. از دیگر تفاوت‌های رفتاردرمانی دیالکتیکی نسبت به رفتاردرمانی شناختی می‌توان به مشارکت سطح بالاتر مراجع در درمان و آموزش مهارت‌های ذهن‌آگاهی اشاره کرد [۲۴].

با توجه به اینکه پژوهش حاضر با تعداد محدودی آزمودنی از دانش‌آموزان دختر مقطع متوسطه اول شهرستان رامسر انجام شده است و شیوه نمونه‌گیری به صورت تصادفی خوشه-

References

1. Auerbach RP, Stewart JG, Johnson SL. Impulsivity and suicidality in adolescent inpatients. *ISRCAP* 2017; 45(1):91-103.
2. Sarkisian KL, Van Hulle CA, Goldsmith HH. Brooding, inattention, and impulsivity as predictors of adolescent suicidal ideation. *ISRCAP* 2019; 47(2):333-44.
3. Berg JM, Latzman RD, Bliwise NG, Lilienfeld SO. Parsing the heterogeneity of impulsivity: A meta-analytic review of the behavioral implications of the UPPS for psychopathology. *Psychological assessment* 2015; 27(4):1-18.
4. Paydary K, Mahin Torabi S, SeyedAlinaghi S, Noori M, Noroozi A, Ameri S, et al. Impulsivity, sensation seeking, and risk-taking behaviors among HIV-positive and HIV-negative heroin dependent persons. *AIDS Research and Treatment* 2016; 1(1):1-8.
5. Estévez E, Jiménez TI, Cava MJ. A cross-cultural study in Spain and Mexico on school aggression in adolescence: Examining the role of individual, family, and school variables. *CCR* 2016; 50(2):123-53.
6. Peters JR, Smart LM, Eisenlohr-Moul TA, Geiger PJ, Smith GT, Baer RA. Anger rumination as a mediator of the relationship between mindfulness and aggression: The utility of a multidimensional mindfulness model. *JCP* 2015; 71(9):871-84.
7. Morley RH, Terranova VA, Cunningham SN, Vaughn T. The role that self-compassion and self-control play in hostility provoked from a negative life event. *IJIP* 2016; 3(2):125-41.
8. Farb NA, Anderson AK, Irving JA, Segal ZV. Mindfulness interventions and emotion regulation. *Handbook of emotion regulation*. 2nd ed. New York: Guilford; 2014:587-67.
9. Oppenheimer S, Krispin O, Levy S, Ozeri M, Apter A. The impact of coping patterns and chronic health conditions on health-related quality of life among children and adolescents. *EJPEDT* 2018; 177(6):935-43.
10. McMahon TP, Naragon-Gainey K. The Multilevel Structure of Daily Emotion-Regulation-Strategy Use: An Examination of Within-and Between-Person Associations in Naturalistic Settings. *Clinical Psychological Science* 2019; 7(2):321-39.
11. Turner MJ. Proposing a rational resilience credo for use with athletes. *JSPA* 2016; 7(3):170-81.
12. Balkis M, Duru E. The protective role of rational beliefs on the relationship between irrational beliefs, emotional states of stress, depression and anxiety. *REBT* 2019; 37(1):96-112.
13. Višlā A, Flückiger C, Grosse Holtforth M, David D. Irrational beliefs and psychological distress: A meta-analysis. *Psychother Psychosom* 2016; 85(1):8-15.
14. Zamani N, Farhadi M, Jenaabadi H. Comparison effectiveness of Dialectic Behavioral Therapy and Behavior Cognitive Therapy on Depression in the Multiple sclerosis. *QUMSJ* 2017; 10(12):77-86. [Persian]
15. DeCou CR, Comtois KA, Landes SJ. Dialectical behavior therapy is effective for the treatment of suicidal behavior: A meta-analysis. *Behavior Therapy* 2019; 50(1):60-72.
16. Alavi Kh, Modarres Gharavi M, AminYazdi SA, Salehi Fadardi J. Effectiveness of group dialectical behavior therapy (based on core mindfulness, distress tolerance and emotion regulation components) on depressive symptoms in university students. *JFMH* 2011; 13(2):124-35. [Persian]
17. Shooshtari A, Rezaee A, Taheri E. The effectiveness of cognitive-behavioral group therapy on divorced women's emotional regulation, meta-cognitive beliefs, and rumination. *JFMH* 2016; 18(6):321-8. [Persian]
18. Zamani N, Ahmadi V, Ataei Moghanloo V, Mirshekar S. Comparing the Effectiveness of two Therapeutic Methods of Dialectical Behavior Therapy and Cognitive Behavior Therapy on the Improvement of Impulsive Behavior in the Patients Suffering from Major Depressive Disorder (MDD) Showing a Tendency to Suicide. *SJIMU* 2014; 22(5):45-54. [Persian]
19. Linehan MM. *Cognitive-Behavioral Treatment of Borderline Personality Disorder*. 1st ed. New York, NY: Guilford Press; 1993:182-5.
20. Nadimi M. (Dissertation). Effectiveness of dialectical behavior therapy in increasing disturbance tolerance and improving emotional adjustment abuse drug users. Birjand: Islamic Azad University; 2013:11-2. [Persian]
21. Akhavan S, Sajjadian I. Effectiveness of Dialectical Behavior Therapy on Emotional Instability and Impulsivity in Bipolar Patients. *JCP* 2016; 8(3):11-24. [Persian]
22. Neacsiu A.D, Eberle J.W, Kramer R, Wiesmann T, Linehan M. Dialectical behavior therapy skills for transdiagnostic emotion dysregulation: A pilot randomized controlled trial. *BRT* 2014; 1(59):40-51.
23. Fassbinder E, Schweiger U, Martius D, Brand-de Wilde O, Arntz A. Emotion regulation in schema therapy and dialectical behavior therapy. *Frontier in Psychology* 2016; 14(7):1-19.

24. Asmand P, Mami S, Valizadeh R. Effectiveness of Dialectical Behavior Therapy in Irrational Beliefs Treatment, Anxiety, Depression among Young Male Prisoners Who Have Antisocial Personality Disorder. SJIMU 2015; 23(1):35-44. [Persian]
25. Asadi Khalili M, Emadian S, Fakhri M. Comparison of the Effectiveness of Reality Therapy and Acceptance & Commitment Therapy on Social Anxiety and Parenting Self-Agency in Female Household Heads in Sari City. CHJ 2020; 14(2):52-65. [Persian]
26. Patton JH, Stanford MS, Barratt ES. Factor structure of the Barratt impulsiveness scale. Clinical Psychology 1995; 51(6):768-74.
27. Gross JJ, John OP. Individual differences in two emotion regulation processes: implications for affect, relationships, and well-being. JPSP 2003; 85(2):348-62.
28. Jones RG. (dissertation). A factored measure of Ellis's irrational beliefs with personality and maladjustment correlates. Texas: Technological College; 1968:59-61.
29. Geier DA, Kern JK, Davis G, King PG, Adams JB, Young JL, et al. A prospective double-blind, randomized clinical trial of levocarnitine to treat autism spectrum disorders. MSM 2011; 17(6):15-23.
30. Javid M, Mohammadi N, Rahimi Ch. Psychometric properties of an Iranian version of the Barratt Impulsiveness Scale-11. Methods and psychological models. JPMM 2012; 2(8):23-34. [Persian]
31. Mahmood alilou M, Ghasempour A, Azimi Z, Akbari E, Fahimi S. Role of emotion regulation strategies in prediction of borderline personality disorder symptoms. JTBCP 2012; 6(24):9-18. [Persian]
32. Barzegar Befrooei K, Ganji Z. Predicting Mental Health Based on Irrational Beliefs of Regular and Special Primary School Teachers of Yazd, Iran. JSRP 2015; 17(64):88-97. [Persian]
33. Greenberger D, Padesky C. Mind over Mood: Psychology foundation. In: Lovibond PF, Lovibond SH eds. Manual for the depression anxiety stress scale. 2nd ed. Sydney: Psychology Foundation. 1995:11-23.
34. McKay M, Wood JC, Brantley J. The dialectical behavior therapy skills workbook: Practical DBT Exercises for learning mindfulness, interpersonal. 1nd ed. Oakland: New Harbinger Pub; 2007:9-11.
35. Rahmani S, Mohamadpour S, Tajikzadeh F. The Effectiveness of Mind-Fullness Based Cognitive therapy on Depression, Anxiety, Perceived Stress and Quality of Life in Women with HIV. CPAP 2019; 16(2):169-79. [Persian]

Comparison of the Effectiveness of Dialectical-Behavioral and Cognitive-Behavioral Therapy on Irrational Beliefs, Emotion Regulation, and Impulsive Behaviors of High School Female Students

Parvaneh P¹, Khalatbari J², Saeedpoor F³

1- MSc, Dept of Psychology, Islamic Azad University, Tonekabon Branch, Mazandaran, Iran.

2- Associate Prof, Dept of Psychology, Islamic Azad University, Tonekabon Branch, Mazandaran, Iran.

3- Ph.D student, Dept of Counseling, Faculty of Educational Sciences and Psychology, Shahid Chamran University of Ahvaz, Ahvaz, Iran. (Corresponding Author)

Email: Fariba_Saeedpour@yahoo.com, Tel: 09114564922

Received: 5 February 2020 Accepted: 2 Jun 2021

Introduction: Irrational beliefs, emotion regulation, and impulsive behaviors are variables that affect students' mental health. In this context, dialectical-behavioral and cognitive-behavioral therapy are effective approaches to reducing adolescent behavioral disorders. Thus, the present study aimed to compare the effectiveness of dialectical-behavioral and cognitive-behavioral therapy on irrational beliefs, emotion regulation, and impulsive behaviors of high school female students.

Materials and Methods: The statistical population of this quasi-experimental study included all high school female students in Ramsar city in the academic year of 2015-2016. Forty-five subjects were selected through random cluster sampling from female high schools and were randomly grouped into control and interventions (15 persons in each group). The groups completed emotion regulation, irrational beliefs, and impulsiveness questionnaires in the pre-test, post-test, and follow-up stages. The experimental groups received 8-sessions of 90-minutes dialectical-behavioral and cognitive-behavioral therapy, and the control group did not receive any intervention. Data were analyzed using Bonferroni post-hoc test and repeated measures analysis of variance.

Results: Compared to pre-test, post-test scores of impulsive behaviors ($Md=4.33$, $p<0.001$) and irrational beliefs ($Md=3.66$, $p<0.001$) in the cognitive-behavioral therapy group and post-test scores of impulsive behaviors ($Md=8.40$, $p<0.001$) and irrational beliefs ($Md=13.93$, $p=0.001$) in dialectical-behavioral therapy group significantly reduced. Also, post-test of emotion regulation of cognitive-behavioral therapy group ($Md=-0.20$, $p<0.001$) and dialectical-behavioral therapy ($Md=-7.46$, $p<0.001$) significantly increased compared to pre-test; these effects continued in the follow-up phase.

Conclusion: Dialectical-behavioral and cognitive-behavioral therapies can be used as effective treatments to improve emotion regulation and reduce irrational beliefs and impulsive behaviors in female students; there is no difference between them in this respect.

Keywords: Cognitive-behavioral therapy, Dialectical-behavioral therapy, Impulsive behavior, Emotion regulation, Irrational belief

Please cite this article as follows:

Parvaneh P, Khalatbari J, Saeedpoor F. Comparison of the Effectiveness of Dialectical-Behavioral and Cognitive-Behavioral Therapy on Irrational Beliefs, Emotion Regulation, and Impulsive Behaviors of High School Female Students. *Community Health journal* 2021; 15 (2): 69-81.

Funding: Personal fund.

Conflict of Interest: There is no conflict of interest with the authors.

Ethical Approval: In this research, ethical considerations, including informed consent, the right of the participants to leave the sessions, and the explanation of the study's goals, were observed.