

اثربخشی رفتار درمانی عقلانی-هیجانی (REBT) بر کنترل تکانه و دشواری در تنظیم هیجان در نوجوانان مراجعه کننده به مراکز DIC شهر تهران

مونا شکری شمس^۱

افسانه خدیوی زند^۲

چکیده

هدف اصلی این پژوهش تعیین اثربخشی رفتار درمانی عقلانی-هیجانی (REBT) بر کنترل تکانه و دشواری در تنظیم هیجان در نوجوانان مراجعه کننده به مراکز DIC شهر تهران بود. روش پژوهش نیمه آزمایشی با طرح پیش آزمون-پس آزمون با گروه گواه بود. جامعه آماری پژوهش شامل نوجوانان مراجعه کننده به مراکز DIC شهر تهران در ۶ ماهه دوم سال ۱۴۰۰ بودند که با استفاده از روش نمونه گیری در دسترس تعداد ۳۰ نفر انتخاب و به صورت تصادفی در دو گروه آزمایش و گواه (هر گروه ۱۵ نفر) گمارده شدند. ابزارهای اندازه گیری مقیاس تکانشگری (BIS-11) (بارت و همکاران، ۲۰۰۴) و پرسشنامه دشواری تنظیم هیجان (DERS) (گراتر و روئمر، ۲۰۰۴) بودند. رفتاردرمانی با رویکرد REBT بر کنترل تکانه و دشواری در تنظیم هیجان به مدت ۸ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای بر روی گروه آزمایش اجرا شد. نتایج تحلیل کوواریانس چندمتغیری نشان داد که مشاوره گروهی با رویکرد REBT بر کاهش نشانه‌های تکانشگری و دشواری در تنظیم هیجان تأثیر داشته است ($P < 0/05$). با توجه به اثربخشی رفتاردرمانی عقلانی-هیجانی بر نشانه‌های تکانشگری و دشواری در تنظیم هیجان اجرای کارگاه‌های آموزشی مبتنی بر این مفاهیم در مراکز مشاوره خانواده توصیه می شود.

واژه‌گان کلیدی: کنترل تکانه، دشواری در تنظیم هیجان، رویکرد REBT، نوجوانان.

۱- دانش آموخته کارشناسی ارشد رشته مشاوره، گرایش توانبخشی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد علوم و تحقیقات، تهران، ایران (نویسنده مسئول)
Shokri.kia@yahoo.com

۲- دانش آموخته کارشناسی ارشد، مشاوره توانبخشی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد علوم و تحقیقات، تهران، ایران
af.khadivizand@gmail.com

مقدمه

تنش‌های دوره نوجوانی از حساس‌ترین و سرنوشت‌سازترین مراحل زندگی فرد و دوره‌ی گذر از کودکی به بلوغ و بزرگسالی است. نوجوانی دوره‌ای سرشار از تغییرات و چالش‌ها است، که با آگاهی افراد در این دوره می‌توان زمینه پیشرفت را ایجاد کرد و چالش‌ها را به فرصت بهینه برای پیشرفت تبدیل نمود (ایزپیتارت، آدرتون، زنگ، آلونسو اریبول و روبینز^۱، ۲۰۱۹). در دوره نوجوانی افزایش شدید اطلاعات اجتماعی و هیجانی ممکن است موجب ایجاد حساسیت به هیجانات دیگران شود، از این رو نوجوان ممکن است برای فرار از این هیجانات اقدام به انجام رفتارهای پرخطر کنند (اکالز، لورد و باچانان^۲، ۱۹۹۶). نوجوانان آسیب‌دیده اجتماعی مراجعه کننده به مراکز کاهش آسیب اغلب با مشکلات روانشناختی کنترل تکانه^۳ و دشواری در تنظیم هیجان^۴ روبرو هستند.

تکانشگری به عنوان یک راهبرد مقابله‌ای برای تنظیم هیجان (گراتز، باردین، لوی، دیکسون گاردن و تول^۵، ۲۰۱۵)، و رهایی از حالات روانی و هیجانی غیرقابل تحمل استفاده می‌کند؛ گر چه این رفتار ابتدا باعث کاهش تنش و احساس آرامش می‌شوند؛ اما فرد پس از آن با احساس گناه، شرمندگی و بازگشت احساسات منفی روبه رو می‌گردد (حکیم‌شوشتری و خانی‌پور، ۱۳۹۳). ویژگی تکانشگری ناتوانی افراد برای مقاومت در برابر یک تکانه، سائق یا میل شدید به انجام رفتار خاصی است که برای فرد یا دیگران زیانبار است (مدوس^۶ و همکاران، ۲۰۰۴).

متغیر دیگر مورد بررسی در این پژوهش دشواری در تنظیم هیجان است. تنظیم هیجانی به مجموعه فرآیندهای خودکار و کنترل شده‌ای اشاره دارد که شامل شروع، حفظ و نگهداشت و تغییر هیجانات است که این امر در وقوع، شدت و طول مدت حالات احساسی و عاطفی اثرگذار است (گروس و تامپسون^۷، ۲۰۰۷). تنظیم هیجان یکی از مهم‌ترین عوامل مؤثر بر سطح

1. Aizpitarte, Atherton, Zheng, Alonso-Arbiol & Robins

2. Eccles, Lord & Buchanan

3. Impulse control

4. Difficulty regulating excitement

5. Gratz, Bardeen, Levy, Dixon-Gordon & Tull

6. Mathews

7. Gross & Thompson

سلامت روان در افراد است (تامپسون و جاکو^۱، ۲۰۱۷). دشواری تنظیم هیجان از طریق بروز مشکلاتی در آگاهی، درک و پذیرش هیجان‌ها، فقدان دسترسی به راهبردهای انطباقی در مواجهه با هیجان‌های مختلف و یا ناتوانی در کنترل رفتار به هنگام مواجهه با انگیزش‌های شدید هیجانی تعریف می‌شود (گراتز و روئمر^۲، ۲۰۰۴).

در ارتباط با تأثیر درمان‌های روان‌شناختی بر سلامت عمومی، تحقیقات متعددی صورت گرفته است. رفتاردرمانی عقلانی-هیجانی^۳ (REBT) نوعی درمان شناختی-رفتاری^۴ است که توسط آلبرت الیس^۵ (۱۹۵۰) ابداع شده است. درمان عقلانی-هیجانی که در دهه ۱۹۵۰ توسعه یافت (الیس و مک‌لارن^۶، ۱۳۹۲)، یکی از اولین روش‌هایی است که به عنوان درمان شناختی رفتاری شناخته شده است (محرری، فکورزیبا و اصغری‌پور، ۱۳۹۳). این رویکرد درمانی بیان می‌کند که، تفکر غیرمنطقی در زندگی ریشه در تجربیات اولیه افراد با والدین، فرهنگ و جامعه خود دارد و تفکر غیرمنطقی با احساسات غیرمنطقی همراه است. به طوری که اختلال روانشناختی / عاطفی انسان به دلیل وقایع و شرایط خارجی نیست، بلکه به دلیل تفکر غیرمنطقی است که همراه وقایع و شرایط است. تفکر غیرمنطقی تحریف ادراک و تفسیر از وقایع خارجی است که باعث اختلال روانی / عاطفی می‌شود و افکار غیرمنطقی و احساسات نامعقول را فرا می‌گیرد (دستغیب و همکاران، ۱۳۹۲) الیس (۱۹۵۰) بیان می‌کند که رویدادها و اتفاقات پیرامون افراد باعث تنش، اضطراب و افسردگی آن‌ها نمی‌شود، بلکه دیدگاه‌ها و باورهای افراد از رویدادها و اتفاقات است که منجر به تنش و اضطراب در آن‌ها می‌شود و زندگی آنان را با مشکل مواجه می‌کند. از نظر وی تفکر منطقی باعث فعالیت بیشتر و برخورد مناسب‌تر با زندگی می‌شود، فرد به صورت مؤثرتری با حوادث و مشکلات برخورد می‌کند. به نظر الیس (۱۹۵۰) هر چه عقاید افراد غیرمنطقی‌تر باشند، انسان در برابر اختلالات روانی آسیب‌پذیرتر می‌شوند (راسنر^۷، ۲۰۱۱). با توجه به اینکه در درمان عقلانی-هیجانی تمرکز بر افکار و

¹ Thomson & Jaque

² Gratz & Roemer

³ Rational-emotional behavior therapy

⁴ cognitive behavioral therapy

⁵ Ellis

⁶ MacLaren

⁷ Rosner

احساسات همراه آن است و در نوجوانانی که مرتکب رفتارهای پرخطری همچون فرار از خانه می‌شوند احساسات و افکار به گونه‌ای غیرمنطقی موجب ایجاد واکنش‌های هیجانی در این گروه از افراد می‌شود لذا می‌توان انتظار داشت که درمان فوق می‌تواند موجب کاهش مشکلات عاطفی و رفتاری در این گروه شود (بانکس و زیونتس^۱، ۲۰۰۹). پژوهش‌های انجام گرفته نشان از اثربخش بودن رفتاردرمانی عقلانی-هیجانی بر مشکلات عاطفی و رفتاری (بانکس و زیونتس، ۲۰۰۹؛ التان، هایلند، والیرس و دیوید^۲، ۲۰۱۷؛ زیگلر^۳، ۲۰۰۰)، هیجانات (بانکس و زیونتس، ۲۰۰۹؛ بانکس، ۲۰۱۱؛ دین، تورنر و وانگ^۴، ۲۰۱۷؛ موریس، تود و ابانک^۵، ۲۰۱۷؛ نیازی، مامی و احمدی، ۱۳۹۷؛ دربانی، مالکی، رستمی و کشاورز، ۱۳۹۵؛ نیروزاده، یوسفی، فولادچنگ و حسین جاری، ۱۳۹۶؛ زارع، شفیع‌آبادی، پاشاشریفی و نوایی‌نژاد، ۱۳۸۶؛ پایدار، حمیدی و کارگر، ۱۳۹۷)، استرس (جلالی مهین دخت، ۱۳۹۱؛ زهراکار، ۱۳۹۱) و تکانشگری (هانی‌اصل حیزانی و محمدی بیجائی، ۱۳۹۸) دارد.

با در نظر گرفتن این نکته که نوجوانان با بحران‌های متفاوتی در زندگی خود مواجه می‌شوند و مشکلات روانشناختی عاملی است که موجب آسیب به نهاد خانواده آن می‌شود، توجه به آسیب‌های پیش‌رو اهمیت دارد. همچنین با توجه به اینکه رفتاردرمانی عقلانی-هیجانی بر کاهش مشکلات رفتاری و عاطفی مختلف اثربخش است و پیش‌تر این موضوع در پژوهش‌های مختلف بررسی و تأیید شده است لذا با در نظر گرفتن این نکته که تاکنون پژوهشی اثربخشی درمان مورد نظر را بر متغیرهای کنترل تکانه و دشواری در تنظیم هیجان مورد بررسی قرار نداده است و متغیرهای فوق در دامنه مشکلات هیجانی و عدم کنترل‌گری هیجانی مشترک هستند این پژوهش با هدف بررسی « اثربخشی رفتار درمانی عقلانی-هیجانی (REBT) بر کنترل تکانه و دشواری در تنظیم هیجان در نوجوانان مراجعه‌کننده به مراکز DIC شهر تهران» انجام گرفته است، تا اثربخشی درمان عقلانی-هیجانی بر متغیرهای مورد نظر مورد بررسی و ارزیابی قرار گیرد.

¹ Banks & Zionts

² Oltean, Hyland, Vallières & David

³ Ziegler

⁴ Deen, Turner & Wong

⁵ Morris, Tod & Eubank

روش

روش پژوهش حاضر نیمه‌آزمایشی با طرح پیش‌آزمون_پس‌آزمون با گروه گواه بود. جامعه آماری پژوهش شامل در نوجوانان مراجعه‌کننده به مراکز DIC شهر تهران در ۶ ماهه دوم سال ۱۴۰۰ بودند. روش نمونه‌گیری پژوهش حاضر به صورت در دسترس بود و با این روش تعداد ۳۰ نفر از نوجوانان انتخاب و به صورت تصادفی در دو گروه آزمایش و گواه بدون هیچ‌گونه مداخله‌ای (هر گروه ۱۵ نفر) گمارده شدند. همچنین لازم به ذکر است که، جهت تجزیه و تحلیل داده‌ها از روش آماری تحلیل کوواریانس چندمتغیره (مانکوا) و نرم‌افزار SPSS نسخه ۲۵ استفاده شده است.

ابزار سنجش

مقیاس تکانشگری^۱ (BIS-11): این پرسشنامه توسط بارت^۲ و همکاران (۲۰۰۴)، طراحی و دارای ۳۰ گویه است. این پرسشنامه دارای مؤلفه‌های تکانشگری عدم برنامه‌ریزی (گویه‌های ۱، ۵، ۷، ۹، ۱۰، ۱۲، ۱۷، ۱۹ و ۲۵)، تکانشگری حرکتی (گویه‌های ۲، ۳، ۸، ۱۱، ۱۳، ۱۴، ۱۶، ۱۸، ۲۰، ۲۱، ۲۲ و ۲۴) و تکانشگری شناختی (گویه‌های ۴، ۶، ۱۵ و ۲۳) است. شیوه پاسخگویی به این پرسشنامه بر اساس طیف لیکرت چهار درجه‌ای (هرگز = ۱ تا همیشه = ۴) است. بیشترین نمره در این پرسشنامه ۱۲۰ است. اختیاری و همکاران (۱۳۸۷)، روایی و پایایی نسخه فارسی این پرسشنامه را بررسی کردند. نتایج آنها حاکی از این بود که ضریب آلفای کرونباخ، برای امتیاز کل در افراد وابسته به اعتیاد و افراد سالم به ترتیب ۰/۸۴ و ۰/۸۳ به دست آمد. پایایی این پرسشنامه در پژوهش جاوید و همکاران (۱۳۹۱) با استفاده از ضریب آلفای کرونباخ برای مؤلفه‌های تکانشگری عدم برنامه‌ریزی، حرکتی، شناختی و کل پرسشنامه به ترتیب ۰/۷۹، ۰/۷۳، ۰/۴۹ و ۰/۷۷ محاسبه شده است.

^۱ Impulsivity scale

^۲ Bart

پرسشنامه دشواری تنظیم هیجان^۱ (DERS): برای سنجش دشواری تنظیم هیجان از مقیاس معرفی شده توسط گراتز و روئمر (۲۰۰۴) استفاده شده است. این پرسشنامه شامل ۳۶ گویه و ۶ خرده مقیاس است. خرده مقیاس‌های این پرسشنامه شامل عدم پذیرش پاسخ‌های هیجانی، دشواری در انجام رفتار هدفمند، دشواری در کنترل تکانه، فقدان آگاهی هیجان، دسترسی محدود به راهبردهای تنظیم هیجان و فقدان شفافیت هیجان است. نمره‌گذاری پرسشنامه به صورت طیف لیکرت ۵ درجه‌ای (خیلی به ندرت = ۱ و تقریباً همیشه = ۵) است. گویه‌های ۷، ۶، ۲، ۱، ۸، ۱۷، ۱۰، ۲۰، ۲۲، ۲۴ و ۳۴ دارای نمره‌گذاری معکوس هستند. نمرات بین ۳۶ تا ۷۲ بیانگر دشواری در تنظیم هیجان در حد پایین، نمرات ۷۲ تا ۱۰۸ نشان دهنده دشواری در تنظیم هیجان در حد متوسط و نمرات بالاتر از ۱۰۸ نشان‌دهنده دشواری در تنظیم هیجان بالا است. همچنین این پرسشنامه همبستگی معناداری با پرسشنامه پذیرش و عمل هیز و همکاران (۲۰۰۶) دارد (گریس و روئمر، ۲۰۰۴). پایایی درونی کلی برای پرسشنامه در پژوهش گریس و روئمر (۲۰۰۴)، برابر با ۰/۹۳ و برای هر خرده‌مقیاس به ترتیب بیان شده ۰/۸۵، ۰/۸۹، ۰/۸۶، ۰/۸۰، ۰/۸۸، ۰/۸۴ گزارش شده است. بشارت (۱۳۹۷) پایایی بازآزمایی مقیاس دشواری در تنظیم هیجان را در دو نوبت با فاصله‌های ۴ تا ۶ هفته برای کل پرسشنامه از ۰/۷۱ تا ۰/۸۷ به دست آورده است. در پژوهش کرمی و همکاران (۱۳۹۵) نیز آلفای کرونباخ آن ۰/۸۷ گزارش شده است.

جدول ۱. خلاصه جلسات رفتاردرمانی عقلانی-هیجانی (REBT)

جلسه	محتوای جلسات
اول	معارفه اعضای گروه به یکدیگر، توضیح درباره اهداف و مقررات گروه توسط رهبر گروه و توافق بر سر حضور جلسه مشارکت، تاکید بر عدم شرکت در دوره‌های مشابه دیگر تا آخر دوره و معرفی روش مشاوره گروهی با رویکرد عقلانی-هیجانی-رفتاری.
دوم	بررسی و بیان مشکلات اعضا و ایجاد انگیزه برای مشاوره و درمان، آشنایی بیش تر اعضا با رویکرد عقلانی-هیجانی-رفتاری و باورهای غیرمنطقی. در این جلسه تکلیف ثبت افکار به گروه آموزش داده شد

^۱ difficulties in emotion regulation scale

سوم	ذکر نمونه‌هایی از حوادث زندگی و بحث گروهی در زمینه چگونگی تأثیر باورها در واکنش‌های افراد و بحث اعضای گروه با هم در مورد این که شیوه اندیشیدن آنها باعث واکنش آنها در برابر حوادث می‌گردد
چهارم	مرور جلسات قبل و آشنایی بیشتر اعضای گروه با رویکرد درمانی عقلانی-هیجانی-رفتاری برای کشف افکار غیرمنطقی و بررسی افکار غیرمنطقی در راستای سیستم‌های فعال‌ساز/بازداری رفتاری، رفتارهای پرخطر و اجتناب شناختی و نحوه مجادله فعال با عقاید غیرعقلانی-در این جلسه تکلیف فرم سه ستونی جهت ثبت افکار و عقاید غیرعقلانی و مجادله با آنها ارایه شد.
پنجم	بررسی گروهی و تحلیل افکار، نگرش‌ها، احساسات غیرمنطقی نسبت به خود و حوادث پیرامون و آشنایی با مدل ABCD و آموزش اصول این مدل به اعضا. در این جلسه تکلیف فرم سه ستونی با تأکید بر تغییر خودبینی‌ها آموزش و ارایه شد.
ششم	شناخت افکار غیرمنطقی، باید‌ها، نبایدها و تأثیر آنها در شکل‌گیری استرس زناشویی و بحث گروهی اعضا با یک دیگر درباره جایگزین کردن افکار منطقی به جای افکار غیرمنطقی. تصویرسازی عقلانی-هیجانی-تمرین حمله به شرم.
هفتم	مرور جلسات قبل و پیگیری تکالیف-تقویت‌ها و مجازات‌ها-تشویق به مهارت-آموزی، بحث در مورد روش‌های مقابله با افکار غیرمنطقی و جایگزین کردن آن با افکار منطقی و دادن تکلیف برای جلسه بعد؛ ایجاد آمادگی برای پایان گروه. در انتهای این جلسه توضیح داده شد که جلسه بعد، آخرین جلسه خواهد بود.
هشتم	مرور تکلیف جلسه قبل و انجام تمرین‌های عملی به شیوه گروهی و جمع‌بندی کلیه جلسات. مورد بحث قرار دادن نحوه استفاده از فنون در سایر ابعاد زندگی پرداختن به احساسات اعضا در مورد گروه و پایان دادن به آنها. پرداختن به امور ناتمام اعضا و تلاش برای تمام کردن آنها. گرفتن پس آزمون.

یافته‌ها

در جدول شماره ۲، میانگین و انحراف استاندارد متغیرهای پژوهش به تفکیک گروه‌ها مطرح شده است.

جدول ۲. میانگین و انحراف استاندارد متغیر در گروه‌های پژوهش

گروه آزمایش		گروه گواه		پس آزمون		پیش آزمون	
میانگین	انحراف استاندارد	میانگین	انحراف استاندارد	میانگین	انحراف استاندارد	میانگین	انحراف استاندارد
۲۹/۶۵	۳/۰۱	۱۶/۸۱	۱/۹۷	۲۹/۷۰	۱/۵۴	۲۷/۶۲	۳/۶۶
تکانشگری حرکتی							
۳۶/۸۱	۱/۶۹	۱۰/۸۵	۰/۵۱	۳۸/۶۸	۰/۹۷	۳۷/۸۳	۲/۵۴
تکانشگری شناختی							
۱۴/۲۳	۰/۹۱	۸/۸۳	۰/۸۶	۱۴/۷۳	۰/۷۰	۱۴/۶۳	۰/۹۸
تکانشگری (کل)							
۸۰/۵۵	۳/۵۴	۳۶/۶۴	۲/۸۹	۸۳/۰۳	۲/۰۰	۸۲/۷۶	۲/۰۵
عدم پذیرش پاسخ هیجانی							
۲۴/۹۶	۱/۴۸	۱۷/۰۳	۱/۳۰	۲۴/۵۳	۰/۸۳	۲۴/۲۳	۱/۲۰
دشواری در انجام رفتار هدفمند							
۱۹/۷۶	۰/۹۷	۱۴/۳۳	۱/۴۴	۱۷/۸۰۲	۱/۷۴	۱۷/۳۲	۲/۶۷
دشواری در کنترل تکانه							
۱۸/۶۳	۱/۹۵	۱۵/۲۷	۱/۵۳	۱۸/۲۳	۳/۱۵	۱۷/۶۸	۳/۴۷
فقدان آگاهی هیجانی							
۲۵/۶۶	۱/۵۰	۱۵/۴۲	۲/۵۲	۲۳/۴۶۷	۱/۸۴	۲۳/۴۰	۱/۸۸
دسترسی محدود به راهبردهای تنظیم هیجان							
۳۴/۸۳	۰/۷۰	۱۹/۷۶	۲/۴۶	۳۷/۴۶	۲/۷۹	۳۷/۱۳	۳/۲۴
فقدان شفافیت هیجان							
۱۹/۴۷	۱/۲۴	۱۰/۹۴	۲/۱۵	۱۹/۴۲	۱/۲۴	۱۹/۲۰	۱/۱۴
دشواری در تنظیم هیجان (کل)							
۱۴۳/۰۶	۴/۴۱	۸۲/۶۶	۳/۵۵	۱۴۰/۸۲	۵/۲۹	۱۴۰/۴۶	۵/۵۶

نتایج جدول ۲ نشان می‌دهد میانگین متغیرهای تکانشگری و دشواری در تنظیم هیجان در گروه گواه در پیش و پس‌آزمون تغییر محسوسی نداشته است ولی میانگین گروه آزمایش در پس‌آزمون در مقایسه با پیش‌آزمون کاهش داشته است.

برای بررسی نرمال بودن داده‌ها از آزمون کلموگروف اسمیرنوف استفاده شده است که نتایج نشان داده است که متغیرهای دشواری در تنظیم هیجان ۰/۱۲ و تکانشگری ۰/۱۶ دارای سطح معناداری بزرگتر از ۰/۰۵ بودند، از این‌رو شرط استفاده از آزمون‌های پارامتریک برقرار است. همچنین نتایج آزمون لوین برای بررسی شرط برابری واریانس‌ها در تکانشگری با معناداری ۰/۲۱، دشواری در تنظیم هیجان ۰/۲۵ است و این امر پایداری نتایج بعدی را مورد تأیید قرار می‌دهد. مفروضه همگنی شیب‌های رگرسیون به دلیل این که تعامل بین گروه، پیش‌آزمون، پس‌آزمون در متغیرهای تکانشگری ۰/۳۶ و دشواری در تنظیم هیجان ۰/۷۴ بالاتر از سطح آلفا

۰/۰۵ به دست آمده است. بنابراین از مفروضه همگنی شیب‌های رگرسیون تخطی نشده است ($p>0/05$). همچنین مشاهده شده است که بین شاخص‌های اعتبار آزمون (اثر پیلایی، لامبدای ویلکز و اثرهتلینگ، بزرگترین ریشه خطا) بین دو گروه آزمایش و کنترل تفاوت معنی‌داری در سطح ($P=0/05$) وجود دارد. بنابراین از مفروضه همگنی شیب‌های رگرسیون تخطی نشده است، پس استفاده از تحلیل کوواریانس بلامانع است.

جدول ۳. نتایج آزمون تحلیل کوواریانس

اندازه اثر	P	F	میانگین مجذورات	Df	مجموعه مجذورات	-	-
۰/۹۹۰	۰/۰۰۰	۲۵۱۶/۵۸۳	۱۲۲۷۴/۰۰۱	۱	۱۲۲۷۴/۰۰۱	اثر گروه	تکانشگری
۰/۰۲۵	۰/۴۲۹	۰/۶۴۸	۳/۱۵۸	۱	۳/۱۵۸	اثر پیش‌آزمون	
			۴/۸۷۷	۲۵	۱۲۱/۹۳۱	خطا	
				۳۰	۱۲۲۶۳۱/۰۰۰	کل	
۰/۹۸۸	۰/۰۰۰	۲۰۸۴/۹۸۴	۱۵۸۲۷/۹۴۷	۱	۱۵۸۲۷/۹۴۷	اثر گروه	دشواری در تنظیم
۰/۵۸۶	۰/۰۰۰	۳۵/۳۶۴	۲۶۸/۴۶۶	۱	۲۶۸/۴۶۶	اثر پیش‌آزمون	هیجان
			۷/۵۹۱	۲۵	۱۸۹/۷۸۵	خطا	
				۳۰	۴۲۵۳۸۱/۰۰۰	کل	

همانطور که نتایج جدول ۳ نشان می‌دهد با کنترل اثر پیش‌آزمون، رفتاردرمانی عقلانی-هیجانی (REBT) بر کاهش تکانشگری و دشواری در تنظیم هیجان اثربخش است. به عبارتی نتایج نشان داده است که سطح معناداری به دست آمده کمتر از مقدار ۰/۰۵ است که حاکی از اثربخشی این رویکرد بر متغیرهای پژوهش است.

بحث و نتیجه‌گیری

پژوهش حاضر با هدف تعیین اثربخشی رفتار درمانی عقلانی-هیجانی (REBT) بر کنترل تکانه و دشواری در تنظیم هیجان در نوجوانان مراجعه‌کننده به مراکز DIC شهر تهران انجام شد. نتایج پژوهش حاضر نشان داد که رویکرد REBT موجب کاهش نشانه‌های تکانشگری

می‌شود. نتایج این پژوهش با یافته‌های پژوهشی هانی‌اصل حیزانی و محمدی بیجائی (۱۳۹۸)، بانکس و زیونتس (۲۰۰۹)، التان و همکاران (۲۰۱۷) و زیگلر (۲۰۰۰) همسو است.

افرادی که دارای مشکلات روانشناختی هستند و در روابط خانوادگی خود با مشکل مواجه هستند اغلب رفتارهای تکانشی و پرخاشگری دارند. مشکلات خانوادگی و فرار از خانه به دنبال افزایش تنش‌های پیش‌آمده و مخاطرات جدید با توجه به اینکه این افراد در کنترل هیجانات خود در مواجهه با تنش‌ها دچار مشکل هستند قادر نخواهند بود موقعیت جدید را مورد ارزیابی قرار دهند و از این‌رو بازداری بر رفتار خود ندارند و با هر موقعیتی سیستم واکنش‌دهی هیجانی در این افراد فعال می‌شود. در واقع افراد در مقابل موقعیت تنش‌زا به جای رویارویی و یا حل مسأله، با تکانشگری و تخلیه هیجانات از تجربه تنش می‌گریزد و این اجتناب به شکل‌گیری یک الگوی انعطاف‌ناپذیر تجربه و پاسخ منجر می‌شود (موریس و همکاران، ۲۰۱۷) و در نهایت به شکل‌گیری نوعی آسیب‌پذیری روان‌شناختی منجر می‌شود که براساس آن، انواعی از پیامدهای روانی-اجتماعی نامطلوب می‌شود. رویکرد عقلانی، عاطفی و هیجانی به افراد کمک می‌کند که مهارت‌هایی را بیاموزند که ابزارهایی را در اختیار آنها قرار می‌دهد تا عقاید نامعقولی را که اکتساب شده و توسط آنها ساخته شده‌اند و اکنون با تلقین فکری حفظ می‌شوند، تشخیص داده و زیر سؤال ببرند. افراد با این رویکرد می‌آموزند چگونه شناخت‌های ثمربخش و معقول را جایگزین شیوه‌های بی‌ثمر تفکر کنند و در نتیجه واکنش‌های هیجانی خود را به موقعیت‌ها تغییر دهند (التان و همکاران، ۲۰۱۷).

همچنین نتایج نشان داده است که، REBT موجب کاهش نشانه‌های دشواری در تنظیم هیجان در نوجوانان می‌شود. نتایج این پژوهش با یافته‌های پژوهشی بانکس و زیونتس (۲۰۰۹)، بانکس (۲۰۱۱)، دین و همکاران (۲۰۱۷)، موریس و همکاران (۲۰۱۷) نیازی و همکاران (۱۳۹۷)، دربانی و همکاران (۱۳۹۵)، نیروزاده و همکاران (۱۳۹۶)، زارع و همکاران (۱۳۸۶) و پایدار و همکاران (۱۳۹۷) همسو است.

در تبیین این یافته‌ها می‌توان گفت، رویکرد عقلانی، عاطفی و هیجانی بیان می‌کند که افکار، رفتار و احساسات نتیجه باورها و فرض‌های افراد از خود، جهان و دیگران است و باورهای نامعقول موجب افزایش مشکلات روان‌شناختی در افراد می‌شود. یکی از اهداف درمان

REBT، کار روی فرآیندهای زیربنایی شناخت و توجه به اثرگذاری شناخت و رفتار بر یکدیگر است (بانکس و زیونتس، ۲۰۰۹). به عبارتی این رویکرد بر این امر تأکید می‌کند که هیجان‌ها و رفتارهای ناخوشایند به وسیله باورها و فرض‌های زیربنایی است. از این‌رو به افراد کمک می‌کند تا با آگاهی از تجربیات شناختی و هیجانی خود و بیان درست تجربیات درونی هیجان‌ها تنظیم هیجانی ایجاد شود. این تجربیات در قالب کلمات، معنا و انعکاس، نمادگذاری شوند تا بتوان با برچسب مجدد، هیجان‌های سالمی را فعال نمود که با نیازها و اعمال مربوط با آن مرتبط شوند (التان و همکاران، ۲۰۱۷). این عمل می‌تواند در نتیجه در افراد را که در نتیجه مواجهه با تنش در حد بالایی فعال می‌کند کاهش دهد و سیستم تنظیم هیجان‌ها در افراد را به واسطه تعدیل هیجان‌ها افزایش دهد تا افراد نوعی آگاهی از هیجان را تجربه کنند و واکنش هیجانی به پیشامدها نشان ندهند از این‌رو موجب کاهش مشکلات هیجانی در افراد می‌شوند. مدیریت شناخت‌ها، احساسات و هیجان‌ها فرد را قادر می‌سازد تا برای مواجهه شدن با هیجان‌های منفی از یک الگوی وفق دهنده که کمتر باعث بروز مشکلات سلامت روان می‌شود استفاده کنند، که این امر موجب کاهش سطح مشکلات هیجانی می‌گردد. در روش درمانی REBT، افراد با روش‌های شناختی با هیجان‌های مثبت و منفی خود آشنا شده و آگاهی هیجانی خود را افزایش می‌دهند. در این روش افراد با توجه به هیجان‌های مثبت و تفکر در مورد آن‌ها، بازبینی و کنترل خلق مثبت و ارزیابی مجدد هیجان‌های مثبت و منفی به کاهش خلق منفی کمک می‌کنند. پذیرش حالت‌های هیجانی به جای پرهیز و بازداری هیجان‌ها و تعدیل شناخت‌ها و فرض‌های زیربنایی به مدیریت هر چه بیشتر خلق کمک می‌کند و از این‌رو مشکلات مرتبط با هیجان‌ها و رفتارها را در افراد کاهش می‌دهد (زیگلر، ۲۰۰۰).

منابع

- (۱) ایس، آلبرت و مک لارن، کاتارین (۲۰۰۵). **رفتاردرمانی، عقلانی، هیجانی: راهنمای درمانگران**، ترجمه مهرداد فیروزبخت، ۱۳۹۲، چاپ اول، تهران: انتشارات روانشناسی و هنر.
- (۲) جاوید، محبوبه؛ محمدی، نوراله و رحیمی، چنگیز (۱۳۹۱). «ویژگی‌های روان‌سنجی نسخه فارسی یازدهمین ویرایش مقیاس تکانشگری بارت»، **فصلنامه روش‌ها و مدل‌های روانشناختی**، ۲، ۸، صص ۲۳-۳۴.
- (۳) حکیم شوشتری، میترا و خانیپور، حمید (۱۳۹۳). «مقایسه خودآسیب‌رسانی و اقدام به خودکشی در نوجوانان: مرور نظام‌مند»، **مجله روانپزشکی و روانشناسی بالینی ایران**، ۲۰، ۱، صص ۱۳-۳.
- (۴) دستغیب، زهرا؛ نریمانی، محمد؛ قبادی‌داشدبی، کامل؛ حسینی، فاطمه؛ قارلی‌پور، ذبیح‌اله؛ ایمانزاد، معصومه؛ غلامی، مینا و قیطاس‌پور، کیمیا (۱۳۹۳). «مقایسه باورهای غیرمنطقی و شادکامی در دانش‌آموزان تیزهوش با عادی»، **مجله دانشگاه علوم پزشکی ایلام**، ۲۲، ۳، صص ۲۷-۳۳.
- (۵) دربانی، سید علی؛ مالکی، فاطمه؛ رستمی، مهدی و کشاورز، آریتا (۱۳۹۵). «اثربخشی مشاوره گروهی با رویکرد عقلانی-عاطفی، رفتاری بر خودکارآمدی و سازگاری اجتماعی و عاطفی دانشجویان پسر خوابگاهی»، **آموزش، مشاوره و روان‌درمانی**، ۵، ۱۸، صص ۱۵-۳۲.
- (۶) زارع، مهدی؛ شفیع‌آبادی، عبدالله؛ پاشاشریفی، حسن و نوابی‌نژاد، شکوه (۱۳۸۶). «اثربخشی گروه درمانگری عقلانی-هیجانی-رفتاری و روان‌نمایشگری در تغییر سبک‌های ابراز هیجان»، **روانشناسی تحولی**، ۴، ۱۳، صص ۲۵-۴۱.
- (۷) کرمی، جهانگیر؛ زکی‌بی، علی؛ حاتمیان، پیمان و باقری، اشکان (۱۳۹۵). «مقایسه مشکلات تنظیم هیجانی و سبک‌های عاطفی در بین افراد وابسته به مصرف سیگار و افراد غیرسیگاری»، **پزشکی دانشگاه علوم پزشکی ارومیه**، ۲۷، ۱۰، صص ۸۴۸-۸۵۵.
- (۸) غلامی، فرود؛ قدمی دولت‌آباد، شهین؛ خانی‌پور کاکش، پریسا و احمدی، سمیه (۱۳۹۹). «نقش سه گانه تاریک شخصیت و رابطه والد-فرزند در پیش‌بینی گرایش به اعتیاد در

نوجوانان دختر شهر تهران»، فصلنامه پژوهش‌های کاربردی در مشاوره، ۳(۲)، صص ۱۰۱-۱۲۵.

۹) نیروزاده، شهربانو؛ یوسفی، فریده؛ فولادچنگ، محبوبه و حسین جاری، مسعود (۱۳۹۶). «اثربخشی آموزش مبتنی بر رویکردهای نظریه انتخاب و رفتاردرمانی عقلانی هیجانی بر انگیزش پیشرفت تحصیلی و دشواری تنظیم هیجان»، دانش و پژوهش در روانشناسی کاربردی، ۱۸، ۲، صص ۳۷-۵۰.

۱۰) هانی‌اصل حیزانی، عباس و محمدی بیجائی، اسماعیل (۱۳۹۸). «اثربخشی مشاوره گروهی با رویکرد عقلانی، هیجانی و رفتاری بر اصلاح باورهای غلط و کاهش تکانشگری دانش‌آموزان پسر کلاس هفتم»، رویش روانشناسی، ۸، ۷، صص ۹-۱۸.

- 11) Banks, T., & Zions, P. (2009). REBT used with children and adolescents who have emotional and behavioral disorders in educational settings: A review of the literature. *Journal of Rational-Emotive & Cognitive-Behavior Therapy*, 27(1), 51-65.
- 12) Banks, T. (2011). Helping students manage emotions: REBT as a mental health educational curriculum. *Educational Psychology in Practice*, 27(4), 383-394.
- 13) Deen, S., Turner, M. J., & Wong, R. S. (2017). The effects of REBT, and the use of credos, on irrational beliefs and resilience qualities in athletes. *The Sport Psychologist*, 31(3), 249-263.
- 14) Gratz, K. L., & Roemer, L. (2004). Multidimensional assessment of emotion regulation and dysregulation: Development, factor structure, and initial validation of the difficulties in emotion regulation scale. *Journal of psychopathology and behavioral assessment*, 26(1), 41-54.
- 15) Gross, J. J., & Thompson, R. A. (2007). Emotion regulation: Conceptual foundations. In J. J. Gross (Ed.), *Handbook of emotion regulation*. New York: Guilford Press, 3-24.
- 16) Gratz, K. L., Bardeen, J. R., Levy, R., Dixon-Gordon, K. L., & Tull, M. T. (2015). Mechanisms of change in an emotion regulation group therapy for deliberate self-harm among women with borderline personality disorder. *Behaviour research and therapy*, 65, 29-35.
- 17) Mathews, C. A., Waller, J., Glidden, D., Lowe, T. L., Herrera, L. D., Budman, C. L., ... & Reus, V. I. (2004). Self injurious behaviour in Tourette syndrome: correlates with impulsivity and impulse control. *Journal of Neurology, Neurosurgery & Psychiatry*, 75(8), 1149-1155.

- 18) Rosner, R. (2011). Albert Ellis' Rational-Emotive Behavior Therapy. *Adolescent Psychiatry*, 1(1), 82-87.
- 19) Ziegler, D. J. (2000). Basic assumptions concerning human nature underlying rational emotive behavior therapy (REBT) personality theory. *Journal of rational-emotive and cognitive-behavior therapy*, 18(2), 67-85.
- 20) Aizpitarte, A., Atherton, O. E., Zheng, L. R., Alonso-Arbiol, I., & Robins, R. W. (2019). Developmental precursors of relational aggression from late childhood through adolescence. *Child development*, 90(1), 117-126.
- 21) Eccles, J. S., Lord, S., & Buchanan, C. M. (1996). *School transitions in early adolescence: What are we doing to our young people?* In J. A. Graber, J. Brooks-Gunn, & A. C. Petersen (Eds.), *Transitions through adolescence: Interpersonal domains and context*. Lawrence Erlbaum Associates, Inc, 251-284.