

Original Article

## The Effectiveness of Group Therapies—Emotional Freedom Techniques, Adolescent-Centered Mindfulness Therapy, and Dialectical Behavior Therapy—on Cognitive Errors in Adolescents with Disruptive Mood Dysregulation Disorder

Pezhman Ghaheri<sup>1</sup>, PhD Candidate; Mansoureh Bahramipour Isfahani<sup>1\*</sup>, PhD; Hajar Torkan<sup>1</sup>, PhD

<sup>1</sup>Department of Psychology, Isf.C., Islamic Azad University, Isfahan, Iran

### Article Information

#### Article History:

Received: September 21, 2024

Accepted: November 18, 2025

#### \*Corresponding Author:

Mansoureh Bahramipour Isfahani, PhD;

Department of Psychology, Isf.C.,

Islamic Azad University, Isfahan, Iran

Email: bahramipourisfahani@iau.ac.ir

### Abstract

**Introduction:** The present study aimed to investigate the effectiveness of three group therapies—emotional freedom techniques (EFT), adolescent-centered mindfulness therapy (ACMT), and dialectical behavior therapy (DBT)—on cognitive errors in adolescents exhibiting symptoms of disruptive mood dysregulation disorder (DMDD).

**Methods:** This study employed a quasi-experimental pretest-posttest design with a control group and a two-month follow-up period. The statistical population comprised all adolescents aged 15-18 years with symptoms of DMDD in the high schools of NajafAbad County (Iran) during the 2023-2024 academic year. Through purposive sampling, 600 students from four secondary schools in the Second Education District were screened using the DMDD Questionnaire (Laporte et al.). From this initial pool, 80 students diagnosed with DMDD were randomly assigned to three experimental groups (n=20 each) and one control group (n=20). Participants in the experimental groups attended parallel and concurrent group therapy sessions for EFT, ACMT, and DBT, respectively, while the control group received no intervention. The measurement instrument was the cognitive errors questionnaire (Quinn & Dozois). Data were analyzed using repeated measures analysis of variance (ANOVA) and Bonferroni post hoc test via SPSS software, version 26.

**Results:** The first major finding indicated that all three group therapy approaches (EFT, ACMT, and DBT) were effective in reducing cognitive errors in adolescents with symptoms of DMDD compared to the control group ( $P < 0.01$ ). The second finding, comparing the effectiveness of therapeutic approaches, revealed no significant difference among the three interventions at the post-test stage. However, at the two-month follow-up, DBT group demonstrated significantly greater effectiveness than the other two approaches ( $P < 0.05$ ). The effects of all interventions remained generally stable over time ( $P < 0.01$ ).

**Conclusion:** The results of the study demonstrated that EFT, ACMT, and DBT group therapies were equally effective in reducing cognitive errors in adolescents with DMDD in the short term. However, over time, DBT exhibited a more sustained and powerful effect. Therefore, the use of the DBT approach is particularly recommended for adolescents with DMDD in medical and educational service centers.

**Keywords:** Psychotherapy; Group; Mindfulness-Based Cognitive Therapy; Dialectical Behavior Therapy; Cognitive errors; Adolescent

#### Please cite this article as:

Ghaheri P, Bahramipour Isfahani M, Torkan H. The Effectiveness of Group Therapies—Emotional Freedom Techniques, Adolescent-Centered Mindfulness Therapy, and Dialectical Behavior Therapy—on Cognitive Errors in Adolescents with Disruptive Mood Dysregulation Disorder. *Sadra Med. Sci. J.* 2026; 14(1): 107-120. doi: 10.30476/smsj.2026.104200.1566.



## مقاله پژوهشی

## اثربخشی درمان‌های گروهی هیجان‌مدار، ذهن‌آگاهی نوجوان‌محور و رفتاردرمانی دیالکتیک بر خطاهای شناختی نوجوانان دارای علائم بی‌نظمی خلق اخلاص گرانه

پژمان قاهری<sup>۱</sup>، منصوره بهرامی‌پور اصفهانی<sup>۱\*</sup>، هاجر ترکان<sup>۱</sup>

<sup>۱</sup>گروه روانشناسی، واحد اصفهان (خوراسگان)، دانشگاه آزاد اسلامی، اصفهان، ایران

## چکیده

## اطلاعات مقاله

## تاریخچه مقاله:

تاریخ دریافت: ۱۴۰۳/۰۶/۳۱

تاریخ پذیرش: ۱۴۰۳/۰۸/۲۸

## نویسنده مسئول:

منصوره بهرامی‌پور اصفهانی،  
گروه روان‌شناسی، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد اصفهان  
(خوراسگان)، اصفهان، ایران  
پست الکترونیکی:  
bahramipourisfahani@iau.ac.ir

**مقدمه:** پژوهش حاضر با هدف بررسی اثربخشی درمان‌های گروهی هیجان‌مدار، ذهن‌آگاهی نوجوان‌محور و رفتاردرمانی دیالکتیک بر خطاهای شناختی نوجوانان دارای علائم بی‌نظمی خلق اخلاص گرانه اجرا شد. **مواد و روش‌ها:** پژوهش از نوع نیمه‌آزمایشی در سه مرحله پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری دو ماهه با گروه کنترل بود. جامعه آماری کلیه نوجوانان ۱۵ تا ۱۸ سال دارای علائم بی‌نظمی خلق اخلاص گرانه شهرستان نجف‌آباد در سال تحصیلی ۱۴۰۳ بود. به این منظور به شیوه نمونه‌گیری هدفمند، از بین ۴ آموزشگاه متوسطه دوم تعداد ۶۰۰ دانش‌آموز با اجرای پرسش‌نامه بی‌نظمی خلق اخلاص گرانه لاپورته<sup>۱</sup> و همکاران مورد غربالگری قرار گرفتند که از این میان تعداد ۸۰ نفر مبتلا به این اختلال تشخیص داده شدند و به صورت تصادفی ساده در سه گروه آزمایشی (هر کدام ۲۰ نفر) و یک گروه کنترل (۲۰ نفر) تقسیم شدند. افراد گروه‌های آزمایشی به صورت موازی و همزمان در جلسات گروهی درمانی هیجان‌مدار، ذهن‌آگاهی نوجوان‌محور و رفتاردرمانی دیالکتیک شرکت کردند؛ اما برای گروه کنترل، مداخله‌ای صورت نگرفت. ابزار اندازه‌گیری پرسش‌نامه خطاهای شناختی کوبین<sup>۲</sup> و همکاران، بود. جهت تجزیه و تحلیل داده‌ها از روش آماری تحلیل واریانس با اندازه‌های تکراری و آزمون تعقیبی بونفرونی در نرم‌افزار SPSS نسخه ۲۶ استفاده شد.

**یافته‌ها:** یافته اول نتایج نشان داد، هر سه روش گروه‌درمانی (هیجان‌مدار، ذهن‌آگاهی نوجوان‌محور و رفتاردرمانی دیالکتیک) در مقایسه با گروه کنترل، بر کاهش خطاهای شناختی نوجوانان دارای علائم بی‌نظمی خلق اخلاص گرانه اثربخش بوده است ( $P < 0/01$ ). همچنین یافته دوم پژوهش درجهت مقایسه اثربخشی رویکردهای درمانی با یکدیگر بیانگر این است که در مرحله پس‌آزمون تفاوت معنی‌داری بین اثربخشی این سه رویکرد وجود ندارد؛ اما در مرحله پیگیری، گروه‌درمانی با رویکرد رفتاردرمانی دیالکتیک از دو گروه دیگر اثربخشی نیرومندتری داشته است ( $P < 0/05$ ) و اثرات مداخلات به طور کلی در طول زمان ثابت باقی مانده است ( $P < 0/01$ ).

**نتیجه‌گیری:** نتایج پژوهش نشان داد، درمان‌های گروهی هیجان‌مدار، ذهن‌آگاهی نوجوان‌محور و رفتاردرمانی دیالکتیک، بر کاهش خطاهای شناختی نوجوانان دارای علائم بی‌نظمی خلق اخلاص گرانه می‌توانند اثربخشی یکسانی داشته باشند و در اثر گذشت زمان، رفتاردرمانی دیالکتیک، به مراتب اثر نیرومندتری داشته است. بنابراین توصیه می‌شود در اولویت از رویکرد رفتاردرمانی دیالکتیک برای نوجوانان دارای علائم بی‌نظمی خلق اخلاص گرانه، در مراکز خدمات درمانی و آموزشی استفاده شود.

**کلمات کلیدی:** گروه‌درمانی؛ درمان شناختی مبتنی بر ذهن‌آگاهی؛ رفتاردرمانی دیالکتیکی؛ خطاهای شناختی؛ نوجوان

- Laporte
- Quinn

لطفاً این مقاله را به این صورت استناد کنید:

قاهری پ، بهرامی‌پور اصفهانی م، ترکان ه. اثربخشی درمان‌های گروهی هیجان‌مدار، ذهن‌آگاهی نوجوان‌محور و رفتاردرمانی دیالکتیک بر خطاهای شناختی نوجوانان دارای علائم بی‌نظمی خلق اخلاص گرانه. مجله علوم پزشکی صدرا. دوره ۱۴، شماره ۱، بهار ۱۴۰۵، ۱۰۷-۱۲۰.

اختلالات خلقی، خطاهای شناختی و سوگیری‌های ادراکی است و این نشانگر آن است که خطاهای شناختی توانایی بالقوه جهت ایجاد انواع اختلالات روانی را دارد (۱۳). این بررسی‌ها نشانگر تأثیر خطاهای شناختی بر تحریک‌پذیری، پرخاشگری و عکس‌العمل‌های غیرمنطقی و پر از خطا در مقابله با اتفاقات خنثی پیرامون افراد است، که پرداختن به خطاهای شناختی و اصلاح این شناخت‌ها را ضروری جلوه می‌دهد (۱۴).

پژوهش‌های انجام‌شده نشان داده‌اند پرداختن به فرایندهای هیجانی در درمان اختلال بی‌نظمی خلق اختلال‌گر و عوارض همراه با آن می‌تواند تأثیر مثبت داشته باشد (۱۵). از جمله درمان‌های مؤثر در این زمینه درمان هیجان‌مدار<sup>۳</sup> است (۱۶) که بر دو تکنیک اصلی کاستن از چرخه رفتاری ناسازگار به وسیله تشخیص چرخه‌های منفی شکل‌دهنده به رفتار و عمق دادن به تجربه‌های هیجانی به ویژه ترس دل‌بستگی استوار است (۱۷). این درمان، افراد را تشویق به مشاهده و توصیف هیجانات‌شان در یک محیط غیرقضوتی می‌کند (۱۸). یافته‌های پژوهشی نشان داده‌اند درمان هیجان‌مدار برای بهبود طرح‌واره‌های ناسازگار اولیه (۱۶)، افزایش انعطاف‌پذیری شناختی و کاهش تکانشگری در نوجوانان دارای اعتیاد به اینترنت (۱۹)، کاهش نشخوار فکری و علائم ناشی از افسردگی (۲۰) مفید است.

از جمله درمان‌های دیگری که در سال‌های اخیر رشد چشمگیری در درمان اختلالات نوجوانان داشته است، درمان ذهن‌آگاهی نوجوان‌محور<sup>۴</sup> است. درمان ذهن‌آگاهی به معنای توجه کردن به طریق خاص، معطوف به هدف، در زمان حال و بدون قضاوت است (۲۱). فرمت جلسات ذهن‌آگاهی برای نوجوانان به شکل بازی، و شامل لمس کردن، بوییدن، گوش دادن و دیدن ذهن‌آگاهانه می‌باشد. انجام این تمرینات به نوجوانان کمک می‌کند تمرکز کنند، فشارهای روانی ذهن‌شان را بهتر مدیریت کنند، هیجانات‌شان را تنظیم کنند، احساس آرامش و سرزندگی درونی و روابط عمیق‌تر و معنی‌داری را تجربه کنند (۲۲). نتایج مطالعات پیشین نشان داده‌اند ذهن‌آگاهی منجر به بهبود انعطاف‌پذیری شناختی (۲۳) و افزایش سرزندگی نوجوانان (۲۴) می‌شود و تکنیک‌های ذهن‌آگاهی در جهت کاهش علائم افسردگی و آشفتگی ذهنی نوجوانان مؤثر هستند (۲۵). رفتاردرمانی دیالکتیک<sup>۵</sup> نیز یکی از درمان‌هایی است که در راستای اختلال بی‌نظمی خلقی در نوجوانان

نوجوانی دوره تغییرات عظیم است که این تغییرات همه‌جانبه هستند و همگی آن‌ها امکان وقوع چالش‌ها و موانعی را در نظام روانی و زیستی نوجوان، مهیا می‌کند (۱). همه نوجوانان در این سن تا حدودی با کشمکش‌های میان خود و دنیای اطراف مواجه هستند؛ اما گاهی این کشمکش‌ها از حالت طبیعی خود خارج شده و نگران‌کننده می‌شود که تشخیص و درمان این موارد برعهده روان‌شناسان می‌باشد (۲). در سال ۲۰۱۳، انجمن روان‌پزشکی آمریکا، یک تشخیص جدید تحت عنوان اختلال بی‌نظمی خلق اختلال‌گر<sup>۱</sup> برای کودکان و نوجوانان، در ویرایش پنجم راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی ارائه کرد (۳). اختلال بی‌نظمی خلق اختلال‌گر اختلالی است که در آن فوران‌های مکرر خشم به شکل کلامی و غیرکلامی دیده می‌شود و خلق در اغلب اوقات تحریک‌پذیر است (۴) و در پاسخ به یک ناکامی ابراز می‌شود (۵). فراوانی و شدت طغیان‌ها (حداقل سه بار در هفته) و تداوم تأثیر منفی این نشانه‌ها در تمام روز است (۶). همچنین این نشانه‌ها باید حداقل یک‌سال ادامه داشته و در دو محیط از سه محیط (خانه، مدرسه و جمع دوستان) حضور داشته باشند و نباید با سن فرد مطابقت داشته باشند (۷). میزان شیوع این اختلال نیز بین ۲ تا ۵ درصد ذکر شده است (۸).

افراد تحریک‌پذیر برای عصبانی شدن مستعدترند و حتی کوچک‌ترین تحریک را به‌عنوان خطر و تهدید تلقی و پردازش می‌کنند (۹). لذا یکی از ویژگی‌های مهم این افراد، درگیر شدن در خطاهای شناختی<sup>۲</sup> و باور کردن آن است. خطاهای شناختی فرایند استدلال را تحت تأثیر قرار می‌دهد و در مقایسه با افراد عادی، افراد دارای علائم بی‌نظمی خلقی به طور چشمگیری در پردازش حسی و رفتار ادراکی دچار مشکل هستند (۱۰). آن‌ها بیش از حد محرک‌های عاطفی منفی مثل خشم را مورد توجه خود قرار داده و در صورت داشتن خلق افسرده محرک‌های شادمانه را خشم و ترس تفسیر می‌کنند (۱۱). به عبارتی دیگر افراد دارای اختلال بی‌نظمی خلق اختلال‌گر هنگام پردازش محرک‌های شناختی و عاطفی و در نتیجه در تنظیم هیجانات، دشواری و خطاهای شناختی بیشتری نسبت به افراد عادی دارند (۱۲).

طباطبائی و همکاران، طی انجام پژوهشی به بررسی خطاهای شناختی پرداخته و دریافته‌اند که علت عمده

3. Emotional Freedom Techniques (EFT)

4. Adolescent-Centered Mindfulness Therapy (ACMT)

5. Dialectical Behavior Therapy (DBT)

1. Disruptive Mood Dysregulation Disorder (DMDD)

2. Cognitive errors

و رفتاردرمانی دیالکتیک بر خطاهای شناختی نوجوانان دارای علائم بی‌نظمی خلق اخلاص گرانه بپردازد.

فرضیه‌های پژوهش حاضر بدین صورت بودند:

۱. درمان گروهی هیجان‌مدار بر خطاهای شناختی نوجوانان دارای علائم بی‌نظمی خلق اخلاص گرانه اثربخش است.

۲. درمان گروهی ذهن‌آگاهی نوجوان‌محور بر خطاهای شناختی نوجوانان دارای علائم بی‌نظمی خلق اخلاص گرانه اثربخش است.

۳. درمان گروهی رفتاردرمانی دیالکتیک بر خطاهای شناختی نوجوانان دارای علائم بی‌نظمی خلق اخلاص گرانه اثربخش است.

## مواد و روش‌ها

### طرح تحقیق

پژوهش حاضر یک مطالعه نیمه‌آزمایشی ۴ گروهی شامل سه گروه آزمایشی گروه‌درمانی هیجان‌مدار، ذهن‌آگاهی نوجوان‌محور و رفتاردرمانی دیالکتیک و یک گروه کنترل با سه مرحله پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری دو ماهه است.

### جامعه آماری

جامعه آماری کلیه نوجوانان ۱۵ تا ۱۸ سال دارای علائم بی‌نظمی خلق اخلاص گرانه شهرستان نجف‌آباد در سال تحصیلی ۱۴۰۳ بود.

### حجم نمونه

جهت انتخاب حجم نمونه، از روش نمونه‌گیری هدفمند استفاده شد. بدین صورت که آموزش و پرورش شهرستان نجف‌آباد انتخاب و با مراجعه به ۴ آموزشگاه متوسطه دوم، تعداد ۶۰۰ دانش‌آموز با اجرای پرسشنامه بی‌نظمی خلق اخلاص گرانه لاپورته و همکاران در سال ۲۰۱۹ و مصاحبه بالینی طبق DSM-IV مورد غربالگری قرار گرفتند که از این میان تعداد ۸۰ نفر مبتلا به این اختلال تشخیص داده شدند و به صورت تصادفی ساده (قرعه‌کشی) در سه گروه آزمایشی و یک گروه کنترل گمارده شدند. تعداد مشارکت‌کنندگان لازم با در نظر گرفتن سطح اطمینان و میزان ریزش، هر گروه ۲۰ نفر در نظر گرفته شد.

### معیارهای ورود و خروج

معیارهای ورود به پژوهش شامل تمایل و رضایت

مورد توجه فزاینده‌ای قرار گرفته است (۲۶). رفتاردرمانی دیالکتیکی ویژه افرادی است که به هم ریختگی‌های شدید روانی و پریشانی زیادی را در هیجان‌ات خود تجربه می‌کنند (۲۷). اساساً، نظریه زیستی-اجتماعی بیان می‌کند که آشفتگی فراگیر احساسات، نتیجه تعامل دو پدیده استعداد بیولوژیکی به آسیب‌پذیری عاطفی و یک محیط ناتوان‌کننده و آسیب‌زا می‌باشد (۲۸). رفتاردرمانی دیالکتیکی، بر تقویت تمرکز حواس، تحمل پریشانی، اثربخشی بین‌فردی و مهارت‌های رفتاری تنظیم هیجان به عنوان ابزارهای اصلی درمانی برای غلبه بر اختلال در نظم فراگیر هیجان و افکار خودکشی متمرکز است (۲۹). طبق نتایج مطالعات پیشین، رفتاردرمانی دیالکتیکی در کاهش و بهبود عواطف منفی و رفتارهای خودآسیب‌رسان نوجوانان بستری در بیمارستان (۲۹)، خودانتقادی نوجوانان مبتلا به اختلال خلقی (۳۰) تعداد دفعات اقدام به خودکشی نوجوانان مبتلا به اختلال دوقطبی (۳۱) و تنظیم هیجان‌ات نوجوانان مبتلا به شخصیت مرزی (۳۲) مفید واقع شده است. احمدیان و همکاران (۳۳) طی انجام پژوهشی بیان کردند که رفتاردرمانی دیالکتیکی موجب کاهش رفتارهای مخرب مانند تحریک‌پذیری و پرخاشگری در نوجوانان دارای اختلال بی‌نظمی خلق اخلاص گر شده است.

وجه نوین و بدیع مطالعه حاضر نسبت به مطالعات قبلی استفاده همزمان از سه رویکرد گروه‌درمانی رفتاردرمانی دیالکتیک، ذهن‌آگاهی نوجوان‌محور و درمان هیجان‌مدار است. در راستای توجه به این نکات که، سه رویکرد گروه‌درمانی در پرداختن به خطاهای شناختی نوجوانان، دارای نگاه (محتوایی/ فرآیندی) متفاوت از یکدیگر هستند، فهم این موضوع که کدام یک از شیوه‌های مداخلاتی می‌تواند تأثیر شناختی بیشتری برای این گروه هدف به ارمغان آورد و با نگاه به شیوع نسبتاً بالای اختلال بی‌نظمی در خلق اخلاص گر در نوجوانان و مشکلاتی که می‌تواند در کاهش سرزندگی، روابط سالم بین‌فردی و پذیرش اجتماعی به دنبال داشته باشد (۳۴)؛ بنابراین موضوع پژوهش حاضر مورد هدف قرار گرفت. همچنین مطابق جستجوهای محققین، تاکنون پژوهشی در زمینه آموزش‌های متنوع و عمیق در مطالعات داخلی انجام نشده است، بر این اساس در جهت مشاهده کارآمدی رویکردهای رفتاردرمانی دیالکتیک، ذهن‌آگاهی نوجوان‌محور و درمان هیجان‌مدار در بهبود مشکلات شناختی و هیجانی جامعه‌های آماری گوناگون، پژوهش حاضر بر آن شد تا به مسئله اصلی بررسی اثربخشی درمان‌های گروهی هیجان‌مدار، ذهن‌آگاهی نوجوان‌محور

۰/۷۴، طغیان‌های مکرر خشم ۰/۷۸ و آسیب‌های ناشی از آن ۰/۷۰ گزارش شده است (۳۵). در ایران نیز پشنگیان و همکاران، با ترجمه نسخه اصلی لاپورته به اعتباریابی این پرسشنامه در نوجوانان پرداختند. ضریب پایایی این پرسشنامه با استفاده از ضریب آلفای کرونباخ ۰/۸۵ و ۰/۸۶ بدست آمد. همچنین پایایی خرده‌مقیاس‌ها با استفاده از ضریب آلفای کرونباخ برای تحریک‌پذیری ۰/۷۷، طغیان‌های مکرر خشم ۰/۸۰ و آسیب‌های ناشی از آن ۰/۷۴ گزارش شده است (۳۶). پایایی این پرسشنامه در پژوهش حاضر با استفاده از ضریب آلفای کرونباخ ۰/۸۹ محاسبه شد.

### مصاحبه تشخیصی<sup>۷</sup>

در این پژوهش جهت تشخیص و انتخاب نمونه دقیق‌تر از روش مصاحبه تشخیصی مبتنی بر راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی ویرایش پنجم استفاده شد. این مصاحبه نیمه‌ساختاریافته و دارای دو قسمت اصلی است: ۱- تاریخچه شخصی ۲- معاینه وضعیت روان‌شناختی (بررسی چک‌لیست اختلال بی‌نظمی خلق اختلال گر)

### پرسشنامه خطاهای شناختی<sup>۸</sup> (CHACES)

این پرسشنامه توسط کووین و همکاران در سال ۲۰۱۱، ساخته شده است. این پرسشنامه شامل ۲۰ عبارت جهت سنجش سوگیری و خطاهای شناختی کودکان و نوجوانان ۱۹-۱۱ ساله طراحی شده است و ۱۰ خطای شناختی (تفکر همه یا هیچ، فیلتر ذهنی، ذهن‌خوانی، پیش‌بینی آینده، نتیجه‌گیری احساسی، برجسب‌زدن، تعمیم افراطی، شخصی‌سازی، باید‌ها و ندیدن مثبت‌ها)، را می‌سنجد. هر خطای شناختی حاوی یک مثال بوده و خطای شناخت کودک و نوجوان را در دو بعد روابط اجتماعی و شخصی مورد سنجش قرار می‌دهد. این پرسشنامه ۱۰ زیرمقیاس دارد که هر زیرمقیاس حاوی ۲ عبارت است. هر عبارت به‌صورت ۱۰ درجه‌ای لیکرتی تنظیم شده است. نمره هر خطا بین ۰ تا ۲۰ است که نمره بالای ۷ نشانگر خطای بیشتر است. دامنه نمرات برای هر عبارت از ۰ تا ۱۰ است که افراد بر اساس شدت فکر به آن‌ها پاسخ می‌دهد. دامنه نمره برای کل پرسشنامه از ۰ تا ۲۰۰ است (۳۷). کووین و همکاران، در مطالعه خود بر روی ۳۱۸ دانش‌آموز، پایایی ابزار را به روش آلفای کرونباخ ۰/۸۵ بدست آوردند. اعتبار همزمان این ابزار با پرسشنامه‌های اضطراب و افسردگی مطلوب گزارش گردید.

7. Diagnosis interview

8. Child and Adolescent Cognitive Error Scale (CHACES)

آگاهانه دانش‌آموز، والدین و اولیاء مدرسه برای شرکت در پژوهش، کسب نمره بالاتر از میانگین در پرسشنامه بی‌نظمی خلق اختلال گرانه لاپورته و همکاران و مصاحبه بالینی و اشتغال به تحصیل در دوره متوسطه دوم بود. معیارهای خروج از پژوهش شامل انصراف از ادامه‌ی کار، غیبت بیش از دو جلسه در جلسات، عدم انجام تمرینات و تکالیف بود. جهت رعایت ملاحظات اخلاقی، کلیه شرکت‌کنندگان در پژوهش با اختیار و تمایل خود شرکت کردند. درباره اصول رازداری و محرمانه بودن هویت شرکت‌کنندگان و اطلاعات پژوهش به آنان اطمینان داده شد که کلیه اطلاعات به صورت محرمانه باقی خواهد ماند. شرکت‌کنندگان هر زمانی که از ادامه مشارکت منصرف شدند، می‌توانستند آزادانه گروه‌درمانی را ترک نمایند.

### ابزار گردآوری داده‌ها

جهت اجرای پژوهش از ابزارهای زیر استفاده گردید.

### پرسشنامه تشخیصی اختلال بی‌نظمی خلق اختلال گر لاپورته<sup>۶</sup> (DMDD-LDS)

این پرسشنامه توسط لاپورته و همکاران، برای سنجش ملاک‌های تشخیصی اختلال بی‌نظمی خلق اختلال گر برای نوجوانان ساخته شده است (۳۵) و در دو سطح ملاک‌های تشخیصی را مورد سنجش قرار می‌دهد که شرکت‌کنندگان در سطح اول به گویه‌ها در یک طیف سه درجه‌ای (نه اصلاً کمی و اغلب)، پاسخ می‌دهند. سه خرده‌مقیاس مورد سنجش در این پرسشنامه شامل تحریک‌پذیری، طغیان‌های مکرر خشم و آسیب‌های ناشی از اختلال است، که هر کدام از این سه خرده‌مقیاس سه گویه دارند. در سطح دوم میزان هر کدام از عوامل تحریک‌پذیری خلق با ۸ گویه، طغیان‌های خشم با ۱۴ گویه به سنجش میزان اختلال می‌پردازد. همچنین طغیان‌های خشم را نیز در ارتباط با همسالان، در کلاس و در خانه براساس خودآسیبی، شکست وسایل، عواطف منفی، پرخاشگری فیزیکی مورد ارزیابی قرار می‌دهد. نمرات بالا نشان‌دهنده آسیب‌پذیری و علائم بیشتر است. حداقل نمرات این پرسشنامه در سطح اول ارزیابی ۰ و حداکثر آن ۲۷ است و در سطح دوم حداقل نمرات ۰ و حداکثر آن ۶۶ می‌باشد. پایایی این پرسشنامه به روش آلفای کرونباخ در دامنه ۰/۷۶ تا ۰/۸۴، در پژوهش لاپورته و همکاران تایید شده است. همچنین ضریب آلفای کرونباخ برای تحریک‌پذیری

6. Disruptive Mood Dysregulation Disorder Laporte Diagnosis Scale (DMDD-LDS)

جدول ۱. شرح جلسات درمان هیجان محور گرینبرگ و همکاران

جلسه	عناوین
اول	آشنایی و برقراری رابطه درمانی، آشنایی با قوانین کلی درمان، ارزیابی ماهیت مشکل و رابطه، ارزیابی اهداف و انتظارات مراجعان از درمان
دوم	تشخیص چرخه تعاملی منفی و ایجاد شرایطی که مراجعان چرخه تعاملی منفی خود را آشکار می‌کنند. ارزیابی رابطه و پیوند دلبستگی مراجعان، آشنایی مراجعان با اصول درمان هیجان‌مدار و نقش هیجانات در تعاملات بین‌فردی، بازسازی تعاملات و افزایش انعطاف‌پذیری مراجعان
سوم	شکل‌دهی دوباره به مشکل برحسب احساسات زیربنایی و نیازهای دلبستگی، تأکید بر توانایی مراجع در بیان هیجانات، از جمله تحریک‌پذیری و خشم و نشان دادن رفتارهای دلبستگی به مراجع، آگاهی دادن به مراجعان در مورد تأثیر ترس و ساختارهای دفاعی خود بر فرایندهای شناختی و هیجانی، توصیف چرخه دریافت و زمینه دلبستگی.
چهارم	ترغیب به شناسایی نیازهای طردشده و جنبه‌هایی از خود که انکار شده است. جلب توجه مراجعان به شیوه تعامل با یکدیگر و انعکاس الگوهای تعاملی آن‌ها با احترام و همدلی، بیان پیامدهای رفتارهای هیجانی غیرمنطقی از جمله خشم، بیان نیازهای دلبستگی و شناسایی نیازهای انکار شده و افزایش پذیرش.
پنجم	آگاه کردن افراد از هیجانات زیربنایی و آشکارسازی جایگاه هر مراجع در رابطه، تأکید بر پذیرش تجربیات دیگران و راه‌های جدید تعامل، ردگیری هیجانات شناخته شده، برجسته‌سازی و شرح دوباره نیازهای دلبستگی و اشاره به سالم و طبیعی بودن آن‌ها.
ششم	آسان‌سازی بیان نیازها و خواسته‌ها و ایجاد درگیری هیجانی، توسعه تجربه هیجانی اولیه در زمینه‌ی دلبستگی و شناخت نیازها و تعلقات درونی، ایجاد دلبستگی‌های جدید با پیوندی ایمن بین مراجعان.
هفتم	ایجاد موقعیت‌های تعاملی جدید بین مراجعان و پایان دادن به الگوهای تعاملی کهنه، شفاف‌سازی الگوی تعاملی، یادآوری نیازهای دلبستگی
هشتم	برجسته کردن تفاوت‌هایی که بین تعاملات فعلی و تعاملات قدیمی ایجاد شده است. شکل‌گیری رابطه بر اساس پیوندی ایمن به گونه‌ای که بحث درباره مشکلات و جستجوی راه‌حل‌ها آسیمی به آن‌ها وارد نسازد.
نهم	مرور و استفاده از دستاوردهای درمانی و نتایج جلسات درمان در زندگی روزانه
دهم	ارزیابی تغییرات، تقویت تغییراتی که طی درمان صورت گرفته است.

پژوهش‌های داخلی نیز میزان آلفای کرونباخ این پرسشنامه در مطالعه صداقت و همکاران (۴)، ۰/۸۵ بدست آمد. پایایی این پرسشنامه در پژوهش حاضر با استفاده از ضریب آلفای کرونباخ ۰/۹۵ محاسبه شد.

**روند اجرای پژوهش**

پس از انتخاب نمونه به روش هدفمند و گمارش تصادفی آن‌ها در چهار گروه پژوهش و اجرای پیش‌آزمون از طریق پرسش‌نامه، گروه آزمایش اول تحت گروه‌درمانی هیجان‌مدار، گروه آزمایشی دوم گروه‌درمانی ذهن‌آگاهی نوجوان‌محور و گروه آزمایش سوم تحت گروه‌درمانی رفتاردرمانی دیالکتیک، هرگروه طی ۱۰ جلسه ۶۰ دقیقه‌ای به صورت هفتگی، قرار گرفتند. گروه کنترل هیچ مداخله‌ای دریافت نکرد. جلسات درمان هیجان‌مدار با استفاده از پروتکل گرینبرگ و همکاران، در سال ۲۰۱۲ اجرا شد، که در پژوهش‌های قبلی مورد تایید و استفاده قرار گرفته است (۱۶-۱۹). پروتکل درمان ذهن‌آگاهی نوجوان‌محور برگرفته از پروتکل ذهن‌آگاهی نوجوان‌محور بوردیک در سال ۲۰۰۴، بود که روایی محتوایی آن در پژوهش محققین پیشین برای جامعه آماری نوجوانان مورد بررسی و تایید قرار گرفته است (۲۱). جلسات رفتاردرمانی دیالکتیک، براساس پروتکل درمانی لینهان در سال ۲۰۰۸، اجرا شد، که در

**تحلیل آماری**

در تحلیل آماری داده‌ها، در سطح توصیفی از میانگین و انحراف معیار و در سطح استنباطی نیز پس از بررسی نرمال بودن توزیع داده‌ها از طریق آزمون شاپیروویلک، برابری واریانس‌های خطا از طریق آزمون لوین و بررسی پیش‌فرض برابری ماتریس واریانس کوواریانس از طریق آزمون ام باکس، از تحلیل واریانس آمیخته و سپس آزمون تعقیبی بونفرونی استفاده شد. داده‌ها از طریق نرم افزار SPSS نسخه ۲۶ تحلیل شد.

**ملاحظات اخلاقی**

به منظور رعایت اخلاق در پژوهش، رضایت دانش‌آموزان و اولیاء مدرسه برای شرکت در برنامه گروه‌درمانی اخذ شد و تمامی مراحل مداخله اطلاع‌رسانی گردید.

**جدول ۲. شرح جلسات درمان ذهن‌آگاهی نوجوان محور بودیک**

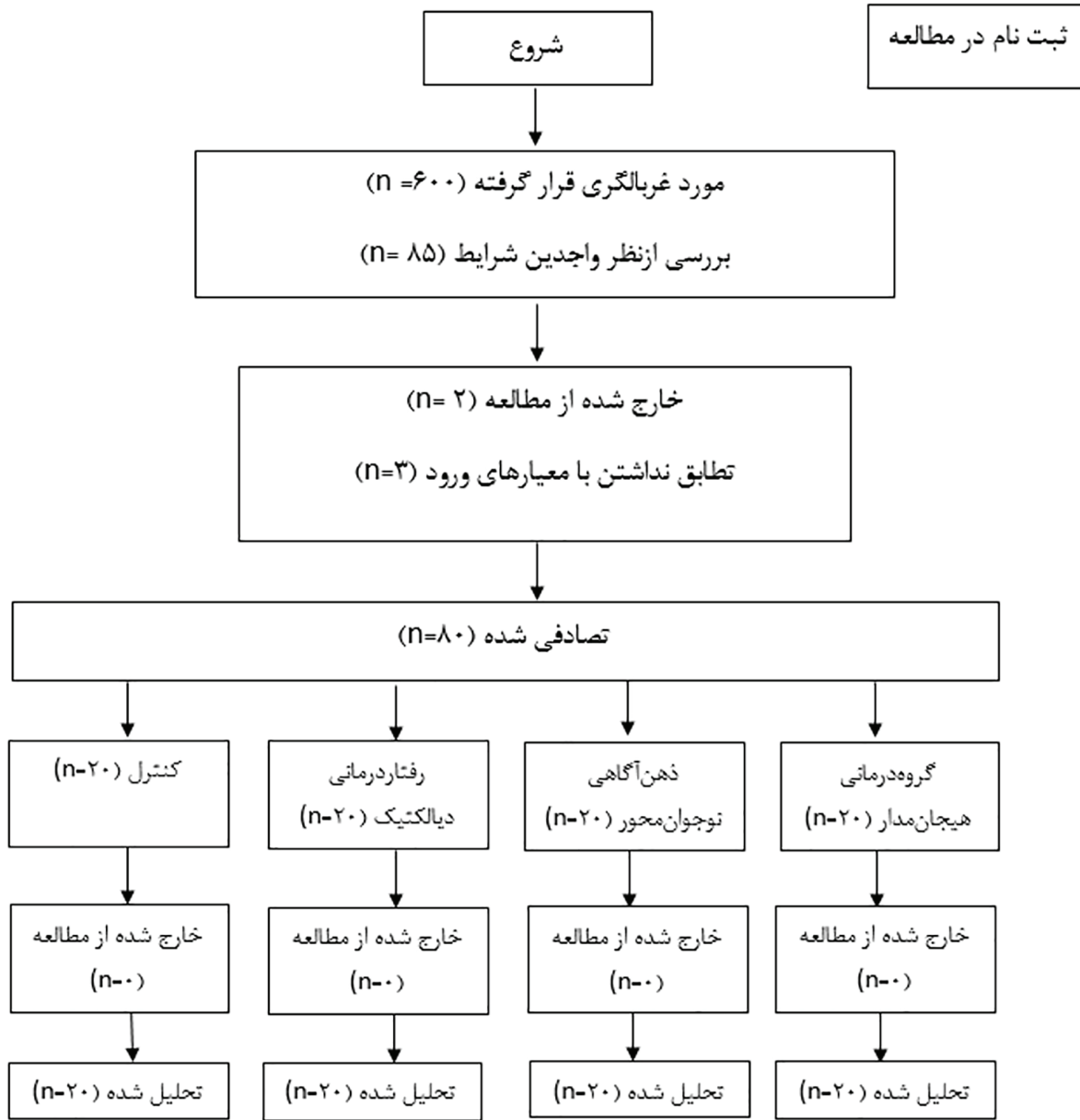
جلسه	شرح جلسه
اول	معرفی شرکت‌کنندگان به یکدیگر، معرفی ذهن‌آگاهی و توضیح عصب زیست‌شناسی ذهن‌آگاهی، چگونگی برنامه‌ریزی برای تمرینات در زندگی روزانه
دوم	آموزش تمرین تنفس آگاهانه و تنفس شکمی، ذهن آشفته در برابر ذهن آرام (بطری اکلیلی) تکلیف خانگی-مراقبه خواب
سوم	بررسی تکلیف خانگی به‌صورت بازگویی تجربه، تکرار تنفس، اسکن بدن، تمرین یادبود خوبی، تکلیف خانگی
چهارم	بررسی تکلیف خانگی به‌صورت بازگویی تجربه، تکرار تنفس، آگاهی نسبت به زمان حال (تمرین لیوان آب)، آگاهی از فرایند هیجانات، حرکات ذهن‌آگاهانه، تکلیف خانگی
پنجم	بررسی تکلیف خانگی به‌صورت بازگویی تجربه، تمرین تنفس آگاهانه- ذهن آگاهی نسبت به پنج حس، مراقبه‌هایی از افسردگی در لحظه، تکلیف خانگی
ششم	بررسی تکلیف خانگی به‌صورت بازگویی تجربه، تمرین تنفس، تمرینات ذهن‌آگاهی نسبت به هیجانات، مراقبه ذهن‌آگاهی درباره به هیجانات، بازی «من احساس می‌کنم»، یادداشت‌نویسی درباره ذهن‌آگاهی نسبت به هیجانات، تکلیف خانگی
هفتم	بررسی تکلیف خانگی به‌صورت بازگویی تجربه، تمرین تنفس، تمرینات ذهن‌آگاهی نسبت به افکار: تمرین تخته سفید نانوخته، مراقبه روی درخت، تکلیف خانگی
هشتم	بررسی تکلیف خانگی به‌صورت بازگویی تجربه، تمرین تنفس، ذهن‌آگاهی نسبت به محیط پیرامون، ذهن‌آگاهی نسبت به روابط، تمرین شفقت (اعمال مهربانانه)، تکلیف خانگی
نهم	بررسی تکلیف خانگی به‌صورت بازگویی تجربه، تمرین تنفس، ذهن‌آگاهی نسبت به وظایف و تکالیف، تمرین گوش دادن به بدن، آگاهی نسبت به احساسات مرکزی قلب، تکلیف خانگی
دهم	بررسی تکلیف خانگی به‌صورت بازگویی تجربه و مرور تمرینات، تمرین ذهن‌آگاهی در فعالیت روزانه

**جدول ۳. شرح جلسات رفتاردرمانی دیالکتیک پروتکل درمانی لینهان**

جلسه	مهارت	تکنیک	توضیح
اول	ذهن	راهبردهای اساسی	آشنایی و معرفی دوره، اهمیت و لزوم ذهن‌آگاهی و آموزش فنون مشاهده، توصیف و مشارکت
دوم	آگاهی	راهبردهای پیشرفته	آموزش فنون تقویت ذهن خردمند، پذیرش‌اساسی، ذهن‌آگاهی به شیوه‌ای مؤثر و در زندگی روزمره، غلبه بر موانع
سوم	راهبردهای پذیرشی	راهبردهای پذیرشی	آموزش فنون پذیرش‌اساسی، مشاهده تنفس، تمرین آگاهی و لبخند ملایم
چهارم	تحمل پریشانی	راهبردهای تغییر	آموزش فنون توجه برگردانی، خودآرامش‌بخشی و تصویرسازی مثبت
پنجم	راهبردهای تغییر	آموزش فنون آمیdgگی، حضور در لحظه، تحلیل سود و زیان و یادگیری راهبردهای مقابله‌ای	
ششم	فهم هیجانات	آموزش ابعاد هیجان، طبقه‌بندی هیجان‌ها، جنبه‌های هیجان، کارکردهای هیجان و تحلیل هیجان	
هفتم	تنظیم هیجانی	راهبردهای اساسی	آموزش شناسایی هیجان در لحظه، کاهش آسیب‌پذیری جسمانی و شناختی، افزایش هیجانات مثبت
هشتم	راهبردهای پیشرفته	آموزش فنون آگاهی از هیجان بدون قضاوت، رویارویی هیجانی، عمل کردن برخلاف تکانه‌های هیجان و حل مسئله	
نهم	مهارت بین‌فردی	راهبردهای اساسی	آموزش سبک‌های رفتاری، عادت‌های ناسالم هیجانی، ناتوانی در شناسایی نیازها، روابط آسیب‌زا و باورهای اشتباه
دهم	راهبردهای پیشرفته مؤثر	آموزش فنون آگاهی از واقعه، درخواست کردن قاطعیت، گوش دادن، نه‌گفتن، مذاکره و حل اختلاف، جمع‌بندی	

آن‌ها درخواست نشد. به منظور ایجاد انگیزه برای شرکت در مطالعه، جنبه‌های درمانی و آموزشی مداخلات قبل از مداخله برای شرکت‌کنندگان توضیح داده شد و کل فرآیند اجرای مداخله به صورت رایگان در اختیار آن‌ها قرار گرفت. این پژوهش برگرفته از رساله دکتری روان‌شناسی و دارای تأییدیه کمیته اخلاق از دبیرخانه کمیته دانشگاهی اخلاق در پژوهش‌های زیست پزشکی، با شماره مجوز IR.IAU.KHUISF.REC.1402.373 است.

علاوه بر این، والدین این دانش‌آموزان نیز رضایت خود را جهت شرکت فرزند خود در پژوهش حاضر را اعلام نمودند و از کلیه مراحل مداخله آگاه شدند. همچنین به دانش‌آموزان حاضر در گروه کنترل اطمینان داده شد که در صورت تمایل پس از تکمیل فرآیند پژوهش، این مداخلات را دریافت خواهند کرد. همچنین به دانش‌آموزان هر چهار گروه اطمینان داده شد که اطلاعات آن‌ها محرمانه خواهد بود و در خلال پژوهش هیچ نامی از



شکل ۱. نمودار کانسورت پژوهش

## یافته‌ها

قبل از ارائه نتایج تحلیل واریانس آمیخته، پیش فرض‌های آزمون‌های پارامتریک مورد سنجش قرار گرفت. بر همین اساس نتایج آزمون شاپیرو ویلک بیانگر آن بود که پیش فرض نرمال بودن توزیع نمونه‌ای داده‌ها در خطاهای شناختی ( $F=0/92$ ؛  $P=0/13$ ) برقرار است. همچنین پیش فرض همگنی واریانس که توسط آزمون لوین مورد سنجش قرار گرفت، نتایج معناداری نداشت و نشان داد که پیش فرض همگنی واریانس‌ها در خطاهای شناختی ( $F=1/37$ ؛  $P=0/57$ ) رعایت شده است. نتایج آزمون موچلی نیز بیانگر آن بود که پیش فرض کرویت داده‌ها در خطاهای شناختی ( $Mauchly's W=0/40$ ؛  $P=0/001$ ) رعایت شده است. در نهایت نتایج ام باکس نشان داد که شرط یکسانی ماتریس واریانس‌ها رعایت گردیده و آزمون  $F$  با محدودیتی مواجه نیست.

چهار گروه پژوهش از نظر سن، جنس، وضعیت تحصیلات و شغل والدین و تعداد خواهر و برادران با یکدیگر از طریق آزمون کای دو مورد مقایسه قرار گرفتند. نتیجه این تحلیل نشان داد که در متغیرهای جمعیت‌شناختی مورد اشاره بین چهار گروه پژوهش تفاوت معناداری وجود ندارد. در جدول ۴ میانگین و انحراف معیار خطاهای شناختی به تفکیک چهار گروه پژوهش و سه مرحله پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری ارائه شده است.

همان‌گونه که در جدول ۵ مشاهده می‌شود، میانگین نمرات خطاهای شناختی در گروه‌های آزمایش نسبت به گروه کنترل کاهش بیشتری در مراحل پس‌آزمون و پیگیری نسبت به پیش‌آزمون داشته است.

جدول ۴. میانگین و انحراف معیار خطاهای شناختی در گروه‌های پژوهش در سه مرحله زمانی

متغیر	گروه	پیش‌آزمون		پس‌آزمون		پیگیری
		میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	
خطاهای شناختی	درمان هیجان‌مدار	۷۵/۸۰	۱۸/۲۴	۵۸/۰۵	۲۰/۹۶	۶۲/۹۰
	ذهن‌آگاهی نوجوان محور	۷۲/۹۵	۱۸/۰۷	۵۷/۰۵	۱۹/۸۳	۶۲/۸۰
	رفتاردرمانی دیالکتیک	۷۳/۶۰	۱۷/۵۲	۵۰/۲۵	۱۶/۳۴	۵۱/۶۵
	کنترل	۷۶/۱۵	۱۶/۵۲	۷۶/۵۵	۱۶/۸۵	۷۷/۵۵

جدول ۵. تحلیل واریانس آمیخته جهت بررسی تأثیرات درون و بین گروهی در متغیر خطاهای شناختی

متغیر	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	P	حجم اثر	توان آزمون
مراحل	۸۷۸۹/۲۰۰	۱/۲۵۱	۷۰۲۶/۷۶۲	۱۳۳/۳۲۸	۰/۰۰۱	۰/۶۳۷	۱/۰۰۰
گروه	۱۰۴۸۱/۲۸۳	۳	۳۴۹۳/۷۶۱	۳/۸۶	۰/۰۱۳	۰/۱۳۲	۰/۸۰۴
مرحله-گروه	۴۰۵۰/۷۶۷	۳/۷۵۲	۱۰۷۹/۴۹۸	۲۰/۴۸۳	۰/۰۰۱	۰/۴۴۷	۱/۰۰۰
خطا	۶۸۷۲۲/۲۵۶	۷۶	۹۰۴/۲۴				

نوجوانان را آشکار می‌کند. یعنی درمان‌های گروهی هیجان‌مدار، ذهن‌آگاهی نوجوان‌محور و رفتاردرمانی دیالکتیک در مجموع کاهش خطاهای شناختی در مراحل مختلف مورد ارزیابی تأثیر داشته است. در جدول ۶ مقایسه زوجی میانگین نمرات خطاهای شناختی شرکت‌کنندگان برحسب مرحله ارزیابی با استفاده از آزمون تعقیبی بونفرونی ارائه می‌شود.

همانگونه که جدول ۶ نشان داده است که تفاوت میانگین نمرات خطاهای شناختی در مرحله پیش‌آزمون با پس‌آزمون و هم‌چنین پیش‌آزمون با پیگیری در سه گروه رفتاردرمانی دیالکتیک، ذهن‌آگاهی نوجوان‌محور و درمان هیجان‌مدار معنی‌دار است ( $P < 0/001$ ). تفاوت میانگین نمرات پس‌آزمون و پیگیری در گروه رفتاردرمانی دیالکتیک معنی‌دار به دست نیامده است ( $P > 0/05$ ) اما در دو گروه ذهن‌آگاهی نوجوان‌محور و درمان هیجان‌مدار معنی‌دار است ( $P < 0/001$ ). در گروه کنترل نیز که تفاوت هر سه مرحله پژوهش غیرمعنی‌دار است ( $P > 0/05$ ). بر این اساس می‌توان گفت در اثرات درون‌گروهی در هر سه گروه میانگین نمرات خطاهای شناختی در مرحله پس‌آزمون و پیگیری نسبت به پیش‌آزمون کاهش داشته است اما تنها در گروه رفتاردرمانی دیالکتیک در مرحله پیگیری نسبت به پس‌آزمون نمرات مثبت نشان می‌دهند و در دو گروه ذهن‌آگاهی نوجوان‌محور و درمان هیجان‌مدار در پیگیری نسبت به پس‌آزمون افزایش داشته است.

نتایج آزمون واریانس آمیخته نشان داد عامل زمان (تغییرات در سه مرحله پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری) تأثیر معنی‌داری بر نمرات خطاهای شناختی ( $F = 133/328, \text{Eta} = 0/63, P = 0/001$ ) نوجوانان دارای علائم بی‌نظمی خلق اخلاص‌گرا داشته است. حجم اثر نشان داد که این عامل ۶۳ درصد از تفاوت در واریانس نمرات خطاهای شناختی نوجوانان را تبیین می‌کند. علاوه بر این تأثیر عضویت گروهی (درمان‌های گروهی هیجان‌مدار، ذهن‌آگاهی نوجوان‌محور و رفتاردرمانی دیالکتیک)، هم بر نمرات خطاهای شناختی ( $P = 0/013$ )؛ هم بر نمرات خطاهای شناختی ( $F = 3/86, \text{Eta} = 0/13$ ) نوجوانان دارای علائم بی‌نظمی خلق اخلاص‌گرا معنی‌دار بود. بنابراین نتیجه گرفته می‌شود درمان‌های گروهی هیجان‌مدار، ذهن‌آگاهی نوجوان‌محور و رفتاردرمانی دیالکتیک بر کاهش خطاهای شناختی تأثیر معنی‌داری داشته است. حجم اثر نشان داد که این عامل ۱۳ درصد از تفاوت در واریانس نمرات خطاهای شناختی نوجوانان را تبیین می‌کند. علاوه بر این نتایج بیانگر آن بود که اثر متقابل نوع مداخله و عامل زمان، هم بر نمرات خطاهای شناختی ( $P = 0/001$ )؛ هم بر نمرات خطاهای شناختی ( $F = 20/84, \text{Eta} = 0/44$ ) نوجوانان دارای علائم بی‌نظمی خلق اخلاص‌گرا معنی‌دار بود. بنابراین نتیجه گرفته می‌شود نوع مداخله در مراحل مختلف ارزیابی هم بر کاهش خطاهای شناختی تأثیر معنی‌داری داشته است. حجم اثر نشان داد که اثر تعامل درمان و عامل زمان ۴۴ درصد از تفاوت در واریانس نمرات خطاهای شناختی

شناختی آنان گردد.

بخش دوم این یافته پژوهش مبنی بر اثربخشی درمان گروهی ذهن‌آگاهی نوجوان‌محور بر خطاهای شناختی نوجوانان دارای علائم بی‌نظمی خلق اخلاص گرانه با یافته‌های مطالعات دیگر محققین از جمله کریمی و همکاران (۲۱)، اسمیت و همکاران (۲۲)، هارون رشیدی (۲۳)، مرعشی و همکاران (۲۴) و صلاحی اصفهانی و ایزدی (۲۵) همسویی نشان می‌دهد و مطالعه‌ای ناهمسو در پیشینه مطالعاتی محققین پژوهش حاضر وجود نداشت.

در تبیین یافته فوق می‌توان گفت درمان ذهن‌آگاهی نوجوان‌محور، از این منظر که توجه و آگاهی فرد را نسبت به احساسات فیزیکی و روانی بیشتر می‌کند و احساس اعتماد در زندگی، دلسوزی عمیق، احساس عشق عمیق به دیگران و پذیرش واقعی رخدادهای زندگی را به دنبال دارد (۲۵)، می‌تواند باعث شود که نوجوانان دارای علائم بی‌نظمی خلق اخلاص گرانه توانایی‌های خود را بشناسد، با هیجانات ناخوشایند به شکل بهنجار و کارآمد مقابله نموده، از نظر رفتارهای اجتماعی و رفتاری مفید و سازنده بوده و به عنوان عضوی از جامعه با همسالان در محیط مدرسه همکاری و مشارکت لازم را داشته باشد، مکانیسم اثر این رویکرد بدین شرح است که افراد یاد می‌گیرند با افکار منفی و خطاهای شناختی مقابله نموده و حوادث ذهنی را به صورت مثبت تجربه کنند. این روند سبب می‌شود تا نوجوانان دارای علائم بی‌نظمی خلق اخلاص گرانه با بهره‌گیری از مثبت‌اندیشی منشعب‌شده از ذهن‌آگاهی، از میزان نگرش‌ها و پردازش‌های شناختی و هیجانی منفی خود کاسته و روان و شناخت خود را از چنین نگرش‌های رهاکننده که این روند نیز با کاهش خطاهای شناختی در نوجوانان دارای علائم بی‌نظمی خلق اخلاص گرانه همراه است.

یافته سوم پژوهش، حاکی از اثربخشی نیرومند درمان گروهی رفتاردرمانی دیالکتیک بر خطاهای شناختی نوجوانان دارای علائم بی‌نظمی خلق اخلاص گرانه است که با یافته‌های مطالعات دیگر محققین شامل کمپ و همکاران (۲۷)، آیبی و همکاران (۲۸)، سیورسن و همکاران (۲۹)، صمدی و همکاران (۳۰)، گلدشتاین و همکاران (۳۱)، شوگرن و همکاران (۳۲) و احمدیان و همکاران (۳۳) همسویی نشان می‌دهد و هم‌چنین مطالعه‌ای ناهمسو در پیشینه مطالعاتی محققین پژوهش حاضر وجود نداشت.

در تبیین نتایج این بخش از پژوهش می‌توان گفت خطاهای شناختی مانعی جدی در برابر حضور فعال و

این پژوهش با هدف «مقایسه اثربخشی درمان‌های گروهی هیجان‌مدار، ذهن‌آگاهی نوجوان‌محور و رفتاردرمانی دیالکتیک بر خطاهای شناختی نوجوانان دارای علائم بی‌نظمی خلق اخلاص گرانه اجرا شد. یافته‌های پژوهش نشان داد که هر سه روش گروه‌درمانی درمقایسه با گروه کنترل، به طور معنی‌داری منجر به بهبود و کاهش خطاهای شناختی شده‌اند. علاوه بر این، بعد از گذشت زمان رفتاردرمانی دیالکتیک تاثیر بیشتری داشته است.

در مقایسه‌ی یافته‌های پژوهش حاضر با سایر مطالعات داخلی و خارجی می‌توان این‌طور بیان نمود که نتایج پژوهش مبنی بر اثربخشی درمان گروهی هیجان‌مدار بر خطاهای شناختی نوجوانان دارای علائم بی‌نظمی خلق اخلاص گرانه با یافته‌های مطالعات دیگر محققین از جمله حاتم‌نژاد و همکاران (۱۶)، چویی و همکاران (۱۸)، شجاعیان و همکاران (۱۹)، سوکیپتو و همکاران (۲۰) همسویی نشان می‌دهد.

در تبیین این یافته می‌توان این‌طور بیان نمود که به نظر می‌رسد افرادی که درک هیجانی بالایی دارند و از هیجانات و تجربه هیجانی به نحو مناسبی استفاده می‌کنند، کمتر درگیر خطاهای شناختی هستند (۱۸). یافته‌ها نشان می‌دهد که در نوجوانان دارای علائم بی‌نظمی خلق اخلاص گرانه، خطاهای شناختی بسیاری وجود دارد. لذا درمان هیجان‌مدار به دلیل تأکید بر مشاهده و توصیف هیجانات در یک محیط غیرقضاوتی و به دور از تحریف شناختی می‌تواند هیجان خشم این نوجوانان را تنظیم نماید. به همین دلیل در این پژوهش نیز درمان هیجان‌مدار باعث کاهش ملامت اطرافیان و کاهش خطاهای شناختی در این نوجوانان شد. درواقع در تبیین نتایج به‌دست‌آمده می‌توان چنین بیان نمود که درمان هیجان‌مدار با تأکید و نشانه‌گذاری بر رفتارها، افکار و هیجانات منفی به‌صورت مرحله‌به‌مرحله، هیجانات ناسازگار افراد را شناسایی می‌کند و درنهایت با روش‌ها و تکنیک‌هایی (از جمله، توسعه تجربه هیجانی اولیه در زمینه‌ی دلبستگی و شناخت نیازها و تعلقات درونی) سعی در عوض کردن آن‌ها دارد و طبق یافته‌های این پژوهش این اتفاق رخ داده است. از آنجایی که در این درمان توجه زیادی به هیجانات حل‌نشده و پذیرفته‌نشده دارد، توانست نقش بسزایی در کاهش هیجان خشم و خطاهای شناختی در نوجوانان دارای علائم بی‌نظمی خلق اخلاص گرانه داشته باشد و باعث بهبود ادراکات

### پیشنهادات پژوهش

پیشنهاد می‌شود به منظور افزایش تعمیم‌پذیری نتایج، این پژوهش در دیگر شهرها با پایش شرایط روانی، اجتماعی، خانوادگی، اقتصادی و تحصیلی والدین نوجوانان دارای علائم بی‌نظمی خلق اخلاص‌گرا و به‌کارگیری شیوه نمونه‌گیری تصادفی اجرا گردد.

همچنین با توجه به اثربخشی درمان رفتاردرمانی دیالکتیک به صورت نیرومندتر، بر بهبود خطاهای شناختی، در سطح عملی، پیشنهاد می‌شود مسئولان و برنامه‌ریزان آموزش و پرورش با فعال کردن مشاوران و متخصصان مراکز مشاوره و خدمات روان‌شناختی آن سازمان و همچنین به‌کارگیری روان‌شناسان خبره حوزه اختلالات خلقی نوجوانان اقدام نمایند تا بدین طریق بتوان بر بهبود عملکرد فردی و شناخت آنان نیز تأثیر گذاشت.

### نتیجه‌گیری

در نهایت می‌توان گفت مفاهیم اصلی رویکردهای هیجان‌مدار، ذهن‌آگاهی نوجوان‌محور و رفتاردرمانی دیالکتیک متمرکز بر هیجان‌دشوار و ناخوشایند بوده و در جهت کاهش علائم بی‌نظمی خلق اخلاص‌گرا و درمان اختلالات خلقی به ویژه در سنین نوجوانی مفید و پرکاربرد است. در واقع، با بسط تفکر کودک و همچنین با جداسازی آمیختگی با پردازش‌های شناختی پرخفا و ناکارآمد حاصل از مشکلات محیطی ادراک‌شده، سبب می‌شود تا نوجوانان دارای علائم بی‌نظمی خلق اخلاص‌گرا بتوانند پردازش‌های شناختی و هیجانی بهتری از خود نشان دهند و به این صورت چرخه‌های شناختی ناکارآمد حاصل از مشکلات محیطی و ارتباطی را ترمیم نمایند. بنابراین توصیه می‌شود در اولویت از رویکرد رفتاردرمانی دیالکتیک برای نوجوانان دارای علائم بی‌نظمی خلق اخلاص‌گرا، در مراکز خدمات درمانی و آموزشی استفاده شود.

### موازین اخلاقی

در انجام این پژوهش تمامی موازین و اصول اخلاقی رعایت گردیده است.

### شفافیت داده‌ها

داده‌ها و مراجع پژوهش حاضر در صورت درخواست از نویسنده مسئول و ضمن رعایت اصول کپی رایت ارسال خواهد شد.

پویای نوجوانان به ویژه در محیط مدرسه میان همگنان می‌باشد و باعث تشدید رفتارهای ایذایی و طغیان‌های خشم مکرر با یکدیگر و افزایش ناامنی و طرد در محیط می‌گردد. رویکرد رفتاردرمانی دیالکتیک به طور کلی برای افرادی معرفی شد که هیجان شدیدی را تجربه می‌کنند و بر این فرض استوار است که شدت عواطف ناشی از تعارض دیالکتیک بین خود و محیط است. در واقع نوجوانان با شرکت در جلسات آموزشی به ویژه جلسات اولیه، مهارت ذهن‌آگاهی و تقویت ذهن خردمند را در قالب راهبردهای اساسی و پیشرفته به شیوه‌ای مؤثر در زندگی می‌آموزند و فرایند حل مسئله در آنان تقویت می‌شود. برای مثال به نوجوانان آموزش داده شد که مشکلی که با تقصیر و سرزنش و رنج هیجانی ناشی از آن مشکل ادراک می‌شود، این است که این احساسات کاری به غیر از بدتر کردن حال فرد نمی‌کنند. سرزنش، شکلی از تقصیریابی است و به راه‌حلی برای مشکل نمی‌پردازد. تقصیر، ناامیدی و افسردگی را افزایش می‌دهد و باز هم کاری برای کمک به فرد در پیدا کردن راه‌حلی برای رفع مشکل و تنظیم هیجان‌ها ناخوشایند نمی‌کند. رفتاردرمانی دیالکتیکی با تغییر سبک زندگی افراد تغییر در نقش‌ها و در نتیجه تغییر در روابط اجتماعی افراد و نیز منطقی و عینی‌اندیشی به جای اغراق درباره رویدادهای اضطراب‌برانگیز، به نحو مؤثری می‌تواند کارکردهای روان‌شناختی افراد را تحت تأثیر قرار دهد. افرادی که دارای این مهارت‌ها هستند، در مقایسه با سایر افرادی که فاقد این خصوصیات‌اند، اعتماد به نفس بالاتر، احساس خودکارآمدی بیشتر و آرامش خاطر زیادی خواهند داشت و استفاده از تجارب قبلی در حل مسایل گوناگون زندگی، از آن‌ها افرادی متکی به خود خواهد ساخت. بدیهی است که همه‌ی این موارد، می‌توانند سلامت شناختی فرد را در سطح بالایی نگه دارند و لذا رفتاردرمانی دیالکتیکی نقش مهمی در کاهش خطاهای شناختی دارد.

### محدودیت‌های پژوهش

مطالعه حاضر نیز مانند هر مطالعه علمی دارای محدودیت‌هایی بوده است. از جمله این که مطالعه بر روی نوجوانان دارای علائم بی‌نظمی خلق اخلاص‌گرا انجام شده است. لذا در تعمیم نتایج به سنین و اختلالات متفاوت لازم است احتیاط شود. سنجش‌ها در مطالعه حاضر از طریق پرسشنامه که ممکن است با مطلوب‌نمایی اجتماعی و اطلاعات نه‌چندان عمیق همراه باشد، انجام پذیرفته است.

مالی نداشته است.

### تعارض منافع

هیچ‌گونه تضاد منافی وجود ندارد.

بدین وسیله از کلیه شرکت‌کنندگان که با همکاری خود در پژوهش، امکان اجرای مطالعه را فراهم نمودند، صمیمانه تشکر و قدردانی می‌نمایم. این پژوهش حامی

### منابع

1. Fombouchet Y, Pineau S, Perchec C, Lucenet J, Lannegrand L. The development of emotion regulation in adolescence: what do we know and where to go next? *Soc Dev.* 2023;32(4):1227-42.
2. Bruno A, Celebre L, Torre G, Pandolfo G, Mento C, Cedro C, et al. Focus on disruptive mood dysregulation disorder: a review of the literature. *Psychiatry Res.* 2019;279:323-30.
3. Hatchett GT. Treatment planning strategies for youth with disruptive mood dysregulation disorder. *Prof Couns.* 2022;12(1):36-48.
4. Sedaghat M, Sheybani H, Tabatabaee SM, Taher M. The effectiveness of forgiveness therapy on irritability and cognitive errors of female students with disruptive mood dysregulation disorder. *J Clin Psychol.* 2022;14(2):107-16. Persian.
5. Herbein M, Barbosa S, Collet O, Khalfallah O, Navarro M, Bailhache M, et al. Cord serum cytokines at birth and children's trajectories of mood dysregulation symptoms from 3 to 8 years: the EDEN birth cohort. *Brain Behav Immun Health.* 2024;38:100768.
6. Treier AK, Dopfner M, Ravens-Sieberer U, Gortz-Dorten A, Boecker M, Goldbeck C, et al. Screening for affective dysregulation in school-aged children: relationship with comprehensive measures of affective dysregulation and related mental disorders. *Eur Child Adolesc Psychiatry.* 2024;33(2):381-90.
7. Ozyurt G, Ozturk Y, Tufan AE, Akay A, Inal N. Differential effects of disruptive mood dysregulation disorder comorbidity in attention deficit hyperactivity disorder on social cognition and empathy. *J Atten Disord.* 2024;28(4):458-68.
8. Zhang Y, Zhang W, Yu E. Systematic review and meta-analysis: pharmacological and nonpharmacological interventions for disruptive mood dysregulation disorder. *J Child Adolesc Psychopharmacol.* 2024;34(5):217-25.
9. Badri Gregari R, Nemati S, Adib Y, Kazemi S. The effectiveness of intervention program based on resilience and forgiveness in irritability and learning behavior in bullying victims. *J Psychol Stud.* 2024;20(2):7-22. Persian.
10. Benarous X, Bury V, Lahaye H, Desrosiers L, Cohen D, Guile JM. Sensory processing difficulties in youths with disruptive mood dysregulation disorder. *Front Psychiatry.* 2020;11:164.
11. Dopfner M, Katzmann J, Hanisch C, Fegert JM, Kolch M, Ritschel A, et al. Affective dysregulation in childhood—optimizing prevention and treatment: protocol of three randomized controlled trials in the ADOPT study. *BMC Psychiatry.* 2019;19(1):264.
12. Linke JO, Adleman NE, Sarlls J, Ross A, Perlstein S, Frank HR, et al. White matter microstructure in pediatric bipolar disorder and disruptive mood dysregulation disorder. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry.* 2020;59(10):1135-45.
13. Tabatabai SM, Sadaqat M, Shaibani H, Tahir B. The effectiveness of cognitive behavioral therapy based on mindfulness on cognitive errors and state metacognition of female students with disruptive mood disorder. *Knowl Res Appl Psychol.* 2024;10(2):1-10. Persian.
14. Saboorirad S, Armand M, Mohammadi Farhamand G. Life satisfaction based on cognitive errors with the mediating role of procrastination in students with cyberspace addiction. *Cult Psychol.* 2024;7(2):65-80. Persian.
15. Dallenbach ML, Moeller K, Givens A. Does duration of dialectical behavioral therapy for adolescents (DBT-A) skills groups affect outcomes: a rapid review. *Child Adolesc Soc Work J.* 2025;42(3):285-98.
16. Hatami Nejad M, Sadri Damirchi E, Akhavi

- Samarein Z, Jafari Moradlo M, Noroozi Homayoon M. Comparing the effectiveness of narrative therapy and emotion focused therapy on primary maladaptive schemas, impulsivity and depression in students with suicidal thoughts. *J Psychol Stud*. 2024;20(3):7-23. Persian.
17. Choi Y, Kim Y, Kwon DH, Choi S, Choi YE, Ahn EK, et al. Feasibility of emotional freedom techniques in patients with posttraumatic stress disorder: a pilot study. *J Pharmacopuncture*. 2024;27(1):27-37.
  18. Choi Y, Kim Y, Choi S, Choi YE, Kwon O, Kwon DH, et al. Emotional freedom technique versus written exposure therapy versus waiting list for post-traumatic stress disorder: protocol for a randomised clinical MRI study. *BMJ Open*. 2023;13(6):e070389.
  19. Shojaeian S, Khajevand Khoshli A, Asadi J, Azizi LS. Comparing the effectiveness of cognitive-behavioral therapy based on mindfulness with emotion-oriented therapy on cognitive flexibility and impulsivity in adolescents with Internet addiction. *J Nurse Psychiatr War*. 2023;11(40):26-33. Persian.
  20. Sucipto S, Kristanto H, Dhevansa WC. Literature review: the effect of spiritual emotional freedom technique therapy on patients with depression. *Indones J Glob Health Res*. 2023;5(1):61-8.
  21. Karimi Z, Mazaheri M, Nourimoghadam S. The impact of mindfulness therapy on stress and anxiety in patients with Covid-19. *Shenakht J Psychol Psychiatry*. 2024;10(6):157-74. Persian.
  22. Smith KS, Kinsella EA, Moodie S, McCorquodale L, Teachman G. Mindfulness and therapeutic relationships: a phenomenological inquiry into paediatric occupational therapists' practices. *Scand J Occup Ther*. 2023;30(8):1441-50.
  23. Haroon Rashidi H. The effectiveness of mindfulness-based stress reduction on cognitive flexibility and sleep quality in the elderly men. *J Psychol Stud*. 2022;18(2):35-46. Persian.
  24. Marashi S, Bahramipour Isfahani M, Golparvar M. Comparing the effectiveness of a package containing ability to enjoy, the PERMA well-being model, and the time perspective on the academic vitality of veterans' children. *Iran J War Public Health*. 2023;15(3):241-7.
  25. Salahi EN, Izadi R. Comparing the effectiveness of adolescent-centered mindfulness therapy and emotion regulation training strategies on risky behaviors, mind wandering, and depression in adolescents. *Sadra Med J*. 2024;12(1):25-40. Persian.
  26. Wei A, Navarro M, Yeager V, Goubran B, Moran RA. Naltrexone as an adjunctive treatment for adolescents with deliberate self-harm behavior and cannabis use: a case series. *Consultant*. 2023;63(2):e1.
  27. Camp J, Durante G, Cooper A, Smith P, Rimes KA. Clinical outcomes for sexual and gender minority adolescents in a dialectical behaviour therapy programme. *Behav Cogn Psychother*. 2024;52(4):337-55.
  28. Ip JWY, McMains SF, Chapman AL, Kuo JR. The role of emotion dysregulation and interpersonal dysfunction in nonsuicidal self-injury during dialectical behavior therapy for borderline personality disorder. *Behav Res Ther*. 2024;180:104594.
  29. Syversen AM, Schonning V, Fjellheim GS, Elgen I, Wergeland GJ. Evaluation of dialectical behavior therapy for adolescents in routine clinical practice: a pre-post study. *BMC Psychiatry*. 2024;24(1):447.
  30. Samadi F, Bahreinian SA, Razjooyan K, Shahabizadeh F. Comparison of the effectiveness of behavioral activation therapy and dialectical behavior therapy on self-injurious and self-criticizing behaviors of adolescents with bipolar disorder. *Med J Mashhad Univ Med Sci*. 2024;67(2):603-16. Persian.
  31. Goldstein TR, Merranko J, Rode N, Sylvester R, Hotkowski N, Fersch-Podrat R, et al. Dialectical behavior therapy for adolescents with bipolar disorder: a randomized clinical trial. *JAMA Psychiatry*. 2024;81(1):15-24.
  32. Shogren NP, Tirpak JW, Porter NP, Kaplan C, Ronzio B, Au JS, et al. Dialectical behavior therapy for adolescents with borderline personality disorder: emotion dysregulation, abuse, and treatment outcomes. *Evid Based Pract Child Adolesc Ment Health*. 2025;10(1):33-45.
  33. Ahmadian A, Momeni K, Karami J. The effectiveness of dialectical behavior therapy on reducing irritability and aggression in adolescents with disruptive mood dysregulation disorder. *J Mod Psychol Res*. 2024;19(73):96-106. Persian.

34. Gupta M, Gupta N. Disruptive mood dysregulation disorder: does variance in treatment responses also add to the conundrum? The widening gap in the evidence is a signal needing attention. *CNS Spectr.* 2022;27(6):659-61.
35. Laporte PP, Matijasevich A, Munhoz TN, Santos IS, Barros AJD, Pine DS, et al. Disruptive mood dysregulation disorder: symptomatic and syndromic thresholds and diagnostic operationalization. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry.* 2021;60(2):286-95.
36. Pashangian N, Keykhosrovani M, Amini N, Abbasi M. Intervention in impulsivity and self-control of adolescents with disruptive mood dysregulation disorder: effectiveness and effectiveness of schema modes therapy and impulse control training. *J Sch Psychol.* 2022;11(2):21-38. Persian.
37. Quinn R, Dozis D, Ognoviks E. Child and Adolescent Cognitive Error Scale. Translated by Zeinalizadeh S. Tehran: Dynamic Test Publishing; 2011.