

اثربخشی درمان شناختی رفتاری مبتنی بر ذهن آگاهی بر تحریک پذیری و خود بازداری نوجوانان دختر مبتلا به اختلال بی‌نظمی خلق اخلاک‌گر

تاریخ دریافت: ۱۴۰۰/۱۲/۰۷ - تاریخ پذیرش: ۱۴۰۱/۰۵/۱۴

خلاصه

مقدمه

با توجه به این مورد که تحریک‌پذیری و عدم توانایی در خود بازداری از خشم از معیارهای تشخیصی اختلال بی‌نظمی خلق اخلاک‌گر است، پرداختن به این امر در درمان این اختلال، از اهمیت به‌سزایی برخوردار است. هدف از این پژوهش بررسی اثربخشی درمان شناختی رفتاری، مبتنی بر ذهن آگاهی بر تحریک‌پذیری و خود بازداری دانش‌آموزان دختر مبتلا به اختلال بی‌نظمی خلق اخلاک‌گر بود.

روش کار

نیمه آزمایشی، از نوع پیش‌آزمون-پس‌آزمون با گروه کنترل بود. جامعه آماری این پژوهش، کلیه دانش‌آموزان مبتلا به اختلال بد تنظیمی خلق اخلاک‌گر دوره اول و دوم متوسطه محدودده سنی ۱۷-۱۴ سال مدارس شهر بهارستان از توابع استان تهران در سال ۱۴۰۰ بودند. از این بین، تعداد ۳۵ نفر به روش نمونه‌گیری در دسترس و بر اساس ملاک‌های ورود به مطالعه انتخاب و به‌صورت تصادفی در گروه آزمایش و کنترل قرار گرفتند. ابزار پژوهش، برای سنجش تحریک‌پذیری شامل مقیاس واکنش‌پذیری عاطفی استریگروز همکاران (۲۰۱۲) و برای سنجش خود بازداری پرسشنامه وین برگر و شوارتز (۱۹۹۰) بود. آزمودنی‌های گروه آزمایشی، ۱۰ جلسه ۶۰ دقیقه‌ای تحت مداخله درمان شناختی رفتاری مبتنی بر ذهن آگاهی کلی (۲۰۰۷) قرار گرفتند و گروه کنترل، هیچ مداخله‌ای دریافت نکردند. برای تحلیل داده‌ها از تحلیل کوواریانس چند متغیره استفاده شد.

نتایج

نتایج حاصل از تحلیل داده‌ها نشان داد که گروه آزمایش در مقایسه با گروه کنترل در میزان تحریک‌پذیری، کاهش و در میزان خود بازداری و مؤلفه‌های آن‌ها افزایش معناداری ($P < 0/05$) داشته‌اند.

نتیجه‌گیری

بنا بر یافته‌های حاصل از پژوهش، درمان شناختی رفتاری مبتنی بر ذهن آگاهی از طریق کاهش تحریک‌پذیری و افزایش خود بازداری بر دانش‌آموزان دارای اختلال بی‌نظمی خلق اخلاک‌گر تأثیرگذار بود.

کلمات کلیدی

درمان شناختی رفتاری مبتنی بر ذهن آگاهی، تحریک‌پذیری، خود بازداری، بی‌نظمی خلق اخلاک‌گر.
پی‌نوشت: این مطالعه فاقد تضاد منافع می‌باشد.

دکتر معصومه صداقت^۱

دکتر حسین شیبانی^{۲*}

دکتر موسی طباطبایی^۳

دکتر محبوبه طاهر^۴

استادیار، گروه مشاوره و علوم تربیتی، دانشگاه فرهنگیان، تهران، ایران .

استادیار، گروه روانشناسی، دانشگاه پیام‌نور، تهران، ایران.
(نویسنده مسئول)

استادیار، گروه علوم شناختی، دانشگاه سمنان، سمنان، ایران .

استادیار، گروه روانشناسی، واحد شاهرود، دانشگاه آزاد اسلامی، شاهرود، ایران .

Email: Hosein.sheybani@pnu.ac.ir

مقدمه

نوجوانی دوره تغییرات سریعی است که می‌تواند بر روی زندگی اجتماعی و هیجانی افراد تأثیر به‌سزایی داشته باشد. (۱). در خلال دوره‌های رشد، برخی از مخاطرات، از قبیل اختلالات روانی می‌توانند زندگی فردی و اجتماعی اشخاص را تحت الشعاع خود قرار دهند. در بین اختلالات برونی‌سازی شده اختلال بی‌نظمی خلق افلاک^۱ از جمله جدیدترین اختلالاتی است که در ویراست پنجم ابزار تشخیصی و آماری اختلالات روانی به آن اشاره شده است (۲). در این اختلال، طغیان‌های خشم مکرر و شدید به صورت کلامی (مثل غیظ‌های کلامی) و یا رفتاری آشکار می‌شوند (مثل پرخاشگری کلامی و جسمانی به افراد یا اموال) که از نظر شدت یا مدت خیلی بی‌تناسب با موقعیت یا تحریک است. طغیان‌های خشم به‌طور متوسط، سه بار یا بیشتر در هفته روی می‌دهند (۲). خلق مابین طغیان‌های خشم در بخش عمده‌ای از روز، تقریباً هرروز، به‌طور مداوم تحریک‌پذیر و برای دیگران (مثل والدین، معلمان، همسالان) قابل مشاهده است. یکی از مشکلات شایع در اختلال بد تنظیمی خلق مخرب، تحریک‌پذیری به معنای تحمل کم، ناکافی و طغیان است؛ که با اختلال قابل مشاهده در روابط با اعضای خانواده و همسالان نمود می‌یابد (۲). زندگی خانوادگی این افراد به خاطر همین طغیان‌های خشم و تحریک‌پذیری زیاد بسیار آسیب‌پذیر است (۳). تحریک‌پذیری حالتی هیجانی است که خشم در آن به‌عنوان مشخصه اصلی قابل مشاهده است (۴). احساس تحریک‌پذیری یک تجربه متداول در بیماریهای روان‌پزشکی است که به شکل فرا تشخیصی در تمامی سنین دیده می‌شود و اغلب باعث پریشانی و اختلال جدی در زندگی فردی و اجتماعی مراجع می‌گردد (۵).

اهمیت و ضرورت پرداختن به امر درمان تحریک‌پذیری از آن سو است که خشونت که منشأ آن تحریک‌پذیری است، یکی از نگرانی‌های موجود در مورد بهداشت روان نوجوانان است که با بسیاری از آسیب‌ها همچون مرگ‌ومیر،

سوء مصرف الکل، اعتماد به نفس پایین و خودکشی همراه است (۶). علاوه بر عوارض جسمانی تحریک‌پذیری توجه به علائم روانی آن نیز شایان توجه می‌نماید. به طوری که بررسی‌ها نشان داده که تحریک‌پذیری در اختلالات خلقی، اختلالات اعتیاد، اختلالات شخصیت و موارد دیگر وجود دارد (۲).

آنچه اختلال بی‌نظمی خلق افلاک را از دیگر اختلالات متمایز می‌نماید مشخصه خشم و پرخاشگری است (۲). خشم به دلایل متفاوتی می‌تواند بروز کند. بدیهی است افراد دارای اختلال بد تنظیمی خلق افلاک افراد عصبی پرخاشگری هستند که توانایی بازداری و کنترل خود در مواجهه با موقعیت‌های ایجادکننده خشم را از دست می‌دهند (۷). خود بازداری به معنای توانایی به تأخیر انداختن یک خواسته متناسب با موقعیت اجتماعی، بدون دخالت یک فرد سوم و یا یک جریان مستقل تعریف شده است (۸). اهمیت پرداختن به این امر از آن سو است که خودکنترلی یک ساختار اصلی در درک رفتار و رفاه انسان است و تأثیر مهمی در چندین زمینه مانند سلامت، رفاه، عملکرد تحصیلی و روابط بین فردی دارد. با این حال، سازوکارهای اساسی کنترل خود، و به‌ویژه کنترل خود بی‌دردسر، در معرض عدم شفافیت قرار دارند (۹). اشاره به اهمیت پرداختن به خود بازداری در کاهش تحریک‌پذیری مبتلایان به اختلال بی‌نظمی خلق افلاک، همواره بر اهمیت درمان‌های موجود در بهبود علائم این اختلال، خصوصاً در حیطه تحریک‌پذیری و خود بازداری می‌افزاید. یکی از درمان‌های موجود در این حیطه درمان شناختی رفتاری مبتنی بر ذهن آگاهی است.

درمان شناختی رفتاری مبتنی بر ذهن آگاهی، از نظر تشخیصی یک رویکرد بالینی مبتنی بر شواهد بالینی است که در آن آموزش ذهن آگاهی با اصول اصلی رفتاردرمانی شناختی ادغام شده است. این سیستم درمانی برای طیف گسترده‌ای از اختلالات روان‌شناختی، از جمله مداخله در بحران و شرایط

¹ - disruptive mood dysregulation disorder

میتواند بر تحریک پذیری و خودبازداری دانش آموزان دختر مبتلا به اختلال بی نظمی خلق اخلاک‌گر تاثیر گذار باشد یا خیر؟

طرح پژوهش

این پژوهش به لحاظ هدف کاربردی و از نظر روش‌شناسی، یک مطالعه نیمه تجربی با طرح پیش‌آزمون پس‌آزمون با گروه کنترل بود.

آزمودنی‌ها

جامعه آماری :

جامعه آماری تحقیق شامل کلیه دانش آموزان دختر مبتلا به اختلال بی‌نظمی خلق اخلاک‌گر دوره اول و دوم متوسطه پایه‌های (۱۱، ۱۰، ۹، ۸)، محدوده سنی ۱۳-۱۷ سال مدارس شهر بهارستان، از توابع استان تهران در سال تحصیلی ۱۴۰۰-۱۳۹۹ بودند .

نمونه و روش نمونه‌گیری

برای انتخاب نمونه از روش نمونه‌گیری در دسترس استفاده شد. با مراجعه به اداره آموزش پرورش شهرستان بهارستان و کسب مجوز کتبی جهت انجام پژوهش، پرسشنامه واکنش‌پذیری عاطفی (۱۷) توسط دانش آموزان و والدین ۴ مدرسه پر شد. سپس دانش‌آموزانی که نمره بالاتر از خط برش در هر دو پرسشنامه فرم دانش‌آموز و والدین را به دست آورده بودند، جهت تعیین و برآورد ملاک‌های تشخیصی اختلال بی‌نظمی خلق اخلاک‌گر، مورد مصاحبه بالینی قرار گرفتند. و تعداد ۳۸ نفر، انتخاب شدند که ۳ نفر از آن‌ها به دلایل شخصی و تحصیلی حاضر به ادامه جلسات نشدند که در نهایت، ۱۷ نفر در گروه آزمایش و ۱۸ نفر در گروه کنترل به شکل تصادفی گمارده شدند .

ابزار پژوهش

پرسشنامه شاخص واکنش‌پذیری عاطفی

برای سنجش خشم و تحریک‌پذیری از شاخص واکنش‌پذیری عاطفی استفاده شد. این مقیاس (۱۸) برای

مزمین کاربرد دارد (۱۰) رویکرد درمان شناختی رفتاری مبتنی بر ذهن آگاهی،^۱ MICBT در واقع تلفیق آموزش ذهن آگاهی همراه با فنون شناختی رفتاری سنتی است (۱۱). درمان شناختی رفتاری مبتنی بر ذهن آگاهی شامل آموزش مهارت‌های درون‌فردی، بین‌مواجهه و مهارت‌های هم‌مدلی است (۱۲). کلی، (۱۳) نشان داد که درمان شناختی رفتاری مبتنی بر ذهن آگاهی بر مدیریت خشم در نوجوانان دارای اثربخشی قابل‌توجهی بوده است. نتایج تحقیقات صادقی، سارانی، صنوبر عسگری (۱۴) نشان داد که درمان شناختی رفتاری می‌تواند سبب افزایش خودکنترلی و خودبازداری و کاهش نگرش‌های ناکارآمد در سوء‌مصرف کنندگان مواد شود. بنابراین درمان‌گران می‌توانند از این درمان به‌عنوان روش مداخله‌ای استفاده کنند. خودبازداری و کنترل خود برای رسیدن به تمایلات آنی مورد توجه پژوهشگران مختلف قرار گرفته است. علی دادی شمس‌آبادی و لطیفی طی بررسی‌های خود دریافتند که گروه درمانی شناختی رفتاری بر خودکنترلی، اعتماد به نفس و عملکرد تحصیلی دانش‌آموزان مؤثر است (۱۵). در خصوص تحریک‌پذیری که منجر به خشم می‌شود نیز نتایج پژوهش‌ها نشان داد که درمان شناختی رفتاری مبتنی بر ذهن آگاهی به خاطر تأکید ویژه‌ای که بر تجربه و برون‌ریزی مستقیم هیجان‌ها دارد، می‌تواند باعث مهار و کاهش مؤلفه‌های خشم شود (۱۶). توجه به همه موارد یادشده و بررسی این مطلب که در بررسی‌های انجام‌شده پژوهشی که بر اهمیت پرداختن به تأثیر درمان شناختی رفتاری مبتنی بر ذهن آگاهی بر کاهش تحریک‌پذیری و افزایش خودبازداری پرداخته باشد یافت نشد و اگر پژوهشی انجام‌شده باشد در مبتلایان به اختلال بی‌نظمی خلق اخلاک‌گر به دلیل نبودن این اختلال، یافت نشد، لذا پژوهشگران این موضوع را بر آن داشت تا به بررسی موشکافانه این موضوع بپردازند. در این بین سوالی که به ذهن متبادر می‌گردد این است که آیا درمان شناختی رفتاری مبتنی بر ذهن آگاهی

¹-mindfulness integrated with cognitive behavior therapy

را ۰/۸۲ و پایایی آن را به روش باز آزمایی در بین ۳۵ نفر ۰/۸۶ ذکر کرده است.

خلاصه جلسات درمان شناختی رفتاری مبتنی بر ذهن آگاهی

برنامه حاضر، یک برنامه مدیریت خشم ۱۰ جلسه‌ای می باشد که توسط جفری کلی، در دانشگاه فیلادلفیا تدوین و کار آزمایی بالینی شده است (۱۲). در ایران نیز این پروتکل توسط پژوهشگران (۲۳) مورد استفاده قرار گرفته است که از روایی محتوایی بالایی برخوردار است. این بسته از یک فرمت درمان شناختی- رفتاری بر پایه ذهن آگاهی در جلسات استفاده می کند که شامل موارد زیر است. تنظیم دستورالعمل- بررسی مختصر حالات خلقی- گذری بر جلسه گذشته- مرور تکلیف- بحث راجع به موارد مطرح شده در دستورالعمل- تنظیم یک تکلیف خانگی جدید- بحث با محوریت خلاصه و فیدبک از هر جلسه هر جلسه حدوداً ۶۰ دقیقه طول می کشد. همه جنبه‌های هر جلسه باید پوشش داده شود. بنابراین، ممکن است موضوعات مطرح شده، در یک جلسه به جلسات بعدی کشیده شود. در این موارد فعالیت‌هایی که در یک جلسه پوشش داده نمی شود در دستورالعمل جلسه آینده در اولویت قرار خواهند گرفت.

اهداف برنامه

هدف از این برنامه، کمک به افراد دارای مشکلات مربوط به خشم بر مبنای آموزش شرکت کننده با راهبردهای های شناختی، رفتاری است. راهبردهایی که می توانند در موقعیت‌های خشم به کار گرفته شوند. این برنامه نوعی آموزش روانی است که به افراد جنبه‌های شناختی، عاطفی، رفتاری و فیزیولوژیک خشم را آموزش می دهد. با استفاده از فعالیت‌های مبتنی بر ذهن آگاهی و شناختی رفتاری که در آن افراد، مهارت‌ها و روش‌های لازم برای مقابله مؤثر با خشم را فرامی گیرند.

بررسی تحریک پذیری در کودکان و نوجوانان ساخته شد. یافته‌های حاصل از پایایی شاخص واکنش پذیری عاطفی به واسطه روش همسانی درونی نشان می دهد که این پرسشنامه از پایایی قابل ملاحظه‌ای برخوردار است. بطوریکه ضریب پایایی آن را ۰/۸۸ و در نمونه بریتانیایی ۰/۹۰ گزارش کردند. میزان آلفای کرونباخ ۰/۹۲ به دست آمد. این آزمون را به دو روش خود گزارشی و سؤال از والدین ساختند. (۱۸).

پرسشنامه خود بازداری

مقیاس خود بازداری، یک پرسشنامه ۳۰ عبارتی است که میزان بازداری هیجانی و توانایی فرونشانی خشم را مورد ارزیابی قرار می دهد. این آزمون در سال ۱۹۹۰ توسط وینرگرو شوارتز (۱۹) تهیه شده است و یکی از مقیاس‌های پرسشنامه‌ی سازگاری وینرگک به شمار می رود (۲۰). آزمودنی‌ها در یک مقیاس لیکرت ۵ درجه‌ای میزان موافقت یا مخالفت خود با هر یک از عبارات را بیان کرده و امتیاز آزمودنی از طریق جمع کردن امتیاز عبارات مربوط به هر زیر مقیاس محاسبه می شود. (۲۰) در هر یک از زیر مقیاس‌ها، بالاترین امتیاز (۳۵) برای دو زیر مقیاس: فرونشاندن خشم و مراعات دیگران و ۴۰ برای دو زیر مقیاس: کنترل تکانه و مسئولیت پذیری) بیانگر سطح بالایی آن زیر مقیاس و توانایی فرونشاندن خشم آزمودنی است. همچنین پایین ترین امتیاز (۷ یا ۸) نیز نشانگر سطح پایین زیر مقیاس مورد نظر و عدم توانایی آزمودنی در کنترل خشم خویش است. (۲۱) ضریب آلفای کرون باخ کل به ترتیب ۰/۸۳۹-۰/۸۱۰-۰/۸۰۰-۰/۸۱۰-۰/۷۹۰-۰/۰۰. گزارش شده است. روایی محتوایی مناسب گزارش شده است. اعتبار باز آزمایی کل ۰/۸۸ گزارش شده است. ضریب آلفای کرون باخ کل ۰/۸۳۶ گزارش شده است. هنجاریابی ایرانی توسط رستمی (۲۲) سنجیده شده است. او روایی محتوایی و سوری این پرسشنامه

جدول ۱. خلاصه جلسات درمان شناختی رفتاری مبتنی بر ذهن آگاهی

جلسه اول	معرفی تسهیل گر. معرفی برنامه مدیریت خشم و تنظیم اهدافی برای فرد شرکت کننده. توضیح مقدمات و کلیات کار. ارائه منطق ساختار جلسات. تعیین تکالیف خانگی. بحث باز. ارائه خلاصه‌ای از جلسه اول. بیان رازداری مطالب مراجعان
جلسه دوم	مقدمه فرایند خشم. محتوای جلسه آموزشی است. آموزش جنبه‌های فیزیولوژیک شناختی، عاطفی و رفتاری خشم به شرکت کنندگان و تعیین تکالیف خانگی. کاربرد جرات ورزی=راه حل‌هایی که در خشم به جای پرخاشگری، رفتار منفعل-پرخاشگرانه. جرات ورزی یاد می‌گیرند.
جلسه سوم	ارائه یک تمرین ذهن آگاهی. تمرین واریسی بدن. تمرین فوق باعث افزایش تمرکز آرامش، توجه و ذهن آگاهی می‌شود. آگاهی به پاسخ‌های فیزیولوژیک بدن در پاسخ به موقعیت‌های فراخوان خشم.
جلسه چهارم	شامل تمرین‌هایی که هم مبنای شناختی-رفتاری دارد و هم تمرین ذهن آگاهی هستند. برقراری ارتباط با برانگیزاننده های خشم با افکار، احساسات، تغییرات فیزیولوژیک و رفتارهای متعاقب آن برانگیزاننده. گذار از تمرین واریسی بدن به تمرین مراقبه نشسته که توجه به سمت تنفس تمرکز دارد.
جلسه پنجم	ادامه و تقویت ذهن آگاهی از طریق مراقبه نشستن ده دقیقه‌ای از روی توجه به تنفس. تمرین فضای تنفسی ۳ دقیقه‌ای که مراقبه کوچک نام دارد. هدف آوردن تمرین ذهن آگاهی به زندگی روزانه. هدف نهایی-تمرین ترکیب این تمرین با شناسایی موقعیت‌های فراخوان خشم (شناختی- رفتاری).
جلسه ششم	تمرکز بر روی انجام تمرین‌های مراقبه ارائه شده در این برنامه دارد. تمرین در طول جلسات باعث کمک به تسهیل کننده می‌شود که روی موانع کار کند. تکالیف خانگی منجر به ایجاد زندگی مبتنی بر سبک ذهن آگاهانه دارد. استفاده از تمرین ۳ دقیقه‌ای به عنوان تکنیک مقابله‌ای در مواجهه با موقعیت‌های فراخوان خشم، بخش اصلی این جلسه است.
جلسه هفتم	تأکید بر تمرین ذهن آگاهی. تمرین عوامل نگرشی و نحوه ارتباط آن با تجربه زندگی تمرکز دارد.
جلسه هشتم	معرفی فرآیند حل مسئله. شناسایی مسئله. خلق راه حل چندگانه. تصمیم و ارزیابی برگرفته از دیگر رویکردهای شناختی-رفتاری در حل مسئله. آوردن رویکرد ذهن آگاهی به حل مسئله.
جلسه نهم	تمرکز بر مرور، تقویت و ارتباط با مدل‌های مورد بحث در برنامه. مرور بر تمرینات ذهن آگاهی و شناختی- رفتاری. هدف جلسه ترکیب دو رویکرد با تمرین خانگی برای تسلط بر خشم است.
جلسه دهم	تشویق به درون‌نگری. مرور انتظارات و اهداف. بررسی دانش و دیدگاه کنونی شرکت کننده. پرداختن به ابهامات موجود راجع به موانع باقی مانده و حوزه‌های نیازمند به پیشرفت و بهبود.

روش کار

پس از گمارش نمونه‌ها به شکل تصادفی در دو گروه آزمایش و کنترل، ابتدا پرسشنامه واکنش‌پذیری عاطفی (۱۶) و پرسشنامه خطاهای شناختی (۱۷) به‌عنوان پیش‌آزمون در اختیار نمونه‌ها قرار گرفت. سپس نمونه‌ها طی ۱۵ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای، و ۲ بار در هفته، مورد مداخله بسته درمان شناختی رفتاری مبتنی بر ذهن آگاهی (۱۳) قرار گرفتند. پس

از انجام جلسات مداخله مجدداً پرسشنامه‌های فوق توسط نمونه‌ها پر شد و مورد تجزیه و تحلیل آماری قرار گرفت.

نتایج

در جدول ۲، شاخص‌های توصیفی (میانگین و انحراف معیار) متغیرهای تحریک‌پذیری و خود بازداری به تفکیک گروه آزمایش و کنترل، در مراحل پیش‌آزمون و پس‌آزمون، ارائه شده است.

جدول ۲. میانگین و انحراف استاندارد متغیرهای پژوهش دو گروه آزمایشی و کنترل

گروه							
کنترل			درمان مبتنی بر ذهن آگاهی				
تعداد	انحراف استاندارد	میانگین	تعداد	انحراف استاندارد	میانگین		
۱۸	۱/۲۴	۱۲/۴۴	۱۹	۱/۶۸	۱۳/۲۱۴	پیش‌آزمون	تحریک‌پذیری نوجوان
۱۸	۱/۱۱	۱۲/۲۲	۱۹	۱/۲۱۸	۷/۴۷۳	پس‌آزمون	
۱۸	۱/۷۴	۱۳/۲۷	۱۹	۱/۷۰	۱۴/۳۶	پیش‌آزمون	تحریک‌پذیری نوجوان از نظر والدین
۱۸	۱/۸۵	۱۲/۶۱	۱۹	۱/۲۲۸	۸/۲۱۰	پس‌آزمون	
۱۸	۲/۹۹	۱۷/۱۶	۱۹	۲/۹۴	۱۶/۴۲	پیش‌آزمون	فرونشاندن خشم
۱۸	۳/۱۱	۱۶/۸۳	۱۹	۱/۶۸	۲۶/۹۴	پس‌آزمون	
۱۸	۲/۴۷	۱۷/۳۸	۱۹	۳/۹۰	۲۰/۰۵	پیش‌آزمون	کنترل تکانه
۱۸	۳/۵۴	۱۸/۷۲	۱۹	۲/۴۷	۳۴/۶۳	پس‌آزمون	
۱۸	۲/۱۴	۱۵/۳۸	۱۹	۲/۱۳	۱۵/۲۶	پیش‌آزمون	مراعات دیگران
۱۸	۲/۶۷	۱۴/۶۶	۱۹	۱/۶۷	۲۲/۸۴	پس‌آزمون	
۱۸	۲/۳۹	۱۸/۱۱	۱۹	۳/۷۹	۲۰/۱۰	پیش‌آزمون	مسئولیت‌پذیری
۱۸	۲/۱۱	۱۶/۶۱	۱۹	۱/۶۶	۳۶/۲۶	پس‌آزمون	
۱۸	۵/۱۱	۶۸/۰۵	۱۹	۶/۸۰	۷۱/۸۴	پیش‌آزمون	خود بازداری
۱۸	۷/۴۵	۶۶/۸۳	۱۹	۳/۰۱	۱۲۰/۶۸	پس‌آزمون	

، فرونشاندن خشم (158, Sig.: 2.08, $F_{(df 1,35)}$) و کنترل تکانه (096, Sig.: 2.923, $F_{(df 1,35)}$)، مراعات دیگران ($F_{(df 1,35)}$: 3.54, Sig.: 1.87, $F_{(df 1,35)}$)، مسئولیت‌پذیری (068, Sig.: 2.08, $F_{(df 1,35)}$) و خود بازداری (158, Sig.: 2.08, $F_{(df 1,35)}$) معنادار نبود و لذا، مفروضه همگنی واریانس گروه‌ها در هر چهار متغیر پژوهش برقرار است. برای بررسی مفروضه همگنی شیب رگرسیون پیش‌آزمون و پس‌آزمون متغیرهای تحریک‌پذیری و خود بازداری در گروه آزمایش و کنترل از آزمون F تعامل استفاده شد. نتایج نشان داد بین متغیرهای

برای استفاده از تحلیل کواریانس، ابتدا، مفروضه‌های نرمالی‌ای، همگنی واریانس دو گروه و همگنی رگرسیونی بررسی شد.

برای بررسی بهنجار بودن توزیع نمرات از آزمون شاپیرو-ویلکز استفاده شد که توزیع نمرات تمامی متغیرها در چهار گروه بهنجار بود ($P > .01$). از آزمون لون برای بررسی مفروضه همگنی واریانس‌ها استفاده شد. آزمون لون برای متغیرهای بازداری تحریک‌پذیری ($F_{(df 1,35)}$: 1.212, Sig.:) (278, Sig.: 5.00, $F_{(df 1,35)}$)، تحریک‌پذیری از نظر والدین (278, Sig.: 5.00, $F_{(df 1,35)}$)،

کمکی و متغیر مستقل تعامل وجود ندارد ($p > 0.05$)، لذا مفروضه همگنی شیب رگرسیون برقرار است. از آزمون تحلیل کوواریانس چند متغیره (MANCOVA) برای این منظور استفاده شد. نمره آزمودنی‌ها در پیش‌آزمون تحریک‌پذیری به‌عنوان متغیر کمکی وارد تحلیل شد. آماره‌ام باکس ($M^2 3/56, F_{(3,245669,391)}: 1/114, P=0/342$) (Box: معنادار بود. لذا، فرض تساوی ماتریس‌های واریانس

کواریانس برقرار است. به همین خاطر از آماره پیلای ترس استفاده شد. آماره چندگانه پیلای ترس ($\text{Partial Eta}=0/81$) نشان داد که اثر مداخله بر ترکیب خطی مؤلفه‌های تحریک‌پذیری معنادار می‌باشد و حجم اثر مداخله در خیلی زیاد قرار دارد.

جدول ۳. آزمون تحلیل کوواریانس چند متغیری برای مقایسه دو گروه در مؤلفه‌های تحریک‌پذیری

منبع	متغیرها	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	سطح معناداری	اندازه اثر	توان آزمون
گروه	تحریک‌پذیری کودک	۱۷۳/۴۴۲	۱	۱۷۳/۴۴۲	۱۲۴/۳۱۲	۰/۰۰۱	۰/۷۹۰	۱/۰۰۰
	تحریک‌پذیری کودک از دید والدین	۱۶۵/۲۰۶	۱	۱۶۵/۲۰۶	۶۵/۱۳۷	۰/۰۰۱	۰/۶۶۴	۱/۰۰۰
خطا	تحریک‌پذیری کودک	۴۶/۰۴۲	۳۳	۱/۳۹۵				
	تحریک‌پذیری کودک از دید والدین	۸۳/۶۹۷	۳۳	۲/۵۳۶				

بر اساس جدول سه، اثر مداخله درمان شناختی مبتنی بر ذهن آگاهی بر هر دو مؤلفه تحریک‌پذیری معنادار است و بر اساس جدول دو، میانگین گروه درمان شناختی مبتنی بر ذهن آگاهی در هر دو مؤلفه تحریک‌پذیری از میانگین گروه کنترل پایین‌تر است. حجم اثر مداخله درمان شناختی مبتنی بر ذهن آگاهی بر تحریک‌پذیری کودک (۰/۷۹۰) زیاد و بر تحریک‌پذیری کودک از نظر والدین (۰/۶۶۴) بالاتر از متوسط است.

از آزمون تحلیل کوواریانس چند متغیره (MANCOVA) برای این منظور استفاده شد. نمره آزمودنی‌ها در پیش‌آزمون خودبازداری به‌عنوان متغیر کمکی وارد تحلیل شد.

آماره‌ام باکس ($M^2 31/38, F_{(10,581376,608)}: 2/747, P<0/002$) (Box: معنادار نبود. لذا، فرض تساوی ماتریس‌های واریانس کواریانس برقرار نیست. به همین خاطر از آماره لامبدا (Wilks's Lambda) استفاده می‌شود (اگرچه به خاطر تعداد گروه‌ها که دو تا هست، تفاوتی بین آماره‌های چندگانه مختلف وجود ندارد) آماره چندگانه لامبدا (Wilks's Lambda) ($\text{Lambda's Wilks}: 0/029, F_{(4,31)}: 262/55, P<0/001$) نشان داد که اثر مداخله بر ترکیب خطی مؤلفه‌های خودبازداری معنادار می‌باشد و حجم اثر مداخله بر مؤلفه‌های خودبازداری زیاد است.

آماره‌ام باکس ($M^2 31/38, F_{(10,581376,608)}: 2/747, P<0/002$) (Box: معنادار نبود. لذا، فرض تساوی ماتریس‌های واریانس کواریانس برقرار نیست. به همین خاطر از آماره لامبدا (Wilks's Lambda) استفاده می‌شود (اگرچه به خاطر تعداد گروه‌ها که دو تا هست، تفاوتی بین آماره‌های چندگانه مختلف وجود ندارد) آماره چندگانه لامبدا (Wilks's Lambda) ($\text{Lambda's Wilks}: 0/029, F_{(4,31)}: 262/55, P<0/001$) نشان داد که اثر مداخله بر ترکیب خطی مؤلفه‌های خودبازداری معنادار می‌باشد و حجم اثر مداخله بر مؤلفه‌های خودبازداری زیاد است.

جدول ۴. آزمون تحلیل کوواریانس چند متغیری برای مقایسه دو گروه در مؤلفه‌های خود بازاری

منبع	متغیرها	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	سطح معناداری	اندازه اثر	توان آزمون
متغیر کمکی (پیش آزمون، نمره کل خود بازاری)	فرونشاندن خشم	۱/۷۲۹	۱	۱/۷۲۹	۰/۲۷۵	۰/۶۰۳	۰/۰۰۸	۰/۰۸۰
	کنترل تکانه	۲/۱۳۱	۱	۲/۱۳۱	۰/۲۲۵	۰/۶۳۸	۰/۰۰۷	۰/۰۷۵
	مراعات دیگران	۷/۵۴۰	۱	۷/۵۴۰	۱/۵۵۴	۰/۲۲۱	۰/۰۴۴	۰/۲۲۸
	مسئولیت پذیری	۳/۳۹۱	۱	۳/۳۹۱	۰/۹۴۱	۰/۳۳۹	۰/۰۲۷	۰/۱۵۶
گروه	فرونشاندن خشم	۸۸۰/۴۱۱	۱	۸۸۰/۴۱۱	۱۴۰/۰۶۲	۰/۰۰۱	۰/۸۰۵	۱/۰۰۰
	کنترل تکانه	۲۰۷۸/۶۳۰	۱	۲۰۷۸/۶۳۰	۲۱۹/۵۵۰	۰/۰۰۱	۰/۸۶۶	۱/۰۰۰
	مراعات دیگران	۶۰۰/۲۷۱	۱	۶۰۰/۲۷۱	۱۲۳/۷۰۲	۰/۰۰۱	۰/۷۸۴	۱/۰۰۰
	مسئولیت پذیری	۳۲۹۸/۷۷۳	۱	۳۲۹۸/۷۷۳	۹۱۵/۰۵۱	۰/۰۰۱	۰/۹۶۴	۱/۰۰۰
خطا	فرونشاندن خشم	۲۱۳/۷۱۹	۳۴	۶/۲۸۶				
	کنترل تکانه	۳۲۱/۹۰۱	۳۴	۹/۴۶۸				
	مراعات دیگران	۱۶۴/۹۸۷	۳۴	۴/۸۵۳				
	مسئولیت پذیری	۱۲۲/۵۷۱	۳۴	۳/۶۰۵				

کنترل تکانه (۰/۸۶۶) خیلی زیاد، مراعات دیگران (۰/۷۸۴) زیاد و مسئولیت‌پذیری (۰/۹۶۴) خیلی زیاد است. برای مقایسه دو گروه شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی و کنترل در نمره کل خود بازاری تحلیل کواریانس انجام گرفت:

بر اساس جدول چهار، اثر مداخله شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی بر هر چهار مؤلفه خود بازاری معنادار است و بر اساس جدول دو، میانگین گروه شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی در هر چهار مؤلفه خود بازاری از میانگین گروه کنترل بالاتر است. حجم اثر مداخله شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی بر مؤلفه‌های فرونشاندن خشم (۰/۸۰۵) زیاد،

جدول ۵. آزمون تحلیل کوواریانس برای مقایسه دو گروه در نمره کل خود بازاری

منبع	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	سطح معناداری	اندازه اثر	توان آزمون
متغیر کمکی (پیش آزمون، نمره کل خود بازاری)	۱۹/۷۳۵	۱	۱۹/۷۳۵	۰/۶۱۶	۰/۴۳۸	۰/۱۸۰	۰/۱۱۹
گروه	۲۴۷۱۱/۵۵۳	۱	۲۴۷۱۱/۵۵۳	۷۷۱/۶۱۹	۰/۰۰۱	۰/۹۵۸	۰/۱۱۹
خطا	۱۰۸۸/۸۷	۳۴	۳۲/۰۲۶				

شناختی رفتاری مبتنی بر ذهن آگاهی بالاتر از میانگین گروه کنترل است.

بر اساس جدول پنج، اثر مداخله شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی بر نمره کل خود بازاری معنادار است. بر اساس جدول دو، میانگین نمره کل خود بازاری گروه درمان

حجم اثر مداخله بخشایش درمانی بر نمره کل فراشناخت حالتی (۰/۸۰۶) زیاد و بر نمره کل خود بازاری (۰/۹۶۱) خیلی زیاد است.

بحث و نتیجه گیری

نتایج حاصل از تحلیل داده‌ها نشان داد که گروه آزمایش در مقایسه با گروه کنترل در میزان تحریک‌پذیری، کاهش و در میزان خود بازاری و مؤلفه‌های آن‌ها افزایش معناداری ($P < 0/05$) داشته‌اند. بنا بر یافته‌های حاصل از پژوهش، درمان شناختی رفتاری مبتنی بر ذهن آگاهی از طریق کاهش تحریک‌پذیری و افزایش خود بازاری بر دانش آموزان دارای اختلال بی‌نظمی خلق اخلاک‌گر تأثیرگذار بود. که این یافته همسو با پژوهش‌های ۱۱، ۱۲، ۱۳، ۱۴، ۱۵ بود.

در تبیین تأثیر درمان شناختی رفتاری مبتنی بر ذهن آگاهی بر تحریک‌پذیری دانش آموزان دختر مبتلابه بی‌نظمی خلق اخلاک‌گر می‌توان گفت. درمان شناختی رفتاری مبتنی بر ذهن آگاهی با تأکیدی که ممانعت از تجربه مستقیم هیجان‌ها دارد، می‌تواند باعث مهار و کاهش مؤلفه‌های خشم و تحریک‌پذیری در فرد گردد (۱۵). از سویی دیگر مؤلفه همدلی که در درمان شناختی رفتاری مبتنی بر ذهن آگاهی و در مرحله چهارم درمان می‌باشد، منجر به درک متقابل در فرد می‌گردد (۱۰) که نتیجه وضعی آن می‌تواند منجر به کاهش تحریک‌پذیری و درک بهتر فرد مقابل گردد.

در تبیین تأثیر درمان شناختی رفتاری مبتنی بر ذهن آگاهی بر خود بازاری مبتلایان به اختلال بی‌نظمی خلق اخلاک‌گر می‌توان گفت، یکی از مهارت‌های مورد آموزش در پروتکل درمان شناختی رفتاری مبتنی بر ذهن آگاهی، مهارت جرات‌ورزی به مراجعین است. در این مهارت به مراجع آموزش داده می‌شود که عکس‌العمل‌های خود را به گونه‌ای غیر منفعلانه و بدون پرخاشگری بروز دهد (۱۲). نتایج پژوهش‌ها نشان دادند که جرات‌ورزی سازگارانه موجب کاهش شدت خشم و بازاری فرد از ابراز خشم می‌گردد (۲۶).

از سویی دیگر مراجع مبتلابه خشم در این بسته آموزشی تحت آموزش مهارت حل مساله قرار می‌گیرد (۱۲). در خلال

آموزش مهارت حل مسئله مراجع می‌آموزد که مسائل مبتلابه خود را با امتحان کردن راهکارهای معقول حل کرده به سرانجام رساند. بدیهی است با آموزش حل مسئله فرد بتواند که از عکس‌العمل‌های افراطی خشم ممانعت به عمل آورد. از سویی دیگر یکی از مشکلات مبتلایان به اختلال بی‌نظمی خلق اخلاک‌گر، عدم توانمندی در ارتباط مؤثر با خانواده و همسالان است (۲). پژوهش‌ها نشان دادند که مهارت حل مسئله باعث ایجاد مهارت مدیریت خشم و ارتباط مؤثر با همسالان و والدین در نوجوانان پسر می‌گردد (۲۷). بنابراین فردی که بتواند خشم خود را مدیریت کند می‌تواند از ابراز آن بازاری نماید.

از سویی دیگر با مهارت ذهن آگاهی فرد می‌تواند مهارت بازگشت به زمان اکنون را با تمرکز بر احساسات بدنی خود به دست آورد (۲۸). با افزایش ذهن آگاهی و انحراف تمرکز از موضوع ایجادکننده خشم بر احساسات جسمی، از میزان تمرکز فرد بر موضوع برانگیزاننده خشم کمتر شده و بدیهی است که فرد بتواند از قدرت کنترل و بازاری بیشتری در خشم برخوردار شود.

نتایج تحقیقات انجام‌شده بر روی تحریک‌پذیری نیز جالب است. زمانی که فرد تحریک‌پذیر و حساس و عصبی می‌شود در واقع تاب‌آوری خود را در برابر مخاطرات زندگی از دست می‌دهد. بررسی محققان نشان داده که درمان شناختی رفتاری مبتنی بر ذهن آگاهی، می‌تواند میزان تاب‌آوری را در افراد افزایش دهد (۲۴). بنابراین، می‌توان نتیجه گرفت که با افزایش تاب‌آوری تحریک‌پذیری در مبتلایان به اختلال بی‌نظمی خلق اخلاک‌گر کاهش می‌یابد. از سویی دیگر آموزش مؤلفه ذهن آگاهی، خود به تنهایی می‌تواند منجر به افزایش تاب‌آوری گردد (۲۵). بدیهی است تاب‌آوری به‌نوبه خود از میزان تحریک‌پذیری و خشم در فرد می‌کاهد. پژوهشگران دریافته‌اند که اجرای درمان ذهن آگاهی مثبت محور و شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی و درمان شناختی رفتاری برای دختران دانش‌آموز افسرده می‌تواند سبب افزایش سازگاری اجتماعی آن‌ها شود (۲۹).

پژوهش به عمل آید. همچنین پیشنهاد می‌گردد در درمان اختلال بی‌نظمی خلق اخلاک‌گر از پروتکل‌های درمانی بارویکردهای دیگر نیز استفاده گردد.

تشکر و قدردانی

این مقاله برگرفته از رساله دکتری با کد اخلاق IR.IAU.SHAHROOD.REC.1400.48 می‌باشد. با سپاس و قدردانی از همه مدیران مدارس که در امر برگزاری کلاسها ما را یاری کردند. با تشکر و قدردانی از همه دانش‌آموزانی و نوجوانانی که مرحله به مرحله در این پژوهش شرکت کردند.

از جمله محدودیتهای پژوهش به این موارد می‌توان اشاره کرد. به دلیل نمونه‌گیری از جامعه آماری دختران دانش‌آموز نتایج حاصل از این پژوهش می‌بایست که با احتیاط در مورد دانش‌آموزان پسر مورد استفاده قرار بگیرد. با توجه به روش نمونه‌گیری در دسترس، تعمیم یافته‌ها به جامعه می‌بایست که با احتیاط انجام شود. پیشنهاد می‌شود علاوه بر تحریک‌پذیری و خودبازداری، بر روی سایر محرک‌ها که در اختلال بی‌نظمی خلق اخلاک‌گر دخیل هستند بررسی و پژوهش به عمل آید. پیشنهاد می‌شود علاوه بر جامعه آماری دختران بر روی جامعه آماری پسران نیز در این متغیرها

References

1. Best O, Ban S. Adolescence: physical changes and neurological development. *British Journal of Nursing*. 2021; 30(5): 272-275.
2. American Psychiatrists Association. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, edited 5. 2013; Translated by Farzin Rezaei. Tehran . Arjmand Publications. 2020.
3. Edward, S, J. The DSM-5 criteria for DMDD overlook children with context-specific impairing irritability. *Electronic journal of The association of child and adolescent mental health*. Available in <https://www.acamh.org/research-digest/the-dsm-5-criteria-for-dmdd-overlook-children-with-context-specific-impairing-irritability>. 2021.
4. Sadati Baladehi M. Evaluation of the effectiveness of cognitive-behavioral therapy on reducing the irritability of female-headed households, 8th National Conference on Sustainable Development in Educational Sciences and Psychology, Social and Cultural Studies, Tehran. 2020, <https://civilica.com/doc/1032696>
5. Bell E, Boyce P, Porter R J, Bryant R A, Malhi G S. Irritability in Mood Disorders: Neurobiological Underpinnings and Implications for Pharmacological Intervention. *CNS Drugs*. 2021; 35; 619-641 .
6. Aboagye R. G, Seidu A.A, Holmes F. A, Frimpong J. B, Hagan J. E, Amu H, Ahinkorah B. O. Prevalence and Factors Associated with Interpersonal Violence among In-School Adolescents in Ghana: Analysis of the Global School-Based Health Survey Data. 2021: (1)1; 186-198.
7. Riley E. Shopshire M. Durazo T. Motiki C. Campbell D. Anger management. Translated by Farzaneh Rastegar (2015). Green Book Electronic Publishing. <http://ketabesabz.com/book/18999>
8. Abedi Z, Shakerdoolq A. Comparison of self-restraint, moral foundations and femininity orientation in parents and adolescents of educable children with low mental capacity. *Exceptional Children Quarterly*. 2018; 16; 31-7.
9. Schneiderac I. K, Mattesa A. Meta-analytic evidence for ambivalence resolution as a key process in effortless self-control. *Journal of Experimental Social Psychology*. 2019; 85(10); 38-46.
10. MacLean P. Experiential and Interactive Introduction to MiCBT Day Online Workshop -MARCH 29, 2021. 10am-5pm EST.
11. Cayoun B A, Francis S. E, Shires A. G. *The Clinical Handbook of Mindfulness-integrated Cognitive Behavior Therapy. A Step-by-Step Guide for Therapists*. Hoboken, NJ : Wiley-Blackwell publication. Companion website: www.wiley.com/go/Cayoun/Mindfulness-integrated. 2019.
12. Francis, Sarah. Shawyer, Frances. Cayoun, Bruno. Eenticott1, Joanne. Meadows Graham. Correction to: Study protocol for a randomized control trial to investigate the effectiveness of an 8-week mindfulness integrated cognitive behavior therapy (MiCBT) transdiagnostic group intervention. for primary care patient. *BMC Psychiatry*. 2020; 20:136. <https://doi.org/10.1186/s12888-020-02534-y>
13. Kelly J. r. *Mindfulness-based and Cognitive-behavior Therapy for Anger-management : an Integrated Approach*. Dissertation submitted in partial fulfillment of the Requirement of the Degree of Doctor of Psychology .Published Desertation, Philadelphia College of Osteopathic Medicine. 2007.
14. Sadeghi, Massoud Sarani, Hadi Sanobar, Hadi. Askari, Morteza. The effectiveness of group cognitive-behavioral therapy on self-control, self-restraint and dysfunctional attitudes in people with substance abuse. *Journal of Psychological Development*. 2020; 9(10): 67-78.
15. Alidadi Shamsabadi Sh, Latifi Z. The effectiveness of parent-child cognitive-behavioral group therapy on parenting style, emotional self-control, self-confidence and academic motivation of ADHD children 6 to 11 years old. The First International Congress and the Fifth National Congress on Preschool Education and Health, Tehran; 2019. <https://civilica.com/doc/786404>
16. Badpa Kh, Shirazi M, Arab A. The effectiveness of mindfulness-based cognitive-behavioral therapy with a focus on anger management on controlling anger in male students. *Quarterly Journal of Child Mental Health*. 2019; 5(4):159-168.
17. Stringars A, Zavos H, Leibenluft E, Maughan B, Eley T. Adolescent irritability; phenotypic associations and genetic links whit Depressed mood, *The American Journal of psychiatry*. 2012; 169(1): 47-54.
18. Quinn R, Dozis D J I, Ognoviks E. *Child and Adolescent Cognitive Error Scale*. Translated by Shirin Zeinalizadeh. Tehran. Dynamic Test Publishing. 2011.
19. Weinberger D.e, Schwartz J. E. *Self-Deterrence Scale (SRS)*, Tehran. Translation, preparation and publication. Azmoun Yar Pouya Test Institute. 1990.
20. Adams G. R. *Adolescent development :the essential readings* , Blackwell publishers, 2000. Retrieved from :books, google. Com/books? Isbn=0631217436
21. Sumter S.R, Bokhorst C. L, Westenberg P. M. The robustness of the factor structure of the Self-Restraint Scale: What does self –restraint encompass? *Journal of Research in Personality*. 2008; 42:1082-1087.

22. Rostami S. Normalization and study of the relationship between self-restraint and social harm among Valiasr University students, Master Thesis of Islamic Azad University. Tehran Markaz. 2013.
23. Ahrari A, Shahabizadeh F. The effectiveness of mindfulness-based cognitive-behavioral anger management therapy on cognitive flexibility: The moderating role of childhood attachment perception. *Clinical Psychology Research and Counseling*. Mashhad Ferdowsi University. 2020; 2(2):119-101.
24. Dana A, Soltani N, Fathi Zadan A, Rafiei S. The effectiveness of mindfulness-based cognitive-behavioral therapy on cognitive abilities and resilience of blind athletes. *Sports Psychology Studies*. 2020; 27: 156-143..
25. Yuan Y. Mindfulness Training on the resilience of adolescents under the COVID_19 epidemic: A latent growth curve analysis. *Peraonality and individual differences*. 2021; 172(110560):1-9.
26. Bagheri M, Arabi e, Esfandiari S. The moderating role of audacity in the relationship between anger and anger thinking in patients with chronic musculoskeletal pain disorder. *Sadra Medical Sciences*. 2020; 8(1): 39-50.
27. Farnam A . The effectiveness of problem solving and anger management skills training on reducing parent-adolescent conflict among male students. *Educational Psychology Studies*. 2020; 15(29): 149-176.
28. Oliver J, Bennett R. Workbook and step-by-step guide based on mindfulness and act. From negative self-talk to self-compassion. Translated by J Khalatbari, M Cheraghi, Z Malekpour Golsfidi, M Sedaghat. Tehran. Cheraghi Publications. 2021;74.
29. Tabatabai Nejad F. S, Golparvar M, Aghae A. The effect of positive mindfulness therapy, mindfulness-based cognitive therapy and cognitive-behavioral therapy on aggression and mood disorders of depressed female students. *Behavioral Science Research*. 2019; 16(3) 53: 285-298.

Original Article

The effectiveness of mindfulness integrated cognitive-behavioral therapy on irritability and self-restraint of female adolescents with disruptive mood dysregulation disorder

Received: 26/02/2022 - Accepted: 05/08/2023

Masoumeh Sedaghat¹
Hosein Sheybani^{2*}
Seyed Mosa Tabatabaee³
Mahboobe Taher⁴

¹Assistant Professor, Counseling and Educational Sciences Department, Farhangian University, Tehran, Iran.

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

³Assistant Professor, Department of Cognitive Sciences, Semnan University, Semnan, Iran.

⁴Assistant Professor, Department of Psychology, Shahrood Branch, Islamic Azad University, Shahrood, Iran.

Email:
Hosein.sheybani@pnu.ac.ir

Abstract

Introduction

Considering the fact that impulsiveness and inability to self-inhibit anger are among the diagnostic criteria of disruptive mood disorder, it is very important to address this issue in the treatment of this disorder. The purpose of this study was to investigate the effectiveness of cognitive behavioral therapy based on mindfulness on irritability and self-inhibition of female students with disruptive mood dysregulation disorder.

Material and Method

was semi-experimental, pretest-posttest with a control group. The statistical population of this study was all students with disruptive mood dysregulation disorders of the first and second grades of high school in the age range of 14-17 years in schools of Baharestan city of Tehran province in 1400. Among them, 35 people were selected by available sampling method based on the inclusion criteria and randomly assigned to the experimental and control groups. The research instruments for measuring irritability included the Striggerzo et al(2012). Emotional Reactivity Scale and the Weinberger-Schwartz Questionnaire(1990) for measuring self-restraint. The subjects in the experimental group underwent 10 sessions of 60 minutes under the intervention of mindfulness integrated cognitive behavior Therapy whit Kelly protocol (2007), and the control group did not receive any intervention. Multivariate analysis of covariance was used to analyze the data.

Results

The results of data analysis showed that the experimental group in comparison with the control group in the rate of irritability, decreased and in the rate of self-inhibition and their components had a significant increase ($P < 0.05$).

Conclusion

According to the findings of the study, mindfulness-based cognitive-behavioral therapy was effective in reducing students with disordered mood disorder by reducing irritability and increasing self-restraint.

Key words

Cognitive-behavioral therapy based on mindfulness, irritability, self-restraint, disruptive mood dysregulation disorder.

Acknowledgement: There is no conflict of interest