

اثربخشی درمان عقلانی-عاطفی-رفتاری گروهی بر عقاید ناکارآمد دانش آموزان دختر دوره متوسطه

فریبا حسنی^۱، مهشید محزونی نجف‌آبادی^{۲*}، فرح لطفی کاشانی^۳

۱- استادیار دانشگاه آزاد اسلامی واحد تهران مرکزی

۲- کارشناس ارشد مشاوره و راهنمایی - دانشگاه آزاد اسلامی واحد علوم و تحقیقات تهران

۳- دانشیار دانشگاه آزاد اسلامی واحد رودهن

چکیده

هدف این پژوهش، بررسی اثربخشی مشاوره گروهی با روش «عقلانی-عاطفی-رفتاری» بر کاهش عقاید ناکارآمد دانش‌آموزان دختر دوره متوسطه بوده است. جامعه تحقیق حاضر شامل کلیه دانش‌آموزان دختر سال سوم دوره متوسطه شهر نجف‌آباد بود که در سال تحصیلی ۹۰-۸۹ در یکی از مدارس دوره متوسطه شهر نجف‌آباد مشغول به تحصیل بودند. روش نمونه‌گیری در این پژوهش «خوشه‌ای تصادفی چندمرحله‌ای» بود که در نهایت ۲۴ دانش‌آموز پایه سوم متوسطه به عنوان گروه نمونه انتخاب و به طور تصادفی به دو گروه ۱۲ نفره تقسیم شدند که به صورت تصادفی در یکی از گروه‌های کنترل و آزمایش قرار گرفتند. از هر دو گروه، یک پیش‌آزمون گرفته شد. سپس درمان «عقلانی-عاطفی-رفتاری» به صورت گروهی بر اساس برنامه‌ای شامل ۱۰ جلسه آموزشی با مدت زمان ۹۰ دقیقه در هر جلسه، بر روی گروه آزمایش اجرا گردید. در راستای تجزیه و تحلیل داده‌های پژوهش، به منظور توصیف آماری از شاخص‌های آمار توصیفی و به منظور تحلیل‌های استنباطی و آزمون فرضیه‌های تحقیق، از روش تحلیل کوواریانس به وسیله SPSS 16 استفاده شد. در نهایت، مشخص گردید که درمان «عقلانی-عاطفی-رفتاری» گروهی بر عقاید ناکارآمد دانش‌آموزان دختر دوره متوسطه تاثیر دارد ($P = .05$) و باعث کاهش ۳۲ درصدی عقاید ناکارآمد دانش‌آموزان می‌گردد. پس از اجرای درمان «عقلانی-عاطفی-رفتاری» گروهی، از بین خرده مقیاس‌های عقاید ناکارآمد، «انتظارات بیش از حد از خود» ($P = .05$) ۱۸ درصد، «نگرانی زیاد توأم با اضطراب» ($P = .04$) ۲۳ درصد، «درماندگی برای تغییر» ($P = .05$) ۲۱ درصد، «توقع تایید از دیگران» ($P = .03$) ۱۹ درصد و «وابستگی» ($P = .001$)

$P = ۰.۰۵$ درصد کاهش یافت. این روش بر کاهش عقاید ناکارآمد «کمال گرایی»، «واکنش در مقابل ناکامی‌ها»، «بی‌مسئولیتی عاطفی»، «اجتناب از مشکل» و «سرزنش کردن خود» موثر نبود.

واژه‌های کلیدی: مشاوره گروهی به روش عقلانی - عاطفی - رفتاری، عقاید ناکارآمد، دانش آموزان دختر، دوره متوسطه

مقدمه

مهمی در چگونگی بروز رفتار آدمی ایفا می‌کند. به بیان دیگر، عمل انسان به اندیشه و میزان تاکید وی بر عقاید و ادراک‌های اشتباه او درباره منشا مشکلات روانشناختی بستگی دارد. کلی^۱ (۱۹۵۵)، الیس^۲ (۱۹۵۶)، سینگر^۳ (۱۹۷۴) و بک^۴ (۱۹۷۹)، تعدادی از درمانگران مشهور این رویکرد درمانی هستند (به نقل از صفایی، ۱۳۸۶). پیش فرض رویکردهای استدلالی درباره تغییر رفتار این است که افراد منطقی هستند و قادرند رفتار خود را با دگرگون ساختن نظام اعتقادی خویش تغییر دهند. درمان عقلانی - عاطفی - رفتاری آلبرت الیس نمونه بارزی از این رویکردهاست. این روش یکی از فعالترین و مستقیم‌ترین روش‌های درمانگری است، زیرا در این نوع درمان فعالانه و مستقیم به بیمار آموزش داده می‌شود و از طریق ارائه توضیحات کافی و روشن ساختن مفاهیم به او کمک می‌شود تا بفهمد کدام واکنش در حل مشکلات او سودمند واقع می‌شود. الیس معتقد است که بسیاری از ناراحتی‌ها و آشفتگی‌ها در زندگی افراد ناشی از عقاید غیر منطقی، غیر واقعی و ناکارآمد است که آنان درباره خود و جهان پیرامون خود دارند. به عبارت دیگر، مشکلات روانی افراد نتیجه شناخت‌های نادرست آنان است.

«انسان به عنوان موجودی صاحب اقتدار، خرد، عشق و ارباب اندیشه‌هایش، کلید هر وضعیتی را در دست دارد. او در درونش قوانین اندیشه‌ها را کشف می‌کند و با دقتی روزافزون در می‌یابد که چگونه نیروهای اندیشه و عناصر ذهن، در شکل بخشیدن منش، اوضاع و شرایط تقدیرش دست‌اندرکار هستند» (جیمز^۵، ۱۹۸۵: ۲۷). «توجه به اندیشه انسان به عنوان عامل سازنده رفتار و شخصیت او از دیرباز مورد توجه بوده است. از کسانی که به این موضوع توجه داشته‌اند، می‌توان به فلاسفه یونانی، از جمله اپیکتتوس^۲، اورلیوس^۳ و اسپینوزا^۴ اشاره کرد» (الیس و هارپر^۵، ۱۹۷۵: ۱۵). «در مفاهیم و آیین بودا و تائو نیز آمده است که عواطف آدمی ناشی از تفکرات اوست» (رحیمیان، ۱۳۸۱: ۴۷). عواقب ناخوشایند ناشی از پیشرفت سریع و غیر قابل کنترل تکنولوژی عده‌ای از محققان و درمانگران علوم انسانی را به چاره‌اندیشی وادار نموده است. گروهی از درمانگران که به درمانگران شناختی معروفند، اعتقاد دارند که تفکر یا به مفهوم وسیعتر شناخت، نقش اساسی و

- 1 -James
- 2 -Epictetus
- 3- Aurelius
- 4- Spinoza
- 5- Ellis & Harper

- 6 -Kelly
- 7- Singer
- 8- Beck

زیرا جهان به خودی خود نه خوب است و نه بد، بلکه طرز تفکر ما آن را خوب یا بد می‌کند و در نتیجه، می‌توان گفت که هیجان‌های هر فرد، ناشی از شناخت‌های وی است (ولسی‌زاده، ۱۳۸۵). «مورینو می‌گوید: انسان در گروه متولد می‌شود؛ در گروه زندگی و کار می‌کند و در گروه بیمار و درمان می‌شود» (شفیع‌آبادی، ۱۳۸۸: ۳۵). «دلایلی که می‌توان برای اثر گروه و اتکای به آن بیان کرد، به طور کلی چنین است: ۱- انسان موجودی متمایل به گروه است. مردم مایلند یکدیگر را تمجید کنند، به یکدیگر کمک برسانند و از وجود هم برخوردار شوند. بروز این پدیده در گروه جزئی از ماهیت آن است؛ ۲- انسان بر آن است که اکثر نیازهای اساسی، شخصی و اجتماعی خود را که از آن جمله نیاز به خویشتن و رشد روانی است، از طریق گروه برآورده سازد. لذا گروه طبیعی‌ترین و ضروری‌ترین مسیر یادگیری است. ۳- گروه بیش از همه بر رشد، یادگیری و کسب الگوهای رفتاری شیوه‌های سازگاری، ارزش‌ها، قابلیت‌های پیشگیری و فنون سازگاری فرد اثر دارد» (گیسون و میشل^۱: ۱۹۹۰: ۳۷) در بسیاری از پژوهش‌ها نشان داده شده‌اند که مشاوره گروهی^۲ اثر چشمگیری بر کاهش عقاید ناکارآمد افراد داشته است. به نظر ایس مداخله‌های گروه درمانی عقلانی-عاطفی-رفتاری نسبت به روان‌درمانی‌های معاصر، راه‌حل‌های سریع‌تر و عمیق‌تری را باعث می‌شود. اعضای گروه در گروه‌های مشاوره‌ای یاد می‌گیرند که عقاید ناکارآمد خود را از عقاید کارآمد تفکیک نمایند و در می‌یابند که منشأ

اختلالات عاطفی آنها مانند دیگر اعضای گروه است. اعضا برای یادگیری به یکدیگر کمک می‌کنند و حمایت می‌دهند (صفایی، ۱۳۸۶). «درمان عقلانی-عاطفی-رفتاری^۳ در سال ۱۹۵۵ توسط آلبرت ایس بنیان گذاشته شد و نخستین درمان از درمان‌های شناختی-رفتاری امروز بود. کلمه شناختی شامل فرایندهای فکری می‌شود. درمان عقلانی-هیجانی مشهورترین و متداولترین درمان شناختی است. این درمان فکر و به تبع آن رفتار و هیجان‌های انسان را اصلاح می‌کند. ایس می‌گوید: من کشف کردم که مردم تا حد زیادی با فکر خود، احساسات و اعمالشان را به منصف ظهور می‌رسانند. این موضوع را در متون برخی از فلاسفه یونان باستان خواندم و بین سال‌های ۱۹۴۲ تا ۱۹۵۵ آن را در مراجع‌انم مشاهده کردم. من فهمیدم وقتی مراجع‌انم تفکر واقع‌بینانه، منطقی و آمیخته با ترجیح را دنبال می‌کردند، هیجان‌ها و رفتارهای مناسب و خودیاری در آنها پدید می‌آمد و وقتی تفکر غیر واقع‌بینانه، غیر منطقی و جزمی می‌اندیشیدند، احساسات و اعمال نامناسبی در آنها ظاهر می‌شد که مغایر منافع آنها بود. در چند سالی که مشغول روان‌کاوی بودم نیز این را می‌دیدم. وقتی این قضیه برای من مسجل شد، روان‌کاوی را کنار گذاشتم و در سال ۱۹۵۵ درمان عقلانی-هیجانی را پدید آوردم. پس از آن نیز این شیوه درمان را اجرا کردم و تعلیم دادم» (الیس، آبرامس و دنگلجی^۴: ۲۰۰۵: ۲۱). «الیس رویکردی را بنیان گذاشت که به نظر خودش بهتر و آسانتر از

3-Rational-Emotive- Behavioural Therapy (REBT)

4-Abrams & Dengelegi

1-Gibson & Mitchell

2-group counseling

REBT شروع شد و سپس توسط درمان شناختی بک و درمان شناختی رفتاری میچن بام دنبال شد. امروزه سنت شناختی - رفتاری در درمان جای سنت روانکاوی را گرفته است و حتی بسیاری از روان‌کاوان نیز روش‌های درمان شناختی - رفتاری را به کار می‌برند (صفایی، ۱۳۸۶). بک و الیس هر دو به عنوان روان‌کاو آموزش دیدند، اما تلاش کردند که فرایند تحلیل روانی را کوتاه کنند و با استفاده از میانبر مستقیماً به سراغ افکار بروند و مستقیماً آنها را تغییر دهند. از همان ابتدا هر دوی آنها افکار غلط را علت اصلی آسیب‌های روانی می‌دانستند. این افکار غلط در نظریه بک به عنوان شناخت‌های کژکار و در نظریه الیس با عنوان عقاید نا کارآمد تعریف شدند. در سبب‌شناسی اختلالات روانی میان REBT و CBT اشتراکات زیادی وجود دارد. هر دو تفکر سودار را علت اصلی اختلالات هیجانی می‌دانند و معتقدند که اکثر مردم این تفکر سودار را دارند، اما تنها کسانی دچار مشکل می‌شوند که به این تفکرات بیش از حد بها داده، به اصطلاح به آنها می‌چسبند، اما تفاوت‌هایی نیز میان این دو دیدگاه وجود دارد، برای مثال بک می‌گوید تفکر سودار به خودی خود به افسردگی منجر می‌شود، اما الیس می‌گوید تفکر سودار باید با الزام (یک عقیده نا کارآمد) همراه شود. در درمان اختلالات روانی نیز میان REBT و CBT اشتراکات زیادی وجود دارد، چون هر دو علت بیماری روانی را افکار غلط می‌دانند، لذا عنصر اصلی درمان در هر دوی آنها عبارت است از «باز ارزیابی شناختی»، به چالش کشیدن شناخت‌ها، افکار و باورهای غلط بیمار. تفاوت‌های ظریفی نیز در باز

روانکاوی، تغییر درمان بخش ایجاد می‌کرد. رویکرد وی رویکردی شناختی است که جنبه‌های رفتاری و هیجانی مهمی دارد» (شارف^۱: ۱۹۹۶: ۲۸). REBT به طور گسترده‌ای یک درمان رفتاری شناختی^۲ (CBT) محسوب می‌شود، نه تنها به خاطر اینکه بنیانگذار آن آلبرت الیس در مورد آن این گونه می‌اندیشید، بلکه بیشتر به دلیل آنکه کارکرد کلی درمان‌های رفتاری شناختی به طور موثری در آن دیده می‌شود. در حقیقت، آلبرت الیس دوران فعالیت خود را به عنوان یک درمانگر رفتاری شناختی آغاز نمود. او شدیداً به تفکر نادرست افراد علاقه‌مند بود و قادر بود تا الگوها یا دسته‌بندی‌های مشخص در تفکر غیر منطقی مراجعه‌کنندگان را بیابد. REBT به مدت چند دهه بر اساس این الگوها کار می‌کرد و هزاران درمانگر برای تشخیص دسته‌بندی‌های مختلف عقاید نا کارآمد و کمک به مراجعان برای تعویض آنها با عقاید کارآمدتر آموزش می‌دیدند. سایر اشکال درمان رفتاری تدریجاً در دهه ۱۹۶۰ زیاد شدند. اگر چه هر کدام از آنها تا حدی بر جنبه‌های مختلف رفتار و تفکر مراجعه‌کنندگان تاکید می‌کردند، REBT به طور فزاینده‌ای خود را از سایر درمان‌های مشابه متمایز نمود. یک تفاوت عمده REBT و سایر درمان‌های رفتاری شناختی، نوع عقاید نا کارآمد می‌باشد که پزشکان بر آن تمرکز نمودند؛ اگر چه سایر اشکال تفکر غیر عادی همچنان مهم و جهت تغییر ارزشمند محسوب می‌شد تا این الزام‌ها را بیابند و آنها را با اولویت‌هایی که به عنوان راه حلی درست مشاهده شده جایگزین سازند. درمان‌های شناختی رفتاری با

1 -Sharf

2 -cognitive behavior therapy (CBT)

ارزیابی شناختی میان آن دو وجود دارد که ایس سه مورد از مهمترین آنها را بیان می‌کند:

۱- CBT به شناساندن افکار خودکار^۱ به مراجع اکتفا می‌کند، اما REBT به مراجع می‌فهماند که این افکار خودکار از عقاید ناکارآمد نشأت گرفته‌اند.

۲- CBT به مراجعان مهارت‌هایی برای شناساندن افکار خودکار و باورهای غیر منطقی‌شان می‌آموزد، اما REBT علاوه بر این، مهارت‌هایی برای مقابله با این افکار و باورها نیز به مراجع یاد می‌دهد.

۳- CBT باورهای بیمار را با کلمات خود بیمار بیان می‌کند. REBT نیز این کار را می‌کند، اما وقتی بیمار برای این کار مشکل داشته باشد، اهداف ناکارآمدی را که در پشت کلماتش هست، به او نشان می‌دهد (موسوی، ۱۳۸۸). REBT ویژگی‌هایی دارد که مختص خود آن است و در سایر درمان‌های شناختی- رفتاری دیده نمی‌شود:

۳-۱- سنت‌گرایی پست مدرن^۲ که می‌گوید هیچ شیوه مطلقی برای تعیین واقعیت وجود ندارد. واقعیت تا حد زیادی ساخته ذهن ماست و لذا هر فرد جهان خود را دارد.

۳-۲- در الگوی A, ABC فقط نماینده یک رویداد بیرونی نیست، بلکه می‌تواند یک رویداد شناختی، هیجانی یا رفتاری درونی باشد؛ مثلاً اگر هم هیچ‌گونه رویداد بدی در بیرون اتفاق نیفتاده باشد، یک فرد بد می‌تواند نقش A را بازی کرده، فرد را ناراحت کند.

C^۳ نیز فقط یک هیجان نیست، بلکه می‌تواند شناختی (افکار بد) و رفتاری (افت عملکرد) هم باشد.

۳-۳- توجه به آسیب فرا هیجانی^۴. برای مثال خشم یک آسیب هیجانی است، اما اگر فرد پس از فروکش کردن خشم از خشم خود احساس شرم کند، این شرم یک آسیب فراهیجانی است.

۳-۴- انعطاف‌پذیری^۵، هسته سلامت روانی و تحریر^۶، هسته بیماری روانی است (احمدی، ۱۳۸۷).

«ایس می‌گوید: «ما در درمان عقلانی هیجانی به شما کمک خواهیم کرد تا بین تفکر عاقلانه و غیر عاقلانه تفاوت قائل شوید. افکار عاقلانه معمولاً به هیجان‌های مناسب و افکار غیر عاقلانه به هیجان‌های نامناسب منجر می‌شوند. منظور از تفکر عاقلانه، آن نوع تفکری است که: ۱- بقای فرد را حفظ کند؛ ۲- اهداف یا ارزش‌های فرد را برای یک زندگی لذت بخش، خوشایند یا ارزشمند برآورده سازد. درمان عقلانی- هیجانی به شما کمک می‌کند تا با دست‌کشیدن از ارزیابی خودتان به خاطر داشتن یا نداشتن فلان احساس بتوانید با آن احساس، تماس داشته باشید و شدت آن را حس کنید. شما با فلسفه‌های عاقلانه‌ای که بر می‌گزینید، ابتدا خود و احساسات خود (حتی احساسات ناخوشایندی مثل افسردگی و نفرت) را می‌پذیرید. سپس به آنها علاقه‌مند می‌شوید و درباره آنها کنجکاوی می‌کنید؛ مثلاً به خودتان خواهید گفت: خیلی جالب است (به جای آنکه بگویید خیلی افتضاح است) که فرد

3- consequence
4 -meta emotional
5 -flexibility
6 -rigidity

1 -automatic thought
2 -postmodern

هوشمندی مثل من اینقدر احمقانه و منفی رفتار می‌کند! و به این ترتیب درخواهید یافت که این شما هستید که احساسات مخرب خود را خلق می‌کنید و اگر واقعا بخواهید، می‌توانید آنها را تغییر دهید. همچنین می‌توانید بین احساسات مناسب و کامرواکننده و احساسات نامناسب مضر خود تمایز قائل شوید و تفاوت احساسات سالم و احساسات نامناسبی را که جایگزین آنها کرده‌اید و از آنها واهمه دارید ببینید و سرانجام می‌توانید بین مایوس شدن بر اثر رفتارهای دیگران و ابراز این احساس یا بین عصبانی شدن از اعمال و رفتار دیگران و دستوردادن به آنها برای تغییر رفتارشان تفاوت قائل شوید. به عبارت دیگر، تفکر عقلانی-هیجانی به شما کمک خواهد کرد تا احساسات خود را به طور کاملتر و آزادانه تری مشاهده کنید و وجود آنها را بپذیرید و آنها را جزئی از خودتان بدانید و ببینید آیا مناسب‌اند یا خیر و بالاخره، احساس مورد نظرتان را داشته باشید و از زندگی بهره بیشتری ببرید» (الیس و هارپر ۱۹۷۵: ۲۰).

در نظریه REBT اینکه رویدادهای بیرونی ما را دچار اختلال بکنند یا نکنند، به عقاید ما بستگی دارد. عقاید بخش مهمی از نظام شناختی ما هستند که کار آنها ارزشیابی^۱ رویدادهای بیرونی است. بر حسب اینکه این ارزشیابی چگونه صورت می‌گیرد، دو نوع عقیده وجود دارد: کارآمد و ناکارآمد. عقاید کارآمد بر اساس سه ملاک منطقی، تجربی و کارکردی، رویدادهای بیرونی را درست ارزشیابی می‌کنند. لذا عقاید کارآمد به پیامدهای کار^۲ و عقاید ناکارآمد به

پیامدهای کژکار^۳ منجر می‌شوند. پیامدها یا هیجانی‌اند (غم، افسردگی) یا رفتاری (تلاش بیشتر، افت عملکرد). اگر فرد عقاید کارآمد داشته باشد، علی‌رغم رویدادهای بد می‌تواند به اهداف اصلی‌اش برسد، اما عقاید ناکارآمد وقتی توسط رویدادها فعال شوند، جلوی رسیدن فرد به اهدافش را می‌گیرند. وقتی یک رویداد منفی قابل تغییر باشد، فرد باید با آن مقابله کند و وقتی غیر قابل تغییر باشد، باید با آن سازگار شود. عقاید کارآمد به هر دو فرآیند مقابله و سازگاری کمک می‌کنند و عقاید ناکارآمد در هر دوی این فرآیندها اختلال ایجاد می‌نمایند (تقوی، ۱۳۸۷). در REBT عقیده‌ای کارآمد است که فرد را در رسیدن به اهدافش کمک کند (البته، اهدافی که با اهداف دیگران، خانواده، گروه و جامعه تناقض نداشته باشد، بدین معنی که خودخواهانه نباشد). امکان دارد یک عقیده با دو ملاک منطقی و تجربی درست باشد، اما حتی چنین عقیده‌ای اگر جلوی رسیدن فرد به اهدافش را بگیرد، بر اساس ملاک کارکردی نادرست است و لذا ناکارآمد است.

بنابراین، عقاید کارآمد «خود افزا»^۴ و عقاید ناکارآمد خود-تخریبگر^۵ «خودشکن» هستند. چند پژوهش نشان داده‌اند که عقاید ناکارآمد بر عملکرد افراد در تکالیف مختلف اثر می‌گذارند. برای مثال، عقاید ناکارآمد یکی از علل به تعویق‌اندازی هستند و با ادراک کنترل پایین و انگیزش بیرونی بالا نیز رابطه دارند. این انگیزش بیرونی بالا از طریق برانگیختگی که تولید می‌کند، باعث می‌شود که فرد نتواند در

3- unfunctional
4 -self- enhancing
5 -self-defining

1 -evaluation
2- functional

- ۵- عقیده ناکارآمد بی مسؤولیتی عاطفی^۹ (EI)؛
 ۶- عقیده ناکارآمد اجتناب از مشکل^{۱۰} (PA)؛
 ۷- عقیده ناکارآمد وابستگی^{۱۱} (D)؛ ۸- عقیده
 ناکارآمد درماندگی برای تغییر^{۱۲} (HC)؛
 ۹- عقیده ناکارآمد کمال‌گرایی^{۱۳} (P)؛ ۱۰- عقیده
 ناکارآمد سرزنش کردن خود^{۱۴} (BP).

پژوهش‌های همسو با پژوهش حاضر که در داخل
 ایران انجام شده‌اند به این شرح هستند:

فیاض و کیانی (۱۳۸۸) در پژوهشی به بررسی
 آسیب‌شناسانه عقاید ناکارآمد دانشجویان پرداختند. این
 تحقیق بر روی ۳۱۱ نفر از دانشجویان دختر و پسر
 دانشگاه شیراز انجام شد. نتایج پژوهش نشان داد:

- ۱- مؤلفه‌های کمال‌گرایی، نگرانی توأم با
 اضطراب، انتظار بیش از حد از خود، واکنش با
 درماندگی به ناکامی و آمادگی برای سرزنش، به
 ترتیب بالاترین رتبه را در میان مؤلفه‌های عقاید
 ناکارآمد جونیور از آن خود کرده‌اند. این نتیجه‌گویای
 آن است که آزمودنی‌ها در این پنج مؤلفه در مقایسه با
 سایر مؤلفه‌ها ناکارآمدتر فکر می‌کنند. بی‌مسئولیتی
 عاطفی و به ترتیب اجتناب از مشکل، توقع تأیید از
 دیگران، درماندگی در برابر تغییر، وابستگی پایین‌ترین
 رتبه را از آن خود کردند که نشان می‌دهد عقاید
 ناکارآمد آزمودنی‌ها در این مؤلفه‌ها در مقایسه با سایر
 مؤلفه‌ها کمتر است؛ ۲- طبق یافته‌های این پژوهش،
 جنسیت در میزان عقاید ناکارآمد تأثیر ندارد. نتایج
 نشان می‌دهد هر کدام از دانشجویان دختر و پسر در

تکالیف دشوار و پیچیده عملکرد مناسبی داشته باشد.
 عقاید ناکارآمد پافشاری‌های کمال‌گرایانه و
 بلندپروازانه‌ای هستند که جنبه مطلق^۱ دارند، در مقابل
 عقاید کارآمد جنبه ترجیحی^۲ و شرطی^۳ دارند (صحرایی، ۱۳۸۹). همه انسان‌ها هم عقاید کارآمد
 دارند و هم عقاید ناکارآمد. هر فرد زمانی که به
 موقعی‌های مهم پاسخ می‌دهد با هر دو سیستم عقاید
 کارآمد و ناکارآمد پاسخ می‌دهد. هر قدر فرد عقاید
 کارآمد را بیشتر به کار گیرد، پیامدهای کاراتر و هر
 قدر عقاید ناکارآمد را بیشتر به کار گیرد پیامدهای
 کژکارتر دریافت خواهد نمود. در مقابل،
 استرس‌زاهای محیطی عقاید کارآمد به مثابه عوامل
 محافظ و عقاید ناکارآمد به مثابه عوامل آسیب‌پذیری
 هستند. عقاید هر قدر اصلی‌تر، انتزاعی‌تر و فراگیرتر
 شوند، از حالت عقیده خارج شده، به شکل فلسفه در
 می‌آیند، فلسفه‌های زندگی ناهشیار و بیان نشده‌ای^۴
 که بر تمامی شئون زندگی فرد تاثیر می‌گذارند
 (حمیدی‌فرد، ۱۳۸۶).

انواع عقاید ناکارآمد به این شرح هستند:

- ۱- عقیده ناکارآمد توقع تأیید از دیگران^۵ (DA)؛
 ۲- عقیده ناکارآمد نگرانی زیاد توأم با
 اضطراب^۶ (AO)؛
 ۳- عقیده ناکارآمد انتظارات بیش از حد از خود^۷
 ۴- عقیده ناکارآمد واکنش با درماندگی به
 ناکامی^۸ (FR)؛

- 1 -absolutistic
 2 -preferential
 3 -conditional
 4- unarticulated
 5- demand for approval
 6- anxious over concern
 7 -high self expectations
 8- frustration reactive

- 9- emotional irresponsibility
 10 -Problem avoidance
 11 -dependency
 12 -helplessness for change
 13- perfectionism
 14 -Blame proneness

مؤلفه کمال‌گرایی و به ترتیب، در مؤلفه‌های انتظار بیش از حد از خود، نگرانی زیاد توأم با اضطراب بالاترین رتبه و مؤلفه بی‌مسئولیتی عاطفی و به ترتیب اجتناب از مشکل و توقع تأیید از دیگران، پایین‌ترین رتبه را از آن خود کرده‌اند؛ ۳- همچنین، نتایج بیانگر آن است که میزان و نوع پاسخ‌های دختران و پسران به سؤال‌های تشکیل‌دهنده مؤلفه‌های دهگانه جونز به صورت معناداری متفاوت است.

سودانی (۱۳۸۵) در پژوهشی به مقایسه اثر روش‌های مشاوره فردی و گروهی با تأکید بر روش عقلانی-عاطفی در کاهش عقاید ناکارآمد پرداخت. این تحقیق بر روی ۹۰ نفر از دانشجویان مجرد رشته‌های دبیری دانشکده علوم دانشگاه شهید چمران (۱۸-۲۴ ساله) انجام شد. نتایج پژوهش نشان داد:

۱- عقاید ناکارآمد توقع تأیید از دیگران، نگرانی زیاد توأم با اضطراب، اجتناب از مشکل، وابستگی، درماندگی برای تغییر با روش مشاوره گروهی کاهش بیشتری نشان دادند؛ ۲- عقاید ناکارآمد انتظارات بیش از حد از خود، سرزنش کردن خود، واکنش با درماندگی به ناکامی، کمال‌گرایی با روش مشاوره فردی کاهش بیشتری نشان دادند؛ ۳- بین روش مشاوره فردی و گروهی در کاهش عقاید ناکارآمد بی‌مسئولیتی عاطفی تفاوت معنی‌داری مشاهده نشد.

صفایی (۱۳۸۶) در پژوهشی به بررسی تاثیر مشاوره گروهی به شیوه عقلانی-عاطفی-رفتاری در تغییر عقاید ناکارآمد دختران نوجوان پرداخت. نتایج پژوهش نشان داد که مشاوره گروهی به شیوه REBT بر کاهش عقاید ناکارآمد توقع تأیید از دیگران، انتظارات بیش از حد از خود و دیگران،

واکنش با درماندگی به ناکامی، بی‌مسئولیتی عاطفی، اجتناب از مشکل و درماندگی برای تغییر مؤثر است، ولی بر عقاید ناکارآمد نگرانی زیاد توأم با اضطراب، سرزنش کردن خود، وابستگی و کمال‌گرایی مؤثر نیست.

پژوهش‌های همسو با پژوهش حاضر که در خارج از ایران انجام شده‌اند، به این شرح هستند:

ساوا^۱ (۲۰۰۹) در پژوهشی به بررسی رابطه طرحواره‌های غیرانطباقی و عقاید ناکارآمد پرداخت. این تحقیق بر روی ۱۵۴ دانشجوی دوره کارشناسی انجام گرفت. نتایج پژوهش نشان داد افرادی که دارای عقاید ناکارآمد بودند، از طرحواره‌های ناسازگارانه و عدم ثبات احساسی برخوردار بودند و افرادی که دارای عقاید کارآمد بودند، از طرحواره‌های سازگارانه و ثبات احساسی برخوردار بودند.

دیویس^۲ (۲۰۰۸) پژوهشی را با هدف بررسی تأثیر عقاید ناکارآمد بر خویش‌نشدن پذیری غیرشرطی انجام داد. این تحقیق بر روی دو گروه ۱۵۸ و ۱۲۸ نفری از دانشجویان دانشگاه انجام شد. نتایج این پژوهش نشان داد که کمال‌گرایی و توقع تأیید از دیگران، مهمترین عقاید ناکارآمدی هستند که خویش‌نشدن پذیری غیرشرطی را در افراد پیش‌بینی می‌کنند. بی‌مسئولیتی عاطفی، اجتناب از مشکل و سرزنش کردن دیگران، خرده‌مقیاس‌هایی هستند که فاقد تأثیرگذاری بر خویش‌نشدن پذیری غیرشرطی در افراد هستند.

۲- عقاید ناکارآمد به احساس اضطراب و رفتار خودشکن منجر می‌شود؛ ۳- اگر احساس اضطراب به افسردگی منجر شود، می‌تواند در نهایت به خودشکن‌ترین رفتار؛ یعنی خودکشی منجر شود.

بریدجز وهانریش^۴ (۲۰۱۰) در پژوهشی به بررسی نقش عقاید ناکارآمد در افسردگی و اضطراب پرداختند. تحقیق بر روی یک نمونه ۲۵ نفری انجام شد و سنجش عقاید ناکارآمد بر اساس الگوی نظری الیس، از طریق تکنیک‌های مصاحبه بالینی و پرسشنامه‌های خودگزارشی انجام گرفت. نتایج پژوهش نشان داد عقاید ناکارآمد تأثیر مثبت و معناداری در ایجاد افسردگی و اضطراب در افراد دارد.

سنتاگوتای، آئورورا، فریمن و آرتور^۵ (۲۰۰۷) پژوهشی را با هدف بررسی رابطه بین عقاید ناکارآمد و افکار خودکار در پیش‌بینی پریشانی انجام دادند. منظور از پریشانی خلق افسرده در بیمارانی است که اختلال افسردگی حاد دارند. نتایج تحقیق نشان داد که ترکیب عقاید ناکارآمد و افکار خودکار می‌تواند، عکس‌العمل‌های عاطفی افراد را در موقعیت‌های پر از استرس پیش‌بینی کند و در ایجاد پریشانی مؤثر است. در تأثیرگذاری عقاید ناکارآمد بر پریشانی، افکار خودکار نقش میانجی را بازی می‌کنند.

مک مانوس و همکاران^۶ (۲۰۱۱) طی پژوهش خود با "عنوان بررسی اثربخشی ثبت افکار و رفتارهای آزمایشی در تغییر عقاید ناکارآمد" به این نتیجه رسیدند که افراد با ثبت افکار خود و بازنگری

تریپ، ورنون و مک ماهون^۱ (۲۰۰۷) به بررسی اثربخشی آموزش REBT پرداختند. آنان مشاهده کردند که REBT اثری قوی بر کاهش عقاید ناکارآمد و رفتارهای کژکار و اثری متوسط بر افزایش استنباط‌های مثبت و کاهش هیجان‌های منفی و افزایش ابرازگری هیجانی داشت. بیشترین اندازه‌های اثر مربوط به نوجوانان در مقایسه با بزرگسالان جوان بود (احمدی، ۱۳۸۷).

ساپ^۲ (۲۰۰۷) پژوهشی را با هدف بررسی عقاید ناکارآمد مؤثر در افت تحصیلی انجام داد. این تحقیق بر روی دانش‌آموزان دبیرستانی آفریقایی آمریکایی که در معرض افت تحصیلی بودند، انجام شد. نتایج پژوهش نشان داد:

۱- عقاید ناکارآمد اصلی که در افت تحصیلی دانش‌آموزان دبیرستانی آفریقایی آمریکایی مؤثرند، به شرح ذیل هستند: انتظارات بیش از حد از خود، سرزنش کردن خود، توقع تأیید از جامعه اروپایی آمریکایی‌ها.

۲- آموزش‌های عملی و قابل اجرا به دانش‌آموزان در زمینه‌های فلسفه واقع‌بینی در زندگی، بیشتر عقلانی بودن، برخورد مناسب نسبت به عقاید و رفتار دیگران، موجب پیشرفت تحصیلی و ایجاد خودپنداره مثبت در آنها می‌شود.

سالیوان^۳ (۲۰۰۶) پژوهشی را با هدف بررسی نقش عقاید ناکارآمد بر رفتارهای خودشکن انجام داد. نتایج تحقیق نشان داد: ۱- عقاید کارآمد به احساسات مثبت یا منفی و رفتار خودبزرگ‌بینی منجر می‌شود؛

4 -Bridges & Hanrish
5 -Szentagotai & Aurora & Freeman & Arthur
6 -macmanus

1 -Trips & Vernon & Macmahon
2 -Sapp
3 -Sullivan

این افکار به ناکارآمدی آنان وقوف پیدا می‌کنند و با آموزش‌های شناختی می‌توانند این عقاید ناکارآمد را کاهش دهند.

هدف پژوهش حاضر، تعیین اثربخشی درمان «عقلانی - عاطفی - رفتاری» گروهی بر عقاید ناکارآمد دانش‌آموزان دختر دوره متوسطه است.

روش

این پژوهش از نوع «شبه آزمایشی» با پیش‌آزمون، پس‌آزمون و گروه کنترل است. پس از انتخاب نمونه مورد نظر به صورت تصادفی و تقسیم تصادفی آن به دو گروه آزمایش و کنترل، از هر دو گروه در یک جلسه به مدت ۳۰ دقیقه یک پیش‌آزمون گرفته شد. سپس درمان «عقلانی - عاطفی - رفتاری» به صورت گروهی بر اساس طرحی شامل ۱۰ جلسه آموزشی با مدت زمان ۹۰ دقیقه در هر جلسه، بر روی گروه آزمایش اجرا گردید. برای گروه کنترل نیز ۱۰ جلسه مشاوره گروهی همراه با بارش مغزی انجام شد، ولی این گروه درمان REBT را دریافت نکردند. پس از پایان جلسات دو گروه، طی یک جلسه با حضور اعضای هر دو گروه آزمایش و کنترل، پس‌آزمون بر روی آنها اجرا گردید. جامعه آماری در این پژوهش «کلیه دانش‌آموزان دختر سال سوم دوره متوسطه شهر نجف‌آباد در سال تحصیلی ۹۰-۸۹» هستند. روش نمونه‌گیری در این پژوهش «خوشه‌ای تصادفی چندمرحله‌ای» است. ابتدا از بین ۶ دبیرستان دخترانه شهر نجف‌آباد، ۱ دبیرستان به صورت تصادفی انتخاب شد. سپس، از بین کلاس‌های پایه سوم این دبیرستان، ۲ کلاس به صورت تصادفی انتخاب شدند و با اعضای هر دو کلاس جلسه‌ای توجیهی برگزار

شد. پس از هر کلاس ۱۵ نفر به صورت تصادفی (جمعاً ۳۰ نفر) انتخاب شدند (به علت در نظر گرفتن افت نمونه). این تعداد به صورت تصادفی به دو گروه ۱۲ نفری تقسیم شدند (جمعاً ۲۴ نفر). هر ۱۲ نفر به صورت تصادفی در یکی از گروه‌های کنترل و آزمایش قرار گرفتند.

ابزار مورد استفاده در این پژوهش، آزمون «باورهای غیر منطقی»^۱ جونز^۲ (IBT) بود. جونز و همکاران او در سال ۱۹۶۸ نخستین فرم این آزمون را به صورت مقدماتی به کار بردند و پس از اقدامات دامنه‌داری که از طریق بررسی‌های دقیق روان‌درمان‌گران و متخصصان انجام گرفت، تعداد سؤال‌ها از ۱۴۰ به ۱۰۰ سؤال کاهش یافت. همچنین ۱۲ طبقه باورهای غیر منطقی نیز به ۱۰ طبقه تبدیل گشت (ولی‌زاده، ۱۳۸۵). این آزمون از ۱۰ خرده‌مقیاس تشکیل شده است که هر کدام از این خرده‌مقیاس‌ها توسط ۱۰ سؤال مشخص اندازه‌گیری می‌شوند و یکی از باورهای غیر منطقی نظریه آلبرت ایس را مورد سنجش قرار می‌دهند. در تحقیقی که توسط جونز و همکاران (۱۹۹۰) با هدف بررسی رابطه بین نمره‌های حاصل از آزمون باورهای غیر منطقی جونز و باورهای غیر منطقی ایس انجام گرفت، ضریب همبستگی ۰/۸۴ به دست آمد (به نقل از صفایی، ۱۳۸۶). جونز (۱۹۶۹) با استفاده از روش آزمون مجدد مشاهده نمود که اعتبار این آزمون معادل ۰/۹۲ است و اعتبار هر یک از خرده‌مقیاس‌های آن از ۰/۶۶ تا ۰/۸۰ و میانگین اعتبار همه خرده‌مقیاس‌ها ۰/۷۴ است.

1- irrational belief test

2 - Jones

اینکه از روش پیش آزمون - پس آزمون با گروه کنترل استفاده شده است، با روش تحلیل کوواریانس به وسیله ۱۶ spss تجزیه و تحلیل شدند.

نتایج

فرضیه اصلی: درمان «عقلانی-عاطفی-رفتاری» گروهی بر عقیده ناکارآمد دانش آموزان دختر دوره متوسطه تاثیر دارد.

در راستای تجزیه و تحلیل داده‌های پژوهش، در ابتدا به منظور توصیف آماری، از جداول شاخص‌های آمار توصیفی استفاده شد و در آن تعداد، کمترین و بیشترین به عنوان آماره‌های توصیفی میانه و میانگین به عنوان شاخص‌های گرایش مرکزی، دامنه تغییرات، واریانس و انحراف معیار به عنوان شاخص‌های پراکندگی استفاده گردید. در راستای تحلیل‌های استنباطی و آزمون فرضیه‌های تحقیق، با توجه به

جدول ۱: نتایج تحلیل کوواریانس تفاوت میانگین‌های تعدیل شده نمره‌های درمان «عقلانی-عاطفی-رفتاری» گروهی بر عقیده ناکارآمد در گروه آزمایش و کنترل

منابع تغییرات	مجموع مجذورات	درجات آزادی	میانگین مجذورات	نسبت F	سطح معنی داری	حجم اثر	توان آماری
پیش آزمون	۱۱۰۴/۴۰۸	۱	۱۱۰۱/۴۰۸	۰/۹۰۱	۰/۳۵۳	۰/۰۴۱	۰,۱۴۸
گروه‌ها (مستقل)	۱۲۱۵۶/۲۱	۱	۱۲۱۵۶/۲۱	۹/۹۱	۰/۰۰۵	۰/۳۲۱	۰,۸۵۱
واریانس خطا	۲۵۷۴۷/۱۷	۲۱	۱۲۲۶/۰۵	-	-	-	-
مجموع	۱۸۴۴۷۹۹	۲۴	-	-	-	-	-

نسبت داد. مقدار میانگین‌های تعدیل شده به دست آمده از میانگین کل پس آزمون گروه‌های آزمایش و کنترل ۲۵۱/۸ و ۲۹۶/۸ است. با توجه به توان بالای ۸/، حجم نمونه کافی بوده است.

فرضیه‌های فرعی

فرضیه ۱: درمان «عقلانی-عاطفی-رفتاری» گروهی بر عقیده ناکارآمد «انتظارات بیش از حد از خود» دانش آموزان دختر دوره متوسطه تاثیر دارد.

در جدول ۱ نتایج آزمون تحلیل کوواریانس پس آزمون با برداشتن اثر پیش آزمون بین دو گروه ارائه شده است. بر اساس نتایج مندرج در جدول، چون تفاوت معنی‌دار است ($p=0.005$) بنابراین، فرض پژوهش که عبارت بود از اینکه درمان «عقلانی-عاطفی-رفتاری» گروهی بر عقاید ناکارآمد مؤثر است، تأیید می‌گردد. شاخص اثر به دست آمده، حاکی از این است که ۳۲ درصد کاهش عقاید ناکارآمد آزمودنی‌های شرکت کننده در گروه آزمایش را می‌توان به درمان «عقلانی-عاطفی-رفتاری»

جدول ۲: نتایج تحلیل کوواریانس تفاوت میانگین‌های تعدیل شده نمره‌های درمان «عقلانی- عاطفی- رفتاری» گروهی بر عقیده ناکارآمد «انتظارات بیش از حد از خود» در گروه آزمایش و کنترل

منابع تغییرات	مجموع مجذورات	درجات آزادی	میانگین مجذورات	نسبت F	سطح معنی داری	حجم اثر	توان آماری
پیش آزمون	۱/۴۹۸	۱	۱/۴۹۸	۰/۰۳	۰/۸۶۳	۰/۰۰۱	۰,۰۵۳
گروه‌ها (مستقل)	۱۹۸/۷۸۷	۱	۱۹۸/۷۸۷	۴/۴۴	۰/۰۵	۰/۱۸۱	۰,۴۸۴
واریانس خطا	۱۰۳۲/۳۳	۲۱	۴۹/۱۵	-	-	-	-
مجموع	۱۹۲۹۰	۲۴	-	-	-	-	-

در جدول ۲ نتایج آزمون تحلیل کوواریانس پس آزمون با برداشتن اثر پیش آزمون بین دو گروه ارائه شده است. بر اساس نتایج مندرج در جدول چون تفاوت معنی دار است ($P = .۰۵$) بنابراین، فرض پژوهش که عبارت بود از اینکه درمان «عقلانی- عاطفی- رفتاری» گروهی بر عقیده ناکارآمد «انتظارات بیش از حد از خود» مؤثر است تأیید می‌گردد. شاخص اثر به دست آمده، حاکی از این است که ۱۸ درصد کاهش عقیده ناکارآمد «انتظارات

بیش از حد از خود» آزمودنی‌های شرکت کننده در گروه آزمایش را می‌توان به درمان «عقلانی- عاطفی- رفتاری» نسبت داد. مقدار میانگین‌های تعدیل شده به دست آمده از میانگین کل پس آزمون گروه‌های آزمایش و کنترل ۲۴/۳۱ و ۳۰/۵۱ است. حجم نمونه کافی نبوده است.

فرضیه ۲: درمان «عقلانی- عاطفی- رفتاری» گروهی بر عقیده ناکارآمد «توقع تأیید از دیگران» دانش‌آموزان دختر دوره متوسطه تأثیر دارد

جدول ۳: نتایج تحلیل کوواریانس تفاوت میانگین‌های تعدیل شده نمره‌های درمان «عقلانی- عاطفی- رفتاری» گروهی بر عقیده ناکارآمد «توقع تأیید از دیگران» در گروه آزمایش و کنترل

منابع تغییرات	مجموع مجذورات	درجات آزادی	میانگین مجذورات	نسبت F	سطح معنی داری	حجم اثر	توان آماری
پیش آزمون	۰/۰۴۴	۱	۰/۰۴۴	۰/۰۰۱	۰/۹۷	۰/۰۰۱	۰,۰۵۰
گروه‌ها (مستقل)	۲۱۲/۲۸	۱	۲۱۲/۲۸	۴/۹۶	۰/۰۳	۰/۱۹	۰,۵۶۶
واریانس خطا	۸۹۷/۲۸	۲۱	۴۲/۷۲	-	-	-	-
مجموع	۱۹۷۰۶	۲۴	-	-	-	-	-

تفاوت معنی دار است ($p = .۰۳$) بنابراین، فرض پژوهش که عبارت بود از اینکه درمان «عقلانی- عاطفی- رفتاری» گروهی بر عقیده ناکارآمد «توقع

در جدول ۳ نتایج آزمون تحلیل کوواریانس پس آزمون با برداشتن اثر پیش آزمون بین دو گروه ارائه شده است. بر اساس نتایج مندرج در جدول، چون

میانگین کل پس آزمون گروه‌های آزمایش و کنترل ۲۴/۸۲ و ۳۰/۸۴ است. حجم نمونه کافی نبوده است. فرضیه ۳: درمان «عقلانی-عاطفی-رفتاری» گروهی بر عقیده نا کارآمد «سرزنش کردن خود» دانش آموزان دختر دوره متوسطه تاثیر دارد

تأیید از دیگران» مؤثر است تأیید می‌گردد. شاخص اثر به دست آمده، حاکی از این است که ۱۹ درصد کاهش عقیده نا کارآمد «توقع تأیید از دیگران» آزمودنی‌های شرکت کننده در گروه آزمایش را می‌توان به درمان «عقلانی-عاطفی-رفتاری» نسبت داد. مقدار میانگین‌های تعدیل شده به دست آمده از

جدول ۴: نتایج تحلیل کوواریانس تفاوت میانگین‌های تعدیل شده نمره‌های درمان «عقلانی-عاطفی-رفتاری» گروهی بر عقیده نا کارآمد «سرزنش کردن خود» در گروه آزمایش و کنترل

منابع تغییرات	مجموع مجذورات	درجات آزادی	میانگین مجذورات	نسبت F	سطح معنی داری	حجم اثر	توان آماری
پیش آزمون	۱۴۴/۹۷	۱	۱۴۴/۹۷	۶/۱۷	۰/۰۲۱	۰/۲۲	۰/۶۵۹
گروه‌ها (مستقل)	۴۷/۶۸	۱	۴۷/۶۸	۲/۰۳	۰/۱۶	۰/۰۸	۰/۲۷۵
واریانس خطا	۴۹۲/۶۹	۲۱	۲۳/۴۶	-	-	-	-
مجموع	۱۷۴۹۰	۲۴	-	-	-	-	-

مقدار میانگین‌های تعدیل شده به دست آمده از میانگین کل پس آزمون گروه‌های آزمایش و کنترل ۲۴/۹۶ و ۲۷/۸۷ است. حجم نمونه کافی نبوده است. فرضیه ۴: درمان «عقلانی-عاطفی-رفتاری» گروهی بر عقیده نا کارآمد «واکنش به ناکامی» دانش آموزان دختر دوره متوسطه تاثیر دارد.

در جدول ۴ نتایج آزمون تحلیل کوواریانس پس آزمون با برداشتن اثر پیش آزمون بین دو گروه ارائه شده است. بر اساس نتایج مندرج در جدول، فرض پژوهش که عبارت بود از اینکه درمان «عقلانی-عاطفی-رفتاری» گروهی بر عقیده نا کارآمد «سرزنش کردن خود» مؤثر است، تأیید نمی‌گردد.

جدول ۵: نتایج تحلیل کوواریانس تفاوت میانگین‌های تعدیل شده نمره‌های درمان «عقلانی-عاطفی-رفتاری» گروهی بر عقیده ناکارآمد «واکنش به ناکامی» در گروه آزمایش و کنترل

منابع تغییرات	مجموع مجذورات	درجات آزادی	میانگین مجذورات	نسبت F	سطح معنی داری	حجم اثر	توان آماری
پیش آزمون	۹۵/۶۵۳	۱	۹۵/۶۵۳	۶/۲۵۳	۰/۰۲۱	۰/۲۲۹	۰/۶۶۵
گروه‌ها (مستقل)	۴۰/۰۱	۱	۴۰/۰۱	۲/۶۱۵	۰/۱۲۱	۰/۱۱۱	۰/۳۳۹
واریانس خطا	۳۲۱/۲۶۴	۲۱	۱۵/۲۹	-	-	-	-
مجموع	۱۹۶۹۷	۲۴	-	-	-	-	-

میانگین‌های تعدیل شده به دست آمده از میانگین کل پس از آزمون گروه‌های آزمایش و کنترل ۲۶/۹۷ و ۲۹/۶۰ است. حجم نمونه کافی نبوده است. فرضیه ۵: درمان « عقلانی- عاطفی- رفتاری» گروهی بر عقیده ناکارآمد «بی مسئولیتی عاطفی» دانش‌آموزان دختر دوره متوسطه تاثیر دارد.

در جدول ۵ نتایج آزمون تحلیل کوواریانس پس از آزمون با برداشتن اثر پیش آزمون بین دو گروه ارائه شده است. بر اساس نتایج مندرج در جدول، فرض پژوهش که عبارت بود از اینکه درمان « عقلانی- عاطفی- رفتاری» گروهی بر عقیده ناکارآمد « واکنش به ناکامی » مؤثر است، تایید نمی‌گردد. مقدار

جدول ۶: نتایج تحلیل کوواریانس تفاوت میانگین‌های تعدیل شده نمره‌های درمان « عقلانی- عاطفی- رفتاری» گروهی بر عقیده ناکارآمد «بی مسئولیتی عاطفی» در گروه آزمایش و کنترل

منابع تغییرات	مجموع مجذورات	درجات آزادی	میانگین مجذورات	نسبت F	سطح معنی داری	حجم اثر	توان آماری
پیش آزمون	۱۶/۳۶	۱	۱۶/۳۶	۰/۴۴	۰/۵۱۳	۰/۰۲۱	۰,۰۹۷
گروه‌ها (مستقل)	۱/۷۹	۱	۱/۷۹	۰/۴۸	۰/۸۲۸	۰/۰۰۲	۰,۰۵۵
واریانس خطا	۷۷۷/۴۶	۲۱	۳۷/۰۲	-	-	-	-
مجموع	۱۴۹۰۸	۲۴	-	-	-	-	-

مقدار میانگین‌های تعدیل شده به دست آمده از میانگین کل پس از آزمون گروه‌های آزمایش و کنترل ۲۳/۹۷ و ۲۴/۵۲ است. حجم نمونه کافی نبوده است. فرضیه ۶: درمان « عقلانی- عاطفی- رفتاری» گروهی بر عقیده ناکارآمد «نگرانی زیاد توأم با اضطراب» دانش‌آموزان دختر دوره متوسطه تاثیر دارد.

در جدول ۶ نتایج آزمون تحلیل کوواریانس پس از آزمون با برداشتن اثر پیش آزمون بین دو گروه ارائه شده است. بر اساس نتایج مندرج در جدول، فرض پژوهش که عبارت بود از اینکه درمان «عقلانی- عاطفی- رفتاری» گروهی بر عقیده ناکارآمد «بی مسئولیتی عاطفی» مؤثر است، تایید نمی‌گردد.

جدول ۷: نتایج تحلیل کوواریانس تفاوت میانگین‌های تعدیل شده نمره‌های درمان « عقلانی- عاطفی- رفتاری» گروهی بر عقیده ناکارآمد «نگرانی زیاد توأم با اضطراب» در گروه آزمایش و کنترل

منابع تغییرات	مجموع مجذورات	درجات آزادی	میانگین مجذورات	نسبت F	سطح معنی داری	حجم اثر	توان آماری
پیش آزمون	۱۸/۱۴۱	۱	۱۸/۱۴۱	۰/۴۴	۰/۵۱۱	۰/۰۲۱	۰,۰۹۸
گروه‌ها (مستقل)	۱۳۵/۳۹۳	۱	۱۳۵/۳۹۳	۴/۳۸	۰/۰۴۲	۰/۲۳۷	۰,۴۱۵
واریانس خطا	۸۵۱/۰۲۶	۲۱	۴۰/۵۲	-	-	-	-
مجموع	۲۰۲۹۶	۲۴	-	-	-	-	-

اضطراب « آزمودنی‌های شرکت کننده در گروه آزمایش را می‌توان به درمان « عقلانی-عاطفی-رفتاری » نسبت داد. مقدار میانگین‌های تعدیل شده به دست آمده از میانگین کل پس از آزمون گروه‌های آزمایش و کنترل ۲۵/۹۱ و ۳۰/۷۵ است. حجم نمونه کافی نبوده است.

فرضیه ۷: درمان « عقلانی-عاطفی-رفتاری » گروهی بر عقیده ناکارآمد «اجتناب از مشکل » دانش آموزان دختر دوره متوسطه تاثیر دارد.

در جدول ۷ نتایج آزمون تحلیل کوواریانس پس از آزمون با برداشتن اثر پیش آزمون بین دو گروه ارائه شده است. بر اساس نتایج مندرج در جدول، چون تفاوت معنی‌دار است ($p = .04$) بنابراین، فرض پژوهش که عبارت بود از اینکه درمان « عقلانی-عاطفی-رفتاری » گروهی بر عقیده ناکارآمد « نگرانی زیاد توأم با اضطراب » مؤثر است تأیید می‌گردد. شاخص اثر به دست آمده، حاکی از این است که ۲۳ درصد کاهش عقاید ناکارآمد « نگرانی زیاد توأم با

جدول ۸: نتایج تحلیل کوواریانس تفاوت میانگین‌های تعدیل شده نمره‌های درمان «عقلانی-عاطفی-رفتاری» گروهی بر عقیده ناکارآمد «اجتناب از مشکل» در گروه آزمایش و کنترل

منابع تغییرات	مجموع مجذورات	درجات آزادی	میانگین مجذورات	نسبت F	سطح معنی داری	حجم اثر	توان آماری
پیش آزمون	۲/۶۸۹	۱	۲/۶۸۹	۰/۱۴۲	۰/۷۱	۰/۰۰۷	۰,۰۶۵
گروه‌ها (مستقل)	۵۰/۸۵۳	۱	۵۰/۸۵۳	۲/۶۹	۰/۱۱۶	۰/۱۱۴	۰,۳۴۷
واریانس خطا	۳۹۶/۴۷	۲۱	۱۸/۸۸	-	-	-	-
مجموع	۱۷۸۵۴	۲۴	-	-	-	-	-

میانگین‌های تعدیل شده به دست آمده از میانگین کل پس از آزمون گروه‌های آزمایش و کنترل ۲۵/۳۷ و ۲۸/۴۶ است. حجم نمونه کافی نبوده است.

فرضیه ۸: درمان « عقلانی-عاطفی-رفتاری » گروهی بر عقیده ناکارآمد « وابستگی » دانش آموزان دختر دوره متوسطه تاثیر دارد.

در جدول ۸ نتایج آزمون تحلیل کوواریانس پس از آزمون با برداشتن اثر پیش آزمون بین دو گروه ارائه شده است. بر اساس نتایج مندرج در جدول، فرض پژوهش که عبارت بود از اینکه درمان « عقلانی-عاطفی-رفتاری » گروهی بر عقیده ناکارآمد «اجتناب از مشکل » مؤثر است، تأیید نمی‌گردد. مقدار

جدول ۹: نتایج تحلیل کوواریانس تفاوت میانگین‌های تعدیل شده نمره‌های درمان «عقلانی-عاطفی-رفتاری» گروهی بر عقیده ناکارآمد «وابستگی» در گروه آزمایش و کنترل

منابع تغییرات	مجموع مجذورات	درجات آزادی	میانگین مجذورات	نسبت F	سطح معنی داری	حجم اثر	توان آماری
پیش آزمون	۳/۲۴۸	۱	۳/۲۴۸	۰/۱۹۳	۰/۶۶۵	۰/۰۰۹	۰,۰۷۰
گروه‌ها (مستقل)	۲۹۹/۹۲۷	۱	۲۹۹/۹۲۷	۱۷/۸	۰/۰۰۱	۰/۴۵	۰,۹۸۰
واریانس خطا	۳۵۳/۶۶۹	۲۱	۱۶/۸۴	-	-	-	-
مجموع	۲۴۰۳۳	۲۴	-	-	-	-	-

کننده در گروه آزمایش را می‌توان به درمان «عقلانی-عاطفی-رفتاری» نسبت داد. مقدار میانگین‌های تعدیل شده به دست آمده از میانگین کل پس آزمون گروه‌های آزمایش و کنترل ۲۷/۶۷ و ۳۴/۷۴ است. با توجه به توان بالای ۰/۸، حجم نمونه کافی بوده است.

فرضیه ۹: درمان «عقلانی-عاطفی-رفتاری» گروهی بر عقیده ناکارآمد «درماندگی برای تغییر» دانش‌آموزان دختر دوره متوسطه تاثیر دارد.

در جدول ۹ نتایج آزمون تحلیل کوواریانس پس آزمون با برداشتن اثر پیش آزمون بین دو گروه ارائه شده است. بر اساس نتایج مندرج در جدول، چون تفاوت معنی‌دار است ($p=.../۱$) بنابراین، فرض پژوهش که عبارت بود از اینکه درمان «عقلانی-عاطفی-رفتاری» گروهی بر عقیده ناکارآمد «وابستگی» مؤثر است، تأیید می‌گردد. شاخص اثر به دست آمده، حاکی از این است که ۴۵ درصد کاهش عقاید ناکارآمد «وابستگی» آزمودنی‌های شرکت

جدول ۱۰: نتایج تحلیل کوواریانس تفاوت میانگین‌های تعدیل شده نمره‌های درمان «عقلانی-عاطفی-رفتاری» گروهی بر عقیده ناکارآمد «درماندگی برای تغییر» در گروه آزمایش و کنترل

منابع تغییرات	مجموع مجذورات	درجات آزادی	میانگین مجذورات	نسبت F	سطح معنی داری	حجم اثر	توان آماری
پیش آزمون	۷/۵۵۷	۱	۷/۵۵۷	۰/۱۲۲	۰/۷۳۱	۰/۰۰۶	۰,۰۰۶
گروه‌ها (مستقل)	۲۴۱/۸۰۹	۱	۲۴۱/۸۰۹	۴/۴۹	۰/۰۵	۰/۲۱۶	۰,۱۵۶
واریانس خطا	۱۳۰۵/۳۶	۲۱	۶۲/۱۶	-	-	-	-
مجموع	۲۱۰۵۱	۲۴	-	-	-	-	-

شده است. بر اساس نتایج مندرج در جدول، چون تفاوت معنی‌دار است ($p=.../۰۵$) بنابراین، فرض

در جدول ۱۰ نتایج آزمون تحلیل کوواریانس پس آزمون با برداشتن اثر پیش آزمون بین دو گروه ارائه

داد. مقدار میانگین‌های تعدیل شده به دست آمده از میانگین کل پس آزمون گروه‌های آزمایش و کنترل ۲۵/۱۰ و ۳۱/۸۱ است. حجم نمونه کافی نبوده است. فرضیه ۱۰: درمان «عقلانی-عاطفی-رفتاری» گروهی بر عقیده نا کارآمد «کمال گرایی» دانش آموزان دختر دوره متوسطه تاثیر دارد.

پژوهش که عبارت بود از اینکه درمان «عقلانی-عاطفی-رفتاری» گروهی بر عقیده نا کارآمد «درماندگی برای تغییر» مؤثر است، تأیید می‌گردد. شاخص اثر به دست آمده، حاکی از این است که ۲۱ درصد کاهش عقاید ناکارآمد «درماندگی برای تغییر» آزمودنی‌های شرکت کننده در گروه آزمایش را می‌توان به درمان «عقلانی-عاطفی-رفتاری» نسبت

جدول ۱۱: نتایج تحلیل کوواریانس تفاوت میانگین‌های تعدیل شده نمره‌های درمان «عقلانی-عاطفی-رفتاری» گروهی

بر عقیده ناکارآمد «کمال گرایی» در گروه آزمایش و کنترل

منابع تغییرات	مجموع مجذورات	درجات آزادی	میانگین مجذورات	نسبت F	سطح معنی داری	حجم اثر	توان آماری
پیش آزمون	۴۰/۲۳۹	۱	۴۰/۲۳۹	۱/۵۹۹	۰/۲۲	۰/۰۷۱	۰,۲۲۷
گروه‌ها (مستقل)	۴۰/۱۱	۱	۴۰/۱۱	۱/۵۹۴	۰/۲۲۱	۰/۰۷۱	۰,۲۲۶
واریانس خطا	۵۲۸/۴۲	۲۱	۲۵/۱۶۳	-	-	-	-
مجموع	۱۵۸۱۲	۲۴	-	-	-	-	-

عقاید ناکارآمد دانش آموزان دختر دوره متوسطه می‌پرداخت، با روش تحلیل کوواریانس بررسی گردید. نتایج نشان داد که درمان عقلانی-عاطفی-رفتاری گروهی بر عقاید ناکارآمد دانش آموزان دختر دوره متوسطه اثر دارد و این اثربخشی در سطح ۰/۱. $\alpha =$ معنادار است. شاخص اثر به دست آمده، حاکی از این است که ۳۲ درصد کاهش عقاید ناکارآمد آزمودنی‌های شرکت کننده در گروه آزمایش را می‌توان به درمان عقلانی-عاطفی-رفتاری گروهی نسبت داد. در راستای تحقیق حاضر، تریپ، ورنون و مک ماهون (۲۰۰۷) به بررسی اثربخشی آموزش REBT بر کاهش عقاید ناکارآمد پرداختند. آنان مشاهده کردند که REBT اثری قوی بر کاهش عقاید ناکارآمد و رفتارهای کژکار و اثری متوسط بر افزایش

در جدول ۱۱ نتایج آزمون تحلیل کوواریانس پس آزمون با برداشتن اثر پیش آزمون بین دو گروه ارائه شده است. بر اساس نتایج مندرج در جدول، فرض پژوهش که عبارت بود از اینکه درمان «عقلانی-عاطفی-رفتاری» گروهی بر عقیده نا کارآمد «کمال گرایی» مؤثر است، تأیید نمی‌گردد. مقدار میانگین‌های تعدیل شده به دست آمده از میانگین کل پس آزمون گروه‌های آزمایش و کنترل ۲۳/۸۷ و ۲۶/۴۶ است. حجم نمونه کافی نبوده است.

بحث و نتیجه گیری

فرضیه اصلی پژوهش که به بررسی اثربخشی درمان عقلانی-عاطفی-رفتاری (REBT) گروهی بر

می‌توان به تحقیق قربانی (۱۳۸۴) اشاره نمود. که به بررسی تأثیری زوج‌درمانی به شیوه درمان عقلانی-هیجانی-رفتاری بر تعارض‌ها و عقاید ناکارآمد زوجین پرداخت. این تحقیق بر روی ۲۰ زوج که دارای تعارض زناشویی بودند و به مراکز مشاوره شهر اصفهان مراجعه کرده بودند، انجام گرفت نتایج پژوهش نشان داد که زوج‌درمانی به شیوه REBT بر عقاید ناکارآمد زوجین مؤثر است. علی‌بلندی (۱۳۸۵) نیز طی پژوهش خود با عنوان بررسی رابطه باورهای غیر منطقی دانش‌آموزان دختر مقطع متوسطه شهر همدان، با مطالعه دو گروه ۲۰ نفره از دانش‌آموزان دبیرستانی به این نتیجه رسید که شناخت درمانی می‌تواند علاوه بر کاهش اضطراب امتحان دانش‌آموزان، به کاهش عقاید ناکارآمد آنان منتهی شود. در خصوص با فرضیه‌های فرعی پژوهش، نتایج به دست آمده از تحقیقات گذشته بسیار متفاوت بوده است و پیشینه پژوهشی در این زمینه بسیار غیر همسوسست، زیرا در هریک از پژوهش‌ها خرده مقیاس‌های متفاوتی کاهش معناداری داشته‌اند. برای مثال حسینی (۱۳۸۹) تنها در سه خرده مقیاس، «توقع تأیید از دیگران»، «اجتناب از مشکل» و «سرزنش کردن خود» به تفاوت معنادار رسید. در پژوهش حاضر، از بین این سه خرده مقیاس تنها عقیده ناکارآمد «توقع تأیید از دیگران»، کاهش یافت. نتایج پژوهش جلویاری (۱۳۸۸) نیز نشان داد که تنها دو خرده مقیاس «نگرانی زیاد توام با اضطراب» و «کمال‌گرایی» کاهش یافته است که خرده مقیاس «نگرانی زیاد توام با اضطراب» در پژوهش حاضر نیز با کاهش معنادار مواجه بوده است. تحقیق صفایی (۱۳۸۶)، بیشترین همبستگی را با پژوهش حاضر داشت، زیرا

استنباط‌های مثبت و کاهش هیجان‌های منفی و افزایش ابرازگری هیجانی داشت. بیشترین اندازه‌های اثر مربوط به نوجوانان در مقایسه با بزرگسالان جوان بود. موران (۲۰۰۹) نیز طی پژوهش خود با عنوان "بررسی اثربخشی درمان منطقی-هیجانی الیس در کاهش عقاید ناکارآمد دانشجویان" با مطالعه بر روی ۶۰ دانشجوی نرمال و ۴۵ نفر از دانشجویانی که از مراجعان مرکز روانشناسی دانشگاه بودند، به این نتیجه رسید که درمان منطقی-هیجانی الیس بر کاهش عقاید ناکارآمد هر دو گروه از دانشجویان موثر بوده است. مک مانوس و همکاران (۲۰۱۱) طی پژوهش خود با "عنوان بررسی اثربخشی ثبت افکار و رفتارهای آزمایشی در تغییر عقاید ناکارآمد" به این نتیجه رسیدند که افراد با ثبت افکار خود و بازنگری این افکار به ناکارآمدی آنان وقوف پیدا می‌کنند و با آموزش‌های شناختی می‌توانند این عقاید ناکارآمد را کاهش دهند. سولومون وهاگا (۲۰۰۶) نیز پژوهشی را با هدف بررسی تأثیر عقاید ناکارآمد بر ایجاد افسردگی انجام دادند. دو گروه از افراد برای این تحقیق انتخاب شدند: گروه اول افرادی که از افسردگی حاد بهبود یافته بودند و گروه دوم افرادی که افسرده نبودند. نتایج تحقیق نشان داد که افراد گروه اول از عقاید ناکارآمد بیشتری برخوردارند و رابطه مثبتی بین عقاید ناکارآمد و خلق منفی وجود دارد. همچنین، افراد گروه اول آمادگی بیشتری برای داشتن عقاید ناکارآمد به دلیل داشتن خلق منفی دارا هستند. پس از اجرای روش درمانی REBT نتایج نشان داد که این روش درمانی بر کاهش عقاید ناکارآمد هر دو گروه تأثیر مثبت و معنادار دارد. از جمله پژوهش‌های انجام شده در این زمینه، در ایران

کارشناسی ارشد، دانشگاه آزاد اسلامی واحد تهران مرکزی، چاپ نشده.

جیمز، آلن. (۱۹۸۵). *توهمانی که می‌اندیشی*. ترجمه: گیتی خوشدل (۱۳۸۹). تهران: نشر گفتار.

جلویاری، فرحناز. (۱۳۸۸). اثربخشی درمان بر اساس رویکرد تحلیل رفتار متقابل بر کاهش باورهای غیرمنطقی زنان متأهل. پایان نامه کارشناسی ارشد مشاوره خانواده، دانشکده روانشناسی و علوم تربیتی، دانشگاه علامه طباطبائی، چاپ نشده.

حسینی، سید علی. (۱۳۸۹). بررسی تاثیر شناخت درمانی بر کاهش اضطراب امتحان و باورهای غیرمنطقی دانش آموزان دختر سال اول متوسطه شهرستان علی آباد کتول در سال تحصیلی ۸۸-۸۷. پایان نامه کارشناسی ارشد روانشناسی تربیتی، دانشکده روانشناسی و علوم تربیتی، دانشگاه علامه طباطبائی، چاپ نشده.

حمیدی فرد، فرزانه (۱۳۸۶). رابطه باورهای غیر منطقی با سلامت روانی دانشجویان. پایان نامه کارشناسی ارشد. دانشگاه آزاد اسلامی واحد رودهن، چاپ نشده.

رحیمیان، حوریه بانو. (۱۳۸۱). *نظریه‌ها و روش‌های مشاوره و روان درمانی*. تهران: انتشارات مهرداد.

سودانی، منصور (۱۳۸۵). مقایسه اثربخشی روشهای مشاوره فردی و گروهی با تاکید بر روش عقلانی-عاطفی در کاهش باورهای غیر منطقی دانشجویان پسر مجرد. پایان نامه کارشناسی ارشد، دانشگاه تربیت معلم تهران، چاپ نشده.

از پنج خرده مقیاس کاهش یافته در پژوهش حاضر، سه خرده مقیاس «انتظارات بیش از حد از خود»، «درماندگی برای تغییر» و «توقع تایید از دیگران» با نتایج تحقیق فوق همراستا است. در نهایت، می‌توان مطرح نمود که یافته‌های تحقیق حاضر با تحقیقات مک مانوس (۲۰۱۱)، موران (۲۰۰۹)، تریپ، ورنون و مک ماهون (۲۰۰۷)، سولومون وهاگان (۲۰۰۶)، علی بلندی (۱۳۸۵)، قربانی (۱۳۸۴)، صفایی (۱۳۸۶) همراستا است، زیرا در این تحقیقات نیز به تاثیر درمان «عقلانی - عاطفی - رفتاری» گروهی بر کاهش عقاید ناکارآمد اشاره شده است.

منابع

احمدی، ابراهیم. (۱۳۸۷). کارآمدی درمان عقلانی-هیجانی-رفتاری گروهی در مقایسه با واقعیت درمانی گروهی در کاهش نشانه‌های افسردگی و ارتقای سلامت روانی دانشجویان دختر. پایان نامه دکتری، دانشگاه آزاد اسلامی واحد تهران مرکزی، چاپ نشده.

الیس، آلبرت؛ أبرامس، مایکل و دنگلجی، لیدیا. (۲۰۰۵). *هنر و علم عقلا نه خوردن*. ترجمه: مهرداد فیروزبخت (۱۳۸۵). تهران: نشر رسا.

الیس، آلبرت و هارپر، رابرت (۱۹۷۵). *زندگی عقلا نه*. ترجمه: مهرداد فیروزبخت (۱۳۸۷). تهران: انتشارات رشد.

تقوی، معصومه. (۱۳۸۷). مقایسه باورهای غیر منطقی مادران دارای فرزند معلول ذهنی عمیق، شدید و خفیف مراجعه‌کننده به مراکز خدمات بهزیستی با مادران دارای فرزند عادی. پایان نامه

- شارف، ریچارد اس. (۱۹۹۶). *نظریه‌های روان‌درمانی و مشاوره*. ترجمه: مهرداد فیروزبخت (۱۳۸۱). تهران: نشر رسا.
- شفیع‌آبادی، عبدالله. (۱۳۸۸). *پویایی گروه و مشاوره گروهی*. تهران: انتشارات رشد.
- صحرايي، ام‌هانی. (۱۳۸۹). رابطه باورهای غیر منطقی با کمال‌گرایی مثبت و منفی در دانش‌آموزان شهرستان نوشهر. پایان‌نامه کارشناسی ارشد، دانشگاه الزهراء. *مجله مطالعات روان‌شناختی*. دوره ۶، شماره ۱، ص ۱۸-۱.
- صفایی، مریم. (۱۳۸۶). تاثیر مشاوره گروهی با شیوه درمانی عقلانی-هیجانی - رفتاری بر تغییر باورهای غیر منطقی دختران نوجوان. پایان‌نامه کارشناسی ارشد، دانشگاه آزاد اسلامی واحد رودهن، چاپ نشده.
- فیاض، ایراندخت و کیانی، ژاله. (۱۳۸۸). بررسی آسیب‌شناسانه باورهای غیر منطقی دانشجویان. *فصلنامه دانش و پژوهش در علوم تربیتی*. دوره ۵، شماره ۱۴، صفحه ۵.
- گیسون، رابرت و میشل، ماریان (۱۹۹۰). *مبانی مشاوره و راهنمایی*. ترجمه: باقر ثنایی (۱۳۸۰). تهران: انتشارات بعثت.
- موسوی، مهدی. (۱۳۸۸). مقایسه دو روش رفتاردرمانی عقلانی-هیجانی و آرمیدگی تدریجی در کاهش پرخاشگری. پایان‌نامه کارشناسی ارشد، دانشگاه آزاد اسلامی واحد رودهن، چاپ نشده.
- ولی‌زاده، شیرین. (۱۳۸۵). تاثیر درمان عقلانی عاطفی رفتاری بر عزت نفس نابینایان. پایان‌نامه
- کارشناسی ارشد، دانشگاه آزاد اسلامی واحد رودهن، چاپ نشده.
- Bridges, R., & Hanriss, R (2010). Role of irrational beliefs in depression and anxiety: a review *Journal of Rational Emotive and Cognitive- Behaviour Therapy*. 28,2, 862-877.
- Davies, M (2008). Irrational beliefs and unconditional self - acceptance. The relative importance of different types of irrational beliefs. *Journal of Rational - Emotive and Cognitive- Behaviour Therapy*. 26,2, 102-118.
- McManus, F, Van Doorn. K and Yiend. J (2011). Examining the effects of thought records and behavioral experiments in instigating belief change. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*. 21,3,112-130.
- Sapp, M., (2007). Irrational beliefs that can lead to academic failure for African American middle school students who are academically at-risk. *Journal of Rational Emotive and Cognitive -Behaviour Therapy*. 14,2,123-134.
- Szentagotai, Aurora, Freeman & Arthur (2007). An analysis of the relationship between irrational beliefs and automatic thoughts in predicting distress. *Journal of Cognitive and Behaviour Psychotherapies*. 7,2,1-8.
- Sava, F. A (2009). maladaptive schemas, irrational beliefs and their relationship. West university of timisoara Romania. *Journal of Cognitive and Behavioural Psychotherapies*. 9, 2, 135-147.
- Sullivan, E (2006). Role of irrational beliefs in self-defeating behaviours. *Journal of Dynamic Chiropractic*. 19, 3, 121-136.