

## بررسی اثربخشی رویکرد شناختی - رفتاری بر تکانشگری در نوجوانان دختر

مرضیه محمدزاده مدیری<sup>۱</sup>، مریم موسوی نیک<sup>۲</sup>، معبود امیدی<sup>۳</sup>

<sup>۱</sup> کارشناس ارشد روان شناسی بالینی موسسه آموزش عالی غیرانتفاعی حکیم ناصر خسرو ساوه. ایران

<sup>۲</sup> استادیار موسسه آموزش عالی غیرانتفاعی حکیم ناصر خسرو ساوه. ایران (نویسنده مسئول)

<sup>۳</sup> مدرس گروه روان شناسی موسسه آموزش عالی غیرانتفاعی حکیم ناصر خسرو ساوه. ایران

### چکیده

هدف از پژوهش حاضر، تعیین اثربخشی رویکرد شناختی - رفتاری بر تکانشگری در نوجوانان بود. این پژوهش در قالب یک پژوهش نیمه آزمایشی با گروه گواه و در چهارچوب یک طرح پیش‌آزمون و پس‌آزمون برای دو گروه آزمایشی و گواه اجرا شد. جامعه‌ی آماری این پژوهش را کلیه‌ی نوجوانان ۱۴ تا ۱۸ سال دختر که در سال ۱۴۰۰ ساکن شهر تهران بودند، تشکیل می‌دادند. حجم نمونه شامل ۳۲ نفر که به روش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب شدند و سپس به صورت تصادفی در دو گروه آزمایش و گواه در هر گروه ۱۶ نفر جایگزین شدند. در این پژوهش از پرسشنامه تکانشگری بارت نسخه یازدهم (۲۰۰۴) استفاده گردید و مداخله با رویکرد شناختی - رفتاری به مدت ۸ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای در گروه آزمایش انجام گردید. داده‌های پژوهش با آزمون تحلیل کواریانس یک متغیری (آنکوا) و مورد تحلیل قرار گرفت. نتایج تحلیل کواریانس نشان داد مداخله با رویکرد شناختی - رفتاری در سطح (۰/۰۱ < P، F=۷۷۸/۱۹۹) تکانشگری در مرحله پس‌آزمون اثر معناداری داشته است. بنابراین با توجه به معنی دار شدن فرضیه این پژوهش می‌توان نتیجه گرفت که در این پژوهش، مداخله رویکرد شناختی - رفتاری توانسته است تکانشگری را در نوجوانان دختر کاهش دهد.

**واژه‌های کلیدی:** رویکرد شناختی - رفتاری، تکانشگری، نوجوانان، پرسشنامه تکانشگری بارت

## مقدمه

دوره نوجوانی از دوران های مهم و سرنوشت ساز زندگی انسان محسوب می شود. اریکسون (۱۹۵۹) بیان می کند که نوجوانی دوره ای است که فرد باید با بحران هویت خود مواجه شده و آن را حل کند. مسائل نوجوانان اغلب به گونه ای است که آنها به دو دلیل به سختی از عهده حلشان بر می آیند. نخست اینکه، در سرتاسر دوره کودکی، مسائل آنها بالأخره توسط والدین و معلمان حل می شود، در حالی که بسیاری از نوجوانان به دلیل بی تجربگی، به تنهایی از عهده حل مسائشان بر نمی آیند. دوم اینکه، نوجوانان دوست دارند احساس کنند که افرادی مستقل و آزاد هستند. آنها درخواست ارائه راهی را دارند که خودشان بتوانند از عهده حل مسائل بر آیند و کوشش هایی را که از جانب والدین و معلمان برای کمک به آنها ارائه می شود نمی پذیرند (تاجری، ۱۳۹۵). از سویی دیگر نوجوانان، به سبب بروز مسایلی خاص در این دوره با نوعی سردرگمی همراه با کاهش عزت نفس، خودکم بینی و خودپنداره منفی همراه با احساس خشم و پرخاشگری رو به رو می شوند که سبب کاهش فعالیت های طبیعی و تعاملات اجتماعی آنان می شود. در این مطالعه، دو مشکل شایع در نوجوانان مورد بحث قرار می گیرد که یکی از آن ها تصویر ذهنی از بدن است که برآمده از خودپنداره منفی می باشد و دیگری، تکانشگری است که برآمده از تمایل به خطرپذیری و عدم توانایی در تنظیم هیجان نوجوان می باشد. بخشی از فرایند رشد در دوره نوجوانی، خطرجویی است (رضایی و همکاران، ۱۳۹۵) که تکانشگری را نیز با خود به همراه دارد. رفتارهای پرخطر به همراه تکانشگری عامل بسیاری از اختلالها در سالهای اخیر شناخته شده اند (صفریزدی و نجاتی، ۱۳۹۱). تکانشگری سازه ای چند بعدی است و به صورت زمینه ای برای واکنشهای سریع و بدون برنامه به محرکهای درونی یا بیرونی بدون توجه به پیامدهای منفی این واکنش ها برای فرد تکانشگر یا دیگران تعریف شده است (مولر و همکاران، ۲۰۰۱). تکانشگری محور عمده ای در تشخیص انواع آسیب های فردی و اجتماعی است که ارتکاب جرم یکی از آنهاست (سادات نسب و رضانی، ۱۳۹۶). افراد تکانشگر بدون در نظر گرفتن اثرات فعالیت و کار خود، دست به اقدام عاجل می زنند. از سویی دیگر، تکانشگری شامل رفتار بدون تفکر کافی، عمل غریزه بدون توسل به مهار ایگو و عمل سریع ذهن بدون دوراندیشی و قضاوت هوشیار تعریف شده است (ایوندن، ۱۹۹۹) که رابطه مستقیمی با اختلالات برون سازی شده دارد (براهام و همکاران، ۲۰۱۴). نوجوانانی<sup>۵</sup> که تکانشی رفتار می کنند، به احتمال

---

<sup>۱</sup>Erikson

<sup>۲</sup>Impulsivity

<sup>۳</sup>Moeller

<sup>۴</sup>Evenden, J. L.

<sup>۵</sup>Braham, S.

بیشتری دست به اعمال خشونت آمیز می زنند (حاتمی و همکاران، ۱۳۹۴). همچنین بین تکانشگری با رفتارهای ضداجتماعی، جرم و جنایت، اختلالات شخصیت، گرایش به مصرف مواد رابطه وجود دارد (ریب و همکاران، ۲۰۰۶). از این رُو کنترل این مشکلات در نوجوانان از اهمیت بالایی برخوردار است. از آنجا که سطح بالای تکانشگری منجر به شکست های ارتباطی و اجتماعی آنان می شود، آموزش و کنترل نوجوانان یک امر ضروری می باشد که با مداخله درمان شناختی-رفتاری این هدف محقق می گردد. بی توجهی به این مشکلات روان شناختی، در نهایت می تواند زمینه ساز بسیاری از اختلالات بالینی شود. این افراد در مهار پاسخ خود مشکل دارند و پاداش آنی را به پیامد تأخیری ترجیح می دهند (اعظمی و همکاران، ۱۳۹۳). درمان شناختی-رفتاری برای نخستین بار در ادبیات علمی در دهه ۱۹۷۰ به کار رفت (کلات، ۲۰۰۸) و به طیف وسیعی از مدل های رواندرمانی اشاره دارد که در سالهای اخیر به دلیل مبنای نظری قدرتمند و تناسب آن با مشکلات سلامت روان بزرگسالان موردتوجه بسیاری قرار گرفته است (دابسون و دابسون، ۲۰۱۸). این تکنیک ها به افراد کمک می کنند تا قدرت خودگویی (آنچه آنها به خود می گویند) را تشخیص دهند و مهارت های مقابله ای خود را در برخورد با پریشانی هیجانی افزایش دهند (محمدزاده فرهانی و همکاران، ۱۳۹۷). این مداخله شامل ترکیبی از تکنیکهای شناختی، رفتاری، و هیجان-مدار است (هافمن و همکاران، ۲۰۱۲) و از آنجا که نسبت به رویکردهای درمانی دیگر کوتاه مدت تر و کم هزینه تر است بسیار مورد توجه درمانگران قرار گرفته است. معمولاً جلسات درمانی بین ۸ تا ۱۶ هفته به طول می انجامد و از شش ماه تجاوز نمی کند (گرنسمن و همکاران، ۲۰۱۸). مطالعات اثربخشی تکنیک های شناختی رفتاری را بر تکانشگری نشان داده اند (دوچسن و همکاران، ۲۰۰۷؛ شلی -یومنهایفر و مک میلان، ۲۰۰۷؛ میرزاییان و همکاران، ۱۳۹۳؛ صداقت سروندانی، ۱۳۹۵؛ عطار و همکاران، ۱۳۹۹). همچنین نتیجه مطالعه مظفری (۱۳۹۸) نشان داد تکانشگری کودکان کم شنوا در اثر درمان شناختی-رفتاری کاهش پیدا کرد. با توجه به سابقه مطالعات انجام شده، به نظر می رسد این رویکرد درمانی بتواند در کاهش تکانشگری مورد استفاده قرار گرفته و گام مؤثری در ارتقای سلامت روان شناختی نوجوانان باشد. امید است نتیجه این مطالعه موردتوجه و استفاده محققان و متخصصان بهداشت روان قرارگیرد تا گامی مؤثر در جهت اعتلای بهزیستی روان شناختی

<sup>۳</sup>Ryb, G. E.

<sup>۴</sup>Cognitive Behavior Therapy (CBT)

<sup>۵</sup>Dobson, D., & Dobson, K. S.

<sup>۶</sup>Hofmann, S. G.

<sup>۷</sup>Grensman, A.

<sup>۸</sup>Duchesne, M.

<sup>۹</sup>Shelley-Ummenhofer, J., & MacMillan, P. D.

نوجوانان برداشته شود. از این رو در پژوهش حاضر این سوال مطرح می‌شود که آیا رویکرد شناختی - رفتاری بر تکانشگری در نوجوانان موثر است؟

## روش

روش تحقیق در این پژوهش از نظر هدف کاربردی و از نظر شیوه گردآوری اطلاعات، در قالب یک پژوهش نیمه آزمایشی با گروه گواه و در چهارچوب یک طرح پیش‌آزمون و پس‌آزمون برای دو گروه آزمایشی و گواه اجرا شد. جامعه آماری این پژوهش کلیه نوجوانان دختر ۱۵ تا ۱۸ سال که ساکن شهر تهران در سال ۱۴۰۰ بودند. حجم نمونه ۳۲ نفر از نوجوانان دختر ۱۵ تا ۱۸ سال بودند. که به روش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب شدند و سپس به صورت تصادفی در دو گروه آزمایش و گواه در هر گروه ۱۶ نفر جایگزین شدند.

**فرضیه پژوهش:** رویکرد شناختی - رفتاری بر تکانشگری در نوجوانان موثر است.

**ابزار اندازه‌گیری:** پرسشنامه تکانشگری بارت نسخه یازدهم مقیاس تکانشگری بارت (۲۰۰۴): توسط پروفیسور ارنست بارت ساخته شده است و همبستگی خوبی با پرسشنامه تکانشگری آیزنک دارد و ساختار پرسش‌های گردآوری شده از هر دو پرسشنامه، نشان دهنده ابعادی از تصمیم‌گیری شتاب زده و فقدان دوراندیشی است. این پرسشنامه دارای ۳۰ ماده است و فرد باید به هر یک از ماده‌های این پرسشنامه که در یک مقیاس چهار درجه ای (۱- هیچگاه/به ندرت، ۲- گاهی اوقات، ۳- اغلب، ۴- اکثر اوقات / همیشه) تنظیم شده است، پاسخ دهد. ۱۱ ماده از ۳۰ ماده این مقیاس به طور معکوس نمره گذاری می‌شوند (۱-۷-۸-۹-۱۰-۱۲-۱۳-۱۵-۲۰-۲۹-۳۰). حداقل و حداکثر نمره در مقیاس مذکور به ترتیب ۳۰ و ۱۲۰ است و گروه کنترل غیرروان پزشکی معمولاً نمره ای بین ۵۰ تا ۶۰ کسب می‌کنند. این مقیاس سه عامل تکانشگری شناختی/توجهی (گرفتن تصمیم‌های شناختی سریع)، تکانشگری حرکتی (عمل کردن بدون فکر) و بی‌برنامگی (فقدان آینده نگری یا جهت یابی آنی) را ارزیابی می‌کند (به نقل از حاتمی و همکاران، ۱۳۹۴).

**ویژگی های روان‌سنجی:** آلفای کرونباخ برای کل پرسشنامه روی یک گروه ۴۵۰ نفری برابر با ۰/۹۷ به دست آمد است و روایی پرسشنامه از روایی محتوایی خوبی برخوردار است. در مرحله تحلیل محتوای آزمون، پس از اجرای مقدماتی و محاسبه همبستگی هر سوال با کل پرسشنامه و مقیاس‌های آن، به دلیل همبستگی مناسب تمام سوالات، هیچ سوالی حذف نشد.

### روش اجرا و مداخله (درمان شناختی - رفتاری)

با رعایت کلیه موازین و ملاحظات اخلاقی ۳۲ نفر از نفر از نوجوانان ۱۵ تا ۱۸ سال که در سال ۱۴۰۰ ساکن شهر تهران بودند و بیشترین نمره را در پرسشنامه تکانشگری بارت را هم به عنوان غربالگری و هم به عنوان پیش آزمون کسب کرده بودند به روش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب شدند و سپس به صورت تصادفی در دو گروه آزمایش و گواه در هر گروه ۱۶ نفر جایگزین شدند. سپس مداخله بر روی گروه آزمایش به صورت ۸ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای انجام گرفت و گروه گواه در انتظار قرار گرفتند. پس از پایان جلسات مداخله با رویکرد شناختی - رفتاری بر تکانشگری نوجوانان در گروه آزمایش، از هر دو گروه درخواست گردید مجدداً پرسشنامه را به عنوان پس آزمون تکمیل کنند. و بعد از نمره گذاری پرسشنامه، داده‌های بدست آمده مورد تحلیل آماری قرار گرفت.

### خلاصه جلسه‌های درمان شناختی - رفتاری

| جلسات      | محتوا   |
|------------|---|
| جلسه اول   | بیان رئوس کلی برنامه و بیان هدف. جستجوی علل پرخاشگری  |
| جلسه دوم   | توضیح درباره ارتباط افکار، احساس و رفتار، افکار اتوماتیک و سبک‌های ناکارآمد تفکر و نقش آن‌ها در تصویر ذهنی نامطلوب از بدن   |
| جلسه سوم   | ارزیابی افکار، به چالش کشیدن افکار ناکارآمد، بازسازی و تغییر افکار ناکارآمد و نشان دادن اثرات تفکر تجدید نظر شده  |
| جلسه چهارم | بررسی زنجیره علت، پاسخ، پیامد و توضیح درباره اینکه چه طور پیامدها خود در زنجیره رفتاری بزرگ‌تر علت می‌شوند و استفاده از تغییر روش‌ها برای شکستن این زنجیره ناکارآمد   |
| جلسه پنجم  | مدیریت تکانش‌ها، آموزش و ارائه راهکارهایی برای خودکنترلی بیشتر، بالا بردن خلق و افزایش رخدادهای خوشایند   |
| جلسه ششم   | بیان عزت نفس و این که افراد چگونه خود را تعریف می‌کنند، به چالش کشیدن صحت خودارزیابی‌های منفی افراد و اصلاح نقاط ضعف آن‌ها  |
| جلسه هفتم  | آموزش مدیریت استرس، حل مسئله  |
| جلسه هشتم  | آموزش کنترل خشم و برنامه ریزی برای پیشگیری از تکانشگری، تمرین برای مواجهه با موقعیت‌های در معرض خطر و تقویت مثبت و دادن پاداش برای مواجهه مفید. در پایان بررسی پیشرفت کار، تاکید بر تمرین مکرر مهارت‌های آموخته شده و ایجاد یک سبک زندگی سالم |

**یافته ها**

شاخص‌های توصیفی برای گروه گواه در جدول ۱ و گروه آزمایش در جدول ۲ نشان داده شده است.

**جدول ۱: شاخص‌های توصیفی برای گروه گواه در دو مرحله پیش‌آزمون - پس‌آزمون (n<sub>1</sub>=n<sub>2</sub>=16)**

| شاخص     | متغیر     | تعداد | حداقل | حداکثر | میانگین | انحراف معیار |
|----------|-----------|-------|-------|--------|---------|--------------|
| تکانشگری | پیش‌آزمون | ۱۶    | ۹۸    | ۱۱۷    | ۱۰۵/۹۴  | ۶/۶۸         |
|          | پس‌آزمون  | ۱۶    | ۹۹    | ۱۱۸    | ۱۰۶/۵۰  | ۶/۵۴         |

اطلاعات مندرج در جدول شماره (۱) میانگین و انحراف استاندارد " شاخص تکانشگری در مراحل پیش‌آزمون و پس‌آزمون برای گروه گواه نشان داده شده است. همان طوری که قابل مشاهده است در شاخص تکانشگری تفاوت بین نمرات میانگین در مراحل پیش‌آزمون و پس‌آزمون جزئی می باشد.

**جدول ۲: شاخص‌های توصیفی برای گروه آزمایش در دو مرحله پیش‌آزمون - پس‌آزمون (n<sub>1</sub>=n<sub>2</sub>=16)**

| شاخص     | متغیر     | تعداد | حداقل | حداکثر | میانگین | انحراف معیار |
|----------|-----------|-------|-------|--------|---------|--------------|
| تکانشگری | پیش‌آزمون | ۱۶    | ۹۸    | ۱۱۴    | ۱۰۵/۶۹  | ۶/۱۲         |
|          | پس‌آزمون  | ۱۶    | ۴۷    | ۶۰     | ۵۲/۷۵   | ۴/۰۷         |

اطلاعات مندرج در جدول شماره (۲) میانگین و انحراف استاندارد " شاخص تکانشگری در مراحل پیش‌آزمون و پس‌آزمون برای گروه آزمایش نشان داده شده است. همان طوری که قابل مشاهده است در شاخص تکانشگری تفاوت بین نمرات در مراحل پیش‌آزمون و پس‌آزمون زیاد می باشد.

**جدول ۳: آزمون کالاموگروف-اسمیرنوف برای بررسی نرمال بودن توزیع نمرات (n=32)**

| سطح معناداری<br>p | حداکثر اختلافات                |        |       | متغیرها  |
|-------------------|--------------------------------|--------|-------|----------|
|                   | کالاموگروف-<br>اسمیرنوف<br>k-s | منفی   | مثبت  |          |
| ۰/۱۲۳             | ۰/۱۹۶                          | -۰/۱۲۲ | ۰/۱۹۶ | تکانشگری |

جدول (۳) اطلاعات حاصل از اجرای آزمون کالاموگروف-اسمیرنوف را نشان داده است که سطح معنیداری گزارش شده برای نرمال بودن نمرات تکانشگری در سطح معناداری ۰/۱۲۳ یا آماره ی کالاموگروف-اسمیرنوف ۰/۱۹۶ است که سطح معنی داری این گروه بسیار بزرگتر از ۰/۰۵ است که نشان دهنده ی نرمال بودن توزیع نمرات در این متغیر است.

برای بررسی پیش‌فرض همگنی واریانس‌ها از آزمون لوین استفاده شده است.

## جدول شماره (۴) بررسی برابری واریانس (آزمون لوین) در دو گروه

| تکانشگری | F     | DF1 | Df2 | سطح معنی داری |
|----------|-------|-----|-----|---------------|
|          | ۰/۸۳۵ | ۱   | ۳۰  | ۰/۳۴۸         |

همانطور که در جداول شماره (۴) مشاهده می شود مقدار سطح معنی داری نشان دهنده آن است که داده ها مفروضه تساوی خطای واریانس را زیر سوال نبرده اند. در واقع نتایج آزمون لوین برای بررسی مفروضه همگنی واریانس گروه ها نشان داد که در هر دو گروه (آزمایش و گواه) از نظر واریانس همگن هستند و نشان می دهد که نتایج بعدی ما پایا خواهند بود.

فرضیه پژوهش : رویکرد شناختی - رفتاری بر تکانشگری در نوجوانان موثر است .

## جدول (۵): خلاصه نتایج آزمون تحلیل کوواریانس یک متغیری (آنکوا) برای تکانشگری در نوجوانان

| منبع       | مجموع     | درجه آزادی | میانگین   | F       | سطح معنادار |
|------------|-----------|------------|-----------|---------|-------------|
| بین گروهی  | ۲۳۱۱۲/۵۰۰ | ۱          | ۲۳۱۱۲/۵۰۰ | ۷۷۸/۱۹۹ | ۰/۰۰۰       |
| درون گروهی | ۸۹۱       | ۳۰         | ۲۹/۷۰۰    |         |             |
| کل         | ۲۴۰۰۳/۵۰۰ | ۳۱         |           |         |             |

با توجه به نتایج جدول (۴-۷): مداخله رویکرد شناختی - رفتاری در سطح ( $F=778/199$  ،  $P < 0/01$ ) در تکانشگری در نوجوانان در مرحله پس آزمون اثر معناداری داشته است . بنابراین فرضیه صفر رد شده و فرضیه تحقیق تایید می گردد. یعنی ، نتیجه گرفته می شود در این پژوهش، مداخله رویکرد شناختی - رفتاری توانسته است تکانشگری در نوجوانان را کاهش دهد. بنابراین مداخله رویکرد شناختی - رفتاری بر تکانشگری در نوجوانان موثر بوده است.

## بحث و نتیجه گیری

هدف از پژوهش حاضر ، تعیین اثربخشی رویکرد شناختی - رفتاری بر تکانشگری در نوجوانان دختر شهر تهران بود. نتیجه این پژوهش نشان داد ، مداخله رویکرد شناختی - رفتاری توانسته است تکانشگری در نوجوانان را کاهش دهد. بنابراین مداخله رویکرد شناختی - رفتاری بر تکانشگری در نوجوانان موثر بوده است. در مقایسه یافته های بدست آمده از فرضیه پژوهش حاضر با نتایج پژوهش کابوسی و قربانی (۱۳۹۵) در مطالعه ای با عنوان «اثربخشی آموزش شناختی- رفتاری کنترل خشم بر

نوجوانان دارای اختلال سلوک» نشان دادند که آموزش مهارت کنترل خشم در کاهش پرخاشگری کلی و مولفه های پرخاشگری افکار، رفتار و احساس نوجوانان دارای اختلال سلوک مراکز شبه خانواده موثر است. همچنین می توان نتیجه گرفت که آموزش کنترل خشم به عنوان یکی از درمان های شناختی در کاهش نشانه های اختلال سلوک تاثیرگذار است. با نتایج این پژوهش همسو و همخوانی دارد. و در مطالعه عزیزی و همکاران (۱۳۹۳) با عنوان «اثربخشی درمان های شناختی رفتاری بر کاهش علائم و بهبود سازگاری اجتماعی در اختلال سلوک» نشان دادند مداخله شناختی رفتاری موجب کاهش معنادار علائم در دختران مبتلا به اختلال سلوک شده است اما نتوانسته به صورت معنادار سازگاری اجتماعی را در آن ها بهبود بخشد. با نتایج این پژوهش همسو و همخوانی دارد. مظفری (۱۳۹۸) در مطالعه ای با عنوان «بررسی اثربخشی درمان شناختی-رفتاری بر تکانش گری در کودکان کم شنوا» که بر روی کودکان کم شنوا ۶ تا ۱۲ سال تحت پوشش بهزیستی شهرستان کامیاران انجام شد، نشان دادند تکانشگری کودکان کم شنوا در اثر درمان شناختی-رفتاری کاهش پیدا کرد و همچنین ولوتی و همکاران (۲۰۱۶) در تحقیقی با عنوان ( طرحواره درمانی بر تکانشگری بیماران دوقطبی ) چنین بیان می دارند که طرحواره درمانی هیجانی می تواند به بیماران مبتلا به اختلال دوقطبی کمک کند. پژوهش ها نشان می دهد بین تکانش گری و دشواری در تنظیم هیجانات رابطه وجود دارد. با نتایج این پژوهش همسو و همخوانی دارد. در تبیین نتیجه یافته های پژوهش فوق می توان عنوان نمود که درمان شناختی - رفتاری شامل تغییرات رفتار و تکرار آن در حد مهارت آموزی است. نوجوانان با شناخت ها، رفتارها و هیجان ها و در عین حال رفتارهای معیوب و هیجان های منفی که باعث تشدید شناخت های منفی، تحریف شده و ناکارآمد می شوند و همچنین نظام پردازش اطلاعات در تمامی سطوح، از جمله ادراک، توجه، حافظه و تعبیر و تفسیر دچار سوی مندی و تحریف می شود. یعنی نوجوان می آموزد که بر اساس خطاهای شناختی فرضیه بسازد، ملاک عینی برای رد یا تایید فرضیه اش ابداع کند، به صورت عملی با جمع آوری شواهد رفتاری و ذهنی فرضیه را بیاماید و در صورت تایید نشدن، فرضیه را به گونه ای تعدیل کند که با شواهد موجود منطبق باشد و این تعارضات شدید نوجوان را به سوی تکانشگری سوق می دهد. اما در این پژوهش با درمان شناختی-رفتاری (CBT) که تغییرات رفتاری و هیجانی به وسیله آموختن شیوه های جدید مقابله و شناخت افکار به شیوه مشکل مدارانه در افراد مشارکت کننده ایجاد کرد که در تبیین فرضیه پژوهش عنوان گردید، موجب کاهش رفتارهای تکانشگری گردید. اگرچه شناخت ها به ظاهر در دسترس نیستند ولی روش های علمی و عینی برای شناسایی، کمی کردن و پی گیری تغییرات آن ها در این روش درمان به نوجوان کمک کرد تا بتواند رفتار و تغییرات مهم را در خود بوجود آورد. با توجه به یافته های پژوهش حاضر اثربخشی رویکرد شناختی - رفتاری بر تکانشگری در نوجوانان دختر بود. از آنجا که هر مطالعه ای با محدودیت هایی مواجه است، لازم به توضیح است که در مطالعه حاضر، به دلیل



شیوع بیماری کرونا جمع آوری داده‌ها دسترسی به افراد نمونه را با سختی‌هایی مواجه کرد و جمع آوری داده‌ها با زمان بیشتری انجام گرفت.

#### منابع:

اعظمی، یوسف؛ سهرابی، فرامرز؛ برجعلی، احمد؛ چوپان، حامد (۱۳۹۳). اثربخشی آموزش تنظیم هیجان مبتنی بر مدل گراس بر کاهش تکانشگری در افراد وابسته به مواد مخدر. فصلنامه علمی-پژوهشی اعتیادپژوهی. دوره ۸، شماره ۳۰، ۱۴۱-۱۲۷.

حاتمی، محمد؛ صادقی راد، سعید؛ حسنی، جعفر (۱۳۹۴). اثربخشی آموزش مهارت‌های ارتباطی در تکانشگری نوجوانان دختر دارای علائم اختلال سلوک. نشریه پژوهش در نظام‌های آموزشی. دوره ۹، شماره ۳۱، ۲۵۴-۲۲۷.

رضائی، نورمحمد؛ دلاور، علی؛ درتاج، فریبرز؛ سعدی پور، اسماعیل؛ ابراهیمی قوام، صغری (۱۳۹۵). تاثیر مهارت‌های مقابله‌ای بر خودکنترلی و خودکارآمدی امتناع از رفتارهای پرخطر (مطالعه عوامل محافظت‌کننده رفتارهای پرخطر نوجوانان). **انتظام اجتماعی**. دوره ۸، شماره ۳، ۲۳-۱.

سادات نسب، زهرا؛ رضانی، خسرو (۱۳۹۶). تاثیر آموزش تنظیم هیجانی بر تکانشگری و سبک‌های تصمیم‌گیری در زندانیان زن شهر یاسوج. **ارمغان دانش**. دوره ۲۲، شماره ۱، ۶۰-۴۸.

قنبری نژاد اسفین ساری، مژگان؛ زربخش بحری، محمدرضا (۱۳۹۴). بررسی رابطه عزت نفس و نگرش‌های ناکارآمد با نگرانی از تصویر بدن در متقاضیان جراحی زیبایی بینی. **اولین کنفرانس بین‌المللی روانشناسی و علوم تربیتی**.

صفریزدی، زهرا؛ نجاتی، وحید (۱۳۹۱). مقایسه تکانشگری و تصمیم‌گیری مخاطره‌آمیز افراد چاق با افراد دارای وزن عادی. **دانشگاه علوم پزشکی قزوین**. شماره ۱، ۶۴-۵۸.

محمدزاده فرهانی، اکرم؛ نادری، فرح؛ رجب، اسداله؛ احدی، حسن؛ کراسکیان، آدیس (۱۳۹۷). اثربخشی درمان شناختی- رفتاری بر مشکلات روان‌شناختی و کنترل قند خون کودکان مبتلا به دیابت ملیتوس نوع یک. **مجله پرستاری کودکان**. دوره ۴، شماره ۳، ۶۳-۵۶.

مظفری، سیده کبری (۱۳۹۸). بررسی اثربخشی درمان شناختی- رفتاری بر تکانش‌گری در کودکان کم‌شناختی. **چهارمین کنفرانس بین‌المللی پژوهش در روانشناسی، مشاوره و علوم تربیتی**

- Braham, S., Hadj Kacem, I., Mlika, S., Moalla, Y., Walha, A., Gaddour, N., & Ghribi, F. (2014). Impulsivity and externalization and internalization problems in adolescents. *L'Encephale*, 41(3), 215-220.
- Cash, T. F. (2000). MBSRQ Users' Manual. 3rd rev. *Unpublished user's manual*, Old Dominion University, Norfolk, VA.
- Dobson, D., & Dobson, K. S. (2018). *Evidence-based practice of cognitive-behavioral therapy*. Guilford Publications.
- Duchesne, M., Appolinario, J. C., Rangé, B. P., Fandiño, J., Moya, T., & Freitas, S. R. (2007). The use of a manual-driven group cognitive behavior therapy in a Brazilian sample of obese individuals with binge-eating disorder. *Brazilian Journal of Psychiatry*, 29(1), 23-25.
- Evenden, J. L. (1999). Varieties of impulsivity. *Psychopharmacology*, 146(4), 348-361.
- Grensman, A., Acharya, B. D., Wändell, P., Nilsson, G. H., Falkenberg, T., Sundin, Ö., & Werner, S. (2018). Effect of traditional yoga, mindfulness-based cognitive therapy, and cognitive behavioral therapy, on health related quality of life: a randomized controlled trial on patients on sick leave because of burnout. *BMC complementary and alternative medicine*, 18(1), 80.
- Hofmann, S. G., Asnaani, A., Vonk, I. J., Sawyer, A. T., & Fang, A. (2012). The efficacy of cognitive behavioral therapy: A review of meta-analyses. *Cognitive therapy and research*, 36(5), 427-440.
- Klatt, I. M. (2008). *Treating the Obese---Binge Eating Disorder and Food Addiction: A Model Program*. ProQuest.
- Moeller, F. G., Barratt, E. S., Dougherty, D. M., Schmitz, J. M., & Swann, A. C. (2001). Psychiatric aspects of impulsivity. *American journal of psychiatry*, 158(11), 1783-1793.
- Ryb, G. E., Dischinger, P. C., Kufera, J. A., & Read, K. M. (2006). Risk perception and impulsivity: association with risky behaviors and substance abuse disorders. *Accident Analysis & Prevention*, 38(3), 567-573.