

Research Paper



The Effectiveness of Dialectical Behavior Therapy on Reducing Irritability and Aggression in Adolescents with Disruptive Mood Dysregulation Disorder



Ali Ahmadian<sup>1</sup>, Khodamorad Momeni<sup>2\*</sup>, Jahangir Karami<sup>3</sup>

1. PhD student of Psychology, Faculty of Social Sciences, Razi University, Kermanshah, Iran.
2. Professor, Department of Psychology, Faculty of Social Sciences, Razi University, Kermanshah, Iran.
3. Associate Professor, Department of Psychology, Faculty of Social Sciences, Razi University, Kermanshah, Iran.



DOI: [10.22034/JMPR.2023.58914.5898](https://doi.org/10.22034/JMPR.2023.58914.5898)

URL: [https://psychologyj.tabrizu.ac.ir/article\\_17456.html](https://psychologyj.tabrizu.ac.ir/article_17456.html)



ARTICLE INFO

ABSTRACT

**Keywords:**  
Disruptive Mood  
Dysregulation  
Disorder, Dialectical  
Behavior Therapy,  
Irritability, Aggression  
and Students

Received: 2023/10/20  
Accepted: 2023/12/31  
Available: 2024/05/13

The aim of this study was to examine the effectiveness of dialectical behavior therapy on reducing irritability and aggression in Middle school students in Kermanshah city. The study employed a semi-experimental research design with a pre-test-post-test methodology and a control group. The statistical population included boy students who were studying in the city of Kermanshah in the academic year of 2022-2023. The research sample consisted of 39 people (19 people in the experimental group and 20 people in the control group) who were selected by the available sampling method and randomly assigned to two experimental and control groups. The research tools included self-report questionnaire of disruptive mood dysregulation disorder Boudjerida et al (2022), Affective reactivity Stringaris et al (2012), Achenbach adolescent aggression scale (1991) and clinical interview Nussbaum (2013). The experimental group underwent 10 sessions of 60 minutes (two sessions per week) and the control group did not receive any training. At the end of the post-test sessions and finally after 3 months, follow-up was done. Data analysis was performed using the method of Univariate analysis of variance. The results showed that dialectical behavior therapy had a significant effect on reducing irritability and aggression in the post-test and follow-up stages. The findings of this research provide valuable information regarding dialectical behavior therapy, and counselors and psychologists can use this therapy to reduce disruptive behaviors such as irritability and aggression in adolescents with destructive mood disorder.



\* Corresponding Author: Khodamorad Momeni

E-mail: kh.momeni@razi.ac.ir



## اثر بخشی رفتار درمانی دیالکتیکی بر کاهش تحریک‌پذیری و پرخاشگری نوجوانان دارای اختلال بی‌نظمی خلق مخرب



علی احمدیان<sup>۱</sup>، خدامراد مومنی<sup>۲\*</sup>، جهانگیر کرمی<sup>۳</sup>

۱. دانشجوی دکتری روانشناسی، دانشکده علوم اجتماعی، دانشگاه رازی، کرمانشاه، ایران.
۲. استاد، گروه روانشناسی، دانشکده علوم اجتماعی، دانشگاه رازی، کرمانشاه، ایران.
۳. دانشیار، گروه روانشناسی، دانشکده علوم اجتماعی، دانشگاه رازی، کرمانشاه، ایران.



DOI: [10.22034/JMPR.2023.58914.5898](https://doi.org/10.22034/JMPR.2023.58914.5898)

URL: [https://psychologyj.tabrizu.ac.ir/article\\_17456.html](https://psychologyj.tabrizu.ac.ir/article_17456.html)



### چکیده

### مشخصات مقاله

#### کلیدواژه‌ها:

اختلال بی‌نظمی خلق مخرب، رفتار درمانی دیالکتیکی، تحریک‌پذیری، پرخاشگری، دانش آموزان

هدف پژوهش، بررسی اثر بخشی رفتار درمانی دیالکتیکی بر کاهش تحریک‌پذیری و پرخاشگری در دانش‌آموزان دوره اول متوسطه شهر کرمانشاه بود. روش پژوهش، نیمه‌آزمایشی با طرح پیش‌آزمون-پس‌آزمون و پیگیری و گروه کنترل بود. جامعه آماری شامل دانش‌آموزان پسر بود که در سال تحصیلی ۱۴۰۱-۱۴۰۲ در شهر کرمانشاه مشغول به تحصیل بودند. نمونه پژوهش شامل ۳۹ نفر (۱۹ نفر گروه آزمایش و ۲۰ نفر گروه کنترل) بودند که با روش نمونه‌گیری در دسترس، انتخاب و به صورت تصادفی در دو گروه آزمایش و کنترل گمارده شدند. ابزار پژوهش شامل پرسشنامه خودگزارشی اختلال بی‌نظمی خلق مخرب بودجریدا و همکاران (۲۰۲۲)، واکنش‌پذیری هیجانی استرینگاریس و همکاران (۲۰۱۲)، مقیاس پرخاشگری نوجوانان آخنباخ (۱۹۹۱) و مصاحبه بالینی نوزیام (۲۰۱۳) بود. گروه آزمایش ۱۰ جلسه ۶۰ دقیقه‌ای (هفته‌ای دو جلسه) تحت رفتار درمانی دیالکتیکی قرار گرفتند و گروه کنترل، آموزشی دریافت نکرد. در پایان جلسات پس‌آزمون و در نهایت بعد از ۳ ماه پیگیری به عمل آمد. تحلیل داده‌ها با استفاده از روش تحلیل واریانس تک‌متغیره انجام شد. نتایج نشان داد که رفتار درمانی دیالکتیکی بر کاهش تحریک‌پذیری و پرخاشگری در مراحل پس‌آزمون و پیگیری تاثیر معنی‌دار داشته است. یافته‌های این پژوهش اطلاعات ارزشمندی را در ارتباط با رفتار درمانی دیالکتیکی فراهم می‌کند و مشاوران و روان‌شناسان می‌توانند برای کاهش رفتارهای مخرب مانند تحریک‌پذیری و پرخاشگری در نوجوانان دارای اختلال بی‌نظمی خلق مخرب از این درمان استفاده کنند.

دریافت شده: ۱۴۰۲/۰۷/۲۸

پذیرفته شده: ۱۴۰۲/۱۰/۱۰

منتشر شده: ۱۴۰۳/۰۲/۲۴

\* نویسنده مسئول: خدامراد مومنی

رایانامه: [kh.momeni@razi.ac.ir](mailto:kh.momeni@razi.ac.ir)

در همین راستا، تحریک پذیری به عنوان یک ویژگی که به صورت فراتشخیصی در بسیاری از اختلالات خلقی، اضطراب و اختلالات رشد عصبی آشکار می شود، مفهوم سازی شده (براتمن و کایرکانسکی<sup>۱۳</sup>، ۲۰۲۳) و از شایع ترین عوامل ارجاع کودکان و نوجوانان جهت ارزیابی و مراقبت های روان پزشکی است (هارایما<sup>۱۴</sup> و همکاران، ۲۰۲۲). تحریک پذیری به عنوان اختلال در تنظیم احساسات که در آن فرد تمایل شدیدی به خشم دارد، تعریف می شود (اوانز<sup>۱۵</sup> و همکاران، ۲۰۲۱). همچنین به اثبات رسیده است که مشکلات خانوادگی فراوانی برای نوجوان و خانواده شان ایجاد می کند و با ضعف در روابط اجتماعی و آسیب های روانی-عاطفی در بزرگسالی مرتبط است (ویدال ریباس<sup>۱۶</sup> و همکاران، ۲۰۱۶). برخی از مطالعات تحریک پذیری را به عنوان یک متغیر هدف در مداخله های درمانی مورد بررسی قرار داده اند، به طوری که درمان های روان شناختی نشان دهنده تأثیر مثبت بر تحریک پذیری مخصوصاً در نوجوانانی که دارای اختلال های رفتاری و مشکلات هیجانی هستند می باشد (بارکلی<sup>۱۷</sup> و همکاران، ۲۰۲۲؛ زاپولسکی<sup>۱۸</sup> و همکاران، ۲۰۲۲). در همین راستا زاپولسکی و همکاران (۲۰۲۲) نشان دادند مهارت های رفتار درمانی دیالکتیکی بر تحریک پذیری و تکانشگری اثربخشی است و باعث کاهش این ویژگی های منفی در دانش آموزان دبیرستانی می شود. از سویی دیگر بررسی ادبیات پژوهش نشان می دهد نوجوانان دارای اختلال بی نظمی خلق مخرب در زمینه خشم و پر خاشگری دارای مشکلات متعددی هستند که نقص و عدم مدیریت آن یک عامل کلیدی در آسیب پذیری و رشد نشانه های این اختلال می باشد (دی بلز<sup>۱۹</sup>، ۲۰۲۳). پر خاشگری و رفتارهای خصومت آمیز یک حالت ذهنی نامتعادل همراه با انحرافات شناختی و رفتارهای غیرانطباقی است که هدف آن آسیب رساندن به شخص دیگری است (ششتمن و توتیان<sup>۲۰</sup>، ۲۰۱۶). خشم و پر خاشگری با طیفی از تهدیدهای سلامت فردی و عمومی از جمله افزایش خطر مشکلات جسمی و روان شناختی همراه است (دسالوو<sup>۲۱</sup>، ۲۰۲۳). نوجوانانی که اعمال پر خاشگرانه انجام می دهند، به مراتب شرایط تحصیلی بدتری دارند (اونیشی<sup>۲۲</sup> و همکاران، ۲۰۱۲). در همین راستا نتایج پژوهش لی و همکاران (۲۰۲۲) نشان داد ارتباط معنی داری بین عملکرد تحصیلی و پر خاشگری وجود دارد و عدم مدیریت و کنترل پر خاشگری باعث بروز مشکلاتی مانند، استرس تحصیلی و اضطراب در دانش آموزان می شود. از طرف دیگر، نوجوانانی که تجارب پر خاشگری دارند، ممکن است در معرض خطر بیرونی کردن

اختلال بی نظمی خلق مخرب<sup>۱</sup> یک اختلال افسردگی است که به عنوان یک تشخیص جدید در پنجمین راهنمای تشخیصی و آماری اختلال های روانی<sup>۲</sup> معرفی شده است و با مشکل شدید در تنظیم هیجان، به ویژه تحریک پذیری<sup>۳</sup> و طغیان های خشم در کودکان و نوجوانان مشخص می شود (لیل<sup>۴</sup> و همکاران، ۲۰۲۳). این طغیان ها به دو شیوه کلامی یا فیزیکی در پاسخ به یک ناکامی به وجود می آیند و اطرافیان به آسانی متوجه این تغییرات در فرد می شوند. ویژگی اصلی این اختلال تحریک پذیری است، اگرچه این ویژگی یکی از علائم رایج در بسیاری از اختلالات روان پزشکی است، اما در اختلال بی نظمی خلق مخرب مزمن و پایدار است و در بیشتر ساعات روز در محیط های مختلف (در مدرسه، خانه، با همسالان)، رخ می دهد. این علائم باید حداقل یکسال تداوم داشته و نباید دربرگیرنده ویژگی های رشدی و سنی کودک باشند. شیوع<sup>۵</sup> ماهه تا ۱ ساله این اختلال در کودکان و نوجوانان ۲ تا ۵ درصد است (انجمن روان پزشکی آمریکا<sup>۶</sup>، ۲۰۲۲). طی بررسی های مختلفی که انجام شده میزان شیوع این اختلال در جمعیت عادی از ۳ تا ۹ درصد متغیر است (کوپلند<sup>۷</sup> و همکاران، ۲۰۱۳؛ مایز<sup>۸</sup> و همکاران، ۲۰۱۶). اما شیوع این اختلال در جمعیت های بالینی و کلینیک های بهداشت روانی خیلی بالاتر است. به عنوان مثال در پژوهش کلدوین و همکاران (۲۰۲۳) ۲۴ درصد و در مطالعه اکسلسون<sup>۹</sup> و همکاران (۲۰۱۲) ۲۶ درصد بود. نوجوانان دارای اختلال بی نظمی خلق مخرب دارای علائم مختلفی هستند که هزینه های شخصی زیادی را متوجه فرد و خانواده می کند و بر روابط با همسالان، زندگی خانوادگی و عملکرد فرد در مدرسه تأثیر می گذارد (لاو<sup>۱۰</sup>، ۲۰۲۲). بر طبق پژوهش های مختلف رفتارهای مخرب، مانند پر خاشگری و قانون شکنی، در نوجوانی افزایش می یابد و با پیامدهای تحصیلی منفی (پریگر<sup>۱۱</sup>، ۲۰۲۳) و مشکلات روانی اجتماعی (برانندن<sup>۱۱</sup> و همکاران، ۲۰۲۳) مرتبط است. به عنوان مثال، تحریک پذیری می تواند روابط نوجوان با معلمان و سایر هم کلاسی ها را تحت تأثیر قرار دهد که این موضوع منجر به تداوم تعارضات در کلاس می شود و تضمین یک محیط یادگیری امن و حمایتی را دشوار می کند. با توجه به اینکه در این اختلال فرد با نشانه های مختلفی مثل تحریک پذیری مزمن و طغیان های خلقی شدید (سورتر<sup>۱۲</sup> و همکاران، ۲۰۲۲) درگیر است، دارای مخاطرات زیادی برای نوجوان است و از آنجایی که درمان و پیشگیری از این نشانه ها بدون دانش عوامل سبب ساز ممکن نخواهد بود شناخت عوامل و دلایلی که موجب پیدایش و انسجام این اختلال می شود امری ضروری به نظر می رسد.

12. Sorter
13. Brotman & Kircanski
14. Harima
15. Evans
16. Vidal-Ribas
17. Barclay
18. Zapolski
19. De Bles
20. Shechtman & Tutian
21. DeSalvo
22. Onishi

1. Disruptive mood dysregulation disorder (DMDD)
2. Diagnostic and statistical manual of mental disorder, 5th (DSM-5)
3. Irritability
4. Leal
5. American psychiatric association (APA)
6. Copeland
7. Mayes
8. Axelson
9. Lau
10. Parigger
11. Brænden

مخرب هستند احتمالاً در زمینه‌های خانوادگی، تنظیم روابط اجتماعی، تعلیق مدرسه و فشار اقتصادی دارای مشکلات فراوانی هستند (اکتامارینا<sup>۱۷</sup> و همکاران، ۲۰۲۲). از آنجاکه این کودکان در زمینه تحمل ناکامی ضعیف هستند در محیط مدرسه مشکلات زیادی را تجربه می‌کنند، به‌عنوان مثال معمولاً قادر به مشارکت در فعالیت‌های گروهی و تفریحی با دیگر بچه‌ها نیستند؛ زندگی خانوادگی‌شان به دلیل طغیان‌های مکرر خشم و تحریک‌پذیری مختل می‌شود و در حفظ یا شروع رابطه با دوستان دارای مشکلات فراوانی هستند.

با در نظر گرفتن اینکه افراد مبتلا به اختلال بی‌نظمی خلق مخرب در معرض عوامل خطر آفرینی مانند تحریک‌پذیری، بدتنظیمی هیجانی و خشم و پرخاشگری هستند و از سویی دیگر کاهش این مشکلات می‌تواند به بهبود کیفیت زندگی و بهداشت روان آنها منجر گردد و همچنین با توجه به اثبات اثربخشی رفتار درمانی دیالکتیکی بر اختلالات هیجانی و رفتاری نوجوانان و پژوهش‌های محدودی که در این زمینه انجام شده است خلأ پژوهشی در این زمینه احساس می‌شود. بنابراین پژوهشگر به دنبال پاسخگویی به این سوال بود که آیا رفتار درمانی دیالکتیکی بر کاهش تحریک‌پذیری و بدتنظیمی هیجانی دانش‌آموزان پسر دوره اول متوسطه دارای اختلال بی‌نظمی خلق مخرب اثربخش است؟

### روش

طرح پژوهش نیمه‌آزمایشی از نوع پیش‌آزمون- پس‌آزمون و پیگیری با گروه کنترل بود. جامعه آماری شامل دانش‌آموزان پسر دوره اول متوسطه مدرسه‌ای در ناحیه یک شهر کرمانشاه در سال تحصیلی ۱۴۰۲-۱۴۰۱ بود. تعداد این دانش‌آموزان، ۴۸۰ نفر بود. جهت بررسی فرضیه‌های مداخله‌ای از روش نمونه‌گیری دردسترس استفاده شد. حجم نمونه شامل ۴۰ دانش‌آموز مبتلا به اختلال بی‌نظمی خلق مخرب (گروه آزمایش و کنترل هر کدام ۲۰ نفر) بود. در خصوص انتخاب نمونه باید عنوان کرد که در روش آزمایشی باید برای هر زیرگروه حداقل ۱۵ نفر انتخاب کرد و برای اینکه نمونه انتخاب شده نماینده واقعی جامعه باشد و پژوهش اعتبار بیرونی بالایی داشته باشد، تعداد نمونه ۴۰ نفر در نظر گرفته شد (دلاور، ۱۴۰۱). ملاک‌های ورود شامل رضایت داوطلبانه جهت شرکت در پژوهش، کسب نمره بالاتر از نمره برش در پرسشنامه بی‌نظمی خلق مخرب، دامنه سنی ۱۲ تا ۱۵ سال، تحصیل در دوره اول متوسطه و عدم دریافت درمان‌های روان‌شناختی یا دارویی در جریان

ناسازگاری و حتی ارتکاب رفتارهای جنایتکارانه و ضداجتماعی باشند (وریجن<sup>۱</sup> و همکاران، ۲۰۲۱).

باتوجه به آنچه بیان شد انجام بررسی‌های مداخله‌ای برای کاهش مشکلات اختلال بی‌نظمی خلق مخرب امری مهم و حائز اهمیت است. یکی از مداخله‌های روان‌شناختی مؤثر در این زمینه رفتار درمانی دیالکتیکی<sup>۲</sup> است که با ترکیب همدلی و پذیرش و آموزش مهارت‌های روانی-اجتماعی (فلین<sup>۳</sup> و همکاران، ۲۰۲۱)، یک درمان جامع با پشتیبانی تجربی برای اختلالات عاطفی و هیجانی است (لینهان و ویلکز<sup>۴</sup>، ۲۰۱۵). از ادغام رویکردهای رفتار درمانی شناختی با جنبه‌های ذهن-بودیسم و فلسفه دیالکتیکی، این روش درمانی به‌عنوان یک برنامه متمرکز بر هیجان به‌وجود آمد (لینهان، ۲۰۱۵). این درمان نه تنها برای بزرگسالان دارای اختلالات روان‌پزشکی (نیکسیو<sup>۵</sup> و همکاران، ۲۰۱۸؛ ویلکز<sup>۶</sup> و همکاران، ۲۰۱۸) بلکه برای نوجوانان (پرپلتچیکووا<sup>۷</sup> و همکاران، ۲۰۱۷؛ گلدشتاین<sup>۸</sup> و همکاران، ۲۰۱۵) نیز کارا و اثربخش است. فرض رفتار درمانی دیالکتیکی این است که روش تبیین و تفسیر انسان از رویدادها بیشتر بر روان و خلق شخص تأثیر می‌گذارد و شیوه تبیین و تفسیر در خصوص یک اتفاق می‌تواند نقش بسزایی در عملکرد هیجانی و احساسی آن ایفا کند (کوهن<sup>۹</sup> و همکاران، ۲۰۲۱). نتایج پژوهش‌های مختلف نشان می‌دهد که رفتار درمانی دیالکتیکی با تکیه بر مهارت‌های دیالکتیکی برای مشکلات هیجانی و رفتاری مانند تحریک‌پذیری (سیسینسکی<sup>۱۰</sup> و همکاران، ۲۰۲۲) و اختلال‌های خلقی و افسردگی (کوتگاسنر<sup>۱۱</sup> و همکاران، ۲۰۲۱؛ مارتینز<sup>۱۲</sup> و همکاران، ۲۰۲۱) حمایت تجربی به‌دست آورده است. از سویی دیگر نتایج دلگرم‌کننده‌ای از اثربخشی این درمان بر اختلال بی‌نظمی خلق مخرب گزارش شده است. برای مثال در پژوهشی که روی کودکان مبتلا به این اختلال صورت گرفت، نتایج حاکی از اثربخشی این درمان بر تحریک‌پذیری و خلق‌و‌خوی عصبانی به‌دست آمد (پرپلتچیکووا و همکاران، ۲۰۱۷). همچنین در پژوهشی دیگر اثربخشی رفتار درمانی دیالکتیکی و درمان‌های معمول روی کودکان مبتلا به بی‌نظمی خلق مخرب مقایسه شد که میزان بهبودی بعد از اجرای درمان دیالکتیکی به شکل معناداری از درمان‌های معمول بیشتر بود (ناپف<sup>۱۳</sup>، ۲۰۱۷) که این موضوع نشان دهنده کارایی بیشتر این روش درمانی در مشکلات رفتاری و هیجانی نوجوانان است. رفتارهای مخرب دوران نوجوانی یکی از رایج‌ترین مشکلات ارجاع داده شده به کلینیک‌ها در سراسر جهان است (بایرن و کالن<sup>۱۴</sup>، ۲۰۲۳). مشخص شده که چنین مشکلاتی نه تنها بر روابط والدین و فرزندان بلکه بر زندگی اجتماعی، تحصیلی و اجتماعی فرد نیز تأثیر قابل توجهی دارد (استرینگاریس و تیلور<sup>۱۵</sup>، ۲۰۱۵؛ کارل<sup>۱۶</sup> و همکاران، ۲۰۱۸). پژوهش‌های مختلف نشان داده‌اند که کودکان و نوجوانانی که دارای اختلال بی‌نظمی خلق

10. Ciesinski
11. Kothgassner
12. Martinez
13. Knopf
14. Byrne & Cullen
15. Stringaris & Taylor
16. Carrell
17. Oktamarina

1. Vrijen
2. Dialectical behavioral therapy (DBT)
3. Flynn
4. Linehan & Wilks
5. Neacsu
6. Wilks
7. Perepletchikova
8. Goldstein
9. Cohen

جلسات مداخله بود. ملاک‌های خروج شامل عدم همکاری و غیبت بیش از دو جلسه و شرکت همزمان در جلسات روان‌درمانی و مشاوره دیگر بود.

### ابزار سنجش

**پرسشنامه خودگزارشی اختلال بی‌نظمی خلق مخرب:** این پرسشنامه توسط بودجریدا و همکاران در سال ۲۰۲۲ برای نوجوانان ۱۲ تا ۱۵ ساله ساخته شده و شامل ۱۰ سؤال بله خیر است که دارای یک سؤال اصلی (سؤال ۱) و ۹ سؤال احتمالی می‌باشد. بدین‌صورت که اگر پاسخ سؤال اول بله باشد ۹ سؤال دیگر هم بررسی می‌شوند ولی در صورت پاسخ خیر به سؤال اصلی، سؤال‌های بعدی هم قابل بررسی نمی‌باشند که این حالت نشان‌دهنده عدم تشخیص اختلال بی‌نظمی خلق مخرب است. نمره‌گذاری این پرسشنامه به این صورت است که به گزینه بله نمره ۱ و به گزینه خیر نمره صفر تعلق می‌گیرد. سؤال ۷ به‌صورت معکوس نمره‌گذاری می‌شود. پایایی این پرسشنامه براساس ضریب آلفای کرونباخ ۰/۹۰ و روایی همزمان از طریق ضریب همبستگی این پرسشنامه با پرسشنامه اختلال افسردگی<sup>۱</sup> ۰/۳۱ و با ویژگی‌های اختلال شخصیت مرزی ۰/۴۲ به‌دست آمد (بودجریدا و همکاران، ۲۰۲۲). این پرسشنامه در ایران توسط احمدیان و همکاران (۱۴۰۱) ترجمه و ویژگی‌های روانسنجی آن بررسی شده است. ویژگی‌های روان‌سنجی این پرسشنامه روی یک نمونه ۵۸۶ نفری (۲۹۵ نفر برای تحلیل عامل اکتشافی و ۲۹۱ نفر برای تحلیل عامل تاییدی) از دانش‌آموزان دوره اول متوسطه شهر کرمانشاه بررسی شد. به‌منظور بررسی ساختار عاملی پرسشنامه از روش تحلیل عاملی اکتشافی به شیوه مؤلفه‌های اصلی با چرخش وریماکس استفاده شد که نتایج نشان داد ۱۰ سوال در قالب دو عامل جهت سنجش این اختلال وجود دارد. عامل خشم و پرخاشگری شامل سوالات ۱، ۳، ۴، ۶، ۸، ۹ و عامل تحریک‌پذیری شامل سوال‌های ۲، ۵، ۷ و ۱۰ بود. همچنین روایی همگرا با استفاده از تحلیل همبستگی پیرسون نشان داد که دامنه ضرایب همبستگی مولفه‌های این پرسشنامه و افسردگی بین ۰/۴۳ تا ۰/۵۶ بود که نشان‌دهنده همبستگی مثبت و معنادار مولفه‌های این پرسشنامه با افسردگی است. همچنین پایایی آن به روش آلفای کرونباخ برای مولفه خشم و پرخاشگری ۰/۸۱، تحریک‌پذیری ۰/۸۰ و کل پرسشنامه ۰/۸۴ و پایایی به روش اسپیرمن- براون و گاتمن به‌ترتیب برای خشم و پرخاشگری ۰/۸۶ و ۰/۷۸، تحریک‌پذیری ۰/۸۸ و ۰/۸۳ و کل پرسشنامه ۰/۹۰ و ۰/۸۹ به دست آمد. به‌علاوه نقطه برش ۵ برای این پرسشنامه مشخص شد. به‌این‌معنا که افرادی که نمره ۵ و بالاتر از ۵ را کسب می‌کنند تشخیص اختلال بی‌نظمی خلق مخرب را می‌گیرند (احمدیان و همکاران، ۱۴۰۱). در این پژوهش ضریب آلفای کرونباخ برای خرده‌مقیاس خشم و پرخاشگری، تحریک‌پذیری و کل به ترتیب، ۰/۷۹، ۰/۸۲ و ۰/۸۸ به‌دست آمد.

**مقیاس واکنش‌پذیری هیجانی:** این پرسشنامه توسط استرینگاریس و همکاران (۲۰۱۲) برای سنجش تحریک‌پذیری کودکان و نوجوانان ساخته

شد. اجرای این پرسشنامه ۶ سوالی به‌طورمعمول بین ۳ تا ۵ دقیقه طول می‌کشد و از نوجوانان خواسته می‌شود به جمله‌هایی که دربرگیرنده توصیف رفتارشان است جواب دهند. نمره‌گذاری آن به صورت طیف سه‌درجه‌ای، ۰=نادرست، ۱ = تاحدی درست و ۲= مطمئناً درست می‌باشد. دامنه نمرات آزمودنی بین ۰ تا ۱۲ قرار دارد. حد پایین نمره صفر، حد متوسط ۶ و حد بالای نمرات ۱۲ می‌باشد. در این پرسشنامه، نمره صفر تا ۴ نشان‌دهنده آمادگی پایین برای واکنش‌پذیری هیجانی و نمره ۴ به‌عنوان خط برش محسوب می‌شود (مولرانی<sup>۲</sup> و همکاران، ۲۰۱۴). هرچه نمره پاسخ‌دهنده به نمره ۱۲ نزدیک‌تر شود، علائم واکنش‌پذیری هیجانی در فرد شدیدتر است. همچنین این پرسشنامه یک سؤال مجزا دارد که از فرد پرسیده می‌شود "آیا تحریک‌پذیری در کل موجب مسائل و مشکلاتی برایش شده است؟" پایایی این پرسشنامه به روش آلفای کرونباخ در نمونه بریتانیایی ۰/۹۰ و در نمونه آمریکایی ۰/۸۸ بود. همچنین ضریب همبستگی آن با پرسشنامه توانایی‌ها و مشکلات<sup>۳</sup> ۰/۶۰ به‌دست آمد (استرینگاریس<sup>۴</sup> و همکاران، ۲۰۱۲). در پژوهش شیبانی و همکاران (۱۴۰۱) آلفای کرونباخ این پرسشنامه ۰/۸۹ و روایی همگرایی آن با پرسشنامه افسردگی ۰/۵۶ به‌دست آمد. در این پژوهش ضریب آلفای کرونباخ برای کل پرسشنامه ۰/۷۹ به‌دست آمد.

**مقیاس خودگزارشی نوجوانان آخنباخ:** این مقیاس ۱۷ سوالی توسط آخنباخ<sup>۵</sup> (۱۹۹۱) ساخته شده و در ایران به‌وسیله مینایی (۱۳۸۴) هنجاریابی شده است. مقیاس مشکلات رفتاری، یک مقیاس خودگزارشی نوجوانان به‌شیوه نظام سنجش مبتنی بر تجربه است که برای دوره سنی ۱۲ تا ۱۸ سال و با حداقل تحصیلات پنجم ابتدایی ساخته شده است. این مقیاس دارای بخش‌های مختلفی از جمله شکایات بدنی، گوشه‌گیری/افسردگی، مشکلات اجتماعی، مشکلات تفکر، افسردگی/اضطراب، مشکلات توجه، رفتار پرخاشگرانه و رفتار بزهکارانه است. در پژوهش حاضر از سوالات بخش پرخاشگری استفاده شده است. نمره‌گذاری این مقیاس براساس وضعیت و شرایط کودک در ۶ ماه گذشته در قالب طیف لیکرت، نادرست (صفر)، تاحدی درست (۱)، کاملاً یا غالباً درست (۲) می‌باشد. حداقل و حداکثر نمره در این مقیاس به ترتیب ۰ و ۳۴ است که نمره بالاتر نشان‌دهنده پرخاشگری و مشکلات بیشتر است. برای تعیین پایایی این پرسشنامه از روش بازآزمایی در فاصله زمانی ۷ ماه استفاده شد که همبستگی بین دو اجرا در خرده مقیاس شایستگی کلی ۰/۶۲ و مشکلات رفتاری کلی ۰/۵۶ بود. متوسط همبستگی در یک نمونه بالینی ۱۲ الی ۱۷ ساله بافاصله زمانی ۶ ماه در مشکلات رفتاری کل ۰/۶۹ گزارش شده است. همچنین آلفای کرونباخ این مقیاس ۰/۹۷ و ضریب اعتبار بازآزمایی ۰/۹۴ به‌دست آمد (آخنباخ و رسکورلا<sup>۶</sup>، ۲۰۰۷). ضریب آلفای کرونباخ در پژوهش مینایی (۱۳۸۵) برای مقیاس پرخاشگری

5. Stringaris  
6. Achenbach  
7. Achenbach, T.M. & Rescorla

1. Depression disorder questionnaire (DDQ)  
2. Boudjerida  
3. Mulraney  
4. The Strengths and difficulties questionnaire (SDQ)

۰/۹۴ و اعتبار بازآزمایی در همین پژوهش ۰/۹۰ به دست آمد. در این پژوهش ضریب آلفای کرونباخ ۰/۸۹ به دست آمد.

**مصاحبه‌ی بالینی بر اساس راهنمای آماری و تشخیصی اختلال‌های روانی:** مصاحبه‌ی تشخیصی نیمه‌ساختاریافته از مجموعه معیارهای تشخیصی اختلالات روانی به وجود آمده است که هدف آن، ارزیابی الگوهای رفتاری، احساسات و افکار آزمودنی‌هایی است که به شکلی با تشخیص اختلال آنها ارتباط دارد که برای این منظور از راهنمای عملی مصاحبه بالینی و تشخیصی نوزام<sup>۱</sup> (۲۰۱۳) استفاده شد. همچنین برای آموزش رفتاردرمانی دیالکتیکی از نسخه کالاهان (۲۰۰۸) که توسط صفری و علیزاده (۱۳۹۸) در ایران ترجمه شده است استفاده شد که شامل ۱۰ جلسه آموزشی ۶۰ دقیقه‌ای (هر هفته دو جلسه) بود. خلاصه جلسات آموزشی در جدول ۱ آمده است.

### جدول ۱: خلاصه جلسات رفتاردرمانی دیالکتیکی

جلسه	شرح جلسات
اول	اجرای پیش‌آزمون، معرفی دوره، اهمیت توجه‌آگاهی و آموزش مهارت-های چپستی (مشاهده، توصیف و مشارکت)
دوم	آموزش مهارت‌های چگونه (اتخاذ یک موضع غیرقضوتی، تمرکز کردن روی یک کار در یک لحظه و کارآمد بودن) و همچنین متعادل ساختن ذهن هیجانی، ذهن منطقی و رسیدن به ذهن خردگرا
سوم	آموزش مهارت اثربخشی بین‌فردی، گسترش خوداحترامی و تسلط، آموزش تاثیرگذاری روابط و اهداف، تقویت مهارت نه گفتن
چهارم	ادامه آموزش اثربخشی خوداحترامی و بحث درباره آن، صحبت و بحث درخصوص عوامل محیطی موثر بر اثربخشی بین‌فردی، کمک به اشخاص جهت پیدا کردن چندین جمله روحیه بخش برای خود
پنجم	ارائه انواع جملات خود روحیه‌بخش (تمرین تصویری و بلند فکر کردن)، ارائه انواع شیوه‌های اثربخشی اهداف و روابط (مشاهده کردن، بیان کردن، ابراز کردن، تقویت کردن، در حالت توجه‌آگاهی ماندن، با اطمینان ظاهر شدن، مذاکره کردن، جابه‌جا کردن نقش‌ها)
ششم	تبیین رفتارهای مخرب در قالب یک مدل هیجانی، تشریح اجزای این مدل هیجانی
هفتم	تشریح ادامه مدل هیجانی پرخاشگری و اختلال‌های خلقی، راهبردهای کاهش هیجانات منفی و افزایش رویدادهای مثبت
هشتم	آموزش توجه‌آگاهی نسبت به هیجان‌های کنونی، به‌کارگیری تکنیک تن‌آرامی برای نوجوانان، تمرین تنفس برای تن‌آرامی
نهم	آموزش مهارت‌های تحمل آشفتگی، تحمل و بقا در شرایط بحرانی، تکنیک‌های حواس‌پرتی (توجه‌برگردانی)
دهم	مرور نهایی برنامه و اهداف درمان، مشخص کردن حوزه‌هایی که اهداف درمان در آنها برآورده نشده و پیشرفت حاصل نگرفته، همچنین حوزه‌هایی که پیشرفت کمی در آن به دست آمده و نیاز به توجه بیشتری دارد. جمع بندی و اجرای پس‌آزمون

پس از دریافت کداخلاق، معرفی‌نامه و اخذ مجوزهای لازم از آموزش و پرورش یک مدرسه به صورت دردسترس انتخاب و سپس با هماهنگی مدیر مدرسه پرسشنامه اختلال بی‌نظمی خلق مخرب در بین دانش‌آموزان این مدرسه (۴۸۰ نفر) پخش شد و باتوجه به نقطه برش این پرسشنامه، ۴۵ نفر انتخاب و سپس از این افراد مصاحبه تشخیصی به عمل آمد که در این مرحله ۲ نفر به علت عدم احراز ملاک‌های این اختلال، حذف شدند و ۳ نفر نیز تمایل به همکاری نداشتند. بنابراین نمونه نهایی شامل ۴۰ نفر از دانش‌آموزان پسر ناحیه یک بود که به صورت تصادفی در دو گروه آزمایش و کنترل (هر گروه ۲۰ نفر) گمارده شدند. آزمودنی‌ها در فاصله زمانی اواسط آذر تا پایان دی ماه ۱۴۰۱ تحت مداخله قرار گرفتند. قبل از شروع جلسات درمان از آزمودنی‌ها پیش‌آزمون گرفته شد. سپس ۱۰ جلسه درمانی ۶۰ دقیقه‌ای (هفته‌ای دو جلسه) در مدرسه‌ای در ناحیه یک روی گروه آزمایش اجرا شد و گروه کنترل در لیست انتظار قرار گرفت. در نهایت از هر دو گروه پس‌آزمون به عمل آمد و آزمون پیگیری هم سه ماه بعد از پس‌آزمون اجرا شد. لازم به ذکر است یک نفر از آزمودنی‌های گروه آزمایش به دلیل دریافت خدمات روان‌پزشکی از روند درمان خارج شد و تجزیه و تحلیل داده‌ها در نهایت روی ۳۹ نفر (۱۹ نفر گروه آزمایشی و ۲۰ نفر گروه کنترل) انجام شد. این پژوهش با کد اخلاق IR.RAZI.REC.1402.006 در کمیته اخلاق دانشگاه رازی به تصویب رسید. همچنین در این پژوهش اصول اخلاقی مانند گرفتن رضایت‌نامه کتبی و شرکت آگاهانه از دانش‌آموزان، در جریان قرار دادن شرکت‌کنندگان از اهداف و طرح پژوهش، اطمینان دادن به مراجعان در خصوص محرمانه ماندن اطلاعات شخصی و احترام به حقوق افراد نمونه و توضیح هدف پژوهش برای آزمودنی‌ها مورد توجه قرار گرفت. همچنین در پایان جلسات درمانی، برای گروه کنترل نیز مداخلات انجام شد و اطلاعات از طریق تحلیل کوواریانس تک متغیری و آزمون تعقیبی بن فرونی با بهره‌گیری از نرم افزار آماری SPSS24 تجزیه و تحلیل شد. در این مطالعه مقدار P کمتر از ۰/۰۵ معنی‌دار تلقی گردید.

### یافته‌ها

میانگین و انحراف استاندارد سن در گروه آزمایش (۱۳/۵۸±۰/۹۶) و گروه کنترل (۱۳/۴۵±۰/۹۴) بود. داده‌های مربوط به متغیرهای وابسته در پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری با شاخص‌های توصیفی میانگین و انحراف استاندارد به تفکیک گروه‌ها در جدول شماره ۲ گزارش شده است.

جدول ۲: میانگین و انحراف استاندارد نمره متغیرهای وابسته گروه آزمایش و کنترل در پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری

متغیرها	آزمودنی‌ها	شاخص‌های آماری	پیش‌آزمون	پس‌آزمون	پیگیری
تحریک‌پذیری	گروه آزمایش	میانگین	۸/۲۶	۴/۲۱	۴/۰۵
		انحراف استاندارد	۰/۴۵۲	۰/۶۳۱	۱/۵۴
پر خاشگری	گروه کنترل	میانگین	۷/۳۵	۷/۴۰	۷/۷۰
		انحراف استاندارد	۰/۸۷۵	۰/۸۲۱	۰/۸۶۵
تحریک‌پذیری	گروه آزمایش	میانگین	۲۳/۴۲	۱۳/۳۲	۱۴/۶۸
		انحراف استاندارد	۱/۶۱	۱/۵۲	۲/۱۳
پر خاشگری	گروه کنترل	میانگین	۲۳/۴۵	۲۵/۰۵	۲۵/۹۵
		انحراف استاندارد	۲/۶۰	۲/۰۳	۱/۹۵

همان‌طور که در جدول ۲ مشاهده می‌شود نمرات پس‌آزمون و پیگیری گروه آزمایش در مولفه‌های تحریک‌پذیری و پر خاشگری کاهش داشته است؛ اما در گروه کنترل نمرات در هر سه دوره تفاوت چندانی با هم ندارند. به‌منظور تحلیل داده‌ها از آزمون تحلیل واریانس تک متغیره استفاده شد، لذا ابتدا مفروضه‌های زیربنایی این آزمون مورد بررسی قرار گرفت. از آزمون کالموگروف-اسمیرنف برای بررسی نرمال بودن توزیع نمرات استفاده شد. نتایج نشان داد که پیش‌فرض نرمال بودن توزیع داده‌ها برقرار است.

( $P > 0.05$ ). آزمون لوین که جهت بررسی همگنی متغیرهای پژوهش در سه مرحله اندازه‌گیری (پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری) استفاده شد معنی‌دار نبود بنابراین واریانس این متغیرها در گروه‌ها برابر بود. همچنین نتایج آزمون همگنی شیب رگرسیون نشان داد سطح معنی‌داری بزرگ‌تر از ۰/۰۵ شده، بنابراین این فرض هم مورد تایید قرار گرفت. به‌این ترتیب شرایط لازم برای اجرای تحلیل واریانس تک متغیره برقرار است.

جدول ۳: تحلیل کوواریانس تک‌متغیری اثر رفتار درمانی دیالکتیکی بر متغیرهای وابسته در مرحله پس‌آزمون

متغیر	مجموع مجذورات	DF	میانگین مجذورات	F	سطح معنی‌داری	اندازه اثر
تحریک‌پذیری	۶۴/۶۳۶	۱	۶۴/۶۳۶	۱۱۷/۷۰۰	۰/۰۰۱	۰/۷۶
پر خاشگری	۱۳۳۸/۹۸۶	۱	۱۳۳۸/۹۸۶	۵۰۹/۰۰۴	۰/۰۰۱	۰/۹۳

همان‌طور که در جدول ۳ مشاهده می‌شود، بین نمرات گروه آزمایش و کنترل در مرحله پس‌آزمون تفاوت معنی‌داری وجود دارد. همچنین محاسبه اندازه اثر برای متغیرهای وابسته نشان‌دهنده تاثیر ۷۶ تا ۹۳ درصدی متغیر مستقل (رفتار درمانی دیالکتیکی) بر متغیرهای وابسته است.

جدول ۴: تحلیل کوواریانس تک‌متغیری اثر رفتار درمانی دیالکتیکی بر متغیرهای وابسته در مرحله پیگیری

متغیر وابسته	مجموع مجذورات	DF	میانگین مجذورات	F	سطح معنی‌داری	اندازه اثر
تحریک‌پذیری	۴/۷۱	۱	۴/۷۱	۳/۴۱	۰/۰۳	۰/۸۷
پر خاشگری	۲۱/۵۰	۱	۲۱/۵۰	۶/۳۳	۰/۰۱۶	۰/۶۷

همان‌طور که در جدول ۴ مشاهده می‌شود، بین نمرات گروه آزمایش و کنترل در مرحله پیگیری تفاوت معنی‌داری وجود دارد. به‌عبارت‌دیگر اثرات رفتار درمانی دیالکتیکی پس از گذشت ۳ ماه همچنان تداوم داشته است. اندازه اثر برای متغیرهای تحریک‌پذیری و پر خاشگری نشان‌دهنده تاثیر ۶۷ تا ۸۷

درصدی متغیر مستقل (رفتار درمانی دیالکتیکی) بر متغیرهای وابسته است. جهت بررسی تفاوت گروه آزمایش با کنترل در متغیرهای پژوهش از آزمون تعقیبی بونفرونی استفاده شد که نتایج آن در جدول ۵ آمده است.

جدول ۵: نتایج آزمون تعقیبی بن‌فرونی برای مقایسه زوجی میانگین متغیرهای وابسته بر حسب مرحله ارزیابی

متغیر	مراحل	گروه آزمایش		گروه کنترل			
		تفاوت میانگین	خطای استاندارد	P	میانگین	انحراف معیار	P
تحریک‌پذیری	پیش‌آزمون - پس‌آزمون	۴/۰۵*	۰/۱۹	۰/۰۰۱	-۰/۰۵	۰/۲۷	۱
	پیش‌آزمون - پیگیری	۴/۲۱*	۰/۳۶	۰/۰۰۱	-۰/۳۵	۰/۲۶	۰/۶۰
پرخاشگری	پس‌آزمون - پیگیری	-۰/۱۵	۰/۳۴	۱	-۰/۳۰	۰/۱۷	۰/۳۳
	پیش‌آزمون - پس‌آزمون	۱۰/۱۰*	۰/۵۱	۰/۰۰۱	-۱/۶۰	۰/۴۳	۰/۴۰
	پیش‌آزمون - پیگیری	۸/۷۳*	۰/۶۳	۰/۰۰۱	-۲/۵۰	۰/۵۶	۱
	پس‌آزمون - پیگیری	-۱/۳۶	۰/۵۲	۰/۰۵۱	-۰/۹۰	۰/۳۹	۰/۰۹

بتوانند راهکارهای ناسازگارانه‌ای مانند نشخوار ذهنی، زود از کوره در رفتن و سرزنش خود و دیگران را کاهش دهند و به همین نسبت پذیرش آنها افزایش یافته و با ارزیابی و برنامه‌ریزی مثبت از بروز تحریک‌پذیری جلوگیری کنند. این درمان با آموزش مهارت‌های مبتنی بر عمل، مبتلایان را در انتخاب بهترین پاسخ در موارد بحرانی و به تاخیر انداختن پاسخ‌های تکانه‌ای، راهنمایی کرده و باعث کاهش تحریک‌پذیری آنها می‌شود. به عبارت دیگر، فرد در مواجهه با مشکلات متعدد خلاق‌تر شده و قبل از اینکه به صورت احساسی و تکانشی عمل کند، همه جوانب را بررسی می‌کند تا بهترین پاسخ را ارائه دهد.

در تبیینی دیگر می‌توان بیان کرد مهارت تحمل‌پریشانی به نوجوانان دارای این اختلال احتمالاً در پذیرش و کنار آمدن با شرایط آشفته‌ساز کمک می‌کند تا راهکارهای مقابله‌ای ناسازگار مانند خودآسیب‌رسانی و تحریک‌پذیری را با راهکارهای مقابله‌ای سالم جایگزین کنند (استرینگریس و همکاران، ۲۰۱۸). به علاوه این افراد به دلیل یاد نگرفتن شیوه‌های درست کنار آمدن با مسائل و مشکلات زندگی، به شکل ناسازگار و نامطلوب رفتار می‌کنند. به گونه‌ای که یکی از مهم‌ترین مشکلاتشان به عدم توان آنها در ارزیابی و نظارت بر رفتارشان ارتباط دارد که همین امر باعث می‌شود انتظار کشیدن برای آنها سخت باشد و بدون توجه به آثار احتمالی رفتارهایشان، دست به تصمیم‌گیری احساسی و تکانشی بزنند؛ ولی مهارت‌های رفتار درمانی دیالکتیکی که متضمن خودارزیابی، کنترل هیجان‌های منفی و حل مسئله است، باعث می‌شود که این افراد مهارت‌های بیان شده را در خود تقویت کنند و بدون نیاز به کمک دیگران کارهای خود را به درستی و با روشی بهتر انجام دهند. مثلاً فرد با آموزش مهارت حل مسئله یاد می‌گیرد پیش از آنکه احساس‌های آشفته‌ساز فعال شوند و فرد را درگیر کنند، اقدام به نظم‌بخشی هیجان کند و با استفاده از تحلیل رفتار و دنبال کردن وقایعی که منجر به هیجان آسیب‌زا شده است آنها را تغییر دهد و یا از شدتشان بکاهد. همچنین از آنجا که بخش زیادی از تصمیم‌های تکانشی و رفتارهای نوجوان به دلیل حضور در محیط و شرایط تحصیلی جدید همراه با تحولات جسمانی و روانی است (وانگ<sup>۵</sup> و همکاران، ۲۰۲۰). آموزش مهارت‌های رفتار درمانی دیالکتیکی

چنانچه در جدول ۵، مشاهده می‌شود، در متغیرهای تحریک‌پذیری و پرخاشگری در مرحله پیش‌آزمون با پس‌آزمون و پیگیری تفاوت معناداری وجود دارد ( $P < 0/05$ ) ولی بین مرحله پس‌آزمون با پیگیری در این متغیرها، تفاوت معناداری وجود ندارد ( $P > 0/05$ ). این یافته بدان معنی است که رفتار درمانی دیالکتیکی نه تنها منجر به کاهش متغیرهای وابسته در گروه آزمایش شده است، بلکه این تاثیر در مرحله پیگیری نیز پایدار بوده است.

### بحث و نتیجه‌گیری

این پژوهش با هدف اثربخشی رفتار درمانی دیالکتیکی بر کاهش تحریک‌پذیری و پرخاشگری در دانش‌آموزان دوره اول متوسطه شهر کرمانشاه دارای اختلال بی‌نظمی خلق مخرب انجام گرفت. نتایج نشان داد رفتار درمانی دیالکتیکی بر کاهش تحریک‌پذیری دانش‌آموزان دارای این اختلال اثربخش و ماندگار است. این یافته همسو با نتایج پژوهش‌های پدرینی و همکاران (۲۰۲۱)، پرپلتچیکووا و همکاران (۲۰۱۷)، زاپولسکی و همکاران (۲۰۲۲) و گوپلن بوتلا<sup>۱</sup> و همکاران (۲۰۲۱) است. در تبیین این یافته می‌توان گفت افراد مبتلا به این اختلال به علت تحریک‌پذیری شدید و دوره‌ای، بی‌نظمی و اختلال در رفتار در معرض خطر و مشکلات زیادی، هستند (آلتوف<sup>۲</sup> و همکاران، ۲۰۱۶؛ کوپلند و همکاران، ۲۰۱۳). همچنین افراد تحریک‌پذیر برای عصبانی شدن مستعدترند و حتی کوچکترین تحریک را به عنوان مشکل و خطا قلمداد می‌کنند و توانایی به تاخیر انداختن رویدادها را ندارند و به صورت لحظه‌ای به آنها پاسخ می‌دهند (استرینگریس و همکاران، ۲۰۱۸؛ روی<sup>۳</sup> و همکاران، ۲۰۱۴). از این رو رفتار درمانی دیالکتیکی با آموزش مهارت تنظیم خلق و هیجان، زمینه را برای باز ارزیابی مثبت در این افراد فراهم کرده و به هیجانات فرد نظم می‌بخشد. به علاوه این درمان با آموزش مهارت‌های بین‌فردی و افزایش هیجانات مثبت به تقویت تعاملات اثربخش و مثبت نوجوانان با والدین، همسالان و اطرافیان می‌پردازد و احتمالاً منجر به کاهش تحریک‌پذیری و هیجانات منفی آنها می‌شود (راتوس<sup>۴</sup> و همکاران، ۲۰۱۵). از سویی دیگر آموزش این مهارت‌ها باعث می‌شود که افراد دارای این مشکلات

4. Rathus  
5. Wang

1. Guillén Botella  
2. Althoff  
3. Roy



به جای سرزنش خود و روابط نامطلوب با دیگران، آنها را بپذیرند و در طول زمان، رفتار مناسب و محترمانه تری با اطرافیان خود داشته باشند و بتوانند توانایی های خود را در محیط تحصیلی جدید به خوبی آشکار کنند. این مسئله سبب می شود زمینه های مشترکی بین او و دیگران شناسایی شود و ارتباط آنان بهبود یابد. به این ترتیب احساس تعلق و وابستگی وی با محیط جدید بیشتر می شود و به همان نسبت از تعارضات و رفتارهای پرخاشگرانه اش کاسته می شود. در توضیحی دیگر می توان به نظر لینهان و ویلکز (۲۰۱۵) اشاره کرد که مشکلات مربوط به تنظیم هیجان را عامل اصلی بروز رفتارهای پرخاشگرانه می دانند. توانایی درک و تنظیم هیجانها، به عنوان بخش جدایی ناپذیر رشد بهنجار، می تواند باعث ارتباط بین فردی و تصمیم گیری موثر و رفتارهای سازگارانه شود. همچنین این مهارت ها، اثری بسیار قوی در توانایی خودتنظیمی اشخاص دارد. خودتنظیمی به فرایندهای روان شناختی که افراد باید به منظور کارکرد انطباقی انجام دهند، اشاره دارد. این فرایندها شامل افکار، استرس، خشم، خلق و خو و هرگونه هیجان اثرگذار بر این تکانها می باشد (تروسلارد و همکاران، ۲۰۱۰). بنابراین می توان گفت تنظیم هیجانی می تواند به وسیله افزایش خودتنظیمی بر کنترل و مهار پرخاشگری اثرگذار باشد. از دیگر ویژگی های که در تنظیم هیجانی وجود دارد، آگاهی هیجانی است که به افراد در مدیریت افکار ناخواسته و تکانشی کمک می کند بنابراین این مهارت ها احتمالاً می توانند باعث بهبود رفتار و اعمال انطباقی، و به تبع آن منجر به کاهش رفتارهای پرخاشگرانه شوند.

از جمله محدودیت های این پژوهش محدودیت جامعه آماری به پسران دارای اختلال بی نظمی خلق مخرب شهر کرمانشاه و استفاده از روش نمونه گیری در دسترس بود. بر این اساس پیشنهاد می شود پژوهش حاضر با جامعه آماری دیگر و همچنین با روش نمونه گیری تصادفی اجرا تا روایی بیرونی پژوهش ارتقا یابد. همچنین با توجه به اثربخشی رفتار درمانی دیالکتیکی بر دانش آموزان دارای اختلال بی نظمی خلق مخرب، به متخصصان اعصاب و روان پیشنهاد می شود در کنار استفاده از درمان های دارویی، از درمان های روان شناختی به ویژه درمان دیالکتیکی استفاده کنند. از دیگر پیشنهادهایی که می توان ارائه کرد، متناسب سازی محتوای رفتار درمانی دیالکتیکی برای آموزش والدین دانش آموزان دارای این اختلال و آگاه کردن آنها از خطرات رفتارهای مخرب نوجوانان به صورت حضوری و مجازی می باشد که در اجرای بهتر و گسترده تر این درمان کمک خواهد کرد.

مقاله حاضر برگرفته از رساله دکتری رشته روان شناسی دانشگاه رازی است.

### تعارض منافع

هیچ گونه تعارضی در منافع این مقاله وجود ندارد.

### تشکر و قدردانی

بدین وسیله از تمامی کسانی که ما را در انجام این پژوهش یاری رساندند، تقدیر و تشکر به عمل می آید.

می تواند به سازگاری هرچه بیشتر وی با محیط و تحولات درونی جدید کمک کند؛ برای مثال آموزش توجه آگاهی به نوجوان کمک می کند تا بدون قضاوت و واکنش گری به تحولات بیرونی و درونی احترام بگذارد و به این نکته توجه کند که این تغییرات، هیجان های طبیعی با خود به همراه دارند که اجتناب از تجربه کردن آنها باعث استرس و رفتارهای تکانشگری بیشتری در آنان می شود. از سوی دیگر این مهارت به فرد کمک می کند تا همسالان را بدون قضاوت و طبقه بندی کردن آنها به خوب و بد بپذیرد و با تمرکز بر زمان حال بتواند ارتباط بهتری با دوستان جدید خود برقرار کند. همچنین می توان گفت آموزش این مهارت باعث می شود فرد انجام نشدن کار خود در موعد مقرر را، بدون داوری کردن خود و توانمندی هایش، به منزله یک نقص و مشکل در نظر نگیرد و آن را به عنوان یک تجربه و بدون قضاوت و ارزیابی، مورد پذیرش قرار دهد.

نتایج دیگر نشان داد میانگین نمره پرخاشگری، دو گروه رفتار درمانی دیالکتیکی و کنترل تفاوت معنی داری دارد. این نتیجه همسو با نتایج پژوهش های پریلتچیکووا و همکاران (۲۰۱۷)، سسینسکی و همکاران (۲۰۲۲) و گویلن بوتلا و همکاران (۲۰۲۱) است. درخصوص تبیین این یافته ها می توان عنوان کرد که یکی از مشکلات اصلی که نوجوانان دارای اختلال بی نظمی خلق مخرب با آن مواجه اند نشانه های خشم و پرخاشگری است که منجر به تأثیر نامطلوب بر روابط اجتماعی، عزت نفس و مشکلات مربوط به مدرسه در این افراد می شود (مگان<sup>۱</sup>، ۲۰۲۰). در همین راستا رفتار درمانی دیالکتیکی، با آموزش مهارت توجه آگاهی به فرد کمک می کند هیجانات خود را بدون قضاوت تجربه کند. این تجربه بدون قضاوت باعث می شود فرد هیجانات خود را به صورت دقیق تر بررسی کند و این موضوع به فرد فرصت می دهد نشخوار خشم را کاهش دهد و ارزیابی عمیق تری از اتفاقات پیش آمده داشته باشد و در نتیجه با کاهش نشخوار خشم و هیجانات منفی، احتمال رفتارهای پرخاشگرانه کاهش و احتمال عمل براساس فکر و منطق افزایش می یابد، همچنین آموزش تفکر دیالکتیکی باعث می شود فرد به اطلاعات مثبت در کنار اطلاعات منفی توجه کند و در موقعیت خشم برانگیز از سوگیری شناختی و برداشت های خصمانه جلوگیری کند و در ادامه با بررسی دقیق موقعیت، واکنش مناسب و سازگارانه ای داشته باشد (فن دایک<sup>۲</sup>، ۲۰۱۳).

از دیگر تبیین هایی که می توان در جهت تاثیر رفتار درمانی دیالکتیکی بر کاهش پرخاشگری دانش آموزان دارای اختلال بی نظمی خلق مخرب بیان کرد مربوط به نقش مثبت مهارت های بین فردی می باشد. از آنجا که نوجوانان پرخاشگر معمولاً قادر نیستند رفتار خود را مهار و کنترل کنند، معیارها و ارزش های جامعه ای را که در آن زندگی می کنند، به راحتی زیر پا می گذارند. بنابراین در زمینه مکانیسم احتمالی اثرگذاری مهارت های دیالکتیکی بر پرخاشگری، می توان این گونه مفهوم سازی کرد که آموزش مهارت های جراتمندانه و ابراز وجود به این افراد کمک کرده است تا ارتباطات خود را در مواقع مورد نیاز بازسازی کنند و بتوانند در شرایط بحرانی و تنش را تصمیم های منطقی تری بگیرند. مثلاً به نوجوانان مبتلا به این اختلال آموزش داده شد

- disorder versus oppositional defiant disorder. *Child Neuropsychological*, 29(6), 1-23.
- Brotman, M. A., & Kircanski, K. (2023). Editorial: A Cry for Help: We Need Nonpharmacological Randomized Controlled Trials for Pediatric Irritability. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 62(3), 292-293.
- Byrne, G., & Cullen, C. (2023). Acceptance and Commitment Therapy for Anger, Irritability, and Aggression in Children, Adolescents, and Young Adults: A Systematic Review of Intervention Studies. *Trauma, Violence, & Abuse*, 11(77), 1-12.
- Carrell, S. E., Hoekstra, M., & Kuka, E. (2018). The long-run effects of disruptive peers. *American Economic Review*, 108(11), 3377-3415.
- Ciesinski, N. K., Sorgi-Wilson, K. M., Cheung, J. C., Chen, E. Y., & McCloskey, M. S. (2022). The effect of dialectical behavior therapy on anger and aggressive behavior: A systematic review with meta-analysis. *Behaviour research and therapy*, 154(22), 104-122.
- Cohen, J. M., Norona, J. C., Yadavia, J. E., & Borsari, B. (2021). Affirmative dialectical behavior therapy skills training with sexual minority veterans. *Cognitive and Behavioral Practice*, 28(1), 77-91.
- Coldevin, M., Brænden, A., Zeiner, P., Øyen, A. S., Melinder, A., & Stubberud, J. (2023). Disruptive Mood Dysregulation Disorder in a Norwegian Clinical Child Population. *Clinical Child Psychology and Psychiatry*, 28(4), 1-14.
- Copeland, W. E., Angold, A., Costello, E. J., & Egger, H. (2013). Prevalence, comorbidity, and correlates of DSM-5 proposed disruptive mood dysregulation disorder. *The American Journal of Psychiatry*, 170(2), 173-179.
- Copeland, W. E., Shanahan, L., Egger, H., Angold, A., & Costello, E. J. (2014). Adult diagnostic and functional outcomes of DSM-5 disruptive mood dysregulation disorder. *The American Journal of Psychiatry*, 171(6), 668-674.
- De Bles, N. J. (2023). *Consumed by a forbidden emotion: anger and aggression in patients with psychiatric disorders* (Doctoral dissertation, Leiden University).
- DeSalvo, N. (2023). How Gender Shapes Anger and Aggression. [Unpublished Master's Thesis]. Rhode Island College.
- Evans, S. C., Abel, M. R., Doyle, R. L., Skov, H., & Harmon, S. L. (2021). Measurement and correlates of irritability in clinically referred youth: Further examination of the Affective Reactivity Index. *Journal Affective Disorder*, 15(283) 420-429.
- Flynn, D., Kells, M., & Joyce, M. (2021). Dialectical behaviour therapy: Implementation of an evidence-based intervention for borderline personality disorder in public health systems. *Current Opinion in Psychology*, 37(36), 152-157.
- Goldstein, T. R., Fersch-Podrat, R. K., Rivera, M., Axelson, D. A., Merranko, J., Yu, H., Brent, D. A., & Birmaher, B. (2015). Dialectical behavior therapy for adolescents with bipolar disorder: results from a pilot randomized trial. *Journal of Child and Adolescent Psychopharmacology*, 25(2), 140-149.
- احمدیان، علی، مومنی، خدامراد و کرمی، جهانگیر. (۱۴۰۲). ویژگی‌های روان‌سنجی و ساختار عاملی نسخه ایرانی پرسشنامه اختلال بی‌نظمی خلق مخرب در نوجوانان. *روانشناسی تحولی: روان‌شناسان ایرانی*، ۱۹(۷۴)، ۲۱۱-۲۲۴.
- دلاور، علی. (۱۴۰۱). کتاب روش تحقیق در روان‌شناسی و علوم تربیتی. تهران: ویرایش.
- شبیانی، حسین، میکاییلی، نیلوفر و نریمانی، محمد. (۱۴۰۱). اثربخشی درمان شناختی رفتاری بر تنظیم هیجان و تحریک‌پذیری دانش‌آموزان مبتلا به اختلال بدتنظیمی خلق مخرب. *روان‌شناسی مدرسه و آموزشگاه*، ۱۳(۱)، ۵۶-۶۷.
- فلاحی وحید، نریمانی، محمد و عطادخت، اکبر. (۱۴۰۰). خصوصیات روان‌سنجی فرم کوتاه مقیاس دشواری در تنظیم هیجان (DERS-16): در گروهی از نوجوانان ایرانی. *مجله علمی پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی شهید صدوقی یزد*. ۳۷۲۱-۳۷۳۵، (۵)، ۲۹.
- کالاهان، کنی. (۲۰۰۸). *رفتار درمانی دیالکتیکی برای کودکان و نوجوانان* (۱۳۹۸). ترجمه فرزانه صفری و پرویز علیزاده. تهران: ارجمند.
- مینایی اصغر. (۱۳۸۵). انطباق و هنجاریابی سیاهه رفتاری کودک آنباخ، پرسش‌نامه خودسنجی و فرم گزارش معلم. *فصلنامه کودکان استثنایی*. ۱۱۶(۱)، ۵۵۸-۵۲۹.
- Achenbach, T. M. (1991). *Manual for the Youth Self-Report and 1991 Profile*. Burlington Press.
- Achenbach, T.M. & Rescorla, L.A. (2007). *Multicultural understanding of child and adolescent psychopathology: Implications for mental health assessment*. Guilford Press.
- Althoff, R. R., Ayer, L. A., Rettew, D. C., & Hudziak, J. J. (2010). Assessment of dysregulated children using the Child Behavior Checklist: A receiver operating characteristic curve analysis. *Psychological Assessment*, 22(3), 609-617.
- American Psychiatric Association. (2022). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders, 5th ed-Text Revision*. American Psychiatric Association, Washington DC.
- Axelson, D., Findling, R. L., Fristad, M. A., Kowatch, R. A., Youngstrom, E. A., Horwitz, S. M., Arnold, L. E., Frazier, T. W., Ryan, N., Demeter, C., Gill, M. K., Hauser-Harrington, J. C., Depew, J., Kennedy, SH. M., Gron, B. A., Rowles, B. M., Birmaher, B. (2012). Examining the proposed disruptive mood dysregulation disorder diagnosis in children in the Longitudinal Assessment of Manic Symptoms study. *Journal of Clinical Psychiatry*, 73(10), 1342-1350.
- Barclay, M. E., Silvers, J. A., & Lee, S. S. (2022). Childhood irritability: Predictive validity and mediators of adolescent psychopathology. *Research on Child and Adolescent Psychopathology*, 50(9), 1165-1177.
- Boudjerida, A., Labelle, R., Bergeron, L., Berthiaume, C., Guilé, J. M., & Breton, J. J. (2022). Development and Initial Validation of the Disruptive Mood Dysregulation Disorder Questionnaire Among Adolescents From Clinic Settings. *Frontiers in Psychiatry*, 13(61), 1-8.
- Brænden, A., Coldevin, M., Zeiner, P., Stubberud, J., & Melinder, A. (2023). Neuropsychological mechanisms of social difficulties in disruptive mood dysregulation

- Neacsiu, A. D., Rompogren, J., Eberle, J. W., & McMahon, K. (2018). Changes in problematic anger, shame, and disgust in anxious and depressed adults undergoing treatment for emotion dysregulation. *Behavior Therapy*, 49(3), 344-359.
- Nussbaum, A. M. (2013). *The Pocket Guide to the DSM-5 Diagnostic Exam*. American Psychiatric Press.
- Oktamarina, L., Hamidah, N. S., Anggraini, A., Lisa, H. R., Khasanah, E. R., & Miranti, W. (2022). Gangguan Suasana Hati Pada Anak Disruptive Mood Dysregulation Disorder (Dmdd). *Jurnal Multidisipliner Kapalamada*, 1(03 September), 307-315.
- Onishi, A., Kawabata, Y., Kurokawa, M., & Yoshida, T. (2012). A mediating model of relational aggression, narcissistic orientations, guilt feelings, and perceived classroom norms. *School Psychology International*, 33(4), 367-390.
- Parigger, J. (2023). *Implicit Theories of Emotion and Disruptive Behaviors in Adolescence: Pathways Through Emotion Dysregulation*. [Unpublished doctoral dissertation]. University of Tennessee State.
- Pedrini, L., Rossi, R., Magni, L. R., Lanfredi, M., Meloni, S., Ferrari, C., Macis, A., Lopizzo, N., Zonca, V., & Cattaneo, A. (2021). Emotional Regulation in Teens and Improvement of Constructive Skills (EmoTICoS): study protocol for a randomized controlled trial, 22(14), 1-13.
- Perepletchikova, F., Nathanson, D., Axelrod, S. R., Merrill, C., Walker, A., Grossman, M., Rebata, J., Scahill, L., Kaufman, J., Flye, B., Mauer, E., & Walkup, J. (2017). Randomized clinical trial of dialectical behavior therapy for preadolescent children with disruptive mood dysregulation disorder: feasibility and outcomes. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 56(10), 832-840.
- Rathus, J., Campbell, B., Miller, A., & Smith, H. (2015). Treatment acceptability study of walking the middle path, a new DBT skills module for adolescents and their families. *American Journal of Psychotherapy*, 69(2), 163-178.
- Roy, A. K., Lopes, V., & Klein, R. G. (2014). Disruptive mood dysregulation disorder: A new diagnostic approach to chronic irritability in youth. *American Journal of Psychiatry*, 171(9), 918-924.
- Shechtman, Z., & Tutian, R. (2016). Teachers treat aggressive children: An outcome study. *Teaching and Teacher Education*, 58(16), 28-34.
- Sorter, M., Chua, J., Lamy, M., Barzman, D., Ryes, L., & Shechtman, J. A. (2022). Management of Emotion Dysregulation and Outbursts in Children and Adolescents. *Current Psychiatry Reports*, 24(3), 213-226.
- Stringaris, A., & Taylor, E. (2015). *Disruptive mood: Irritability in children and adolescents*. Oxford University Press.
- Stringaris, A., Goodman, R., Ferdinando, S., Razdan, V., Muhrer, E., Leibenluft, E., & Brotman, M. A. (2012). The Affective Reactivity Index: a concise irritability scale for clinical and research settings. *Journal Child Psychological Psychiatry*, 53(11), 1109-1117.
- Stringaris, A., Vidal-Ribas, P., Brotman, M. A., & Leibenluft, E. (2018). Practitioner review: definition, recognition, and
- Guillén Botella, V., García-Palacios, A., Bolo Miñana, S., Baños, R., Botella, C., & Marco, J. H. (2021). Exploring the effectiveness of dialectical behavior therapy versus systems training for emotional predictability and problem solving in a sample of patients with borderline personality disorder. *Journal of personality disorders*, 35(Supplement A), 21-38.
- Harima, Y., Miyawaki, D., Goto, A., Hirai, K., Sakamoto, S., Hama, H., Kadono, S., Nishiura, S., & Inoue, K. (2022). Associations Between Chronic Irritability and Sensory Processing Difficulties in Children and Adolescents. *Frontiers in psychiatry*, 13(61), 278-289.
- Knopf, A. (2017). DBT found effective for children with DMDD. *The Brown University Child and Adolescent Behavior Letter*, 33(11), 3-4.
- Kothgassner, O. D., Goreis, A., Robinson, K., Huscsava, M. M., Schmahl, C., & Plener, P. L. (2021). Efficacy of dialectical behavior therapy for adolescent self-harm and suicidal ideation: a systematic review and meta-analysis. *Psychological Medicine*, 51(7), 1057-1067.
- Lau, J. Y. F. (2022). Editorial: Exemplifying a Cognitive Science-Driven Approach to Intervention Innovation: Targeting Face Emotion Labeling to Reduce Anger-Proneness in Disruptive Mood Dysregulation Disorder. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 61(1), 26-28.
- Leal, M., Adan, M., Heilman, K., & Cockcroft, K. (2023). Cardiac regulation, attachment style, and frustration tolerance in children with disruptive mood dysregulation disorder.
- Li, C., Zhang, X., & Cheng, X. (2022). Associations among academic stress, anxiety, extracurricular participation, and aggression: An examination of the general strain theory in a sample of Chinese adolescents. *Current Psychology*, 42(25), 21351-21362.
- Linehan, M. M., & Wilks, C. R. (2015). The course and evolution of dialectical behavior therapy. *American journal of psychotherapy*, 69(2), 97-110.
- Linehan, M. M. (2015). *DBT Skills Training Manual*. Guilford Press.
- Martinez, R. R., Marraccini, M. E., Knotek, S. E., Neshkes, R. A., & Vanderburg, J. (2021). Effects of Dialectical Behavioral Therapy Skills Training for Emotional Problem Solving for Adolescents (DBT STEPS-A) program of rural ninth-grade students. *School Mental Health*, 14(1), 165-178.
- Mayes, S. D., Waxmonsky, J. D., Calhoun, S. L., & Bixler, E. O. (2016). Disruptive Mood Dysregulation Disorder Symptoms and Association with Oppositional Defiant and Other Disorders in a General Population Child Sample. *Journal of Child and Adolescent Psychopharmacology*, 26(2), 101-106.
- Megan, S. R. (2020). Responses to bullying among high-school students through the lens of general strain theory. *Sociological Spectrum*, 40(5), 362-380.
- Mulraney, M., Silk, T. J., Gulenc, A., Efron, D., Hazell, P., Sciberras, E. (2021). Persistence of disruptive mood dysregulation disorder in children with attention-deficit/hyperactivity disorder. *Journal of Affective Disorders*, 278, 502-505.

- treatment challenges of irritability in young people. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 59(7), 721–739.
- Trousselard, M., Steiler, D., Raphel, C., Cian, C., Duymedjian, R., Claverie, D., & Canini, F. (2010). Validation of a French version of the Freiburg Mindfulness Inventory-short version: relationships between mindfulness and stress in an adult population. *BioPsychoSocial medicine*, 4(1), 1-11.
- Van Dijk, S. (2013). *DBT made simple: A step-by-step guide to Dialectical Behavior Therapy*. New Harbinger Press.
- Vidal-Ribas, P., Brotman, M. A., Valdivieso, I., Leibenluft, E., & Stringaris, A. (2016). The status of irritability in psychiatry: a conceptual and quantitative review. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 55(7), 556–570.
- Vrijen, C., Wiertsema, M., Ackermans, M. A., Ploeg, R., & Kretschmer, T. (2021). Childhood and adolescent bullying per- petration and later substance use: A meta-analysis. *Pediatrics*, 147(3), 1-17.
- Wang, Y., Tian, L., Guo, L., & Huebner, E. S. (2020). Family dysfunction and Adolescents' anxiety and depression: A multiple mediation model. *Journal of Applied Developmental Psychology*, 66(101), 16-27.
- Whitchurch, M., Humayun, S., & Robinson, O. C. (2022). *The Effects and Client Experiences of Online and Face-to-Face Dialectical Behaviour Therapy for Emotion Dysregulation: A Mixed Methods Study*, *Mental Health & Prevention*, 9(20), 13-18.
- Wilks, C. R., Lungu, A., Ang, S. Y., Matsumiya, B., Yin, Q., & Linehan, M. M. (2018). A randomized controlled trial of an Internet delivered dialectical behavior therapy skills training for suicidal and heavy episodic drinkers. *Journal of affective disorders*, 232(79), 219–228.
- Zapolski, T., Whitener, M., Khazvand, S., Crichlow, Q., Revilla, R., Salgado, E. F., Aalsma, M., Cyders, M., Salyers, M., & Wu, W. (2022). Implementation of a Brief Dialectical Behavior Therapy Skills Group in High Schools for At-Risk Youth: Protocol for a Mixed Methods Study. *JMIR Research Protocols*, 11(5), 172-188.

