



the symptoms of attention-deficit /
hyperactivity disorder and anxiety in female
adolescents with attention-deficit /
hyperactivity disorder

مقایسه اثربخشی رفتار درمانی دیالکتیکی و تنظیم هیجانی
بر علائم کمبود توجه / بیش‌فعالی و اضطراب در نوجوانان
دختر مبتلا به اختلال نارسایی توجه / بیش‌فعالی

Parisa Abotorabi Kashani, Ph.D. student

Candidate in Psychology and Education of Exceptional Children, Department of Psychology, Ahvaz Branch, Islamic Azad University, Ahvaz, Iran.

Farah Naderi, Ph.D

Professor, Department of Psychology, Ahvaz Branch, Islamic Azad University, Ahvaz, Iran.

Sahar Safar Zadeh, Ph.D

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

Fariba Hafezi, Ph.D

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

Zahra Eftekhar Saadi, Ph.D

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

پریسا ابوتراپی کاشانی

دانشجوی دکتری روان‌شناسی و آموزش کودکان استثنائی، گروه

روان‌شناسی، واحد اهواز، دانشگاه آزاد اسلامی، اهواز، ایران.

فرح نادری*

استاد گروه روان‌شناسی، واحد اهواز، دانشگاه آزاد اسلامی، اهواز، ایران.

سحر صفرزاده

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

فریبا حافظی

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

زهره افتخار صعادی

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

چکیده

هدف این پژوهش، مقایسه تأثیر رفتار درمانی دیالکتیکی و تنظیم هیجانی بر علائم کمبود توجه/بیش‌فعالی و اضطراب در نوجوانان مبتلا به اختلال نارسایی توجه/بیش‌فعالی بود. جامعه آماری پژوهش شامل کلیه دانش‌آموزان دختر مقطع متوسطه شهر تهران در سال تحصیلی ۹۹-۱۳۹۸ بودند که ۴۵ نفر از آنان با استفاده از روش نمونه‌گیری هدفمند انتخاب و به صورت تصادفی در دو گروه آزمایشی و یک گروه کنترل (هر گروه ۱۵ نفر) قرار گرفتند. برای گردآوری اطلاعات از پرسشنامه علائم کمبود توجه / بیش‌فعالی (Conner Erhardt & Sparrow, 1999) و اضطراب کودکان (Bimaher, 1997) استفاده شد. طرح پژوهش نیمه‌آزمایشی از نوع پیش‌آزمون، پس‌آزمون با گروه کنترل و مرحله پیگیری بود. گروه‌های آزمایش تحت رفتار درمانی دیالکتیکی (۱۲ جلسه ۶۰ دقیقه‌ای) و تنظیم هیجانی (۸ جلسه ۴۵ دقیقه‌ای) قرار گرفتند و پس از یک ماه مرحله پیگیری انجام شد. داده‌ها با استفاده از آزمون آماری تحلیل کوواریانس مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت. نتایج پژوهش نشان داد که هر دو رفتار درمانی دیالکتیکی و تنظیم هیجانی بر کاهش علائم کمبود توجه/بیش‌فعالی و اضطراب دانش‌آموزان اثربخشند ($p < 0.01$)، همچنین نتایج تحلیل بنفرونی نشان داد، رفتار درمانی دیالکتیکی نسبت به تنظیم هیجانی، دارای تأثیر بیشتری بر کاهش علائم کمبود توجه/بیش‌فعالی و بهبود اضطراب دانش‌آموزان است ($p < 0.05$).
واژه‌های کلیدی: اضطراب، تنظیم هیجانی، رفتار درمانی دیالکتیکی، علائم کمبود توجه/بیش‌فعالی، نوجوانان دختر

Abstract

This study aimed to compare the effect of dialectical behavior therapy and emotional regulation on the symptoms of attention-deficit / hyperactivity disorder and anxiety in adolescents with attention-deficit / hyperactivity disorder. The statistical population of the study included all-female high school students in Tehran in the academic year 2019-2020. Using a purposive sampling method, 45 of them were selected and randomly divided into two experimental groups and one control group (15 students in each group). To collect data, the Connors, Erhardt & Sparrow (1999) Attention-Deficit / Hyperactivity Disorder Symptoms Questionnaire and Anxiety Questionnaire of Bimaher (1997) were used. The research method was semi experimental with pre-test, post-test design, and follow-up with the control group. The experimental groups underwent dialectical behavior therapy (12 sessions of 60 minutes) and emotional regulation (8 sessions of 45 minutes). The follow-up was inducted after a month period. Data were analyzed using analysis of covariance. The results showed that both dialectical behavior therapy and emotional regulation were effective in reducing the symptoms of attention-deficit / hyperactivity disorder and students' anxiety ($p < 0.01$). Also, the results of the analysis of covariance indicated that dialectical behavior therapy had a greater effect on reducing symptoms than emotional regulation. Attention-Deficit / Hyperactivity Disorder and Student Anxiety Improvement ($p < 0.05$).

Keyword: anxiety, emotion regulation, dialectical behavior therapy & symptoms of attention deficit / hyperactivity, female adolescents

*. نویسنده مسئول: nmafrah@yahoo.com

(Wofford & Ohrt, 2018). کمبود انتقال‌دهنده‌های عصبی مانند دوپامین در قشر جلویی مغز، از جمله علل شناخته شده‌ای است که باعث ایجاد اختلال در کارکردهای اجرایی مغز مبتلایان به بیش‌فعالی می‌شود (Okumura, Yamasaki, Ando & Usami, 2019). نوجوانان مبتلا به اختلال کمبود توجه/ بیش‌فعالی همچنین در معرض خطر بیشتری از طیف گسترده‌ای از اختلالات روانپزشکی از جمله اختلال خلقی، اضطراب، اختلالات رفتاری و مصرف موادمند (Jensen & Steinhausen, 2015).

اختلال بیش‌فعالی با مشکلاتی در زمینه‌های مختلف شخصیتی و آموزشی از جمله سلامت روانی پایین، گرایش به مواد مخدر، عملکرد تحصیلی ضعیف، روابط خانوادگی و دوستانه آشفته (Jia, 2018) و سایر اختلالات روان‌شناختی از جمله اختلالات اضطرابی در سنین نوجوانی همراه است. افکار، عواطف و احساسات منفی در افراد، موجب بسیاری از بیماری‌های روانی- جسمانی و اضطراب در آنها خواهد شد. نگرانی یا اضطراب، با تجربیات مکرر افکار فرد درباره وقایع منفی بالقوه مشخص می‌شود (Telman, van Steensel, Maric & Bögels, 2017). اضطراب نسبت به امور تا حدی لازم است، اما زمانی اضطراب دارای مشکل است که فرد نتواند آینده و یا رفتاراش را پیش‌بینی کند و یا تلاش خود را در انجام امور، بیهوده تصور کند و امور را خارج از کنترل خود بداند. اضطراب در افراد در درازمدت موجب تنش، استرس و خلُق عصبی در افراد می‌شود (Tsang, Kohn, Efron & Clarke, 2015). به این ترتیب، هنگامی که تلاش‌های نوجوانان مبتلا به بیش‌فعالی، برای حل مسأله‌ای یا کنار آمدن با مسأله و مشکل به جایی نرسد، اضطراب آنها بیشتر و تلاش‌هایشان کم انعطاف می‌شود به طوری که راه‌حل‌های دیگر مسأله از نظرشان دور خواهد ماند (Davidsson, Hult, Gillberg & Särneö, 2017). فراتر رفتن احساس اضطراب در نوجوانان مبتلا به بیش‌فعالی، از حد آستانه‌ای، تأثیر ویرانگری بر جا می‌گذارد به گونه‌ای که فرایند تمرکز و قدرت حافظه را دچار اختلال می‌کند و در برخی موارد به شکست تحصیلی منجر می‌شود؛ تا آنجایی که برخی مؤلفان، رفتارهای مرضی را راه‌حلی دانسته‌اند که کودک در مقابل اضطراب به کار

اختلال کمبود توجه / بیش‌فعالی (attention deficit hyperactivity disorder) شایع‌ترین اختلال عصبی در دوران کودکی شناخته شده است که حتی منجر به نارسایی روان‌شناختی قابل ملاحظه‌ای در بزرگسالی می‌شود (2017, Pan & Yeh). در نوجوانی مشکلات رفتاری بسیاری بروز می‌کند که دلیل عمده و شایع مراجعه نوجوانان به کلینیک‌های درمانی محسوب می‌شود (Ackermann et al., 2019). از آنجایی که الگوهای رفتاری و هیجانی در بزرگسالی به سختی دستخوش تغییر می‌شود، درمانگران بر اهمیت تشخیص و درمان زودهنگام مشکلات سلامت روانی در کودکان و نوجوانان تأکید می‌کنند (Fairchild et al., 2019). یکی از مشکلات مطرح در دوره نوجوانی، اختلال بیش‌فعالی- نقص توجه است که تا بزرگسالی ادامه می‌یابد. از جمله خصوصیات این اختلال می‌توان به ناتوانی در توجه به جزئیات و عدم تمرکز به هنگام بازی و فعالیت اشاره کرد (Sella, Re, Lucangeli, Cornoldi & Lemaire, 2019). این اختلال به عنوان اختلالی عصبی- تحولی شناخته می‌شود که با سه ویژگی اصلی تکانشگری، بیش‌فعالی و نقص توجه تعیین می‌شود به گونه‌ای که تشخیص این ویژگی‌ها، حداقل باید در دو محیط متفاوت منزل و مدرسه و قبل از رسیدن به سن هفت سالگی و برای شش ماه مشاهده شوند؛ این اختلالات موجب آسیب جدی در حوزه‌های مهم زندگی از جمله عملکرد تحصیلی و ارتباطات اجتماعی می‌شوند (Mohr-Jensen, Steen-Jensen, Bang-Schnack & Thingvad, 2019). افراد مبتلا به این اختلال هنگام صحبت مستقیم و رودر رو با دیگران، به نظر می‌رسد که بر روی گفته‌ها تمرکز نداشته و گوش نمی‌دهند و حتی قادر به پیگیری کارهای محول شده به آنها و به اتمام رساندن آن نیستند و حتی در اغلب موارد فراموش می‌کنند تکالیف خود را انجام دهند و نمی‌دانند وسایل خود را کجا گذاشته‌اند (MacLeod). طبق اعلام انجمن روان‌پزشکی آمریکا (American Psychiatric Association, 2013)، این اختلال قابل تشخیص از نظر بالینی در سطح جهانی، حدود ۶/۵٪ از کودکان و ۲/۷٪ از نوجوانان را تحت تأثیر قرار می‌دهد. از طرفی، فراوانی اختلال بیش‌فعالی در پسران دو تا سه برابر بیش از دختران اعلام شده است

Cepeda et al., 2019) و کاهش فرسودگی و اضطراب روانی در کارآموزان روان‌شناسی (Robins, Roberts & Sarris, 2019) اشاره داشته‌اند. (Perepletchikova et al., 2017) ، از رفتار درمانی دیالکتیکی برای برطرف کردن اختلالات خلقی در سنین اولیه نوجوانی استفاده کردند و اثربخشی این درمان را نتیجه گرفتند.

از طرفی، یکی از حوزه‌هایی که در آن کودکان و نوجوانان تحت تأثیر قرار می‌گیرند، حوزه هیجان و از جمله تنظیم هیجان است. مطالعات نشان داده است که بدتنظیمی هیجانی در افراد با اختلال عصبی-رشدی شامل اختلال کم توجهی-بیش فعالی رایج است (Boyle, Stanton, Ganz, Crespi & Bower, 2017). بدتنظیمی هیجان همراه با تعدادی از نشانه‌های اصلی مانند بی‌توجهی است. نشانه‌های هیجانی یک جنبه برجسته در تشخیص کم توجهی-بیش فعالی است (Van Stralen, 2016). نارسایی در بازداری رفتاری و اختلال در کارکردهای اجرایی مشکل اساسی کودکان دارای اختلال کم توجهی-بیش فعالی محسوب می‌شود. این کودکان مهارت کافی و لازم را برای نظارت بر رفتار خود ندارند و نمی‌توانند رفتار خود را برای زمانی طولانی تنظیم کنند. درمان تنظیم هیجان یک فرایند در حال پیشرفت است که شامل پاسخ دادن به محیطی هیجانی است؛ این پاسخ از نظر اجتماعی و بافتی آن موقعیت قابل قبول است (Shaw, Stringaris, Nigg & Leibenluft, 2015). درمان تنظیم هیجان، بازتاب استفاده از چندین فرایند شناخت یا مهارت مواجهه عملکردی (مانند بازداری رفتاری، انعطاف در توجه) برای پاسخ درست به هیجان و انطباق درست با محیط است (Bernstein & McNally, 2017). (Barkley, 1997) بر اساس نظریه ناکارآمدی بازداری، کودکان دارای کم توجهی-بیش فعالی نمی‌توانند به طور مؤثر به محیط پاسخ تأخیری بدهند و هیجان‌های متفاوتی را در محیط اجتماعی نشان می‌دهند که متناسب با آن محیط نیست، زیرا نمی‌توانند به نشانه‌های ضروری اجتماعی و رفتارهایشان که نامتناسبند، توجه کنند؛ بنابراین تنظیم هیجانی موفق بستگی به بازداری مؤثر دارد (Diedrich, Hofmann, Cuijpers & Berking, 2016). پژوهش‌ها به اثربخشی این درمان بر کاهش علائم کم توجهی

می‌گیرد (hea, Lee, Lai, Luk & Leung, 2018). نتایج مطالعه Houghton, Alsalmi, Tan, Taylor & Durkin 2017 داده‌اند که اختلالات اضطرابی، جزو شایع‌ترین اختلال‌های همراه با اختلال نقص توجه/بیش فعالی قلمداد می‌شوند. اضطراب قابل توجه در حضور علائم بسیار اختلال کمبود توجه/بیش فعالی به صورت معناداری مشهود است. تقریباً ۲۵٪ از نوجوانان و ۵۰٪ از بزرگسالان مبتلا به اختلال کمبود توجه/بیش فعالی، معیارهای تشخیصی یک اختلال اضطرابی را دارند؛ به طور کلی می‌توان گفت شیوع اختلالات اضطرابی در اختلال کمبود توجه/بیش فعالی بیش از آن است که در جمعیت عمومی وجود دارد؛ این اضطراب به‌ویژه در بین نوجوانان رشد سریعتری دارد (Krone & Newcorn, 2015). نشانه‌ها و علائم بیش فعالی با توجه به ماهیت تکرارپذیر و بازگردنده آن، مستلزم درمان‌های مختلفی از جمله دارودرمانی، طرحواره درمانی، رفتاردرمانی شناختی و روان‌پوشی است ولی هیچ یک درمان قطعی این اختلال محسوب نمی‌شوند. یکی از درمان‌های مهم در این حوزه، رفتار درمانگری دیالکتیکی (Dialectical Behavior Therapy) است. این درمان برای افرادی طراحی شده است که رفتارهای خودآسیبی نظیر مجروح کردن خود و دیگران، عدم تمرکز و افکار خودکشی دارند (Hunnicut Hollenbaugh & Lenz, 2018). رفتار درمانگری دیالکتیکی در حقیقت تغییر و اصلاح درمانگری رفتاری شناختی (Cognitive Behavioral Therapy) است که توسط (Linehan, 1993) به وجود آمد (Cannon & Umstead, 2018). برنامه درمانی دیالکتیکی به صورت یک برنامه درمانی کاملاً ساختاریافته ارائه شده که کاربرد آن را برای درمانگران ساده‌تر می‌کند (Fischer & Peterson, 2015). پژوهش‌ها به اثربخشی این درمان، بر کاهش نشانه‌های اختلال نقص توجه/بیش فعالی و بهبود کیفیت زندگی دانش‌آموزان (Nariman, Begian Koleh & Maraz, Ahadi, Abolghasami, 2014) بر کاهش اختلال اضطراب و رفتارهای پرخطر در نوجوانان (Navarro-Haro, Modrego-Alarcón, Hoffman & López-Montoyo et al., 2019)، درمان اضطراب و اختلالات وسواس فکری در بزرگسالان و کودکان (Davis, Fletcher, McIngvale &

۳. بین اثربخشی رفتار درمانی دیالکتیکی و آموزش تنظیم هیجانی بر علائم کمبود توجه/ بیش‌فعالی در نوجوانان مبتلا به اختلال نارسایی توجه/ بیش‌فعالی تفاوت وجود دارد.

۴. رفتار درمانی دیالکتیکی بر اضطراب در نوجوانان مبتلا به اختلال نارسایی توجه/ بیش‌فعالی اثربخش است.

۵. آموزش تنظیم هیجانی بر اضطراب در نوجوانان مبتلا به اختلال نارسایی توجه/ بیش‌فعالی اثربخش است.

۶. بین اثربخشی رفتار درمانی دیالکتیکی و آموزش تنظیم هیجانی بر اضطراب در نوجوانان مبتلا به اختلال نارسایی توجه/ بیش‌فعالی تفاوت وجود دارد.

روش پژوهش

طرح پژوهش، جامعه آماری و نمونه: این پژوهش از نظر هدف، کاربردی و از نظر روش پژوهش، نیمه‌آزمایشی با طرح پیش‌آزمون و پس‌آزمون با گروه کنترل و مرحله‌پیگیری بود. جامعه پژوهش حاضر کلیه دانش‌آموزان دختر مقطع متوسطه شهر تهران در سال تحصیلی ۹۹-۱۳۹۸ بودند؛ به این ترتیب که از بین مدارس متوسطه شهر تهران، ۱۰ مدرسه دخترانه به طور تصادفی انتخاب شدند و پس از کسب مجوزهای لازم و هماهنگی با مسئولان مدرسه و با راهنمایی معلمان، از بین دانش‌آموزان نوجوان ۱۵-۱۷ سال، ۲۳۴ نفر از دانش‌آموزانی که مشکوک به بیش‌فعالی بودند، انتخاب شدند و پرسشنامه‌های علائم کمبود توجه/ بیش‌فعالی و اضطراب به آنها داده شد. از بین آنها، ۴۵ دانش‌آموز واجد شرایط بودند و ملاک‌های ورود به پژوهش شامل تشخیص بیش‌فعالی در پرسشنامه مربوط را داشتند. آنها همچنین نمره‌ای بالاتر از میانگین در پرسشنامه‌های اضطراب داشتند، مشکلات شدید جسمانی و روانی نداشتند و والدین آنها نیز موافق شرکتشان در پژوهش بودند. ملاک‌های خروج نیز غیبت بیش از دو جلسه در درمان و تغییر مدرسه دانش‌آموزان بود. به این ترتیب، ۴۵ دانش‌آموز که به صورت هدفمند به عنوان نمونه آماری انتخاب شدند، به صورت تصادفی در گروه‌های آزمایشی رفتاردرمانی دیالکتیکی (۱۵ نفر)، گروه آزمایشی تنظیم هیجانی (۱۵ نفر) و گروه کنترل (۱۵ نفر) قرار گرفتند. بعد از جمع‌آوری داده‌های پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری اطلاعات گردآوری شده، داده‌ها با

(Farokhzadi, Khajovand Khoshli, Mohammadi, Akbar) (Fahimi, and Ali Beigi, (2018)، کاهش علائم اضطراب و افسردگی در نوجوانان دختر (Rahmanfar, Hashamian, (2016)، کاهش علائم بیش‌فعالی (Rüfenacht, Euler, Prada) (Nicastro et al., 2019)، کاهش علائم بیش‌فعالی (Christiansen, Hirsch, Albrecht & Chavanon, 2019)، کاهش علائم بیش‌فعالی (Sánchez Muñoz de León, Lavigne Cerván, Romero Pérez & Elósegui Bandera, 2019)، کاهش اضطراب در کودکان و نوجوانان (Renna, Seeley, Heimberg & Etkin, 2018)، کاهش اضطراب و افسردگی عمومی (Mennin, Fresco, O'Toole & Heimberg, 2018) اشاره داشته‌اند. طی چند دهه اخیر، توجه بر مشکلات رفتاری کودکان و نوجوانان بیش‌فعال متمرکز شده است. مشکلات رفتاری کودکان و نوجوانان بیش‌فعال در مدارس و خانواده‌ها تبدیل به معضلی شده بود که باید خدمات درمانی‌ای برای آن مهیا می‌شد. مشکلات رفتاری کودکان و نوجوانان بیش‌فعال، مهم‌ترین علت ارجاع آنها به کلینیک‌های بهداشت روانی است. نیمی از کودکان و نوجوانان مراجعه‌کننده به کلینیک‌های روان‌درمانی، افرادی‌اند که اختلالات بیش‌فعالی- نقص توجه دارند. کودکان با این اختلالات، ضعیف‌ترین پیش‌آگهی را برای سازگاری در دوران بزرگسالی دارند؛ بنابراین، بر اساس آنچه گفته شد و با توجه به فقدان مقایسه دو مداخله مورد مطالعه بر کاهش علائم کمبود توجه/ بیش‌فعالی و اضطراب در نوجوانان مبتلا به اختلال نارسایی توجه/ بیش‌فعالی، انجام این پژوهش ضروری بود. هدف این پژوهش مقایسه اثربخشی رفتار درمانی دیالکتیکی و تنظیم هیجانی بر علائم کمبود توجه/ بیش‌فعالی و اضطراب در نوجوانان مبتلا به اختلال نارسایی توجه/ بیش‌فعالی است. در این پژوهش فرضیه‌های زیر بررسی شد:

۱. رفتار درمانی دیالکتیکی بر علائم کمبود توجه/ بیش‌فعالی در نوجوانان مبتلا به اختلال نارسایی توجه/ بیش‌فعالی اثربخش است.

۲. آموزش تنظیم هیجانی بر علائم کمبود توجه/ بیش‌فعالی در نوجوانان مبتلا به اختلال نارسایی توجه/ بیش‌فعالی اثربخش است.

نمونه‌ای از سؤالات مقیاس: همیشه در جنب و جوشم مثل اینکه موتوری مرا به حرکت وا می‌دارد.

ب) پرسشنامه اختلالات اضطرابی کودکان: پرسشنامه اختلالات اضطرابی کودکان ابزار خودگزارشی ۴۱ سؤالی است (Bimaher, 1997) که برای ارزیابی علائم اختلالات اضطرابی در کودکان ۸ تا ۱۸ ساله ساخته شده است و شامل دو نسخه والدین و کودکان و دربردارنده یک مقیاس اضطراب کلی و پنج زیرمقیاس (حملات وحشت‌زدگی، اضطراب فراگیر، اضطراب جدایی، اضطراب اجتماعی و مدرسه‌هراسی) است. در این پرسشنامه از کودکان و نوجوانان خواسته می‌شود که در یک مقیاس لیکرت ۳ درجه‌ای مشخص کنند که هریک از علائم را به چه میزانی تجربه می‌کنند. در پژوهش Rahmanfar, Hashamian, (2016) پس از انجام تحلیل عامل اکتشافی و تأییدی، ۷ عامل استخراج شد که در مجموع ۴۳٪ از واریانس کل آن را تبیین می‌کرد و ضریب آلفای کرونباخ کل پرسشنامه ۰٫۹۳ به دست آمد. همچنین، روایی همگرا و واگرایی این پرسشنامه با محاسبه ضرایب همبستگی آن با خرده‌مقیاس‌های پرسشنامه تنظیم شناختی هیجان تأیید شده است. آلفای کرونباخ کل پرسشنامه نیز ۰٫۸۶ گزارش شد. در پژوهش حاضر، برای تعیین پایایی پرسشنامه اضطراب از روش آلفای کرونباخ استفاده شد که برای کل پرسشنامه برابر ۰٫۸۲ به دست آمده است.

نمونه‌ای از سؤالات پرسشنامه: وقتی احساس ترس می‌کنم، به سختی می‌توانم نفس بکشم.

۳. خلاصه جلسات رفتاردرمانی دیالکتیکی

رفتاردرمانی دیالکتیکی بر مبنای بسته درمانی (Dexter- Mazze, 2008) و توسط (Salbach-Andrae, Bohnkamp, 2008) طی یک دوره سه ماهه (۱۲ جلسه ۶۰ دقیقه‌ای) بر روی گروه آزمایشی اول اجرا شد. خلاصه ساختار جلسات رفتار درمانی دیالکتیکی در جدول شماره ۱ آمده است.

آزمون‌های آماری مناسب مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت. همچنین برای رعایت اصول اخلاقی، بعد از اتمام جلسات آموزشی و اجرای پس‌آزمون بر روی گروه‌های آزمایشی و کنترل، جلسات درمانی مناسب بر روی گروه کنترل نیز اجرا شد.

ابزار سنجش

الف) پرسشنامه اختلال کمبود توجه/ بیش‌فعالی بزرگسالان کانرز (Conner's Adult ADHD Rating Scale- Self report form & Subscale): پرسشنامه علائم کمبود توجه/ بیش‌فعالی شامل ۲۶ ماده است که (Conner Erhardt & Sparrow, 1999) آن را تهیه و اعتباریابی کرد که نمره‌گذاری آن به صورت مقیاس صفر تا ۳ امتیازی است و پایایی و روایی مناسب را دارد. نمرات خام این مقیاس با استفاده از جدول هنجاری مناسب، به نمرات T تبدیل می‌شود (نمرات T در این مقیاس دارای میانگین ۵۰ و انحراف معیار ۱۰ است). نمرات T بالای ۶۵، از نظر بالینی معنادار هستند و نمرات T بالای ۸۰ علاوه بر آنکه شدت مشکلات و آسیب‌شناسی آن حوزه را نشان می‌دهند، احتمال بدنمایی یا اغراق در علائم را نیز مطرح می‌کنند (Connors et al. 1999). سازندگان پرسشنامه، پایایی آن را از ۰٫۸۵ تا ۰٫۹۵ و اعتبار آن را ۰٫۳۷ گزارش کرده‌اند. Nariman, Begian Koleh Maraz, Ahadi,., Abolghasami, (2014) نیز پایایی پرسشنامه را با استفاده از آلفای کرونباخ ۰٫۸۱ گزارش کرده‌اند. در ضمن شاخص ناهماهنگی نیز در هر فرم محاسبه شده که اگر بزرگتر یا مساوی هشت باشد، نشان‌دهنده ناهماهنگی در پاسخهاست بنابراین نتایج باید با احتیاط تفسیر گردد. در این مطالعه کسانی که شاخص ناهماهنگی بزرگتر یا مساوی هشت داشتند و کسانی که پرسشنامه را تکمیل نکرده بودند، از مطالعه خارج شدند. در پژوهش حاضر برای بررسی همسانی درونی پرسشنامه کاهش علائم کمبود توجه/ بیش‌فعالی از آلفای کرونباخ استفاده شده است که ضریب آلفای کرونباخ ۰٫۸۴ به دست آمده است.

جدول ۱. برنامه رفتار درمانی دیالکتیکی

جلسه	محتوای جلسات
اول	توضیحات مقدماتی، مفهوم‌سازی مشکل، آماده‌سازی دانش‌آموزان و اجرای پیش‌آزمون و آموزش مهارت‌های پرت کردن حواس، بستن قرارداد برای کاهش رفتارهای تخریبی و تهیه فهرست فعالیت‌های لذت‌بخش و گنجاندن آن در برنامه هفتگی.
دوم و سوم	آموزش ذهن‌آگاهی (آگاهی هیجانی و آگاهی خردمندانه): آموزش اینکه چه مهارت‌هایی مشاهده و توصیف می‌شوند و چگونه مهارت‌ها مورد قضاوت قرار می‌گیرند، متمرکز می‌مانند و کار می‌کنند.
چهارم	بررسی افکار و احساسات و توضیح و شناساندن پاسخ‌های مقابله‌ای که درونی و یا بیرونی هستند: با همکاری دانش‌آموزان افکار و احساساتی که به خودتخریبی یا رفتارهای تکانشی ناسازگار می‌انجامد، بررسی می‌شود؛ در تکالیف خانگی از دانش‌آموزان خواسته می‌شود که تمام افکار و احساساتی را که منجر به ناسازگاری در آنها می‌شوند یادداشت کنند.
پنجم	آموزش تحمل پریشانی: مهارت‌های پایداری در بحران‌ها، منحرف کردن حواس، تسکین دادن به خود با استفاده از حواس ششگانه و تمرین ذهن‌آگاهی.
ششم	به دانش‌آموزان کمک می‌شود تا کنترل رفتارهای تکانه‌ای خود را تمرین کنند و بازخوردهایی را تهیه کنند تا به سطحی منطقی از تسلط و کنترل بر خود برسند مثلاً به دانش‌آموزان یاد داده می‌شود پاسخهای درونی، افکاری‌اند که با تکانه‌ها ناسازگارند برای نمونه گفتن این جمله با خود که: این واقعاً مسخره است، من به جای خشمگین شدن لبخند خواهم زد (تمرین و بازخورد).
هفتم	کاهش آسیب‌پذیری بدنی پرخوری و کم‌خوری، مواد مخدر، الکل، ورزش، بیماری و درد بدنی، بهداشت خواب، تنش و فشار بدنی، شناسایی رفتارهای خودتخریبی، نظارت بر خود بدون قضاوت، کاهش آسیب‌پذیری شناختی و افزایش هیجانهای مثبت.
هشتم و نهم	آموزش تنظیم هیجان: دانستن اینکه چرا هیجانها مهمند، تشخیص هیجان، کاهش آسیب‌پذیری و رنج هیجانی، افزایش هیجان مثبت، تغییر دادن عواطف از راه عمل متضاد با عاطفه اخیر.
دهم و یازدهم	افزایش کارآمدی بین فردی: حفظ و تداوم سلامت روابط خویشاوندی، علاقه‌مندی و غیره؛ آموزش مهارت‌های فردی مهم: توصیف و بیان کردن، ابراز وجود و جرأت داشتن، اعتماد آشکار، مذاکره کردن و عزت نفس.
دوازدهم	جمع‌بندی، تمرین و مرور جلسات قبل و سپس اجرای پس‌آزمون.

خلاصه جلسات تنظیم هیجانی: آموزش تنظیم هیجان به مدت ۸ هفته، هر هفته یک جلسه ۴۵ دقیقه‌ای بر اساس پروتکل چارچوب نظری (Gross, 2002) بر روی گروه آزمایشی دوم اجرا شد. خلاصه ساختار جلسات درمانی در جدول شماره ۲ آمده است.

جدول شماره ۲: جلسات تنظیم هیجانی

جلسات	محتوای جلسات
اول	اجرای پیش آزمون، برقراری ارتباط و مفهوم سازی و لزوم استفاده از آموزش تنظیم هیجان
دوم	آموزش آگاهی از هیجانات مثبت، مروری کوتاه بر جلسه قبل، آموزش آگاهی از هیجانات مثبت و انواع آنها (شادی، علاقه مندی و عشق) و آموزش توجه به هیجانات مثبت و لزوم استفاده از آنها همراه با مثال به صورت تجسم ذهنی، تکلیف خانگی، نوشتن هیجانات مثبت عمده و ثبت در فرم مربوط
سوم	آموزش آگاهی از هیجانات منفی، مروری کوتاه بر جلسه قبل، آموزش آگاهی از هیجانات منفی و انواع آنها (اضطراب، غم، خشم و نفرت) و آموزش توجه به هیجانات منفی و لزوم استفاده از آنها همراه با مثال به صورت تجسم ذهنی، تکلیف خانگی، نوشتن هیجانات منفی عمده و ثبت در فرم مربوط
چهارم	آموزش پذیرش هیجانات مثبت، مرور جلسه قبل، آموزش پذیرش بدون قضاوت میزان (زیاد یا کم) هیجانات مثبت و پیامدهای مثبت و منفی استفاده از این هیجانات، تکلیف خانگی، نظرخواهی از والدین و دوست نزدیک در مورد کم یا زیاد بودن هیجانات مثبت و ثبت در فرم مربوط
پنجم	آموزش جلسه چهارم برای هیجانات منفی به همراه تکلیف خانگی همان جلسه اما در مورد هیجانات منفی.
ششم	آموزش ارزیابی مجدد و ابراز هیجانات مثبت، مرور جلسه قبل، آموزش تجربه ذهنی هیجانات مثبت به صورت تجسم ذهنی (شادی، علاقه مندی و عشق)، بازداری ذهنی و آموزش ابراز مناسب این هیجانات
هفتم	آموزش ارزیابی مجدد و ابراز هیجانات منفی، مرور جلسه قبل، آموزش تجربه ذهنی هیجانات منفی (اضطراب، غم، خشم و نفرت) ابراز نامناسب و بازداری ابراز نامناسب این هیجانات
هشتم	جمع بندی جلسات آموزشی.

روش اجرا و تحلیل داده‌ها

یافته‌ها

در این پژوهش داده‌های حاصل از اجرای پرسشنامه‌ها در مرحله پیش آزمون، پس آزمون و مرحله پیگیری در گروه‌های آزمایشی و کنترل در مرحله پس آزمون در جدول شماره ۳ آمده است.

از آزمون تعقیبی بنفرونی استفاده شد.

جدول شماره ۳. میانگین و انحراف معیار متغیرهای پژوهش در گروه‌های آزمایشی و کنترل در پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری

متغیرهای وابسته	سنجش	گروه رفتاردرمانی دیالکتیکی		گروه تنظیم هیجانی		گروه کنترل
		میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	
علائم کمبود توجه/ بیش فعالی	پس آزمون	۳۴/۲۵	۷/۰۴	۴۲/۱۵	۹/۱۳	۸/۰
اضطراب	پیگیری	۳۴/۶۳	۸/۵۶	۴۳/۵۱	۱۰/۴۴	۷/۳۳
	پس آزمون	۳۴/۲۰	۷/۷۸	۴۲/۳۵	۱۶/۲۷	۳/۲۰
	پیگیری	۳۵/۲۸	۵/۶۳	۴۱/۲۵	۱۷/۳۵	۳/۲۰

کوواریانس‌ها و مجاز بودن استفاده از تحلیل کوواریانس بود. همچنین برای بررسی مفروضه همگنی شیب خط رگرسیون، از آزمون تحلیل واریانس استفاده شد که در متغیر کاهش علائم کمبود توجه/ بیش‌فعالی ($F=3/50$ و $p=0/67$) و متغیر اضطراب ($F=1/87$ و $p=0/145$) به دست آمد. معنادار نبودن این تعامل، نشان دهنده این است که مفروضه همگنی شیب خط رگرسیون رد نشده است؛ بنابراین فرض همگنی شیب خط رگرسیون برای متغیرهای پژوهش نیز برقرار است و می‌توان از آزمون تحلیل کوواریانس استفاده کرد. در ادامه برای مقایسه گروه‌های آزمایشی و کنترل بر اساس نمره‌های پس-آزمون‌ها، پس از کنترل اثر پیش‌آزمون‌ها، برای تعیین تأثیر مداخله رفتاردرمانی دیالکتیکی و تنظیم هیجانی بر علائم کمبود توجه/ بیش‌فعالی و اضطراب در نوجوانان مبتلا به اختلال نارسایی توجه/ بیش‌فعالی، جدول شماره ۴ نتایج تحلیل کوواریانس تک‌متغیری برای نمره‌های پس‌آزمون در متغیرهای وابسته را نشان می‌دهد.

جدول شماره ۳، میانگین و انحراف معیار متغیرهای پژوهش گروه‌های آزمایشی و کنترل در پیش‌آزمون و پس‌آزمون را نشان می‌دهد. پیش از تحلیل داده‌های مربوط به فرضیه‌ها، برای اطمینان از برآورده شدن مفروضه‌های زیربنایی تحلیل کوواریانس، به بررسی آنها پرداخته شد. نرمال بودن داده‌ها، به دلیل عدم معنادار بودن Z کولموگروف-اسمیرنوف نشان داد که متغیرهای پژوهش توزیع نرمال دارند و نرمال بودن رد نشد (علائم کمبود توجه/ بیش‌فعالی: $Z=0/74$ ؛ $P=0/45$ و اضطراب: $Z=0/86$ ؛ $P=0/36$). همچنین برای بررسی مفروضه همگنی واریانس‌ها (برای یکسان بودن واریانس‌های دو گروه آزمایش و کنترل) از آزمون لوین استفاده شد که در متغیر علائم کمبود توجه/ بیش‌فعالی ($F=0/652$ و $p=0/525$) و متغیر اضطراب ($F=2/587$ و $p=0/156$) به دست آمد. نتایج نشان داد مفروضه همگنی واریانس‌ها رد نشد و استفاده از تحلیل کوواریانس مجاز بود. نتایج آزمون باکس ($p=0/210$)، $F=1/526$ و $\text{Box's } s=9/170$) نیز حاکی از وجود تفاوت بین

جدول ۴. نتایج تحلیل کوواریانس تک‌متغیری روی نمره‌های پس‌آزمون علائم کمبود توجه/ بیش‌فعالی و اضطراب

منبع تغییرات	متغیرهای وابسته	مجموع مجذورات	DF	میانگین مجذورات	F	P	انای تفکیکی	توان آزمون
گروه	علائم کمبود توجه/ بیش‌فعالی	۴۹۹۱/۷۲	۲	۲۷۹۵/۸۶	۳۹/۸۳	۰/۰۰۱	۰/۵۹۲	۰/۹۹۱
	اضطراب	۱۰۹۸/۳۲۰	۲	۵۴۹/۶۰	۷۹/۵۷	۰/۰۰۱	۰/۷۴۳	۰/۹۹۷
پیش‌آزمون	علائم کمبود توجه/ بیش‌فعالی	۴۱۸/۷۱	۱	۴۱۸/۷۱	۴۸/۷۵	۰/۰۰۱	۰/۵۴۹	۱
	اضطراب	۸۶۸/۴۸	۱	۸۶۸/۴۸	۱۲۸/۱۴	۰/۰۰۱	۰/۷۶۲	۱

همان‌طور که در جدول شماره ۵ مشاهده می‌شود، نسبت F تحلیل کوواریانس تک‌متغیری برای متغیرهای وابسته نشان می‌دهند که در متغیرهای کاهش علائم کمبود توجه/ بیش‌فعالی و اضطراب بین گروه‌های درمانی «رفتار درمانی دیالکتیکی»، «تنظیم هیجانی» و کنترل تفاوت معناداری وجود دارد؛ بنابراین

حداقل یکی از درمان‌ها بر متغیرهای وابسته تأثیر معناداری دارد. برای فهم اینکه کدام آموزش مؤثر بوده و بین درمان‌های مختلف تفاوت معنادار وجود داشته یا خیر، از نتایج آزمون تعقیبی بنفرونی استفاده شد که نتایج آن در جدول شماره ۵ آمده است.

جدول ۶. نتایج آزمون تعقیبی بنفرونی برای مقایسه تفاوت میانگین‌های کاهش علائم کمبود توجه/ بیش فعالی و اضطراب گروه‌های

«رفتار درمانی دیالکتیکی»، «تنظیم هیجانی» و کنترل در مرحله پیگیری

متغیر	گروه‌های مورد مقایسه	تفاوت میانگین‌ها	خطای معیار	سطح معناداری
	رفتاردرمانی دیالکتیکی - گروه کنترل	۲۳/۱۹	۲/۶۹	۰/۰۰۱
علائم کمبود توجه/ بیش فعالی	تنظیم هیجانی - گروه کنترل	۱۶/۵۵	۲/۵۷	۰/۰۰۱
	رفتاردرمانی دیالکتیکی - تنظیم هیجانی	۶/۶۴	۲/۶۲	۰/۰۳۵
	رفتاردرمانی دیالکتیکی - گروه کنترل	۱۸/۸۹	۱/۶۲	۰/۰۰۱
اضطراب	تنظیم هیجانی - گروه کنترل	۱۵/۷۴	۱/۵۵	۰/۰۰۱
	رفتاردرمانی دیالکتیکی - تنظیم هیجانی	۳/۱۵	۱/۵۸	۰/۰۴۲

هدف از این پژوهش، مقایسه تأثیر رفتاردرمانی دیالکتیکی و تنظیم هیجانی بر کاهش علائم کمبود توجه/ بیش فعالی و اضطراب در نوجوانان مبتلا به اختلال نارسایی توجه/ بیش فعالی بود. نتایج این پژوهش نشان داد که هر دو درمان رفتاردرمانی دیالکتیکی و تنظیم هیجانی بر علائم کمبود توجه/ بیش فعالی و اضطراب مؤثر بوده‌اند. مقایسه نتایج پس‌آزمون و پیگیری دو گروه آزمایشی نشان داد که اثربخشی رفتاردرمانی دیالکتیکی نسبت به تنظیم هیجانی بیشتر بوده است. در تبیین نتایج این پژوهش می‌توان گفت، رفتاردرمانی دیالکتیکی یک رویکرد پیشگیرانه و مؤثر برای کاهش علائم کمبود توجه/ بیش فعالی و اضطراب است و به نوجوانان این امکان را می‌دهد که مهارت‌های سازگاران را بیاموزند تا خود سبب کاهش علائم کمبود توجه/ بیش فعالی و اضطراب در خود شوند (Jia, 2018). نتایج این پژوهش نشان داد که رفتاردرمانی دیالکتیکی یکی از کارآمدترین روش‌های درمانی است که افراد می‌آموزند چگونه با اختلال نارسایی توجه/ بیش فعالی در خود کنار آمده و رفتار ضد و نقیض در برابر دیگران را کاهش دهند و جلوی وخیم شدن بیشتر اوضاع گرفته شود. این درمان موجب می‌شود عملکرد رفتاری نوجوانان بهتر شده و تنیدگی آنها در رابطه با دیگران و محیط کاهش یافته و به این ترتیب موجب بهبود سازگاری و کاهش مشکلات رفتاری خود از قبیل اختلال نارسایی توجه/ بیش فعالی و اضطراب شوند (Wofford et al., 2018). این یافته‌ها با پژوهش‌های Nariman, Begian Koleh, Pereplechikova et al., 2017 و Navarro et al., (Maraz, Ahadi, Abolghasami, (2014)

همان‌گونه که در جدول شماره ۶ مشاهده می‌شود، تفاوت بین میانگین گروه رفتاردرمانی دیالکتیکی و گروه کنترل در علائم کمبود توجه/ بیش فعالی معنادار است ($P < 0/01$)؛ بنابراین فرضیه ۱ پژوهش تأیید می‌شود. همچنین تفاوت بین میانگین گروه آموزش تنظیم هیجانی و گروه کنترل در علائم کمبود توجه/ بیش فعالی معنادار است ($P < 0/01$)؛ بنابراین فرضیه ۲ پژوهش تأیید می‌شود. بین میانگین گروه رفتاردرمانی دیالکتیکی و گروه آموزش مدیریت زمان بر علائم کمبود توجه/ بیش فعالی نیز تفاوت معنادار است ($P < 0/05$). این یافته نشان می‌دهد که بین گروه رفتاردرمانی دیالکتیکی و گروه آموزش تنظیم هیجانی بر علائم کمبود توجه/ بیش فعالی تفاوت معناداری به نفع گروه رفتاردرمانی دیالکتیکی وجود دارد؛ بنابراین فرضیه ۳ پژوهش تأیید می‌شود. بین میانگین گروه رفتاردرمانی دیالکتیکی و گروه کنترل در اضطراب نیز تفاوت معنادار است ($P < 0/01$)؛ بنابراین فرضیه ۴ پژوهش تأیید می‌شود. بین میانگین گروه آموزش تنظیم هیجانی و گروه کنترل در اضطراب نیز تفاوت معنادار است ($P < 0/05$). این یافته نشان می‌دهد که بین گروه رفتاردرمانی دیالکتیکی و گروه آموزش تنظیم هیجانی بر اضطراب تفاوت معناداری به نفع گروه رفتاردرمانی دیالکتیکی وجود دارد؛ بنابراین فرضیه ۶ پژوهش نیز تأیید می‌شود.

بحث و نتیجه‌گیری

حالی که اختلال‌های رفتاری برون‌گرایانه با ویژگی‌هایی از قبیل تهاجم و پرخاشگری همراه است و در این شرایط، نوجوانان دوستان خود را مورد اذیت و آزار و بی‌احترامی قرار می‌دهند. از طرفی، اگر شخص مهارت‌های زبانی، شناختی و ارتباطی لازم برای نامگذاری و مقوله‌بندی هیجان‌ها و یا ارتباط با دیگران را نداشته باشد، با مشکلات زیادی در مهارت‌های حل مسئله و تحمل ناکامی مواجه خواهد شد؛ بنابراین نبود این توانایی در فرد به سبک‌شناختی سوگیرانه منتهی و موجب گسترش رفتار سوء و غیرمسئولانه می‌شود (Renna et al., 2018).

از سوی دیگر، رفتاردرمانی دیالکتیکی با آموزش مهارت‌هایی مانند مهارت‌های بین فردی، تنظیم هیجان و تحمل ناکامی و نیز تلفیق این سه رویکرد با همدلی مراجع محور و حل مسئله شناختی-رفتاری سبب افزایش انعطاف‌پذیری و ارائه راه‌حل‌های جدید و تعدیل آثار شرایط ناراحت‌کننده به فرد، در کنار آمدن بهتر با وقایع دردناک، می‌تواند به این نوجوانان کمک کند. همچنین، با کمک گرفتن از مهارت‌های تنظیم هیجان به درمانجویان کمک می‌کند تا احساس خود را دقیق‌تر تشخیص دهند و سپس هر هیجان را بدون ناتوان شدن در برابر آن بررسی کنند؛ بنابراین هدف آموزش مهارت تنظیم هیجان در رفتاردرمانی دیالکتیکی، تعدیل احساسات بدون رفتار واکنشی، پرخاشگرانه، مضطربانه و مخرب است؛ از این رو این رویکرد از درمان تنظیم هیجان به تنهایی، اثربخش‌تر نشان داده شده است. یکی از علل تشدیدکننده رفتارهای تکانشی و ایدایی در این نوجوانان، کمبود حمایت‌های عاطفی و اجتماعی، مشکلات مدرسه، عزت نفس پایین، رفتارهای خلقی و پرخاطر است؛ بنابراین رفتاردرمانی دیالکتیکی به عنوان یک درمان حمایت‌گرانه ارائه می‌شود که مستلزم یک ارتباط مشترک و قوی میان درمانجو و درمانگر است و درمانگر فعالانه رفتارهای سازگارانه را به درمانجو آموزش می‌دهد و تقویت می‌کند؛ درمان مذکور می‌تواند در کاهش رفتارهای خودتخریبی مؤثر باشد. در واقع، این روش درمانی با آموزش مهارت‌های میان فردی، ابزار جدیدی برای بیان نظرات و نیازها، تعیین محدودیت‌ها و بحث درباره راه حل مسئله در اختیار درمانجویان قرار می‌دهد. این

2019 ، Davis et al., 2019 و Robins et al., 2019 مبنی بر اثربخشی رفتار درمانی دیالکتیکی بر کاهش بدتنظیمی هیجانی، رفتارهای ایدایی و تکانشی، پرخاشگری، استرس و اضطراب هماهنگ بود؛ به عنوان مثال Nariman, Begian Koleh (2014) در پژوهشی نشان دادند که رفتاردرمانی دیالکتیکی گروهی موجب بهبود علائم اختلال نارسایی توجه/ بیش‌فعالی و کیفیت زندگی در دانش‌آموزان شده است. اثربخشی بیشتر رفتاردرمانی دیالکتیکی را می‌توان برحسب چند ویژگی اساسی در نوجوانان بیش‌فعال این‌گونه تبیین نمود که امروزه وجود نقص‌هایی در مهارت‌های شناختی افراد بیش‌فعال، محرز شده است (Navarro et al., 2019)؛ به بیان دیگر رفتاردرمانی دیالکتیک به آموزش مهارت‌های رفتاری و جایگزین کردن رفتارهای سازگارانه به جای رفتارهای ناسازگارانه می‌پردازد. درمانگر به بیمار درباره آسیب‌زا بودن رفتارهای تکانشگری مفرط آموزش می‌دهد و روشن می‌کند که چرا رفتارهای مُخل درمان باید متوقف شوند؛ بنابراین راهبرد اول در برخورد با چنین رفتارهایی تعهد به تغییر است (Nasri et al., 2020). اینکه چه رفتارهایی مختل‌کننده کیفیت زندگی نوجوانند، مسأله‌ای است که میان نوجوان و درمانگر به بحث گذاشته می‌شود و با کاهش و تغییر آنها علائم اختلال کمتر می‌شود. نقص‌های شناختی اغلب در حوزه کارکردهای اجرایی، افسردگی، تنظیم هیجان، پردازش زبانی و اطلاعات اجتماعی دیده می‌شود؛ به عنوان مثال حدود ۵۵ درصد از افراد مبتلا به اختلالات نقص توجه/ بیش‌فعالی، ملاک‌های تشخیصی اختلال‌های سلوک، نافرمانی مقابله‌ای و ناتوانی‌های یادگیری را نیز دارند. اختلال رفتارهای مقابله‌ای ضمن نامتناسب بودن با سن آنها، ممکن است شدید، مزمن یا مداوم باشد و شامل رفتارهای بیش‌فعالی و پرخاشگرانه و حتی گوشه‌گیرانه است. این رفتارها تأثیر منفی‌ای بر فرایند رشد و انطباق مناسب کودک با محیط شده، برای زندگی دیگران نیز مزاحمت ایجاد می‌کند. جنبه‌های برون‌گرایانه و درون‌گرایانه نیز در این اختلال شناسایی شده است؛ رفتارهای درون‌گرایانه معمولاً با گوشه‌گیری و اضطراب مشخص می‌شوند و نوجوانان در این حالت با دیگران رابطه برقرار نمی‌کنند (Laezer, 2015)؛ در

شود تا از عوارض گسترش بیش‌فعالی و علائم آن به بزرگسالی پیشگیری شود.

سپاسگزاری

در پایان از کلیه دانش‌آموزان و مسئولان مدارس برای همکاری و مشارکت صبورانه در پژوهش، قدردانی می‌شود.

منابع

- Ackermann, K., Kirchner, M., Bernhard, A., Martinelli, A., Anomitri, C., Baker, R., ... & Herpertz-Dahlmann, B. (2019). Relational aggression in adolescents with conduct disorder: sex differences and behavioral correlates. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 1-13.
- American Psychiatric Association. (2013). Diagnostic and statistical manual of mental disorders (DSM-5®). American Psychiatric Pub.
- Bernstein, E. E., & McNally, R. J. (2017). Acute aerobic exercise helps overcome emotion regulation deficits. *Cognition and emotion*, 31(4), 834-843.
- Boyle, C. C., Stanton, A. L., Ganz, P. A., Crespi, C. M., & Bower, J. E. (2017). Improvements in emotion regulation following mindfulness meditation: Effects on depressive symptoms and perceived stress in younger breast cancer survivors. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 85(4), 397.
- Cannon, J. L., & Umstead, L. K. (2018). Applying Dialectical Behavior Therapy to Self-Harm in College-Age Men: A Case Study. *Journal of College Counseling*, 21(1), 87-96.
- Christiansen, H., Hirsch, O., Albrecht, B., & Chavanon, M. L. (2019). Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder (ADHD) and Emotion Regulation Over the Life Span. *Current psychiatry reports*, 21(3), 17.
- Davidsson, M., Hult, N., Gillberg, C., Särneö, C., Gillberg, C., & Billstedt, E. (2017). Anxiety and depression in adolescents with ADHD and autism spectrum disorders; correlation between parent-and self-reports and with attention and adaptive functioning. *Nordic Journal of Psychiatry*, 71(8), 614-620.
- درمان با آموزش این مهارت‌ها می‌تواند ضمن حمایت از روابط این دانش‌آموزان با دیگران، به آنها کمک کند که به صورت محترمانه این روابط را در طول زمان ادامه دهند (Rüfenacht et al., 2019)؛ به طوری که تنظیم هیجان به اصلاح آن دسته از باورهای غلط هیجانی که مورد تأیید نوجوانان دچار اختلال بیش‌فعالی‌اند کمک می‌کند و آنها را تشویق خواهد کرد تا هیجان‌ها را مشاهده کرده و از یکدیگر افتراق دهند تا از طریق به کارگیری آنها به معنای گسترده‌تری دست یابند و بدین ترتیب از میزان بروز تجربیات هیجانی نامطلوب می‌کاهد (Mennin et al., 2018).
- از آنجا که پژوهش حاضر در میان نوجوانان دختر دارای اختلال نارسایی توجه/ بیش‌فعالی شهر تهران صورت گرفته درباره‌ی تعمیم نتایج به نوجوانان دختر دارای اختلال نارسایی توجه/ بیش‌فعالی در دیگر شهرها و با فرهنگ‌های متفاوت باید جانب احتیاط رعایت گردد. از آنجا که حجم نمونه‌ی تحقیق محدود به دانش‌آموزان دختر مقطع متوسطه دارای اختلال نارسایی توجه/ بیش‌فعالی شهر تهران بوده است، برای رفع این محدودیت و نیز محدودیت جنسیت می‌توان پژوهش‌های مشابهی در دیگر شهرها و فرهنگ‌های دیگر بر روی دانش‌آموزان دختر و پسر مقطع متوسطه دارای اختلال نارسایی توجه/ بیش‌فعالی به اجرا درآورد. با توجه به اثربخشی دو روش رفتار درمانی دیالکتیکی و تنظیم هیجانی و به‌ویژه مؤثرتر بودن رفتار درمانی دیالکتیکی، پیشنهاد می‌شود برای نوجوانان بیش‌فعال و خانواده‌ها و همچنین کادر آموزش مدارس، دوره‌ها و کارگاه‌های آموزشی برگزار کرد تا آنها را با این راهبردها و آموزش‌ها آشنا کرد تا به این ترتیب با به‌کارگیری چنین درمان‌هایی در کنار دارودرمانی و درمان‌های روانپزشکی، علائم کمبود توجه/ بیش‌فعالی و اضطراب نوجوانان دارای اختلال نارسایی توجه/ بیش‌فعالی کاهش یابد. با توجه به گسترش بیش‌فعالی به سنین نوجوانی پیشنهاد می‌شود درمان‌هایی از این دست در اوایل ورود به نوجوانی در برنامه‌های مدارس برای این گروه از نوجوانان تدارک دیده
- Davis, M. L., Fletcher, T., McIngvale, E., Cepeda, S. L., Schneider, S. C., La Buissonnière Ariza, V., ...

- & Storch, E. A. (2019). Clinicians' perspectives of interfering behaviors in the treatment of anxiety and obsessive-compulsive disorders in adults and children. *Cognitive behaviour therapy*, 1-16.
- Diedrich, A., Hofmann, S. G., Cuijpers, P., & Berking, M. (2016). Self-compassion enhances the efficacy of explicit cognitive reappraisal as an emotion regulation strategy in individuals with major depressive disorder. *Behaviour Research and Therapy*, 82, 1-10.
- Farokhzadi, F., Khajovand Khoshli, A., Mohammadi, M. R., Akbar Fahimi, M. and Ali Beigi, N. (2018). The Study of Emotion Regulation Control Effectiveness on attention-deficit / hyperactivity Symptoms in 7-14 Years Old Children. *Journal of Exceptional Children* (4)18,101-116.[Persian].
- Fischer, S., & Peterson, C. (2015). Dialectical behavior therapy for adolescent binge eating, purging, suicidal behavior, and non-suicidal self-injury: A pilot study. *Psychotherapy*, 52(1), 78.
- Fairchild, G., Hawes, D. J., Frick, P. J., Copeland, W. E., Odgers, C. L., Franke, B., ... & De Brito, S. A. (2019). Conduct disorder. *Nature Reviews Disease Primers*, 5(1), 43.
- Gross, J. J. (2002). Emotion regulation: Affective, cognitive, and social consequences. *Psychophysiology*, 39(3), 281-291.
- Houghton, S., Alsalami, N., Tan, C., Taylor, M., & Durkin, K. (2017). Treating comorbid anxiety in adolescents with ADHD using a cognitive behavior therapy program approach. *Journal of Attention Disorders*, 21(13), 1094-1104.
- Hunnicut Hollenbaugh, K. M., & Lenz, A. S. (2018). An Examination of the Effectiveness of Dialectical Behavior Therapy Skills Groups. *Journal of Counseling & Development*, 96(3), 233-242.
- Jensen CM, Steinhausen HC (2015) Comorbid mental disorders in children and adolescents with attention-deficit/hyperactivity disorder in a large nationwide study. *Atten Defic Hyperact Disord* 7:27-38
- Jia, R. M. (2018). *Social resilience in children with ADHD: buffers of externalizing behaviour, internalizing behaviour, and negative parenting* (Doctoral dissertation, University of British Columbia). <https://dx.doi.org/10.14288/1.0372346>
- Laezer KL. (2015). Effectiveness of psychoanalytic psychotherapy and behavioral therapy treatment in children with attention deficit hyperactivity disorder and oppositional defiant disorder. *Journal of Infant, Child, and Adolescent Psychotherapy*, 14(2):111-28.
- Linehan M, Dexter-Mazze E. (2008). Dialectical Behavior Therapy For Borderline Personality Disorder. *Clinical handbook of psychological disorders: A step-by-step treatment manual*, 136(2):365-462.
- MacLeod, C. (2018). Current Range Of Treatments And Therapies In Children And Adolescents Diagnosed With ADHD; A Systematic Review Of The Literature. https://digitalcommons.salemstate.edu/honors_theses/180/
- Mennin, D. S., Fresco, D. M., O'Toole, M. S., & Heimberg, R. G. (2018). A randomized controlled trial of emotion regulation therapy for generalized anxiety disorder with and without co-occurring depression. *Journal of consulting and clinical psychology*, 86(3), 268.
- Mokhtari, H., Rabeii, M., Salemi, S. H., (2015). Persian Version of Attention-deficit / Hyperactivity Self Rating Scale Psychometric Characteristics(ASRS). *Journal of Iran Psychiatry and Clinical Psychology* , (3)21, 144-153.[Persian].
- Mohr-Jensen, C., Steen-Jensen, T., Bang-Schnack, M., & Thingvad, H. (2019). What do primary and secondary school teachers know about ADHD in children? *Findings from a systematic review and a representative, nationwide sample of Danish teachers. Journal of Attention Disorders*, 23(3), 206-219.
- Nariman, M., Begian Koleh Maraz, M. J., Ahadi, B., Abolghasami, A. (2014). The Efficacy of Dialectic Behavior Therapy Training on Attention-Deficit / Hyperactivity Symptoms Reduction and Life Quality Improvement of Students. *Journal of Clinical Psychology*, (6)1, 39-51.[Persian].

- Nasri, B., Castenfors, M., Fredlund, P., Ginsberg, Y., Lindefors, N., & Kaldo, V. (2020). Group Treatment for Adults With ADHD Based on a Novel Combination of Cognitive and Dialectical Behavior Interventions: A Feasibility Study. *Journal of attention disorders*, 24(6), 904-917.
- Navarro-Haro, M. V., Modrego-Alarcón, M., Hoffman, H. G., López-Montoyo, A., Navarro-Gil, M., Montero-Marin, J., ... & Garcia-Campayo, J. (2019). Evaluation of a Mindfulness-Based Intervention with and without Virtual Reality Dialectical Behavior Therapy® Mindfulness Skills training for the Treatment of Generalized Anxiety Disorder in Primary Care: A Pilot Study. *Frontiers in psychology*, 10, 55.
- Okumura, Y., Yamasaki, S., Ando, S., Usami, M., Endo, K., Hiraiwa-Hasegawa, M., ... & Nishida, A. (2019). Psychosocial Burden of Undiagnosed Persistent ADHD Symptoms in 12-Year-Old Children: A Population-Based Birth Cohort Study. *Journal of Attention Disorders*, 1087054719837746.
- Pan, P. Y., & Yeh, C. B. (2017). Impact of depressive/anxiety symptoms on the quality of life of adolescents with ADHD: a community-based 1-year prospective follow-up study. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 26(6), 659-667.
- Perepletchikova, F., Nathanson, D., Axelrod, S. R., Merrill, C., Walker, A., Grossman, M., ... & Mauer, E. (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 & Adolescent Psychiatry*, 56(10), 832-840.
- Rahmanfar, F., Hashamian, K., (2016). The Efficacy of Emotion Cognitive Regulation program on Anxiety Symptoms and Depression in Female Adolescents. *Psychological Studies*, (3) 12, 47-65.[Persian].
- Renna, M. E., Seeley, S. H., Heimberg, R. G., Etkin, A., Fresco, D. M., & Mennin, D. S. (2018). Increased attention regulation from emotion regulation therapy for generalized anxiety disorder. *Cognitive Therapy and Research*, 42(2), 121-134.
- Robins, T. G., Roberts, R. M., & Sarris, A. (2019). The effectiveness, feasibility, and acceptability of a dialectical behaviour therapy skills training group in reducing burnout and psychological distress in psychology trainees: A pilot study. *Australian Psychologist*, 54(4), 292-301.
- Rüfenacht, E., Euler, S., Prada, P., Nicastro, R., Dieben, K., Hasler, R., ... & Weibel, S. (2019). Emotion dysregulation in adults suffering from attention deficit hyperactivity disorder (ADHD), a comparison with borderline personality disorder (BPD). *Borderline Personality Disorder and Emotion Dysregulation*, 6(1), 11.
- Sella, F., Re, A. M., Lucangeli, D., Cornoldi, C., & Lemaire, P. (2019). Strategy selection in ADHD characteristics children: A study in arithmetic. *Journal of Attention Disorders*, 23(1), 87-98.
- Salbach-Andrae H, Bohnkamp I, Pfeiffer E, Lehmkuhl U. (2008). Dialectical Behavior Therapy of Anorexia and Bulimia Nervosa Among Adolescents: A Case Series. *Cogn & Behav Pract*, 189(5):415-425.
- Sánchez Muñoz de León, M., Lavigne Cerván, R., Romero Pérez, J. F., & Elósegui Bandera, E. (2019). Emotion regulation in participants diagnosed with attention deficit hyperactivity disorder, before and after an emotion regulation intervention. *Frontiers in Psychology*, 10, 1092.
- Shaw, P., Stringaris, A., Nigg, J., & Leibenluft, E. (2015). Emotion dysregulation in attention deficit hyperactivity disorder. *Focus*, 14(1), 127-144.
- Shea, C. K., Lee, M. M., Lai, K. Y., Luk, E. S., & Leung, P. W. (2018). Prevalence of anxiety disorders in Hong Kong Chinese children with ADHD. *Journal of Attention Disorders*, 22(5), 403-413.
- Telman, L. G., van Steensel, F. J., Maric, M., & Bögels, S. M. (2017). Are anxiety disorders in children and adolescents less impairing than ADHD and autism spectrum disorders? Associations with child quality of life and parental stress and psychopathology. *Child Psychiatry & Human Development*, 48(6), 891-902.

- Tsang, T. W., Kohn, M. R., Efron, D., Clarke, S. D., Clark, C. R., Lamb, C., & Williams, L. M. (2015). Anxiety in young people with ADHD: Clinical and self-report outcomes. *Journal of Attention Disorders, 19*(1), 18-26.
- van Stralen, J. (2016). Emotional dysregulation in children with attention-deficit/hyperactivity disorder. *ADHD Attention Deficit and Hyperactivity Disorders, 8*(4), 175-187.
- Wofford, J. R., & Ohrt, J. H. (2018). An Integrated Approach to Counseling Children Diagnosed With ADHD, ODD, and Chronic Stressors. *The Family Journal, 26*(1), 105-109.