



## The Effectiveness of Group counseling Based on Rational-emotional Behavior Therapy (REBT) on Reducing Depressive Symptoms in Adolescent Girls

Fatemeh Azizi<sup>1\*</sup>, Fatemeh Rezaei<sup>2</sup>

1. Master degree in Clinical Psychology, Faculty of Educational Sciences and Psychology, Khomeini Shahr Azad University, Isfahan, Iran.
2. Assistant Professor of Psychology, Faculty of Educational Sciences and Psychology, Khomeini Shahr Azad University, Isfahan, Iran.

**Citation:** Azizi, F., & Rezaei, F., (2024). The effectiveness of group counseling based on rational-emotional behavior therapy (REBT) on reducing depressive symptoms in adolescent girls, *Clinical Psychology Achievements*, 10(3), 21-32.

### Abstract

The aim of this study was to determine the effectiveness of rational-emotional behavior therapy (REBT) on reducing the symptoms of persistent depression in junior high school girls. The research design was quasi-experimental with pretest-posttest design and control group. The statistical population of the study consisted of all first-grade high school students in Najafabad. Among them, 30 people in the first stage based on the Kovacs questionnaire (CDI, Kovacs 1985) and in the second stage based on the Depression Test of Children and Adolescents (CADS, Jan Bozorgi, Hosseini, 2005) and also clinical interviews (Sadock & Sadock, 2015), with criteria of persistent depression Were identified and selected as a sample, which were randomly replaced in experimental (15) and control (15) groups, then group counseling intervention in a logical-emotional manner in 14 sessions of 60 to 90 minutes and twice in Weeks were done for the experimental group. The research results were analyzed using univariate analysis of covariance and multivariate analysis of covariance. The results showed that rational-emotional group counseling (REBT) had a significant effect on reducing the symptoms of persistent depression in the experimental group ( $P < 0.05$ ). It seems that rational-emotional intervention can be used to increase self-esteem and reduce feelings of dissatisfaction, feelings of futility in persistent depression. This treatment improves persistent depression in adolescent girls.

**Keywords:** Behavioral-logical-emotional therapy, stable depression symptoms, self-esteem

---

\* Corresponding Author: Fatemeh azizi

E-mail: [Azizifatemeh482@gmail.com](mailto:Azizifatemeh482@gmail.com)





## اثربخشی مشاوره گروهی مبتنی بر رفتاردرمانی منطقی - هیجانی بر کاهش علائم افسردگی پایدار در نوجوانان دختر

فاطمه عزیزی<sup>۱\*</sup>، فاطمه رضایی<sup>۲</sup>

۱. کارشناسی ارشد روان‌شناسی بالینی، دانشکده علوم تربیتی روان‌شناسی دانشگاه آزاد خمینی‌شهر، اصفهان، ایران  
۲. استادیار روان‌شناسی، دانشکده علوم تربیتی و روان‌شناسی دانشگاه آزاد خمینی‌شهر، اصفهان، ایران

### چکیده

هدف از پژوهش حاضر تعیین اثربخشی رفتاردرمانی منطقی - هیجانی (REBT) بر کاهش علائم افسردگی پایدار در دختران دوره اول متوسطه بود. پژوهش از نوع نیمه‌آزمایشی با طرح پیش‌آزمون - پس‌آزمون و گروه کنترل بود. جامعه آماری پژوهش را تمامی دانش‌آموزان دوره متوسطه اول شهرستان نجف‌آباد تشکیل می‌دادند. از بین آنها ۳۰ نفر در مرحله اول بر اساس پرسشنامه کوواکس CDI (Kovacs, 1958) و در مرحله دوم بر اساس آزمون افسردگی کودکان و نوجوانان (C.A.D.S)، جان بزرگی و حسینی مستخدمین، (۱۳۸۴) و همچنین مصاحبه بالینی (سادوک و سادوک، ۲۰۱۵)، دارای ملاک‌های افسردگی پایدار تشخیص داده شدند و به‌عنوان نمونه انتخاب شدند که در دو گروه آزمایش (۱۵) و کنترل (۱۵) نفر به طور تصادفی جایگزین شدند، سپس مداخله مشاوره گروهی به شیوه منطقی - هیجانی در ۱۴ جلسه ۶۰ تا ۹۰ دقیقه‌ای و دو بار در هفته برای گروه آزمایش انجام شد. داده‌های پژوهش با استفاده از آزمون تحلیل کوواریانس یک‌متغیره و تحلیل کوواریانس چندمتغیره مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفتند. نتایج نشان داد که مشاوره گروهی به شیوه منطقی - هیجانی (REBT) در کاهش علائم افسردگی پایدار در گروه آزمایش تأثیر معنادار داشت ( $P < 0/05$ ). به نظر می‌رسد از مداخله به شیوه منطقی - هیجانی جهت افزایش عزت‌نفس و کاهش احساس عدم لذت، احساس بی‌پهودگی در افسردگی پایدار می‌توان استفاده نمود. این روش درمانی افسردگی پایدار در دختران نوجوان را بهبود می‌دهد.

کلیدواژه‌ها: رفتاردرمانی - منطقی - هیجانی، علائم افسردگی پایدار، عزت‌نفس.

## مقدمه

افسردگی یک اختلال روانی رایج و عودکننده و یکی از علل اصلی ناتوانی در سراسر جهان است که به رفتارهای سلامتی ضعیف، افزایش خطر مرگ‌ومیر و هزینه‌های اجتماعی بالا منجر می‌شود (James et al., 2018). نوجوانی مرحله مهمی از رشد است که با آشفتگی‌های روان‌شناختی از جمله افسردگی همراه است (Van Droogenbroeck et al., 2018) پیش‌بینی شده است که بین ۱۴ تا ۲۵ درصد نوجوانان حداقل یک دوره افسردگی را قبل از ورود به دوره بزرگسالی تجربه می‌کنند و آمار آن در ایران نیز ۵ درصد گزارش شده است (Chrkhandeh et al., 2016). افسردگی شایع‌ترین مشکل روانی سال‌های نوجوانی است و در میان نوجوانان در حال افزایش است (Kuringe et al., 2019). افسردگی در دختران شایع‌تر از پسران است و افسردگی عمیق معمولاً به افکار خودکشی منجر می‌شود. ملاک تشخیص اختلال افسردگی پایدار (Persistent depressive disorder) خلق‌وخوی افسرده در فرد است که در بیشتر ساعات روز و تقریباً هر روز و به مدت حداقل دو سال در بزرگسالان و یک سال در نوجوانان وجود دارد. در این دوره ممکن است فرد دچار بی‌خوابی یا پرخوابی، بی‌اشتهایی یا پر‌اشتهایی، احساس همیشگی ناامیدی و کاهش مهارت حل مسئله گردد و فرد در این مدت احساس خستگی همیشگی دارد (Burke, 2007) کودکان و نوجوانان اختلال افسردگی پایدار را با زودرنجی و تندخویی نشان می‌دهند که بر وضعیت تحصیلی آنها اثر می‌گذارد، موجب کاهش علاقه به کارهای مدرسه و عدم تمرکز، توجه و پشتکار در انجام تکالیف که باعث شکست درسی گشته و غمگینی، احساس بیگانگی نسبت به همسالان و فقدان انرژی برای یادگیری و عدم برقراری ارتباط مؤثر با معلم و سایر شاگردان خواهد شد. خلق افسرده موجود در افرادی که افسردگی پایدار دارند نوعی ضعف اجتماعی است و باعث دور شدن دیگران از فرد می‌شود که می‌تواند بر حوزه‌های مختلف زندگی تأثیر منفی بگذارد و افرادی که از بی‌لذتی مرتبط با افسردگی رنج می‌برند معمولاً در آغاز روز تمایل به خودکشی دارند؛ اما با فرارسیدن شب و نزدیک شدن به وقت خواب این میل در آنها فروکش می‌کند، چون خواب شبیه به مرگ است و تنها راه فرار از احساسات منفی برای آنها قلمداد می‌شود. کودکان و نوجوانان افسرده در مهارت‌های اجتماعی ضعف دارند در نتیجه به محبوبیت لازم نمی‌رسند و از جانب دیگران تنها گذاشته می‌شوند که باعث پیامدهای بد در روحیه و شخصیت آنها می‌گردد. بررسی کودکان و نوجوانان افسرده نشان داده است که آنها دارای سبک‌های اسنادی ناسازگارانه، تحریف‌های شناختی، مفهوم خود منفی، مهارت‌های ارتباطی ضعیف، ضعف در توانایی حل مسئله و راهبردهای مقابله‌ای انفعالی یا اجتنابی هستند (Adams & Adams, 1991). نسیس سه نوع نشانه رایج در افسردگی نوجوانان را سکوت و کناره‌گیری، کندی و فقدان انگیزه و بی‌قراری و اضطراب ذکر کرده است، نشانه‌های سکوت و کناره‌گیری ممکن است شامل تطابق و سازگاری افراطی و بی‌مورد (Over adjustment)، غمگینی، خجالت، انزوا، شباداری، ناخن جویدن، گریه‌های بی‌مورد، نشان دادن پرخاشگری و رفتار خودکشی باشد، کندی و فقدان انگیزه ممکن است به بروز نشانه‌هایی مانند بی‌حالی و کم‌تحركی روانی - حرکتی، بی‌احساسی، عدم امنیت، خوردن وسواسی و بی‌اختیار، مشکلات یادگیری، انفعالی بودن و سکوت و خاموشی منجر شود، نشانه‌های بی‌قراری و اضطراب ممکن است به صورت پرخاشگری نسبت به خود و دیگران، گریه‌های بی‌مورد و رفتار خودکشی نشانه‌های افسردگی ممکن است به طور چشمگیری از یک نوجوان به نوجوان دیگر تفاوت کند. نشانه‌های افسردگی در نوجوانان در بافت‌های مختلفی همچون روابط با همسالان و موقعیت‌های مدرسه ظاهر می‌شوند (Gorji, 2018). پولاند نشانه‌های افسردگی نوجوانان را به صورت کناره‌گیری از دوستان و فعالیت‌ها، فقدان لذت از زندگی و ناامیدی، تغییر در عادات خوردن و خوابیدن، رفتارهای خطرآفرین، به مرگ فرو رفتن، افزایش شکایت‌های جسمانی، مشکلات در تمرکز و انجام تکالیف درسی، تغییرات خلقی مکرر، هیجانات نامشخص و رفتارهای همراه با نافرمانی، عزت‌نفس کم، عدم اطمینان به توانایی‌های خود یا توانایی‌های تصمیم‌گیری، از دست دادن یا به دست آوردن وزن به مقدار زیاد و کاهش توجه به وضعیت ظاهری خود، دست‌بندی کرده است (Gorji, 2019). با توجه به مطالب مطرح شده و با توجه به شیوع بالا و هزینه‌های قابل توجه، تلاش‌های مداومی در جهت رفع و بهبود درمان افسردگی انجام شده است. از این موارد می‌توان به دارودرمانی و درمان‌های روان‌شناختی به‌ویژه درمان شناختی رفتاری (Cognitive behavior therapy)، درمان بین‌فردی (Interpersonal therapy) و فعال‌سازی رفتاری (Behavior activation)، اشاره کرد که

بهترین روش با نرخ‌های مشابه بهبود با توجه به خطرات احتمالی، روش روان‌درمانی CBT است (Butler et al., 2007) اما یک‌سوم تا نیمی از کودکان و نوجوانان افسرده به این روش درمانی CBT پاسخ نمی‌دهند (Bridge et al., 2007)؛ بنابراین، یافتن تحقیق و اجرای راهکارهای دیگر برای درمان افسردگی در جوانان بسیار ضروری است. REBT درمانی است که توسط Ellis (1957) ارائه شد، در این روش درمانی که نوعی از درمان شناختی-رفتاری CBT است و در هسته تئوری خودارزیابی احساسات و استرس را دارا است (Lazarus, 1991). با توجه به ارزیابی و نظریه‌های REBT، یک پاسخ عاطفی و پیامد آن، وابسته به ارزیابی استنتاج است و نه مستقیماً از خود استنتاج (David & Cramer, 2010). در این روش درمانی سعی می‌شود از تکنیک‌های متنوعی استفاده شود تا به نوجوانانی که دارای افسردگی پایدار هستند، کمک شود به باورهای غیرمنطقی و افکاری که به مشکلات روانی آنها منجر شده پی ببرند و آنها را به چالش بکشند. از جمله این تکنیک‌ها می‌توان به سؤالات سقراطی (که شامل گفت‌وگو درباره ماهیت است)، آزمایش‌های رفتاری (آزمایش باورها در موقعیت‌های واقعی زندگی)، استراتژی‌ها (به طور مستقیم به درمان‌جو در مورد تمایزات بین دو نوع اعتقادات آموزش می‌دهد) تکنیک‌های طنزآمیز (مثل ترانه و دیگر اشکال هنری که به وی نشان دهد باورهای غیرمنطقی وی پوچ هستند) و بسیاری از روش‌های دیگر اشاره کرد (DiGiuseppe et al., 2013). روان‌درمانی منطقی هیجانی آموزش می‌دهد که چگونه فرد می‌تواند تفکر منطقی خود را برای پذیرش و مبارزه با آن فعال کند و جهان‌بینی عقلانی که باعث می‌شود هم از نظر عاطفی و هم از نظر جسمی احساس بهتری داشته باشد و رفتارهای سالم‌تری را اتخاذ کند (Candea et al., 2018). در این روش درمانی افکار غیرمنطقی به سمت هوشیاری و آگاهی بیماران هدایت شده و برای بیماران روشن می‌شود که چگونه جملات درونی غیرمنطقی که باعث ناراحتی‌های عاطفی شده را می‌توان مورد تجدیدنظر و بازسازی قرار داد (Balkis & Duru, 2018). مطالعه حاضر به بررسی اثربخشی رفتاردرمانی منطقی هیجانی بر کاهش علائم افسردگی پایدار در نوجوانان می‌پردازد.

در رابطه با روش درمانی حاضر، Sava et al. (2009) نشان دادند سه روش درمان شناختی، درمان عقلانی - عاطفی - رفتاری و درمان دارویی پروزاک در کاهش نشانه‌های افسردگی یکسان است. تحقیقات مختلف دیگر، برتری رفتاردرمانی عقلانی-هیجانی را برای جمعیت‌های دانشگاهی (Fosterling, 1985) و بهنجار (Malouff et al., 1988) و جمعیت بالینی (Fava et al., 1994) تأیید شده است. همچنین (Szentagotai et al., 2008) کارآمدی سه روش درمان عقلانی-هیجانی-رفتاری الیس، درمان شناختی بک و دارودرمانی (فلوکستین) مورد بررسی قرار دادند که دریافتند هر سه روش درمانی به طور مساوی بر بیماران مبتلا به اختلال افسردگی عمده مؤثرند؛ اما در پیگیری ۶ ماهه درمان REBT و درمان CBT به نظر می‌رسد نسبت به درمان دارویی در کاهش نشانه‌های افسردگی مؤثرترند. Barabaas & Barabaas (2007) نشان دادند که درمان منطقی-هیجانی الیس در کاهش اضطراب، افسردگی و نشخوار ذهنی و افزایش پیشرفت تحصیلی سودمند است. همچنین بررسی‌های (Oltean et al., 2017) نشان داد که رفتاردرمانی عقلانی هیجانی در کاهش علائم افسردگی و اضطرابی دانشجویان نقش معنی‌داری دارد. در تحقیق دیگری که توسط (Eifediyi et al., 2017) انجام شد نتیجه‌ای مبنی بر تأثیر به‌کارگیری رفتاردرمانی عقلانی هیجانی در کاهش اضطراب امتحان دانش‌آموزان حاصل گردید همچنین (Ellis et al., 2010) در نتیجه گرفت که روان‌درمانی به روش آدلری و رفتاردرمانی عقلانی هیجانی می‌توانند در جلوگیری از خودکشی مفید باشند و به مراجعین شدیداً افسرده این فرصت را می‌دهند که به شیوه معقول‌تری فکر، احساس و رفتار نمایند. به‌طور کلی رفتاردرمانی عقلانی هیجانی سعی می‌کند تا افکار و باورهای غیرمنطقی مراجع اصلاح شود (Buschman et al., 2018). (Trip et al., 2007) دریافتند که برنامه رفتاردرمانی عقلانی-هیجانی وقتی با دیگر مداخله‌های درمانی مقایسه می‌شود، در تعدیل رفتارهای بد کارکردی مؤثر است. با توجه به شیوع افسردگی پایدار که در درازمدت مشکلات قابل‌توجهی را در زمینه‌های مختلف، برای نوجوانان به همراه دارد، به نظر می‌رسد که آموزش مهارت‌های رفتاردرمانی منطقی هیجانی، علی‌رغم تمام پژوهش‌هایی که در زمینه تأثیرگذاری روش‌های مختلف دیگر برای درمان اختلالات خلقی انجام شده است مفید است. بر این اساس هدف از پژوهش حاضر تعیین اثربخشی رفتاردرمانی منطقی-هیجانی (REBT) بر کاهش علائم افسردگی پایدار بود.

## روش

این پژوهش از نوع پژوهش‌های نیمه‌آزمایشی و براساس طرح پیش‌آزمون-پس‌آزمون با گروه کنترل انجام شد. جامعه آماری، تمامی دانش‌آموزان دوره متوسطه اول گروه سنی ۱۳ تا ۱۵ سال شهرستان نجف‌آباد که به مشاور مدارس در سال تحصیلی ۹۸-۹۹ مراجعه نموده‌اند است که از میان ۱۵۰ دانش‌آموز، ۳۰ نفر را که در مرحله اول بر اساس پرسشنامه کوواکس (CDI) و در مرحله دوم بر اساس آزمون افسردگی کودکان و نوجوانان (C.A.D.S) و همچنین مصاحبه بالینی، دارای ملاک‌های افسردگی پایدار بودند به‌عنوان گروه نمونه انتخاب شدند و در دو گروه آزمایش (n=۱۵) و کنترل (n=۱۵) قرار گرفتند، قبل و بعد از اجرای مداخله، هر دو پرسشنامه در اعضای نمونه اجرا شد. اعضای گروه آزمایش تعداد ۱۴ جلسه ۶۰ تا ۹۰ دقیقه‌ای و دو بار در هفته برنامه مشاوره گروهی به شیوه منطقی - هیجانی را دریافت کردند. معیارهای ورود این مطالعه ۱- داشتن رضایت کامل برای حضور در جلسات آموزش ۲- مدت ابتلا به افسردگی حداقل به مدت یک سال، ۳- نمرات افسردگی بالا در پرسشنامه‌های مورد استفاده در پژوهش و معیارهای خروج نیز شامل: ۱- عدم تمایل بیمار به ادامه جلسات درمان ۲- بروز برخی رفتارهای مخرب نظیر توهین، تمسخر و پرخاشگری کلامی به سایر اعضا که می‌تواند فرایند جلسات را مختل کند ۳- غیبت بیش از ۳ جلسه در فرایند درمان.

## ابزار پژوهش

پرسشنامه افسردگی کودکان (**Children's Depression, Inventory**): این پرسشنامه توسط Kovacs (1985) ساخته شده و ۲۷ گویه دارد و جهت ارزیابی نشانه‌های افسردگی در کودکان و نوجوانان استفاده می‌شود. شامل پنج خرده‌مقیاس، خلق منفی، مشکلات بین‌فردی، احساس بی‌پهودگی، فقدان احساس لذت و عزت‌نفس پایین است. CDI با سایر پرسشنامه‌های مرتبط با افسردگی دوره کودکی و نوجوانی از جمله مقیاس افسردگی نوجوان رینولدز همبستگی دارد. آیت‌ها بر اساس طبقه‌بندی، ۰ (عدم وجود نشانه) تا ۲ (وجود نشانه‌های مشخص) نمره‌گذاری می‌کند. نمره کل (با دامنه ۰ تا ۵۴) که هرچه نمره فرد بیشتر باشد شدت افسردگی فرد نیز بیشتر خواهد بود) با جمع نمره‌های همه آیت‌ها به دست می‌آید. (Kovacs, 1985; Smucker et al., 1986) هر سؤال در این پرسشنامه دارای سه جمله است که آزمودنی با توجه به احساسات و افکار خود در طول دوهفته گذشته یکی از جملات انتخاب می‌نماید. ۱۴ سؤال از ۲۷ سؤال به صورت مستقیم و ۱۳ سؤال به صورت معکوس نمره‌گذاری می‌شود. نمره صفر تا ۸ سالم بودن. نمره ۹ تا ۱۹ آستانه افسردگی، نمره بالاتر از ۲۰ برچسب افسردگی داده می‌شود. نمره فرد هرچه بیشتر باشد میزان افسردگی نیز بیشتر خواهد بود مطالعات نشان‌دهنده مشخصات روان‌سنجی خوب برای پرسشنامه CDI است. (Deirdre et al., 2013) همسانی درونی این پرسشنامه را بر اساس آلفای کرونباخ ۰/۸۶ به دست آوردند. در ایران (Deheshiri et al., 2009) ویژگی‌های روان‌سنجی این پرسشنامه را بررسی کرده و پایایی بازآزمونی و همسانی درونی کل پرسشنامه را به ترتیب ۰/۸۲ و ۰/۸۳ به دست آوردند. پایایی این پرسشنامه در پژوهش حاضر با استفاده از ضریب آلفای کرونباخ ۰/۷۶ به دست آمد.

آزمون افسردگی کودکان و نوجوانان (**children and adolescent depression scale**): این پرسشنامه توسط Jan (2005) و Bozorgi & Hosseini Moshtakem تدوین شده است درجات افسردگی بر اساس مقیاس افسردگی جان بزرگی و حسینی، با ۱۳ سؤال به این صورت تقسیم‌بندی شد: (۰ تا ۲ فقدان افسردگی)، (۲ تا ۷ افسردگی خفیف)، (۸-۱۸ افسردگی متوسط)، (۱۹ تا ۲۸ افسردگی شدید)، (۲۹ افسردگی بسیار شدید است). روایی آزمون از طریق ارجاع موارد مقیاس به ده متخصص بالینی کودک سنجیده شده است و تغییرات لازم بر روی ۱۵۴۶ نفر از کودکان ایرانی (سن ۷ تا ۱۸) اجر اشد و نرم حاضر به دست آمد. ضریب آلفای کرونباخ اولیه ۰/۶۱۶۸ است. در پژوهش دیگر، در تعداد ۱۰۰ نفر از دانش‌آموزان دختر و پسر مقطع راهنمایی که به طور تصادفی از بین ۸۴۳ نفر نمونه پژوهش انتخاب شده بودند ضریب آلفای کرونباخ ۰/۸۰۲ برای این ابزار به دست آمد که نتایج حاصل از این ابزار همبستگی بالایی با پرسشنامه افسردگی بک برای کودکان و نوجوانان (BDI-CA) نشان

داد (Jan Bozorgi & Hosseini Moshtakem, 2005). در پژوهش دیگر که توسط (Shahsavari et al. 2013) انجام شد نتایج نشان داد که CADs ابزاری مطلوب برای سنجش و غربالگری افسردگی هم به صورت بالینی و هم به صورت پژوهشی چه به شکل انفرادی و چه به شکل گروهی است. که در بررسی پایایی این آزمون به سه روش درونی (آلفای کرونباخ و تصنیف)، همبستگی درونی و باز آزمایی انجام شد مشخص شد این مقیاس از پایایی بالا و کاملاً مطلوبی برخوردار است (Shahsavari et al., 2013).

### مصاحبه بالینی

مصاحبه بالینی بر اساس فرم زیر طبق DSM-5 افسردگی پایدار را مورد ارزیابی قرار می‌دهد که زمینه‌های بررسی آن شامل موارد زیر است.

A- خلق افسرده در اکثر اوقات روز و در اکثریت روزها که فرد به آن ادعان دارد یا دیگران مشاهده می‌کنند (خلق تحریک‌پذیر) و برای حداقل یک سال ادامه دارد.

B- در حالی که فرد افسرده است حداقل دو علامت زیر وجود داشته باشد.

۱. کاهش اشتها یا پرخوری ۲. بی‌خوابی یا پرخوابی ۳. کاهش انرژی یا خستگی ۴. افت اعتمادبه‌نفس ۵. تمرکز ضعیف یا قدرت تصمیم‌گیری ۶. احساس ناامیدی

C- در طی مدت یک سال اختلال، هیچگاه فرد بیش از دو ماه متوالی فاقد علائم A, B نبوده باشد.

D- ممکن است ملاک‌های تشخیص اختلال افسردگی اساسی برای یک سال متوالی استمرار داشته باشد.

E- هیچگاه دوره مانیا یا هیپومانیا وجود نداشته باشد و هیچگاه ملاک‌های تشخیص اختلال ادواری برآورده نشده باشد.

F- اختلال موجود توسط اختلال اسکیزوفرنی، اسکیزوفکتیو، اختلال هذیانی یا سایر اختلالات معین و نامعین طیف اسکیزوفرنی و سایر اختلالات روان‌پریشی مداوم بهتر توجیه نمی‌شود.

G- اختلال موجود را نمی‌توان به اثرات فیزیولوژیک یک ماده (مانند مواد سو مصرفی دارو) یا یک بیماری طبی دیگر (مثل کم‌کاری تیروئید) ربط داد.

H- علائم موجود از نظر بالینی باعث ناراحتی قابل توجه یا افت کارکرد اجتماعی، شغلی یا سایر جنبه‌های مهم کارکردی می‌گردند (American Psychiatric Association, 2013).

### یافته‌ها

جدول ۱. میانگین و انحراف معیار نمره‌های افسردگی پایدار و مؤلفه‌های احساس عدم لذت و عزت‌نفس و کاهش احساس بیهودگی، خلق منفی و مشکلات بین‌فردی در دو گروه آزمایش و کنترل نشان می‌دهد.

طبق جدول ۱ میانگین نمره‌های افسردگی پایدار و مؤلفه‌های آن در مرحله پس آزمون در گروه آزمایش کاهش یافته است. بر اساس نتایج حاصل از جدول ۲، بین دو گروه در نمرات افسردگی پایدار تفاوت معنی‌داری وجود دارد ( $p < 0.05$ ). به‌طوری‌که رفتاردرمانی منطقی هیجانی (REBT) متقابل توانسته است باعث کاهش قابل‌ملاحظه میانگین نمرات افسردگی پایدار شود. میزان این تأثیر گروهی ۰/۴۹ بوده است. به‌عبارت‌دیگر، نزدیک به ۴۹ درصد از تفاوت‌های ایجاد شده در متغیر وابسته به تأثیر متغیر مستقل مربوط است. توان آماری ۰/۹۹۹۸ نیز نشان‌دهنده کفایت حجم نمونه و پایین بودن خطای نوع دوم است؛ بنابراین می‌توان نتیجه گرفت که رفتاردرمانی منطقی هیجانی (REBT) در کاهش علائم افسردگی پایدار مؤثر است.

نتایج آنالیز کوواریانس چندمتغیره در بررسی اثربخشی رفتاردرمانی منطقی هیجانی، در افزایش احساس عدم لذت و عزت‌نفس و کاهش احساس بیهودگی، خلق منفی و مشکلات بین‌فردی نشان داد آزمون لامبدای ویکلز دارای سطح

معناداری کمتر از ۰/۰۵ است که بیانگر این است که دو گروه آزمایش و گواه حداقل در یکی از مؤلفه‌های افسردگی پایدار تفاوت معناداری داشته‌اند.

جدول ۱. میانگین و انحراف معیار نمرات متغیرها در دو گروه آزمایش و کنترل

متغیر	گروه	نوبت آزمون	تعداد	میانگین	انحراف معیار
افسردگی پایدار	آزمایش	پیش‌آزمون	۱۵	۲۶/۶۶	۳/۱۹
		پس‌آزمون	۱۵	۲۰/۲۶	۲/۷۳
	کنترل	پیش‌آزمون	۱۵	۲۸/۲۶	۵/۳۶
		پس‌آزمون	۱۵	۲۷/۷۳	۶/۰۸
احساس عدم لذت	آزمایش	پیش‌آزمون	۱۵	۹/۰	۱/۸۱
		پس‌آزمون	۱۵	۶/۰۶	۱/۲۷
	کنترل	پیش‌آزمون	۱۵	۹/۰۶	۲/۵۲
		پس‌آزمون	۱۵	۸/۷۳	۱/۹
عزت‌نفس پایین	آزمایش	پیش‌آزمون	۱۵	۵/۸۶	۱/۵
		پس‌آزمون	۱۵	۴/۰	۰/۹۲
	کنترل	پیش‌آزمون	۱۵	۵/۴	۱/۸
		پس‌آزمون	۱۵	۵/۳۳	۱/۹۵
احساس بهبودی	آزمایش	پیش‌آزمون	۱۵	۳/۳۳	۱/۳۴
		پس‌آزمون	۱۵	۱/۸۶	۰/۹۱
	کنترل	پیش‌آزمون	۱۵	۳/۶۶	۱/۷۵
		پس‌آزمون	۱۵	۳/۲	۱/۶۹
خلق منفی	آزمایش	پیش‌آزمون	۱۵	۶/۶۶	۲/۳۱
		پس‌آزمون	۱۵	۴/۴	۱/۹۱
	کنترل	پیش‌آزمون	۱۵	۶/۲۶	۲/۵۷
		پس‌آزمون	۱۵	۶/۱۳	۲/۷۷
مشکلات بین‌فردی	آزمایش	پیش‌آزمون	۱۵	۵/۴۶	۱/۲۴
		پس‌آزمون	۱۵	۳/۹۳	۰/۷۹
	کنترل	پیش‌آزمون	۱۵	۴/۰	۱/۳۶
		پس‌آزمون	۱۵	۴/۳۳	۰/۹۷

جدول ۲. نتایج تحلیل کوواریانس یک‌متغیره (ANCOVA) اثربخشی رفتاردرمانی منطقی هیجانی (REBT) در کاهش علائم افسردگی پایدار

منبع	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	سطح معناداری	مجذوراتا	توان آماری
پیش‌آزمون	۴۴۷/۴۵	۱	۴۴۷/۴۵	۶۸/۴۸	۰/۰۰۱	۰/۷۱	۱
گروه	۲۶۲/۴۵	۱	۲۶۲/۴۵	۴۰/۱۶	۰/۰۰۱	۰/۴۹	۰/۹۹
خطا	۱۷۶/۴	۲۷	۶/۵۳				
کل	۱۸۳۲۲	۳۰					

باتوجه به جدول ۳ مشاهده می‌شود اثربخشی رفتاردرمانی منطقی هیجانی بر مؤلفه‌های احساس عدم لذت، عزت‌نفس و احساس بهبودی معنادار بوده است ( $p < 0/05$ )؛ باتوجه به اینکه سطح معنی‌داری از ۰/۰۵ کمتر است. باتوجه به مجذوراتا می‌توان گفت مقدار این اندازه اثر در احساس عدم لذت ۴۱ درصد، عزت‌نفس ۱۶ درصد و در احساس بهبودی ۲۰ درصد بوده است. سایر نتایج نشان می‌دهد رفتاردرمانی منطقی هیجانی بر مشکلات بین‌فردی و خلق منفی معنادار نبوده است ( $p > 0/05$ ).

جدول ۳. نتایج تحلیل واریانس چندمتغیره در متن مانکوا روی احساس لذت و عزت‌نفس، احساس بیهودگی، خلق منفی و مشکلات بین‌فردی

متغیر	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	آماره F	سطح معناداری	مجذور اتا	توان
افسردگی پایدار	۲۶۲/۴۵	۱	۲۶۲/۴۵	۴۰/۱۶	۰/۰۰۱	۰/۴۹	۰/۹۹
خلق منفی	۲۲/۵۳	۱	۲۲/۵۳	۳/۹۶	۰/۰۵۶	۰/۱۲	۰/۴۸
احساس عدم لذت	۵۳/۳۳	۱	۵۳/۳۳	۲۰/۲۱	۰/۰۰۱	۰/۴۱	۰/۹۹
عزت‌نفس	۱۳/۳۳	۱	۱۳/۳۳	۵/۷۱	۰/۰۲۴	۰/۱۶	۰/۶۳
احساس بیهودگی	۱۳/۳۳	۱	۱۳/۳۳	۷/۱۶	۰/۰۱۲	۰/۲۰	۰/۷۳
مشکلات بین فردی	۱/۲	۱	۱/۲	۱/۵	۰/۲۳	۰/۰۵	۰/۲۲

جدول ۴. جدول مقایسه دو به دوی میانگین‌های نمرات پس آزمون در دو گروه

گروه‌ها	تفاوت میانگین‌ها	سطح معنی‌داری
متغیر		
خلق منفی	۱/۷۳	۰/۰۵۶
احساس عدم لذت	۲/۶۶	۰/۰۰۱
عزت‌نفس	۱/۳۳	۰/۰۲۴
احساس بیهودگی	۱/۳۳	۰/۰۱۲
مشکلات بین‌فردی	۰/۴	۰/۲۳
افسردگی پایدار	۷/۴۶	۰/۰۰۱

### بحث و نتیجه‌گیری

رفتاردرمانی منطقی هیجانی (REBT) بر کاهش علائم افسردگی پایدار در دختران دوره اول متوسطه تأثیرگذار است. این یافته با نتایج به‌دست‌آمده از تحقیقات (David et al. (2008); Hudson (1986); Asadian et al. (2016) همسو است. باتوجه به نتایج حاصل شده از این پژوهش رفتاردرمانی منطقی هیجانی در کاهش علائم، احساس عدم لذت و احساس بی‌کفایتی و همچنین افزایش عزت‌نفس مؤثر است که خود جز شاخص‌های اصلی وجود افسردگی پایدار در گروه نوجوانان بوده‌اند و از آنجاکه در جلسات روان‌درمانی منطقی هیجانی فرد یاد می‌گیرد که فعالیت‌هایی را که باعث مشغول‌شدنش می‌شود را انجام دهد؛ بنابراین فرد سعی می‌کند از موقعیت‌هایی که او را ناراحت کرده است دور شود و چون در این جلسات یاد می‌گیرد که برنامه‌های لذت‌بخش را برای خود برنامه‌ریزی نماید پس زمان کمتری را به نشخوار فکری راجع به مسائلی که افسردگی وی را تشدید می‌نماید می‌پردازد و چون افراد افسرده معمولاً در نگرش و برداشت خود از رویدادها دچار خطا هستند و ممکن است یک تجربه منفی بد را تعمیم داده و به نتیجه‌گیری کلی منفی دست بزنند؛ مثلاً اگر در موردی قبلاً شکست‌خورده است، نتیجه‌گیری کلی می‌نماید و پیش‌بینی منفی می‌کند که در همه موارد آتی شکست خواهد خورد و از سوی دیگر چون نوجوانانی که افسردگی پایدار دارند معمولاً منفی‌نگر هستند و تنها جنبه‌های منفی رویدادها را می‌نگرند؛ لذا بیشتر از دیگران ناراحت می‌شوند. در جلسات رفتاردرمانی منطقی هیجانی نوجوانان بامهارت‌هایی از جمله تفکر منطقی راجع به یک رویداد و دید واقع‌بینانه آشنا می‌شوند که موجب کاهش اغراق در یک وضعیت بد، عدم‌پذیرش افکار منفی، افزایش باورهای منطقی، دوری از احساسات منفی و بهترشدن حال و هوای آنها می‌شود. رفتاردرمانی منطقی هیجانی، در افزایش احساس لذت، عزت‌نفس و در کاهش احساس بیهودگی (بی‌کفایتی)، خلق منفی و مشکلات بین‌فردی مؤثر است این یافته با نتایج پژوهش (Estavar & Rezavieh (2013) و Ostadian et al. (2009) همسو می‌باشد.



با توجه به تأثیر مثبت این روش درمانی در کاهش علائم افسردگی پایدار مشاهده می‌گردد و از آنجا که تغییر در رفتار فردی که افسردگی پایدار دارد بهترین راه برای تغییر افکار و احساسات وی است رفتاردرمانی منطقی هیجانی می‌تواند برای درماندگی که اکثر این قبیل بیماران با آن سروکار دارند به کار رود. با توجه به تأثیر روش درمانی منطقی - هیجانی در افزایش عزت‌نفس و اینکه عزت‌نفس نقش بارزی در بروز مجموعه اختلالات روانی و مشکلات اجتماعی از قبیل افسردگی و ... دارد می‌توان به نتایج آن و استفاده از این فرایند در کاهش علائم افسردگی امیدوار بود و چون عزت‌نفس برای توصیف احساس کلی فرد از بهادادن به خود یا ارزش شخصی مورد استفاده قرار می‌گیرد و غالباً به‌عنوان یک خصلت شخصیتی دیده می‌شود و می‌تواند شامل باورهای زیادی درباره خود فرد باشد، مانند ارزیابی ظاهر، احساسات و رفتارهایش و داشتن یک عزت‌نفس سالم می‌تواند به دانش‌آموز کمک کند تا با یک نگرش مثبت و قاطعانه حرکت کند و اعتقاد پیدا کند که می‌تواند به اهدافش برسد و از آنجا که روش منطقی-هیجانی در کاهش باورهای غیرمنطقی اثرگذار است می‌توان از آن برای افزایش عزت‌نفس استفاده کرد. از آنجا که خلق کودکان و نوجوانان در برابر تنش‌های مستمر و مداوم خانوادگی، بی‌توجهی والدین و ... و سایر عوامل استرس‌زا آسیب‌پذیر است و اکثر کودکان و نوجوانانی که افسردگی پایدار دارند در گذشته مورد بی‌توجهی و آزار و اذیت واقع شده‌اند، با انواع روش‌های درمانی از جمله روان‌درمانی منطقی هیجانی، می‌توان کودک را از محیط پرتنش خارج نمود و باعث شد که با عوامل استرس‌زا بهتر مقابله کند و می‌توان در بهبود علائم افسردگی پایدار آنها کمک شایانی نمود و خلق تحریک‌پذیر آنها را در جهت خنثی‌سازی و ملایمت‌پذیری ترمیم نمود. اما با توجه به نتایج حاصل مبنی بر معنی‌دار نبودن اثربخشی رفتاردرمانی منطقی هیجانی در کاهش خلق منفی و لب مرز بودن میزان سطح معناداری که برابر با ۰/۰۵۶ و همچنین تأثیر دوازده‌درصدی این روش درمانی در افزایش خلق مثبت در نوجوانان مشهود است این نکته قابل تأمل است که در صورت افزایش جلسات می‌توان بر خلق منفی در آنها تأثیر مستقیم گذاشت و چون خلق منفی در کودکان و نوجوانان بیشتر خود را با تحریک‌پذیری نمایش می‌دهد و با توجه به اینکه نوجوانان دارای افسردگی پایدار بیشتر با بروز پرخاشگری در خانواده و مدرسه انرژی خود را تخلیه می‌نمایند و پرخاشگری و تندخویی پدیده‌ای هستند که قابل کنترل است و می‌توان با آموزش شیوه‌های مناسب آنها را کنترل یا تعدیل نمود و در صورت پایداری در آموزش‌های درمانی می‌توان بهبودی بهتری را حاصل نمود و از مهم‌ترین دلایل بروز رفتارهای پرخاشگری و تندمزاجی و تحریک‌پذیری، فقر در مهارت‌های حل مسئله و عدم آگاهی از مهارت‌های برقراری ارتباط با دیگران به‌صورت مطلوب و نداشتن مهارت اساسی در بیان نظرات جهت کنترل زودرنجی و تحریک‌پذیری و همچنین از آنجا که اغلب نوجوانان هنگام مواجهه با موقعیت‌های خشم‌انگیز، فاقد مهارت لازم جهت تسلط بر هیجانات خود هستند و از آنجا که گروه‌درمانی منطقی هیجانی بخشی از کمبودها و نقصان مهارت‌ها را جبران می‌کند و فرد را با مهارت در تشخیص افکار منفی و همچنین هیجانات ثانویه آشنا می‌کند می‌تواند در کاهش تحریک‌پذیری و زودرنجی نوجوانان در صورت ادامه‌دار شدن جلسات درمانی همراه باشد. در رابطه با فعالیت‌های لذت‌بخش، نوجوانانی که دارای افسردگی پایدار هستند خستگی خاصی را بروز می‌دهند، و نسبتاً فعالیت‌های لذت‌بخش کمتری را در برنامه‌های روزانه خود دارند که خود این می‌تواند با بروز تحریک‌پذیری، بی‌حوصلگی بروز کند از آنجا که از نتایج حاصل شده تأثیر روان‌درمانی منطقی هیجانی در بهبود احساس لذت را نشان می‌دهد که می‌تواند به‌خاطر تقسیم‌بندی و درک بهتر از احساسات کارآمد و ناکارآمد و شناخت هیجان‌های منفی و ... در جلسات بوده باشد و از آنجا که شناخت باورها و اعتقادات به‌عنوان یکی از تکنیک‌های درمان منطقی هیجانی، از طریق ایجاد چالش بین درمانگر و مراجعه‌کنندگان طی جلسات گروهی به افراد کمک می‌کند تا باورهای منفی و ناکارآمد خود را تغییر دهند؛ بنابراین منجر به افکار مثبت در فرد شده و سبب بروز فعالیت از جمله فعالیت‌های لذت‌بخش برای بهتر شدن احساساتش می‌شود و از آنجاکه در روش روان‌درمانی منطقی هیجانی توانایی افراد برای تنظیم هیجانات مثبت و منفی آنها افزایش می‌یابد و به دنبال آن فرد میزان پایین‌تری از تنش و هیجانات منفی را تجربه می‌کند و این فرصت را می‌یابد تا به‌جای قضاوت خود با تجارب منفی و ناکامی‌ها بر جوانب مثبت و موفقیت خود و افکار مثبتش تمرکز

نماید که همین امر امکان تلاش بیشتر و هدفمندانه و کسب موفقیت و بازخورد مثبت نسبت به خود و توانمندی‌های خود را در پی دارد که در نتیجه میزان موفقیتش افزایش یافته و سبب کاهش علائم افسردگی پایدار و دیگر متغیرها از جمله احساس بیهودگی و افزایش اعتمادبه‌نفس و افزایش لذت از زندگی می‌شود و در آخر از نتایج حاصل شده می‌توان این‌گونه برداشت کرد که روش درمانی حاضر باعث بهبود احساس کفایت و افزایش اعتمادبه‌نفس و همچنین دید کلی فرد از ارزش خود نسبت به تمام موقعیت‌ها می‌شود و چون افراد در جلسات مجبور می‌شوند خود را در معرض موقعیت‌های اجتماعی زندگی واقعی قرار دهند که تکرار این فرایند با بازسازی افکار ناکارآمد و خود انتقادگر باعث کاهش میزان اجتناب و در نتیجه کاهش حس بی‌کفایتی در آن‌ها می‌شود.

از محدودیت‌های این پژوهش نبود دوره پیگیری و بررسی ثبات اثرات درمان و همچنین عدم اجرای درمان برای گروه گواه بود. پیشنهاد می‌شود از نتایج این پژوهش در حوزه سلامت روان و کیفیت زندگی دانش‌آموزان و والدین آنها استفاده شود. و با توجه به تأثیر این روش درمانی در افزایش عزت‌نفس، کاهش احساس بیهودگی و افزایش لذت از زندگی در نوجوانان بهتر است مشاوران و معلمان با این روند درمانی آشنا شده و در مدارسی که نمونه‌ای از دانش‌آموزانی که این‌گونه ویژگی‌ها را دارا هستند به کار برند و در آخر پیشنهاد می‌شود به‌منظور اعتباریابی متقابل این مدل پژوهش، در تحقیقات آتی از جامعه آماری، شامل بزرگسالانی که افسردگی پایدار دارند و همچنین از روش‌های طولی، برای پیگیری روند کاهش علائم افسردگی پایدار و نحوه استفاده بلندمدت از آموزش‌های فراگرفته شده توسط دانش‌آموزان استفاده گردد.

**تشکر و قدردانی:** از کلیه مدیران و مشاوران مدارس شهر نجف‌آباد و نوجوانان عزیزی که پژوهشگران را در انجام این پژوهش یاری فرمودند، کمال تقدیر و تشکر می‌شود. هیچ‌گونه تضاد منافی در این پژوهش برای نویسندگان وجود ندارد

## References

- Adams, M., & Adams, J. (1991). Life events, depression, and perceived problem solving alternatives in adolescents. *Journal of Child Psychology & Allied Disciplines*, 32(5), 811-820. <https://doi.org/10.1111/j.1469-7610.1991.tb01904.x>
- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (DSM-5)* (5th ed.). (Translation by F. Rezaei et al. (2014)). Tehran: Arjmand.
- Asadian, A., Kamel Abbasi, A. R., & Salehzadeh, M. (2016). Comparing the effects of rational-emotive and mindfulness-based therapeutic methods on symptoms of dysthymic disorder in women. *Journal of Qom University of Medical Sciences*, 10, 11-18. <https://www.sid.ir/fa/journal/ViewPaper.aspx?id=288519>
- Balkis, M., & Duru, E. (2018). The protective role of rational beliefs on the relationship between irrational beliefs, the emotional states of stress, depression, and anxiety. *Journal of Rational-Emotive & Cognitive-Behavior Therapy*, 1(4), 1-17. <https://doi.org/10.1007/s10942-018-0305-7>
- Barabaas, J., & Barabaas, J. (2007). Differential effect of rumination and dysphoria on the inhibition of irrelevant emotional material: Evidence from a negative priming task. *Cognitive and Research Theory*, 30, 149-160. <https://doi.org/10.1007/s10608-006-9035-8>
- Berk, L. (2007). *Developmental psychology from adolescence to the end of life*. (Translated by Y. Seyed Mohammadi (2023)). Tehran: Arasbaran.
- Bozorgi, M., & Hosseini Moshtakem, M. (2005). *Children and Adolescents Depression Test*. Tehran: Sina Behavioral Science Research Institute.
- Bridge, J. A., Iyengar, S., Salary, C. B., Barbe, R. P., Birmaher, B., Pincus, H. A., & Brent, D. A. (2007). Clinical response and risk for reported suicidal ideation and suicide attempts in pediatric antidepressant treatment: A meta-analysis of randomized controlled trials. *JAMA: The Journal of the American Medical Association*, 297(15), 1683-1696. <https://doi.org/10.1001/jama.297.15.1683>

- Buschmann, T., Horn, R. A., Blankenship, V. R., Garcia, Y. E., & Bohan, K. B. (2018). *Journal of Rational-Emotive & Cognitive-Behavior Therapy*, 36(2), 137-162. <https://doi.org/10.1007/s10942-017-0278-y>
- Butler, A., Chapman, J., Forman, E., & Beck, A. (2007). The empirical status of cognitive behavioral therapy: A review of meta-analyses. *Clinical Psychology Review*, 26(1), 17-31. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2005.07.003>
- Cândeia, D., Stefan, S., Matu, S., Mogoase, C., Iftene, F., David, D., et al. (2018). Rational-emotive and cognitive-behavior therapy for major depressive disorder in children and adolescents. In *Advances in Rational Emotive Behavior Therapy* (pp. 45-77). Springer. [https://doi.org/10.1007/978-3-030-03968-4\\_3](https://doi.org/10.1007/978-3-030-03968-4_3)
- Charkhandeh, M., Talib, M. A., & Hunt, C. J. (2016). The clinical effectiveness of cognitive behavior therapy and an alternative medicine approach in reducing symptoms of depression in adolescents. *Psychiatry Research*, 239, 325-330. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2016.03.044>
- David, D., & Cramer, D. (2010). Rational and irrational beliefs in human feelings and psychophysiology. In D. David, S. J. Lynn, & A. Ellis (Eds.), *Rational and irrational beliefs: Research, theory, and clinical practice* (99-112). Oxford University Press. <https://doi.org/10.1093/acprof:oso/9780195182231.001.0001>
- David, D., Szentagotai, A., Lupu, V., & Osman, D. (2008). Rational emotive behavior therapy, cognitive therapy, and medication in the treatment of major depressive disorder: A randomized clinical trial, post-treatment outcomes, and six-month follow-up. *Journal of Clinical Psychology*, 64(6), 728-746. <https://doi.org/10.1002/jclp.20487>
- Deheshiri, G., Najafi, M., Sheikhi, M., & Habibi Asgarabadi, M. (2009). Preliminary investigation of the psychometric features of the Children's Depression Inventory (CDI). *Journal of Family Studies*, 5(18), 159-177. [https://jfr.sbu.ac.ir/article\\_95448.html](https://jfr.sbu.ac.ir/article_95448.html)
- DiGiuseppe, R. A., DiGiuseppe, R., Doyle, K. A., Dryden, W., & Backx, W. (2013). *A practitioner's guide to rational-emotive behavior therapy*. Oxford University Press. <https://doi.org/10.12691/education-6-3-9>
- Eifediyi, G., Ojugo, A., & Aluede, O. (2017). Effectiveness of rational emotive behavior therapy in the reduction of examination anxiety among secondary school students in Edo State, Nigeria. *Asia Pacific Journal of Counselling and Psychotherapy*, 1-16. <https://doi.org/10.1080/21507686.2017.1412329>
- Ellis, A. (1957). Rational psychotherapy and individual psychology. *Journal of Individual Psychology*, 13, 38-44. <https://doi.org/10.4324/9781315541808>
- Ellis, A., David, D., & Lynn, S. J. (2010). Rational and irrational beliefs: A historical and conceptual perspective. In D. David, S. J. Lynn, & A. Ellis (Eds.), *Rational and irrational beliefs: Research, theory, and clinical practice* (3-22). Oxford University Press. <https://doi.org/10.1093/acprof:oso/9780195182231.001.0001>
- Estavar, S., & Rezavieh, A. (2013). Psychometric properties of the Social Anxiety Scale for Adolescents (SAS-A) for use in Iran. *Psychological Methods and Models*, 3, 69-78. <https://www.sid.ir/fa/journal/ViewPaper.aspx?id=213612>
- Fava, M., Bless, E., Otto, M. W., Pave, J. A., & Rosenbaum, J. F. (1994). Dysfunctional attitudes in major depression: Changes with pharmacotherapy. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 182, 45-49. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/8277301>
- Fosterling, F. (1985). Rational emotive therapy and attribution theory: An investigation of the cognitive detriments of emotions. *British Journal of Cognitive Psychotherapy*, 3, 12-25. <https://psycnet.apa.org/record/1986-19847-001>
- Gorji, Y. (2018). *Clinical psychology of children and adolescents*. First edition, Tehran: Tazkiyeh.
- Gorji, Y. (2019). *Psychopathology of children and adolescents: Nature, causes, and treatment methods*. First edition, Khomeini Shahr, Islamic Azad University of Khomeini Shahr.

- Hudson, A. (1986). Rational Emotive Therapy with Children and Adolescents: Theory, Treatment Strategies, Preventative Methods. In M. E. Bernard & M. J. Joyce (Eds.), *Behaviour Change*, 3(1), 77-78. <https://doi.org/10.1017/S0813483900009189>
- James, S. L., Abate, D., Abate, K. H., Abay, S. M., Abbafati, C., Abbasi, N., ... & Briggs, A. M. (2018). Global, regional, and national incidence, prevalence, and years lived with disability for 354 diseases and injuries for 195 countries and territories, 1990-2017: A systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2017. *The Lancet*, 392(10159), 1789-1858. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(18\)32279-7](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(18)32279-7)
- Kovacs, M. (1985). The Children's Depression Inventory (CDI). *Psychopharmacology Bulletin*, 21(4), 995-998. <https://doi.org/10.1037/t19482-000>
- Lazarus, R. S. (1991). *Emotion and adaptation*. Oxford University Press. <https://doi.org/10.2307/2075902>
- Logan, D. E., Claar, R. L., Guite, J. W., Zuck, S. K., Jordan, L. A., Palermo, M. T., ... & Zhou, C. (2013). Factor structure of the Children's Depression Inventory in a multisite sample of children and adolescents with chronic pain. *The Journal of Pain*, 14(7), 689-698. <https://doi.org/10.1016/j.jpain.2013.01.777>
- Malouff, J. M., Lanyon, R. I., & Schutte, N. S. (1988). Effectiveness of a brief group RET treatment for divorce-related dysphoria. *Journal of Rational-Emotive & Cognitive-Behavior Therapy*, 6(4), 162-171. <https://doi.org/10.1007/BF01064077>
- Oltean, H. R., Hyland, P., Vallières, F., & David, D. O. (2017). An empirical assessment of REBT models of psychopathology and psychological health in the prediction of anxiety and depression symptoms. *Behavioral and Cognitive Psychotherapy*, 45(6), 600-615. <https://doi.org/10.1017/S1352465817000133>
- Ostadian, M., Soudani, M., & Mehrabizadeh Honarmand, M. (2009). The effectiveness of rational-emotive behavioral group counseling on exam anxiety and self-esteem of female third-grade middle school students in Behbahan city. *Studies in Education and Learning (Social Sciences and Humanities University of Shiraz)*, (2-57), 1-18. <https://www.sid.ir/fa/journal/ViewPaper.aspx?id=118713>
- Sadock, B., & Sadock, V. (2015). *Synopsis of psychiatry: Behavioral sciences/clinical psychiatry* (11th ed.). (Translated by F. Rezaei). Arjmand, Tehran.
- Sava, F., Yates, B., Lupu, V., Szentagotai, A., & David, D. (2009). Cost-effectiveness and cost-utility of cognitive therapy, rational-emotive-behavior therapy, and fluoxetine (Prozac) in treating depression: A randomized clinical trial. *Journal of Clinical Psychology*, 65(1), 36-52. <https://doi.org/10.1002/jclp.20550>
- Shahsavari, A. M., Shahri, H., Sanari Kaltoom, M., & Mohammadi, M. (2013). Consultation Studies, *Issue 48*, 92. <http://iran-counseling.r/journal/article-1-72-fa.html>
- Smucker, M. R., Craighead, W. E., Craighead, L. W., & Green, B. J. (1986). Normative and reliability data for the Children's Depression Inventory. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 14(1), 25-39. <https://doi.org/10.1007/BF00917219>
- Szentagotai, A., Lupu, V., & Cosman, D. (2008). Rational emotive behavior therapy, cognitive therapy, and medication in the treatment of major depressive disorder: A randomized clinical trial, post-treatment outcomes, and six-month follow-up. *Journal of Clinical Psychology*, 64(6), 728-746. <https://doi.org/10.1002/jclp.20487>
- Trip, S., Vernon, A., & McMahon, J. (2007). Effectiveness of rational-emotive education: A quantitative meta-analytical study. *Journal of Cognitive and Behavioral Psychotherapies*, 7, 81-93. Retrieved from [https://www.researchgate.net/publication/268077122\\_Effectiveness\\_of\\_Rational-Emotive\\_Education\\_A\\_Quantitative\\_Meta-Analytical\\_Study](https://www.researchgate.net/publication/268077122_Effectiveness_of_Rational-Emotive_Education_A_Quantitative_Meta-Analytical_Study)
- Van Droogenbroeck, F., Spruyt, B., & Keppens, G. (2018). Gender differences in mental health problems among adolescents and the role of social support: Results from the Belgian health interview surveys 2008 and 2013. *BMC Psychiatry*, 18, 1-9. <https://doi.org/10.1186/s12888-018-1591-4>