اثربخشی مهارت‌آموزی گروهی رفتاردرمانی دیالکتیکی بر تنظیم هیجان دختران افسرده

فاطمه قلی‌پور بازکیاگوراب [۱]، فاطمه گلشنی [۲]، فرناز کشاورزی ارشدی [۳]، سوزان امامی‌پور [۴]، مژگان سپاه منصور [۵]

۱-گروه روان‌شناسی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد تهران مرکز، تهران، ایران. ۲- گروه روان‌شناسی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد تهران مرکز، تهران، ایران. ۳- گروه روان‌شناسی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد تهران مرکز، تهران، ایران. نویسنده مسئول.۴- ا گروه روان‌شناسی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد تهران مرکز، تهران، ایران. ۵- گروه روان‌شناسی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد تهران مرکز، تهران، ایران.

اطلاعات مقاله

نوع مقاله
پژوهشی

تاریخچه مقاله
دریافت : ۹۷/۶/۲۷
پذیرش :۹۷/۱۱/۹

کلید واژگان
مهارت‌آموزی گروهی، رفتاردرمانی دیالکتیکی، تنظیم هیجان، دختران افسرده.

نویسنده مسئول
Email:
far.keshavarzi@gmail.com

چکیده

مقدمه: افسردگی شایع‌ترین اختلال روان‌پزشکی می‌باشد. هدف این پژوهش بررسی اثربخشی مهارت‌آموزی رفتاردرمانی دیالکتیکی بر تنظیم هیجان دانش‌آموزان دختر دارای اختلال افسردگی بود.

روش کار: این مطالعه یک کارآزمایی بالینی با طرح پیش‌آزمون - پس‌آزمون و پیگیری ۲ ماهه روی ۲۴ نفر دانش‌آموزان دختر انجام شد. روش نمونه‌گیری هدفمند بود و بدین منظور فراخوانی برای مشاوران مدارس متوسطه دوم جهت ارجاع دانش‌آموزان دختر مشغول به تحصیل در پایه دوم و سوم، مشکوک به افسردگی، ارسال شد. از دانش‌آموزان ارجاعی به هسته مشاوره آموزش پرورش شهرستان لاهیجان ۲۴ نفر که بر اساس تست افسردگی بک II (BDI-II) و مصاحبه بالینی ساختاریافته (SCID) دارای اختلال افسردگی بودند، انتخاب و به صورت کاملاً تصادفی در دو گروه آزمایش و کنترل در انتظار درمان گمارده شدند. برای جمع‌آوری داده‌ها از مقیاس دشواری تنظیم هیجانی گرتز و روئمر (DERS) استفاده شد. مشارکت‌کنندگان گروه آزمایش ۱۴ جلسه مهارت‌آموزی گروهی رفتاردرمانی دیالکتیکی را دریافت نمودند و گروه کنترل در لیست انتظار ثبت شدند. برای تحلیل داده‌ها از نرم افزار SPSS نگارش ۲۲ و شاخص‌های آمار توصیفی و آزمون تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر استفاده شد.

یافته‌ها: نتایج تحلیل داده‌ها نشان داد که بین میانگین نمرات دشواری تنظیم هیجان دختران افسرده که مهارت‌آموزی رفتاردرمانی دیالکتیکی را دریافت کردند و میانگین نمرات دشواری تنظیم هیجان دختران افسرده که این روش را دریافت نکردند، تفاوت معناداری وجود دارد ($P<۰/۰۵$).

نتیجه‌گیری: نتایج این بررسی نشان داد مهارت‌آموزی رفتاردرمانی دیالکتیکی منجر به کاهش موثر و ماندگار دشواری‌های تنظیم هیجان دختران افسرده می‌گردد.

مقدمه

اختلالات خلقی گروهی از اختلالات شایع روان‌شناسی و روان‌پزشکی هستند که مشخصه آنها آشفتگی در حالت هیجانی و خلق فرد است. ویژگی مشترک تمام اختلالات خلقی وجود غم، پوچی، خلق تحریک‌پذیر و همراه با تغییرات جسمانی و شناختی است که به طور قابل‌ملاحظه‌ای بر توانایی عمل کردن فرد تاثیر می‌گذارند. آنچه بین آنها تفاوت ایجاد می‌کند موضوعات مدت، زمان‌بندی، یا سبب‌شناسی فرض شده است. اختلال افسردگی اساسی[۱] با دوره‌های مجزا دو هفته‌ای مشخص می‌شود که تغییرات واضح در عاطفه، شناخت و کارکردهای عصبی - نباتی و بهبودهای بین دوره‌ای را نشان می‌دهد. افسردگی اختلالی است که در آن تفاوت جنس مشاهده می‌شود و این نسبت در خانم ها دو برابر آقایان می‌باشد. شروع این اختلال در دختران اوایل و اواسط نوجوانی می‌باشد (۱). مطالعات همه‌گیرشناسی نیز این اختلال را شایع‌ترین اختلال روان‌پزشکی گزارش نموده‌اند (۲). تقریباً ۲۰ تا ۲۵ درصد زنان و ۱۰ الی ۱۷ درصد مردان در طول عمرشان به این اختلال مبتلا می‌شوند (۳). اخیراً تنظیم هیجان[۲] ضعیف به عنوان عاملی مشترک و بین تشخیص در نظر گرفته شده است که با اشکال مختلف آسیب‌شناسی روانی در ارتباط است (۴). نظریه‌پردازان

۱– Major Depressive Disorder
۲– Emotion Regulation

[Downloaded from npwjm.ajaums.ac.ir on 2026-11-12]

برجسته استدلال کرده‌اند که اشکال در کاربرد راهبردهای شناختی تنظیم هیجان ممکن است عوامل بین تشخیصی بسیار مهمی باشند که زیربنای انواع مختلف آسیب‌های روانی از جمله اضطراب و افسردگی را تشکیل می‌دهند (۵). پژوهش‌های اخیر دریافته‌اند که تنظیم هیجانی اثربخش برای سلامت روانی بسیار حیاتی است و مشکل در تنظیم هیجان در ارتباط با دامنه‌ای از رفتارهای مسئله‌ساز و اختلالات روانی مثل سوءمصرف مواد مخدر[۱]، خودآزاری[۲]، افسردگی، اضطراب، اختلال شخصیت مرزی[۳] و اختلال استرس پس از سانحه[۴] می‌شود (۶). محققان معتقدند هرگونه نقص در تنظیم هیجانات می‌تواند فرد را در قبال مشکلات روان‌شناختی از جمله افسردگی و اضطراب آسیب‌پذیر سازد (۷).

هم‌چنین، سلامت روانی افراد ناشی از تعاملی دو طرفه میان استفاده از انواع خاصی از راهبردهای تنظیم شناختی هیجانات و ارزیابی درست از موقعیت تنش‌زا است (۸). به باور پژوهش‌گران افراد دارای اختلالات هیجانی گوناگون در برخورد با شرایط ناگوار، از راهبردهای متفاوتی استفاده می‌کنند. شواهد پژوهشی نشان می‌دهند که افسردگی نه تنها به وسیله‌ی تجربه‌ی هیجانی ناهنجار شناخته می‌شود (مثلاً عاطفه‌ی مثبت پایین و عاطفه‌ی منفی بالا)؛ بلکه هم‌چنین، به وسیله‌ی راهبردهای ناکارآمد تنظیم شناختی هیجان نیز مشخص می‌شود. در نمونه‌های بالینی استفاده‌ی بیشتر از نشخوار فکری در پاسخ به هیجانات منفی، شروع، طول مدت و عود دوره‌های افسردگی را پیش‌بینی می‌کند. هم‌چنین، نقص در تنظیم شناختی هیجانات نقش مرکزی را در رشد افسردگی بازی می‌کند (۹).

براساس پژوهشی افراد مبتلا به افسردگی و اضطراب اغلب استراتژی‌های ناکارآمد همانند نشخوار فکری و تلقی فاجعه‌آمیز و سرزنش خود در رویارویی با شرایط ناگوار استفاده می‌کنند(۱۰). به باور این پژوهش‌گران، این راهبردها موجب تشدید و استمرار میزان افسردگی در افراد می‌گردد و از طرف دیگر، ارزیابی مثبت به طور معکوس با افسردگی ارتباط دارد. افسردگی، اضطراب و استرس می‌توانند به عنوان یک پاسخ ناموفق به چالش‌های زندگی دیده شوند؛ بنابراین، شناخت و رشد راهبردهای مقابله‌ای کارآمد در دوران نوجوانی و جوانی اساس و بنیاد سازگاری‌های موفق در بزرگسالی می‌باشد (۱۱). به همین خاطر گسترش پژوهش‌ها روی تنظیم هیجان در بیماران افسرده و مضطرب مورد نیاز است (۱۲).

بررسی‌ها نشان می‌دهند که آموزش گروهی تنظیم هیجان، تاثیر مثبتی بر کاهش آسیب رساندن به خود، عدم تنظیم هیجان و نشانه‌های ویژه اختلال شخصیت مرزی (۱۳) و کاهش نشانه‌های افسردگی، اضطراب و استرس دارد (۱۴). نتایج پژوهش‌ها اثربخشی رویکردهای درمانی حاوی راهبردهای تنظیم هیجان را بر کاهش علائم افسردگی تاکید می‌کنند (۱۴).

از جمله‌ی این رویکردهای درمانی می‌توان به رفتاردرمانی دیالکتیکی (DBT)[۵] اشاره نمود. این روش درمانی ابتدا توسط لینهان در سال ۱۹۹۳ برای کمک به بیماران دارای اختلال شخصیت مرزی بنیان نهاده شد اما تاکنون اثربخشی آن در اختلالات مختلف گسترش یافته است و برای درمان یکپارچه افرادی که تحت مراقبت‌های روان‌شناختی به جهت بسیاری از اختلالات روانی دیگر هستند، کاربرد دارد (۱۵). رفتاردرمانی دیالکتیکی استاندارد از ۴ نوع مداخله تشکیل شده است:

۱- جلسات درمانی ساختار یافته‌ی گروهی به منظور مهارت‌آموزی، ۲- جلسات انفرادی، ۳- مشاوره و تماس‌های تلفنی به منظور کاهش رفتارهای خودکشی بیماران و اطمینان از تعمیم مهارت‌آموزی به خارج از جلسات درمانی و ۴- جلسات تیم متخصصان به منظور حمایت از درمانگران DBT تشکیل شده است (۱۶). در بخش آموزش مهارت‌های DBT مراجعین مهارت‌های کاربردی در زمینه‌های ذهن‌آگاهی، کارآمدی بین فردی، تنظیم هیجان و تحمل پریشانی را در جلسات هفتگی که شامل دو درمانگر و شش تا ده مراجع می باشد می‌آموزند (۱۵). پژوهش‌های متعددی اثربخشی این درمان را برای نوجوانان دختر با اختلال افسردگی را تایید کرده‌اند (۱۷). هم‌چنین پژوهش‌های مختلف اثربخشی DBT برای درمان نوجوانان مبتلا به اختلالات شخصیت مرزی (BPD)، افسردگی همراه با افکار خودکشی، اختلال دوقطبی، اختلال رفتارهای خوردن و رفتارهای پرخاشگرانه و تکانشی[۶] امیدوارکننده بوده و از حمایت تجربی برخوردار است (۱۸). در پژوهشی در زمینه اثربخشی DBT بر بد کارکردی هیجانی بیماران خلقی و اضطرابی با اجرای ۱۶ هفته مهارت‌آموزی گروهی DBT روی ۴۴ بزرگسال دارای اختلال افسردگی و اضطرابی که علایم اختلال شخصیت مرزی را نداشتند به این نتیجه حاصل شد که DBT باعث کاهش بدکارکردی هیجانی و اضطراب می‌شود. بعد از ۲ ماه پیگیری، کاهش در نمرات مقیاس بدتنظیمی هیجانی (DERS) در گروه مهارت‌آموزی رفتاردرمانی دیالکتیکی حفظ شد. همچنین نمرات افسردگی کمتری نسبت به همتایان خود در گروه کنترل گزارش داده‌اند (۱۹).

تحقیقات نشان می‌دهند که شیوع افسردگی نیز در میان نوجوانان رو به افزایش است و افسردگی می‌تواند برای عملکرد تحصیلی، رفتاری، اجتماعی و هیجانی نوجوانان مشکلاتی به بار بیاورد (۲۰). لذا با استناد به موارد مطروحه و نقش تنظیم هیجان در ایجاد اختلال افسردگی، به نظر می‌رسد که آموختن

۱– Drug Abuse
۲– Masochism
۳– Borderline personality disorder
۴– Post-traumatic stress disorder
۵– Dialectical Behavior Therapy
۶– aggressive and impulsive

[Downloaded from npwjm.ajaums.ac.ir on 2026-11-12]

تنظیم هیجان در دوره نوجوانی از بروز بسیاری از مشکلات روان‌شناختی و جامعه‌شناختی و جسمانی جلوگیری می‌کند، بنابراین بررسی رویکردهای درمانی جدید، برای ایجاد مداخلات موثرتر در زمینه پیشگیری، درمان و جلوگیری از ایجاد و عود اختلال افسردگی به نظر ضروری می‌نماید. با توجه به رواج افسردگی در میان جامعه دختران نوجوان (۲۱) و همچنین مناسب بودن جمعیت نوجوانان برای بررسی اثربخشی رویکردهای شناختی رفتاری جدید (هم به لحاظ برخورداری ازسطح شناختی مناسب و هم به لحاظ پذیراتر بودن نسبت به رویکردهای درمانی جدید) و اهمیت راهبردهای تنظیم هیجان در بسیاری از مطالعات بالینی و با توجه به نقش تنظیم هیجان در ایجاد اختلالات و سازگاری‌های روان‌شناختی، پژوهش اخیر با هدف مطالعه اثربخشی مهارت‌آموزی رفتاردرمانی دیالکتیکی بر تنظیم هیجان دختران افسرده انجام شد.

روش کار

پژوهش حاضر از نوع مطالعات نیمه‌آزمایشی بود. جامعه آماری این پژوهش، شامل کلیه دختران افسرده نوجوانی بودند که در سال تحصیلی ۱۳۹۵-۱۳۹۴ در دبیرستان‌های متوسطه دوم شهرستان لاهیجان مشغول به تحصیل بودند. روش نمونه‌گیری هدفمند بود و بدین منظور فراخوانی برای مشاوران مدارس متوسطه دوم جهت ارجاع دانش‌آموز ان دختر مشغول به تحصیل درپایه دوم و سوم، مشکوک به افسردگی، ارسال شد. دانش‌آموزان ارجاعی با تست افسردگی بک ویرایش دوم مورد بررسی اولیه قرارگرفتند و از میان کسانی که نمره آنها در سطح افسردگی متوسط و شدید (نمره ۲۰ به بالا) بود، ۲۴ دانش‌آموز با شرط دارا بودن ملاک‌های تشخیص افسردگی اساسی بر مبنای مصاحبه تشخیصی ساختاریافته (**SCID**)، در دو گروه کنترل در انتظار درمان و آزمایش افسرده به صورت تصادفی جای گرفتند. مشارکت‌کنندگان گروه آزمایش، در جلسات مهارت‌آموزی رفتاردرمانی دیالکتیکی (شامل ۱۴ جلسه ۱۲۰ دقیقه‌ای، هفته‌ای یک‌بار) شرکت کردند و گروه کنترل در لیست انتظار قرار گرفتند. برای سنجش تنظیم هیجان، مقیاس دشواری تنظیم هیجانی گرتز و روئمر (DERS) (۲۰۰۴) در سه مرحله پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری دو ماهه، به کارگرفته شد. ملاک ورود به گروه: داشتن نمره ۲۰ و به بالا در مقیاس افسردگی بک، گرفتن تشخیص افسردگی از طریق مصاحبه تشخیصی ساختاریافته (SCID)، دامنه سنی بین ۱۵ تا ۱۷ سال، عدم ابتلا به اختلالات سایکوتیک مانند اسکیزوفرنی و عدم ابتلا به اختلال دوقطبی و اختلال شخصیت مرزی بر اساس مصاحبه ساختاریافته‌ی تشخیصی(SCID) .شرایط خروج از گروه به شرح ذیل بود: دریافت مداخله دارویی و روانی – اجتماعی در زمینه‌ی افسردگی در گذشته و در زمان اجرای پژوهش. مشارکت‌کنندگان گروه آزمایش، در جلسات مهارت‌آموزی رفتاردرمانی دیالکتیکی (شامل ۱۴ جلسه ۱۲۰ دقیقه‌ای، هفته‌ای یک بار) شرکت کردند و گروه گواه در لیست انتظار قرار گرفتند.

در این پژوهش برای جمع‌آوری داده‌ها ازابزارهای ذیل استفاده شد:

۱-پرسشنامه ی افسردگی بک ویرایش دوم[1](*BDI*-II): این پرسشنامه نوع بازنگری شده BDIمی باشد و با ملاک‌های افسردگی درDSM-IVمنطبق شده است (۲۲). پرسشنامه مذکور شامل ۲۱ ماده است و هر ماده بر طبق مقیاس لیکرت نمره‌ای بین ۰ تا ۳ می‌گیرد. حمید، کیانی مقدم و بولاغی در تحقیق خود ضریب روایی این پرسشنامه را ۰/۷۰، ضریب پایایی را ۰/۸۰و هماهنگی درونی آن را ۰/۹۱ گزارش کرده است (۲۳).

۲- مقیاس دشواری تنظیم هیجانی گرتز و روئمر[2](DERS): مقیاس دشواری در تنظیم هیجان یک ابزار سنجش ۳۶ آیتمی خود گزارش‌دهی است که برای ارزیابی دشواری در تنظیم هیجانی از لحاظ بالینی تدوین شد (۱۳). گستره پاسخ‌ها در مقیاس لیکرت ۱ تا ۵ قرار می‌گیرد. یک به معنای تقریباً هرگز (۰-۱۰ درصد)، دو به معنای گاهی اوقات (۱۱ تا ۳۵ درصد)، سه به معنای نیمی از مواقع (۳۶ تا ۶۵ درصد)، چهار به معنای اکثر اوقات (۶۶ تا ۹۰ درصد) و پنج به معنای تقریباً همیشه (۹۱ تا ۱۰۰ درصد) می‌باشد. نتایج تحقیقات حاکی از آن است که این مقیاس از همسانی درونی بالای ۰/۹۳ برخوردار می‌باشد (۱۳). هر شش زیر مقیاس DEARS، آلفای کرونباخ بالای ۰/۸۰دارند. بر اساس داده‌های حاصل از عزیزی و میرزایی و شمس (۱۳۸۹) میزان آلفای کرونباخ این پرسشنامه۰/۹۲ برآورد شد (۲۴).

۳-مصاحبه بالینی ساختاریافته برای اختلال‌های محور[3]I و IIدر DSM-IV (SCID):این فهرست وارسی، ابزاری برای تشخیص اختلالات بر پایه تعریف‌ها و معیارهای DSM-IVاست (۲۵). این ابزار دو نسخه دارد: نسخه بالینی (SCID-I) که بیشتر تشخیص روان‌پزشکی را پوشش می‌دهد و بیشتر برای استفاده در محیط‌های بالینی و پژوهش‌های بالینی طراحی شده و دیگر نسخه پژوهشی کامل‌تر و طولانی‌تر آن (SCID-I/R) است که همه تشخیص‌ها و نیز نوع‌های آنها و معیارهای شدت و سیر اختلال‌ها را پوشش می‌دهد. بختیاری ضریب پایایی آن را در یک جمعیت ایرانی به روش بازآزمایی به فاصله یک هفته ۰/۹۵ گزارش نمود (۲۶).

جهت تحلیل داده‌ها از شاخص‌های آمار توصیفی، آزمون تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر و آزمون t وابسته با استفاده از نرم افزار SPSS-22 استفاده گردید.

۱– Beck Depression Inventory- BDI_II

۲– Difficulties Emotion Regulation Scale-DERS

۳– Structured Clinical Interview for disorders of I and II axis in DSM-IV (SCID)

[Downloaded from npwjm.ajaums.ac.ir on 2026-11-12]

یافته‌ها

در این قسمت با استفاده از شاخص‌های آمار توصیفی، به توصیف وضعیت نمرات مشارکت‌کنندگان گروه آزمایش و کنترل در پیش‌آزمون و پس‌آزمون و پیگیری پرداخته می‌شود.

جدول ۱-شاخص‌های توصیفی نمرات افسردگی شرکت‌کنندگان افسرده در پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری

متغیرها	وضعیت	گروه‌بندی	تعداد	میانگین	انحراف معیار	کمینه نمرات	بیشینه نمرات
افسردگی	پیش‌آزمون	گروه آزمایش	۱۲	۳۶/۳۳	۵/۸۵	۳۰	۴۵
		گروه کنترل	۱۲	۳۶/۸۳	۷/۸۷	۳۰	۵۲
	پس‌آزمون	گروه آزمایش	۱۲	۲۶/۲۵	۹/۹۱	۷	۴۳
		گروه کنترل	۱۲	۳۱/۷۵	۱۴/۵۶	۷	۵۴
	پیگیری	گروه آزمایش	۱۲	۲۶/۳۳	۹/۸۹	۷	۴۳
		گروه کنترل	۱۲	۳۶/۹۱	۷/۹۰	۲۹	۵۲

جدول ۱، میانگین و انحراف معیار نمره افسردگی شرکت‌کنندگان افسرده در دو گروه آزمایش و کنترل را در سه مرحله پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری نشان می‌دهد.

جدول ۲-شاخص‌های توصیفی نمرات دشواری تنظیم هیجانی شرکت‌کنندگان افسرده در پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری

متغیرها	وضعیت	گروه بندی	تعداد	میانگین	انحراف معیار	کمینه نمرات	بیشینه نمرات
دشواری تنظیم هیجان	پیش‌آزمون	گروه آزمایش	۱۲	۱۱۸	۱۸/۴۶	۸۷	۱۴۶
		گروه کنترل	۱۲	۱۰۸/۲۵	۲۲/۷۹	۶۹	۱۴۵
	پس‌آزمون	گروه آزمایش	۱۲	۱۱۱/۱۶	۲۱/۳۸	۸۵	۱۴۶
		گروه کنترل	۱۲	۹۹/۵۸	۲۷/۰۷	۵۰	۱۳۸
	پیگیری	گروه آزمایش	۱۲	۱۱۱/۴۱	۲۱/۱۸	۸۵	۱۴۶
		گروه کنترل	۱۲	۹۷/۵۰	۲۰/۹۰	۶۵	۱۳۶

جدول۲، میانگین و انحراف معیار نمره دشواری تنظیم هیجان مشارکت‌کنندگان افسرده در دو گروه آزمایش و کنترل را در سه مرحله پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری نشان می‌دهد. بین میانگین نمرات تنظیم هیجان دختران افسرده که مهارت‌آموزی رفتاردرمانی دیالکتیکی را دریافت کردند و میانگین نمرات تنظیم هیجان دختران افسرده که این روش را دریافت نکردند، تفاوت معناداری وجود دارد.

جدول ۳- نتایج آزمون تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر برای بررسی تغییرات دشواری تنظیم هیجانی در شرکت‌کنندگان افسرده

متغیر	منبع تغییرات	مجموع مجذورات	متوسط مجذورات	درجه آزادی (factor)	درجه آزادی (error)	F	سطح معناداری	مجذور سهمی اتا
دشواری تنظیم هیجان	گروه	۲۴۸۵/۱۲	۲۴۸۵/۱۲	۱	۲۲	۱/۹۹	۰/۱۷	۰/۰۸۳
	زمان	۱۰۸۸/۱۱	۵۴۴/۰۵۶	۲	۴۴	۴/۹۲	۰/۰۱۲*	۰/۱۸
	زمان* گروه	۵۲/۳۳	۲۶/۱۶	۲	۴۴	۰/۲۳	۰/۷۹	۰/۰۱۱

* P<۰/۰۵ ** P<۰/۰۱ *** P<۰/۰۰۱

همانطور که در جدول ۳ مشاهده می‌شود، نتایج آزمون تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر برای بررسی اثربخشی مهارت‌آموزی رفتاردرمانی دیالکتیکی بر تغییرات دشواری تنظیم هیجانی و خرده مقیاس‌ها نشان می‌دهد که در دشواری تنظیم هیجانی، عامل زمان تاثیر معناداری برکاهش دشواری تنظیم هیجانی مشارکت‌کنندگان افسرده در گروه آزمایش داشته است ($f_{(۴۴,۲)} = ۴/۹۲$ ، P<۰/۰۵). در جدول ۴ یافته‌های حاصل از آزمون t همبسته جهت روشن شدن ماهیت دقیق تفاوت‌ها ارائه می‌شود.

[Downloaded from npwjm.ajaums.ac.ir on 2026-11-12]

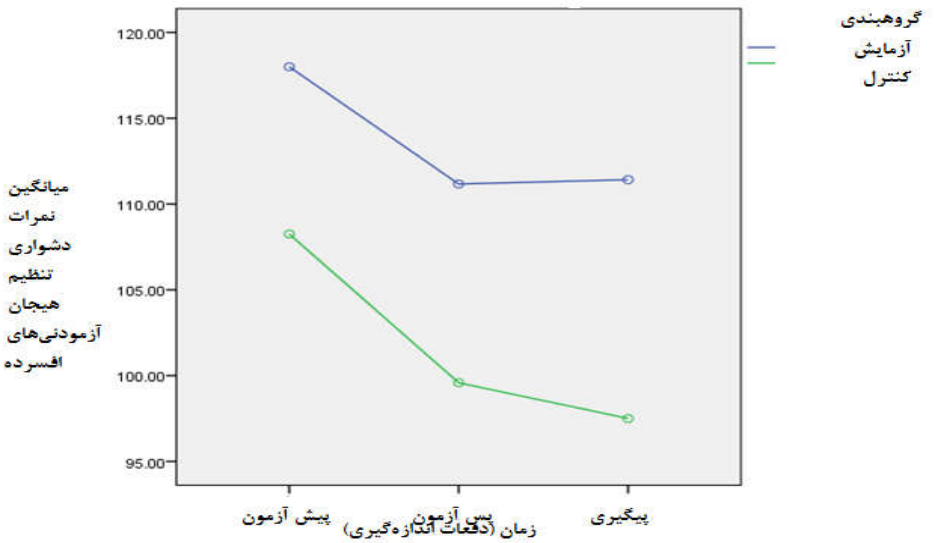
جدول ۴- نتایج آزمون t همبسته متغیر دشواری تنظیم هیجان برای شرکت‌کنندگان افسرده در دو گروه آزمایش و کنترل

متغیر	زمان	آزمایش				کنترل			
		اختلاف	مقدار t	درجه	سطح	اختلاف	مقدار t	درجه	سطح
دشواری تنظیم هیجان	پیش‌آزمون-	۶/۸۳	۱/۵۹	۱۱	۰/۰۴۲*	۸/۶۶	۱/۷۸	۱۱	۰/۱۰
	پیش‌آزمون-	۶/۵۸	۱/۵۶	۱۱	۰/۱۴	۱۰/۷۵	۲/۱۲	۱۱	۰/۰۵۷
	پس‌آزمون-	-۰/۲۵	-۱/۳۹	۱۱	۰/۱۹	۲/۰۸۳	۰/۴۱	۱۱	۰/۶۸

* P<۰/۰۵

همانطور که در جدول ۴ مشاهده می‌شود اثربخشی مهارت-آموزی رفتاردرمانی دیالکتیکی از مرحله پیش‌آزمون تا مرحله پس‌آزمون در گروه آزمایش معنادار است($t_{(11)} = 2.71$ ،P<۰/۰۵) که با توجه به جدول توصیفی شماره ۲، میانگین نمره مشارکت‌کنندگان گروه آزمایش از مرحله پیش‌آزمون تا مرحله پس‌آزمون با کاهش معناداری همراه است. این یافته نشان می‌دهد که مهارت‌آموزی رفتاردرمانی دیالکتیکی تاثیر معناداری بر کاهش دشواری تنظیم هیجانی مشارکت‌کنندگان گروه آزمایش داشته است و در گروه کنترل علی‌رغم کاهش نمرات از مرحله پیش‌آزمون (قبل از درمان) تا پس‌آزمون و پیگیری (بعد از درمان)، مهارت‌آموزی رفتاردرمانی دیالکتیکی تاثیر معناداری نداشته است.

نمودار ۱-میانگین نمره دشواری تنظیم هیجانی مشارکت‌کنندگان افسرده در دو گروه آزمایش و کنترل در سه مرحله زمانی (پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری)



بحث و نتیجه‌گیری

پژوهش حاضر به منظور بررسی تاثیر مهارت‌آموزی رفتاردرمانی دیالکتیکی بر تنظیم هیجان دختران افسرده انجام شد. نتایج پژوهش نشان داد، مهارت‌آموزی رفتاردرمانی دیالکتیکی بر تنظیم هیجان دختران افسرده اثربخش است این یافته با نتایج پژوهش‌های فلدمن و همکاران (۲۷)، گیدز و همکاران (۲۸)، وودبری و پوپنو (۲۹)، راتوس و میلر (۳۰)، فلیچاکر و همکاران (۳۱)، گلدستین و همکاران (۳۲) و شاملو و همکاران (۳۳)، همسو می‌باشد.

در تبیین این یافته می‌توان گفت که ماهیت فراتشخیصی برهم خوردن تنظیم هیجان در اختلال افسردگی مورد تاکید بسیاری از پژوهشگران می‌باشد (۴). لذا رویکردهای درمانی که به مقوله تنظیم هیجان می‌پردازند در درمان اختلال افسردگی مفید واقع می‌شوند. رفتاردرمانی دیالکتیکی بر اساس تنظیم هیجان مفهوم‌سازی شده است که در آن مجموعه‌ای از مهارتهای انطباقی مانند توانایی شناسایی هیجان، درک هیجان‌ها، کنترل

[Downloaded from npwjm.ajaums.ac.ir on 2026-11-12]

رفتارهای تکانه‌ای و استفاده از این راهبردهای انطباقی در موقعیت‌های مربوطه، جهت تنظیم پاسخ‌های هیجانی، بخش اساسی درمان را در بر می‌گیرند. لذا همانطور که رفتاردرمانی دیالکتیکی ادعا می‌کند، به کارگیری مهارت‌های مرتبط با تنظیم هیجان در این درمان می‌تواند مشکلات مربوط به تنظیم هیجان افراد را بهبود بخشد. لینهان معتقد است که مشکلات بیماران اختلالات خلقی از آنجا ناشی می‌شود که در حل و فصل این تعارض‌ها، نمی‌توانند افراط و تفریط را کنار بگذارند و فکر می‌کنند یا باید بیرونی و منطقی عمل کنند و یا براساس درون عمل نمایند. در واقع رفتاردرمانی دیالکتیک کمک می‌کند که از تقابل بر نهاد و برابر نهاد به یک هم نهاد برسد و ناهمسازها با یکدیگر همساز می‌شوند. یکی از نکات جالب رفتاردرمانی دیالکتیک تفاوت بین درد هیجانی و رنج هیجانی است. گاهی آموزش مهارت‌های رفتاردرمانی دیالکتیک این سوء تفاهم را ایجاد می‌کند که مگر می‌توان در برابر مشکلات و گرفتاری‌های زندگی، هیچ احساسی نداشت. درد هیجانی، واکنش طبیعی به مشکلات زندگی است اما مسله از آنجا آغاز می‌شود که افراد نخواهند و نتوانند این درد هیجانی را بپذیرند و تمایل داشته باشند با آن بجنگند و سریع از شر آن خلاص شوند و در این شرایط درد هیجانی به رنج هیجانی تبدیل می‌شوند (۳۴).

در یک پژوهش که اثربخشیDBTرا بر نوجوانان مبتلا به اختلال دوقطبی بررسی کردند، نتایج با پیگیری یک ساله حاکی از اثربخشی رفتاردرمانی دیالکتیکی بر تنظیم هیجان و نشانه‌های افسردگی بود (۳۲). در پژوهشی دیگر اثربخشی رفتاردرمانی دیالکتیکی بر تنظیم هیجان مراجعه‌کنندگان با علایم افسردگی به کلینیک‌های روانشناسی بررسی شد و نتایج موید اثربخشی این درمان بر کاهش معنادار نمرات افسردگی و دشواری تنظیم هیجان در مشارکت‌کنندگان با پیگیری یک ماهه بود (۳۳). این یافته با نتیجه پژوهش علوی و همکاران (۱۳۹۰) ناهمسو می‌باشد. در این تحقیق اثربخشی رفتاردرمانی دیالکتیکی بر افسرگی دانشجویان مورد بررسی قرار گرفت. نتایج حاکی از آن بود که علی‌رغم کاهش نمرات پس‌آزمون و پیگیری، مشارکت‌کنندگان گروه آزمایش در مقیاس دشواری تنظیم هیجان نسبت به پیش‌آزمون، این کاهش در سطح معنادار قرار نداشت (۳۵).

به طورکلی نتایج مطالعه حاضر و مطالعات دیگر محققان موید این یافته است که مهارت‌آموزی رفتاردرمانی دیالکتیکی در کاهش دشواری تنظیم هیجان دختران افسرده نقش دارد که این امر موجب کاهش مشکلات هیجانی افراد می‌شود از آن جایی‌که مشکلات هیجانی سر منشاء بسیاری از اختلالات از جمله افسردگی می‌باشد. لذا این امر در کاهش علایم افسردگی یا پیشگیری از عود دوره‌های افسردگی مراجعین می‌تواند سودمند واقع شود.

این مطالعه با محدودیت‌هایی نیز مواجه بوده است که می‌توان به عدم امکان نمونه‌گیری تصادفی ساده اشاره داشت. همچنین گروه نمونه از جنس دختران دانش‌آموز در محدوده‌ی سنی ۱۵ تا ۱۷ سال بود که در نیرومندی و توان تعمیم‌دهی نتایج اشکال وارد می‌کند، پیشنهاد می‌شود جهت رفع این محدودیت، چنین مطالعه‌ای برای جمعیت‌های مختلف در موقعیت‌های جنسیتی و سنی و اجتماعی دیگر، تکرار گردد. از طرفی دیگر، هدف مطالعه‌ی حاضر، یافتن گزینه‌ی درمانی مناسب برای اختلال افسردگی بود، لذا پیشنهاد می‌شود که مطالعه‌ای جهت مقایسه این درمان با دیگر درمان‌های رایج افسردگی (مانند درمان شناختی رفتاری) تدوین گردد. همچنین پژوهش‌های آتی می‌توانند با افزایش جلسات درمانی، دوره پیگیری طولانی‌تر، افزایش یک گروه دیگر با مداخله درمانی متفاوت جهت مقایسه دو درمان به بررسی دقیق‌تر اثربخشی مهارت‌آموزی رفتاردرمانی دیالکتیکی بر تنظیم هیجان افراد افسرده بپردازند. رفع محدودیت‌های یاد شده، حمایت پژوهشی قابل‌توجهی را برای یافته‌های مطالعه حاضر فراهم می‌آورند.

تشکر و قدردانی

نویسندگان مقاله وظیفه خود می‌دانند از تمامی شرکت‌کنندگان در پژوهش کمال قدردانی را داشته باشند. لازم به ذکر است، این مطالعه بخشی از پایان نامه دکتری با کد ۱۰۱۲۰۷۰۵۹۴۱۰۰۲ می‌باشد که در دانشگاه آزاد تهران مرکز به انجام رسیده است.

[Downloaded from npwjm.ajaums.ac.ir on 2026-11-12]

References
1-Shapse SN. The Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorder. 2008
2-Morgan D. Mindfulness-based cognitive therapy for depression: A new approach to preventing relapse. Taylor & Francis; 2003.
3-Levinson DFJBp. The genetics of depression: a review. 2006;60(2):84-92.
4-Kring AM, Sloan DM. Emotion regulation and psychopathology: A transdiagnostic approach to etiology and treatment: Guilford Press; 2009.
5-Clark DAJCbt. Cognitive behavioral therapy for anxiety and depression: possibilities and limitations of a transdiagnostic perspective. 2009;38(S1):29-34.
6-Davidson RJ, Putnam KM, Larson CLJs. Dysfunction in the neural circuitry of emotion regulation--a possible prelude to violence. 2000;289(5479):591-4.
7-Garnefski N, Kraaij VJP, differences i. Cognitive emotion regulation questionnaire–development of a short 18-item version (CERQ -short). 2006;41(6):1045-53.
8-Garnefski N, Teerds J, Kraaij V, Legerstee J, van Den Kommer TJP, differences i. Cognitive emotion regulation strategies and depressive symptoms: Differences between males and females. 2004;36(2):267-76.
9-Marroquín BJCpr. Interpersonal emotion regulation as a mechanism of social support in depression. 2011;31(8):1276-90.
10-Martin RC, Dahlen ERJP, differences i. Cognitive emotion regulation in the prediction of depression, anxiety, stress, and anger. 2005;39(7):1249-60.
11-Öngen DEJP-S, Sciences B. Cognitive emotion regulation in the prediction of depression and submissive behavior: Gender and grade level differences in Turkish adolescents. 2010;9:1516-23.
12-Campbell-Sills L, Barlow DH, Brown TA, Hofmann SGJBr, therapy. Effects of suppression and acceptance on emotional responses of individuals with anxiety and mood disorders. 2006;44(9):1251-63.
13-Gratz KL, Roemer LJJop, assessment b. Multidimensional assessment of emotion regulation and dysregulation: Development, factor structure, and initial validation of the difficulties in emotion regulation scale. 2004;26(1):41-54.
14-Shaibani KA. The effectiveness of intervention based on acceptance and commitment on emotions and thoughts control in patients with type II diabetes [persian].
15-Chapman A, Gratz K, Tull M. The dialectical behavior therapy skills workbook for anxiety: Breaking free from worry, panic, PTSD, and other anxiety symptoms: New Harbinger Publications; 2011.
16-Soler J, Pascual JC, Tiana T, Cebrià A, Barrachina J, Campins MJ, et al. Dialectical behaviour therapy skills training compared to standard group therapy in borderline personality disorder: a 3-month randomised controlled clinical trial. 2009;47(5):353-8.
17-Kleiber BV, Felder JN, Ashby B, Scott S, Dean J, Dimidjian SJC, et al. Treating Depression Among Adolescent Perinatal Women With a Dialectical Behavior Therapy–Informed Skills Group. 2017;24(4):416-27.
18-Groves S, Backer HS, van den Bosch W, Miller AJC, Health AM. Dialectical behaviour therapy with adolescents. 2012;17(2):65-75.
19-Neacsiu AD, Eberle JW, Kramer R, Wiesmann T, Linehan MMJBr, therapy. Dialectical behavior therapy skills for transdiagnostic emotion dysregulation: A pilot randomized controlled trial. 2014;59:40-51.
20-Eckshtain D. Combined Cognitive Behavioral Treatment Plus Caregiver Sessions for Childhood Depression. 2008.
21-Williams CL, Hayman LL, Daniels SR, Robinson TN, Steinberger J, Paridon S, et al. Cardiovascular health in childhood: a statement for health professionals from the Committee on Atherosclerosis, Hypertension, and Obesity in the Young (AHOY) of the Council on Cardiovascular Disease in the Young, American Heart Association. 2002;106 (1):143-60.
22-Beck AT, Steer RA, Brown GKJSA. Beck depression inventory-II. 1996;78(2):490-8.
23-Hamid N, Boolaghi Y, Kiani Moghadam ASJIJoP. The Efficacy of acceptance and commitment based therapy (ACT) on depressive symptoms and cognitive emotion regulation strategies in depressive students. 2018;12(1):5-29 [persian].
24-Narmashiri S, Raghibi MJIJoP, Research B. Effect of Fordyce happiness training on the emotion regulation difficulties in the adolescents under support of social welfare. 2014;1.
25-First MB, Gibbon M. The Structured Clinical Interview for DSM-IV Axis I Disorders (SCID-I) and the Structured Clinical Interview for DSM-IV Axis II Disorders (SCID-II). 2004.
26-Bakhtiari MJTIuoms. Mental disorders in patients with body dysmorphic disorder. 2000.
27-Feldman G, Harley R, Kerrigan M, Jacobo M, Fava MJBR, Therapy. Change in emotional processing during a dialectical behavior

[Downloaded from npwjm.ajaums.ac.ir on 2026-11-12]

therapy-based skills group for major depressive disorder. 2009;47(4):316-21.
28-Geddes K, Dziurawiec S, Lee CWJPj. Dialectical behaviour therapy for the treatment of emotion dysregulation and trauma symptoms in self-injurious and suicidal adolescent females: A pilot programme within a community-based child and adolescent mental health service. 2013;2013.
29-Woodberry KA, Popenoe EJJC, practice b. Implementing dialectical behavior therapy with adolescents and their families in a community outpatient clinic. 2008;15(3):277-86.
30-Miller AL, Rathus JH, Linehan MM. Dialectical behavior therapy with suicidal adolescents: Guilford Press; 2006.
31-Fleischhaker C, Böhme R, Sixt B, Brück C, Schneider C, Schulz EJC, et al. Dialectical behavioral therapy for adolescents (DBT-A): a clinical trial for patients with suicidal and self-injurious behavior and borderline symptoms with a one-year follow-up. 2011;5(1):3.
32-Goldstein TR, Axelson DA, Birmaher B, Brent DAJJotAAoC, Psychiatry A. Dialectical behavior therapy for adolescents with bipolar disorder: a 1-year open trial. 2007;46(7):820-30.
33-Hofmann SG, Sawyer AT, Witt AA, Oh DJJoc, psychology c. The effect of mindfulness-based therapy on anxiety and depression: A meta-analytic review. 2010;78 (2):169.
34-Behavioral Tech L. Dialectical Behavior Therapy Frequently Asked Questions. 2008.
35-Berking M, Wupperman P, Reichardt A, Pejic T, Dippel A, Znoj HJBR, et al. Emotion-regulation skills as a treatment target in psychotherapy. 2008;46(11):1230-7.

[Downloaded from npwjm.ajaums.ac.ir on 2026-11-12]

Effectiveness of group training of dialectical behavior therapy on emotion regulation in depressive girls

Gholipoor Bazkia Ghurab F (Ph.D candidate), Gholshani F (Ph.D), Keshavarzi Arshadi F (Ph.D)*, Emamipour S (Ph.D), Sepah Mansour M (Ph.D)

Abstract

Introduction: Depression is the most common psychiatric disorder. The aim of this study was to evaluate the efficacy of dialectical behavior therapy training in emotion regulation of female students with depression.

Methods: This study was a clinical trial with pre-test, post-test, and 2-month follow-up on 24 female students. The sampling method was Purposeful, for this goal a call to second-level secondary school counselors was sent to refer a student to the girl studying in the second and third bases, suspected of being depressed. Among female students referred to the Counseling Center of Education Mistry of Lahijan City 24 subjects with depressive disorder were selected and they were assigned randomly into control and experimental groups using the Beck Depression Inventory II and the Structured Clinical Interview SCID. To collect data, the scale of emotional regulation of Gratz and Roemer (DERS) was used. The experimental group got 14 sessions of dialectic behavioral therapy group training and the control group was recorded on the waiting list. For data analysis, SPSS software, version 22, descriptive statistics, and repeated measure ANOVA were used.

Results: Results showed that there is significant difference between mean scores of emotional regulation difficulty in depressed girls who received dialectical behavior therapy training and the mean scores of emotional regulation difficulty in depressed girls who did not received this training ($P<0.05$).

Conclusion: It seems that dialectical behavior therapy training leads to significant and lasting reduction in in emotional regulation difficulties in depressed people.

Key words: Group training, Dialectical behavior therapy, Emotion regulation, Depression.

---

*Corresponding author, Department of Psychology, Islamic Azad University of Central Tehran Branch, Tehran, Iran. Email: far.keshavarzi@gmail.com

[Downloaded from npwjm.ajaums.ac.ir on 2026-11-12]