

اثربخشی مهارت آموزی گروهی رفتاردرمانی دیالکتیکی بر تنظیم هیجان دختران افسرده

فاطمه قلی پور باز کیا گوراب^۱، فاطمه گلشنی^۲، فرناز کشاورزی ارشدی^۳، سوزان امامی پور^۴، مژگان سپاه منصور^۵

۱- گروه روان شناسی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد تهران مرکز، تهران، ایران. ۲- گروه روان شناسی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد تهران مرکز، تهران، ایران. ۳- گروه روان شناسی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد تهران مرکز، تهران، ایران. ۴- این پژوهش مسئول گروه روان شناسی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد تهران مرکز، تهران، ایران. ۵- گروه روان شناسی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد تهران مرکز، تهران، ایران.

اطلاعات مقاله	چکیده
نوع مقاله پژوهشی	مقدمه: افسرده‌گی شایع‌ترین اختلال روان‌پزشکی می‌باشد. هدف این پژوهش بررسی اثربخشی مهارت آموزی رفتاردرمانی دیالکتیکی بر تنظیم هیجان دانش‌آموزان دختر دارای اختلال افسرده‌گی بود.
تاریخچه مقاله دریافت: ۹۷/۶/۲۷ پذیرش: ۹۷/۱۱/۹	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 افسرده‌گی، ارسال شد. از دانش‌آموزان ارجاعی به هسته مشاوره آموزش پرورش شهرستان لاهیجان ۲۴ نفر که بر اساس تست افسرده‌گی بک II (BDI-II) و مصاحبه بالینی ساختاریافته (SCID) دارای اختلال افسرده‌گی 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 مهارت آموزی 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.
کلید واژگان مهارت آموزی گروهی، رفتاردرمانی دیالکتیکی، تنظیم هیجان، دختران افسرده.	یافته‌ها: نتایج تحلیل داده‌ها نشان داد که بین میانگین نمرات دشواری تنظیم هیجان دختران افسرده که مهارت آموزی رفتاردرمانی دیالکتیکی را دریافت کرده و میانگین نمرات دشواری تنظیم هیجان دختران افسرده که این روش را دریافت نکرده، تفاوت معناداری وجود دارد ($P < 0.05$).
نویسنده مسئول Email: far.keshavarzi@gmail.com	نتیجه‌گیری: نتایج این بررسی نشان داد مهارت آموزی رفتاردرمانی دیالکتیکی منجر به کاهش موثر و ماندگار دشواری‌های تنظیم هیجان دختران افسرده می‌گردد.

و این نسبت در خانم‌ها دو برابر آقایان می‌باشد. شروع این اختلال در دختران اوایل و اواسط نوجوانی می‌باشد (۱). مطالعات همه‌گیر شناسی 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^۴ ضعیف به عنوان عاملی مشترک و بین تشخیص در نظر گرفته شده است که با اشکال مختلف آسیب‌شناسی روانی در ارتباط است (۴). نظریه‌پردازان

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 قابل ملاحظه‌ای بر توانایی عمل کردن فرد تاثیر می‌گذارند. آنچه بین آنها تفاوت ایجاد می‌کند موضوعات مدت، زمان‌بندی، یا سبب‌شناسی فرض شده است. اختلال افسرده‌گی 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. افسرده‌گی اختلالی است که در آن تفاوت جنس مشاهده می‌شود

۱- Major Depressive Disorder
۲- Emotion Regulation

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 تعیین 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 می‌باشد 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 امیدوار کننده 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 همایان 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

برجسته استدلال کرده‌اند که اشکال در کاربرد راهبرهای 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 دریافت‌هایند 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 سوءصرف 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 تنشی‌زا 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 می‌گرد 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 تأکید می‌کنند (۱۴).

مهارت آموزی رفتار درمانی 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 از ابزارهای ذیل استفاده شد:

۱- پرسشنامه افسردگی بک ویرایش دوم^۱ (**BDI-II**): این پرسشنامه نوع بازنگری شده BDI می‌باشد و با ملاک‌های افسردگی در DSM-IV منطبق 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 $.70$ ، ضریب پایابی $.80$ و هماهنگی درونی آن را $.91$ گزارش کرده است (۲۳).

۲- مقیاس دشواری تنظیم هیجانی گرتز و روئمر^۲ (**DERS**): مقیاس دشواری در تنظیم هیجان یک ابزار سنجش ۳۶ آیتمی خود گزارش دهی 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 (۱۰-۰ درصد)، دو به معنای گاهی اوقات (۱۱ تا ۳۵ درصد)، سه به معنای نیمی از موقع (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 $.93$ برخوردار می‌باشد (۱۳). هر شش زیر مقیاس DEARS، آلفای کرونباخ بالای $.80$ -۰.۹۰ دارند. بر اساس داده‌های حاصل از عزیزی و میرزایی و شمس (۱۳۸۹) میزان آلفای کرونباخ این پرسشنامه $.92$ -۰.۹۰ برآورد شد (۲۴).

۳- مصاحبه بالینی ساختاریافته برای اختلال‌های محور I^۳ و II^۴ در DSM-IV (SCID): این فهرست وارسی، ابزاری برای تشخیص اختلالات بر پایه تعریف‌ها و معیارهای DSM-IV است (۲۵). این ابزار دو نسخه دارد: نسخه بالینی (SCID-I) که بیشتر تشخیص روان‌پژوهشی 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 پایابی آن را در یک جمعیت ایرانی به روش بازآمایی به فاصله یک هفته $.95$ -۰/۰ 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)

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 از سطح شناختی مناسب و هم به لحاظ پذیرایی بودن نسبت به رويکردهای 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 مهارت آموزی رفتار درمانی 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 ۱۳۹۴-۱۳۹۵ 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 در پایه دوم و سوم، مشکوک به افسردگی، ارسال شد. دانش‌آموزان ارجاعی با تست افسردگی بک ویرایش دوم مورد بررسی اولیه قرار گرفتند 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. مشارکت کنندگان گروه آزمایش، در جلسات مهارت آموزی رفتار درمانی 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) در سه مرحله پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری دو ماهه، به کار گرفته 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 زمینه افسردگی در گذشته و در زمان اجرای پژوهش. مشارکت کنندگان گروه آزمایش، در جلسات

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 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
	پس‌آزمون	گروه کنترل	۱۲	۳۶/۸۳	۷/۸۷	۳۰	۵۲
	پیگیری	گروه آزمایش	۱۲	۲۶/۲۵	۹/۹۱	۷	۴۳
	پیش‌آزمون	گروه کنترل	۱۲	۳۱/۷۵	۱۴/۵۶	۷	۵۴
	پس‌آزمون	گروه آزمایش	۱۲	۲۶/۳۳	۹/۸۹	۷	۴۳
	پیگیری	گروه کنترل	۱۲	۳۶/۹۱	۷/۹۰	۲۹	۵۲

جدول ۱، میانگین و انحراف معیار نمره افسرده 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
	پس‌آزمون	گروه کنترل	۱۲	۱۰۸/۲۵	۲۲/۷۹	۶۹	۱۴۵
	پیگیری	گروه آزمایش	۱۲	۱۱۱/۱۶	۲۱/۳۸	۸۵	۱۴۶
	پس‌آزمون	گروه کنترل	۱۲	۹۹/۵۸	۲۷/۰۷	۵۰	۱۳۸
	پیگیری	گروه آزمایش	۱۲	۱۱۱/۴۱	۲۱/۱۸	۸۵	۱۴۶
	پیگیری	گروه کنترل	۱۲	۹۷/۵۰	۲۰/۹۰	۶۵	۱۳۶

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 ۲، 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

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

متغیر	منبع تغییرات	مجموع مجذورات	متوجه مجذورات	متوجه	درجه آزادی (factor)	F	سطح معناداری	مجذور سه‌می‌انا
دشواری تنظیم هیجان	گروه	۲۴۸۵/۱۲	۲۴۸۵/۱۲	۲۴۸۵/۱۲	۱	۲۲	۱/۹۹	۰/۰۸۳
	زمان	۱۰۸۸/۱۱	۵۴۴/۰۵۶	۵۴۴/۰۵۶	۲	۴۴	۴/۹۲	۰/۰۱۸*
	زمان * گروه	۵۲/۳۳	۲۶/۱۶	۲۶/۱۶	۲	۴۴	۰/۰۲۳	۰/۰۱۱

عامل زمان تاثیر معناداری بر کاهش دشواری تنظیم هیجانی مشارکت‌کنندگان افسرده در گروه آزمایش داشته است ($P<0.05$ ، $t=4.92$ ، $f=44.2$). در جدول ۴ یافته‌های حاصل از آزمون t همبسته جهت روش‌شن شدن ماهیت دقیق تفاوت‌ها ارائه می‌شود.

* $P<0.05$ ** $P<0.01$ *** $P<0.001$

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 خردde مقیاس‌ها نشان می‌دهد که در دشواری تنظیم هیجانی،

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

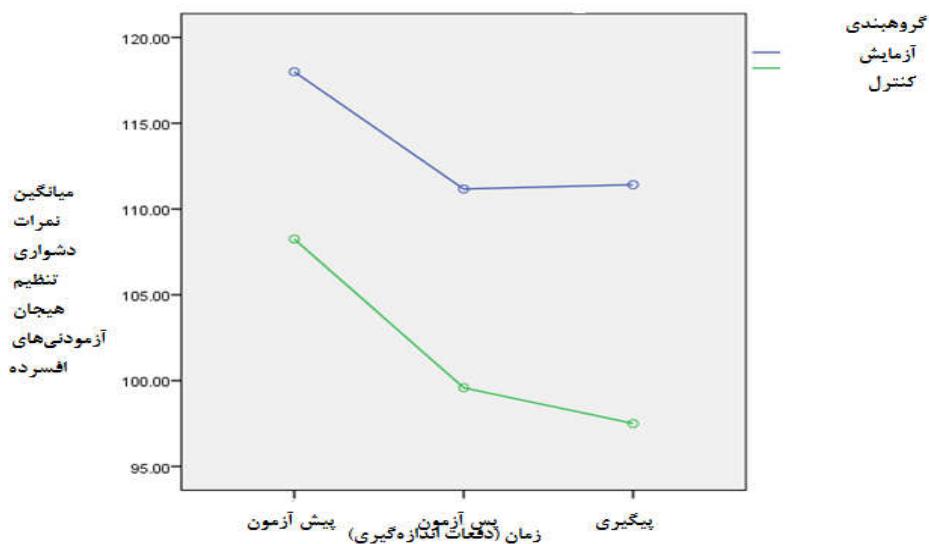
کنترل					آزمایش					زمان	متغیر
سطح	درجه	مقدار t	اختلاف	سطح	درجه	مقدار t	اختلاف				
۰/۱۰	۱۱	۱/۷۸	۸/۶۶	۰/۰۴۲*	۱۱	۱/۵۹	۶/۸۳	-	پیش آزمون-	دشواری تنظیم هیجان	
۰/۰۵۷	۱۱	۲/۱۲	۱۰/۷۵	۰/۱۴	۱۱	۱/۵۶	۶/۵۸	-	پیش آزمون-		
۰/۶۸	۱۱	۰/۴۱	۲/۰۸۳	۰/۱۹	۱۱	-۱/۳۹	-۰/۲۵	-	پس آزمون-		

* $P < 0.05$

می‌دهد که مهارت‌آموزی رفتاردرمانی دیالکتیکی تاثیر معناداری بر کاهش دشواری تنظیم هیجانی مشارکت کنندگان گروه آزمایش داشته است و در گروه کنترل علی‌رغم کاهش نمرات از مرحله پیش آزمون (قبل از درمان) تا پس آزمون و پیگیری (بعد از درمان)، مهارت‌آموزی رفتاردرمانی دیالکتیکی تاثیر معناداری نداشته است.

همانطور که در جدول ۴ مشاهده می‌شود اثربخشی مهارت‌آموزی رفتاردرمانی دیالکتیکی از مرحله پیش آزمون تا مرحله پس آزمون در گروه آزمایش معنادار است ($P = 0.05 < 0.05$) که با توجه به جدول توصیفی شماره ۲، میانگین نمره مشارکت کنندگان گروه آزمایش از مرحله پیش آزمون تا مرحله پس آزمون با کاهش معناداری همراه است. این یافته نشان

نمودار ۱- میانگین نمره دشواری تنظیم هیجانی مشارکت کنندگان افسرده در دو گروه آزمایش و کنترل در سه مرحله زمانی (پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری)



همسو می‌باشد.

در تبیین این یافته می‌توان گفت که ماهیت فراتشخصی 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

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 فلمن 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)،

هیجان نسبت به پیش آزمون، این کاهش در سطح معنادار قرار نداشت (۳۵).

به طور کلی نتایج مطالعه حاضر و مطالعات دیگر محققان موید این یافته است که مهارت آموزی رفتار درمانی دیالکتیکی در کاهش دشواری تنظیم هیجان دختران افسرده نقش دارد که این امر موجب کاهش مشکلات هیجانی افراد می شود از آن جایی که مشکلات هیجانی سر منشاء بسیاری از اختلالات از جمله افسردگی می باشد. لذا این امر در کاهش علایم افسردگی یا پیشگیری از عود دوره های افسردگی مراجعین می تواند سودمند واقع شود.

این مطالعه با محدودیت هایی نیز مواجه بوده است که می توان به عدم امکان نمونه گیری تصادفی ساده اشاره داشت. همچنین گروه نمونه از جنس دختران دانش آموز در محدوده سنی ۱۵ تا ۱۷ سال بود که در نیرومندی و توان تعیین دهنده نتایج اشکال وارد می کند، پیشنهاد می شود جهت رفع این محدودیت، چنین مطالعه ای برای جمعیت های مختلف در موقعیت های جنسیتی و سنی و اجتماعی دیگر، تکرار گردد. از طرفی دیگر، هدف مطالعه حاضر، یافتن گزینه های درمانی مناسب برای اختلال افسردگی بود، لذا پیشنهاد می شود که مطالعه ای جهت مقایسه این درمان با دیگر درمان های رایج افسردگی (مانند درمان شناختی رفتاری) تدوین گردد. همچنین پژوهش های آتی می توانند با افزایش جلسات درمانی، دوره پیگیری طولانی تر، افزایش یک گروه دیگر با مداخله درمانی متفاوت جهت مقایسه دو درمان به بررسی دقیق تر اثربخشی مهارت آموزی رفتار درمانی دیالکتیکی بر تنظیم هیجان افراد افسرده بپردازنند. رفع محدودیت های یاد شده، حمایت پژوهشی قابل توجهی را برای یافته های مطالعه حاضر فراهم می آورند.

تشکر و قدردانی

نویسنده این مقاله وظیفه خود می دانند از تمامی شرکت کنندگان در پژوهش کمال قدردانی را داشته باشند. لازم به ذکر است، این مطالعه بخشی از پایان نامه دکتری با کد ۱۰۱۲۰۷۰۵۹۴۱۰۰۲ می باشد که در دانشگاه آزاد تهران مرکز به انجام رسیده است.

رفتارهای تکانهای و استفاده از این راهبردهای انطباقی در موقعیت های مربوطه، جهت تنظیم پاسخ های هیجانی، بخش اساسی درمان را در بر می گیرند. لذا همانطور که رفتار درمانی دیالکتیکی ادعا می کند، به کارگیری مهارت های مرتبط با تنظیم هیجان در این درمان می تواند مشکلات مربوط به تنظیم هیجان افراد را بهبود بخشد. لینهان معتقد است که مشکلات بیماران اختلالات خلقی از آنجا ناشی می شود که در حل و فصل این تعارض ها، نمی توانند افراط و تغیریط را کنار بگذارند و فکر می کنند یا باید بیرونی و منطقی عمل کنند و یا براساس درون عمل نمایند. در واقع رفتار درمانی دیالکتیک کمک می کند که از تقابل بر نهاد و برابر نهاد به یک هم نهاد برسد و ناهم سازها با یکدیگر همساز می شوند. یکی از نکات جالب رفتار درمانی دیالکتیک تفاوت بین درد هیجانی و رنج هیجانی است. گاهی آموزش مهارت های رفتار درمانی دیالکتیک این سوء تفاهem را ایجاد می کند که مگر می توان در برابر مشکلات و گرفتاری های زندگی، هیچ احساسی نداشت. درد هیجانی، واکنش طبیعی به مشکلات زندگی است اما مسله از آنجا آغاز می شود 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 می شوند (۳۶).

در یک پژوهش که اثربخشی DBT را بر نوجوانان مبتلا به اختلال دوقطبی بررسی کردند، نتایج با پیگیری یک ساله حاکی از اثربخشی رفتار درمانی دیالکتیکی بر تنظیم هیجان و نشانه های افسردگی بود (۳۲). در پژوهشی دیگر اثربخشی رفتار درمانی دیالکتیکی بر تنظیم هیجان مراجعت کنندگان با علایم افسردگی به کلینیک های روانشناسی بررسی شد و نتایج موید اثربخشی این درمان بر کاهش معنادار نمرات افسردگی و دشواری تنظیم هیجان در مشارکت کنندگان با پیگیری یک ماهه بود (۳۳). این یافته با نتیجه پژوهش علوی و همکاران (۳۹۰) ناهمسو می باشد. در این تحقیق اثربخشی رفتار درمانی دیالکتیکی بر افسرگی دانشجویان مورد بررسی قرار گرفت. نتایج حاکی از آن بود که علی رغم کاهش نمرات پس آزمون و پیگیری، مشارکت کنندگان گروه آزمایش در مقیاس دشواری تنظیم

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-Shabani 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-Neacsu 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 MJIIoP, 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 MJTluoms. 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

- 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.

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 receive this training ($P<0.05$).

Conclusion: It seems that dialectical behavior therapy training leads to significant and lasting reduction 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