**اثربخشی رفتاردرمانی دیالکتیک (DBT) بر مهارت‌های تنظیم هیجان در زنان مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر**

**\*زهره لطیفی[[1]](#footnote-1)، مینا مرادی زاده**[[2]](#footnote-2)

**چكيده**

هدف مطالعه حاضر بررسی اثربخشی رفتاردرمانی دیالکتیک (DBT) بر مهارت‌های تنظیم هیجان در زنان مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر بود. این پژوهش، در قالب یک مطالعه نیمه تجربی با گروه آزمایش و کنترل به‌صورت پیش‌آزمون- پس‌آزمون انجام شد. به این منظور، از میان کلیه زنان دارای اختلال اضطراب فراگیر شهر اصفهان، 30 زن مبتلا بر اساس ملاك‌های ورود و خروج پژوهش انتخاب و به‌صورت تصادفی به دو گروه آزمایش و کنترل گمارده شدند. ابزارهای مورد استفاده در پژوهش حاضر عبارت بودند از: پرسشنامه اضطراب فراگیر (GAD-7) و پرسشنامه تنظيم شناختي هيجان (CERQ). پس از آن، گروه آزمایش یک دوره رفتاردرمانی دیالکتیک را در قالب 12 جلسه 2 ساعته دریافت کردند. نتایج تحلیل کوواریانس که نشان داد رفتاردرمانی دیالکتیک باعث بهبود مهارت‌های تنظیم هیجان منفی در مرحله پس‌آزمون شده است (05/0>P). در حالی که بر مهارت های تنظیم هیجان مثبت تاثیری نداشته است (05/0<P). یافته‌های این مطالعه نشان داد که رفتاردرمانی دیالکتیک می‌تواند به‌عنوان یک رویکرد درمانی مؤثر جهت تنظیم هیجان در افراد مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر در مراکز خدمات مشاوره و روانشناختی مورداستفاده قرار گیرد.

**واژه‌های كلیدی:** اختلال اضطراب فراگیر، تنظیم هیجان، رفتاردرمانی دیالکتیک**.**

**Effectiveness of Dialectical Behavior Therapy (DBT) on Emotion Regulation Skills of Women with Generalized Anxiety Disorder**

\*Zohreh Latifi[[3]](#footnote-3), Mina Moradizaheh[[4]](#footnote-4)

**Abstract**

The aim of this study was an investigation the effect of dialectical behavior therapy on emotion regulation skills of women with generalized anxiety disorder. This study was conducted as a quasi-experimental study with experimental and control groups with pre-test and post-test. For this purpose, among all women with generalized anxiety disorder in Isfahan, 30 affected women were selected based on inclusion and exclusion criteria and were randomly assigned to experimental and control groups. The tools used in this study were: Generalized Anxiety Questionnaire (GAD-7) and Cognitive Emotion Regulation Questionnaire (CERQ). Thereafter, the experimental group received a course of 12 sessions of dialectic behavior in 12 2-hour sessions. The results of covariance analysis showed that dialectical behavior therapy improved the negative emotion regulation skills in post-test (P<0.05). While it had no effect on positive emotion regulation skills (P <0.05).The findings of this study showed that dialectical behavior therapy can be used as an effective therapeutic approach to emotion regulation in people with generalized anxiety disorder at counseling and psychological services centers.

**Keywords:** Generalized Anxiety Disorder, Emotion Regulation, Dialectical Behavior Therapy.

**مقدمه**

اختلالات اضطرابی از شایع‌ترین اختلالات روان‌پزشکی هستند که سالانه میلیون‌ها نفر را در دنیا دچار مشکل می‌سازند‏(ملا نوروزی و همکاران، **1397).** در این میان اختلال اضطراب فراگیر که یکی از مقاوم‌ترین اختلالات به درمان در این گروه می‌باشد، به‌طور اختصاصی با نگرانی افراطی و پایدار که غیرقابل‌کنترل و فراگیر است مشخص می‌گردد و اضطراب ناشی از آن معطوف به کلیه رویدادهای زندگی روزمره می‌باشد (ولز و همکاران[[5]](#footnote-5)، **2012**). نگرانی و اضطراب بیش‌ازحد، دشواری در کنترل نگرانی و شکایت‌های روان‌شناختی و جسمانی مختلف ازجمله تنش عضلانی، بی‌قراری، خستگی، مشکلات تمرکز، تحریک‌پذیری و مشکلات خواب ازجمله ویژگی‌های این اختلال می‌باشد. باوجوداین، نگرانی بیش‌ازحد، مزمن و کنترل ناپذیر به‌عنوان ویژگی اصلی این اختلال مطرح‌شده **است (سادوک، سادوک و روئیز[[6]](#footnote-6)، 2015؛ ترجمه رضاعی، 1394).**

**در دهۀ گذشته، با پیشرفت و گسترش نظریه‌های مختلف درباره «نگرانی[[7]](#footnote-7)» به‌عنوان یک مؤلفۀ شناختی بنیادین اختلال اضطراب فراگیر، این اختلال بیش‌ازپیش موردتوجه قرارگرفته است (لیهی، هولاند و مک‌گاین[[8]](#footnote-8)، 2011)، به‌طوری‌که شیوع یک‌ساله آن در جمعیت 65-18 سال ایران 2/5 درصد گزارش شده است (شریفی و همکاران، 1394). تخمین‌های معقولی که در مورد شیوع یک‌ساله اضطراب فراگیر زده می‌شود، سه تا هشت درصد است. این اختلال در زنان دو برابر مردان اتفاق می‌افتد. شیوع مادام‌العمر این اختلال نزدیک به پنج درصد است و شیوع این اختلال در طول عمر 8 درصد گزارش‌شده است(سادوک، سادوک و روئیز، 2015؛ ترجمه رضاعی، 1394).**

**این اختلال معمولاً در اواخر نوجوانی یا اوایل بزرگ‌سالی شروع می‌شود، سیر طبیعی آن مزمن و نوسان دار است(نیومان و همکاران[[9]](#footnote-9)، 2013) و در صورت درمان نشدن، پیش‌آگهی آن ضعیف خواهد بود(هیدن، موریس و مولن[[10]](#footnote-10)، 2016). مطالعات زیادی نشان می‌دهند که به‌ندرت می‌توان اختلال اضطراب فراگیر را بدون اختلال همایند دیگر مشاهده کرد و درواقع تنها 25 درصد تا 7/33 درصد از افراد مبتلابه اختلال اضطراب فراگیر فاقد اختلال همایند دیگری بوده‌اند (بارلو[[11]](#footnote-11)، 2011). بر اساس پنجمین راهنمای تشخیصی و آماری اختلال‌های روانی این اختلال اغلب با اختلال افسردگی عمده و اختلال‌های اضطرابی دیگر همبود است، اما همبودی کمتری با اختلال‌های مصرف مواد، سلوک، روان‌پریشی، عصبی رشدی و عصب‌شناختی دارد (انجمن روان‌پزشکی آمریکا[[12]](#footnote-12)، ‏2013؛ ترجمه رضاعی و همکاران، 1394).‏**

سازوکارها و عوامل خطرساز متعددی در ایجاد اختلال اضطراب فراگیر دخیل‌اند. بررسی ادبیات پژوهش نشان می‌دهد که عوامل زیست‌شناختی، شناختی، رفتاری، هیجانی، بین فردی و عصب زیست‌شناختی متعددی ازجمله مزاج، بازداری رفتاری، عاطفه منفی، رویدادهای منفی زندگی، سابقه مشکلات روانی والدین، بدرفتاری، فقدان یا جدایی طی دوران کودکی، روان‌بنه‌های مرتبط با تهدید، الگوبرداری، مهارت‌های بین فردی ضعیف، و **سوگیری‌های مرتبط با پردازش اطلاعات هیجانی ازجمله عوامل خطرساز این اختلال محسوب می‌شوند‏ (ژانگ و** همکاران[[13]](#footnote-13)**، 2015؛ نیومان و همکاران، 2013).**

**از** دیگر متغیرهای مهم در اختلال اضطراب فراگیر، مهارت تنظیم هیجان و نقایص مربوط به آن در این افراد است(اسدی مجره و همکاران، 1396). کلتنر و گراس[[14]](#footnote-14) (2010) هیجان را به‌صورت دوره‌ای و نسبتاً کوتاه معرفی کرده‌اند که ازنظر بیولوژیکی مبتنی بر الگوی ادراک**، تجربه، واکنش فیزیولوژیکی و تعاملی است که در پاسخ به چالش‌های فیزیکی و اجتماعی ویژه رخ می‌دهد (نقل از سپریان آذر و اسدی‌مجره، 1394). تنظیم هیجان به‌عنوان فرآیند آغاز، حفظ، تعدیل یا تغییر در بروز، شدت یا استمرار احساس درونی و هیجان مرتبط با فرآیندهاي اجتماعی روانی، فیزیکی در به انجام رساندن اهداف فرد تعریف می‌شود (گراس[[15]](#footnote-15)، 2007). تنظیم هیجان شامل گستره‌اي از راهبردهاي شناختی و رفتاري افراد به رویدادهای فراخوان هیجان می‌باشند که به‌طور هوشیار یا ناهشیار سعی در اصلاح میزان و یا نوع تجربه هیجانی فرد یا رویداد دارند. چند مورد از این راهبردها (سازگار یا بهنجار) رابطه منفی با آسیب‌های روانی دارند؛ درحالی‌که راهبردهای دیگر (ناسازگار یا نابهنجار) با سبب‌شناسی یا تداوم اختلالات بالینی ارتباط دارند (آلدائو و نولن هوکسیما[[16]](#footnote-16)، 2010).**

**ازآنجاکه مهارت در تنظیم هیجانات بخش مهمی از زندگی هر فرد را به خود اختصاص می‌دهد، تعجب‌آور نیست که آشفتگی در هیجان و تنظیم آن می‌تواند منجر به اندوهگینی و حتی آسیب روانی شود (آمستادتر[[17]](#footnote-17)، 2008). یافته‌های پژوهش بندر و همکاران[[18]](#footnote-18) (2012) حاکی از تأثیر معنادار دشواری‌های تنظیم هیجان بر اضطراب بود. همچنین یافته‌ها نشان می‌دهد که اختلال اضطراب فراگیر توسط نقایصی در آگاهی، پذیرش، ارتباط و تنظیم هیجان مشخص می‌شود(منین و همکاران[[19]](#footnote-19)، 2010). افراد مبتلابه اختلال اضطراب فراگیر احتمالاً به دلیل شدت بالاتر و آستانه پایین‌تر هیجانات مستعد سرکوبگری بیشتر هیجانات در مقایسه با دیگر افراد هستند که این می‌تواند به‌طور ویژه‌ای علت هیجانات منفی باشد (بیهار و همکاران[[20]](#footnote-20)، 2009).**

طی سال‌های اخیر، درمان‌های گوناگونی برای اختلال‌های اضطرابی معرفی‌شده‌اند. بااین‌حال به‌رغم پیشرفت‌های شایان توجهی که در مداخلات درمانی مربوط به اضطراب صورت گرفته است، همچنان با شیوع بالا، عودهای مکرر و مداوم شدن اختلالات اضطرابی مواجه هستیم. نکته‌ای که به نابسنده بودن درمان‌های موجود و نیاز به معرفی درمان‌های جدید، با اثربخشی و دوام بیشتر دلالت دارد (**ملا نوروزی و همکاران، 1397).** در سال‌های اخیر، تلاش برای درمان اختلالات اضطرابی، رفتارگرایان را به ابداع و مفهوم‌سازی موج سوم درمان‌های رفتاری رهنمون ساخته است. یكي از درمان‌های موج سوم كه در سال‌های اخير توجه پژوهشگران را به خود جلب كرده است رفتاردرمانی ديالكتيكي **است (رضا پور میر صالح و همکاران، 1397).**

**رفتاردرمانی ديالكتيكي يك شیوه‌ی درماني يكپارچه­نگر است. در اين رويكرد، یکپارچه‌سازی را می‌توان به شكل یکپارچه‌سازی مدل‌های زیست‌شناختی و مدل‌های محيطي مشاهده كرد (سوالز و هیرد[[21]](#footnote-21)، 2008). رفتاردرمانی ديالكتيكي مداخلاتي را كه مربوط به درمان‌های شناختي-رفتاري‌اند و مبتني بر اصل تغيير هستند را با فنون و آموزه‌های فلسفه ذن درآميخته و چهار شاخصه‌ی مداخله‌ای را در شيوه درمان خود تحت عنوان تحمل پريشاني (به‌عنوان مؤلفه‌های پذيرش)، هوشياري بنيادين فراگير[[22]](#footnote-22)، كارآمدي بین فردی[[23]](#footnote-23) (به‌عنوان مؤلفه‌های تغيير) و مهارت تنظیم هیجان را ذكر می‌کند(اسکودول و همکاران[[24]](#footnote-24)، 2011). لینهان[[25]](#footnote-25) بنیان‌گذار رفتاردرمانی دیالکتیک(1980) توانست به افرادی که در تنظیم هیجانات، مهارت‌های تحمل آشفتگی، مهارت‌های نظم‌بخشی هیجانی و مهارت‌های توجه و آگاهی مشکل‌دارند در جهت کاهش رفتارهای ناسازگار همانند ناتوانی در حل مسئله، پرخاشگری و میل به خودکشی کمک کند (نیکسیو و همکاران[[26]](#footnote-26)، 2010). با توجه به حمایت‌های تجربي و موفقیت‌های بسياري كه رويكرد رفتاردرمانی ديالكتيك در درمان اختلالات مرزي به دست آورد، اثربخشی آن در اختلالات ديگر نيز مورد ارزيابي قرار گرفت و حمایت‌های پژوهشي قابل‌توجهی به دست آورد (اوست**[[27]](#footnote-27)**، 2008). به عنوان مثال، آسمند، مامی و ولیزاده(1393) به بررسی تاثیر رفتاردرمانی دیالکتیک در درمان باورهای غیرمنطقی و اضطراب پرداخته و نتایج مثبت این درمان را مورد تایید قرار دادند. همچنین تاثیرپذیری این درمان بر علائم اختلال اضطراب فراگیر(ناوارو-هارو و همکاران[[28]](#footnote-28)، 2019)، راهبردهای تنظیم هیجان زنان با اختلالات شخصیت مرزی و اختلال سوء مصرف مواد(تقی زاده و همکاران، 1394) و نشانه های افسردگی دانشجویان(علوی و همکاران، 1390) مورد بررسی و تایید قرار گرفت.**

**در این راستا با توجه به مطالب پیشین، از آنجا که بین علائم اختلالات اضطرابی با هیجانات و راهبردهای تنظیم هیجان رابطه وجود دارد و نیز ازآنجاکه تأکید اصلی رفتاردرمانی دیالکتیک، تنظیم هیجانات می‌باشد، به نظر می‌رسد رفتاردرمانی دیالکتیک بتواند بر بهبود مهارت تنظیم هیجان در زنان مبتلابه اختلال اضطراب فراگیر کمک کند. همچنین بر اساس بررسی‌های محقق، به نظر می­رسد پژوهشی به بررسی تأثیر رفتاردرمانی دیالکتیک بر مهارت تنظیم هیجان در زنان مبتلابه اختلال اضطراب فراگیر در داخل و خارج از کشور نپرداخته است و در این زمینه خلأ وجود دارد، لذا پژوهش حاضر در راستای هدف و ضرورت خود درصدد پاسخگویی به این سؤال است که آیا رفتاردرمانی دیالکتیک بر مهارت تنظیم هیجان زنان مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر مؤثر است؟**

روش

طرح پژوهش از نوع نیمه آزمایشی به‌صورت پیش‌آزمون- پس‌آزمون با گروه کنترل بود که در آن اثربخشی یک متغیر مستقل یعنی رفتاردرمانی دیالکتیک بر متغیر وابسته یعنی مهارت­های تنظیم هیجان در زنان مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر مورد بررسی قرار گرفت. جامعه آماری پژوهش حاضر، کلیه زنان مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر شهر اصفهان در سال 1398 بودند. حجم نمونه بعد از بررسی متون مشابه، 30 نفر در نظر گرفته شد. در پژوهش حاضر برای انتخاب گروه نمونه از روش نمونه‌گیری هدفمند استفاده شد. بدین منظور به فرهنگسرای شهر اصفهان مراجعه نموده و به‌طور هدفمند از بین زنانی که به 2 فرهنگسرای ناحیه 13 مراجعه نموده و براساس پرسشنامه اختلال اضطراب فراگیر(GAD-7) و نیز انجام مصاحبه بالینی نیمه ساختاریافته تشخیص اختلال اضطراب فراگیر دریافت نمودند و همچنین واجد معیارهای ورود به پژوهش بودند**؛** **تعداد 30 نفر انتخاب و به‌طور تصادفی در دو گروه آزمایش و کنترل جایگزین شدند (هر گروه 15 نفر).**

**معیارهای ورود به پژوهش عبارت بودند از:** جنسیت زن؛ **سن 25 تا 45 سال؛ کسب نمره 10 و بالاتر** از پرسشنامه اختلال اضطراب فراگیر (GAD-7) و دریافت تشخیص اختلال اضطراب فراگیر بر اساس مصاحبه بالینی نیمه ساختاریافته مبتنی بر معیارهای ارائه‌شده در DSM-5 توسط روانشناس بالینی؛ عدم دریافت هرگونه برنامه آموزشی در حین مداخله، عدم مصرف داروهای روانپزشکی، داشتن حداقل ‏تحصیلات دیپلم برای توانایی درک و فهم مطالب ارائه‌شده و توانایی تکمیل کردن پرسشنامه‌ها، و داشتن رضایت جهت شرکت در پژوهش. معیارهای خروج نمونه از پژوهش نیز عبارت بودند از: بیش از دو جلسه غیبت از جلسات آموزش و انصراف فرد از ادامه همکاری.

علاوه براین، جهت کنترل متغیرهای مداخله­گر در پژوهش، از شرکت­کنندگان در پژوهش خواسته شد که در مدت زمان شرکت در پژوهش از مصرف داروهای روانپزشکی و نیز شرکت در کلاسهای آموزش روانشناختی دیگر خودداری نمایند.

پرسشنامه‌های مورد استفاده در پژوهش حاضر عبارت‌ بودند از:

**پرسشنامه اطلاعات جمعیت شناختی:** پرسشنامه‌ای حاوی سؤالات دموگرافیک شامل سن، میزان تحصیلات، شغل، و وضعیت تأهل.

**پرسشنامه اضطراب فراگیر (GAD-7):** این پرسشنامه**، پرسشنامه‌ای 7 سؤالی است که به‌طور اختصاصی برای سنجش اختلال اضطراب فراگیر توسط اسپیتز و همکاران[[29]](#footnote-29)(2006) ساخته‌شده است. برای نمره دهی این آزمون از مقیاس‌های درجه‌بندی‌شده با چهار گزینه شامل هیچ‌وقت، چند روز، بیش از نیمی از روزها و تقریباً هرروز که به ترتیب نمره (0، 1، 2، 3) را دریافت می‌دارند؛ استفاده‌شده است. حداقل و حداکثر نمره کسب‌شده در این پرسشنامه به ترتیب 0 و 21 است. نقطه برش در این پرسشنامه نمره 10 و بالاتر است، بدین معنی که افرادی که نمرات 10 و بالاتر** **از این** پرسشنامه دریافت می‌نمایند، مظنون به GAD می باشند. در این پرسشنامه یک سؤال به‌عنوان سؤال **8** و ضمیمه ارائه‌شده است که به این نکته می‌پردازد که هریک از مشکلات مطرح‌شده تا چه اندازه در انجام کارها، امور مرتبط با خانه و یا ارتباط با دیگران مشکل ایجاد کرده است و برای نمره دهی به آن‌هم از مقیاس درجه‌بندی‌شده با چهار گزینه به‌هیچ‌وجه، تا حدی، تا حد زیادی، و خیلی زیاد استفاده‌شده است (شریفی، **1387**).

روايي همگرای مقياس كوتاه اختلال اضطراب فراگير با پرسشنامه اضطراب حالت - صفت اسپيلبرگر براي اضطراب حالت برابر **71/0 و براي اضطراب صفت برابر 52/0 و با زيرمقياس 12 ماده‌اي از چک‌لیست** نشانه‌هاي باليني (R-90-SCL) ب**رابر 63/0 به‌دست‌آمده** است. نتايج آزمونGAD-7 از طريق آلفاي كرونباخ براي نيمه اول و براي نيمه **دوم به ترتيب 82/0 و 74/0 و براي همبستگي بين دونیمه برابر بـا 77/0 بوده است. همچنين** ضريب اسپيرمن-براون و گاتمن با مقياس GAD-7 به ترتيب **87/0 و 87/0 و اعتبار دو** نيمه‌سازي در جمعيت دانشجويي از طريق باز آزمایی پس از **دو هفته 60/0 بوده** است (نائينيان و همکاران**، 1390). در پژوهش حاضر** از این پرسشنامه به‌عنوان ابزار غربالگر برای تشخیص اولیه زنان مبتلابه اختلال اضطراب فراگیر، در کنار مصاحبه بالینی ساختاریافته استفاده‌شده است، بدین ترتیب که زنانی که **نمرات بالای 10 از این پرسشنامه** به دست می‌آوردند به‌عنوان زنان مبتلابه GAD شناخته شدند.در پژوهش حاضر نیز مقدار آلفای کرونباخ پرسشنامه 74/0 به دست آمد که نشان دهنده مطلوب بودن پایایی آن است.

**پرسشنامه تنظيم شناختي هيجان (CERQ**): **پرسشنامه‌ای 18 ماده‌ای که در سال 2006 توسط** گارنفسکي و کرايج[[30]](#footnote-30) ساخته‌شده و راهبردهاي تنظيم شناختي هيجان‌ها را در پاسخ به حوادث تهديدکننده و تنیدگي‌زاي زندگي در اندازه‌هاي **پنج‌درجه‌ای از 1(هرگز) تا 5(هميشه) برحسب 9 زيرمقياس** به اين شرح مي‌سنجد: خود سرزنشگری، دیگر سرزنشگری، تمرکز بر فکر/ نشخوار گری، فاجعه نمایی (فاجعه‌آمیز پنداری)، کم‌اهميت‌شماري، تمرکز مجدد **مثبت، ارزيابي مجدد مثبت، پذيرش و تمرکز مجدد بر برنامه‌ريزي. حداقل و حداکثر نمره در هر زيرمقياس به ترتيب 2 و 10 است و نمره بالاتر نشان‌دهنده استفاده بيشتر فرد از آن راهبرد شناختي محسوب مي‌شود(گارنفسکی و کرایج، 2006).**

راهبرد شناختي تنظيم هيجان در پرسشنامه تنظيم شناختي هيجان به دودسته کلي راهبردهاي انطباقي (سازش یافته) و راهبردهاي غیر انطباقی (سازش نایافته) تقسيم مي‌شوند. زيرمقياس‌هاي کم‌اهميت شماري، تمرکز مجدد مثبت، ارزيابي مجدد مثبت، پذيرش و تمرکز مجدد بر برنامه‌ريزي، راهبردهاي سازش یافته و زيرمقياس‌هاي خود سرزنشگری، ديگر سرزنشگري، تمرکز **بر فکر/ نشخوار گری و فاجعه نمایی راهبردهاي سازش نایافته را تشکيل مي‌دهد. یوسفی در سال 1386 پایایی این مقیاس را در نوجوانان ایرانی بررسی کرده و ضریب پایایی به روش آلفای کرونباخ را برای خرده مقیاس راهبردهای تنظیم هیجان ناسازگار 78/0، خرده مقیاس راهبردهای تنظیم هیجان سازگار 83/0 و کل پرسشنامه را 81/0 گزارش نموده است.** در پژوهش حاضر نیز مقدار آلفای کرونباخ برای خرده مقیاس راهبردهای منفی تنظیم هیجان 81/0، در خرده مقیاس راهبردهای مثبت تنظیم هیجان 84/0، و برای نمره کلی پرسشنامه 87/0به دست آمد که نشان دهنده مطلوب بودن پایایی پرسشنامه فوق است. ‏

روش اجرای پژوهش حاضر بدین صورت بود که پس از نمونه­گیری و اجرای اولیه پرسشنامه‌ تنظیم شناختی هیجان(CERQ) به‌عنوان پیش‌آزمون، شرکت‌کنندگان در گروه آزمایش **طی 12 جلسه 2 ساعته** **به‌صورت** گروهی هفته‌ای یک‌بار در محل فرهنگسرا تحت آموزش‌های رفتاردرمانی دیالکتیک برگرفته از کتاب درسنامه رفتاردرمانی دیالکتیکی از **آقاسی و آتش پور (1395)‏ قرار گرفتند**، درحالی‌که گروه کنترل در این مدت هیچ آموزشی دریافت نکردند. نهایتا پس از اتمام جلسات درمان، مجدداً از شرکت‌کنندگان هر دو گروه خواسته شد تا به‌عنوان پس‌آزمون به سؤالات پرسشنامه‌تنظیم شناختی هیجان (CERQ) پاسخ دهند. لازم به ذکر است در روند اجرای پژوهش حاضر، از مرحله اول تا انتهای اجرای پس‌آزمون، هیچ ریزش نمونه‌ای در شرکت‌کنندگان رخ نداد.

خلاصه محتوای جلسات رفتاردرمانی دیالکتیک برگرفته از کتاب درسنامه رفتاردرمانی دیالکتیکی از آقاسی و آتش **پور (1395)‏ که طی 12 جلسه 2 ساعته** به‌صورت گروهی برگزار شد، به شرح ذیل می‌باشد:

جدول 3- 3-خلاصه محتوای جلسات رفتاردرمانی دیالکتیکی

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **مهارت** | **جلسات** | **محتوای هر جلسه** |
| **مقدمه و آموزش هوشیاری فراگیر**  (رشد خردورزی، توانایی دیدن آنچه درست است، عمل کردن به شکل عاقلانه، مشارکت کامل و عاری از قضاوت در تجارب زندگی) | جلسه اول | آشنایی با افراد، آشنایی با اهداف و قوانین گروه، چرا باید این مهارت‌ها را بیاموزیم؟ |
| جلسه دوم | آشنایی با سه حالت ذهن منطقی، هیجانی و خردگرا |
| جلسه سوم | تمرین حالات ذهنی جلسه قبل، آموزش مهارت‌های «چه چیز»، شامل مشاهده، توصیف کردن و شرکت کردن؛ و مهارت‌های «چگونه» شامل اتخاذ موضع غیر قضاوتی، خود ذهن آگاهی و کارآمد عمل کردن. |
| جلسه چهارم | تمرین عملی مهارت‌های چه چیز و چگونه |
| **آموزش تنظیم هیجانی**  (تنظیم حالات هیجانی آشفته ساز از طریق توجه مستقیم به تجارب درونی) | جلسه پنجم | آموزش بخشی از مهارت‌های تنظیم هیجان شامل تعریف هیجان و مؤلفه‌های آن. |
| جلسه ششم | آموزش بخش دیگر از مهارت‌های تنظیم هیجان شامل الگوی شناسایی هیجان و مؤلفه‌های آن. |
| جلسه هفتم | آموزش مهارت‌های پذیرش هیجان‌ها حتی در صورت منفی بودن و آموزش مهارت‌هایی برای کاهش آسیب‌پذیری نسبت به هیجان‌های منفی. |
| **آموزش تحمل پریشانی**  (گام‌های اصلی تحمل پریشانی در سرواژه "ACCEPTS" خلاصه‌شده است: فعالیت‌ها، مشارکت، مقایسه، هیجان‌ها، فرونشانی، افکار و حس‌ها) | جلسه هشتم | آموزش تحمل پریشانی، آموزش راهبردهای بقا در بحران شامل: مهارت‌های پرت کردن حواس و خود آرام‌سازی با حواس پنج‌گانه. |
| جلسه نهم | آموزش مهارت‌های بهسازی لحظات و تکنیک سود و زیان در هنگام مواجه با ناکامی یا احساس خشم یا اضطراب. |
| جلسه دهم | تمرین مهارت سازگاری موسوم به (پذیرش) در مواقع مواجهه به موقعیت استرس‌زا. |
| جلسه یازدهم | تمرین مهارت ذهن آگاهی همراه با تصویرسازی ذهنی، تحلیل زنجیره‌ای مسئله گشایی و آشنایی با تفاوت پذیرش شرایط بد با تائید آن شرایط. |
| مهارت های ارتباط بین فردی | جلسه دوازدهم | مهارت‌های ارتباط بین فردی |

به جهت رعایت اصول اخلاقی در این پژوهش شرط گمنامی آزمودنی‌ها رعایت شد. به‌علاوه اطلاعات شرکت‌کنندگان و پرسشنامه‌ها به‌صورت کدگذاری شده و محرمانه نگهداری شدند. افراد گروه کنترل هم در لیست انتظار قرار گرفتند تا پس از پایان اجرای این پژوهش در صورت تمایل، به‌صورت فشرده در مداخله رفتاردرمانی دیالکتیکی شرکت کنند.

درنهایت، داده‌های حاصل از این پژوهش با توجه به فرضیه‌های موردبررسی، با استفاده از نرم‌افزار ‏SPSS-24‎‏ در ‏دو ‏بخش توصیفی و استنباطی مورد تجزیه‌وتحلیل قرار گرفت. ابتدا داده‌ها با استفاده از روش‌های ‏آمار ‏توصیفی (میانگین و انحراف معیار) توصیف شد. سپس با استفاده از روش‌های آمار استنباطی (آزمون ‏تحلیل ‏کوواریانس چندمتغیره) اثربخشی مداخلات موردبررسی قرار گرفت.

**یافته ها**

شرکت کنندگان در این پژوهش همگی زنان مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر در شهر اصفهان بودند. میانگین سن شرکت‌کنندگان در گروه آزمایش 22/5 ±39 سال و در گروه کنترل 27/7 ±36 سال بود.سایر اطلاعات دموگرافیک شرکت کنندگان در پژوهش در جدول 2 آورده شده است.

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| جدول 2- ویژگی­های دموگرافیک شرکت­کنندگان | | | | |
| **ویژگی­های دموگرافیک** | **گروه** |  | **فراوانی** | **درصد** |
| **تحصیلات** | **آزمایش** | **زیر دیپلم** | **2** | **4/13%** |
| **دیپلم و فوق دیپلم**  **لیسانس و فوق لیسانس** | **10**  **3** | **7/66%**  **20%** |
| **کنترل** | **زیر دیپلم** | **4** | **7/26%** |
| **دیپلم و فوق دیپلم**  **لیسانس و فوق لیسانس** | **6**  **5** | **40%**  **3/33%** |
| **شغل** | **آزمایش** | **بی پاسخ**  **خانه­دار** | **0**  **12** | **0%**  **80%** |
|  | **شاغل**  **بی پاسخ** | **3**  **3** | **20%**  **20%** |
| **کنترل** | **خانه­دار**  **شاغل** | **9**  **3** | **60%**  **20%** |
| **وضعیت تاهل** | **آزمایش** | **متاهل**  **مجرد** | **14**  **1** | **3/93%**  **7/6%** |
| **کنترل** | **متاهل** | **10** | **7/66%** |
|  | **مجرد** | **5** | **3/33%** |

جدول 3، میانگین و انحراف معیار نمرات تنظیم هیجان مثبت و منفی در دو گروه آزمایش و کنترل در دو ‏مرحله پیش‌آزمون و پس‌آزمون را نشان می دهد.

**جدول 3- میانگین و انحراف معیار نمرات تنظیم هیجان مثبت و منفی در دو گروه آزمایش و کنترل**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| شاخص‌های آماری  متغیرها | آزمون | گروه آزمایش | | کنترل | |
|  | میانگین | انحراف معیار | میانگین | انحراف معیار |
| تنظیم هیجان مثبت | پیش‌آزمون | 93/23 | 22/13 | 46/23 | 16/7 |
| پس‌آزمون | 93/21 | 09/6 | 06/23 | 57/6 |
| تنظیم هیجان منفی | پیش‌آزمون | 19 | 57/5 | 46/17 | 60/3 |
| پس‌آزمون | 26/16 | 84/4 | 66/17 | 04/6 |

مطابق جدول 3، میانگین نمرات تنظیم هیجان مثبت در گروه­های آزمایش و کنترل به ترتیب از 93/23 و 46/23 در پیش­آزمون به 93/21 و 06/23 در پس آزمون رسیده است. علاوه براین، میانگین نمرات تنظیم هیجان منفی در گروه­های آزمایش و کنترل به ترتیب از 19 و 46/17 در پیش آزمون به 26/16 و 66/17 در پس آزمون رسیده است.

پیش از انجام تحلیل استنباطی داده­ها(تحلیل کوواریانس چند متغیره)، جهت رعایت پیش‌فرض‌های آزمون‌­های پارامتریک، مهم‌ترین پیش‌فرض­ها یعنی بررسی نرمال بودن توزیع نمرات توسط آزمون کلموگراف- اسمیرونوف، و همسانی واریانس­ها توسط آزمون لوین، مورد یررسی قرار گرفت که نتایج آنها در جدول 4 قابل مشاهده است.

**جدول 4- نتایج آزمون های کلموگراف- اسمیرنوف و لوین در مورد پیش‌فرض نرمال بودن نمرات و همسانی واریانس­ها**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| متغیر | کلموگراف- اسمیرنوف | | | | لوین | | | |
| گروه ها | آماره | درجه آزادی | سطح معناداری | F | درجه آزادی صورت | درجه آزادی مخرج | سطح معناداری |
| تنظیم هیجان مثبت | آزمایش | 217/0 | 15 | 055/0 | 376/0 | 1 | 28 | 545/0 |
| کنترل | 153/0 | 15 | 200/0 |  |  |  |  |
| تنظیم هیجان منفی | آزمایش | 108/0 | 15 | 200/0 | 532/3 | 1 | 28 | 071/0 |
| کنترل | 191/0 | 15 | 144/0 |  |  |  |  |

براساس نتایج حاصل از جدول 4، سطح معناداری برای هیچ‌یک از متغیرها در هیچ کدام از آزمون­ها معنی‌دار نبود(05/0‏P>‎‏). بنابراین شرایط نرمال بودن توزیع نمرات و همسانی واریانس ها ‏به‌درستی رعایت شده بود.‏

نتایج آزمون تحلیل کواریانس چند متغیره(MANCOVA)[[31]](#footnote-31) تاثیر رفتاردرمانی دیالکتیک بر مهارت­های تنظیم هیجانی مثبت و منفی و معنادار بودن تفاوت موجود در نمرات پس آزمون گروه آزمایش، در جدول 5 قابل مشاهده است.

جدول 5-نتایج اثر پیلایی تحلیل کوواریانس چند متغیری (مانکوا) تفاوت دو گروه آزمایش و کنترل مهارت‌های تنظیم هیجان

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| منبع | ارزش | F | سطح معنی‌داری | مقدار اتا | توان آماری |
| گروه | **574/0** | **323/10** | **001/0** | **574/0** | **995/0** |

بر اساس داده‌های جدول 5، بین دو گروه آزمایش و کنترل در متغیر تنظیم هیجان مثبت و منفی در سطح 05/0>p تفاوت معناداری وجود دارد. توان آماری برابر 995/ 0 است که نشان‌دهنده کفایت حجم نمونه است. مقدار اتا 574/0 است؛ یعنی 4/57 درصد تفاوت دو گروه را نمرات مهارت‌های تنظیم هیجان مثبت و منفی تبیین می‌کند و 4/57 درصد از تغییرات در گروه آزمایش مربوط به رفتاردرمانی دیالکتیک است.

جدول 6، نتایج تحلیل کواریانس چند متغیره تاثیر رفتاردرمانی دیالکتیک بر تنظیم هیجان مثبت و منفی را به تفکیک نشان می­دهد.

**جدول 6- نتایج تحلیل کواریانس چند متغیره تاثیر رفتاردرمانی دیالکتیک بر بر تنظیم هیجان مثبت و منفی ر زنان GAD**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| منبع | شاخص آماری | مجموع مجذورات | درجه آزادی | میانگین مجذورات | F | سطح ‏معناداری | مجذور اتا | توان |
| پیش آزمون | تنظیم هیجان مثبت | 243/285 | 1 | 243/285 | 157/12 | 002/0 | 327/0 | 918/0 |
|  | تنظیم هیجان منفی | 608/107 | 1 | 608/107 | 453/6 | 018/0 | 205/0 | 685/0 |
| گروه | تنظیم هیجان مثبت  تنظیم هیجان منفی | 040/9  034/158 | 1  1 | 040/9  034/158 | 385/0  477/9 | 540/0  005/0 | 015/0  275/0 | 092/0  841/0 |
| خطا | تنظیم هیجان مثبت  تنظیم هیجان منفی | 562/586  872/416 | 25  25 | 462/23  675/16 |  |  |  |  |
| کل | تنظیم هیجان مثبت | 000/14999 | 30 |  |  |  |  |  |
| تنظیم هیجان منفی | 000/19491 | 30 |  |  |  |  |  |

نتایج جدول 6 نشان می دهد که بین گروه‌ها در نمرات تنظیم هیجان مثبت(385/0=F) در مرحله پس‌آزمون تفاوت معنی‌دار وجود ندارد(05/0<P). یعنی رفتاردرمانی دیالکتیک نتوانسته است نمرات تنظیم هیجان مثبت زنان GAD را در مرحله پس‌آزمون افزایش دهد. مقدار اتا برابر با 015/0 است یعنی 5/1 درصد از تغییرات در گروه آزمایش مربوط به رفتاردرمانی دیالکتیک است. توان آماری نیز برابر 092/0 می‌باشد که نشان دهنده بالا بودن خطای نوع دوم می باشد.

علاوه براین، براساس نتایج جدول فوق، بین گروه‌ها در نمرات تنظیم هیجان منفی(477/9=F) در مرحله پس‌آزمون تفاوت معنی‌دار وجود دارد(05/0‏P<‎‏). یعنی رفتاردرمانی دیالکتیک توانسته است نمرات تنظیم هیجان منفی زنان GAD را در مرحله پس‌آزمون کاهش دهد. مقداراتا برابر با 275/0 است یعنی 5/27 درصد از تغییرات در گروه آزمایش مربوط به رفتاردرمانی دیالکتیک است. توان آماری نیز برابر 841/0 نیز نشان‌دهنده کفایت حجم نمونه و پایین بودن خطای نوع دوم است.

**بحث و نتیجه گیری**

پژوهش حاضر با هدف بررسی اثربخشی رفتاردرمانی دیالکتیک (DBT) بر مهارت‌های تنظیم هیجان در زنان مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر انجام شد. نتایج تحلیل کوواریانس چند متغیره نشان داد که رفتاردرمانی دیالکتیک منجر به کاهش مهارت­های تنظیم هیجان منفی در زنان GAD شده است و میزان تاثیر آن نیز حدود 5/27 درصد بوده است. یافته فوق با نتایج به‌دست‌آمده از تحقیقات آندرادا و همکاران[[32]](#footnote-32)(2014)، سرداری پور و همکاران (1397) و شاملو و همکاران (1393) مبنی بر تاثیر رفتاردرمانی دیالکتیک بر مهارت­های تنظیم هیجان، همسو است. علاوه براین، نتایج فوق با یافته­های مهلوم و همکاران[[33]](#footnote-33)(2016) مبنی بر تاثیر رفتاردرمانی دیالکتیک بر رفتار تکانشگری، خودجرحی و خودکشی در نوجوانان؛ و نیز با یافته های بهرامی و زاهدی(1397) مبنی بر تاثیر رفتاردرمانی دیالکتیکی بر افزایش تاب آوری و تحمل پریشانی و بهبود تنظیم هیجانی در مادران کودکان استثنایی همسو است. همچنین همسو با یافته های بدست آمده در پژوهش حاضر، نوری زاده و حاجی علیزاده(1396) در پژوهش خود نشان دادند که رفتاردرمانی دیالکتیکی بر کاهش اضطراب بیماران دیابتی موثر است. علاوه براین، محسنی و یزدخواستی(1396) نیز در پژوهش خود به این نتیجه دست یافتند که رفتاردرمانی دیالکتیکی منجر به کاهش سوگیری توجه و نشخوار فکری در بیماران مبتلا به اختلال وسواس فکری می گردد.

در تبیین یافته بدست آمده می توان گفت، تمرینات ذهن آگاهی که به دو صورت رسمی و غیررسمی در جلسات و تکالیف خانگی گنجانده‌شده بود، در بدست آمدن این نتایج اثرگذار بوده است. چراکه تمرینات غیررسمی ازجمله کاربرد روزمره ذهن آگاهی در (مسواک زدن، نمازخواندن، آشپزی؛ توجه به اصوات و اشیاء...) همانند تمرینات رسمی تنفس آگاهانه و توجه کردن به افکار و هیجانات، مانع از ایجاد چرخه نشخوار ذهنی و تشدید هیجانات منفی می‌شود. به این صورت که انجام این تمرینات، توالی چرخشی هیجان- فکر و رفتار را در ابتدای امر، قطع کرده و اجازه نمی‌داد تا رفتارهای ناکارآمد بعدی، هیجانات منفی شدیدتری ایجاد کند.

همچنین در ذهن آگاهی، پذیرش و عدم قضاوت هیجانات منفی باعث می‌شود فرد بجای جنگیدن با این هیجانات آن‌ها را صرفاً به‌صورت هیجانات منفی گذرا ببیند و به معنای واقعی به آنچه در آن لحظه می‌گذرد توجه داشته باشد و این باعث می‌شود رابطه بین هیجان‌های منفی و رفتار ناکارآمد قطع شود. ذهن آگاهی، به شناسایی و نام‌گذاری هیجانات منفی و همچنین به کاهش در هم تنیدگی و کاهش این هیجانات، کمک قابل‌توجهی می‌کند و باعث می‌شود که فرد تصمیم‌های عاقلانه گرفته و بهترین واکنش را در برابر شرایط دشوار زندگی از خود نشان دهد.

در خصوص مهارت دیگر زیرمجموعه رفتاردرمانی دیالکتیک یعنی ارتباط مؤثر، آموزش مهارت «نه گفتن» و نحوه مذاکره باعث شد تا افراد بهتر ارتباط برقرار کنند. پس از دریافت آموزش ازآنجاکه فرد در مواجهه با موقعیت دشوار در روابط بین فردی آموزش‌دیده، در موقعیت‌های گوناگون، هیجانات منفی کمتری نظیر اضطراب، خشم و... را تجربه می‌کند. همچنین می‌تواند خواسته‌ها، نیازها، نظرات و احساسات خود را ابراز کند و حتی در مورد هیجاناتی که تجربه می‌کند با طرف مقابل گفتگو کند. پس از مذاکره و بیان جراتمندانه، مخالفت یا رد درخواست (مهارت نه گفتن)، احتمال وجود خود سرزنشگری و افکار تکرارشونده مرتبط با هیجانات منفی، حاکی از عدم ابراز عقیده، نادیده گرفتن خواسته‌های شخصی و احتمالاً عدم درک متقابل، کمتر می‌شود و فرد رضایت نسبی از شیوه ارتباطی جدید دارد.

همچنین مهارت تحمل پریشانی که معطوف به پذیرش بنیادین می‌باشد. مهارت‌هایی نظیر توجه برگردانی و استفاده از حواس پنج‌گانه در این گروه قرار می‌گیرد. فرد در موقعیت‌های آشفته سازی که هیجانات منفی را تجربه می‌کند از طریق توجه برگردانی به موضوع دیگری توجه می‌کند یعنی با عدم توجه به هیجان موقعیتی، افکار منفی به وجود نمی‌آورد تا بر مبنای آن‌ها رفتار ناکارآمدی را شکل دهد. پیامد این رفتارهای ناکارآمد نیز می‌تواند هیجانات منفی بیشتری را ایجاد کند که از این طریق فرد این هیجانات را تجربه نمی‌کند یا کمتر تجربه می‌کند.

در مهارت دیگر این روش درمانی، یعنی تنظیم هیجان که همچنان از اسم آن برمی‌آید بر هیجانات فرد متمرکز است. به افراد گروه آموزش داده شد تا در موقعیت‌هایی که خشم، اضطراب و سایر هیجانات منفی را تجربه می‌کنند چه‌کاری باید انجام دهند. این تمرینات مستقیماً بر هیجانات منفی تمرکز داشت؛ چنانکه در تمرین افکار مقابله‌ای و تعادل برقرار کردن بین افکار و احساسات، آموزش‌هایی مبنی بر همه‌جانبه نگری به‌جای نادیده انگاری و در نظر گرفتن شواهد مخالف افکار و احساسات آشفته ساز و در نظر گرفتن زوایای مثبت، داده شد تا از این منظر فرد کمتر تحت تأثیر پریشانی و هیجانات آشفته ساز قرار گیرد. همچنین در افکار مقابله‌ای فهرستی در اختیار افراد گروه آزمایش قرار گرفت تا در مواقع تجربه هیجانات منفی به‌مثابه خودگویی‌های جایگزین، مورداستفاده قرار گیرند.

براساس یافته دیگر پژوهش حاضر، رفتاردرمانی دیالکتیک بر مهارت های تنظیم هیجان زنان GAD موثر نبوده است. در پیشینه پژوهش‌های بررسی‌شده نتایج به‌دست‌آمده از پژوهش حاضر با پژوهش سرداری پور و همکاران (1397) مبنی بر تاثیر رفتاردرمانی دیالکتیک بر راهبردهای تنظیم شناختی هیجان در افراد مبتلا به دیابت، ناهمسو بوده است. در تبیین این یافته می‌توان گفت که افراد مبتلابه اختلالات اضطرابي به‌طورکلی و افراد مبتلابه اختلال اضطراب فراگير به‌طور خاص از راهبردهای ناسازگارانه(فاجعه سازی، نشخوار فکری، دیگر سرزنشگری، خود سرزنشگری) نسبت به راهبردهای سازگارانه (تمرکز مجدد مثبت، ارزیابی مجدد مثبت، کم‌اهمیت شماری، تمرکز مجدد بر برنامه‌ریزی) استفاده می‌کنند. چون دغدغه اصلی شرکت‌کنندگان حاضر در گروه آزمایش، رهایی از هیجانات منفی آزاردهنده بود تا تمرکز بر ایجاد هیجانات مثبت، لذا در بخش اعظم تمرینات مداخله‌ی پژوهش حاضر راهبردهای ناسازگارانه تنظیم هیجان به‌عنوان مفروضه زیر بنایی لحاظ شده بود و آزمودنی‌های گروه آزمایش از تمرین‌هایی که منجر به رهایی از نشخوار فکری و افکار منفی و سرزنش بود ابراز رضایت می‌کردند. بنابراین به نظر می‌رسد که تمرینات مربوطه را با جدیت بیشتری دنبال کرده بودند. درمجموع مشکلات اضطرابی و پیامدهای آن در اولویت برنامه مداخله درمانگر و اعضای گروه مداخله قرار داشت، لذا نبود برنامه هدف‌دار برای ایجاد هیجانات مثبت و تمرکز بر راهبردهای ناسازگارانه می‌تواند از دلیل اثربخش نبودن رفتاردرمانی دیالکتیک بر هیجانات مثبت زنان مبتلابه اختلال اضطراب فراگیر باشد.

درمجموع نتایج پژوهش حاضر نشان می‌دهد که رفتاردرمانی دیالکتیک بر تنظیم هیجانات منفی در زنان مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر تأثیر معناداری داشته است. ازآنجاکه بیماران مبتلابه اختلال اضطراب فراگیر در این مداخله تغییرات مثبتی در تنظیم هیجانات منفی در مرحله پس‌آزمون داشته‌اند، لذا توصیه می‌شود از این روش به‌عنوان متغیر مستقل درمانی در کنار درمان‌های موجود برای افزایش مهارت افراد GAD در زمینه تنظیم هیجانات منفی و متعاقب آن کاهش علائم اضطراب فراگیر که عمدتا ناشی از ناتوانی افراد مبتلا در تنظیم هیجانات منفی می باشد، سود برده شود و ضرورت انجام پژوهش‌های بیشتر بر مقوله‌ی اضطراب فراگیر با توجه به اندک بودن تحقیقات در این زمینه احساس می‌شود.

با همه دقت‌هایی که ضرورت هر کار علمی است، محدودیت‌های روش‌شناختی و تعمیم دهی نتایج نمی‌تواند دور از نظر قرار بگیرد. لذا هر پژوهشی با محدودیت‌هایی همراه است و این پژوهش نیز از این قاعده مستثنی نیست. ازجمله ‏محدودیت‌های این پژوهش می توان به این موارد اشاره نمود: **اعضای شرکت‌کننده در این پژوهش، تنها زنان مبتلابه اختلال اضطراب فراگیر بودند، بنابراین نمی‌توان نتایج را به مردان مبتلابه این اختلال تعمیم داد.این پژوهش در شهر اصفهان انجام‌شده، لازم است در تعمیم دهی به سایر جوامع آماری احتیاط شود. عدم اجرای دوره‌ی پیگیری** جهت ارزیابی تداوم اثربخشی رفتاردرمانی دیالکتیک به دلیل محدودیت زمانی و نیز دشوار بودن دستیابی مجدد به شرکت کنندگان در پژوهش پس از مدتی، **از دیگر محدودیت‌های این پژوهش می‌باشد. علاوه­براین، با توجه به اینکه دامنه سنی موردنظر در این مطالعه، افراد 45 - 25 سال با حداقل تحصیلات دیپلم بوده است، در تعمیم نتایج به جمعیت خارج از این دامنه سنی و دارای مدرک تحصیلی پایین‌تر، محدودیت وجود دارد.** در این راستا جهت از میان برداشتن محدودیت های موجود، پیشنهاد می شود پژوهش حاضر با نمونه بزرگتر و نیز در جامعه مردان تکرار شود. همچنین برای بررسی نقاط قوت و ضعف و نیز ارزیابی تداوم تأثیر مداخلات در طولانی‌مدت، اجرای آزمون‌های پیگیری به فواصل منطقی پیشنهاد می شود. علاوه براین، انجام پژوهش‌هایی درزمینه اثربخشی این مداخله، بر سایر اختلالات اضطرابی و نیز انجام پژوهش‌هایی به‌منظور مقایسه اثربخشی رفتاردرمانی دیالکتیک با سایر درمان‌های روان‌شناختی پیشنهاد می شود.

**سپاسگزاری**

در پایان از مسئولین فرهنگسرای شهر اصفهان و نیز همه شرکت­کنندگان در پژوهش کمال قدردانی به عمل می‌آید.‏

**منابع**

آسمند، پ؛ مامی، ش؛ و ولیزاده، ر. (1393). بررسی اثربخشی رفتاردرمانی دیالکتیک در درمان باورهای غیرمنطقی و اضطراب جوانان دارای اختلال شخصیت ضداجتماعی زندان مردان ایلام. مجله علوم پزشکی دانشگاه آزاد اسلامی، 24(3):167-159.

آقاسی، آفرین؛ و آتش پور، سید حمید (1395). درس‌نامه رفتاردرمانی دیالکتیکی. اصفهان: ره‌آورد آفتاب.

اسدی مجره، سامره؛ سپهریان آذر، فیروزه؛ عیسی زادگان، علی و پور شریفی، حمید (1396). ارزیابی مدل تنظیم هیجانی اختلال اضطراب فراگیر در تبیین ادراک درد. در فصلنامه علمی- پژوهشی روانشناسی بالینی و شخصیت، 15(1): 38-27.

انجمن روان‌پزشکی آمریکا (2013). راهنمای تخصیصی و آماری اختلال‌های روانی، ویرایش پنجم. ترجمه فرزین رضاعی، علی فخرایی، آتوسا فرمند، علی نیلوفری، ژانت هاشمی آذر، فرهاد شاملو (1394). تهران: انتشارات ارجمند.

بهرامی، ف؛ و زاهدی، ی.(1397). اثربخشی رفتاردرمانی دیالکتیکی گروهی بر افزایش امید به زندگی و تاب­آوری مادران کودکان استثنایی. فصلنامه فرهنگ مشاوره و روان درمانی، 9(35): 189-171.

تقی زاده، م، ا؛ قربانی، ط؛ و صفاری نیا، م. (1394). اثربخشی تکنیک های تنظیم هیجانی رفتاردرمانی دیالکتیک بر راهبردهای تنظیم هیجان زنان با اختلالات شخصیت مرزی و اختلال سوء مصرف مواد: طرح خط پایه چندگانه، 9(3): 73-66.

رضا پور میر صالح، یاسر؛ اسماعیل بیگی، منیره؛ نجیبی، سید حمید و اسلامی فرد، معصومه (1397). تأثیر مداخله رفتاردرمانی دیالکتیک بر نگرش به زندگی زنان افسرده. مجله طلوع بهداشت (دوماهنامه علمی پژوهشی دانشکده بهداشت یزد)، 17(1): 49-36.

سپهریان آذر، فیروزه و اسدی مجره، سامره (1394). آزمون مدل ارتباطی محیط هیجانی خانواده با استرس ادراک‌شده: نقش میانجی دشواری‌های تنظیم هیجان. مجله روانشناسی بالینی و شخصیت، 25(12): 100-89.

سرداری پور، مهران؛ پاشایی، زیبا؛ ترناس، غزاله و طافی، فاطمه (1397). اثربخشی رفتاردرمانی دیالکتیک بر تنظیم شناختی هیجان در افراد مبتلابه دیابت. تهران: ششمین همایش علمی پژوهشی علوم تربیتی و روانشناسی، آسیب‌های اجتماعی و فرهنگی ایران.

شاملو، نادیا؛ مدرس غروی، مرتضی و اصغری پور، نگار (1393). اثربخشی رفتاردرمانی دیالکتیک مبتنی بر آموزش تنظیم هیجان بر علائم افسردگی. اصول بهداشت روانی سال شانزدهم مهر و آبان 1393 شماره 3 (پیاپی 63).

سادوک، ب. ج؛ سادوک، و. آ؛ و روئیز، پ. (2015). *خلاصه روانپزشکی کاپلان و سادوک علوم رفتاری/ روان­پزشکی بالینی.* ترجمه رضاعی، ف. (1395). تهران: انتشارات ارجمند.

شريفي، معصومه (1387). بررسي روايي و اعتبار مقياس هفت سؤالي اضطراب فراگير ‏GAD-7‎‏. پایان نامه کارشناسی ارشد روانشناسی بالینی، دانشگاه شاهد.

علوی، خ؛ مدرس غروی، م؛ امین یزدی، س. ا؛ و صالحی فدردی، ج. (1390). اثربخشی رفتاردرمانی دیالکتیکی(با تکیه بر مولفه های هوشیاری فراگیر بنیادین، تحمل پریشانی و تنظیم هیجانی) بر نشانه­های افسردگی در دانشجویان. مجله اصول بهداشت روانی، 3(1):135-124.

محسنی، ا؛ و یزدخواستی، ف. (1396). اثربخشی رفتاردرمانی دیالکتیک بر کاهش سوگیری توجه و نشخوار فکری در بیماران مبتلا به اختلال وسواس فکری. مجله سلامت جامعه، 11(2): 57-48.‏

ملا نوروزی، حسن؛ عیسی زادگان، علی؛ و سلیمانی، اسماعیل (1397). اثربخشی درمان آدلری بر علائم بالینی و رضایت از زندگی افراد مبتلابه اختلال اضطراب فراگیر. مجله روانشناسی بالینی، 10(1): 8-1.

شریفی، ونداد؛ امین اسماعیلی، معصومه؛ حاجبی، احمد؛ متولیان، آ؛ راد گودرزی، ر؛ حفاظی، م؛ رحیمی-). (1394). شیوع 12 ماهه و همبستگی اختلالات روان‌پزشکی در ایران: سلامت ذهنی در ایران. مجله روان‌پزشکی ایران، 18(2): 84-76.

نائينيان، محمدرضا؛ شعيري، محمدرضا؛ شريفي، معصومه؛ و هاديان، مهری (1390). بررسي پايايي و اعتبار مقياس كوتاه اختلال ‏اضطراب فراگير. مجله روانشناسي باليني و شخصيت، 2(4): 50-41.

نوری زاده، ب؛ و حاجی علیزاده، ک. (1396). بررسی اثربخشی رفتار درمانی دیالکتیک بر کاهش اضطراب و بهبود عملکرد اجتماعی بیماران مبتلا به دیابت. مجله دیابت و متابولیسم ایران، 17(3): 138-130.

یوسفی، فریده (1386). بررسی رابطه راهبردهای تنظیم شناختی هیجان با افسردگی و اضطراب در دانش آموزان مراکز راهنمایی استعدادهای درخشان. فصلنامه کودکان استثنایی، 6(4): 892-871.

Aldao, A., & Nolen-Hoeksema, S. (2010). Specificity of cognitive emotion ‎regulation strategies: A transdiagnostic examination. Behav Res Ther, 48(10): ‎‎974-83.‎

Amstadter, A. (2008). Emotion regulation and anxiety disorders. Anxiety Disorders J, 22: 211– 221.

Andrada, D. N., Jeremy, W. E., Kramer, R., Wiesmann, T., & Linehan, M. M. (2014). Dialectical behavior therapy skills for transdiagnostic emotion dysregulation: A pilot randomized controlled trial. Behaviour Research and Therapy 59, 40-51.

Barlow, D. H. (2011). Anxiety and its disorders: The nature and treatment of ‎anxiety and panic". 2nd e d. New York: Guilford Press.‎

Behar, E., DiMarco, I. D., Hekler, E. B., Mohlman, G., & Staples, A. M. (2009). Current theoretical models of generalized anxiety disorder (GAD): Conceptual review and treatment implications. Journal of Anxiety Disorders, 23: 1011–1023.

Bender, P. K., Reinholdt- Dunne, M. L., Esbjrn, B. H., & Pons, F. (2012). Emotion dysregulation and anxiety in children and adolescents: Gender differences. Personality and Individual Differences, 53: 284–288.

Gross, J. (2007). Handbook of emotion regulation. New York: Guilford Press

Heiden, C., Muris, P., & Molen, H. T. (2016). Randomized controlled trial on the effectiveness of metacognitive therapy and intolerance-of-uncertainty therapy for generalized anxiety disorder. Behav Res Ther, 50(2): 100-109.

Garnefski, N., & Kraaij, V. (2006). Relationships between cognitive emotion regulation strategies and depressive symptoms: A comparative study of five specific samples. Personality and Individual differences, 10(2): 4 53- 4 3.

Heiden, C., Muris, P., & Molen, H. T. (2016). Randomized controlled trial on the effectiveness of metacognitive therapy and intolerance-of-uncertainty therapy for generalized anxiety disorder. Behav Res Ther, 50(2): 100-109.

Leahy, R. L., Holland, S. J., & McGinn, L. K. (2011). Treatment plans and interventions for depression and ‎anxiety disorders. New York: Guilford press. ‎

Mehlum, L., Ramberg, M., Tormoen, A. J., Haga, E., Diep, L. M., Stanley, B. H., & et al. (2016). Dialectical Behavior Therapy Compared With Enhanced Usual Care for Adolescents With Repeated Suicidal and Self-Harming Behavior: Outcomes Over a One-Year Follow-Up. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry, 55(4): 295-300.

Mennin, D. S., Heimberg, R. G., Turk, C. L., & Fresco, D. M. (2010). Preliminary evidence for an emotion dysregulation model of generalized anxiety disorder. Behav Res Ther, 43(10): 1281-310.

Navarro-Haro, M. V., Modrego-Alarcon, M., Hoffman, H. G., Lopez-Montoyo, A., Navvaro-Gil, M., Montero-marin, J., Garcia-Palacios, A., Borao, L., & Garcia-Campayo, J. (2019). Evaluation of Mindfulness-Based Intervention with and without Virtual reality dialectical behavioral therapy mindfulness skills training for the treatment of generalized anxiety disorder in primary care: Apilot study. Frontiers in psychology, 10(55): 1-14.

Neacsiu, A. D., Rizvi, S. L., & Linehan, M. M. (2010). Dialectical behavior therapy skills use as a mediator and outcome of treatment for borderline personality disorder. J Behav Res Ther, 48(9):832-9.

Newman, M. G., Lera, S. L., Erickson, T. M., Przeworski, A., & Castonguay, L. G. (2013). Worry and generalized anxiety ‎disorder: a review and theoretical synthesis of evidence on nature, etiology, mechanisms, and ‎treatment. Annu Rev Clin Psychol, 9: 275–297.‎

Ost, L. G. (2008). Efficacy of the third wave of behavioral therapies: A systematic review and metaanalysis. Behaviour research and therapy, 46(3): 296-321.

Skodol, A. E., Clark, L. A., Bender, D. S., Krueger, R. F., & Morey, L. (2011). Proposed changes in personality and personality disorder assessment and diagnosis for DSM-5 Part I: Description and rationale. Personality disorders: theory, research, and treatment, 2(1):4-13.

Swales, M. A., & Heard, H. L. (2008). Dialectical behaviour therapy: Distinctive features. New York: Routledge.

Wells, A., Fisher, P., Myers, S., Wheatley, J., Patel, T., & Brewin, C. R. (2012). Metacognitive therapy in treatment-‎resistant depression: A platform trial .Behav Res Ther, 50(6): 367-73.‎

Zhang, X., Norton, J., Carriere, I., Ritchie, K., Chaudieu, I., & Ancelin, M. L. (2015). Risk factors for late-onset ‎generalized anxiety disorder: Results from a 12-year prospective cohort (the ESPRIT study). ‎Transl Psychiatry, 5(3): 536-541.

1. . نویسنده مسئول: عضو هیئت علمی دانشگاه پیام نور، اصفهان، ایران [↑](#footnote-ref-1)
2. . کارشناس ارشد روانشناسی بالینی دانشگاه آزاد خمینی شهر، اصفهان، ایران [↑](#footnote-ref-2)
3. . Corresponding Author: Assistant Professor of Psychology, Khomeini Shahr Azad University, Isfahan, Iran. [↑](#footnote-ref-3)
4. . Master of Clinical Psychology, Khomeini Shahr Azad University, Isfahan, Iran. [↑](#footnote-ref-4)
5. . Wells‎ & et al [↑](#footnote-ref-5)
6. . Sadock, Sadock & Ruize [↑](#footnote-ref-6)
7. worry [↑](#footnote-ref-7)
8. . Leahy, Holland & McGinn‎ [↑](#footnote-ref-8)
9. . Newman & et al [↑](#footnote-ref-9)
10. . Heiden, Muris & Molen‎ [↑](#footnote-ref-10)
11. . Barlow‎ [↑](#footnote-ref-11)
12. . American Psychiatric Assossiation [↑](#footnote-ref-12)
13. . Zhang‎ & et al [↑](#footnote-ref-13)
14. Coltner& Grass [↑](#footnote-ref-14)
15. . Gross [↑](#footnote-ref-15)
16. . Aldao & Nolen-Hoeksema‎ [↑](#footnote-ref-16)
17. . Amstadter‎ [↑](#footnote-ref-17)
18. . Bender & et al [↑](#footnote-ref-18)
19. . Mennin‎ & et al [↑](#footnote-ref-19)
20. . Behar‎ & et al [↑](#footnote-ref-20)
21. . Swales & Heard‎ [↑](#footnote-ref-21)
22. Inclusive fundamental alertness [↑](#footnote-ref-22)
23. Interpersonal efficacy [↑](#footnote-ref-23)
24. . Skodol‎ & et al [↑](#footnote-ref-24)
25. . Linehan [↑](#footnote-ref-25)
26. . Neacsiu‎ & et al [↑](#footnote-ref-26)
27. . Ost‎ [↑](#footnote-ref-27)
28. . ‎Navarro-Haro & et al [↑](#footnote-ref-28)
29. . Spitz & et al [↑](#footnote-ref-29)
30. . Garnefski & Kraaij‎ [↑](#footnote-ref-30)
31. . Multivariate analysis of covariance [↑](#footnote-ref-31)
32. . Andrada & et al [↑](#footnote-ref-32)
33. . Mehlum & et al [↑](#footnote-ref-33)