

Effectiveness of Dialectical Behavior Therapy on The Difficulty of Emotional Regulation and Aggression in Female Adolescents with Depressive Symptoms

ARTICLE INFO

Article Type

Research Article

Authors

Manizhe Ghaffari Cherati¹

Mohammad Mohammadipour²

Alireza Azizi³

How to cite this article

Manizhe Ghaffari Cherati, Mohammad Mohammadipour, Alireza Azizi, Effectiveness of Dialectical Behavior Therapy on The Difficulty of Emotional Regulation and Aggression in Female Adolescents with Depressive Symptoms, *Journal of Islamic Life Style Centered on Health*. 2023;6(4):392-402.

1. PhD student, Department of Psychology, Bojnourd Branch, Islamic Azad University, Bojnourd, Iran.

2. Associate Professor, Department of Psychology, Qochan Branch, Islamic Azad University, Qochan, Iran (Corresponding Author).

3. Assistant Professor, Babol University of Medical Sciences, Faculty of Medicine, Babol, Iran.

* Correspondence:

Address:

Phone:

Email: mmohammadipour@iauq.ac.ir

Article History

Received: 2022/11/08

Accepted: 2023/02/21

ABSTRACT

Purpose: The present study was conducted to investigate the effectiveness of dialectical behavior therapy on the difficulty of emotional regulation and aggression in female adolescents with depressive symptoms .

Materials and Methods: The research method of the present study was quasi-experimental with pretest, posttest and control group design and follow-up period in two months. The statistical population of the present study included female adolescents with depressive symptoms who referred to education counseling centers in Babol city in the academic year of 2021-2022. 30 female adolescent with depressive symptoms were selected through purposive sampling method and randomly accommodated into experimental and control groups (15 adolescent in the experimental group and 15 adolescent in the control group). The experimental group received dialectical behavior therapy (10 sessions) during 10 weeks (90 minutes). The applied questionnaires in this study included Adolescent Depression Questionnaire (Kutcher, 2002), Difficulty in Emotion Regulation Questionnaire (Gratz & Roemer, 2004) and Aggression Questionnaire (Buss & Perry, 1992). The data were analyzed through mixed ANOVA and Bonferroni follow-up test via SPSS23 software .

Findings: The results showed that dialectical behavior therapy is effective on the difficulty of emotional regulation ($F=42.50$; $\eta^2=0.60$; $p<0001$) and aggression ($F=31.83$; $\eta^2=0.53$; $p<0001$) of female adolescents with depressive symptom .

Conclusion: According to the findings of the present study, dialectical behavior therapy can be used as an efficient method to decrease difficulty of emotional regulation and aggression of female adolescents with depressive disorder through employing techniques such as bearing distress ,emotional self-regulation ,mindfulness and effective communication.

Keywords: Dialectical Behavior Therapy, Difficulty of Emotional Regulation, Aggression, Depressive Symptom

اثر بخشی رفتاردرمانی دیالکتیک بر دشواری تنظیم

هیجانی و پرخاشگری نوجوانان دختر دارای علائم

افسردگی

به عنوانی رویکردی موثر در جهت کاهش دشواری تنظیم هیجانی و پرخاشگری نوجوانان دختر با علائم افسردگی مورد استفاده قرار داد.

کلید واژه ها: رفتاردرمانی دیالکتیک، دشواری تنظیم هیجانی، پرخاشگری، افسردگی

تاریخ دریافت: ۱۴۰۱/۰۸/۱۷

تاریخ پذیرش: ۱۴۰۱/۱۲/۰۲

* نویسنده مسئول: mmohammadipour@iauu.ac.ir

منیژه غفاری چراتی^۱

دانشجوی دکتری، گروه روانشناسی، واحد بجنورد، دانشگاه آزاد اسلامی، بجنورد، ایران.

محمد محمدی پور^{۲*}

دانشیار، گروه روانشناسی، واحد قوچان، دانشگاه آزاد اسلامی، قوچان، ایران (نویسنده مسئول).

علیرضا عزیزی^۳

استادیار، دانشگاه علوم پزشکی بابل، دانشکده پزشکی، بابل، ایران.

مقدمه

نوجوانی دوره مهمی از رشد انسان است که با تغییرات زیستی-عصبی، هورمونی، فیزیولوژیکی و تغییرات اجتماعی همراه است (۱). هرچند اندیشه غالب بر آن است که بیشتر افراد مرحله نوجوانی و وضعیت روان شناختی و هیجانی ناپایدار مربوط به آن را به سلامت می گذرانند، اما مطالعاتی که در دهه اخیر انجام شده نشان می دهد روز به روز بر تعداد نوجوانانی که نشانه های آسیب شناسی رفتاری یا هیجانی را در خویش حمل می کنند، افزوده می شود (۲، ۳). چنانکه در این دوره نوجوانان با عوامل استرس زای متعددی مواجه می شوند. یکی از مشکلات جدی سلامت روان در نوجوانان، افسردگی است (۴). شیوع افسردگی در نوجوانان سالهاست که افزایش یافته است و یکی از رایج ترین تشخیصها در روان پزشکی نوجوانان است. شیوع افسردگی در طول زندگی در بین نوجوانان ۱۲ تا ۱۵ ساله ۲۳ درصد است (۵). افسردگی باعث ایجاد احساس غم و اندوه مداوم و از دست دادن علاقه به فعالیت می شود. بر نحوه تفکر، احساس و رفتار نوجوان تأثیر می گذارد و می تواند مشکلات احساسی، عملکردی و جسمی ایجاد کند (۶). علائم و نشانه های افسردگی شامل تغییر در نگرش و رفتار نوجوان است که می تواند باعث ناراحتی و مشکلات قابل توجهی در مدرسه یا خانه، در فعالیت های اجتماعی یا سایر زمینه های زندگی شود و می تواند منجر به دیگر آسیب های روان شناختی، شناختی و هیجانی شود (۷). علائم افسردگی در نوجوانان می تواند از نظر شدت متفاوت باشد. اما تغییرات در احساسات و رفتار نوجوان می تواند به شکل هایی مانند: احساس غم و اندوه، سرخوردگی یا احساس خشم، حتی در مورد مسائل کوچک احساس ناامیدی یا خالی بودن، خلق و خوی تحریک پذیر یا آزاردهنده، از دست دادن علاقه یا لذت در فعالیت های معمول، درگیری با خانواده و دوستان، عزت نفس پایین، احساس بی ارزشی یا گناه، تثبیت شکست های گذشته، سرزنش مبالغه آمیز خود یا انتقاد از خود، افکار مکرر مرگ یا خودکشی باشد (۸).

افسردگی در دوره نوجوانی تنها با تغییرات شناختی و یا روانی همراه نیست، بلکه تغییرات رفتاری در نوجوان افسرده دیده می شود. این تغییرات شامل خستگی، از دست دادن انرژی، بی خوابی یا خواب زیاد، تغییر در اشتها و کاهش وزن و افزایش وزن، استفاده از الکل یا مواد مخدر، بی قراری، انزوای اجتماعی، عملکرد ضعیف مدرسه

چکیده

هدف: پژوهش حاضر با هدف بررسی اثر بخشی رفتاردرمانی دیالکتیک بر دشواری تنظیم هیجانی و پرخاشگری نوجوانان دختر دارای علائم افسردگی انجام شد.

مواد و روش ها: روش پژوهش حاضر نیمه آزمایشی با طرح پیش آزمون- پس آزمون با گروه گواه و مرحله پیگیری دو ماهه بود. جامعه آماری پژوهش حاضر شامل نوجوانان دختر با علائم افسردگی مراجعه کننده به مراکز مشاوره آموزش و پرورش شهر بابل در سال تحصیلی ۱۴۰۱-۱۴۰۰ بود. در این پژوهش تعداد ۳۰ نوجوان دختر با علائم افسردگی با روش نمونه گیری هدفمند انتخاب و با گمارش تصادفی در گروه های آزمایش و گواه جایدهی شدند (۱۵ نوجوان در گروه آزمایش و ۱۵ نوجوان در گروه گواه). نوجوانان حاضر در گروه آزمایش رفتاردرمانی دیالکتیک (۱۰ جلسه) را طی ۱۰ هفته (۹۰ دقیقه ای) دریافت نمودند. پرسشنامه های مورد استفاده در این پژوهش شامل پرسشنامه افسردگی نوجوانان (کوچتر، ۲۰۰۲)، پرسشنامه دشواری در تنظیم هیجان (گرتز و رومر، ۲۰۰۴) و پرسشنامه پرخاشگری (باس و پری، ۱۹۹۲) بود. داده ها به شیوه تحلیل واریانس آمیخته و آزمون تعقیبی بونفرونی توسط نرم افزار آماری SPSS23 مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

یافته ها: نتایج نشان داد که رفتاردرمانی دیالکتیک بر دشواری تنظیم هیجانی ($P < .001$; $\eta^2 = .60$; $F_{42/50}$) و پرخاشگری ($P < .001$; $\eta^2 = .53$; $F_{31/83}$) نوجوانان دختر دارای علائم افسردگی تأثیر دارد.

نتیجه گیری: بر اساس یافته های حاصل از پژوهش حاضر، رفتاردرمانی دیالکتیک با بهره گیری از تکنیک های تحمل پریشانی و پذیرش، خودتنظیمی هیجانی، ذهن آگاهی و ارتباط موثر می تواند

2. Depression

1. Adolescence

مشکل در کنترل رفتارها در زمینه پریشانی هیجانی، و نقص در استفاده عملکردی از هیجانها به عنوان اطلاعات است (۲۱). تعدادی از مطالعات نشان داده‌اند که دشواری در تنظیم هیجانها با طیف گسترده‌ای از اختلالات، از جمله سوء مصرف مواد، اختلال اضطراب فراگیر، و اختلال استرس پس از سانحه مرتبط است (۲۲). افرادی که بر استراتژی‌های تنظیم هیجان تسلط دارند، ممکن است بیشتر از دیگران از رفتارهای پرخطر به عنوان راهی برای تسکین احساسات منفی استفاده کنند (۲۳).

با توجه به این که افسردگی مشکلات جدی در دوران نوجوانی به وجود می‌آورد، مداخله زودهنگام می‌تواند از علائم بیماری و بلندمدت و عملکرد ضعیف نوجوانان پیشگیری کند. یکی از روش‌های درمانی کارآمد رفتاردرمانی دیالکتیکی ۴ است. پیشینه پژوهشی مربوط به نتایج پژوهش صفری و آفتاب (۱۴۰۰)، دماوندیان، گلشنی، صفاری‌نیا و باغداساریانس (۱۴۰۰)، آستانه، میرزائیان و حسن‌زاده (۱۳۹۹)، طاهری داغیان، قاسمی مطلق و مهدیان (۱۳۹۹)، سالمی‌خامنه، قربانی و متحدی (۱۳۹۷)، پیمان‌نیا، حمید، مهرابی‌زاده هنرمند و محمودعلیلو (۱۳۹۷)، هاروی، هانت و وایت ۵ (۲۰۱۹)، بیانچینی ۶ و همکاران (۲۰۱۹)، فاسیندر ۷ و همکاران (۲۰۱۶) نیز بیانگر آن بود که این درمان دارای کارایی لازم در جهت کاهش پرخاشگری و رفتارهای خودجرحی و همچنین بهبود تنظیم هیجانی و سلامت روانی نوجوانان است (۲۴-۳۲). همچنین نتایج پژوهش هارند، اشمیت، کروسلند و گالوپ ۸ (۲۰۲۱)؛ گوتلیب، کلینگر و سامپایو ۹ (۲۰۲۲)؛ سسینسکی ۱۰ و همکاران (۲۰۲۲) و دلاکوویس ۱۱ و همکاران (۲۰۲۲) مویب اثربخشی رفتاردرمانی دیالکتیک بر بهبود مولفه‌های سلامت روانی، هیجانی و اجتماعی افراد مختلف است (۳۳-۳۴). رفتاردرمانی دیالکتیکی به‌عنوان یک روش درمانی شناختی-رفتاری زمانی موفق است که بیماران یاد بگیرند در مورد اهداف درمانی که مستقل از تاریخچه رفتارهای خارج از کنترل آنهاست، خیال‌پردازی کرده و راجع به آنها صحبت کنند، این اهداف را دنبال و تقویت نمایند و بتوانند بهتر با مشکلات روزمره زندگی مبارزه کنند (۳۷). رفتاردرمانی دیالکتیکی رویکردی شناختی-رفتاری مبتنی بر اصل تغییر است و با آموزه‌ها و فنون فلسفه شرقی که مبنی بر اصل پذیرش ۱۲ می‌باشد، درمی‌آمیزد و بر این اساس، چهار مؤلفه مداخله‌ای شامل ذهن‌آگاهی ۱۳، تحمل پریشانی ۱۴، تنظیم هیجانی ۱۵ و کارآمدی بین فردی را در شیوه درمان گروهی مطرح می‌کند. در این شیوه درمانی، ذهن‌آگاهی و تحمل پریشانی به‌عنوان مؤلفه‌های پذیرش و تنظیم هیجانی و کارآمدی بین فردی به‌عنوان مؤلفه‌های موثر تغییر به شمار می‌روند (۳۸). رفتاردرمانی دیالکتیک مکانیزم‌های مقابله‌ای را ارائه می‌دهد که به بیماران

یا غیبت مکرر از مدرسه و توجه کمتر به بهداشت شخصی می‌شود که این روند زمینه را برای بروز پرخاشگری ۱ در آنان مهیا می‌سازد (۹). البته پرخاشگری در نوجوانان عوامل متعددی دارد. نوجوانان مبتلا به اختلال سلوک قوانین و محدودیت‌ها را نادیده گرفته و در مدرسه یا محیط‌های اجتماعی اختلال ایجاد می‌کنند. این نوجوانان از رفتار خود پشیمان نمی‌شوند و مسئولیت اعمال خود را نیز برعهده نمی‌گیرند (۱۰). اگر نوجوان بدون این ویژگی‌ها مدام پرخاشگری کند، به احتمال زیاد نشانه افسردگی است (۱۱). شتامان و تاتیان ۲ (۲۰۱۶) در تعریف خود از پرخاشگری بیان نموده‌اند که پرخاشگری به کلیه اعمال منفی اطلاق می‌گردد که به صورت خشن در برابر دیگران صورت پذیرفته و باعث می‌شود تا فرد مورد هدف، به شکل منفی برانگیخته شود (۱۲). پرخاشگری معمولاً رفتاری است که به قصد صدمه رساندن به خود یا فرد دیگر و یا تخریب اشیا صورت می‌گیرد. بر این اساس پرخاشگری عبارت است از حالت منفی ذهنی همراه با نقص‌ها و انحرافات شناختی و رفتارهای ناسازگارانه، این مفهوم همچنین به رفتار آشکارا اعم از فیزیکی و کلامی اطلاق می‌شود که منجر به آسیب به شخص، شیء و یا سیستم دیگری می‌شود (۱۳). پرخاشگری می‌تواند به دو صورت کلامی و غیرکلامی دیده شود (۱۴). همچنین خصومت، نگرش دشمنانه نسبت به یک فرد یا گروه خاص است که می‌تواند رفتارهای پرخاشگرانه را برانگیزد. خشم، پاسخ هیجانی به تفکرات خشمگین‌کننده درونی است که به واسطه احساس و رفتار غیرمنصفانه ایجاد می‌شود (۱۵). علاوه بر بروز پرخاشگری در نوجوانان افسرده، می‌توان بدکارکردی و دشواری در تنظیم هیجان ۳ را نیز در آنان به وفور مشاهده کرد (۱۶). زیرا افسردگی ماهیتاً نوعی اختلال در تنظیم هیجان است. عاطفه منفی پایدار و کاهش مداوم عاطفه مثبت از ویژگی‌های بارز تشخیص یک دوره افسردگی اساسی است (۱۷). در واقع، نظریه پردازان پیشنهاد کرده‌اند که افراد آسیب‌پذیر و غیرآسیب‌پذیر افسردگی، اساساً در واکنش اولیه خود به یک رویداد منفی متفاوت نیستند. بلکه در توانایی آنها برای بازیابی از عوارض منفی ناشی از آن متفاوت است، بنابراین، تفاوت‌های فردی در استفاده عادی از استراتژی‌های تنظیم هیجان خاص ممکن است نقش مهمی در شروع و حفظ افسردگی داشته باشد (۱۸، ۱۹). هیجان‌ها نقش مهمی در پاسخدهی رفتاری، تصمیم‌گیری، تقویت حافظه برای رویدادهای مهم و تسهیل تعاملات بین فردی دارند. با اینکه هیجان‌ها مفید هستند، اما می‌توانند مخرب نیز باشند. پاسخ‌های هیجانی نامناسب می‌تواند به اشکال مختلف آسیب، مشکلات اجتماعی و حتی بیماری جسمی منجر شود (۲۰). بر این اساس، دشواری در نظم‌جویی هیجانی به عنوان روش‌های ناسازگار پاسخ دادن به احساسات تعریف می‌شود که شامل پاسخ‌های غیرقابل قبول،

1. aggression
2. Shechtman, Tutian
3. Difficulty of Emotional Regulation
4. Dialectical behavior therapy
5. Harvey, Hunt, White
- 6 Bianchini
- 7 Fassbinder
8. Harned, Schmidt, Korslund, Gallop

9. Gottlieb, Klinger, Sampaio
10. Ciesinski
11. Delaquis
12. Acceptance
13. Mindfulness
14. Distress tolerance
15. Emotion regulation

بین این نوجوانانی که با استفاده از مصاحبه، اجرای پرسشنامه و مصاحبه بالینی دارای علائم افسردگی تشخیص داده شدند (نمره بالاتر از ۱۷ در پرسشنامه افسردگی نوجوانان)، ۳۰ نفر از آنها با توجه به نمره کسب شده در پرسشنامه افسردگی نوجوانان انتخاب و به شیوه تصادفی در گروه آزمایش و گواه جایگزین شدند (۱۵ نوجوان دختر در گروه آزمایش و ۱۵ نوجوان دختر در گروه گواه). سپس گروه آزمایش رفتاردرمانی دیالکتیک را دریافت کردند. این در حالی بود که گروه گواه در طول پژوهش این مداخله را دریافت نکردند. ملاک‌های ورود به پژوهش شامل داشتن علائم افسردگی، داشتن سن ۱۸-۱۳ سال، نداشتن اختلالات بالینی دیگر از جمله اختلالات طیف سایکوز و سوء مصرف مواد (با توجه به مصاحبه تشخیصی DSM5 توسط روان‌شناس بالینی)، شرکت نداشتن همزمان در برنامه‌های درمانی دارویی و غیردارویی دیگر، در طی انجام پروتکل‌های پژوهش و داشتن رضایت آگاهانه بود. همچنین ملاک‌های خروج از پژوهش شامل داشتن بیش از دو جلسه غیبت، عدم همکاری و انجام ندادن تکالیف مشخص شده در کلاس، عدم تمایل به ادامه حضور در فرایند انجام پژوهش و عدم پاسخگویی به پرسشنامه‌های پژوهش در یکی از مراحل پیش آزمون، پس آزمون و یا پیگیری بود. یافته‌های کسب شده از داده‌های دموگرافیک بیان نمود که دانش‌آموزان حاضر در پژوهش دامنه سنی ۱۳ تا ۱۸ سال داشتند که میانگین و انحراف استاندارد سن دانش‌آموزان در گروه آزمایش $15/32 \pm 2/34$ و در گروه گواه $14/94 \pm 2/63$ سال بود.

ابزار سنجش

پرسشنامه افسردگی نوجوانان (ADQ: Adolescent Depression Questionnaire): پرسشنامه افسردگی نوجوانان توسط کونچرا و همکاران (۲۰۰۲) بر روی ۱۷۷۱۲ دانش‌آموز نوجوان ۱۲ تا ۱۷ سال ساخته شد. این پرسشنامه از نوع خودگزارش‌دهی و چهارگزینه‌ای است و شامل ۱۱ عبارت می‌باشد. نمره هر آزمودنی عبارت است از مجموع نمرات وی در تمام عبارات است. بر اساس گزینه اول (۰) امتیاز، گزینه دوم (۱) امتیاز، گزینه سوم (۲) امتیاز و گزینه چهارم (۳) نمره‌گذاری می‌شود. نمره‌گذاری آزمون در تمامی عبارات به صورت مستقیم است. حداقل نمره آزمودنی صفر و حداکثر آن ۳۳ است. نمرات بالاتر از ۱۷ نشان دهنده وجود علائم افسردگی در نوجوان است. لبلانس و همکاران (۲۰۰۲) رویی همزمان پرسشنامه حاضر را با آزمون افسردگی بک مورد محاسبه قرار داد. تحلیل‌های آماری مشخص کرد پرسشنامه افسردگی نوجوانان بالاترین قدرت تشخیصی را داراست (۴۱). همچنین پایایی این پرسشنامه در پژوهش بلانک و همکاران (۲۰۰۲) بر روی نوجوانان دارای افسردگی حاد نشان داد که این پرسشنامه با ضریب آلفای کرونباخ $0/85$ دارای پایایی مناسبی است. در ایران، در مطالعه‌ای بر روی ۴۰۰ دانش‌آموزان متوسط اول و دوم تهرانی، نشان داده شد که ساختار عاملی این پرسشنامه قابل تایید است (۴۲). همچنین این پژوهشگران میزان پایایی پرسشنامه را به استفاده از ضریب آلفای کرونباخ $0/83$

اجازه می‌دهد تا جنبه‌های منفی زندگی خود را بررسی کرده و در نهایت از آنها جدا شوند (۳۹). از دیدگاه رفتاردرمانی دیالکتیک، دشواری موجود در تنظیم هیجانات دردناک، محور مشکلات رفتاری افراد است و از نظر فردی، احساسات دردناک اغلب مشکلاتی هستند که باید حل شوند (۴۰).

در ضرورت انجام پژوهش حاضر می‌توان بیان نمود افسردگی و عواقب رفتاری آن در نوجوانان مانند ناتوانی در تنظیم هیجانی، پرخاشگری و خودجرمی در نوجوانان افسرده مساله‌ساز است که ضروری است با بکارگیری مداخله بهنگام از پیشروی علائم آسیب شناختی، هیجانی، روانی و رفتاری جلوگیری شود. علاوه بر این می‌توان بیان نمود آنچه مسلم است این است که نوجوانان به دلیل تغییرات تحولی و رشدی سریع بیش از سایر گروه‌های سنی مستعد تغییرات خلقی هستند که در صورت بی‌توجهی می‌تواند عواقب زیان‌باری را در پی داشته باشد. بنابراین با توجه به تاثیر افسردگی بر مولفه‌های روان‌شناختی، ارتباطی، اجتماعی، عاطفی و تحصیلی نوجوانان، این پژوهش به دنبال آن است تا افق تازه‌ای را در درمان مولفه‌های روان‌شناختی نوجوانان دختر دارای علائم افسردگی بگشاید، بدین صورت که با بکارگیری رفتاردرمانی دیالکتیک، مولفه‌های دشواری تنظیم هیجانی و پرخاشگری را در گروه نوجوانان دختر با علائم افسردگی تحت تاثیر قرار دهد که تاکنون در پژوهش‌های دیگر به آن پرداخته نشده است. اکنون با توجه به موضوعات و تحقیقات بیان شده در مورد اثربخشی رفتاردرمانی دیالکتیک و از سوی دیگر با توجه به خلأ پژوهشی موجود به دلیل عدم وجود تحقیقات مشابه، مساله اصلی این پژوهش بررسی اثربخشی رفتاردرمانی دیالکتیک بر دشواری تنظیم هیجانی و پرخاشگری نوجوانان دختر دارای علائم افسردگی می‌باشد.

مواد و روش‌ها

جامعه آماری، نمونه و روش اجرای پژوهش
روش پژوهش حاضر نیمه‌آزمایشی با طرح پیش‌آزمون-پس‌آزمون با گروه گواه و مرحله پیگیری دو ماهه بود. جامعه آماری پژوهش حاضر شامل نوجوانان دختر دارای علائم افسردگی مراجعه‌کننده به مراکز مشاوره آموزش و پرورش شهر بابل در سال تحصیلی ۱۴۰۱-۱۴۰۰ بود. در این پژوهش تعداد ۳۰ نوجوان دختر با علائم افسردگی با روش نمونه‌گیری هدفمند انتخاب و با گمارش تصادفی در گروه‌های آزمایش و گواه جایدهی شدند (۱۵ نوجوان در گروه آزمایش و ۱۵ نوجوان در گروه گواه). نوجوانان حاضر در گروه آزمایش رفتاردرمانی دیالکتیک (۱۰ جلسه) را طی ۱۰ هفته (۹۰ دقیقه‌ای) دریافت نمودند. برای انتخاب حجم نمونه از روش نمونه‌گیری هدفمند استفاده شد. بدین صورت که نوجوانان دختر با علائم افسردگی مراجعه‌کننده به مراکز مشاوره آموزش و پرورش شهر بابل مورد شناسایی قرار گرفتند. این افراد تحت مصاحبه ساختاریافته توسط روانشناس بالینی قرار گرفتند. جهت اطمینان پرسشنامه افسردگی نوجوانان به این نوجوانان ارائه شد. در این مرحله ۵۶ نوجوان دختر دارای علائم افسردگی تشخیص داده شدند. سپس از

نتایج ضریب بازآزمایی برای چهار زیر مقیاس ۰/۸۰ تا ۰/۷۲ و همبستگی بین چهار زیرمقیاس ۰/۳۸ تا ۰/۴۹ بدست آمده است. جهت سنجش اعتبار درونی مقیاس از ضریب آلفای کرونباخ استفاده شد که نتایج نشانگر همسانی درونی زیرمقیاس پرخاشگری بدنی ۰/۸۲، پرخاشگری کلامی ۰/۸۱، خشم ۰/۸۳ و خصومت ۰/۸۰ بوده است (۴۶). در پژوهش بیاتی، احمدی، چرامی و غضنفری (۱۴۰۰) میزان پایایی پرسشنامه با استفاده از ضریب آلفای کرونباخ ۰/۸۲ محاسبه شد (۴۷). پایایی این پرسشنامه در پژوهش حاضر نیز با استفاده از ضریب آلفای کرونباخ ۰/۸۰ محاسبه شد.

روند اجرای پژوهش

پس از اخذ مجوزهای لازم از طرف آموزش و پرورش شهر بابل و مجوز از کمیته اخلاق دانشگاه آزاد اسلامی واحد بجنورد به کد IR.IAU.BOJNOURD.REC.1400.019 با مراجعه به مراکز مشاوره آموزش و پرورش شهر بابل و انجام فرایند نمونه‌گیری، نوجوانان دختر با علایم افسردگی انتخاب شده (۳۰ نوجوانان دختر با علایم افسردگی) به شیوه تصادفی در گروه‌های آزمایش و گواه جایدهی شدند (۱۵ نوجوانان دختر دارای علایم افسردگی در گروه آزمایش و ۱۵ نوجوانان دختر دارای علایم افسردگی در گروه گواه). این افراد هنوز وارد جلسات درمانی مراکز مشاوره نشده بودند. گروه آزمایش مداخله رفتاردرمانی دیالکتیک را در ۱۰ جلسه طی ۱۰ هفته به صورت هفته‌ای یک جلسه ۹۰ دقیقه‌ای دریافت نمودند. این در حالی است که نوجوانان دختر حاضر در گروه گواه مداخله حاضر را در طول پژوهش دریافت نکردند. لازم به ذکر است که جلسه‌های درمان توسط پژوهشگر اجرا شد. مداخله رفتاردرمانی دیالکتیک برگرفته از پروتکل لینهان (۲۰۱۴) است که در پژوهش آستانه و همکاران (۱۳۹۹) برای نوجوانان بکار گرفته شده و اعتبار آن مورد تایید قرار گرفته است (۲۶). خلاصه این مداخله در جدول ۱ ارائه شده است. جهت رعایت اخلاق پژوهشی رضایت نوجوانان دختر افسرده، برای شرکت در برنامه مداخله کسب و از کلیه مراحل مداخله آگاه شدند. هم چنین به نوجوانان دختر با علایم افسردگی حاضر در گروه گواه اطمینان داده شد که آنان نیز پس از اتمام فرایند پژوهشی، در صورت تمایل این مداخله درمانی را دریافت خواهند کرد.

گزارش کردند. پایایی این پرسشنامه در پژوهش حاضر نیز با استفاده از ضریب آلفای کرونباخ ۰/۸۶ محاسبه شد.

پرسشنامه دشواری در تنظیم هیجان (Difficulty of Emotional Regulation Questionnaire: DERQ)

پرسشنامه دشواری در تنظیم هیجان را گرتز و رومر (۲۰۰۴) طراحی کردند. این پرسشنامه یک مقیاس خودگزارشی است که برای ارزیابی دشواری‌های موجود در تنظیم هیجانی به شکل جامع‌تری نسبت به ابزارهای موجود در این زمینه ساخته شده است و دارای ۳۶ عبارت است. نمره گذاری این پرسشنامه بر اساس طیف لیکرت از نمره ۱ (تقریباً هرگز) تا ۵ (تقریباً همیشه) متغیر است. بر اساس دامنه نمرات این پرسشنامه بین ۳۶ تا ۱۵۰ است. کسب نمرات بالاتر نشان دهنده دشواری در تنظیم هیجان بالاتر است. نتایج مربوط به بررسی پایایی نشان می‌دهد که این پرسشنامه دارای همسانی درونی بالا (۰/۹۳) می‌باشد و پایایی آزمون بازآزمون برای این مقیاس (۰/۸۸) مناسب گزارش شده است (۴۳). همچنین، پایایی همسانی درونی فرم ترجمه شده به فارسی این مقیاس، طی یک مطالعه مقدماتی مورد محاسبه قرار گرفت. نتایج مطالعه همسانی درونی بالایی را برای مقیاس (۰/۸۶) نشان داد (۴۴). برای تعیین اعتبار، همبستگی نمره پرسشنامه تنظیم هیجانی با نمره پرسشنامه هیجان‌خواهی ذاکرمن (r=۰/۲۶) معنادار و مثبت به دست آمد که بیانگر برخورداری پرسشنامه از اعتبار لازم بود (۴۴). پایایی این پرسشنامه در پژوهش حاضر نیز با استفاده از ضریب آلفای کرونباخ ۰/۸۵ محاسبه شد.

پرسشنامه پرخاشگری (Aggression Questionnaire: AQ)

پرسشنامه پرخاشگری توسط باس و پری (۱۹۹۲) ساخته و مورد بازنگری قرار گرفته است. این پرسشنامه یک ابزار خودگزارشی است که شامل ۲۹ عبارت آزمودنی‌ها به هریک از عبارات در یک طیف ۵ درجه‌ای از کاملاً شبیه به من است (۵) تا حدودی شبیه به من است (۴) نه شبیه به من است نه شبیه به من نیست (۳) تا حدودی شبیه به من نیست (۲) به شدت شبیه به من نیست (۱) پاسخ دادند. نمره کل پرخاشگری از جمع کل نمره‌ها حاصل می‌شود. بدین صورت که دامنه نمرات پرسشنامه بین ۲۹ تا ۱۴۵ است. کسب نمره بالاتر نشان دهنده پرخاشگری بیشتر است (۴۵). در نتایج پژوهش باس و پری (۱۹۹۲) گزارش شده است که این پرسشنامه دارای اعتبار سازه (۰/۹۲) و روایی محتوایی (۰/۸۹) قابل قبولی است. همچنین این پژوهشگران میزان پایایی پرسشنامه را ۰/۹۱ گزارش کردند. در ایران و در پژوهش سامانی (۱۳۸۶)

جدول ۱: خلاصه جلسات مداخله رفتاردرمانی دیالکتیک

جلسات	عنوان	مهارت‌ها و محتواها
جلسه اول	معرفی رفتاردرمانی دیالکتیک	معرفی افراد، قوانین گروهی و ساختار درمان
جلسه دوم	معرفی مهارت‌های بنیادین تحمل پریشانی ۱	آموزش مهارت‌های بنیادین تحمل آشفتگی و توجه برگردانی شامل (پذیرش بنیادین، توجه برگردانی، تدوین برنامه توجه برگردانی، خود آرامش‌بخشی و تدوین طرح آرمیدگی)

1. Gratz, Roemer

2. Buss, Perry

جلسه سوم	معرفی مهارت‌های بنیادین تحمل پریشانی ۲	مهارت‌های پیشرفته تحمل آشفتگی شامل (تصویرسازی از مکان امن، کشف ارزش ها، شناسایی قدرت برتر، زندگی در زمان حال.
جلسه چهارم	معرفی مهارت‌های ارتباط موثر و مقابله‌ای	شناسایی سبک‌های ارتباطی خود (منفعانه، پرخاشگرانه، قاطعانه)، تناسب بین خواسته‌های خود و سبک‌های ارتباطی و تنظیم روابط بین فردی. استفاده از افکار مقابله‌ای خود تشویق‌گرایانه، خودگویی‌های تأیید‌گرانه و تدوین راهبردهای مقابله‌ای
جلسه پنجم	معرفی حالت‌های ذهن و وضعیت آن	حالت‌های ذهن و وضعیت آن (تمرین حالت ذهنی جلسه قبل، به آموزش مهارت های چه چیز و مهارت‌های چگونگی هشیاری فراگیر، شامل مشاهده، توصیف و شرکت کردن و مهارت‌های "چگونه" شامل اتخاذ موضع غیرقضاوتی)
جلسه ششم	معرفی مهارت‌های بنیادین و پیشرفته ذهن آگاهی ۱	مهارت‌های بنیادین و پیشرفته ذهن آگاهی شامل (آموزش مهارت‌های توجه و تمرین بی‌توجهی، ذهن خردمند و شهود، تصمیم‌گیری بر اساس ذهن خردمند، مهارت‌های بنیادین و پیشرفته ذهن آگاهی شامل (پذیرش بنیادین و ذهن آغازگر، قضاوت و برجسب و ارتباط آگاهانه با دیگران، شناسایی مقاومت‌ها و موانع، مراقبه و غیره)
جلسه هشتم	مهارت‌های بنیادین و پیشرفته نظم بخشی هیجانی ۱	مهارت‌های بنیادین و پیشرفته نظم‌بخشی هیجانی شامل (شناسایی هیجانها، چگونگی عمل هیجان‌ها، غلبه بر موانع هیجان‌های سالم، کاهش آسیب‌پذیری در برابر هیجان‌های آشفته‌سان)
جلسه نهم	مهارت‌های بنیادین و پیشرفته نظم بخشی هیجانی ۲	مهارت‌های بنیادین و پیشرفته نظم‌بخشی هیجانی شامل (مشاهده خویشتن، کاهش آسیب‌پذیری شناختی، افزایش هیجان‌های مثبت، توجه و رویارویی با هیجان‌ها، عمل کردن برخلاف امیال شدید هیجانی و حل مسئله)
جلسه دهم	مرور جلسات و جمع‌بندی	در جلسه آخر، ضمن مرور آموزش‌های قبلی، مهارت‌های به‌سازی لحظات و تکنیک سود و زیان در هنگام مواجه شدن با ناکامی یا احساس خشم از راهبردهای بقا در بحران به‌صورت عملی در گروه تمرین شد. همچنین آموزش چگونگی تعمیم مهارت‌ها به خارج از جلسه درمان مدنظر قرار گرفت. در این جلسه پس‌آزمون اجرا گردید.

در این پژوهش برای تجزیه و تحلیل داده‌ها از دو سطح آمار توصیفی و استنباطی استفاده شده است. در سطح آمار توصیفی از میانگین و انحراف استاندارد و در سطح آمار استنباطی از آزمون شاپیرو-ویلک جهت بررسی نرمال بودن توزیع متغیرها، آزمون لوین برای بررسی برابری واریانس‌ها، آزمون موجلی جهت بررسی پیش‌فرض کرویت داده‌ها و همچنین از تحلیل واریانس آمیخته و آزمون تعقیبی بونفونی برای بررسی فرضیه پژوهش استفاده گردید. نتایج آماری با

استفاده از نرم‌افزار آماری SPSS-۲۳ مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

یافته‌ها

در جدول ۲ میانگین و انحراف استاندارد متغیرهای وابسته پژوهش در مرحله‌های پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری، برای دو گروه آزمایش و گواه نشان داده شده است.

جدول ۲: میانگین و انحراف استاندارد دشواری تنظیم هیجانی و پرخاشگری نوجوانان دختر با علایم افسردگی

مؤلفه‌ها	گروه‌ها	پیش‌آزمون		پس‌آزمون		پیگیری
		میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	
دشواری تنظیم هیجانی	گروه آزمایش	۱۰۸/۵۳	۹/۱۷	۹۰/۵۳	۹/۱۹	۸۹/۷۳
	گروه گواه	۱۰۹/۶۷	۱۰/۶۵	۱۰۸/۴۰	۹/۱۹	۱۰۷/۶۰
پرخاشگری	گروه آزمایش	۸۶/۱۳	۸/۶۵	۷۲/۸۰	۷/۳۱	۷۳/۶۰
	گروه گواه	۸۵/۶۰	۹/۳۱	۸۴/۵۳	۸/۳۵	۸۳/۶۰

پیش فرض های آزمون های پارامتریک پیش از ارائه نتایج تحلیل واریانس آمیخته، ارزیابی گردید که نتایج آزمون شاپیرو ویلک نشان داد که پیش فرض نرمال بودن توزیع نمونه‌ای داده‌ها در متغیرهای دشواری تنظیم هیجانی ($F=0/14; P=20$) و پرخاشگری ($F=0/71; P=20$) برقرار است. همچنین پیش فرض همگنی واریانس نیز توسط آزمون لوین مورد سنجش قرار گرفت که نتایج آن معنادار نبود که این یافته نشان می‌داد پیش فرض همگنی واریانس‌ها در دو متغیر دشواری تنظیم هیجانی ($P=0/71$) و پرخاشگری ($P=0/71$) برقرار است.

پیش فرض های آزمون های پارامتریک پیش از ارائه نتایج تحلیل واریانس آمیخته، ارزیابی گردید که نتایج آزمون شاپیرو ویلک نشان داد که پیش فرض نرمال بودن توزیع نمونه‌ای داده‌ها در متغیرهای دشواری تنظیم هیجانی ($F=0/14; P=20$) و پرخاشگری ($F=0/71; P=20$) برقرار است. همچنین پیش فرض همگنی واریانس نیز توسط آزمون لوین مورد سنجش قرار گرفت که نتایج آن معنادار نبود که این یافته نشان می‌داد پیش فرض همگنی واریانس‌ها در دو متغیر دشواری تنظیم هیجانی ($P=0/71$) و پرخاشگری ($P=0/71$) برقرار است.

بود که نتایج آزمون موجلی بیانگر آن بود که پیش فرض کرویت داده‌ها در متغیرهای دشواری تنظیم هیجانی ($P=۴۹$ ؛ $Mauchlys W=۰/۹۲$) و پرخاشگری ($P=۳۵$ ؛ $Mauchlys W$) رعایت شده است.

($F=۰/۱۳$) و پرخاشگری ($F=۰/۴۴$ ؛ $P=۰/۳۹$) رعایت شده است. از طرفی نتایج آزمون t نشان داد که تفاوت نمره‌های پیش آزمون گروه‌های آزمایش و گروه گواه در متغیرهای وابسته (دشواری تنظیم هیجانی و پرخاشگری) معنادار نبوده است ($p>۰/۰۵$). این در حالی

جدول ۳: تحلیل واریانس آمیخته جهت بررسی تاثیرات درون و بین گروهی برای متغیرهای دشواری تنظیم هیجانی و پرخاشگری

متغیرها	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	مقدار f	مقدار p	اندازه اثر	توان آزمون
دشواری تنظیم هیجانی	مراحل	۲	۹۱۲/۰۱	۶۹/۷۹	۰/۰۰۱	۰/۶۹	۱
	گروه‌بندی	۱	۲۷۵۵/۶۰	۳۶/۴۳	۰/۰۰۱	۰/۵۰	۱
	تعامل مراحل و گروه‌بندی	۲	۵۵۵/۴۳	۴۲/۵۰	۰/۰۰۱	۰/۶۰	۱
	خطا	۵۶	۱۳/۰۶				
پرخاشگری	مراحل	۲	۵۴۰/۶۷	۶۰/۲۴	۰/۰۰۱	۰/۶۶	۱
	گروه‌بندی	۱	۹۶۶/۹۴	۳۵/۶۲	۰/۰۰۱	۰/۴۹	۱
	تعامل مراحل و گروه‌بندی	۲	۲۸۵/۶۷	۳۱/۸۳	۰/۰۰۱	۰/۵۳	۱
	خطا	۵۶	۸/۹۷				

بنابراین نتیجه گرفته می‌شود رفتاردرمانی دیالکتیک در مراحل مختلف ارزیابی هم بر دشواری تنظیم هیجانی و پرخاشگری نوجوانان دختر علائم افسردگی به میزان ۶۰ و ۵۳ درصد تاثیر معنادار داشته است. توان آماری کسب شده نیز حکایت از دقت آماری بالا و کفایت حجم نمونه در این پژوهش می‌باشد. حال در ادامه در جدول ۴ مقایسه زوجی میانگین نمرات دشواری تنظیم هیجانی و پرخاشگری آزمودنی‌ها بر حسب مرحله ارزیابی با استفاده از آزمون تعقیبی بونفرونی ارائه می‌شود.

با توجه به جدول ۳ عامل عضویت گروهی یعنی رفتاردرمانی دیالکتیک بر نمرات دشواری تنظیم هیجانی و پرخاشگری نوجوانان دختر با علائم افسردگی دارای اثرگذاری معنادار است ($p<۰/۰۰۱$). اندازه اثر نشان می‌دهد رفتاردرمانی دیالکتیک به ترتیب ۵۰ و ۴۹ درصد از تفاوت در نمرات دشواری تنظیم هیجانی و پرخاشگری را تبیین می‌کند. همچنین نتایج بیان گر آن است که اثر متقابل نوع مداخله یعنی رفتاردرمانی دیالکتیک و عامل زمان هم بر نمرات دشواری تنظیم هیجانی و پرخاشگری نوجوانان دختر با علائم افسردگی دارای اثرگذاری معنادار است ($p<۰/۰۰۱$).

جدول ۴: نتایج آزمون تعقیبی بونفرونی برای مقایسه زوجی میانگین نمره دشواری تنظیم هیجانی و پرخاشگری در مراحل سه گانه

متغیر	مرحله مبنا (میانگین)	مرحله مورد مقایسه (میانگین)	تفاوت میانگین‌ها	خطای انحراف معیار	معناداری
دشواری تنظیم هیجانی	پیش آزمون	پس آزمون	۸/۸۳	۰/۹۷	۰/۰۰۱
	پیش آزمون	پیگیری	۱۰/۱۳	۱/۱۹	۰/۰۰۱
	پس آزمون	پیش آزمون	-۸/۸۳	۰/۹۷	۰/۰۰۱
	پس آزمون	پیگیری	۱/۳۰	۰/۴۶	۰/۰۸
پرخاشگری	پیش آزمون	پس آزمون	۶/۷۰	۰/۷۳	۰/۰۰۱
	پیش آزمون	پیگیری	۷/۸۶	۰/۹۹	۰/۰۰۱
	پس آزمون	پیش آزمون	-۶/۷۰	۰/۷۳	۰/۰۰۱
	پس آزمون	پیگیری	۱/۱۶	۰/۵۲	۰/۰۹

دختر با علائم افسردگی را نسبت به مرحله پیش آزمون دچار تغییر نمایند. یافته دیگر این جدول نشان داد که بین میانگین نمرات مرحله پس آزمون و پیگیری تفاوت معنادار وجود ندارد. این یافته را می‌توان این گونه جمع بندی نمود که نمرات دشواری تنظیم هیجانی و پرخاشگری نوجوانان دختر افسرده که در مرحله پس

همانگونه نتایج جدول ۴ نشان می‌دهد، بین میانگین نمرات مرحله پیش آزمون با پس آزمون و پیگیری در متغیرهای دشواری تنظیم هیجانی و پرخاشگری تفاوت معنادار وجود دارد. این یعنی رفتاردرمانی دیالکتیک توانسته به شکل معناداری نمرات پس آزمون و پیگیری دشواری تنظیم هیجانی و پرخاشگری نوجوانان

آزمون دچار تغییر معنادار شده بود، توانسته این تغییر را در طول دوره پیگیری نیز حفظ نماید.

نتیجه گیری

پژوهش حاضر با هدف بررسی اثربخشی رفتاردرمانی دیالکتیک بر دشواری تنظیم هیجانی و پرخاشگری نوجوانان دختر با علایم افسرده انجام شد. نتایج نشان داد که رفتاردرمانی دیالکتیک بر دشواری تنظیم هیجانی و پرخاشگری نوجوانان دختر با علایم افسردگی تاثیر دارد. یافته اول پژوهش مبنی بر اثربخشی رفتاردرمانی دیالکتیک بر دشواری تنظیم هیجانی نوجوانان دختر با علایم افسردگی با نتایج پژوهش پیشین همسویی داشت. چنانکه صفری و آفتاب (۱۴۰۰) نشان داده‌اند که رفتاردرمانی دیالکتیکی منجر به کاهش دشواری تنظیم هیجان، احساس گناه و نشانگان تجزیه‌ای در افراد افسرده شده بود (۲۴). همچنین دماوندیان و همکاران (۱۴۰۰) گزارش کرده‌اند که رفتاردرمانی دیالکتیک بر پرخاشگری، رفتارهای خودآسیب‌رسان و خودتنظیمی هیجانی نوجوانان بزهکار کانون اصلاح و تربیت موثر است (۲۵). علاوه بر این آستانه، میرزائیان و حسن‌زاده (۱۳۹۹) دریافتند که مهارت‌آموزی مبتنی بر رفتاردرمانی دیالکتیکی بر تنظیم هیجانی، پریشانی و اجتناب اجتماعی نوجوانان مبتلا به اختلال اضطراب اجتماعی اثر دارد (۲۶). هارند و همکاران (۲۰۲۱) و دلاکوویس و همکاران (۲۰۲۲) نیز در نتایج پژوهش خود گزارش کرده‌اند که رفتاردرمانی دیالکتیک قادر است پردازش هیجانی و روانی بیماران را بهبود بخشد (۳۳، ۳۶). در نهایت هاروی، هانت و وایت (۲۰۱۹) در یک مطالعه مرور نظام‌مند دریافتند که رفتاردرمانی دیالکتیک باعث کاهش رفتار خودجراحی، خودکشی و مشکلات مربوط به تنظیم هیجان می‌شود. در تبیین یافته حاضر مبنی بر اثربخشی رفتاردرمانی دیالکتیک بر دشواری تنظیم هیجانی دختر افسرده می‌توان اشاره کرد که رفتاردرمانی دیالکتیکی یک روش درمانی بسیار رایج است که به نظر می‌رسد برای افرادی که مشکلاتی شدید در تنظیم هیجان دارند، موثر می‌باشد (۳۰).

همچنین در تبیین اثربخشی رفتاردرمانی دیالکتیک می‌توان به آموزش‌های صورت گرفته که شامل تحمل پریشانی، تنظیم هیجان، ارتباط بین فردی و ذهن‌آگاهی می‌باشد، اشاره نمود. رفتاردرمانی دیالکتیکی با آموزش مهارت‌هایی چون تحمل پریشانی، با افزایش انعطاف‌پذیری و ارائه راه‌حل‌های جدید روانی و هیجانی و تعدیل آثار شرایط ناراحت‌کننده به فرد، در کنارآمدن بهتر با وقایع دردناک کمک می‌کند (۳۶). همچنین با استفاده از مهارت‌های تنظیم هیجان به نوجوانان دختر دارای علایم افسردگی کمک می‌کند تا احساس هیجانی خود را دقیق‌تر تشخیص دهند و سپس هر هیجانی را بدون ناتوان شدن در برابر آن بررسی کنند که هدف از آن تعدیل احساسات و هیجان‌ات بدون رفتاری واکنشی و مخرب می‌باشد. توانایی بر آگاه شدن از هیجان‌ات، شناسایی و نامگذاری هیجان‌ات، تفسیر درست احساسات بدنی مربوط به هیجان، در کار برانگیختگی هیجان، تعدیل فعالانه هیجان منفی برای رسیدن به احساس بهتر، پذیرش هیجان منفی در زمان لزوم و تحمل هیجان منفی وقتی نمی‌توان آنرا تغییر داد، روبرو شدن با آن به جای اجتناب

از آن در شرایط پریشانی جهت رسیدن به اهداف مهم و حمایت توأم با شفقت در حالت پریشانی، که از مهارت‌های تنظیم هیجان است، سبب می‌شود تا نوجوانان دختر دارای علایم افسردگی بتوانند رفتارهای مقابله‌ای هیجانی سازگارانه‌ای را در برابر علائم افسردگی از خود نشان دهند که این روند با کاهش آسیب‌های روان‌شناختی و هیجانی زمینه را برای بهبود تنظیم هیجانی نوجوانان دختر با علایم افسرده مهیا می‌سازد. علاوه بر این در طول فرایند درمان با روش رفتاردرمانی دیالکتیکی نوجوانان دختر دارای علایم افسردگی از طریق ترکیب نمودن تمرینات ذهن‌آگاهی با تمرینات رفتاری، می‌توانند بدون قضاوت به مشاهده خلق افسرده خود و پیامدهای فیزیولوژیکی، ذهنی، رفتاری و احساسی آن بپردازند و علاوه بر سعی در پذیرش وجود این حالت و تحمل آن، مکانیسم گذر از این وضعیت را نیز می‌آموزند و با پرآموزی این تمرینات، آن را به سبک خودکار و اتوماتیک ذهن خود تبدیل می‌کنند. انجام این تمرینات در نهایت منجر به فاصله‌گیری از هیجان‌اتی مثل خلق افسرده و ایجاد هیجان مثبت شده و سبب بهبود تنظیم هیجان آنان می‌شود.

یافته دوم پژوهش مبنی بر اثربخشی رفتاردرمانی دیالکتیک بر پرخاشگری نوجوانان دختر دارای علایم افسردگی با نتایج پژوهش پیشین همسویی داشت. چنانکه طاهری‌داغان، قاسمی مطلق و مهدیان (۱۳۹۹) نشان داده‌اند که رفتاردرمانی دیالکتیک بر کاهش میزان افسردگی و نشخوار فکری بیماران افسرده موثر است (۲۷). همچنین سالمی‌خامنه، قربانی و متحدی (۱۳۹۷) نیز در نتایج پژوهش خود دریافت که رفتاردرمانی دیالکتیک بر تنظیم هیجان، عاطفه مثبت و منفی، رفتار پرخاشگرانه و خودجراحی دانش‌آموزان دختر اثر معنادار دارد (۲۸). علاوه بر این پیمان‌نیا و همکاران (۱۳۹۷) گزارش کرده‌اند که رفتاردرمانی دیالکتیک مبتنی بر آموزش مهارت‌ها به خانواده و فرزند بر تکانش‌گری و کیفیت زندگی دختران دارای رفتارهای خودجراحی موثر است (۲۹). از طرفی فاسیندر و همکاران (۲۰۱۶) تاثیر رفتاردرمانی دیالکتیک بر تنظیم هیجان نوجوانان را مورد تایید قرار داده‌اند (۳۲). بیانچینی و همکاران (۲۰۱۹) نیز گزارش کرده‌اند که رفتاردرمانی دیالکتیکی بر روی تکانش‌گری، ناگویی خلقی و تنظیم هیجانی زندانیان اثربخش است (۳۱). در نهایت گوتلیب، کلینگر و سامپایو (۲۰۲۲) و سیسینسکی و همکاران (۲۰۲۲) نشان داده‌اند که رفتاردرمانی دیالکتیک منجر به کاهش آسیب‌های روانی و رفتاری افراد می‌شود (۳۴، ۳۵). در تبیین یافته حاضر مبنی بر اثربخشی رفتاردرمانی دیالکتیک بر پرخاشگری نوجوانان دختر افسرده می‌توان گفت هنگامی که مهارت تحمل پریشانی (از مهارت‌های بنیادین رفتاردرمانی دیالکتیک)، به نوجوانان دختر با علایم افسردگی آموزش داده می‌شود، حس پیوستگی آنان افزایش می‌یابد؛ به بیان دیگر این مهارت به آنان می‌آموزد تا با وقایع آشفته‌ساز نظیر مشکلات روانی و هیجانی خود، بهتر مقابله کنند. از طرفی با افزایش احساس پیوستگی، افراد می‌توانند هیجان‌ات و رویدادهایی را که در زندگی پیش می‌آید بهتر درک کرده و آنها را قبول نمایند (۳۹). همچنین این نوجوانان با استفاده از این تکنیک می‌آموزند که در مقابل مشکلات مقاوم‌تر بوده و اثرات آشفته‌ساز شرایط را کاهش دهند. همچنین آموزش روش رفتاردرمانی دیالکتیکی باعث بهبود

مراکز مشاوره آموزش و پرورش شهر بابل که همکاری کاملی جهت اجرای پژوهش داشتند، قدردانی به عمل می‌آید.

References

1. Liu G, Fang L, Pan Y, Zhang D. Media multitasking and adolescents' sleep quality: The role of emotional-behavioral problems and psychological suzhi. *Child Youth Serv Rev.* 2019;100:415-21.
2. Trent ES, Viana AG, Raines EM, Woodward EC, Storch EA, Zvolensky MJ. Parental threats and adolescent depression: The role of emotion dysregulation. *Psychiatry Res.* 2019;276:18-24.
3. Rice F, Riglin L, Lomax T, Souter E, Potter R, Smith DJ, et al. Adolescent and adult differences in major depression symptom profiles. *J Affect Disord.* 2019;243:175-81.
4. Kehusmaa J, Ruotsalainen H, Männikkö N, Alakokkare AE, Niemelä M, Jääskeläinen E, et al. The association between the social environment of childhood and adolescence and depression in young adulthood - A prospective cohort study. *J Affect Disord.* 2022;305:37-46.
5. Boyne H, Hamza CA. Depressive symptoms, perceived stress, self-compassion and nonsuicidal self-injury among emerging adults: an examination of the between and within-person associations over time. *Emerg Adulthood.* 2022;10(5):1269-85.
6. Rubin M, Bicki A, Papini S, Smits JAJ, Telch MJ, Gray JS. Distinct trajectories of depression symptoms in early and middle adolescence: Preliminary evidence from longitudinal network analysis. *J Psychiatr Res.* 2021;142:198-203.
7. Li ET, Carracher E, Bird T. Linking childhood emotional abuse and adult depressive symptoms: The role of mentalizing incapacity. *Child Abuse Negl.* 2020;99:104253.
8. Elsayed NM, Fields KM, Olvera RL, Williamson DE. The role of familial risk, parental psychopathology, and stress for

جهت گیری کلی افراد، احساس اعتماد و پویایی مداوم و فراگیر در زندگی و پیرامون می‌گردد (۳۸). به طوری که به نوجوانان دختر دارای علائم افسردگی کمک می‌کند تا هیجان‌های خود را دقیق‌تر تشخیص دهند و سپس هر هیجانی را بدون ناتوان شدن با آن بررسی کنند. همچنین بدون داشتن رفتاری مخرب و ناسازگارانه؛ زندگی سازمان‌یافته‌تر، قابل پیش‌بینی‌تر و توضیح‌پذیرتر درک نمایند. به عبارتی بهره‌مندی از روش رفتار درمانی دیالکتیکی، نوجوانان دختر با علائم افسردگی را قادر می‌سازد که ضمن درک هیجان‌ها و احساسات و پذیرش مشکلات و ناکارآمدی‌ها؛ زندگی و شرایط خود را قابل درک، کنترل‌پذیرتر و پرمعنی تصور نمایند. از این رو با کاهش تنش درون و بین فردی، پرخاشگری کمتری نیز در آنها مشاهده می‌شود. علاوه بر این رفتار درمانی دیالکتیک با ایجاد توانایی تحمل آشفتگی، می‌تواند آسیب‌های روان‌شناختی همچون اضطراب و افسردگی و متغیرهای مرتبط با آن را کاهش دهد. کاهش اضطراب سبب می‌شود تا نوجوانان دختر افسرده، آرامش شناختی بیشتری را تجربه نموده و در نتیجه نمرات مربوط به پرخاشگری آنان کاهش یابد.

پژوهش حاضر همانند پژوهش‌های دیگر با محدودیت‌هایی مواجه بود، همانند محدود بودن جامعه پژوهش به نوجوانان دختر دارای علائم افسردگی مراجعه کننده به مراکز آموزش و پرورش شهر بابل، عدم مهار متغیرهای شخصیتی، فیزیولوژیکی، اجتماعی و خانوادگی تاثیرگذار بر دشواری تنظیم هیجانی و پرخاشگری نوجوانان دختر با علائم افسردگی و عدم بهره‌گیری از روش‌های نمونه‌گیری تصادفی از محدودیت‌های پژوهش حاضر بود. بنابراین پیشنهاد می‌شود برای افزایش قدرت تعمیم‌پذیری نتایج، در سطح پیشنهاد پژوهشی، این پژوهش در جنسیت پسر، سایر شهرها و مناطق و جوامع دارای فرهنگ‌های متفاوت، دیگر نوجوانان (همانند نوجوانان مبتلا به اختلال اضطراب، اختلال رفتار درونی‌سازی شده، اختلال رفتار برونی‌سازی شده و...)، مهار عوامل ذکر شده و استفاده از روش نمونه‌گیری تصادفی اجرا شود. با توجه به اثربخشی رفتار درمانی دیالکتیک بر دشواری تنظیم هیجانی و پرخاشگری نوجوانان دختر با علائم افسردگی، در سطح کاربردی پیشنهاد می‌شود، مسئولان و کارشناسان مراکز مشاوره آموزش و پرورش شهر بابل با فعال کردن مشاوران مدارس و متخصصان مراکز مشاوره و خدمات روان‌شناختی آموزش پرورش نسبت به شناسایی کامل دانش‌آموزان با اختلال افسردگی اقدام نموده و با آموزش مشاوران و متخصصان روان‌شناسی مراکز مربوطه و با بکارگیری رفتار درمانی دیالکتیک نسبت به کاهش دشواری تنظیم هیجانی و پرخاشگری نوجوانان دختر دارای علائم افسردگی اقدام نمایند تا بدین طریق بتوان سلامت روان این نوجوانان را افزایش داد و عملکرد تحصیلی بهتری را نیز از آنان مشاهده نمود.

تضاد منافع:

نویسندگان تضاد منافع ندارند.

تشکر و قدردانی

مقاله حاضر برگرفته از رساله دوره دکتری تخصصی نویسنده اول پژوهش در دانشگاه آزاد اسلامی واحد بجنورد بود. بدین وسیله از تمام نوجوانان دختر حاضر در پژوهش، خانواده‌های آنان و مسئولین

19. Golestan Jahromi, F, Etesami Pour R. Comparison of cognitive coping strategies with symptoms of anxiety and depression in adolescents and adults. *J Babol Univ Med Sci.* 2012;14(6):60-7.
20. Barnhart WR, Braden AL, Price E. Emotion regulation difficulties interact with negative, not positive, emotional eating to strengthen relationships with disordered eating: An exploratory study. *Appetite.* 2021;158:105038.
21. Rufino KA, Ward-Ciesielski EF, Webb CA, Nadorff MR. Emotion regulation difficulties are associated with nightmares and suicide attempts in an adult psychiatric inpatient sample. *Psychiatry Res.* 2020;293:113437.
22. Blalock DV, Kashdan TB, Farmer AS. Trait and daily emotion regulation in social anxiety disorder. *Cognit Ther Res.* 2016;40:416-25.
23. Arabatzoudis T, Rehm IC, Nedeljkovic M, Moulding R. Emotion regulation in individuals with and without trichotillomania. *J Obsessive Compuls Relat Disord.* 2017;12:87-94.
24. Safari A, Aftab R. The effectiveness of online dialectical behavior therapy on the emotion regulation difficulties, guilt feeling and dissociative symptoms in depressed people. *J Appl Psychol.* 2021;15(4):206-179.
25. Damavandian A, Golshani F, Saffarinia M, Baghdasarians A. Comparing the effectiveness of Compassion- Focused Therapy) CFT (and Dialectic Behavior Therapy (DBT (on aggression, self-harm behaviors and emotional self-regulation in Juvenile offenders of Tehran Juvenile Correction and Rehabilitation Center. *JSPR.* 2021;11(41):31-58.
26. Astaneh R, Mirzaian B, Hassanzadeh R. The effectiveness of skills training based on dialectical behavior therapy on fear of negative evaluation and communication skills among adolescents with social first-onset depression during adolescence. *J Affect Disord.* 2019;253:232-9.
9. Radell ML, Abo Hamza EG, Daghustani WH, Perveen A, Moustafa AA. The impact of different types of abuse on depression. *Depress Res Treat.* 2021;2021:6654503.
10. Zhang R, Zhang C, Xu W. Longitudinal association of peer victimization with aggression and self-injury in adolescence: The mediating role of belief in a just world. *Pers Individ Dif.* 2022;196:111706.
11. Arnett JJ. *Emerging adulthood: the winding road from the late teens through the twenties.* Oxford University Press: 2014.
12. Shechtman Z, Tutian R. Teachers treat aggressive children: An outcome study. *Teach Teach Educ.* 2016;58(1):28-34.
13. Pascual-Sagastizabal E, del Puerto N, Cardas J, Sánchez-Martín JR, Vergara AI, Azurmendi A. Testosterone and cortisol modulate the effects of empathy on aggression in children. *Psychoneuroendocrinology.* 2019;103:118-24.
14. Nasirzadeh, R, Roshan R. Comparison of the two methods of storytelling in decrease of aggression from parents point of view. *J Babol Univ Med Sci.* 2010;12(2):70-6.
15. Lozovska J, Gudaitė G. The understanding of aggression motivation and the psychotherapy process. *Procedia Soc Behav Sci.* 2013;82:360-5.
16. Trentacosta CJ, Shaw DS. Emotional Self-Regulation, Peer Rejection, and Antisocial Behavior: Developmental associations from early childhood to early adolescence. *J Appl Dev Psychol.* 2009;30(3):356-65.
17. Żurawek D, Turecki G. The miRNome of depression. *Int J Mol Sci.* 2021;22(21):11111-22.
18. Penner-Goeke S, Binder EB. Epigenetics and depression. *Dialogues Clin Neurosci.* 2019;21(4):397-405.

33. Gottlieb ALB, Klinger CL, Sampaio D. Introduction to dialectical behavior therapy for psychiatrists and psychiatry residents. *Advances in Psychiatry and Behavioral Health*. 2022;2(1):241-51.
34. Ciesinski NK, Sorgi-Wilson KM, Cheung JC, Chen EY, McCloskey MS. The effect of dialectical behavior therapy on anger and aggressive behavior: A systematic review with meta-analysis. *Behav Res Ther*. 2022;154:104122.
35. Delaquis CP, Joyce KM, Zalewski M, Katz LY, Sulymka J, Agostinho T, et al. Dialectical behaviour therapy skills training groups for common mental health disorders: A systematic review and meta-analysis. *J Affect Disord*. 2022;300:305-13.
36. Robinson S, Lang JE, Hernandez AM, Holz T, Cameron M, Brannon B. Outcomes of dialectical behavior therapy administered by an interdisciplinary team. *Arch Psychiatr Nurs*. 2018;32(4):512-6.
37. DeCou CR, Comtois KA, Landes SJ. Dialectical behavior therapy is effective for the treatment of suicidal behavior: a meta-analysis. *Behav Ther*. 2019;50(1):60-72.
38. Zalewski M, Lewis JK, Martin CG. Identifying novel applications of dialectical behavior therapy: considering emotion regulation and parenting. *Curr Opin Psychol*. 2018;21:122-6.
39. Tebbett-Mock AA, Saito E, McGee M, Woloszyn P, Venuti M. Efficacy of dialectical behavior therapy versus treatment as usual for acute-care inpatient adolescents. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 2020;59(1):149-56.
40. LeBlanc JC, Almudevar A, Brooks SJ, Kutcher S. Screening for adolescent depression: comparison of the Kutcher Adolescent Depression Scale with the Beck depression inventory. *J Child Adolesc Psychopharmacol*. 2002;12(2):113-26.
41. Habibi M, Hamediniya E, Asgarinejad F, Kholghi H. Psychometric properties of kutcher adole csent's depression scale. anxiety disorder. *SALĀMAT-I IJTIMĀĪ (Community Health)*. 2021;8(3):359-70.
27. Taheri Daghian A, Ghasemi Motlagh M, Mehdian H. Comparison of the effectiveness of dialectical behavior therapy and metacognitive therapy on reducing depression and rumination in depressed patients. *Med J Mashhad Univ Med Sci*. 2021;63(6--:(
28. Salemi Khameneh A, Ghorbani S, Motahedi A. The effectiveness of dialectical behavior therapy on emotion regulation, positive and negative affect, aggressive and self-injury behavior of 13-16 year old female students. *J Med Council Islam Repub Iran*. 2018;36(4):213-20.
4. ۲۹ Peymannia B, Hamid N, Mehrabizadehhonarmand M, Mahmoudalilu M. The effectiveness of Dialectic Behavioral Therapy - Family and child Skills Training (DBT-FST) on impulsivity and quality of life in girls with self-harm behaviors. *Iran Rehabil J*. 2018;4(3):8-17.
29. Harvey LJ, Hunt C, White FA. Dialectical behaviour therapy for emotion regulation difficulties: a systematic review. *Behaviour Change*. 2019;36(3):143-64.
30. Bianchini V, Cofini V, Curto M, Lagrotteria B, Manzi A, Navari S, et al. Dialectical behaviour therapy (DBT) for forensic psychiatric patients: An Italian pilot study. *Crim Behav Ment Health*. 2019;29(2):122-30.
31. Fassbinder E, Schweiger U, Martius D, Brand-de Wilde O, Arntz A. Emotion regulation in schema therapy and dialectical behavior therapy. *Front Psychol*. 2016;7:1373.
32. Harned MS, Schmidt SC, Korslund KE, Gallop RJ. Does Adding the Dialectical Behavior Therapy Prolonged Exposure (DBT PE) protocol for PTSD to DBT improve outcomes in public mental health settings? a pilot nonrandomized effectiveness trial with benchmarking. *Behav Ther*. 2021;52(3):639-55.

Aplied Research in Educational Psychology. 2016;2(2):28-15.

42. Gratz KL, Roemer L. Multidimensional Assessment of Emotion Regulation and Dysregulation: Development, Factor Structure, and Initial Validation of the Difficulties in Emotion Regulation Scale. J Psychopathol Behav Assess. 2004;26(1):41-54.

43. Azizi A, Mirzaei A, Shams J. Correlation between distress tolerance and emotional regulation with students smoking dependence. Hakim Health System Research Journal. 2010;13(1):11-8.

44. Buss AH, Perry M. The aggression questionnaire. J Pers Soc Psychol. 1992;63(3):452-9.

45. Samani S. Study of reliability and validity of the buss and perry's aggression questionnaire. Iran J Psychiatry. 2008;13(4):359-65.

46. Bayati Eshkaftaki S, Ahmadi R, Chorami M, Ghazanfari A. Effectiveness of training self-differentiation on the aggression and experiential avoidance in the adolescents engaged in divorce with externalized behavior. Med J Mashhad Univ Med Sci. 2021;64(1).