مقـاله تحقیقی

بررسـی اثربخشـی رفتاردرمانـی دیالکتیـک بـر تنظیـم هیجـان، عاطفـه مثبـت و منفـی، رفتـار پرخاشـگرانه و خودزنـی دانش‌آمـوزان دختـر ۱۳ تـا ۱۶ سـاله

سارا قربانی[۱]، علیرضا سالمی خامنه[۲*]، علیرضا متحدی[۳]

[۱] دانشجوی کارشناسی ارشد روانشناسی بالینی، گروه روانشناسی دانشگاه آزاد اسلامی، واحد ورامین، پیشوا.

[۲] دکتری روانشناسی عمومی، استادیار، گروه روانشناسی دانشگاه آزاد اسلامی، واحد ورامین، پیشوا.

[۲] دکتری روانشناسی تربیتی، استادیار، گروه روانشناسی دانشگاه آزاد اسلامی، واحد ورامین، پیشوا.

* نشانی نویسنده مسئول:

گروه روانشناسی دانشگاه آزاد اسلامی، واحد ورامین، پیشوا.

تلفن: ۰۲۱-۳۶۷۲۵۰۱۱

نشانی الکترونیک: dr.arsa@yahoo.com

زمینه: هدف پژوهش حاضر بررسی اثربخشی رفتار درمانی دیالکتیک بر تنظیم هیجان، عاطفه مثبت و منفی، رفتار پرخاشگرانه و خودزنی در دانش‌آموزان دختر بود.

روش کار: روش پژوهش آزمایشی با طرح پیش آزمون- پس‌آزمون با گروه آزمایش و کنترل بود. جامعه آماری مورد مطالعه شامل کلیه دانش‌آموزان دختر ۱۳ تا ۱۶ ساله مقطع متوسطه اول شهرستان کرج در سال ۱۳۹۶ بود. از میان جامعه آماری با استفاده از روش نمونه‌گیری هدفمند و بر اساس نمره پرسشنامه عاطفه مثبت و منفی واتسون و همکاران، پرسشنامه پرخاشگری باس و پری، پرسشنامه آسیب به خود سانسون و همکاران و پرسشنامه تنظیم هیجانی گروس در پیش‌تست، ۳۰ نفر که دارای ملاک‌های ورود بودند نمونه آماری ما را تشکیل دادند. این ۳۰ نفر به طور کاملا همتا در ۲ گروه ۱۵ نفره (یک گروه آزمایش و یک گروه کنترل) گزینش شدند که برای گروه آزمایش، رفتاردرمانی دیالکتیک اجرا شد و گروه کنترل در لیست انتظار قرار داشت و هیچ درمانی دریافت نکرد. همچنین برای تجزیه و تحلیل داده‌ها از تحلیل کوواریانس چندمتغیره و برای تسریع در نتایج حاصله از نرم افزار SPSS- 21 استفاده شد.

یافته‌ها: یافته‌ها نشان داد که پس از اجرای رفتار درمانی دیالکتیک در گروه آزمایش، نمرات پس‌آزمون متغیرهای تنظیم هیجان و عاطفه مثبت گروه آزمایش به صورت معنی‌داری (P<۰/۰۰۱) نسبت به گروه کنترل افزایش یافته است (به ترتیب از۳۰/۴۳ و ۳۰/۹۳ در گروه کنترل به ۴۶/۲۷ و ۳۲/۸۰ در گروه آزمایش). همچنین نمرات پس‌آزمون در متغیرهای عاطفه منفی، رفتار پرخاشگرانه، و خودزنی نیز پس از اجرای رفتار درمانی دیالکتیک به صورت معنی‌داری (P<۰/۰۰۱) کاهش یافته بود (به ترتیب از ۲۹/۳۲ و ۱۰۰/۶۷ و ۲۹/۱۴ در گروه کنترل به ۱۳/۱۹ و ۷۴/۴۳ و ۲۱/۳۳ در گروه آزمایش).

نتیجه‌گیری: بنابر یافته‌های این مطالعه رفتار درمانی دیالکتیک بر افزایش تتنظیم هیجان و عاطفه مثبت و کاهش عاطفه منفی، رفتار پرخاشگرانه و خودزنی موثر است.

واژگان کلیدی: رفتاردرمانی دیالکتیک، تنظیم هیجان، عاطفه مثبت و منفی، رفتار پرخاشگرانه، خودزنی، دانش‌آموزان

[Downloaded from jmciri.ir on 2025-07-12]

مقدمه

زندگی تحصیلی از مهم‌ترین دوره‌های زندگی فرد است که بر تربیت و یادگیری ثمربخش و موفقیت‌آمیز فرد تأثیر می‌گذارد و در آنجا لیاقت‌ها و توانایی‌ها به بار می‌نشیند و پیشرفت‌های علمی حاصل می‌شود؛ اما در زندگی روزانه تحصیلی، دانش‌آموزان با انواع چالش‌ها، موانع و فشارهای خاص این دوره (ازجمله نمرات ضعیف، سطوح استرس، تهدید اعتمادبه‌نفس درنتیجه عملکرد، کاهش انگیزش و تعامل و...) مواجه می‌شوند (۱). این چالش‌ها و فشارهای محیطی، عوارض مختلفی را به دنبال دارد که ازجمله مهم‌ترین آن‌ها می‌توان به بروز هیجان‌ها و رفتارهای منفی، همچون پرخاشگری و رفتارهای آسیب به خود اشاره کرد.

هیجانات مثبت و منفی از مؤلفه‌های روانی هستند که سلامت روانی را تحت تأثیر قرار می‌دهند. هیجانات مثبت نشان‌دهنده میزان شور و اشتیاق به زندگی و احساس فاعلیت و هوشیاری افراد است. در مقابل، هیجانات منفی، یک بعد عام ناراحتی درونی و اشتغال ناخوشایند را نشان می‌دهد و حالات ناخوشایندی مانند خشم، نفرت، بیزاری، گناه، ترس و عصبانیت را شامل می‌شود (۲). بررسی‌های گوناگون نشان داده‌اند، هیجانات مثبت با ابعاد مختلف سلامت و سلامت روانی، رابطه مثبت و معنی‌داری داشته و نقشی مهم در پیشگیری از بروز اختلالات جسمی و روانی دارد و هیجانات منفی ارتباط مثبتی با اختلالات روانی داشته و در ایجاد و تداوم نابهنجاری‌های روانی مؤثر است (۳). کورت[۱] و همکاران (۴) در مطالعه‌ای نشان دادند که عواطف و هیجانات منفی همچون خشم، غم و نفرت به‌صورت منفی و معکوس و عواطف و هیجانات مثبت همچون خوش‌بینی به‌صورت مثبت و مستقیم، سلامت روانی و ذهنی را پیش‌بینی می‌کنند از طرفی پژوهش صادقی و همکاران (۵) نشان داد که هیجان منفی زمینه‌ساز بروز رفتارهای پرخطر در دانش‌آموزان می‌شود.

مسائل مرتبط با پرخاشگری مانند رفتارهای مقابله‌ای، خصومت و خشم از علل اصلی مراجعه نوجوانان و کودکان به مراکز مشاوره و روان‌درمانی است (۶).

در مورد پرخاشگری تعاریف متعددی از سوی فلاسفه و روانشناسان ارائه‌شده است، ولی در تمام آن‌ها می‌توان دو نکته مشترک را مشاهده کرد: اولاً عامل اصلی بروز پرخاشگری، تهدیدها و ناکامی‌ها و موانعی است که سر راه افراد قرار می‌گیرد. ثانیاً هدف پرخاشگری اغلب دفاع، جنگ و تخریب است (۷).

دانش‌آموزان پرخاشگر معمولاً توان مهار رفتار خود را ندارند و در خواندن نشانه‌های هیجانی، درک دیدگاه طرف مقابل و مدیریت خشم مشکل‌دارند. این افراد مهارت‌های رفتاری موردنیاز برای ارائه پاسخ‌های باکفایت برای مسائل را کسب نکرده‌اند و در مهارت‌های حل تعارض دچار کاستی هستند (۸).

مطالعات مختلف در دهه‌های اخیر نشان داده‌اند که رفتارهای پرخطر در دوران نوجوانی بسیار رایج و پرتکرار هستند (۹)، همچنین پژوهش فکری (۱۰) نشان داد که بین هیجان منفی با رفتارهای آسیب به خود رابطه معناداری وجود دارد. خودزنی، خود ویران گری موضعی تلقی می‌شود که حاصل ناتوانی برای مداوا با تکانه‌های پرخاشگری ناشی از میل ناخودآگاه برای تنبیه خود یا دیگری درون‌فکنی شده است. برخی مؤلفین این رفتار را انتحاری کاذب نامیده‌اند. به‌علاوه خودزنی بیشتر به‌عنوان آسیب به خود، جرح خویشتن، سوءاستفاده از خود و خشونت نسبت به خود شناخته‌شده است که به‌عنوان صدمه عمدی یا تغییر بافت بدن بدون قصد خودکشی تعریف‌شده است (۱۱). افراد به دلایلی نظیر بیان احساساتی که قادر به بروز آن‌ها نیستند (الکسی تایمی)[۲]، کاهش احساسات دردناک و احساس فشار درونی، احساس خودکنترلی، برگرداندن توجه از احساسات ناراحت‌کننده شدید و استرس‌های محیطی، شکنجه خود و کاهش احساس گناه، احساس یک حس بجای بی‌حسی و کرختی، ... اقدام به خودزنی می‌کنند (۱۲). خودزنی خطرناک است و اشتباه در انجام آن می‌تواند موجب آسیب شدید جسمی و مرگ گردد. در ضمن موجب می‌گردد، فرد روش مناسب مقابله با استرس را فرانگیرد، موجب احساس گناه، افسردگی و درنهایت تشدید درد روانی اولیه می‌گردد. متخصصان معتقدند که خودزنی اعتیادآور است (۱۳).

ارائه مداخلات روان‌شناختی جهت مدیریت هیجانات، تقویت هیجانات مثبت و کاهش رفتارهای پرخاشگرانه که منجر به آسیب به خود و دیگران می‌شود، ضروری هست که یکی از مداخلات مؤثر در این زمینه رفتاردرمانی دیالکتیک است. رفتاردرمانی دیالکتیک، رویکردی شناختی- رفتاری است که ابتدا برای درمان اختلال شخصیت مرزی ابداع شد. این رویکرد، مداخلات مربوط به درمان‌های شناختی، رفتاری و حمایتی را که مبتنی بر اصل تغییر هست با آموزه‌ها و فنون فلسفه شرقی ذن که مبتنی بر اصل پذیرش می‌باشند درآمیخته و بر این اساس چهار مؤلفه مداخله‌ای را در شیوه درمان گروهی خود مطرح می‌کند (۱۴). در این درمان هوشیاری فراگیر بنیادین و تحمل رنج و پریشانی به‌عنوان مؤلفه‌های پذیرش و تنظیم هیجانی و کارآمدی بین فردی به‌عنوان مؤلفه‌های تغییر در رفتاردرمانی دیالکتیکی می‌باشند، لینهان چهار حوزه یادشده را حوزه‌های ناکارآمدی در اختلال شخصیت مرزی می‌داند. ازاین‌رو ارائه یک برنامه درمانی که ناکارآمدی را در این حوزه‌ها هدف قرار دهد، منجر به بهبودی نشانه‌های اختلال شخصیت مرزی می‌گردد. درواقع جهت‌گیری نظری رویکرد رفتاردرمانی دیالکتیک، آمیزه‌ای از این سه دیدگاه نظری، علوم رفتاری، فلسفه دیالکتیکی و تمرین ذن است. رفتاردرمانی دیالکتیکی رویکردی است که پذیرش و همدلی مراجع‌محور را با حل مسئله شناختی- رفتاری و آموزش مهارت‌های

۱. Kortte

۲. Alexithymia

[Downloaded from jmciri.ir on 2025-07-12]

اجتماعی ترکیب می‌کند (۱۵و۱۴)

بر اساس راهنمای DBT مهارت آموزشی شامل:

– مهارت توجه آگاهی

– مهارت کارآمدی بین فردی

– مهارت تنظیم هیجان

– مهارت تحمل پریشانی می‌باشد (۱۶).

مرور ادبیات پژوهشی حاکی از اثربخشی این شیوه درمانی در بهبود نظم‌بخشی هیجانی، کاهش رفتارهای پرخاشگرانه و آسیب به خود می‌باشد. نتایج پژوهش ندیمی (۱۷) درباره اثربخشی رفتاردرمانی دیالکتیکی (مبتنی بر آموزش مهارت‌ها) بر کاهش تکانش‌گری و افزایش تنظیم هیجانی زنان وابسته به متامفتامین نشان داد که رفتاردرمانی دیالکتیکی به‌طور معنی‌داری در کاهش تکانش‌گری و افزایش تنظیم هیجانی زنان وابسته به متامفتامین مؤثر می‌باشد.

صفاری‌نیا و همکاران (۱۸) در پژوهشی نشان دادند رفتاردرمانی دیالکتیک بر کاهش رفتارهای خود–آسیب‌رسان مؤثر است. آندرادا و همکاران[۳] (۱۹) در مطالعه‌ای موردی درباره تأثیر رفتاردرمانی دیالکتیک بر تنظیم هیجانات تشخیصی در زنان با تعارض زناشویی به این نتیجه رسیدند که آموزش مهارت‌های رفتاردرمانی دیالکتیکی باعث بهبود تنظیم هیجانی می‌شود.

در سال‌های اخیر رفتارهای پرخاشگرانه و خودزنی به یکی از مسائل شایع و نگران کننده در بین نوجوانان حدود ۱۳ تا ۱۶ سال خصوصا نوجوانان دختر تبدیل شده است. علاوه بر مبتلا بودن افراد به اختلالات روانی از جمله اختلال شخصیت مرزی، افسردگی و دوقطبی، از جمله دلایلی که این رفتار، در میان دختران بیشتر مشاهده می‌شود، می‌تواند این باشد که دختران در مقایسه با پسران بیشتر خشم خود را درون‌ریزی کرده و بدن خود را هدف پرخاشگری قرار می‌دهند. در مجموع با تأکید و توجه این پژوهش بر بعد پیشگیری اولیه در شناخت عوامل آسیب‌رسان در رفتارهای پرخطر همچون پرخاشگری و خودزنی در نوجوانی و از طرفی شناخت عوامل هیجانات مثبت و منفی در کاهش آسیب‌ها و نگاه رویکردهای درمانی مختلف مانند رفتاردرمانی دیالکتیک در حل این مشکلات و با توجه به نیاز ارگان‌ها و سازمان‌هایی مانند آموزش و پرورش، بهزیستی و ... به نتایج پژوهش و نبود پژوهشی منسجم و کاربردی در خصوص موضوع و همچنین در میان دختران نوجوان، هدف این تحقیق بررسی اثربخشی رفتاردرمانی دیالکتیک بر تنظیم هیجان، عاطفه مثبت و منفی، رفتار پرخاشگرانه و خودزنی در دانش‌آموزان دختر می‌باشد.

روش کار

طرح پژوهش حاضر، از نوع پیش‌آزمون و پس‌آزمون با گروه کنترل است. جامعه آماری مورد مطالعه شامل کلیه دانش‌آموزان دختر ۱۳ تا ۱۶ ساله مقطع متوسطه اول شهرستان کرج در سال ۱۳۹۶ است. انتخاب نمونه در این پژوهش به روش تصادفی چند مرحله‌ای بوده است. جهت پیشگیری از تداخل آزمایشی دو دبیرستان از میان مجموع دبیرستان‌های دخترانه جامعه آماری به روش تصادفی ساده انتخاب شدند. در هر دبیرستان نیز به صورت تصادفی ساده ۱۵ دانش‌آموز انتخاب شدند. یکی از گروه‌ها به صورت تصادفی به عنوان گروه آزمایش و دیگری به عنوان گروه کنترل تعیین شدند. در هر دو گروه پرسشنامه‌های عاطفه مثبت و منفی واتسون و همکاران، پرسشنامه پرخاشگری باس و پری، پرسشنامه آسیب به خود سانسون و همکاران و پرسشنامه تنظیم هیجانی گروس، به عنوان پیش‌آزمون اجرا شدند. سپس طی ۱۲ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای رفتاردرمانی دیالکتیک برای گروه آزمایش اجرا گردید. پس از اتمام مداخله آزمایشی در هر دو گروه، پرسشنامه‌های مذکور به عنوان پس آزمون مجدد اجرا گردید. در نهایت داده‌های حاصله وارد نرم‌افزار SPSS شده و تحت تجزیه وتحلیل آماری قرار گرفت. خلاصه محتوای جلسه‌ها و فعالیت‌های انجام‌شده در هر جلسه در جدول ۱ آمده است.

جدول ۱ – خلاصه محتوای جلسات و فعالیت‌های انجام‌شده در گروه موردمطالعه

	عناوین جلسات رفتاردرمانی دیالکتیک
جلسه ۱	آشنایی اعضای گروه با یکدیگر و آشنایی جزئی با نحوه کار و برنامه‌ریزی برای جلسات آینده و تعین وظایف هر یک از افراد گروه
جلسه ۲	آموزش مهارت ذهن آگاهی و مهارت اول این گروه که آموزش داده می‌شود، ذهن منطقی است
جلسه ۳	آموزش مهارت ذهن آگاهی و مهارت دوم این گروه که آموزش داده می‌شود، ذهن هیجانی است
جلسه ۴	آموزش مهارت ذهن آگاهی و مهارت سوم این گروه که آموزش داده می‌شود، ذهن خردگرا است
جلسه ۵	آموزش مهارت‌های طبقه اول ذهن آگاهی است که شامل طبقه مهارت‌های چه چیز می‌شود که شامل مشاهده کردن–توصیف کردن و مشارکت کردن است.
جلسه ۶	آموزش مهارت‌های طبقه دوم ذهن آگاهی است که شامل طبقه مهارت‌های چگونه می‌شود که این مهارت‌ها شامل غیر قضاوتی بودن– خود ذهن آگاهی و کارآمد عمل کردن است.
جلسه ۷	آموزش مهارت‌های کارآمد بین فردی که شامل تقویت مهارت‌های نه گفتن– توانایی استمرار روابط و حفظ احترام به خویشتن است.
جلسه ۸	آموزش مهارت‌های تحمل پریشانی (پرخاشگری و خودزنی) که شامل دو مهارت فعالیت‌ها و مشارکت است.
جلسه ۹	آموزش مهارت‌های تحمل پریشانی (پرخاشگری و خودزنی) که شامل دو مهارت مقایسه و هیجان است.
جلسه ۱۰	آموزش مهارت‌های تحمل پریشانی (پرخاشگری و خودزنی) که شامل سه مهارت فرونشانی – افکار– حس‌ها است.
جلسه ۱۱	آموزش مهارت تنظیم هیجان ، کاهش رنج هیجانی و بهبود هیجانات مثبت
جلسه ۱۲	جمع‌بندی مباحث مطرح‌شده از اعضای گروه و پاسخ به سؤالات اعضای گروه

۳. Andrada & et al

[Downloaded from jmciri.ir on 2025-07-12]

ابزارهای اندازه‌گیری

سیاهه عاطفه مثبت و منفی

این پرسشنامه ۲۰ گویه دارد و توسط واتسون و همکاران، ساخته‌شده که برای سنجش دو بعد خلقی مثبت و منفی طراحی‌شده است. گویه‌ها روی مقیاس ۵ درجه‌ای پاسخ داده می‌شوند. این ابزار به‌صورت خود سنجی تکمیل می‌شود و با تغییر دستورالعمل آن می‌توان بعد حالتی یا صفتی عاطفه را سنجید. ضریب آلفای کرونباخ خرده مقیاس عاطفه مثبت و منفی، به ترتیب ۰/۸۶ تا ۰/۹۰ و ۰/۸۷ تا ۰/۸۴ و ضریب پایایی باز آزمون در بازه‌های زمانی طی هشت هفته، برای عاطفه مثبت و منفی به ترتیب ۰/۶۸ تا ۰/۴۷ و ۰/۷۱ تا ۰/۳۹ گزارش‌شده است(۲۰) . ضریب آلفای نسخه فارسی ۰/۸۷ گزارش‌شده است (۲۱).

پرسشنامه پرخاشگری باس و پری[۴]

پرسشنامه پرخاشگری باس و پری که یکی از موفق‌ترین ابزارهای خود گزارشی اندازه‌گیری پرخاشگری است که توسط باس و پری (۱۹۹۲) ساخته و توسط محمدی (۲۲) اعتبار یابی شده است. این ابزار یک ابزار خود گزارشی است که شامل ۲۹ عبارت و دارای ۴ خرده مقیاس با عنوان پرخاشگری فیزیکی، پرخاشگری کلامی، خشم و خصومت می‌باشد و در مقیاس ۵ درجه‌ای (کاملاً موافقم= ۵ تا کاملاً مخالفم= ۱) نمره‌گذاری می‌شود (۲۲).

این پرسشنامه از همسانی درونی بسیار مناسبی برخوردار است. باس و پری ضریب همسانی درونی این پرسشنامه را ۰/۸۹ و پایایی آن را با استفاده از روش آزمون باز آزمون ۰/۸۰ گزارش کرده‌اند (۲۳). همبستگی زیرمقیاس‌های این پرسشنامه با یکدیگر و با کل مقیاس، که بین ۰/۲۵ تا ۰/۴۵ متغیر است، بیانگر روایی مناسب این ابزار بوده است. محمدی (۲۲) نیز ضرایب اعتبار این پرسشنامه به روش باز آزمایی را برای کل پرسشنامه ۰/۷۸ و برای زیر مقیاس‌ها بین ۰/۶۱ تا ۰/۷۴ متغیر اعلام کرده است. همچنین روایی همزمان این پرسشنامه نیز با به‌کارگیری مقیاس آسیب روانی عمومی، ۰/۳۴ برآورد شد که در سطح (P<۰/۰۰۱) معنادار بود.

پایایی پرسشنامه پرخاشگری به روش باز آزمایی در مورد ۳۷ نفر پس از ۹ هفته، ضریب همبستگی ۰/۸۰، ۰/۷۶، ۰/۷۲ و ۰/۷۲ به ترتیب برای عوامل پرخاشگری فیزیکی، کلامی، خشم و خصومت به دست داده است. جهت سنجش اعتبار درونی مقیاس از ضریب آلفای کرونباخ استفاده شده است که نتایج نشانگر همبستگی درونی زیر مقیاس‌های پرخاشگری بدنی ۰/۸۲، پرخاشگری کلامی ۰/۸۱، خشم ۰/۸۳ و خصومت ۰/۸۰ می‌باشد (۲۲).

۴. Buss and Perry's aggression questionnaire

پرسشنامه آسیب به خود (SHI):

پرسشنامه آسیب به خود سانسون و همکاران (۱۹۹۴) یک پرسشنامه ۲۲ سؤالی است که به‌صورت بلی/خیر پاسخ داده می‌شود. در این پرسشنامه رفتارهایی که عمداً به‌منظور آسیب به خود انجام‌شده‌اند مورد ارزیابی قرار می‌گیرند، مانند: سوءمصرف دارو یا مواد و الکل، خودزنی، ایراد آسیب بدنی به خود تا از دست دادن شغلی به‌صورت عمدی. اعتبار پرسشنامه در پژوهش سانسون و همکاران (۲۴) به روش آلفای کرونباخ ۰/۸۳ محاسبه‌شده است. در مطالعه طاهباز، حسین‌زاده و همکاران (۲۵) که به مقایسه گرایش شخصیتی خود تخریبی و خود انسجامی در بیماران مبتلابه مالتپل اسکلروز و سالم پرداخته بودند، آلفای کرونباخ این مقیاس ۰/۷۴ به‌دست‌آمده است.

پرسشنامه تنظیم هیجانی

این مقیاس توسط گروس و جان (۲۰۰۳) تهیه‌شده است. مقیاس فوق از ۱۰ گویه تشکیل‌شده است که دارای دو خرده مقیاس ارزیابی مجدد (۶ گویه) و فرونشانی (۴ گویه) می‌باشد. پاسخ‌ها بر اساس مقیاس لیکرت (هفت‌درجه‌ای)، از کاملاً مخالف (۱) تا کاملاً موافق (۷) می‌باشد. ضریب آلفای کرونباخ برای ارزیابی مجدد ۰/۷۹ و برای فرونشانی ۰/۷۳ و اعتبار باز آزمایی بعد از ۳ ماه برای کل مقیاس ۰/۶۹ گزارش‌شده است (۲۶). ضریب همسانی درونی این مقیاس در کارمندان ایالتی و دانشجویان کاتولیک دانشگاه میلان برای ارزیابی مجدد در دامنه‌ای از ۰/۴۸ تا ۰/۶۸ و برای فرونشانی (۰/۲۴) و عواطف منفی (۰/۱۴-) و فرونشانی با مقیاس عواطف مثبت (۰/۱۵) و عواطف منفی (۰/۰۴) گزارش‌شده است (۲۷). نسخه فارسی پرسشنامه تنظیم هیجانی گروس و جان در فرهنگ ایرانی توسط قاسم پور و همکاران (۲۸) مورد هنجاریابی قرارگرفته است. در این پژوهش، اعتبار مقیاس بر اساس روش همسانی درونی (با دامنه آلفای کرونباخ ۰/۶۰ تا ۰/۸۱) و روایی پرسشنامه مذکور از طریق تحلیل مؤلفه اصلی یا استفاده از چرخش واریماکس، همبستگی بین دو خرده مقیاس (r=۰/۱۳) و روایی ملاکی مطلوب گزارش‌شده است.

یافته‌ها

یکی از مفروضه‌هایی که در آزمون تحلیل کوواریانس چندمتغیری باید رعایت شود، برابری واریانس[۵] متغیرهای وابسته در سطوح متغیر مستقل است. جهت سنجیدن این امر از آزمون باکس[۶]، برای سنجش برابری ماتریس کوواریانس[۷] در متغیرهای وابسته استفاده شد. اطلاعات مربوط به این آزمون در جدول ۲ ارائه شده است. همان‌گونه که در جدول ۲ مشاهده می‌شود آزمون باکس معنی‌دار است، که نشان‌دهنده رعایت نشدن مفروضه برابری واریانس‌ها در

۵. Homogeneity of Variances
۶. Box's Test
۷. Equality of Covariance Matrices

[Downloaded from jmciri.ir on 2025-07-12]

سطوح متغیر ملاک هست.

جدول ۲ – آزمون باکس برای سنجش برابری ماتریس کوواریانس

شاخص آزمون باکس	۴۳/۱۸۹
F	۲/۲۹۵
درجه آزادی ۱	۱۵
درجه آزادی ۲	۲/۹۰۱
سطح معنی‌داری	۰/۰۴۳

باید توجه داشت که آزمون باکس مانند تمام آزمون‌های آماری در برابر حجم نمونه بسیار حساس است و تفاوت‌های کوچک را معنی‌دار نشان می‌دهد. برای بررسی بیشتر این مطلب که تفاوت واریانس دقیقاً مربوط به کدام‌یک از متغیرهای پیش‌بین هست، از آزمون لوین[۸] جهت آزمون برابری واریانس در مورد هر متغیر به‌صورت مجزا استفاده شد، که نتایج آن در جدول ۳ ارائه شده است. مشاهده می‌شود که آزمون لوین تفاوت واریانس متغیرها را معنی‌دار نشان نمی‌دهد. بنابراین درنهایت می‌توان با تکیه بر معنی‌دار نبودن آزمون لوین فرضیه نرمال بودن داده‌ها و برابری واریانس‌ها را تا حدودی مشاهده‌شده در نظر گرفته و از آزمون تحلیل کوواریانس استفاده نمود.

جدول۳ – آزمون لوین برای سنجش برابری واریانس‌ها

مقیاس	شاخص آزمون لوین	درجه آزادی ۱	درجه آزادی ۲	سطح معنی‌داری
تنظیم هیجان	۱/۶۰۷	۱	۲۷	۰/۲۱۶
پرخاشگری	۰/۰۰۵	۱	۲۷	۰/۹۴۷
عاطفه منفی	۰/۰۳۴	۱	۲۷	۰/۸۵۴
عاطفه مثبت	۲/۰۹۰	۱	۲۷	۰/۰۵۲
آسیب به خود	۱/۰۷۱	۱	۲۷	۰/۳۱۰

در جدول ۴ میانگین و انحراف معیار متغیرهای وابسته برای کل آزمودنی‌ها، و همچنین گروه‌های آزمایش و کنترل به تفکیک ارائه شده است. در صورتی که آزمون‌های استنباطی در خصوص تفاوت بین گروه‌ها معنی‌دار باشد، از داده‌های این جدول برای تفسیر معنی‌داری آزمون و تشخیص برتری گروه‌ها نسبت به یکدیگر بهره برده خواهد شد.

جهت بررسی اثر مداخله آزمایشی، تحلیل کوواریانس چند متغیری (MANCOVA) بر روی نمره‌های پس‌آزمون، با کنترل پیش‌آزمون پژوهش (تنظیم هیجان، عاطفه مثبت و منفی، رفتار پرخاشگرانه و خودزنی) انجام گرفت. جدول ۵ نتایج تحلیل کوواریانس چند متغیری را روی نمره‌های پس‌آزمون با کنترل پیش‌آزمون نشان می‌دهد.

۸. Levene's Test

مندرجات جدول ۵ نشان می‌دهد که بین گروه آزمایش و کنترل از لحاظ متغیرهای وابسته در سطح P<۰/۰۰۱ تفاوت معنی‌داری وجود دارد. برای بررسی نقطه تفاوت تحلیل کوواریانس تک متغیری در متن مانکوا روی متغیرهای وابسته انجام گرفت که نتایج حاصل از آن در جدول ۶ ارائه‌شده است.

نتایج مندرج در جدول ۶ نشان می‌دهد که تحلیل کوواریانس تک متغیری در متغیرهای تنظیم هیجان(F=۵۴/۸۸۶ و P<۰/۰۰۱)، عاطفه مثبت (F=۲۷/۵۲۹ و P<۰/۰۰۱)، عاطفه منفی (F=۱۱۵/۸۲۸ و P<۰/۰۰۱)، رفتار پرخاشگرانه (F=۷۴/۱۲۹ و P<۰/۰۰۱) و خودزنی (F=۶۱/۶۱۹ و P<۰/۰۰۱) معنادار می‌باشد.

بحث

این پژوهش باهدف بررسی اثربخشی رفتاردرمانی دیالکتیک بر تنظیم هیجان،عاطفه مثبت و منفی، رفتار پرخاشگرانه و خودزنی دانش آموزان دختر ۱۳ تا ۱۶ سال انجام شد.نتایج نشان داد که رفتاردرمانی دیالکتیک منجر به افزایش تنظیم هیجان، افزایش عاطفه مثبت،کاهش عاطفه منفی، کاهش رفتار پرخاشگرانه و خودزنی دانش آموزان نسبت به گروه کنترل‌شده است.این یافته‌ها همسو با نتایج پژوهش علوی و همکاران(۲۹) کاظمی(۳۰)، ندیمی(۱۷)، تقی‌زاده و همکاران(۳۱)، آندرادا و همکاران (۱۹)، دنیس و بن پوراث[۹](۳۲) و فلدمن و همکاران(۳۳) است که نشان‌دهنده تأکید خاص رفتاردرمانی دیالکتیک بر مهارت‌های تنظیم هیجان است. بدین معنی که افرادی که تحت رفتاردرمانی دیالکتیکی بودند در پایان دوره‌ی درمان در تنظیم و کنترل هیجان‌ها موفق‌تر از قبل عمل کردند. در رفتاردرمانی دیالکتیک به‌طور ویژه بر روی مهارت‌های تنظیم هیجانی تمرکز می‌شود. مهارت‌های تنظیم هیجانی DBT، کاهش آشفتگی هیجانی را از طریق مواجهه با هیجان اولیه در یک جو غیر قضاوتی؛ به‌وسیله کاربرد مجموعه‌ای از مهارت‌ها، مورد هدف قرار می‌دهد. مهارت‌های تنظیم هیجانی روی تغییر دادن هیجان‌های آشفته کننده و مهارت‌های بین فردی، روی تغییر دادن محیط اجتماعی نامعتبر ساز که برانگیختگی هیجانی را تقویت می‌کند، تمرکز می‌کند (۳۴). مهارت‌های تنظیم هیجان شامل شناسایی هیجانات، درک هیجانات، کاهش آسیب‌پذیری هیجانی و کاهش رنج هیجانی هست. این مهارت‌ها به افراد کمک می‌کنند تا احساس‌های خود را دقیق‌تر بشناسند و بتواند بدون درگیر شدن با هیجان‌های آشفته ساز به مشاهده آن‌ها بپردازند. هدف این مهارت‌ها، تنظیم یا تعدیل احساسات افراد است بدون آن‌که واکنش منفی و مخربی از خودشان بروز دهند (۳۵).

پاسینزی و کانر[۱۰](۳۶) نشان دادند که رفتاردرمانی دیالکتیک به‌طور معناداری باعث بهبود سلامت روان و مؤلفه‌های آن و بهبود عاطفه

۹. Denise & Ben-Porath
۱۰. Pasienzy & Conner

[Downloaded from jmciri.ir on 2025-07-12]

جدول ۴ میانگین و انحراف‌معیار گروه‌های آزمایش و کنترل در پس‌آزمون

مقیاس	گروه کنترل گروه ۱		رفتاردرمانی دیالکتیک گروه ۲		کل	
	میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار
تنظیم هیجان	۳۰/۴۳	۶/۰۰۹	۴۴/۲۷	۳/۷۳۱	۳۷/۵۹	۸/۵۵۹
پرخاشگری	۷۴/۴۳	۱۸/۸۰۶	۱۰۰/۶۷	۱۲/۵۷۹	۸۸/۰۰	۲۰/۵۲۷
عاطفه منفی	۳۲/۲۹	۶/۰۳۱	۱۹/۱۳	۲/۷۲۲	۲۵/۴۸	۸/۰۸۳
عاطفه مثبت	۳۰/۹۳	۸/۱۹۴	۳۲/۸۰	۳/۳۴۲	۳۱/۹۰	۶/۱۳۷
آسیب به خود	۲۹/۱۴	۳/۰۸۵	۲۳/۳۳	۱/۰۴۷	۲۶/۱۴	۳/۷۰۱

جدول۵ نتایج آزمون تحلیل کوواریانس چندمتغیری

آماره	مقدار	F	درجه آزادی	درجه آزادی خطا	معنی‌داری	مجذور اتا
اثر پیلایی	۰/۸۶۸	۲۳/۶۴۲	۵	۱۸	۰/۰۰۰۱	۰/۸۶۸
لامبدای ویلکز	۰/۱۳۲	۲۳/۶۴۲	۵	۱۸	۰/۰۰۰۱	۰/۸۶۸
اثر هاتلینگ	۶/۵۶۷	۲۳/۶۴۲	۵	۱۸	۰/۰۰۰۱	۰/۸۶۸
بزرگ‌ترین ریشه روی	۶/۵۶۷	۲۳/۶۴۲	۵	۱۸	۰/۰۰۰۱	۰/۸۶۸

جدول ۶ نتایج آزمون تحلیل کوواریانس تک متغیری

متغیر وابسته	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مربعات	F	معنی‌داری	مجذور اتا
آسیب به خود	۱۷۹/۰۰۶	۱	۱۷۹/۰۰۶	۶۱/۶۱۹	۰/۰۰۰۱	۰/۷۳۷
عاطفه مثبت	۷۵/۱۶۲	۱	۷۵/۱۶۲	۲۷/۵۲۹	۰/۰۰۰۱	۰/۵۵۶
عاطفه منفی	۹۶۵/۶۵۵	۱	۹۶۵/۶۵۵	۱۱۵/۸۲۸	۰/۰۰۰۱	۰/۸۴۰
پرخاشگری	۲۴۹۷/۴۶۷	۱	۲۴۹۷/۴۶۷	۷۴/۱۲۹	۰/۰۰۰۱	۰/۷۷۱
تنظیم هیجان	۱۰۵۹/۵۲۸	۱	۱۰۵۹/۵۲۸	۵۴/۸۶۶	۰/۰۰۰۱	۰/۷۱۴

مثبت می‌شود.

نتایج پژوهش نیکسیو و همکاران (۳۷) حاکی از اثربخشی معنادار رفتاردرمانی دیالکتیک در کاهش افسردگی، رفتارهای خودکشی و کنترل خشم بیماران دچار اختلال شخصیت مرزی بود.

در پژوهشی که توسط ونز و دیگران (۳۸) صورت گرفت، اگرچه خشم در گروهی که تحت درمان رفتاردرمانی دیالکتیک بودند کاهش یافت اما تفاوت ازنظر آماری معنی‌دار نبود و میزان خشم کاهش‌یافته جزئی بود. کلارکین و دیگران (۳۹) در مطالعه خود نشان دادند که روان‌درمانی مبتنی بر انتقال و درمان حمایتی در کاهش خشم از رفتاردرمانی دیالکتیکی مؤثرتر است لذا یافته‌های این پژوهش‌ها در این شاخصه با پژوهش حاضر ناهمسو است.

نتایج پژوهش صفاری‌نیا و همکاران (۱۸) درباره اثربخشی رفتاردرمانی دیالکتیک بر کاهش رفتارهای خود آسیب رسان نوجوانان بزهکار مقیم کانون اصلاح و تربیت تهران نشان داد که برنامه رفتاردرمانی دیالکتیک به روش گروهی بر کاهش رفتارهای خود آسیب رسان نوجوانان مقیم کانون اصلاح و تربیت مؤثر است. همچنین تأثیر رفتاردرمانی دیالکتیک بر کاهش کارکردهای درون فردی و بین فردی رفتارهای خود آسیب‌رسان نوجوانان مقیم کانون اصلاح و تربیت مؤثر است. مهارت‌های رفتاردرمانی دیالکتیک به درمان‌جویان کمک می‌نماید که توجه خود را از موقعیت‌های آشفته ساز به موضوع دیگری معطوف نمایند و یا با شیوه‌های جدید اثرات آشفته ساز شرایط را راحت‌تر تحمل نمایند. درواقع در این مهارت‌ها فرد با انجام تکنیک‌های مختلف همچون تلفن زدن به یک دوست صمیمی، ایجاد تعمدی هیجان مثبت (مثل دیدن فیلم)، مقایسه خود باکسانی که وضعیت بدتری دارند،تقویت سایر حس‌ها (مثل شنیدن موسیقی با صدای بلند و یا فشردن قطعه‌ای یخ) حواس برگردانی کرده و قدرت تحمل رنج و اندوه را در خود بالا ببرد (۴۰). بنابراین افراد به کمک این مهارت‌ها می‌توانند تحمل پریشانی و آشفتگی را در خود افزایش داده و درنتیجه رفتارهای خودزنی و خود آسیب‌رسان در آنها کاهش می‌یابد.

[Downloaded from jmciri.ir on 2025-07-12]

نتیجه‌گیری

بر اساس نتایج مطالعه حاضر و سایر مطالعات صورت گرفته می‌توان چنین گفت که رفتاردرمانی دیالکتیک به کمک راهبردهای درمانی (راهبردهای اعتباربخشی، مسئله گشایی، دیالکتیکی، سبک‌شناختی و مدیریت بیمار) و همچنین از طریق آموزش مهارت‌ها موجب افزایش توانایی دانش آموزان در تنظیم هیجان‌های خود و کاهش رفتارهای پرخاشگرانه و خودزنی می‌شود.

یافته‌های این پژوهش می‌تواند در آموزش و پرورش، سازمان بهزیستی، مراکز درمانی و مشاوره‌ای توسط روانشناسان و مشاوران تحصیلی مورداستفاده قرار گیرد.

در پایان باید اشاره شود که این پژوهش بر روی یک گروه جنسی و دانش آموزان یک مقطع تحصیلی صورت گرفته است لذا تعمیم نتایج باید با احتیاط صورت گیرد.پیشنهاد می‌شود که پژوهش‌های آتی بر روی گروه‌هایی با سطوح سنی مختلف، دانش آموزان پسر و همچنین در دیگر نقاط کشور انجام شود.

سپاسگزاری

از تمام مسئولین مدارس، دانش آموزان و والدین آنها که در انجام این پژوهش به ما یاری رساندند کمال تشکر راداریم. پژوهش حاضر، بخشی از پایان‌نامه کارشناسی ارشد سارا قربانی جهت اخذ درجه کارشناسی ارشد در رشته روانشناسی بالینی از دانشگاه آزاد اسلامی ورامین بود و بنا به اظهار نویسنده مسئول مقاله، تعارض منافع وجود نداشته است.

مراجع

1. Byabangard E. Prevent methods of academic failure. 2nd ed. Tehran: Iranian parent-teachers association. 2002[Persian]

2. Spindler H, Denollet J, Kruse C, Pedersen SS. Positive affect and negative affect correlate differently with distress and health-related quality of life in patients with cardiac conditions: validation of the Danish Global Mood Scale. J Psychosom Res. 2009;67(1):57-65.

3. Yosefi J. The relationship between emotion regulation and positive and negative emotion with psychological well-being of students. J Neyshabur Univ Med Sci.2015;3(1):66-74[Persian]

4. Kortte KB, Gilbert M2, Gorman P3, Wegener ST1. Positive psychological variables in the prediction of life satisfaction after spinal cord injury. Rehabil Psychol. 2010;55(1):40-47.

5. Sadeghi H, Shahri M, Khaleghi N, Asadian Z, Pirani Z. Investigation the Role of Negative Emotion Regulation and Educational Enthusiasm in Predicting of Risky Behavior of Students. Journal of Health Breeze.2015;3(4):37-44[Persian]

6. Sukhodolsky DG, Kassinove H, Gorman BS. Cognitive-behavioral therapy for anger in children and adolescents: A meta-analysis. Aggression and violent behavior. 2004;9(3):247-69.

7. Maleki B, Mohammad Zadeh H,Ghavami A. The effect of emotional intelligence training on aggression, stress, psychological well-being in elite athletes. Behavioral Movement.2012;11:177-190[Persian]

8. Ramazani R, Rahmani Nia F, Boroumand MR. The study of disclosure of aggressive behaviors among “Pegah Club” soccer players in professional league competition in Iran. Journal of sport management .2009;1(1):101-117[Persian]

9. Akbari M, Zare H. Prediction of risky behavior in adolescence and its relationship with sensation seeking and decision making styles.rph.2012; 6(1):57-65[Persian]

10. Fekri SH. Relationship of negative emotion and self-concept with self-harm behaviors in bully teenagers[MA.thesis]. Ahwaz: Payamnoor university;2015[Persian]

11. Gusman M, R. High risk behavior among youth. Neb guide, University of Nebraska.2014

12. Kartein, L. The effect of positive psychotherapy on impulsivity and high-risk behaviors of adolescents in delinquent adolescent care centers. Social Behavior Personality.2015; 31, 215-222.

13. Aghajani H, Motlagh MS, Ahmad ZAdeh Asl M, Rafiei Far SH, Rezaei Mir Ghaed O, Ghafari HA, et al.A guide to hazard-less life for teenagers.Tehran:Mehrravash;2011[Persian]

14. Linehan M, Dexter-Mazze E. Dialectical Behavior Therapy for Borderline Personality Disorder. Clinical handbook of psychological disorders: A step-by-step treatment manual.2012; 136(2):365-462.

15. Narimani M, Bagian-Kulemarez MJ, Ahadi B, Abolghasemi A. The study of effectiveness of group training of dialectical behavioral therapy (DBT) on reducing of symptoms of attention deficit/hyperactivity disorder(ADHD) and promoting quality of life of students. Journal of clinical psychology.2014; 6(1):37-49[Persian]

16. Schnell K, Herpertz SC. Effects of dialectic-behavioral-therapy on the neural correlates of affective hyperarousal in borderline personality disorder. Journal of Psychiatric Research. 2007;41(10):837-47.

17. Nadimi M. Effectiveness of dialectical behavior therapy (based on skills training) on reduce impulsivity and increase emotional regulation in women dependent on Methamphetamin. Frooyesh.2016;5(1):47-74[Persian]

18. Saffarinia M, Nikoogoftar M, Damavandian A. The effectiveness of dialectical behavior therapy(DBT)on reducing self-harming behaviors in Juvenile offenders in Tehran’s Juvenile correction and rehabilitation center. Quarterly of clinical psychology studies.2015;15(4):141-158[Persian]

19. Neacsiu AD1, Eberle JW2, Kramer R2, Wiesmann T2, Linehan MM2. Dialectical behavior therapy skills for transdiagnostic emotion dysregulation: a pilot randomized controlled trial. Behav Res Ther. 2014;59:40-51..

20. Watson D, Clark LA, Tellegen A. Development and validation of brief measures of positive and negative affect: the PANAS scales. J Pers Soc Psychol. 1988;54(6):1063-70.

21. Mohammadi A, Birashk B, Gharraee B. Comparison of the Effect of Group Transdiagnostic Treatment and Group Cognitive Therapy on Emotion Regulation. Iranian Journal of Psychiatry & Clinical Psychology. 2013;19(3): 187-194[Persian]

[Downloaded from jmciri.ir on 2025-07-12]

22. Mohammadi N. A preliminary study of the psychometric properties of Buss and Perry's aggression questionnaire. Journal of social sciences and humanities of Shiraz university.2007;25(4):135-151[Persian]

23. Shakibaei F, Tehrani doust M, Shahrivar Z, Asaari S. Anger Management Group Therapy With Cognitive Behavior Approach in Institution Adolescents. Advances in Cognitive Science. 2004; 6 (1 and 2) :59-66[Persian]

24. Sansone RA, Fine MA, Nunn JL. A comparison of borderline personality symptomatology and self-destructive behavior in women with eating, substance abuse, and both eating and substance abuse disorders. Journal of Personality Disorders. 1994;8(3):219-28.

25. Tahbaz Hoseinzadeh S, Ghorbani N, Nabavi SM. Comparison of self-destructive tendencies and integrative self-knowledge among multiple sclerosis and healthy people. Contemp Psychol. 2011;6:35-44. [Persian]

26. Gross JJ. Emotion regulation in adulthood: Timing is everything. Current directions in psychological science. 2001;10(6):214-9.

27. Balzarotti S, John OP, Gross JJ. An Italian Adaptation of the Emotion Regulation Questionnaire. European Journal of Psychological Assessment.2010;26 (1): 61-67

28. Ghasempour A, Ilbeigi R, Hassanzadeh Sh. Psychometric properties of the Cognitive Emotion Regulation Questionnaire in a sample of Iranian population. The sixth congress of Students mental health, university of Guilan.2012;722-724[Persian]

29. Alavi KH, Modarres Gharai M, Amin Yazdani SA, Salehi Fadardi J. Effectiveness of group dialectical behavior therapy (based on core mindfulness, distress tolerance and emotion regulation components) on depressive symptoms in university students. Journal of fundamentals of mental health.2011;13(2):124-135[Persian]

30. Kazemi M. Effectiveness of group dialectical behavior therapy on emotion regulation, distress tolerance and quality of sleep in patients with sleep disorder. [MA.thesis]. Islamic Azad university Torbat-e-Jam branch;2017[Persian]

31. Taghi Zadeh ME, Ghorbani T, Safarinia M. Effectiveness of emotion regulation techniques of dialectical behavior therapy on emotion strategies in women with borderline personality disorder and substance abuse disorder: multiple baseline design. rph.2015;9(3):66-73[Persian]

32. Ben-Porath DD. Dialectical behavior therapy applied to parent skills training: Adjunctive treatment for parents with difficulties in affect regulation. Cognitive and Behavioral Practice. 2010;17(4):458-65.

33. Feldman G, Harley R, Kerrigan M, Jacobo M, Fava M. Change in emotional processing during a dialectical behavior therapy-based skills group for major depressive disorder. Behav Res Ther. 2009;47(4):316-21.

34. Swales MA, Heard HL. Dialectical Behavior Therapy, The CBT distinctive features series. Routledge: Published in the USA and Canada;2009

35. Miller AL, Rathus JH, Linehan MM. Dialectical behavior therapy with suicidal adolescents. Guilford Press; 2006.

36. Pasieczny N, Connor J. The effectiveness of dialectical behaviour therapy in routine public mental health settings: An Australian controlled trial. Behav Res Ther. 2011;49(1):4-10.

37. Neacsiu AD, Rizvi SL, Linehan MM. Dialectical behavior therapy skills use as a mediator and outcome of treatment for borderline personality disorder. Behav Res Ther. 2010;48(9):832-9.

38. Venz LI, spitzer RL, et al. Treatment of borderline personality disorder with dialectical-behavior therapy: 6-mounth follow-up. American Journal of psychiatry.2000;V.158:36-42

39. Clarkin JF, Levy KN, Lenzenweger MF, Kernberg OF. Evaluating three treatments for borderline personality disorder: a multiwave study. Am J Psychiatry. 2007;164(6):922-8.

40. Soler J, Pascual JC, Campins J, Barrachina J, Puigdemont D, Alvarez E, Pérez V. Double-blind, placebo-controlled study of dialectical behavior therapy plus olanzapine for borderline personality disorder. Am J Psychiatry. 2005;162(6):1221-4.

[Downloaded from jmciri.ir on 2025-07-12]