

## Research Paper

# The effectiveness of dialectical behavior therapy on self-control and anxiety tolerance in adolescents with mood disorders



Shahla Salimi<sup>1</sup> & Shamila Gheirati<sup>2\*</sup>

1. Ph.D. in Psychology, Sciences and Research Branch, Islamic Azad University, Tehran, Iran.

2. Master's student in general psychology, Shiraz Branch, Islamic Azad University, Shiraz, Iran.



**Citation:** Salimi, S. & Gheirati, S. (2024). [The effectiveness of dialectical behavior therapy on self-control and anxiety tolerance in adolescents with mood disorders (Persian)]. *Journal of School Psychology and Institutions*, 12(4):93-108. <https://doi.org/10.22098/jsp.2024.10767.5273>

[10.22098/jsp.2024.10767.5273](https://doi.org/10.22098/jsp.2024.10767.5273)



### Article Info:

**Received:** 2022/05/05

**Accepted:** 2024/01/14

**Available Online:** 2024/03/16

### Key words:

Dialectical Behavior Therapy, Self-Control, Distress Tolerance, Disruptive Mood Disorder, Adolescents

## ABSTRACT

**Objective:** The aim of this study was to compare the effectiveness of dialectical behavior therapy on self-control and adolescent distress tolerance of mood disorders.

**Methods:** The research method was quasi-experimental pretest-posttest with a control group. The population of this study was all male students aged 10 to 17 years in Kazerun in the academic year of 2020-2021. The sample consisted of 30 male students with disruptive mood disorder. The participants were assigned to experimental and control groups (15 people in each group). The instruments were structured clinical interview, self-control scale (Tanji et al., 2004) and Simmons and Gaher (2005) Distress Tolerance Questionnaire. The collected data was analyzed using multivariate analysis of covariance.

**Results:** The results showed that any dialectical behavior therapy had a significant effect on increasing self-control and distress tolerance in children with disruptive mood disorders ( $P \geq 0.001$ ).

**Conclusion:** Therefore, it can be concluded that dialectical behavior therapy can be used as an appropriate intervention method along with drug therapy.

## Extended Abstract

### 1. Introduction

**D**isruptive mood dysregulation disorder is a new disorder in the textbook of the Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (American Psychological Association, 2013) and the main feature of this disorder is persistent and severe irritability, which is manifested in two ways: the person has explosive anger many times and these outbursts of anger usually occur in response to failure and can be verbal or behavioral (outbursts of behavioral anger are expressed as aggression towards oneself, others, or one's own belongings or others). These outbursts of anger must be frequent (at least three times a week) for at least 1 year and be present in at least 2 home and school

environments and does not match age. In the period of intense outbursts of anger, the person is constantly irritable or angry, and this condition exists most of the day, almost every day, and those around her easily notice it (Laporte et al., 2021). Studies show that mood instability and irritability in individuals with disruptive mood dysregulation disorder affect interpersonal relationships, academic performance, and self-efficacy (Laporte et al., 2021).

One of the components of emotional intelligence that has been a big part of research in the last few years and is very important is self-control. Self-control has been defined as the proper use of emotions (Meyer, Salvi, Garroso, & Sitarinus, 2003). Self-control is an important and significant feature that allows people to manage their thoughts, impulses, emotional states and behaviors (Daly, Bamister, Dalani and McLaglan, 2014). According to studies by Bowlin and Beer (2012) and Nielsen et al. (2021), self-control with many adaptive functions such as

### \*Corresponding Author:

Shamila Gheirati

Address: M.A. Student in General Psychology, Islamic Azad University, Shiraz Science Research Center, Fars, Iran.

Tel: +98 (917) 1805960

E-mail: [shamila.gh97@gmail.com](mailto:shamila.gh97@gmail.com)

academic achievement, high self-esteem, interpersonal skills, satisfactory communication, secure attachment and positive emotions, It has a positive relationship and has a negative relationship with issues such as anxiety, depression, impulsivity, aggression and cases such as alcohol abuse.

Recently, researchers have looked at the underlying and exacerbating mechanisms in the study and treatment of anxiety and depression. In this regard, the structure of distress tolerance has been considered more than other concepts (Elahi et al., 2018). Distress tolerance is often defined as a person's perceived self-reported ability to experience and tolerate negative emotional states (Simmons and Gaher, 2005), or behavioral ability to persevere in goal-oriented behavior when experiencing emotional distress. The results of studies on the role of Distress tolerance in eating disorders (Vijovanvik, Deçero Burns, 2016; Jovaracio et al., 2016), post-traumatic stress disorder (Holliday, Pederson, & Lontal, 2016), anxiety disorders (Mitchell, Rova, Young, & Mecca). Coby, 2016), obsessive-compulsive disorder (Macatee, Capron, Guthrie, Smith, & Kojel, 2015), depression (Halliday et al., 2016), sleep quality (Short et al., 2016), substance abuse disorder (Faris, Metric, Boone - Miller, Gallar and Zolensgy, 2016), alcohol (Wang, Ardema, & Grishma, 2017; Halliday, Pederson, and Lonthal, 2016) and smoking cessation (Cameron, Reid, & Ninman, 2013).

Various psychological and educational therapies and interventions have been used to increase self-control and Distress tolerance. Among the therapies used is dialectical behavior therapy. Dialectical behavior therapy is a type of cognitive-behavioral therapy that Linehan (2015) introduced. Cognitive-behavioral therapy seeks to identify negative thought patterns and lead them to positive behaviors. This method teaches clients the skills needed to deal with and change unhealthy behaviors (Cook and Goriz, 2016). Dialectical behavior therapy is based on the "principle of change" of cognitive-behavioral therapy and the "principle of acceptance" of the techniques of Eastern Zen philosophy and plays a decisive role in regulating emotions, thoughts, feelings and behaviors of individuals ( Linehan, 2015). Periplate Chinkov et al. (2017) in a controlled clinical trial with the aim of the effectiveness of dialectical behavior therapy for adolescents with Disruptive mood dysregulation disorder: Feasibility and Outcomes concluded that the recovery rate due to dialectical behavior therapy skills training was 52.4 The percentage was 27.3% for normal treatment. The results also showed that the effectiveness of dialectical behavior therapy was maintained in 3-month follow-up. Vogel, Singh and Agarso (2021) in a study aimed at a systematic

review study aimed at cognitive-behavioral therapy and dialectical behavior therapy for adolescent eating disorders (40 studies on the effectiveness of cognitive-behavioral therapy and 10 studies on dialectical behavior therapy) showed that both treatments were significantly effective in reducing a wide range of adolescent disorders. In another controlled clinical trial, Liang et al. (2021) aimed at the effectiveness of dialectical behavior therapy on medical students' anxiety and depression during the Covid-19 epidemic. The control group was significantly reduced in the post-test. Considering the different dimensions of confusion and anxiety caused by the behavior of children and adolescents and the results obtained from research in the field of dialectical behavior therapy training program and its effect on mood disorders (depression and bipolar disorder type II), emotional and psychosomatic problems ( Multiple Sclerosis). Therefore, this study was conducted with the aim of the effectiveness of dialectical behavior therapy on self-control and distress tolerance in adolescents with Disruptive mood dysregulation disorders.

**2. Materials and Methods**

The quasi-experimental design of this study was pretest-posttest with a control group. It included the following steps: 1- Random selection of the research sample, 2- Random replacement of subjects, 3- Performing pre-test and collecting data; 4- Execution of independent variables (dialectical behavior therapy) on experimental groups, 5- Performing post-test and collecting data. The population of this study included all male students aged 12 to 17 years old in Kazerun in the academic year 2021-2022. The sample of the study was 30 male students with disruptive mood dysregulation disorder. Multi-stage random cluster sampling was selected from the education areas of Kazerun city and randomly assigned to two experimental groups (dialectical behavior therapy) and a control group. Data analysis was performed using multivariate analysis of covariance by SPSS.26.

**3. Results**

As can be seen in Table 4, based on the results of Mancova test, between the experimental and control groups in the variables of distress tolerance ( $F_{(1 \text{ and } 22)} = 33.918, P < 0.001$ ) and the total score Self-control ( $F_{(1 \text{ and } 22)} = 36.208, P < 0.001$ ) There is a difference between pre-test and post-test positions. In other words, the experimental group received higher scores in distress tolerance and self-control after receiving the intervention.

**Table 1. Results of multivariate analysis of covariance on the mean scores of distress tolerance and self-control**

	Variable	SS	df	MS	F	P	ES	Statistical power
Group membership	Emotional Distress Tolerance	63.563	1	63.563	51.663	$P \leq 0.001$	0.70	1
	Absorption by negative emotions	42.862	1	42.862	39.986	$P \leq 0.001$	0.64	0.99
	Mental assessment of distress	50.612	1	50.612	48.716	$P \leq 0.001$	0.68	1
	Distress relieve	13.421	1	13.421	15.602	$P \leq 0.001$	0.41	0.96
	Distress Tolerance	25.118	1	25.118	33.918	$P \leq 0.001$	0.60	1
	Self-control	22.457	1	22.457	36.208	$P \leq 0.001$	0.62	1

#### 4. Discussion and Conclusion

The aim of this study was the effectiveness of dialectical behavior therapy on self-control and distress tolerance of adolescents with disruptive mood dysregulation disorder. The results showed that the mean scores of post-test scores of distress tolerance components were different between the two groups of dialectical behavior therapy and the control group. In other words, it can be said with 95% confidence that dialectical behavior therapy has led to an increase in distress tolerance scores after the test. These results are consistent with other studies, for example (Chinkov et al., 2017; Vogel et al., 2021; and Liang et al., 2021). These results are also indirectly studied by Bogyan Koolehmarzi, Karami, Wemni and Elahi (1398) with the aim of integrating dialectical behavior therapy and cognitive therapy based on compassionate mind on reducing cognitive responsiveness and motivation to act. Suicide in perpetrators The results showed the effectiveness of integrating dialectical behavior therapy and cognitive therapy based on compassionate mind on cognitive responsiveness and motivation to attempt suicide.

In explaining the results obtained, it can be inferred that a large part of the skills taught in dialectical behavior therapy is fundamental and pervasive attention, which is a kind of attention to the inner states of the individual (such as emotion and cognition) in a non-judgmental and receptive state. The development of attention awareness during training enables individuals to reduce habitual and spontaneous responses to stressful experiences. Eventually, the person's attitude and insight expand, and the person accepts the unchanging events of life, and as a result of activation, stressful responses are reduced. Thus, mindfulness exercises increase physical and cognitive awareness, self-awareness, and awareness, and this self-awareness leads to self-assessment, and previous flawed patterns of thoughts and feelings are broken, and the person lives more in the present and processes. New cognitions such as decision-making and planning power are facilitated and the individual experiences positive mental states.

The results also showed that the mean scores of post-test self-control were different between the two groups of dialectical behavior therapy and the control group. In other words, it can be said with 95% confidence that dialectical behavior therapy has led to an increase in self-control scores in post-test. These results are consistent with other studies, for example (Chinkov et al., 2017; Vogel et al., 2021; and Liang et al., 2021).

In explaining these results, it can be said that dialectical behavior therapy training and skills (mindfulness, distress tolerance, emotional regulation and interpersonal efficiency) include awareness voluntarily and based on attention to special emotions such as physical sensation in the body from one

moment to another. However, the mind is distracted by thoughts, feelings, sounds, or other bodily sensations. The content of the information is memorized and then the attention is slowly but surely returned to the protected goals. This process is repeated over and over again and again in the daily phase of the comprehensive awareness exercise. From this point of view, the metaphysical instinct is facilitated by learning to pay attention to the content of thoughts, and in the same way that they begin, they are allowed to come out of consciousness and then to the initial focus. Attention to return. In this way, an initial focus such as respiration can act as a fulcrum that is used to return consciousness to the present and prevent deviation from reality in currents of thought. In fact, the pervasive observation of thoughts allows us to consider a similar pattern of thought as thoughts, not necessarily reality itself (Linehan, 2015a).

In the present study, limitations such as surveying the sample of male students, lack of follow-up test to measure the stability of the intervention, and data collection with self-report questionnaires, as well as problems related to the specificity of the community to Kazerun are other limitations in this research is outstanding. It is suggested that in future research, other treatment methods for Attention Deficit Hyperactivity Disorder, Behavioral Disorder and Coping Disobedience be used and this research be done on other communities as well. Also, the present results can be used from several angles and in different fields. These findings can be applied in the fields of psychology, counseling and education because the results of the effective effectiveness of dialectical behavior therapy training is a combination of education and medicine.

#### 5. Ethical Considerations

##### Compliance with ethical guidelines

All ethical principles are considered in this article. The participants were informed about the purpose of the research and its implementation stages. They were also assured about the confidentiality of their information and were free to leave the study whenever they wished, and if desired, the research results would be available to them.

##### Funding

This research did not receive any grant from funding agencies in the public, commercial, or non-profit sectors.

##### Authors' contributions

The author himself has been present in designing, executing and writing all parts of the research.

##### Conflicts of interest

The authors declared no conflict of interest.

## مقاله پژوهشی

## اثر بخشی رفتاردرمانی دیالکتیکی بر خودکنترلی و تحمل پریشانی نوجوانان دارای اختلال بی‌نظمی خلق اخلاکگر

شهلا سلیمی<sup>۱</sup> و شمیلا غیرتی<sup>۲\*</sup> ID

۱. دکتری روان‌شناسی، واحد علوم و تحقیقات، دانشگاه آزاد اسلامی، تهران، ایران.  
 ۲. دانشجوی کارشناسی ارشد روان‌شناسی عمومی، واحد شیراز، دانشگاه آزاد اسلامی، شیراز، ایران.

## چکیده

**هدف:** این پژوهش با هدف مقایسه اثر بخشی رفتاردرمانی دیالکتیکی بر خودکنترلی و تحمل پریشانی نوجوانان اختلال بی‌نظمی خلق اخلاکگر انجام شد.

**روش‌ها:** روش پژوهش نیمه آزمایشی از نوع پیش‌آزمون-پس‌آزمون با گروه کنترل بود. جامعه‌ی آماری این پژوهش کلیه دانش‌آموزان پسر ۱۰ تا ۱۷ ساله شهر کازرون در سال تحصیلی ۱۳۹۹-۱۴۰۰ بود. نمونه‌ی پژوهش ۳۰ نفر از دانش‌آموز پسر دارای اختلال بی‌نظمی خلق اخلاکگر بود که از میان دانش‌آموزان پسری که نمره‌ی بالا در پرسشنامه غربالگری لاپورته و همکاران (۲۰۱۹) بود به روش نمونه‌گیری تصادفی خوشه‌ای چند مرحله‌ای انتخاب و در دو گروه آزمایشی و کنترل (۱۵ نفر در هر گروه) گمارده شدند. ابزارهای پژوهش، مصاحبه بالینی ساختاریافته، مقیاس خودکنترلی (تانجی و همکاران، ۲۰۰۴) و پرسشنامه تحمل پریشانی سیمونز و گاهر (۲۰۰۵) بود. داده‌های جمع‌آوری شده با استفاده از تحلیل کواریانس چندمتغیری مورد تجزیه و تحلیل آماری قرار گرفتند.

**یافته‌ها:** نتایج نشان داد که هر رفتاردرمانی دیالکتیکی بر افزایش خودکنترلی و تحمل پریشانی کودکان اختلال بی‌نظمی خلق اخلاکگر تأثیر معناداری دارند ( $P \leq 0/001$ ).

**نتیجه‌گیری:** بنابراین می‌توان نتیجه گرفت که از رفتاردرمانی دیالکتیکی می‌توان به عنوان روش‌های مداخله‌ای مناسب در کنار درمان دارویی سود جست.

## اطلاعات مقاله:

تاریخ دریافت: ۱۴۰۱/۰۲/۱۵

تاریخ پذیرش: ۱۴۰۲/۱۰/۲۴

تاریخ انتشار: ۱۴۰۲/۱۲/۲۶

## کلیدواژه‌ها:

رفتاردرمانی دیالکتیکی، خودکنترلی، تحمل پریشانی، اختلال بی‌نظمی خلق اخلاکگر، نوجوانان

## مقدمه

داشته باشد و با سن تطابقی ندارد. در فاصله انفجارهای شدید خشم، فرد به طور دایم تحریک‌پذیر یا عصبانی است و این حالت اکثر ساعات روز، تقریباً هر روز، وجود دارد و اطرافیان به آسانی متوجه آن می‌شوند (لاپورته<sup>۳</sup> و همکاران، ۲۰۲۱). هدف اصلی افزودن این اختلال در متن راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی<sup>۴</sup> (۲۰۱۳) این بود که کودکان مبتلا به تحریک‌پذیری مداوم و مزمن از کودکان مبتلا به اختلال دوقطبی کلاسیک (یعنی اپیرودیک) تفکیک شوند. از آنجا که تشخیص افتراقی اختلال دوقطبی در

اختلال نامنظم خلقی اخلاک‌گرانه<sup>۱</sup> یک اختلال جدید در متن کتابچه‌ی راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی است (انجمن روان‌شناسی آمریکا<sup>۲</sup>، ۲۰۱۳) و ویژگی اصلی این اختلال تحریک‌پذیری دایمی و شدیدی است که به دو شیوه نشان داده می‌شود، فرد به دفعات خشم انفجاری دارد و این انفجارهای خشم معمولاً در واکنش به ناکامی روی می‌دهد و می‌تواند کلامی یا رفتاری باشد (انفجار خشم رفتاری به صورت پرخاشگری نسبت به خود، دیگران، یا اشیا و لوازم خود یا دیگران نشان داده می‌شود) این انفجارهای خشم باید فراوان باشد (حداقل سه بار در هفته) حداقل ۱ سال ادامه داشته باشد و در حداقل ۲ محیط خانه و مدرسه حضور

1. Disruptive mood dysregulation disorder (DMDD)
2. American Psychiatric Association
3. Laporte
4. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders 5 edition (DSM.V)

\* نویسنده مسئول:

شمیلا غیرتی

نشانی: کارشناسی ارشد روان‌شناسی عمومی، دانشکده اقتصاد و مدیریت دانشگاه آزاد شیراز، شیراز، ایران.

تلفن: +۹۸ (۹۱۷) ۱۸۰۵۹۶۰

پست الکترونیکی: shamila.gh97@gmail.com

## روان‌شناسی مدرسه و آموزشگاه

ارتباطات، مشکلاتی در زمینه سلامتی، شغل و همچنین مشکلاتی از قبیل مشارکت در فعالیت‌های انحرافی، ضداجتماعی و فعالیت‌های مجرمانه قرار گیرند. بر اساس مطالعات بولین و بیر<sup>۱۳</sup> (۲۰۱۲) و نیلسن<sup>۱۴</sup> و همکاران (۲۰۲۱) خودکنترلی با عملکردهای انطباقی زیادی مانند پیشرفت تحصیلی، عزت نفس زیاد، مهارت‌های بین فردی، داشتن ارتباطات رضایت بخش، دلبستگی ایمن و هیجان‌های مثبت، رابطه مثبت دارد و با مواردی مانند اضطراب، افسردگی، تکانشگری، پرخاشگری و مواردی مانند سوء مصرف الکل رابطه منفی دارد.

اخیراً محققان در بررسی و درمان اضطراب و افسردگی به مکانیسم‌های زیربنایی و تشدید کننده آن توجه کرده‌اند. در این راستا سازه تحمل پریشانی بیش از مفاهیم دیگر مدنظر قرار گرفته است (الهای<sup>۱۵</sup> و همکاران، ۲۰۱۸). تحمل پریشانی اغلب به‌عنوان توانایی ادراک شده خود گزارشی یک فرد برای تجربه و تحمل حالت‌های هیجانی منفی (سیمونز و گاهر<sup>۱۶</sup>، ۲۰۰۵)، یا توانایی رفتاری در مداومت بر رفتار معطوف به هدف در زمان تجربه پریشانی عاطفی تعریف می‌شود. همچنین از بعد جسمانی، رفتاری، تحمل پریشانی به‌عنوان توانایی برای تحمل حالت‌های فیزیولوژیکی آزارنده تعریف می‌شود (مک کیلوپ و دویت<sup>۱۷</sup>، ۲۰۱۳). در واقع در میان ادبیات مختلف، پریشانی تجربی ممکن است در حوزه‌های شناختی، هیجانی، رفتاری و یا فیزیولوژیکی نمایان شود. از آنجا که سازه‌های تحمل پریشانی با توجه به اشکال متفاوت آسیب‌شناسی روانی، در طرح‌های پژوهشی جداگانه‌ای مورد بررسی قرار گرفته، هیچ نظریه فراگیر منفردی، از این طرح پدید نیامده است، انواع پریشانی تجربی را مورد تأکید قرار داده است (لیرو، زاولنسکی و برنشتاین<sup>۱۸</sup>، ۲۰۱۰). از لحاظ نظری تحمل پریشانی ممکن است بر تعدادی از فرآیندهای مربوط به خودنظم‌جویی شامل توجه، ارزیابی‌های شناختی وضعیت‌های هیجانی یا جسمانی پریشانی آور اثر بگذارد یا تحت تأثیر آن‌ها قرار بگیرد (سلطانی، نریمانی و موسی‌زاده، ۱۴۰۱).

1. Kring, Sheri, Johnson & John
2. Linke
3. Laporte
4. Dougherty
5. Stoddard, Wiggins, Wakschlag
6. Mulraney
7. Emotional Intelligence
8. self. control
9. Mayer, Salovey, Caruso & Sitarenios
10. Daly, Baumeister, Delaney & MacLachlan
11. Moffit
12. Piquero, Jennings, Farrington, Diamond & Gonzalez
13. Bowlin & Baer
14. Nilsen
15. Elhai
16. Simons, & Gaher
17. MacKillop, & De Wit
18. Leyro, Zvolensky, & Bernstein

کودکان ۴۰٪ افزایش یافته بود. تیم DSM-5 به این نتیجه رسید که این اختلال مجزا از اختلال دوقطبی است (کرینگ، شری، جانسون و جان<sup>۱</sup>، ۲۰۱۲؛ لاپورت<sup>۲</sup> و همکاران، ۲۰۲۰). کودکان مبتلا به این اختلال، در نوجوانی و بزرگسالی معمولاً به اختلالات افسردگی یک قطبی یا اختلالات اضطرابی مبتلا می‌شوند. در این اختلال، سمپتوم‌های اصلی عبارتند از تحریک‌پذیری شدید و غیر اپیزودیک در حالی که مشخصه اصلی اختلال دوقطبی سمپتوم‌های مانیک یا هیپومانیک اپیزودیک هستند. در واقع اصطلاح نامنظم، به ناتوانی در تنظیم مود و خلق و همچنین، به اپیزودیک بودن تحریک‌پذیری اشاره دارد (لاپورت<sup>۳</sup> و همکاران، ۲۰۱۹). شیوع این اختلال در کودکانی که به کلینیک‌های بهداشت روانی مراجعه می‌کنند، بسیار زیاد است و تخمین درباره شیوع آن در جامعه واضح نیست (انجمن روان‌شناسی آمریکا، ۲۰۱۳). دوقرتی<sup>۴</sup> (۲۰۱۴) شیوع سه ماهه اختلال بی‌نظمی خلق اختلال‌گرانه را در یک نمونه آمریکایی بدون توجه به تفاوت‌های جنسیتی و قومیتی ۸/۲ گزارش کرد (استودارد، ویگینس و اکس چلاگ<sup>۵</sup>، ۲۰۲۰). نتایج مطالعات مولارنی<sup>۶</sup> و همکاران (۲۰۲۰) نشان دهنده همبودی اختلال اختلال نامنظم خلقی اختلال‌گرانه را با اختلالات دوقطبی و اختلال نقص توجه و بیش‌فعالی است. همچنین مطالعات نشان می‌دهد بی‌ثباتی و تحریک‌پذیری خلقی در افراد مبتلا به اختلال نامنظم خلقی اختلال‌گرانه بر روابط بین فردی، عملکرد تحصیلی و خودکارآمدی تأثیر می‌گذارد (لاپورته و همکاران، ۲۰۲۱).

یکی از مؤلفه‌های هوش هیجانی<sup>۷</sup> که در چند سال گذشته بخش زیادی از تحقیقات را به خود اختصاص داده است و اهمیت بسیار زیادی دارد، خودکنترلی<sup>۸</sup> است. خودکنترلی را کاربرد صحیح هیجان‌ها تعریف کرده‌اند (فرامزی و عنایتی، ۱۴۰۰؛ مایر، سالوی، گاروسو و سیتارینوس<sup>۹</sup>، ۲۰۰۳). قدرت تنظیم احساسات موجب افزایش ظرفیت شخصی برای تسکین دادن خود، درک کردن اضطراب‌ها، افسردگی یا بی‌حوصلگی‌های متداول می‌شود. خودکنترلی ویژگی مهم و قابل توجهی است که به افراد امکان می‌دهد افکار، تکانه‌ها، حالت‌های هیجانی و رفتارهای خود را مدیریت کنند (دالی، بامیستر، دالانی و مک لاگ لان<sup>۱۰</sup>، ۲۰۱۴). به زعم موفیت<sup>۱۱</sup> (۲۰۱۱)؛ به نقل از پیگورو، جنینکس، فرینگتون، دی-آموند و گونزالس<sup>۱۲</sup>، ۲۰۱۶) افرادی که فاقد خودکنترلی بالا هستند و تکانشگری بیشتری دارند، به لحاظ شخصیتی بر خود کنترل ندارند و ممکن است در طول زندگی در معرض طیف وسیعی از مشکلات رفتاری و پیامدهای ناگوار از جمله نتایج تحصیلی پایین، کیفیت پایین

موقعیت‌های سخت و دشوار می‌پردازد و بر مشکلات و نگرانی‌های فعلی افراد (در اینجا و اکنون) که منجر به رفتارها و هیجانات دردرس‌ساز می‌شود، تمرکز می‌کند (باس، وان نیل و سوارت<sup>۳</sup>، ۲۰۱۴). (۳) تنظیم هیجانی، درمان‌گرانی که در این حوزه کار می‌کنند، به بیماران کمک می‌کنند تا هیجان‌های خود را بپذیرند و آن را به شیوه‌ای مناسب کنترل و ابراز کنند (زالوسکی، لی وایس و مارتین<sup>۴</sup>، ۲۰۱۸)؛ و (۴) کارآمدی بین فردی، این حیطه مهارت‌هایی را برای گسترش و حفظ روابط مؤثر و اثربخش آموزش می‌دهد (پدرسون<sup>۵</sup>، ۲۰۱۲) لذا با استفاده از مهارت‌ها و تکنیک‌های درمان دیالکتیکی، می‌توان به خویشتن‌داری هیجانی بهتری دست پیدا کرد و هیجان‌های دردرس‌ساز و شدید که اغلب ریشه در بنیادهای زیستی و تجربیات آسیب‌زای اولیه دارند را کنترل کرد (استیل<sup>۶</sup> و همکاران، ۲۰۱۸). به عبارتی دیگر رفتاردرمانی دیالکتیک یک روش غیردارویی و مجموعه‌ای از فنون است که برای ایجاد تغییرات در چگونگی تفکر و رفتار فرد، کاهش تفکرات منفی، تغییر نحوه زندگی و همچنین دستیابی به ثبات رفتاری و هیجانی کاربرد زیادی دارد (پدرسون، ۲۰۱۵). پری پلیت چنکوف<sup>۷</sup> و همکاران (۲۰۱۷) در یک کارآزمایی بالینی کنترل شده با هدف اثربخشی رفتار درمانی دیالکتیکی برای نوجوانان مبتلا به بی‌نظمی خلق اخلاک‌گر: امکان‌سنجی و پیامدها به این نتیجه رسیدند که نرخ بهبودی ناشی از آموزش مهارت‌های رفتاردرمانی دیالکتیکی ۵۲/۴ درصد و برای درمان معمولی ۲۷/۳ درصد بود. همچنین نتایج نشان داد که اثربخشی رفتاردرمانی دیالکتیکی در پیگیری ۳ ماهه حفظ شد.

1. Vujanovic, & Moos
2. Vujanovic, Dutcher, & Berenz
3. Juarascio
4. Holliday, Pedersen, & Leventhal
5. Michel, Rowa, Young, & McCabe
6. Macatee, Capron, Guthrie, Schmidt & Coughle
7. Short
8. Farris, Metrik, Bonn-Miller, Kahler
9. Wong, Aardema, & Grisham
10. Cameron, Reed, & Ninnemann
11. dialectical behavioral therapy (DBT)
12. cognitive behavioral therapy (CBT)
13. Linehan
14. Cook, & Gorraiz
15. principle of change
16. Principle of acceptance
17. zen
18. Mara
19. gold standard
20. borderline oersonality disorder
21. Puo
22. Little, Tickle, das Nair
23. Bass, van Nevel, & Swart
24. Zalewski, Lewis, & Martin
25. Pederson
26. Steil
27. Perepletkhikova

افراد با سطوح کمتر تحمل پریشانی ممکن است در معرض پاسخ‌ساز نایافته به پریشانی و شرایط برانگیزاننده پریشانی باشند. در نتیجه، این افراد ممکن است برای اجتناب از احساس‌های منفی یا حالت‌های آزارنده مربوط بکوشند. در مقابل، افراد با سطوح بالاتر تحمل پریشانی ممکن است بیشتر قادر باشند که به پریشانی و شرایط برانگیزاننده پریشانی پاسخ انطباقی دهند (برنشتاین، زوالنسکی، ویوجانویک و موس<sup>۸</sup>، ۲۰۰۹). نتایج مطالعات نقش تحمل پریشانی را در اختلال خوردن (ویوجانویک، دوچرو برنز<sup>۹</sup>، ۲۰۱۶، جواراسیو<sup>۱۰</sup> و همکاران، ۲۰۱۶)، اختلال استرس پس از سانحه (هالیدی، پدرسون و لونتال<sup>۱۱</sup>، ۲۰۱۶)، اختلالات اضطرابی (میچل، رووا، یانگ و مک-کابی<sup>۱۲</sup>، ۲۰۱۶)، اختلال وسواسی (ماکاتی، کاپرون، گوتری، اسمیت و کوجل<sup>۱۳</sup>، ۲۰۱۵)، افسردگی (هالیدی و همکاران، ۲۰۱۶)، کیفیت خواب (شورت<sup>۱۴</sup> و همکاران، ۲۰۱۶)، اختلال سوء‌مصرف مواد (فاریس، متریک، بون-میلر، گالار<sup>۱۵</sup> و زولنسکی، ۲۰۱۶)، الککل (وانگ، آردما و گریشما<sup>۱۶</sup>، ۲۰۱۷؛ هالیدی، پدرسون و لونتال، ۲۰۱۶) و ترک سیگار (کامرون، رید و نینمان<sup>۱۷</sup>، ۲۰۱۳) نشان داده‌اند.

جهت افزایش خودکنترلی و تحمل پریشانی درمان‌ها و مداخلات روان‌شناختی و آموزشی گوناگونی به کار بسته شده است. از جمله درمان‌های به کار رفته، رفتاردرمانی دیالکتیکی<sup>۱۱</sup> است. رفتاردرمانی دیالکتیکی نوعی درمان شناختی-رفتاری<sup>۱۲</sup> است که لینهان<sup>۱۳</sup> (۲۰۱۵) آن را معرفی کرد... درمان شناختی رفتاری تلاش می‌کند تا الگوهای فکری منفی را شناسایی کرده و آن‌ها را به سمت رفتارهای مثبت سوق دهد. این روش به مراجع مهارت‌های لازم برای مقابله با رفتارهای ناسالم و تغییر آن‌ها را می‌آموزد (کوک و گورایز<sup>۱۴</sup>، ۲۰۱۶). رفتاردرمانی دیالکتیکی با تأسی از «اصل تغییر<sup>۱۵</sup>» درمان شناختی رفتاری و «اصل پذیرش<sup>۱۶</sup>» فنون فلسفه شرقی ذن<sup>۱۷</sup> شکل گرفته و در تنظیم هیجان‌ها افکار و احساسات و رفتارهای افراد نقش تعیین‌کننده‌ای دارد (لینهان، ۲۰۱۵). رفتاردرمانی دیالکتیکی برای بیمارانی مؤثر است که درد هیجانی شدیدی را تجربه می‌کنند و معمولاً به اجتناب از تجربیات دردناک روی می‌آورند (مارا<sup>۱۸</sup>، ۲۰۰۵؛ ترجمه ایزدی و غیائی، ۱۳۹۵) و نخستین درمان اختصاصی و «معیار طلایی<sup>۱۹</sup>» برای درمان اختلال شخصیت مرزی<sup>۲۰</sup> شناخته شده است (پو<sup>۲۱</sup>، ۲۰۱۹). رفتاردرمانی دیالکتیکی چهار مؤلفه اصلی را در درمان خود معرفی می‌کند: (۱) توجه آگاهی، نوعی هشیاری است که از طریق معطوف کردن هدفمند توجه به‌زمان حال و بدون قضاوت از تجارب لحظه به لحظه، پدید می‌آید (لینتل، تیگل و داس‌نایر<sup>۲۲</sup>، ۲۰۱۷). (۲) تحمل پریشانی، این حیطه به مواجه شدن با احساسات و

پس‌آزمون و جمع‌آوری داده‌ها.

**جامعه آماری، نمونه و روش نمونه‌گیری:** جامعه آماری این پژوهش دربرگیرنده کلیه دانش‌آموزان پسر ۱۲ تا ۱۷ ساله شهر کازرون در سال تحصیلی ۱۳۹۹-۱۴۰۰ بود. نمونه‌ی پژوهش ۳۰ نفر از دانش‌آموز پسر دارای اختلال بی‌نظمی خلق اخلاک‌گر بود که از میان دانش‌آموزانی که نمره بالاتر از ۳۳ در مقیاس اختلال بی‌نظمی خلق اخلاک‌گر لاپورته و همکاران (۲۰۱۹) به دست آوردند به روش نمونه‌گیری تصادفی خوشه‌ای چند مرحله‌ای از نواحی آموزش و پرورش شهرستان کازرون انتخاب و در دو گروه آزمایشی (رفتاردرمانی دیالکتیکی) و گروه گواه به صورت تصادفی گمارده شدند. بدین صورت که در ابتدا شهرستان کازرون به پنج جهت جغرافیایی شمال، جنوب، مرکز، شرق و غرب تقسیم می‌شود، سپس از هر جهت جغرافیایی ۲ مدرسه به صورت تصادفی انتخاب و در ادامه از هر مدرسه نیز از بین دانش‌آموزان ۱۲ تا ۱۷ ساله ۱۰۰ دانش‌آموز به صورت تصادفی با توجه به شیوع ۱/۱ تا ۳/۳ درصدی اختلال بی‌نظمی خلق اخلاک‌گر در نوجوانان ۱۰ تا ۱۷ ساله بر اساس پنجمین راهنمایی تشخیص و آماری اختلالات روانی (۲۰۱۳) انتخاب شدند. در مجموع از بین ۱۰ مدرسه در پنج جهت جغرافیایی ۱۰۰۰ دانش‌آموز جهت غربالگری و رسیدن به اختلال بی‌نظمی خلق اخلاک‌گر انتخاب شدند. در ادامه از بین ۱۰۰۰ نفر دانش‌آموز ۶۰ نفر از دانش‌آموزی که بر حسب پاسخ‌دهی به پرسشنامه غربالگری لاپورته و همکاران (۲۰۱۹) نمره بالاتر از ۳۳ به دست آوردند، برای تأیید تشخیصی مورد مصاحبه بالینی ساختار یافته (توسط روان‌شناسی بالینی) بر اساس ملاک‌های تشخیص و آماری اختلالات روانی DSM-V قرار گرفتند. در نهایت بعد از همگرایی نمره‌ی پرسشنامه با مصاحبه بالینی ساختاریافته ۳۰ نفر از دانش‌آموزانی که ملاک‌های ورود به مطالعه را داشتند ضمن امضای رضایت نامه کتبی با رعایت اصول اخلاقی به صورت تصادفی در دو گروه آزمایش رفتاردرمانی دیالکتیکی (۱۵ نفر) و گروه گواه (۱۵ نفر) گمارده شدند. در این پژوهش با بکارگیری ملاک‌های ورود و خروج زیر معیار همگونی<sup>۴</sup> آزمودنی‌ها رعایت شد: الف- ملاک‌های ورود مشتمل بر دریافت تشخیص اختلال اختلال بی‌نظمی خلق اخلاک‌گر بر اساس پرسشنامه غربالگری لاپورته و همکاران (۲۰۱۹) و مصاحبه بالینی ساختاریافته برای دانش‌آموزان؛ داشتن سن بین ۱۲ تا ۱۷ سال برای کودکان؛ عدم دریافت دارو و

و وگل، سینگ و اگارسو<sup>۱</sup> (۲۰۲۱) در مطالعه‌ای با هدف در یک مطالعه مروری سیستماتیک با هدف درمان شناختی رفتاری و رفتار درمانی دیالکتیکی برای اختلالات خوردن نوجوانان نتایج مطالعات بررسی شده در (۴۰ پژوهش در خصوص اثربخشی درمان شناختی- رفتاری و ۱۰ مطالعه رفتاردرمانی دیالکتیکی) نشان داد که هر دو درمان به‌طور قابل توجهی بر کاهش طیف وسیعی از اختلالات دوران نوجوانی اثربخش هستند. در یک کارآزمایی بالینی کنترل شده دیگر **لیانگ<sup>۲</sup> و همکاران (۲۰۲۱)** با هدف اثربخشی رفتاردرمانی دیالکتیکی بر اضطراب و افسردگی دانشجویان پزشکی در زمان همه‌گیری کووید-۱۹ به این نتیجه دست یافتند که نمرات افسردگی و اضطراب دانشجویان پزشکی گروه آزمایش در مقایسه با دانشجویان گروه گواه در پس‌آزمون به‌طور قابل توجهی کاهش یافت.

در مجموع از آنجایی که دهه اول زندگی کودک از لحاظ شکل‌گیری شخصیت، پایه تفکر، زبان و نمو جسمی و روانی، دوره‌ای اساسی است، اجرای برنامه‌های آموزشی که بتواند باعث شکل‌گیری هر چه بهتر شخصیت کودک و در نهایت بالا رفتن کیفیت زندگی وی در این محدوده سنی بشود، ضروری به نظر می‌رسد. با توجه به ابعاد مختلف آشفتگی و پریشانی ناشی از رفتار کودکان و نوجوانان و نتایج به دست آمده از پژوهش‌ها در زمینه برنامه آموزش رفتاردرمانی دیالکتیکی و تأثیر آن بر اختلالات خلقی (افسردگی و اختلالات دوقطبی نوع II)، مشکلات هیجانی و روان-تنی (مولتیپل اسکلروزیس)، چنین به نظر می‌رسد که با آموزش مهارت‌های رفتاردرمانی دیالکتیکی به نوجوانان؛ بتوان بر ابعاد هیجانی، اجتماعی، روانی و جسمی کودکان ۱۲ تا ۱۷ ساله اثر گذاشت و کیفیت زندگی آن‌ها را افزایش داد و با توجه به اینکه تدوین برنامه مداخله رفتاردرمانی دیالکتیکی نوجوان محور تا کنون کمتر در پژوهش‌های دیگر در کشورمان مورد بررسی قرار گرفته است، ضرورت دیگر این پژوهش، هدف قرار دادن این جامعه بود. لذا این پژوهش با هدف اثربخشی رفتاردرمانی دیالکتیکی بر خودکنترلی و تحمل پریشانی نوجوانان دارای اختلال بی‌نظمی خلق اخلاک‌گر انجام شد.

### روش پژوهش

طرح نیمه آزمایشی این پژوهش پیش‌آزمون- پس‌آزمون با گروه کنترل<sup>۳</sup> بود. که شامل مراحل اجرایی زیر بود: ۱- انتخاب تصادفی از نمونه پژوهش، ۲- جایگزین کردن تصادفی آزمودنی‌ها؛ ۳- اجرای پیش‌آزمون و جمع‌آوری داده‌ها؛ ۴- اجرای متغیرهای مستقل (رفتاردرمانی دیالکتیکی) روی گروه‌های آزمایش؛ ۵- اجرای

1. Vogel, Singh, & Accurso

2. Liang

3. The pretest- posttest control group design

4. benchmark

خدمات روان‌شناختی در طول دوره‌ی پژوهش؛ سابقه مصرف مواد، وابستگی به مواد یا الکل نداشته باشند، والدین از یکدیگر جدا نشده باشند و یا دارای تعارضات خانوادگی شدید نباشند (بر اساس فرم خودگزارش‌دهی). ب- ملاک‌های خروج مشتمل بر داشتن اختلالات روانی به خصوص، افسردگی و اختلالات دو قطبی؛ داشتن بیماری‌های جسمانی که فرد را وادار به جستجوی فوری درمان سازد (بررسی این ملاک‌ها با توجه به مصاحبه بالینی ساختاریافته صورت گرفت) و غیبت بیش از سه جلسه از جلسات آموزشی به عنوان ملاک خروج در نظر گرفته شد؛ لازم به ذکر است برای جلوگیری از انتشار عمل آزمایشی جلسات آموزشی توسط دو نفر روان‌شناس بالینی و عمومی با مدرک دکتری که دوره‌های تخصصی لازم در حوزه رفتاردرمانی دیالکتیکی را گذرانده باشند به مدت دوازده هفته ۹۰ دقیقه در یک از مدارس شهرستان کازرون در دو شیفت (صبح و عصر) اجرا شد. تحلیل داده‌ها با استفاده از تحلیل کوواریانس چندمتغیری بوسیله SPSS.26 انجام شد.

### ابزار پژوهش

#### مصاحبه بالینی براساس جدول زمانی برای اختلالات عاطفی و اسکیزوفرنی در کودکان سن مدرسه بر اساس پنجمین راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی<sup>۱</sup>: در

این مصاحبه از کودکان ۶ تا ۱۸ ساله سؤالاتی پرسیده می‌شود که در آن باید به هر کدام از این سؤالات در یک طیف اطلاع خاصی ندارم (۰)، در حال حاضر نه (۱)، و تحریک پذیری خلق در حال حاضر کمتر از نیمه روز و در ۱۲ ماه گذشته غالب بوده است (۲) و تحریک پذیری، و یا خشم در حال حاضر و در اغلب روز در ۱۲ ماه گذشته وجود داشته و شدت آن در ارتباط والدین، معلمان و همسالان مشخص است (۳) که شامل سنجش تحریک پذیری، طغیان‌های مکرر خشم و بروز آن در محیط‌های متعدد و ارزیابی بر اساس مشاهدات است. این مصاحبه بر اساس مطالعه کافمن که منطبق با ملاک‌های DSM-5 است انجام شده است (کافمن<sup>۲</sup> و همکاران، ۲۰۱۶).

#### مقیاس تشخیصی اختلال بی‌نظمی خلق اختلالگر<sup>۳</sup> (DMDD):

مقیاس تشخیصی اختلال بی‌نظمی خلق اختلالگر توسط لاپورته و همکاران (۲۰۱۹) برای سنجش ملاک‌های تشخیصی اختلال بی‌نظمی خلق اختلالگر ساخته شده است. این مقیاس در دو سطح ملاک‌های تشخیصی را مورد سنجش قرار می‌دهد که آزمودنی در سطح اول به سؤالات در یک طیف سه درجه‌ای نه اصلاً (۰)، کمی (۱) و اغلب (۳) به سؤالات پاسخ می‌دهند. سه خرده مقیاس مورد

سنجش در این پرسشنامه شامل تحریک‌پذیری، طغیان‌های مکرر خشم و آسیب‌های ناشی از اختلال است. که هر کدام از این سه خرده مقیاس سه سؤال دارند. در سطح دو میزان هر کدام از عوامل تحریک‌پذیری خلق با ۸ سؤال، طغیان‌های خشم با ۱۴ سؤال به سنجش میزان اختلال می‌پردازد. میزان پاسخگویی به این سؤالات در دو جهت رفتارهای نابهنجار و نشانگان مشکلات را در یک طیف سه درجه‌ای نه اصلاً (۰)، کمی (۱) و اغلب (۳) و در ارتباط با همسالان، در کلاس مدرسه، در منزل بر اساس شدت، مدت و فراوانی وارد سنجش قرار می‌دهد. همچنین طغیان‌های خشم را نیز در ارتباط با همسالان، در کلاس و در خانه بر اساس خودآسیبی، شکست وسایل، عواطف منفی، پرخاشگری فیزیکی مورد ارزیابی قرار می‌دهد. نمرات بالا نشان دهنده آسیب‌پذیری بیشتر است. حداقل نمرات این مقیاس در سطح اول ارزیابی ۰ و حداکثر آن ۲۷ است و در سطح دوم حداقل نمرات ۰ و حداکثر آن ۶۶ است. تحلیل عوامل اکتشافی منطبق با الگویی پیشنهادی است. پایایی این پرسشنامه به روش آلفای کرونباخ در دامنه ۰/۷۶ تا ۰/۸۴ در پژوهش لاپورته و همکاران (۲۰۱۹) بود. در این پژوهش ضریب آلفای کرونباخ برای تحریک-پذیری ۰/۷۸، طغیان‌های مکرر خشم ۰/۸۲ و آسیب‌های ناشی از آن ۰/۷۲ به دست آمد.

**پرسشنامه خودکنترلی<sup>۴</sup> (SCS):** مقیاس خودکنترلی توسط تانجی، باومیستر و بون<sup>۵</sup> (۲۰۰۴) ساخته شده است. این مقیاس ۱۳ آیتم دارد و آزمودنی‌ها به این آیتم‌ها به صورت چهار درجه‌ای (هرگز = ۵، به ندرت = ۴، گاهگاهی = ۳، زیاد = ۲ و بسیار زیاد = ۱) پاسخ می‌دهد. برای بدست آوردن امتیاز کلی پرسشنامه، مجموع امتیازات همه سؤالات را با هم جمع کنید. حداکثر نمره برای پرسشنامه خودکنترلی تانجی ۶۵ و حداقل ۱۳ است. نمره بالاتر بیانگر خودکنترلی بالاتر فرد خواهد بود و برعکس. در این پرسشنامه سؤالات ۲، ۳، ۴، ۵، ۷، ۹، ۱۰، ۱۲ و ۱۳ به صورت معکوس نمره گذاری می‌شود. در پژوهش تانجی و همکاران (۲۰۰۴) روایی این مقیاس با ارزیابی همبستگی آن با مقیاس‌های پیشرفت تحصیلی، سازگاری، روابط مثبت، و مهارت‌های بین فردی مورد تایید قرار گرفته است. همچنین پایایی آن بر روی دو نمونه آماری با استفاده از آزمون آلفای کرونباخ ۰/۸۳ و

1. Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia for School-Age Children-Present and Lifetime Version
2. Kaufman
3. Disruptive Mood Dysregulation Disorder: symptomatic and syndromic
4. Self-Control Scale
5. Tangney, Baumeister, & Boone



حاضر میزان آلفای کرونیخ این پرسشنامه ۰/۶۷۲ برآورد شد. ضریب قابلیت اعتماد به روش بازآزمایی برای کل مقیاس ۰/۸۱ و برای خرده مقیاس‌های تحمل، جذب، ارزیابی و تنظیم به ترتیب ۰/۷۱، ۰/۶۹، ۰/۷۷ و ۰/۷۳ است. همبستگی مقیاس تحمل آشفتگی با شیوه‌های کنار آمدن مسئله محور، هیجان محور، کمتر مؤثر و غیر مؤثر به ترتیب ۰/۲۱۳، ۰/۲۷۸، ۰/۳۳۷- و ۰/۱۹۶- است (وارد، سوان و جک، ۲۰۰۱). در پژوهش لایور، برنشتاین و ویجانویچ<sup>۷</sup> (۲۰۱۱) روایی سازه پرسشنامه به روش تحلیل عاملی تأیید و چهار خرده مقیاس این پرسشنامه تأیید شدند. در پژوهش حاضر ضریب آلفای کرونیخ برای کل سؤالات پرسشنامه ۰/۷۸ به دست آمد.

**برنامه آموزش مهارت‌های رفتاردرمانی دیالکتیکی (DBT) در جلسه‌های گروهی:** رفتار درمانی دیالکتیکی عمدتاً روانی-آموزشی است و بر اکتساب مهارت‌های رفتاری تأکید دارد. راهبردهای دیالکتیکی در کل درمان جاری است. سه نوع راهبرد دیالکتیکی وجود دارد. اولین در مورد این است که درمانگر چگونه تعاملات درون روابط درمان را پی ریزی می‌کند؛ دومی شامل این است که چگونه درمانگر رفتارهای ماهرانه را معین می‌کند و سومی شامل راهبردهای خاص معینی است که در طول اداره درمان استفاده می‌شود. موقعیت درمان دیالکتیکی تلفیق دائمی پذیرش با تغییر، انعطاف پذیری با پایداری، تربیت (پرورش) با به چالش طلبیدن و تمرکز روی ظرفیت‌ها با نقایص است. رفتاردرمانی دیالکتیکی بر مبنای کار پری پلیت چینکوف و همکاران (۲۰۱۷) برای کودکان و نوجوانان مبتلا به اختلال بی‌نظمی خلقی اختلالگر در یک دوره ۳ ماهه (۱۲ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای) برنامه‌ریزی شده است.

1. Distress Tolerance Scale
2. Tolerance
3. Absorption
4. Appraisal
5. Regulation
6. Ward, Swan, & Jack
7. Leyro, Bernstein, & Vujanovic

۰/۸۵ بدست آمده است. روایی همزمان این پرسشنامه با هوش معنوی ( $r=0/33, P\leq 0/001$ ) به دست آمد. در پژوهش حاضر ضریب آلفای کرونیخ پرسشنامه برای فرم کوتاه پرسشنامه خودکنترلی ( $\alpha=0/76$ ) به دست آمد. از نمونه سؤالات این پرسشنامه می‌توان به این موارد اشاره کرد « من مجبورم به سختی عادات بدم را ترک کنم» و «من مطالب نامناسبی را بیان می‌کنم».

**مقیاس تحمل آشفتگی<sup>۱</sup> (DTS):** مقیاس تحمل آشفتگی توسط سیمونز و گاهر (۲۰۰۵) ساخته شده است. این مقیاس دارای ۱۵ ماده و چهار خرده مقیاس به نام‌های تحمل پریشانی هیجانی، جذب شدن به وسیله هیجان‌ات منفی، برآورد ذهنی پریشانی، و تنظیم تلاش‌ها برای تسکین پریشانی است. گزینه‌های این مقیاس بر اساس مقیاس پنج درجه‌ای لیکرت (۱ = کاملاً موافقم تا ۵ = کاملاً مخالفم) نمره-گذاری می‌شوند. حداقل و حداکثر نمره آزمودنی در این مقیاس، به ترتیب ۱۵ و ۷۵ است. نمرات بالا در این مقیاس بیانگر تحمل پریشانی بالا و نمره پایین در این مقیاس بیانگر تحمل پریشانی پایین است. نتایج حاکی از وجود یک عامل کلی در مقیاس دارد. هر چند، پس از انجام تحلیل عاملی تأییدی وجود چهار عامل اول، تحمل<sup>۲</sup> (من نمی‌توانم به احساس آشفتگی‌ام رسیدگی کنم)، جذب<sup>۳</sup> (هنگامی که آشفتگی و پریشان هستم، همواره به این فکر می‌کنم که چه احساس بدی دارم)، ارزیابی<sup>۴</sup> (تحمل آشفتگی و پریشانی همیشه برای من کار بسیار سختی است) و تنظیم<sup>۵</sup> (من برای جلوگیری از بروز احساساتم حاضرم هر کاری را انجام دهم) کشف شد (وارد، سوان و جک، ۲۰۰۱). نتایج حاصل از درستی آزمایی همزمان نشان می‌دهد که این مقیاس با پذیرش خلق رابطه مثبت و با مقیاس‌های راهبردهای کنار آمدن استفاده از الکل و ماری جوانا و همچنین استفاده از آن‌ها برای بهبود رابطه منفی دارد. همچنین همبستگی درون طبقه‌ای پس از گذشت ۶ ماه ۰/۶۱ بود. بر اساس داده‌های حاصل از پژوهش

#### جدول ۱. محتوای جلسات آموزش گروهی رفتاردرمانی دیالکتیکی برای نوجوانان DMDD

جلسات	محتوای جلسات
جلسه اول	توضیحات مقدماتی، مفهوم سازی مشکل، آماده سازی افراد نمونه تحقیق و اجرای پیش آزمون و آموزش مهارت‌های پرت کردن حواس، بستن قرارداد برای کاهش رفتارهای خود تخریبی و تهیه فهرست فعالیت‌های لذت بخش و گنجاندن آن در برنامه هفتگی.
جلسه دوم و سوم	آموزش ذهن آگاهی (آگاهی هیجانی و آگاهی خردمندانه)، آموزش به مراجعین در مورد این که چه مهارت‌هایی مشاهده و توصیف می‌شوند و چگونه مهارت‌ها مورد قضاوت قرار نمی‌گیرند، متمرکز می‌مانند، چطور کار می‌کنند. می‌شود.
جلسه چهارم	بررسی افکار و احساسات و توضیح و شناساندن پاسخهای مقابله‌ای که درونی و یا بیرونی هستند؛ ۲) با همکاری مراجعین افکار و احساساتی که منجر به خود تخریبی یا رفتارهای تکانشی ناسازگار می‌شود، بررسی می‌شود؛ ۳) تکالیف خانگی از مراجعین خواسته می‌شود که تمام افکار و احساساتی که منجر به ناسازگاری در آنها می‌شوند را یادداشت کنند.
جلسه پنجم	آموزش تحمل پریشانی (مهارت‌های پایداری در بحران‌ها، منحرف کردن حواس، تسکین دادن به خود با استفاده از حواس شش‌گانه و تمرین ذهن آگاهی).

به مراجعین کمک می‌شود تا کنترل رفتارهای تکانه‌ای خود را تمرین کنند و بازخوردهایی را تهیه کنند تا به یک سطح منطقی از تسلط و کنترل بر خود برسند. مثلاً به مراجعین یاد داده می‌شود پاسخ‌های درونی، افکاری هستند که با تکانه‌ها ناسازگارند. برای مثال گفتن این جمله با خود که: این واقعاً مسخره است، من بجای خشمگین شدن لبخند خواهم زد. تمرین و بازخورد.	جلسه ششم
کاهش آسیب پذیری بدنی پر خوری و کم خوری، مواد مخدر، الکل، ورزش، بیماری و درد بدنی، بهداشت خواب، تنش و فشار بدنی، شناسایی رفتارهای خودتخریبی، نظارت بر خود بدون قضاوت، کاهش آسیب پذیری شناختی و افزایش هیجان‌های مثبت.	جلسه هفتم
آموزش تنظیم هیجان (اهداف آموزش تنظیم هیجان، دانستن اینکه چرا هیجان‌ها مهم هستند، تشخیص هیجان، کاهش آسیب پذیری و رنج هیجانی، افزایش هیجان مثبت)، تغییر دادن عواطف از طریق عمل متضاد با عاطفه اخیر.	جلسه هشتم و نهم
افزایش کارآمدی بین فردی (حفظ و تداوم سلامت روابط خویشاوندی، علاقمندی و غیره). آموزش مهارت‌های فردی مهم (توصیف و بیان کردن، ابراز وجود و جرأت داشتن، اعتماد آشکار، مذاکره کردن و عزت نفس).	جلسه دهم و یازدهم
جمع‌بندی، تمرین و مرور جلسات قبل و سپس اجرای پس‌آزمون.	جلسه دوازدهم

## یافته‌ها

نفر (۲۰ درصد) ۱۷ سال سن داشتند با میانگین ۱۴/۸۹ و انحراف استاندارد ۱/۶۱ بودند. میانگین معدل تحصیلی دانش‌آموزان گروه آموزشی رفتاردرمانی دیالکتیکی ۱۴/۰۳ و انحراف استاندارد آن ۱/۷۴ و گروه گواه ۱۴/۱۲ و انحراف استاندارد آن ۱/۶۶ بود. در ادامه میانگین و انحراف استاندارد هر یک از متغیرهای پژوهش در جدول ۲ آمده است.

از بین دانش‌آموزان گروه آموزشی رفتاردرمانی دیالکتیکی ۴ نفر (۲۶/۷ درصد) ۱۳ سال، ۴ نفر (۲۶/۷ درصد) ۱۵ سال، ۳ نفر (۲۰ درصد) ۱۶ سال و ۴ نفر (۲۶/۷ درصد) ۱۶ سال با میانگین سنی ۱۴/۰۱ و انحراف استاندارد ۱/۳۷ بودند در گروه گواه ۳ نفر (۲۰ درصد) ۱۴ سال، ۴ نفر (۲۶/۷ درصد) ۱۵ سال، ۵ نفر (۳۳/۳ درصد) ۱۶ سال و ۳

## جدول ۲. آمار توصیفی متغیرهای خودکنترلی و تحمل پریشانی بر حسب گروه

گواه	DBT		موقعیت	متغیر
	SD	M		
۲/۴۸	۸/۰۴	۱/۲۳	۸/۳۶	پیش‌آزمون
۲/۹۱	۹/۱۲	۲/۴۱	۱۱/۴۴	پس‌آزمون
۱/۷۷	۷/۴۴	۱/۵۵	۸/۰۱	پیش‌آزمون
۲/۶۸	۸/۵۵	۲/۸۸	۱۲/۸۸	پس‌آزمون
۳/۳۹	۱۶/۴۱	۳/۲۴	۱۵/۴۴	پیش‌آزمون
۴/۷۷	۱۷/۷۷	۴/۳۴	۱۹/۶۶	پس‌آزمون
۲/۶۶	۸/۶۶	۱/۱۸	۷/۴۱	پیش‌آزمون
۳/۰۱	۹/۰۹	۲/۴۲	۱۱/۶۶	پس‌آزمون
۵/۱۸	۴۰/۵۵	۵/۳۶	۳۹/۲۲	پیش‌آزمون
۶/۳۶	۴۴/۵۳	۷/۴۱	۵۵/۶۴	پس‌آزمون
۵/۰۹	۳۱/۷۷	۴/۵۵	۳۰/۸۸	پیش‌آزمون
۶/۸۸	۳۲/۹۶	۵/۸۸	۳۷/۶۶	پس‌آزمون

و در مرحله پس‌آزمون ۳۷/۶۶ (و ۵/۸۸) و نمرات کل خودکنترلی گروه گواه در مرحله پیش‌آزمون ۳۱/۷۷ (و ۵/۰۹) و در مرحله پس‌آزمون ۳۲/۹۶ (و ۶/۸۸) است.

قبل از تحلیل داده‌های مربوط به فرضیه‌ها، برای اطمینان از این که داده‌های این پژوهش مفروضه‌های زیربنایی تحلیل کوواریانس را برآورد می‌کنند، از آزمون‌های شاپیروویلک، نمودار پراکنندگی<sup>۱</sup> (اسکاتر)، باکس و ویسکر (جعبه‌ای)<sup>۲</sup> و آزمون‌های لوین<sup>۳</sup> و تصحیحات

1. scatter plot
2. stem & leaf
3. Leven's test of equality variances

هدف همان‌طور که در جدول ۲ مشاهده می‌شود یافته‌های توصیفی شامل میانگین و انحراف استاندارد متغیرهای تحمل پریشانی و خودکنترلی آورده شده است. با توجه به نتایج جدول میانگین (و انحراف استاندارد) نمره کل تحمل پریشانی گروه رفتاردرمانی دیالکتیکی در مرحله پیش‌آزمون ۳۹/۲۲ (و ۵/۳۶) و در مرحله پس‌آزمون ۵۵/۶۴ (و ۷/۴۱) نمره کل تحمل پریشانی گروه گواه در پیش‌آزمون ۴۰/۵۵ (و ۵/۱۸) و در مرحله پس‌آزمون ۴۴/۵۳ (و ۶/۳۶) است. همچنین میانگین (و انحراف استاندارد) نمره کل خودکنترلی گروه رفتاردرمانی دیالکتیکی در مرحله پیش‌آزمون ۳۰/۸۸ (و ۴/۵۵)

## روان‌شناسی مدرسه و آموزشگاه

$BOX=$  معنی دار نبوده است؛ بنابراین، مفروضه همگنی ماتریس‌های واریانس/کواریانس به درستی رعایت شد. آزمون لوین محاسبه شده در مورد هیچ یک از متغیرهای مورد بررسی از لحاظ آماری برای متغیر تحمل پریشانی در مرحله پس‌آزمون ( $P \geq 0/284$ )،  $F_{(1, 28)} = 1/196$  و  $F_{(1, 28)} = 1/347$ ،  $P \geq 0/256$ ) خودکنترلی (F) معنادار نبوده است. بنابراین مفروضه همگونی واریانس‌ها نیز تأیید شد. نتایج حاصل از اثر تعاملی لامبدای ویلکز نشان داد که مفروضه همگنی شیب‌های رگرسیونی برای متغیرهای تحمل پریشانی و خودکنترلی برقرار است.

جدول ۳. اطلاعات مربوط به شاخص‌های اعتباری آزمون تحلیل کواریانس چند متغیری (MANCOVA)

موقعیت	آزمون	ارزش	DF فرضیه	DF خطا	F	P	Eta	توان آماری
پیلائی-بارتلت	۰/۸۸۷	۶	۱۷	۲۲/۳۳۴	$P \leq 0/001$	۰/۸۸۷	۱	
عضویت	لامبدای ویلکز	۰/۱۱۳	۶	۱۷	۲۲/۳۳۴	$P \leq 0/001$	۰/۸۸۷	۱
گروهی	اثر هتلینگ	۷/۸۸۲	۶	۱۷	۲۲/۳۳۴	$P \leq 0/001$	۰/۸۸۷	۱
	بزرگترین ریشه روی	۷/۸۸۲	۶	۱۷	۲۲/۳۳۴	$P \leq 0/001$	۰/۸۸۷	۱

عبارت دیگر این فرضیه که رفتاردرمانی دیالکتیکی منجر به افزایش تحمل پریشانی و خودکنترلی می‌شود در سطح معناداری  $P < 0/001$  تأیید می‌شود.

باکس و آزمون کرویت بارتلت استفاده شد. نتایج آزمون شاپیروویلک بیانگر آن بود که پیش‌فرض نرمال بودن توزیع نمونه‌ای داده‌ها در متغیر تحمل پریشانی و خودکنترلی در مرحله پیش‌آزمون و پس-آزمون برقرار است ( $P \geq 0/05$ )، مفروضه خطی بودن بین نمرات تحمل پریشانی و خودکنترلی برقرار است، همچنین از مفروضه هم خطی چندگانه اجتناب شده است، مفروضه داده‌های پرت با استفاده از نمودار باکس ویسکر<sup>۱</sup> رد نشد. نتایج آزمون‌های لوین<sup>۲</sup> (در دو موقعیت پیش‌آزمون و پس‌آزمون) و تصحیحات باکس برای متغیر تحمل پریشانی و خودکنترلی ( $P \geq 0/129$ )،  $F = 1/354$  و  $F = 37/142$

همان‌طور که در جدول ۳ مشاهده می‌شود، عامل بین آزمودنی‌های گروه (آزمایش و کنترل) در متغیرهای تحمل پریشانی و خودکنترلی ( $P < 0/001$ )،  $F_{(6, 17)} = 22/334$ ) تفاوت معناداری وجود دارد؛ به

جدول ۴. نتایج تحلیل کواریانس چند متغیری بر روی میانگین نمرات تحمل پریشانی و خودکنترلی

متغیر	SS	df	MS	F	P	ES	توان آماری
تحمل پریشانی هیجانی	۶۳/۵۶۳	۱	۶۳/۵۶۳	۵۱/۶۶۳	$P \leq 0/001$	۰/۷۰	۱
جذب شدن به وسیله هیجانات منفی	۴۲/۸۶۲	۱	۴۲/۸۶۲	۳۹/۹۸۶	$P \leq 0/001$	۰/۶۴	۰/۹۹
برآورد ذهنی پریشانی	۵۰/۶۱۲	۱	۵۰/۶۱۲	۴۸/۷۱۶	$P \leq 0/001$	۰/۶۸	۱
تسکین پریشانی	۱۳/۴۲۱	۱	۱۳/۴۲۱	۱۵/۶۰۲	$P \leq 0/001$	۰/۴۱	۰/۹۶
تحمل پریشانی	۲۵/۱۱۸	۱	۲۵/۱۱۸	۳۳/۹۱۸	$P \leq 0/001$	۰/۶۰	۱
خودکنترلی	۲۲/۴۵۷	۱	۲۲/۴۵۷	۳۶/۲۰۸	$P \leq 0/001$	۰/۶۲	۱

تفاوت وجود دارد. به عبارت دیگر با ۹۵ درصد اطمینان می‌توان گفت رفتاردرمانی دیالکتیکی منجر به افزایش نمرات تحمل پریشانی در پس‌آزمون شده است. این نتایج با مطالعات دیگر برای مثال (پری پلنت چینکوف و همکاران، ۲۰۱۷؛ ووگل و همکاران، ۲۰۲۱ و لیانگ و همکاران، ۲۰۲۱) همخوانی دارد. همچنین این نتایج به طور غیرمستقیم با مطالعه **بگیان کوله‌مرزی، کرمی، و منی و الهی (۱۳۹۸)** با هدف اثربخشی یکپارچه‌سازی رفتاردرمانی دیالکتیکی و درمان شناختی مبتنی بر ذهن شفقت‌ورز بر کاهش واکنش‌پذیری شناختی و انگیزه‌های اقدام به خودکشی در افراد اقدام‌کننده نتایج نشان دهنده اثربخشی یکپارچه‌سازی رفتاردرمانی دیالکتیکی و درمان شناختی مبتنی بر ذهن شفقت‌ورز بر واکنش‌پذیری شناختی و انگیزه برای اقدام به خودکشی بود.

همان‌طور که در جدول ۴ مشاهده می‌شود، بر اساس نتایج حاصل از آزمون مانکووا، بین گروه‌های آزمایش و کنترل در متغیرهای تحمل پریشانی ( $P < 0/001$ )،  $F_{(22, 1)} = 33/918$ ) و نمره کل خودکنترلی ( $P < 0/001$ )،  $F_{(22, 1)} = 36/208$ ) در دو موقعیت پیش‌آزمون و پس-آزمون تفاوت وجود دارد. به عبارت دیگر گروه آزمایش پس از دریافت مداخله نمرات بالاتری در تحمل پریشانی و خودکنترلی به دست آوردند.

## بحث و نتیجه‌گیری

هدف پژوهش حاضر اثربخشی رفتاردرمانی دیالکتیکی بر خودکنترلی و تحمل پریشانی نوجوانان دارای اختلال بی‌نظمی خلق اخلاک‌گر بود. نتایج پژوهش نشان داد که، میانگین‌های نمرات پس‌آزمون مؤلفه‌های تحمل پریشانی بین دو گروه رفتاردرمانی دیالکتیکی و گروه گواه

1. Box Whisker  
2. Leven's test of equality variances

در تبیین نتایج به دست آمده می‌توان چنین استنباط کرد که بخش بزرگی از مهارت‌های آموزش داده شده در رفتاردرمانی دیالکتیکی توجه آگاهی‌بنیادین و فراگیر است که به نوعی توجه کردن به حالات درونی فرد (مانند هیجان و شناخت) در یک حالت غیر قضاوتی و پذیرا است. رشد توجه آگاهی در طی آموزش افراد را قادر می‌سازد تا پاسخ‌های عادت‌ی و خود به خودی به تجربیات تنیدگی‌زا را کاهش دهند. در نهایت نگرش و بصیرت شخص گسترش پیدا می‌کند و فرد وقایع غیرقابل تغییر زندگی را می‌پذیرد و در نتیجه فعال شدن، پاسخ‌های تنیدگی‌زا کاهش می‌یابد. بنابراین، تمرینات توجه آگاهی، خودآگاهی و هشیاری فیزیکی و شناختی را افزایش می‌دهد و این خودآگاهی، سبب ارزیابی صحیح خود می‌شود و الگوهای معیوب قبلی افکار و احساسات می‌شکند و فرد بیشتر در زمان حال زندگی می‌کند و فرآیندهای شناختی جدید مانند قدرت تصمیم‌گیری و برنامه‌ریزی تسهیل می‌شود و فرد حالات مثبت ذهنی را تجربه می‌کند. بنابراین آرامش جسمی و روحی در فرد به وجود می‌آید. در توجه-آگاهی و مهارت‌های تمرین آگاهی لحظه به لحظه‌اش، فرد تلاش می‌کند تا نسبت به الگوهای افکار، عواطف و تعامل با دیگران بینش و بصیرت پیدا کند و سپس بتواند به صورت ماهرانه پاسخ‌های هدفمند مفید را انتخاب کند، به جای آنکه به طور خودکار با روش‌های خو گرفته و ناهشیار واکنش نشان دهد (بگیان کوله‌مرزی و همکاران، ۱۳۹۸). بعلاوه توجه آگاهی اجازه می‌دهد افراد به عقب برگردند و شرایط زندگی‌شان را تحلیل کرده و به روشی نو، نه عادت‌ی، واکنش نشان دهند. با عنایت به اینکه رفتار توأم به جرأت‌ورزی موجب توسعه ارتباط موفق و باز و ابراز احساسات مثبت، عشق و قدردانی و افزایش احترام و تکریم خود در مواجهه با دیگران می‌شود، توجه آگاهی می‌تواند تحمل پریشانی هیجانی عواطف منفی از جمله خشم، خشونت، تحریک‌پذیری و پرخاشگری و خطرپذیری را کاهش دهد. همچنین رفتاردرمانی دیالکتیکی با آموزش مهارت‌هایی چون تحمل پریشانی با افزایش انعطاف‌پذیری و ارائه راه‌حل‌های جدید و تعدیل آثار شرایط ناراحت‌کننده به فرد در کنار آمدن بهتر با وقایع دردناک کمک می‌کند (مک‌کی، وود و برنتلی، ۲۰۰۷) با آموزش مهارت‌های تنظیم هیجانی به افراد کمک می‌کند تا تجربه هیجانی خود را مجدداً ارزیابی و پردازش نموده و به زندگی خود معنای جدیدی ببخشند. این شیوه به افراد یاری می‌دهد تا به طور معناداری برانگیختگی و تجربه هیجانی عمیق را تجربه کنند که با نتایج مثبت درمان مشکلات بیماران همراه است. استفاده از تکنیک‌های مانند شناسایی احساسات متناقض، قرار دادن بیماران در موقعیت گفتگوی صندلی

خالی، آرام‌سازی، شکستن احساس ناقص بودن، توصیف حالت صدا و میزان بروز ناراحتی و آموزش فرایند انتقال در درمان دیالکتیکی نیز موجب شده که بیماران عملکرد بهتری در موضوعات مرتبط با سلامت روانی کسب کنند. اساس مؤلفه آموزش تنظیم هیجان، هیجانی است که خود عامل کلیدی برای سازمان‌دهی خویشتن است و در این راستا اساسی‌ترین سطح کارکرد هیجان، یک‌شکل انطباقی و سازگارانه از پردازش اطلاعات و آمادگی فرد است که به رفتار وی جهت داده و موجب حل مسأله، کاهش پریشانی، تحریک‌پذیری و تکانشوری می‌شود (بگیان کوله‌مرزی و همکاران، ۱۳۹۸).

همچنین نتایج پژوهش نشان داد که، میانگین‌های نمرات پس‌آزمون خودکنترلی بین دو گروه رفتاردرمانی دیالکتیکی و گروه گواه تفاوت وجود دارد. به عبارت دیگر با ۹۵ درصد اطمینان می‌توان گفت رفتاردرمانی دیالکتیکی منجر به افزایش نمرات خودکنترلی در پس-آزمون شده است. این نتایج با مطالعات دیگر برای مثال (پری پلیت چینکوف و همکاران، ۲۰۱۷؛ ووگل و همکاران، ۲۰۲۱ و لیانگ و همکاران، ۲۰۲۱) همخوانی دارد.

در تبیین این نتایج می‌توان گفت، آموزش رفتاردرمانی دیالکتیکی و مهارت‌های (ذهن آگاهی، تحمل پریشانی، تنظیم هیجانی و کارآمدی بین فردی) شامل آگاهی به صورت ارادی و براساس توجه به احساسات ویژه مانند احساس فیزیکی در بدن از یک لحظه به لحظه دیگر است، با این حال، ذهن به افکار، احساسات، صداها یا دیگر احساسات بدنی منحرف می‌شود. محتوای آگاهی به خاطر سپرده می‌شود و سپس توجه به آرامی، اما به گونه جدی به سمت اهداف محافظت شده بر می‌گردد. این فرایند بارها و بارها تکرار می‌شود و دوباره در مرحله روزانه تمرین هشیاری فراگیر تکرار می‌شود. از این دیدگاه مجزای لحظه به لحظه بینش فراشناختی، از راه آموزش توجه به محتوای افکار تسهیل می‌شود و به همان صورت که آنها شروع می‌شوند و به آن‌ها اجازه داده می‌شود تا از آگاهی خارج شوند و سپس به تمرکز ابتدایی توجه بازگردند. در این روش یک تمرکز اولیه مانند تنفس می‌تواند به عنوان یک مرکز تکیه گاه عمل کند که برای بازگشت آگاهی به زمان حال بکار می‌رود و مانع از منحرف شدن از واقعیت در جریانهای فکری می‌گردد (نریمانی، تقی‌زاده و نریمانی، ۱۴۰۱). در واقع، مشاهده فراگیر افکار به ما اجازه می‌دهد تا الگوی مشابه فکری را به صورت افکار نه این که ضرورتاً خود واقعیت‌اند، در نظر داشته باشیم (لینهان، ۲۰۱۵ الف). از سوی دیگر تنظیم هیجانی می‌تواند توانایی افراد را برای پذیرش شرایط دشوار زندگی افزایش دهد و به کاهش اضطراب کمک

## روان‌شناسی مدرسه و آموزشگاه

فقدان آزمون پیگیری برای سنجش ثبات مداخله، و جمع‌آوری داده‌ها با پرسشنامه‌های خودگزارشی و همچنین مشکلات مربوط به مختص بودن جامعه به شهرستان کازرون از دیگر جمله محدودیت‌هایی هستند که در این پژوهش برجسته‌اند. پیشنهاد می‌شود در پژوهش‌های آتی از دیگر روش‌های درمانی برای اختلال نقص توجه بیش‌فعالی، اختلال سلوک و نافرمانی مقابله‌ای استفاده شود و این پژوهش بر روی جوامع دیگر نیز صورت گیرد. همچنین نتایج حاضر از چندین زاویه و در عرصه‌های گوناگون می‌تواند به کارگرفته شود، این یافته‌ها را می‌توان در حوزه‌های روان‌شناسی، مشاوره و آموزش به کار بست چرا که نتایج حاصل از کارآمدی مؤثر آموزش رفتاردرمانی دیالکتیکی به صورت یک ترکیب آموزشی و دارویی است.

## ملاحظات اخلاقی

## پیروی از اصول اخلاق پژوهش

تمامی اصول اخلاقی در سراسر مراحل پژوهش رعایت شده است. اطلاعات تمام شرکت‌کنندگان در پژوهش کاملاً محرمانه نگه داشته شد. همچنین، تمامی شرکت‌کنندگان در پژوهش مجاز بودند هر زمانی که تمایل داشته باشند، در هر مرحله‌ای از پژوهش، از پژوهش خارج شوند.

## حامی مالی

این تحقیق هیچ گونه کم مالی از سازمانهای تأمین مالی در بخشهای عمومی، تجاری یا غیرانتفاعی دریافت نکرده است.

## مشارکت نویسندگان

هر دو نویسنده در طراحی، اجرا و نگارش تمامی قسمت‌های تحقیق حضور داشته‌اند.

## تعارض منافع

بنابر اظهار نویسندگان این مقاله تعارض منافع ندارد.

## منابع

بگیان کوله مرزی، محمدجواد، کرمی، جهانگیر، مومنی، خدامراد و مومنی، خدامراد (۱۳۹۸). اثربخشی یکپارچه‌سازی رفتاردرمانی دیالکتیکی و درمان شناختی مبتنی بر ذهن شفقت‌ورز بر کاهش واکنش‌پذیری شناختی و انگیزه‌های اقدام به خودکشی در افراد اقدام‌کننده. مجله دست‌آوردهای روان‌شناختی، ۲۶ (۲) پیاپی ۲۲، ۱-۲۶.

[Doi:10.22055/psy.2019.26161.2105]

شایانی کند. هیجان‌های منفی (افسردگی، اضطراب و استرس) و ناتوانی افراد برای مدیریت مؤثر آن‌ها یکی از عوامل کلیدی توجه ناکافی، تحریک‌پذیری و تکانشگری است که با آموزش مهارت‌های تنظیم هیجانی، توانستند کنترل این هیجان‌ها نامناسب را در دست بگیرند و هیجان‌ها مثبت را جایگزین هیجان‌های منفی کنند. در واقع آموزش مهارت‌های تنظیم هیجانی با آگاهی دادن به افراد در مورد هیجان‌های مثبت و منفی آن‌ها، پذیرش و کنار آمدن مؤثر با آن‌ها، می‌تواند سطح خودکنترلی افراد را ارتقاء بخشد (دیمف و کورنو، ۲۰۰۷؛ لینهان، ۲۰۰۸). از طرفی، رفتاردرمانی دیالکتیک یکی از رویکردهای درمانی است که به پرورش سبک زندگی سالم و رفتارهای مقابله‌ای مؤثر توجه داشته‌است. این رویکرد درمانی ساختار روشنی دارد و از تکنیک‌های رفتاری و اعتباربخشی به‌طور همزمان استفاده می‌کند (لینهان، ۲۰۱۵). در مهارت‌های تنظیم هیجانی مرتبط با رفتار درمانی دیالکتیک، بر تمرینات و مهارت‌هایی تأکید می‌شود که می‌توان افزایش راهبردهای سازگاران و کاهش راهبردهای کمتر سازگاران را با آن‌ها مرتبط دانست. برای مثال، کاربرد اعتباربخشی منجر به پذیرش مشکلات هیجانی شده و این پذیرش در نهایت منجر به تسهیل تغییرات می‌گردد (بگیان کوله مرزی و همکاران، ۱۳۹۸). همچنین مهارت‌های تنظیم هیجانی مرتبط با رفتار درمانی دیالکتیک، با تشویق فرد برای در نظر گرفتن اهداف کوتاه‌مدت و اهداف بلندمدت، انجام فعالیت‌های لذت‌بخش به‌طور روزانه و تمریناتی جهت مقابله با اضطراب، احساس گناه و ترس، می‌تواند آن‌ها را برای پرورش یک زندگی سالم‌تر توانمند سازد (لینهان، ۱۹۹۹). در نهایت می‌توان گفت هنگامی که به افراد مهارت‌های تنظیم هیجان مانند آگاهی از هیجان‌های مثبت و منفی و چگونگی مهار هیجان‌های منفی درونی- شده مانند تنیدگی آموزش داده می‌شود، کسب چنین مهارت‌هایی در افراد موجب شده است تا در ارزیابی شناخت اولیه موقعیت‌های تنیدگی‌زا را کمتر تهدیدکننده ارزیابی نمایند و همچنین این افراد در ارزیابی شناختی خود به این نتیجه رسیدند که امکان جبران موقعیت‌های تهدیدکننده وجود دارد. بالاخره، آن‌ها به این باور رسیدند که می‌توانند از امکانات و منابع خود جهت مقابله با موقعیت‌های فشارزا بهره بگیرند و در نتیجه بر موقعیت و رفتار خود کنترل لازم را داشته باشند (ویسینوسکی و بن - پورات، ۲۰۱۵).

در پژوهش حاضر به محدودیت‌هایی از قبیل بررسی در نمونه پسران،

- Begian Koleh Marzi, Mohammad Javad, Karami, Jahangir, Momeni, Khodamrad and Momeni, Khodamrad (1398). The effectiveness of integrating dialectical behavior therapy and compassionate mind-based cognitive therapy on reducing cognitive reactivity and suicidal ideation in perpetrators. *Journal of Psychological Achievements*, 26 (2 consecutive 22), 1-26. [Persian]. [Doi:10.22055/psy.2019.26161.2105]
- Begian Koleh Marzi, Mohammad Javad, Karami, Jahangir, Momeni, Khodamrad and Momeni, Khodamrad (1398). Comparison of the effectiveness of the Cognitive-Behavioral Analysis (CBASP) psychotherapy system and the integration of dialectical behavior therapy with compassionate mind-based cognitive therapy to reduce mental pain and emotional regulation difficulties in suicidal individuals. *Clinical Psychology Studies*, 9 (34), 35-63. [Persian]. [Doi:10.22054/jcps.2019.34758.1937]
- Bernstein, A., Zvolensky, M. J., Vujanovic, A. A., & Moos, R. (2009). Integrating anxiety sensitivity, distress tolerance, and discomfort intolerance: A hierarchical model of affect sensitivity and tolerance. *Behavior Therapy*, 40 (3), 291-301. [Doi:10.1016/j.beth.2008.08.001]
- Bowlin, S. L., Baer, R. A. (2021). Relationship between mindfulness, self-control, and psychological functioning. *Personality and Individual Differences*, 52:411-415. [Doi:10.1016/j.paid.2011.10.050]
- Cameron, A., Reed, K. P., & Ninnemann, A. (2013). Reactivity to negative affect in smokers: The role of implicit associations and distress tolerance in smoking cessation. *Addictive behaviors*, 38 (12), 2905-2912. [Doi:10.1016/j.addbeh.2013.08.012]
- Cook, N. E., & Gorraiz, M. (2016). Dialectical behavior therapy for nonsuicidal self-injury and depression among adolescents: preliminary meta-analytic evidence. *Child and adolescent mental health*, 21(2), 81-89. [Doi:10.1111/camh.12112]
- Daly M, Baumeister RF, Delaney L, MacLachlan M. Self-control and its relation to emotions and psychobiology: evidence from a Day Reconstruction Method study. *J Behav Med*. 2014; 37(1):81- 93. [Doi:10.1007/s10865-012-9470-9]
- Elhai, J. D., Levine, J. C., O'Brien, K. D., & Armour, C. (2018). Distress tolerance and mindfulness mediate relations between depression and anxiety sensitivity with problematic smartphone use. *Computers in Human Behavior*, 84, 477-484. [Doi:10.1016/j.chb.2018.03.026]
- Farris, S. G., Metrik, J., Bonn-Miller, M. O., Kahler, C. W., & Zvolensky, M. J. (2016). Anxiety sensitivity and distress intolerance as predictors of cannabis dependence symptoms, problems, and craving: the mediating role of coping motives. *Journal of studies on alcohol and drugs*, 77 (6), 889-897. [Doi:10.15288/jsad.2016.77.889]
- Faramarzi, S., & Enayati, E. (2021). Comparison of students' academic emotions with types of specific learning disabilities. *Journal of Learning Disabilities*, 10(4), 87-103. (In Persian) [Doi:10.22098/JLD.2021.6897.1736]
- بگیان کوله مرزی، محمدجواد، کرمی، جهانگیر، مومنی، خدامراد و مومنی، خدامراد (۱۳۹۸). مقایسه اثربخشی سیستم روان‌درمانی تحلیل شناختی- رفتاری (CBASP) و یکپارچه‌سازی رفتاردرمانی دیالکتیکی با درمان شناختی مبتنی بر ذهن شفقت‌ورز بر کاهش درد ذهنی و دشواری‌های تنظیم هیجانی افراد اقدام‌کننده به خودکشی. *مطالعات روان‌شناسی بالینی*، ۹ (۳۴)، ۳۵-۶۳. [Doi:10.22054/jcps.2019.34758.1937]
- بشپور، سجاد و عینی، ساناز. (۱۴۰۱). تدوین مدل علی سازگاری تحصیلی دانش‌آموزان با ناتوانی یادگیری براساس خودکارآمدی تحصیلی و اشتیاق تحصیلی: نقش میانجی تاب‌آوری تحصیلی. *مجله ناتوانی‌های یادگیری*، ۱۲(۲)، ۱۸-۳۳. [Doi:10.22098/jld.2022.7608.1814]
- سلطانی، متین؛ نریمانی، محمد و موسی‌زاده، توکل. (۱۴۰۱). بررسی آموزش راهبردهای خودتنظیمی بر سازگاری اجتماعی و هماهنگی دیداری حرکتی دانش‌آموزان دارای ناتوانی‌های یادگیری. *مجله ناتوانی‌های یادگیری*، ۱۲(۲)، ۳۴-۴۵. [Doi:10.22098/jld.2023.12017.2055]
- فرامرزی، سالار و عنایتی، الهه. (۱۴۰۰). مقایسه‌ی هیجانانگیز تحصیلی دانش‌آموزان با انواع اختلال یادگیری خاص. *مجله ناتوانی‌های یادگیری*، ۱۰(۴)، ۸۷-۱۰۳. [JLD.2021.6897.1736]
- مارا، توماس (۲۰۰۵). *راهنمای جامع و کاربردی رفتاردرمانی دیالکتیکی فردی: ترجمه شیرین ایزدی و مهناز غیائی*، انتشارات ارجمند (۱۳۹۵). تهران: انتشارات ارجمند.
- نریمانی، محمد؛ تقی‌زاده، سارا و نریمانی، آذین. (۱۴۰۱). اثربخشی برنامه توانبخشی شناختی آرام بر بهبود حافظه کاری و توجه کودکان مبتلا به اختلالات یادگیری. *مجله ناتوانی‌های یادگیری*، ۱۲(۱)، ۸۵-۹۷. [Doi:10.22098/jld.2022.11688.2046]

### References:

- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-5®)*. American Psychiatric Pub. [Doi:10.1176/appi.books.9780890425596]
- Basharpour, S., & Eyni, S. (2023). Developing a causal model of academic adjustment of Students with learning disabilities based on academic self-efficacy and academic eagerness: The mediating role of the academic resilience. *Journal of Learning Disabilities*, 12(2),18-33. (In Persian) [Doi:10.22098/jld.2022.7608.1814]
- Bass, C., van Nevel, J., Swart, J. (2014). "A comparison between dialectical behavior therapy, mode deactivation therapy, cognitive behavioral therapy, and acceptance and commitment therapy in the treatment of adolescents". *International Journal of Behavioral Consultation and Therapy*. 9 (2): 4-8. [Doi:10.1037/h0100991]

- Holliday, S. B., Pedersen, E. R., & Leventhal, A. M. (2016). Depression, posttraumatic stress, and alcohol misuse in young adult veterans: The trans diagnostic role of distress tolerance. *Drug and alcohol dependence*, 161, 348-355. [Doi:10.1016%2Fj.drugalcdep.2016.02.030]
- Juarascio, A. S., Felton, J. W., Borges, A. M., Manasse, S. M., Murray, H. B., & Lejuez, C. W. (2016). An investigation of negative affect, reactivity, and distress tolerance as predictors of disordered eating attitudes across adolescence. *Journal of Adolescence*, 49, 91-98. [Doi:10.1016%2Fj.adolescence.2016.02.005]
- Kaufman, J., Birmaher, B., Axelson, D. A., Perepletchikova, F., Brent, D., Ryan, N. (2016). *K-SADS-PL DSM 5. Child and Adolescent Research and Education*, Program Yale University. [Doi:10.1097/00004583-199707000-00021]
- Kring, A. M., Sheri, L., Johnson, C., & John, M. (2012). *Abnormal psychology*, 12th Edition. Zamani, N., Ahmadi, V., Ataie Moghanloo, V., & Mirshekar, S. (2014). Comparing the Effectiveness of two Therapeutic Methods of Dialectical Behavior Therapy and Cognitive Behavior Therapy on the Improvement of Impulsive Behavior in the Patients Suffering from Major Depressive Disorder (MDD) Showing a Ten. <https://www.amazon.com/Abnormal-Psychology-12th-Ann-Kring/dp/1118018494>
- Laporte, P. P., Matijasevich, A., Munhoz, T. N., Santos, I. S., Barros, A. J. D., Pine, D. S., Rohde, L. A., Leibenluft, E., Salum, G. A. (2021). Disruptive Mood Dysregulation Disorder: Symptomatic and Syndromic Thresholds and Diagnostic Operationalization. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 60(2), 286-295. [Doi:10.1016/j.jaac.2019.12.008]
- Laporte, P.P., Matijasevich, A., Munhoz, T.N., Santos, I.S., Barros, A.J., Pine, D.S., Rohde, L.A., Leibenluft, E & ,Abrahão Salum, G. (2019). Disruptive Mood Dysregulation Disorder: symptomatic and syndromic thresholds and diagnostic operationalization. *medRxiv* ,19002436. [Doi:10.1101/19002436]
- Leyro, T. M., Bernstein, A., Vujanovic, A.A. et al. (2011). Distress Tolerance Scale: A Confirmatory Factor Analysis Among Daily Cigarette Smokers. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, 33, 47-57 (2011). [Doi:10.1007/s10862-010-9197-2]
- Leyro, T. M., Zvolensky, M. J., & Bernstein, A. (2010). Distress tolerance and psychopathological symptoms and disorders: a review of the empirical literature among adults. *Psychological Bulletin*, 136 (4), 576-600. [Doi:10.1037%2Fa0019712]
- Liang, L., Feng, L., Zheng, X., Wu, Y., Zhang, C., Li, J. (2021). Effect of dialectical behavior group therapy on the anxiety and depression of medical students under the normalization of epidemic prevention and control for the COVID-19 epidemic: a randomized study. *Annals of Palliative Medicine*, 10(10), 10591-10599. [Doi:10.21037/apm-21-2466]
- Linehan, M. M. (2015). *DBT® skills training manual (2nd ed.)*. New York, NY: Guilford Press.
- Linke, J. O., Adleman, N. E., Sarlls, J., Ross, A., Perlstein, S., Frank, H. R., Towbin, K. E., Pine, D. S., Leibenluft, E., Brotman, M. A. (2020). White Matter Microstructure in Pediatric Bipolar Disorder and Disruptive Mood Dysregulation Disorder. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 59(10), 1135-1145. [Doi:10.1016/j.jaac.2019.05.035]
- Little, H., Tickle, A., das Nair, R. (2017). "Process and impact of dialectical behaviour therapy: A systematic review of perceptions of clients with a diagnosis of borderline personality disorder" (PDF). *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice*. 91 (3): 278-301. [Doi:10.1111/papt.12156. PMID 29034599]
- Macatee, R. J., Capron, D. W., Guthrie, W., Schmidt, N. B., & Coughle, J. R. (2015). Distress tolerance and pathological worry: Tests of incremental and prospective relationships. *Behavior Therapy*, 46 (4), 449-462. [Doi:10.1016/j.beth.2015.03.003]
- MacKillop, J., & De Wit, H. (Eds). (2013). *The Wiley-Blackwell Handbook of Addiction Psychopharmacology*. John Wiley & Sons.
- Mara, Thomas (2005). *A Comprehensive and Practical Guide to Individual Dialectical Behavior Therapy*: Translated by Shirin Izadi and Mahnaz Ghiasi, Arjmand Publications (2016). Tehran: Arjmand Publications.[Persian].
- Mayer, J. D., Salovey, P., Caruso, D. R., Sitarenios, G. (2003). Measuring emotional intelligence with the MSCEIT V.2.0. *Emotion*, 3, 97-105. [Doi:10.1037/1528-3542.3.1.97]
- McKay, M., Wood, J.C. and Brantley, J. (2007). *The Dialectical Behavior Therapy Skills Workbook*. New Harbinger, Oakland. *Mental Health*, 21(2), 81-89. <https://cursosdepsicologia.com.ar/wp-content/uploads/2021/05/THEDIA1.pdf>
- Michel, N. M., Rowa, K., Young, L., & McCabe, R. E. (2016). Emotional distress tolerance across anxiety disorders. *Journal of anxiety disorders*, 40, 94-103. [Doi:10.1016/j.janxdis.2016.04.009]
- Mulraney, M., Silk, T. J., Gulenc, A., Efron, D., Hazell, P., Sciberras, E. (2021). Persistence of disruptive mood dysregulation disorder in children with attention-deficit/hyperactivity disorder. *J Affect Disord*, 278, 502-505. [Doi:10.1016/j.jad.2020.09.109]
- Narimani, M., Taghizadeh, S., & Narimani, A. (2022). Effectiveness of ARAM Cognitive Rehabilitation Package on Improvement of Working Memory and Attention in Children with Learning Disabilities. *Journal of Learning Disabilities*, 12(1),85-97. (In Persian) [Doi:10.22098/jld.2022.11688.2046]
- Nilsen, F. A., Bang, H., Boe, O., Martinsen, Ø. L., Lang- Ree, O. C., Røysamb, E. (2021). The Multidimensional Self-Control Scale (MSCS): Development and validation. *Psychological Assessment*, 32(11), 1057-1074. [Doi:10.1037/pas0000950]

- Pederson, L. (2012). *"Interpersonal Effectiveness". The expanded dialectical behavior therapy skills training manual : practical DBT for self-help, and individual and group treatment settings. Eau Claire, WI: Premier Pub. & Media.*
- Pederson, L. (2015). *"19 Skills Training". Dialectical behavior therapy: a contemporary guide for practitioners.* Chichester, West Sussex: Wiley. [Doi:ISBN 9781118957882]
- Perepletchikova, F., Nathanson, D., Axelrod, S. R., Merrill, C., Walker, A., Grossman, M., Rebata, J., Scahill, L., Kaufman, J., Flye, B., Mauer, E., Walkup, J. (2017). Randomized Clinical Trial of Dialectical Behavior Therapy for Preadolescent Children With Disruptive Mood Dysregulation Disorder: Feasibility and Outcomes. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 56(10), 832-840. [Doi:10.1016/j.jaac.2017.07.789]
- Piquero, A. R., Jennings, W. G., Farrington, D. P., Diamond, B., Gonzalez, J. M. R. (2016). A meta-analysis update on the effectiveness of early self-control improvement programs to improve self-control and reduce delinquency. *Journal of Experimental Criminology*, 12(2), 229-248. [Doi:10.1007/s11292-016-9257-z]
- Pou, J. S. (2019). *Dialectical Behavior Therapy and Mentalization Based Treatment for Borderline Personality Disorder: Similarities, Differences, and Clinical Implications.* Biola University.
- Short, N. A., Babson, K. A., Schmidt, N. B., Knight, C. B., Johnson, J., & Bonn Miller, M. O. (2016). Sleep and affective functioning: Examining the association between sleep quality and distress tolerance among veterans. *Personality and Individual Differences*, 90, 247-253. [Doi:10.1016/j.paid.2015.10.054]
- Simons, J., & Gaher, R. (2005). The Distress Tolerance Scale: Development and validation of a self-report measure. *Motivation and Emotion*, 29 (2), 83– 102. [Doi:10.1007/s11031-005-7955-3]
- Soltani, M., Narimani, M., & Mousazadeh, T. (2023). Effectiveness of Teaching Self-regulation Strategies on Social Adaptation and Visual-Motor Coordination of Students with Learning Disabilities. *Journal of Learning Disabilities*, 12(2), 34-45. [Doi:10.22098/jld.2023.12017.2055]
- Steil, R., Dittmann, C., Müller-Engelmann, M., Dyer, A., Maasch, A. M., Priebe, K. (2018). "Dialectical behaviour therapy for posttraumatic stress disorder related to childhood sexual abuse: a pilot study in an outpatient treatment setting". *European Journal of Psychotraumatology*, 9 (1), 1423832. [Doi:10.1080%2F20008198.2018.1423832]
- Stoddard, J., Wiggins, J. L., Wakschlag, L. S. (2021). Editorial: Defining the Clinical Boundary of Disruptive Mood Dysregulation Disorder Symptoms in Youth. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 60(2), 216-218. [Doi:10.1016/j.jaac.2020.12.019]
- Tangney, J., Baumeister, R. F., & Boone, A. L. (2004). High self-control predicts good adjustment, less pathology, better grades, and interpersonal success. *Journal of Personality*, 72, 271–324.
- Vogel, E. N., Singh, S., & Accurso, E. C. (2021). A systematic review of cognitive behavior therapy and dialectical behavior therapy for adolescent eating disorders. *Journal of eating disorders*, 9(1), 131. [Doi:10.1186/s40337-021-00461-1]
- Vujanovic, A. A., Dutcher, C. D., & Berenz, E. C. (2016). Multimodal examination of distress tolerance and posttraumatic stress disorder symptoms in acute-care psychiatric inpatients. *Journal of Anxiety Disorders*, 48 (3), 45-53. [Doi:10.1016/j.janxdis.2016.08.005]
- Ward, M. M., Swan, G. E., & Jack, L. M. (2001). Self-reported abstinence effects in the first month after smoking cessation. *Addictive Behaviors*, 26 (3), 311-27. [Doi:10.1016/s0306-4603(00)00107-6]
- Wisniewski, L. & Ben-Porath, D. D. (2015). Dialectical behavior therapy and eating disorders: The use of contingency management procedures to manage dialectical dilemmas. *American Journal of Psychotherapy*, 69(2), 129–140. [Doi:10.1176/appi.psychotherapy.2015.69.2.129]
- Wong, S. F., Aardema, F., & Grisham, J. R. (2019). Inverse Reasoning Processes in Obsessive-Compulsive Disorder: Replication in a Clinical Sample. *Journal of Anxiety Disorders*, 63 (2), 1-8. [Doi:10.1016/j.janxdis.2019.01.005]
- Zalewski, M., Lewis, J. K., Martin, C. G. (June 2018). "Identifying novel applications of dialectical behavior therapy: considering emotion regulation and parenting". *Current Opinion in Psychology*. 21: 122–126. [Doi:10.1016/j.copsyc.2018.02.013]