

Research Article

The Effectiveness of Online Dialectical Behavior Therapy on the Emotion Regulation Difficulties, Guilt Feeling and Dissociative Symptoms in Depressed People

A. Safari¹ & R. Aftab^{2*}

1. Master student of General Psychology, Adiban Institute of Higher Education, Department of Psychology, Garmsar, Iran.
2. Adiban Higher Education Institute Lecturer, Department of Psychology, Garmsar, Iran, Email: royaaftab@gmail.com.

Abstract

Aim: This study aimed to determine the effectiveness of online dialectical behavior therapy on the emotion regulation difficulties, guilt feeling, and dissociative symptoms in depressed people. **Method:** The research method was quasi-experimental with a pre-test-post-test-follow-up design with the control group. The statistical population of this study included all people with major depression who were referred to Garmsar health centers in the spring of 2021, among them, 30 people were selected by two random stages sampling method and by homogenizing age, marriage, and education were randomly divided into experimental and control groups, two groups. Participants for pre-test, post-test, and follow-up to the Difficulties in Emotion Regulation Scale (Gratz & Roemer, 2004) (DERS); Guilt Inventory (Kugler & Jones, 1992) (GI), and Dissociative Experiences Scale (Bernstein & Putnam, 1986) (DES). After 8 sessions of dialectical behavior therapy for the experimental group, the research data were analyzed using repeated-measures analysis of variance. **Results:** The results showed that dialectical behavior therapy was effective on the emotion regulation difficulties, guilt feeling, and dissociative symptoms in depressed people ($P < 0.01$), and its effect lasted over time ($P < 0.01$). **Conclusions:** Based on the results, the use of dialectical behavior therapy in the treatment of major depression and its manifestations, including emotion regulation difficulty, guilt, and dissociative symptoms in counseling and psychotherapy centers can be effective.

Key words: *Guilt Feeling, Depressed, Emotion Regulation Difficulties, Dialectical Behavior Therapy, Dissociative Symptoms*

Citation: Safari, A., & Aftab, R. (2021). The Effectiveness of Online Dialectical Behavior Therapy on the Emotion Regulation Difficulties, Guilt Feeling and Dissociative Symptoms in Depressed People. *Quarterly of Applied Psychology*, 15(4):179-206.

اثربخشی رفتاردرمانی دیالکتیکی برخط بر دشواری تنظیم هیجان، احساس گناه و نشانگان تجزیه‌ای در افراد افسرده

آلاله صفری^۱ و رویا آفتاب^{۲*}

۱. دانشجوی کارشناسی ارشد روان‌شناس عمومی، مؤسسه آموزش عالی ادیبان، گروه روان‌شناسی، گرمسار، ایران.
۲. مدرس مؤسسه آموزش عالی ادیبان، گروه روان‌شناسی، گرمسار، ایران. ایمیل: royaaftab@gmail.com

چکیده

هدف: هدف پژوهش حاضر تعیین اثربخشی رفتاردرمانی دیالکتیکی برخط بر دشواری تنظیم هیجان، احساس گناه و نشانگان تجزیه‌ای در افراد افسرده بود. **روش:** روش پژوهش نیمه آزمایشی با طرح پیش‌آزمون- پس‌آزمون- پیگیری با گروه گواه بود. جامعه آماری این پژوهش شامل تمام افراد دچار افسردگی اساسی مراجعه‌کننده به خانه‌های بهداشت شهرستان گرمسار در بهار سال ۱۴۰۰ بودند که از میان آنها ۳۰ نفر به روش نمونه‌گیری دومرحله‌ای تصادفی انتخاب و با همگن‌سازی سن، تأهل و تحصیلات به صورت تصادفی در دو گروه آزمایش و گواه قرار گرفتند. شرکت‌کنندگان جهت پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری به مقیاس دشواری‌های تنظیم هیجان (گراتز و روئمر، ۲۰۰۴) (DERS)، پرسشنامه احساس گناه (کوگلر و جونز، ۱۹۹۲) (GI) و مقیاس تجارب تجزیه‌ای (برنستاین و پاتنام، ۱۹۸۶) (DES) پاسخ دادند. پس از ۸ جلسه رفتاردرمانی دیالکتیکی برای گروه آزمایش، داده‌های پژوهش با استفاده از روش تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر تجزیه و تحلیل شدند. **یافته‌ها:** نتایج پژوهش نشان داد رفتار درمانی دیالکتیکی بر دشواری تنظیم هیجان، احساس گناه و تجارب تجزیه‌ای در افراد افسرده اثربخش بود ($P < 0/01$) و اثر آن در طول زمان تداوم داشت ($P < 0/01$). **نتیجه‌گیری:** براساس نتایج حاصل به کارگیری رفتاردرمانی دیالکتیکی در درمان افسردگی اساسی و تظاهرات آن از جمله دشواری در تنظیم هیجان، احساس گناه و نشانگان تجزیه‌ای در مراکز مشاوره و روان‌درمانی می‌تواند مؤثر واقع شود.

کلید واژه‌ها: احساس گناه، افسردگی، تنظیم هیجان، رفتاردرمانی دیالکتیکی، نشانگان تجزیه‌ای

استناد به این مقاله: صفری، آلاله، و آفتاب، رویا. (۱۴۰۰). اثربخشی رفتاردرمانی دیالکتیکی برخط بر دشواری تنظیم هیجان، احساس گناه و نشانگان تجزیه‌ای در افراد افسرده. فصلنامه علمی- پژوهشی روان‌شناسی کاربردی، ۱۵ (۴ پیاپی ۶۰): ۲۰۶-۱۷۹.

مقدمه

افسردگی^۱ مشکل روان‌شناختی رایجی است که از تعامل پیچیده عوامل و نشانه‌های شناختی، رفتاری و بیولوژیکی نشأت می‌گیرد (تیودو همکاران، ۲۰۱۵). افسردگی از زمان آغاز حیات بشر با او بوده و پژوهش‌ها نشان می‌دهد افسردگی اساسی همچنان یک تهدید جدی برای بهداشت و سلامت عمومی و کیفیت زندگی افراد محسوب می‌شود (اینگرام، ۲۰۱۶؛ پاتل و همکاران، ۲۰۱۶). افسردگی اساسی منجر به مشکلات روان‌شناختی همایند می‌شود و خطر خودکشی^۲ را افزایش می‌دهد (جیانگ و همکاران، ۲۰۲۱).

قرار گرفتن در معرض تنش با پیامدهای منفی بسیاری همراه است، که از آن جمله می‌توان به بروز اختلال‌های روانی مانند افسردگی اشاره کرد (لی و لی، ۲۰۲۱). با این حال، همه افراد حتی در مواجهه با سطوح بالای تنش دچار اختلال‌های روانی نمی‌شوند. به نظر می‌رسد که هنگام مواجهه با عامل تنش‌زا، برخی از افراد عملکردشان مختل می‌شود، در حالی که برخی دیگر انعطاف‌پذیری قابل توجهی از خود نشان می‌دهند. رویدادهای تنش‌زا معمولاً واکنش‌های احساسی و هیجانی قابل توجهی را برمی‌انگیزند و بر این اساس، ظرفیت تنظیم هیجانی^۳ به عنوان میانجی سازگاری با تنش پیشنهاد شده است. طبق این الگو، افرادی که دچار بدتنظیمی هیجانی هستند وقتی در معرض رویدادهای تنش‌زا قرار می‌گیرند بیشتر از سایرین احتمال دارد که دچار افسردگی اساسی شوند (کامپار و همکاران، ۲۰۱۴). عاطفه منفی پایدار و کاهش مداوم عاطفه مثبت از ویژگی‌های بارز تشخیص یک دوره افسردگی اساسی است (نگ و همکاران، ۲۰۱۹). در واقع، نظریه پردازان پیشنهاد کرده‌اند که افراد آسیب‌پذیر نسبت به افسردگی اساساً ظرفیت تنظیم هیجانی و عاطفی کمتری دارند و از این منظر تفاوت‌های فردی در به کارگیری راهبردهای تنظیم هیجان ناسازگارانه ممکن است نقش مهمی در شروع و تداوم نشانه‌های افسردگی و پاسخ به درمان در افراد افسرده داشته باشد (جورمن و گاتلیب، ۲۰۱۰).

پژوهشگران احساس گناه^۴ و نشانگان تجزیه‌ها^۵ را از جمله نواقص شناختی در افراد افسرده پیشنهاد کرده‌اند (نیکوسرشت و شمالی اسکویی، ۱۴۰۰؛ بارنو همکاران، ۲۰۱۲؛ کوپیل و همکاران، ۲۰۰۲؛ هیبرت و همکاران، ۲۰۱۳). تقلیل خودارزشی که در پی احساس گناه رخ می‌دهد، منجر به شکل‌گیری تصویری مملوء از عدم کفایت، نقصان و ناپسندی نسبت به خود می‌شود به طوری که چنین شخصی شکاف بزرگ‌تری را بین خود واقعی و خود آرمانی‌اش احساس

1. depression

2. suicide

3. emotion regulation

4. guilt feeling

5. dissociation

می‌کند. این شکاف مانع از مشاهدهٔ انعطاف‌پذیر خود می‌شود. بدین ترتیب، اشتغال فکر با احساس ارزش‌مندی خود موجب تشدید مفهوم‌پردازی‌های منفی نسبت به خود و افسردگی خواهد شد (موروز و دانکلی، ۲۰۱۹). احساس گناه در افراد افسرده عامل خطری برای خودکشی است. آفتاب و همکاران (۱۳۹۹) پیشنهاد کردند که خودسرزنش‌گری بیش از حد و احساس گناه در افراد افسرده در نهایت موجب متوسل شدن فرد خودکشی به عنوان شیوه‌ای برای تنبیه خود می‌شود. تجزیه مسئلهٔ مهمی است که در افرادی که نشانه‌های افسردگی را تجربه می‌کنند رخ می‌دهد، زیرا افسردگی در این جمعیت بسیار شایع است و به دلیل اینکه تجزیه معمولاً یکی از چالش‌برانگیزترین مشکلاتی است که با اختلال افسردگی اساسی رخ می‌دهد، روند درمان نشانه‌های افسردگی را تحت تأثیر قرار می‌دهد؛ به طوری که این افراد با شکست درمان مواجه هستند. ادبیات پژوهشی نشان می‌دهد که بیش از ۸۰ درصد از افرادی که علائم تجزیهٔ آسیب‌شناختی شدید را تجربه می‌کنند دارای سابقهٔ افسردگی اساسی هستند (تیلگمان-اسبورن و همکاران، ۲۰۱۲؛ فانگ و همکاران، ۲۰۲۰).

رفتار درمانی دیالکتیکی^۱ یکی از رویکردهای درمانی نوین است که اثربخشی آن بر افسردگی اساسی بسیار امیدوارکننده است و در ابتدا برای درمان افراد خودکشی‌گرا طراحی شد و بعدها برای درمان بیماران دچار اختلال شخصیت مرزی گسترش یافت (فلین و همکاران، ۲۰۲۱). از آنجا که بدتنظیمی هیجانی اساس نظریه زیستی-اجتماعی لینهان^۲ را تشکیل می‌دهد، این درمان بر بهبود قابلیت‌های تنظیم هیجان در افراد تمرکز دارد (آسارنو همکاران، ۲۰۲۱).

رفتار درمانی دیالکتیکی بر تغییر رفتار و مدیریت هیجان‌ها تأکید دارد. این درمان اصول درمان شناختی رفتاری را به همراه ذهن‌آگاهی، پذیرش و دیالکتیک به‌کار می‌برد (ریزوی و توماس، ۲۰۱۶). با این حال، تفاوت‌هایی نیز با درمان شناختی-رفتاری دارد، این درمان بر استفاده از روش‌های شناختی کم‌تر تأکید می‌کند و در عوض بر یادگیری و تمرین مهارت‌های جدید، تمرکز دارد (وکائل و داوولینگ، ۲۰۱۴). در رفتاردرمانی دیالکتیکی تأکید بر دیالکتیک پذیرش و تغییر است، بدین معنی است که از سویی درمان‌گر بیمار را همان‌گونه که هست بپذیرد و برای افکار، هیجان‌ها و رفتارهایش اعتبار قائل شود و از سوی دیگر نیاز برای تغییر را در او تصدیق کند و شرایط یادگیری مهارت‌های جدید برای مقابله با مشکلات و رسیدن به اهداف شخصی را فراهم آورد (فاسبیندر و همکاران، ۲۰۱۶). مهارت‌های رفتار درمانی دیالکتیکی شامل تنظیم هیجان‌ها،^۳

¹.Dialectical Behavior Therapy (DBT)

². Linehan's Biosocial Theory

³. emotion regulation

تحمل آشفتگی^۱، کارایی بین‌فردی^۲ و ذهن آگاهی^۳ است که به‌طور مستقیم مدیریت تجربه‌های هیجانی فرد و آموزش مهارت‌هایی را در جهت بهبود روابط را هدف قرار می‌دهد (ویلکس و همکاران، ۲۰۱۶).

از جمله مهارت‌هایی که در جریان رفتار درمانی دیالکتیکی آموخته می‌شود تنظیم هیجان‌ها و تحمل پریشانی است (ویلکس و همکاران، ۲۰۱۶) و پژوهش‌ها حاکی از اثربخشی این رویکرد بر بدتنظیمی هیجانی است. پژوهش‌ها نشان داده‌اند که فنون تنظیم هیجانی در رفتاردرمانی دیالکتیکی در کاهش استفاده از راهبردهای تنظیم هیجانی منفی مؤثر است و می‌تواند برای درمان افراد دچار اختلال‌های خلقی، شخصیت و مواد استفاده شود (تقی‌زاده و همکاران، ۱۳۹۴؛ آسارنو همکاران؛ ۲۰۲۱؛ فابیس‌تندر و همکاران، ۲۰۱۶ و نیاکسیو همکاران، ۲۰۱۴). در این راستا، شاملو همکاران (۱۳۹۳) نشان دادند که آموزش تنظیم هیجان مبتنی بر رفتاردرمانی دیالکتیکی منجر به کاهش مؤثر و ماندگار نشانه‌های افسردگی و دشواری‌های تنظیم هیجان می‌گردد. قلی‌پور بازکیاگوراب و همکاران (۱۳۹۸) دریافتند که مهارت‌آموزی رفتاردرمانی دیالکتیکی منجر به کاهش مؤثر و ماندگار دشواری‌های تنظیم هیجان دختران افسرده می‌گردد. رضایی و همکاران (۲۰۲۱) نشان دادند که رفتاردرمانی دیالکتیکی موجب بهبود تحمل پریشانی و تنظیم هیجان در افراد افسرده معتاد می‌شود.

احساس گناه از جمله هیجان‌های خودآگاهی است و نتایج پژوهش‌ها نشان می‌دهد رفتاردرمانی دیالکتیکی بر آن مؤثر است. به عنوان مثال، شیخ‌سجادیه و آتش‌پور (۱۳۹۶) در پژوهشی نشان دادند که رفتاردرمانی دیالکتیکی در کاهش احساس گناه زنان نابارور مؤثر است. فیتزپاتریک و همکاران (۲۰۲۰) بر اثربخشی رفتاردرمانی دیالکتیکی بر احساس گناه در افراد دچار اختلال شخصیت مرزی و اضطرابی اشاره داشته‌اند.

نتایج پژوهش‌هایی که به بررسی اثربخشی رفتاردرمانی دیالکتیکی بر تجارب تجزیه‌ای در جمعیت‌های مختلف مانند اختلال شخصیت مرزی، اختلال استرس پس‌آسیب، اختلال دوقطبی پرداخته‌اند، حاکی از اثربخشی این رویکرد بر متغیرهای فوق بوده است. به عنوان مثال، فوت‌ون آوردن (۲۰۱۶) رفتار درمانی دیالکتیکی را یک الگوی درمانی پیچیده و چند وجهی که در درمان نشانگان تجزیه‌ای کارآمد است، معرفی کرده‌اند. کلیندینست و همکاران (۲۰۱۱؛ ۲۰۱۶) چنین نتیجه گرفتند که تجارب تجزیه‌ای موجب پیش‌آگهی ضعیف‌تر رفتاردرمانی دیالکتیکی در بیماران دچار اختلال شخصیت مرزی و اختلال استرس پس از آسیب می‌شود.

1. distress tolerance

2. interpersonal effectiveness

3. mindfulness

اثربخشی رفتاردرمانی دیالکتیکی بر احساس گناه و تجارب تجزیه‌ای می‌تواند به این دلیل باشد که هر دو احساس گناه و تجارب تجزیه‌ای در شرایطی رخ می‌دهند که فرد از ظرفیت تنظیم هیجانی و تحمل پریشانی کافی برخوردار نیست (آفتاب و همکاران، ۱۳۹۹؛ فورد، ۲۰۱۳؛ کراس-آتز و همکاران، ۲۰۱۷؛ گرشونی و تایر، ۱۹۹۹؛ هیبرت و همکاران، ۲۰۱۷) و رفتاردرمانی دیالکتیکی نیز اساساً بر همین موضوع تمرکز دارد. رفتار درمانی دیالکتیکی با هدف آموزش مهارت‌هایی برای کاهش رفتارهای ناکارآمد و تسهیل انطباق فرد با الگوهای رفتاری، هیجانی و فکری جدید صورت می‌گیرد (والنتین و همکاران، ۲۰۱۵).

چنانچه افراد از ظرفیت نظم‌جویی هیجانی برای متوسل شدن به راهبردهای تنظیم هیجانی سازگارانه برخوردار نباشند، در مواجهه با رویدادهای تنش‌زای جزئی هم واکنش‌پذیری بالایی از خود نشان داده و هیجان‌های منفی شدیدی را تجربه می‌کنند. در افسردگی فرد در کنار هیجان‌های منفی که تجربه می‌کند مستعد تجربه احساس گناه به دلیل از خودبیزاری و تقلیل خودارزشی است و بدین ترتیب، احساس گناه خود با توجه به مضامینی که برای «خود» شخص دارد، هیجان‌های منفی را تشدید می‌کند و شخص را بر آن می‌دارد که چاره‌ای بیندیشد و این بار ناهشیار و خودکار در دام تجزیه رفتار می‌شود (آفتاب و همکاران، ۱۳۹۹).

با توجه به پیامدهایی که دشواری در تنظیم هیجان، احساس گناه و نشانگان تجزیه‌ای برای افراد افسرده اساسی دارد، به ویژه اینکه در درمان این افراد تداخل ایجاد کرده و ممکن است موجب تشدید افسردگی و حتی اندیشه‌پردازی خودکشی شود، لزوم بررسی رویکردهای درمانی هر چه مؤثرتر در درمان این افراد به چشم می‌خورد؛ از طرفی در دوران اپیدمی کووید-۱۹ امکان برگزار جلسات حضوری فردی و گروهی از درمانگران سلب شده و این مسئله نیز بر مشکلات سلامت روان افراد افزوده و از این‌رو ارائه درمان به این افراد به صورت برخط نوآوری پژوهش حاضر به شمار می‌آید و بنابراین هدف پژوهش حاضر تعیین اثربخشی رفتاردرمانی دیالکتیکی بر خط بر دشواری تنظیم هیجان، احساس گناه و نشانگان تجزیه‌ای در افراد افسرده بود.

روش پژوهش

روش پژوهش نیمه آزمایشی با طرح پیش‌آزمون- پس‌آزمون- پیگیری با گروه گواه بود. جامعه آماری این پژوهش شامل تمام افراد دچار افسردگی اساسی مراجعه کننده به مراکز بهداشت شماره ۱، ۲ و ۳ شهرستان گرمسار در بهار سال ۱۴۰۰ بودند. با در نظر گرفتن حداقل حجم نمونه برابر با ۱۵ نفر برای هر گروه، برای انتخاب نمونه در مرحله اول از بین ۳ مرکز بهداشت،

مرکز بهداشت شماره ۱ و در مرحله دوم ۳۰ نفر از این مرکز از میان فهرست بیماران که در سامانه موجود بود به صورت تصادفی انتخاب و با همگن‌سازی سن، تأهل و تحصیلات به صورت تصادفی در دو گروه آزمایش و گواه قرار گرفتند. ملاک‌های ورود به پژوهش نمره بالاتر از خط برش در پرسشنامه افسردگی (نمره ۲۰ تا ۲۸) و تجارب تجزیه‌ای (نمره ۳۰ تا ۱۲۰)، عدم دریافت همزمان دو درمان، استفاده همزمان از داروها، ابتلا به بیماری‌های جسمانی مزمن و عقب ماندگی ذهنی و جسمی بود. ملاک‌های خروج از پژوهش انصراف از ادامه همکاری و نقص در تکمیل پرسشنامه‌ها بود.

ابزار پژوهش

پرسشنامه افسردگی بک^۱ (BDI): پرسشنامه افسردگی بک-ویرایش دوم (۱۹۶۱) شامل ۲۱ گویه است که شدت نشانه‌ها را روی یک مقیاس لیکرت از صفر تا سه مورد ارزیابی قرار می‌دهد. برای این پرسشنامه نقاط برش ۱۳-۰ = افسردگی جزئی؛ ۱۹-۱۴ = افسردگی خفیف؛ ۲۸-۲۰ = افسردگی متوسط و ۶۳-۲۹ = افسردگی شدید گزارش شده است (فتحی آشتیانی و داستانی، ۱۴۰۰). جو همکاران (۲۰۰۸) ضریب آلفای کرونباخ آن را ۰/۹۴ و همبستگی هر یک از گویه‌ها را با نمره کل در دامنه‌ای از ۰/۴۷ تا ۰/۷۰ و همبستگی این ابزار را با مقیاس تجدیدنظرشده درجه‌بندی همپلتون برابر با ۰/۶۶، حاکی از روایی مناسب گزارش کردند. طاهری تنجانی و همکاران (۱۳۹۳) برای این ابزار ضریب آلفای کرونباخ ۰/۹۳ و همبستگی آن را با پرسشنامه سلامت عمومی برابر با ۰/۸ به‌عنوان شاخصی از روایی همگرا گزارش کردند. در پژوهش حاضر ضریب آلفای کرونباخ برای این ابزار ۰/۷۱ به دست آمد.

مقیاس دشواری‌های تنظیم هیجان^۲ (DERS): مقیاس دشواری‌های تنظیم هیجان گراتز و روئمر (۲۰۰۴) شامل ۳۶ گویه است که شش خرده‌مقیاس عدم پذیرش پاسخ‌های هیجانی، دشواری در انجام رفتار هدفمند، دشواری در کنترل تکانه، فقدان آگاهی هیجانی، دسترسی محدود به راهبردهای تنظیم هیجانی، عدم وضوح هیجانی را در یک مقیاس لیکرت ۵ درجه‌ای «خیلی به ندرت = ۱» تا «تقریباً همیشه = ۵» مورد ارزیابی قرار می‌دهد. گراتز و روئمر (۲۰۰۴) ضرایب آلفای کرونباخ را برای شش خرده‌مقیاس عدم پذیرش پاسخ‌های هیجانی، دشواری در انجام رفتار هدفمند، دشواری در کنترل تکانه، فقدان آگاهی هیجانی، دسترسی محدود به

1. Beck Depression Inventory-II

2. Difficulties in Emotion Regulation Scale

راهبردهای تنظیم هیجانی، عدم وضوح هیجانی به ترتیب ۰/۸۵، ۰/۸۹، ۰/۸۶، ۰/۸۰، ۰/۸۸ و ۰/۸۴ گزارش کردند. گراتز و روئمر (۲۰۰۴) همبستگی این ابزار را با پرسشنامه تعهد و پذیرش^۱ برابر با ۰/۶۰ گزارش کردند. در پژوهش خانزاده و همکاران (۱۳۹۱) نتایج تحلیل عاملی اکتشافی، هشت عامل را برای این مقیاس آشکار ساخت که شش عامل آن با خرده‌مقیاس‌های پیشین هماهنگ بود و دو عامل دیگر، به دلیل بارگذاری تنها یک گویه حذف شدند. خانزاده و همکاران (۱۳۹۱) همبستگی شش خرده‌مقیاس عدم پذیرش پاسخ‌های هیجانی، دشواری در انجام رفتار هدف‌مند، دشواری در کنترل تکانه، فقدان آگاهی هیجانی، دسترسی محدود به راهبردهای تنظیم هیجانی، عدم وضوح هیجانی را با پرسشنامه افسردگی بک به ترتیب ۰/۳۹، ۰/۲۸، ۰/۳۲، ۰/۱۶، ۰/۵۱ و ۰/۳۱ به عنوان شاخصی از روایی همزمان ابزار گزارش کردند. خانزاده و همکاران (۱۳۹۱) برای این ابزار ضریب آلفای کرونباخ را، بین ۰/۸۶ تا ۰/۸۸ گزارش کردند. در پژوهش حاضر ضریب آلفای کرونباخ برای این ابزار ۰/۸۶ به دست آمد.

پرسشنامه احساس گناه^۲ (GI): پرسشنامه احساس گناه کوگلر و جونز (۱۹۹۲) شامل ۴۵ گویه است که سه خرده‌مقیاس حالت گناه‌کاری، صفت گناه‌کاری و معیارهای اخلاقی را در یک طیف لیکرت ۵ درجه‌ای از کاملاً موافق = ۵ تا کاملاً مخالف = ۱ مورد ارزیابی قرار می‌دهد. کوگلر و جونز (۱۹۹۲) برای این ابزار ضرایب آلفای کرونباخ را در دامنه‌ای از ۰/۸۱ تا ۰/۸۹ و همبستگی سه خرده‌مقیاس حالت گناه‌کاری، صفت گناه‌کاری و معیارهای اخلاقی را با خرده‌مقیاس شرم^۳ آزمون عاطفه خودآگاه^۴ به ترتیب برابر با ۰/۴۴، ۰/۴۹ و ۰/۲۵ گزارش کردند. حسونند (۱۳۹۸) برای این ابزار ضریب آلفای کرونباخ ۰/۷۶ و همبستگی این ابزار را با مقیاس تجربه شرم برابر با ۰/۵۲ به عنوان شاخصی از روایی همزمان گزارش کرد. در پژوهش حاضر دو خرده‌مقیاس حالت گناه‌کاری و صفت گناه‌کاری مدنظر بود و ضرایب آلفای کرونباخ برای آن‌ها به ترتیب ۰/۷۸ و ۰/۷۳ به دست آمد. در پژوهش حاضر ضریب آلفای کرونباخ برای این ابزار ۰/۸۴ به دست آمد.

مقیاس تجارب تجزیه‌ای^۵ (DES): مقیاس تجارب تجزیه‌ای برنستاین و پاتنام (۱۹۸۶) با هدف سنجش مسخ شخصیت و مسخ واقعیت، شکاف‌های آگاهی و حافظه و تجارب تجزیه‌ای مکرر ساخته شده و شامل ۲۸ گویه است نشانه‌های تجزیه‌ای و نه اختلال را در یک طیف لیکرت ۱۰ درجه‌ای از هرگز = ۰ تا همیشه = ۱۰۰ مورد ارزیابی قرار می‌دهد. لورای و همکاران (۲۰۱۳) برای این ابزار ضرایب آلفای کرونباخ را در دامنه‌ای از ۰/۸۵ تا ۰/۹۳ در جمعیت غیربالینی و

1. Acceptance and Action

Questionnaire

2. Guilt Inventory

3. shame

4. Test of Self-Conscious Affect

5. Experience of Shame Scale

6. Dissociative Experiences Scale

همبستگی این ابزار با پرسشنامه افسردگی بک برابر با ۰/۲۷ گزارش کردند. در پژوهش کارگربرزی و همکاران (۱۳۹۷) ضریب آلفای کرونباخ برای مقیاس تجارب تجزیه‌ای ۰/۹۲ و ضریب همبستگی تجارب تجزیه‌ای با اندیشه‌پردازی خودکشی و صفات عاطفه‌پذیری منفی، جدایی، بازداری‌زدایی، روان‌پریش‌خوبی و دشمنی به ترتیب ۰/۵۲۴، ۰/۱۶۵، ۰/۲۳۶، ۰/۲۵۱، ۰/۳۳۱ و ۰/۱۷۹ به عنوان شاخصی از روایی همزمان ابزار گزارش شده است. در پژوهش حاضر ضریب آلفای کرونباخ برای این ابزار ۰/۷۳ به دست آمد.

بسته جلسات رفتاردرمانی دیالکتیکی: جلسات رفتاردرمانی دیالکتیکی براساس کتاب تکنیک‌های رفتاردرمانی دیالکتیکی (مک‌کی و همکاران، ۲۰۰۷؛ ترجمه حمیدپور و همکاران، ۱۳۹۲) در ۸ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای هفته‌ای ۲ بار اجرا شد. هر جلسه از رفتاردرمانی دیالکتیکی، دربرگیرنده معرفی اهداف و عناوین مباحث مربوط به آن جلسه، بحث و تمرینات داخل جلسه و هم‌چنین تمرینات خارج از جلسه بود. علاوه بر این، از جلسه دوم به بعد، هر جلسه با یک تمرین پنج دقیقه‌ای هوشیاری فراگیر از طریق تنفس و سپس مرور تمرینات مربوط به جلسه قبل، آغاز می‌شد.

جدول ۱. محتوای جلسات رفتاردرمانی دیالکتیکی

جلسه	محتوا
۱	پس از خوشامدگویی، آشنایی اعضای گروه با یکدیگر، آشنایی با اهداف و قوانین گروه، درمان با ارایه تعریف دیالکتیک، اصول و راه‌های تفکر و عمل به شیوه دیالکتیکی و پس از آن آشنایی با مفهوم هوشیاری فراگیر و سه حالت ذهنی (ذهن منطقی، ذهن هیجانی و ذهن خردگرا) آغاز شد.
۲	دو دسته مهارت برای دستیابی به هوشیاری فراگیر آموزش داده و تمرین شد. دسته اول مهارت‌های چه چیز که عبارتند از کارهایی که فرد باید برای رسیدن به هوشیاری فراگیر انجام دهد (شامل سه مهارت مشاهده، توصیف و شرکت کردن). دسته دوم، مهارت‌های چگونه که عبارتند از نحوه انجام این کارها (شامل سه مهارت اتخاذ موضع غیرقضاوتی، خودهوشیاری فراگیر و کارآمد عمل کردن).
۳	مهارت‌های پرت کردن حواس
۴	مهارت‌های خودآرام‌سازی
۵	مهارت‌های بهسازی لحظات و تکنیک سود و زیان
۶	به دومین بخش از مهارت‌های تحمل پریشانی یعنی مهارت پذیرش واقعیت اختصاص یافت. این مهارت خود شامل سه دسته مهارت است که عبارتند از: ۱- پذیرش محض، ۲- برگرداندن ذهن، ۳- رضایتمندی.
۷	هیجان چیست و دارای چه مولفه‌هایی است؟ آموزش الگوی شناسایی هیجانات و برچسب زدن به آن‌ها که منجر به افزایش توانایی کنترل کردن هیجانات می‌گردد، پذیرش هیجانات حتی در صورت منفی بودن، آموزش مهارت‌های تسلط بر خود برای کاهش آسیب‌پذیری نسبت به هیجانات منفی.

۸ آموزش ایجاد تجارب هیجانی مثبت از طریق ایجاد تجارب هیجانی مثبت کوتاه مدت (مثل تفریح) و تجارب هیجانی مثبت بلندمدت (از طریق کار کردن بر روی سه حوزه اهداف زندگی، روابط و هوشیاری فراگیر نسبت به تجارب مثبت)، آموزش رها کردن رنج هیجانی از طریق پذیرش هیجان‌ات و تغییر دادن هیجان‌ات منفی از طریق کنش متضاد با هیجان.

روش اجرا

برای رعایت ملاحظات اخلاقی به تمام شرکت‌کننده‌ها این اطمینان خاطر داده شد که تمام اطلاعات حاصل از این مطالعه تنها به منظور ارائه نتایج در رساله است و تمام اطلاعات آن‌ها تا آخر محرمانه باقی خواهد ماند. همچنین، به آن‌ها یادآور شد که هر زمان که مایل بودند می‌توانند از مطالعه خارج شوند. پس از گمارش تصادفی شرکت‌کننده‌ها، در مرحله بعد، ابزارها به عنوان پیش‌آزمون بر روی شرکت‌کننده‌های گروه مداخله و گواه به اجرا درآمد. سپس، افراد گروه مداخله تحت جلسات برخط رفتار درمانی دیالکتیکی با استفاده از پلتفرم اسکایپ به صورت گروهی قرار گرفتند و گروه گواه هیچ نوع مداخله آموزشی دریافت نکردند. در پایان مداخله نیز تمامی شرکت‌کننده‌های هر ۲ گروه، جهت پس‌آزمون و پس از گذشت ۱ ماه جهت پیگیری پرسشنامه‌ها را تکمیل کردند. به جهت رعایت اصول اخلاقی گروه گواه نیز از مداخله‌ای مشابه پس از پایان مطالعه بهره‌مند شدند. در پژوهش حاضر جهت مقایسه متغیرهای وابسته در پیش‌آزمون و پس‌آزمون از روش تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر به شرط برقراری پیش‌شرط‌های آزمون و نرم افزار SPSS-24 استفاده شد.

یافته‌ها

در پژوهش حاضر میانگین \pm انحراف معیار سن در گروه رفتار درمانی دیالکتیکی $38/80 \pm 6/01$ و گروه گواه $37/60 \pm 6/51$ بود. سه گروه تفاوت معناداری از نظر سن نداشتند ($P=0/604$). در گروه رفتار درمانی دیالکتیکی ۱۴ نفر (۹۳/۳ درصد) مجرد و ۱ نفر (۶/۷ درصد) متأهل بودند. در گروه گواه ۱۴ نفر (۹۳/۳ درصد) مجرد و ۱ نفر (۶/۷ درصد) متأهل بودند. در گروه رفتار درمانی دیالکتیکی ۴ نفر (۲۶/۶۷ درصد) تحصیلات زیر دیپلم، ۴ نفر تحصیلات دیپلم (۲۶/۶۷ درصد)، ۴ نفر (۲۶/۶۷ درصد) تحصیلات لیسانس و ۳ نفر (۲۰/۰۰ درصد) تحصیلات بالاتر از لیسانس داشتند. در گروه گواه ۴ نفر (۲۶/۶۷ درصد) تحصیلات زیر دیپلم، ۴ نفر (۲۶/۶۷ درصد) تحصیلات دیپلم، ۵ نفر (۳۳/۳۳ درصد) تحصیلات لیسانس و ۲ نفر (۳۳/۳۳ درصد) تحصیلات بالاتر از لیسانس داشتند.

جدول ۲. میانگین و انحراف معیار و آماره شاپیرو-ویلکز متغیرهای پژوهش و آماره لون

برای مراحل پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری

متغیر	وضعیت	گروه	میانگین	انحراف معیار		شاپیرو-ویلکز		لون
				مقدار	آماره F	مقدار	آماره F	
پیش‌آزمون	دیالکتیکی	گواه	۵۸/۶۰	۱/۹۵	۰/۹۱۹	۰/۱۴۴	۰/۳۵۸	۰/۵۵۵
				۱/۷۷	۰/۹۲۶	۰/۲۱۳		
پس‌آزمون	دیالکتیکی	گواه	۴۸/۱۳	۲/۷۹	۰/۹۵۳	۰/۵۰۱	۳/۴۹	۰/۰۷۲
				۱/۶۹	۰/۸۸۸	۰/۰۵۲		
پیگیری	دیالکتیکی	گواه	۵۹/۰۰	۳/۲۳	۰/۹۳۴	۰/۲۵۲	۵/۰۲	۰/۰۵۳
				۲/۰۰	۰/۸۹۷	۰/۰۷۳		
پیش‌آزمون	دیالکتیکی	گواه	۷۶/۷۳	۱/۰۳	۰/۹۱۹	۰/۱۴۴	۰/۰۱۲	۰/۹۱۴
				۰/۹۶	۰/۹۲۶	۰/۲۱۳		
پس‌آزمون	دیالکتیکی	گواه	۷۲/۷۳	۰/۹۴	۰/۹۵۳	۰/۵۰۱	۰/۰۴۲	۰/۸۳۹
				۰/۸۸	۰/۸۸۸	۰/۰۵۲		
پیگیری	دیالکتیکی	گواه	۷۰/۵۳	۰/۸۷	۰/۹۳۴	۰/۲۵۲	۱/۳۳	۰/۲۵۸
				۱/۱۸	۰/۸۹۷	۰/۰۷۳		
پیش‌آزمون	دیالکتیکی	گواه	۷۶/۳۰	۹/۱۸	۰/۹۱۹	۰/۱۴۴	۰/۳۲۷	۰/۵۷۲
				۷/۷۸	۰/۹۲۶	۰/۲۱۳		
پس‌آزمون	دیالکتیکی	گواه	۶۸/۷۳	۸/۹۳	۰/۹۵۳	۰/۵۰۱	۰/۴۹۱	۰/۴۸۹
				۷/۴۸	۰/۸۸۸	۰/۰۵۲		
پیگیری	دیالکتیکی	گواه	۶۷/۹۳	۸/۷۷	۰/۹۳۴	۰/۲۵۲	۰/۵۶۰	۰/۴۶۰
				۷/۳۸	۰/۸۹۷	۰/۰۷۳		

جدول ۲ میانگین، انحراف معیار و آماره شاپیرو-ویلکز مربوط به نمره‌های شرکت‌کننده‌ها را در ۲ گروه دیالکتیکی و گواه را در ۳ مرحله پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری نشان می‌دهد و چنانچه ملاحظه می‌شود توزیع داده‌ها نرمال بودند. آزمون لوین برای هیچ‌یک از مراحل پژوهش معنادار نبود، بنابراین شرط همگنی ماتریس‌های واریانس-کوواریانس و مفروضه همگنی واریانس برای متغیرهای دشواری تنظیم هیجان، احساس گناه و نشانگان تجزیه‌ای در ۳ مرحله رعایت شده بود.

در ادامه پیش‌فرض برابری واریانس‌های درون‌آزمودنی‌ها مورد بررسی قرار گرفت. بررسی نتایج آزمون کرویت موخلی نشان داد فرض برابری واریانس‌های درون‌آزمودنی‌ها برای متغیرهای

دشواری تنظیم هیجان ($P=0/029$, $Mauchly's test=0/769$) و احساس گناه ($P=0/001$)، $P=0/051$ ، $Mauchly's test=0/616$ برقرار نبود و برای متغیر نشانگان تجزیه‌ای برقرار بود ($P=0/051$)، $Mauchly's test=0/802$. بدین ترتیب از آزمون‌های جایگزین گرینهوس-گیسر^۱ یا هیون فلت^۲ برای بررسی استفاده شد.

جدول ۳. آزمون چند متغیری

متغیر	لامبدای ویلکز	F	درجات آزادی	p	η^2
دشواری تنظیم هیجان	0/030	430/26	2 و 27	0/001	0/970
احساس گناه	0/058	217/98	2 و 27	0/001	0/942
نشانگان تجزیه‌ای	0/080	155/41	2 و 27	0/001	0/920

جدول ۳ نشان می‌دهد اثر متقابل زمان* گروه‌ها برای متغیرهای دشواری تنظیم هیجان ($P=0/001$)، احساس گناه ($P=0/001$) و تجارب تجزیه‌ای ($P=0/001$) در سطح 0/01 معنادار بود.

جدول ۴. نتایج تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر در تبیین اثر متغیرهای مستقل بر متغیرهای دشواری تنظیم هیجان، احساس گناه و نشانگان تجزیه‌ای

متغیر	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	مقدار احتمال	η^2
دشواری تنظیم هیجان	1529/34	1	1529/34	104/70	0/001	0/789
	664/15	1/77	374/67	441/83	0/001	0/940
	710/42	1/77	400/776	472/61	0/001	0/944
احساس گناه	291/60	1	291/60	145/45	0/001	0/839
	132/20	1/44	91/45	140/92	0/001	0/834
	148/20	1/44	102/51	157/98	0/001	0/849
نشانگان تجزیه‌ای	893/02	1	893/02	4/36	0/046	0/135
	306/87	2	153/43	209/68	0/001	0/882
	339/31	2	169/65	231/85	0/001	0/892

1. Greenhouse-Geisser

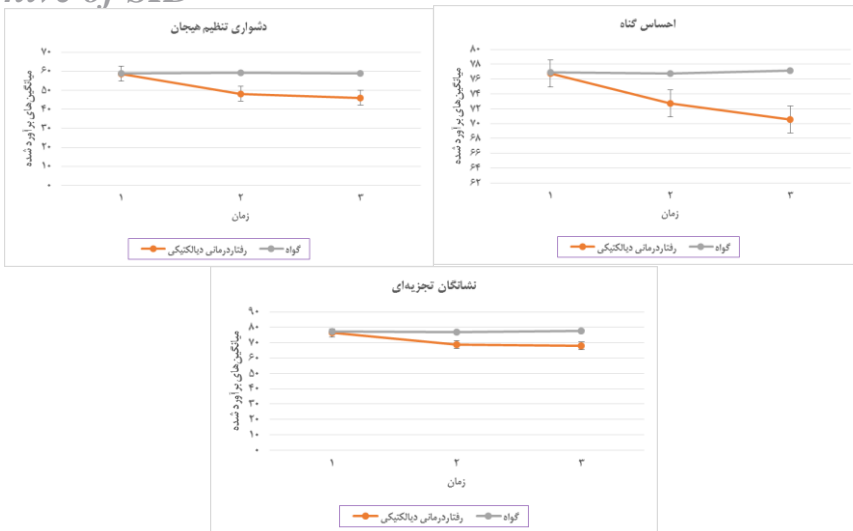
2. Huynh-Feldt

جدول ۴ نشان داد رفتاردرمانی دیالکتیکی بر دشواری تنظیم هیجان ($P=0/001$) اثر کاهنده داشتند. اثر زمان موجب کاهش دشواری تنظیم هیجان ($P=0/001$) نسبت به مرحله پیش آزمون شد. اثر متقابل زمان*گروه‌ها موجب کاهش دشواری تنظیم هیجان ($P=0/001$) نسبت به گروه گواه شد. رفتاردرمانی دیالکتیکی بر احساس گناه ($P=0/001$) اثر کاهنده داشت. اثر زمان موجب کاهش احساس گناه ($P=0/001$) نسبت به مرحله پیش آزمون شد. اثر متقابل زمان*گروه‌ها موجب کاهش احساس گناه ($P=0/001$) نسبت به گروه گواه شد. رفتاردرمانی دیالکتیکی بر نشانگان تجزیه‌ای ($P=0/001$) اثر کاهنده داشتند. اثر زمان موجب کاهش نشانگان تجزیه‌ای ($P=0/001$) نسبت به مرحله پیش آزمون شد. اثر متقابل زمان*گروه‌ها موجب کاهش نشانگان تجزیه‌ای ($P=0/001$) نسبت به گروه گواه شد.

جدول ۵. نتایج آزمون تعقیبی بن فرونی برای مقایسه‌های زوجی اثر زمان‌ها

مقدار احتمال	خطای معیار	تفاوت میانگین	تفاوت زمان‌ها		
۰/۰۰۱	۰/۱۸۳	۵/۱۳	پس آزمون	پیش آزمون	دشواری تنظیم هیجان
۰/۰۰۱	۰/۲۷۱	۶/۲۳	پیگیری		
۰/۰۰۱	۰/۲۰۸	۱/۱۰	پیگیری	پس آزمون	
۰/۰۰۱	۰/۱۰۹	۲/۰۰	پس آزمون	پیش آزمون	احساس گناه
۰/۰۰۱	۰/۲۰۲	۲/۹۰	پیگیری		
۰/۰۰۱	۰/۲۰۲	۰/۹۰	پیگیری	پس آزمون	
۰/۰۰۱	۰/۲۳۳	۳/۹۵	پس آزمون	پیش آزمون	نشانگان تجزیه‌ای
۰/۰۰۱	۰/۲۵۳	۳/۸۸	پیگیری		
۱/۰۰۰	۰/۱۶۷	-۰/۰۶	پیگیری	پس آزمون	

نتایج جدول ۵ حاکی از تفاوت معنادار میانگین‌های مرحله پیش‌آزمون با پس‌آزمون و پیش‌آزمون با پیگیری برای متغیرهای دشواری تنظیم هیجان، احساس گناه و نشانگان تجزیه‌ای و نشان‌دهنده تأثیر مثبت رفتاردرمانی دیالکتیکی در گروه آزمایش و ماندگاری این تأثیر در مرحله پیگیری بود.



شکل ۱. تغییرات متغیرهای دشواری تنظیم هیجان، احساس گناه و نشانه‌گان تجزیه‌ای در مراحل پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری در سه گروه پژوهش

شکل ۱ نشان می‌دهد که در مقایسه با گروه گناه، میانگین دشواری تنظیم هیجان، احساس گناه و تجارب تجزیه‌ای در شرکت کنندگان گروه رفتاردرمانی دیالکتیکی در مرحله پس آزمون با شیب بیشتر کاهش یافته است و این کاهش در مرحله پیگیری نیز پابرجا مانده است.

بحث و نتیجه‌گیری

هدف پژوهش حاضر تعیین اثربخشی رفتاردرمانی دیالکتیکی بر خط بر دشواری تنظیم هیجان، احساس گناه و نشانه‌گان تجزیه‌ای در افراد افسرده بود. نتایج پژوهش حاضر نشان داد رفتار درمانی دیالکتیکی بر خط بر دشواری تنظیم هیجان در افراد افسرده اثربخش است و اثر آن در طول زمان تداوم دارد. این نتیجه با نتایج حاصل از پژوهش‌های شاملو همکاران (۱۳۹۳)؛ قلی‌پور بازکیاگوراب و همکاران (۱۳۹۸) و رضایی و همکاران (۲۰۲۱)؛ تقی‌زاده و همکاران (۱۳۹۴)؛ آسارنو همکاران (۲۰۲۱)؛ فابیسستندر و همکاران (۲۰۱۶) و نیاکسیو همکاران (۲۰۱۴) همسو بود. در تبیین یافته‌ها حاضر می‌توان گفت رفتاردرمانی دیالکتیکی مهارت‌های پذیرش و تنظیم هیجانی را، در مورد طیف گسترده‌ای از هیجان‌های خاص برای پرورش درک عمیقی از هیجان‌ها و تنظیم آن‌ها به کار می‌برد و مهارت‌هایی را در جهت حل مسئله، واقعیت‌سنجی و عمل کردن برخلاف تمایلات شدید هیجانی در رابطه با هیجان‌های ویژه و همین‌طور مهارت‌هایی را جهت کاهش آسیب‌پذیری

هیجانی آموزش می‌دهد (فاسبیندر و همکاران، ۲۰۱۶). این باعث می‌شود فرد بتواند آن موقعیت یا رویداد را بدون فعال شدن حالات عاطفی منفی مرتبط با آن، همان‌طور که هست، ادراک کند. سپس فرد فرصت خواهد داشت به جای دادن پاسخ‌های خودکاری که پیش از این به آن‌ها عادت داشته است، دامنه گسترده‌تری از پاسخ‌های هدفمند را در نظر بگیرد و پاسخ‌های انتخابی و خود تنظیم شده بدهد (شاپیرو همکاران، ۲۰۰۶). چنین به نظر می‌رسد که پذیرش بدون قضاوت که در جریان جلسات رفتاردرمانی دیالکتیکی حاصل شد، موجب تسهیل تنظیم هیجانی در بیماران افسرده می‌شود و به فرد اجازه می‌دهد بدون آنکه بیش از اندازه درگیر هیجان‌های خود شود که به شکل راهبردهای تنظیم شناختی منفی نظیر نشخوار فکری نمود می‌یابد، به شکل واقعی آن‌ها را تجربه و بیان کنند. به عبارت دیگر در طول این جلسات بیماران آموختند به جای اینکه درگیر هیجان‌های منفی خود باشند، به پذیرش غیرقضاوتی متوسل شوند؛ بدین ترتیب ذهن آگاهی در سطح گسترده‌ای دسترسی به راهبردهای تنظیم هیجانی سازگاران را برای بیماران فراهم می‌سازد.

نتایج پژوهش حاضر نشان داد رفتار درمانی دیالکتیکی بر احساس گناه در افراد افسرده اثربخش است و اثر آن در طول زمان تداوم دارد. این نتیجه با نتایج حاصل از پژوهش شیخ‌سجادیه و آتش‌پور (۱۳۹۶) و فیتزپاتریک و همکاران (۲۰۲۰) همسو بود. در تبیین یافته حاضر می‌توان گفت در طی جلسات رفتاردرمانی دیالکتیکی، درمانگر با پذیرش و ایجاد فضای گرم و همدلی به بیمار نشان می‌دهد که او را به عنوان یک انسان با همه کلیت و یکپارچگی اش می‌پذیرد. چنین چیزی راه را برای پذیرش خود در بیمار فراهم می‌آورد. عدم پذیرش خود ناشی از قضاوت منفی نسبت به خود، تجربه هیجان‌های منفی و احساس گناه است (وارد- سیزیلسکی و همکاران، ۲۰۲۰). در این شیوه درمانی دیالکتیک پذیرش و تغییر بدین معنی است که از سوئی درمان‌گر بیمار را همان‌گونه که هست بپذیرد و برای افکار، هیجان‌ها و رفتارهایش اعتبار قائل شود و از سوی دیگر نیاز برای تغییر را تصدیق کند و شرایط یادگیری مهارت‌های جدید برای مقابله با مشکلات و رسیدن به اهداف شخصی را فراهم آورد (فاسبیندر و همکاران، ۲۰۱۶). هشیاری که در طی جلسات رفتاردرمانی دیالکتیکی حاصل می‌شود، به ذهن آگاهی و داشتن حالتی پذیرا و غیرقضاوتی از ذهن اشاره داد که در آن احساسات منفی نظیر احساس گناه با گشاده‌رویی پذیرفته می‌شوند و در تضاد با بزرگ کردن احساسات منفی و درگیر شدن با آن‌هاست. ذهن آگاهی، حالت ذهنی پذیرش بدون داوری به موقعیتی است که فرد به افکار و احساساتش همان‌گونه که هست نگاه می‌کند، بدون اینکه آن‌ها را سرکوب یا انکار نماید (آگنولی ونوسی، ۲۰۲۰). بدین ترتیب، داشتن احساسی بدون قضاوت و متعادلی از آگاهی که به واضح دیدن و پذیرش هیجان‌ها و

پدیده‌های فیزیکی، همان‌طور که اتفاق می‌افتند، کمک می‌کند، سبب کاهش احساس گناه می‌شود.

نتایج پژوهش حاضر نشان داد رفتار درمانی دیالکتیکی بر تجارب تجزیه‌ای در افراد افسرده اثربخش است و اثر آن در طول زمان تداوم دارد. این نتیجه با نتایج حاصل از پژوهش‌های فروت ون اوردن (۲۰۱۶) و کلیندینست و همکاران (۲۰۱۱؛ ۲۰۱۶) همسو بود. در تبیین یافته‌ها حاضر می‌توان گفت تجزیه را می‌توان سازوکار دفاعی سازگارانه‌ای برای کنار آمدن با تهدیدی شکننده در نظر گرفت که نمی‌توان مانع آن شد و یا از آن گریخت و فرد برای مقابله با آن از تحمل پریشانی کافی برخوردار نیست (اسچائر و آلبرت، ۲۰۱۰؛ کراس - آتز و همکاران، ۲۰۱۷). هنگامی که درد هیجانی شدید و تحمل‌ناپذیر می‌شود یا فرد روابط بین‌فردی در هم کوبیده‌ای را تجربه می‌کند و نسبت به روابط بین‌فردیش ادراک خطر دارد، تجزیه به معنای یک گریز از هیجان‌های دردآور و یا به منظور حفظ روابط رخ می‌دهد و بدین صورت ارتباط فرد با هیجان‌های دردآور و یا فرد آزارگر به لحاظ روان‌شناختی قطع می‌شود. فراموش کردن بخشی از فعالیت‌ها و یا رویدادها، سازوکاری برای کاهش تماس با گذشته و تجارب جاری است. فراموشی می‌تواند به عنوان یک سبک مقابله‌ای در نظر گرفته شود که به افراد فرصت می‌دهد تا از خاطرات دردناک اجتناب کنند؛ به عبارتی به جای بازنمایی شکست شناختی، فرد به‌طور هدفمند تلاش می‌کند آشکارا یا ناآشکار بخشی از گذشته را فراموش کند (امراهی و همکاران، ۱۳۹۵؛ دوراهی، ۲۰۱۰). یکی از مهارت‌های بنیادین که در جلسات رفتار درمانی دیالکتیکی آموزش داده می‌شود تحمل پریشانی است (اسماعیلی قاضی ولوئی و همکاران، ۱۳۹۶). علاوه بر این، مهارت‌آموزی مبتنی بر رفتار درمانی دیالکتیک، بخش‌های مختلفی شناختی، رفتاری و هیجانی را در بر می‌گیرد از جمله تنظیم هیجانی و کارآمدی بین فردی را ممکن می‌سازد. رفتار درمانی دیالکتیکی با هدف آموزش مهارت‌هایی برای کاهش رفتارهای ناکارآمد و تسهیل انطباق فرد با الگوهای رفتاری، هیجانی و فکری جدید صورت می‌گیرد (والنتین و همکاران، ۲۰۱۵)، در واقع، این درمان اکتساب مهارت‌ها و شیوه‌های پیش‌برد کنترل شناختی و هیجانی بر الگوهای رفتاری ناسازگارانه را سرلوحه خود قرار داده است (گودمن و همکاران، ۲۰۱۴). یکی دیگر از مهارت‌های بنیادین که رفتار درمانی دیالکتیکی به آموزش آن می‌پردازد، ذهن آگاهی است. در طول جلسات درمان افراد افسرده یاد گرفتند که وقتی نسبت به زمان حال آگاه می‌شوند، دیگر توجه خود را روی درد هیجانی ناشی از حوادث گذشته یا آینده معطوف نمی‌کنند. در واقع، بیشتر مشکلات روانی وقتی حادث می‌شوند که ذهن فرد روی حوادثی متمرکز است که در گذشته روی داده است یا در آینده اتفاق خواهد افتاد (عباسی و همکاران، ۱۳۹۷).

به طور کلی، براساس اصول رفتاردرمانی دیالکتیکی زمانی که فرد در زمان حال حاضر حضور داشته باشد، واقعیت را با تمام جنبه‌های درونی و بیرونی‌اش می‌بیند و درمی‌یابد که ذهن به دلیل قضاوت و تعبیر و تفسیرهایی که انجام می‌دهد دائماً در حال نشخوار و گفتگوی درونی است که موجب احساس گناه و نشانگان تجزیه‌ای می‌شود. مهارت‌های تحمل‌پیشانی در این مرحله به‌طور طبیعی نتیجه گسترش مهارت‌های ذهن‌آگاهی و تنظیم هیجان هستند که در این درمان آموخته می‌شوند. ظرفیت تنظیم هیجانی افراد افسرده و میزان تحمل آن‌ها بر هیجان‌های منفی نظیر احساس گناه که تجربه می‌کنند، اثر می‌گذارد. فرد در رفتاردرمانی دیالکتیکی می‌آموزد که باید توانایی پذیرش موقعیت کنونی و همچنین وضعیت فعلی خودش را بدون پیش‌داوری و قضاوت کردن، کسب کند. او باید بتواند مرز بین تلاش برای تغییر و پذیرش موقعیت کنونی را بهتر درک کند.

هر پژوهشی در بطن خود محدودیت‌هایی دارد. ممکن است ویژگی‌های دموگرافیکی شرکت‌کننده‌ها مانند طبقه اجتماعی- اقتصادی که پژوهشگر کنترلی بر آن‌ها نداشت و در صورت کنترل مستلزم صرف زمان و هزینه بیشتر می‌بود، بر نتایج پژوهش حاضر اثر گذاشته باشند. در پژوهش حاضر به دلیل شیوع کووید-۱۹ جلسات به صورت برخط اجرا شدند که ممکن است بر نتایج پژوهش تأثیر گذاشته باشد. پژوهش حاضر در نمونه کوچکی از افراد انجام شده است. این یافته‌ها تمهیداتی مفید برای روان‌شناسان بالینی فراهم می‌کند و رفتاردرمانی دیالکتیکی را به عنوان یک روش کارآمد در کاهش بخشی از مشکلات روان‌شناختی افراد افسرده در اختیار این متخصصان قرار می‌دهد. بنابراین، پیشنهاد می‌شود که در پژوهش‌های آتی متغیرهایی دموگرافیک مانند طبقه اجتماعی- اقتصادی کنترل شود و پژوهش بر روی نمونه بزرگ‌تری از افراد به صورت حضوری انجام و نتایج با نتایج پژوهش حاضر مقایسه شود. براساس نتایج حاصل به کارگیری رفتاردرمانی دیالکتیکی در درمان افسردگی اساسی و تظاهرات آن از جمله دشواری در تنظیم هیجان، احساس گناه و نشانگان تجزیه‌ای در مراکز مشاوره و روان‌درمانی می‌تواند مؤثر واقع شود.

موازین اخلاقی

پژوهش حاضر با کسب مجوز از کمیته پژوهش دانشگاه ادیبان گرمسار انجام شده است. برای رعایت ملاحظات اخلاقی به تمام شرکت‌کننده‌ها این اطمینان خاطر داده شد که تمام اطلاعات حاصل از این مطالعه تنها به منظور ارائه نتایج در رساله است و تمام اطلاعات آن‌ها تا آخر محرمانه باقی خواهد ماند. همچنین، به آن‌ها یادآور شد که هر زمان که مایل بودند می‌توانند از مطالعه

خارج شوند. به جهت رعایت اصول اخلاقی گروه گواه نیز از مداخله‌ای مشابه پس از پایان مطالعه بهره‌مند شدند.

سپاسگزاری

از تمامی شرکت کنندگان در پژوهش حاضر و مسئولین مراکز بهداشت شهرستان گرمسار و دانشگاه ادیبان گرمسار تشکر و قدردانی می‌شود.

مشارکت نویسندگان

مقاله حاضر برگرفته از پایان‌نامه کارشناسی ارشد نویسنده اول در رشته روان‌شناسی عمومی بود و همه نویسندگان این مقاله نقش یکسانی در طراحی، مفهوم‌سازی، روش‌شناسی، گردآوری داده‌ها، تحلیل آماری داده‌ها، پیش‌نویس، ویراستاری و نهایی سازی مقاله حاضر برعهده داشتند.

تعارض منافع

بنا بر اظهار نویسندگان، این مقاله حامی مالی و تعارض منافع ندارد.

منابع

اسماعیلی نصب، مریم، اندامی خشک، علیرضا، آزرمی، هاله، مررخی، امیر. (۱۳۹۳). نقش پیش‌بینی کنندگی دشواری هیجانی و تحمل پریشانی در اعتیادپذیری دانشجویان. *فصلنامه علمی/اعتیاد پژوهشی*، ۸(۲۹)، ۶۳-۴۹. [پیوند]

آفتاب، رویا، برماس، حامد، و ابوالمعالی الحسینی، خدیجه. (۱۳۹۹). الگوی ساختاری پیش‌بینی اندیشه-پردازی خودکشی براساس صفات پنج عاملی شخصیت با واسطه گری احساس گناه. *مجله مطالعات ناتوانی*، ۹. [پیوند]

امراهی، سارا، مرادی، علیرضا، و حسنی، جعفر. (۱۳۹۵). اثربخشی آموزش اختصاصی کردن خاطرات در آسیب‌های شناختی و تجارب تجزیه‌ای بیماران مبتلا به اختلال استرس پس از سانحه. *فصلنامه روان‌شناسی شناختی*، ۴(۳)، ۳۵-۴۴. [پیوند]

تقی‌زاده، محمد احسان، قربانی، طاهره، صفاری‌نیا، مجید. (۱۳۹۴). اثربخشی تکنیک‌های تنظیم هیجانی رفتاردرمانی دیالکتیک بر راهبردهای تنظیم هیجان زنان با اختلالات شخصیت مرزی و اختلال سوء مصرف مواد: طرح خط پایه چندگانه. *فصلنامه علمی-پژوهشی پژوهش در سلامت روان‌شناختی*، ۹(۳)، ۷۳-۶۶. [پیوند]

- خانزاده، مصطفی، سعیدیان، محسن، و حسین چاری، مسعود. (۱۳۹۱). ساختار عاملی ویژگی‌های روان-سنجی مقیاس دشواری در نظم بخشی هیجانی. *مجله علوم رفتاری*، ۱۶(۱)، ۸۷-۹۶. [پیوند]
- شاملو، نادیا، مدرس غروی، مرتضی، و اصغری پور، نگار. (۱۳۹۳). اثربخشی رفتاردرمانی دیالکتیک مبتنی بر آموزش تنظیم هیجان بر علائم افسردگی. *مجله اصول بهداشت روانی*، ۱۶(۶۳)، ۲۶۱-۲۷۱. [پیوند]
- شیخ‌سجادیه، مرجان، آتش‌پور، سیدحمید. (۱۳۹۶). اثربخشی رفتاردرمانی دیالکتیکی به شیوه گروهی بر احساس گناه زنان نابارور شهر اصفهان. *چهارمین کنفرانس بین‌المللی نوآوری‌های اخیر در روانشناسی، مشاوره و علوم رفتاری*، تهران. [پیوند]
- طاهری تنجانی، پریسا، گرمارودی، غلامرضا، آزادبخت، مجتبی، فکری‌زاده، زهره، حمیدی، رزگار، فتحی‌زاده، شادی، و قیسوندی، الهام. (۱۳۹۳). پایایی و روایی نسخه دوم پرسشنامه افسردگی بک (BDI-II) در سالمندان ایرانی. *مجله دانشگاه علوم پزشکی سبزوار*، ۲۲(۱)، ۱۸۹-۱۹۸. [پیوند]
- عباسی، نرجس، حسینی، فریده السادات، و گلستانه، سیدموسی. (۱۳۹۵). نقش سبک‌های اسنادی در هیجان‌های خودآگاه شرم و گناه در دانش‌آموزان دوره ابتدایی. *مجله مطالعات آموزش و یادگیری*، ۸(۲)، ۱-۱۸. [پیوند]
- فتحی‌آشتیانی، علی، و داستانی، محبوبه. (۱۴۰۰). *آزمون‌های روان‌شناختی: ارزشیابی شخصیت و سلامت روان*. بعثت. [پیوند]
- قلی‌پور بازکیاگوراب، فاطمه، گلشنی، فاطمه، کشاورزی ارشدی، فرناز، امامی پور، سوزان، و سپاه منصور، مژگان. (۱۳۹۸). اثربخشی مهارت‌آموزی گروهی رفتاردرمانی دیالکتیکی بر تنظیم هیجان دختران افسرده. *پرستار و پزشک در رزم*، ۷(۲۲)، ۶۵-۷۳. [پیوند]
- کارگربرزی، حمید، کربلایی محمد میگونی، احمد، برماس، حامد، تقی‌لو، صادق. (۱۳۹۷). ویژگی‌های روان‌سنجی مقیاس تجارب تجزیه‌ای و همبستگی آن با افکار خودکشی و صفات بیمارگون شخصیت در بیماران افسرده. *اندازه‌گیری تربیتی*، ۹(۳۴)، ۱۱۵-۱۳۱. [پیوند]
- مک‌کی، متیو، وود، جفری، و برنتلی، جفری. (۱۳۹۲). *تکنیک‌های رفتاردرمانی دیالکتیکی*. ترجمه حسن حمیدپور، حمید جمعه‌پور و زهرا اندوز. انتشارات ارجمند. (تاریخ انتشار به زبان اصلی: ۲۰۰۷). [پیوند]
- نیکوسرشت، تبسم، و شمالی اسکویی، آرزو. (۱۴۰۰). روابط ساختاری تنظیم هیجانی و استرس با علائم گسستگی ذهن: نقش میانجیگری افسردگی. *فصلنامه پژوهش‌های کاربردی روان‌شناختی*، ۱۲(۱)، ۳۴۹-۳۳۳. [پیوند]

Asarnow, J. R., Berk, M. S., Bedics, J., Adrian, M., Gallop, R., Cohen, J., Korslund, K., Hughes, J., Avina, C., Linehan, M. M., & McCauley, E. (2021). Dialectical Behavior Therapy for Suicidal Self-Harming Youth: Emotion Regulation, Mechanisms, and Mediators. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 60(9), 1105-1115.e1104. [Link]

- Beck, A. T., Ward, C. H., Mandelson, M., Mock, J., & Erbaugh, J. (1961). An inventory for measuring depression. *Archives of General Psychiatry*, 4, 561S-569S. [[Link](#)]
- Compare, A., Zarbo, C., Shonin, E., Van Gordon, W., & Marconi, C. (2014). Emotional Regulation and Depression: A Potential Mediator between Heart and Mind. *Cardiovascular Psychiatry and Neurology*, 2014, 324374. [[Link](#)]
- Compare, A., Zarbo, C., Shonin, E., Van Gordon, W., & Marconi, C. (2014). Emotional Regulation and Depression: A Potential Mediator between Heart and Mind. *Cardiovascular Psychiatry and Neurology*, 2014, 324374. [[Link](#)]
- Dorahy, M. J. (2010). The impact of dissociation, shame, and guilt on interpersonal relationships in chronically traumatized individuals: A pilot study. *Journal of Traumatic Stress*, 23(5), 653-656. [[Link](#)]
- Fassbinder, E., Schweiger, U., Martius, D., Brand-de Wilde, O., & Arntz, A. (2016). Emotion Regulation in Schema Therapy and Dialectical Behavior Therapy. *Frontiers in Psychology*, 7, 1373. [[Link](#)]
- Fassbinder, E., Schweiger, U., Martius, D., Brand-de Wilde, O., & Arntz, A. (2016). Emotion Regulation in Schema Therapy and Dialectical Behavior Therapy. *Frontiers in Psychology*, 7, 1373. [[Link](#)]
- Fitzpatrick, S., Bailey, K., & Rizvi, S. L. (2020). Changes in Emotions over the Course of Dialectical Behavior Therapy and the Moderating Role of Depression, Anxiety, and Posttraumatic Stress Disorder. *Behavior therapy*, 51(6), 946-957. [[Link](#)]
- Foote, B., & Van Orden, K. (2016). Adapting Dialectical Behavior Therapy for the Treatment of Dissociative Identity Disorder. *American journal of psychotherapy*, 70(4), 343-364. [[Link](#)]
- Fung, H. W., Chan, C., Ross, C. A., & Choi, T. M. (2020). A Preliminary Investigation of Depression in People with Pathological Dissociation. *Journal of Trauma & Dissociation*, 1-15. [[Link](#)]
- Goodman, M., Carpenter, D., Tang, C. Y., Goldstein, K. E., Avedon, J., Fernandez, N., Mascitelli, K. A., Blair, N. J., New, A. S., Triebwasser, J., Siever, L. J., & Hazlett, E. A. (2014). Dialectical behavior therapy alters emotion regulation and amygdala activity in patients with borderline personality disorder. *Journal of psychiatric research*, 57, 108-116. [[Link](#)]
- Gratz, K. L., & Roemer, L. (2004). Multidimensional Assessment of Emotion Regulation and Dysregulation: Development, Factor Structure, and Initial Validation of the Difficulties in Emotion Regulation Scale. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, 26(1), 55-41. [[Link](#)]
- Hebert, M., Langevin, R., & Oussaid, E. (2018). Cumulative childhood trauma, emotion regulation, dissociation, and behavior problems in school-aged sexual abuse victims. *Journal of affective disorders*, 225, 306-312. [[Link](#)]

- Ingram, R. (2016). Depression. *Encyclopedia of Mental Health*, (Second Edition), 26-33. [[Link](#)]
- Jiang, T., Nagy, D., Rosellini, A. J., Horváth-Puhó, E., Keyes, K. M., Lash, T. L., Galea, S., Sørensen, H. T., & Gradus, J. L. (2021). Suicide prediction among men and women with depression: A population-based study. *Journal of Psychiatric Research*, 142, 275-282. [[Link](#)]
- Joe, S., Woolley, M. E., Brown, G. K., Ghahramanlou-Holloway, M., & Beck, A. T. (2008). Psychometric properties of the Beck Depression Inventory-II in low-income, African American suicide attempters. *Journal of personality assessment*, 90(5), 521-523. [[Link](#)]
- Joormann, J., & Gotlib, I. H. (2010). Emotion regulation in depression: relation to cognitive inhibition. *Cognition & emotion*, 24(2), 281-298. [[Link](#)]
- Kleindienst, N., Limberger, M. F., Ebner-Priemer, U., Keibel-Mauchnik, J., Dyer, A., Berger, M., Schmahl, C., & Bohus, M. (2011). Dissociation Predicts Poor Response to Dialectical Behavioral Therapy in Female Patients with Borderline Personality Disorder. *Journal of personality disorders*, 25, 432-447. [[Link](#)]
- Kleindienst, N., Limberger, M. F., Ebner-Priemer, U., Keibel-Mauchnik, J., Dyer, A., Berger, M., Schmahl, C., & Bohus, M. (2011). Dissociation Predicts Poor Response to Dialectical Behavioral Therapy in Female Patients with Borderline Personality Disorder. *Journal of personality disorders*, 25, 432-447. [[Link](#)]
- Krause-Utz, A., Frost, R., Winter, D., & Elzinga, B. M. (2017). Dissociation and alterations in brain function and structure: Implications for borderline personality disorder. *Current psychiatry reports*, 19(1), 6. [[Link](#)]
- Kwapil, T. R., Wrobel, M. J., & Pope, C. A. (2002). The five-factor personality structure of dissociative experiences. *Personality and Individual Differences*, 32(3), 431-443. [[Link](#)]
- Kwapil, T. R., Wrobel, M. J., & Pope, C. A. (2002). The five-factor personality structure of dissociative experiences. *Personality and Individual Differences*, 32(3), 431-443. [[Link](#)]
- Lee, D., & Lee, H. S. (2021). Examining associations of ego resilience, depression, stress, and the Stages of Motivational Readiness for Change (SMRC). *Journal of Affective Disorders Reports*, 5, 100178. [[Link](#)]
- Moroz, M., & Dunkley, D. M. (2019). Self-critical perfectionism, experiential avoidance, and depressive and anxious symptoms over two years: A three-wave longitudinal study. *Behaviour Research and Therapy*, 112, 18-27. [[Link](#)]
- Moroz, M., & Dunkley, D. M. (2019). Self-critical perfectionism, experiential avoidance, and depressive and anxious symptoms over two years: A three-

- wave longitudinal study. *Behaviour Research and Therapy*, 112, 18-27. [\[Link\]](#)
- Neacsiu, A. D., Eberle, J. W., Kramer, R., Wiesmann, T., & Linehan, M. M. (2014). Dialectical behavior therapy skills for transdiagnostic emotion dysregulation: a pilot randomized controlled trial. *Behaviour research and therapy*, 59, 40–51. [\[Link\]](#)
- Ng, T. W. H., Sorensen, K. L., Zhang, Y., & Yim, F. H. K. (2019). Anger, anxiety, depression, and negative affect: Convergent or divergent? *Journal of Vocational Behavior*, 110, 186-202. [\[Link\]](#)
- Patel, M. J., Khalaf, A., & Aizenstein, H. J. (2016). Studying depression using imaging and machine learning methods. *NeuroImage: Clinical*, 10, 115-123. [\[Link\]](#)
- Rezaie, Z., Afshari, B., & Balagabri, Z. (2021). Effects of Dialectical Behavior Therapy on Emotion Regulation, Distress Tolerance, Craving, and Depression in Patients with Opioid Dependence Disorder. *Journal of Contemporary Psychotherapy*. [\[Link\]](#)
- Rizvi, S. L., & Thomas, M. C. (2016). Dialectical Behavior Therapy. In H. S. Friedman (Ed.), *Encyclopedia of Mental Health (Second Edition)* (pp. 41-45). Academic Press. [\[Link\]](#)
- Schauer, M., & Elbert, T. (2010). Dissociation following traumatic stress: Etiology and treatment. *Zeitschrift für Psychologie/Journal of Psychology*, 218(2), 109-127. [\[Link\]](#)
- Thibodeau, P. H., Fein, M. J., Goodbody, E. S., & Flusberg, S. J. (2015). The Depression Schema: How Labels, Features, and Causal Explanations Affect Lay Conceptions of Depression [Original Research]. *Frontiers in Psychology*, 6(1728). [\[Link\]](#)
- Thibodeau, P. H., Fein, M. J., Goodbody, E. S., & Flusberg, S. J. (2015). The Depression Schema: How Labels, Features, and Causal Explanations Affect Lay Conceptions of Depression [Original Research]. *Frontiers in Psychology*, 6(1728). [\[Link\]](#)
- Tilghman-Osborne, C., Cole, D. A., & Felton, J. W. (2012). Inappropriate and excessive guilt: instrument validation and developmental differences in relation to depression. *Journal of abnormal child psychology*, 40(4), 607–620. [\[Link\]](#)
- Valentine, S. E., Bankoff, S. M., Poulin, R. M., Reidler, E. B., & Pantalone, D. W. (2015). The use of dialectical behavior therapy skills training as stand-alone treatment: a systematic review of the treatment outcome literature. *Journal of clinical psychology*, 71(1), 1-20. [\[Link\]](#)
- Ward-Ciesielski, E. F., Limowski, A. R., & Krychiw, J. K. (2020). Chapter 1 - History and overview of dialectical behavior therapy. In J. Bedics (Ed.),

the Handbook of Dialectical Behavior Therapy (pp. 3-30). Academic Press.

[Link]

Wilks, C. R., Korslund, K. E., Harned, M. S., & Linehan, M. M. (2016). Dialectical behavior therapy and domains of functioning over two Years. *Behaviour Research and Therapy*, 77, 162-169. [Link]

مقیاس دشواری‌های تنظیم هیجان

شماره	گویه‌ها	خیلی بدبخت	گاهگاهی	از موارد تقریباً در نیمی	بیشتر اوقات	تقریباً همیشه
۱	من در مورد احساساتم صراحت دارم.	۱	۲	۳	۴	۵
۲	من به احساسم توجه می‌کنم.	۱	۲	۳	۴	۵
۳	من هیجان‌هایم را شدید و خارج از کنترل حس می‌کنم.	۱	۲	۳	۴	۵
۴	من از احساساتم بی‌اطلاع هستم.	۱	۲	۳	۴	۵
۵	من در فهم معنای پشت احساس‌هایم، مشکل دارم.	۱	۲	۳	۴	۵
۶	من متوجه احساساتم هستم.	۱	۲	۳	۴	۵
۷	من دقیقاً می‌دانم چه احساسی دارم.	۱	۲	۳	۴	۵
۸	من به اینکه چه احساسی دارم فکر می‌کنم.	۱	۲	۳	۴	۵
۹	من در مورد اینکه چه احساسی دارم، سردرگم هستم.	۱	۲	۳	۴	۵
۱۰	وقتی ناراحت می‌شوم، به احساس‌هایم اعتنا می‌کنم.	۱	۲	۳	۴	۵
۱۱	وقتی ناراحت می‌شوم، از دست خودم عصبانی می‌شوم که چنین احساسی دارم.	۱	۲	۳	۴	۵
۱۲	وقتی ناراحت می‌شوم، شرم زده می‌شوم که چنین احساسی دارم.	۱	۲	۳	۴	۵
۱۳	وقتی ناراحت می‌شوم، در انجام کارها مشکل پیدا می‌کنم.	۱	۲	۳	۴	۵
۱۴	وقتی ناراحت می‌شوم، غیر قابل کنترل می‌شوم.	۱	۲	۳	۴	۵
۱۵	وقتی ناراحت می‌شوم، می‌دانم که مدت‌ها در آن حالت می‌مانم.	۱	۲	۳	۴	۵
۱۶	وقتی ناراحت می‌شوم، می‌دانم که در نهایت خیلی احساس غمگینی خواهم کرد.	۱	۲	۳	۴	۵
۱۷	وقتی ناراحت می‌شوم، می‌دانم که احساساتم موجه و مهم هستند.	۱	۲	۳	۴	۵
۱۸	وقتی ناراحت می‌شوم، مشکل بتوانم روی سایر مسائل تمرکز کنم.	۱	۲	۳	۴	۵
۱۹	وقتی ناراحت می‌شوم، احساس می‌کنم اختیارم دست خودم نیست.	۱	۲	۳	۴	۵
۲۰	وقتی ناراحت می‌شوم، باز هم می‌توانم کارهایم را انجام دهم.	۱	۲	۳	۴	۵
۲۱	وقتی ناراحت می‌شوم، از خودم خجالت می‌کشم که چنین احساسی دارم.	۱	۲	۳	۴	۵
۲۲	وقتی ناراحت می‌شوم، می‌دانم که در نهایت زاهی پیدا می‌کنم که احساس بهتر داشته باشم.	۱	۲	۳	۴	۵
۲۳	وقتی ناراحت می‌شوم، احساس می‌کنم ضعیف هستم.	۱	۲	۳	۴	۵

۲۴	۱	۲	۳	۴	۵	وقتی ناراحت می‌شوم، احساس می‌کنم می‌توانم کنترل رفتارهایم را در دست داشته باشم.
۲۵	۱	۲	۳	۴	۵	وقتی ناراحت می‌شوم، احساس گناه می‌کنم که چنین احساسی دارم.
۲۶	۱	۲	۳	۴	۵	وقتی ناراحت می‌شوم، تمرکز کردن بر این دشوار می‌شود.
۲۷	۱	۲	۳	۴	۵	وقتی ناراحت می‌شوم، در کنترل رفتارهایم دچار مشکل می‌شوم.
۲۸	۱	۲	۳	۴	۵	وقتی ناراحت می‌شوم، معتقدم کاری وجود ندارد که با انجام آن احساس بهتری پیدا کنم.
۲۹	۱	۲	۳	۴	۵	وقتی ناراحت می‌شوم، از دست خودم کلافه می‌شوم که چنین احساسی دارم.
۳۰	۱	۲	۳	۴	۵	وقتی ناراحت می‌شوم، احساس خیلی بدی در مورد خودم پیدا می‌کنم.
۳۱	۱	۲	۳	۴	۵	وقتی ناراحت می‌شوم، می‌دانم که غرق شدن در ناراحتی تنها کاری است که می‌توانم انجام دهم.
۳۲	۱	۲	۳	۴	۵	وقتی ناراحت می‌شوم، کنترل روی رفتارهایم را از دست می‌دهم.
۳۳	۱	۲	۳	۴	۵	وقتی ناراحت می‌شوم، فکر کردن به هر چیز دیگر برایم سخت می‌شود.
۳۴	۱	۲	۳	۴	۵	وقتی ناراحت می‌شوم، وقتی را به این موضوع اختصاص می‌دهم که بفهمم واقعاً چه احساسی دارم.
۳۵	۱	۲	۳	۴	۵	وقتی ناراحت می‌شوم، خیلی طول می‌کشد که احساس بهتری پیدا کنم.
۳۶	۱	۲	۳	۴	۵	وقتی ناراحت می‌شوم، هیجان‌هایم را طاقت فرسا احساس می‌کنم.

پرسشنامه احساس گناه

نمره	گویه‌ها	کاملاً موافق	موافق	فقری ندارم	مخالف	کاملاً مخالف
۱	باور اکیددی به معانی حق و باطل دارم.	۱	۲	۳	۴	۵
۲	اشتباهات زیادی را در زندگیم مرتکب شده‌ام.	۱	۲	۳	۴	۵
۳	اعتقاد نیرومندی به مجموعه مستحکمی از اصول معنوی- اخلاقی دارم.	۱	۲	۳	۴	۵
۴	اخیراً، من در مورد خودم و آن‌چه که انجام داده‌ام حس خوبی دارم.	۱	۲	۳	۴	۵
۵	اگر می‌شد دوباره کارهای خاصی انجام دهم، بار سنگینی از شانه‌هایم برداشته می‌شد.	۱	۲	۳	۴	۵
۶	من تا به حال هرگز احساس تأسف یا گناه نداشته‌ام.	۱	۲	۳	۴	۵
۷	هدف من در زندگی این است که از آن لذت ببرم تا این‌که با برخی از مجموعه‌های انتزاعی از اصول اخلاقی زندگی کنم.	۱	۲	۳	۴	۵
۸	در گذشته من چیزهای وجود دارد که من عمیقاً در مورد آن پشیمانم.	۱	۲	۳	۴	۵
۹	اغلب به خاطر آن‌چه که انجام داده‌ام از خودم متنفرم.	۱	۲	۳	۴	۵
۱۰	والدینم نسبت به من بسیار سخت‌گیر بودند.	۱	۲	۳	۴	۵
۱۱	تنها چیزهای اندکی وجود دارد که هرگز انجام نخواهم داد.	۱	۲	۳	۴	۵

۵	۴	۳	۲	۱	۱۲	به خاطر برخی از چیزهایی که انجام داده‌ام اغلب به خودم حق نمی‌دهم.
۵	۴	۳	۲	۱	۱۳	عقایدم درباره حق و باطل کاملاً انعطاف‌پذیر است.
۵	۴	۳	۲	۱	۱۴	اگر دوباره زندگی کنم بسیاری از چیزها را به‌طور متفاوتی انجام می‌دهم.
۵	۴	۳	۲	۱	۱۵	بسیاری از چیزها وجود دارند که هرگز انجام نخواهم داد زیرا اعتقاد به غلط بودن آن‌ها دارم.
۵	۴	۳	۲	۱	۱۶	اخیراً کارهایی را انجام داده‌ام که عمیقاً پشیمانم.
۵	۴	۳	۲	۱	۱۷	این روزها جای من بودن آسان نیست.
۵	۴	۳	۲	۱	۱۸	اخلاقیات به سیاهی و سفیدی که بسیاری از مردم نشان می‌دهند نیست.
۵	۴	۳	۲	۱	۱۹	اخیراً آرام فارغ از نگرانی بوده‌ام.
۵	۴	۳	۲	۱	۲۰	تا جایی که به خاطر می‌آورم گناه و پشیمانی برای مدت مدیدی جزئی از زندگی‌م بوده است.
۵	۴	۳	۲	۱	۲۱	گاهی اوقات زمانی که به برخی از کارهای مسلمی که انجام داده‌ام می‌نگرم کاملاً منقلب می‌شوم.
۵	۴	۳	۲	۱	۲۲	در شرایط مشخص تقریباً هیچی وجود ندارد که نتوانم انجام دهم.
۵	۴	۳	۲	۱	۲۳	باور نمی‌کنم که اشتباهات بسیاری را در زندگی‌م انجام داده باشم.
۵	۴	۳	۲	۱	۲۴	ترجیح می‌دهم بمیرم تا مرتکب خطاهای جدی شوم.
۵	۴	۳	۲	۱	۲۵	نیاز شدیدی را به ارتقا بخشیدن به ارزش‌های اخلاقی‌م حس می‌کنم.
۵	۴	۳	۲	۱	۲۶	اغلب حس شدید پشیمانی دارم.
۵	۴	۳	۲	۱	۲۷	به شدت درباره کارهایی که در گذشته انجام داده‌ام نگرانم.
۵	۴	۳	۲	۱	۲۸	معتقدم نمی‌توان درباره درستی یا نادرستی چیزی قضاوت کرد مگر این‌که درباره انگیزه افراد درگیر در آن و موقعیتی که در آن، چنین رفتاری را نشان داده‌اند را بدانند.
۵	۴	۳	۲	۱	۲۹	کارهایی بسیار کمی وجود دارد در زندگی‌م که از انجام دادن آن‌ها پشیمانم.
۵	۴	۳	۲	۱	۳۰	تا جایی که هفته‌ها یا ماه‌های گذشته را به خاطر می‌آورم تقریباً چیزی وجود ندارد که بخواهم تغییر دهم.
۵	۴	۳	۲	۱	۳۱	گاهی اوقات در خوردن به خاطر کارهایی که در گذشته انجام داده‌ام مشکل دارم.
۵	۴	۳	۲	۱	۳۲	هرگز در مورد کارهایی که انجام می‌دهم نگران نبوده‌ام؛ معتقدم زندگی از خود مراقبت خواهد کرد.
۵	۴	۳	۲	۱	۳۳	در حال حاضر در مورد هر چیزی که انجام داده‌ام احساس گناه خاصی ندارم.
۵	۴	۳	۲	۱	۳۴	گاهی اوقات نمی‌توانم فکر کردن راجع به چیزهایی که انجام داده‌ام و گمان می‌کنم نادرست‌اند را متوقف کنم.
۵	۴	۳	۲	۱	۳۵	هرگز در خوابم مشکل نداشتم.
۵	۴	۳	۲	۱	۳۶	به هر طریقی اگر بتوانم دوست دارم به عقب برگردم، هر کاری که می‌توانم بکنم و چیزهایی را که اخیراً غلط انجام داده‌ام اصلاح کنم.
۵	۴	۳	۲	۱	۳۷	حداقل یک چیز در گذشته‌ام وجود دارد که دوست دارم تغییرش بدهم.

۵	۴	۳	۲	۱	زمانی که کارهای غیراخلاقی انجام می‌دهم، بلافاصله از آن آگاهم.	۳۸
۵	۴	۳	۲	۱	درست و غلط بستگی به موقعیت دارد.	۳۹
۵	۴	۳	۲	۱	احساس گناه مشکل خاصی برای من نیست.	۴۰
۵	۴	۳	۲	۱	چیز خاصی در گذشتهام وجود ندارد که عمیقاً راجع به آن احساس پشیمانی کنم.	۴۱
۵	۴	۳	۲	۱	معتقدم ارزش‌های اخلاقی کامل هستند.	۴۲
۵	۴	۳	۲	۱	در حال حاضر زندگیم بهتر می‌بود اگر کارهایی را که انجام داده‌ام را انجام نمی‌دادم.	۴۳
۵	۴	۳	۲	۱	اگر فرصت دوباره‌ای برای زندگی داشته باشم، فقط تغییر کوچکی در آن می‌دهم البته اگر موردی برای تغییر وجود داشته باشد.	۴۴
۵	۴	۳	۲	۱	اخیراً نگران و آشفته شده‌ام.	۴۵

مقیاس تجارب تجزیه‌ای

همیشه ۱۰۰ درصد								هیچ‌وقت ۰ درصد	تفسیر		
۱۰۰	۹۰	۸۰	۷۰	۶۰	۵۰	۴۰	۳۰	۲۰	۱۰	۰	برخی از مردم، به‌هنگام رانندگی، به صورت ناگهانی متوجه می‌شوند که وقایع کل مسیر یا بخشی از آن را به یاد نمی‌آورند.
۱۰۰	۹۰	۸۰	۷۰	۶۰	۵۰	۴۰	۳۰	۲۰	۱۰	۰	برخی از افراد، هنگامی که به سخنان فرد دیگری گوش می‌دهند، ناگهان متوجه می‌شوند که همه و یا بخشی از گفته‌های شخص دیگر را نشنیده‌اند.
۱۰۰	۹۰	۸۰	۷۰	۶۰	۵۰	۴۰	۳۰	۲۰	۱۰	۰	برخی از افراد، گاهی ناگهان خود را در مکانی می‌یابند، در حالی که اصلاً نمی‌دانند که چگونه از آن‌جا سر درآورده‌اند.
۱۰۰	۹۰	۸۰	۷۰	۶۰	۵۰	۴۰	۳۰	۲۰	۱۰	۰	برخی از افراد، ناگهان متوجه می‌شوند نمی‌توانند به یاد بیاورند لباس‌هایی که بر تن دارند را چه وقت پوشیده‌اند.
۱۰۰	۹۰	۸۰	۷۰	۶۰	۵۰	۴۰	۳۰	۲۰	۱۰	۰	برخی از افراد، چیزهایی جدیدی در بین و سایل خود پیدا می‌کنند، در حالی که به یاد نمی‌آورند که این وسایل را خریده باشند.
۱۰۰	۹۰	۸۰	۷۰	۶۰	۵۰	۴۰	۳۰	۲۰	۱۰	۰	برخی از افراد، گاهی زمانی که با افراد غریبه روبرو می‌شوند، آنان را به اسم دیگری صدا می‌زنند و اصرار دارند که با آن‌ها قبلاً ملاقات داشته‌اند.

۱۰	۹۰	۸۰	۷۰	۶۰	۵۰	۴۰	۳۰	۲۰	۱۰	۰	برخی از افراد، گاهی این احساس را دارند که انگار در کنار خودشان ایستاده‌اند و یا در حین انجام کاری، چنان به خود از بیرون می‌نگرند که گویی فرد دیگری را مشاهده می‌کنند.
۱۰	۹۰	۸۰	۷۰	۶۰	۵۰	۴۰	۳۰	۲۰	۱۰	۰	گفته می‌شود برخی از افراد، گاهی دوستان و یا افراد خانواده خود را نمی‌شناسند.
۱۰	۹۰	۸۰	۷۰	۶۰	۵۰	۴۰	۳۰	۲۰	۱۰	۰	برخی از افراد، گاهی متوجه می‌شوند که هیچ خاطره‌ای از رویداد های مهم زندگی‌شان (به‌عنوان مثال: ازدواج و یا فارغ التحصیل شدن) را به یاد ندارند.
۱۰	۹۰	۸۰	۷۰	۶۰	۵۰	۴۰	۳۰	۲۰	۱۰	۰	برخی از افراد، گاهی اتهام دروغ‌گویی را تجربه می‌کنند، در صورتی که باور ندارند که دروغ گفته باشند.
۱۰	۹۰	۸۰	۷۰	۶۰	۵۰	۴۰	۳۰	۲۰	۱۰	۰	برخی از افراد، گاهی در آینه می‌نگرند و خود را نمی‌شناسند.
۱۰	۹۰	۸۰	۷۰	۶۰	۵۰	۴۰	۳۰	۲۰	۱۰	۰	برخی از افراد، گاهی احساس می‌کنند که دیگران، اشیاء، و جهان اطراف آن‌ها واقعی نیستند.
۱۰	۹۰	۸۰	۷۰	۶۰	۵۰	۴۰	۳۰	۲۰	۱۰	۰	برخی از افراد، گاهی احساس می‌کنند که بدن‌شان به آن‌ها تعلق ندارد.
۱۰	۹۰	۸۰	۷۰	۶۰	۵۰	۴۰	۳۰	۲۰	۱۰	۰	برخی از افراد، گاهی یک واقعه در گذشته را چنان به صورت ملموس و شفاف به یاد می‌آورند که احساس می‌کنند انگار در حال تجربه مجدد آن هستند.
۱۰	۹۰	۸۰	۷۰	۶۰	۵۰	۴۰	۳۰	۲۰	۱۰	۰	برخی از افراد، مطمئن نیستند وقایعی را که به یاد می‌آورند، آیا واقعا اتفاق افتاده‌اند و یا این‌ها فقط حاصل رویاپردازی خودشان بوده است.
۱۰	۹۰	۸۰	۷۰	۶۰	۵۰	۴۰	۳۰	۲۰	۱۰	۰	برخی از افراد، گاهی در یک مکان آشنا هستند، اما ناگهان احساس می‌کنند که آن مکان برایشان ناآشنا و عجیب است.
۱۰	۹۰	۸۰	۷۰	۶۰	۵۰	۴۰	۳۰	۲۰	۱۰	۰	برخی از افراد، هنگام تماشای تلویزیون و یا فیلم چنان مجذوب داستان می‌شوند که از سایر اتفاقات اطراف‌شان غافل می‌شوند.
۱۰	۹۰	۸۰	۷۰	۶۰	۵۰	۴۰	۳۰	۲۰	۱۰	۰	برخی از افراد، گاهی چنان درگیر یک تخیل و یا رویاپردازی می‌شوند، که احساس می‌کنند واقعی است.

۱۰۰	۹۰	۸۰	۷۰	۶۰	۵۰	۴۰	۳۰	۲۰	۱۰	۰	برخی از افراد، بعضی از اوقات درمی یابند که می توانند درد را نادیده بگیرند.	۲۵
۱۰۰	۹۰	۸۰	۷۰	۶۰	۵۰	۴۰	۳۰	۲۰	۱۰	۰	برخی از افراد، گاهی می نشینند و به دوردست ها خیره می شوند، در حالی که به هیچ چیز نمی اندیشند، و متوجه گذر زمان نیستند.	۲۶
۱۰۰	۹۰	۸۰	۷۰	۶۰	۵۰	۴۰	۳۰	۲۰	۱۰	۰	گاهی برخی از افراد در می یابند هنگامی که تنها هستند با صدای بلند با خود حرف می زنند.	۲۷
۱۰۰	۹۰	۸۰	۷۰	۶۰	۵۰	۴۰	۳۰	۲۰	۱۰	۰	برخی از افراد گاهی در می یابند که در موقعیت های مختلف عملکرد متفاوتی دارند و احساس می کنند که در هر موقعیت گویی فرد متفاوتی بوده اند.	۲۸
۱۰۰	۹۰	۸۰	۷۰	۶۰	۵۰	۴۰	۳۰	۲۰	۱۰	۰	برخی از افراد گاهی در می یابند که در موقعیت های خاصی قادرند به راحتی و مهارت تمام کارهایی را انجام دهند که در حالت عادی برای آنان سخت و دشوار است (به عنوان مثال، ورزش، کار، موقعیت های اجتماعی و ...).	۲۹
۱۰۰	۹۰	۸۰	۷۰	۶۰	۵۰	۴۰	۳۰	۲۰	۱۰	۰	برخی از افراد، گاهی نمی دانند که آیا کاری را انجام داده اند یا فقط در مورد انجام دادن آن اندیشیده اند (به عنوان مثال، نمی دانند که ایمیل را فرستاده یا فقط به فرستادن ایمیل اندیشیده).	۳۰
۱۰۰	۹۰	۸۰	۷۰	۶۰	۵۰	۴۰	۳۰	۲۰	۱۰	۰	برخی از افراد، با شواهدی روبرو می شوند مبنی بر اینکه کاری را انجام داده اند، در حالی که به یاد نمی آورند آن را انجام داده باشند.	۳۱
۱۰۰	۹۰	۸۰	۷۰	۶۰	۵۰	۴۰	۳۰	۲۰	۱۰	۰	برخی از افراد، گاهی در بین وسایل خود به نوشته ها، طراحی ها، و یا یادداشت هایی بر می خورند که می بایستی خودشان انجام داده باشند ولی انجام آن را به یاد نمی آورند.	۳۲
۱۰۰	۹۰	۸۰	۷۰	۶۰	۵۰	۴۰	۳۰	۲۰	۱۰	۰	برخی از افراد، گاهی صدا هایی را در درون سرشان می شنوند مبنی بر این که کاری را انجام دهند یا اظهار نظر هایی را در باره کارهایی که انجام می دهند، در بردارند.	۳۳
۱۰۰	۹۰	۸۰	۷۰	۶۰	۵۰	۴۰	۳۰	۲۰	۱۰	۰	برخی از افراد، گاهی احساس می کنند که انگار از درون مه، به دنیا می نگرند و مردم و اشیاء مبهم و در دوردست به نظر می رسند.	۳۴