

تأثیر دو روش آموزش تنظیم هیجان مبتنی بر مدل فرایند گراس و رفتار درمانی دیالکتیک، بر علائم مشکلات هیجانی

اعظم صالحی^۱، ایران باغبان^۲، فاطمه بهرامی^۳، سید احمد احمدی^۴

تاریخ دریافت مقاله: ۹۰/۱/۲۱

تاریخ پذیرش مقاله: ۹۰/۴/۱۵

۱. دکترای مشاوره، دانشگاه اصفهان، دانشکده علوم تربیتی
۲. دانشیار مشاوره، دانشگاه اصفهان، دانشکده علوم تربیتی
۳. دانشیار مشاوره، دانشگاه اصفهان، دانشکده علوم تربیتی
۴. استاد مشاوره، دانشگاه اصفهان، دانشکده علوم تربیتی

چکیده

زمینه و هدف: هدف این پژوهش بررسی میزان اثربخشی دو روش آموزش تنظیم هیجان مبتنی بر مدل فرایند گراس و رفتار درمانی دیالکتیک در کاهش علائم مشکلات هیجانی (افسردگی، اضطراب، حساسیت بین فردی و خصومت) دانشجویان بوده است.

مواد و روش کار: در این مطالعه نیمه تجربی، با بهره‌گیری از آزمون SCL-90 و مصاحبه روانشناختی، از میان دانشجویان مراجعه‌کننده به مرکز مشاوره دانشگاه اصفهان، ۴۵ نفر که دارای مشکل هیجانی بودند انتخاب شده و به صورت کاملاً تصادفی به دو گروه آزمایش (آموزش تنظیم هیجان به روش رفتار درمانی دیالکتیک و بر اساس مدل جیمز گراس) و گروه گواه تقسیم شدند. روش‌های آموزش اجرا و در نهایت میزان بقای مشکلات هیجانی اندازه‌گیری شد. مجدداً پس از دو ماه این اندازه‌گیری تکرار گردید (مرحله پیگیری).

یافته‌ها: هر دو روش آموزش، به یک اندازه منجر به کاهش علائم حساسیت بین فردی دانشجویان شدند. فقط روش آموزش مبتنی بر رفتار درمانی دیالکتیک منجر به کاهش علائم افسردگی دانشجویان شد. هر دو روش آموزش، منجر به کاهش علائم اضطراب شدند اما تأثیر آن‌ها متفاوت بود. به علاوه، در گروه رفتار درمانی دیالکتیک، در مرحله پیگیری، شاهد بازگشت علائم بودیم. هیچ کدام از روش‌های آموزش، نتوانستند علائم خصومت و پرخاشگری را کاهش دهند.

نتیجه‌گیری: یافته‌های حاصل از این پژوهش تأثیر دو روش آموزش تنظیم هیجان روی مشکلات هیجانی را به تفکیک نشان می‌دهد. برای مداخله در اضطراب می‌توان از روش GERM، برای مداخله در افسردگی از DBT و برای مداخله در حساسیت بین فردی از هر دو روش بهره گرفت. [م ت ع پ ز، ۱۳۹۱؛ ۱۴(۲):

۴۹ ۵۵]

کلیدواژه‌ها: مشکلات هیجانی، نظم هیجانی، رفتار درمانی دیالکتیک، افسردگی، اضطراب، حساسیت بین فردی

مقدمه

است. شیوع بالای افسردگی، اضطراب و سایر مشکلات هیجانی و تأثیر این مشکلات روی عملکرد کلی (فردی، خانوادگی، شغلی و اجتماعی) فرد، موجب شده که برخی از محققین، عوامل مرتبط با این مشکلات را مورد توجه قرار دهند. از جمله یکی از این عوامل، وجود نوعی اختلال در نظم هیجانی ذکر شده است.^۵ در این زمینه، محققین آسیب‌شناسی روانی معتقدند که شکست در به کارگیری و اصلاح مهارت‌های تنظیم هیجان پیش‌بینی‌کننده آسیب‌های روانی فرد در آینده بوده و می‌تواند کودکان و نوجوانان را مستعد اختلالات روانی بعدی مانند افسردگی کند.^۶ به علاوه، عامل مهمی در پیدایش افسردگی و اضطراب می‌باشد.^۷ هم‌چنین ادعا شده که داشتن عملکرد موفق در تعاملات اجتماعی، پرخاشگری و خشونت‌ناکشی و احساس شرمندگی و گناه نیز در نتیجه‌ی تنظیم ناکافی پاسخ‌های هیجانی ایجاد می‌گردد.^{۸، ۹}

تنظیم هیجان به معنای تلاش افراد برای تأثیر گذاشتن روی نوع، زمان و چگونگی تجربه و بیان، تغییر طول دوره یا شدت فرایندهای رفتاری، تجربی و یا جسمانی هیجان‌ها است و به طور خودکار یا کنترل شده، هشیار یا ناهشیار و از طریق به کارگیری راهبردهای تنظیم هیجان انجام می‌گیرد، راهبردهایی مانند باز ارزیابی، نشخوار فکری، خود اظهاری، اجتناب و باز داری.^{۱۱، ۱۳}

تحقیقات پیشین نشان داده‌اند که مشکلات هیجانی درصد بالایی از افراد جوامع مختلف را درگیر کرده‌اند. از جمله مشکلات هیجانی می‌توان به افسردگی، اضطراب، خصومت و حساسیت بین فردی اشاره نمود. افسردگی طیف وسیعی از نشانه‌های بالینی، مانند خلق و خوی افسرده، بی‌علاقگی نسبت به لذات زندگی، نداشتن انگیزه و از دست دادن انرژی حیاتی، احساس درماندگی، افکار خودکشی و... را شامل می‌گردد. اضطراب، علائم و نشانه‌هایی مانند عصبی بودن، احساس فشار و لرزش در اندام‌های بدن، ترس‌های ناگهانی، احساس وحشت، بیم و نگرانی نسبت به آینده و برخی جنبه‌های جسمانی آن را در بر می‌گیرد. خصومت شامل افکار، احساسات و یا اعمالی است که نشان دهنده وضعیت خلقی منفی ناشی از خشم می‌باشد و حساسیت بین فردی به معنای احساس عدم کفایت و حقارت فرد، بالاخص در مقایسه با دیگران، دست کم گرفتن خود، احساس عدم آرامش و ناراحتی محسوس در جریان ارتباط با دیگران است.^۱

در بعضی از بررسی‌ها، شیوع افسردگی در ۵ تا ۲۵ درصد مردان، ۱۰ تا ۲۵ درصد زنان^۲ و در مجموع ۱۸ درصد کل افراد گزارش شده. در ایران نیز شیوع اختلالات خلقی به‌ویژه در بین زنان بالاتر از سایر اختلالات ذکر شده است.^۳ هم‌چنین شیوع اضطراب در سطح جامعه نیز ۱۴ درصد ذکر شده

تاکتون تحقیقاتی در زمینه اثرات مثبت یا منفی راهبردهای باز ارزیابی، نشخوار فکری، خود اظهاری، حواس پرتی، اجتناب، و بازداری صورت گرفته است.^{۱۴}

در برخی از رویکردهای درمانی آموزش راهبردهای تنظیم هیجان بخشی از مداخله در مشکلات هیجانی را به خود اختصاص داده است. از جمله، می توان به رفتار درمانی دیالکتیک (DBT: Dialectical Behavior Therapy) یا جدلی اشاره نمود که توسط Linehan ارائه گردیده و در آن بر مهارت آموزی، پذیرش و اعتبار بخشی هیجانها تأکید شده است.^{۱۷} ابعاد مختلف این مهارت آموزی عبارتند از آموزش مهارت های اثربخشی بین فردی، ذهن آگاهی، تنظیم هیجان، افزایش تحمل ناکامی و مهارت های اعتبار بخشی. در برخی از تحقیقات، اثربخشی این روش در درمان بی نظمی هیجانی نشان داده شده است.^{۱۸}

با توجه به نقش مشکلات تنظیم هیجان در ایجاد و ابقای مشکلات هیجانی، به نظر می رسد که آموزش و کاربرد مهارت های تنظیم هیجان بر اساس مدل فرایند گراس و رفتار درمانی دیالکتیک و مقایسه اثرات جداگانه این دو روش در کاهش مشکلات هیجانی (به تفکیک) بتواند به توسعه این حیطه درمانی کمک کند.

روش کار

در این پژوهش نیمه آزمایشی از طرح پیش آزمون پس آزمون با گروه شاهد و جایگزینی تصادفی استفاده شد. جامعه تحقیق عبارت بود از کلیه دانشجویان دانشگاه اصفهان که در سال تحصیلی ۸۹-۸۸ به مرکز مشاوره دانشگاه مراجعه کرده بودند. از بین این دانشجویان ۶۰ نفر که بنا به عقیده مشاورین مرکز، دارای مشکلات هیجانی بودند؛ آزمون SCL-90 را تکمیل نمودند. مجموع نمرات این افراد در ۴ بعد حساسیت بین فردی، افسردگی، اضطراب و خصومت محاسبه شد. در نهایت ۴۵ نفر از کسانی که به عقیده مشاورین مرکز دارای مشکل هیجانی بودند، حداقل در یکی از مقیاس های آزمون SCL-90 ضریب نمره ۱ تا ۳ را کسب کرده بودند و در هیچ یک از مقیاس های آزمون SCL-90 ضریب نمره بالاتر از ۳ نداشته، تحت درمان روانپزشکی نبوده و در حال حاضر دارو مصرف نمی کردند، انتخاب شده و به صورت کاملاً تصادفی به ۳ گروه (دو گروه آزمایش و گروه گواه) تقسیم شدند. به هر گروه ۱۵ نفر اختصاص داده شد. بر اساس ضوابط اخلاقی پس از اتمام پژوهش، اعضای گروه گواه نیز متغیر مستقل (آموزش تنظیم هیجان) را دریافت کردند.

در این پژوهش دو روش آموزش به کار رفته است: تنظیم هیجان بر اساس مدل فرایند گراس و رفتار درمانی دیالکتیک. مهم ترین تفاوت های بین این دو روش عبارتند از این که؛ اولاً مطابق با رویکرد DBT، فردی که دچار مشکل هیجانی است، توانایی درک کلیت هیجانها و تجاربش را ندارد، با آنها آمیخته است و در فاصله گیری از آنها مشکل دارد. بنابر این، توسعه ذهن آگاهی و زندگی در لحظه، که بخش مهمی از مهارت ها را تشکیل می دهد، موجب فاصله گیری از هیجانها، درک کلیت آنها و در نهایت، تسلط بر آن می شود. دوم این که در سایر رویکردهای رفتاری و شناختی (از جمله

رویکرد مبتنی بر تنظیم هیجان گراس) تمرکز بر تغییر است اما در رویکرد DBT به اندازه تغییر و حتی بیش از آن بر پذیرش و اعتبار بخشی هیجانها تأکید می گردد.

قبل از شروع آزمایش، دستورالعمل جلسات آموزش تنظیم شده و در یک کارگاه آزمایشی که در حدود ۵ ماه قبل از اجرای اصلی برنامه ریزی شده بود، روی دو گروه ۱۰ نفری اجرا شد. پس از شناسایی و اصلاح نواقص، دستورالعمل نهایی آماده شده و هر کدام در طی ۸ جلسه ۲ ساعته و به صورت گروهی آموزش داده شد. گروه گواه هیچ گونه آموزشی را دریافت نکرد. بعد از اتمام جلسات و ۸ هفته بعد از آن، گروه های آزمایش مجدداً پاسخنامه های آزمون SCL-90 را تکمیل کردند.

ابزار سنجش

۴ چک لیست تجدید نظر شده نشانه های اختلالات روانی (SCL-90-R) Symptom Checklist-90-Revised یکی از پر استفاده ترین ابزارهای تشخیص روانپزشکی است که توسط Derogatis و همکارانش معرفی شد. این آزمون شامل ۹۰ سؤال برای ارزشیابی علائم روانی است که توسط آن می توان افراد سالم را از افراد بیمار تشخیص داد. هر یک از سؤالات آزمون از یک طیف ۵ درجه ای میزان ناراحتی که از نمره صفر «هیچ» تا چهار «به شدت» می باشد، تشکیل شده است. سؤالات آزمون ۹ بعد مختلف را در بر می گیرد.^۱ در بررسی اعتبار درونی این آزمون در پژوهش های مختلف، بیشترین همبستگی برای بعد افسردگی (۰/۷۳) و کمترین آن برای بعد ترس های مرضی (۰/۳۶) و در بررسی پایایی به شیوه باز آزمایی، با گذشت یک هفته از اجرای اول، ضرایب همبستگی بین ۰/۷۸ تا ۰/۹۰ به دست آمده است.^۱ روایی همزمان آزمون توسط Derogatis و Wakens & Rock، اجرای همزمان با آزمون MMPI به دست آمد (n=۱۱۹). نتایج همگرایی بالایی را بین دو آزمون نشان دادند که بالاترین همبستگی مربوط به افسردگی با ۰/۷۳ و کمترین آن مربوط به ترس مرضی با ۰/۳۶ بوده است.

در ایران، مدبرنیا و همکاران بین ۹ بعد SCL-90-R و مقیاس های MMPI همبستگی معنی داری مشاهده کردند.^{۱۹} اسماعیلی نیز ضرایب همبستگی بالایی برای ابعاد آزمون به دست آورده که چهار بعد آن عبارتند از: حساسیت بین فردی (۰/۷۹)، افسردگی (۰/۸۶)، اضطراب (۰/۷۸) و خصومت (۰/۷۷).^{۲۰} نتایج پژوهش میرزایی نیز حاکی از روایی هم زمان و اعتبار به روش باز آزمایی مناسب این ابزار در جمعیت ایرانی است.^{۲۱} ضمناً حساسیت این ابزار در پژوهش بهادرخان، ۹۰ درصد گزارش شده است.^۱

۴ مصاحبه تشخیصی، این مصاحبه توسط مشاورین مرکز مشاوره و محقق و با توجه به علائم و نشانگان مشکلات هیجانی (حساسیت بین فردی، افسردگی، اضطراب و خصومت) و بررسی شرایط اعضای گروه نمونه برای شرکت در پژوهش و همچنین بررسی تاریخچه فردی، خانوادگی و درمانی، انجام شد.

یافته ها

آزمودنی های مورد مطالعه در دامنه سنی ۱۹ تا ۳۴ سال، با میانگین ۲۳/۳±۳/۵ سال بودند. تقریباً متعلق به رشته های مختلف دانشگاه اصفهان و از

هم چنین فقط ۰/۱۳۴ درصد از تغییرات مشاهده شده در نمرات خصومت در اثر عضویت گروهی (اجرای آموزش‌ها) ایجاد شده و مابقی به عوامل دیگری مربوط می‌باشد.

جدول ۲: فاصله نتایج تحلیل کوواریانس مربوط به مقایسه میانگین نمرات مساسیت بین فردی، افسردگی، اضطراب و خصومت گروه‌های آزمایش و گواه پس از اجرای آموزش‌ها

متغیر	منبع	ضریب F	میزان تاثیر	توان آماری	p
حساسیت	پیش آزمون	۴۱/۱۳	۰/۵۶۲	۱/۰۰۰	۰/۰۰۱
بین فردی	عضویت گروهی	۱۴/۵۴	۰/۴۷۶	۰/۹۹۸	۰/۰۰۱
افسردگی	پیش آزمون	۳۱/۳۴۸	۰/۴۹۵	۱/۰۰۰	۰/۰۰۱
	عضویت گروهی	۱۱/۳۵۳	۰/۴۱۵	۰/۹۸۸	۰/۰۰۱
اضطراب	پیش آزمون	۳۵/۳۸۰	۰/۵۲۵	۱/۰۰۰	۰/۰۰۱
	عضویت گروهی	۲۲/۰۳۶	۰/۵۷۹	۱/۰۰۰	۰/۰۰۱
خصومت	پیش آزمون	۹/۲۷۲	۰/۲۲۵	۰/۸۴۰	۰/۰۰۵
	عضویت گروهی	۲/۴۸۶	۰/۱۳۴	۰/۴۶۳	۰/۰۹۹

نتایج جدول ۳ مربوط به نمرات شرکت کنندگان بعد از گذشت ۲ ماه از اجرای آموزش‌ها است و نشان می‌دهد که در سه متغیر اول، بعد از گذشت دو ماه، تفاوت میانگین گروه‌ها در پس آزمون هم چنان پایدار باقی مانده است.

جدول ۳: فاصله نتایج تحلیل کوواریانس مربوط به مقایسه میانگین نمرات مساسیت بین فردی، افسردگی و اضطراب گروه‌های آزمایش و گواه بعد از گذشت

دو ماه از اجرای آموزش‌ها					
متغیر	منبع	ضریب F	میزان تاثیر	توان آماری	p
حساسیت	پیش آزمون	۵۲/۳۹۳	۰/۶۲۱	۱/۰۰۰	۰/۰۰۱
بین فردی	عضویت گروهی	۹/۵۰۴	۰/۳۷۳	۰/۹۶۹	۰/۰۰۱
افسردگی	پیش آزمون	۳۴/۰	۰/۵۱۵	۱/۰۰۰	۰/۰۰۱
	عضویت گروهی	۷/۰۲۹	۰/۳۰۵	۰/۹۰۳	۰/۰۰۳
اضطراب	پیش آزمون	۳۱/۱۱۲	۰/۴۹۳	۱/۰۰۰	۰/۰۰۱
	عضویت گروهی	۸/۶۶۱	۰/۳۵۱	۰/۹۵۴	۰/۰۰۱

مطابق با مندرجات جدول ۴، مقایسه دو به دوی گروه‌ها از لحاظ نمره افسردگی نشان می‌دهد که دو گروه آموزش تفاوت معنی داری با یکدیگر دارند ($p=0/001$). فقط تفاوت بین میانگین گروه آزمایش دوم (DBT) و گواه معنی دار است ($p=0/001$) و این نتیجه با گذشت زمان نیز حفظ شده است، هر چند که میزان تفاوت در مرحله پیگیری کمی کاهش یافته است. این بدین معنا است که فقط روش آموزش مبتنی بر DBT در کاهش افسردگی دانشجویان مؤثر بوده است. به علاوه نتایج مقایسه زوجی نشان می‌دهد که در هر دو مرحله پس آزمون و پیگیری، بین دو گروه آموزش ۱ و ۲ از لحاظ نمره اضطراب تفاوت معنی داری وجود دارد ($p=0/025$) این تفاوت به نفع گروه اول (آموزش مبتنی بر مدل گراس) است. یعنی این روش تأثیر بیشتری روی اضطراب آزمودنی‌ها داشته است.

نظر مقطع تحصیلی، ۱۱ درصد از آنان فوق دیپلم، ۶۷ درصد کارشناسی، ۱۷ درصد کارشناسی ارشد و ۶ درصد دکترا بودند. آزمون همبستگی نشان داد که بین متغیرهای فوق و نمرات شرکت کنندگان در پیش آزمون رابطه معنی داری وجود ندارد. مقایسه نمرات پیش آزمون دو گروه آزمایش و گروه گواه نشان داد که در هر چهار بُعد حساسیت بین فردی، افسردگی، اضطراب و خصومت، تفاوت معنی داری بین میانگین گروه‌ها وجود ندارد ($p>0/05$). به علاوه با توجه به این که از طریق Leven test تفاوت معنی داری بین واریانس دو گروه آزمایش و گروه گواه و از طریق آزمون Kolmogorov Smirnov تفاوت معنی داری بین واریانس نمونه و جامعه به دست نیامد، بنابراین برای تحلیل نتایج از آزمون کو واریانس استفاده شد.

جدول ۱ میانگین و انحراف استاندارد گروه‌های آزمایش و گروه گواه طی مراحل پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری را نشان می‌دهد. مشاهده می‌شود که در دو گروه آزمایش ۱ و ۲ علامت حساسیت بین فردی، افسردگی و اضطراب بعد از اجرای آموزش‌ها و همچنین بعد از گذشت دو ماه کاهش یافته است. البته کاهش افسردگی در گروه اول، چندان قابل توجه نیست. از سوی دیگر، در هیچ یک از گروه‌ها کاهش قابل توجهی در علائم خصومت دیده نمی‌شود.

جدول ۱: میانگین و انحراف استاندارد نمرات پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری گروه‌های آزمایش و گواه

متغیر	مرحله	قبل از مداخله	بعد از مداخله (پس آزمون)	بعد از مداخله (پیگیری)
		Mean±SD	Mean±SD	Mean±SD
حساسیت	گروه GERM	۱/۱±۰/۶۱	۰/۵۵±۰/۲۸	۰/۶۵±۰/۶۷
	گروه DBT	۱/۱۴±۰/۰۶	۰/۶۲±۰/۴۲	۰/۶۱±۰/۳۹
بین فردی	گروه گواه	۱/۲۶±۰/۸۲	۱/۲۵±۰/۶۲	۱/۲۹±۰/۶۵
	گروه GERM	۱/۵۳±۰/۶۵	۱/۱۵±۰/۵۱	۱/۰±۰/۵۹
افسردگی	گروه DBT	۱/۵±۰/۷۴	۰/۶۳±۰/۳۵	۰/۶۴±۰/۴۴
	گروه گواه	۱/۲۹±۰/۶۲	۱/۱±۰/۵۱	۱/۱±۰/۵
اضطراب	گروه GERM	۱/۲۳±۰/۷۷	۰/۴۴±۰/۳۱	۰/۴۷±۰/۳۵
	گروه DBT	۱/۲۷±۰/۶۸	۰/۷۳±۰/۳۵	۰/۹۳±۰/۰۶
خصومت	گروه گواه	۱/۲۴±۰/۶۰	۱/۱۹±۰/۵۱	۱/۰۹±۰/۵۷
	گروه GERM	۰/۹۴±۰/۶۲	۰/۵۶±۰/۳۷	۰/۶۵±۰/۵۱
گروه DBT	گروه گواه	۰/۸۶±۰/۴۷	۰/۸۵±۰/۵۸	۰/۶۷±۰/۴۲
	گروه گواه	۱/۰±۰/۳۵	۰/۹۲±۰/۴۵	۰/۹۲±۰/۴۸

نتایج جدول ۲ نشان می‌دهد که پس از کنترل تأثیر پیش آزمون، بین میانگین نمرات حساسیت بین فردی، افسردگی و اضطراب گروه‌های آزمایش و گواه تفاوت معنی داری وجود دارد ($p=0/001$). به علاوه، بخش عمده‌ای از واریانس تغییرات در علائم حساسیت بین فردی (۴۸٪)، افسردگی (۴۲٪) و اضطراب (۵۸٪) در پس آزمون به تأثیر دو روش آموزش مربوط می‌شود. هم چنین توان آماری در سه متغیر اول بالاتر از ۰/۸ است و نشان می‌دهد که تعداد نمونه کافی بوده است. اما نتایج نشان می‌دهند که بین گروه‌ها از لحاظ درجه خصومت تفاوت معنی داری وجود ندارد ($p=0/443$). پس هیچ کدام از دو روش آموزش نتوانسته‌اند میزان خصومت شرکت کنندگان در آزمایش را به طور معنی داری کاهش دهند.

ضمناً در مرحله پیگیری، تغییرات ایجاد شده در اضطراب اعضای گروه دوم به اندازه کافی پایدار نبوده است. به علاوه، بین دو گروه آزمایشی از لحاظ نمره حساسیت بین فردی تفاوت معنی داری وجود ندارد. این بدین معنا است که هر دو روش آموزش هیجان در کاهش حساسیت بین فردی دانشجویان مؤثر بوده و این اثربخشی با گذشت زمان هم چنان پایدار مانده است.

جدول ۴: مقایسه زوهمی گروههای آزمایش و گواه در مرحله پیش آزمون

گروه ها	متغیر	خطای استاندارد	تفاوت میانگین ها	P
گروه آزمایش ۲	افسردگی	۰/۵۰۴	۰/۱۳۶	۰/۰۰۱
	اضطراب	۰/۲۶۶	۰/۱۱۳	۰/۰۲۵
گروه آزمایش ۱	حساسیت بین فردی	۰/۰۵۵	۰/۱۲۸	۰/۶۷۲
	افسردگی	۰/۶۱۱	۰/۱۳۸	۰/۰۰۱
گروه آزمایش ۱	اضطراب	۰/۴۷۷	۰/۱۱۳	۰/۰۰۱
	حساسیت بین فردی	۰/۵۷۰	۰/۱۲۸	۰/۰۰۱
گروه آزمایش ۲	افسردگی	۰/۵۰۴	۰/۱۳۶	۰/۰۰۱
	اضطراب	۰/۲۶۶	۰/۱۱۳	۰/۰۲۵
گروه آزمایش ۲	حساسیت بین فردی	۰/۰۵۵	۰/۱۲۸	۰/۶۷۲
	افسردگی	۰/۱۰۷	۰/۱۳۸	۰/۴۴۴
گروه آزمایش ۱	اضطراب	۰/۷۴۳	۰/۱۱۳	۰/۰۰۱
	حساسیت بین فردی	۰/۶۲۵	۰/۱۲۸	۰/۰۰۱

گروه آزمایش ۱: آموزش هیجان بر اساس رفتار درمانی دیالکتیک

گروه آزمایش ۲: آموزش هیجان بر اساس رویکرد جیمز گراس

در مجموع، نتایج نشان می دهند که آموزش تنظیم هیجان می تواند در کاهش علائم مشکلات هیجانی از جمله حساسیت بین فردی، افسردگی و اضطراب مؤثر واقع گردد اما در این پژوهش اثر بخشی آن روی کاهش علائم خصومت تأیید نشد. در تفکیک دو روش، نتایج نشان دادند که آموزش مبتنی بر DBT منجر به کاهش علائم حساسیت بین فردی، افسردگی و اضطراب شد اما آموزش مبتنی بر روش گراس فقط منجر به کاهش علائم حساسیت بین فردی و اضطراب شد و نتوانست افسردگی را کاهش دهد. بنابر این، نتایج پژوهش حاضر نشان می دهند که آموزش تنظیم هیجان بر اساس DBT اثر بخش تر بوده است.

بحث

نتایج این پژوهش نشان دادند که دو روش آموزش تنظیم هیجان به یک شکل منجر به کاهش با ثبات علائم حساسیت بین فردی دانشجویان شدند. این امر احتمالاً به دلیل تأکید روش های تنظیم هیجان روی آگاهی، کنترل و اصلاح هیجان های منفی حاصل از روابط بین فردی، تمرکز بر تمرینات عملی و کارگاهی و تشکیل جلسات به شکل گروهی و در نتیجه وجود تبادلات مؤثر بین فردی بوده است. دیگر یافته این پژوهش مؤید اثربخشی آموزش تنظیم هیجان در کاهش علائم افسردگی بود اما بر اساس مقایسه های زوجی، فقط آموزش مبتنی بر DBT منجر به کاهش با ثبات علائم افسردگی شد. این نتیجه همسو با یافته هایی است که نشان داده اند آموزش هفتگی مهارت های DBT می تواند به درمان افسردگی مزمن بیانجامد.^{۲۲}

هر دو روش آموزش توانستند منجر به کاهش علائم اضطراب شوند اما در ارزیابی مجدد، پس از دو ماه، نشان داده شد که روش مبتنی بر رویکرد گراس تأثیر با دوام تری داشته است. شاید این نتیجه باز هم به دلیل کاربرد تمرینات ذهن آگاهی و تأثیر خاص آن روی یک دسته از افراد مضطرب بوده است. گفته می شود که برخی از این افراد به دلیل توجه متمرکز روی ذهن و افکارشان و در واقع خود آگاهی بالا دچار استرس و اضطراب شده اند و احتمالاً تمرینات ذهن آگاهی می تواند این ویژگی را تشدید کند. نتیجه آخر حاکی از عدم تأیید اثربخشی دو روش آموزش تنظیم هیجان در کاهش علائم خصومت و پر خاشاگری شرکت کنندگان بود.

در مجموع، نتایج نشان دادند که آموزش مبتنی بر DBT منجر به کاهش علائم افسردگی، اضطراب و حساسیت بین فردی شد اما آموزش مبتنی بر GERM فقط علائم اضطراب و حساسیت بین فردی را کاهش داد و نتوانست افسردگی را کاهش دهد. بنابر این، نتایج پژوهش حاضر نشان می دهد که آموزش تنظیم هیجان بر اساس DBT به ویژه در کاهش افسردگی اثر بخش تر بوده است. شاید به این دلیل که DBT درمانی است که ساختار روشی دارد و از تکنیک های رفتاری استفاده می کند،^{۲۳،۲۴} از سوی دیگر اثر بخشی این روش به کاربرد اعتبار بخشی مربوط است^{۲۴} و این اعتبار بخشی منجر به پذیرش مشکلات هیجانی شده و این پذیرش در نهایت به تسهیل تغییرات منجر می گردد. هم چنین شامل اصول و تکنیک های دیالکتیک (مانند خود مشاهده گری) است و این تکنیک ها منجر به ثبات تغییرات می گردد. یک ویژگی بیماران افسرده این است که در فاصله گیری و بیرون آمدن از احساسات و خلق خود خوب عمل نمی کنند و در طول فرایند درمان DBT از طریق ترکیب نمودن تمرینات ذهن آگاهی با تمرینات رفتاری، بیماران افسرده در حالتی بدون قضاوت به مشاهده خلق افسرده خود و پیامدهای فیزیولوژیکی، ذهنی، رفتاری و احساسی آن می پردازند و علاوه بر سعی در پذیرش وجود این حالت و تحمل آن، مکانیسم گذر از این وضعیت را می آموزند و با پر آموزی این تمرینات، آن را به سبک خود کار (اتوماتیک) ذهن خود تبدیل می کنند. انجام این تمرینات در نهایت منجر به فاصله گیری از هیجان ها (مثلاً خلق افسرده)، کاستن از نشخوار فکری و ایجاد هیجان مثبت می شود.

از طریق بررسی تصاویر مغزی، نشان داده شده که انجام تمرینات ذهن آگاهی می تواند با افزایش فعالیت بخش پیشانی مغز (که با عواطف مثبت همراه است) و کاستن از فعالیت پایه مغز (که با رفتار غیر ارادی ناشی از هیجان ها همراه است)، آسیب پذیری زیستی نسبت به محرک های هیجانی منفی را کاهش دهد.^{۲۵} این تمرینات به وسیله افزایش توانایی فرد در چرخش توجهش از آن چه مفید یا مؤثر نیست (مانند تمرکز روی افکار منفی در فرد افسرده) و توجه به آنچه مفید و مؤثر است، می تواند به تعدیل تجربه هیجانی یا به عبارتی انعطاف پذیری توجه در او کمک کند.^{۲۶} هم چنین با فاصله گیری از افکار منفی، به افراد افسرده می آموزد که ارزیابی های منفی نسبت به خود و دیگران یا حوادث، را فقط به عنوان افکاری که لزوماً واقعی نیستند مورد مشاهده قرار داده و به این طریق آن ها را کاهش دهند.^{۲۷} چنان که Kabat-Zinn بیان می کند: در ذهن آگاهی با استفاده از کنجکاوی نسبت به تجربیات

آموزش توقف استفاده از راهبردهای منفی و استفاده از راهبردهای مثبت و سازگاره در سنین کودکی و توسط والدین آغاز شده و از طریق آموزش مهارت‌های تنظیم هیجان در مدارس تکمیل گردد. این آموزش می‌تواند علاوه بر پیشگیری، در مداخله درمانی هم مؤثر واقع گردد. ۳ در این راستا، به دست اندرکاران آموزش و پرورش پیشنهاد می‌شود آموزش هیجان و راهبردهای تنظیم هیجان به دانش‌آموزان و معلمان ابتدایی و راهنمایی را همانند بسیاری از کشورهای توسعه یافته در زمره اهداف و برنامه‌های کاربردی خود قرار دهند و به برنامه‌ریزان آموزش دروس دانشگاهی پیشنهاد می‌گردد در تعیین سرفصل‌های برخی از دروس رشته‌های مرتبط، تربیت کارشناسان متخصص در آموزش تنظیم هیجان را در زمره اهداف خود قرار دهند.

سپاسگزاری

این مطالعه بخشی از پایان‌نامه دکتر با کد ۳۴ می‌باشد که در دانشگاه اصفهان به انجام رسیده است.

References

- Fathi-Ashtiani A. [Psychological tests: Personality and mental health] Persian. 1th ed. Tehran: Be'sat Publication Institute; 2009: 291-308.
- Kaplan BJ, Sadock VA. Synopsis of psychiatry: Behavioral sciences/clinical psychiatry. 9th ed. New York: Guilford Press; 1995.
- Sadeghi KH, Saberi SM, Assareh M. [Epidemiological study of psychiatric disorder in Kermanshah Urban residents] Persian. J Psychiatry Clin Psychol 2001; 6(2-3): 16-25.
- Sartorius N, Ustun TB, Costa-e-Silva JA, et al. An international study of psychological problems in primary care. Preliminary report from the World Health Organization Collaborative Project on 'Psychological Problems in General Health Care'. Arch Gen Psychiatry 1993; 50(10): 819-824.
- Gross JJ. Handbook of emotion regulation. New York: Guilford Press; 2007.
- Abbott BV. Emotion dysregulation and re-regulation: predictors of relationship intimacy and distress [dissertation]. Texas: Texas A&M University; 2005.
- Beauregard M, Levesque J, Bourgouin P. Neural correlates of conscious self-regulation of emotion. J Neurosci 2001; 21(18): RC165.
- Sandler IN, Tein JY, West SG. Coping, stress, and the psychological symptoms of children of divorce: A cross-sectional and longitudinal study. Child Dev, 1994; 65(6): 1744-1763.
- Cicchetti D, Ackerman BP, Izard CE. Emotions and emotion regulation in developmental psychopathology. Dev Psychopathol 1995; 7: 1-10.
- Stegall SD. [Adolescent emotional development: Among shame and guilt proneness, emotion regulation, and psychopathology] [dissertation]. Maine: University of Maine; 2004.
- Sloan DM, Kring AM. measuring changes in emotion during psychotherapy: Conceptual and methodological issues. Clin Psychol Sci Pract 2007; 14(4): 307-322.
- Gross JJ, Thompson RA. Emotion regulation: Conceptual foundations. In: Gross JJ. Handbook of

حسی درونی (بدن، هیجان‌ات و شناخت‌ها) در فرد نوعی حس سلامتی درونی و ذاتی بیدار می‌شود.^{۲۷}

از جمله محدودیت‌های این پژوهش می‌توان به انتخاب دانشجویان دانشگاه اصفهان، به‌عنوان جامعه تحقیق و تفاوت نسبی دختران و پسران دانشجو اشاره نمود. در این زمینه پیشنهاد می‌گردد که تحقیق حاضر بر روی نمونه‌ای متشکل از کل افراد جامعه اجرا گردد. ضمناً در صورت امکان، بهتر است تحقیق حاضر روی یک نمونه بالینی نیز انجام گیرد.

بر اساس نتایج حاصل از پژوهش حاضر، پیشنهادات کاربردی زیر ارائه می‌گردد: ۱ به‌عنوان یک طریقه مؤثر برای کاهش مشکلات هیجانی به درمانگران آسیب‌های روانی و اختلالات هیجانی پیشنهاد می‌گردد به‌عنوان بخشی از روند درمان به بررسی و شناسایی سبک خودکار تنظیم هیجان در فرد پرداخته و در صورت لزوم آموزش مهارت‌های سازنده‌تر تنظیم هیجان را در برنامه کار خود قرار دهند. ۲ با توجه به این که راهبردهای تنظیم شناختی هیجان عموماً در کودکی آموخته و در پایان نوجوانی تقریباً به سبک خودکار شناختی فرد تبدیل شده و تقریباً تثبیت می‌شوند، لذا، پیشنهاد می‌شود که

- emotion regulation. New York: Guilford Press; 2007: 3-24.
- Mauss IB, Evers C, Wilhelm FH and Gross JJ. How to bite your tongue without blowing your top: Implicit evaluation of emotion regulation predicts affective responding to anger provocation. Pers Soc Psychol Bull 2006; 32(5): 589-602.
- Abelson JL, Curtis GC, Sagher O, et al. Deep brain stimulation for refractory obsessive-compulsive disorder. Biol Psychiatry 2005; 57(5): 510-516.
- Ray RD, Wilhelm FH, Gross JJ. All in the mind's eye: Anger rumination and reappraisal. J Pers Soc Psychol 2008; 94(1): 133-145.
- Ray RD, Ochsner KN, Cooper JC, et al. Individual differences in trait rumination and the neural systems supporting cognitive reappraisal. Cogn Affect Behav Neurosci 2005; 5(2): 156-168.
- Linehan MM. Cognitive-behavioral treatment of borderline personality disorder. New York: Guilford Press; 1993.
- Fatehizadeh M, Shafie-Abadi A, Etemadi A and Delavar A. [Comparing Efficacy of dialectical behavior therapy and cognitive behavior therapy in reduce symptoms of BPD women clients in Isfahan] Persian. J Psychol Studies 2006; 8: 7-18.
- Mardani-Beldagi I, Neshat-Dost H. [The comparison of psychiatric profile of wives of scathed that given PTSD with wives of scathed that not given PTSD] Persian [dissertation]. Isfahan: Isfahan University; 1980.
- Esmaily GH, [The normality of SCL-90-R test and comparison of psyche healthy of Tehran university students] Persian [dissertation]. Tehran: The University of Allameh Tabatabaie; 1997.
- Mirzaie R. [The study and stability of SCL-90-R test in Iran] Persian. [dissertation]. Tehran: Iran psychiatric institute; 1970.
- Lynch TR, Morse JQ, Mendel son T and Robins CJ. Dialectical behavior therapy for depressed older adults: A randomized pilot study. Am J Geriatric Psychiatry 2003; 11: 33-45.

23. Dimeff LA, Koerner k. Dialectical behavior therapy in clinical practice: Applications across disorders and settings. New York: Guilford Press; 2007.
24. Linehan MM. Cognitive-behavioral treatment of borderline personality disorder. New York: Guilford Press; 2000.
25. Aftanas L, Golosheykin S. Impact of regular meditation practice on EEG activity at rest and during evoked negative emotions. *Int J Neurosci* 2005; 115: 893-909.
26. Lynch TR, Bronner LL. Mindfulness and dialectical behavior therapy: Application with depressed older adults with personality disorders. New York: Elsevier; 2006.
27. Didonna F. Clinical handbook of mindfulness. Vicenza-Italy: Springer Press; 2009: 17-45

Archive of SID

The Effect of Emotion Regulation Training based on Dialectical Behavior Therapy and Gross Process Model on Symptoms of Emotional Problems

Azam Salehi,¹ Iran Baghban,² Fatemeh Bahrami,³ Ahmad Ahmadi⁴

Received: 10/Apr/2011

Accepted: 5/Agu/2011

Background: The purpose of this study was to investigate the effect of two training methods of emotional regulation based on dialectical behavior therapy (DBT) and gross emotion regulation process model (GERM) in reducing symptoms of emotional problems (depression, anxiety, interpersonal sensitivity and hostility).

Materials and Method: In this semi-experimental study, 45 students who referred to Isfahan university center by themselves, randomly selected between the students who have emotional problems, they randomly assigned into three groups (two experimental and a waiting list group). One of the experimental group received DBT and another on GERM. The data obtained using SCL-90-R and psychological interview (in pre- post test and follow-up).

Results: 1- Both experimental methods reduce interpersonal sensitivity of students. 2- Just DBT reduced depression symptoms. 3- Both experimental methods reduce anxiety symptoms but in DBT, recurrent anxiety symptoms were observed in follow up stage. Also these methods had different effect on anxiety symptoms. 4- None of the above methods could reduce hostility symptoms.

Conclusion: Those findings showed effectiveness of two training methods of emotional regulation on emotion problems. We could use GERM method for intervention in anxiety, DBT method for intervention in depression and both method for intervention in interpersonal sensitivity. [ZJRMS, 2012; 14(2): 49-55]

Keywords: Emotional problems, Emotional Regulation, Dialectical Behavior Therapy (DBT), Depression, Anxiety, Interpersonal sensitivity.

1. PHD of Counseling, School of Educational Sciences and Psychology, University of Isfahan, Isfahan, Iran.
2. Associate Professor of Counseling, School of Educational Sciences and Psychology, University of Isfahan, Isfahan, Iran.
3. Associate Professor of Counseling, School of Educational Sciences and Psychology, University of Isfahan, Isfahan, Iran.
4. Professor of Counseling, School of Educational Sciences and Psychology, University of Isfahan, Isfahan, Iran.

Please cite this article as: Salehi A, Baghban I, Bahrami F, Ahmadi A. The effect of emotion regulation training based on dialectical behavior therapy and gross process model on symptoms of emotional problems. Zahedan J Res Med Sci (ZJRMS) 2012; 14(2): 49-55.