



اثربخشی آموزش مهارت‌های رفتاردرمانی دیالکتیکی بر نشانه‌های اضطراب و افسردگی دانش‌آموزان

The Efficacy of Teaching Dialectical Behavior Therapy Skills on Anxiety and Depression Symptoms in Students

Hamid Barani
Mahboobeh Fooladchang

حمید بارانی*
محبوبه فولادچنگ**

Abstract

The purpose of this study was to examine the effect of Dialectical Behavior Therapy skills on anxiety and depression symptoms in university students. The research method was an experimental method of data collection and was applied purposively. The statistical population of the study consisted of all male high school students in the city of Kavir during the 2019-20 academic year, and 30 students with moderate to high scores for anxiety and depression were selected. The sampling procedure was multistage cluster randomization. An adolescent dialectical behavior therapy skills protocol was used to deliver the interventions. In addition, the Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS) was used for data collection. The validity of the instrument was examined using confirmatory factor analysis (AMOS software version 24), the reliability of the instrument was examined using Cronbach's alpha (SPSS software version 24), and the significance of the training performed was examined using MANCOVA (SPSS software version 24). The results of the MANCOVA statistical analysis showed that teaching dialectical behavior therapy skills had a significant effect on reducing students' anxiety. However, it had no significant effect on reducing students' depression. In general, it can be concluded that dialectical behavioral therapy techniques can be used to reduce students' anxiety, but teaching these techniques to reduce students' depression requires further consideration.

Keywords: Anxiety, Depression, Students, Dialectical Behavioral Therapy.

چکیده

هدف این پژوهش بررسی تأثیر مهارت‌های رفتاردرمانی دیالکتیکی بر اضطراب و افسردگی دانش‌آموزان بود. پژوهش نیز براساس گردآوری داده‌ها از نوع آزمایشی و براساس هدف از نوع کاربردی انجام گرفت. جامعه آماری پژوهش را دانش‌آموزان پسر متوسطه اول شهر کوار در سال تحصیلی ۱۳۹۹-۱۳۹۸ تشکیل دادند که از میان آنان، ۳۰ نفر از دانش‌آموزانی که نمره متوسط به بالا در اضطراب و افسردگی داشتند، انتخاب شدند. روش نمونه‌گیری، تصادفی خوشه‌ای چندمرحله‌ای بود. برای اجرای مداخلات از پروتکل آموزش مهارت‌های رفتاردرمانی دیالکتیکی ویژه نوجوانان استفاده شد. همچنین برای جمع‌آوری داده‌ها از مقیاس اضطراب و افسردگی هاسپیتال (HADS) استفاده شد. روایی ابزار به روش تحلیل عاملی تأییدی (نرم‌افزار AMOS نسخه ۲۴)، پایایی ابزار به روش آلفای کرونباخ (نرم‌افزار SPSS نسخه ۲۴) و معناداری آموزش‌های انجام شده به روش مانکووا (MANCOVA) (نرم‌افزار SPSS نسخه ۲۴) بررسی شد. یافته‌های حاصل از تحلیل آماری مانکووا نشان می‌دهد، آموزش مهارت‌های رفتاردرمانی دیالکتیکی تأثیر معناداری بر کاهش اضطراب دانش‌آموزان داشت، اما نتوانست تأثیر معناداری در کاهش افسردگی دانش‌آموزان داشته باشد. نتیجه اینکه به‌طور کلی می‌توان برای کاهش اضطراب دانش‌آموزان از آموزش مهارت‌های رفتاردرمانی دیالکتیکی استفاده کرد، اما آموزش این مهارت‌ها برای کاهش افسردگی دانش‌آموزان نیازمند تأمل و بررسی بیشتر است.

واژه‌های کلیدی: اضطراب، افسردگی، دانش‌آموزان، رفتاردرمانی دیالکتیکی.

* نویسنده مسئول: دانشجوی دکتری روان‌شناسی تربیتی، دانشکده علوم تربیتی و روان‌شناسی، دانشگاه شیراز، شیراز، ایران
** دانشیار گروه روان‌شناسی تربیتی، دانشکده علوم تربیتی و روان‌شناسی، دانشگاه شیراز، شیراز، ایران

مقدمه

شایع‌ترین بیماری‌های روانی^۱ در میان نوجوانان اختلال‌های خلقی، اضطرابی و رفتاری است و میزان شیوع اضطراب و افسردگی در نوجوانان آمریکایی به ترتیب ۳۸ درصد و ۱۸ درصد است (کسلر و همکاران، ۲۰۱۲). در کشورهای شرقی مانند چین نیز میزان اضطراب نوجوانان ۳۸ - ۷ درصد و میزان افسردگی نوجوانان ۲۰ - ۸ درصد گزارش شده است (چن و همکاران، ۲۰۱۴) نتایج فراتحلیل مدارا، ساروخانی، ولی‌زاده و ساروخانی (۱۳۹۶) نشان داد، از میان گروه‌های مختلف بررسی‌شده، نوجوانان بیشترین نمره اضطراب را داشتند و افسردگی و اضطراب مهم‌ترین اختلال‌های روانی^۲ در ایران محسوب می‌شوند. این مشکلات روانی در نوجوانی پیش‌بینی‌کننده فعالیت‌های آسیب‌رسانی مانند خودآزاری^۳، اقدام به خودکشی و مصرف مواد (بالاز و همکاران، ۲۰۱۳)، مشکلات تحصیلی (مانند عملکرد ضعیف تحصیلی)، ترک تحصیل، روابط اجتماعی ناسازگار، خطر بیشتر سوءاستفاده جسمی^۴ و خودکشی است (اینگول و نورادل، ۲۰۱۳).

با توجه به موارد فوق، روش‌های درمانی نیز توجه زیادی را به درمان اضطراب و افسردگی معطوف کرده‌اند. با وجود این و به‌رغم ظهور روش‌های درمانی و مشاوره‌ای و ایجاد تکنیک‌ها و آموزش مهارت‌های مختلف به افراد، شدت این مسئله در دهه‌های گذشته به دلایلی مانند تحولات اجتماعی سریع و قابل توجه، اصلاحات اقتصادی و آموزشی و همچنین تغییر در ساختار خانواده‌ها افزایش یافته است (ژنگ، ریجس‌دک، پینگالت، مک‌ماهون و یونگر، ۲۰۱۶)؛ به‌گونه‌ای که اگر چهل سال پیش، افراد در دهه‌های چهل و پنجاه عمر خود دچار افسردگی می‌شدند، امروزه در اواسط دهه بیست زندگی به افسردگی مبتلا می‌شوند و افرادی که قبل از بیست‌سالگی افسرده می‌شوند، بیشتر در معرض مواجهه مجدد با افسردگی قرار دارند. در واقع افراد زیادی هستند که در اواخر کودکی یا نوجوانی با اولین دوره کامل افسردگی مواجه می‌شوند (ویلیامز، تیزدل، سگال و کیت زین، ۲۰۰۷). از سوی دیگر، در ایران نیز مانند بسیاری از کشورها دانش‌آموزان پس از شش سال محیط امن و دوستانه دوران تحصیلی دبستان، وارد دوره متوسطه می‌شوند (وانگ، تیان، گو و هوئینر، ۲۰۲۰) که با ورود به آن فشارهای بیشتری برای موفقیت متحمل می‌شوند و باید با مسئولیت‌های جدید تحصیلی، انتظارات مدرسه و روابط اجتماعی سازگار شوند (دوشین، راتل و روی، ۲۰۱۲)؛ بنابراین دانش‌آموزان دوره متوسطه با اضطراب و افسردگی بیشتری مواجه می‌شوند (وانگ و همکاران، ۲۰۲۰) که این مسئله اهمیت آموزش مهارت‌های لازم برای مدیریت این هیجان‌های منفی در سنین نوجوانی را نمایان می‌کند.

هیجان‌هایی مانند اضطراب، شامل مؤلفه‌های ارزیابی^۵، حس^۶، قصدمندی^۷ (وجود هدف)، احساس^۱

-
1. mental illness
 2. mental disorders
 3. self-injury
 4. physical abuse
 5. evaluation
 6. sens
 7. targeted

(کیفیت)، رفتار حرکتی و در بیشتر موارد، مؤلفه‌های بین‌فردی^۲ هستند؛ بنابراین هنگامی که فردی با هیجان اضطراب مواجه می‌شود، نگران است که کار خود را در موعد مقرر انجام نخواهد داد (ارزیابی)، دچار افزایش تعداد ضربان قلب می‌شود (حس)، بر توانایی‌های خود متمرکز می‌شود (قصدمندی)، احساس هولناکی درباره زندگی دارد (احساس)، از نظر جسمی بی‌تاب و بی‌قرار می‌شود (رفتار حرکتی) و ممکن است در بسیاری از موارد به دوست یا شریک زندگی‌اش بگوید که امروز روز بدی است (مؤلفه بین‌فردی) (لی‌هی، تیرچ و ناپولیتانو، ۲۰۱۱). افسردگی نیز با ویژگی‌هایی مانند وجود اندوه، احساس تهی‌بودن یا خلق تحریک‌پذیر همراه با تغییرات شناختی و جسمی همراه است که به شکل چشم‌گیری بر ظرفیت کارکردی فرد تأثیر منفی می‌گذارد. همچنین اضطراب با ترس مفرط و ناهنجاری‌های رفتاری مرتبط با این علائم همراه است. ترس واکنش هیجانی به خطری واقعی یا تهدیدی قریب‌الوقوع است؛ درحالی‌که اضطراب حس پیش‌بینی خطرات آتی است که سبب تنش عضلانی، گوش‌به‌زنگی^۳ در آماده‌سازی برای خطرات احتمالی آتی و رفتارهای اجتنابی و احتیاطی می‌شود (انجمن روان‌پزشکی آمریکا، ۲۰۱۳).

همان‌طور که بیان شد، هیجان پدیده ساده‌ای نیست و لازم است رویکردهای جامع به تنظیم هیجان، ماهیت چندجانبه هیجان و کارکردهای سازگاران^۴ و ناسازگاران^۴ آن را بپذیرند (پکران و لیننبرینک گارسبا، ۲۰۱۴) و تکنیک‌هایی ارائه دهند که بتوانند به بررسی هریک از این فرایندها بپردازند (لی‌هی، تیرچ و ناپولیتانو، ۲۰۱۱)؛ به همین دلیل لینهان (۱۹۹۳) ب) به دنبال ارائه رویکردی جامع‌تر از رویکردهای قبل به ارائه رفتاردرمانی دیالکتیکی پرداخت؛ نوعی درمان رفتاری مبتنی بر ذهن‌آگاهی^۵ که توازنی را میان استفاده از تکنیک‌های تغییر و پذیرش برقرار می‌کند (لی‌هی، تیرچ و ناپولیتانو، ۲۰۱۱) و بر موارد زیر تأکید دارد: کمک به افراد برای شناسایی، ابرازکردن هیجان‌ها و مقابله با آن‌ها (لینهان، ۲۰۱۴)؛ فیتزپاتریک، بیلی و ریزوی، ۲۰۲۰) و شناسایی اهداف شخصی، نظارت بر رفتارهای هدفمند، بهبود رفتار حل مسئله فرد با استفاده از مهارت‌های رفتاردرمانی دیالکتیکی، مدیریت رفتارهای خودکشی و سایر بحران‌ها (دیمف و کوئرر، ۲۰۰۷). همان‌طور که در سال‌های اخیر پژوهش‌های بسیاری بر ارزیابی اثربخشی رفتاردرمانی دیالکتیکی در مشکلات هیجانی پرداخته است (فروزتی و پین، ۲۰۲۰؛ کاتز و کورتلند، ۲۰۲۰).

راهبردهای دیالکتیکی به دو دسته عمده راهبردهای پذیرشی^۶ (مانند ذهن‌آگاهی) و راهبردهای تغییر-حل مسئله^۷ (مانند مهارت‌آموزی و بازسازی شناختی) طبقه‌بندی می‌شوند که موفقیت در درمان منوط به استفاده از هر دو نوع راهبرد است (اسپایگلر و گواورمونت، ۲۰۱۰). مهارت‌هایی که در رفتاردرمانی دیالکتیکی به افراد

-
1. feeling
 2. interpersonal
 3. vigilance
 4. adaptive functions
 5. mindfulness
 6. acceptance strategies
 7. problem-solving strategies

آموزش داده می‌شوند، ذهن‌آگاهی، مهارت‌های بین‌فردی مؤثر^۱، تنظیم هیجانی و تحمل پریشانی^۲ هستند که اگرچه می‌توان آن‌ها را به‌شکلی انفرادی به بیماران آموزش داد، ترجیح بر این است که این آموزش‌ها به‌صورت گروهی انجام شود (لینهان، ۱۹۹۳ الف)؛ به همین دلیل در پژوهش حاضر نیز از شیوه آموزش گروهی استفاده شده است. چهار مهارت مذکور به شرح زیر است:

ذهن‌آگاهی نوعی آگاهی است که با توجه‌کردن به روشی هدفمند، در زمان حال و بدون قضاوت^۳ چیزها همان‌طور که هستند بروز می‌کند و به افراد اجازه می‌دهد هر آنچه را که در زندگی‌شان اتفاق می‌افتد، به‌روشنی ببینند. کیفیت ذهن‌آگاهی یک حضور خنثی یا پوچ نیست، بلکه با گرمی، دلسوزی و علاقه آمیخته است (تیزدل، ویلیامز و سگال، ۲۰۱۴).

گفتنی است ذهن‌آگاهی شامل یک آگاهی پذیرا و عاری از قضاوت و مستلزم توجه به لحظه کنونی از منظری غیرارزشی و عاری از قضاوت و غیرواکنشی^۴ است (بن‌نینک، ۱۳۹۶) و همچنین شامل قضاوت‌نکردن، غیرواکنشی بودن و نگرش باز به احساسات، تجارب و افکار می‌شود (بائر، اسمیت، هاپکینز، کرایمیتیم و تونی، ۲۰۰۶) و توجه پایدار افراد را افزایش می‌دهد (ناوارو هارو و همکاران، ۲۰۱۹). انتظار می‌رود فرد با درک موقعیت، افکار و احساسات و قضاوت‌نکردن خود و دیگران، از میزان هیجان‌های منفی خود مانند اضطراب و افسردگی بکاهد. تعاریف مختلف از ذهن‌آگاهی، سه ویژگی اساسی را منعکس می‌کنند: الف) توجه و آگاهی متمرکز بر زمان حال، ب) قصد یا هدفمند، که مؤلفه انگیزشی را به توجه و رفتار شخص اضافه می‌کند. ج) نگرش که نحوه توجه‌کردن فرد یا وضعیتی را نشان می‌دهد که شخص هنگام توجه‌کردن دارد؛ مانند علاقه، کنجکاوی، قضاوت‌نکردن، پذیرش و پاسخ‌دهنده‌بودن (دانکان، میلر، وامپ و هیوبل، ۲۰۰۹). مشاهده^۵، توصیف^۶ و مشارکت^۷ از عمده‌ترین مهارت‌های مربوط به ذهن‌آگاهی هستند که در رفتاردرمانی دیالکتیکی استفاده می‌شوند

عمده‌ترین مهارت‌های مربوط به مهارت‌های بین‌فردی مؤثر، به‌منزله بخشی از مجموعه مهارت‌های رفتاردرمانی دیالکتیکی، دربرگیرنده آموزش مهارت ابراز وجود^۸ (آلبرتی و امونس، ۱۹۹۰)، مهارت‌های گوش‌دادن^۹ (بارکر، ۱۹۹۰) و مهارت‌های مذاکره مؤثر^{۱۰} (فیشر و یوری، ۱۹۹۱) برای رسیدن به اهداف شخصی و حفظ روابط بین‌فردی در عین حفظ احترام به خود است (مروین، ارورکز، آیوز، هارستاد و بروکز،

-
1. interpersonal effectiveness
 2. distress tolerance
 3. judgment
 4. non-reactive
 5. observation
 6. description
 7. participation
 8. assertive skill
 9. listening skills
 10. effective negotiation skills

۲۰۱۹). ضروری‌ترین و مهم‌ترین این مهارت‌ها، ابراز وجود، یعنی توانایی درخواست چیزی که فرد می‌خواهد، توانایی نه‌گفتن و توانایی مذاکره درباره تضاد و کشمکش‌ها بدون آسیب‌رساندن به روابط است (مک‌کی، وود و برنتلی، ۲۰۱۹). همچنین در چارچوب رفتاردرمانی دیالکتیکی، تنظیم هیجان عبارت است از مجموعه‌ای از مهارت‌های انطباقی، از جمله توانایی شناسایی هیجان، درک هیجان‌ها، کنترل رفتارهای تکانه‌ای و استفاده از راهبردهای انطباقی در موقعیت‌های مربوط برای تنظیم پاسخ‌های هیجانی است (لی‌هی، تیرچ و ناپولیتانو، ۲۰۱۱). عمده‌ترین مهارت‌های مربوط به تنظیم هیجانی عبارت‌اند از: شناسایی هیجان‌ها، غلبه بر موانع هیجان‌های سالم، کاهش آسیب‌پذیری جسمانی، کاهش آسیب‌پذیری شناختی، افزایش هیجان‌های مثبت، آگاهی از هیجان‌ها بدون قضاوت، رویارویی هیجانی، عمل کردن برخلاف تکانه‌های هیجانی و حل مسئله (لینهان، ۱۹۹۳ ج). مهارت‌های ارائه‌شده تنظیم هیجان در رفتاردرمانی دیالکتیکی بر نزدیک‌شدن به محرک‌های برانگیزاننده هیجان‌ها و اصلاح باورهای تحریف‌شده تأکید دارد (لینهان، ۲۰۱۴). باورهای غلط هیجانی^۱ اصطلاحی است که در رفتاردرمانی دیالکتیکی برای اشاره به باورهای نادرست درباره هیجان به‌کار می‌رود (لینهان، ۱۹۹۳ ب). البته رفتاردرمانی دیالکتیکی که جنبه رفتاری آن بر جنبه شناختی‌اش غالب است، باورهای غلط هیجانی را کانون اصلی درمان بدتنظیمی هیجانی^۲ قلمداد نمی‌کند (لی‌هی، تیرچ و ناپولیتانو، ۲۰۱۱).

عمده‌ترین مهارت‌های مربوط به تحمل پریشانی نیز عبارت‌اند از فنون توجه‌برگردانی^۳، خودآرامش‌بخشی^۴ (آندرسون^۵، ۲۰۰۸ به نقل از قهاری، ۱۳۹۵)، حضور ذهن در لحظه (هیز، فولت و لیهان، ۲۰۰۴)، تحلیل سود و زیان تحمل و تحمل پریشانی هیجانی (لینهان، ۱۹۹۳ الف). پریشانی روان‌شناختی^۶ از الگوی فراگیر اختلال در تنظیم هیجان و بدتنظیمی هیجانی ناشی می‌شود (لینهان، ۱۹۹۳ الف)؛ به‌گونه‌ای که بسیاری از افرادی که دچار مشکلات تنظیم هیجان هستند، نیاموخته‌اند که هنگام تجربه هیجان‌های شدید منفی، به خودشان آرامش ببخشند (به‌ویژه اگر ابراز هیجان‌های منفی‌شان در دوران کودکی، از سوی مراقبشان نادیده انگاشته شده یا تنبیه شده باشند). در این میان، افرادی که چنین مهارت‌هایی ندارند، ممکن است برای آرامش‌بخشیدن به خودشان به دیگران متکی باشند یا به روش‌های ناکارآمد گریز از ناراحتی هیجانی را دنبال می‌کنند. از سوی دیگر، برخی افراد ممکن است تمایلی به خودآرامشی نداشته باشند؛ زیرا بر این باورند که شایسته محبت و پرورش نیستند یا اینکه دیگران باید آن‌ها را تسلی خاطر دهند (لی‌هی، تیرچ و ناپولیتانو، ۲۰۱۱). در رفتاردرمانی دیالکتیکی به افراد آموزش داده می‌شود چگونه به‌عنوان بخشی از مهارت‌های تحمل پریشانی، به خودآرامش‌بخشی بپردازند. این مهارت‌ها با این ادعا آموزش داده می‌شوند که هدفشان از بین

-
1. emotional false beliefs
 2. emotional dis regulation
 3. distraction
 4. self relaxation
 5. anderson
 6. psychological distress

بردن کامل درد نیست، بلکه درد تحمل‌ناپذیر را تحمل‌پذیر می‌کند (لینهان، ۱۹۹۳ ب). همان‌طور که تاکنون بیان شد، به‌نظر می‌رسد آموزش مهارت‌های رفتاردرمانی دیالکتیکی در کاهش الگوهای رفتاری ناکارآمد و افزایش رفتارهای سازگارانه نقش دارد. نتایج پژوهش‌های مختلف نشان می‌دهد رفتاردرمانی دیالکتیکی موجب کاهش باورهای نامعقول و اضطراب و تأثیرنداشتن در افسردگی زندانیان دارای اختلال شخصیت ضداجتماعی^۱ (آسمند، مامی و ولی‌زاده، ۱۳۹۴)، کاهش علائم ناگویی هیجانی^۲، استرس و علائم دیابت در مبتلایان به دیابت نوع ۲ (بایگان، خوش‌کنش، حبیبی‌عسکرآباد و فلاح‌زاده، ۱۳۹۵)، کاهش چالش‌های سلامت روان (مانند اضطراب، ناامیدی و افسردگی)، بهبودی قابل‌توجه در تاب‌آوری^۳، عزت‌نفس^۴ و ارتباطات اجتماعی جوانان خیابانی^۵ (مک‌کی و همکاران، ۲۰۱۵) و همچنین کاهش اضطراب و افسردگی نوجوانان دارای تجربه کوتاه بستری در بیمارستان است (دل‌کاتنه، لنز و هالنبو، ۲۰۱۶). با وجود این، پژوهش اخیر ویلکز و همکاران (۲۰۱۷) نشان می‌دهد آموزش مهارت‌های رفتاردرمانی دیالکتیکی روش درمانی مؤثری است که با تعداد زیادی از افراد استفاده شده و در روابط بین‌فردی کارایی زیادی داشته است، اما نتایج این پژوهش نشان می‌دهد، هرچند آموزش مهارت‌های رفتاردرمانی دیالکتیکی، پیشرفت‌های قابل‌توجهی در بدتنظیمی هیجانی، واکنش‌پذیری استرسی و پیامدهای مختلف بین‌فردی داشت، تغییرات معناداری در اضطراب و افسردگی مشاهده نشد. همچنین پژوهش فیتزپاتریک، بیلی و ریزوی (۲۰۲۰) مبنی بر بررسی تغییر هیجان‌ها در طول دوره رفتاردرمانی دیالکتیکی تأمل‌پذیر به‌نظر می‌رسد. نتایج این پژوهش نشان می‌دهد، افراد دارای اختلال اضطراب با سطوح بالاتری از هیجان‌های خاص در مقایسه با خط پایه، در مراحل اصلی ارزیابی و ترس از حضور در جلسات و حضور از جلسه‌ای به جلسه دیگر مواجه می‌شوند؛ بنابراین افراد مبتلا به اختلال اضطراب ممکن است کاهش بیشتری در احساسات خاص نشان دهند؛ زیرا از ابتدا با نظم بیشتری کنترل می‌شوند؛ بنابراین فضای بیشتری را برای بهبود فراهم می‌کنند، اما این سازوکار در افسردگی رخ نمی‌دهد. درواقع تناقض موجود در یافته‌های فوق، بیانگر اهمیت بررسی این موضوع در نوجوانان به‌منظور اقدامات پیشگیرانه است.

درمجموع اگرچه رفتاردرمانی دیالکتیکی در ابتدا برای بزرگسالان مبتلا به اختلال شخصیت مرزی یا بدتنظیمی هیجانی شدید طراحی شد (مروین و همکاران، ۲۰۱۹) می‌تواند برای افرادی که با سایر تشخیص‌های مربوط به سلامت روان روبه‌رو هستند، مؤثر باشد؛ زیرا این اختلال‌ها مستقیم با بدتنظیمی هیجانی مرتبط است (ناکسو، بهوس و لینهان، ۲۰۱۳). با وجود کاربردهای سازگارانه رفتاردرمانی دیالکتیکی برای نوجوانان دارای بدتنظیمی هیجانی (میلر، لاتوس و لینهان، ۲۰۰۷) و نیز استفاده از این تکنیک برای اهداف پیشگیرانه در نوجوانان (لینهان و ویکلز، ۲۰۱۹)، شواهد محدودی برای کاربرد آن در نوجوانان

1. antisocial personality disorder
2. alexithymia
3. resilience
4. self-esteem
5. street-involved youth

مضطرب وجود دارد (مروین و همکاران، ۲۰۱۹). برخی شواهد اولیه نشان می‌دهد، بزرگسالانی که اضطراب و افسردگی دارند، در طول رفتاردرمانی دیالکتیکی احتمالاً با کاهش اضطراب مواجه می‌شوند، اما به بررسی‌های بیشتری برای تأثیر رفتاردرمانی دیالکتیکی بر اضطراب افراد موردنیاز است (مروین و همکاران، ۲۰۱۹)؛ درنتیجه پژوهش حاضر به دنبال پاسخ‌گویی به این سؤال است که «آموزش مهارت‌های رفتاردرمانی دیالکتیکی چه تأثیری بر اضطراب و افسردگی دانش‌آموزان پسر متوسطه اول دارد».

روش

جامعه آماری، نمونه و روش اجرای پژوهش

از آنجا که هدف پژوهش حاضر بررسی تأثیر مهارت‌های رفتاردرمانی دیالکتیکی بر اضطراب و افسردگی دانش‌آموزان بود، پژوهش حاضر یک طرح آزمایشی (تجربی) است. با توجه به گمارش تصادفی^۱ آزمودنی‌ها، از روش آزمایشی با طرح پیش‌آزمون - پس‌آزمون با گروه کنترل استفاده شد. روش پژوهش براساس گردآوری داده‌ها از نوع آزمایشی و بر مبنای هدف از نوع کاربردی بود. ملاک‌های ورود آزمودنی‌ها در این تحقیق عبارت‌اند از: ۱. کسب نمره بالاتر از میانگین پس از سنجش اضطراب و افسردگی، ۲. دانش‌آموز مقطع متوسطه اول، ۳. رضایت مسئولان مدرسه و اولیای دانش‌آموز، ۴. تمایل دانش‌آموز به شرکت در دوره آموزشی. ملاک‌های خروج نیز عبارت‌اند از: ۱. شرکت در جلسات مشاوره روان‌شناسی فردی یا گروهی در زمینه اضطراب و افسردگی هم‌زمان با اجرای این طرح، ۲. غیبت بیش از سه جلسه در دوره آموزشی.

جامعه آماری پژوهش حاضر تمامی دانش‌آموزان پسر مقطع متوسطه اول شهرستان کوار در استان فارس بودند. براساس ادبیات رایج در انتخاب حجم نمونه لازم در تحقیقات آزمایشی (دلاور، ۱۳۹۸) و همچنین براساس G-Power با سطح خطای ۰/۰۵، برای دو گروه و با داشتن یک روش مداخله با تحلیل MANCOVA، حجم نمونه حدود ۳۰ نفر لازم بود که به‌صورت زیر انتخاب شدند. با استفاده از روش نمونه‌گیری تصادفی خوشه‌ای چندمرحله‌ای^۲، در مرحله نخست از همه مدارس پسرانه متوسطه اول شهرستان کوار، دو مدرسه به‌صورت تصادفی و سپس از هر مدرسه نیز دو کلاس (در مجموع چهار کلاس) به‌صورت تصادفی انتخاب شدند و همه دانش‌آموزان آن کلاس‌ها برای سنجش میزان اضطراب و افسردگی بررسی شدند. سپس به‌صورت تصادفی، ۳۰ نفر از دانش‌آموزانی که نمره اضطراب و افسردگی آن‌ها از میانگین بالاتر بود، انتخاب شدند و برحسب قرعه در یکی از دو گروه آموزش مهارت‌های رفتاردرمانی دیالکتیکی و کنترل قرار گرفتند. دامنه سنی آزمودنی‌ها ۱۵-۱۳ سال و با میانگین ۱۳/۸۴ بود.

1. random assignment
2. multi-stage cluster sampling

شیوه اجرای پژوهش

برای انجام این طرح آزمایشی در ابتدا به مطالعه و بررسی بسته‌های آموزشی مهارت‌های چهارگانه رفتاردرمانی دیالکتیکی برای نوجوانان براساس چهار مهارت ذهن‌آگاهی، تحمل پریشانی، تنظیم هیجان و مهارت‌های ارتباطی پرداخته و بسته آموزشی مدنظر انتخاب شد. در ادامه، براساس مسئله پژوهشی و موارد مطرح‌شده در مقدمه، جامعه آماری انتخاب و نمونه‌گیری انجام شد. البته پیش از اجرای پژوهش مجوزهای لازم دریافت و به اجرای طرح آزمایشی پیش‌آزمون - پس‌آزمون با گروه کنترل پرداخته شد. هر دو گروه در زمان یکسان به پیش‌آزمون و پس‌آزمون پاسخ دادند. پس از انتخاب شرکت‌کنندگان، آن‌ها ابتدا رهنمودها و توضیحات لازم برای شرکت در جلسات آموزشی دریافت کردند و پس از اجرای پیش‌آزمون وارد فرایند اصلی پژوهش شدند که شامل اجرای بسته آموزشی مهارت‌های چهارگانه رفتاردرمانی دیالکتیکی بود و این آموزش‌ها در ۱۰ جلسه یک‌ساعته طی ده هفته به طول انجامید. همچنین ملاحظات اخلاقی از قبیل دریافت رضایت آگاهانه از دانش‌آموزان، اولیای مدرسه و والدین دانش‌آموزان، محرمانه نگه‌داشتن اطلاعات کسب‌شده، قراردادن گروه کنترل در لیست انتظار و اجرای برنامه بعد از اتمام دوره آموزشی روی این گروه مدنظر قرار گرفت.

اگرچه آموزش مهارت‌های رفتاردرمانی دیالکتیکی برای بزرگسالان به‌طور معمول ۱۲-۶ ماه طول می‌کشد، بهتر است برای نوجوانان در یک دوره ۱۶ هفته‌ای یا کوتاه‌تر ارائه شود (راتوس و میلر، ۲۰۰۲؛ مک‌کی و همکاران، ۲۰۱۵؛ دل‌کانتو و همکاران، ۲۰۱۶؛ مروین و همکاران، ۲۰۱۹)؛ بنابراین برای مهارت‌آموزی مبتنی بر رفتاردرمانی دیالکتیکی از مهارت‌آموزی گروهی رفتاردرمانی دیالکتیکی (ناکسو، بهوس و لینهان، ۲۰۱۳ با اقتباس از نسخه اصلی لینهان، ۱۹۹۳ ب) استفاده شد که شامل ۱۰ جلسه آموزشی یک‌ساعته و هر هفته شامل یک جلسه است. خلاصه جلسات آموزشی در جدول ۱ آمده است.

جدول ۱. خلاصه محتوای جلسات مداخله آموزش مهارت‌های رفتاردرمانی دیالکتیکی

جلسه	مهارت	تکنیک	توضیح
اول	ذهن‌آگاهی	راهبردهای اساسی	آشنایی و معرفی دوره، اهمیت و لزوم ذهن‌آگاهی و آموزش فنون مشاهده، توصیف و مشارکت
دوم		راهبردهای پیشرفته	آموزش فنون تقویت ذهن خردمند، پذیرش اساسی، ذهن‌آگاهی به شیوه‌ای مؤثر و در زندگی روزمره، غلبه بر موانع
سوم	تحمل پریشانی	راهبردهای پذیرشی	آموزش فنون پذیرش اساسی، مشاهده تنفس، تمرین آگاهی و لیخند ملایم
چهارم		راهبردهای تغییر	آموزش فنون توجه‌برگردانی، خودآرامش‌بخشی و تصویرسازی مثبت
پنجم	تنظیم هیجانی	راهبردهای تغییر	آموزش فنون آرمیدگی، حضور در لحظه، تحلیل سود و زیان و یادگیری راهبردهای مقابله‌ای
ششم		فهم هیجانات	آموزش ابعاد هیجان، طبقه‌بندی هیجان‌ها، جنبه‌های هیجان، کارکردهای هیجان و تحلیل هیجان
هفتم	هیجانی	راهبردهای اساسی	آموزش شناسایی هیجان در لحظه، کاهش آسیب‌پذیری جسمانی و شناختی، افزایش هیجانات مثبت
هشتم		راهبردهای پیشرفته	آموزش فنون آگاهی از هیجان بدون قضاوت، رویارویی هیجانی، عمل کردن برخلاف تکانه‌های هیجان و حل مسئله
نهم	مهارت	راهبردهای اساسی	آموزش سبک‌های رفتاری، عادت‌های ناسالم هیجانی، ناتوانی در شناسایی نیازها، روابط آسیب‌زا و باورهای اشتباه
دهم	بین فردی مؤثر	راهبردهای پیشرفته	آموزش فنون آگاهی از واقعه، درخواست کردن، قاطعیت، گوش دادن، نه‌گفتن، مذاکره و حل اختلاف، جمع‌بندی و اجرای پس‌آزمون

ابزار سنجش

مقیاس اضطراب و افسردگی هاسپیتال^۱ (HADS)

مقیاس اضطراب و افسردگی هاسپیتال که زیگموند و اسنایت در سال ۱۹۸۳ طراحی کردند، یک مقیاس خودگزارشی کوتاه برای سنجش اضطراب و افسردگی در بخش‌های غیر روان‌پزشکی و مشتمل بر ۱۴ گویه است که دو بعد اضطراب (گویه‌های ۱، ۳، ۵، ۷، ۹، ۱۱ و ۱۳) و افسردگی (گویه‌های ۲، ۴، ۶، ۸، ۱۰، ۱۲ و ۱۴) را می‌سنجد. گویه‌های ۲، ۴، ۷، ۹، ۲۱ و ۱۴ به صورت معکوس نمره‌گذاری می‌شوند و در یک طیف لیکرت چهاردرجه‌ای از ۰ (هرگز) تا ۳ (اکثر اوقات) قرار گرفته‌اند. زیگموند و اسنایت (۱۹۸۳) برای رفع دو مشکل اصلی مربوط با مقیاس‌های مربوط به سنجش اختلالات خلقی، یعنی قرار گرفتن نمرات تحت تأثیر بیماری‌های جسمی و نداشتن تمایز کافی بین انواع اختلال‌های خلقی، این ابزار را طراحی و اعتباریابی کردند. برای این منظور در ابتدا تمامی موارد مشترک بین اختلال جسمی و اختلال روانی مانند سردرد و سرگیجه را کنترل کردند و سپس سعی شد با تعریف دقیق اضطراب و افسردگی به تفکیک این دو اختلال پرداخته شود. هفت گویه تشکیل‌دهنده افسردگی تا حد زیادی براساس وضعیت آندونیک^۲ طراحی شد؛ زیرا احتمالاً این ویژگی روانی آن نوع از افسردگی است که به داروهای ضدافسردگی به خوبی پاسخ می‌دهد (کلاین، ۱۹۷۴) و بهترین اطلاعات را برای سنجش افسردگی فراهم می‌آورد (زیگموند و اسنایت، ۱۹۸۳). هفت گویه تشکیل‌دهنده اضطراب نیز براساس مطالعه بخش اختصاص‌یافته به بررسی اضطراب (وینگ، کوپر و سارتاریوس، ۱۹۷۴)، تحقیقات پیشین (اسنایت، بوگ، کلیدن، حسین و سیپول، ۱۹۸۲) و جلوه‌های ظاهری اضطراب تنظیم شد (زیگموند و اسنایت، ۱۹۸۳). در پژوهش حاضر برای سنجش میزان اضطراب و افسردگی از مقیاس اضطراب و افسردگی هاسپیتال استفاده شد؛ زیرا نوجوانان با وجود داشتن توانایی فراشناختی، از آن به خوبی استفاده نمی‌کنند (آکوس، هینشاو، دنتون و گولد، ۲۰۱۰) و این مسئله ممکن است آنان را در ارائه گزارش وضعیت خود دچار مشکل کند و پژوهشگر نیز در تشخیص این دو اختلال در نوجوانان دچار خطا شود. دلیل دیگر اینکه در دوران نوجوانی به دلیل رشد سریع اندام‌های جسمی، ممکن است نشانگان جسمی در سنجش و تشخیص این دو اختلال تداخل ایجاد کند. در پژوهش زیگموند و اسنایت (۱۹۸۳) برای بررسی همسانی^۳ درونی مقیاس از همبستگی بین هر گویه با نمره خرده‌مقیاس و همبستگی هر خرده‌مقیاس با نمره کل استفاده شد که همبستگی‌های مذکور در همه موارد بین ۰/۴۴ تا ۰/۷۶ و با سطح معناداری ۰/۰۱ به دست آمد. برای بررسی پایایی ابزار نیز در ابتدا این ابزار روی ۵۰ فرد مضطرب و افسرده اجرا شد. سپس شرایطی مشابه با شرایط ۵۰ نفر اولیه، برای ۵۰ نفر دیگر شکل گرفت. در نهایت مقایسه نمرات بین بررسی اول و دوم نشان داد که ابزار پایایی مطلوبی دارد (زیگموند و اسنایت، ۱۹۸۳). این ابزار سال‌های متعددی

1. Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS)

2. anhedonic state

3. consistency

است که در جوامع مختلف از جمله ایران استفاده می‌شود. در پژوهش حاضر برای بررسی روایی مقیاس از روش تحلیل عامل تأییدی با استفاده از نرم‌افزار AMOS-24 استفاده شد که نتایج حاکی از برازش مطلوب مدل تحلیل عاملی تأییدی اضطراب و افسردگی بود. همچنین به‌جز گویه ۱۴ که به دلیل بار عاملی پایین حذف شد، بار عاملی گویه‌های دیگر بالای ۰/۴۰ بود. پایایی مقیاس نیز به روش آلفای کرونباخ محاسبه شد که مقدار این ضریب برای دو بعد اضطراب و افسردگی، به ترتیب ۰/۷۳ و ۰/۵۶ به دست آمد.

روش تجزیه و تحلیل داده‌ها

به منظور تحلیل فرضیه پژوهش، از روش تحلیل کواریانس چندمتغیره (MANCOVA) و برای بررسی مرحله پیگیری از آزمون توکی^۱ با نرم‌افزار SPSS-24 استفاده شد.

یافته‌ها

در ابتدا اطلاعات توصیفی متغیرهای پژوهش ارائه شده است که نتایج در جدول ۲ مشاهده می‌شود.

جدول ۲. اطلاعات توصیفی پیش‌آزمون و پس‌آزمون اضطراب و افسردگی

متغیر	گروه	پیش‌آزمون		پس‌آزمون	
		انحراف معیار	کولموگروف-اسمیرنوف	انحراف معیار	کولموگروف-اسمیرنوف
اضطراب	آموزش مهارت‌ها	۱۳/۸۱	۴/۴۰	۱۰/۳۱	۲/۵۷
	کنترل	۱۴	۳/۲۰	۱۴/۹۴	۳/۶۰
افسردگی	آموزش مهارت‌ها	۱۲/۲۵	۴/۱۸	۱۰/۰۶	۱/۸۴
	کنترل	۱۱/۹۴	۲/۴۸	۱۱/۷۵	۳/۱۵
				<i>P</i>	<i>P</i>
				۰/۸۰	۰/۶۴
				۰/۷۴	۰/۶۴
				۰/۳۲	۰/۹۴

همان‌گونه که نتایج جدول ۲ نشان می‌دهد، در همه متغیرهای بالا، در پیش‌آزمون گروه‌های کنترل و آزمایش نمرات به یکدیگر نزدیک بودند، اما شاهد تفاوت زیادی در میانگین پس‌آزمون دو گروه هستیم. همچنین نتایج کولموگروف-اسمیرنوف^۲ جدول نشان می‌دهد همه متغیرها در پیش‌آزمون و پس‌آزمون در سطح غیرمعنادار قرار دارند که حاکی از نرمال بودن توزیع متغیرهاست. به منظور پاسخ‌دهی به سؤال پژوهش مبنی بر اینکه «آموزش مهارت‌های رفتاردرمانی دیالکتیکی چه

1. tukey test

2. kolmogorov-smirnov test

تأثیری بر اضطراب و افسردگی دانش‌آموزان دارد» از تحلیل کواریانس چندمتغیره (MANCOVA) استفاده شد. در ابتدا مفروضه همگنی واریانس متغیر ترکیبی به کمک آزمون ام باکس^۱ بررسی شد که نتایج نشان داد این آزمون غیرمعتادار است ($\text{Box's } M=1/77$ و $p=1/06$) که حاکی از همگنی واریانس متغیر ترکیبی در گروه‌های پژوهش است. همچنین مفروضه همبستگی بین اضطراب و افسردگی به کمک آزمون کرویت بارتلت^۲ بررسی شد و نتایج نشان داد این آزمون غیرمعتادار است ($p=1/08$ = مجذور خی تقریبی و $p=1/58$) که نشان‌دهنده نبود همبستگی کافی بین متغیرهای وابسته است. همچنین مفروضه شیب خط رگرسیون نیز که با آزمون F بررسی شد، برای هر دو متغیر اضطراب ($F=0/02$ و $p=0/89$) و افسردگی ($F=0/07$ و $p=0/79$) غیرمعتادار و حاکی از آن بود که شیب خط در وضعیت مطلوبی قرار دارد؛ بنابراین مفروضه شیب خط رگرسیون نیز برقرار است. نتایج حاصل از تحلیل واریانس چندمتغیره نشان می‌دهد، آزمون لامبدای ویلکز^۳ معتادار است ($F(2 \text{ و } 29)=10/13$ و $p=1/001$) و مجذور اتا نیز نشان می‌دهد، ۴۱ درصد از واریانس متغیر ترکیبی به کمک روش مداخله آموزشی تبیین می‌شود.

با توجه به معتاداربودن آزمون چندمتغیره، برای ارزیابی جداگانه هر یک از متغیرهای وابسته، نتایج آزمون لوین^۴ درباره اضطراب ($F=3/09$ و $p=1/09$) و افسردگی ($F=3/78$ و $p=1/06$) غیرمعتادار و حاکی از همگنی واریانس متغیرها در گروه‌های پژوهش است. در ادامه، نتایج حاصل از تحلیل واریانس در جدول ۳ آمده است.

جدول ۳. تأثیر آموزش مهارت‌های رفتاردرمانی دیالکتیکی بر اضطراب و افسردگی دانش‌آموزان

منبع واریانس	متغیر وابسته	مجموع مجذورات	df	میانگین مجذورات	F	p	مجذور اتا
پیش‌آزمون	اضطراب	۵۲/۷۶	۱	۵۲/۷۶	۸/۹۸	۰/۰۰۶	۰/۲۴
	افسردگی	۱۲۹/۷	۱	۱۲۹/۷	۲۲/۰۸	۰/۰۰۱	۰/۴۴
گروه	اضطراب	۱۹۴/۲۲	۱	۱۹۴/۲۲	۳۳/۰۶	۰/۰۰۱	۰/۵۴
	افسردگی	۲۳/۹۳	۱	۲۳/۹۳	۳/۳۹	۰/۰۷	۰/۱۱
خطا	اضطراب	۱۶۴/۴۸	۲۸	۵/۸۷			
	افسردگی	۱۹۷/۱۷	۲۸	۷/۰۴			
کل	اضطراب	۵۵۶۶	۳۲				
	افسردگی	۴۰۲۹	۳۲				

1. box m
2. bartlett's test of sphericity
3. wilkes lambda test
4. levene's test

همان‌گونه که در جدول ۳ مشاهده می‌شود، آموزش مهارت‌های رفتاردرمانی دیالکتیکی تأثیر معناداری بر اضطراب دارد، اما تأثیر معناداری بر افسردگی ندارد. همچنین مجذور اتا نشان می‌دهد، ۳۷ درصد از واریانس اضطراب و ۱۱ درصد از واریانس افسردگی به کمک مداخله آموزشی تبیین می‌شود. مقایسه میانگین تعدیل‌یافته اضطراب در گروه‌های آزمایش و کنترل نشان می‌دهد، میانگین گروه آزمایش (۱۰/۳۱) کمتر از گروه کنترل (۱۴/۹۴) است که این تفاوت در سطح ۰/۰۰۱ معنادار است.

بحث و نتیجه‌گیری

همان‌طور که مطرح شد، پژوهش حاضر به دنبال پاسخ به این پرسش بود که آموزش مهارت‌های رفتاردرمانی دیالکتیکی چه تأثیری بر اضطراب و افسردگی دانش‌آموزان پسر دارد. نتایج پژوهش حاضر نشان می‌دهد، آموزش مهارت‌های مذکور سبب کاهش معناداری در اضطراب می‌شود. این یافته با نتایج پژوهش‌های مک‌کی و همکاران (۲۰۱۵)، دل‌کانت و همکاران (۲۰۱۶)، فیتزپاتریک، بیلی و ریزوی (۲۰۲۰) و آسمند، مامی و ولی‌زاده (۱۳۹۴) مبنی بر تأثیر رفتاردرمانی دیالکتیکی بر کاهش اضطراب همسویی دارد و با نتایج پژوهش ویلکز و همکاران (۲۰۱۷) مبنی بر تأثیر نداشتن رفتاردرمانی دیالکتیکی بر کاهش اضطراب ناهم‌سوست. در تبیین این یافته می‌توان ادعان کرد که رفتاردرمانی دیالکتیکی با تمرکز بر مؤلفه‌های اضطراب مانند ارزیابی، حس، قصدمندی، احساس، رفتار حرکتی و مؤلفه بین‌فردی (لی‌هی، تیرچ و ناپولیتانو، ۲۰۱۱) اضطراب را کاهش می‌دهد؛ بدین‌صورت که آموزش مهارت‌های ذهن‌آگاهی سبب می‌شود شخص انجام‌نشدن کار خود در موعد مقرر را بدون قضاوت‌کردن خود و توانمندی‌هایش، به‌منزله یک نقصان برای خود در نظر نگیرد و آن را به‌عنوان یک تجربه و بدون ارزیابی پذیرش کند. از سوی دیگر آموزش مهارت‌های بین‌فردی سبب می‌شود شخص ارتباط مطلوب خود با دیگران را حفظ کند و به روابط گرم و عاطفی خود به نحو رضایت‌بخشی ادامه دهد. همچنین مهارت‌های تنظیم هیجان و تحمل پریشانی موجب می‌شود تنش‌های جسمانی شخص کاهش یابد و احساسات وی مدیریت شود؛ در این صورت آموزش مهارت‌های رفتاردرمانی دیالکتیکی با تمرکز بر مؤلفه‌های اضطراب، موجب کاهش اضطراب و تنش در فرد می‌شود. درواقع بخش زیادی از اضطراب نوجوان به‌دلیل حضور در محیط تحصیلی جدید همراه با تحولات جسمانی و روانی است که به‌دلیل نوجوانی تجربه می‌کند (دوشین، راتل و روی، ۲۰۱۲؛ وانگ و همکاران، ۲۰۲۰). در این میان آموزش مهارت‌های رفتاردرمانی دیالکتیکی به‌سازگاری هرچه بیشتر وی با محیط جدید و تحولات درونی جدید کمک می‌کند؛ به این صورت که برای مثال آموزش ذهن‌آگاهی به نوجوان کمک می‌کند تا بدون قضاوت و واکنش‌گری (بائر و همکاران، ۲۰۰۶؛ دانکان و همکاران، ۲۰۰۹؛ بن‌نینک، ۱۳۹۶)، به تحولات درونی و بیرونی احترام بگذارد و این نکته را در نظر بگیرد که این تحولات، هیجان‌های طبیعی با خود به همراه دارند که اجتناب از تجربه‌کردن آنان موجب تنش بیشتر در آنان می‌شود. از سوی دیگر ذهن‌آگاهی به فرد کمک می‌کند تا دانش‌آموزان و سایر افرادی را که به‌تازگی با آنان آشنا شده است، بدون طبقه‌بندی‌کردن، قضاوت و البته با پذیرش نامشروط ارتباط بهتری با آنان برقرار کند و خلأ عاطفی حاصل از

جدایی از محیط و دوستان تحصیلی دوران دبستان را پر کند. در واقع ذهن‌آگاهی به فرد کمک می‌کند تا با توجه و تمرکز به زمان حال (ناوارو هارو و همکاران، ۲۰۱۹) بتواند ارتباط بهتری با دوستان جدید خود برقرار کند. از سوی دیگر آموزش مهارت‌های ارتباطی در قالب مواردی مانند ابراز وجود (آلبرتی و امونس، ۱۹۹۰) نوجوان را توانمند می‌کند تا توانمندی‌های خود را در محیط تحصیلی جدید به‌خوبی نمایان کند. این مسئله سبب می‌شود زمینه‌های مشترکی بین او و دیگران شناسایی شود و ارتباط آنان را بیشتر کند و به این ترتیب به احساس تعلق بیشتر وی با محیط جدید و در نتیجه کاهش تعارضات و تنش‌های وی کمک کند. مهارت‌های تنظیم هیجان و تحمل پریشانی نیز به موارد مذکور کمک می‌کند تا فرد اضطراب کمتری در محیط تحصیلی جدید داشته باشد. همچنین چنانچه ذکر شد، اضطراب حس پیش‌بینی خطرات آتی است (انجمن روان‌پزشکی آمریکا، ۲۰۱۳).

در این میان آموزش مهارت‌های رفتاردرمانی دیالکتیکی که مبتنی بر ذهن‌آگاهی است (اسپایگلر و گواورمونت، ۲۰۱۰) به فرد کمک می‌کند تا با پذیرش، ارتباط بهتری با زمان حال برقرار کند و با حفظ ارادی تجربه کنونی، توجه و آگاهی خود را بر زمان حال متمرکز کند و کمتر به پیش‌بینی آینده، به‌شکل قضاوتی و واکنشی بپردازد که همه این موارد زمینه کاهش اضطراب در نوجوان را فراهم می‌کند؛ در نتیجه تأثیر آموزش این مهارت‌ها در کاهش اضطراب منطقی و مقبول به‌نظر می‌رسد. درباره ناهمسویی با نتایج پژوهش ویلکز و همکاران (۲۰۱۷) نیز قابل تأمل است که در پژوهش آنان شرکت‌کنندگان در جلسات آموزشی مهارت‌های رفتاردرمانی دیالکتیکی میانگین سنی ۷۵-۵۴ سال داشتند که بیشتر آنان نیز زن، متأهل و دارای تحصیلات دانشگاهی و تکمیلی بودند. در صورتی که در پژوهش حاضر دامنه سنی شرکت‌کنندگان ۱۵-۱۳ سال و پسر بودند. همچنین شرکت‌کنندگان در پژوهش ویلکز و همکاران (۲۰۱۷) کسانی بودند که حداقل یکی از اعضای خانواده‌شان دارای مشکلاتی از قبیل اضطراب، افسردگی، اختلال شخصیت مرزی و اختلال استرس پس از سانحه بودند و ممکن است خودشان از ابتدا نیز هیچ‌یک از علائم افسردگی و اضطراب را نداشته باشند؛ چراکه معیار ورود به پژوهش ویلکز و همکاران (۲۰۱۷) علاقه‌مندی افراد به شرکت در این دوره آموزشی و داشتن یکی از افراد دارای چهار مشکل مذکور در میان اعضای خانواده‌شان بود؛ به همین دلیل این ناهمسویی منطقی به نظر می‌رسد.

در ادامه، نتایج پژوهش حاضر نشان می‌دهد آموزش مهارت‌های مذکور تأثیر معناداری بر کاهش افسردگی نداشت. این یافته با نتایج پژوهش‌های ویلکز و همکاران (۲۰۱۷)، فیتزپاتریک، بیلی و ریزوی (۲۰۲۰)، آسمند، مامی و ولی‌زاده (۱۳۹۴) مبنی بر تأثیر نداشتن رفتاردرمانی دیالکتیکی بر کاهش افسردگی همسو و با نتایج پژوهش‌های مک‌کی و همکاران (۲۰۱۵) و دل‌کانتی و همکاران (۲۰۱۶) مبنی بر تأثیر رفتاردرمانی دیالکتیکی بر کاهش افسردگی ناهمسوست. در تبیین این یافته می‌توان ادعان کرد که اختلالات اضطرابی ممکن است کاهش احساسات خاص را تسهیل کند؛ بنابراین تنظیم هیجان‌ها در رفتاردرمانی دیالکتیکی برای افرادی (مانند افراد اضطرابی) که هیجان‌های برانگیخته و فعال‌کننده دارند، در مقایسه با افرادی که هیجان‌های منفعل‌کننده (مانند افسردگی) دارند، مؤثرتر است (فیتزپاتریک، بیلی و ریزوی، ۲۰۲۰).

درواقع افرادی که به اجتناب هیجانی یا تجربتی متوسل می‌شوند (مانند افراد افسرده)، هرچند ممکن است در معرض خطر بیشتری از نظر ابتلا به مشکلات روان‌شناختی قرار داشته باشند، در برخی از موقعیت‌های خاص که به سرکوب هیجان می‌پردازند، ممکن است به‌نحوی انطباقی‌تر به مقابله با هیجان بپردازند (لی‌هی، تیرچ و ناپولیتانو، ۲۰۱۱)؛ چراکه یک روش طبیعی و منطقی که انسان‌ها به موقعیت‌های ناراحت‌کننده و دشوار پاسخ می‌دهند، تلاش برای اجتناب از این موقعیت‌ها یا گریز از آن‌هاست. این راهبرد برای تعاملاتی که محیط ما را شامل می‌شوند، مناسب و اثربخش است (لی‌هی، تیرچ و ناپولیتانو، ۲۰۱۱).

همچنین در تبیین این یافته می‌توان اذعان کرد، بیماران افسرده به‌نوعی با این حس و حال خو گرفته‌اند و برایشان تجربه‌ای آشناست و با وجود دردناک بودن این رنج‌ها، به‌دلیل آشنابودن این تجربه برایشان تحمل‌پذیر است و نیاز دارند درمان‌های عمیقی در باورهای منفعلانه آنان که بخش زیادی از آن تحت تأثیر درماندگی آموخته‌شده است، صورت بگیرد، اما مهارت‌های رفتاردرمانی دیالکتیکی با این ادعا آموزش داده می‌شوند که هدفشان از بین بردن کامل درد نیست، بلکه تحمل‌پذیر کردن درد تحمل‌ناپذیر است (لینهان، ۱۹۹۳ ب). همچنین افسردگی در بیشتر موارد همراه با اضطراب، تحریک‌پذیری یا دیگر احساسات ناخواسته بروز می‌کند (تیزدل، ویلیامز و سگال، ۲۰۱۴) و به همین دلیل درمان را به چالشی بزرگ تبدیل می‌کند (ناوارو هارو و همکاران، ۲۰۱۹). درواقع به‌نظر می‌رسد برای درمان افسردگی در ابتدا نیاز است اضطراب و سایر احساسات مشکل‌ساز بررسی و درمان شوند و سپس به درمان افسردگی پرداخته شود. همچنین این یافته براساس دسته‌بندی لی‌هی، تیرچ و ناپولیتانو (۲۰۱۱) مبنی بر سه کارکرد هیجان‌ها یعنی برقراری ارتباط با دیگران/ تأثیر بر آن‌ها، انگیزه‌بخشیدن به افراد/ مهیاکردن افراد برای اقدام کردن و برقراری ارتباط با خویشان/ خوداعتباریابی تبیین‌پذیر است.

در حالت اول اینکه شخص با وجود آموزش مهارت‌های رفتاردرمانی دیالکتیکی هنوز افسردگی را رها نکرده است، این است که بروز حس غم می‌تواند نگرانی و همدردی دیگران را برانگیزد و آنان را تحت تأثیر قرار دهد تا دلسوزی کنند. در حالت دوم افسردگی شخص را آماده می‌کند تا اقدامی انجام دهد و با آگاه کردن وی، او را برای تصمیم‌گیری درباره‌ی رویدادی یا شخصی که در ایجاد افسردگی او نقش داشته است، یاری دهد؛ برای مثال ممکن است دلیل افسردگی نبود شخصی در قالب شکست عاطفی باشد. در این صورت افسردگی به فرد کمک می‌کند تا آگاهی بیشتری درباره‌ی آن شخص، خودش و فرایندی که طی کرده است، کسب کند. در حالت سوم شخص دلیلی برای افسردگی خود دارد که این مسئله سبب اعتباربخشیدن به وضعیتش می‌شود؛ برای مثال می‌گوید وی برای من ارزشمند بوده است که اکنون با نبود او افسرده شده‌ام. درباره‌ی ناهمسویی نتایج این پژوهش با پژوهش‌های مک‌کی و همکاران (۲۰۱۵) باید توجه داشت که شرکت‌کنندگان پژوهش مک‌کی و همکاران (۲۰۱۵) جوانان خیابانی ۲۰-۱۶ سال بودند که از ابتدای شرکت در مطالعه نوسانات خلقی شدیدی را تجربه می‌کردند که حضور آنان در دوره‌ی آموزشی مهارت‌های رفتاردرمانی دیالکتیکی از شدت این نوسان‌ها و مشکلات هیجانی آنان کاسته است. درواقع با شروع دوره‌ی آموزشی این نوجوانان خیابانی با حمایت و توجه بیشتری مواجه شدند و در محیط بهتری سکونت گزیدند، اما هیچ تضمینی

وجود ندارد که اگر از همان ابتدا به همراه خانواده خود زندگی می‌کردند و شرایط تحصیلی و خانوادگی مناسبی نیز داشتند، آموزش مهارت‌های مذکور میزان افسردگی آنان را کاهش می‌داد. چنانکه شرکت‌کنندگان پژوهش دل‌کانت، لنز و هالن‌بو (۲۰۱۶) نیز که پس از آموزش مهارت‌های رفتاردرمانی دیالکتیکی تجربه کاهش افسردگی داشتند، نوجوانانی بودند که سابقه بستری‌شدن در بیمارستان داشتند و با وجود افسردگی سایر مشکلاتی مانند اختلال دوقطبی، نقص توجه و وسواس فکری- عملی نیز داشتند؛ در نتیجه این ناهمسویی منطقی به‌نظر می‌رسد و تلویحات بسیاری به همراه دارد.

یافته‌های پژوهش حاضر شواهد مطلوبی را برای تأیید نقش آموزش مهارت‌های رفتاردرمانی دیالکتیکی بر اضطراب و به‌طور محدود بر افسردگی دانش‌آموزان فراهم کرد و اطلاعات ارزشمندی را درباره ویژگی‌های کارکردی این مهارت‌ها در بافت مطالعاتی علل اضطراب و افسردگی فراهم کرده است، اما ممکن است به‌دلیل استفاده از ابزار خودگزارشی برای سنجش اضطراب و افسردگی با مقداری خطا همراه باشد؛ بنابراین پیشنهاد می‌شود در پژوهش‌های آتی درباره سنجش اضطراب و افسردگی از ابزارها و روش‌های دقیق‌تری استفاده شود. در واقع به‌دلیل اینکه افرادی که به‌طور متداول هیجان‌ها را سرکوب می‌کنند (مانند افراد افسرده) و اغلب بی‌حسی هیجانی را گزارش می‌دهند، ممکن است با مشکلاتی در زمینه توصیف آن دسته از تغییرات جسمانی روبه‌رو باشند که با تجربه هیجانی‌شان همراه هستند (لی‌هی، تیرچ و ناپولیتانو، ۲۰۱۱)، پیشنهاد می‌شود در پژوهش‌های آتی به تأثیر رفتاردرمانی دیالکتیکی بر اضطراب و افسردگی از طریق سنجش روش‌های دیگر پرداخته شود.

برخی دیگر از محدودیت‌های پژوهش حاضر ممکن است تعمیم‌پذیری نتایج آن را با مشکل روبه‌رو کند. نخست با توجه به اینکه گروه شرکت‌کنندگان پژوهش تنها از میان دانش‌آموزان پسر دوره متوسطه اول انتخاب شده بودند، تعمیم نتایج به سایر دوره‌های تحصیلی نیازمند بررسی بیشتر است؛ بنابراین پیشنهاد می‌شود در پژوهش‌های آینده به بررسی این آموزش‌ها بر اضطراب و افسردگی دانش‌آموزان دختر نیز پرداخته شود و همچنین بررسی نقش تعدیلی جنسیت صورت بگیرد. به لحاظ کاربردی نتایج این پژوهش نشان می‌دهد که لازم است متصدیان تعلیم و تربیت به آموزش و ارتقای مهارت‌های رفتاردرمانی دیالکتیکی به‌عنوان بخشی از برنامه درسی مدارس توجه کنند.

همچنین با وجود اینکه برخی از شواهد پژوهشی نشان‌دهنده تأثیر رفتاردرمانی دیالکتیکی بر افسردگی است، نتایج پژوهش حاضر نشان می‌دهد آموزش مهارت‌های مذکور بر افسردگی دانش‌آموزان پسر تأثیر چندانی نداشت که این مسئله نشان‌دهنده اهمیت بررسی سایر مهارت‌ها و روش‌های درمانی و مشاوره‌ای بر افسردگی نوجوانان پسر است.

منابع

آسمند، پ.، مامی، ش.، و ولی‌زاده، ر. (۱۳۹۴). اثربخشی رفتاردرمانی دیالکتیکی در درمان باورهای غیرمنطقی، اضطراب و افسردگی جوانان دارای اختلال شخصیت ضداجتماعی. *مجله دانشگاه علوم پزشکی گیلان*. ۲۳(۱)،

۳۵-۴۴

- بایگان، ک.، خوش‌کنش، ا.، حبیبی‌عسکراآبادی، م.، و فلاح‌زاده، ه. (۱۳۹۵). اثربخشی مداخله رفتاردرمانی دیالکتیکی به شیوه گروهی بر کاهش علائم ناگوئی هیجانی، استرس و علائم دیابت در مبتلایان به دیابت نوع دو. *فصلنامه پرستاری دیابت*، ۴(۳)، ۱۸-۸.
- بن‌نینک، ف. (۱۳۹۶). رفتاردرمانی شناختی مثبت‌نگر. ترجمه اکرم خسته. تهران: انتشارات ارجمند.
- دلاور، ع. (۱۳۹۸). روش تحقیق در روان‌شناسی و علوم تربیتی. تهران: نشر ویرایش.
- قهاری، ش. (۱۳۹۵). فنون رفتاردرمانی دیالکتیکی. تهران: نشر دانژه.
- مدار، ف.، ساروخانی، د.، ولی‌زاده، ر.، و ساروخانی، م. (۱۳۹۶). بررسی میانگین نمره اضطراب در ایران: مرور سیستماتیک و متآنالیز. *مجله دانشگاه علوم پزشکی گیلان*، ۲۵(۲)، ۲۰۶-۱۸۱.

References

- Aceves, M. J., Hinshaw, S. P., Mendoza-Denton, R., & Page-Gould, E. (2010). Seek help from teachers or fight back? Student perceptions of teachers' actions during conflicts and responses to peer victimization. *Journal of Youth and Adolescence*, 39(6), 658-669.
- Alberti, R. E., & Emmons, M. (1990). *Your perfect right* (6th Ed.). San Luis Obispo, CA: Impact Press.
- American Psychiatric Association (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (5th Ed.). Washington, DC: American Psychiatric Association.
- Baer, R. A., Smith, G. T., Hopkins, J., Krietemeyer, J., & Toney, L. (2006). Using Self-Report Assessment Methods to Explore Facets of Mindfulness. *Assessment*, 13(1), 27-45.
- Balázs, J., Miklósi, M., Keresztény, Á., Hoven, C., Carli, V., Wasserman, C.,... & Wasserman, D. (2013). Adolescent subthreshold-depression and anxiety: Psychopathology, functional impairment, and increased suicide risk. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 54(6), 670-677.
- Barker, L. L. (1990). *Listening behavior*. New Orleans, LA: SPECTRA.
- Chen, X. C., Wu, Y., Ban, C. X., Wang, Y., Zhang, J., & Fang, Y. R. (2014). Investigation and influence factors of anxiety in junior high school students in Jiading district, Shanghai. *Journal of Shanghai Jiaotong University: Medical Edition*, 34(4), 442-445.
- Del Conte, G., Lenz, A. S., & Hollenbaugh, K. M. (2016). A pilot evaluation of dialectical behavior therapy for adolescents within a partial hospitalization treatment milieu. *Journal of Child and Adolescent Counseling*, 2(1), 16-32.
- Dimeff, L. A., & Koerner, K. (2007). *Dialectical behavior therapy in clinical practice: Applications across disorders and settings*. New York: Guilford Press.
- Duchesne, S., Ratelle, C. F., & Roy, A. (2012). Worries about middle school transition and subsequent adjustment: The moderating role of classroom goal structure. *The Journal of Early Adolescence*, 32(5), 681-710.
- Duncan, B.L., Miller, S.D., Wampold, B.E., & Hubble, M.A. (eds.) (2009). *The Heart and Soul of Change: Delivering What Works* (2nd Ed.). Washington, D.C.: APA

- Press.
- Fisher, R., & Ury, W. (1991). *Getting to yes: Negotiating agreement without giving in* (2nd Ed.). New York: Viking Penguin.
- 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.
- Fruzzetti, A. E., & Payne, L. G. (2020). Assessment of parents, couples, and families in dialectical behavior therapy. *Cognitive and Behavioral Practice, 27*(1), 39-49.
- Hayes, S. C., Follette, V. M., & Linehan, M. (2004). *Mindfulness and acceptance: Expanding the cognitive-behavioral tradition*. New York: Guilford Press.
- Ingul, J. M., & Nordahl, H. M. (2013). Anxiety as a risk factor for school absenteeism: what differentiates anxious school attenders from non-attenders?. *Annals of General Psychiatry, 12*(1), 1- 9.
- Katz, L. Y., & Korlund, K. E. (2020). Principles of behavioral assessment and management of “Life-Threatening Behavior” in dialectical behavior therapy. *Cognitive and Behavioral Practice, 27*(1), 30-38.
- Kessler, R. C., Avenolli, S., Costello, J., Georgiades, K., Green, J., Gruber, M., & Merikangas, K. (2012). Prevalence, persistence, and sociodemographic correlates of DSM-IV disorders in the National Comorbidity Survey Replication Adolescent Supplement. *Archives of General Psychiatry, 69*(4), 372–380.
- Klein, D. F. (1974). Endogenomorphic depression: a conceptual and terminological revision. *Archives of General Psychiatry, 31*(4), 447- 454.
- Leahy, R. L., Tirsch, D., & Napolitano, L. A. (2011). *Emotion regulation in psychotherapy: A practitioner’s guide*. New York: Guilford press.
- Linehan, M. (2014). *DBT? Skills training manual*. New York: Guilford Publications.
- Linehan, M. M. (1993-a). *Cognitive-behavioral treatment of borderline personality disorder*. New York: Guilford.
- Linehan, M. M. (1993-b). Dialectical behavior therapy for treatment of borderline personality disorder: implications for the treatment of substance abuse. *NIDA Research Monograph, 137*, 201-201.
- Linehan, M. M. (1993-c). *Skills training manual for treating borderline personality disorder*. New York: Guilford Press.
- McCay, E., Carter, C., Aiello, A., Quesnel, S., Langley, J., Hwang, S., Beanlands, H., Cooper, L., Howes, C., Johansson, B., MacLaurin, B., Hughes, J., & Karabanow, J. (2015). Dialectical Behavior Therapy as a catalyst for change in street-involved youth: A mixed methods study. *Children and Youth Services Review, 58*(2015), 187- 199.
- McKay, M., Wood, J. C., & Brantley, J. (2019). *The dialectical behavior therapy skills workbook: Practical DBT exercises for learning mindfulness, interpersonal effectiveness, emotion regulation, and distress tolerance*. New Harbinger Publications.
- Merwin, R., O’Rourke, S., Ives, L., Harstad, S., & Brooks, J. (2019). *Third-Wave Cognitive-Behavioral Therapies for the Treatment of Anxiety among Children and Adolescents*. Cambridge: Academic Press.

- Miller, A. L., Rathus, J. H., & Linehan, M. M. (2007). *Dialectical behavior therapy with suicidal adolescents*. New York: Guilford Press.
- Navarro-Haro, M. V., Modrego-Alarcón, M., Hoffman, H. G., López-Montoyo, A., Navarro-Gil, M., Montero-Marin, J., García-Palacios, A., Borao, L., & García-Campayo, J. (2019). Evaluation of a mindfulness-based intervention with and without virtual reality dialectical behavior therapy® mindfulness skills training for the treatment of generalized anxiety disorder in primary care: A pilot study. *Frontiers in Psychology, 10*, Article 55.
- Neacsiu, A. D., Bohus, M., & Linehan, M. M. (2013). *Dialectical behavior therapy skills: An intervention for emotion dysregulation*. In J. J. Gross (Ed.), *Handbook of emotion regulation* (Vol. 2, pp. 491–508). New York, NY: Guilford Press.
- Pekrun, R., & Linnenbrink-Garcia, L. (Eds.). (2014). *International handbook of emotions in education*. London: Routledge.
- Rathus, J. H., & Miller, A. L. (2002). Dialectical behavior therapy adapted for suicidal adolescents. *Suicide and Life-Threatening Behavior, 32*(2), 146- 157.
- Snaith, R. P., Baugh, S. J., Clayden, A. D., Hussain, A., & Sipple, M. (1982). The Clinical Anxiety scale: a modification of the Hamilton Anxiety scale. *British Journal of Psychiatry, 141*(1982), 518-523.
- Spiegler, M. D., & Cueveremont, D. C. (2010). *Contemporary behavior therapy*. Ohio: Wads worth.
- Teasdale, J. D., Williams, J. M. G., & Segal, Z. V. (2014). *The mindful way workbook: An 8-week program to free yourself from depression and emotional distress*. New York: Guilford Publications.
- Wang, Y., Tian, L., Guo, L., & Huebner, E. S. (2020). Family dysfunction and Adolescents' anxiety and depression: A multiple mediation model. *Journal of Applied Developmental Psychology, 66*(2020), 101090.
- Wilks, C. R., Valenstein-Mah, H., Tran, H., King, A. M., Lungu, A., & Linehan, M. M. (2017). Dialectical behavior therapy skills for families of individuals with behavioral disorders: Initial feasibility and outcomes. *Cognitive and Behavioral Practice, 24*(3), 288-295.
- Williams, J. M. G., Teasdale, J. D., Segal, Z. V., & Kabat-Zinn, J. (2007). *The mindful way through depression: Freeing yourself from chronic unhappiness*. Guilford: New York.
- Wing, J. K., Cooper, J. E., & Sartorius, N. (1974). *The measurement and classification of psychiatric symptoms*. Cambridge: Cambridge University Press
- Zheng, Y., Rijdsdijk, F., Pingault, J. B., McMahon, R. J., & Unger, J. B. (2016). Developmental changes in genetic and environmental influences on Chinese child and adolescent anxiety and depression. *Psychological Medicine, 46*(9), 1829-1838.
- Zigmond, A. S., & Snaith, R. P. (1983). The hospital anxiety and depression scale. *Acta Psychiatrica Scandinavica, 67*(6), 361-370.