

اثربخشی آموزش تکنیک‌های تحمل آشفتگی بر کاهش اضطراب کودکان دوره ابتدایی

مهدی خوروش^۱، سارا نوربخش^۲

^۱ هیئت‌علمی دانشگاه آزاد اسلامی

^۲ کارشناسی ارشد روانشناسی دانشگاه آزاد اسلامی

چکیده

کودکان قشر عمده‌ای از جمعیت جهان را تشکیل می‌دهند، توجه به رشد جسمی، هیجانی، روانی و رفتاری آنان همواره از سوی اندیشمندان و پژوهشگران مورد تأکید بوده است، کودکان مبتلا به اختلال اضطراب گاهی اوقات با اضطراب غیر قابل کنترل دست به گریبان هستند. تلاش‌های آن‌ها برای کنترل کردن نگرانی‌شان معمولاً بی‌نتیجه است و به نشانه‌های متعدد جسمانی و روانی مبتلا هستند که در عملکرد اجتماعی و تحصیلی آن‌ها در زندگی اختلال ایجاد می‌کند. لذا این پژوهش با هدف بررسی اثربخشی آموزش تکنیک‌های تحمل آشفتگی بر کاهش اضطراب کودکان دوره ابتدایی انجام شد. روش پژوهش آزمایشی و بر اساس طرح پیش‌آزمون و پس‌آزمون با گروه کنترل، به همراه پیگیری یکماهه، بود. جامعه آماری شامل ۳۰ نفر از دانش‌آموزان دبستانی که در سال تحصیلی ۹۷-۹۶ در مدارس شهر خمینی‌شهر به تحصیل مشغول بودند در ابتدا به روش خوشه‌ای یکی از مدارس ابتدایی خمینی‌شهر انتخاب شد. سپس پرسشنامه‌های اضطراب اسپیلبرگر در بین آن‌ها توزیع شد. از بین افرادی که دارای نمره اضطراب بالاتر از متوسط بودند، ۳۰ نفر به طریق تصادفی ساده انتخاب شدند. این دو گروه به طریق تصادفی در دو گروه آزمایش و کنترل قرار گرفتند، که تعداد افراد هر گروه ۱۵ نفر بود. پس از اجرای ۸ جلسه آموزش گروهی پس‌آزمون برگزار شد. سپس به فاصله یک ماه از هر دو گروه پیگیری به عمل آمد. داده‌ها با استفاده از آزمون آماری تحلیل کوواریانس و به کمک نرم‌افزار SPSS ۲۲، انجام شد. نتایج نشان داد که آموزش تکنیک‌های آشفتگی هیجانی باعث کاهش اضطراب در گروه آزمایش نسبت به گروه کنترل شد. همچنین نتایج به‌دست‌آمده از آزمون کوواریانس در گروه آزمایش و کنترل نشان داد که اثربخشی مداخله در طی یک ماه ماندگار بوده است. نتیجه‌گیری می‌شود که آموزش تکنیک‌های آشفتگی هیجانی باعث کاهش اضطراب کودکان دبستانی می‌شود.

واژه‌های کلیدی: آموزش تکنیک‌های آشفتگی هیجانی، اضطراب کودکان، پرسشنامه اسپیلبرگر

مقدمه

بخش بزرگی از افرادی که از اختلالات روانی را مبتلایان به اختلال‌های اضطرابی تشکیل می‌دهند. اضطراب یک تجربه هیجانی ناخوشایند و دارای نشانه‌های جسمی نیز می‌باشد. اضطراب بر خلاف افسردگی (که واکنشی در برابر فقدان، و متوجه گذشته است) واکنشی در برابر تهدید و معطوف به آینده است. تهدید می‌تواند خطر، نبود حمایت و محرک‌های ناآشنا را در برگیرد. اضطراب پهنجار افراد را آماده محافظت در برابر تهدیدها می‌کند. اضطراب تا اندازه‌ای برای رویارویی با شرایط ناخوشایند کارساز است. لیکن اضطراب می‌تواند عملکرد عمومی فرد را مختل سازد. اضطراب هنگامی نابهنجار تلقی می‌شود که شدت و زمان آن با آسیب احتمالی ناهماهنگ باشد، و یا بدون هیچ تهدید قابل شناسایی رخ دهد (قمری گیوی، ابوالقاسمی و فلاح‌زاده، ۱۳۸۸).

به باور سیلورمن^۱ (۲۰۱۷) هرچند تجربه ترسها و نگرانی هابه دنوان یک بخش طبیعی از رشد برای بریاری ار کودکان گذرا تلقی می‌شود، اما برای برخی دیگر ممکن است این تجربیات در طول درمان تشدید و باقی بماند و باعث تداخل در عملکرد روزانه کودکان گردد. افزون بر این، کودکان به دلیل پایین بودن سطح تفکر انتزادی، قادر به بیان هیجانها و احساسات خود نیستند، سرکوب و عدم مهارت در بیان احساسات بویژه از نوع منفی آن بهداشت روان کودک را به مخاطره می‌اندازد. اضطراب یک تجربه هیجانی ناخوشایند و دارای نشانه‌های جسمی نیز می‌باشد. اضطراب بر خلاف افسردگی (که واکنشی در برابر فقدان، و متوجه گذشته است) واکنشی در برابر تهدید و معطوف به آینده است. تهدید می‌تواند خطر، نبود حمایت و محرک‌های ناآشنا را در برگیرد. اضطراب پهنجار افراد را آماده محافظت در برابر تهدیدها می‌کند. اضطراب تا اندازه‌ای برای رویارویی با شرایط ناخوشایند کارساز است. لیکن اضطراب می‌تواند عملکرد عمومی فرد را مختل سازد (حیدری و همکاران، ۱۳۹۵). اضطراب هنگامی نابهنجار تلقی می‌شود که شدت و زمان آن با آسیب احتمالی ناهماهنگ باشد، و یا بدون هیچ تهدید قابل شناسایی رخ دهد (قمری گیوی، ابوالقاسمی و فلاح‌زاده، ۱۳۸۸).

کودکان طی دوره‌های کمتر از ۱ دهه، از درک هیجانی محدود، به افرادی دارای شبکه‌ی هیجانی پیچیده تبدیل می‌شوند. با بالا رفتن سن، تعداد و پیچیدگی تجارب هیجانی و نیز مطالبات برای نحوه‌ی ابراز هیجان افزایش می‌یابد. تعجب آور نیست که برخی کودکان در مواجهه با این چالش‌ها در هم می‌شکنند و دچار اختلالات هیجانی میشوند. اختلالات هیجانی سیری مزمن دارد و می‌تواند به شدت مزاحم روند عادی زندگی در دوران بزرگسالی شود (کلر و همکاران، ۱۹۹۲؛ راجمن، ۱۹۹۸ به نقل از نجاریان و داوودی، ۱۳۹۴). فرض بر این است که هر موقعیتی که بهزیستی جاندار را به خطر می‌اندازد. حالت اضطراب به وجود می‌آورد، تعارضها و گونه‌های دیگر ناکامی یکی از خاستگاههای اضطراب اند. همچنین خطر آسیب بدنی، به خطر افتادن عزت نفس و وارد آمدن فشار برای انجام کارهایی فراتر از توانمندیهای کودک، در وی اضطراب ایجاد می‌کند. منظور از اضطراب، هیجان ناخوشایندی است که با اصطلاحاتی مانند "نگرانی"، "دلشوره"، "وحشت" و "ترس" بیان می‌شود و همه انسانها درجاتی از آن را گاه گاه تجربه می‌کنند اتکینسون، اتکینسون، اسمیت، بم و هوکسما به نقل از براهنی و همکاران، ۱۳۹۰). اضطراب جز جدایی ناپذیر زندگی طبیعی دوران کودکی بوده و به روشنی نشانگر روند رشد طبیعی کودک است. در واقع اضطرابها ممکن است اثر سودمندی نیز روی رشد کودکان داشته باشند زیرا

^۱ Silverman

فرصتهای مناسبی را برای رشد سازوکارهای مقابله ای جهت مواجهه با عوامل فشارزا و اضطراب آور آتی مهیا میسازند (هیوز به نقل از نجاریان و همکاران، ۱۳۹۵). اضطراب در شکل تطابقی خود، به کودکان در سازگاری با دنیای دیگران کمک میکند. میزان متوسط اضطراب دارای عملکرد تنظیمی است و کودکان را برای سازگار کردن رفتارشان با انتظارات اجتماعی، تحصیلی و فرهنگ یاری میدهد. از طرف دیگر اضطراب بسیار کم و بسیار زیاد میتواند عامل ناسازگاری باشد. کسانی که اغلب عملکردهای ضد اجتماعی و مرتبط با سلوک نشان می‌دهند به احتمال بیشتری، از برانگیختگی اضطراب محروم هستند. اضطراب دائم و بیش از حد نیز باعث ناسازگاری است و منجر به پریشانی شده و در تکامل کودک مداخله می‌کند (محمدی، هاشمی و کهن زاد، ۱۳۹۱). هدف این مقاله تعیین اثربخشی آموزش تکنیک‌های تحمل آشفتگی بر کاهش اضطراب کودکان دوره ابتدایی است.

مبانی نظری

اضطراب، تعریف و شیوع آن

یکی از زمینه‌های جدید در روان‌شناسی مرضی اختلالات اضطرابی است. بررسی‌های اخیر نشان داده‌اند که اختلالات اضطرابی بیشترین فراوانی را در سطح کل جمعیت دارند (رحمتی و سعیدی، ۱۳۹۲). اضطراب شایع‌ترین اختلال روانی است و معمول‌ترین پاسخ به محرک تنش زاست. منظور از اضطراب، هیجانی است ناخوشایند که همه ما درجاتی از آن را در قالب کلمه‌هایی چون دلشوره، نگرانی، تنش و ترس تجربه کرده‌ایم. واکنش‌های عصبی اضطراب فراوان‌ترین نوع واکنش‌های عصبی است. اضطراب معمولاً با تغییرات جسمی و روانی همراه بوده و بخشی از توان عمومی افراد مبتلا را تحلیل می‌برد (کابیس زین و بریچ، ۲۰۰۷). با وجود اینکه تفکر درباره منشاء و معنی اضطراب طی سده‌های پیاپی مورد توجه الهیون و فلاسفه بوده است، اغلب گفته می‌شود که فروید نخستین بررسی روانشناختی اضطراب را انجام داده است. از نظر فروید اضطراب دارای سه بخش خصلت نامطبوع ویژه، پدیده تخلیه یا بیرون ریز، و ادراکی از این دو حالت است (غفاری و ارفع بلوچی، ۱۳۹۰).

دیدگاه‌های نظری درباره‌ی اضطراب

اگر همه متخصصان در مورد شناسایی و توصیف پاره‌ای از تجلیات اضطراب با هم توافق دارند و اگر همه آن‌ها می‌پذیرند که شدت اضطراب در افراد بسیار متغیر است اما بین آن‌ها درباره اهمیت و موقع اضطراب در تحول فرد، اختلاف نظر وجود دارد. در این قلمرو می‌توان دو قطب افراطی را از یکدیگر متمایز کرد: در یک قطب مدافعان (اضطراب به منزله یک پاسخ) قرار دارند که اضطراب را واکنشی نسبت به یک خطر یک ناراحتی یا یک تهدید برونی که تعادل درونی را به مخاطره می‌اندازد، تلقی می‌کنند. و در قطب دیگر نظریه پردازان قرار می‌گیرند که اضطراب را یک داده سرشتی می‌دانند. هر مؤلفی که به نظریه پردازی درباره اضطراب دست زده الزاماً از یکی از این مواضع دفاع کرده است (ابراهیم زاده، ۱۳۹۴). ما در اینجا اختصاراً به بررسی نظر پاره‌ای از مؤلفان می‌پردازیم.

دیدگاه الیس درباره اضطراب

الیس ترس و اضطراب را به شیوه خاص خود توجیه می‌کند. در نظر او ترس عبارت است از دنبال کردن عقیده و یا نگرش و یا حملات به درون افکنده شده. ترس حالتی پیشگیرانه دارد و شامل این عقیده است که اولاً چیزی یا شخصی خطرناک وجود دارد، ثانیاً باید در مقابل آن از خود دفاع کرد. اضطراب با ترس متفاوت است، الیس اضطراب و اختلالات عاطفی را نتیجه تفکر غیر منطقی و غیر عقلانی می‌داند. از نظر الیس کسانی که خود را اسیر افکار غیر عقلانی خود می‌کنند، احتمالاً خود را در حالت احساس خشم، مقاومت، خصومت و... قرار می‌دهند. انسان به وسیله اشیاء خارجی مضطرب نمی‌شود بلکه دیدگاه و تصویری که از اشیاء دارد موجب نگرانی اش می‌شود. الیس اضطراب و اختلالات رفتاری را زاده طرز تفکر خیالی و بی معنی انسان می‌داند (شفیع آبادی و ناصری، ۱۳۹۴).

دیدگاه بک درباره اضطراب

بیشتر نظریه پردازان شناختی نگر باورهای سازش نایافته را ریشه اختلال‌های اضطرابی می‌دانند. نظریه بک رویکردی فعال، جهت بخش و از لحاظ زمانی محدود و سازماندار است که برای درمان اختلال‌های روانی مختلف به کار می‌رود و به اعتقاد وی، سبک نظریه او بر این منطبق استوار است که عاطفه و رفتار افراد به میزان زیادی تحت تأثیر ارزیابی آن‌ها از جهان است، یعنی اینکه شخص چگونه فکر می‌کند و واکنش نشان می‌دهد، به علاوه شناخت‌های افراد، یک سری حوادث کلامی یا ذهنی- تصویری است که در آگاهی‌های قرار دارد. این شناختها بر نگرشها یا فرضیه‌هایی که از طریق تجربه‌های اولیه توسعه یافته‌اند، پایه‌گذاری شده است (بک و ویشار، ۲۰۱۱). در نظریه شناختی بک اظهار می‌کند که افراد مبتلا به اختلال اضطرابی تعمیم یافته، باورهای غیر واقع نگر پنهان یا نهفته‌ای دارند که احساس خطر قریب الوقوع را در آن‌ها پدید می‌آورد (رجبی، ۱۳۸۸).

دیدگاه رفتاری درباره اضطراب

نظریه پردازان رفتارشناسی طبیعی، ترس و اضطراب را به منزله شیوه‌های سازش با محیط طبیعی تلقی کرده‌اند، صرف نظر از آن که با اضطراب شناور، یعنی اضطراب تعمیم یافته بدون موضوع معین و یا اضطراب‌های مشخص مانند هراس‌ها که موضوع معینی دارند، سر و کار داشته باشیم. مرگ، هر ارگانیزم زنده را تهدید می‌کند. هر اندازه افراد بتوانند خود را فعالانه از خطر دور کنند، به همان اندازه امید زندگی آن‌ها افزایش می‌یابد و بخت بقای نوع، افزون تر می‌گردد. هر قدر تعداد افراد یک نوع محدودتر باشد، فرایند تحول کندتر خواهد بود و مسأله اجتناب از خطرها، اهمیت بیشتری خواهد یافت. البته در اختیار داشتن توانایی‌های سریع یادگیری و واکنش‌های بازتابی، برای بقای حیوان کفایت نمی‌کند؛ بلکه افزون بر آن، حیوان باید دارای یک آمادگی خاص یعنی ترس و به معنای دقیقتر اضطراب باشد تا وی را در یک هشدار و مراقبت بیشینه نگه دارد. از این دیدگاه، تکامل انواع، دست کم باید افراد را دارای تولید درون زاد اضطراب کرده باشد تا بتوانند به منظور زیستن و بقای خویشتن، با حد متوسط خطرهایی که در برابرشان قرار می‌گیرد مقابله کنند. اما اگر یک محیط فاقد خطر باشد، تولید درون زاد اضطراب، به اضطراب‌ها و حتی وحشت زدگی‌ها می‌انجامد که در چارچوب فعالیت‌هایی که در حلال انجام می‌شود، تجلی

می‌یابد. در مورد انسان، این احتمال وجود دارد که پاره‌ای از افراد مانند افراد روان آزاده، آمادگی‌های ژنتیکی گسترده‌ای را در قلمرو اضطراب به ارث برده باشند و در هنگام فقدان محرک‌های متناسب که امکان برون ریزی منظم اضطراب را فراهم می‌کنند، این تولید درون زاد ممکن است به اضطراب، بی‌خوابی، خواب دیده‌های اضطراب‌آمیز و اختلال‌های اضطرابی از نوع هراس‌ها بینجامد (رجبی، ۱۳۸۸).

مدل عدم تحمل بلا تکلیفی اضطراب

عدم تحمل بلا تکلیفی به طور گسترده به عنوان واکنشی شناختی، هیجانی، و رفتاری به عدم اطمینانی تعریف شده است، که به موجب آن سوگیری در پردازش اطلاعات و افزایش ارزیابی معیوب تهدید و کاهش کنار آمدن رخ می‌دهد (فهیمی، ۱۳۹۰). مدل عدم تحمل بلا تکلیفی در ابتدا برای اختلال اضطراب منتشر گسترش پیدا کرد (داگاس و همکاران، ۱۹۹۵؛ فیرستون و همکاران، ۱۹۹۴) که مشخصه اصلی آن نگرانی مفرط و غیرقابل کنترل است (انجمن روانپزشکی آمریکا، ۲۰۱۳). اخیراً، ادعا شده که عدم تحمل بلا تکلیفی ساز و کاری فراتشخیصی است، که در تداوم نشانگان اختلال‌های اضطرابی و افسردگی سهم دارد (بولن و ریجنتس، ۲۰۰۹). مدل عدم تحمل بلا تکلیفی پیشنهاد میکند که، افراد مبتلا به اضطراب منتشر بلا تکلیفی را پریشان آور می‌یابند، که منجر به آغاز نگرانی در مواجهه با موقعیت‌های مبهم و نا مطمئن می‌گردد، یعنی موقعیت‌های مبهم باعث می‌شود فرد درگیر سؤالات بی پایان "چه می‌شود اگر؟ گردد و از آن جا که این سؤالات معمولاً بدون جواب می‌مانند، فرد درگیر نگرانی می‌شود. به طور گسترده این افراد بر این عقیده هستند که نگرانی می‌تواند کمک کننده باشد (به عنوان مثال، نگرانی کمک می‌کند تا از وقوع چیزهای ناگوار جلوگیری کرد)، سپس این باور منجر به سوگیری توجه به سوی تهدید و درگیر شدن با افکار مزاحم می‌کند، که این روند منجر به اضطراب می‌شود (مک اووی و ماهونی، ۲۰۱۱).

تحمل آشفتگی

رفتار درمانی دیالکتیک^۲

این شکل از درمان به طور موفقیت آمیزی در بیماران مبتلا به اختلال شخصیت مرزی و رفتار شبه خودکشی به کار رفته است. این روش گلچینی از روش‌های مربوط به درمان‌های حمایتی، شناختی و رفتاری است. برخی عناصر از روش درمانی فرانتس الکساندر به عنوان یک تجربه هیجانی اصلاح کننده مشتق می‌شوند هدف بهبود مهارت‌های بین فردی و کاهش رفتارهای خود تخریبی است که برای رسیدن به این هدف از روش‌هایی همچون نصیحت کردن، استفاده از استعاره، داستان گویی، و مقابله و بسیاری روش‌های دیگر استفاده می‌شود. با این روش به بیماران مرزی برای غلبه بر احساسات دو گانه ای که مشخصه این اختلال می‌باشد کمک می‌شود. رفتار درمانی دیالکتیک از درمان شناختی، رفتاری استاندارد برگرفته شده و جهت درمان اختلال شخصیت مرزی. بالاخص بیمارانی که سابقه مزمن خود کشی داشته و عملکرد آن‌ها به شدت از بین رفته و ناپه‌نجا شده بکار می‌رود. (برخوردار، ۱۳۹۰).

² Dialectical Behaviour Therapy (DBT)

اگر چه «دیالکتیک» در وهله اول برای تاکید بر توازن به وجود آمد، لیکن با پیشرفت درمان در جهانی که از ابتدا پیش بینی نمی شد، «دیالکتیک» به زودی به صورت اصل و راهنمای درمان درآمد. DBT از یک جایگاه تئوریک ثابت و استوار برخوردار است. لیکن شیوه ها و استراتژی های واقعی آن به طرز قابل توجهی با جهت گیری درمان های مختلفی همپوشی دارد. مانند: درمان روان پویایی، درمان مراجع-محوری، درمان های استراتژیک و درمان های شناختی (لیهان، ۱۹۹۳).

مفهوم سازی دیالکتیکی مراجعان

مفروضه های دیالکتیک بر مفهوم سازی مشکل مراجعان در DBT به چند شکل تاثیر می گذارد: دیالکتیک معتقد است که اختلالات روانشناختی تحت عنوان اختلالات و مشکلات سیستمی بهتر مفهوم سازی میشوند. اختلالات سیستمی این خصوصیات را دارند:

۱. اختلال را با توجه به عملکرد سالم و طبیعی تعریف می کنند.

۲. به ارتباط و تداوم بین سلامت و اختلال اعتقاد دارند.

نقص در تعدیل هیجان ممکن است به مشکلات زیر ارتباط داشته باشد:

۱-مشکل در بازداری از رفتارهای مخرب وابسته به خلق

۲-سازماندهی رفتار در خدمت اهدافی مستقل از خلق فعلی

۳-افزایش یا کاهش برانگیختگی فیزیولوژیکی مورد نیاز

۴-مشکل در پرت کردن توجه از محرک های برانگیزاننده هیجانی

۵-تجربه هیجان بدون دور انداختن فوری آن و یا بدون ایجاد هیجان منفی ثانویه افراطی

۶-معتقدند که اختلال از علل متعدد ناشی می شود نه یک علت واحد

از آنجا که مکانیسم های شروع عدم تنظیم هیجانی واضح و شفاف نیستند، احتمال دارد که عوامل بیولوژیکی نقش اساسی را بعهده داشته باشند. تاثیر این عوامل ممکن است به صورت تاثیر ژن ها باشد به صورت عوامل پیش از تولد و یا حوادث آسیب زای دوران کودکی که بر رشد مغز و سیستم اعصاب تاثیر می گذارد (برخوردار، ۱۳۹۰).

چهارچوب رفتار درمانی دیالکتیک

مسئولیت کار روی اهداف خاص با توجه به شیوه های مختلف درمان تعیین می شود زیرا تمرکز و توجه در هر یک متفاوت بوده و بستگی به شیوه درمانی دارد. درمانگر فردی که اولین درمانگر در رفتار درمانی دیالکتیک می باشد به سلسله مراتبی (اهداف خاص توجه دارد و درمانگرانی انجام می گیرد باز سلسله مراتب دیگری مد نظر قرار می گیرد. در شیوه مشورتی - نظارتی، خود رفتار درمانگران هدف می باشند. درمانگرانی که در بیش از یک شیوه درمانی درگیر هستند و مسئولیت چند شیوه را بعهده دارند (مثل درمان فردی، گروهی و تلفن درمانی) باید از نظم و سلسله مراتب اهداف اختصاصی هر شیوه آگاه بوده و زمانی که لازم است شیوه درمان تغییر کند تغییر را از سلسله مراتب اهداف یک شیوه به سلسله مراتب اهداف شیوه دیگر به آرامی انجام دهند (جونق^۳، ۲۰۱۱).

³ Jongh

پیشینه پژوهشی

اعظمی و کاکابرابی (۱۳۹۶) پژوهشی با هدف پیش بینی تحمل آشفتگی براساس سیستم های مغزی رفتاری و بدتنظیمی هیجانی انجام دادند. جامعه آماری پژوهش شامل کلیه دانشجویان مشغول به تحصیل دانشگاه پیام نور کرمانشاه در سال تحصیلی به تعداد ۸۰۰۰ نفر می باشند که از این افراد، تعداد ۳۴۰ نفر دانشجو با توجه به جدول مورگان و به روش نمونه گیری- تصادفی طبقه ای به عنوان نمونه انتخاب شدند. داده‌ها با استفاده از پرسشنامه‌های سیستم های بازداری و فعال سازی رفتارکارور و وایت، دشواری در تنظیم هیجانی و تحمل پریشانی جمع آوری گردید و برای تجزیه و تحلیل داده‌ها از آزمون تحلیل مسیر استفاده شد. نتایج نشان داد مدل ارائه شده برازش قابل قبولی دارد و مقدار شاخص نیکویی برازش مجذور کای χ^2 برابر با ۳۷۷.۶۲ بود. بر اساس نتایج این مطالعه میتوان گفت اثر مستقیم سیستمها بر آشفتگی در سطح معنادار میباشد و اثر غیرمستقیم سیستمها (به واسطه ی بدتنظیمی) بر آشفتگی معنادار است.

زمانی (۱۳۹۶) به بررسی تأثیر آموزش مهارتهای تحمل پریشانی، تنظیم هیجانی و کارآمدی بین فردی بر نشانه های اختلال افسردگی پرداخت. این پژوهش با هدف اثربخشی مهارتهای تحمل پریشانی، تنظیم هیجانی و کارآمدی بینفردی در قالب رفتاردرمانی دیالکتیکی بر نشانه های عاطفی، شناختی و جسمانی افسردگی انجام شد. این طرح پژوهش از نوع نیمه آزمایشی (پیش‌آزمون، پس‌آزمون) بود. ۲۱ بیمار با تشخیص اختلال افسردگی پس از اختلال سازگاری به طور تصادفی در ۳ گروه درمانی (تحمل پریشانی، تنظیم هیجانی و کارآمدی بین فردی) و یک گروه کنترل قرار گرفتند. بیماران گروه آزمایش به مدت ۱ هفته مورد درمان قرار گرفتند و با استفاده از پرسشنامه افسردگی ویراست دوم بک مورد بررسی قرار گرفتند. در نهایت نتایج به‌دست‌آمده با استفاده از آمارتجزیه و تحلیل شدند. یافته ها نشان داد بیماران هر ۳ گروه آزمایشی (تحمل پریشانی، تنظیم هیجانی و کارآمدی بین فردی) (بهبودی قابل توجهی بعد از درمان داشتند. نتیجه‌گیری شد با توجه به نتایج به‌دست‌آمده به نظر میرسد آموزش مهارتهای تحمل پریشانی، تنظیم هیجانی و کارآمدی بینفردی در قالب رفتاردرمانی دیالکتیک در درمان شدت علائم افسردگی بیماران مؤثر است.

ناسی زاده، باباپور و محب (۱۳۹۳) در پژوهشی به اثربخشی رفتاردرمانی دیالکتیکی (مهارتهای تحمل آشفتگی، توجه آگاهی، نظم بخشی هیجانی) بر اضطراب پیشرفت، عزت نفس، و اهداف پیشرفت دختران مقطع دبیرستان پرداختند. پژوهش حاضر، مطالعه ای از نوع نیمه آزمایشی، با طرح پیش‌آزمون- پس‌آزمون با گروه کنترل بوده و بدین منظور از میان ۴۱۲ دانش آموزان دختر مقطع دبیرستان، به روش تصادفی خوشه‌ای، در پنج ناحیه آموزشی تبریز نمونه گیری سه عمل آمده و در دو گروه آزمایش و کنترل) با علائم اضطراب بالا و عزت نفس پایین و با جهت گیری اهداف پیشرفت عملکردی (هر یک در تعداد ۳۳ نفر قرار گرفتند. و برای گروه آزمایش، هشت جلسه مشاوره گروهی مبتنی بر رویکرد رفتار درمانی دیالکتیک) مهارتهای تحمل آشفتگی، توجه - آگاهی، نظم بخشی هیجانی (هفته ای یکبار به اجرا درآمد. از پرسشنامه‌های ویژگی های جمعیت شناختی، اضطراب امتحان و عزت نفس کوپر اسمیت و اهداف پیشرفت، برای جمع آوری داده‌ها استفاده شد. در آزمون فرضیه های تحقیق، روش تحلیل کوواریانس با استفاده از نرم‌افزار SPSS بر روی گروه آزمایش و گروه کنترل انجام شد. یافته های پژوهش نمایانگر این موضوع بود که مداخله رفتاردرمانگری دیالکتیک) مهارتهای تحمل آشفتگی، توجه آگاهانه، نظم

بخشی هیجانی (بر گروه آزمایش، تفاوت معنی داری در کاهش سطح اضطراب امتحان و تمایل به جهت گیری اهداف پیشرفت عملکردی- اجتنابی و افزایش سطح عزت نفس نسبت به گروه کنترل نشان داده است. قابل ذکر است در مورد تمایل به جهت گیری اهداف پیشرفت عملکردی- گرایشی، و تسلطی- گرایشی تفاوت معنی داری نسبت به گروه کنترل مشاهده نشد.

لوری (۲۰۱۲) در تحقیقی با عنوان رفتار درمانی دیالکتیک در برنامه سرپایی ویژه با یک نمونه مختلط تشخیصی به این نتیجه دست یافت نمرات افسردگی و اضطراب به طور معنی داری کاهش یافته است. نمرات امیدواری به طور معنی داری در طول دوره ی درمان افزایش یافته است $p > .001$. نمرات تمرکز حواس به طور معنی داری افزایش نیافته است. اگر چه تغییرات در جهت پیش بینی شده اتفاق افتاد. علائمه بر این که تا چه حد امید و تمرکز حواس (توجه آگاهانه) در طول درمان افزایش یافته پیش بینی کننده نهایی نمرات افسردگی و اضطراب پس از کنترل سطح علامت پایه است.

پژوهش پاتر^۴ و همکاران در سال ۲۰۱۱ در پژوهشی به بررسی تاثیر تحمل پریشانی در افراد دارای استرس پس از سانحه پرداختند. در این پژوهش، نشان دادند که تحمل پریشانی واسطه ای در رابطه با شدت علائم استرس پس از ضربه و استفاده از ماری جوانا به عنوان یک روش مقابله است.

شالینی^۵ (۲۰۱۱) در تحقیقی با عنوان رفتار درمانی دیالکتیک برای مدیریت تحمل پریشانی در روابط بین فردی به این نتیجه دست یافت که استفاده از رفتار درمانی دیالکتیک و تعیین وضعیت آموزش DBT در درمان مشکلات با استفاده از دستکاری روابط بین فردی بیمارانی که به دنبال مشاوره و روان درمانی هستند، موثر است. این درمان می تواند برای حل مشکلات ارتباطی مهارتهایی را آموزش دهد. استراتژی های اعتبار سنجی و پذیرش می تواند حساسیت به طرد و احساسات منفی را که باعث ایجاد موقعیت های بین فردی پر هرج و مرج می شود را کاهش دهد. تفکر سیاه یا سفید را می توان با پیدا کردن یک راه میانه از طریق پذیرش و تغییر حل و فصل کرد. این مقاله نشان می دهد که استفاده از DBT می تواند برای افزایش سلامت روان در افراد مفید باشد.

روش پژوهش

این پژوهش از نوع نیمه تجربی با پیش آزمون، پس آزمون و گروه کنترل می باشد. در این طرح ابتدا افراد نمونه به طریق تصادفی در دو گروه آزمایش و کنترل قرار گرفتند. متغیر مستقل فقط در مورد گروه آزمایش اجرا شد. متغیر وابسته قبل و بعد از اجرای متغیر مستقل در هر دو گروه اندازه گیری شد و با یکدیگر مورد مقایسه قرار گرفت.

مراحل اجرای این طرح عبارت از:

اجرای پیش آزمون و قرار دادن افراد در دو گروه آزمایش و کنترل

قرار دادن آزمودنی های گروه آزمایش در معرض متغیر مستقل

اجرای پس آزمون در هر دو گروه آزمایش و کنترل و مقایسه نتایج حاصل با استفاده از آزمون آماری مناسب

⁴ Potter

⁵ Shalini

پرسشنامه اضطراب اسپیلبرگر

پرسشنامه اضطراب اسپیلبرگر از ۴۰ سوال تشکیل شده که ۲۰ سوال اول حالت اضطراب و ۲۰ سوال دوم رگه اضطراب را مورد سنجش قرار می دهد. مقیاس حالت اضطراب (اضطراب آشکار) شامل ۲۰ جمله است که احساسات فرد را در «این لحظه و زمان پاسخگویی» ارزشیابی می کند. مقیاس رگه اضطراب (اضطراب پنهان) هم شامل ۲۰ جمله است که احساسات عمومی و معمولی افراد را می سنجد .

در پاسخگویی آزمودنی ها در پاسخ به حالت اضطراب تعدادی گزینه برای هر عبارت ارائه شده است که آن ها باید گزینه ای را که به بهترین وجه شدت احساسات آن ها را بیان می نماید انتخاب کنند. این گزینه ها عبارتند از: ۱- خیلی کم، ۲- کم، ۳- زیاد و ۴- خیلی زیاد. وزن های نمره گذاری، برای عبارت هایی که عدم اضطراب را نشان می دهند به صورت معکوس است . عبارت هایی که در هنگام نمره گذاری به صورت معکوس نمره گذاری می شوند عبارتند از:

مقیاس حالت اضطراب: ۲۰-۱۹-۱۶-۱۵-۱۱-۱۰-۸-۵-۲-۱

مقیاس رگه اضطراب: ۳۹-۳۶-۳۴-۳۳-۳۰-۲۷-۲۶-۲۳-۲۱

برای به دست آوردن نمره فرد در هر کدام از دو مقیاس، با توجه به اینکه برخی عبارت ها به صورت معکوس نمره گذاری می شوند، مجموع نمرات ۲۰ عبارت هر مقیاس می گردد. لذا نمرات هر کدام از دو مقیاس حالت و رگه اضطراب می تواند در دامنه ای بین ۲۰ تا ۸۰ قرار گیرد.

برای نمره گذاری مقیاس به کمک دست، کلیدهایی در جهت تصحیح قابل دسترسی هستند. برای ساختن کلیدی مناسب هر مقیاس باید به شکل آزمون و ارزش های چاپ شده بر روی کلید که برای هر پاسخ از ۲۰ عبارت وجود دارند توجه نمود. برای پاسخگویی که یک یا دو عبارت را در هر مقیاس حذف می کنند، می توان به شیوه زیر و به نسبت کل نمره، مقیاس را تعیین نمود. تعیین میانگین نمرات وزن داده شده و سپس ضرب کردن ارزش به دست آمده در ۲۰ و گرد کردن آن عدد به سمت نزدیکترین عدد صحیح بالا، اگر سه عبارت یا بیشتر حذف شده باشد، اعتبار تعیین میزان اضطراب آزمودنی، زیر سوال است .

جدول ۱- تفسیر نمرات

مقیاس	میزان	نمرات
حالت اضطراب	هیچ یا کمترین حد	۲۰-۳۰
	خفیف	۳۱-۴۲
	متوسط	۴۳-۵۳
	شدید	۵۴ و بیشتر
رگه اضطراب	هیچ یا کمترین حد	۲۰-۳۴
	خفیف	۳۵-۴۵
	متوسط	۴۶-۵۶
	شدید	۵۷ و بیشتر

پایایی و روایی در پژوهش خانی پور و همکاران (۱۳۹۰) ضریب همسانی این آزمون به شیوه آلفای کرونباخ ۰/۶۶ به دست آمد. اعتبار آن به روش همسانی درونی در کار با بزرگسالان، دانشجویان و فراخوانندگان ارتش ۰/۹۵ - ۰/۸۶، به روش آزمون - بازآزمون برای دانش آموزان ۰/۷۷ و برای دانشجویان ۰/۷۰ گزارش شده است (آنتونی و همکاران، ۲۰۰۲، به نقل از خانی پور و همکاران، ۱۳۹۰). در هنجاریابی آزمون در ایران اعتبار آزمون - بازآزمون برای مقیاس رگه اضطراب ۰/۶۵ تا ۰/۸۶ ضریب آلفای کرونباخ برای حالت اضطراب ۰/۹۲ محاسبه شد (مهرام، ۱۹۹۴، به نقل از خانی پور، ۱۳۹۰).

روش تجزیه و تحلیل داده‌ها

برای توصیف ویژگی‌های نمونه از جداول متناسب با شاخص‌های آمار توصیفی استفاده شده است و برای پاسخگویی به فرضیه‌های پژوهش، با استفاده از روش تحلیل کواریانس با رعایت مفروضه‌های آن مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفته است. ابزار تجزیه و تحلیل داده‌ها نرم‌افزار SPSS نسخه ۲۲ بود.

آمار استنباطی و بررسی فرضیه‌های تحقیق:

برای آزمون فرضیه مطالعه آزمون کواریانس مورد استفاده قرار می‌گیرد. لذا لازم است در ابتدا پیش فرضهای این آزمون شامل همگنی شیب رگرسیون، نرمال بودن توزیع داده‌ها و همگنی واریانس‌ها مورد بررسی قرار گیرد.

جدول ۲- نتایج بررسی همگنی شیب رگرسیون

شاخص	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	معنی داری
گروه پیش‌آزمون	۵۳۷/۷۴	۱	۵۳۷/۴	۱/۰۴۴	۰/۳۹

نتایج جدول ۲- نشان می‌دهد با توجه به اینکه $(P > 0.05)$ می‌باشد بنابراین همگنی شیب رگرسیون برقرار است.

جدول ۳- نتایج آزمون کولموگراف اسمیرنف

شاخص	پیش‌آزمون	پس‌آزمون	پیگیری
K-s			
معنی داری	۰/۸	۱	۱

نتایج جدول ۳- نشان می‌دهد که با توجه به اینکه در همه ی متغیرها $(P > 0.05)$ است بنابراین همه متغیرها از توزیع نرمالی برخوردارند

جدول ۴- نتایج آزمون لون برای بررسی تساوی خطای واریانس‌ها در مرحله پس‌آزمون

F	Df1	df2	Sig
۳/۶۴	۱	۳۶	۰/۰۶

با توجه به سطح معناداری جدول ۴- $(P > 0.05)$ فرض تساوی خطای واریانس‌ها مورد تأیید قرار می‌گیرد.

فرضیه اول پژوهش که آموزش تکنیک‌های تحمل آشفتگی بر کاهش اضطراب کودکان دوره ابتدایی موثر است.

جدول ۵- نتایج تحلیل کوواریانس برای اثربخشی بر حسب عضویت گروهی در پس‌آزمون

منبع تغییرات	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	سطح معناداری	اندازه اثر (۰/۰)	توان آماری
پیش‌آزمون	۳۲۹/۶۳۰	۱	۳۲۹/۶۳۰	۱۳/۶۷	۰/۰۰۰۱	۵۷/۱	۱
عضویت گروهی	۱۱۸۴/۳۸	۱	۱۱۸۴/۳۸	۴۹/۱۴	۰/۰۰۰۱	۸۸/۶	۱

با توجه به سطح معناداری مشاهده شده در جدول ۵- ($P < 0/0001$) تفاوت بین گروه آزمایش و گروه کنترل در متغیر اضطراب معنی دار است بنابراین می‌توان بیان داشت که آموزش تکنیک‌های تحمل آشفتگی بر کاهش اضطراب کودکان دوره ابتدایی موثر است. با توجه به اثر مشاهده شده می‌توان نتیجه گرفت که آموزش تکنیک‌های تحمل آشفتگی بر کاهش اضطراب کودکان باعث کاهش ۸۸/۶ درصد اضطراب آزمودنی‌ها در مرحله پس‌آزمون شده است و همچنین توان آماری ۱۰۰ درصد حاکی از دقت آماری بسیار بالا و کفایت حجم نمونه می‌باشد.

فرضیه دوم پژوهش: که آموزش تکنیک‌های تحمل آشفتگی بر کاهش اضطراب کودکان دوره ابتدایی بعد از یک ماه پیگیری موثر است.

جدول ۶- نتایج آزمون لون برای بررسی تساوی خطای واریانس‌ها در مرحله پیگیری

F	Df1	df2	Sig
۲/۲۵	۱	۰/۳۶	۰/۱۴

با توجه به سطح معناداری جدول ۶- ($P > 0/05$) فرض تساوی خطای واریانس‌ها مورد تأیید قرار می‌گیرد.

جدول ۷- نتایج میانگین‌های تعدیل شده پیگیری اضطراب در آزمون‌ها بر حسب عضویت گروهی

عضویت گروهی	میانگین	انحراف استاندارد
گروه آزمایش	۳۸/۸۶	۵/۹۴
گروه کنترل	۵۱/۳۳	۵/۷۰

جدول ۷- نشان می‌دهد که نمره میانگین‌های تعدیل شده پیگیری کم‌روئی در آزمون‌ها بر حسب عضویت گروهی میانگین گروه آزمایش ۳۸/۸۶ و انحراف استاندارد ۵/۹۴ و میانگین گروه کنترل ۵۱/۳۳ و انحراف استاندارد آن ۵/۷۰ می‌باشد.

جدول ۸- نتایج تحلیل کوواریانس برای اثربخشی که آموزش تکنیک‌های تحمل آشفتگی بر کاهش اضطراب کودکان بر حسب عضویت گروهی در پیگیری یک ماهه

منبع تغییرات	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	سطح معناداری	اندازه اثر (۰/۰)	توان آماری
پس‌آزمون	۹۵۸/۹۱	۱	۱۸۲۷/۷۰	۷/۲۱	۰/۰۱	۰/۱۶	۰/۷۴
عضویت گروهی	۱۵۶/۱۶	۱	۱۵۶/۱۶	۰/۶۱	۰/۴۳	۰/۰۱	۰/۱۱

با توجه به سطح معناداری مشاهده شده در جدول ۸- ($P < 0/01$) تفاوت بین پس‌آزمون و پیگیری در گروه آزمایش و کنترل معنادار نیست. بنابراین فرضیه که آموزش تکنیک‌های تحمل آشفتگی بر کاهش اضطراب کودکان دوره ابتدایی بعد از یک ماه پیگیری مؤثر است، مورد تأیید قرار می‌گیرد.

بحث و نتیجه‌گیری

فرضیه اول: آموزش تکنیک‌های تحمل آشفتگی بر کاهش اضطراب کودکان دوره ابتدایی مؤثر است، تأیید شد. می‌توان بیان داشت که درمان آموزش تکنیک‌های تحمل آشفتگی بر کاهش اضطراب کودکان دوره ابتدایی مؤثر است. این نتایج با پژوهش‌های اعظمی و کاکابرای (۱۳۹۶)، زمانی (۱۳۹۶)، پژوهش پاتر و همکاران در (۲۰۱۱)، پژوهش هارلی و همکاران (۲۰۰۸) همسو است که نشان دادند آموزش تکنیک‌های تحمل آشفتگی بر کاهش اضطراب مؤثر است.

تحمل پریشانی به طور فزاینده‌ای، به عنوان یک ساختار، مهم در رشد بینشی جدید درباره شروع و ابقای آسیب‌های روانی و همچنین پیشگیری و درمان مشاهده شده است (زلن اسکای، برنستین و و جانویک، ۲۰۱۱). افراد با تحمل پریشانی پایین در یک تلاش غلط برای مقابله با هیجانات منفی خود درگیر بی‌نظمی رفتاری می‌شوند (کیوق، ریکاردی، تیمپانو، میتچل، ۲۰۱۰). در مدل عدم تنظیم هیجانی به وسیله نقش چشمگیر در تجربه و تنظیم هیجانی مشخص می‌شود. به طور خاص در این مدل معتقد است که افراد با اختلال اضطراب در شناسایی، توصیف و تمایز هیجانی شان از یکدیگر مشکل دارند (درک ضعیف هیجانات) و هیجان‌ها به جای این که منبع اطلاعاتی باشند که رفتار را هدایت می‌کنند، به صورت آزارنده و نامطلوب تجربه می‌شوند (مینین، مک لاگلین و فلاناگان، ۲۰۰۹). در این راستا بیان شده است که تغییرات مورفولوژیکی (ریخت شناسی) و بافت سلولی و تغییرات متابولیکی ناهنجار در بیماران مبتلا اضطراب ترکیب شده است و در درک بی‌نظمی و بیماری زایی عصبی در ارتباط با اختلال شناختی در شکل‌گیری اضطراب کمک کننده است (چانگ-مانگ و جیوانگ وو، ۲۰۱۶).

6. Mennin, McLaughlin & Flanagan

7. Chung-Man & Gwang-Woo

آموزش تکنیک‌های تحمل‌آشفتگی به دانش‌آموزان شرکت‌کننده در این پژوهش کمک کرد که درک درستی از نشانه‌های اضطراب خود داشته باشند و آن‌ها را با آمیخته‌نکنند و این نشانه‌ها را به طور کامل و مجزا از یکدیگر تجربه کنند. در واقع، تجربه کامل نشانه‌های اضطراب (رفتاری - شناختی - فیزیولوژیک) به وسیله مهارت‌های تحمل‌آشفتگی بروز این نشانه‌ها را تعدیل کرد و ارتباط دانش‌آموزان را با افکارشان تغییر داد که این سبب کاهش اضطراب در آن‌ها شد.

در این پژوهش تمرینات برای کمک به دانش‌آموزان در جهت خود آرام‌سازی و شناسایی اهداف آن‌ها استفاده شد. به همین منوال به آن‌ها کمک شد که اهداف و رفتارهای خاصی را در راستای علائق خود تعریف کنند. همچنین، موانعی که احتمالاً در راه رسیدن به اهداف و حرکت در جهت علائق پیش می‌آید نیز شناسایی شدند، بنابراین، دانش‌آموزان شرکت‌کننده در این پژوهش، در زندگی روزمره خود با برنامه و هدف در جهت دست‌یافتن به ارزش‌های خود تلاش می‌کردند که این باعث می‌شد تا دانش‌آموزان بر اضطراب خود غلبه کنند و به سوی اهدافی که از قبل برای خود مشخص کرده‌اند، گام بردارند.

فرضیه دوم پژوهش: آموزش تکنیک‌های تحمل‌آشفتگی بر کاهش اضطراب کودکان دوره ابتدایی بعد از یک ماه پیگیری بدون تغییر معنادار است. با توجه به سطح معناداری مشاهده شده ($P < 0/01$) تفاوت بین پس‌آزمون و پیگیری در گروه آزمایش و کنترل معنادار نیست.

یافته‌های حاصل از پژوهش حاضر حاکی از اثربخشی آموزش تکنیک‌های تحمل‌آشفتگی بر کاهش اضطراب کودکان دوره ابتدایی است و با پیگیری یکماهه، میزان این کاهش تغییر نکرده است. بنابراین با توجه به نتایج پژوهش حاضر و پیشینه تحقیقاتی در این زمینه می‌توان از آموزش تکنیک‌های تحمل‌آشفتگی بر کاهش اضطراب کودکان دوره ابتدایی سود برد. پیشنهاد کاربردی زیر بیان میشود:

- از آنجایی که یافته‌های پژوهش نشان داد که آموزش تکنیک‌های تحمل‌آشفتگی بر کاهش اضطراب کودکان دوره ابتدایی موثر بوده است، بنابراین پیشنهاد می‌شود جهت درمان اضطراب کودکان دوره ابتدایی دانش‌آموزان از این مداخله استفاده شود.

- با توجه به اثربخشی آموزش تکنیک‌های تحمل‌آشفتگی بر کاهش اضطراب کودکان دوره ابتدایی پیشنهاد می‌شود مشاوران مدارس و مراکز آموزشی، در جهت ارتقای سلامت روان دانش‌آموزان، کارگاه‌هایی با رویکرد آموزش تکنیک‌های تحمل‌آشفتگی در مدارس برگزار کنند.

منابع

۱. ابراهیم زاده، مریم (۱۳۹۴). رابطه ویژگی‌های شخصیتی و سیستم‌های مغزی-رفتاری با اضطراب در دانشجویان دختر کارشناسی ارشد رشته روانشناسی دانشگاه آزاد قزوین. پایان نامه کارشناسی ارشد رشته روانشناسی عمومی، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد قزوین.
۲. ابوالقاسمی، عباس، جعفری، عیسی. (۱۳۹۱). اثربخشی رفتاردرمانی دیالکتیکی بر تصویر بدنی و خودکارآمدی در دختران مبتلا به پر خوری عصبی، جمله روان شناسی بالینی، دوره چهارم، شماره ۲
۳. اتکینسون، ریتال، اتکینسون، رچارد سی، ادوارد ای، سوزان نوان. (۱۹۹۹). زمینه روانشناسی هیلگارد، ترجمه براهنی، محمد تقی، تهران: انتشارات رشد.
۴. حسنوند عموزاده، مهدی؛ روشن چسلی، رسول. (۱۳۹۲). رابطه ی بین سیستم‌های مغزی-رفتاری و جنس با اضطراب اجتماعی. پژوهنده (مجله پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی). ۱۸ (۳)، ۱۱۴-۱۲۱.
۵. حسینی، سعیده. (۱۳۸۴). بررسی شناخت درمانی گروهی در کاهش افسردگی و افزایش سلامت روان بیماران مبتلا به ام اس تحت پوشش انجمن ام اس ایران، پایان نامه کارشناسی ارشد، رشته مشاوره، دانشگاه الزهرا تهران: تهران.
۶. حقایق، سید عباس، نشاط دوست، حمید طاهر، ادیبی، پیمان، عسگری، کریم (۱۳۹۱)، اثربخشی رفتار درمانی دیالکتیک بر اختلالات خواب بیماران مبتلا به سندروم روده ی تحریک پذیر، مجله تحقیقات علوم رفتاری، دوره اول، شماره ۷
۷. شریفی، ونداد (۱۳۸۳). پایایی و قابلیت اجرای نسخه مصاحبه ساختار یافته ی تشخیصی DSM-IV (SCID). فصلنامه تازه‌های علوم شناختی، ۱ و ۲، ۲۲-۱۰.
۸. شعبانی، مینا، قریشی، سید ابوالفضل (۱۳۸۷)، بررسی عملکرد تیروئید در بیماران مبتلا به اختلال افسردگی اساسی و اختلال پانیک در شهر زنجان (۱۳۸۵)، فصل نامه علمی-پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی کرمانشاه، سال ۱۲، شماره ۴
۹. صالحی، اعظم، باغبان، ایران، بهرامی، فاطمه، احمدی، سید احمد. (۱۳۹۱). تاثیر دو روش آموزش تنظیم هیجان مبتنی بر مدل فرایند گراس و رفتار درمانی دیالکتیک، بر علائم مشکلات هیجانی، مجله تحقیقات علوم پزشکی زاهدان، دوره ۱۴، شماره ۲.
۱۰. صفوی شاملو، ملیحه. (۱۳۸۷). مقایسه کارایی و اثربخشی درمان فراشناختی و درمان شناختی رفتاری بر اختلال اضطراب منتشر. پایان نامه کارشناسی ارشد دانشکده علوم تربیتی و روانشناسی، دانشگاه فردوسی مشهد.
۱۱. عزیززی، فریدون. (۱۳۸۵). جدال علمی در تشخیص و درمان کم کاری تیروئید، مجله غدد درون ریز و متابولیسم ایران، دوره ۸، شماره ۳، ص ۲۰۷-۲۰۸.

۱۲. علوی، خدیجه (۱۳۹۰)، راهبردهای درمانی در رفتار درمانی دیالکتیکی، فصلنامه تازه های روان درمانی، سال پانزدهم، شماره ۵۹ و ۶۰
۱۳. کربلایی محمد میگونی، احمد، احدی، حسن، پاشا شریفی، حسن، جزایری، سید مجتبی. (۱۳۸۹). اثربخشی رفتار درمانگری دیالکتیکی همراه با دارو درمانگری در مقایسه با دارو درمانگری در کاهش افکار خود کشی بیماران دچار افسردگی اساسی اقدام کننده به خود کشی، فصل نامه روان شناسی کاربردی، سال، ۴، شماره، ۴ (۱۶)، زمستان، ۱۳۸۹، ۲۵-۴۱
۱۴. کندال، فیلیپ سی (۱۳۹۴). روان شناسی مرضی کودک. (ترجمه بهی بهمن نجاریان و ایران داوودی، ۱۳۹۴. تهران: رشد.
۱۵. گراهام، فیلیپ، (۱۳۹۱). درمان شناختی - رفتاری برای کودکان و خانواده ها. ترجمه ی محمدرضا محمدی، هوشمند هاشمی کهن زاد. تهران: دانشگاه علوم بهزیستی و توان بخشی.
۱۶. گودرزی، ژیللا. (۱۳۸۳). بررسی اثربخشی راهبردهای شناختی- رفتاری شامل تکنیک های توقف فکر، حل مسئله و جرات ورزی در درمان اختلالات افسردگی اساسی، کارشناسی ارشد بالینیف دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی ایران.
۱۷. لایق، پروین، موسوی، زهره. (۱۳۸۵). همراهی درمویپاتی و افتالمویپاتی با کمکاری خود ایمن تیروئید، مجله دانشکده پزشکی دانشگاه علوم پزشکی مشهد، سال ۴۹، شماره ۹۴، ص ۴۶۵-۴۶۸
۱۸. نادری، طیبه، هنرور، زهرا، بهرام پور، عباس، یوسف زاده، غلامرضا. (۱۳۹۱). شیوع کم کاری تیروئید در خانم های باردار مراجعه کننده به درمانگاه شهید دادبین کرمان بر حسب عوامل خطر، مجله دانشگاه علوم پزشکی کرمان، دوره ۱۹، شماره ۳، ص ۲۲۵-۲۳۲.
۱۹. هیوز، جان. ان. (۱۳۹۵). روان شناسی بالینی کودک. ترجمه ی نجاریان، خداحیمی و مکوندی، اهواز: انتشارات مردمک.

20. Alavi Kh, Modarres Gharavi M, Amin-Yazdi M, Salehi SA, Fadari J. [Effectiveness of group dialectical behavior therapy (based on core mindfulness, distress tolerance and emotion regulation components) on depressive symptoms in university students]. J Fundam Ment Health. 2011; 13,2 (50) : 124-35. (Persian)
21. Aldao, A., Nolen-Hoeksema, S., & Schweizer, S. (2010). Emotion-regulation strategies across psychopathology: A meta_analytic review. Clinical Psychology Review, 30, 217-237.
22. American Psychiatric Association (2013). Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-5), (5 th ed (Washington, DC: American Psychiatric Publishing.

23. Aminorroaya, A., Janghorbani, M., Amini, M., Hovsepian, S., Tabatabaei, A., Fallah, Z., 2009. The prevalence of thyroid dysfunction in an iodine-sufficient area in Iran, *Arch Iranian Med*, 12 (3), 262-270.
24. Axelrod SR, Perepletchikova F, Holtzman K, Sinha R. 2011. Emotion regulation and substance use frequency in women with substance dependence and borderline personality disorder receiving dialectical behavior therapy. *Am J Drug Alcohol Abuse.* ; 37 (1) : 37-42.
25. Berenbaum, H., Bredemeier, K., Thompson, R. J. (2008). Intolerance of uncertainty: Exploring its dimensionality and associations with need for cognitive closure, psychopathology, and personality. *J Anxiety Disord.* 22 (1), 117–25.
26. Feldman G, Harley R, Kerrigan M, Jacobo M, Fava M. Change in emotional processing during a dialectical behavior therapy-based skills group for major depressive disorder. *Behav Res Ther.* 2009 Apr; 47 (4) : 316-21.
27. Fleischhaker C, Bohme R, Sixt B, Bruck C, Schneider C, Schulz E. 2011 Dialectical Behavioral Therapy for Adolescents (DBT-A) : a clinical Trial for Patients with suicidal and self-injurious Behavior and Borderline Symptoms with a one-year Follow-up. *Child Adolesc Psychiatry Ment Health*,5 (1) : 3.
28. Freeston, M. H., Rhéaume, J., Letarte, H., Dugas, M. J., Ladouceur, R. (1994). Why do people worry? *Pers Individ Dif.* 17 (6), 791–802.
29. Handley TE, Inder KJ, Kay-Lambkin FJ, Stain HJ, Fitzgerald M, Lewin TJ, Attia JR, Kelly BJ. 2012. Contributors to suicidality in rural communities: beyond the effects of depression. *BMC Psychiatry*, 12: 105.
30. Harrington JJ, Avidan AY. 2005. Treatment of sleep disorders in elderly patients. *Curr Treat Options Neurol*; 7 (5) : 339-52.
31. Hazlett-Stevens, H. (2008). Psychological approaches to generalized anxiety disorder: A clinician's guide to assessment and treatment. New York: Springer Verlag.
32. Heinrich W, Graham G. 2003. Hypothyroidism presenting as psychosis myxedema madness revisited. Primary care companion. *J Clin Psychiatr*; 5:260-66.
33. Karbalaee Mohammad Meygoni A, Ahadi H. Declining the Rate of Major Depression: Effectiveness of Dialectical Behavior Therapy. *Procedia - Social and Behavioral Sciences.* 2012; 35: 230-236.
34. Kia, H., & Denise, B. (2014). Statistics anxiety and the Big Five personality factors. *International Conference on Education & Educational Psychology 2013 (ICEEPSY 2013).* Social and Behavioral Sciences 112, 1177 – 1186.
35. Lanfranco,F., 2013. Sleep apnea syndrome and hypothyroidism, *Endocrine*, 44: 551-552.

36. Lapcević M. 2005. Autoimmune thyroid disease and associated diseases. *Srp Arh Celok Lek*; 133: 84-87.
37. Linda A. Dimeff, Eric A. Woodcock, Melanie S. Harned (2011) Can Dialectical Behavior Therapy Be Learned in Highly Structured Learning Environments? Results From a Randomized Controlled Dissemination Trial, *Behavior Therapy*, 42, 263–275
38. Linehan M. 1993. Skills training manual for treating borderline personality disorder. New York: Guilford press;.
39. Melanie S. Harned, Safia C. Jackson, Katherine A. Comtois, Marsha M. Linehan (2010). Dialectical Behavior Therapy as a Precursor to PTSD Treatment for Suicidal and/or Self-Injuring Women With Borderline Personality Disorder, *Journal of Traumatic Stress*, Vol. 23, No. 4, pp. 421–429
40. Miller PA, Rathus JH, Linehan M., 2007. *Dialectical Behavior Therapy with Suicidal Adolescents*. New York, Guilford Press.
41. Min Kim, S., Stewart, R., Young Kim, S., et al., 2010. Thyroid stimulating Hormone, cognitive Impairment and Depression in an older Korean population, *Korean neuropsychiatric Association*, 7. 4. 264.
42. Motaz, B., Moataz, H. (2014). Prevalence of anxiety and depression among medical and pharmaceutical students in Alexandria University. *Alexandria Journal of Medicine*. 51 (2), 167-173.
43. Neacsiu AD, Rizvi SL, Linehan, MM., 2010. Dialectical behavior therapy skills use as a mediator and outcome of treatment for borderline personality disorder. *Behav Res Ther*, 48 (9) : 832-9.
44. Reber, S. A., & Reber, E. S. (2001). *The Penguin Dictionary of Psychology*, (3rd ed) London: Penguin.
45. Rihmer Z, Gonda X., 2012. Pharmacological prevention of suicide in patients with major mood disorders. *Neurosci Biobehav Rev*.
46. Robins Cikoons CR., 2004. Dialectical Behavior therapy of server personality disorders. In: Magnavita JJ, Editor. *Handbook of Personality Disorders: Theory and Practice*. New Jersey, NJ: John Wiley & Sons, 221-5.
47. Venables, N. C. (2009). Genetic and disorder-specific of resting state EEG abnormalities in schizophrenia. *Schizophr Bull*. 35 (4), 826-39.
48. Vidyanidhi K, M Sudhir P., 2009. Interpersonal sensitivity and dysfunctional cognitions in social anxiety and depression. *Asian J Psychiatr*. 2 (1) : 25-8.
49. Yasin, A. S., & Dzulkifli, M. A. (2009). *Differences in Psychological Problems between Low and High Achieving Students*, *The Journal of Behavioral Science*. 4 (1), 49-58.