

اثربخشی رفتار درمانی دیالکتیکی بر کاهش اضطراب و مدیریت هیجان و بهبود کیفیت زندگی در بیماران مبتلا به افسردگی

آرش سلطان بگلو

دانشجوی کارشناسی ارشد روانشناسی عمومی دانشگاه آزاد اسلامی، واحد کرج (امیرالمؤمنین)

چکیده

اختلالات روانی از جمله افسردگی و اضطراب از جمله بیماری‌های عصر کنونی هستند. اضطراب و افسردگی زندگی فرد را مختل می‌کنند و پیامدهای منفی گوناگونی برای جامعه و فرد دارد از همین رو به‌کارگیری و استفاده از تکنیک‌های روان‌درمانی در تشخیص و کاهش علائم اضطراب و افسردگی مهم هستند، یکی از این تکنیک‌ها، رفتار درمانی دیالکتیکی است که می‌تواند در کاهش اضطراب، مدیریت هیجان و بهبود کیفیت زندگی فرد مهم باشد در همین خصوص این مطالعه نیز با هدف بررسی اثربخشی رفتار درمانی دیالکتیکی بر کاهش اضطراب و مدیریت هیجان و بهبود کیفیت زندگی در بیماران مبتلا به افسردگی انجام شد. در این پژوهش از طرح آزمایشی با گروه آزمایش و کنترل استفاده شده است. جامعه‌ی آماری شامل کلیه بیماران مبتلا به افسردگی در شهر تهران است. با استفاده از روش نمونه‌گیری تصادفی ساده ۳۰ نفر از این بیماران به‌عنوان نمونه انتخاب شدند در یک گروه آزمایشی (شامل ۱۵ بیمار افسرده) و یک گروه کنترل (۱۵ بیمار افسرده) قرار گرفتند. جلسه‌ای برای تبیین اهداف تحقیق و مداخله تشکیل شد؛ و گروه آزمایش به مدت ۳ ماه (۸ جلسه) جلسات هفتگی ۶۰ دقیقه‌ای دریافت کردند، درحالی‌که گروه کنترل هیچ مداخله‌ای دریافت نکرد. قبل و بعد از مرحله آموزش، تمامی شرکت‌کنندگان پرسشنامه اضطراب، مدیریت هیجان و کیفیت زندگی را تکمیل کردند. داده‌ها با استفاده از نرم‌افزار SPSS نسخه ۲۲ مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت. سطح معنی‌داری ۰,۰۵ تعیین شد. نتایج تجزیه و تحلیل داده‌ها با استفاده از تحلیل واریانس چند متغیره نشان داد که بین گروه آزمایشی و کنترل تفاوت معنی‌داری در خصوص نمره متغیرهای پژوهش وجود داشت. نتایج نشان داد رفتار درمانی دیالکتیکی بر کاهش اضطراب و مدیریت هیجان و بهبود کیفیت زندگی در بیماران مبتلا به افسردگی مؤثر است ($sig > 0.05$). این مطالعه نشان داد که آموزش رفتار درمانی دیالکتیکی در بین بیماران افسرده می‌تواند علاوه بر کاهش اضطراب و بهبود کیفیت زندگی بر مدیریت هیجان نیز تأثیر بگذارد از همین رو آموزش این روش درمانی توصیه شد

کلیدواژه: رفتار درمانی دیالکتیکی، مدیریت هیجان، کیفیت زندگی، کاهش اضطراب، بیماری افسردگی

مقدمه

سبک زندگی عصر مدرن تأثیر روانی بر ذهن افراد می‌گذارد که باعث ناراحتی عاطفی و افسردگی می‌شود (ویترویل^۱ و همکاران، ۲۰۱۴). افسردگی یک اختلال روانی غالب است که بر تفکر و رشد ذهنی فرد تأثیر می‌گذارد. طبق گزارش سازمان جهانی بهداشت، تقریباً یک میلیارد نفر دارای اختلالات روانی هستند و بیش از ۳۰۰ میلیون نفر در سراسر جهان از افسردگی رنج می‌برند (علیم^۲ و همکاران، ۲۰۲۲). تقریباً ۳٫۸ درصد از افراد در جهان تحت تأثیر افسردگی قرار دارند (کروپ و هودس^۳، ۲۰۲۳). افسردگی در افکار خودکشی در فرد غالب است. سالانه حدود ۸۰۰۰۰۰ نفر دست به خودکشی می‌زنند؛ بنابراین، نیاز به یک پاسخ جامع برای مقابله با بار مشکلات سلامت روان است (استنتون^۴ و همکاران، ۲۰۲۰). افسردگی ممکن است به وضعیت اجتماعی-اقتصادی یک فرد آسیب برساند. افرادی که از افسردگی رنج می‌برند تمایل بیشتری به معاشرت ندارند. مشاوره و درمان‌های روانشناختی می‌تواند به مبارزه با افسردگی کمک کند. بررسی‌ها نشان می‌دهد افسردگی می‌تواند علائم متفاوتی داشته باشد که این‌ها شامل تغییرات خلق و خو، کاهش لذت و تغییرات در سطوح انرژی باشد که باعث اختلال در زندگی روزمره می‌شود. در موارد شدید این منجر به افکار یا اقدام به خودکشی می‌شود (کلاین و فلانگان^۵، ۲۰۱۶). فرد افسرده در مورد کاستی‌های خود نشخوار می‌کند، نسبت به کارهای گذشته احساس گناه می‌کند و نسبت به آینده خود احساس غم و اندوه دارد. وقتی افسرده هستیم، روشی که «خودمان را در دنیا می‌یابیم» یکسان نیست (دیوی و هریسون^۶، ۲۰۲۲). از همین رو مشخص است که فرد دارای اختلالات افسردگی دارای کیفیت زندگی بسیار پایینی است. طبق تعریف سازمان بهداشت جهانی (WHO) کیفیت زندگی به ادراک یک فرد از موقعیت خود در زندگی در چارچوب فرهنگ و نظام ارزشی که در آن زندگی می‌کند، و در ارتباط با اهداف، انتظارات، استانداردها و نگرانی‌هایش اشاره دارد. کیفیت زندگی یک مفهوم چند بعدی است که سلامت جسمانی، سطح استقلال، سلامت روانی، معنویت، روابط اجتماعی و ارزیابی ویژگی‌های محیطی را پوشش می‌دهد (کاله و گدیک^۷، ۲۰۲۰). از طرفی کیفیت زندگی تحت تأثیر بسیاری از بیماری‌ها است. بیماری‌های مختلف به‌طور متفاوتی بر حوزه‌های کیفیت زندگی تأثیر می‌گذارند و حوزه روان‌شناختی در طیف وسیعی از بیماری‌ها تحت تأثیر قرار می‌گیرد. مطالعات نشان داده است که کیفیت زندگی با استرس درک شده، استرس عاطفی، اضطراب، مدیریت هیجان، افسردگی و شکایات فیزیکی همبستگی منفی معنادار دارد (الکسوپولوس^۸ و همکاران، ۲۰۱۴؛ لپ^۹، ۲۰۰۹؛ لپ، ۲۰۱۶).

اضطراب یک دوره مکرر از احساسات شدید کنترل نشده ترس، گیجی، تاکی کاردی و علائم مختلف هراس است. دوره کوتاه واکنش فاز افسردگی یک واکنش طبیعی به استرس روزمره است (وحید^{۱۰} و همکاران، ۲۰۲۳). با این حال، اگر علائم اپیزودیک ناراحتی ادامه یابد که مانع فعالیت روزانه فرد شود، آن را یک اختلال اضطرابی در نظر می‌گیریم (راخی^{۱۱} و

¹ . Vitriol

² . Aleem

³ . Kropp & Hodes

⁴ . Stanton

⁵ . Klein, S. L., & Flanagan

⁶ . Davey & Harrison

⁷ . Kale & Gedik

⁸ . Alexopoulos

⁹ . Lipp

¹⁰ . Wahid

¹¹ . Raikhy

همکاران، ۲۰۱۷) نوع اصلی اضطراب، اختلال اضطراب فراگیر است. علاوه بر این، همچنین با اختلالات مختلف افسردگی یا رفتاری همراه است که مدیریت و تنظیم هیجانات را دشوار می‌کند (بالنجر^۱ و همکاران، ۲۰۰۴). هوجشیلد^۲ (۱۹۸۳) با تکیه بر نظریه مدیریت برداشت گافمن^۳ (۱۹۵۹) در ابتدا مدیریت هیجان را به‌عنوان تعدیل یا مدیریت عبارات عاطفی یک فرد برای همسویی با قوانین نمایش بافت اجتماعی یا نقش‌ها و مدیریت هیجان متمایز که در یک زمینه عمومی انجام می‌شود تعریف کرد. او همچنین انتقاد کرد که تحت محدودیت‌های هنجارهای هیجانی، افراد احساسات خود را اغراق می‌کنند یا سرکوب می‌کنند تا اطمینان حاصل شود که عبارات آنها مناسب تلقی می‌شود، که می‌تواند منجر به بیگانگی عاطفی مضر و ناسازگاری‌های ناراحت‌کننده بین احساسات نمایش داده شده و احساس شده شود (به نقل از لیو^۴، ۲۰۲۳). مفهوم محوری مدیریت هیجان، که به‌عنوان تغییر وضعیت عاطفی افراد برای برآوردن معیارهایی که از نظر جمعی مناسب‌تر است، توصیف می‌شود، می‌تواند در گفتمان احساسات معرفی شود (لانگلوتس و لوچر^۵، ۲۰۱۳). تنظیم هیجان یک عامل مهم و تعیین‌کننده در بهزیستی روان‌شناختی است که نقش اساسی در سازگاری با رویدادهای استرس‌زا زندگی ایفا می‌کند (بهرامی و همکاران، ۱۳۹۴) و از همین رو بر بهبود کیفیت زندگی فرد نیز تأثیر دارد.

هدف این مطالعه بررسی اثربخشی رفتار درمانی دیالکتیکی بر تنظیم اضطراب و مدیریت هیجان و بهبود کیفیت زندگی در بیماران مبتلا به افسردگی است. رفتار درمانی دیالکتیکی از تلاش‌ها برای اعمال رفتار درمانی استاندارد در درمان افرادی است که گرایش شدیدی به خودکشی دارند پدید آمد. در اصل، رفتار درمانی دیالکتیکی یک تلاش بالینی آزمون و خطا بود که مبتنی بر کاربرد اصول رفتاری و نظریه یادگیری اجتماعی در رفتارهای خودکشی بود (لاینهان و ویلکس^۶، ۲۰۱۵). رفتار درمانی دیالکتیکی بخشی از «موج سوم» درمان‌های شناختی است که ساختار مدولار و سلسله‌مراتبی دارد. این برای درمان اختلال شخصیت مرزی دشوار است اما برای اختلالات روانپزشکی متعدد استفاده شده است. این شامل روان‌درمانی فردی، آموزش مهارت‌های گروهی، مربی‌گری تلفنی و جلسات تیم رفتار درمانی دیالکتیکی است. هدف رفتار درمانی دیالکتیکی با استفاده از ترکیبی از راهبردهای شناختی و رفتاری، توسعه مهارت‌هایی است که باعث ارتقای ذهن آگاهی، اثربخشی بین فردی، تنظیم هیجان و تحمل‌پذیری می‌شود (جونز^۷ و همکاران، ۲۰۲۳). در همین خصوص لینچ و همکاران (۲۰۰۳) به بررسی اثربخشی درمان ضد افسردگی اختلال افسردگی را با رفتار درمانی دیالکتیکی پرداختند. نویسندگان به این نتیجه رسیدند که گروه مهارت‌های رفتار درمانی دیالکتیکی به‌علاوه مربی‌گری مهارت‌های تلفنی ممکن است یک تقویت مفید برای درمان دارویی بیماران افسرده‌مس‌تر باشد. از طرفی رفتار درمانی دیالکتیکی بر کاهش اضطراب نیز تأثیر دارد (سیسلر^۸ و همکاران، ۲۰۱۰). همچنین اثربخشی این روش درمانی در سایر اختلالات روانی نیز تایید شده است (سیسلر و اولاتونجی^۹، ۲۰۱۲؛ نیاکسیو^{۱۰} و همکاران، ۲۰۱۴) از جمله این عدم توانایی مدیریت هیجان است. در همین خصوص مطالعات خدابخشی

1. Ballenger

2. Hochschild

3. Goffman's

4. Liu

5. Langlotz & Locher

6. Linehan & Wilks

7. Jones

8. Cisler

9. Olatunji

10. Neacsu

کولایی^۱ و همکاران (۲۰۲۲) نشان داد مداخله مربوط به رفتاردرمانی دیالکتیکی بر تنظیم هیجان و اضطراب مرگ در زنان مسن اثربخش است. نتایج مطالعات مامی و همکاران (۱۳۹۵) نشان داد رفتاردرمانی دیالکتیکی در درمان علائم افسردگی، اضطراب و استرس در بیماران مبتلا به اختلال بی‌اشتهایی عصبی مؤثر است. مطالعات حاجی علیزاده و نوری زاده (۱۳۹۶) نیز نشان دهنده اثربخشی رفتاردرمانی دیالکتیکی در کاهش اضطراب و بهبود سازگاری اجتماعی بیماران دیابتی بود. در نهایت مطالعات بارانی و فولادچنگ (۱۴۰۱) نیز 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 از همین رو این درمان را می‌توان استفاده کرد تا از این منظر بهبود کیفیت زندگی افراد مبتلا به افسردگی حاصل شود. از طرفی اگرچه رفتاردرمانی دیالکتیکی به طور گسترده در سراسر ایالات متحده و در سطح جهانی منتشر شده است بخش بزرگی از جمعیت باقی مانده است که به رفتاردرمانی دیالکتیکی نیاز دارند اما نمی‌توانند به درمان دسترسی داشته باشند برنامه‌های رفتاردرمانی دیالکتیکی کاملاً پایبند کمیاب هستند و با تقاضای بالا برای این خدمات بالینی مطابقت ندارند (ناوارو-هارو^۲ و همکاران، ۲۰۱۹). این شکاف بین نیاز و در دسترس بودن به‌ویژه برای رفتاردرمانی دیالکتیکی مشکل‌ساز است، زیرا بسیاری از افراد ارجاع‌شده با رفتارهای حاد تهدیدکننده زندگی نشان می‌دهند و عدم دسترسی به مراقبت می‌تواند پیامدهای منفی درازمدت قابل توجهی برای بیماران و خانواده‌هایشان داشته باشد همانطوری که اشاره شد تعداد از تحقیقات نشان می‌دهد که مداخلات مربوط به رفتاردرمانی دیالکتیکی در درمان برخی از اختلالات اثربخش است؛ اما تحقیقات در خصوص اثربخشی این روش درمانی بر روی کاهش اضطراب و مدیریت هیجان و بهبود کیفیت زندگی در بیماران مبتلا به افسردگی بسیار اندک است از همین رو این مطالعه با هدف بررسی اثربخشی رفتاردرمانی دیالکتیکی بر کاهش اضطراب و مدیریت هیجان و بهبود کیفیت زندگی در بیماران مبتلا به افسردگی انجام می‌شود

روش تحقیق

این پژوهش با توجه به هدف و کاربرد از نوع پژوهش کاربردی می‌باشد چرا که در پژوهش حاضر چون اثربخشی رفتاردرمانی دیالکتیکی بر کاهش اضطراب و مدیریت هیجان و بهبود کیفیت زندگی در بیماران مبتلا به افسردگی مورد بررسی قرار می‌گیرد، بنابراین در این پژوهش از روش شبه آزمایشی (پیش‌آزمون، پس‌آزمون با گروه کنترل) بود. به عبارتی این پژوهش از نوع کاربردی می‌باشد. با توجه به نوع مسئله و فرضیه، روش این پژوهش شبه آزمایشی و طرح این پژوهش، طرح دو گروهی با پیش‌آزمون - پس‌آزمون با گروه کنترل می‌باشد که دیاگرام آن به قرار زیر است:

$$\begin{array}{ccccc} T_2 & X & T_1 & E & R \\ T_2 & - & T_1 & C & R \end{array}$$

جامعه آماری این تحقیق شامل کلیه بیماران مبتلا به افسردگی است که در نیمه دوم سال ۱۴۰۱-۱۴۰۰ جهت درمان به کلینیک‌های مشاوره و روانشناسی در شهر تهران مراجعه نموده و بالغ بر ۲۰۰ نفر بودند. از ملاک‌های ورود به پژوهش شرکت داوطلبانه و داشتن اختلال افسردگی بود. از ملاک‌های خروج از برنامه‌ی پژوهش، سابقه‌ی بستری در مراکز روان پزشکی به دلیل اختلالات روان پزشکی مانند اعتیاد، اضطراب منتشر و ... و نیز عدم همکاری و شرکت نامرتب در جلسات آموزش و درمان بود. روش نمونه‌گیری بدین صورت بود که از کل افراد جامعه‌ی آماری، تعداد ۶۰ نفر به طور داوطلبانه مورد مصاحبه‌ی بالینی قرار گرفتند و پس از اجرای پرسشنامه‌ی ۲۱ ماده‌ای افسردگی بک (BDI-II)، در نهایت ۳۰ نفر براساس نشانه‌های

^۱. Khodabakhshi-Koolae

^۲. Navarro-Haro

افسردگی شدید با ملاک شمول نمره‌ی ۱۴ و بالاتر واجد شرایط شناخته و نیز با مصاحبه‌ی روان پزشکی براساس DSMIV در افسردگی اساسی به‌عنوان نمونه‌ی این پژوهش انتخاب شدند. سرانجام براساس طرح پژوهش، ۳۰ نفر انتخابی به صورت تصادفی در دو گروه آزمایشی (۱۵ نفر) و گروه کنترل (۱۵ نفر) جایگزین شدند.

درحالی‌که گروه کنترل هیچگونه آموزشی دریافت نکرد. سپس از هر دو گروه پس از آزمون گرفته شد تا نتایج دو گروه با هم مقایسه شود. در نهایت گروه کنترل پس از تکمیل تحقیقات در مداخله جدید شرکت کردند. پس از آزمون افسردگی در این مطالعه از سه پرسشنامه دیگر نیز استفاده شد و همه بیماران در این مطالعه به این سه پرسشنامه پاسخ دادند این پرسشنامه‌ها شامل؛

پرسشنامه اضطراب: که این پرسشنامه در سال ۱۹۸۸ توسط بک و همکارانش ساخته شد. پرسشنامه BAI دارای ۲۱ سوال است و جواب هر سوال به صورت لیکرت چهار درجه‌ای از اصلا تا شدید است که روایی و پایایی این ابزار در مطالعات داخلی تایید شده است. در این مطالعه روایی پرسشنامه با استفاده از روایی صوری تایید شد و مقدار الفای کرونباخ نیز برابر با ۰/۸۸ محاسبه و تایید شد.

پرسشنامه مدیریت هیجانی: راجر و نشور (۱۹۸۷)، ساختار اولیه پرسشنامه مدیریت هیجانی را تنظیم و راجر و نجاریان (۱۹۸۹) این پرسشنامه را تجدید نظر نمودند. پرسشنامه مذکور چهار مولفه (بازداری هیجان، مهار پرخاشگری، نشخوارگری یا مرور ذهنی و مهار خوش خیم؛ و ۵۶ ماده دارد اعتبار مقیاس با استفاده از روش همسانی درونی و محاسبه ضریب الفای کرونباخ بررسی شد و تایید شده است در این مطالعه روایی پرسشنامه با استفاده از روایی صوری تایید شد و مقدار الفای کرونباخ نیز برابر با ۰/۷۴ محاسبه و تایید شد

پرسشنامه کیفیت زندگی: یک پرسشنامه ۲۶ سوالی است که کیفیت زندگی کلی و عمومی فرد را می‌سنجد. این مقیاس در سال ۱۹۹۶ توسط گروهی از کارشناسان سازمان بهداشت جهانی و با تعدیل گویه‌های فرم ۱۰۰ سوالی این پرسشنامه ساخته شد. این پرسشنامه دارای ۴ زیرمقیاس و یک نمره کلی است. این زیرمقیاس‌ها عبارتند از: سلامت جسمی، سلامت روان، روابط اجتماعی، سلامت محیط اطراف و یک نمره کلی. در ابتدا یک نمره خام برای هر زیرمقیاس به دست می‌آید که باید از طریق یک فرمول به نمره‌ای استاندارد بین ۰ تا ۱۰۰ تبدیل شود. نمره بالاتر نشان دهنده کیفیت زندگی بیشتر است. روایی و پایایی این ابزار در مطالعات داخلی تایید شده است. در این مطالعه روایی پرسشنامه با استفاده از روایی صوری تایید شد و مقدار الفای کرونباخ نیز برابر با ۰/۸۹ محاسبه و تایید شد

داده‌های گروه با استفاده از فرم‌های اطلاعات فردی (پرسشنامه دموگرافیک) که شامل اطلاعاتی مانند سن، وضعیت تاهل، تحصیلات، قد و وزن بود، جمع‌آوری شد. برای تجزیه و تحلیل داده‌ها از تحلیل کوواریانس با استفاده از نرم‌افزار SPSS نسخه ۲۲ استفاده شد. طرح درمانی رفتاردرمانی دیالکتیکی در شامل طرحی است که توسط سالباچ اندره و همکاران (۲۰۰۸) برای یک دوره ۳ ماهه برنامه ریزی شده است و در مطالعات مختلف استفاده شده است

رفتاردرمانی دیالکتیکی عمدتاً روانی - آموزشی است و بر اکتساب مهارت‌های رفتاری تأکید دارد. راهبردهای دیالکتیکی در کل درمان جاری است. سه نوع راهبرد دیالکتیکی وجود دارد. اولین در مورد این است که درمانگر چگونه تعاملات درون روابط درمان را پی ریزی می‌کند؛ دومی شامل این است که چگونه درمانگر رفتارهای ماهرانه را معین می‌کند و سومی شامل راهبردهای خاص معینی است که در طول اداره درمان استفاده می‌شود. موقعیت درمان دیالکتیکی تلفیق دائمی پذیرش با تغییر، انعطاف‌پذیری با پایداری، تربیت (پرورش) با به چالش طلبیدن و تمرکز روی ظرفیت‌ها با نقایص هست (برجلی و همکاران، ۱۳۹۴).

یافته‌های تحقیق

ابتدا اطلاعات مربوط به آمار توصیفی متغیرها بررسی شد و نتایج به شرح جدول زیر ارائه شد

جدول ۱. میانگین متغیرهای آزمایشی در پیش آزمون و پس آزمون

گروه کنترل		گروه آزمایش		ابعاد	متغیرهای آزمایشی
پس آزمون	پیش آزمون	پس آزمون	پیش آزمون		
۷/۹۲	۷/۷۸	۱۵/۸۷	۸/۰۳	بازداری هیجان	مدیریت هیجان
۸/۰۲	۷/۷۲	۱۷/۱۰	۷/۴۰	مهاری پرخاشگری	
۱۵/۹۳	۱۶/۸۰	۴/۳۳	۱۸/۷۰	نشخوارگری یا مرور ذهنی	
۸/۱۸	۸/۱۱	۱۹/۱۷	۷/۹۱	مهاری خوش خیم	
۴۱	۴۴	۱۷	۴۴		اضطراب
۱۱/۰۷	۱۰/۱۴	۲۴/۳۲	۱۳/۱۳	سلامت جسمی	کیفیت زندگی
۱۴/۱۳	۱۳/۸۰	۲۳/۹۱	۱۲/۷۷	سلامت روان	
۱۱/۹۰	۱۲/۷۷	۲۲/۷۴	۱۲/۸۰	روابط اجتماعی	
۱۰/۸۱	۱۱/۹۷	۲۷/۱۵	۱۲/۴۷	سلامت محیط اطراف	

نتایج درج شده در جدول ۱ میانگین و انحراف معیار نمرات متغیرهای تحقیق را در دو گروه آزمایش و گواه در دو زمان پیش آزمون و پس آزمون نشان می‌دهد. همانطور که مشهود است نمرات گروه‌های آزمایش در پس آزمون نسبت به پیش آزمون افزایش داشته است.

در این پژوهش جهت پاسخگویی به فرضیات پژوهشی از تحلیل واریانس چند متغیره با اندازه گیری مکرر استفاده شده است. برای انجام آزمون‌های آماری پارامتریک، علاوه بر فاصله ای بودن مقیاس اندازه گیری متغیرها، وجود شرط همگنی ماتریس‌های واریانس - کوواریانس ضروری است.

در پژوهش حاضر مفروضه‌های فوق‌الذکر به تناسب فرضیات پژوهشی و روش آماری مورد استفاده محاسبه و ذیل هر فرضیه ارائه خواهد شد. جهت اطمینان از یکسان بودن نمرات گروه‌های آزمایش و کنترل در مرحله پیش‌آزمون از آزمون تحلیل واریانس یکراهه استفاده گردید.

جدول ۲. تحلیل واریانس متغیرهای وابسته تحقیق در پیش آزمون در گروه‌ها

متغیرها	منبع تغییرات	مجموع مجذورات	df	میانگین مجذورات	F	سطح معناداری
کاهش اضطراب	بین گروهی	۱۱,۲۸	۲	۶,۲۸	۰,۴۴	۰,۷۱
	درون گروهی	۱۵۱۷,۲۰	۲۸	۱۶,۴۵		
	کل	۱۵۲۰,۵۵	۳۰			
مدیریت هیجان	بین گروهی	۹۴,۴۸	۲	۵۰,۶۴	۰,۷۱	۰,۵۰
	درون گروهی	۵۴۱۶	۲۸	۶۰,۴۰		
	کل	۶۰۴۱,۴۸	۳۰			
کیفیت زندگی	بین گروهی	۱۲۴,۴۲	۲	۵۳,۵۱	۰,۲۷	۰,۳۰
	درون گروهی	۴۴۴۱,۴	۲۸	۵۲,۹۳		
	کل	19166.19	۳۰			

نتایج تحلیل واریانس یکراهه در خصوص مقایسه میانگین‌ها در پیش‌آزمون در جدول ۲ ارائه شده است. نتایج نشان می‌دهد که در پیش‌آزمون تفاوت معناداری میان گروه‌ها وجود ندارد؛ یعنی نمرات آزمودنی‌ها در متغیرهای تحقیق در سه متغیر در پیش‌آزمون تقریباً یکسان می‌باشد. در ادامه فرضیه‌های تحقیق بررسی می‌شوند. فرضیه اول: آموزش رفتار درمانی دیالکتیکی بر کاهش اضطراب مؤثر است. جهت آزمون این فرضیه از تحلیل کوواریانس چندمتغیره استفاده شد. برای اجرای تحلیل کوواریانس، نمرات پیش‌آزمون به‌عنوان متغیر کمکی و نمرات پس‌آزمون به‌عنوان متغیر وابسته و متغیر گروه به‌عنوان متغیر مستقل، در نظر گرفته شده است. یکی از مفروضه‌های مهم در تحلیل کوواریانس که قبل از اجرای این آزمون آماری باید بررسی شود، همگنی ضرایب رگرسیون^۱ است. قبل از اجرای تحلیل کوواریانس مفروضه همگنی ضرایب رگرسیون در گروه‌ها مورد بررسی واقع شد که نتایج حاصله در ادامه ارائه می‌شود با استفاده از آزمون لوین^۲، همگنی واریانس برای متغیرهای آزمایشی انجام شد که در جدول ۳ نتایج ارائه شده است.

جدول ۳. نتایج آزمون لوین برای نمرات پیش‌آزمون کاهش اضطراب

متغیر	F	درجه آزادی ۱	درجه آزادی ۲	معناداری
کاهش اضطراب	۵,۸۰	۲	۲۸	۰,۴۲

باتوجه به نتایج مشاهده می‌شود که F مشاهده شده در هیچ کدام از متغیرها معنادار نمی‌باشد و نتایج حاکی از برقراری مفروضه همگنی واریانس می‌باشد. از آنجا که نتایج حاصل شده از بررسی مفروضه‌های تحلیل کوواریانس و برقراری مفروضه‌ها، تحلیل کوواریانس چندمتغیره برای بررسی تغییر نمرات پرسشنامه کاهش اضطراب محاسبه گردید که نتایج آن در جدول ۴ ارائه شده است.

جدول ۴. تحلیل کوواریانس چندمتغیره برای بررسی تغییرات کاهش اضطراب

منبع تغییر	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	معناداری	مجذور اتا
کاهش اضطراب	۳۴۸,۳۰	۱	۳۴۸,۳۰	۲۲,۴۱	۰,۰۰۱	۰,۷۵
گروه	۸۱,۶۰	۲	۸۱,۶۰	۱۴,۴۴	۰,۰۰۱	۰,۶۰
خطا	۷۷,۶۵	۲۷	۷۷,۶۵			
کل (اصلاح شده)	۵۰۷/۵۵	۳۰				

مشاهده می‌شود، F محاسبه شده برای متغیر گروه در تفاوت کاهش اضطراب برابر با ۲۲,۴۱ می‌باشد که با درجه آزادی ۲ در سطح اطمینان بالای ۹۹٪ ($P < ۰,۰۱$) و خطای کمتر از ۰,۰۰۱ ($p < ۰,۰۰۱$) از لحاظ آماری معنادار هستند؛ بنابراین بهبود نمرات کاهش اضطراب در بین دو گروه آزمایشی و گروه کنترل متفاوت و به لحاظ آماری معنادار می‌باشد. فرضیه دوم: آموزش رفتار درمانی دیالکتیکی بر مدیریت هیجان مؤثر است. با استفاده از آزمون لوین، همگنی واریانس برای متغیرهای آزمایشی انجام شد که در جدول ۵ نشان داده شده است.

1. homogeneity of regression slopes
2. Levene

جدول ۵. نتایج آزمون لوین برای نمرات پیش آزمون مدیریت هیجانی

متغیر	F	درجه آزادی ۱	درجه آزادی ۲	معناداری
مدیریت هیجانی	۲,۲۹	۲	۲۸	۰,۱۴

نتایج بدست آمده از آزمون لوین نشان می دهد که F مشاهده شده در هیچ کدام از متغیرها معنادار نمی باشد و نتایج حاکی از برقراری مفروضه همگنی واریانس می باشد. با توجه به نتایج حاصل شده از بررسی مفروضه های تحلیل کوواریانس و برقراری مفروضه ها، تحلیل کوواریانس یک متغیری برای بررسی تغییر نمرات پرسشنامه مدیریت هیجانی محاسبه شد که نتایج آن در جدول ۶ نشان داده شده است

جدول ۶. تحلیل کوواریانس یک متغیری برای بررسی تغییرات مدیریت هیجان

منبع تغییر	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	معناداری	مجذور اتا
پیش آزمون مدیریت هیجانی	۱۶۰,۳۲	۱	۱۶۰,۳۲	۵۲,۲۵	۰,۰۰۱	۰,۸۰
گروه	۹۱,۳۲۰	۲	۹۱,۳۲۰	۴۱,۲۰	۰,۰۰۱	۰,۷۰
خطا	۳۲,۴۵	۲۷	۳۲,۴۵			
کل (اصلاح شده)	۲۸۴,۰۹	۳۰				

با توجه به نتایج به دست آمده از تحلیل کوواریانس یک متغیره، F محاسبه شده برای متغیر گروه در تفاوت مدیریت هیجان بهبود دهنده برابر با ۵۲,۲۵ می باشد که با درجه آزادی ۲ در سطح اطمینان بالای ۹۹٪ ($P < ۰,۰۱$) و خطای کمتر از ۰,۰۰۱ ($p < ۰,۰۰۱$) از لحاظ آماری معنادار هستند؛ بنابراین بهبود نمره مدیریت هیجان در بین دو گروه آزمایشی و گروه کنترل متفاوت و به لحاظ آماری معنادار می باشد.

فرضیه سوم: آموزش رفتار درمانی دیالکتیکی بر بهبود کیفیت زندگی مؤثر است. به منظور بررسی فرضیه سوم تحقیق نیز از آزمون تحلیل کوواریانس استفاده شد

جدول ۷. نتایج آزمون لوین برای نمرات پیش آزمون کیفیت زندگی

متغیر	F	درجه آزادی ۱	درجه آزادی ۲	معناداری
کیفیت زندگی	۵,۸۰	۲	۲۸	۰,۳۸

نتایج بدست آمده از آزمون لوین نشان می دهد که F مشاهده شده در هیچ کدام از متغیرها معنادار نمی باشد و نتایج حاکی از برقراری مفروضه همگنی واریانس می باشد. با توجه به نتایج حاصل شده از بررسی مفروضه های تحلیل کوواریانس و برقراری مفروضه ها، تحلیل کوواریانس یک متغیری برای بررسی تغییر نمرات پرسشنامه کیفیت زندگی محاسبه شد که نتایج آن در جدول ۸ نشان داده شده است

جدول ۸. تحلیل کوواریانس یک متغیری برای بررسی تغییرات سبک زندگی

منبع تغییر	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	معناداری	مجذور اتا
پیش آزمون کیفیت زندگی	۱۷۴,۳۵	۱	۱۷۴,۳۵	۸۹,۰۸	۰,۰۰۱	۰,۸۶
گروه	۱۰۱,۵۵	۲	۱۰۱,۵۵	۴۷,۷۷	۰,۰۰۱	۰,۷۶
خطا	۲۱,۴۵	۲۷	۲۱,۴۵			
کل (اصلاح شده)	۲۹۷,۳۵	۳۰				

با توجه به نتایج به دست آمده از تحلیل کوواریانس یک متغیره، F محاسبه شده برای متغیر گروه در تفاوت کیفیت زندگی بهبود دهنده برابر با ۸۹,۰۸ می باشد که با درجه آزادی ۲ در سطح اطمینان بالای ۹۹٪ ($P < ۰,۰۱$) و خطای کمتر از ۰,۰۰۱ ($p < ۰,۰۰۱$) از لحاظ آماری معنادار هستند؛ بنابراین بهبود نمره کیفیت زندگی در بین دو گروه آزمایشی و گروه کنترل متفاوت و به لحاظ آماری معنادار می باشد.

نتیجه گیری

رفتار درمانی دیالکتیکی یک مداخله رفتاری موج سوم است که برای بیماران مبتلا به اختلالات پیچیده و شدید رفتاری، عاطفی و بین فردی طراحی شده است (ویلکس^۱ و همکاران، ۲۰۲۱). رفتار درمانی دیالکتیکی یک درمان مؤثر برای طیف وسیعی از مشکلات بالینی در بزرگسالان است، از جمله رفتار خودکشی، خودآزاری غیرخودکشی و اختلال شخصیت مرزی (دکو^۲ و همکاران، ۲۰۱۹؛ پانوس^۳ و همکاران، ۲۰۱۴). در حال حاضر درمان اصلی برای خودآزاری غیرخودکشی و اقدام به خودکشی برای نوجوانان است (بازبی^۴ و همکاران، ۲۰۲۰)، همچنین این روش درمانی بر افسردگی نیز مؤثر است، چرا که رفتار درمانی دیالکتیکی رفتارهای خود ویرانگر مانند افسردگی، اضطراب و سایر مشکلات تنظیم هیجانی را در قالب حل مسئله ناسازگارانه در نظر می گیرد و از تکنیک‌هایی برای حل مشکلات زندگی مراجعان به روش‌های سازگارتر استفاده می کند (تربتی^۵ و همکاران، ۲۰۲۲). در رفتار درمانی دیالکتیکی، چهار بخش در مورد آموزش مهارت‌های رفتاری وجود دارد: آگاهی کل نگر اساسی، تحمل پریشانی، تنظیم هیجانی و کارایی بین فردی. هدف رفتار درمانی دیالکتیکی تسهیل یادگیری مهارت‌های جدید و گسترش آنها به کل بافت زندگی و بهبود مشکلات مربوط به اضطراب و افسردگی است (لینچ^۶ و همکاران، ۲۰۰۷). یادگیری مهارت‌های رفتار درمانی دیالکتیکی با توسعه مهارت‌های مقابله‌ای مؤثر به طور قابل توجهی توانایی مراجع را برای دستیابی به نتایج مثبت افزایش می دهد و کاهش رفتارهای ناسازگار را تسهیل می کند (لاینهان^۷ و همکاران، ۲۰۰۲). یکی از مهارت‌های رفتار درمانی دیالکتیکی، مهارت‌های تحمل پریشانی است که تحمل افراد را در برابر شرایط منفی روان‌شناختی مانند افسردگی و اضطراب بهبود می بخشد (وب^۸ و همکاران، ۲۰۱۶). مهارت‌های تنظیم هیجان یکی دیگر از مهارت‌های رفتار درمانی دیالکتیکی است و بی‌نظمی هیجانی می تواند قبل از شروع اختلالات روانی مانند اضطراب و افسردگی باشد. ارتباط بین افسردگی و مشکلات تنظیم هیجانی در مطالعات تایید شده است (باغبان^۹ و همکاران، ۲۰۱۲). این مطالعه با هدف بررسی اثربخشی رفتار درمانی دیالکتیکی بر کاهش اضطراب و مدیریت هیجان و بهبود کیفیت زندگی در بیماران مبتلا به افسردگی انجام شد. یافته‌های این مطالعه نشان می دهد که رفتار درمانی دیالکتیکی بر کاهش اضطراب مؤثر است در همین خصوص یافته‌های مطالعات نشان می دهد که رفتار درمانی دیالکتیکی می تواند کیفیت زندگی را افزایش داده و سطح اضطراب را در بیماران افسرده کاهش دهد (محمدی و همکاران، ۲۰۱۵). مطالعات دیگر از جمله مطالعات توکلی و همکاران

1. Wilks

2. DeCou

3. Panos

4. Busby

5. Torbati

6. Lynch

7. Linehan

8. Webb

9. Baghban

(۲۰۲۰) و جاجعلی زاده و نوری زاده (۲۰۱۸) نشان دهنده اثربخشی رفتار درمانی دیالکتیکی بر کاهش اضطراب است بنابراین یافته های مربوط به فرضیه اول تحقیق همسو با مطالعات پیشین است.

یافته های این مطالعه نشان داد که رفتار درمانی دیالکتیکی بر مدیریت هیجان تأثیر دارد. مدیریت و پردازش عاطفی به عنوان تلاش های ارادی برای شناخت و درک احساسات فرد تعریف شده است و به طور کلی اعتقاد بر این است که یک راهبرد مقابله در بیماران افسرده است (فلدمن^۱ و همکاران، ۲۰۰۹). اخیراً، رابطه بین اضطراب بالینی و مدیریت هیجانی در نمونه هایی از فوبیای اجتماعی و سایر اختلالات اضطرابی بررسی شده است (سامرفلد^۲ و همکاران، ۲۰۱۱). این مطالعه تأیید کرد که مهارت های مدیریت هیجانی درون فردی در نمونه بیماران فوبیای اجتماعی نسبت به اختلال وسواس فکری-اجباری، اختلال هراس و افراد غیر بالینی پایین تر بود و همچنین شاخص های ناسازگاری رتبه بندی شده توسط پزشک را پیش بینی کرد. این یافته نشان می دهد که توانایی افراد هراس اجتماعی در تشخیص، درک و بیان احساسات خود به ویژه در خطر است و این ناتوانی تنوع منحصر به فردی را در ناسازگاری در مقایسه با سایر اختلالات اضطرابی پیش بینی می کند (نولدین^۳ و همکاران، ۲۰۱۳). در مقابل، در نمونه ای از بیماران افسرده بالینی، داونی^۴ و همکاران (۲۰۰۸) ارتباط معنی داری بین شدت افسردگی و ابعاد هوش هیجانی مدیریت هیجانی و کنترل عاطفی در آزمون هوش هیجانی دانشگاه سوئین برن مشاهده کردند. از طرفی اثربخشی رفتار درمانی دیالکتیکی بر مدیریت هیجان نیز بررسی شده است در همین خصوص سفری و افتاب (۱۴۰۰) در مطالعه خود دریافتند رفتار درمانی دیالکتیکی بر دشواری تنظیم هیجان، احساس گناه و تجارب تجزیه ای در افراد افسرده اثربخش بود و اثر آن در طول زمان تداوم داشت. مطالعه استانه و همکاران (۱۳۹۹) نیز نشان از اثربخشی مهارت -آموزی مبتنی بر رفتار-درمانی دیالکتیکی بر تنظیم- هیجانی، پریشانی و اجتناب- اجتماعی نوجوانان مبتلا به اختلال اضطراب- اجتماعی بود در نهایت یافته های اخوان و سجادیان (۲۰۱۶) نیز نشان دهنده اثربخشی رفتار درمانی دیالکتیکی بر بی ثباتی هیجانی و تکانشگری بیماران دوقطبی بود؛ بنابراین یافته های این فرضیه نیز همسو با مطالعات پیشین بود.

در نهایت یافته های نتایج این تحقیق نشان دهنده اثربخشی رفتار درمانی دیالکتیکی بر بهبود کیفیت زندگی در بیماران مبتلا به افسردگی بود. همانطوری که اشاره شد افسردگی به عنوان یکی از پرهزینه ترین و شایع ترین اختلالات در سراسر جهان شناخته می شود و بار اقتصادی بزرگ آن ناشی از شیوع بالای آن و ناتوانی های عملکردی قابل توجه ناشی از این بیماری است علاوه بر این افسردگی به زوال کیفیت زندگی یا درک ذهنی از رفاه در ابعاد اجتماعی، شغلی یا مرتبط با سلامت منجر می شود (هافمن^۵ و همکاران، ۲۰۱۷؛ کاتسنیگ^۶، ۲۰۰۶). از طرفی مشخص شده است که افسردگی در ایجاد چندین بیماری مزمن پزشکی، از جمله بیماری قلبی و دیابت، که منجر به ناتوانی بیشتر و کیفیت زندگی پایین می شود، نقش دارد (هرمن^۷ و همکاران، ۲۰۰۲؛ گیرلینگز^۸ و همکاران، ۲۰۰۲) بنابراین به کارگیری مداخلات فتاری در خصوص کاهش افسردگی و بهبود کیفیت زندگی می تواند از طریق رفتار درمانی دیالکتیکی حاصل شود. به صورتی که یافته های این مطالعه این مداخله را در بهبود کیفیت زندگی بیماران تأیید کرد این یافته های با نتایج مطالعات بهرامی و زاهدی (۱۳۹۷)، برجعلی و همکاران

1. Feldman

2. Summerfeldt

3. Nolidin

4. Downey

5. Hofmann

6. Katschnig

7. Herrman

8. Geerlings

(۱۳۹۴)، نریمان و همکاران (۱۳۹۳) در مطالعات داخلی و در مطالعات خارجی با نتایج یافته های تحقیقات لی^۱ و همکاران (۲۰۲۲)، پانوز^۲ و همکاران (۲۰۱۴) و پاسیچینی و کانر^۳ (۲۰۱۱) تا حدی همسو است.

نتایج یافته های پژوهش حاضر از چندین دیدگاه و در زمینه های گوناگون می تواند کاربردی شود؛ این یافته ها را میتوان در حوزه های روان درمانی، مشاوره درمانی، روان شناسی و ... استفاده کرد؛ چرا که نتایج حاصل از اثربخشی رفتاردرمانی دیالکتیکی به صورت ترکیب یک روش درمانی- آموزشی و حمایتی، منجر به کاهش اضطراب، بهبود مدیریت هیجان و بهبود کیفیت زندگی در افراد می شود یافته های پژوهش کنونی به طور بالقوه تلویحات کاربردی مهمی برای ارتقای سلامت روانی افراد مبتلا به افسردگی و مشکلات و مسائل مربوط به اضطراب اجتماعی را به همراه دارد. یکی از تلویحات می تواند این مهم باشد که آموزش مهارتهای رفتاردرمانی دیالکتیکی به صورت گروهی سودمند و مقرون به صرفه است بنابراین آموزش رفتار درمانی دیالکتیکی برای بیماران افسرده توصیه می شود.

در هر پژوهش، پژوهشگر با محدودیتهایی مواجه است؛ از جمله محدودیتهای مطالعه حاضر، مشکلات مربوط به مختص بودن جامعه به شهر تهران، عدم استانداردهای لازم اجرای برنامه، کمبود منابع مالی، نبود انگیزه کافی در شرکت کنندگان، عدم قابلیت تعمیم نتایج این پژوهش به جامعه افسردگان و .. بود؛ بنابراین، پیشنهاد میشود این پژوهش بر روی سایر بیماران در سایر جوامع آماری نیز اجرا شود و با این پژوهش مقایسه شود. این پژوهش فاقد مرحله پیگیری بود بنابراین، نمی توان با اطمینان گفت این مداخله آموزشی در بلندمدت نیز اثربخش است یا نه بنابراین، پیشنهاد میشود در پژوهشهای آینده از دوره های پیگیری و مطالعات طولی نیز استفاده شود.

منابع

۱. آستانه رزیتا، میرزائیان بهرام، حسن زاده رمضان (۱۳۹۹). اثربخشی مهارت آموزی مبتنی بر رفتار درمانی دیالکتیکی بر تنظیم هیجانی، پریشانی و اجتناب اجتماعی نوجوانان مبتلا به اختلال اضطراب اجتماعی. مجله دانشگاه علوم پزشکی تربت حیدریه؛ ۸ (۳): ۵۲-۶۰
۲. برجعلی، احمد، بگیان کوله مرز، محمدجواد، یزدان پناه، محمدعلی، رجبی، مسلم. (۱۳۹۴). اثربخشی آموزش گروهی رفتاردرمانی دیالکتیکی (DBT) بر بهبود کیفیت زندگی و کاهش تکانشوری بیماران مبتلا به اختلال دوقطبی نوع یک. مطالعات روان شناسی بالینی، ۵(۲۰)، ۱۳۳-۱۶۱.
۳. بهرامی، بتول، بهرامی، عبدالله، مشهدی، علی و کارشکی، حسین. (۱۳۹۴). نقش راهکارهای کنترل شناختی هیجان در کیفیت زندگی بیماران سرطانی. مجله دانشکده پزشکی دانشگاه علوم پزشکی مشهد، ۵۸(۲)، ۹۶-۱۰۵.
۴. بهرامی، فاطمه و زاهدی، یونس. (۱۳۹۷). اثربخشی رفتاردرمانی دیالکتیکی گروهی بر افزایش امید به زندگی و تاب آوری مادران کودکان استثنایی. فرهنگ مشاوره و روان درمانی، ۹(۳۵)، ۱۷۱-۱۸۹.
۵. حاجی علیزاده کبری، نوری زاده بنفشه (۱۳۹۶). بررسی اثربخشی رفتار درمانی دیالکتیک بر کاهش اضطراب و بهبود عملکرد اجتماعی بیماران مبتلا به دیابت. مجله دیابت و متابولیسم ایران؛ ۱۷ (۳): ۱۳۸-۱۳۰
۶. صفری، آلاله و آفتاب، رویا. (۱۴۰۰). اثربخشی رفتاردرمانی دیالکتیکی بر خط بر دشواری تنظیم هیجان، احساس گناه و نشانگان تجزیه ای در افراد افسرده. فصلنامه روان شناسی کاربردی، ۱۵(۴)، ۲۰۶-۱۷۹.
۷. مامی شهرام، ابراهیمیان شیرین، سلطانی شیرین (۱۳۹۵). اثربخشی رفتاردرمانی دیالکتیکی بر علائم افسردگی،

¹. Lee

². Panos

³. Pasieczny & Connor

اضطراب و استرس در بیماران مبتلا به اختلال بی‌اشتهایی عصبی: مورد پژوهی چهار بیمار. مجله مطالعات علوم پزشکی؛ ۲۷ (۵): ۳۸۴-۳۹۲

۸. نیرمانی، محمد، بگیان کوله مرز، محمد جواد، احدی، بتول و ابوالقاسمی، عباس. (۱۳۹۳). اثربخشی آموزش رفتاردرمانی دیالکتیکی گروهی بر کاهش نشانه‌های اختلال نقص توجه/بیش‌فعالی و بهبود کیفیت زندگی دانش‌آموزان. روان‌شناسی بالینی، ۱۶(۱)، ۳۹-۵۱.

9. Akhavan, S., & Sajjadian, I. (2016). Effectiveness of dialectical behavior therapy on emotional instability and impulsivity in bipolar patients. *Journal of Clinical Psychology*, 8(3), 11-24.
10. Aleem, S., Huda, N. U., Amin, R., Khalid, S., Alshamrani, S. S., & Alshehri, A. (2022). Machine learning algorithms for depression: diagnosis, insights, and research directions. *Electronics*, 11(7), 1111.
11. Alexopoulos, E. C., Palatsidi, V., Tigani, X., & Darviri, C. (2014). Exploring stress levels, job satisfaction, and quality of life in a sample of police officers in Greece. *Safety and health at work*, 5(4), 210-215.
12. Baghban, I., Bahrami, F., & Ahmadi, A. (2012). The effect of emotion regulation training based on dialectical behavior therapy and gross process model on symptoms of emotional problems. *Zahedan Journal of Research in Medical Sciences*, 14(2).
13. Ballenger, J. C., Davidson, J. R., Lecrubier, Y., Nutt, D. J., Foa, E. B., Kessler, R. C., ... & Shalev, A. Y. (۲۰۰۰). Consensus statement on posttraumatic stress disorder from the International Consensus Group on Depression and Anxiety. *Journal of clinical psychiatry*, ۶۱، ۶۶-۶۰.
14. Busby, D. R., Hatkevich, C., McGuire, T. C., & King, C. A. (2020). Evidence-based interventions for youth suicide risk. *Current psychiatry reports*, 22, 1-8.
15. Cisler, J. M., & Olatunji, B. O. (۲۰۱۲). Emotion regulation and anxiety disorders. *Current psychiatry reports*, ۱۴، ۱۸۷-۱۸۲
16. Cisler, J. M., Olatunji, B. O., Feldner, M. T., & Forsyth, J. P. (۲۰۱۰). Emotion regulation and the anxiety disorders: An integrative review. *Journal of psychopathology and behavioral assessment*, ۳۲، ۸۲-۶۸
17. Davey, C. G., & Harrison, B. J. (2022). The self on its axis: a framework for understanding depression. *Translational Psychiatry*, 12(1), 23.
18. DeCou, C. R., Comtois, K. A., & Landes, S. J. (2019). Dialectical behavior therapy is effective for the treatment of suicidal behavior: A meta-analysis. *Behavior therapy*, 50(1), 60-72.
19. Downey, L. A., Johnston, P. J., Hansen, K., Schembri, R., Stough, C., Tuckwell, V., & Schweitzer, I. (2008). The relationship between emotional intelligence and depression in a clinical sample. *The European Journal of Psychiatry*, 22(2), 93-98.
20. Feldman, G., Harley, R., Kerrigan, M., Jacobo, M., & Fava, M. (2009). Change in emotional processing during a dialectical behavior therapy-based skills group for major depressive disorder. *Behaviour research and therapy*, 47(4), 316-321.
21. Geerlings, S. W., Twisk, J. W., Beekman, A. T., Deeg, D. J., & van Tilburg, W. (2002). Longitudinal relationship between pain and depression in older adults: sex,

- age and physical disability. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 37, 23-30.
22. Hajjalizadeh, K., & Norizadeh, B. (2018). The effectiveness of dialectical behavioral therapy on reducing anxiety and improving social functioning of patients with diabetes. *Iranian Journal of Diabetes and Metabolism*, 17(3), 130-138.
23. Herrman, H., Patrick, D. L., Diehr, P., Martin, M. L., Fleck, M., Simon, G. E., ... & LIDO GROUP. (2002). Longitudinal investigation of depression outcomes in primary care in six countries: the LIDO study. Functional status, health service use and treatment of people with depressive symptoms. *Psychological medicine*, 32(5), 889-902.
24. Hofmann, S. G., Curtiss, J., Carpenter, J. K., & Kind, S. (2017). Effect of treatments for depression on quality of life: a meta-analysis. *Cognitive behaviour therapy*, 46(4), 265-286.
25. Jones, B. D., Umer, M., Kittur, M. E., Finkelstein, O., Xue, S., Dimick, M. K., ... & Husain, M. I. (۲۰۲۳). A systematic review on the effectiveness of dialectical behavior therapy for improving mood symptoms in bipolar disorders. *International Journal of Bipolar Disorders*, ۱۱(۱), ۱۱-۱
26. Kale, A., & Gedik, Z. (2020). Quality of life in riot police: links to anger, emotion regulation, depression, and anxiety. *Applied Research in Quality of Life*, 15(1), 107-125.
27. Katschnig, H. (2006). Quality of life in mental disorders: challenges for research and clinical practice. *World psychiatry*, 5(3), 139.
28. Khodabakhshi-Koolaei, A., Falsafinejad, M. R., Zoljalali, T., & Ghazizadeh, C. (۲۰۲۲). Dialectical behavior therapy: Effect on emotion regulation and death anxiety in older female adults. *OMEGA-journal of Death and Dying*, ۰۰۳۰۲۲۲۸۲۱۱۰۶۵۹۶۰
29. Klein, S. L., & Flanagan, K. L. (2016). Sex differences in immune responses. *Nature Reviews Immunology*, 16(10), 626-638.
30. Kropp, D. R., & Hodes, G. E. (2023). Sex differences in depression: An immunological perspective. *Brain Research Bulletin*.
31. Langlotz, A., & Locher, M. A. (۲۰۱۳). The role of emotions in relational work. *Journal of Pragmatics*, ۵۸, ۱۰۷-۸۷
32. Lee, R. K., Harms, C. A., & Jeffery, S. E. (2022). The contribution of skills to the effectiveness of dialectical behavioral therapy. *Journal of Clinical Psychology*, 78(12), 2396-2409.
33. Linehan, M. M., & Wilks, C. R. (۲۰۱۵). The course and evolution of dialectical behavior therapy. *American journal of psychotherapy*, ۶۹(۲), ۱۱۰-۹۷
34. Linehan, M. M., Dimeff, L. A., Reynolds, S. K., Comtois, K. A., Welch, S. S., Heagerty, P., & Kivlahan, D. R. (2002). Dialectical behavior therapy versus comprehensive validation therapy plus 12-step for the treatment of opioid dependent women meeting criteria for borderline personality disorder. *Drug and alcohol dependence*, 67(1), 13-26.
35. Lipp, M. E. N. (2009). Stress and quality of life of senior Brazilian police officers. *The Spanish journal of psychology*, 12(2), 593-603.

36. Lipp, M. E. N. (2016). Stress and quality of life of senior Brazilian Police Officers. *Revista Brasileira de Terapias Cognitivas*, 12(2), 100-104.
37. Liu, M. (۲۰۲۳). Are you really smiling? Display rules for emojis and the relationship between emotion management and psychological well-being. *Frontiers in Psychology*, ۱۴, ۳۷۲
38. Lynch, T. R., Trost, W. T., Salsman, N., & Linehan, M. M. (2007). Dialectical behavior therapy for borderline personality disorder. *Annu. Rev. Clin. Psychol.*, 3, 181-205.
39. Mohamadi, J., Gholamrezae, S., & Azizi, A. (2015). Effectiveness of dialectical behavior therapy on quality of sleep and anxiety in patients with irritable bowel syndrome. *Iranian Journal of Psychiatric Nursing*, 3(2), 21-30.
40. Navarro-Haro, M. V., Harned, M. S., Korslund, K. E., DuBose, A., Chen, T., Ivanoff, A., & Linehan, M. M. (2019). Predictors of adoption and reach following dialectical behavior therapy intensive training™. *Community Mental Health Journal*, 55, 100-111.
41. Neacsiu, A. D., Lungu, A., Harned, M. S., Rizvi, S. L., & Linehan, M. M. (۲۰۱۴). Impact of dialectical behavior therapy versus community treatment by experts on emotional experience, expression, and acceptance in borderline personality disorder. *Behaviour research and therapy*, ۵۳, ۵۴-۴۷
42. Nolidin, K., Downey, L. A., Hansen, K., Schweitzer, I., & Stough, C. (2013). Associations between social anxiety and emotional intelligence within clinically depressed patients. *Psychiatric Quarterly*, 84, 513-521.
43. Panos, P. T., Jackson, J. W., Hasan, O., & Panos, A. (2014). Meta-analysis and systematic review assessing the efficacy of dialectical behavior therapy (DBT). *Research on Social Work Practice*, 24(2), 213-223.
44. Panos, P. T., Jackson, J. W., Hasan, O., & Panos, A. (2014). Meta-analysis and systematic review assessing the efficacy of dialectical behavior therapy (DBT). *Research on Social Work Practice*, 24(2), 213-223.
45. Pasioczny, N., & Connor, J. (2011). The effectiveness of dialectical behaviour therapy in routine public mental health settings: An Australian controlled trial. *Behaviour research and therapy*, 49(1), 4-10.
46. Raikhy, S., Gautam, S., & Kanodia, S. (۲۰۱۷). Pattern and prevalence of psychiatric disorders among patients attending dermatology OPD. *Asian Journal of Psychiatry*, ۲۹, ۸۸-۸۵
47. Stanton, R., To, Q. G., Khalesi, S., Williams, S. L., Alley, S. J., Thwaite, T. L., ... & Vandelanotte, C. (2020). Depression, anxiety and stress during COVID-19: associations with changes in physical activity, sleep, tobacco and alcohol use in Australian adults. *International journal of environmental research and public health*, 17(11), 4065.
48. Summerfeldt, L. J., Kloosterman, P. H., Antony, M. M., McCabe, R. E., & Parker, J. D. (2011). Emotional intelligence in social phobia and other anxiety disorders. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, 33, 69-78.

49. Torbati, A. G., Imeni, M., & Abbaspour, S. (2022). Impact of Dialectical Behavior Therapy on Depression and Anxiety in Patients Following COVID-19 Discharge. *The Open Psychology Journal*, 15(1).
50. Vitriol, V., Cancino, A., Weil, K., Salgado, C., Asenjo, M. A., & Potthoff, S. (2014). Depression and psychological trauma: An overview integrating current research and specific evidence of studies in the treatment of depression in public mental health services in Chile. *Depression research and treatment*, 2014.
51. Wahid, S., Alqahtani, A., & Khan, R. A. (۲۰۲۳). Cucurbita maxima Seeds Reduce Anxiety and Depression and Improve Memory. *Behavioural Neurology*, ۲۰۲۳
52. Webb, C. A., Beard, C., Kertz, S. J., Hsu, K. J., & Björgvinsson, T. (2016). Differential role of CBT skills, DBT skills and psychological flexibility in predicting depressive versus anxiety symptom improvement. *Behaviour research and therapy*, 81, 12-20.
53. Wilks, C. R., Gurtovenko, K., Rebmann, K., Williamson, J., Lovell, J., & Wasil, A. R. (2021). A systematic review of dialectical behavior therapy mobile apps for content and usability. *Borderline Personality Disorder and Emotion Dysregulation*, 8, 1-13.