

October-November 2020, Volume 9, Issue 4

The Effectiveness of Group Dialectical Behavior Therapy on Cognitive Emotion Regulation in Students with Social Anxiety Disorder

Saeed Abdollahian¹, Akbar Rezaei^{2*}, Ali Jalili Shishwan³, Nacima Moheb⁴

1- PhD student of Psychology, Department of Psychology, Tabriz Branch, Islamic Azad University, Tabriz, Iran.

2- Associate Professor, Dept of Psychology, Payamnoor University, Tehran, Iran.

3 - Assistant Professor, Department of Psychology, Payamnoor University, Tehran, Iran.

4 - Assistant Professor, Department of psychology, Tabriz Branch, Islamic Azad University, Tabriz, Iran.

* **Corresponding author:** Akbar Rezaei, Associate, Dept of Psychology, Payamnoor University, Tehran, Iran.

Email: sdabdollahian@gmail.com

Received: 6 Aug 2020

Accepted: 3 Oct 2020

Abstract

Introduction: Given the central role of cognitive emotion regulation in maintaining and exacerbating the symptoms of social anxiety disorder, the need to provide professional psychological services to patients with a social anxiety seems necessary. Therefore, this study was conducted to determine the effect of group dialectical behavior therapy on cognitive emotion regulation in students with social anxiety disorder.

Methods: This research was experimental. The statistical population of this study included all students with social anxiety in Tabriz University of Medical Sciences in the academic year of 2019-2020 that the 30 students who received a social anxiety disorder diagnosis according to the cut-off score above 16 in the Connor et al. (2000) Social Phobia Inventory were selected by multistage cluster sampling method and purposive sampling as the statistical sample and they were randomly assigned to one experimental and one control groups (15 people per group). All two groups completed the Garnefski et al. (2001) Cognitive Emotion Regulation Questionnaire. After completing eight sessions of group dialectical behavior therapy in the experimental group, the questionnaire was again completed as a post-test in the groups and the control group received no intervention. The results were analyzed using multivariate and univariate analysis of covariance

Results: There was a significant difference between the mean scores of the post-test in the experimental and control groups ($p=0.001$) if this intervention reduced the use of negative cognitive emotion regulation strategies and increased the use of positive strategies in the experimental group.

Conclusions: Considering the positive effect of group dialectical behavior therapy on reducing the use of negative cognitive emotion regulation strategies and increasing the use of positive strategies by students with social anxiety disorder, the use of this method in universities is recommended.

Keywords: Behavior therapy, Dialectics, Cognition, Emotion regulation, Social anxiety.

تأثیر رفتار درمانی دیالکتیکی گروهی بر تنظیم شناختی هیجان در دانشجویان مبتلا به اختلال اضطراب اجتماعی

سعید عبدالهیان^۱، اکبر رضایی^{۲*}، علی جلیلی شیشوان^۳، نعیمه محب^۴

۱ - دانشجوی دکتری، گروه روانشناسی، واحد تبریز، دانشگاه آزاد اسلامی، تبریز، ایران.

۲ - دانشیار، گروه روانشناسی، دانشگاه پیام نور، تهران، ایران.

۳ - استادیار، گروه روانشناسی، دانشگاه پیام نور، تهران، ایران.

۴ - استادیار، گروه روانشناسی، واحد تبریز، دانشگاه آزاد اسلامی، تبریز، ایران.

نویسنده مسئول: اکبر رضایی، دانشیار، گروه روانشناسی، دانشگاه پیام نور، تهران، ایران.
ایمیل: sdabdollahian@gmail.com

تاریخ پذیرش: ۱۳۹۹/۷/۱۲

تاریخ دریافت: ۱۳۹۹/۵/۱۶

چکیده

مقدمه: با توجه به نقش محوری تنظیم شناختی هیجان در حفظ و تشدید نشانه های اختلال اضطراب اجتماعی، لزوم ارائه خدمات حرفه ای روانشناختی به بیماران مبتلا به اضطراب اجتماعی ضروری به نظر می رسد. لذا، این پژوهش با هدف تعیین تأثیر رفتار درمانی دیالکتیکی گروهی بر تنظیم شناختی هیجان دانشجویان مبتلا به اختلال اضطراب اجتماعی انجام شد.

روش کار: این پژوهش، آزمایشی بود. جامعه آماری این پژوهش دربرگیرنده کلیه دانشجویان دارای اضطراب اجتماعی دانشگاه علوم پزشکی شهر تبریز در سال تحصیلی ۹۹-۱۳۹۸ بود که ۳۰ دانشجو که مطابق با نمره برش بالای ۱۶ در پرسشنامه فوبی اجتماعی Connor و همکاران (۲۰۰۰)، تشخیص اختلال اضطراب اجتماعی را دریافت کردند، با استفاده از روش نمونه گیری خوشه ای چندمرحله ای و هدفمند به عنوان نمونه آماری انتخاب شدند و به صورت تصادفی ساده در دو گروه آزمایش و گواه (۱۵ نفر در هر گروه) جایگزین شدند. هر دو گروه پرسشنامه تنظیم شناختی هیجان Garnefski و همکاران (۲۰۰۱) را به عنوان پیش آزمون تکمیل کردند و پس از اتمام هشت جلسه رفتار درمانی دیالکتیکی گروهی در گروه آزمایش، مجدداً پرسشنامه مذکور به عنوان پس آزمون در گروهها تکمیل شد. ضمن اینکه گروه گواه هیچگونه آموزشی دریافت نکرد. داده ها با استفاده از تحلیل کواریانس چندمتغیره و تکمتغیره تحلیل شدند.

یافته ها: بین میانگین نمره های پس آزمون گروه آزمایش و گواه تفاوت معنی داری وجود داشت ($p=0/001$)، چنانچه مداخله مذکور باعث کاهش استفاده از راهبردهای منفی تنظیم شناختی هیجان و افزایش بهکارگیری راهبردهای مثبت در گروه آزمایش شد.

نتیجه گیری: با توجه به تأثیر مثبت رفتار درمانی دیالکتیکی گروهی بر کاهش استفاده از راهبردهای منفی تنظیم شناختی هیجان و افزایش بهکارگیری راهبردهای مثبت توسط دانشجویان مبتلا به اختلال اضطراب اجتماعی، استفاده از این روش درمانی در دانشگاهها توصیه می شود.

کلید واژه ها: رفتار درمانی، دیالکتیک، شناخت، تنظیم هیجان، اضطراب اجتماعی.

مقدمه

عمل کند یا به نظر برسد یا نشانه های اضطراب بروز دهد که دیگران آن ها را به صورت منفی ارزیابی کنند. فرد اغلب از موقعیتهای اجتماعی که می ترسد، اجتناب میکند و گرنه، این موقعیتهای ترس یا اضطراب شدید تحمل می شوند، ترس یا اضطراب با خطر واقعی ارزیابی منفی شدن یا پیامدهای چنین ارزیابی منفی، بی تناسب قضاوت

مطابق با معیارهای پنجمین راهنمای آماری و تشخیصی اختلالات روانی، ویژگی اصلی اختلال اضطراب اجتماعی، ترس یا اضطراب محسوس یا شدید از موقعیتهای اجتماعی است که در آن ها ممکن است فرد مورد بررسی دقیق دیگران قرار بگیرد، فرد می ترسد که به شیوه خاصی

می شود، مدت این اختلال معمولاً حداقل ۶ ماه است و ترس، اضطراب و اجتناب باید روال عادی، عملکرد شغلی یا تحصیلی، یا فعالیتهای اجتماعی یا روابط فرد را به طور قابل ملاحظه ای مختل کند یا باید ناراحتی یا اختلال قابل ملاحظه بالینی در عملکرد اجتماعی، شغلی یا زمینه های مهم دیگر عملکرد او ایجاد کند [۱].

برآورد شیوع ۱۲ ماهه اختلال اضطراب اجتماعی برای ایالات متحده تقریباً ۷٪ است. میزان شیوع ۱۲ ماهه در کودکان و نوجوانان با میزان شیوع در بزرگسالان برابر است [۲]. شیوع اختلال اضطراب اجتماعی در ایران کمی بالاتر از کشورهای غربی است، چنانچه، نتایج شیوعشناسی اضطراب اجتماعی را در بین دانشجویان کشور مالزی و برزیل به ترتیب در حدود ۱۱/۶٪ و ۱۱٪ تخمین زده اند [۳،۴]. همچنین، میزان شیوع اضطراب اجتماعی در دانشجویان ارومیه تقریباً ۵/۲٪ گزارش شد [۵]. اختلال اضطراب اجتماعی پیامدهای منفی بیشماری در زمینه مسائل اجتماعی، شغلی و تحصیلی برای بزرگسالان دارای اختلال اضطراب اجتماعی به همراه می آورد که در این میان می توان به میزان استخدام کمتر و درآمد پایین تر، افت عملکرد تحصیلی و همچنین پایگاه اقتصادی-اجتماعی پایین تر اشاره کرد [۶].

یکی از عواملی که در حفظ و تشدید بسیاری از اختلالات خلقی و اضطرابی همچون اضطراب اجتماعی نقش اساسی دارد، تنظیم شناختی هیجان است [۷] و اغلب در متون روانشناختی به منظور توصیف فرآیند تعدیل عاطفه منفی به کار رفته است و به نحوه تفکر و تفسیر شناختی افراد پس از وقوع یک تجربه منفی و یا رویدادهای تنشزای زندگی اشاره دارد [۸]. تجارب تکرارشونده یا وقایع یبزاری آور غیرقابل کنترل، می توانند سبب تنظیم شناختی ناکارآمد هیجان و استفاده از راهبردهای غیرانطباقی (به عنوان مثال، نشخوار فکری، اجتناب و سرکوبی) در افراد مستعد به اختلال اضطراب اجتماعی شود [۹،۱۰]. بدین ترتیب که ادراک کنترل بر اضطراب، درجه ای را که افراد باور دارند که آن ها بر روی پاسخ اضطرابی خود در هنگام استرس اجتماعی کنترل دارند، تعیین می کند. افراد دارای اختلال اضطراب اجتماعی تجارب غیرمنتظره و متوالی هیجانی (اخطارهای درست یا اخطارهای نادرست) را تجربه می کنند. این اخطارهای پی در پی هیجانی در افراد آسیب پذیر سبب می شود که آن ها واکنش های بدنی و هیجانی خودشان را غیرقابل کنترل ببینند. از این رو، افراد دارای اختلال اضطراب

اجتماعی باور به اجتناب از موقعیتهای اجتماعی دارند، چرا که آن ها فقدان کنترل درونی بر روی پاسخ های هیجانی خودشان را هنگامی که با موقعیتهای اجتماعی روبه رومی شوند، پیش بینی می کنند [۱۱].

لذا، با توجه به به کارگیری راهبردهای غیرانطباقی تنظیم شناختی هیجان در افراد مبتلا به اختلال اضطراب اجتماعی [۷] ارائه خدمات متنوع درمانی به این قشر از بیماران ضروری به نظر میرسد. رفتاردرمانی دیالکتیکی رویکردی است که در درمان مشکلات روانشناختی ناشی از اختلال اضطرابی مورد توجه بسیاری از پژوهشگران قرار گرفته است [۱۲]. رفتاردرمانی دیالکتیکی که بر پایه رفتارگرایی، فلسفه دیالکتیکال و آیین ذهن استوار است، رویکردی شناختی - رفتاری مبتنی بر اصل تغییر می باشد، با آموزه ها و فنون فلسفه شرقی که مبنی بر اصل پذیرش می باشد، درمی آمیزد و بر این اساس چهار مولفه مداخله های شامل ذهن آگاهی، تحمل پریشانی، تنظیم هیجانی و کارآمدی بین فردی را در شیوه درمان گروهی مطرح می کند [۱۳]. در این شیوه درمانی، ذهن آگاهی و تحمل پریشانی به عنوان مولفه های پذیرش و تنظیم هیجانی و کارآمدی بین فردی به عنوان مولفه های موثر تغییر در رفتار درمانی دیالکتیکی می باشند [۱۴].

اثربخشی رفتاردرمانی دیالکتیکی در جمعیت های خاص در مطالعات کارآزمایی بالینی کنترل شده و مطالعات آزمایشی کورسو از جمله اختلال های مصرف مواد، اختلال های خوردن و پرخوری عصبی، افسردگی سالمندان، اختلال دوقطبی، خشونت و پرخاشگری، اختلال رفتار مقابل های، زنان قربانی خشونت خانگی، اعضای خانواده دارای شخص مبتلا به اختلال شخصیت مرزی و زوجین نشان داده شده است [۱۴]. به علاوه، تقی زاده و همکاران (۲۰۱۵) در پژوهشی نشان دادند که رفتاردرمانی دیالکتیک باعث کاهش نمرات راهبردهای منفی تنظیم هیجانی در زنان مبتلا به همبودی اختلالات شخصیت مرزی و سوء مصرف مواد می شود [۱۵]. Ahovan و همکاران (۲۰۱۶) در یک مطالعه نیمه آزمایشی تاثیر رفتاردرمانی دیالکتیکی (۸ جلسهای) را بر نشانه های بالینی و تنظیم هیجان بیماران مبتلا به اختلال وسواس فکری - عملی نشان دادند [۱۶]. به رغم چنین شواهدی، تاکنون در خصوص بررسی کارایی رفتاردرمانی دیالکتیکی بر متغیر تنظیم شناختی هیجان به ویژه در جمعیتی متشکل از بیماران دارای اختلال اضطراب اجتماعی

برای شرکت در پژوهش و همچنین عدم تکمیل پرسشنامه و عدم حضور در ۲ جلسه پیاپی معیارهای خروج از پژوهش را تشکیل دادند.

به منظور انتخاب نمونه و اجرای پژوهش، پس از اخذ کد اخلاق (IR.IAU.TABRIZ.REC.1399.019) و موافقت مسئولین ذیربط به دانشگاه علوم پزشکی شهر تبریز مراجعه شد. پس از مشخص شدن رشته های تحصیلی مربوط و متعاقب آن با اعلام فراخوان در هر یک از دانشگاه، متناسب با حجم نمونه با دانشجویانی که معیارهای ورود به پژوهش را داشتند، به صورت تلفنی و حضوری ثبت نام به عمل آمد. سپس، روش و چگونگی اجرای کار برای تک تک شرکتکنندگان توضیح داده شد و رضایت آنها کسب گردید. به منظور رعایت اصول اخلاقی، فرم موافقت برای همکاری در پژوهش توسط آنها تکمیل شد و پژوهشگر به آنها اطمینان داد که کلیه مطالب ارائه شده در جلسات آموزشی و نتایج پرسشنامه محرمانه خواهد بود. درمان طرحواره هیجانی در مرکز مشاوره دانشگاه علوم پزشکی دانشگاه اجرا شد. گروه آزمایش در معرض رفتاردرمانی دیالکتیکی قرار گرفت و گروه گواه مداخله ای دریافت نکرد. گروههای مورد بررسی طی دو مرحله پیش آزمون و پس آزمون به صورت گروهی ابزار پژوهشی را تکمیل کردند. اطلاعات در این پژوهش به وسیله ابزار زیر گردآوری شد:

مقیاس فوبی اجتماعی (SPIN). این مقیاس توسط Connor و همکاران در سال ۲۰۰۰ طراحی شد و دارای ۱۷ سؤال و سه خرده مقیاس ترس، اجتناب و ناراحتی فیزیولوژیک بود که براساس مقیاس لیکرت ۵ درجه ای (به هیچ وجه=۵ تا بی نهایت=۰) نمره گذاری شد. نقطه برش ۱۵ با کارایی تشخیص ۰/۷۸ آزمودنیهای با تشخیص اختلال هراس اجتماعی و گروه کنترل غیر روانپزشکی و نقطه برش ۱۶ با کارایی تشخیص ۰/۸۰ افراد با اختلال هراس اجتماعی را از گروه کنترل روانپزشکی فاقد هراس اجتماعی تمیز می دهد [۱۸]. Connor و همکاران (۲۰۰۰) ضریب پایایی این مقیاس را به روش بازآزمایی در گروههای دارای تشخیص اختلال اضطراب اجتماعی ۰/۷۸ تا ۰/۸۹ و ضریب همسانی درونی با روش آلفای کرونباخ در افراد بهنجار برای کل مقیاس برابر ۰/۹۴ گزارش کردند [۱۸]. ویژگیهای روانسنجی نسخه فارسی این مقیاس توسط خزایی، شعیری، عطری فرد، جلالی و حیدری نسب (۲۰۱۵) در یک نمونه غیربالینی متشکل از نوجوانان ایرانی بررسی شد و پایایی آن

در کشور ما پژوهشی انجام نشده است. لذا، این پژوهش با در صدد پاسخ به این سؤال است که آیا رفتاردرمانی دیالکتیکی گروهی بر تنظیم شناختی هیجان دانشجویان مبتلا به اختلال اضطراب اجتماعی تاثیر دارد؟

روش کار

این پژوهش آزمایشی، با استفاده از طرح پیش آزمون-پس آزمون با گروه گواه با توجه به میزان شیوع بالای اختلال اضطراب اجتماعی در بین دانشجویان [۳-۵]، کلیه دانشجویان دارای اضطراب اجتماعی دانشگاه علوم پزشکی شهر تبریز در سال تحصیلی ۹۹-۱۳۹۸ به عنوان جامعه آماری در نظر گرفته شدند. با توجه به اینکه در طرحهای تجربی برای افزایش اعتبار درونی، در هر یک از گروهها حداقل بایستی ۱۵ نفر حضور داشته باشند [۱۷]، در این پژوهش تعداد ۳۰ دانشجو با استفاده از روش نمونه گیری خوشه ای چند مرحله ای و هدفمند به عنوان نمونه آماری انتخاب شدند. بدین ترتیب که از بین رشته های دانشگاه علوم پزشکی شهر تبریز تعداد ۴ رشته تحصیلی به صورت تصادفی مشخص شد و از هر رشته تحصیلی تعداد ۴ ورودی به صورت تصادفی انتخاب شد و از هر ورودی تعداد ۱۵ دانشجو به صورت تصادفی انتخاب شدند. دانشجویان این ۴ ورودی، مقیاس فوبی اجتماعی کانور و همکاران را تکمیل کردند، سپس تعداد ۳۰ نفر از این دانشجویان که مطابق با نمره برش بالای ۱۶ در پرسشنامه مذکور، تشخیص اختلال اضطراب اجتماعی را دریافت کردند، به صورت هدفمند انتخاب شده و به شکل تصادفی ساده (زوج برای گروه آزمایش و فرد برای گروه گواه) در گروههای آزمایش و گواه (۱۵ نفر در هر گروه) جایگزین شدند. پیش از تقسیم تصادفی کلیه افراد گروهها از نظر ویژگیهای جمعیت شناسی نظیر جنسیت؛ که به صورت مختلط مورد بررسی قرار گرفتند، سن و وضعیت اقتصادی - اجتماعی همسان شدند.

معیارهای ورود به پژوهش عبارت بودند از دریافت تشخیص اختلال اضطراب اجتماعی مطابق با ملاکهای پنجمین راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی (DSM-5) توسط پژوهشگر و همچنین دریافت نمره برش بالای ۱۶ در مقیاس فوبی اجتماعی کانور و همکاران؛ تحصیل در دانشگاههای علوم پزشکی؛ عدم دریافت آموزش درمان طرحواره هیجانی قبل از ورود به پژوهش و یا دریافت سایر مداخلات روانشناختی همزمان، در حالی که عدم موافقت

با استفاده از روش آلفای کرونباخ، میانگر پایایی مناسب مدل ۴ عاملی و بررسی پایایی با استفاده از میانگین همبستگی بین آیتمها، نشاندهنده پایایی مناسب هر سه مدل ۳، ۴ و ۵ عاملی بود [۱۹].

پرسشنامه تنظیم شناختی هیجان (CERQ). این پرسشنامه توسط Garnefski و همکاران در سال ۲۰۰۱ به منظور ارزیابی نحوه تفکر بعد از تجربه رخدادهای تهدیدکننده یا استرس‌زای زندگی تهیه شد [۲۰]. این پرسشنامه دارای ۳۶ سؤال و ۴ خرده مقیاس فاجعه‌انگاری، خود سرزنشگری، نشخوار فکر و سرزنش دیگری است که راهبردهای منفی را ارزیابی میکند. همچنین ۵ خرده مقیاس تمرکز مجدد مثبت، تمرکز مجدد بر برنامه‌ریزی، ارزیابی مجدد مثبت، پذیرش و دیدگاه‌گیری، راهبردهای مثبت را ارزیابی می‌کند. این پرسشنامه بر اساس یک طیف لیکرت پنج درجه‌ای (۱-۵) از هرگز تا همیشه نمره گذاری میشود. دامنه نمرات بین ۳۶ تا ۱۸۰ میباشد و نمره بالاتر نشان‌دهنده استفاده بیشتر فرد از آن راهبرد شناختی بود [۲۰]. پایایی این پرسشنامه در مطالعه Garnefski و همکاران (۲۰۰۱)، با استفاده از روش

آلفای کرونباخ در خرده مقیاسها بین ۰/۶۲ تا ۰/۸۰ گزارش شد [۲۰]. به علاوه، این پرسشنامه از اعتبار و پایایی مناسبی برای استفاده در فرهنگ ایرانی برخوردار است و اعتبار و پایایی آن در جمعیت‌های متعدد بررسی و مورد تأیید قرار گرفت. برای مثال، ساسانی‌پور و عزیزی (۲۰۱۷) ضریب پایایی کل پرسشنامه را با استفاده از روش آلفای کرونباخ در جمعیت زندانیان ۰/۸۳ گزارش کردند [۲۱].

رفتاردرمانی دیالکتیکی براساس پروتکل رفتاردرمانی دیالکتیکی Linehan [۲۲]، به آزمودنیهای گروه آزمایش در طی ۸ جلسه ۶۰ الی ۹۰ دقیقه‌ای (هفته‌ای دو جلسه به مدت ۴ هفته) به صورت گروهی طی جلسات زیر ارائه شد (هر جلسه، دربرگیرنده معرفی اهداف و عناوین مباحث مربوط به آن جلسه، بحث و تمرینات داخل جلسه و همچنین تمرینات خارج از جلسه است. علاوه بر این، از جلسه دوم به بعد، هر جلسه با یک تمرین پنج دقیقه‌ای ذهن آگاهی فراگیر از طریق تنفس و سپس مرور تمرینات مربوط به جلسه قبل، آغاز شد):

جدول ۱: راهنمای رفتاردرمانی دیالکتیکی

جلسات	محتوا
جلسه اول	آشنایی با اهداف و قوانین گروه، درمان با ارایه تعریف دیالکتیک، اصول و راه های تفکر و عمل به شیوه دیالکتیکی و پس از آن آشنایی با مفهوم ذهن آگاهی و سه حالت ذهنی (ذهن منطقی، ذهن هیجانی و ذهن خردگرا) آغاز می‌شود.
جلسه دوم	دو دسته مهارت برای دستیابی به ذهن آگاهی فراگیر آموزش داده و تمرین می‌شود. دسته اول مهارتهای چه چیز که عبارت اند از کارهایی که فرد باید برای رسیدن به ذهن آگاهی فراگیر انجام دهد (شامل سه مهارت مشاهده، توصیف و شرکت کردن). دسته دوم، مهارتهای چگونه که عبارت هستند از نحوه انجام این کارها (شامل سه مهارت اتخاذ موضع غیرقضوتی، ذهن آگاهی فراگیر و کارآمد عمل کردن).
جلسه سوم تا پنجم	به بخش اول از مولفه تحمل پریشانی یعنی راهبردهای بقاء در بحران اختصاص دارد. راهبردهای بقاء در بحران خود شامل چهار مجموعه مهارت میباشد که عبارت اند از راهبردهای پرت کردن حواس؛ خودآرام سازی با حواس پنجگانه؛ مهارتهای بهسازی لحظات و تکنیک سود و زیان. این چهار مجموعه در طی جلسات سوم (مهارتهای پرت کردن حواس)، چهارم (مهارتهای خودآرام سازی) و پنجم (مهارتهای بهسازی لحظات و تکنیک سود و زیان) آموزش داده می‌شوند.
جلسه ششم	اختصاص به دومین بخش از مهارتهای تحمل پریشانی یعنی مهارت پذیرش واقعیت دارد. این مهارت خود شامل سه دسته مهارت است که عبارت هستند از پذیرش محض؛ برگرداندن ذهن؛ رضایت مندی.
جلسه هفتم	به مولفه تنظیم هیجانی پرداخته میشود. مباحث مرتبط با این جلسه عبارت اند از هیجان چیست و دارای چه مولفههایی میباشد؟ آموزش الگوی شناسایی هیجانها و برچسب زدن به آنها که منجر به افزایش توانایی کنترل کردن هیجانها میگردد، پذیرش هیجانها حتی در صورت منفی بودن آموزش مهارتهای (لطفاً بر خود مسلط شوید) برای کاهش آسیب پذیری نسبت به هیجانها منفی.
جلسه هشتم	دربرگیرنده آخرین بخش از مباحث مربوط به مولفه تنظیم هیجانی میباشد. این مباحث عبارت اند از آموزش ایجاد تجارب هیجانی مثبت از طریق ایجاد تجارب هیجانی مثبت کوتاه مدت مثل تفریح و تجارب هیجانی مثبت بلندمدت از طریق کار کردن بر روی سه حوزه اهداف زندگی، روابط و ذهن آگاهی فراگیر نسبت به تجارب مثبت، آموزش رها کردن رنج هیجانی از طریق پذیرش هیجانها و تغییر دادن هیجانها منفی از طریق کنش متضاد با هیجان.

نرم‌افزار SPSS.23 مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفتند.

یافته‌ها

در این پژوهش ۳۰ دانشجو شرکت کردند که انحراف معیار

در این پژوهش سطح معنی داری ۰/۰۵ در نظر گرفته شد و داده‌های با استفاده از روش‌های آمار توصیفی (درصد، فراوانی، میانگین و انحراف معیار) و آمار استنباطی (آزمون مجذور کای، تحلیل کواریانس تک متغیره و چندمتغیره در

و میانگین سنی آنها در گروههای دریافت کننده درمان رفتاردرمانی دیالکتیکی و گواه به ترتیب $5/77 \pm 24/41$ و $23/03 \pm 5/44$ بود. براساس نتایج آزمون مجذور کای میتوان بیان داشت که میان گروههای آزمایش و گواه به لحاظ ویژگیهای دموگرافیک تفاوت معنی داری وجود نداشت

انحراف معیار و میانگین متغیر تنظیم شناختی هیجان و مولفه های آن در مراحل پیش آزمون و پس آزمون در گروههای آزمایش و گواه

($p < 0.05$).
 انحراف معیار و میانگین متغیر تنظیم شناختی هیجان و مولفه های آن در گروههای مورد مطالعه طی مراحل پیش آزمون و پس آزمون در (جدول ۲) درج شده است.

جدول ۲: انحراف معیار و میانگین متغیر تنظیم شناختی هیجان و مولفه های آن در مراحل پیش آزمون و پس آزمون در گروههای آزمایش و گواه

متغیرها	گروهها	پیش آزمون	پس آزمون
راهبردهای مثبت تنظیم شناختی هیجان	آزمایش	$33/86 \pm 3/71$	$48/20 \pm 2/48$
	گواه	$32/00 \pm 2/61$	$32/40 \pm 2/47$
راهبردهای منفی تنظیم شناختی هیجان	آزمایش	$40/20 \pm 4/65$	$33/73 \pm 4/06$
	گواه	$40/66 \pm 5/16$	$41/26 \pm 4/70$
فاجعه نگاری	آزمایش	$10/20 \pm 1/14$	$8/46 \pm 1/40$
	گواه	$8/80 \pm 1/47$	$10/73 \pm 0/77$
خود سرزنشگری	آزمایش	$6/86 \pm 0/91$	$4/89 \pm 0/99$
	گواه	$6/26 \pm 0/59$	$8/20 \pm 0/88$
نشخوار فکری	آزمایش	$14/75 \pm 1/04$	$12/70 \pm 1/59$
	گواه	$13/33 \pm 1/23$	$15/40 \pm 1/24$
سرزنش دیگری	آزمایش	$6/26 \pm 0/96$	$4/46 \pm 0/73$
	گواه	$6/20 \pm 0/86$	$8/13 \pm 0/74$
تمرکز مجدد مثبت	آزمایش	$8/45 \pm 1/18$	$15/73 \pm 0/96$
	گواه	$9/40 \pm 1/12$	$7/53 \pm 0/83$
تمرکز مجدد بر برنامه ریزی	آزمایش	$5/60 \pm 0/91$	$6/86 \pm 1/13$
	گواه	$6/20 \pm 1/11$	$6/80 \pm 1/06$
ارزیابی مجدد مثبت	آزمایش	$6/70 \pm 1/38$	$7/75 \pm 1/55$
	گواه	$6/21 \pm 1/08$	$5/26 \pm 0/79$
پذیرش	آزمایش	$7/40 \pm 1/45$	$8/80 \pm 1/32$
	گواه	$8/06 \pm 1/09$	$6/86 \pm 1/18$
دیدگاه گیری	آزمایش	$5/53 \pm 0/72$	$6/60 \pm 0/77$
	گواه	$6/34 \pm 0/97$	$4/82 \pm 0/63$

جدول ۳: نتایج تحلیل کواریانس تک متغیره برای بررسی تفاوت نمرات پس آزمون باورهای فراشناختی و مولفه های آن در گروههای آزمایش و گواه

متغیر	مراحل ارزیابی	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	سطح معناداری	ضریب اتا	توان آماری
فاجعه انگاری	پیش آزمون	11/723	1	11/723	18/308	0/001		
	گروه	22/750	1	22/750	35/528	0/001	0/66	1
	خطا	11/526	18	0/640				
	کل	2840/00	30					
خود سرزنشگری	پیش آزمون	10/787	1	10/787	30/744	0/679		
	گروه	25/819	1	25/819	84/977	0/001	0/82	1
	خطا	5/469	18	0/304				
	کل	1405/00	30					

نشریه آموزش پرستاری، دوره ۹، شماره ۴، مهر و آبان ۱۳۹۹

پیش آزمون	۰/۰۷۷	۱	۰/۰۷۷	۰/۰۵۹	۰/۸۱۱		
گروه	۳۵/۸۶۰	۱	۳۵/۸۶۰	۳۷/۵۵۰	۰/۰۰۱	۰/۶۰	۰/۹۹۹
خطا	۲۳/۴۲۹	۱۸	۱/۳۰۲				
کل	۶۰۹۸/۰۰	۳۰					
پیش آزمون	۳/۳۹۲	۱	۳/۳۹۲	۶/۸۵۲	۰/۰۱۷		
گروه	۲۹/۶۵۷	۱	۲۹/۶۵۷	۵۹/۹۰۵	۰/۰۰۱	۰/۷۶	۱
خطا	۸/۹۱۱	۱۸	۰/۴۹۵				
کل	۱۳۰۷/۰۰	۳۰					
پیش آزمون	۳/۰۷۵	۱	۳/۰۷۵	۴/۵۴۵	۰/۰۴۷		
گروه	۹۵/۸۶۳	۱	۹۵/۸۶۳	۱۴۱/۷۱۵	۰/۰۰۱	۰/۸۸	۱
خطا	۱۲/۱۷۶	۱۸	۰/۶۷۶				
کل	۴۵۸۷/۰۰	۳۰					
پیش آزمون	۱۶/۵۸۹	۱	۱۶/۵۸۹	۲۷/۶۹۷	۰/۰۰۱		
گروه	۳۳/۳۵۱	۱	۳۳/۳۵۱	۵۵/۶۸۱	۰/۰۰۱	۰/۷۵	۱
خطا	۱۰/۷۸۱	۱۸	۰/۵۹۹				
کل	۲۲۳۰/۰۰	۳۰					
پیش آزمون	۷/۹۱۲	۱	۷/۹۱۲	۱۲/۲۱۳	۰/۰۰۳		
گروه	۷/۲۰۸	۱	۷/۲۰۸	۱۱/۱۲۵	۰/۰۰۴	۰/۳۸	۰/۸۸۴
خطا	۱۱/۶۶۱	۱۸	۰/۶۴۸				
کل	۱۱۵۰/۰۰	۳۰					
پیش آزمون	۲۵/۹۸۴	۱	۲۵/۹۸۴	۶۳/۳۲۸	۰/۰۰۱		
گروه	۱۴/۱۸۱	۱	۱۴/۱۸۱	۳۴/۵۶۳	۰/۰۰۱	۰/۶۵	۱
خطا	۷/۳۸۶	۱۸	۰/۴۱۰				
کل	۱۹۱۳/۰۰	۳۰					
پیش آزمون	۳/۳۶۲	۱	۳/۳۶۲	۱۰/۱۲۰	۰/۰۰۵		
گروه	۹/۴۷۱	۱	۹/۴۷۱	۲۸/۵۱۱	۰/۰۰۱	۰/۶۳	۰/۹۹۹
خطا	۵/۹۷۹	۱۸	۰/۳۳۲				
کل	۱۰۲۲/۰۰	۳۰					
پیش آزمون	۱۲۵/۰۶۹	۱	۱۲۵/۰۶۹	۶/۳۰۰	۰/۰۲۲		
گروه	۱۰۴۹/۶۰۸	۱	۱۰۴۹/۶۰۸	۵۲/۸۷۰	۰/۰۰۱	۰/۷۴	۱
خطا	۳۵۷/۳۴۸	۱۸	۱۹/۸۵۳				
کل	۱۶۶۴۸۴/۰۰	۳۰					

$p < 0.05$

اتنا)، تمرکز مجدد مثبت ($F(18,1)=141/715$, $p=0/001$)، تمرکز مجدد بر برنامه‌ریزی ($p=0/001$)، ارزیابی مجدد مثبت ($F(18,1)=55/681$, $p=0/001$)، ارزیابی مجدد مثبت ($F(18,1)=11/125$, $p=0/001$)، پذیرش ($F(18,1)=34/563$, $p=0/001$)، دیدگاه گیری ($F(18,1)=28/511$, $p=0/001$)، ضریب اتنا)

چنانچه در (جدول ۳) ملاحظه می شود، با کنترل نمرات پیش‌آزمون، بین گروه های آزمایش و گواه در متغیرهای فاجعه انگاری ($F(18,1)=35/528$, $p=0/001$)، سرزنشگری ($F(18,1)=84/977$, $p=0/001$)، نشخوار فکر ($F(18,1)=27/550$, $p=0/001$)، سرزنش دیگری ($F(18,1)=59/905$, $p=0/001$)، ضریب

تنظیم شناختی مناسبی متناسب با موقعیتهای شناختی استفاده نماید. تمرینات ذهن آگاهی، تنظیم هیجان و تحمل پریشانی با زیر نظر گرفتن دایم و بدون قضاوت حس های بدنی، بدون سعی در فرار یا اجتناب از آنها می توانند باعث کاهش واکنشهای هیجانی گردند که معمولاً توسط نشانه های اضطراب اجتماعی برانگیخته می شود. مشاهده بدون قضاوت افکار مرتبط با نشانه های اضطراب اجتماعی ممکن است منجر به فهم و درک این نکته گردد که اینها «فقط افکارند» و نمایانگر واقعیت یا حقیقت نیستند و لزوماً نباید باعث فرار یا رفتار اجتنابی شوند [۲۲]. در فرایند آموزش رفتار درمانی دیالکتیکی از افراد خواسته می شود با تجارب ناخوشایند خود رابطه ای متفاوت ایجاد کنند و با پذیرش و اعتباربخشی به احساسات ناخوشایند، در مورد تصمیم درباره چگونگی پاسخ به هیجانات، آگاهی داشته باشند. متعاقباً این فرایند باعث کاهش استفاده از راهبردهای منفی تنظیم شناختی هیجان و افزایش به کارگیری راهبردهای مثبت تنظیم شناختی هیجان توسط دانشجویان دارای نشانه های اضطراب اجتماعی می شود.

از محدودیتهای این پژوهش می توان به موارد زیر اشاره کرد: چنانچه، این مطالعه تنها بر روی دانشجویان شهر تبریز انجام شد. لذا قدرت تعمیم یافته های پژوهش به سایر نمونه ها را کاهش می دهد. از دیگر محدودیتهای پژوهش میتوان به نمونه گیری هدفمند و استفاده از طرح نیمه آزمایشی به جای استفاده از طرح تمام آزمایشی و همچنین تک بعدی بودن ارزیابی متغیرهای پژوهش (برای مثال، ارزیابی علایم اضطراب اجتماعی صرفاً با یک ابزار) اشاره کرد. عدم انجام پیگیری نیز از جمله محدودیتهای اساسی این پژوهش بود. بنابراین، پیشنهاد می شود سایر محققان علاقمند به این حوزه، موضوع مورد بحث در این پژوهش را در بین دانشجویان سایر دانشگاهها انجام دهند و از سایر طرحهای آزمایشی با نمونه گیری تصادفی استفاده کنند. همچنین، تأثیر مداخله مورد بحث را پیگیری نمایند تا میزان ثبات نتایج در طول زمان مشخص شود. به علاوه، از سایر ابزارهای خودگزارشی و یا مصاحبه برای گردآوری اطلاعات استفاده کنند.

نتیجه گیری

با توجه به اینکه رفتار درمانی دیالکتیکی بر تنظیم شناختی هیجان در دانشجویان مبتلا به اختلال اضطراب اجتماعی

و تنظیم شناختی هیجان ($F(18,1)=52/870, p=0/001$ ، $F(18,1)=52/870, p=0/001$)، ضریب اتا ($r^2=0/74$) دانشجویان مبتلا به اختلال اضطراب اجتماعی در مرحله پس آزمون تفاوت معنی داری وجود دارد. به علاوه، توان آماری ۱ یا نزدیک به یک نشاندهنده حجم نمونه مناسب برای چنین نتیجه گیری میباشد.

بحث

این پژوهش با هدف تعیین تأثیر رفتار درمانی دیالکتیکی گروهی بر تنظیم شناختی هیجان دانشجویان مبتلا به اختلال اضطراب اجتماعی انجام شد؛ لذا نتایج حاصل نشان داد که رفتار درمانی دیالکتیکی گروهی بر تنظیم شناختی هیجان دانشجویان مبتلا به اختلال اضطراب اجتماعی موثر بود.

هرچند، در زمینه کارآیی رفتار درمانی دیالکتیکی بر تنظیم شناختی هیجان در افراد مبتلا به اختلال اضطراب اجتماعی پژوهش مشابهی مشاهده نشد، با این حال، این یافته با برخی از مطالعات پیشین که تأثیر این رویکرد درمانی را بر اختلالات روانشناختی نشان دادهاند، همراستا میباشد. برای مثال، این یافته با نتایج حاصل از پژوهش Valentine و همکاران (۲۰۱۵) همراستا میباشد که اثربخشی رفتار درمانی دیالکتیکی را در اختلالهای مصرف مواد، اختلالهای خوردن و پر خوری عصبی، افسردگی سالمندان، اختلال دوقطبی، خشونت و پر خاشگری، اختلال رفتار مقابلهای، زنان قربانی خشونت خانگی، اعضای خانواده دارای شخص مبتلا به اختلال شخصیت مرزی و زوجین نشان دادند [۱۴]. تقی زاده و همکاران (۲۰۱۵) نیز همسو با این پژوهش، نشان دادند که رفتار درمانی دیالکتیک باعث کاهش نمرات راهبردهای منفی تنظیم هیجانی در زنان مبتلا به همبودی اختلالات شخصیت مرزی و سوء مصرف مواد می شود [۱۵]. آهوان و همکاران (۲۰۱۶) نیز در مطالعه دیگری تأثیر رفتار درمانی دیالکتیکی (هشت جلسه ای) را بر تنظیم هیجان بیماران مبتلا به اختلال وسواس فکری - عملی نشان دادند [۱۶]. در رفتار درمانی دیالکتیکی فرد دارای نشانه های اضطراب اجتماعی می آموزد که در هر لحظه از حالت هیجانی خود آگاهی داشته و توجه خود را به شیوه های مختلف بر ابراز و بیان هیجانات متمرکز سازد و رفتار خود را براساس آنها تنظیم نماید. در نتیجه این رویکرد، به دانشجو کمک می کند با پذیرش حالت هیجانی خود، به دور از هرگونه قضاوتی و تغییر عواملی که نیاز به تغییر دارند، از راهبردهای

تاثیر دارد، آموزش این رویکرد مداخلاتی به عنوان یک روش درمانی مؤثر برای کاهش استفاده از راهبردهای منفی تنظیم شناختی هیجان و افزایش به کارگیری راهبردهای مثبت تنظیم شناختی هیجان توسط دانشجویان توصیه می شود.

سپاسگزاری

مقاله حاضر برگرفته از پژوهش مصوب در شورای تخصصی

پژوهش دانشگاه آزاد اسلامی تبریز مورخ ۲۰/۹/۹۸ به کد اخلاق شماره IR.IAU.TABRIZ.REC.1399.019 میباشد. نویسندگان بر خود لازم می بینند تا از کلیه شرکت کنندگان در این پژوهش تقدیر و تشکر به عمل آورند

تضاد منافع

در این پژوهش هیچگونه تعارض منافع توسط نویسندگان گزارش نشد.

References

1. America Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorder. 5nd ed. DSM-5;2013.
2. Stein DJ, Lim CCW, Roest AM, de Jonge P, Aguilar-Gaxiola S, Al-Hamzawi A, et al. The cross-national epidemiology of social anxiety disorder: Data from the World Mental Health Survey Initiative BMC Med. 2017; 15: 143.. <https://doi.org/10.1186/s12916-017-0889-2>
3. Baptista CA, Loureiro SR, de Lima Osório F, Zuardi AW, Magalhães PV, Kapczinski F, et al. Social phobia in Brazilian university students: prevalence, under-recognition and academic impairment in women. J Affect Disord; 2012;136(3):857-61. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2011.09.022>
4. Al-Naggar R, Bobryshev Y, Alabsi M. Perfectionism and social anxiety among university students in Malaysia. Asean Journal of Psychiatry; 2013;14(1): 51-8. <https://doi.org/10.7314/APJCP.2013.14.3.1895>
5. Norouzi M, Michaeli Manee F, Issazadegan A. The prevalence of self-reported social anxiety disorder on Iranian students. J Urmia Univ Med Sci. 2016; 27(2):155-166. [Persian]
6. Mustafa S, Melonashi E, Shkempi F, Besimi K, Fanaj N. Anxiety and self-esteem among university students: comparison between Albania and Kosovo. Procedia-Social and Behavioral Sciences. 2015; 205, 189-94. <https://doi.org/10.1016/j.sbspro.2015.09.057>
7. Domaradzka E, Małgorzata Fajkowska M. cognitive emotion regulation strategies in anxiety and depression understood as types of personality. Front Psychol. 2018; 9: 856. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2018.00856>
8. Gross JJ. Emotion regulation: current status and future prospects. Psychol. Inqu. 2015; 26, 1-26. <https://doi.org/10.1080/1047840X.2014.940781>
9. Dixon ML, Moodie CA, Goldin PR, Farb N, Heimberg RG, Gross JJ. (Accepted/In press). emotion regulation in social anxiety disorder: reappraisal and acceptance of negative self-beliefs. Biological Psychiatry: Cognitive Neuroscience and Neuroimaging; 2020;5(1):119-129. <https://doi.org/10.1016/j.bpsc.2019.07.009>
10. Goldin P, Jazaieri H, Gross J.J. Emotion regulation in social anxiety disorder S.G. Hofmann, P.M. DiBartolo (Eds.), social anxiety: clinical, developmental, and social perspectives, 3rd ed., Academic Press, Waltham, MA; 2014: 511-529. <https://doi.org/10.1016/B978-0-12-394427-6.00017-0>
11. McClure EB, Pine DS. Social anxiety and emotion regulation: A model for developmental psychopathology perspectives on anxiety disorders D. Cicchetti, D.J. Cohen (Eds.), Developmental Psychopathology: Volume Three: Risk, Disorder, and Adaptation, John Wiley & Sons, Hoboken, NJ; 2015: 470-502. <https://doi.org/10.1002/9780470939406.ch12>
12. Asmand P, Mami S, Valizadeh R. Effectiveness of dialectical behavior therapy in irrational beliefs treatment, anxiety, depression among young male prisoners who have antisocial personality disorder. Journal of Ilam University of Medical Sciences. 2015; 23 (1) :35-44. [Persian] <https://doi.org/10.4103/2347-9019.147135>
13. Kroger C, Harbeck S, Armbrust M, Kliem S. Effectiveness, response, and dropout of dialectical behavior therapy for borderline personality disorder in an inpatient setting. Behav Res ther. 2013; 51, 411-6. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2013.04.008>
14. Valentine SE, Bankoff SM, Poulin RM, Reidler EB, Pantalone DW. The use of dialectical behavior therapy skills training as

- stand-alone treatment: a systematic review of the treatment outcome literature. *Journal of Clinical Psychology* 2015;71,1-20. <https://doi.org/10.1002/jclp.22114>
15. Taghizadeh ME, Ghorbani T, Saffarinia M. effectiveness of emotion regulation techniques of dialectical behavior therapy on emotion regulation strategies in women with borderline personality disorder and substance abuse disorder: multiple baseline design. *Journal of Research in psychological Health* 2015;9(3):66-73. [Persian]
16. Ahovan M, Balali S, Abedi Shargh N, Doostian Y. Efficacy of dialectical behavior therapy on clinical signs and emotion regulation in patients with obsessive-compulsive disorder. *Mediterranean Journal of Social Sciences* 2016;7(4):412-416. <https://doi.org/10.5901/mjss.2016.v7n4p412>
17. Borg W, Gall J. Quantitative and qualitative research methods in psychology and educational sciences. Tehran: Beheshti University; 2015. 455-6 p.
18. Connor KM, Davidson JR, Churchill LE, Sherwood A, Weisler RH, et al. Psychometric properties of the Social Phobia Inventory (SPIN) New self-rating scale. *The British Journal of Psychiatry* 2000;176(4):379-86. <https://doi.org/10.1192/bjp.176.4.379>
19. Khazaei F, Shairi M R, Atri Fard M, Jalali M R, Heidari Nasab L. Social Phobia Questionnaire in Adolescents: Exploratory and Confirmatory Factor Structure. *Clinical Psychology & Personality*. 2015; 2 (12) :121-132. [Persian]
20. Garnefski N, Kraaij V, Spinhoven P. Negative life events, cognitive emotion regulation and emotional problems. *Personality and Individual Differences*;2001: 30, 1311-1327. [https://doi.org/10.1016/S0191-8869\(00\)00113-6](https://doi.org/10.1016/S0191-8869(00)00113-6)
21. Sasanpour M Azizi A. Correlation of alexithymia and positive cognitive emotion regulation strategies in prisoners. *Journal of Police Medicine* 2017;6(3):161-166 . [Persian]
22. Linehan M. Skills training manual for treating borderline personality disorder. 2nd ed. New York: Guilford Publications; 2005.