

اثربخشی رفتار درمانی دیالکتیکی (DBT) بر متغیرهایی همچون مکانیزم های دفاعی، تنظیم شناختی هیجان و خودکارآمدی در افراد دارای اختلال اضطراب تعمیم یافته

ابوالفضل عباسی شورباخلو^{۱*}

حسن خضری^۲

۱- دانشجوی کارشناسی ارشد روانشناسی بالینی، واحد فیروزآباد، دانشگاه آزاد اسلامی، فیروزآباد، ایران

۲- استادیار گروه روانشناسی، واحد فیروزآباد، دانشگاه آزاد اسلامی، فیروزآباد، ایران

چکیده

هدف از پژوهش حاضر بررسی اثربخشی رفتار درمانی دیالکتیکی (DBT) بر متغیرهایی همچون مکانیزم های دفاعی، تنظیم شناختی هیجان و خودکارآمدی در افراد دارای اختلال اضطراب تعمیم یافته می باشد. جامعه آماری پژوهش حاضر شامل کلیه افرادی هستند که به کلینیک پیام سلامت شهرستان فیروزآباد و اورژانس اجتماعی اداره بهزیستی شهرستان فیروزآباد، فارس در سال ۱۴۰۳ مراجعه، و تشخیص بالینی اختلال اضطراب تعمیم یافته دریافت کرده اند، بوده که در مجموع بالغ بر ۱۰۰ نفر می باشد که از بین ۱۰۰ نفر، ۳۰ نفر که بیشترین شدت اضطراب را داشته، به صورت هدفمند انتخاب شده و در گروه آزمایش رفتار درمانی دیالکتیکی (۱۵ نفر) و گروه کنترل (۱۵ نفر)، به صورت تصادفی گمارش شده اند. به منظور جمع آوری داده پرسشنامه های اختلال اضطراب فراگیر-GAD-۷، خودکارآمدی عمومی-GSE-۱۷، سبک های دفاعی-DSQ-۴۰ (و پرسشنامه ی نظم جویی شناختی هیجان CERQ) مورد استفاده قرار گرفت. جهت تجزیه و تحلیل داده ها از آمار توصیفی (میانگین و) و آمار استنباطی (کوواریانس) استفاده شد. نتایج بدست آمده حاکی از آن است که رفتار درمانی دیالکتیکی (DBT) بر متغیرهای مکانیزم های دفاعی، تنظیم شناختی هیجان و خودکارآمدی در افراد دارای اختلال اضطراب تعمیم یافته تاثیر مثبت و معناداری دارد ($P < 0/05$).

واژگان کلیدی: رفتار درمانی دیالکتیکی، تنظیم شناختی هیجان، مکانیزم های دفاعی، خودکارآمدی و اضطراب تعمیم یافته

مقدمه

اضطراب مفهومی است چند بعدی و دارای سطوح گوناگون که به عنوان پدیده ای بدنی، شناختی، عاطفی و بین فردی جلوه گر می شود. اضطراب یک علامت هشدار دهنده است و بایستی خاطر نشان کرد که اندکی اضطراب برای ادامه بقا و نگهداری فرد از خطرهای تهدیدکننده و حفاظت از خود ضروری می باشد. با وجود اینکه نوعی عامل انگیزش محسوب می شود، اما زمانی که از حد بگذرد، عامل آشفتگی و فروریختگی سازمان رفتارها محسوب می شود. بنابراین اضطراب ممکن است ما را از مسیر زندگی خارج کند به نحوی که مهار زندگی را از دست بدهیم. عصری که ما در آن زندگی می کنیم، عصر اضطراب نامیده می شود. طبق آمار سازمان بهداشت جهانی (WHO) ۴۰۰ میلیون نفر در جهان به اضطراب مبتلا هستند؛ این پدیده، علت اولیه ۶ تا ۲۵ درصد از تمام مشکل های روانی محسوب می شود [۱].

اختلالات اضطرابی طیف وسیعی از اختلالات وحشت زدگی (پنیک)، هراس، اختلال وسواس فکری عملی، اختلال استرس پس از سانحه، اختلال اضطراب فراگیر و چند اختلال دیگر را شامل می شود که نرخ بروز ۱۸ درصد و شیوع تمام عمری ۲۸/۸ درصد از شایع ترین اختلالات روانپزشکی است [۲]. اکثر ما در روبرو شدن با موقعیت های تهدید آمیز یا فشار زا احساس اضطراب و تنش می کنیم، این گونه احساسات، واکنش های به هنجاری در برابر فشار روانی هستند. تنها زمانی نابهنجار محسوب می شود که در برابر موقعیت هایی رخ دهد که اکثر مردم به راحتی آنها را حل و فصل می کنند. ممکن است این اضطراب اختلال اضطراب فراگیر (GAD) تشخیص داده شود [۳].

مکانیسم های دفاعی یا ساز و کار دفاعی در روانشناسی، مجموعه ای از واکنش های روانی هستند، که افراد برای حفظ آرامش و رهایی از درد، رنج و ناراحتی، به شکل ناخودآگاه استفاده می کنند. مکانیسم های دفاعی، اولین بار توسط زیگموند فروید، بررسی و توصیف شد. به گفته فروید، مکانیزم های دفاعی، راهی برای برقراری تعادل بین خواسته های بخش های مختلف روان انسان ها هستند. مکانیسم های دفاعی انسان، بخشی طبیعی در فرآیند رشد هستند، که از آشفتگی روانی در برخورد با اضطراب و اتفاقات بد، جلوگیری می کنند [۴].

در صورت استفاده افراطی از مکانیسم های دفاعی که زمانی کارکرد مفید داشته یا غالب شدن مکانیسم های دفاعی ناسالم بر ساختار شخصیت، روان و رفتار افراد از حالت طبیعی خارج شده و مشکل ساز می شود. به طور کلی مکانیزم های دفاعی، پاسخ های روان شناختی ناخودآگاهی هستند، که افراد را از احساس اضطراب، مورد تهدید قرار گرفتن عزت نفس و چیزهایی که نمی خواهند درباره شان فکر کنند یا با آن ها رو به رو شوند، محافظت می کنند. مکانیزم های دفاعی، در واقع راهی برای جدا کردن افراد از اعمال یا افکار ناخوشایند هستند [۵].

به گفته ی آلبرت بندورا، خودکارآمدی عبارت است از اعتقاد و باور به قابلیت های خود برای سازماندهی و اقدام در مدیریت موقعیت های پیش رو. به بیان دیگر خودکارآمدی باور خود شخص به توانایی موفقیت در یک موقعیت خاص است. بندورا این باور را پایه ی تفکر، رفتار و احساس افراد می داند. این مفهوم که هسته ی مرکزی نظریه ی شناختی - اجتماعی آلبرت بندورا را تشکیل می دهد، بر نقش یادگیری مشاهده ای، تجربه ی اجتماعی و جبرگرایی متقابل در ایجاد شخصیت افراد تأکید دارد. بر اساس نظریه ی بندورا، خودکارآمدی بخشی از سیستم خود است. سیستم خود، از نگرش ها، توانایی ها و

مهارت‌های شناختی فرد تشکیل شده است و در نحوه‌ی درک ما از موقعیت‌های مختلف و همچنین رفتار ما در واکنش به این موقعیت‌ها نقشی اساسی دارد. خودکارآمدی بخشی مهم و اصلی از این سیستم است [۶].

تعریف تنظیم هیجانی این است که توانایی اعمال کنترل بر وضعیت عاطفی خود داشته باشیم. ممکن است شامل رفتارهایی مانند بازاندیشی در یک موقعیت چالش برانگیز برای کاهش خشم یا اضطراب، پنهان کردن نشانه‌های آشکار غم، اندوه و ترس، یا تمرکز بر دلایل احساس شادی یا آرامش باشد. احساسات بخشی عادی از زندگی روزمره هستند. تنظیم هیجانی متغیر است که به بدتنظیمی یا نقص در تنظیم هیجان اشاره دارد. در حالی که راه‌های زیادی برای تأثیرگذاری بر وضعیت عاطفی فرد برای بهتر شدن وجود دارد [۷].

تنظیم هیجان اغلب شامل چیزی است که کارشناسان آن را تنظیم پایین یا کاهش شدت احساسات می‌نامند. یک فرد غمگین ممکن است با یادآوری چیزی سرگرم کننده، غم خود را کاهش دهد. یک فرد مضطرب ممکن است با پرت کردن حواس خود با فکری که باعث اضطراب او می‌شود، کنار بیاورد. تنظیم هیجان همچنین می‌تواند شامل تنظیم بالا یا تقویت احساسات فرد باشد، که می‌تواند زمانی مفید باشد که یک خطر یا چالش قریب الوقوع مستلزم دوز سالم اضطراب یا هیجان دیگری است. مدل فرآیندی تنظیم هیجانی که توسط روانشناس جیمز گراس پیشنهاد شده است، تأکید می‌کند که افراد می‌توانند برای کنترل احساسات خود در مقاطع زمانی مختلف اقدام کنند: (۱) قبل از اینکه احساسی را احساس کنند. (تنظیم هیجان متمرکز بر پیشین)، (۲) پس از اینکه شروع به واکنش عاطفی کرده‌اند. (تنظیم احساسات متمرکز بر پاسخ) [۸].

از طرفی نیز رفتار درمانی دیالکتیکی رویکردی درمانی است که توسط مارشا لینهان (۱۹۹۳) برای درمان بیماران مبتلا به اختلال شخصیت مرزی که به طور مکرر خودکشی می‌کنند، ابداع شده است. این روش بر سه پایه، رفتارگرایی، فلسفه دیالکتیکال و آیین ذهن استوار است. این رویکرد تعامل عوامل زیستی-اجتماعی را علت اختلال شخصیت مرزی می‌داند. به این معنا که بیماران مبتلا به اختلال شخصیت مرزی افرادی هستند که از نظر زیست شناختی آسیب پذیری هیجانی دارند و در محیط‌هایی که به طور مکرر تجربیات درونی و رفتارهای فرد را نامعتبر می‌سازند، پرورش یافته‌اند. آسیب پذیری هیجانی به همراه پرورش در محیط نامعتبر ساز موجب می‌شود فرد با نقایصی در توانایی، خیزش و تنظیم هیجان‌ها و مشکلات زندگی خود روبرو شود [۹].

رفتار درمانی دیالکتیکی یک شیوه درمانی یکپارچه نگر است. یکپارچگی میان تضادها برای رسیدن به نتیجه و رشد. در این رویکرد به مراجع آموخته می‌شود تضادهای موجود در درون خود و یا میان خود و محیط را بشناسد و از طریق ترکیب و تلفیق آنها با یکدیگر به نتیجه‌ای کارآمد دست یابد. یکپارچه سازی را می‌توان به چند شکل در این رویکرد مشاهده کرد. یکپارچه سازی مدل‌های زیست شناختی و مدل‌های محیطی، به این معنا که هم عوامل زیست شناختی هم عوامل محیطی در پیدایش و تداوم اختلالات مورد توجه قرار می‌گیرد [۱۰].

یکپارچه سازی میان رویکردهایی که بر تغییر و رویکردهایی که بر پذیرش بی‌قید و شرط واقعیت تأکید دارند. بنابراین لینهان یکی از ایرادهای اصلی رویکردهای شناختی آن است که بین تره‌های درمانگر و بیمار یکپارچگی برقرار نمی‌کند، زیرا در این رویکردها اغلب تأکید اصلی بر ایجاد تغییر در هیجان‌ها، شناخت‌ها و رفتارهای مراجع است. در این شرایط مراجع احساس می‌کند فرایند درمان نه تنها رفتارهای او را نامعتبر می‌سازد بلکه باعث می‌شود او خود را فردی نامعتبر

بداند. نامعتبرسازی ادراک شده مشکلات را در جلسه درمان ایجاد می کند، بنابر نظریه زیستی اجتماعی افراد دارای اختلال شخصیت و اختلالات خلقی به نشانه های نامعتبرسازی بسیار حساس اند [۱۱].

مطالعات گوناگون نشان داده است که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد ب متغیرهایی شبیه متغیرهای پژوهش حاضر اثربخش بوده است که عبارت اند از

اصغری شربیانی، عطا دوخت، حاجلو و میکائیلی (۱۴۰۱)، تحقیقی با عنوان اثربخشی رفتار درمانی دیالکتیک گروهی بر تنظیم هیجان و تحریک پذیری نوجوانان دارای اختلال بی نظمی خلق اخلاگر در استان آذربایجان غربی را انجام دادند. یافته ها نشان داد که رفتار درمانی دیالکتیک بر تنظیم هیجان نوجوانان دارای اختلال بی نظمی خلق اخلاگر موثر می باشد [۱۲].

معین الدینی، لطفی کاشانی و شفیع آبادی (۱۳۹۹)، تحقیقی با عنوان اثربخشی رفتار درمانی دیالکتیک در مقایسه با درمان یکپارچه نگر در سبک های دفاعی و اعتیاد به اینترنت شهر تهران انجام دادند. نتایج نشان داد که هر دو درمان دیالکتیک و درمان یکپارچه نگر بر مکانیزم های دفاعی و کاهش اعتیاد به اینترنت شرکت کنندگان پژوهش اثربخش بوده است [۱۳].

در پژوهش ملک زاده، موحذزاده و حقیقی (۱۳۹۹)، با عنوان اثربخشی رفتار درمانی دیالکتیک به شیوه گروهی بر خودکارآمدی مقابله با مشکلات در افراد سوء مصرف کننده مواد رفتار درمانی دیالکتیک سبب بهبود خود کارآمدی در افراد سوء مصرف کننده مواد می گردد [۱۴].

اثربخشی رفتار درمانی دیالکتیک بر خودکارآمدی، سبک زندگی مربوط به خوردن و شاخص توده بدنی در افراد فزون وزن عنوان پژوهشی است که توسط صالحی مقدم، حاتمی، احدی و حاتمی (۱۳۹۹)، انجام گردیده است. نتایج حاصل گویای آن است که رفتار درمانی دیالکتیک بر خودکارآمدی افراد دارای اضافه وزن موثر بوده [۱۵].

بیتران، کلیمان و رضوی (۲۰۲۴)، در تحقیقی تحت عنوان اثربخشی رفتار درمانی دیالکتیک بر افکار خودکشی و تنظیم هیجان، مشخص گردید که رفتار درمانی دیالکتیکی سبب افزایش و بهبود استفاده از راهبردهای تنظیم هیجان می شود [۱۶].

در پژوهش ایپ، مک مین، چاپمن و کیو (۲۰۲۴) با عنوان نقش تنظیم هیجان و اختلال عملکرد بین فردی در خودآزاری غیر خودکشی در طول رفتار درمانی دیالکتیکی برای اختلال شخصیت مرزی، مشخص گردید که رفتار درمانی دیالکتیک سبب بهبود شناختی هیجان در افراد دارای خودآزاری می گردد [۱۷].

پارک، جو و کانگ (۲۰۲۰)، در پژوهش خود دز زمینه تأثیر آموزش مهارت رفتار درمانی دیالکتیکی بر افسردگی و خودکارآمدی پرهیز از الکل در بیماران مبتلا به اختلال مصرف الکل. نشان دادند که رفتار درمانی دیالکتیک بر افسردگی و خودکارآمدی افراد مبتلا به اختلال مصرف الکل تأثیر مثبت و معناداری دارد [۱۸].

با توجه به مطالب فوق و اهمیت نقش متغیرهای مکانیزم های دفاعی، تنظیم شناختی هیجان و خودکارآمدی و اضطراب تعمیم یافته، در پژوهش حاضر و در چهارچوب متغیر ها، پژوهش مدونی صورت نگرفته است بنابراین انجام پژوهش حاضر ضروری به نظر می رسد. در نتیجه پژوهش حاضر در پی آن است که به این سوال پاسخ دهد که آیا رفتار درمانی دیالکتیکی

(DBT) بر متغیرهایی همچون مکانیزم های دفاعی، تنظیم شناختی هیجان و خودکارآمدی در افراد دارای اختلال اضطراب تعمیم یافته اثربخش است؟

هدف

اثربخشی رفتار درمانی دیالکتیکی (DBT) بر متغیرهایی همچون مکانیزم های دفاعی، تنظیم شناختی هیجان و خودکارآمدی در افراد دارای اختلال اضطراب تعمیم یافته.

فرضیه

- ۱- رفتار درمانی دیالکتیکی (DBT) بر مکانیزم های دفاعی افراد دارای اختلال اضطراب تعمیم یافته تاثیر مثبت و معناداری دارد.
- ۲- رفتار درمانی دیالکتیکی (DBT) بر تنظیم شناختی هیجان افراد دارای اختلال اضطراب تعمیم یافته تاثیر مثبت و معناداری دارد.
- ۳- رفتار درمانی دیالکتیکی (DBT) بر خودکارآمدی افراد دارای اختلال اضطراب تعمیم یافته تاثیر مثبت و معناداری دارد.

روش تحقیق

پژوهش حاضر از نوع شبه آزمایشی چند گروهی با پیش آزمون پس آزمون با گروه گواه می باشد. در پژوهش حاضر روش های درمانی به عنوان متغیر مستقل (در دو سطح رفتار درمانی دیالکتیکی و عدم مداخله یا گروه گواه) و متغیرهای مکانیزم های دفاعی، تنظیم شناختی هیجان و خودکارآمدی به عنوان متغیر وابسته در نظر گرفته می شوند. جامعه آماری پژوهش شامل کلیه مراجعان کلینیک روانشناختی پیام سلامت فیروزآباد و اورژانس اجتماعی اداره یبزیستی شهرستان فیروزآباد، فارس در سال ۱۴۰۳ می باشد که تشخیص بالینی اختلال اضطراب تعمیم یافته دریافت نموده اند که در مجموع بالغ به ۱۰۰ نفر می باشند. سپس از بین این ۱۰۰ نفر، ۳۰ نفر که بیشترین شدت اضطراب را دارند، در گروه آزمایش (۱۵ نفر) و گروه گواه (۱۵ نفر) گمارده شدند.

ابزار پژوهش

پرسشنامه اختلال اضطراب فراگیر (GAD-V)

پرسشنامه اختلال اضطراب فراگیر توسط اسپیترز و همکاران (۲۰۰۶) به منظور سنجش میزان تمایل به اعتیاد در افراد طراح و تدوین شده است. این پرسشنامه دارای ۷ سوال می باشد و بر اساس طیف لیکرت با سوالاتی مانند (احساس ترس به دلیل اینکه ممکن است اتفاق وحشتناکی رخ دهد) به سنجش اختلال اضطراب فراگیر در افراد می پردازد. [۱۹].

روایی و پایایی پرسشنامه:

ضریب آلفای کرونباخ محاسبه شده در پژوهش نائینیان، شعیری، شریفی و هادیان (۱۳۹۰) [۲۰]، برای این پرسشنامه بالای ۰/۷ و در پژوهش سرمد، حجازی و بازرگان (۱۳۹۰)، ۰/۸۵ می باشد [۲۱].

جدول شماره ۱: نمره گذاری پرسشنامه اضطراب تعمیم یافته

اصلا	چندین روز	بیش از نیمی از روز	تقریباً هر روز
۰	۱	۲	۳

نمره کل اضطراب از هفت گویه در دامنه ای از ۰ تا ۲۱ می باشد. این نمره از مجموع نمره های ۰، ۱، ۲ و ۳ به ترتیب به پاسخ های اصلا، چندین روز، بیش از نیمی از روز و تقریباً هر روز، محاسبه می شود.

جدول شماره ۲: میزان شدت اختلال برحسب امتیاز در پرسشنامه اختلال اضطراب فراگیر

میزان	نمره
خفیف	۰-۵
متوسط	۶-۱۰
نسبتاً شدید	۱۱-۱۵
شدید	۱۶-۲۱

پرسشنامه ی نظم جویی شناختی هیجان (CERQ-۱۸)

پرسشنامه ی نظم جویی شناختی هیجان (CERQ) یک پرسشنامه ۳۶ آیتمی است که شامل ۹ خرده مقیاس می باشد [۲۲]. هر خرده مقیاس نیز از ۴ آیتم تشکیل شده است. هر آیتم به چگونگی تفکر هر شخص بعد از تجربه یک رویداد تهدید آمیز یا استرس زا می پردازد. پرسشنامه ی نظم جویی شناختی هیجان (CERQ) برای اندازه گیری استراتژی های شناختی که سبک واکنش به رویداد های استرس آمیز افراد را مشخص می کند، کاربرد دارد. پرسشنامه ی نظم جویی شناختی هیجان (CERQ)، پرسشنامه خود گزارش دهی است که می توان در افراد ۱۲ سال به بالا انجام گیرد. هر آیتم بر اساس مقیاس ۵ گزینه ای لیکرت که عبارت است از ۱ (اغلب/هرگز) الی ۵ (همیشه). نمره هر خرده مقیاس با جمع کردن آیتم های هر خرده مقیاس به دست می آید، بنابراین دامنه نمرات برای هر خرده مقیاس ۴ تا ۲۰ می باشد. هر چه نمره فرد در خرده مقیاس ها بیشتر باشد نشان دهنده استفاده بیشتر از آن استراتژی شناختی می باشد.

تعداد مطالعاتی که خواهان نسخه کوتاه شده این پرسشنامه بودند، به شدت افزایش یافت. تهیه نسخه کوتاه شده CERQ به دلیل بررسی و تحلیل سریع اطلاعات بسیار مهم می باشد. گرانفسکی و کرایچ (۲۰۰۶) برای اولین بار بررسی و تهیه نسخه ۱۸ آیتمی این پرسشنامه پرداختند در این پژوهش تعداد آیتم های هر خرده مقیاس از ۴ به ۲ کاهش یافت.

به مانند نسخه ی ۳۶ آیتمی این پرسشنامه نیز ۹ خرده مقیاس دارد، اما به دلیل حذف بعضی از گویه ها، برای هر خرده مقیاس تنها دو آیتم در نظر گرفته شده است، این تعداد در نسخه ۳۶ آیتمی، ۴ آیتم می باشد.

روایی و پایایی پرسشنامه:

مشخصات روانسنجی پرسشنامه ی نظم جویی شناختی هیجان (CERQ) در مطالعات خوب و مناسب گزارش شده است [۲۳]. ضریب آلفای کرونباخ در بیشتر موارد بالای ۰/۷۰ بوده و حتی در برخی مطالعات آلفای کرونباخ بالای ۰/۸۰ می باشد. همچنین نتایج نشان دهنده اعتبار سازه و اعتبار عاملی خوب و مناسب این پرسشنامه بوده است. نتایج پژوهش گرانیفسکی و کرایچ (۲۰۰۶) نیز در بررسی همسانی درونی خرده مقیاس ها پرسشنامه خوب گزارش شده است (۰/۶۲) الی (۰/۸۵).

نتایج آنالیز مولفه های اصلی حمایت تجربی مستحکمی را برای آیتم های تعیین شده در نسخه کوتاه پرسشنامه ی نظم جویی شناختی هیجان (CERQ) فراهم آورد. همچنین نتایج در بررسی پایایی پرسشنامه نشان دهنده پایایی بالا و قابل قبول پرسشنامه ی نظم جویی شناختی هیجان (CERQ) بود. همچنین در بررسی همسانی درونی CERQ به نتایج زیر دست یافتند:

جدول شماره ۳: همسانی درونی آیتم های پرسشنامه نظم جویی شناختی هیجان

خرده مقیاس	آیتم ها
ملامت خود	۰/۶۸
پذیرش	۰/۷۳
تمرکز بر روی افکار / نشخوار فکری	۰/۷۹
تمرکز مجدد مثبت	۰/۸۰
تمرکز بر برنامه ریزی مجدد	۰/۷۹
ارزیابی مجدد مثبت	۰/۸۱
دیدگاه دیگری	۰/۷۹
فاجعه سازی	۰/۸۱
ملامت دیگران	۰/۷۷

همانطور که در جدول با مشاهده می کنید کمترین آلفای کرونباخ برای خرده مقیاس خود ملامت گری (۰/۶۸) و بیشترین آلفای کرونباخ به خرده مقیاس تمرکز مجدد مثبت و فاجعه سازی (۰/۸۱) اختصاص دارد. بنابراین نتایج نشان دهنده همسانی درونی مناسب خوب نسخه ۱۸ آیتمی CERQ می باشد

جدول شماره ۴: طریقه نمره گذاری پرسشنامه نظم جویی شناختی هیجان

هرگز	گاهی	مرتبا	اغلب	همیشه
۱	۲	۳	۴	۵

پرسشنامه سبک دفاعی آندرز و همکاران (DSQ-۴۰)

پرسشنامه سبک های دفاعی (DSQ-۴۰) توسط آندرز و همکاران در سال ۱۹۹۳ تنظیم شد. این پرسشنامه براساس پرسشنامه اولیه باند و همکاران که در ۱۹۸۳ تهیه شده بود تحول یافت. ۲۰ مکانیزم دفاعی را در ۳ عامل رشد یافته، رشد نایافته و روان آزاده وار از یکدیگر مورد بازشناسی و تفکیک قرار داده است.

مکانیزم های دفاعی همچون بسیاری از مفاهیم روان تحلیل گری، مفهومی مبهم و ناشناخته به نظر می رسد، و این ابهام و رازآلودگی تردید را در مورد حضور و یا تاثیر آن در کنش های روانی آدمی دامن زده است و آنچه که این ابهام را می گستراند جایگاه آن است چرا که از فروید تا روانشناسان من(ایگو) همگی بر اهمیت گستره ی ناهشیاری در پدیدآیی و ظهور این مکانیزم ها تاکید داشته و برآن پای می فشردند. مکانیزم های دفاعی در پی فزون خواهی بن و تکانه های ناهشیار و ناخواستنی اش به راه می افتند و هدف آنها کاهش اضطراب برآمده از چنین جنبشی و یا مهار آن و یا برآوردن تمنای بن به طریق مدارا می باشد. در این پژوهش منظور از نمره استاندارد سبک های دفاعی نمرهای است که فرد به سوالات ۴۰ گویه ای پرسشنامه می دهد.

پایایی و روایی پرسشنامه :

آندروز و همکاران (۱۹۹۳)، آلفای کرونباخ را برای سبک های رشد یافته، روان آزاده و رشد نایافته به ترتیب ۰/۵۸ ، ۰/۶۸ ، ۰/۸۰ گزارش کردند. [۲۴]. همچنین در ایران بشارت، شریفی و ایروانی (۱۳۸۰)، ضریب آلفای کرونباخ در فرم فارسی پرسشنامه را برای هر یک از سبک های رشد یافته، رشد نایافته و نورویتیک به ترتیب، ۰/۷۵ ، ۰/۷۳ ، ۰/۷۴ گزارش کردند که بیانگر همسانی درونی رضایت بخش برای فرم فارسی پرسشنامه سبک های دفاعی می باشد [۲۵].

روش نمره گذاری پرسشنامه:

مقیاس نمره گذاری به صورت لیکرت می باشد که فرد به هر سوال میزان موافقت خود را در یک مقیاس ۹ درجه ای (۹ کاملاً موافق الی ۱ کاملاً مخالف) اعلام می کند.

فرد در هر یک از مکانیزم های دفاعی نمره ای بین ۲ تا ۱۸ به دست می آورد، در هر کدام از مکانیزم های دفاعی که نمره فرد از ۱۰ بیشتر شود، به معنی استفاده فرد از آن مکانیزم است و در سبک های کلی میانگین نمرات فرد در هر سبک مشخص شده و با نمره میانگین فرد در سبک های دیگر مقایسه می شود. فرد دارای سبک دفاعی است که بیشترین میانگین را داشته باشد.

جدول شماره ۵: سبک های و مکانیزم های دفاعی و آیتم های مرتبط

سبک های دفاعی	مکانیزم دفاعی	شماره سوال
	دلیل تراشی	۴-۱۶
رشد نایافته	فرافکنی	۶-۲۹
	انکار	۸-۱۸
	همه کار توانی	۹-۱۵
	نارزنده سازی	۱۰-۱۳
	گذرا به عمل	۱۱-۲۰
	بدنی سازی	۱۲-۲۷
	خیال پردازی اوتیستیک	۱۴-۱۷
	لایه سازی	۱۹-۲۲
	پرخاشگری منفعلانه	۲۳-۳۶
	جابجایی	۳۱-۳۳
	مجازاسازی	۳۴-۳۷
	فرونشانی	۲-۲۵
رشد یافته	والایش	۳-۳۸
	شوخی طبعی	۵-۲۶
	پیشاپیش نگری	۳۰-۳۵
	دیگر دوستی کاذب	۱-۳۹
روان آزرده	تشکل واکنشی	۷-۲۸
	عقلانی سازی	۲۱-۲۴
	ابطال	۳۲-۴۰

پرسشنامه خودکارآمدی عمومی (GSE-۱۷)

خودکارآمدی عمومی یعنی باور شخص به شایستگی کلی خود برای اجرای عمل موثر که مستلزم کارایی در همه موقعیت های پیشرفت است. یا به عنوان ادراک فرد در مورد توانایی خود برای عمل موثر در همه موقعیت های متفاوت تعریف شده است. بنابراین از یک سو خودکارآمدی عموماً یک وضعیت با دامنه وسیع یا خاص در نظر گرفته می شود. یعنی شخص می تواند باورهای محکم یا سستی در یک محدوده وسیع یا موقعیتی خاص از کنش وری داشته باشد. از سوی دیگر برخی از پژوهشگران به نوعی خودکارآمدی تعمیم یافته اشاره دارند که نشان دهنده نوعی اطمینان کلی به توانایی مقابله در همه قلمروها یا موقعیت های جدید است [۲۶].

این مقیاس توسط شرر، مادوکس، مرکاندانت، پرنیتیک-دون، جاکوبس و راجرز (۱۹۸۲) تهیه شده است. نسخه اصلی آزمون شامل ۳۶ سوال بود که سازندگان آن براساس تحلیل های انجام شده، سوالاتی را نگه داشتند که بار ۰/۴۰ را در هر یک از عوامل اجتماعی و عمومی داشتند. بر این اساس ۱۳ سوال که دارای این ویژگی نبودند، حذف و آزمون به ۲۳ سوال کاهش یافت. از این ۲۳ سوال ۱۷ سوال خودکارآمدی عمومی را با میانگین ۵۷/۹۹ و انحراف معیار ۱۲/۸۰ می سنجد.

مولفه ها :

۱- آموزشی

۲- شغلی

۳- اجتماعی

روایی و پایایی:

ضریب پایایی از طریق روش آلفای کرونباخ برای خرده مقیاس خودکارآمدی عمومی و خرده مقیاس خودکارآمدی اجتماعی به ترتیب ۰/۸۶ و ۰/۷۱ برای هر یک به دست آمد [۲۷].

جدول شماره ۶: آلفای کرونباخ یا همسانی درونی کلی سوالات پرسشنامه خودکارآمدی عمومی

نام متغیر	میزان آلفای کرونباخ
خودکارآمدی	۰/۷۹

روش نمره گذاری:

جدول شماره ۷: نحوه ی نمره گذاری پرسشنامه خودکارآمدی عمومی

گزینه	کاملاً مخالفم	مخالفم	حد وسط	موافقم	کاملاً موافقم
امتیاز	۱	۲	۳	۴	۵

برای هر سوال مقیاس خودکارآمدی ، ۵ پاسخ پیشنهاد شده است . به همین دلیل به هر سوال ۵ امتیاز تعلق می گیرد. سوالات شماره ۱، ۳، ۸، ۹، ۱۳، ۱۵ از راست به چپ امتیازشان افزایش می یابد. و بقیه سوالات به صورت معکوس یعنی از چپ به راست امتیازشان افزایش می یابد.

جدول شماره ۸: نحوه نمره گذاری معکوس پرسشنامه خودکارآمدی عمومی

گزینه	کاملاً مخالفم	مخالفم	حد وسط	موافقم	کاملاً موافقم
امتیاز	۵	۴	۳	۲	۱

بر اساس این روش از تحلیل شما نمره های به دست آمده را جمع کرده و سپس بر اساس جدول زیر قضاوت کنید. توجه داشته باشید میزان امتیاز های زیر برای یک پرسشنامه است در صورتی که به طور مثال شما ۱۰ پرسشنامه داشته باشید باید امتیاز های زیر را ضربدر ۱۰ کنید

جدول شماره ۹: حد پایین نمرات پرسشنامه خودکارآمدی عمومی

حد پایین نمره	حد متوسط نمرات	حد بالای نمرات
۱۷	۵۱	۸۵

در صورتی که نمرات پرسشنامه بین ۱۷ تا ۳۴ باشد، میزان خودکارآمدی ضعیف می باشد.
در صورتی که نمرات پرسشنامه بین ۳۴ تا ۵۱ باشد، میزان خودکارآمدی در سطح متوسطی می باشد.
در صورتی که نمرات بالای ۵۱ باشد، میزان خودکارآمدی بسیار بالا می باشد.

پروتکل جلسات درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد (ACT)

آموزش پذیرش و تعهد در ۱۲ جلسه ۹۰ دقیقه ای بر اساس کتاب درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد ایزدی و عابدی، انتشارات جنگل (۱۳۹۲)، تنظیم شد [۲۸]، که شامل مواردی مانند توضیحات مقدماتی، مفهوم سازی مشکل، آماده سازی مراجعین، آشنایی با مفاهیم درمانی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد (انعطاف پذیری روانی، پذیرش روانی، آگاهی روانی، جداسازی شناختی، خود تجسمی، داستان شخصی، روشن سازی ارزش ها و عمل متعهدانه)، آموزش ذهن آگاهی (آگاهی هیجانی و آگاهی خردمندانه)، آموزش تحمل پریشانی، آموزش تنظیم هیجان، افزایش خودکارآمدی بین فردی، آموزش مهارت های فردی مهم و مرحله جمع بندی خواهد بود.

جدول شماره ۱۰: ساختار جلسات درمان مبتنی بر تعهد و پذیرش

جلسات درمانی	محتوا و هدف	تکلیف خانگی
۱	معرفی اعضای گروه و اجرای پیش آزمون ، بحث در مورد حدود رفتاری و توضیح قوانین و اصول و قراردادهای حاکم بر جلسات مشاوره ای ، رضایت آگاهانه افراد گروه برای انجام فرایند درمان ، مطرح کردن اهداف درمان و اینکه تغییر امکان پذیر است و توزیع فلسفه مداخله بر اساس این رویکرد ، معرفی درماندگی خلاق: که در این شرایط می توان بر نادیده گرفتن ارزش ها ، قطع ارتباط ، واکنش ها ، اجتناب و در ذهن بودن مطالب ارائه کرد معرفی سیستم های ناکارآمد گذشته ، (آشنایی با تلاش های گذشته افراد برای به انجام رساندن اهداف) .	-ثبت کاربرگ تشریح مشکل - ثبت روزانه سرزندگی در برابر رنج
۲	برقراری اتحاد درمانی، بررسی سوالات و مرور تکالیف، پل زدن به جلسه قبلی، مقدمه با هدف القای ناامیدی خلاق، سوال در مورد تلاش های قبلی	- ارایه کاربرگ راه حل های به کاربرده شده و تأثیرات بلند مدت آنها
۳	تعریف کنترل گری، ناکارآمدی کنترل و معرفی ذهن قصه گو	- کاربرگ من کیستم؟ - کاربرگ قلاب شدن
۴	همجوشی / همجوش زدایی، تمرینات ذهن آگاهی و دلبستگی به خود مفهوم سازی شده	- روزانه ده تا بیست دقیقه تنفس توجه آگاهانه - ارائه کاربرگ تمرین تنفس توجه آگاهانه
۵	اجتناب تجربه ای، عمل ناکارآمد، تکنیک های مراقبه	- کاربرگ اکتشاف دردها و اجتناب ها - تمرینات ذهن آگاهی مشاهده کردن، نفس کشیدن و بسط دادن
۶	پذیرش و فضا دادن، تکنیک های مایندفولنس (ذهن آگاهی)	- کاربرگ کشمکش در برابر فضا دادن
۷	تماس با اینجا و اکنون ، معرفی خود محتوایی ، خود مفهومی و خود مشاهده گر، معرفی زمان حال	- تمرین روزانه لنگر انداختن
۸	معرفی ارزش ها، شناسایی ارزش ها و استعاره های مرتبط	- کاربرگ قطب نمای زندگی - کاربرگ مشکلات و ارزش ها

۹	رسیدن به ارزش ها، بیان ارزش ها در مقایسه با اهداف و آوردن	- کاربرگ حلقه هدف - لیست اعمال ارزشی
۱۰	تعریف عمل متعهدانه، شکستن اهداف به اعمال، انتخاب حیطه ای از زندگی برای ایجاد تغییر، انتخاب ارزش هایی که بر آنها پافشاری دارید	- انجام عملی که در طول جلسه به آن متعهد شده اند - شناسایی موانع از انجام عمل متعهدانه
۱۱	تعیین اهدافی که مبتنی بر ارزش ها هستند، انجام عمل توجه آگاهانه، تعیین اهداف مبتنی بر ارزشها	- کاربرگ شفاف سازی ارزش ها
۱۲	جمع بندی نهایی و انعطاف پذیری روانشناختی	- ترسیم چرخه ی معیوب و سالم بر اساس درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد - تنفس توجه آگاهانه

یافته ها

در این بخش اطلاعات جمعیت شناختی نمونه مورد بررسی و یافته های توصیفی متغیرهای مورد مطالعه، ارائه شده است.

جدول شماره ۱۱: میانگین و انحراف استاندارد سن گروه های مورد پژوهش

گروه	تعداد	میانگین	انحراف استاندارد	بیشینه	کمینه
رفتار درمانی دیالکتیک (DBT)	۱۵	۳۳/۸	۸/۳۸	۴۶	۲۱
کنترل	۱۵	۳۳/۸	۶/۲۶	۴۶	۲۴

بر اساس نتایج به دست آمده میانگین و انحراف استاندارد سن شرکت کنندگان در گروه رفتار درمانی دیالکتیک (DBT) $33/8 \pm 8/38$ و گروه کنترل $33/8 \pm 6/26$ است.

جدول شماره ۱۲: میانگین و انحراف استاندارد متغیرهای پژوهش در گروه های آزمایش و کنترل

متغیر	مرحله	گروه	
		کنترل	آکت
		انحراف استاندارد	میانگین
اضطراب فراگیر	پیش آزمون	۱۶/۱۳	۲/۰۳
	پس آزمون	۹/۶۶	۱۶/۰۶
خودکارآمدی	پیش آزمون	۴۱/۲۶	۱۰/۰۱
	پس آزمون	۵۹/۱۳	۵۵/۸
تنظیم شناختی هیجان	پیش آزمون	۴۹/۹۳	۷/۲۰
	پس آزمون	۵۹/۸۰	۵۱
مکانیزم های دفاعی	پیش آزمون	۲۱۰/۵۳	۴۶/۰۶
	پس آزمون	۱۳۳/۲۰	۱۸۸/۳۳

جدول فوق میانگین و انحراف استاندارد اضطراب فراگیر، خودکارآمدی، تنظیم شناختی هیجان و مکانیزم های دفاعی در گروه های آزمایشی رفتار درمانی دیالکتیک و گروه کنترل را نشان می دهد که به منظور مقایسه این میانگین ها از آمار استنباطی استفاده شده و نتایج آن در زیر ارائه گردیده است.

یافته های استنباطی

استفاده از آزمون های پارامتریک مستلزم رعایت چند پیش فرض اولیه است که با رعایت پیش فرض ها و تأیید آنها می توان از این آزمون ها استفاده کرد. با توجه به اینکه روش های به کار برده شده در این پژوهش تحلیل کوواریانس چند متغیری (MANCOVA) است، این پیش فرض ها شامل قرار گرفتن متغیر وابسته حداقل در سطح فاصله ای/نسبی، نرمال بودن توزیع نمرات متغیر وابسته و همگنی واریانس ها است که در ابتدای بررسی هر فرضیه به بررسی این پیشفرض ها پرداخته می شود. از آنجایی که نوع پرسشنامه به کار گرفته شده در این پژوهش از نوع طیف لیکرت است، بنابراین تمامی متغیرهای وابسته حداقل در سطح مقیاس فاصله ای هستند.

بررسی نرمال بودن

جدول شماره ۱۳: نتایج آزمون شاپیرو - ویلک و کولموگروف - اسمیرنوف برای بررسی نرمال بودن توزیع نمرات در گروه

گیرنده رفتار درمانی دیالکتیکی

متغیر	مرحله	شاپیرو - ویلک	کولموگروف - اسمیرنوف
	آماره	سطح معناداری	آماره
اضطراب فراگیر	پیش آزمون	۰/۲۵۲	۰/۸۰۱
	پس آزمون	۰/۲۱۴	۰/۱۶۱
خودکارآمدی	پیش آزمون	۰/۰۹۷	۰/۹۶۳
	پس آزمون	۰/۱۷۹	۰/۳۱۱
تنظیم شناختی	پیش آزمون	۰/۱۷۹	۰/۹۴۰
	پس آزمون	۰/۱۲۱	۰/۴۱۱
هیجان	پیش آزمون	۰/۲۲۴	۰/۸۶۳
	پس آزمون	۰/۲۰۵	۰/۰۶۸

برای بررسی نرمال بودن نمرات متغیرهای وابسته پژوهش در درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد از آزمون شاپیرو - ویلک و کولموگروف - اسمیرنوف استفاده شد. همانطور که در جدول فوق مشاهده می شود، از آنجایی که مقادیر آزمون برای متغیرهای اضطراب فراگیر، خودکارآمدی، تنظیم شناختی هیجان و مکانیزم های دفاعی، در هر دو مرحله معنادار نیست ($P > 0/05$)، لذا می توان نتیجه گرفت که توزیع نمرات در این متغیرها نرمال است.

جدول شماره ۱۴: نتایج آزمون شاپیرو - ویلک و کولموگروف - اسمیرنوف برای بررسی نرمال بودن توزیع نمرات در گروه

کنترل پژوهش

متغیر	مرحله	شاپیرو - ویلک	کولموگروف - اسمیرنوف
		آماره	سطح معناداری
اضطراب فراگیر	پیش آزمون	۰/۱۳۹	۰/۹۵۸
	پس آزمون	۰/۱۳۲	۰/۳۰۵
خودکارآمدی	پیش آزمون	۰/۱۹۶	۰/۹۲۳
	پس آزمون	۰/۱۵۸	۰/۴۱۹
تنظیم شناختی	پیش آزمون	۰/۱۰۰	۰/۹۷۸
	پس آزمون	۰/۱۶۳	۰/۲۷۷
مکانیزم های	پیش آزمون	۰/۱۳۱	۰/۵۶۷
دفاعی	پس آزمون	۰/۱۵۱	۰/۴۳۶

برای بررسی نرمال بودن نمرات متغیرهای وابسته پژوهش در گروه کنترل از آزمون شاپیرو - ویلک و کولموگروف - اسمیرنوف استفاده شد. همانطور که در جدول فوق مشاهده می شود، از آنجایی که مقادیر آزمون برای متغیرهای اضطراب فراگیر، خودکارآمدی، تنظیم شناختی هیجان و مکانیزم های دفاعی، در هر دو مرحله معنادار نیست ($P > ۰/۰۵$)، لذا می توان نتیجه گرفت که توزیع نمرات در این متغیرها نرمال است.

همگنی واریانس ها

هدف از بررسی پیش فرض برابری واریانس ها، مساوی بودن واریانس های گروه ها است. بدین منظور از آزمون لون استفاده شده است. نتایج آزمون لون برای متغیرهای پژوهش در جدول زیر قید گردیده.

جدول شماره ۱۵: نتایج آزمون لون در مورد همگنی واریانس ها

متغیر	F	درجه آزادی ۱	درجه آزادی ۲	سطح معناداری
اضطراب فراگیر	۱/۶۴۱	۲	۴۲	۰/۲۰۶
خودکارآمدی	۲/۸۶۷	۲	۴۲	۰/۰۶۸
تنظیم شناختی هیجان	۱/۴۵۸	۲	۴۲	۰/۲۴۴
مکانیزم های دفاعی	۳/۵۷۷	۲	۴۲	۰/۰۸۷

برای بررسی پیش فرض همگنی واریانس ها از آزمون لون استفاده گردیده است. همانطور که در جدول فوق مشاهده می گردد، مقدار آماره F برای متغیرهای اضطراب فراگیر، خودکارآمدی، تنظیم شناختی هیجان و مکانیزم های دفاعی معنادار نیست ($P < 0/05$)، از این رو پیش فرض برابری واریانس های متغیرها تأیید می شود.

جدول شماره ۱۶: بررسی همگنی شیب خط رگرسیون مابین متغیرهای پژوهش

متغیر	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	سطح معناداری
اضطراب فراگیر	۱۶/۲۰۱	۱۱	۱/۴۷۳	۱/۳۳۱	۰/۲۶۸
خودکارآمدی	۱۷۹/۷۲۶	۹	۱۹/۹۷۰	۲/۳۹۶	۰/۱۵۰
تنظیم شناختی هیجان	۱۰۵/۸۷۹	۱۴	۷/۵۶۳	۳/۴۹۱	۰/۰۵۱
مکانیزم های دفاعی	۱۲۰۰/۴۳۰	۷	۱۷۱/۴۹۰	۱۱/۲۴۵	۰/۰۸۴

با توجه به جدول فوق، مقدار آماره F برای متغیرهای اضطراب فراگیر، خودکارآمدی و تنظیم شناختی هیجان معنادار نیست ($P > 0/05$)، بنابراین رابطه بین متغیر کمکی با متغیر وابسته تحقیق برای همه گروه ها مشابه می باشد. با توجه به اینکه پیش فرض های استفاده از آزمون تحلیل کوواریانس چند متغیری رعایت شده است، می توان از این آزمون استفاده کرد.

جدول شماره ۱۷: نتایج آزمون های چند متغیری جهت بررسی معنی داری اثر عضویت گروهی

اثر	آزمون	مقدار	F	درجه آزادی فرضیه	درجه آزادی خطا	سطح معناداری
گروه	اثر پیلایی	۰/۷۲۲	۲/۶۹۵	۱۲	۱۰۲/۰۰۰	۰/۰۰۳
	لامبدای ویلکز	۰/۳۸۶	۳/۰۶۴	۱۲	۸۴/۹۵۶	۰/۰۰۱
	اثر هتلینگ	۱/۳۱۸	۳/۳۶۸	۱۲	۹۲	۰/۰۰۰
	بزرگترین ریشه	۱/۰۸۳	۹/۲۰۸	۴	۳۴	۰/۰۰۰
روی						

بر اساس نتایج به دست آمده از آزمون های چندمتغیری جهت بررسی معنی داری اثر عضویت گروهی و با توجه به سطح معناداری به دست آمده، بین گروه های آزمایش و کنترل، حداقل در یکی از متغیرهای وابسته اضطراب فراگیر، خودکارآمدی، تنظیم شناختی هیجان و مکانیزم های دفاعی در مرحله پس آزمون تفاوت معناداری وجود دارد ($P < 0.05$).

فرضیه شماره یک :

۱- رفتار درمانی دیالکتیکی (DBT) بر مکانیزم های دفاعی افراد دارای اختلال اضطراب تعمیم یافته تاثیر مثبت و معناداری دارد.

جدول شماره ۱۸: برای تحلیل فرضیه ی اول پژوهش از روش کوواریانس استفاده گردیده است که تحلیل های مرتبط با آن در جدول های زیر ارائه گردیده اند

متغیر	گروه ها	درجه آزادی	میانگین مربعات	F	معناداری	مجذور اتا
مکانیزم های دفاعی	دیالکتیک	۱	۱۶۱۶۲/۵۷	۵۸/۲۱	۰/۰۰۰	۰/۸۱۷
	کنترل	۱	۵۵/۸۳	۳/۶۳	۰/۰۷۹	۰/۲۱۹

بر اساس یافته های جدول شماره ۱۸ رفتار درمانی دیالکتیکی بر مکانیزم های دفاعی افراد دارای اختلال اضطراب تعمیم یافته موثر واقع شده ($P < 0.05$)، و مقدار ضریب اتا برای متغیر مکانیزم های دفاعی (۰/۸۱۷) بدست آمده که نشان دهنده میزان تاثیر رفتار درمانی دیالکتیکی بر بهبود مکانیزم های دفاعی می باشد.

فرضیه شماره دو :

۲- رفتار درمانی دیالکتیکی (DBT) بر تنظیم شناختی هیجان افراد دارای اختلال اضطراب تعمیم یافته تاثیر مثبت و معناداری دارد.

جدول شماره ۱۹: برای تحلیل فرضیه ی دوم پژوهش از روش کوواریانس استفاده گردیده است که تحلیل های مرتبط با آن در جدول های زیر ارائه گردیده اند

متغیر	گروه ها	درجه آزادی	میانگین مربعات	F	معناداری	مجدور اتا
تنظیم شناختی هیجان	دیالکتیک	۱	۵۶۹/۴۹	۳۸/۹۱	۰/۰۰۰	۰/۷۵۰
	کنترل	۱	۹/۴۴	۱/۷۹	۰/۲۰۳	۰/۱۲۲

بر اساس یافته های جدول شماره ۱۹ رفتار درمانی دیالکتیکی بر تنظیم شناختی هیجان افراد دارای اختلال اضطراب تعمیم یافته موثر واقع شده ($P < ۰/۰۵$)، و مقدار ضریب اتا برای متغیر تنظیم شناختی هیجان (۰/۷۵۰) بدست آمده که نشان دهنده میزان تاثیر رفتار درمانی دیالکتیکی بر بهبود تنظیم شناختی هیجان می باشد.

فرضیه شماره سوم :

۳- رفتار درمانی دیالکتیکی (DBT) بر خودکارآمدی افراد دارای اختلال اضطراب تعمیم یافته تاثیر مثبت و معناداری دارد.

جدول شماره ۲۰: برای تحلیل فرضیه ی سوم پژوهش از روش کوواریانس استفاده گردیده است که تحلیل های مرتبط

با آن در جدول های زیر ارائه گردیده اند

متغیر	گروه ها	درجه آزادی	میانگین مربعات	F	معناداری	مجدور اتا
خودکارآمدی	دیالکتیک	۱	۴۲۲/۳۱	۱۴/۲۵	۰/۰۰۲	۰/۵۲۳
	کنترل	۱	۰/۳۲۸	۰/۰۸	۰/۷۷۶	۰/۰۰۶

بر اساس یافته های جدول شماره ۲۰ رفتار درمانی دیالکتیکی بر خودکارآمدی افراد دارای اختلال اضطراب تعمیم یافته موثر واقع شده ($P < ۰/۰۵$)، و مقدار ضریب اتا برای متغیر خودکارآمدی (۰/۷۴۹) بدست آمده که نشان دهنده میزان تاثیر رفتار درمانی دیالکتیکی بر بهبود خودکارآمدی می باشد.

بحث و نتیجه گیری

رفتار درمانی دیالکتیکی (DBT) به عنوان یک رویکرد درمانی مؤثر برای افراد مبتلا به اختلالات عاطفی و اضطرابی، به ویژه اضطراب تعمیم یافته، شناخته می شود. این نوع درمان به طور خاص بر روی بهبود مهارت های تنظیم عواطف، افزایش آگاهی از خود و بهبود روابط بین فردی تمرکز دارد.

یکی از جنبه های کلیدی رفتار درمانی دیالکتیکی، توجه به مکانیزم های دفاعی است که افراد در مواجهه با اضطراب به کار می برند. مکانیزم های دفاعی، روش هایی هستند که افراد برای محافظت از خود در برابر احساسات منفی و استرس استفاده می کنند. در افراد مبتلا به اضطراب تعمیم یافته، این مکانیزم ها ممکن است شامل انکار، جابجایی و یا عقلانی سازی باشند.

رفتار درمانی دیالکتیکی با ارائه مهارت های جدید به افراد، به آن ها کمک می کند تا به جای استفاده از مکانیزم های دفاعی ناکارآمد، به روش های سالم تری برای مدیریت اضطراب و احساسات منفی روی آورند. به عنوان مثال، مهارت های ذهن آگاهی به افراد کمک می کند تا به جای فرار از احساسات خود، آن ها را بپذیرند و با آن ها مواجه شوند. این پذیرش می تواند به کاهش شدت اضطراب و بهبود کیفیت زندگی منجر شود.

علاوه بر این، رفتار درمانی دیالکتیکی بر روی تقویت روابط بین فردی و مهارت های ارتباطی تأکید دارد. این امر می تواند به افراد کمک کند تا در مواجهه با استرس و اضطراب، به جای انزوا و استفاده از مکانیزم های دفاعی، به دیگران نزدیک تر شوند و حمایت اجتماعی بیشتری دریافت کنند. اثربخشی رفتار درمانی دیالکتیکی در کاهش اضطراب تعمیم یافته و بهبود مکانیزم های دفاعی افراد، به آن ها این امکان را می دهد که به طور مؤثرتری با چالش های زندگی روبرو شوند و کیفیت زندگی خود را بهبود بخشند. این رویکرد درمانی نه تنها به کاهش علائم اضطراب کمک می کند، بلکه به افراد ابزارهایی می دهد تا به طور پایدارتر و سالم تر با احساسات و چالش های خود مواجه شوند.

در نهایت، با توجه به یافته های جدول شماره ۱۸، یافته های فرضیه شماره یک با یافته های پژوهش معین الدینی، لطفی کاشانی و شفیع آبادی (۱۳۹۹)، همسو بوده و رفتار درمانی دیالکتیکی (DBT) بر مکانیزم های دفاعی افراد دارای اختلال اضطراب تعمیم یافته تأثیر مثبت و معناداری دارد.

یکی از جنبه های کلیدی رفتار درمانی دیالکتیکی (DBT)، تمرکز بر مهارت های تنظیم هیجان است. این مهارت ها به افراد کمک می کند تا به جای واکنش های خودکار و غیرمؤثر به هیجانات، به طور آگاهانه و هدفمند به آن ها پاسخ دهند. به عنوان مثال، مهارت های ذهن آگاهی به افراد این امکان را می دهد که احساسات خود را شناسایی و بپذیرند، بدون اینکه به سرعت به آن ها واکنش نشان دهند. این پذیرش می تواند به کاهش شدت هیجانات منفی و افزایش توانایی در مدیریت آن ها منجر شود.

رفتار درمانی دیالکتیکی (DBT) همچنین به افراد آموزش می دهد که چگونه افکار منفی و خودانتقادی را شناسایی و تغییر دهند. این تغییرات شناختی می تواند به بهبود وضعیت عاطفی و کاهش اضطراب و افسردگی کمک کند. به عنوان مثال، با استفاده از تکنیک های عقلانی سازی و بازسازی شناختی، افراد می توانند الگوهای فکری منفی را به چالش بکشند و به جای آن ها، افکار مثبت و سازنده تری را جایگزین کنند.

علاوه بر این، رفتار درمانی دیالکتیکی (DBT) بر اهمیت روابط بین فردی و حمایت اجتماعی تأکید دارد. این رویکرد به افراد کمک می کند تا در مواجهه با هیجانات شدید، به جای انزوا و استفاده از مکانیزم های دفاعی، به دیگران نزدیک تر

شوند و از حمایت های اجتماعی بهره مند گردند. این ارتباطات می تواند به تقویت احساس امنیت و کاهش تنش های هیجانی کمک کند. اثربخشی رفتار درمانی دیالکتیکی (DBT) در تنظیم شناختی هیجان به افراد این امکان را می دهد که به طور مؤثرتری با چالش های عاطفی خود روبرو شوند و کیفیت زندگی خود را بهبود بخشند. این رویکرد درمانی نه تنها به کاهش علائم هیجانی کمک می کند، بلکه به افراد ابزارهایی می دهد تا به طور پایدارتر و سالم تر با احساسات و چالش های خود مواجه شوند.

در نهایت، با توجه به یافته های جدول شماره ۱۹، یافته های فرضیه شماره دو با یافته های پژوهش های اصغری شربانی، عطا دوخت، حاجلو و میکائیلی (۱۴۰۱)، بیتران، کلیمان و رضوی (۲۰۲۴) و ایپ، مک مین، چاپمن و کیو (۲۰۲۴)، همسو بوده و رفتار درمانی دیالکتیکی (DBT) بر تنظیم شناختی هیجان افراد دارای اختلال اضطراب تعمیم یافته تاثیر مثبت و معناداری دارد.

یکی از جنبه های کلیدی رفتار درمانی دیالکتیکی (DBT)، آموزش مهارت های تنظیم هیجان و ذهن آگاهی است. این مهارت ها به افراد کمک می کند تا با هیجانات خود به طور مؤثرتر برخورد کنند و از واکنش های خودکار و غیرمؤثر پرهیز کنند. با یادگیری این مهارت ها، افراد احساس کنترل بیشتری بر روی هیجانات و رفتارهای خود پیدا می کنند که به نوبه خود به افزایش خودکارآمدی منجر می شود.

علاوه بر این، رفتار درمانی دیالکتیکی بر تقویت مهارت های ارتباطی و بین فردی تأکید دارد. این مهارت ها به افراد کمک می کند تا در روابط خود با دیگران به طور مؤثرتری عمل کنند و از حمایت اجتماعی بیشتری بهره مند شوند. احساس حمایت و ارتباط مثبت با دیگران می تواند به افزایش اعتماد به نفس و خودکارآمدی کمک کند.

رفتار درمانی دیالکتیکی همچنین به افراد آموزش می دهد که چگونه افکار منفی و خودانتقادی را شناسایی و تغییر دهند. این تغییرات شناختی می تواند به بهبود تصویر خود و افزایش احساس خودکارآمدی منجر شود. با یادگیری اینکه می توانند به طور مؤثری بر چالش ها غلبه کنند، افراد احساس قدرت و توانمندی بیشتری پیدا می کنند. اثربخشی رفتار درمانی دیالکتیکی در افزایش خودکارآمدی به افراد این امکان را می دهد که به طور مؤثرتری با چالش های زندگی روبرو شوند و به اهداف خود دست یابند. این رویکرد درمانی نه تنها به کاهش علائم روانی کمک می کند، بلکه به افراد ابزارهایی می دهد تا به طور پایدارتر و مؤثرتر در زندگی خود عمل کنند و احساس توانمندی بیشتری داشته باشند.

در نهایت، با توجه به یافته های جدول شماره ۲۰، یافته های فرضیه شماره سوم با یافته های پژوهش های ملک زاده، موحدزاده و حقیقی (۱۳۹۹)، سالی مقدم، حاتمی، احدی و حاتمی (۱۳۹۹) و پارک، جو و کانگ (۲۰۲۰)، همسو بوده و رفتار درمانی دیالکتیکی (DBT) بر خودکارآمدی افراد دارای اختلال اضطراب تعمیم یافته تاثیر مثبت و معناداری دارد.

منابع

۱. نیکبخت نصرآبادی، علیرضا؛ مظلوم، سید رضا؛ نثاری، مریم و گودرزی، فاطمه. (۱۳۸۷). ارتباط حیطه های نگرانی با کیفیت زندگی دانشجویان. فصلنامه پایش، سال هشتم، شماره اول، ص ۸۵-۹۲.
۲. Kessler, R. C., Chiu, W. T., and Demler O, et al. (۲۰۰۵). Prevalence and age-of-onset distributions of DSM-IV disorder in the National Comorbidity Survey Replication. Arch Gen Psychiatry ۶۲(۶), ۵۹۳-۶۰۲.
۳. Brown, B. L. (۱۹۹۹). Self-efficacy Beliefs And Career Development Clearing House on, Erice Digest, NO. ۲۰۵.
۴. Oltmanns, T., Emery, R. (۲۰۱۲). Abnormal psychology, Seventh edition, pearson education, Inc publish. Oschner KN, Gross JJ (۲۰۰۵). The cognitive control of emotion. Trend Cogn Sci.; ۹(۵): ۲۴۲-۹.
۵. Vaillant, G.E. (۱۹۹۲) Ego mechanisms of defense: A guide for clinicians and researchers. Washington DC: American Psychiatric press.
۶. Bandura, A. (۱۹۹۷). Self-Efficacy: The Exercise of Control. New York: W.H. Freeman Company.
۷. Bargh, J. A., & Williams, L. E. (۲۰۰۷). On the nonconscious of emotion regulation. In J. Gross (Ed), Handbook of emotion regulation (pp. ۴۲۹-۴۴۵). New York: Guilford Press.
۸. Gross, J. J. (۲۰۱۳). Emotion regulation: taking stock and moving forward. Emotion, ۱۳ (۳), ۳۵۹.
۹. Hayes, S., Follete, V.M., Linehan, M.M. (۲۰۰۴). Acceptances and mindfulness. New York: Guilford Press.
۱۰. Swales, M.A., Heard, H.L. (۲۰۰۹). Dialectical behavior therapy. New York. Rutledge.
۱۱. Linehan, M. Dexter-Mazze, E. (۲۰۰۸). Dialectical Behavior Therapy For Borderline Personality Disorder. Clinical handbook of psychological disorders: A step-by-step treatment manual. ۳۶۵-۴۶۲.
۱۲. اصغری شریبانی، عباس؛ عطادخت، اکبر؛ حجلو، نادر و میکاییلی، نیلوفر. (۱۴۰۱). اثربخشی رفتار درمانی دیالکتیک گروهی بر تنظیم هیجان و تحریک پذیری نوجوانان دارای اختلال بی نظمی خلق مخرب. مجله علمی پژوهان، ۲۱(۱)، ۳۲-۳۹.
۱۳. معین الدینی، مائده. لطفی کاشانی، فرح. شفیع آبادی، عبدالله. (۱۳۹۹). اثربخشی رفتار درمانی دیالکتیک در مقایسه با درمان یکپارچه نگر در سبک های دفاعی و اعتیاد به اینترنت. خانواده درمانی کاربردی، ۱(۴)، ۱۰۵-۱۲۴.

۱۴. ملک‌زاده ، محمد؛ موحدزاده ، بهرام؛ حقیقی ، صادق. (۱۳۹۹). اثربخشی رفتار درمانی دیالکتیک به شیوه گروهی بر خودکارآمدی مقابله با مشکلات در افراد سوء مصرف کننده مواد. ارمغان دانش ، ۲۵ (۲) ، ۲۷۵ - ۲۸۶.
۱۵. صالحی مقدم ، نیکناز ؛ حاتمی ، محمد ؛ احدی ، حسن ؛ حاتمی ، حمیدرضا. (۱۳۹۹). اثربخشی رفتار درمانی دیالکتیک بر خودکارآمدی ویرگول سبک زندگی مربوط به خوردن و شاخص توده بدنی در افراد فزون وزن. اندیشه و رفتار در روانشناسی بالینی ، ۱۴ (۵۵) ، ۴۷ - ۵۶.
۱۶. Bitran, Alma; M. Kleiman, Evan; L. Rizvi, Shireen. (۲۰۲۴). Suicidal Ideation as a Maladaptive Emotion Regulation Strategy: Implications for Treatment in Dialectical Behavior Therapy. *Cognitive and Behavioral Practice*, <https://doi.org/10.1016/j.cbpra.2024.10.001>.
۱۷. Ip, Jennifer; F. McMMain, Shelley; r L. Chapman, Alexander; R. Kuo, Janice. (۲۰۲۴). The role of emotion dysregulation and interpersonal dysfunction in nonsuicidal self-injury during dialectical behavior therapy for borderline personality disorder. *Behaviour Research and Therapy*, ۱۸۰(۱), ۱۰۴۵۹۴. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2024.10.4594>.
۱۸. Park, J., Ju, S., Kang, G.Y. (۲۰۲۰). The Effects of Dialectical Behavior Therapy (DBT) Skill Training on Depression and Alcohol Abstinence Self-efficacy of Patients with Alcohol Use Disorder. *Academic Journal*, ۲۰(۱), ۱۴۹۷.
۱۹. Spitzer, R. L., Kroenke, K., Williams, J. B., & Löwe, B. (۲۰۰۶). A brief measure for assessing generalized anxiety disorder: the GAD-۷. *Archives of internal medicine*, ۱۶۶(۱۰), ۱۰۹۲-۱۰۹۷.
۲۰. نائینیان، محمد رضا؛ شعیری، محمدرضا؛ شریفی، معصومه و هادیان، مهری. (۱۳۹۰). بررسی پایایی و اعتبار مقیاس کوتاه اختلال اضطراب فراگیر، روانشناسی بالینی و شخصیت (دانشور رفتار): ۵۰-۴۱.
۲۱. سرمد، زهره؛ حجازی، الهه و عباس، بازرگان. (۱۳۹۰). روش تحقیق در علوم رفتاری، انتشارات آگاه.
۲۲. Garnefski, N., Kraaij, V., & Spinhoven, P. (۲۰۰۲). Negative life events, cognitive emotion regulation and emotional problems. *Personality and Individual Differences*, ۳۰, ۱۳۱۱-۱۳۲۷.
۲۳. Garnefski, N., Baan, N., & Kraaij, V. (۲۰۰۵). Psychological distress and cognitive emotion regulation strategies among farmers who fell victim to the foot-and-mouth crisis. *Personality and individual differences*, ۳۸, ۱۳۱۷-۱۳۲۷.
۲۴. Andrews, G, singh, M , and Bond, M (۱۹۹۳). the defense style Questionnaire *The Journal of Nervous and Mental Disease*, ۱۹(۱) ۲۴۶-۲۵۶.
۲۵. بشارت، م؛ شریفی، م؛ ایروانی، م. (۱۳۸۰). بررسی رابطه سبک های دلبستگی و مکانیسم های دفاعی. مجله روانشناسی، ۵۰(۱)، ۲۷۷-۲۸۹.

۲۶. Sherer, M., Maddux, J. E., Mercandante, B., Prentice-Dunn, S., Jacobs, B., & Rogers, R. W. (۱۹۸۲). The Self-Efficacy Scale: Construction and validation. *Psychological Reports*, ۵۱, ۶۶۳-۶۷۱.
۲۷. Sherer, M., & Adams, C. H. (۱۹۸۳). Construct validation of the Self-Efficacy Scale. *Psychological Reports*, ۵۳, ۸۹۹-۹۰۲.
۲۸. ایزدی، راضیه و عابدی، محمدرضا. (۱۳۹۲). درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد. چاپ اول، تهران؛ انتشارات جنگل.