Journal of Ilam University of Medical Sciences

P-ISSN: 1563-4728
E-ISSN: 2588-3135

Effectiveness of Dialectical Behavior Therapy on Social Problem-Solving, Difficulty in Emotion Regulation, Impulsiveness, and Resilience in Suicide Attempts in Ilam Province, Iran

Mahmod Abbasinia [1], Kayvan Kakabaraee [1*], Vahid Ahmadi [2]

[1] Dept of Psychology, Kermanshah Branch, Islamic Azad University, Kermanshah, Iran
[2] Dept of Psychology, Ilam Branch, Islamic Azad University, Ilam, Iran

Article Info

Article type:
Research article

Article History:
Received: Jun. 13, 2023
Received in Revised Form: Feb. 02, 2024
Accepted: Apr. 20, 2024
Published Online: Oct. 6,2024

**** Correspondence to:***
Kayvan Kakabaraee
Dept of Psychology, Kermanshah Branch, Islamic Azad University, Kermanshah, Iran

Email:
kakabraee@gmail.com

A B S T R A C T

Introduction: Suicide attempt is one of the important problems of general world health. The present study aimed to investigate the effectiveness of dialectical behavior therapy on social problem-solving, difficulty in emotion regulation, impulsiveness, and resilience in suicide attempts in Ilam Province, Iran.

Materials & Methods: This research was a quasi-experimental design with experimental and control groups. The study population consisted of 457 people from Ilam province who committed suicide attempts. A sample of 40 subjects was selected and randomly assigned to two groups (20 experimental and 20 control). The pretest was performed on both groups. Then, the intervention was performed on the experimental group in 12 sessions (1 h), and the control group did not receive any intervention. After the intervention, a post-test was performed in two groups. The research tools included the D'Zurilla social problem-solving scale, Gratz & Roemer difficulties in emotion regulation scale, Barratt impulsiveness scale, and the Connor-Davidson resilience scale questionnaires. Moreover, multivariate covariance analysis was used to analyze the data.

Results: The results of the covariance analysis indicated that there was a significant difference between the post-test mean scores of the experimental and control groups in the variables, including social problem-solving (F=430), emotional regulation difficulty (F=94.714), impulsiveness (F=72.404), and resilience (F=11.168), with all variables showing significance at P<0.001.

Conclusion: The results indicate that dialectical behavior therapy can be used to increase social problem-solving skills and resilience, as well as to decrease difficulty in emotion regulation and impulsiveness in people who commit suicide attempts.

Keywords: Dialectical behavior therapy, Social problem-solving, Difficulty in emotion regulation, Impulsiveness, Resilience

How to cite this paper: Abbasinia M, Kakabaraee K, Ahmadi V. Effectiveness of Dialectical Behavior Therapy on Social Problem-Solving, Difficulty in Emotion Regulation, Impulsiveness, and Resilience in Suicide Attempts in Ilam Province, Iran. *Journal of Ilam University of Medical Sciences*. 2024;32(4):122-132.

[Downloaded from sjimu.medilam.ac.ir on 2026-10-11]

© The Author(s)

Publisher: Ilam University of Medical Sciences

مجله دانشگاه علوم پزشکی ایلام
JIUMS
P-ISSN: ۱۵۶۳-۴۷۲۸
E-ISSN: ۲۵۸۸-۳۱۳۵

اثربخشی رفتاردرمانی دیالکتیکی بر حل مسئله اجتماعی، دشواری تنظیم هیجان، تکانش‌گری و تاب‌آوری در اقدام‌کنندگان به خودکشی شهر ایلام

محمود عباسی نیا [۱]، کیوان کاکابرایی [۱*]، وحید احمدی [۲]

[۱] گروه روانشناسی، واحد کرمانشاه، دانشگاه آزاد اسلامی، کرمانشاه، ایران
[۲] گروه روانشناسی، واحد ایلام، دانشگاه آزاد اسلامی، ایلام، ایران

اطلاعات مقاله

نوع مقاله: پژوهشی

تاریخ دریافت: ۱۴۰۲/۰۳/۲۳
تاریخ ویرایش: ۱۴۰۲/۱۱/۱۳
تاریخ پذیرش: ۱۴۰۳/۰۲/۰۱
تاریخ انتشار: ۱۴۰۳/۰۷/۱۵

نویسنده مسئول:
کیوان کاکابرایی
گروه روانشناسی، واحد کرمانشاه، دانشگاه آزاد اسلامی، کرمانشاه، ایران
Email:
kakabraee@gmail.com

چکیده

مقدمه: خودکشی و اقدام به خودکشی یکی از دغدغه‌های اصلی بهداشت عمومی در سراسر جهان است. پژوهش حاضر با هدف اثربخشی رفتاردرمانی دیالکتیک بر حل مسئله اجتماعی، دشواری تنظیم هیجان، تکانش‌گری و تاب‌آوری در اقدام‌کنندگان به خودکشی شهر ایلام انجام گرفته است.

مواد و روش‌ها: روش پژوهش از نوع شبه‌آزمایشی، با طرح پیش‌آزمون- پس‌آزمون همراه با گروه کنترل بود. جامعه آماری شامل همهٔ ۴۵۷ نفری بود که در شهر ایلام اقدام به خودکشی کرده بودند. نمونه آماری شامل دو گروه ۲۰ نفری (یک گروه تحت آموزش رفتاردرمانی دیالکتیک و یک گروه کنترل) بود که به شیوه نمونه‌گیری در دسترس انتخاب شدند. ابزارهای پژوهش شامل پرسش‌نامه‌های حل مسئله اجتماعی، دشواری تنظیم هیجان، تکانش‌گری و تاب‌آوری بودند. برای تجزیه‌وتحلیل داده‌ها از تحلیل کوواریانس چندمتغیره استفاده شد.

یافته‌های پژوهش: نتایج تحلیل کوواریانس نشان داد که میان میانگین نمرات پس‌آزمون گروه‌های آزمایشی و کنترل در متغیرهای حل مسئله اجتماعی (F=430)، دشواری تنظیم هیجان (F=714.94)، تکانش‌گری (F=404.72) و تاب‌آوری (F=168.11) و برای همهٔ متغیرها در سطح P<0.001، تفاوت معناداری وجود دارد.

بحث و نتیجه‌گیری: این نتایج حاکی از آن است که می‌توان از رفتاردرمانی دیالکتیک برای افزایش مهارت‌های حل مسئله اجتماعی و تاب‌آوری و همچنین کاهش دشواری تنظیم هیجان و تکانش‌گری در اقدام‌کنندگان به خودکشی استفاده کرد.

واژه‌های کلیدی: ، رفتاردرمانی دیالکتیک، حل مسئله اجتماعی، دشواری تنظیم هیجان، تکانش‌گری، تاب‌آوری

استناد: عباسی نیا محمود، کاکابرایی کیوان، احمدی وحید. اثربخشی رفتاردرمانی دیالکتیکی بر حل مسئله اجتماعی، دشواری تنظیم هیجان، تکانش‌گری و تاب‌آوری در اقدام‌کنندگان به خودکشی شهر ایلام. *مجله دانشگاه علوم پزشکی ایلام*، مهر ۱۴۰۳؛ (۴)۳۲: ۱۳۲-۱۲۲.

[Downloaded from sjimu.medilam.ac.ir on 2026-10-11]

CC BY NC

مقدمه

رفتار خودکشی یکی از علل مرگ و ناتوانی در سراسر دنیاست. در همهٔ دنیا، خودکشی پنجمین عامل مرگ‌ومیر است و ۱/۴ درصد از کل مرگ‌ها را به خود اختصاص می‌دهد (۱). اقدام به خودکشی به منزلهٔ عملی خودویرانگر تعریف می‌شود که به‌صورت آگاهانه و هدفمند، گاهی با قصد کشتن خود انجام می‌گیرد؛ به‌عبارت‌دیگر، اقدام به خودکشی شامل آن دسته از اقداماتی است که شخص به‌منظور از بین بردن خود انجام می‌دهد؛ اما منجر به مرگ نمی‌گردد (۲). در سال ۲۰۱۶، خودکشی هجدهمین عامل اصلی مرگ‌ومیر بوده است. بر اساس این آمار، خودکشی در مردان به‌مراتب بالاتر از زنان است و حدود ۷۹ درصد از خودکشی‌ها در کشورهای کم‌درآمد و متوسط به وقوع پیوسته است؛ همچنین شواهد نشان می‌دهند که به ازای هر فرد بالغ که خودکشی کرده است، ممکن است بیش از ۲۰ نفر دیگر اقدام به خودکشی کرده باشند (۱).

متغیرهای فراوانی در ارتباط با مسئله خودکشی و اقدام به خودکشی دخیل هستند که بعضی از این متغیرها به‌صورت ویژگی‌های رفتاری و شخصیتی در افراد وجود دارند و ازجمله این ویژگی‌ها می‌توان به حل مسئله اجتماعی، دشواری تنظیم هیجان، تکانش‌گری و تاب‌آوری اشاره کرد. هنگامی‌که از مهارت حل مسئله برای برطرف کردن مسائل بینفردی و مسائل اجتماعی استفاده می‌گردد، به آن «مهارت حل مسئلهٔ اجتماعی» گفته می‌شود (۳). بر اساس نظریهٔ شناختی، تلاش برای خودکشی ناشی از ناتوانی شخصی برای تشخیص و حل مشکل در زمان مواجهه با مشکل است. بیکر-ویدمن و همکاران نشان دادند که حل مسئله به شیوه نامطلوب می‌تواند به افزایش مشکلات روان‌شناختی مانند اضطراب، افسردگی، ناامیدی و خودکشی منجر شود (۴).

یکی از ضعفهای اساسی نظریه بینفردی روانشناختی و سایر الگوهای بررسی رفتارهای خودکشی (خودکشی کامل، اقدام به خودکشی و ایدهپردازی خودکشی) بی‌توجهی به نقش هیجانها و فرایندهای تنظیم هیجان است. تنظیم هیجان فرایندی است که از طریق آن، افراد هیجانهای خود را به‌صورت هشیار یا ناهشیار تعدیل می‌کنند (۵) تا به‌طور مناسب به تقاضاهای محیطی متنوع پاسخ دهند (۶). افزون بر این، الگوهای نظری اخیر تنظیم موفق هیجان را با پیامدهای سلامت، روابط بینفردی، عملکرد شغلی و تحصیلی مطلوب مرتبط دانستهاند (۷). برعکس، بروز مشکلات در تنظیم هیجان با اختلالهای روانی مرتبط است (۸) تا حدی که تنظیم مشکلدار هیجان در الگوهای مختلف آسیبشناسی روانی اختصاصی مانند اختلال شخصیت مرزی (۹)، اختلال افسردگی اساسی (۱۰)، اختلال اضطراب فراگیر (۱۱)، اختلالهای خوردن (۱۲)، اختلالهای مرتبط با الکل (۱۳) و اختلالهای مرتبط با مصرف مواد (۱۴) مطرح می‌گردد. علاوه بر این، نتایج مطالعات همهگیرشناختی نشان می‌دهد که در اختلالهای یادشده، میزان شیوع و بروز خودکشی بالا است (۱۵)؛ بنابراین، بر اساس مطالب بالا، وجود رابطه میان راهبردهای تنظیم هیجان و رفتارهای خودکشی منطقی به‌نظر می‌رسد.

برخی تحقیقات تکانش‌گری را به‌عنوان نشانه‌ای برای خودکشی بیان کرده‌اند (۱۶). تکانشگری شامل طیف وسیعی از گرایش‌های رفتاری و شناختی مانند مشکل در به تأخیر انداختن یا بازداری از پاسخ ارادی، آستانه پاسخ کوتاه، نقص در به تأخیر انداختن لذت و مشکل در توجه کردن تعریف نموده‌اند (۱۷). ویکتور، جانسون و گاتلیب در تحقیقات خود، ارتباط تکانشگری را با خودکشی، سوءمصرف مواد و بی‌ثباتی هیجانی و پرخاشگری در بیماران دوقطبی نشان داده‌اند (۱۸).

تاب‌آوری یکی از مهم‌ترین توانایی‌های انسان است که باعث سازگاری مؤثر با عوامل خطر و پیشگیری از خودکشی می‌شود. تاب‌آوری نوعی حالت قابل توسعه در فرد است که بر اساس آن قادر است در رویارویی با ناکامیها، مصیبتها و تعارضهای زندگی و حتی رویدادهای مثبت، پیشرفت و مسئولیت بیشتر، به تلاش بیشتر ادامه دهد و برای دستیابی به موفقیت بیشتر، از پای ننشیند (۱۹). مفهوم تابآوری در برابر خودکشی که عثمان، گاتیرز و مولنکمپ مطرح کرده‌اند، به توانایی ادراک‌شده فرد برای مقابله با افکار خودکشی، در دسترس بودن منابع خارجی و ارزیابی فرد از

[Downloaded from sjimu.medilam.ac.ir on 2026-10-11]

توانایی‌اش در هنگام مواجهه با وقایع منفی اطلاق می‌شود (۲۰).

به‌منظور بهبود و درمان اقدام‌کنندگان به خودکشی، درمان‌های روان‌شناختی متفاوتی وجود دارد که یکی از آن‌ها رفتاردرمانی دیالکتیک (DBT) است که مارشا لینهان در سال ۱۹۹۳ مطرح کرده است و جزو درمان‌های شناختی– رفتاری است. این رویکرد ۴ مؤلفه مداخله‌ای در شیوه درمان گروهی مطرح میکند: ذهن‌آگاهی، تحمل پریشانی، تنظیم هیجانی و کارآمدی بینفردی. در رفتاردرمانی دیالکتیکی جهت‌گیری درمان در ابتدا، تحت کنترل درآوردن فعالیت‌های درمان‌جو، آموزش مهارت‌های رفتاری (قلب درمان) و سپس کمک به وی برای احساس بهتر و حل مشکلات در زندگی و درنهایت، کمک به درمان‌جو برای جستجوی لذت و حس برتری است که برای دستیابی به این اهداف، از راهبردهای درمانی خاصی استفاده می‌گردد که مخصوص این درمان است (۲۱). در پژوهشی که لینهان و همکاران در سال ۲۰۰۶، با عنوان رفتاردرمانی دیالکتیکی برای رفتار خودکشی در افراد دچار اختلال شخصیت مرزی انجام دادند، نشان داده شد که رفتاردرمانی دیالکتیکی تأثیر بسیاری در کاهش رفتار خودکشی دارد (۲۱).

با توجه به اهمیت مسئله خودکشی در ایران و اینکه استان ایلام با وجود اینکه یکی از استان‌های کوچک و کم‌جمعیت کشور است؛ اما از نظر آمار خودکشی و اقدام به خودکشی جزو سه استان اول کشور است؛ بنابراین، در این پژوهش اثربخشی رفتاردرمانی دیالکتیک بر حل مسئله اجتماعی، دشواری تنظیم هیجان، تکانش‌گری و تاب‌آوری در اقدام‌کنندگان به خودکشی در شهر ایلام بررسی‌شده است.

مواد و روش‌ها

در این مطالعه از روش پژوهش شبه‌آزمایشی استفاده گردید. طرح پژوهش حاضر پیش‌آزمون–پس‌آزمون با گروه کنترل بود که در آن اثربخشی متغیر مستقل، یعنی رفتاردرمانی دیالکتیک بر متغیرهای وابسته، یعنی حل مسئله اجتماعی، دشواری تنظیم هیجان، تکانش‌گری و تاب‌آوری بررسی شد و نتایج آن پس از محاسبه میانگین و انحراف معیار، با استفاده از تحلیل کوواریانس تکمتغیره و چندمتغیره تحلیل گردید. جامعه آماری این پژوهش همهٔ ۴۵۷ نفری بود که در سال ۱۳۹۸ در شهر ایلام اقدام به خودکشی کرده بودند. نمونه‌گیری به شیوه در دسترس صورت گرفت و حجم نمونه ۴۰ نفر انتخاب شد و در مرحله بعد، به‌صورت تصادفی در دو گروه ۲۰ نفره (یک گروه رفتاردرمانی دیالکتیک و یک گروه کنترل) قرار گرفتند. در مرحله غربال‌گری، از میان ۳۵۰ نفر انتخاب‌شده که پرسش‌نامه‌های پژوهش در میان آنان اجرا گردید، نمرهٔ ۶۰ نفر در پرسش‌نامه‌های حل مسئله اجتماعی، تاب‌آوری و تنظیم هیجان کمتر از میانگین و در پرسشنامه تکانشگری بالاتر از میانگین بود که از میان آنان، ۴۰ نفر به شرکت در پژوهش حاضر رضایت دادند. ملاک‌های ورود به پژوهش شامل موارد ذیل بود: ۱. نداشتن اختلالات روان‌پزشکی که نیازمند مراقبت جدی و فوری است؛ ۲. نداشتن اختلالات جسمی که نیازمند مراقبت جدی و فوری است؛ ۳. آزمودنی در یک ماه گذشته درمان روان‌پزشکی جدیدی شروع نکرده باشد؛ ۴. افرادی که برای اولین بار برای درمان مراجعه کرده بودند؛ ۵. دامنه سنی بین ۱۸ تا ۴۵ سال؛ ۶. داشتن حداقل سواد سیکل برای پاسخگویی به سؤالات؛ ۷. شرکت نکردن در سایر جلسات در زمان آموزش؛ ۸. اخذ رضایتنامه کتبی و تمایل به شرکت در جلسات درمانی. ملاک‌های خروج نیز تمایل نداشتن به ادامه حضور در جلسات و غیبت بیش از دو جلسه بود.

ابتدا هماهنگی لازم با دانشگاه علوم پزشکی ایلام انجام شد و بدین منظور، مجوز اجرای پژوهش از کمیتهٔ اخلاق با شناسهٔ IR.MEDILAM.REC.1399.053 اخذ گردید؛ سپس با افرادی که آمادگی لازم برای شرکت در پژوهش داشتند، مصاحبه توجیهی انجام شد و اهداف پژوهش برای آنان تشریح شد. در گام بعدی، پرسش‌نامه‌های حل مسئلهٔ اجتماعی، دشواری تنظیم هیجان، تکانش‌گری و تاب‌آوری در اختیار دو گروه گذارده شد و داده‌های پیش‌آزمون جمع‌آوری گردید؛ سپس در طی ۱۲ جلسهٔ یک‌ساعتی، دستورالعمل رفتاردرمانی دیالکتیک لینهان و دیمف (۲۰۰۸) برای گروه آزمایش ارائه شد و پس از

[Downloaded from sjimu.medilam.ac.ir on 2026-10-11]

برگزاری جلسات، مجدداً پرسش‌نامه‌ها در اختیار آنان قرار گرفت و داده‌های پس‌آزمون گردآوری گردید. گفتنی است که جلسات به‌صورت گروهی در سالن جلسات کلینیک حال خوب در شهر ایلام در شش‌ماهه دوم سال ۱۳۹۹ برگزار شد و پژوهشگر آموزش‌های جلسات را بر عهده داشت. برای ترغیب افراد شرکت‌کننده در جلسات اعلام گردید که هیچ وجه یا هزینه خاصی از شرکت‌کنندگان در جلسات اخذ نخواهد شد و همهٔ هزینه‌های رفت‌وآمد از سوی پژوهشگر تقبل گردید و برای افراد در گروه کنترل هم تعداد جلسات درمان فردی پس از پایان پژوهش قرار داده شد.

ابزار اندازه‌گیری: ۱. فرم کوتاه تجدیدنظرشده پرسش‌نامه حل مسئله اجتماعی دزوریلا و همکاران (۲۰۰۲) که یک مقیاس خودگزارش‌دهی برای اندازه‌گیری مهارت‌های حل مسئله اجتماعی است و ۵ خرده‌مقیاس جهت‌گیری مثبت به مسئله، جهت‌گیری منفی به مسئله، حل مسئلهٔ منطقی، سبک تکانشی–بی‌احتیاط و سبک اجتنابی دارد که روی مقیاس لیکرت ۵ درجه‌ای از «کاملاً نادرست» تا «کاملاً درست» نمره‌گذاری می‌شود. پایایی آزمون برای این پرسش‌نامه بین ۰/۶۸ تا ۰/۹۱ و ضریب آلفای کرونباخ آن بین ۰/۶۹ تا ۰/۹۵ گزارش‌شده است. روایی سازه این پرسش‌نامه نیز با استفاده از تحلیل عاملی اکتشافی و همبستگی با دیگر مقیاس‌های حل مسئله و سازه‌های روان‌شناختی همپوش تأیید گردیده است (۴).

۲. پرسش‌نامهٔ دشواری در تنظیم هیجان که گراتز و روئمر (۲۰۰۴) آن را ساختند و یک مقیاس ۳۶ سؤالی است که الگوهای تنظیم هیجان را در قالب شش خرده‌مقیاس نپذیرفتن پاسخ‌های هیجانی، دشواری در انجام رفتار هدفمند، دشواری در کنترل تکانه، نبودِ آگاهی هیجانی، دسترسی محدود به راهبردهای تنظیم هیجانی و عدم وضوح هیجانی می‌سنجد و بیش از هر چیز، بر مشکلات در تنظیم هیجان تأکید دارد (۲۲) و با یک مقیاس پنج‌درجه‌ای لیکرتی نمره‌گذاری می‌شود. روایی و پایایی آزمون نشان داد که این مقیاس از همسانی درونی بالایی (۰/۹۳) برخوردار است و هر شش زیرمقیاس آن آلفای کرونباخ بالای ۰/۸۰ دارند (۲۳).

۳. مقیاس تکانشگری بارت (ویرایش یازدهم): این مقیاس که بارت و همکاران در سال ۲۰۰۴ آن را ساخته‌اند، بر پایه نظریه شخصیتی بارت قرار دارد که حاوی ۳۰ سؤال است و ۳ عامل(تکانشگری شناختی، تکانشگری حرکتی و عدم برنامه‌ریزی) را ارزیابی می‌کند و بر اساس طیف لیکرت ۴ درجه‌ای نمره‌گذاری شده است. پاتو و همکاران ضریب ثبات درونی این مقیاس را برای کل نمرات که به‌صورت جداگانه برای دانشجویان کارشناسی، بیماران دارای سوءمصرف مواد، بیماران دچار اختلالات روانی مزمن و زندانیان انجام‌شده است، به‌طور متوسط ۰/۷۹ تا ۰/۸۳ بیان کرده‌اند (۲۴). یافته‌ها نشان دادند که ترجمهٔ فارسی مقیاس تکانشگری بارت از نظر روایی و پایایی در حد مطلوبی است. میزان پایایی به‌دست‌آمده در این بررسی ۰/۸۳ بود که از یافته‌های گزارش‌شدهٔ بارت و همکاران (۲۵) و در نسخهٔ انگلیسی ۰/۸۱ (۲۴) و نسخه‌های دیگر مانند نسخه ایتالیایی (۰/۷۹) بهتر بوده است (۲۶).

۴. پرسش‌نامهٔ تاب‌آوری که کانر و دیویدسون (۲۰۰۳) برای اندازه‌گیری قدرت مقابله با فشار و تهدید تهیه کرده‌اند. پرسش‌نامه پنج خرده‌مقیاس و ۲۵ سؤال پنج گزینه‌ای دارد که گزینه‌های آن به‌ترتیب از صفر تا ۴ نمره‌گذاری شده است. بررسی ویژگی‌های روان‌سنجی این مقیاس در شش گروه، جمعیت عمومی، مراجعه‌کنندگان به بخش مراقبت‌های اولیه، بیماران سرپایی روان‌پزشکی، بیماران با مشکل اختلال اضطراب فراگیر و دو گروه از بیماران استرس پس از سانحه انجام گردیده است. کونور و دیویدسون ضریب آلفای کرونباخ را ۰/۸۹ گزارش کرده‌اند؛ همچنین ضریب پایایی حاصل از بازآزمایی آن ۰/۷۸ بوده است (۲۷).

دستورالعمل رفتاردرمانی دیالکتیک لینهان و دیمف به‌صورت زیر است:جلسهٔ اول: آشنایی اولیه، چرا باید این مهارت‌ها را بیاموزیم؟

جلسهٔ دوم: آموزش مهارت‌های شناخت خود (خودآگاهی هیجانی)؛

جلسهٔ سوم: آموزش خودآرامش‌بخشی، تصمیم‌گیری بر اساس ذهن خردمند، پذیرش بنیادین، قضاوت و برچسب‌ها؛

[Downloaded from sjimu.medilam.ac.ir on 2026-10-11]

جلسهٔ چهارم: توجه‌برگردانی از رفتارهای خودجرحی، توجه‌برگردانی از طریق فعالیت‌های لذت‌بخش، توجه برگردانی از طریق معطوف کردن توجه به کار یا موضوعی دیگر؛

جلسهٔ پنجم: توجه به ذهن خردمند، ذهن هیجانی و ذهن منطقی دربارهٔ تفاسیر و پاسخ به هیجانات، مشاهده و توصیف آن‌ها (خودمشاهده‌گری)؛

جلسهٔ ششم: آموزش زندگی در زمان حال، استفاده از افکار مقابله‌ای خودتشویق‌گرایانه، نقش خودگویی‌های مثبت مهارت‌های حل مسئله در مهار هیجان‌ها؛

جلسهٔ هفتم: آموزش مهارت‌های کاهش آسیب (برنامه‌ریزی برای خواب، ورزش، تغذیه مناسب و پر کردن اوقات فراغت)؛

جلسهٔ هشتم: آموزش مهارت دوری از ذهن هیجانی، آموزش تصویرسازی از مکان امن و کشف ارزش‌ها؛

جلسهٔ نهم: مسلط شدن بر دنیای خود: آموزش برنامه‌ریزی برای افزایش تجارب مثبت، تهیهٔ فهرست فعالیت‌های لذت‌بخش؛

جلسهٔ دهم: آگاهی هیجانی و عمل کردن به شیوهٔ مناسب در برابر هیجان‌های منفی (خشم، ترس، افسردگی، استرس و احساس گناه)؛

جلسهٔ یازدهم: کاربرد مهارت‌های حل مسئله و عمل مخالف برای هیجان‌های منفی؛

جلسهٔ دوازدهم: مرور جلسات و تمرینات داده‌شده (۲۸).

یافته‌های پژوهش

نمونهٔ پژوهش حاضر شامل زنان و مردان با تحصیلات دیپلم تا کارشناسی ارشد و دامنهٔ سنی ۲۰ تا ۵۰ ساله بود که داده‌های این پژوهش با ۲۰ نفر در گروه آزمایش و ۲۰ نفر در گروه کنترل محاسبه شد. میانگین و انحراف معیار متغیرهای پژوهش در دو گروه در پیش‌آزمون و پس‌آزمون در جدول شمارهٔ ۱ ارائه گردیده است.

جدول شماره ۱. آمار توصیفی متغیرهای پژوهش در گروه‌های رفتاردرمانی دیالکتیک و کنترل در مرحلهٔ پیش‌آزمون و پس‌آزمون

متغیرها	گروه‌ها		کمترین نمره	بیشترین نمره	میانگین	انحراف معیار
حل مسئلهٔ اجتماعی	درمان دیالکتیک	پیش‌آزمون	۳۸	۴۵	۴۰/۵۰	۱/۸۵
		پس‌آزمون	۵۳	۵۸	۵۴/۷۷	۱/۵۱
	کنترل	پیش‌آزمون	۳۷	۴۶	۴۱/۴۴	۲/۵۰
		پس‌آزمون	۳۸	۴۷	۴۲/۲۷	۲/۷۸
دشواری تنظیم هیجان	درمان دیالکتیک	پیش‌آزمون	۱۱۱	۱۱۸	۱۱۵/۲۲	۲/۲۶
		پس‌آزمون	۷۵	۹۰	۷۹/۸۳	۲/۹۵
	کنترل	پیش‌آزمون	۱۱۳	۱۲۴	۱۱۷/۰۵	۲/۹۷
		پس‌آزمون	۱۰۵	۱۲۰	۱۱۵/۱۱	۳/۶۷
تکانش‌گری	درمان دیالکتیک	پیش‌آزمون	۹۰	۱۰۶	۹۷/۹۴	۴/۱۰
		پس‌آزمون	۷۰	۸۳	۷۶/۱۶	۳/۳۲
	کنترل	پیش‌آزمون	۹۳	۱۰۵	۹۸/۶۱	۳/۲۵
		پس‌آزمون	۹۲	۱۰۳	۹۸	۲/۸۰
		پیش‌آزمون	۳۶	۴۴	۳۹/۸۸	۲/۱۳

[Downloaded from sjimu.medilam.ac.ir on 2026-10-11]

تاب‌آوری	درمان دیالکتیک	پس‌آزمون	۵۰	۶۳	۵۷/۲۷	۳/۹۲
	کنترل	پیش‌آزمون	۳۴	۴۴	۳۸/۴۴	۲/۸۵
		پس‌آزمون	۳۵	۴۵	۳۹/۱۱	۳/۰۲

همان‌طور که جدول شمارهٔ ۱ نشان می‌دهد، در گروه آزمایش، نمرات متغیرهای حل مسئلهٔ اجتماعی و تاب‌آوری در مرحلهٔ پس‌آزمون نسبت به پیش‌آزمون افزایش معناداری داشته‌اند و در متغیرهای دشواری تنظیم هیجان و تکانش‌گری کاهش معناداری را نشان می‌دهند؛ اما در گروه کنترل، تفاوت میان نمرات پیش‌آزمون و پس‌آزمون معنادار نیست.

برای بررسی مفروضه‌های آزمون تحلیل کوواریانس چندمتغیره، از آزمون کلموگروف اسمیرونف برای بررسی نرمالیتی داده‌ها استفاده گردید که نتایج طبیعی بودن داده‌ها را نشان داد. برای بررسی همگنی واریانس‌ها، از آزمون لون استفاده شد که بر اساس نتایج آزمون لون، همگنی واریانس‌ها برقرار بود؛ همچنین همگنی شیب رگرسیون بررسی گردید که بر اساس نتایج، فرض همگنی شیب‌های رگرسیون برقرار بود.

نتایج حاصل از آزمون‌های آماری تحلیل کوواریانس چندمتغیره نشان داد که میان گروه آموزش رفتاردرمانی دیالکتیکی و گروه کنترل در متغیرهای وابسته (حل مسئلهٔ اجتماعی، دشواری تنظیم هیجان، تکانش‌گری و تاب‌آوری)، در مرحلهٔ پس‌آزمون تفاوت معنی‌داری وجود دارد. به‌منظور بررسی نقطهٔ این تفاوت، تحلیل کوواریانس تکمتغیرهٔ آنکوا روی نمره‌های پس‌آزمون حل مسئلهٔ اجتماعی، دشواری تنظیم هیجان، تکانش‌گری و تاب‌آوری در هر دو گروه انجام شد.

جدول شماره ۲. نتایج تحلیل کوواریانس چندمتغیره

نوع آزمون	مقدار آمارهٔ آزمون	آمارهٔ F	درجهٔ آزادی فرضیات	درجهٔ آزادی خطا	سطح معنی‌داری	اندازهٔ اثر
اثر پیلایی	۰/۹۸۵	۴۲۹/۰۸۵	۴	۲۷	۰/۰۰۱	۰/۹۸
لامبدای ویلکز	۰/۰۱۵	۴۲۹/۰۸۵	۴	۲۷	۰/۰۰۱	۰/۹۸
اثر هتلینگ	۶۳/۵۶۸	۴۲۹/۰۸۵	۴	۲۷	۰/۰۰۱	۰/۹۸
بزرگ‌ترین ریشهٔ روی	۶۳/۵۶۸	۴۲۹/۰۸۵	۴	۲۷	۰/۰۰۱	۰/۹۸

همان‌طور که نتایج مندرج در جدول شمارهٔ ۳ نشان می‌دهد، نسبت F تحلیل کوواریانس تکمتغیره برای متغیر حل مسئلهٔ اجتماعی در مرحلهٔ پس‌آزمون (F=430)، دشواری تنظیم هیجان (F=714.94)، تکانش‌گری (F=404.72) و تاب‌آوری (F=168.11) و برای همهٔ متغیرها در سطح P<0.001 به‌دست آمد. این یافته نشان می‌دهد که در متغیرهای وابستهٔ حل مسئلهٔ اجتماعی، دشواری تنظیم هیجان، تکانش‌گری و تاب‌آوری، میان گروه رفتاردرمانی دیالکتیکی و گروه کنترل در مرحلهٔ پس‌آزمون تفاوت معنی‌داری دیده می‌شود.

جدول شماره ۳. نتایج تحلیل کوواریانس تک‌متغیره

متغیرها	منبع تغییرات	مجموع مجذورات	درجهٔ آزادی	میانگین مجذورات	آمارهٔ F	سطح معنی‌داری	اندازهٔ اثر
	گروه	۱۱۳۹/۰۲	۱	۱۱۳۹/۰۲	۴۳۰/۰۰	۰/۰۰۱	۰/۲۰۷

[Downloaded from sjimu.medilam.ac.ir on 2026-10-11]

حل مسئلهٔ اجتماعی	خطا	۷۹/۴۶	۳۰	۲/۶۴			
	کل	۸۶۳۵۵/۰۰	۳۶				
دشواری تنظیم هیجان	گروه	۷۵۸۰/۳۸	۱	۷۵۸۰/۳۸	۷۱۴/۹۴	۰/۰۰۱	۰/۱۱۸
	خطا	۳۱۸/۰۸	۳۰	۱۰/۶۰			
	کل	۳۵۳۶۰۹/۰۰	۳۶				
تکانش‌گری	گروه	۲۸۵۳/۵۳	۱	۲۸۵۳/۵۳	۴۰۴/۷۲	۰/۰۰۱	۰/۱۸۶
	خطا	۲۱۱/۵۱	۳۰	۷/۰۵			
	کل	۲۷۷۶۱۹/۰۰	۳۶				
تاب‌آوری	گروه	۱۸۶۳/۲۷	۱	۱۸۶۳/۲۷	۱۶۸/۱۱	۰/۰۰۱	۰/۳۳۲
	خطا	۳۳۲/۵۰	۳۰	۱۱/۰۸			
	کل	۸۷۰۰۵/۰۰	۳۶				

بحث و نتیجه‌گیری

پژوهش حاضر با هدف اثربخشی رفتاردرمانی دیالکتیک بر حل مسئلهٔ اجتماعی، دشواری تنظیم هیجان، تکانش‌گری و تاب‌آوری در اقدام‌کنندگان به خودکشی شهر ایلام انجام گرفت. نتایج پژوهش حاضر نشان داد که رفتاردرمانی دیالکتیک بر حل مسئلهٔ اجتماعی، دشواری تنظیم هیجان، تکانش‌گری و تاب‌آوری در اقدام‌کنندگان به خودکشی تأثیر دارد و این نتایج با یافته‌های افشاری و همکاران و سایر مطالعات همسو است (۳۱-۲۹). دربارهٔ تأثیر رفتاردرمانی دیالکتیک بر حل مسئله پژوهش‌های متعددی انجام شده؛ اما در خصوص حل مسئلهٔ اجتماعی تاکنون پژوهش مشخصی صورت نگرفته است. در پژوهشی که افشاری و همکاران به بررسی تأثیر رفتاردرمانی دیالکتیک و دارودرمانی بر عملکرد اجرایی در بیماران دوقطبی پرداختند، نتایج نشان داد که رفتاردرمانی دیالکتیک بر بهبود حل مسئله (یکی از مؤلفه‌های عملکرد اجرایی) تأثیرگذار است (۲۹). در تبیین یافتهٔ حاضر می‌توان بیان داشت که افزایش انعطاف‌پذیری روان‌شناختی در رفتاردرمانی دیالکتیکال و ایجاد تفکر مبتنی بر ذهن‌آگاهی می‌تواند توانایی مقابلهٔ بیمار را در کنار آمدن با وسوسه و افکار خودکشی، به‌عنوان شاخص اصلی اقدام در این بیماران افزایش دهد (۳۰) از سوی دیگر، عمل مخالف به‌عنوان یکی از مهم‌ترین راهبردهای مهارت نظم‌جویی هیجان مبتنی بر رفتاردرمانی دیالکتیکی، بیماران را برای انجام عمل مخالف در برابر وسوسه و افکار خودکشی ترغیب می‌کند؛ همچنین تمرینات ذهن‌آگاهی در مهارت‌های رفتاردرمانی دیالکتیکی به‌وسیلهٔ افزایش توانایی فرد در چرخش توجه‌اش از آنچه مفید یا مؤثر نیست (مثلاً افکار خودکشی)، به آنچه مفید و مؤثر است، به انعطاف‌پذیری توجه در او کمک کند (۳۱)؛ همچنین مهارت‌های مبتنی بر رفتاردرمانی دیالکتیکی با تشویق بیمار برای در نظر گرفتن اهداف کوتاه‌مدت و اهداف بلندمدت، انجام فعالیت‌های لذت‌بخش به‌طور روزانه و تمریناتی برای مقابله با خشم و احساس گناه، افکار منفی و ترس و نیز پیشنهاد راهکارهایی برای بهبود روابط میان‌فردی می‌تواند وی را برای پرورش سبک زندگی بدون افکار خودکشی و مقابلهٔ مؤثر با این افکار و درنهایت، جلوگیری از اقدام به خودکشی توانمند سازد (۳۲).

در تبیین تأثیر رفتاردرمانی دیالکتیک بر کاهش دشواری تنظیم هیجان باید گفت که آموزش مهارت‌های بینفردی، مهارت‌های تحمل پریشانی (ناراحتی)، مهارت‌های تنظیم هیجان و مهارت‌های هشیاری فراگیر (ذهن‌آگاهی) مرکزی ازجملهٔ مهارت‌های رفتاری هستند که در این روش درمانی وجود دارند؛ برای مثال، در آموزش هشیار بودن کامل، درمانگر فرد را تشویق می‌کند تا افکار و هیجانات را به‌صورت کامل تجربه نماید، بدون آنکه آن‌ها را سرکوب کند و دربارهٔ آن‌ها قضاوت ارزشی داشته باشد و نیز بدون

[Downloaded from sjimu.medilam.ac.ir on 2026-10-11]

اینکه هیجانات ثانویهای مانند شرم یا گناه را تجربه نماید. با توجه به اینکه تحریکپذیری هیجانی مشخصهٔ عمده در افراد اقدام‌کننده به خودکشی است؛ بنابراین، آموزش مهارت‌های تنظیم هیجانی نقشی اساسی در درمان این افراد دارد (۳۳).

اقدام‌کنندگان به خودکشی که در کنترل تکانه دچار مشکل هستند، به‌گونه‌ای فزاینده تکانشی و بی‌مسئولیت‌اند که بیش از هر چیز، با تنظیم نبودنِ هیجان‌های منفی شناخته و از لحاظ شناختی به‌هم‌ریخته می‌شوند. علاوه بر این، تنظیم نبودنِ عواطف مثبت را بروز می‌دهند که باعث هیجان‌زدگی غیرمنطقی و سطحی می‌گردد. ازآنجاکه این افراد بدون تفکر منطقی هستند و هنگامی‌که تلاش می‌کنند تا خود را از الزام‌ها و اجبارهای اجتماعی خلاص کنند، نه می‌توانند رفتار طرح‌ریزی‌شده و از پیش برنامه‌ریزی‌شده‌ای داشته باشند و نه می‌توانند به پیامدهای اعمال خود توجهی کنند؛ بنابراین می‌توان نتیجه گرفت، یکی از علت‌های موفقیت رفتاردرمانی دیالکتیک در پژوهش‌های ذکرشده، کاهش رنج افراد درگیر مشکلات هیجانی بوده است که مهارت‌های رفتاردرمانی دیالکتیکال باعث کاهش هیجانات نامناسب ازجمله تکانش‌گری شده است (۲۱).

همچنین دربارهٔ تأثیر رفتاردرمانی دیالکتیک بر بهبود تاب‌آوری میتوان گفت، یکی از عوامل و مشکلات اساسی در این افراد نبودِ توانایی‌های ارتباطی لازم و اساسی در مواجهه با مسائل و مشکلات زندگی روزمره است. بسیاری از آنان در رویارویی با مسائل زندگی توانایی‌های لازم و اساسی را ندارند و همین امر آنان را در مواجهه با مسائل و مشکلات زندگی روزمره آسیب‌پذیر کرده است. درمان دیالکتیک با استفاده از مهارت‌های ارتباطی، خودآگاهی، حل مسئله، کنترل رفتار، کمکخواهی، خوش‌بینی، حذف باورهای نادرست، همدلی و قدرت تصمیم‌گیری قادر است تفکر امیدوارانه و هدف‌دار را در این افراد افزایش دهد و از این راه، به ارتقا و بهبود تابآوری آنان کمک کند.

پیشنهاد می‌گردد، مراکزی که در ارتباط با درمان اقدامکنندگان به خودکشی قرار دارند، در کنار درمان‌های دارویی، از رفتاردرمانی دیالکتیک به‌عنوان درمان روان‌شناختی مؤثر استفاده کنند؛ همچنین در سطح مدارس و دانشگاه‌ها می‌توان کارگاه‌های آموزشی با موضوع حل مسئله، تنظیم هیجان، تکانش‌گری و تاب‌آوری برگزار کرد و افراد را در برابر خطر خودکشی و اقدام به آن که ناشی از ضعف در متغیرهای یادشده است، مصون نمود.

سپاس‌گزاری

نویسندگان از مسئولین محترم دانشگاه علوم پزشکی ایلام و نیز شرکت‌کنندگان در این پژوهش که در انجام این تحقیق، پژوهشگر را یاری نموده‌اند کمال تشکر و قدردانی را دارند.

تعارض منافع

نویسندگان این مقاله اعلام می‌دارند که در اجرا و نگارش این مقاله هیچ‌گونه تعارض منافعی با هیچ فرد و سازمانی صورت نگرفته است.

کد اخلاق

پژوهش حاضر با شناسه IR.MEDILAM.REC.1399.053 به تایید شورای پژوهشی و کمیته اخلاق دانشگاه علوم پزشکی ایلام رسیده است.

حمایت مالی

پژوهش حاضر بدون هیچ حمایت مالی و تنها با هزینه شخصی پژوهشگران اجرا شد.

مشارکت نویسندگان

نویسندگان در انجام این پژوهش به یک اندازه سهیم بوده‌اند.

[Downloaded from sjimu.medilam.ac.ir on 2026-10-11]

References

1. World Health Organization. Suicide data [Internet]. 2018 [Updated 2018].
2. Nosratabadi M, Halvaipoor Z, Gaed Amini Harooni G. Predicting suicide ideation based on psycho-social factors and probability of drug abuse in soldiers: A structural model. Ilam Univ Med Sci 2017; 24: 87-96.
3. D'Zurilla T J, Nezu A M, Maydeu-Olivares A. Manual for the social problem solving inventory-revised 2002; pp.211-44. Nourth Tonawanda, TY: Multi- Health Systems. doi: 10.4236/aasoci.2014.41003.
4. Becker-Weidman EG, Jacobs RH, Reinecke MA, Silva SG, March JS. Social problem-solving among adolescents treated for depression. Behav Res Ther 2010; 48: 8-11. doi: 10.1016/j.brat.2009.08.006.
5. Bargh J A, Williams L E. On the nonconscious of emotion regulation. In J. Washington, DC: American Psychological Association. Gross 2007; pp. 429- 45. New York: Guilford Press. do: 10.1037/a0017745.
6. Campbell-Sills L, Barlow DH. Incorporating emotion regulation into conceptualizations and treatments of anxiety and mood disorders. In J J Gross 2007; pp. 542- 559. New York: Guilford Press.
7. Brackett M A, Salovey P. Measuring emotional intelligence as a mental ability with the Mayer–Salovey–Caruso Emotional Intelligence Test. In G Geher 2004; pp. 179-94. Hauppauge, NY: Nova Science Publishers. doi:10.1037/10612-016.
8. Aldao A, Nolen-Hoeksema S Schweizer S. Emotion-regulation strategies across psychopathology: A meta-analytic review. Clin Psychol Rev 2010; 30: 217- 37. doi: 10.1016/j.cpr.2009.11.004.
9. Lynch T R, Trost W T, Salsman N, Linehan M M. Dialectical behavior therapyfor borderline personality disorder. Annu Rev Clin Psychol 2007; 3: 181- 205. doi: 10.1146.2.022305.095229.
10. Nolen-Hoeksema S, Wisco B E, Lyubomirsky S. Rethinking rumination. Perspect Psychol Sci 2008; 3: 400- 24. doi: 10.1111/j.1745-6924.2008.00088.
11. Mennin D S, Farach F J. Emotion and evolving treatments for adult psychopathology. Clin Psychol Sci Pract 2007; 14: 329-52. doi:10.1111/j.1468-2850.2007.00094.
12. Bydlowski S, Corcos M, Jeammet P, Paterniti S, Berthoz S, Laurier C, et al. Emotional-processing deficits in eating disorders. Int J Eat Disord 2005; 37: 321-9. doi:10.1002/eat.20132.
13. Sher K J, Grekin E R. Alcohol and affect regulation. In J J Gross 2007; pp. 560-80. New York, NY: Guilford Press.
14. Tice D M, Bratslavsky E, Baumeister R F. Emotional distress regulation takes precedence over impulse control: If you feel bad, do it! J Pers Soc Psychol 2001; 80: 53-67. doi: 10.1037//0022-3514.80.1.53.
15. Paris J, Zweig-Frank H. A 27-year follow-up of patients with borderline personality disorder. Compr Psychiatry 2001; 42: 482-7. doi:10.1053/comp.2001.26271.
16. Braquehais M D, Oquendo M A, Baca-Garcia E, Sher L. Is impulsivity a link between childhood abuse and suicide? Compr Psychiatry 2010; 51: 121-9. doi:10.1016/j.comppsych.2009.05.003.
17. Taylor Ch T, Hirshfeld-Becker D R, Ostacher M J, Chow CW, LeBeau R T, et al. Anxiety is associated with impuls in bipolar disorder. J Anxiety Disord 2008; 22: 868-76. doi:10.1016/j.janxdis.2007.09.001.
18. Victor SE, Johnson S H L, Gotlib I H. Quality of life and impulsivity in bipolar disorder. Bipolar Disord 2011;13: 303-9. doi: 10.1111/j.1399-5618.2011.00919.
19. Khalatbari J, Bahari S. Relationship between resilence and satisfaction of life. J Educ Psychol 2010; 1: 83-94.
20. Osman A, Gutierrez P M, Muehlenkamp J J, DIX-Richardson F, Barrios F X, Kopper B A. Suicide Resilience Inventory-25: development and preliminary psychometric properties. Psychol Rep 2004; 94: 1349-60. doi: 10.2466/pr0.94.3c.1349-1360.
21. Miller A L, Rathus J H, Linehan MM. Dialectical Behavior Therapy with Suicidal Adolescents. 2006; NewYork: Guilford Press.
22. Mazlom M. The relationship of metacognitive beliefs and emotion regulation difficulties with post-traumatic stress symptom. Int J Behav Sci 2014, 8: 105-13.
23. Gratz KL, Roemer E. Multidimensional Assessment of Emotion Regulation and Dysregulation: Development, Factor Structure, and Initial Validation of the Difficulties in Emotion Regulation Scale. J Psychopathol Behav Assess 2004; 62: 11-41. doi:10.1023/B:JOBA.0000007455.08539.94.
24. Patton J H, Stanford M S, Barratt E S. Factor structure of the Barratt Impulsiveness Scale. J Clin Psychol 1995; 51: 768-74. doi: 10.1002/1097-4679(199511)51:6<768::AID-JCLP2270510607>3.0.CO;2-1.
25. Barratt E, Stanford M S, Kent T A, Felthous A. Neuropsychological and cognitive psychophysiology substrates of impulsive aggression. Biol Psychiatry 2004; 41: 1045-61. doi:10.1016/S0006-3223(96)00175-8.

[Downloaded from sjimu.medilam.ac.ir on 2026-10-11]

26. Fossati A, Di Ceglie A, Acquarini E, Barrat E S. Psychometric Properties of an Italian version of theBarratt Impulsiveness Scale-11 (BIS-11) in nonclinicalsubjects. J Clin Psychol 2001; 57: 815-28. doi:10.1002/jclp.1051.
27. Connor KM, Davidson JRT. Development of a new resilience Scale: The Connor-Davidson resilience scale (CD-RISC). Depress Anxiety 2003; 18: 76-82. doi:10.1002/da.10113.
28. Linehan M M, Dimeff L A, Reynolds S K, Comois K A, Welch S S, Heagerty P, et al. Dialectical behavior therapy versus comprehensive alidation therapy plus 12-step for the treatment of opioid dependent women meeting criteria for borderline personality disorder. Drug Alcohol Depend 2008; 67: 13-29. doi: 10.1016/S0376-8716(02)00011.
29. Afshari B, Omidi A, Sehat M. The effect of dialectical behavior therapy on executive function in patients with a bipolar disorder. Feyz Med Sci J 2018; 22: 404-10.
30. Iri F, Makvandi B, Bakhtiarpuor S, Hafezi F. Comparison of the effectiveness of Acceptance and Commitment therapy and Dialectival Behavioral therapy on health anxiety, psychosocial adjustment and cognitive emotion regulation of divorced women. J Mashhad Univ Med Sci 2019; 61: 97-88.
31. Narimani M, Bagiyan-Kulemarez M, Bavand-Poouri AR, Bakhti M. The Effectiveness of Group Psychotherapy based on DialecticalBehavior Therapy (DBT) on the Degree of Craving and Difficulty inEmotional Self-regulation of Methamphetamine Users. J Clin Psychol 2015; 6: 85-101. doi: 10.22075/jcp.2017.2185.
32. Babaiee Z, Hasani J, Mohamadkhani SH. The Effectiveness of Dialectical Behavior Therapy Based EmotionRegulation Skill Training in Substance Abusers Craving: a Single Subject Study. Journal of Clinical Psychology 2012; 4:33-41. doi: 10.22075/jcp.2017.2095.
33. Osborne T L, Michonski J, Sayrs J, Welch S S, Anderson L K. Factor Structure of the Difficulties in Emotion Regulation Scale (DERS) in Adult Outpatients Receiving Dialectical Behavior Therapy (DBT). J Psychopathol Behav Assess 2017; 39: 355-71. doi:10.1007/s10862-017-9586-x.
34. Zamani N, Farhadi M, Jamilian H R, Habibi M. Effectiveness of Group Dialectical Behavior Therapy (Based on Core Distress Tolerance and Emotion Regulation Components) on Expulsive Anger and Impulsive Behaviors. J Arak Uni Med Sci. 2015; 17:53-61.

[Downloaded from sjimu.medilam.ac.ir on 2026-10-11]