Pajouhan Scientific Journal Volume 21, Issue 1, Winter 2023, Pages: 32-39

Original Article

10.61186/psj.21.1.32

An Efficacy of Group Dialectical Behavior Therapy for Emotion Regulation and Irritability in Students with Disruptive Mood Dysregulation Disorder

Abbas Asghari Sharabiani[1,*], Akbar Atadokht[1], Nader Hajloo[1], Niloofar Mikaeili[1]

[1] *Department of Psychology, University of Mohaghegh Ardabili, Ardabil, Iran*

*** *Corresponding Author:*** *Abbas Asghari Sharabiani, Department of Psychology, University of Mohaghegh Ardabili, Ardabil, Iran. Email: abbas.asghari04@gmail.com*

Received: 23/07/2022
Revised: 04/10/2022
Accepted: 16/10/2022
ePublished: 20/03/2023

How to Cite this Article:
Asghari Sharabiani A, Atadokht A, Hajloo N, Mikaeili N. An Efficacy of Group Dialectical Behavior Therapy for Emotion Regulation and Irritability in Students with Disruptive Mood Dysregulation Disorder. *Pajouhan Scientific Journal*. 2023; 21(1): 32-39.
DOI: 10.61186/psj.21.1.32

Abstract

Background and Objectives: Disruptive mood dysregulation disorder (DMDD) is a new diagnosis with multiple treatment challenges. The most prominent features of this disorder consist of behavioral as well as mood disruptions. There are very few treatment studies on DMDD. The aim of this study was to determine the efficacy of Dialectical Behavior Therapy on emotion regulation and irritability in students with disruptive mood disorders.

Materials and Methods: The current research was a semi-experimental type of pre-test-post-test with a control group. The statistical population of the research included all male students of the first secondary level of East Azarbaijan province who referred to the counseling centers of education and training departments in the academic year of 2020–2021. The study population included 30 students with disruptive mood disorders who were chosen through a nonprobability purposive sampling method. Emotional Affective Reactivity Index, the Emotion Regulation Questionnaire, and the clinical interview were used to collect data. The collected data were analyzed through the statistical test of ANOVA with repeated measurements.

Results: Dialectical Behavior Therapy was found to be significantly effective in reducing irritability and regulating emotions in students with disruptive mood dysregulation disorders ($P < 0.001$). Furthermore, the results revealed that the educational effect persisted throughout the follow-up period ($P > 0.05$).

Conclusions: According to the results of the research, dialectical behavior therapy can increase the awareness of the disruptive mood disorder sufferers about their problems and gain a more correct understanding in dealing with problems, especially in the interpersonal field. Therefore, in the field of treatment of disruptive mood disorder, dialectical behavior therapy can be implemented as part of the treatment plan.

Keywords: Dialectical behavior therapy; Disruptive mood dysregulation disorder; Irritability; Emotion regulation

[Downloaded from psj.umsha.ac.ir on 2026-11-15]

[DOI: 10.61186/psj.21.1.32]

Copyright © 2023 Pajouhan Scientific Journal. This is an open-access article distributed under the terms of the Creative Commons Attribution-NonCommercial 4.0 International License (*http://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0/*) which permits copy and redistribute the material just in noncommercial usages, provided the original work is properly cite.

مجله علمی پژوهان | دوره ۲۱، شماره ۱، زمستان ۱۴۰۱، صفحات ۳۲ تا ۳۹

مقاله پژوهشی

doi: 10.61186/psj.21.1.32

اثربخشی رفتار درمانی دیالکتیک گروهی بر تنظیم هیجان و تحریک‌پذیری نوجوانان دارای اختلال بی‌نظمی خلق اخلالگر

عباس اصغری شربیانی[1,*]، اکبر عطادخت[1]، نادر حاجلو[1]، نیلوفر میکاییلی[1]

[1] گروه روانشناسی، دانشگاه محقق اردبیلی، اردبیل، ایران

* **نویسنده مسئول:** عباس اصغری شربیانی، گروه روانشناسی، دانشگاه محقق اردبیلی، اردبیل، ایران. ایمیل: abbas.asghari04@gmail.com

تاریخ دریافت مقاله: ۱۴۰۱/۰۵/۰۱

تاریخ داوری مقاله: ۱۴۰۱/۰۷/۱۲

تاریخ پذیرش مقاله: ۱۴۰۱/۰۷/۲۴

تاریخ انتشار مقاله: ۱۴۰۱/۱۲/۲۹

تمامی حقوق نشر برای دانشگاه علوم پزشکی همدان محفوظ است.

چکیده

سابقه و هدف: اختلال بی‌نظمی خلق اخلالگر (Disruptive mood dysregulation disorder) DMDD، یک تشخیص جدید همراه با چالش‌های متعدد درمانی است. بارزترین ویژگی این اختلال شامل اختلالات رفتاری و خلقی می‌باشد. مطالعات درمانی بسیار کمی در مورد DMDD وجود دارد. هدف از پژوهش حاضر، اثربخشی رفتار درمانی دیالکتیک بر تنظیم هیجان و تحریک‌پذیری دانش‌آموزان دارای اختلال بی‌نظمی خلق اخلالگر بود.

مواد و روش‌ها: پژوهش حاضر نیمه‌آزمایشی از نوع پیش‌آزمون- پس‌آزمون با گروه شاهد بود. جامعه‌ی آماری پژوهش شامل کلیه‌ی دانش‌آموزان پسر مقطع متوسطه‌ی اول استان آذربایجان شرقی مراجعه‌کننده به هسته‌های مشاوره‌ی ادارات آموزش و پروش در سال تحصیلی ۱۴۰۰-۱۳۹۹ بود. نمونه‌ی پژوهش شامل ۳۰ دانش‌آموز دارای اختلال بی‌نظمی خلق اخلالگر بود که از طریق نمونه‌گیری هدفمند غیرتصادفی انتخاب شدند. برای گردآوری اطلاعات از شاخص واکنش‌پذیری عاطفی، پرسش‌نامه‌ی تنظیم هیجان و مصاحبه‌ی تشخیصی استفاده شد. اطلاعات جمع‌آوری شده از طریق آزمون آماری تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر تجزیه و تحلیل شدند.

یافته‌ها: نتایج پژوهش نشان داد، رفتار درمانی دیالکتیک در کاهش تحریک‌پذیری و تنظیم هیجان دانش‌آموزان دارای اختلال بی‌نظمی خلق اخلالگر به طور معنی‌داری مؤثر بوده است ($P < ۰/۰۰۱$). همچنین نتایج حاکی از ادامه‌دار بودن اثر آموزشی در دوره‌ی پیگیری بود ($P > ۰/۰۵$).

نتیجه‌گیری: بر اساس نتایج پژوهش، رفتار درمانی دیالکتیک می‌تواند باعث افزایش شناخت مبتلایان به اختلال بی‌نظمی خلق اخلالگر از مشکلات خود شده و درک صحیح‌تری در برخورد با مشکلات به ویژه در حوزه‌ی بین‌فردی کسب کنند. بنابراین در حوزه‌ی درمان اختلال بی‌نظمی خلق اخلالگر، رفتار درمانی دیالکتیک می‌تواند به عنوان بخشی از برنامه‌ی درمان اجرا شود.

واژگان کلیدی: رفتار درمانی دیالکتیک؛ اختلال بی‌نظمی خلق اخلالگر؛ تحریک‌پذیری؛ تنظیم هیجان

مقدمه

طبقه‌ی تشخیصی جدید اختلال بی‌نظمی خلق اخلالگر در آخرین راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی (DSM-5) برای رسیدگی و مدیریت نوجوانان دارای اختلال بی‌نظمی خلق، جلوگیری از تشخیص بی‌رویه‌ی اختلال دو قطبی و هدف قرار دادن مؤثرتر علایم بین‌فردی افسردگی/ تحریک‌پذیری و واکنشی که در چنین نوجوانانی متداول است، معرفی شد [۱]. این اختلال رفتاری بدین معنی است که خارج از محدوده‌ی طبیعی رفتار کودک در نظر گرفته می‌شود. ویژگی‌های اصلی این اختلال شامل طغیان‌های خشم عودکننده‌ی مکرر است که به صورت کلامی (مثلاً خشم کلامی) و یا رفتاری (به عنوان مثال، پرخاشگری جسمی نسبت به افراد یا اموال) آشکار می‌شود که از نظر شدت یا مدت، خیلی بی‌تناسب با موقعیت یا تحریک است [۲]. با وجود جدید بودن اختلال بی‌نظمی خلق اخلالگر، مطالعات همه‌گیرشناسانه در مورد این اختلال بیشتر است [۳]. در مطالعه‌ی لین، تسینگ و گائو [۴] میزان شیوع اختلال، ۰/۳ تا ۰/۷۶ درصد و در مطالعه‌ای دیگر نیز میزان شیوع ۳ درصد برآورد شد [۵].

اختلال بی‌نظمی خلق اخلال‌گر به طور معمول نوعی اختلال بی‌نظمی هیجانی محسوب می‌شود. گرچه تحریک‌پذیری نوعی پاسخ عاطفی منفی است، مزمن بودن این پاسخ که مؤلفه‌ی اصلی اختلال بی‌نظمی خلق اخلالگر است بیانگر توانایی محدود در تنظیم این هیجان می‌باشد. علاوه بر

[Downloaded from psj.umsha.ac.ir on 2026-11-15]

[DOI: 10.61186/psj.21.1.32]

این، طغیان شدید خشم که بیانگر تنظیم ضعیف پاسخ‌های عاطفی منفی است از مشخصات بارز اختلال بی‌نظمی خلق اخلالگر و احتمالاً بیانگر شکل شدیدتری از تحریک‌پذیری است [۶]. شواهد بیشتری از تنظیم ضعیف هیجان را می‌توان در مطالعاتی یافت که در آن کودکانی که تحریک‌پذیری بالایی دارند هنگام تحریک عاطفی دچار نقص عملکرد شناختی می‌شوند. به عنوان مثال، کودکان مبتلا به اختلالات رفتار اخلال‌گر در مقایسه با گروه سالم عملکرد ضعیفی در انجام تکالیف اجرایی که باعث برانگیختگی پاسخ‌های عاطفی می‌شود دارند (به عنوان مثال Iowa gambling task) [۷].

تحریک‌پذیری مزمن یک ویژگی کلیدی در اختلال بی‌نظمی خلق اخلالگر است. از منظر بالینی، تحریک‌پذیری به صورت طغیان خشم نامتناسب با رشد کودک و بدخلقی و عبوسی آشکار می‌شود. در نتیجه تحریک‌پذیری هم شامل مؤلفه‌های رفتاری و هم مؤلفه‌های خلقی می‌باشد [۸]. با توجه به اینکه اختلال بی‌نظمی خلق اخلالگر اخیراً در DSM-5 گنجانده شده آزمایش‌های کنترل شده‌ی محدودی در مورد روش‌های درمانی وجود دارند. با این حال، توصیه‌های تجربی از مطالعات متمرکز بر درمان تحریک‌پذیری در زمینه‌ی سایر اختلالات از جمله اختلال نقص توجه/ بیش‌فعالی و اختلال افسردگی اساسی نشأت می‌گیرد.

رفتاردرمانی دیالکتیکی، نوعی درمان معتبر تجربی است و برای درمان بی‌نظمی هیجانی، افکار و رفتارهای خودکشی و خودزنی بدون خودکشی طراحی شده است [۹]. نتایج دلگرم کننده‌ای از مداخلات رفتار درمانی دیالکتیک روی اختلال بی‌نظمی خلق اخلالگر گزارش گردیده است [۱۰]. برای مثال در پژوهشی بر روی کودکان ۷ تا ۱۲ سال مبتلا به اختلال بی‌نظمی خلق اخلالگر، نتایج مثبتی از رفتاردرمانی دیالکتیک به دست آمد [۱۱]. همچنین در پژوهشی اثربخشی دو درمان روان‌درمانی دیالکتیک کودکان و درمان معمولی روی کودکان مبتلا به اختلال بی‌نظمی خلق اخلالگر اجرا شد که در پایان جلسات میزان بهبودی برای روش رفتار درمانی دیالکتیک کودکان ۵۲/۴ درصد و برای درمان معمولی ۲۷/۳ گزارش شد و در پیگیری سه ماهه نتایج درمان همچنان پا برجا بود [۱۲]. نتایج پژوهش امامقلی‌پور و همکاران [۱۳] نیز نشان داد، آموزش رفتار درمانی دیالکتیک در تکانشگری دختران نوجوان به اختلال بی‌نظمی خلق اخلالگر مؤثر بود.

از آن‌جایی که تحریک‌پذیری و دشواری در تنظیم هیجانات، تأثیرات منفی زیان‌باری بر زندگی مبتلایان به اختلال بی‌نظمی خلق اخلالگر دارد و از سویی پژوهش کافی در حوزه‌ی درمان به ویژه کارآیی درمان دیالکتیک بر این اختلال صورت نگرفته است، نتایج این پژوهش می‌تواند راهگشای مفیدی در حوزه‌ی درمان و زمینه‌ساز پژوهش‌های بعدی باشد. بنابراین هدف از این پژوهش، پاسخ به این سؤال است که آیا رفتاردرمانی دیالکتیک گروهی در تنظیم هیجان و تحریک‌پذیری دانش‌آموزان مبتلا به اختلال بی‌نظمی خلق اخلالگر موثر است؟

مواد و روش‌ها

روش پژوهش نیمه‌آزمایشی و از نوع پیش‌آزمون و پس‌آزمون با گروه شاهد و پیگیری بود. جامعه‌ی آماری پژوهش شامل کلیه‌ی دانش‌آموزان پسر مقطع متوسطه‌ی اول مراجعه‌کننده به هسته‌های مشاوره‌ی ادرات آموزش و پرورش استان آذربایجان شرقی در سال تحصیلی ۱۴۰۰-۱۳۹۹ بود. نمونه‌ی پژوهش شامل ۳۰ دانش‌آموز دارای اختلال بی‌نظمی خلق اخلالگر بود که با استفاده از جدول Cohen [۱۴] با اندازه‌ی اثر ۰/۵ برآورد و از طریق نمونه‌گیری هدفمند غیرتصادفی انتخاب شدند. بدین منظور با مراجعه به هسته‌ی مشاوره‌ی ادارات آموزش و پرورش ۵ شهرستان استان (از هر جهت جغرافیایی، یک شهرستان) و بررسی لیست دانش‌آموزان ارجاع شده با مشکلات بیرونی شده (تحریک‌پذیری و پرخاشگری) و اجرای پرسش‌نامه‌ی واکنش‌پذیری عاطفی استرینگاریس و همکاران [۱۵] و غربال آن‌ها توسط مصاحبه‌ی بالینی طراحی شده توسط دانشجوی دکتری روانشناسی بر اساس آخرین ویراست راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی [۲]، تعداد ۳۲ دانش‌آموز به عنوان نمونه انتخاب و به صورت تصادفی در دو گروه آزمایش (۱۶ نفر) و شاهد (۱۶ نفر) جای‌دهی شدند. با توجه به افت آزمودنی در گروه آزمایش (۱ نفر) از گروه شاهد نیز یک نفر از فرایند بررسی خارج و نمونه‌ی نهایی به ۳۰ نفر تقلیل یافت. لازم به ذکر است ملاک ورود به پژوهش شامل داشتن اختلال بی‌نظمی خلق اخلالگر و عدم وجود اختلالات روانپزشکی دیگر، دامنه‌ی سنی ۱۳ تا ۱۵ سال و تحصیل در مقطع متوسطه‌ی اول و تمایل و رضایت به شرکت در پژوهش تا انتهای آن و معیار خروج از پژوهش نیز شامل شرکت همزمان در برنامه‌های روان‌درمانی دیگر و عدم همکاری و غیبت در جلسات درمانی (بیش از دو جلسه) بود. پس از دریافت مجوزهای لازم از آموزش و پرورش و هماهنگی لازم جهت اجرای پژوهش، دانش‌آموزان گروه آزمایش طی ۸ جلسه‌ی ۷۵ دقیقه‌ای در طی یک‌ماه (هر هفته دو جلسه) توسط دانشجوی دکتری روانشناسی تحت درمان دیالکتیک گروهی [۱۶] قرار گرفتند (جدول ۱). داده‌های پژوهش از طریق نرم‌افزار SPSS نسخه‌ی ۱۸ (version 18, SPSS Inc., Chicago, IL) و با کمک آزمون تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر و آزمون Bonferroni تحلیل شدند. کلیه‌ی ملاحظات اخلاقی در پژوهش رعایت شد (این پژوهش مصوب کمیته‌ی اخلاق در پژوهش با کد IR.UMA.REC.1400.068 از دانشگاه محقق اردبیلی می‌باشد).

[Downloaded from psj.umsha.ac.ir on 2026-11-15]

[DOI: 10.61186/psj.21.1.32]

جدول ۱: خلاصه جلسات رفتار درمانی دیالکتیک

جلسه‌ی اول: توضیح در مورد اهداف جلسات و چگونگی برگزاری آن‌ها، آشنایی با مفاهیم پایه‌ی رفتاردرمانی دیالکتیک.
جلسه‌ی دوم: آشنایی با مهارت‌های بنیادین توجه آگاهی، مهارت در شناسایی هیجانات، افکار و احساسات بدنی در جهت کنترل آن‌ها.
جلسه‌ی سوم: آموزش مهارت‌های تنظیم هیجانی شامل تعریف هیجان و مؤلفه‌های آن.
جلسه‌ی چهارم: آموزش بخش دیگری از مهارت‌های تنظیم هیجانی، شامل الگوی شناسایی هیجانات و برچسب زدن به آن‌ها که منجر به افزایش توانایی کنترل کردن هیجانات می‌گردد.
جلسه‌ی پنجم: مرور مهارت‌های قبلی و آموزش مهارت‌های پذیرش هیجان‌ها حتی در صورت منفی بودن آن‌ها و آموزش مهارت‌هایی برای کاهش آسیب‌پذیری نسبت به هیجان‌های منفی.
جلسه‌ی ششم: آموزش بخشی از مؤلفه‌های تحمل پریشانی، یعنی راهبردهای بقا در بحران شامل مهارت‌های پرت کردن حواس و خودآرام‌سازی با حواس پنج‌گانه.
جلسه‌ی هفتم: آموزش و آشنایی با مهارت‌های ارتباط مؤثر، معطوف کردن توجه به راهبردهای بین‌فردی، شناسایی سبک ارتباطی خود، حفظ اعتماد به نفس در برقراری ارتباط مؤثر و ابراز قاطعانه‌ی خواسته‌ها.
جلسه‌ی هشتم: مرور آموزش‌های قبلی و تمرین راهبردهای بقا در بحران به صورت عملی در گروه از جمله مهارت‌های بهسازی لحظات و تکنیک سود و زیان در هنگام مواجه شدن با ناکامی یا احساس خشم؛ همچنین آموزش چگونگی تعمیم مهارت‌ها به خارج از جلسه‌ی درمان.

قبل از انجام پژوهش در مورد روند پژوهش توضیحات کامل ارایه و رضایت شرکت‌کنندگان و اولیای آن‌ها جلب و در مورد محرمانگی اطلاعات اطمینان کامل داده شد. برای گردآوری داده‌های پژوهش از پرسش‌نامه‌های زیر استفاده شد:

شاخص واکنش‌پذیری عاطفی: این آزمون توسط Stringaris و همکاران برای بررسی تحریک‌پذیری در کودکان و نوجوانان ساخته شد [۱۵]. این آزمون به دو شیوه‌ی خودگزارشی و سؤال از والدین آن‌ها ساخته شده است. در نسخه‌ی خودگزارشی، از کودکان و نوجوانان خواسته می‌شود که به جملات حاوی توصیف رفتارشان پاسخ دهند. این پاسخ‌ها در یک طیف سه درجه‌ای ۰ = نادرست، ۱ = تا حدی درست و ۲ = کاملاً درست تنظیم شده و دامنه‌ی نمره از صفر تا ۱۲ می‌باشد. همچنین در نسخه‌ی خودگزارشی توسط کودکان و نوجوانان نمره‌ی برش آزمون ۴ در نظر گرفته می‌شود. سازندگان پرسش‌نامه، ضریب پایایی این پرسش‌نامه را بر اساس آلفای کرونباخ در نمونه‌ی آمریکایی ۰/۸۸ و در نمونه‌ی بریتانیایی ۰/۹۰ گزارش کردند [۱۵]. در یک پژوهش ضریب پایایی پرسش‌نامه به روش آلفای کرونباخ، ۰/۷۱ محاسبه شد. همچنین روایی آزمون با استفاده از روایی محتوا به تأیید متخصصان امر رسید و از لحاظ روایی همگرا آزمون همبستگی معنی‌داری با افسردگی، اضطراب و استرس داشت [۱۷]. در این پژوهش مقدار آلفای کرونباخ ۰/۷۵ به دست آمد.

پرسش‌نامه‌ی تنظیم هیجان: این پرسش‌نامه توسط Gross و John ساخته شده است [۱۸]. این پرسش‌نامه دارای ۱۰ گویه و ۲ خرده مقیاس بازداری هیجانی (۴ گویه) و ارزیابی مجدد شناختی (۶ گویه) را می‌سنجد. آزمودنی به هر گویه در این پرسش‌نامه بر اساس مقیاس ۷ درجه‌ای لیکرت از کاملاً مخالفم تا کاملاً موافقم پاسخ می‌دهد. دامنه‌ی نمرات برای خرده مقیاس بازداری هیجان از ۴ تا ۲۸ و برای خرده مقیاس ارزیابی مجددشناختی، ۴ تا ۴۲ می‌باشد. ضریب همسانی درونی در خرده مقیاس ارزیابی مجددشناختی برای مردان ۰/۷۲ و برای زنان ۰/۷۹ به دست آمده است [۱۸]. سلیمانی و حبیبی در پژوهش خود، ضریب آلفای کرنباخ را برای خرده مقیاس‌های ارزیابی مجدد شناختی ۰/۷۱ و بازداری هیجانی ۰/۷۵ گزارش کردند [۱۹]. در پژوهش حاضر آلفای کرونباخ برای ارزیابی مجدد ۰/۷۰ و برای بازداری هیجانی ۰/۷۳ به دست آمد.

برای غربال دانش‌آموزان دارای اختلال بی‌نظمی خلق اخلالگر از مصاحبه تشخیصی بالینی بر اساس آخرین ویراست راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی استفاده شد [۲].

یافته‌ها

دامنه‌ی سنی شرکت‌کنندگان در پژوهش بین ۱۳ تا ۱۵ سال بود. میانگین سن آزمودنی‌ها و انحراف معیار آن در گروه آزمایش ۱/۱۵ ± ۱۴/۱۰ و در گروه شاهد ۱/۴۷ ± ۱۳/۶۳ بود. در جدول ۲ داده‌های توصیفی متغیرهای پژوهش آمده است.

در بخش آمار استنباطی، تحلیل اطلاعات جمع‌آوری شده از طریق آزمون تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر و آزمون تعقیبی Bonferroni صورت گرفت. نرمال بودن داده‌های پژوهش با استفاده از آزمون Kolmogorov-Smirnov انجام شد که برای مراحل پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری بزرگتر از ۰/۰۵ بود و داده‌ها از توزیع نرمال برخوردار بودند. از مفروضه‌های تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر آزمون‌های Box M، Levene و Mauchly بررسی شدند. عدم معنی‌داری آماره‌ی Box M نشان‌دهنده‌ی رعایت مفروضه‌ی همگنی ماتریس کواریانس متغیرهای پژوهش بود ($P > ۰/۰۵$). همچنین آزمون Levene برای هیچ کدام از متغیرها معنی‌دار نبود که نشان‌دهنده‌ی رعایت مفروضه‌ی همگنی واریانس‌ها می‌باشد ($P > ۰/۰۵$).

[Downloaded from psj.umsha.ac.ir on 2026-11-15]

[DOI: 10.61186/psj.21.1.32]

جدول ۲: میانگین و انحراف استاندارد تحریک‌پذیری و مؤلفه‌های تنظیم هیجان در گروه درمان دیالکتیک و گروه شاهد در پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری

متغیر	مرحله	پیش‌آزمون	پس‌آزمون	پیگیری
	گروه‌ها	میانگین ± انحراف استاندارد	میانگین ± انحراف استاندارد	میانگین ± انحراف استاندارد
ارزیابی مجدد	آزمایش	۲۴/۸۶ ± ۲/۱۳	۲۷/۳۳ ± ۱/۳۹	۲۶/۶۰ ± ۱/۹۵
	شاهد	۲۳/۹۳ ± ۱/۹۴	۲۴/۰۶ ± ۲/۷۶	۲۴/۵۳ ± ۲/۶۶
بازداری هیجانی	آزمایش	۱۹/۴۶ ± ۱/۷۶	۱۶/۲۰ ± ۱/۰۸	۱۶/۸۰ ± ۱/۳۲
	شاهد	۱۹/۷۳ ± ۱/۷۰	۱۹/۰۱ ± ۱/۸۱	۱۹/۱۳ ± ۱/۴۰
تحریک‌پذیری	آزمایش	۸/۳۳ ± ۱/۳۴	۵/۰۶ ± ۰/۸۸	۵/۲۰ ± ۰/۶۷
	شاهد	۸/۲۷ ± ۱/۰۴	۷/۶۶ ± ۱/۸۷	۷/۷۴ ± ۱/۳۸

نتایج آزمون Mauchly برای متغیر تحریک‌پذیری (P = ۰/۲۱ و MW = ۰/۸۹۳)، ارزیابی مجدد (P = ۰/۵۶ و MW = ۰/۹۵۸) و بازداری هیجانی (P = ۰/۲۷۷ و MW = ۰/۹۰۹) بود که در هر سه متغیر معنی‌دار نیست و شرط کرویت برقرار است. بر اساس نتایج جدول ۳، تعامل مراحل پژوهش با گروه برای متغیر تحریک‌پذیری ۰/۴۳، برای ارزیابی مجدد، ۰/۲۶ و برای متغیر بازداری هیجانی، ۰/۳۷ در سطح ۰/۰۰۱ معنی‌دار است. نتایج حاکی از این می‌باشد که بین گروه‌های پژوهش در هر یک از این متغیرها، تفاوت معنی‌دار وجود دارد (P < ۰/۰۵). در ادامه برای مقایسه‌ی زوجی میانگین‌های زمانی از آزمون Bonferroni استفاده شده است (جدول ۴).

با توجه به جدول ۴، تفاوت میانگین نمرات پیش‌آزمون با پس‌آزمون و پیگیری در متغیرهای تحریک‌پذیری، ارزیابی مجدد و بازداری هیجانی معنی‌دار است (P < ۰/۰۵). همچنین تفاوت میانگین نمرات پس‌آزمون و پیگیری مؤلفه‌ی تحریک‌پذیری، ارزیابی مجدد و تنظیم هیجان معنی‌دار نیست و نشان می‌دهد اثرات آموزشی در دوره‌ی پیگیری تداوم داشته است (P > ۰/۰۵).

بحث

هدف از پژوهش حاضر، اثربخشی درمان دیالکتیک بر تنظیم هیجان و کاهش تحریک‌پذیری دانش‌آموزان دارای اختلال بی‌نظمی خلق اخلالگر بود. نتایج بخشی از پژوهش نشان داد، آموزش رفتاردرمانی دیالکتیک به طور معنی‌داری باعث کاهش تحریک‌پذیری در دوره‌های زمانی پس‌آزمون و پیگیری شد. این یافته‌ی پژوهش با نتایج Perepletchikova و همکاران [۱۱]، Knopf [۱۲] و امامقلی‌پور و همکاران [۱۴] همسو می‌باشد. در تبیین این یافته می‌توان چنین بیان کرد، از آن‌جایی که تحریک‌پذیری مزمن، یک ویژگی اصلی در اختلال بی‌نظمی خلق اخلالگر است، رفتاردرمانی دیالکتیک به عنوان یک درمان پیش‌رو می‌تواند در کاهش این علایم در اختلال بی‌نظمی خلق اخلالگر مؤثر باشد [۱۰]. اثربخشی این درمان در طیف گسترده‌ای از اختلالات با تحریک‌پذیری دوره‌ای از جمله اختلال مرزی به اثبات رسیده [۲۰] و چندین پژوهش در اختلال بی‌نظمی خلق اخلالگر نیز امیدوارکننده بوده است. به عبارتی رفتاردرمانی دیالکتیکی با آموزش مدل‌های مقابله با هیجانات منفی یا آموزش تنظیم هیجانات، سعی در ایجاد رفتارهای هدفمند و مثبت در جهت تعاملات بین فردی دارد و این می‌تواند نقش مؤثری در کاهش تحریک‌پذیری افراد مبتلا به اختلال بی‌نظمی خلق اخلالگر داشته باشد [۱۱]. با توجه به اینکه اختلال بی‌نظمی خلق اخلالگر اخیراً در DSM-5 گنجانده شده، آزمایش‌های کنترل شده‌ی محدودی برای درمان این اختلال وجود دارد.

جدول ۳: نتایج تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر گروه‌های آزمایش، شاهد و پیگیری در مراحل پژوهش

متغیر	منبع	SS	df	MS	F	p	η^2
تحریک‌پذیری	زمان	۷۱/۰۷	۲	۳۵/۵۴	۲۱/۷۴	۰/۰۰۱	۰/۴۳
	زمان×گروه	۳۴/۶۹	۲	۱۷/۴۱	۱۰/۶۰	۰/۰۰۱	۰/۲۷
	خطا	۹۱/۵۵	۵۶	۱/۶۳			
ارزیابی مجدد	زمان	۵۰/۶۸	۲	۲۵/۳۴	۱۲/۵۴	۰/۰۰۱	۰/۲۶
	زمان×گروه	۲۴/۴۲	۲	۱۲/۲۱	۵/۰۲	۰/۰۰۱	۰/۱۳
	خطا	۱۳۸/۸۸	۵۶	۲/۴۸			
بازداری هیجان	زمان	۶۸/۰۲	۲	۳۴/۰۱	۱۶/۴۱	۰/۰۰۱	۰/۳۷
	زمان×گروه	۲۷/۲۶	۲	۱۳/۶۳	۶/۵۷	۰/۰۰۱	۰/۱۹
	خطا	۱۱۶/۰۴	۵۶	۲/۰۷			

[Downloaded from psj.umsha.ac.ir on 2026-11-15]

[DOI: 10.61186/psj.21.1.32]

جدول ۴: آزمون Bonferroni برای مقایسه‌ی زوجی میانگین‌های زمانی

مؤلفه	مراحل		تفاوت میانگین	خطای استاندارد	P
تحریک‌پذیری	پیش‌آزمون	پس‌آزمون	۲/۶۱	۰/۵۴	۰/۰۰۱
		پیگیری	۲/۴۶	۰/۴۱	۰/۰۰۱
ارزیابی مجدد	پیش‌آزمون	پس‌آزمون	۲/۹۷	۰/۸۱	۰/۰۰۱
		پیگیری	۱/۸۸	۰/۷۹	۰/۰۲
بازداری هیجانی	پیش‌آزمون	پس‌آزمون	۲/۸۶	۰/۵۸	۰/۰۰۱
		پیگیری	۲/۲۹	۰/۵۲	۰/۰۰۱
تحریک‌پذیری	پس‌آزمون	پیگیری	۱/۹۶	۰/۸۷	۰/۰۶
ارزیابی مجدد	پس‌آزمون	پیگیری	۰/۱۵	۱/۴۴	۰/۹۱
بازداری هیجانی	پس‌آزمون	پیگیری	۱/۷۱	۱/۹۲	۰/۰۸

تفاوت میانگین پس آزمون- پیگیری تحریک‌پذیری ۰/۱۴ و معناداری آن ۰/۰۹ می‌باشد.

از آن‌جایی که اختلال بی‌نظمی خلق اخلالگر با سایر اختلالات رفتاری مخرب دیگر از جمله نقص توجه/ بیش‌فعالی، نافرمانی مقابله‌ای و اختلال سلوک همایندی بالایی دارد، به نظر می‌رسد استفاده از رویکردهای رفتاری درمانی دیالکتیک که در این اختلالات نتایج مثبتی از آن‌ها حاصل شده و باعث کاهش رفتارهای برون‌ریزی گردیده است، در کنترل تحریک‌پذیری افراد دارای اختلال بی‌نظمی خلق اخلالگر مثمرثمر باشد. چنانچه پژوهش کنونی و پژوهش‌های انجام گرفته در این زمینه از جمله پژوهش Perepletchikova و همکاران [۱۱]، Knopf [۱۲] و امامقلی پور و همکاران [۱۴] همسو می‌باشند.

به طور کلی خلق اخلالگر، حاصل عدم ابراز هیجان‌ها به دلیل نارسایی در توانایی پردازش و نظم‌دهی هیجان‌ها و یا بازداری آگاهانه‌ی ابراز آن است. کودکان مبتلا به اختلال بی‌نظمی خلق اخلالگر به علت خلق بالا، بی‌نظمی در رفتار، همچنین همبودی با سایر اختلالات و مشکلات طولانی‌مدت در معرض خطر بیشتری هستند. از آن‌جایی که اختلال بی‌نظمی خلق اخلالگر با سایر اختلالات رفتاری مخرب دیگر از جمله اختلال نقص توجه/ بیش‌فعالی و نافرمانی مقابله‌ای همایندی بالایی دارد [۲۱] و استفاده از رویکردهای رفتاری درمانی دیالکتیک در این اختلالات نتایج مثبتی داشته است می‌توان به طور ضمنی کارآیی درمان دیالکتیک را در کاهش تحریک‌پذیری و خشم افراد دارای اختلال بی‌نظمی خلق اخلالگر مورد تأیید قرار داد.

نتایج بخش دیگر پژوهش نشان داد، آموزش رفتاردرمانی دیالکتیک به طور معنی‌داری باعث افزایش تنظیم هیجان در دوره‌های زمانی پس‌آزمون و پیگیری شد. این یافته پژوهش با نتایج Gatzke-Kopp و همکاران [۲۲]، Woltering و همکاران [۷] و Deveney و همکاران [۲۳] همسو بود. در تبیین این یافته‌ی پژوهش می‌توان چنین بیان کرد که مدیریت اختلال بی‌نظمی خلق اخلالگر باید متمرکز بر کمک به کودکان و نوجوانان در جهت بهبود بی‌نظمی هیجانی آن‌ها باشد. طغیان شدید خشم که بیانگر تنظیم ضعیف پاسخ‌های عاطفی منفی است بیانگر شکل شدیدتری از تحریک‌پذیری در کودکان دارای اختلال بی‌نظمی خلق اخلالگر است [۶]. تا جایی که با بررسی کودکان خردسالی که سطوح بالایی از پرخاشگری یا رفتار اخلال‌گر از خود بروز می‌دهند می‌توان دریافت که نوعی ارتباط بین واکنش‌پذیری بیشتر به خشم و ارزیابی منفی مهارت‌های تنظیم هیجان وجود دارد [۲۲]. برای مثال کودکانی که تحریک‌پذیری بالایی دارند، هنگام تحریک عاطفی دچار نقص عملکرد شناختی می‌شوند [۷].

از آن‌جایی که رفتار درمانی دیالکتیکی یک درمان مؤثر برای تعداد زیادی از اختلالات روانی است. کاربرد گسترده‌ی این روش در گستره‌ای از اختلالات بدین سبب صورت می‌گیرد که این روش درمانی نقص در تنظیم هیجانات را که ویژگی طیف بزرگی از اختلالات می‌باشد را هدف قرار می‌دهد [۲۴]. نقایص کارکردی و شناختی موجود در اختلال بی‌نظمی خلق اخلالگر شامل عملکرد ناموفق در تعاملات اجتماعی، پرخاشگری، خشونت، احساس شرمندگی و گناه، در نتیجه‌ی تنظیم ناکافی پاسخ‌های هیجانی ایجاد می‌شود. از همین‌رو آموزش مهارت تنظیم خلق منفی از طریق درمان دیالکتیک که شامل شناسایی و پذیرش افکار و احساسات منفی است زمینه را برای باز ارزیابی مثبت در افراد فراهم آورده و به هیجانات فرد نظم می‌بخشد. در همین راستا درمان دیالکتیک با یادگیری اصول و مهارت‌هایی مانند فکر کردن، مهارت‌های بین فردی، مهارت تنظیم هیجان برای افزایش هیجانات مثبت و غیره به تقویت تعاملات مثبت نوجوانان با والدین و اطرافیانش می‌پردازد و از تحریک‌پذیری و هیجانات منفی آن‌ها می‌کاهد [۲۵].

به طور کلی دشواری در تنظیم هیجان افراد دارای اختلال بی‌نظمی خلق اخلالگر چنان گسترده است که کل گستره‌ی زندگی آن‌ها از توجه تا ارتباطات چهره‌ای را فراگرفته و در ارتباطات بین فردی باعث ایجاد مشکل می‌شود. رفتاردرمانی دیالکتیک با آموزش مهارت‌های مبتنی بر عمل، مبتلایان را در

[Downloaded from psj.umsha.ac.ir on 2026-11-15]

[DOI: 10.61186/psj.21.1.32]

انتخاب بهترین پاسخ در موارد بحرانی و بررسی موارد متعدد و به تأخیر انداختن پاسخ‌های تکانه‌ای رهنمود کرده و از تحریک‌پذیری آن‌ها می‌کاهد. به عبارتی دیگر، فرد در برخورد با مشکلات متعدد خلاق‌تر شده و قبل از عمل، همه‌ی جوانب امر را بررسی می‌کند تا بهترین پاسخ را ارایه دهد.

از جمله محدودیت‌های پژوهش حاضر، فقر منابع مطالعاتی در مورد درمان اختلال بی‌نظمی خلقی اخلالگر بود که تبیین یافته‌های پژوهش را با مشکل مواجه می‌ساخت که در پژوهش‌های آتی باید اثربخشی درمان‌های مختلف بر روی اختلال بررسی گردد. همچنین پژوهش حاضر مختص دانش‌آموزان پسر مقطع متوسطه‌ی اول بود بنابراین پیشنهاد می‌شود در پژوهش‌های آتی مطالعات مشابهی در جامعه‌ی هدف اختلال به ویژه دانش‌آموزان دختر و پسر مقطع ابتدایی صورت گیرد و نتایج مورد مقایسه قرار بگیرد.

نتیجه‌گیری

اگرچه پژوهش در زمینه‌ی درمان اختلال بی‌نظمی خلق اخلالگر طیفی از روش‌های درمانی را در اختیار گذاشته، اغلب این درمان‌ها شامل مطالعات مقدماتی یا کارآزمایی‌هایی است که مستلزم بررسی بیشتر می‌باشد. نتایج پژوهش حاضر نشان داد، رفتاردرمانی دیالکتیک می‌تواند باعث افزایش شناخت مبتلایان به اختلال بی‌نظمی خلق اخلالگر از مشکلات خود شده و درک صحیح‌تری در برخورد با مشکلات بویژه در حوزه‌ی بین‌فردی کسب کنند. این امر باعث تسهیل در تنظیم هیجانات آن‌ها شده و به تبع آن تحریک‌پذیری آن‌ها را کاهش می‌دهد. بنابراین در حوزه‌ی درمان اختلال بی‌نظمی خلق اخلالگر، رفتاردرمانی دیالکتیک می‌تواند به عنوان بخشی از برنامه‌ی درمان اجرا شود.

تشکر و قدردانی

از تمامی اولیاء و دانش‌آموزانی که در به ثمر نشستن این پژوهش با نویسندگان پژوهش همکاری داشتند نهایت تشکر و قدردانی می‌شود. این مقاله برگرفته از رساله‌ی دکتری نویسنده‌ی اول به شماره‌ی ۲۴۴۱۸ /۹۹/د/۲۰ و کد اخلاق (IR.UMA.REC.1400.068) از دانشگاه محقق اردبیلی می‌باشد.

تضاد منافع

هیچ‌گونه تعارض منافعی بین نویسندگان وجود ندارد.

ملاحظات اخلاقی

در این پژوهش رضایت اولیای دانش‌آموزان از طریق رضایت کتبی جلب و در مورد اصل محرمانگی اطلاعات به آن‌ها اطمینان داده شد.

حمایت مالی

این پژوهش دارای حامی مالی نمی‌باشد.

REFERENCES

1. Findling RL, Zhou X, George P, Chappell PB. Diagnostic trends and prescription patterns in disruptive mood dysregulation disorder and bipolar disorder. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry. 2022,61(3):434-45. [DOI: 10.1016/j.jaac.2021.05.016] [PMID]
2. American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders. 5th ed. Washington, DC: American Psychiatric Association; 2013.
3. Chase D, Harvey PD, Pogge DL. Disruptive mood dysregulation disorder (DMDD) in psychiatric inpatient child admissions: Prevalence among consecutive admissions and in children receiving NOS diagnoses. Neurol Psychiatry Brain Res. 2020;38:102-6. [DOI: 10.1016/j.npbr.2020.11.001]
4. Lin YJ, Tseng WL, Gau SS. Psychiatric comorbidity and social adjustment difficulties in children with disruptive mood dysregulation disorder: A national epidemiological study. J Affect Disord. 2021;281:485-92. [DOI: 10.1016/j.jad.2020.12.039] [PMID]
5. Laporte PP, Matijasevich A, Munhoz TN, Santos IS, Barros AJ, Pine DS, et al. Disruptive Mood Dysregulation Disorder: symptomatic and syndromic thresholds and diagnostic operationalization. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry. 2021;60(2):286-95. [DOI: 10.1016/j.jaac.2019.12.008] [PMID]
6. Leibenluft E. Severe mood dysregulation, irritability, and the diagnostic boundaries of bipolar disorder in youths. Am J Psychiatry. 2011;168(2):129-42. [DOI: 10.1176/appi.ajp.2010.10050766] [PMID]
7. Woltering S, Lishak V, Hodgson N, Granic I, Zelazo PD. Executive function in children with externalizing and comorbid internalizing behavior problems. J Child Psychol Psychiatry. 2016;57(1):30-8. [DOI: 10.1111/jcpp.12428] [PMID]
8. Leibenluft E. Irritability in children: what we know and what we need to learn. World Psychiatry. 2017;16(1):100-1. [DOI: 10.1002/wps.20397] [PMID]
9. Mehlum L, Tørmoen AJ, Ramberg M, Haga E, Diep LM, Laberg S, et al. Dialectical behavior therapy for adolescents with repeated suicidal and self-harming behavior: a randomized trial. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry. 2014;53(10):1082-91. [DOI: 10.1016/j.jaac.2014.07.003] [PMID]
10. Benarous X, Consoli A, Guilé JM, de La Rivière SG, Cohen D, Olliac B. Evidence-based treatments for youths with severely dysregulated mood: a qualitative systematic review of trials for SMD and DMDD. Eur Child Adolesc Psychiatry. 2017;26(1):5-23. [DOI: 10.1007/s00787-016-0907-5] [PMID]
11. Perepletchikova F, Nathanson D, Axelrod SR, Merrill C, Walker A, Grossman M, et al. Randomized clinical trial of dialectical behavior therapy for preadolescent children with disruptive mood dysregulation disorder: Feasibility and outcomes. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry. 2017;56(10):832-40. [DOI: 10.1016/j.jaac.2017.07.789] [PMID]
12. Knopf A. DBT found effective for children with DMDD. CABL. 2017;33(11):3-4. [DOI: 10.1002/cbl.30253]
13. Cohen J. Statistical power analysis for the behavioral sciences. Hillsdale, NJ: Lawrence Earlbaum Associates; 1988.
14. Imam Gholipour S, Zamani S, Jahangiri AH, Imani S, Zamani N. The effectiveness of impulse control and dialectical behavior therapy training on impulsivity, Lack of motor and cognitive planning in adolescent girls with disruptive mood dysregulation disorder [in Persian].

[Downloaded from psj.umsha.ac.ir on 2026-11-15]

[DOI: 10.61186/psj.21.1.32]

Thought & Behav Clin Psychol. 2015;10(35):7-16.
15. Stringaris A, Goodman R, Ferdinando S, Razdan V, Muhrer E, Leibenluft E, et al. The Affective Reactivity Index: a concise irritability scale for clinical and research settings. J Child Psychol Psychiatry. 2012;53(11):1109-17. [DOI: 10.1111/j.1469-7610.2012.02561.x] [PMID]
16. Ghahari S. Dialectical behaviour theapy [in Persian]. Tehran, Iran: Danzhe; 2018.
17. Sheybani H, Mikaeili N, Narimani M. The effectiveness of cognitive-behavioral therapy and emotion regulation training on irritability, depression, anxiety, and emotion regulation in adolescents with disruptive mood dysregulation disorder [in Persian]. J Clin Psychol. 2020;12(2):41-50. [DOI: 10.22075/jcp.2020.19250.1778]
18. Gross JJ, John OP. Individual differences in two emotion regulation processes: implications for affect, relationships, and well-being. J Pers Soc Psychol. 2003;85(2):348-62. [DOI: 10.1037/0022-3514.85.2.348] [PMID]
19. Soleimani E, Habibi Y. The relationship between emotion regulation and resiliency with psychological well-being in students [in Persian]. JSP. 2015;3(4):51-72.
20. Ward-Ciesielski EF, Limowski AR, Krychiw JK. History and overview of dialectical behavior therapy. In: Bedics J, editor. The hand book of dialectical behavior therapy. Amsterdam, Netherlands: Elsevier Science; 2020.
21. Derella OJ, Johnston OG, Loeber R, Burke JD. CBT-enhanced emotion regulation as a mechanism of improvement for childhood irritability. J Clin Child Adolesc Psychol. 2019;48(Suppl 1):S146-54. [DOI: 10.1080/15374416.2016.1270832] [PMID]
22. Gatzke-Kopp LM, Greenberg M, Bierman K. Children's parasympathetic reactivity to specific emotions moderates response to intervention for early-onset aggression. J Clin Child Adolesc Psychol. 2015;44(2):291-304. [DOI: 10.1080/15374416.2013.862801] [PMID]
23. Deveney CM, Connolly ME, Haring CT, Bones BL, Reynolds RC, Kim P, et al. Neural mechanisms of frustration in chronically irritable children. Am J Psychiatry. 2013;170(10):1186-94. [DOI: 10.1176/appi.ajp.2013.12070917] [PMID]
24. Zalewski M, Lewis JK, Martin CG. Identifying novel applications of dialectical behavior therapy: considering emotion regulation and parenting. Curr Opin Psychol. 2018;21:122-6. [DOI: 10.1016/j.copsyc.2018.02.013] [PMID]
25. Rathus J, Campbell B, Miller A, Smith H. Treatment acceptability study of walking the middle path, a new DBT skills module for adolescents and their families. Am J Psychother. 2015;69(2):163-78. [DOI: 10.1176/appi.psychotherapy.2015.69.2.163] [PMID]

[Downloaded from psj.umsha.ac.ir on 2026-11-15]

[DOI: 10.61186/psj.21.1.32]