

Original Article

## The Effectiveness of Group Dialectical Behavior Therapy on Anxiety, Aggression, and Social Competence in Children with Disruptive Mood Dysregulation Disorder: A Quasi-Experimental Study

Farzaneh Habashi Varnosfaderani<sup>1</sup>, MSc; Parisa Rahimi Niyar<sup>2</sup>, PhD candidate; Azam Nasirpour<sup>3</sup>, MSc; Farzin Bagheri Sheykhangafshe<sup>4\*</sup>, PhD; Hojjatollah Farahani<sup>4</sup>, PhD

<sup>1</sup>Department of General Psychology, Payame Noor University, Nowshahr Branch, Nowshahr, Iran

<sup>2</sup>Department of Health Psychology, Faculty of Medical Sciences, Islamic Azad University, Gorgan Branch, Golestan, Iran

<sup>3</sup>Department of Clinical Psychology, Islamic Azad University, Ardabil Branch, Ardabil, Iran

<sup>4</sup>Department of Psychology, Faculty of Humanities, Tarbiat Modares University, Tehran, Iran

### Article Information

#### Article History:

Received: March 24, 2025

Accepted: June 02, 2025

#### \*Corresponding Author:

Farzin Bagheri Sheykhangafshe, PhD;  
Department of Psychology, Faculty  
of Humanities, Tarbiat Modares  
University, Tehran, Iran  
Email: farzinbagheri@modares.ac.ir

### Abstract

**Introduction:** Disruptive mood dysregulation disorder (DMDD) is one of the common psychiatric disorders in children, significantly impacting their behavior, anxiety levels, and social interactions. This study aimed to examine the effectiveness of group dialectical behavior therapy (DBT) in reducing anxiety and aggression and enhancing social competence in children diagnosed with DMDD.

**Methods:** The present research employed a quasi-experimental pretest-posttest design with a control group. The statistical population consisted of male children diagnosed with DMDD in the year 2024. A total of 36 boys were randomly assigned to either an experimental group (n=18) or a control group (n=18). Data collection instruments included the disruptive mood dysregulation disorder scale (DMDDS), the children's anxiety scale (CAS), the Buss-Perry aggression questionnaire (BPAQ), and the social competence questionnaire (SCQ). The experimental group received eight 90-minute sessions of group DBT, while the control group received no intervention. Data were analyzed using multivariate analysis of covariance (MANCOVA) via SPSS software (version 27).

**Results:** The findings indicated that group DBT significantly reduced anxiety symptoms—including separation anxiety, social phobia, generalized anxiety, agoraphobia, obsessive-compulsive symptoms, and fear of physical injury—as well as aggression—physical aggression, verbal aggression, hostility, and anger—while significantly improving social competence among children with DMDD (P<0.01).

**Conclusion:** The results demonstrated that group DBT was an evidence-based, effective intervention for reducing anxiety and aggression and for enhancing social competence in children with DMDD. It is recommended that this approach be incorporated into specialized therapeutic programs, and further research is suggested to explore its broader applications.

**Keywords:** Dialectical Behavior Therapy; Anxiety; Aggression; Social Skills; Mood Disorders

### Please cite this article as:

Habashi Varnosfaderani F, Rahimi Niyar P, Nasirpour A, Bagheri Sheykhangafshe F, Farahani H. The Effectiveness of Group Dialectical Behavior Therapy on Anxiety, Aggression, and Social Competence in Children with Disruptive Mood Dysregulation Disorder: A Quasi-Experimental Study. *Sadra Med. Sci. J.* 2026; 14(1): 121-134. doi: 10.30476/smsj.2026.106459.1617.



## مقاله پژوهشی

## اثربخشی رفتاردرمانی دیالکتیکی گروهی بر اضطراب، پرخاشگری و شایستگی اجتماعی کودکان دارای اختلال بی‌نظمی خلق اخلاص‌گرن: یک مطالعه نیمه تجربی

فرزانه حبشی ورنوسفادرائی<sup>۱</sup>، پرینا رحیمی نیار<sup>۲</sup>، اعظم نصیریپور<sup>۳</sup>، فرزین باقری شیخانگفشه<sup>۴\*</sup>، حجت‌اله فراهانی<sup>۴</sup>

<sup>۱</sup>گروه روان‌شناسی عمومی، دانشگاه پیام نور، واحد نوشهر، نوشهر، ایران  
<sup>۲</sup>گروه روانشناسی سلامت، دانشکده علوم پزشکی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد گرگان، گلستان، ایران  
<sup>۳</sup>گروه روان‌شناسی بالینی، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد اردبیل، اردبیل، ایران  
<sup>۴</sup>گروه تخصصی روان‌شناسی، دانشکده علوم انسانی، دانشگاه تربیت مدرس، تهران، ایران

## چکیده

## اطلاعات مقاله

## تاریخچه مقاله:

تاریخ دریافت: ۱۴۰۴/۰۱/۰۴

تاریخ پذیرش: ۱۴۰۴/۰۲/۱۲

## نویسنده مسئول:

فرزین باقری شیخانگفشه،

گروه تخصصی روان‌شناسی، دانشکده علوم انسانی، دانشگاه

تربیت مدرس، تهران، ایران

پست الکترونیکی: farzinbagheri73@gmail.com

com

**مقدمه:** اختلال بی‌نظمی خلق اخلاص‌گر، یکی از اختلالات روانی شایع در کودکان است که می‌تواند تأثیرات منفی بر رفتار، اضطراب و تعاملات اجتماعی آنان بگذارد. در این پژوهش، اثربخشی رفتاردرمانی دیالکتیکی گروهی در اضطراب، پرخاشگری و شایستگی اجتماعی در کودکان مبتلا به این اختلال مورد بررسی قرار گرفته است.

**مواد و روش‌ها:** روش پژوهش حاضر نیمه‌آزمایشی و طرح آن به صورت پیش‌آزمون پس‌آزمون با گروه کنترل بود. جامعه آماری پژوهش شامل کودکان دارای اختلال بی‌نظمی خلق اخلاص‌گر در سال ۱۴۰۳ بود. ۳۶ کودک پسر به صورت تصادفی در گروه آزمایش (۱۸ نفر) و گروه کنترل (۱۸ نفر) جای‌دهی شدند. ابزار گردآوری شامل پرسشنامه‌های اختلال کژتنظیمی خلقی ایذایی (DMDDS)<sup>۱</sup>، اضطراب کودکان (CAS)<sup>۲</sup>، پرخاشگری (BPAQ)<sup>۳</sup> و شایستگی اجتماعی (SCQ)<sup>۴</sup> بود. گروه آزمایش ۸ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای رفتاردرمانی دیالکتیکی را دریافت کردند ولی گروه کنترل هیچ مداخله‌ای دریافت نکردند. داده‌ها با استفاده از تحلیل کوواریانس چندمتغیره توسط نرم افزار SPSS نسخه ۲۷ تحلیل شدند.

**یافته‌ها:** نتایج به‌دست آمده نشان داد رفتاردرمانی دیالکتیکی گروهی به طور معناداری باعث کاهش اضطراب (اضطراب جدایی، ترس اجتماعی، اضطراب فراگیر، ترس از فضای باز، وسواس فکری عملی، ترس از آسیب فیزیکی)، پرخاشگری (پرخاشگری جسمانی، پرخاشگری کلامی، خصومت، خشم) و افزایش شایستگی اجتماعی در کودکان دارای اختلال بی‌نظمی خلق اخلاص‌گر شده است ( $P < 0/01$ ).

**نتیجه‌گیری:** یافته‌های پژوهش نشان داد رفتاردرمانی دیالکتیکی گروهی به‌طور معناداری اضطراب و پرخاشگری را کاهش و شایستگی اجتماعی را در کودکان مبتلا به اختلال بی‌نظمی خلق اخلاص‌گر افزایش می‌دهد. این نتایج مؤید کارآمدی این مداخله به‌عنوان رویکردی مبتنی بر شواهد در بهبود نشانگان روانی-اجتماعی است. پیشنهاد می‌شود این رویکرد در مداخلات درمانی تخصصی مورد استفاده و بررسی‌های بیشتر قرار گیرد.

**کلمات کلیدی:** رفتاردرمانی دیالکتیکی؛ اضطراب؛ پرخاشگری؛ مهارت‌های اجتماعی؛ اختلالات خلقی

1. Disruptive mood dysregulation disorder
2. Children's anxiety scale
3. Buss-Perry aggression questionnaire
4. Social competence questionnaire

لطفاً این مقاله را به این صورت استناد کنید:

حبشی ورنوسفادرائی ف، رحیمی نیار پ، نصیریپور ا، باقری شیخانگفشه ف، فراهانی ح. اثربخشی رفتاردرمانی دیالکتیکی گروهی بر اضطراب، پرخاشگری و شایستگی اجتماعی کودکان دارای اختلال بی‌نظمی خلق اخلاص‌گرن: یک مطالعه نیمه تجربی. مجله علوم پزشکی سدراس. دوره ۱۴، شماره ۱، بهار ۱۴۰۵، ۱۲۱-۱۳۴.

می‌تواند چرخه‌ی معیوبی ایجاد کند که در آن کودک به دلیل نگرانی از واکنش‌های نامناسب خود، دچار استرس شود و همین استرس احتمال بروز رفتارهای پرخاشگرانه<sup>۶</sup> را افزایش می‌دهد (۱۰).

پرخاشگری یکی از نشانه‌های اصلی اختلال بی‌نظمی خلق اخلاص‌گر است و در دو شکل کلامی (مانند فریاد زدن و توهین) و فیزیکی (مانند ضربه زدن و تخریب وسایل) بروز می‌یابد (۱۱). این کودک به دلیل ناتوانی در مدیریت احساسات، اغلب واکنش‌های شدید و آنی نسبت به ناکامی‌ها، محدودیت‌ها و حتی تعاملات عادی روزمره نشان می‌دهند (۱۲). طغیان‌های خشم آنها معمولاً خارج از کنترل است و می‌تواند روابط خانوادگی و اجتماعی‌شان را به شدت تحت تأثیر قرار دهد. علاوه بر این، پرخاشگری در این کودکان ممکن است پاسخی به اضطراب نهفته باشد (۱۳). هنگامی که کودک احساس نامنی یا استرس شدیدی دارد، اما ابزارهای مناسبی برای ابراز هیجانات خود در اختیار ندارد، پرخاشگری به‌عنوان یک واکنش دفاعی ظاهر می‌شود (۱۴). این رفتارهای پرخاشگرانه باعث افزایش تنش در محیط اطراف کودک می‌شود و ممکن است منجر به طرد اجتماعی از سوی همسالان و تنبیه از سوی والدین و معلمان شود (۱۵).

اختلال بی‌نظمی خلق اخلاص‌گر به‌طور مستقیم با کاهش شایستگی اجتماعی<sup>۷</sup> در کودکان مرتبط است؛ شایستگی اجتماعی، که شامل توانایی برقراری روابط بین‌فردی مؤثر، حل تعارض‌ها و تنظیم هیجانات در تعاملات اجتماعی می‌شود، در کودکان مبتلا به این اختلال به‌طور معناداری مختل می‌شود (۱۶). شواهد پژوهشی نشان می‌دهد این کودکان به دلیل نقص در درک نشانه‌های هیجانی و ناتوانی در پاسخ‌دهی مناسب به موقعیت‌های اجتماعی، دچار ضعف در کیفیت تعاملات با همسالان و بزرگسالان می‌شوند (۱۷). از آنجایی که آنها اغلب رفتارهای تکانشی و پرخاشگرانه نشان می‌دهند، دیگران ممکن است از برقراری ارتباط با آنها اجتناب کنند که این موضوع باعث افزایش احساس انزوا و کاهش مهارت‌های اجتماعی آنها می‌شود (۱۸). همچنین، کاهش شایستگی اجتماعی می‌تواند چرخه‌ی منفی دیگری ایجاد کند که در آن کودک به دلیل عدم پذیرش اجتماعی، دچار ناامیدی و اضطراب بیشتری می‌شود و این احساسات منفی به پرخاشگری بیشتر دامن می‌زند (۱۹). مداخلات آموزشی و روان‌درمانی که به این کودکان مهارت‌های اجتماعی، همدلی و کنترل هیجانات را آموزش می‌دهند، می‌توانند به بهبود

اختلال بی‌نظمی خلق اخلاص‌گر<sup>۱</sup> نوعی اختلال روان‌شناختی است که در کودکان و نوجوانان با تحریک‌پذیری شدید، طغیان‌های خشم غیرقابل کنترل و ناتوانی در تنظیم هیجانات بروز می‌یابد (۱). این کودکان معمولاً در بیشتر روزها بدخلق و تحریک‌پذیر هستند و واکنش‌هایشان به ناکامی‌ها یا محرک‌های روزمره بسیار شدیدتر از حد انتظار است (۲). طغیان‌های عصبی<sup>۲</sup> آنها که به‌صورت کج‌خلقی یا پرخاشگری شدید ظاهر می‌شود، معمولاً مکرر بوده و بیش از حد طبیعی برای سنشان طول می‌کشد (۳). این اختلال در کودکان بالای شش سال تشخیص داده می‌شود و معمولاً نشانه‌های آن تا قبل از سن ده سالگی آشکار می‌شود (۱). کودکانی که به این اختلال مبتلا هستند، در محیط‌های اجتماعی، مدرسه و خانه دچار چالش‌های جدی می‌شوند و اغلب در ایجاد و حفظ روابط مثبت با دیگران مشکل دارند (۴). پیامدهای روان‌شناختی این وضعیت می‌تواند شامل افزایش خطر ابتلا به اضطراب، افسردگی و کاهش اعتمادبه‌نفس باشد (۵). پژوهش لین<sup>۳</sup> و همکاران (۲) شیوع اختلال بی‌نظمی خلق اخلاص‌گر در کودکان تایوانی ۰/۳ تا ۰/۶ درصد بود. کودکان مبتلا به این اختلال، مشکلات بیشتری در تعاملات اجتماعی، عملکرد تحصیلی و تعاملات والد-فرزند نسبت به کودکان بدون این اختلال داشتند.

کودکان مبتلا به اختلال بی‌نظمی خلق اخلاص‌گر اغلب سطح بالایی از اضطراب<sup>۴</sup> را تجربه می‌کنند، زیرا ناتوانی آنها در تنظیم هیجانات منجر به احساس ناپایداری درونی<sup>۵</sup> و ترس از واکنش‌های خودشان می‌شود (۶). این کودکان ممکن است نگرانی زیادی درباره‌ی تعاملات اجتماعی، انتظارات مدرسه یا موقعیت‌هایی که نیاز به کنترل هیجانی دارند، داشته باشند (۷). تجربه‌ی مکرر طغیان‌های هیجانی و پیامدهای منفی آن، مانند سرزنش از سوی والدین یا معلمان و مشکلات ارتباطی با همسالان، باعث تشدید اضطراب در آنها می‌شود (۸). علاوه بر این، کودکان دارای این اختلال ممکن است نسبت به محرک‌های محیطی حساس‌تر باشند و در موقعیت‌هایی که برای دیگران استرس‌زا نیستند، اضطراب شدیدی را تجربه کنند (۹). این اضطراب

1. Disruptive Mood Dysregulation Disorder

2. Neurotic Outbursts

3. Lin

4. Anxiety

5. Feeling of internal instability

6. Aggressive behaviors

7. Social competence

شایستگی اجتماعی‌شان کاهش پیدا می‌کند، که در نهایت باعث افت عملکرد تحصیلی و روابط بین‌فردی نامناسب می‌شود (۵). با توجه به اینکه رفتاردرمانی دیالکتیکی گروهی یکی از روش‌های نوین و مؤثر در آموزش مهارت‌های تنظیم هیجانی و تقویت تعاملات اجتماعی است، انجام پژوهشی که اثربخشی این روش را بر اضطراب، پرخاشگری و شایستگی اجتماعی کودکان مبتلا به این اختلال بررسی کند، از اهمیت زیادی برخوردار است (۸). این پژوهش می‌تواند به غنی‌سازی مداخلات درمانی موجود کمک کند و راهکارهای علمی و عملی مؤثری را برای بهبود کیفیت زندگی این کودکان و خانواده‌های آنها ارائه دهد.

### مواد و روش‌ها

روش پژوهش حاضر، نیمه‌تجربی و طرح آن از نوع پیش‌آزمون- پس‌آزمون با گروه گواه بود. متغیر مستقل در این پژوهش رفتاردرمانی دیالکتیکی گروهی و متغیرهای وابسته اضطراب، پرخاشگری، و شایستگی اجتماعی بود.

### جامعه‌آماری

جامعه آماری پژوهش حاضر شامل کودکان پسر دارای اختلال بی‌نظمی خلق اختلال گر استان اردبیل به همراه مادرانشان در سال ۱۴۰۳ بود که در توسط متخصص کودک تشخیص اختلال بی‌نظمی خلق اختلال گر دریافت کرده بودند. از بین این افراد شرکتکنندگان بر اساس معیارهای ورود انتخاب شدند.

### معیارهای ورود و خروج

معیارهای ورود به مطالعه شامل کسب نمره برش در مقیاس اختلال کژتنظیمی خلقی ایذایی، رضایت آگاهانه والدین و کودک، دامنه سنی ۹ تا ۱۱ سال، عدم ابتلا به بیماری جدی، عدم استفاده از داروهای روانپزشکی (خوداظهاری مادر) بود. همچنین معیارهای خروج از مطالعه نظیر مراجعه به درمانگر (تحت درمان روانشناسی)، وخیم شدن شدت اختلال و غیبت بیش از دو جلسه در جلسات درمانی بودند.

### حجم نمونه و روش نمونه‌گیری

پس از توزیع مقیاس اختلال کژتنظیمی خلقی ایذایی و مصاحبه بالینی (۲۹)، از بین بیمارانی که

تعاملات آنها و کاهش شدت علائم این اختلال کمک کنند (۲۰).

رفتاردرمانی دیالکتیکی گروهی<sup>۸</sup> یکی از مداخلات مؤثر برای مدیریت علائم اختلال بی‌نظمی خلق اختلال گر در کودکان است (۲۱). این روش درمانی، که ترکیبی از اصول شناختی-رفتاری و رویکردهای مبتنی بر پذیرش و تغییر است، به کودکان کمک می‌کند تا هیجانات خود را بهتر درک و کنترل کنند (۱۲). در این درمان، مهارت‌هایی مانند تحمل پریشانی، تنظیم هیجانی، ذهن‌آگاهی و ارتباطات بین فردی به کودکان آموزش داده می‌شود (۲۲). جلسات گروهی فرصت‌هایی را برای تمرین این مهارت‌ها در محیطی کنترل‌شده و حمایتی فراهم می‌کنند، که به کودکان امکان می‌دهد در موقعیت‌های اجتماعی واقعی نیز از این تکنیک‌ها استفاده کنند (۸). این فرآیند، نه تنها به کاهش طغیان‌های هیجانی و پرخاشگری کمک می‌کند، بلکه میزان اضطراب و احساس ناکامی را نیز کاهش داده و موجب بهبود روابط اجتماعی آنها می‌شود (۲۳). یکی از مزایای کلیدی رفتاردرمانی دیالکتیکی گروهی این است که کودکان در کنار همسالان خود، که مشکلات مشابهی دارند، احساس درک و حمایت بیشتری را تجربه می‌کنند (۲۴). این فضا به آنها کمک می‌کند تا متوجه شوند که در چالش‌هایشان تنها نیستند و می‌توانند از راهکارهایی که دیگران استفاده می‌کنند، الگو بگیرند (۲۵). علاوه بر این، آموزش مهارت‌های خودتنظیمی در یک محیط گروهی به کودکان کمک می‌کند تا این مهارت‌ها را در موقعیت‌های اجتماعی تمرین کرده و بازخوردهای فوری دریافت کنند (۲۶). مطالعات نشان داده‌اند که این رویکرد درمانی می‌تواند منجر به کاهش رفتارهای پرخاشگرانه، افزایش توانایی مدیریت استرس و بهبود شایستگی اجتماعی در کودکان مبتلا به این اختلال شود (۲۷). در نهایت، رفتاردرمانی دیالکتیکی گروهی نه تنها به خود کودکان، بلکه به خانواده‌های آنها نیز کمک می‌کند تا راه‌های مؤثرتری برای تعامل و مدیریت رفتارهای چالش‌برانگیز فرزندان خود بیاموزند (۲۸).

اختلال بی‌نظمی خلق اختلال گر از جمله مشکلات روان‌شناختی است که با طغیان‌های هیجانی شدید، پرخاشگری و ناتوانی در تنظیم احساسات همراه است و می‌تواند تأثیرات منفی گسترده‌ای بر سلامت روانی و اجتماعی کودکان بگذارد (۳). از آنجا که این کودکان معمولاً در مدیریت هیجانات خود با چالش مواجه هستند، اضطراب و پرخاشگری آنها افزایش می‌یابد و

8. Dialectical Behavior Therapy

نشانه‌های اختلال بی‌نظمی خلق اخلاص گر را داشتند، ۳۶ کودک انتخاب، و به صورت تصادفی (قرعه‌کشی) در گروه آزمایش (۱۸ نفر) و گروه گواه (۱۸ نفر) تقسیم شدند. حجم نمونه بر اساس نتایج نرم افزار G\*Power (۳۰) و در نظر گرفتن نکات مطرح شده برای حجم نمونه در تحلیل کواریانس تعیین شد.

### ابزار گردآوری داده‌ها

**الف- مقیاس اختلال کژتنظیمی خلقی ایدایی- فرم والد (DMDDS):**<sup>۹</sup> در این پژوهش برای غربالگری کودکان مبتلا به اختلال بی‌نظمی خلق اخلاص گر، از مصاحبه بالینی توسط روانشناس بالینی و این مقیاس استفاده شد. این ابزار که توسط شاه‌محمدی قهساره و همکاران (۲۹) طراحی شده، به والدین ارائه می‌شود تا کودکان دارای این اختلال را از سایر اختلالات مشابه متمایز کند. مقیاس شامل ۲۶ گویه با طیف ۵ درجه‌ای (از «هرگز» = ۱ تا «همیشه» = ۵) است و دامنه نمرات آن بین ۲۶ تا ۱۳۰ قرار دارد، به گونه‌ای که نمره بالاتر نشان‌دهنده شدت بیشتر اختلال است. روایی و اعتبار این پرسشنامه مورد تأیید قرار گرفته و شاخص‌های روایی محتوایی، صوری و سازه‌ای آن مناسب ارزیابی این اختلال در کودکان ۶ تا ۱۲ سال تشخیص داده شده است. شاخص‌های روایی محتوایی نسبت روایی محتوا<sup>۱۰</sup> و شاخص روایی محتوا<sup>۱۱</sup> هر دو در این مطالعه در سطح مطلوب ۰/۸۷ و ۰/۸۲ ارزیابی شدند. علاوه بر این، ضریب آلفای کرونباخ برای کل مقیاس به منظور سنجش پایایی ابزار، مقدار ۰/۸۸ گزارش گردید که نشان‌دهنده اعتبار داخلی بالا و قابل قبول مقیاس است.

**ب- مقیاس اضطراب کودکان (CAS):**<sup>۱۲</sup> این پرسشنامه توسط اسپنس<sup>۱۳</sup> (۳۱) برای ارزیابی نشانه‌های اضطراب کودکان در جمعیت عمومی ساخته شد. این پرسشنامه شامل ۳۸ سؤال و دارای ۶ زیر مقیاس شامل اضطراب جدایی<sup>۱۴</sup> (۶ عبارت) و ترس اجتماعی<sup>۱۵</sup> (۶ عبارت)، اضطراب فراگیر<sup>۱۶</sup> (۵ عبارت)، ترس از فضای باز<sup>۱۷</sup> (۹ عبارت)، وسواس فکری عملی<sup>۱۸</sup> (۶ عبارت) و ترس از آسیب فیزیکی<sup>۱۹</sup> (۵ عبارت) است. طریقه نمره‌دهی به

پاسخ‌ها بر اساس یک مقیاس لیکرتی به صورت هرگز=۰، گاهی اوقات=۱، اغلب=۲ و همیشه=۳ است که حداکثر نمره ممکن برابر با ۱۱۴ به دست می‌آید. نمره بالاتر نشان‌دهنده اضطراب بیشتر در کودکان است. روایی همگرایی مقیاس اضطراب کودکان اسپنس با مقیاس تجدید نظر شده اضطراب آشکار کودکان به طور معنادار همبستگی داشته است. اعتبار همسانی درونی مقیاس نیز با آلفای کرونباخ ۰/۹۲ و اعتبار بازآزمایی مقیاس به مدت شش ماه، ۰/۶۰ به دست آمد. در پژوهش حاضر، شاخص‌های روایی محتوایی شامل نسبت روایی محتوا و شاخص روایی محتوا به ترتیب مقادیر ۰/۸۰ و ۰/۸۲ را نشان دادند که حاکی از سطح قابل قبول و مطلوب اعتبار محتوایی ابزار است. همچنین، ضریب آلفای کرونباخ این مقیاس در بازه ۰/۸۳ تا ۰/۹۱ گزارش شد که نمایانگر پایایی قابل توجه و همبستگی داخلی مطلوب آیت‌های پرسشنامه است.

**ج- پرسشنامه پرخاشگری باس و پری (BPAQ):**<sup>۲۰</sup> این پرسشنامه شامل ۲۹ گویه و ۴ خرده مقیاس پرخاشگری جسمانی، پرخاشگری کلامی، خصومت و خشم است که هر عامل به ترتیب ذکر شده شامل ۹، ۵، ۸ و ۷ سؤال است (۳۲). گزینه‌های هر گویه شامل یک طیف ۵ درجه‌ای: ۱ (کاملاً شبیه من است)، تا ۵ (اصلاً شبیه من نیست) است. نمرات به دست آمده در این مقیاس بین ۲۹ تا ۱۴۵ است که نمرات بالاتر نشان‌دهنده میزان پرخاشگری بیشتر در فرد است. میزان پایایی این پرسشنامه با استفاده از روش تنصیفی، بازآزمایی و همسانی درونی بررسی شده است. با استفاده از شاخص ضریب همبستگی اسپرمن مقدار ضریب اعتبار تنصیفی برای کل مقیاس ۰/۷۳ و برای نیمه اول و دوم به ترتیب ۰/۸۲ و ۰/۸۵ برآورد شده است. مقدار ضرایب بازآزمایی برای مؤلفه‌های پرخاشگری میان ۰/۶۱ تا ۰/۷۴ برآورد شده است. مقدار آلفای کرونباخ برای کل پرسشنامه ۰/۸۹ برآورد شده است (۳۲). در مطالعه حاضر، شاخص‌های روایی محتوایی شامل نسبت روایی محتوا و شاخص روایی محتوا به ترتیب با مقادیر ۰/۸۱ و ۰/۸۵ ارزیابی شدند که نشان‌دهنده اعتبار محتوایی قابل قبول ابزار است. همچنین، ضریب آلفای کرونباخ این مقیاس در بازه ۰/۸۲ تا ۰/۸۹ گزارش گردید که دلالت بر پایایی مطلوب و همبستگی داخلی مناسب گویه‌های پرسشنامه دارد.

**د- پرسشنامه شایستگی اجتماعی (SCQ):**<sup>۲۱</sup> پرسشنامه شایستگی اجتماعی توسط فلنر<sup>۲۲</sup> و همکاران

9. Disruptive Mood Dysregulation Disorder Scale (DMDDS)-Parent Form  
10. Content Validity Ratio  
11. Content Validity Index  
12. Children's Anxiety Scale (CAS)  
13. Spence  
14. Separation Anxiety  
15. Social Phobia  
16. Generalized Anxiety  
17. Agoraphobia  
18. Obsessive-Compulsive Disorder  
19. Fear of Physical Injury

20. Buss and Perry Aggression Questionnaire (BPAQ)

21. Social Competence Questionnaire (SCQ)

22. Felner

## جدول ۱. محتوای جلسات رفتاردرمانی دیالکتیکی (۳۴)

جلسات	مهارت	محتوای هر جلسه
اول	مقدمه	در جلسه اول، پس از آشنایی با اهداف و قوانین، اعضای گروه در بخش مهارت‌های هشپاری فراگیر، با سه حالت ذهنی منطقی، هیجانی و خردگرا آشنا می‌شوند. به اعضای گروه توضیح داده می‌شود که منظور از حالات ذهنی در این طرح، سه حالت ذهنی منطقی، هیجانی و خردگراست.
دوم	آموزش هشپاری فراگیر	در این جلسه علاوه بر تمرین حالات ذهنی جلسه قبل، به آموزش مهارت‌های چه چیز و مهارت‌های چگونه هشپاری فراگیر، شامل مشاهده، توصیف و شرکت کردن و مهارت‌های چگونه شامل اتخاذ موضع غیرقضاوتی، خود ذهن آگاهی و کارآمد عمل کردن اختصاص یافت.
سوم	آموزش هشپاری فراگیر	مهارت‌های چه چیز و چگونه به طور عملی در گروه تمرین شد. چون این تمرین‌ها هسته مرکزی رفتاردرمانی دیالکتیکی محسوب می‌شود، بنابراین در ابتدا آموزش داده می‌شود.
چهارم	آموزش تنظیم هیجانی	در این جلسه علاوه بر مرور تمرین‌های جلسات قبل، به آموزش بخشی از مهارت‌های تنظیم هیجانی، شامل تعریف هیجان و مؤلفه‌های آن پرداخته شد.
پنجم	آموزش تنظیم هیجانی	در این جلسه بخش دیگری از مهارت‌های تنظیم هیجانی، شامل الگوی شناسایی هیجان‌ها و برچسب زدن به آنها که منجر به افزایش توانایی کنترل کردن هیجان‌ها می‌گردد، آموزش داده شد.
ششم	آموزش تنظیم هیجانی	در این جلسه ضمن مرور مهارت‌های قبلی، به آموزش مهارت‌های پذیرش هیجان‌ها، حتی در صورت منفی بودن و آموزش مهارت‌هایی برای کاهش آسیب پذیری نسبت به هیجان‌های منفی پرداخته شد.
هفتم	آموزش تحمل پریشانی	در این جلسه به آموزش بخشی از مؤلفه تحمل پریشانی، یعنی راهبردهای بقا در بحران شامل: ۱) مهارت‌های پرت کردن حواس و ۲) خودآرام‌سازی با حواس پنج گانه پرداخته شد.
هشتم	آموزش تحمل پریشانی	در جلسه آخر، ضمن مرور آموزش‌های قبلی، مهارت‌های به‌سازی لحظات و تکنیک سود و زیان در هنگام مواجه شدن با ناکامی یا احساس موقنی از راهبردهای بقا در بحران به صورت عملی در گروه تمرین شد؛ همچنین آموزش چگونگی تعمیم مهارت‌ها به خارج از جلسه درمان مدنظر قرار گرفت.

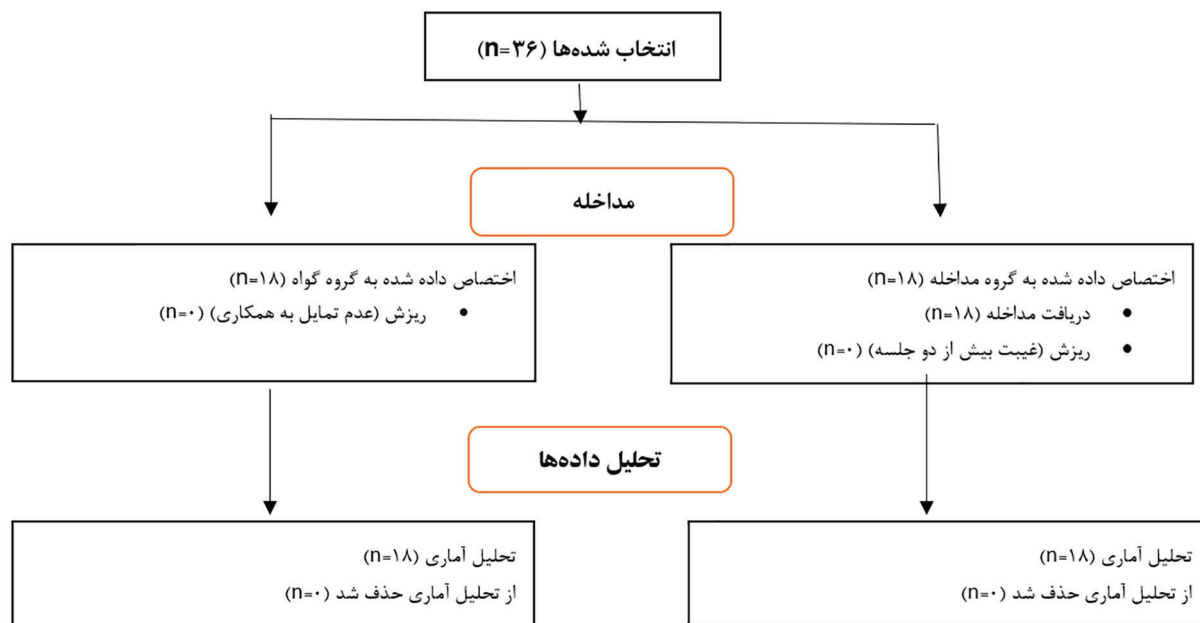
گزارش گردید که نشان‌دهنده پایایی قابل قبول و اعتبار داخلی مناسب ابزار است.

**رفتاردرمانی دیالکتیکی (DBT) ۲۳:** در این پژوهش به منظور بررسی اثربخشی مداخلات روان‌شناختی بر کاهش نشانگان آسیب‌شناختی و ارتقای مهارت‌های روانی-اجتماعی در کودکان پسر مبتلا به اختلال بی‌نظمی خلق اخلاص گر، از پروتکل ساختاریافته رفتاردرمانی دیالکتیکی طراحی شده توسط لینهان<sup>۲۴</sup> و همکاران (۳۴) استفاده شد. این رویکرد که اساس آن بر آموزش مهارت‌های تنظیم هیجان، تحمل پریشانی، ذهن آگاهی و مهارت‌های بین‌فردی استوار است، به صورت گروهی و در قالب ۸ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای، با بسامد دو جلسه در هفته طی چهار هفته متوالی اجرا شد. محتوای جلسات به گونه‌ای طراحی شد که علاوه بر آموزش مستقیم مهارت‌ها، تمرین‌های عملی، ایفای نقش، بازخورد گروهی و تکالیف خانگی را نیز در بر بگیرد تا انتقال مهارت‌ها به موقعیت‌های واقعی زندگی تسهیل شود. اجرای مداخله توسط درمانگران آموزش دیده در مدل رفتاردرمانی دیالکتیکی و تحت نظارت متخصصان بالینی صورت گرفت تا از کیفیت و یکپارچگی فرایند درمان اطمینان حاصل شود. شایان ذکر است که در طول مدت

(۳۳) طراحی شده است. این پرسشنامه دارای ۴۷ سوال است. روش نمره گذاری به شیوه لیکرتی هست و از سیستم ۱ تا ۷ پیروی می‌کند، به این ترتیب که اگر شخص گزینه کاملاً مخالفم را انتخاب کند نمره ۱، مخالفم نمره ۲، تا حدی مخالفم ۳، نظری ندارم ۴، تا حدی موافقم ۵، موافقم ۶ و کاملاً موافقم نمره ۷ می‌گیرد. همچنین سوالات شماره ۳، ۶، ۸، ۹، ۱۱، ۱۲، ۱۵، ۱۶، ۲۱، ۲۵، ۲۶، ۲۸، ۳۲، ۳۶، ۳۷، ۳۸، ۴۳، ۴۴ و ۴۵ به صورت معکوس نمره گذاری می‌شود، به این صورت که به کاملاً موافقم نمره ۱ و به کاملاً مخالفم نمره ۷ تعلق می‌گیرد. جهت برآورد ضریب پایایی مقیاس، از دو روش آلفای کرونباخ و ضریب همبستگی بین دو بار اجرا (باز آزمایی) استفاده شده است. از روش آلفای کرونباخ برای بررسی همسانی درونی مقیاس و خرده مقیاس‌ها استفاده گرفته است. ضریب آلفای کرونباخ برای بررسی همسانی درونی مقیاس استفاده گردیده است. ضریب آلفای به دست آمده از حذف سوالاتی که همبستگی کمی با نمره کل داشتند برابر با ۰/۸۸ است، که نشان می‌دهد پرسشنامه از ضریب همسانی درونی استفاده شده است (۳۳). در پژوهش پیش‌رو نیز شاخص‌های روایی محتوایی شامل نسبت روایی محتوا و شاخص روایی محتوا به ترتیب با مقادیر ۰/۸۴ و ۰/۸۰ ارزیابی شدند. ضریب آلفای کرونباخ پرسشنامه نیز برابر با ۰/۸۶

23. Dialectical Behavior Therapy

24. Linehan



شکل ۱: نمودار کانسورت

### تجزیه و تحلیل آماری

داده‌ها پس از جمع‌آوری با ابزارهای فوق در نرم‌افزار SPSS نسخه ۲۷ تحلیل شدند. برای این منظور، از آزمون مجذور کای<sup>۲۵</sup> با توجه به وجود حداقل ۳ فراوانی در هر سطح یا طبقه جهت مقایسه اطلاعات جمعیت‌شناختی گروه‌ها، از آزمون ناپارامتریک شاپیرو-ویلک<sup>۲۶</sup> برای ارزیابی نرمال بودن توزیع فراوانی متغیرهای کمی گروه‌های آزمایش و گواه در مراحل پیش‌آزمون و پس‌آزمون، از آزمون ام‌باکس<sup>۲۷</sup> برای بررسی همگنی ماتریس‌های کوواریانس، از آزمون لوین<sup>۲۸</sup> برای بررسی همگنی واریانس‌های متغیرهای پژوهش، از تحلیل کوواریانس چندمتغیره (مانکووا)<sup>۲۹</sup> برای ارزیابی اثربخشی رفتاردرمانی دیالکتیکی بر اضطراب، پرخاشگری و شایستگی اجتماعی کودکان دارای اختلال بی‌نظمی خلق اخلاقی، با کنترل اثر پیش‌آزمون، استفاده شد. سطح معنی‌داری در آزمون‌ها ۰/۰۵ در نظر گرفته شد.

### ملاحظات اخلاقی

برای رعایت نکات اخلاقی پژوهش، ابتدا رضایت شرکت‌کنندگان جلب شد. همچنین به کودکان این امکان داده شد که در هر لحظه از پژوهش که تمایل داشتند، انصراف دهند. به منظور اصل رازداری، به شرکت‌کنندگان اطمینان داده شد که اطلاعات حاصل از پژوهش به صورت گروهی مورد تحلیل قرار خواهد گرفت و اطلاعات فردی‌شان

اجرای مداخله، هر دو گروه آزمایش و کنترل همچنان از درمان‌های روتین بالینی و خدمات روان‌پزشکی متعارف مرتبط با اختلال خود بهره‌مند بودند و برنامه رفتاردرمانی دیالکتیکی صرفاً به‌عنوان یک رویکرد مکمل و هدفمند در کنار این خدمات به کار گرفته شد (مطابق با شرح دقیق مداخلات ارائه‌شده در جدول ۱). این طراحی به پژوهشگران امکان داد تا اثربخشی خالص مداخله رفتاردرمانی دیالکتیکی را در مقایسه با شرایط درمان متعارف ارزیابی و تحلیل کنند.

### روند اجرای پژوهش

پس از هماهنگی‌ها و اخذ کد اخلاق از کمیته اخلاق در پژوهش، با مراجعه به مراکز تخصصی کودک، ۳۶ کودک اختلال بی‌نظمی خلق اخلاقی با استفاده از روش نمونه‌گیری هدفمند انتخاب و به صورت تصادفی در گروه آزمایش و گروه گواه گمارده شدند (شکل ۱). در ابتدا، توضیحاتی کلی به کودکان و مادران آنها داده شد و پس از در نظر گرفتن ملاک‌های ورود و خروج و اخذ رضایت از آنها، شرکت‌کنندگان وارد پژوهش شدند. پژوهشگران رفتاردرمانی دیالکتیکی (۳۴) را طی ۸ جلسه (هر هفته دو جلسه) ۹۰ دقیقه گروهی در کلینیک تخصصی خدمات روان‌شناختی کودک انجام دادند. در جدول ۱، شرح مختصر محتوای جلسات مداخله برای گروه آزمایش ارائه شده است. به منظور رعایت نکات اخلاقی، پس از اتمام جلسات درمانی برای گروه گواه نیز جلسات رفتاردرمانی دیالکتیکی به صورت خلاصه‌تر در چند جلسه مطرح شد.

25. Chi-square test

26. Shapiro-Wilk test

27. Box's M test

28. Levene's test

29. Multivariate Analysis of Covariance (MANCOVA)

جدول ۲. مقایسه فراوانی اطلاعات جمعیت‌شناختی گروه‌های آزمایش و گواه

مقدار P	گواه تعداد (درصد)	آزمایش تعداد (درصد)	سطوح	متغیرها
۰/۲۰۶	۵ (۲۷/۸)	۴ (۲۲/۲)	سوم	مقطع تحصیلی
	۸ (۴۴/۴)	۹ (۵۰/۰)	چهارم	
	۵ (۲۷/۸)	۵ (۲۷/۸)	پنجم	
۰/۱۸۹	۸ (۴۴/۴)	۹ (۵۰/۰)	۲	مدت زمان ابتلا (سال)
	۱۰ (۵۵/۶)	۹ (۵۰/۰)	۳ به بالا	
۰/۳۳۱	۸ (۴۴/۴)	۷ (۳۸/۹)	۱۰ تا ۹	سن (سال)
	۱۰ (۵۵/۶)	۱۱ (۶۱/۱)	۱۱ تا ۱۰	

آزمون مجذور کای،  $P < 0/05$  اختلاف معنی‌دار

است. نتایج آزمون ام.باکس برای بررسی برابری ماتریس کوواریانس متغیرهای وابسته در بین گروه آزمایش و گواه نیز نشان داد که ماتریس کوواریانس متغیرهای وابسته دو گروه برابر است ( $\chi^2 = 408/91$ ،  $F = 0/94$ ،  $P = 0/605 > 0/05$ )،  $Box = 96/416$ ،  $M$ ). میزان معناداری آزمون باکس از  $0/05$  بیشتر است در نتیجه این مفروضه برقرار است. همچنین نتایج آزمون خی دو بارتلت<sup>۳۰</sup> برای بررسی کرویت یا معنی‌داری رابطه بین اضطراب، پرخاشگری و شایستگی اجتماعی نشان داد که رابطه بین آنها معنی‌دار است ( $P < 0/05$ ،  $df = 65$ )،  $\chi^2 = 408/91$ ). مفروضه مهم دیگر تحلیل کوواریانس چندمتغیری، همگونی ضرایب رگرسیون<sup>۳۱</sup> است. لازم به ذکر است که آزمون همگونی ضرایب رگرسیون از طریق تعامل متغیرهای وابسته و متغیر مستقل (روش مداخله) در مرحله پیش‌آزمون و پس‌آزمون مورد بررسی قرار گرفت. تعامل این پیش‌آزمون‌ها و پس‌آزمون‌ها با متغیر مستقل معنادار نبوده و حاکی از همگونی شیب رگرسیون است؛ بنابراین این مفروضه نیز برقرار است. با توجه به برقراری مفروضه‌های تحلیل کوواریانس چندمتغیری، استفاده از این آزمون مجاز خواهد بود. در ادامه به منظور پی بردن به تفاوت گروه‌ها، تحلیل کوواریانس چند متغیره انجام شد (جدول ۴).

با توجه به جدول ۴، نتایج حاکی از تأثیر متغیر مستقل بر متغیرهای وابسته بود؛ به عبارت دیگر گروه‌های آزمایش و گواه حداقل در یکی از متغیرهای اضطراب، پرخاشگری و شایستگی اجتماعی تفاوت معناداری دارند که با توجه به اندازه اثر محاسبه شده، ۷۶ درصد از کل واریانس‌های گروه آزمایش و گواه ناشی از اثر متغیر مستقل است. همچنین توان آماری آزمون برابر با ۱ است که دلالت بر کفایت حجم نمونه است.

30. Bartlett's test of sphericity

31. Homogeneity of regression slopes

کاملاً محرمانه خواهد ماند. اطلاعات این پژوهش با کد اخلاق IR.SBU.REC.1403.162 در کمیته اخلاق در پژوهش دانشگاه شهید بهشتی ثبت شده است.

## یافته‌ها

میانگین و انحراف معیار سنی کودکان مبتلا به اختلال بی‌نظمی خلق اخلاک‌گر گروه آزمایش  $10/36 \pm 5/11$  سال و کودکان گروه گواه  $10/27 \pm 5/67$  سال بود. نتایج آزمون مجذور کای در جدول ۲ نشان داد که گروه‌های آزمایش و گواه از نظر سن، مقطع تحصیلی، و مدت زمان ابتلا به اختلال بی‌نظمی خلق اخلاک‌گر تفاوت معناداری نداشتند ( $P > 0/05$ )

میانگین و انحراف استاندارد نمرات پیش‌آزمون-پس‌آزمون نمرات اضطراب، پرخاشگری و شایستگی اجتماعی کودکان دارای اختلال بی‌نظمی خلق اخلاک‌گر در گروه آزمایش و گواه در جدول ۳ ارائه شده است. همچنین در این جدول نتایج آزمون شاپیرو-ویلک برای بررسی نرمال بودن توزیع متغیرها در دو گروه گزارش شده است. با توجه به این جدول آماره شاپیرو-ویلک برای تمامی متغیرها معنادار نیست. لذا می‌توان نتیجه گرفت که توزیع متغیرها نرمال است (جدول ۳).

برای بررسی اثربخشی رفتاردرمانی دیالکتیکی گروهی بر اضطراب، پرخاشگری و شایستگی اجتماعی کودکان دارای اختلال بی‌نظمی خلق اخلاک‌گر از تحلیل کوواریانس چندمتغیری استفاده شد. نتایج آزمون لوین برای بررسی همگنی واریانس متغیرهای وابسته در گروه‌ها نشان داد که واریانس اضطراب ( $F_{3,33} = 1/92$ ،  $P = 0/174 > 0/05$ )، پرخاشگری ( $F_{3,33} = 1/30$ ،  $P = 0/261 > 0/05$ ) و شایستگی اجتماعی ( $F_{3,33} = 1/02$ ،  $P = 0/319 > 0/05$ ) در گروه‌ها برابر

جدول ۳. شاخص های توصیفی نمرات پیش آزمون و پس آزمون در گروه آزمایش و گواه

متغیر	وضعیت	گروه	میانگین	انحراف استاندارد	S-W	P
بی نظمی خلق اخلالگر	پیش آزمون	آزمایش	۶۳/۲۴	۳/۳۶	۰/۱۱۱	۰/۰۵۵
		گواه	۶۳/۹۳	۲/۵۹	۰/۱۰۲	۰/۰۶۲
	پس آزمون	آزمایش	۵۶/۷۲	۳/۶۶	۰/۱۲۳	۰/۰۸۷
		گواه	۶۳/۰۹	۲/۷۱	۰/۱۴۰	۰/۰۷۵
اضطراب جدایی	پیش آزمون	آزمایش	۱۱/۳۸	۱/۲۸	۰/۱۰۲	۰/۰۵۲
		گواه	۱۱/۲۷	۱/۲۲	۰/۰۹۹	۰/۰۵۱
	پس آزمون	آزمایش	۸/۸۳	۱/۹۱	۰/۰۸۵	۰/۰۶۳
		گواه	۱۱/۵۰	۱/۱۵	۰/۱۰۱	۰/۰۸۷
ترس اجتماعی	پیش آزمون	آزمایش	۱۰/۳۸	۱/۵۴	۰/۱۱۰	۰/۰۶۹
		گواه	۱۰/۳۳	۱/۶۹	۰/۱۰۴	۰/۰۷۰
	پس آزمون	آزمایش	۷/۵۵	۱/۲۵	۰/۱۱۱	۰/۰۸۵
		گواه	۱۰/۴۴	۱/۶۰	۰/۱۲۵	۰/۰۶۲
اضطراب فراگیر	پیش آزمون	آزمایش	۸/۴۴	۱/۲۲	۰/۱۰۰	۰/۰۷۴
		گواه	۸/۳۳	۱/۳۴	۰/۱۰۴	۰/۰۹۲
	پس آزمون	آزمایش	۵/۹۴	۱/۴۸	۰/۱۰۱	۰/۰۵۸
		گواه	۸/۵۰	۱/۰۵	۰/۱۰۸	۰/۰۶۷
ترس از فضای باز	پیش آزمون	آزمایش	۱۹/۳۸	۱/۳۴	۰/۰۹۶	۰/۰۵۲
		گواه	۱۹/۲۷	۱/۹۷	۰/۰۹۵	۰/۰۷۱
	پس آزمون	آزمایش	۱۶/۳۸	۱/۱۵	۰/۱۰۲	۰/۰۵۹
		گواه	۱۹/۵۰	۱/۶۵	۰/۱۰۳	۰/۰۵۳
وسواس فکری عملی	پیش آزمون	آزمایش	۱۱/۴۴	۱/۳۵	۰/۱۰۵	۰/۰۶۸
		گواه	۱۱/۳۳	۱/۴۲	۰/۱۱۴	۰/۰۷۱
	پس آزمون	آزمایش	۸/۶۶	۱/۶۹	۰/۱۰۲	۰/۰۸۵
		گواه	۱۱/۵۰	۲/۰۵	۰/۰۸۷	۰/۰۹۷
ترس از آسیب فیزیکی	پیش آزمون	آزمایش	۹/۴۴	۱/۷۴	۰/۱۰۳	۰/۰۶۲
		گواه	۹/۲۷	۱/۲۵	۰/۱۰۱	۰/۰۵۴
	پس آزمون	آزمایش	۶/۸۳	۲/۱۱	۰/۰۹۸	۰/۰۷۹
		گواه	۹/۴۴	۱/۹۷	۰/۱۰۵	۰/۰۶۳
پرخاشگری جسمانی	پیش آزمون	آزمایش	۳۵/۵۵	۱/۵۷	۰/۱۱۳	۰/۰۷۴
		گواه	۳۵/۴۴	۱/۹۲	۰/۱۱۵	۰/۰۵۸
	پس آزمون	آزمایش	۳۲/۰۱	۱/۴۲	۰/۱۰۸	۰/۰۹۲
		گواه	۳۵/۶۱	۱/۶۷	۰/۱۰۹	۰/۰۷۱
پرخاشگری کلامی	پیش آزمون	آزمایش	۱۸/۵۰	۱/۷۵	۰/۱۰۷	۰/۰۶۲
		گواه	۱۸/۳۸	۱/۹۰	۰/۱۰۵	۰/۰۵۸
	پس آزمون	آزمایش	۱۵/۵۰	۱/۴۸	۰/۱۱۲	۰/۰۹۴
		گواه	۱۸/۶۱	۱/۹۳	۰/۱۰۲	۰/۰۵۱
خصومت	پیش آزمون	آزمایش	۳۳/۷۲	۱/۸۸	۰/۱۰۷	۰/۰۶۷
		گواه	۳۳/۶۱	۱/۶۳	۰/۱۰۴	۰/۰۵۶
	پس آزمون	آزمایش	۳۰/۵۵	۱/۵۷	۰/۱۱۲	۰/۰۸۴
		گواه	۳۳/۸۳	۱/۹۴	۰/۱۰۰	۰/۰۶۹
خشم	پیش آزمون	آزمایش	۲۲/۲۳	۱/۳۳	۰/۱۰۹	۰/۰۷۱
		گواه	۲۲/۱۱	۱/۴۸	۰/۱۱۲	۰/۰۷۷
	پس آزمون	آزمایش	۱۶/۱۹	۱/۹۵	۰/۱۰۷	۰/۰۵۶
		گواه	۲۲/۳۳	۱/۳۵	۰/۱۰۱	۰/۰۸۷
شایستگی اجتماعی	پیش آزمون	آزمایش	۲۱۱/۵۰	۶/۴۴	۰/۱۱۶	۰/۰۵۲
		گواه	۲۱۱/۲۷	۶/۰۴	۰/۱۱۸	۰/۰۸۳
	پس آزمون	آزمایش	۲۱۹/۳۳	۷/۰۸	۰/۱۰۲	۰/۰۷۸
		گواه	۲۱۱/۶۱	۶/۳۹	۰/۱۰۵	۰/۰۶۹

جدول ۴. نتایج تحلیل کواریانس چندمتغیری بر روی میانگین نمرات پس‌آزمون

نام آزمون	مقدار	آماره F	درجه آزادی	سطح معنی‌داری	اندازه اثر	توان آماری
آزمون اثر پیلایی	۰/۷۶۶	۳/۸۶۹	۱۱	<۰/۰۰۱	۰/۷۶	۱
آزمون لامبدای ویلکز	۰/۲۳۴	۳/۸۶۹	۱۱	<۰/۰۰۱	۰/۷۶	۱
آزمون اثر هتلینگ	۳/۲۷۴	۳/۸۶۹	۱۱	<۰/۰۰۱	۰/۷۶	۱
آزمون بزرگترین ریشه روی	۳/۲۷۴	۳/۸۶۹	۱۱	<۰/۰۰۱	۰/۷۶	۱

جدول ۵. نتایج حاصل از تحلیل کواریانس تک متغیری بر روی میانگین نمره‌های پس‌آزمون متغیرهای وابسته در گروه آزمایش و گواه

متغیرها	مجموع مجذورات	خطای مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	خطای میانگین مجذورات	آماره F	معناداری	اندازه اثر
اضطراب جدایی	۵۵/۹۴	۳۳/۷۰	۱	۵۵/۹۴	۱/۴۵	۳۸/۱۷	<۰/۰۰۱	۰/۶۲
ترس اجتماعی	۵۷/۲۹	۳۳/۰۲	۱	۵۷/۲۹	۱/۴۳	۳۹/۸۹	<۰/۰۰۱	۰/۶۳
اضطراب فراگیر	۴۶/۳۹	۲۱/۵	۱	۴۶/۳۹	۰/۹۴	۴۹/۰۴	<۰/۰۰۱	۰/۶۸
ترس از فضای باز	۶۸/۳۲	۲۵/۵۵	۱	۶۸/۳۲	۱/۱۱	۶۱/۵۱	<۰/۰۰۱	۰/۷۳
وسواس فکری عملی	۵۸/۶۹	۳۱/۵۴	۱	۵۸/۶۹	۱/۳۷	۴۲/۸۰	<۰/۰۰۱	۰/۶۵
ترس از آسیب فیزیکی	۵۰/۷۴	۲۷/۶۰	۱	۵۰/۷۴	۱/۲۰	۴۲/۲۸	<۰/۰۰۱	۰/۶۴
پرخاشگری جسمانی	۹۶/۷۰	۴۰/۴۴	۱	۹۶/۷۰	۱/۷۵	۵۴/۹۹	<۰/۰۰۱	۰/۷۰
پرخاشگری کلامی	۶۶/۹۶	۲۸/۳	۱	۶۶/۹۶	۱/۲۱	۵۴/۹۴	<۰/۰۰۱	۰/۷۰
خصومت	۷۰/۷۷	۲۶/۷۳	۱	۷۰/۷۷	۱/۱۶	۶۰/۸۹	<۰/۰۰۱	۰/۷۲
خشم	۷۱/۶۲	۳۲/۲۴	۱	۷۱/۶۲	۱/۴۰	۵۱/۰۸	<۰/۰۰۱	۰/۶۹
شایستگی اجتماعی	۳۹۷/۴۷	۳۰۲/۱۵	۱	۳۹۷/۴۷	۱۳/۱۳	۳۰/۲۵	<۰/۰۰۱	۰/۵۷

ترس از فضای باز، ۶۵ درصد از وسواس فکری عملی، ۶۴ درصد از ترس از آسیب فیزیکی، ۷۰ درصد از پرخاشگری جسمانی، ۷۰ درصد از پرخاشگری کلامی، ۷۲ درصد از خصومت، ۶۹ درصد از خشم، و ۵۷ درصد از شایستگی اجتماعی ناشی از تأثیر متغیر مستقل بوده است؛ در نتیجه می‌توان بیان کرد که رفتاردرمانی دیالکتیکی گروهی به طور معناداری باعث کاهش اضطراب (اضطراب جدایی، ترس اجتماعی، اضطراب فراگیر، ترس از فضای باز، وسواس فکری عملی، ترس از آسیب فیزیکی)، پرخاشگری (پرخاشگری جسمانی، پرخاشگری کلامی، خصومت، خشم) و افزایش شایستگی اجتماعی در کودکان دارای اختلال بی‌ظمی خلق اخلال‌گر شد.

### بحث

پژوهش حاضر با هدف تعیین اثربخشی رفتاردرمانی

اما برای تشخیص اینکه در کدام حیطه‌ها تفاوت معنادار است، از آزمون تحلیل کواریانس تک متغیری در متن مانکوا استفاده شد که نتایج آن در جدول ۵ گزارش شده است.

با توجه به اطلاعات درج شده در جدول ۵، آماره F برای اضطراب جدایی ( $F=38/17$ )، ترس اجتماعی ( $F=39/89$ )، اضطراب فراگیر ( $F=49/04$ )، ترس از فضای باز ( $F=61/51$ )، وسواس فکری عملی ( $F=42/80$ )، ترس از آسیب فیزیکی ( $F=42/28$ )، پرخاشگری جسمانی ( $F=54/99$ )، پرخاشگری کلامی ( $F=54/94$ )، خصومت ( $F=60/89$ )، خشم ( $F=51/08$ ) و شایستگی اجتماعی ( $F=30/25$ ) در سطح  $0/001$  معنی‌دار است. این یافته‌ها نشانگر آن است که بین گروه‌ها در این متغیرها تفاوت معنی‌داری وجود دارد. همچنین با توجه به اندازه اثر محاسبه شده ۶۲ درصد از اضطراب جدایی، ۶۳ درصد از ترس اجتماعی، ۶۸ درصد از اضطراب فراگیر، ۷۳ درصد از

دیالکتیکی گروهی بود. پیش از مداخله درمانی، این کودکان به دلیل ناتوانی در مدیریت خشم و احساسات منفی، اغلب در موقعیت‌های مختلف از رفتارهای پرخاشگرانه مانند فریاد زدن، توهین، ضربه زدن یا حتی تخریب وسایل استفاده می‌کردند (۱۴). پرخاشگری آنها عمدتاً ناشی از ناتوانی در پردازش مناسب هیجانات، ناکامی‌های مکرر و عدم درک صحیح از موقعیت‌های اجتماعی بود (۱۱). این رفتارها باعث ایجاد تعارض با والدین، معلمان و همسالان شده و چرخه‌ای از تبعید اجتماعی و تشدید پرخاشگری را شکل می‌داد (۱۵). رفتاردرمانی دیالکتیکی گروهی با آموزش مهارت‌های تنظیم هیجانی، به کودکان کمک کرد تا راه‌های سالم‌تری برای کنترل خشم و ناامیدی خود بیاموزند (۲۳). در جلسات درمانی، آنها یاد گرفتند که چگونه احساسات خود را قبل از رسیدن به نقطه‌ی اوج، شناسایی کنند و راهکارهایی مانند تکنیک‌های آرام‌سازی، فاصله گرفتن از موقعیت‌های استرس‌زا و استفاده از زبان برای بیان احساسات خود بهره ببرند (۲۸). این تمرین‌ها به آنها کمک کرد تا از واکنش‌های آنی و خشونت‌آمیز خودداری کرده و به جای آن، راه‌های مناسب‌تری را برای حل مشکلاتشان انتخاب کنند (۲۷). علاوه بر این، شرکت در جلسات گروهی و مشاهده‌ی رفتارهای دیگر کودکان، فرصتی را برای یادگیری اجتماعی و دریافت بازخوردهای اصلاحی ایجاد کرد (۸). در این محیط، کودکان می‌توانستند تأثیر رفتارهای خود را بر دیگران مشاهده کرده و از طریق تمرین‌های عملی، روش‌های مناسب‌تری برای واکنش در موقعیت‌های مختلف بیاموزند (۲۲). همچنین، تقویت مهارت‌های بین‌فردی و حل تعارض در جلسات گروهی، به آنها کمک کرد تا مشکلات خود را بدون نیاز به پرخاشگری حل کنند (۲۵).

از دیگر سو، یافته‌های این مطالعه مشخص کرد کودکان دارای اختلال بی‌نظمی خلق اخلاص‌گر پس از دریافت رفتاردرمانی دیالکتیکی گروهی نمرات شایستگی اجتماعی آنها به میزان قابل توجهی افزایش داشت. این کودکان، که پیش از درمان به دلیل ناتوانی در کنترل هیجانات و رفتارهای تکانشی، اغلب در ایجاد و حفظ روابط اجتماعی دچار مشکل بودند، پس از مداخله‌ی درمانی بهبود چشمگیری در تعاملات بین‌فردی خود نشان دادند (۱۸). قبل از درمان، بسیاری از آنها به دلیل رفتارهای پرخاشگرانه یا واکنش‌های نامناسب در موقعیت‌های اجتماعی، از سوی همسالان طرد شده بودند و احساس انزوا و ناکامی در روابط اجتماعی داشتند (۲۰). رفتاردرمانی دیالکتیکی گروهی

دیالکتیکی گروهی بر اضطراب، پرخاشگری و شایستگی اجتماعی کودکان دارای اختلال بی‌نظمی خلق اخلاص‌گر انجام شد. نتایج پژوهش نشان داد که رفتاردرمانی دیالکتیکی گروهی به میزان قابل توجهی اضطراب کودکان مبتلا به اختلال بی‌نظمی خلق اخلاص‌گر را کاهش می‌دهد. این کودکان به دلیل ناتوانی در کنترل هیجانات و پیش‌بینی واکنش‌های خود یا دیگران، همواره در معرض تنش و نگرانی قرار دارند (۵). آنها اغلب در موقعیت‌های اجتماعی یا آموزشی دچار اضطراب شدید می‌شوند، زیرا نمی‌دانند چگونه به شیوه‌ای مناسب با دیگران تعامل کنند یا خشم و ناامیدی خود را مدیریت نمایند (۲). این احساس دائمی از استرس و ناتوانی، چرخه‌ای از ترس، اجتناب و افزایش اضطراب را در آنها ایجاد می‌کند که زندگی روزمره‌شان را تحت تأثیر قرار می‌دهد (۸).

درمان دیالکتیکی با آموزش مهارت‌های ذهن‌آگاهی و پذیرش هیجانات، به این کودکان کمک کرد تا احساسات خود را بهتر درک کنند و نسبت به آنها واکنش‌های سالم‌تری نشان دهند (۱۲). ذهن‌آگاهی به کودکان یاد می‌دهد که به جای ترس و نگرانی درباره‌ی آینده، روی لحظه‌ی حال تمرکز کنند و هیجانات منفی را بدون قضاوت بپذیرند (۲۶). همچنین، استراتژی‌های تحمل پریشانی و تنظیم هیجانی که در جلسات گروهی آموزش داده شدند، به آنها امکان داد تا در شرایط استرس‌زا، آرامش خود را حفظ کرده و از روش‌هایی مانند تنفس عمیق، شناسایی افکار منفی و جایگزینی آنها با افکار مثبت استفاده کنند (۲۱). این مهارت‌ها به کودکان کمک کرد تا به جای واکنش‌های تکانشی، از راهکارهای منطقی‌تری برای مواجهه با چالش‌ها بهره ببرند. علاوه بر این، قرار گرفتن در یک محیط گروهی که در آن سایر کودکان نیز با مشکلات مشابه دست‌وپنجه نرم می‌کنند، احساس انزوا و درک‌نشده‌گی را در آنها کاهش داد (۲۸). بسیاری از کودکان دارای این اختلال، به دلیل واکنش‌های غیرقابل کنترل خود، در محیط‌های اجتماعی احساس طردشدگی می‌کنند که این امر اضطراب آنها را تشدید می‌کند (۲۲). اما تعامل با همسالان در جلسات درمانی، فرصتی برای تبادل تجربیات، دریافت حمایت و تمرین مهارت‌های ارتباطی فراهم کرد. این تجربه نه تنها اضطراب کودکان را کاهش داد، بلکه احساس ارزشمندی و توانمندی را در آنها تقویت کرد که تأثیرات مثبتی بر زندگی روزمره‌شان گذاشت (۲۴).

یکی از نتایج مهم این پژوهش، کاهش رفتارهای پرخاشگرانه در کودکان پس از دریافت رفتاردرمانی

درمان، ضروری به نظر می‌رسد. از نظر کاربردی، ادغام این مداخله با برنامه‌های مدرسه‌محور، آموزش مهارت‌های والدگری، و مداخلات چندسطحی در محیط خانواده و مدرسه می‌تواند اثربخشی درمان را در زمینه‌های واقعی زندگی کودکان افزایش داده و بستر طراحی راهبردهای جامع‌تری برای ارتقای سلامت روان کودکان مبتلا به اختلال بی‌نظمی خلق اخلاص سازد.

### نتیجه‌گیری

به طور کلی، نتایج این پژوهش نشان داد که رفتاردرمانی دیالکتیکی گروهی رویکردی اثربخش برای بهبود وضعیت روان‌شناختی کودکان مبتلا به اختلال بی‌نظمی خلق اخلاص است. این درمان نه تنها موجب کاهش اضطراب و پرخاشگری شد، بلکه شایستگی اجتماعی آنها را نیز افزایش داد، که این امر نقشی کلیدی در بهبود کیفیت زندگی این کودکان ایفا می‌کند. کاهش اضطراب از طریق تقویت مهارت‌های تنظیم هیجانی، پذیرش هیجانات و آموزش راهکارهای مقابله‌ای سالم حاصل شد و کاهش پرخاشگری نیز به واسطه یادگیری روش‌های کنترل خشم، بازسازی شناختی و توسعه‌ی مهارت‌های حل تعارض اتفاق افتاد. از سوی دیگر، افزایش شایستگی اجتماعی نتیجه‌ی تقویت مهارت‌های بین‌فردی و تعاملات گروهی بود که به این کودکان کمک کرد روابط پایدارتر و سالم‌تری را با دیگران برقرار کنند. این یافته‌ها نشان می‌دهد که رفتاردرمانی دیالکتیکی نه تنها به عنوان یک روش درمانی کوتاه‌مدت مفید است، بلکه می‌تواند تأثیرات بلندمدتی در بهبود عملکرد هیجانی، رفتاری و اجتماعی این کودکان داشته باشد. بر این اساس، پیشنهاد می‌شود که این مداخله به عنوان یکی از رویکردهای اصلی در درمان این اختلال مورد توجه متخصصان بالینی، والدین و نظام آموزشی قرار گیرد.

### تشکر و قدردانی

نویسندگان لازم می‌دارند از تمامی کودکان و مادرانی که در انجام این پژوهش نویسندگان را یاری کرده‌اند، تقدیر و تشکر نمایند.

### تعارض منافع

هیچ‌گونه تضاد منافی وجود ندارد.

به کودکان کمک کرد تا مهارت‌های ضروری برای برقراری ارتباط مؤثر را بیاموزند. در طول جلسات درمانی، آنها تکنیک‌هایی مانند گوش دادن فعال، درک احساسات دیگران، ابراز نیازها و انتظارات به شیوه‌ی مناسب و حل تعارضات بین‌فردی را تمرین کردند (۲۴). این مهارت‌ها باعث شد که کودکان در موقعیت‌های اجتماعی عملکرد بهتری داشته باشند و بتوانند روابطی مثبت‌تر و پایدارتر با دیگران برقرار کنند (۲۷). علاوه بر این، کاهش پرخاشگری و افزایش توانایی در مدیریت هیجانات، باعث شد که این کودکان کمتر دچار درگیری‌های اجتماعی شوند و بیشتر مورد پذیرش همسالان و بزرگسالان قرار بگیرند (۲۱). همچنین، محیط گروهی درمان، فرصتی را برای کودکان فراهم کرد تا مهارت‌های اجتماعی خود را در یک محیط حمایتی و کم‌خطر تمرین کنند (۲۵). تعامل با کودکانی که مشکلات مشابهی داشتند، نه تنها باعث افزایش حس همدلی در آنها شد، بلکه فرصتی برای دریافت بازخوردهای سازنده و تقویت اعتمادبه‌نفس ایجاد کرد (۲۸). این تغییرات باعث شد که کودکان در محیط‌های مدرسه و خانواده نیز ارتباطات موثرتری برقرار کنند و از نظر اجتماعی، احساس کفایت بیشتری داشته باشند. در نهایت، افزایش شایستگی اجتماعی آنها نه تنها کیفیت زندگی‌شان را بهبود بخشید، بلکه احتمال موفقیت آنها را در آینده نیز افزایش داد (۲۲).

### محدودیت‌های پژوهش

یکی از محدودیت‌های عمده این پژوهش، محدود بودن حجم نمونه و تمرکز صرف بر کودکان پسر بود که تعمیم‌پذیری نتایج به کل جمعیت، به‌ویژه دختران و گروه‌های سنی و فرهنگی متنوع‌تر را محدود می‌کند. همچنین، طراحی نیمه‌آزمایشی بدون پیگیری بلندمدت مانع از ارزیابی دوام و پایداری اثرات درمان در بازه‌های زمانی طولانی‌تر شده است. علاوه بر این، استفاده از ابزارهای خودگزارشی و گزارش والدین، بدون بهره‌گیری از ارزیابی‌های چند منبعی (نظیر ارزیابی معلمان یا مشاهده رفتاری مستقیم)، می‌تواند دقت یافته‌ها را تحت تأثیر قرار دهند.

### پیشنهاد‌های پژوهش

پیشنهاد می‌شود در مطالعات آینده، طراحی‌های تجربی با نمونه‌های بزرگ‌تر و تصادفی، با در نظر گرفتن تنوع جنسیتی و فرهنگی، به کار گرفته شود. همچنین، بررسی اثرات میان‌مدت و بلندمدت رفتاردرمانی دیالکتیکی از طریق مطالعات طولی و پیگیری پس از

## منابع

1. Wiggins JL, Briggs-Gowan MJ, Brotman MA, Leibenluft E, Wakschlag LS. Toward a developmental nosology for disruptive mood dysregulation disorder in early childhood. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry.* 2021;60(3):388-97.
2. 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.
3. Uran P, Kilic BG. Family functioning, comorbidities, and behavioral profiles of children with ADHD and disruptive mood dysregulation disorder. *J Atten Disord.* 2020;24(9):1285-94.
4. Benarous X, Lahaye H, Consoli A, Cohen D, Labelle R, Guile JM. Prevalence and comorbidity rates of disruptive mood dysregulation disorder in epidemiological and clinical samples: systematic review and meta-analysis. *Eur Psychiatry.* 2025;68(1):e11.
5. Tugen LE, Goksu M, Burcu Ayaz A. Disruptive mood dysregulation disorder in a primary school sample. *Asian J Psychiatr.* 2020;48:101858.
6. Freeman AJ, Youngstrom EA, Youngstrom JK, Findling RL. Disruptive mood dysregulation disorder in a community mental health clinic: prevalence, comorbidity and correlates. *J Child Adolesc Psychopharmacol.* 2016;26(2):123-30.
7. Bruno A, Celebre L, Torre G, Pandolfo G, Mento C, Cedro C, et al. Focus on disruptive mood dysregulation disorder: a review of the literature. *Psychiatry Res.* 2019;279:323-30.
8. Linke J, Kircanski K, Brooks J, Perhamus G, Gold AL, Brotman MA. Exposure-based cognitive-behavioral therapy for disruptive mood dysregulation disorder: an evidence-based case study. *Behav Ther.* 2020;51(2):320-33.
9. Benarous X, Renaud J, Breton JJ, Cohen D, Labelle R, Guile JM. Are youths with disruptive mood dysregulation disorder different from youths with major depressive disorder or persistent depressive disorder? *J Affect Disord.* 2020;265:207-15.
10. Apicella M, Pisa MC, Averna R, Labonia M, Pontillo M, Vicari S. Neurocognitive and adaptive phenotypes in adolescent inpatients with mood disorders: an exploratory study on disruptive mood dysregulation disorder in the framework of depressive disorders. *Front Psychiatry.* 2023;14:1253589.
11. Bhatara VS, Bernstein B, Fazili S. Complementary and integrative treatments of aggressiveness/emotion dysregulation associated with disruptive disorders and disruptive mood dysregulation disorder. *Child Adolesc Psychiatr Clin N Am.* 2023;32(2):297-315.
12. Hendrickson B, Girma M, Miller L. Review of the clinical approach to the treatment of disruptive mood dysregulation disorder. *Int Rev Psychiatry.* 2020;32(3):202-11.
13. Braenden A, Coldevin M, Zeiner P, Stubberud J, Melinder A. Executive function in children with disruptive mood dysregulation disorder compared to attention-deficit/hyperactivity disorder and oppositional defiant disorder, and in children with different irritability levels. *Eur Child Adolesc Psychiatry.* 2024;33(1):115-25.
14. Laporte PP, Matijasevich A, Munhoz TN, Santos IS, Barros AJD, 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.
15. Hosie J, Dunne AL, Meyer D, Daffern M. Aggressive script rehearsal in adult offenders: relationships with emotion regulation difficulties and aggressive behavior. *Aggress Behav.* 2022;48(1):5-16.
16. Braenden A, Coldevin M, Zeiner P, Oyen AS, Melinder A, Stubberud J. Neuropsychological mechanisms of social difficulties in disruptive mood dysregulation disorder versus oppositional defiant disorder. *Child Neuropsychol.* 2024;30(3):402-24.
17. Westby CE. Disruptive behavior disorders and social communication disorder. In: *Social communication development and disorders.* London: Routledge; 2022. p. 304-43.
18. Benarous X, Iancu C, Guile JM, Consoli A, Cohen D. Missing the forest for the trees? A high rate of motor and language impairments in disruptive mood dysregulation

- disorder in a chart review of inpatient adolescents. *Eur Child Adolesc Psychiatry*. 2021;30(10):1579-90.
19. Coldevin M, Braenden A, Zeiner P, Oyen AS, Melinder A, Stubberud J. Disruptive mood dysregulation disorder in a Norwegian clinical child population. *Clin Child Psychol Psychiatry*. 2024;29(2):393-406.
  20. Meyers E, DeSerisy M, Roy AK. Disruptive mood dysregulation disorder (DMDD): an RDoC perspective. *J Affect Disord*. 2017;216:117-22.
  21. 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.
  22. Zhang Y, Zhang W, Yu E. Systematic review and meta-analysis: pharmacological and nonpharmacological interventions for disruptive mood dysregulation disorder. *J Child Adolesc Psychopharmacol*. 2024;34(5):217-25.
  23. Martin CG, Roos LE, Zalewski M, Cummins N. A dialectical behavior therapy skills group case study on mothers with severe emotion dysregulation. *Cogn Behav Pract*. 2017;24(4):405-15.
  24. Waxmonsky JG, Baweja R, Bansal PS, Waschbusch DA. A review of the evidence base for psychosocial interventions for the treatment of emotion dysregulation in children and adolescents. *Child Adolesc Psychiatr Clin N Am*. 2021;30(3):573-94.
  25. Huang C, editor. Review of treatment of disruptive mood dysregulation disorder. In: 4th International Conference on Humanities Education and Social Sciences (ICHESS 2021). Paris: Atlantis Press; 2021. p. 40-7.
  26. Khan YS, Mathew S, Jasem AlMerai M, Alabdulla M. Group dialectical behaviour therapy for adolescents with emotional dysregulation and maladaptive coping: pilot implementation in Qatar. *BJPsych Int*. 2024;21(4):83-7.
  27. Pardo ES, Rivas AF, Barnier PO, Mirabent MB, Lizeaga IK, Cosgaya AD, et al. A qualitative research of adolescents with behavioral problems about their experience in a dialectical behavior therapy skills training group. *BMC Psychiatry*. 2020;20(1):245.
  28. Nasri B, Castenfors M, Fredlund P, Ginsberg Y, Lindefors N, Kaldo V. Group treatment for adults with ADHD based on a novel combination of cognitive and dialectical behavior interventions: a feasibility study. *J Atten Disord*. 2020;24(6):904-17.
  29. Shahmohammadi GA, Abedi A, Khayatan F, Aghaei A. Construction and validation of the Disruptive Mood Dysregulation Disorder Scale (DMDDS)—Parent Form. *J Child Ment Health*. 2021;19(2):263-75. Persian.
  30. Bagheri Sheykhangafshe F, Savabi Niri V, Baryaji S, Saeedi Z, Kiani A, Fathi-Ashtiani A. The effectiveness of acceptance and commitment therapy on sexual function, coping strategies and distress tolerance of employees with rheumatoid arthritis. *Sadra Med J*. 2023;11(4):360-73. Persian.
  31. Spence SH. Structure of anxiety symptoms among children: a confirmatory factor-analytic study. *J Abnorm Psychol*. 1997;106(2):280-97.
  32. Buss AH, Perry M. The aggression questionnaire. *J Pers Soc Psychol*. 1992;63(3):452-9.
  33. Felner R, Lease A, Phillips R. Social competence and the language of adequacy as a subject matter for psychology: a quadripartite tri-level framework. In: *The development of social competence in adolescence*. Beverly Hills: Sage Publications; 1990. p. 254-64.
  34. Linehan MM. *Skills training manual for treating borderline personality disorder*. New York: Guilford Press; 1993.