

اثربخشی آموزش تنظیم هیجانی بر افسردگی، اضطراب و مشکلات تنظیم هیجانی دختران مبتلا به اختلال افسردگی اساسی ساکن در خوابگاه‌های دانشجویی

فرشته مومنی^۱

مقاله پژوهشی

چکیده

زمینه و هدف: تنظیم هیجانی فرایندی است که در طی آن، افراد هیجانان خود را به صورت هوشیارانه و ناهوشیار تعدیل می‌نمایند. پژوهش حاضر با هدف بررسی اثربخشی آموزش تنظیم هیجانی بر کاهش افسردگی در دانشجویان دختر مبتلا به افسردگی ساکن خوابگاه در شهر تهران انجام شد.

مواد و روش‌ها: روش پژوهش حاضر، نیمه تجربی همراه با دو گروه آزمایش و شاهد با اجرای پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری شش ماهه بود. نمونه‌ای متشکل از ۳۰ نفر از دانشجویان در نیم‌سال اول سال تحصیلی ۹۰-۱۳۸۹ که مبتلا به افسردگی بودند و تحت درمان دارویی قرار داشتند، به شیوه در دسترس انتخاب شدند و به صورت تصادفی در دو گروه آزمایش و شاهد (هر گروه ۱۵ نفر) قرار گرفتند. گروه آزمایش تحت آموزش تنظیم هیجانی قرار گرفتند و گروه شاهد در لیست انتظار قرار داده شد. شش ماه پس از اتمام آموزش، از کلیه شرکت کنندگان پیگیری به عمل آمد. ابزارهای مورد استفاده در پژوهش شامل پرسش‌نامه تنظیم هیجانی شناختی (Cognitive Emotion Regulation Questionnaire یا CERQ)، مقیاس تنیدگی، اضطراب و افسردگی (Depression, Anxiety and Stress Scales یا DASS) و مقیاس افسردگی Beck (Beck Depression Inventory یا BDI) بود که در سه مرحله پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری توسط آزمودنی‌ها تکمیل شد. داده‌ها با استفاده از روش تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

یافته‌ها: نمرات پس‌آزمون و پیگیری افسردگی در گروه آزمایش کاهش یافت ($P < 0/010$). همچنین، در زیرمقیاس سرزنش خود کاهش و در زیرمقیاس‌های کنار آمدن و مثبت‌اندیشی افزایش معنی‌دار نمرات، هم در مرحله پس‌آزمون و هم پیگیری در گروه آزمایش مشاهده شد؛ در حالی که در گروه آزمایش، نمرات پس‌آزمون و پیگیری اضطراب تغییر معنی‌داری را نشان نداد.

نتیجه‌گیری: نتایج مطالعه نشان داد که می‌توان از آموزش تنظیم هیجانی در جهت کاهش افسردگی و بهبود تنظیم هیجانی دختران دانشجوی مبتلا به اختلال افسردگی اساسی تحت دارو درمانی استفاده نمود.

واژه‌های کلیدی: آموزش تنظیم هیجانی، افسردگی، اضطراب، مشکلات تنظیم هیجانی، دانشجویان خوابگاه

ارجاع: مومنی فرشته. اثربخشی آموزش تنظیم هیجانی بر افسردگی، اضطراب و مشکلات تنظیم هیجانی دختران مبتلا به اختلال افسردگی اساسی ساکن در خوابگاه‌های دانشجویی. مجله تحقیقات علوم رفتاری ۱۳۹۵؛ ۱۴ (۱): ۶۴-۷۱.

پذیرش مقاله: ۱۳۹۴/۱۲/۱۲

دریافت مقاله: ۱۳۹۴/۹/۱۲

به تئوری‌های زیاد در تبیین پدید آمدن افسردگی، به نظر می‌رسد قبل از اجرای درمان، باید به عوامل میانجی که نقش مهمی در ابتلای فرد به افسردگی دارند، توجه شود. تعدادی از محققان به نقش مهم الگوهای سازگارانه تنظیم هیجانی (Emotion regulation) در ابتلا به افسردگی اشاره نموده‌اند (۴، ۳). بر طبق این نظریات، علایم و نشانه‌های افسردگی پیامد نقص فرد در تنظیم هیجانان خود به شیوه سازگارانه و صحیح می‌باشد. بر اساس نظر Gross (۵) و Gratz و Roemer (۶)، تنظیم هیجانی به صورت «فرایندهای بیرونی و درونی که مسؤول ثبت، ارزیابی و اصلاح واکنش‌های هیجانی هستند و به خصوص الگوهای موقتی در جهت رسیدن به هدف تلقی می‌شوند» تعریف می‌شود.

مطابق تعاریف و ترکیب موضوعات، تئوری‌های زیادی برای تنظیم هیجانی مطرح شده است (۸، ۷). مدلی برای مفهوم‌سازی شیوه‌های سازگارانه تنظیم

مقدمه

افسردگی یکی از شایع‌ترین اختلالات روانی و از جمله جدی‌ترین مسایل بهداشت روانی است که تأثیرات نامطلوب زیادی از جمله درماندگی فرد، کاهش عملکرد روزانه و حتی از دست دادن زندگی را با خود به همراه دارد (۱). بنا بر برآوردهای صورت گرفته، ۲۰ تا ۲۵ درصد افراد، دوره‌هایی از افسردگی را در طی عمر خود تجربه می‌کنند و شیوع این اختلال در طول عمر ۱۶ درصد می‌باشد. علاوه بر این، افرادی که یک دوره حمله افسردگی اساسی را تجربه نموده‌اند، احتمال بیشتری برای تجربه دوره بعدی افسردگی دارند و هر دوره افسردگی به طور معنی‌داری عامل خطری برای ابتلا به دوره‌های بعدی می‌باشد (۲). با در نظر گرفتن پیامدهای افسردگی بر زندگی فرد، به کارگیری مداخلات چند جانبه به منظور بهبودی افسردگی لازم و ضروری به نظر می‌رسد. با توجه

۱- استادیار، گروه روان‌شناسی بالینی، دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی، تهران، ایران

Email: momenipsy@gmail.com

نویسنده مسؤول: فرشته مومنی

مهارت بنیادی به شمار می‌رود که در رفتار درمانی دیالکتیکی آموزش داده می‌شود (۲۹) و تأثیر زیادی در درمان مبتلایان به اختلال شخصیت مرزی دارد و در درمان سایر اختلالات از جمله افسردگی نیز مؤثر می‌باشد (۳۰).

دانشجویان از ارکان اصلی نیروهای انسانی کشور محسوب می‌شوند و نقش بسزایی در تحول، پیشرفت و تعالی هر کشوری دارند. با توجه به اهمیت نقش دانشجویان در پیشرفت و تعالی جوامع، طبیعی است که بررسی عوامل مؤثر در رشد، ارضای نیازهای روانی و تأمین سلامت جسمانی و روان‌شناختی این قشر، از اهمیت ویژه‌ای برخوردار است. از سوی دیگر، ورود به دانشگاه یک رویداد مهم و بسیار حساس در زندگی نیروهای کارآمد و فعال جوان در هر کشور به شمار می‌رود که اغلب با تغییرات زیادی در روابط اجتماعی و فردی آن‌ها همراه است (۳۱). مطالعات نشان داده است که اختلال افسردگی اساسی یکی از شایع‌ترین اختلالات در میان جمعیت دانشجویی می‌باشد که تأثیرات منفی زیادی بر جنبه‌های مختلف زندگی از جمله عملکرد تحصیلی و ارتباط بین فردی دارد. با توجه به اهمیت مهارت‌های سازگاران تنظیم هیجانی و ناموفق بودن آن در افراد مبتلا به اختلال افسردگی، لزوم انجام مداخلات روان‌شناختی در جهت آموزش مهارت‌های تنظیم هیجانی، لازم و ضروری به نظر می‌رسد. با وجود تحقیقات متعدد در خارج از کشور و داخل، پیرامون ارتباط میان راهبردهای تنظیم هیجانی و اختلالات روانی و از جمله افسردگی، مطالعاتی نیز بر روی تأثیر آموزش تنظیم هیجانی بر اختلالات روانی به ویژه اختلال اضطراب فراگیر انجام شده، اما در مورد اختلال افسردگی اساسی پژوهش‌های اندکی صورت گرفته است. از این‌رو، هدف از انجام پژوهش حاضر، بررسی اثربخشی مداخلات تنظیم هیجانی بر کاهش افسردگی در دانشجویان خوابگاهی بود.

بر این اساس، فرضیه‌های زیر مطرح گردید:

- ۱- آموزش تنظیم هیجانی بر کاهش افسردگی در دانشجویان دختر خوابگاهی اثربخش می‌باشد.
 - ۲- آموزش تنظیم هیجانی بر کاهش اضطراب در دانشجویان دختر خوابگاهی اثربخش می‌باشد.
- آموزش تنظیم هیجانی بر مهارت‌های تنظیم هیجانی در دانشجویان دختر خوابگاهی اثربخش می‌باشد.

مواد و روش‌ها

این پژوهش از نوع نیمه تجربی بود که با دو گروه آزمایش و شاهد به همراه پیش‌آزمون - پس‌آزمون و پیگیری شش ماهه صورت گرفت. جامعه پژوهش را کلیه دانشجویان دختر دانشگاه‌های تهران در نیم‌سال اول سال تحصیلی ۹۰-۱۳۸۹ که مبتلا به اختلال افسردگی اساسی بودند، تشکیل داد. این دانشجویان به منظور درمان به مرکز مشاوره خوابگاه مراجعه کرده بودند و تحت درمان دارویی قرار داشتند. از این افراد درخواست شد تا در صورت تمایل در جلسات روان‌درمانی ثبت نام نمایند. از میان کلیه دانشجویان، ۴۱ نفر اقدام به ثبت‌نام نمودند که ۳۲ نفر ملاک‌های لازم برای ورود به مطالعه را داشتند.

معیارهای ورود شامل محدوده سنی ۲۶-۱۸ سال و ابتلا به اختلال افسردگی اساسی بنا بر نظر روان‌پزشک و دریافت درمان دارویی بود. ملاک‌های خروج از مطالعه نیز اقدام به خودکشی، ابتلا به اختلال دوقطبی، اختلال شخصیت، اختلالات کنترل تکانه، اختلالات سایکوتیک و اختلال خوردن بود که توسط مصاحبه تشخیصی نیمه ساختار یافته

هیجانی پیشنهاد گردیده که به صورت تعامل ۹ مهارت خاص تنظیم هیجانی مطرح می‌شود. بر اساس ادبیات موجود، این مهارت‌ها که شامل توانایی برای پردازش هوشیارانه هیجانات و آگاهی از آن‌ها (۹)، شناسایی و نام بردن هیجانات (۱۱، ۱۰)، درونی‌سازی صحیح حس‌های بدنی مرتبط با هیجان (۱۳، ۱۲)، درک و ارتقای هیجان (۱۴)، محافظت از فرد در موقعیت‌های هیجانی رنج‌آور (۱۶، ۱۵)، تنظیم فعالانه هیجانات منفی به منظور داشتن احساسات بهتر (۱۷)، پذیرش هیجان (۱۹، ۱۸)، تاب‌آوری برای تحمل هیجان منفی (۲۰) و در نهایت آرام کردن موقعیت‌های رنج‌آور هیجان‌زا به منظور به دست آوردن اهداف (۲۱) می‌باشد، مهم تلقی شده‌اند. فرضیه مهم این مدل آن است که توانایی فرد برای اصلاح هیجانات خود در جهت مطلوب و یا پذیرش و تحمل هیجانات نامطلوب، جزء مهمی از سلامت روانی فرد به شمار می‌رود. در مقایسه با آن، سایر مهارت‌ها تا حدی مناسب هستند؛ چرا که آن‌ها کاربرد مهارت‌های اساسی و محوری اصلاح و یا پذیرش و تحمل را تسهیل می‌نمایند (۲۲).

مهارت‌های تنظیم هیجانی عمومی (مهارت‌هایی که برای تنظیم صحیح هیجانات به کار می‌روند)، بنا به دلایل زیادی اهمیت دارند. اول این که، هیجانات منفی که لزوماً در تشخیص ملاک‌های اختلال خاصی مطرح نمی‌شوند، اغلب اشاره به الگوهای رفتاری مرتبط با آن اختلال دارند (به عنوان مثال، هیجان خشم در پرخوری و احساس غم در سوء مصرف مواد مطرح می‌شود). دوم این که هیجانات منفی که لزوماً در تشخیص ملاک‌های اختلال خاصی مطرح نمی‌شوند، اغلب بر شیوه‌های سازگاران مؤثر و کاربرد راهبردهای آموزش داده شده در درمان مداخله می‌کنند (به عنوان مثال، اضطراب مانع از به کارگیری راهبردهای حل مسأله فعال در بیماران مبتلا به افسردگی می‌شود یا خلق افسرده و احساس ناامیدی مانع از درگیر شدن بیماران مضطرب با موقعیت‌های هراس‌آور می‌گردد). سوم این که، بسیاری از بیماران از بیشتر از یک اختلال رنج می‌برند که تا حدی به صورت نقص در تنظیم هیجانات مطرح است (نا توانی برای پذیرش احساسات، منجر به پاسخ‌های متنوعی مانند اجتناب و نشخوار فکری می‌گردد که اغلب باعث ایجاد اختلالات خلقی و اضطرابی می‌شود) (۲۳).

بنابراین، ارتقای مهارت‌هایی که برای تنظیم بیش از یک هیجان به کار می‌رود، می‌تواند بهبودی مشکلات بیماران را هدف قرار دهد. شواهد تجربی زیادی مبنی بر این که مهارت‌های تنظیم هیجانی در ایجاد، حفظ و درمان اختلالات روانی درگیر هستند، وجود دارد. به عنوان مثال، مطالعات مقطعی نشان داده است که آسیب‌شناسی روانی مرتبط با نقص در مهارت‌های تنظیم هیجانی، متعدد می‌باشد (۲۳).

مطالعات طولی نیز به این نتیجه رسیده‌اند که مهارت‌های تنظیم هیجانی، وضعیت سلامت روانی فرد را در دوره‌های بعدی زندگی پیش‌بینی می‌کند (۲۴، ۲۵). علاوه بر این، مطالعات تصویربرداری حاکی از آن است که تنظیم هیجانی موفق و سازگاران، نقاطی را در مغز درگیر می‌کند که آن نقاط در افرادی که از مشکلات روانی رنج می‌برند، آسیب دیده است (۲۶، ۲۷).

در نهایت، مطالعات پزشکی و تجربی نشان داده‌اند که مهارت‌های تنظیم هیجانی میانجی، تأثیر یک عامل استرس‌زا بر ایجاد علائم آسیب روانی دارد (۲۸). همچنین، اثربخشی درمان‌هایی که با تمرکز بر ارتقای مهارت‌های تنظیم هیجانی هستند، بیانگر آن است که این مهارت‌ها می‌توانند مکانیسم‌های مهم تغییر در مداخلات روان‌شناختی باشند. به عنوان مثال، تنظیم هیجانی یک

ارزیابی مثبت، اتخاذ دیدگاه، فاجعه‌آمیز پنداری و سرزنش دیگران) و ۳۶ ماده است (۳۳).

در پرسش‌نامه CERQ راهبردهای سرزنش خود، سرزنش دیگران، نشخوار ذهنی و فاجعه‌آمیز پنداری در مجموع راهبردهای منفی تنظیم هیجان را تشکیل می‌دهد و راهبردهای پذیرش، توجه مجدد به برنامه‌ریزی، توجه مجدد مثبت، باز ارزیابی مثبت و اتخاذ دیدگاه بر روی هم راهبردهای مثبت تنظیم هیجان هستند. از مجموع کل نمرات ۳۶ ماده، یک نمره کلی به دست می‌آید که بیانگر استفاده از راهبردهای شناختی تنظیم هیجان می‌باشد و می‌تواند در دامنه‌ای از ۳۶ تا ۱۸۰ قرار گیرد. این پرسش‌نامه می‌تواند در گروه‌های سنی مختلف با تحصیلات متفاوت بر روی بیماران روانی و افراد بهنجار اجرا شود (۳۳). اعتبار و روایی پرسش‌نامه CERQ در مطالعات مختلف بررسی شده است. سازندگان این پرسش‌نامه اعتبار آن را از طریق ضریب Cronbach's alpha برای راهبردهای مثبت، راهبردهای منفی و کل پرسش‌نامه به ترتیب ۰/۹۱، ۰/۸۷ و ۰/۹۳ محاسبه نمودند. همچنین، برای هر کدام از خرده مقیاس‌ها نیز ضریب Cronbach's alpha به صورت جداگانه به دست آمد که از ۰/۶۸ تا ۰/۸۶ متغیر بود (۳۳).

امین‌آبادی پرسش‌نامه CERQ را ترجمه کرد و اعتبار و روایی آن را برای نوجوانان ۱۷-۱۵ ساله به دست آورد. در مطالعه وی پس از تحلیل عوامل، ۹ مؤلفه اصلی به ۴ مؤلفه کاهش یافت و سپس از طریق ضریب Cronbach's alpha اعتبار هر کدام از مؤلفه‌ها و کل پرسش‌نامه محاسبه گردید؛ بدین ترتیب ضریب Cronbach's alpha برای خرده مقیاس سرزنش خود و فاجعه‌آمیز پنداری ۰/۷۷، برای خرده مقیاس کنار آمدن و پذیرش ۰/۷۰، برای خرده مقیاس مثبت‌اندیشی ۰/۷۶ و برای خرده مقیاس سرزنش دیگران ۰/۶۴ به دست آمد. اعتبار کل پرسش‌نامه نیز برابر با ۰/۷۰ بود (۳۴). محمودی کهریز نیز پرسش‌نامه CERQ را بر روی گروهی از دانشجویان اجرا نمود و اعتبار کل پرسش‌نامه را ۰/۷۳ به دست آورد. سایر خرده مقیاس‌ها نیز در پژوهش او از ضرایب اعتبار قابل قبولی برخوردار بود (۳۵).

Structured Clinical Interview for Diagnostic and Statistical

(Manual of Mental Disorders یا SCID) بررسی و در صورت ابتلا، آزمودنی از پژوهش خارج شد. نمونه‌گیری به روش در دسترس صورت گرفت و گزینش افراد در گروه آزمایش و شاهد به صورت تصادفی انجام شد. حجم نمونه پژوهش حاضر بر اساس جدول Cohen و با در نظر گرفتن توان آزمون ۰/۸۰، سطح آلفای ۰/۰۵ (آزمون دوطرفه) و اندازه اثر ۰/۶، در هر گروه ۹ نفر و در کل ۱۸ نفر نیاز بود (۳۲). البته با توجه به ادبیات پژوهش شناخت درمانی که نشان می‌دهد اندازه اثر این درمان در اختلالات اضطرابی و افسردگی به طور عمده بالای ۰/۸۰ است (۱۰)، حتی می‌توان از نمونه با حجم کمتر نیز استفاده کرد، اما با توجه به احتمال ریزش، حجم نمونه پژوهش ۱۵ نفر در هر گروه و در کل ۳۰ نفر تعیین شد. برنامه درمانی پژوهش حاضر شامل آموزش راهبردهای تنظیم هیجانی بر اساس مدل Gross (۵) بود که پروتکل آن بر روی گروه آزمایش انجام شد. این پروتکل متشکل از ۱۲ جلسه ۱/۵ ساعته درمان گروهی می‌باشد که اهداف و محتوای جلسات آن به ترتیب در جدول ۱ آمده است.

پس از اتمام درمان، از تمام شرکت کنندگان پژوهش (گروه آزمایش و شاهد) پس‌آزمون به عمل آمد و همچنین، شش ماه پس از اتمام درمان نیز پیگیری شدند. لازم به ذکر است که به منظور رعایت اصول اخلاقی پژوهش، پس از انجام پیگیری، گروه شاهد نیز مداخله مذکور را دریافت نمود. ازارهای سنجش در پژوهش حاضر در ادامه به تفصیل آمده است.

۱- پرسش‌نامه تنظیم هیجانی شناختی (CERQ) یا Cognitive Emotion Regulation Questionnaire): این پرسش‌نامه از نوع خودسنجی است که در سال ۲۰۰۱ توسط Garnefski و Kraaij طراحی شد. ساختار آن چند بعدی می‌باشد و به منظور شناسایی راهبردهای مقابله شناختی به کار می‌رود. در قیاس با سایر پرسش‌نامه‌های مقابله‌گری که تفاوتی میان تفکرات و اعمال افراد قایل نیستند، پرسش‌نامه CERQ به طور انحصاری به تفکرات اشخاص می‌پردازد. نسخه اصلی آن دارای ۹ مؤلفه (سرزنش خود، پذیرش، نشخوار ذهنی، توجه مجدد مثبت، توجه مثبت به برنامه‌ریزی، باز

جدول ۱. پروتکل درمانی بر اساس مدل Gross

جلسات	هدف	محتوا
اول	آموزش مفاهیم روان‌شناختی	شناسایی و نامگذاری هیجانات (خودآگاهی از هیجانات)
دوم	آموزش مفاهیم روان‌شناختی	بازشناسی پیامدهای خبیان و هیجانات دردناک
سوم	آموزش مفاهیم روان‌شناختی	غلبه بر موانع موجود برای تجربه هیجانات مثبت
چهارم	ارزیابی شناختی	ارزیابی و تعبیر و تفسیر رخدادهای بیرونی (خطاهای شناختی)
پنجم	ارزیابی شناختی	شناسایی تعابیر و تفاسیر و اصلاح آن‌ها
ششم	ارزیابی شناختی	کاهش آسیب‌پذیری شناختی
هفتم	ارزیابی شناختی	بازشناسی و درک فرایندهای حل مسأله
هشتم	جلوگیری از بازدارندگی هیجان	آگاهی از پیامدهای اجتناب هیجانی
نهم	جلوگیری از بازدارندگی هیجان	پذیرش هیجانات
دهم	رویارویی با هیجان	رویارویی با هیجانات
یازدهم	رویارویی با هیجان	عمل کردن بر خلاف هیجانات
دوازدهم	رویارویی با هیجان	خلاصه سازی و نتیجه‌گیری جلسات گذشته

اضطراب و سبک‌های تنظیم هیجانی نیز در جدول ۲ آرایه شده است. همچنین، میانگین متغیرهای مورد بررسی در سه مرحله پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری آمده است.

همان‌گونه که در جدول ۲ مشاهده می‌شود، در گروه تجربی نمرات افسردگی در مرحله پس‌آزمون و پیگیری کاهش یافت. علاوه بر این، در سه زیرمقیاس تنظیم هیجانی (سرزنش خود، کنار آمدن و مثبت‌اندیشی)، در مرحله پس‌آزمون و پیگیری تغییراتی مشاهده شد. به منظور بررسی معنی‌داری تغییرات در مرحله پس‌آزمون و پیگیری، از تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر استفاده گردید. بدین منظور در ابتدا پیش‌فرض‌های استفاده از این روش مورد بررسی قرار گرفت. مقادیر آماره Kolmogorov-Smirnov جهت بررسی فرض نرمال بودن توزیع متغیرهای وابسته، حاکی از نرمال بودن توزیع این متغیرها در دو گروه بود. همچنین، مقادیر آزمون Levene نشان داد که در هیچ کدام از متغیرها تفاوت معنی‌داری بین واریانس‌ها وجود نداشت. بنابراین، پیش‌فرض تساوی واریانس‌ها برقرار می‌باشد ($F = 0.001$, $P = 0.970$). از آنجا که پیش‌فرض استفاده از آزمون اندازه‌گیری مکرر، همگنی ماتریس کوواریانس متغیر وابسته است، آزمون Mauchly مورد استفاده قرار گرفت که نتایج حاصل از آن بیانگر معنی‌دار نبودن این آزمون و برقراری همگنی ماتریس واریانس متغیر وابسته بود. نتیجه آن که می‌توان از آزمون اندازه‌گیری مکرر استفاده نمود. در این طرح عاملی، دو گروه مداخله به عنوان عامل بین آزمودنی و عامل زمان (پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری) به عنوان متغیرهای درون آزمودنی مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت. خلاصه نتایج آزمون تحلیل واریانس مکرر در جدول ۳ آمده است.

همان‌گونه که در جدول ۳ آمده است، اثرات درون آزمودنی برای افسردگی معنی‌دار به دست آمد. میزان F در ارتباط با اثرات تعاملی (زمان و گروه) در گروه آزمایش معنی‌دار بود (بر خلاف گروه شاهد)؛ بدین معنی که افسردگی در گروه آزمایش در سه مرحله سنجش (پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری) تفاوت معنی‌داری داشت. همچنین، در سه زیرمقیاس تنظیم هیجانی (سرزنش خود، کنار آمدن و مثبت‌اندیشی) نیز میزان F در ارتباط با اثرات تعاملی (زمان و گروه) در گروه آزمایش بر خلاف گروه شاهد معنی‌دار بود؛ در حالی که تغییرات میزان اضطراب و زیرمقیاس سرزنش دیگران در سه مرحله پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری و همچنین، بین دو گروه آزمایش و شاهد معنی‌دار نبود.

۲- مقیاس تنیدگی، اضطراب، افسردگی (DASS-42) یا Depression, Anxiety and Stress Scales-42): این مقیاس توسط Lovibond و Lovibond در سال ۱۹۹۵ برای سنجش شدت تنیدگی، اضطراب و افسردگی ساخته شد. مقیاس فوق شامل ۴۲ سؤال است و اضطراب جسمانی (نشانیان شناسی ترس) و تنیدگی روانی (تنیدگی عصبی و انرژی عصبی) را به عنوان دو جنبه مجزا از هم تعیین می‌کند. ضریب گاما که بار عاملی هر مقیاس را در عامل کلی (نمره کلی) نشان می‌دهد، برای افسردگی، اضطراب و تنیدگی به ترتیب ۰/۷۱، ۰/۸۶ و ۰/۸۸ می‌باشد (۳۶). اعتبار این مقیاس توسط Brown و همکاران به صورت آزمون-بازآزمون برای افسردگی، اضطراب و تنیدگی به ترتیب ۰/۷۹، ۰/۷۹ و ۰/۸۱ به دست آمد (۳۷). در ایران روایی و اعتبار این مقیاس توسط سامانی و جوکار مورد بررسی قرار گرفت و اعتبار بازآزمایی آن به ترتیب ۰/۷۶/۸۰ و ۰/۷۷ و ضریب Cronbach's alpha برای افسردگی، اضطراب و تنیدگی به ترتیب ۰/۸۱، ۰/۷۴ و ۰/۷۸ گزارش گردید (۳۸).

۳- مقیاس افسردگی Beck (Beck Depression Inventory) یا BDI): این پرسش‌نامه به عنوان یک ابزار خودگزارش‌دهی برای سنجش شناخت‌های وابسته به افسردگی به شکل گسترده‌ای به کار می‌رود و ۲۱ عبارت موجود در این پرسش‌نامه از مشاهده نشانه‌های نوعی بیماران مبتلا به افسردگی به دست آمده است. این عبارتها هر یک بر حسب شدت وضعیت گزارش شده توسط بیمار، از ۰ تا ۳ نمره‌گذاری می‌شود (۳۹).

فتی و همکاران پرسش‌نامه Beck را بر روی یک نمونه ۹۴ نفری از نمونه‌های ایرانی به اجرا درآوردند و ضریب Cronbach's alpha را ۰/۹۱ و ضریب بازآزمایی به فاصله یک هفته را ۰/۹۴ گزارش نمودند (۴۰).

یافته‌ها

بر اساس یافته‌های توصیفی مربوط به ویژگی‌های دموگرافیک شرکت‌کنندگان، میانگین سنی گروه آزمایش و شاهد به ترتیب $22/5 \pm 2/3$ و $22/6 \pm 2/1$ سال به دست آمد. همچنین، تحصیلات گروه آزمایش $14/6 \pm 1/8$ سال و گروه شاهد $15/0 \pm 1/2$ سال بود. میانگین نمره افسردگی نمونه‌ها در پیش‌آزمون، ۴۶/۴۶ و دامنه آن بین ۲۸ تا ۶۳ بود. سایر نمرات مانند

جدول ۲. میانگین افسردگی، اضطراب و زیرمقیاس‌های تنظیم هیجانی در گروه آزمایش و شاهد در مراحل پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری

مقیاس	گروه‌ها	پیش‌آزمون		پس‌آزمون		پیگیری	
		میانگین \pm انحراف معیار	میانگین \pm انحراف معیار	میانگین \pm انحراف معیار	میانگین \pm انحراف معیار	میانگین \pm انحراف معیار	میانگین \pm انحراف معیار
افسردگی	آزمایش	۴۶/۴۶ \pm ۹/۰۰	۳۲/۱۳ \pm ۷/۶۹	۲۲/۳۲ \pm ۹/۱۵			
	شاهد	۴۶/۲۶ \pm ۷/۲۶	۴۱/۰۰ \pm ۹/۳۷	۴۰/۲۶ \pm ۸/۶۷			
اضطراب	آزمایش	۲۴/۰۶ \pm ۹/۹۱	۲۲/۶۲ \pm ۷/۳۰	۲۳/۷۳ \pm ۵/۰۹			
	شاهد	۲۵/۲۶ \pm ۹/۲۹	۲۳/۳۳ \pm ۸/۳۱	۲۴/۲۶ \pm ۸/۶۵			
تنظیم هیجانی - سرزنش خود	آزمایش	۲۴/۸۶ \pm ۹/۳۸	۲۸/۴۶ \pm ۹/۰۷	۴۱/۴۶ \pm ۱۱/۸۱			
	شاهد	۲۵/۱۳ \pm ۱۰/۰۱	۲۶/۹۳ \pm ۹/۴۳	۲۶/۹۳ \pm ۸/۳۲			
تنظیم هیجانی - کنار آمدن	آزمایش	۱۷/۶۰ \pm ۵/۳۰	۱۰/۸۶ \pm ۴/۶۱	۱۳/۰۰ \pm ۴/۹۴			
	شاهد	۱۵/۶۶ \pm ۵/۹۶	۱۶/۹۳ \pm ۴/۸۳	۱۷/۲۶ \pm ۴/۴۴			
تنظیم هیجانی - مثبت‌اندیشی	آزمایش	۲۰/۴۰ \pm ۴/۳۰	۱۸/۷۳ \pm ۳/۲۶	۱۹/۱۳ \pm ۳/۳۲			
	شاهد	۱۸/۶۶ \pm ۴/۴۵	۱۲/۶۶ \pm ۴/۲۳	۱۳/۱۳ \pm ۴/۵۶			
تنظیم هیجانی - سرزنش دیگران	آزمایش	۱۱/۴۶ \pm ۳/۶۲	۱۰/۵۳ \pm ۲/۹۴	۱۱/۱۳ \pm ۳/۲۹			
	شاهد	۱۱/۷۳ \pm ۳/۲۱	۱۰/۵۳ \pm ۲/۸۵	۱۰/۰۶ \pm ۲/۰۱			

جدول ۳. نتایج تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر برای مقایسه میزان تغییر افسردگی، اضطراب و مهارت‌های تنظیم هیجانی در دو گروه در مراحل پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری

مقیاس	منبع پراکندگی	مجموع مجزورات	درجه آزادی	میانگین مجزورات	P	مقدار F
افسردگی	گروه آزمایش × زمان	۲۰۰۸/۰۲	۲	۱۰۰۳/۰۱	۰/۰۰۱	۲۱/۴۴
	خطا	۳۲۶/۴۲	۲۸	۱۰/۳۵		
اضطراب	گروه شاهد × زمان	۴۲۶/۲۲	۲	۲۱۶/۴۵	۰/۴۰۰	۱/۰۲
	خطا	۱۲۶/۵	۲۸	۱۵/۲۲		
تنظیم هیجانی - سرزنش خود	گروه آزمایش × زمان	۷۴۲/۰۶	۲	۳۰۱/۲۵	۰/۶۸۰	۴/۲۲
	خطا	۴۷/۰۲	۲۸	۲۲/۲۰		
تنظیم هیجانی - کنار آمدن	گروه شاهد × زمان	۳۱۱/۸۴	۲	۱۵۴/۴۱	۰/۷۶۰	۱/۸۸
	خطا	۱۱/۲۶	۲۸	۳/۳۸		
تنظیم هیجانی - مثبت‌اندیشی	گروه آزمایش × زمان	۸۸۹/۲۵	۲	۴۴۱/۲۱	۰/۰۱۸	۲۷/۳۳
	خطا	۳۷۲/۳۷	۲۸	۳۲/۵۴		
تنظیم هیجانی - سرزنش دیگران	گروه شاهد × زمان	۴۷۶/۰۲	۲	۳۳۲/۴۵	۰/۵۴۰	۲/۶۰
	خطا	۴۴۶/۴۲	۲۸	۱۳/۲۹		
تنظیم هیجانی - کنار آمدن	گروه آزمایش × زمان	۱۱۲/۴۲	۲	۵۶/۲۱	۰/۰۲۰	۱۱/۴۴
	خطا	۲۷۵/۱۵	۲۸	۷/۷۳		
تنظیم هیجانی - سرزنش دیگران	گروه شاهد × زمان	۶۴/۴۲	۲	۳۲/۲۱	۰/۴۳۰	۶/۵۵
	خطا	۱۶۵/۱۵	۲۸	۶/۸۲		
تنظیم هیجانی - مثبت‌اندیشی	گروه آزمایش × زمان	۳۱/۴۲	۲	۱۶/۸۷	۰/۰۳۳	۲۰/۷۰
	خطا	۳/۴۵	۲۸	۱/۲۶		
تنظیم هیجانی - سرزنش دیگران	گروه شاهد × زمان	۷/۴۶	۲	۳/۲۳	۰/۱۲۰	۱۵/۸۴
	خطا	۵/۲۶	۲۸	۲/۱۴		
تنظیم هیجانی - سرزنش دیگران	گروه آزمایش × زمان	۲۰۱/۴۳	۲	۱۴/۷۴	۰/۵۵۰	۴/۰۹
	خطا	۳۰/۴۸	۲۸	۱۴/۲۴		
تنظیم هیجانی - سرزنش دیگران	گروه شاهد × زمان	۸۸/۴۳	۲	۴۰/۲۴	۰/۵۸۰	۱/۴۲
	خطا	۱۴/۲۳	۲۸	۵/۱۳		

بحث و نتیجه‌گیری

هدف از انجام پژوهش حاضر، مقایسه اثربخشی آموزش تنظیم هیجانی بر کاهش افسردگی در دختران مبتلا به افسردگی اساسی ساکن در خوابگاه دانشجویی بود. نتایج تحلیل واریانس با اندازه‌های مکرر نشان داد که میزان افسردگی در این دانشجویان هم در مرحله پس‌آزمون و هم در مرحله پیگیری به صورت معنی‌داری کمتر شده است. علاوه بر این، در زیرمقیاس سرزنش خود در مقیاس تنظیم هیجانی نیز در گروه آزمایش کاهش معنی‌داری مشاهده شد و در دو زیرمقیاس کنار آمدن و مثبت‌اندیشی نیز در گروه آزمایش افزایش معنی‌داری وجود داشت؛ در حالی که تغییرات مشاهده شده در میزان اضطراب و زیرمقیاس سرزنش دیگران از نظر آماری معنی‌دار نبود. این یافته‌ها با نتایج مطالعات Ehring و همکاران (۴۱) و Kashdan و همکاران (۴۲) همخوانی داشت.

در تبیین اثربخشی آموزش تنظیم هیجانی بر افسردگی، مطالعات نشان داده‌اند که فرایندهای تنظیم هیجانی در افراد مبتلا به افسردگی، به شدت آسیب دیده است و این امر در تعامل با نقایص و خطاهای شناختی آن‌ها، باعث پدید آمدن علائم و نشانه‌ها می‌گردد (۴۳). می‌توان گفت، آموزش تنظیم هیجانی که در ابتدا به بحث پیرامون هیجان و لزوم آن در زندگی روزمره می‌پردازد و همچنین، درک مفهوم آگاهی هیجانی، در ابتدا به افراد مبتلا به افسردگی کمک می‌کند که شناخت بیشتری پیرامون هیجانات خود داشته باشند و آن را به عنوان

امری عادی و طبیعی در زندگی تلقی نمایند. از این‌رو، حتی هیجانات منفی را نیز به عنوان امری عادی در زندگی ادراک می‌نمایند و تنها شدت و مدت آن را نشانه اختلال یا سلامتی در نظر می‌گیرند. این آموزش‌ها باعث می‌شود که افراد در تنظیم هیجانی خود نیز تغییراتی نشان دهند و میزان سرزنش خود در آن‌ها پایین‌تر می‌آید و بهتر می‌توانند با شرایط منفی مقابله نمایند و دید مثبت‌تری راجع به مسایل و مشکلات خود پیدا کنند.

همچنین، افراد مبتلا به افسردگی خشم خود را درون‌فکنی می‌نمایند و می‌توان علایم افسردگی را خشم فروخورده بیمار تلقی نمود (۴۱). از این‌رو، گاهی اطلاعی از خشم‌های درون‌فکنی شده ندارند و با آن به نوعی بیگانه هستند و تنها خلق منفی و عدم لذت در زندگی را تجربه می‌کنند و به دلیل این که از شیوه صحیح مواجهه با خلق منفی اطلاعی ندارند، دست به عکس‌العمل‌های نادرست برای مدیریت آن می‌زنند که این امر باعث می‌شود این افراد در یک چرخه معیوب بیفتند و افسردگی در آنان ادامه یابد و یا دچار دوره‌های بعدی افسردگی شوند. علاوه بر این، عدم آگاهی از هیجان و احساس بیگانگی بقای آن، در بسیاری از مواقع باعث اجتناب از ادراک احساس می‌شود و در نتیجه، فرد نمی‌تواند به درستی مسأله خود را حل و فصل نماید (۴۲).

در برخی پژوهش‌ها بیان شده است که افراد مبتلا به افسردگی در مقایسه با افراد عادی، ظرفیت تحمل هیجانات منفی را ندارند و گاهی به غلط تصور

حل مسأله در تنظیم هیجان آگاهی پیدا کنند و بتوانند در موقع احساس خلق منفی و یا پیشامدی که باعث ایجاد خلق منفی در آن‌ها می‌شود، از این شیوه‌ها برای حل مسأله استفاده نمایند. همان طور که در ادبیات پژوهش اشاره شد، افسردگی، ناشی از نقص در تنظیم هیجانی می‌باشد و از این‌رو، همه موارد آموزش داده شده در جلسات تنظیم هیجانی، باعث اصلاح الگوی تنظیم هیجانی فرد (کاهش الگوی سرزنش خود و افزایش الگوی کنار آمدن و مثبت‌اندیشی) و کاهش افسردگی می‌شود.

محدود بودن نمونه‌های مطالعه به جمعیت دانشجویی و دختران، تعمیم نتایج را دچار اشکال می‌کند. از این‌رو، پیشنهاد می‌شود تا در مطالعات آینده، این پژوهش در میان مردان و جمعیت غیر دانشجویی نیز انجام گیرد.

سیاسگزاری

بدین وسیله از کلیه دانشجویان شرکت کننده در پژوهش حاضر، تشکر و قدردانی به عمل می‌آید.

می‌کنند که نباید احساسات منفی داشته باشند؛ در صورتی که افراد طبیعی نیز گاهی در زندگی روزمره احساس خلق پایین را تجربه می‌کنند و باید توجه داشت که وجود هیجان منفی دال بر افسردگی نیست (۴۴). همچنین، افراد مبتلا به افسردگی تصور می‌کنند که هیجانات آن‌ها پایدار است و بعضی مواقع انگیزه‌ای برای مقابله با آن از خود نشان نمی‌دهند. آگاهی از این که هیجان امری غیر پایدار است، می‌تواند به آن‌ها کمک کند که با خلق و هیجان منفی خود بهتر مقابله نمایند. در نظر گرفتن فرد در موقعیت ناراحت کننده و تشویق و تسکین او، به تصور کردن موقعیت خیالی به فرد کمک می‌کند که خلق خود را از حالت افسرده به خنثی یا شادتر تغییر دهد و از این‌رو، کمک زیادی به فرد مبتلا به افسردگی می‌نماید.

برخی از تئوری‌ها در رابطه با خودکارآمدی در تنظیم هیجانات بحث می‌کنند (۴۴). نتایج مطالعه حاضر نشان داد که جلسات آموزش تنظیم هیجانی توانسته است تا حد زیادی خودکارآمدی افراد مبتلا به افسردگی را در تحمل هیجانات منفی بالا ببرد و از این طریق به کاهش افسردگی کمک نماید. علاوه بر این، آموزش حل مسأله در این برنامه به افراد کمک می‌کند که از روش‌های

References

1. World Health Organization. Depression [Online]. [cited 2016 Apr]; Available from: URL: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs369/en/>
2. Karakus MC, Patton LC. Depression and the onset of chronic illness in older adults: a 12-year prospective study. *J Behav Health Serv Res* 2011; 38(3): 373-82.
3. Gross JJ, Muñoz RF. Emotion regulation and mental health. *Clinical Psychology: Science and Practice* 1995; 2(2): 151-64.
4. Kring AM, Werner KH. Emotion regulation and psychopathology. In: Philippot P, Feldman RS. Editors. *The regulation of emotion*. Abingdon, UK: Taylor & Francis; 2004. p. 359-85.
5. Gross JJ. Emotion regulation: Conceptual and empirical foundations. In: Gross JJ. Editor. *Handbook of emotion regulation*. New York, NY: Guilford Press; 2009. p. 3-24.
6. Gratz KL, Roemer L. Multidimensional assessment of emotion regulation and dysregulation: development, factor structure, and initial validation of the difficulties in emotion regulation scale. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment* 2004; 26(1): 41-54.
7. McRae K, Misra S, Prasad AK, Pereira SC, Gross JJ. Bottom-up and top-down emotion generation: implications for emotion regulation. *Soc Cogn Affect Neurosci* 2012; 7(3): 253-62.
8. Webb TL, Miles E, Sheeran P. Dealing with feeling: a meta-analysis of the effectiveness of strategies derived from the process model of emotion regulation. *Psychol Bull* 2012; 138(4): 775-808.
9. Aldao A, Nolen-Hoeksema S, Schweizer S. Emotion-regulation strategies across psychopathology: A meta-analytic review. *Clin Psychol Rev* 2010; 30(2): 217-37.
10. Bartlett MY, Condon P, Cruz J, Baumann J, Desteno D. Gratitude: prompting behaviours that build relationships. *Cogn Emot* 2012; 26(1): 2-13.
11. Damasio AR. *Descartes' error: emotion, reason, and the human brain*. 18th ed. New York, NY: G.P. Putnam; 1994.
12. Marchesi C, Fonto S, Balista C, Cimmino C, Maggini C. Relationship between alexithymia and panic disorder: a longitudinal study to answer an open question. *Psychother Psychosom* 2005; 74(1): 56-60.
13. Southam-Gerow MA, Kendall PC. Emotion regulation and understanding: implications for child psychopathology and therapy. *Clinical Psychology Review* 2002; 22(2): 189-222.
14. Gilbert P, Baldwin MW, Irons C, Baccus JR, Palmer M. Self-criticism and self-warmth: an imagery study exploring their relation to depression. *Journal of Cognitive Psychotherapy: An International Quarter* 2006; 20(2): 183-200.
15. Leahy RL. A model of emotional schemas. *Cognitive and Behavioral Practice* 2002; 9(3): 177-90.
16. Catanzaro S, Greenwood G. Expectancies for negative mood regulation, coping, and dysphoria among college students. *Journal of Counseling Psychology* 1994; 41(1): 34-44.
17. Greenberg LS. *Emotion-focused therapy: coaching clients to work through their feelings*. Washington, D.C: American Psychological Association; 2002.
18. Hayes S, Strosahl K, Wilson KG. *Acceptance and commitment therapy: an experiential approach to behavior change*. New York, NY: Guilford Press; 1999.
19. Kabat-Zinn J. *Coming to our senses: healing ourselves and the world through mindfulness*. New York, NY: Hyperion Books; 2003.
20. Hayes SC, Wilson KG, Gifford EV, Follette VM, Strosahl K. *Experimental avoidance and behavioral disorders: a functional*

- dimensional approach to diagnosis and treatment. *J Consult Clin Psychol* 1996; 64(6): 1152-68.
21. Krueger RF, Markon KE. Reinterpreting comorbidity: a model-based approach to understanding and classifying psychopathology. *Annu Rev Clin Psychol* 2006; 2: 111-33.
 22. Novick-Kline P, Turk CL, Mennin DS, Hoyt EA, Gallagher CL. Level of emotional awareness as a differentiating variable between individuals with and without generalized anxiety disorder. *Journal of Anxiety Disorders* 2005; 19(5): 557-72.
 23. Kraaij V, Pruyboom E, Garnefski N. Cognitive coping and depressive symptoms in the elderly: a longitudinal study. *Aging Ment Health* 2002; 6(3): 275-81.
 24. Aldao A. The future of emotion regulation research: capturing context. *Perspect Psychol Sci* 2013; 8(2): 155-72.
 25. Grawe K. *Neuropsychotherapy: How the neurosciences inform effective psychotherapy*. Mahwah, NJ: Lawrence Erlbaum; 2007.
 26. Ochsner KN, Gross JJ. Cognitive emotion regulation: insights from social cognitive and affective neuroscience. *Curr Dir Psychol Sci* 2008; 17(2): 153-8.
 27. Sim L, Zeman J. Emotion regulation factors as mediators between body dissatisfaction and bulimic symptoms in early adolescent girls. *The Journal of Early Adolescence* 2005; 25(4): 478-96.
 28. Linehan M. *Cognitive-behavioral treatment of borderline personality disorder*. New York, NY: Guilford Press; 1993.
 29. Lynch TR, Morse JQ, Mendelson T, Robins CJ. Dialectical behavior therapy for depressed older adults: a randomized pilot study. *Am J Geriatr Psychiatry* 2003; 11(1): 33-45.
 30. Garnefski N, Kraaij V. Relationships between cognitive emotion regulation strategies and depressive symptoms: A comparative study of five specific samples. *Personality and Individual Differences* 2006; 40(8): 1659-69.
 31. Beyrami M, Movahedi Y, Movahedi M. Relationship between perceived social support and social emotional loneliness with internet addiction in university students. *Social Cognition* 2013; 3(2): 109-22. [In Persian].
 32. Christensen A, Atkin DC, Baucom B, Yi J. Marital status and satisfaction five years following a randomized clinical trial comparing traditional versus integrative behavioral couple therapy. *Journal of Counseling and Clinical Psychology* 2010; 78(2): 225-35.
 33. Garnefski N, Kraaij V. Cognitive Emotion Regulation Questionnaire (CERQ) [Online]. [cited 2002]; Available from: URL: <http://www.socialsciences.leiden.edu/psychology/organisation/clinical/research/instruments/cognitive-emotion-regulation-questionnaire-cerq.html>
 34. Aminabadi Z. The mediators role of cognitive emotion regulation in perception about training style and their educational function [Thesis]. Tehran, Iran: Shahid Beheshti University; 2009. [In Persian].
 35. Mahmudi Kahriz B. The mediators role of cognitive emotion regulation in relation of perfectionism and psychological frustration in university students [Thesis]. Tehran, Iran: Shahid Beheshti University; 2009. [In Persian].
 36. Lovibond PF, Lovibond SH. The structure of negative emotional states: Comparison of the Depression Anxiety Stress Scales (DASS) with the Beck depression and anxiety inventories. *Behaviour Research and Therapy* 1995; 33(3): 335-43.
 37. Brown TA, Chorpita BF, Korotitsch W, Barlow DH. Psychometric properties of the Depression Anxiety Stress Scales (DASS) in clinical samples. *Behav Res Ther* 1997; 35(1): 79-89.
 38. Samani S, Joukar B. A study on the reliability and validity of the short form of the depression anxiety stress scale (dass-21). *Journal of Social Sciences and Humanities of Shiraz University* 2007; 26(3): 65-77. [In Persian].
 39. Beck AT, Beck RW. Screening depressed patients in family practice. A rapid technic. *Postgrad Med* 1972; 52(6): 81-5.
 40. Fata L, Birashk B, Atefvahid MK, Dabson KS. Meaning assignment structures/ schema, emotional states and cognitive processing of emotional information: comparing two conceptual frameworks. *Iranian Journal of Psychiatry and Clinical Psychology* 2005; 3 (11): 312-26. [In Persian].
 41. Ehrling T, Fischer S, Schnulle J, Bosterling A, Tuschen-Caffier B. Characteristics of emotion regulation in recovered depressed versus never depressed individuals. *Personality and Individual Differences* 2008; 44(7): 1574-84.
 42. Kashdan TB, Barrios V, Forsyth JP, Steger MF. Experiential avoidance as a generalized psychological vulnerability: comparisons with coping and emotion regulation strategies. *Behav Res Ther* 2006; 44(9): 1301-20.
 43. Garnefski N, Kraaij V. Cognitive emotion regulation questionnaire-development of a short 18-item version (CERQ-short). *Personality and Individual Differences* 2006; 41(6): 1045-53.
 44. Martin RC, Dahlen ER. Cognitive emotion regulation in the prediction of depression, anxiety, stress, and anger. *Personality and Individual Differences* 2005; 39(7): 1249-60.

Effectiveness of Emotion Regulation Training on Depression, Anxiety, and Emotional Dysregulation in Female University Students Living in Dormitories

Fereshteh Momeni¹

Original Article

Abstract

Aim and Background: Emotion regulation is a process in which the individual can consciously or unconsciously moderate his/her emotions. The aim of the present study was to determine the efficacy of emotion regulation training on reduction of depression in female university students living in dormitories in Tehran, Iran.

Methods and Materials: This quasi-experimental study was conducted with experimental and control groups, pretest, posttest, and 6 months follow-up. The sample was comprised of 30 students who were in the first semester of 2010-2011 and were receiving medication for major depressive disorder. The subjects were selected via convenience sampling and were randomly assigned to two groups of experimental and control (15 patients in each). The experimental group received emotion regulation training and the control group were placed on the waiting list. The follow-up was performed 6 months after the end of the training. The data collection tools consisted of the Cognitive Emotion Regulation Questionnaire (Garnefski et al, 2001), the Depression, Anxiety, and Stress Scale (Lovibond & Lovibond, 1995), and the Beck Depression Inventory (Beck & Steer, 1996). The questionnaires were completed by the participants in pretest, posttest, and follow-up. Data were analyzed via repeated measures ANOVA.

Findings: Results showed a reduction in depression score in the posttest and follow-up in the experimental group and it was statistically significant ($P \leq 0.01$). Moreover, a significant decrease in the subscale of self-blaming and a significant increase in acceptance and positive reappraisal were observed in the posttest and follow-up in the experimental group. However, no significant difference was observed in the anxiety score in posttest and follow-up in the experimental group.

Conclusions: Data showed that emotion regulation training was efficient in the reduction of depression and improvement of emotion regulation in female students living in the dormitory and receiving medication for major depressive disorder.

Keywords: Emotion regulation training, Depression, Anxiety, Emotional dysregulation

Citation: Momeni F. Effectiveness of Emotion Regulation Training on Depression, Anxiety, and Emotional Dysregulation in Female University Students Living in Dormitories. *J Res Behav Sci* 2016; 14(1): 64-71.

Received: 03.11.2015

Accepted: 02.03.2016

1-Assistant Professor, Department of Clinical Psychology, University of Social Welfare and Rehabilitation Sciences, Tehran, Iran
Corresponding Author: Fereshteh Momeni, Email: momenipsy@gmail.com