



ORIGINAL ARTICLE

Received: 2016/12/24

Accepted: 2017/03/12

The Effect of Dialectic Behavioral Therapy on Depressed Women's Life Attitude

Yasser Rezapour Mirsaleh(Ph.D.)¹, Monireh Esmaeelbeigi (M.A.)², Seyed Hamid Najibi (M.A.)², Masoumeh Eslamifard(M.A.)³

1.corresponding Author:Assistant Professor, Department of Counseling, Faculty of Education and Psychology, Ardakan University, Ardakan, Iran. Email: y.rezapour@ardakan.ac.ir Tel:09132548660

2.MA in Family Counseling, Ardakan University, Ardakan, Iran.

3.MA in Clinical Psychology, Islamic Azad University of Yazd, Yazd, Iran.

Abstract

Introduction: Depression is one of prevalent psychiatric disorders. The present study aimed to investigate the effect of dialectic behavioral therapy (DBT) on depressed women's life attitude.

Methods: This study was a semi experimental study with pretest-posttest design carried out on 30 depressed women selected by purposeful sampling method and randomly assigned to control and experimental group (15 subjects in each group). The data collection tool was Ray Kare's Life Attitude Questionnaire, which was performed before and after the training as a pretest for both experimental and control groups. Then, an intervention program was performed for the experimental group, in 9 sessions 2-hour dialectic behavioral therapy. After intervention and two month later, post-test and follow-up test were performed respectively. Finally, Data were analyzed by Multivariate Covariance Analysis (Mancova).

Results: The findings showed that participants' scores of the experimental group in life attitude questionnaire and its subscales increased significantly than the control group in post-test and this increase was maintained until the follow-up stage ($p<0/1$).

Conclusion: Based on the results it can be concluded that the DBT is an appropriate intervention to alter life attitudes of depressed women.

Keywords: Depressed Women, Dialectic Behavioral Therapy, Life Attitude

Conflict of interest: The authors declared that there is no Conflict interest



This Paper Should be Cited as:

Yasser Rezapour Mirsaleh, Monireh Esmaeelbeigi, Seyed Hamid Najibi, Masoumeh Eslamifard.The Effect of Dialectic Behavioral Therapy on Depressed Women's Life Attitude..... Toloobehdasht Journal.2018;17(1): 35-49.[Persian]



تأثیر مداخله رفتار درمانی دیالکتیک بر نگرش به زندگی زنان افسرده

نویسندگان: یاسر رضاپور میرصالح^۱، منیره اسماعیل بیگی^۲، سید حمید نجیبی^۳، معصومه اسلامی فرد^۳

۱. نویسنده مسئول: استادیار گروه مشاوره، دانشکده علوم تربیتی و روانشناسی، دانشگاه اردکان

تلفن تماس: ۰۹۱۳۲۵۴۸۶۶۰ Email: y.rezapour@ardakan.ac.ir

۲. کارشناس ارشد مشاوره خانواده، دانشگاه اردکان

۳. کارشناس ارشد روانشناسی بالینی، دانشگاه آزاد اسلامی یزد

چکیده

مقدمه: افسردگی یکی از شایعترین اختلالات روانپزشکی است. هدف از این پژوهش تعیین اثر بخشی رفتاردرمانی دیالکتیک بر نگرش به زندگی زنان افسرده بود.

روش بررسی: طرح پژوهش حاضر نیمه تجربی از نوع پیش آزمون-پس آزمون با گروه کنترل بود. ۳۰ زن افسرده با روش نمونه گیری هدفمند انتخاب و به صورت تصادفی در دو گروه آزمایش و کنترل (هر گروه ۱۵ نفر) جایگزین شدند. ابزار گردآوری اطلاعات، پرسشنامه نگرش به زندگی ری کر بود که پیش از اجرای آموزش به عنوان پیش آزمون برای هر دو گروه آزمایش و کنترل اجرا شد. سپس برنامه مداخله ای برای آزمودنی‌های گروه آزمایش در ۹ جلسه ۲ ساعته اجرا شد. بعد از اتمام آزمایش و دو ماه پس از آن، از هر دو گروه آزمایش و کنترل، پس آزمون و آزمون پیگیری به عمل آمد. در نهایت داده های جمع آوری شده با استفاده از آزمون تحلیل کوواریانس چند راهه (مانکوا) مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفتند.

یافته ها: نتایج نشان داد که نمرات شرکت کنندگان گروه آزمایش در پرسشنامه نگرش به زندگی و زیرمقیاس های آن به طور معنی داری نسبت به گروه کنترل در پس آزمون افزایش پیدا کرده و این افزایش تا مرحله پیگیری حفظ شده بود ($p < 0/01$).

نتیجه گیری: با توجه به اینکه در این مطالعه، آموزش رفتار درمانی دیالکتیک منجر به ارتقاء نگرش به زندگی زنان افسرده شد لذا به نظر می رسد این نوع آموزش می تواند یکی از راه های اصلاح نگرش به زندگی در زنان افسرده باشد.

واژه های کلیدی: رفتاردرمانی دیالکتیک، نگرش به زندگی، زنان افسرده

طلوع بهداشت

دو ماهنامه علمی پژوهشی

دانشکده بهداشت یزد

سال هفدهم

شماره: اول

فروردین و اردیبهشت ۱۳۹۷

شماره مسلسل: ۶۷

تاریخ وصول: ۱۳۹۵/۱۰/۰۴

تاریخ پذیرش: ۱۳۹۵/۱۲/۲۲

**مقدمه**

از دیرباز، بشر درگیر انواع مشکلات هیجانی بوده و اخیراً این مشکلات در جامعه ی جهانی و به ویژه در جامعه ایران شیوع قابل توجهی یافته است. یکی از این اختلالات هیجانی، اختلال افسردگی است. نتایج حاصل از مطالعات همه گیرشناسی، افسردگی را شایعترین اختلال روان پزشکی گزارش نموده اند (۱). با توجه به این که افسردگی در بیشتر موارد از نوع افسردگی مداوم می باشد (۲)، و تقریباً دو سوم از این بیماران به خودکشی می اندیشند و البته بین ۱۰ تا ۱۵ درصد آن ها از این طریق به زندگی خود پایان می دهند (۳)، همواره جزو برجسته ترین معضل های بهداشت روان نیز بوده است. خصوصاً این مسئله در زنان اهمیت خاصی پیدا می کند. تغییرات هورمونی، نشانگان پیش از قاعدگی، بارداری، یائسگی، عوامل اجتماعی و موارد از این دست از جمله علل و عواملی به شمار می رود که زنان را دو برابر بیشتر از مردان مستعد افسردگی می کند (۴).

ارزیابی موارد افسردگی در زمینه ی بیماری طبی، امری دشوار است. افسردگی در واقع افت خلقی است که همواره با احساس غمگینی و عدم توانایی تجربه های لذت بخش همراه می باشد. این مشکل واکنشی در برابر فشارهای زندگی است و یک اختلال روانی است که بر فکر، احساس، رفتار و عملکرد جسمانی فرد تأثیر می گذارد (۵).

مشخصه های بارز اختلال افسردگی در DSM-5 شامل یک دوره زمانی حداقل دو هفته ای است که در ضمن آن فرد عدم لذت بردن و کاهش علاقه در تمام یا بخش عمده ای از فعالیت های روزانه خود را تجربه می کند همچنین فرد باید حداقل چهار نشانه دیگر از جمله داشتن احساس غم و ناامیدی، کاهش

یا افزایش وزن (تغییر بیش از ۵ درصد وزن بدن در یک ماه)، بی خوابی یا پر خوابی روزانه، خستگی و فقدان انرژی، احساس پوچی و بی ارزشی، افکار مکرر مرگ و موارد از این دست را داشته باشد (۶). افسردگی می تواند بر انطباق و سازش فرد با موقعیت های جدید تأثیر گذار باشد (۷) و با نشخوار فکری ارتباط زیادی دارد (۸). در افراد افسرده، سرگردانی ذهن درباره اتفاقات گذشته و آینده و نیز نگرش قضاوت گرایانه درباره تجربیات، واکنش های هیجانی منفی را در پی دارد (۹). مطالعات نشان می دهند، حساسیت بین فردی بالا و وابستگی در بیماران افسرده و مضطرب بیشتر از افراد سالم است (۱۰).

با این حال به رغم پیشرفت های شایان توجهی که در مداخلات درمانی مربوط به افسردگی صورت گرفته است، همچنان با شیوع بالا، عود مکرر دوره ها و مداوم شدن اختلال افسردگی مواجه هستیم. نکته ای که به نابسند بودن درمان های موجود و نیاز به معرفی درمان های جدید، با اثر بخشی و دوام بیشتر دلالت دارد (۱۱). در سال های اخیر تلاش برای درمان مبتلایان به افسردگی، رفتار گرایان را به ابداع و مفهوم سازی موج سوم درمان های رفتاری رهنمون ساخته است. هدف درمان های نسل سوم کمک به بیمار است تا بتواند فعالانه شکل های گوناگون ناراحتی های روانی و درد و رنج را به عنوان بخش های گریز ناپذیر زندگی خود بپذیرد (۱۲).

یکی از درمان های موج سوم که در سال های اخیر توجه پژوهشگران را به خود جلب کرده است رفتار درمانی دیالکتیکی (Dialectical Behavioral Therapy) است.

رفتار درمانی دیالکتیکی یک شیوه ی درمانی یکپارچه نگر است. در این رویکرد، یکپارچه سازی را می توان به شکل یکپارچه



رفتارهایی را که جلوی زندگی سالم را می گیرند تغییر دهند و نگرش بهتری نسبت به خود و مشکلاتشان کسب کنند (۱۴). به طور کلی، ۴ راهبرد عمده مهارت آموزشی، افشا درمانی، شناخت درمانی و مدیریت رخدادهای برای تغییر کردن در رفتار درمانی دیالکتیک مورد استفاده قرار می گیرد (۲۵).

بنابر این می توان از DBT به عنوان روش درمانی در اصلاح رفتارهای گذشته، یادگیری، کاربرد و تعمیم مهارت های انطباقی خاصی نام برد که هدف نهایی آن، کمک به بهزیستی روانی فرد است. همچنین آموزش این مهارت ها می تواند آثار سودمندی بر ارتقاء توانایی های روانی اجتماعی و در نتیجه سلامت روانی و جسمانی فرد داشته باشد.

در یک مطالعه فراتحلیل برای تعیین مسیرهای جاری و آتی درمان DBT که به نظر می رسد در بهبود نشانه های افسردگی بیشترین تأثیر را داشته باشند، مشخص شد که دو تکنیک مهارت های هوشیاری فراگیر بنیادین و مهارت های تحمل پریشانی برای درمان افسردگی بیشتر به کار گرفته شده اند (۲۶). همچنین شواهد نشان داد که DBT بهبود معناداری در جمعیت بیماران مبتلا به شخصیت مرزی با توجه ویژه به کاهش نشانه های خشم و افسردگی نشان می دهد (۲۶).

همچنین نتایج یک مطالعه ی مروری تا سال ۲۰۰۶ نشان داد که DBT تأثیر معنی داری بر کاهش افسردگی دارد. نتایج فراتحلیل انجام شده از اندازه ی اثر ۱۱ مطالعه در این زمینه نشان می دهد که DBT نه تنها اثرات بزرگی بر افسردگی و اثرات متوسطی را بر شاخص های مرتبط با آن، بعد از درمان در مقایسه با قبل از آن ایجاد می کند، بلکه این اثرات را طی دوره های پیگیری حفظ می کند (۲۷).

سازی مدل های زیست شناختی و مدل های محیطی مشاهده کرد (۱۳). رفتار درمانی دیالکتیکی مداخلاتی را که مربوط به درمان های شناختی-رفتاری اند و مبتنی بر اصل تغییر هستند را با فنون و آموزه های فلسفه ذن (Zen) درآمیخته و چهار شاخصه ی مداخله ای را در شیوه درمان خود تحت عنوان تحمل پریشانی (به عنوان مولفه های پذیرش)، هوشیاری بنیادین فراگیر، کارآمدی بین فردی (به عنوان مولفه های تغییر) و تنظیم هیجانی را ذکر می کند (۱۴). با توجه به حمایت های تجربی و موفقیت های بسیاری که رویکرد رفتار درمانی دیالکتیک در درمان اختلالات مرزی بدست آورد، اثر بخشی آن در اختلالات دیگر نیز مورد ارزیابی قرار گرفت و حمایت های پژوهشی قابل توجهی به دست آورد (۱۵).

در همین راستا، با توجه به اینکه افسردگی در اختلال شخصیت مرزی نیز دیده می شود، به نظر می رسد DBT در درمان اختلال افسردگی و سایر اختلالات مشابه نیز مؤثر باشد (۱۶). در این زمینه، نتایج پژوهش ها نشان می دهد که DBT بر کاهش افسردگی دوران سالمندان دارای اختلال شخصیت (۱۷-۱۸) و افسردگی افراد دارای اختلال شخصیت مرزی (۱۹) مؤثر است. مطالعات انجام شده در ایران نیز نشان می دهد که DBT بر کاهش افسردگی بیماران مبتلا به مولتیپل اسکلروزیس (۲۰)، بیماران مبتلا به سرطان (۲۱-۲۲)، مادران دارای کودکان معلول (۲۳)، و افکار خودکشی نوجوانان (۲۴) تأثیر معنی داری دارد. با این وجود، اثربخشی DBT در بیمارانی که صرفاً مبتلا به افسردگی هستند و بر علائم جانبی افسردگی، تاکنون مورد توجه چندانی قرار گرفته نشده است (۱۶). DBT برای تغییر رفتار بیماران از فنون متنوعی استفاده می کند تا به بیماران کمک کند



بر اساس ملاک‌های تشخیصی این پرسشنامه (نمره آزمودنی بین ۴۰-۳۱ باشد)، تأیید و تشخیص روانپزشک، مرحله دوم ارزیابی که شامل تاریخچه نشانه‌های افسردگی در فرد، پیشایندها، عوامل نگهدارنده، روابط خانوادگی و موارد از این دست بود، انجام شد. از بین جامعه، ۳۰ زن به صورت نمونه گیری هدفمند انتخاب شدند.

معیارهای ورود به نمونه گیری عبارت بود از داشتن سابقه افسردگی حداقل به مدت یک سال، متأهل بودن، داشتن حداقل ۲۵ و حداکثر ۵۰ سال سن، داشتن حداقل سواد سیکل (اتمام پایه هشتم) برای درک مباحث آموزشی و رضایت جهت شرکت در جلسات و معیارهای خروج از نمونه گیری عبارت بود از داشتن سابقه بیماری همراه با افسردگی و سابقه بستری. در مرحله بعد، آزمودنی های انتخاب شده به صورت تصادفی در دو گروه ۱۵ نفر به عنوان آزمایش و ۱۵ نفر به عنوان کنترل جایگزین شدند. به آزمودنی های گروه آزمایش ۹ جلسه دو ساعته (هر هفته یک جلسه) برنامه مداخله ای مبتنی بر رفتار درمانی دیالکتیک (۳۲-۳۱-۳۰) ارائه شد و شرکت کنندگان گروه کنترل در انتظار درمان قرار داده شدند تا پس از پایان آزمایش مداخلات روی آن ها نیز انجام شود ضمن اینکه هیچ گونه اطلاعی از اجرای پژوهش در گروه آزمایش نداشتند. قبل از اجرای برنامه مداخله ای از هر دو گروه پیش آزمون نگرش به زندگی گرفته شد. بعد از اجرای آزمایش و دو ماه پس از آن نیز از آزمودنی ها پیش آزمون و آزمون پیگیری گرفته شد. در نهایت داده های جمع آوری شده با استفاده از آزمون کوواریانس چند راهه (مانکووا) مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفتند. در ادامه، توضیحات مربوط به

همان طور که در بالا اشاره شد میزان بروز افسردگی در خانم ها تقریباً ۲ برابر آقایان است و بیشتر اوقات با حوادث استرس زای زندگی، عامل های روانی - اجتماعی، حساسیت به تغییرات فصلی و فیزیولوژی بدن آن‌ها در ارتباط است. با توجه به اینکه این بیماری در زنان زودتر رخ می دهد و بیشتر به طول می انجامد و احتمال بازگشت آن بالاتر است و این موارد می تواند کیفیت زندگی خانوادگی و اجتماعی آن‌ها را تحت تأثیر قرار دهد (۲۹-۲۸). آموزش رفتار درمانی دیالکتیک شاید بتواند به افزایش کیفیت زندگی و سازگاری هر چه بیشتر این زنان در شرایط مختلف زندگی کمک کند. پژوهش حاضر با در نظر گرفتن اهمیت موضوع، به دنبال بررسی اثربخشی رفتار درمانی دیالکتیک (DBT) در بهبود نگرش به زندگی زنان افسرده است.

روش بررسی

این پژوهش یک مطالعه نیمه تجربی از نوع پیش آزمون-پس آزمون با گروه کنترل بود. جامعه آماری این پژوهش شامل کلیه مراجعین زن افسرده مراجعه کننده به مرکز اورژانس اجتماعی شهرستان میبد بود که در سال ۱۳۹۳ در این مرکز دارای پرونده بودند. تشخیص بیماری افسردگی با توجه به مصاحبه بالینی انجام شده توسط روانشناس بالینی و روانپزشک، و انجام آزمون های استاندارد در این زمینه انجام شده بود.

برای این منظور پس از ارجاع فرد از سوی روانشناس بالینی مرکز و بعد از گرفتن مشخصات اولیه به منظور تشخیص اختلال افسردگی و رد اختلالات دیگر، پرسشنامه افسردگی بک مورد استفاده قرار گرفت.



ویژگی های مربوط به پرسشنامه نگرش به زندگی و برنامه مداخله ای می آید.

پروفایل نگرش به زندگی: این پرسشنامه توسط ری کر در سال ۱۹۹۲ ساخته شد و برای سنجش معنای زندگی در افراد استفاده می شود. این پرسشنامه دارای ۴۸ سوال بوده که در یک مقیاس ۷ درجه ای لیکرت از ۱ (کاملاً مخالفم) تا ۷ (کاملاً موافقم) نمره گذاری می شود. این پرسشنامه دارای ۶ بعد هدف در زندگی، نوع دوستی در زندگی، مسئولیت پذیری در زندگی، پذیرش مرگ، خلاء وجودی، و جستجوی هدف است که به طور کلی اهداف زندگی، رسالت فرد در زندگی و آنچه که در زندگی افراد اهمیت محوری دارد را مورد ارزیابی قرار می دهد (۳۱). یافته های تحلیل عاملی نشان داد که پرسش های مربوط به هر عامل به طور معناداری روی آن عامل ها بار می گیرند و این پرسشنامه دارای روایی سازه قابل قبولی است (۳۳). هم چنین روایی همگرایی معناداری بین نمرات این پرسشنامه با پرسشنامه های هدف در زندگی (purpose in life scale) و شاخص معنای زندگی (life regard index) بدست آمد (۳۳). آلفای کرونباخ این پرسشنامه در هر ۶ بعد آن بین ۰/۸۹ تا ۰/۹۱ بدست آمد. همچنین این پرسشنامه قادر به تمایز افراد دارای سلامت روان از افراد دارای روان پایین بود (۳۳). آلفای کرونباخ این پرسشنامه در پژوهش حاضر ۰/۸۴ بدست آمد.

جلسه اول: آشنایی با اهداف و قوانین گروه، رایه تعریف دیالکتیک و آشنایی با سه حالت ذهنی (ذهن منطقی، ذهن خردگرا و ذهن هیجانی) و نقش آن ها در تفاسیر و پاسخ های هیجانی.

جلسه دوم: آموزش مهارت های ذهن آگاهی و هوشیاری فراگیر شامل مهارت های: "چه چیز": شامل کارهایی که فرد برای رسیدن به هوشیاری فراگیر انجام می دهد. "چگونه": شامل نحوه انجام دادن کارها برای رسیدن به هوشیاری فراگیر

جلسه سوم: ارائه راهبردهای بقا در بحران (مهارت های پرت کردن حواس، خودآرامسازی، مهارت های به سازی لحظات، تکنیک سود و زیان) به منظور جلوگیری از اقدامات تکانشی هنگام وقوع بحران.

جلسه چهارم: تحمل پریشانی و آموزش تکنیک های خود آرامسازی بوسیله حواس پنجگانه.

جلسه پنجم: کمک به اتخاذ تصمیم و حل و فصل بحران های ناشی از تصمیم گیری های دشوار به وسیله یادگیری کاربرد فنون بهسازی لحظات شامل تصویر سازی، تن آرامی، انجام کار در یک زمان، تفریح و تشویق.

جلسه ششم: آگاهی هیجانی و ایجاد نگرشی رضایتمندانه نسبت به واقعیات جهان و مشارکت فعالانه در آن، یادگیری مهارت های پذیرش واقعیت شامل پذیرش رادیکال، برگرداندن ذهن و رضایتمندی.

جلسه هفتم: آموزش شناسایی الگوی هیجانات و یادگیری مهارت هایی برای کاهش آسیب پذیری نسبت به هیجانات منفی و شیوه تمرین آن در عمل.

جلسه هشتم: آموزش مهارت های ایجاد هیجان مثبت و ارتقای لحظه: تغییر هیجانات منفی از طریق کنش متضاد با هیجان جلسه نهم: مرور جلسات پیشین و جمع بندی، برنامه ریزی برای به کار بردن مهارت های آموخته شده در زندگی واقعی.



افراد گروه آزمایش و ۳ نفر (۲۰ درصد) از افراد گروه کنترل شاغل بودند.

تفاوت معنی داری از لحاظ این متغیرهای جمعیت شناختی در شرکت کنندگان دو گروه وجود نداشت ($p > 0/05$).

میانگین و انحراف معیار نمرات افراد شرکت کننده در پژوهش به تفکیک گروه های آزمایش و کنترل و به تفکیک مراحل انجام آزمون در جدول ۱ آورده شده است.

برای آزمون اثربخشی رفتار درمانی دیالکتیکی بر ابعاد نگرش به زندگی زنان افسرده از آزمون مانکوا استفاده شد که نتایج آن در جدول ۲ به تفکیک مقایسه مراحل آزمون آورده شده است.

این مقاله کد اخلاق رازز کمیته اخلاق دانشگاه علوم پزشکی شهید صدوقی یزد به شماره IR.SSU.REC.1396.11 دریافت کرده است

یافته ها

میانگین سن افراد شرکت کننده در گروه آزمایش $26 \pm 0/86$ سال و گروه کنترل $27 \pm 0/09$ بود. ۸ نفر (۵۳ درصد) از شرکت کنندگان گروه آزمایش دیپلم و زیر دیپلم و ۷ نفر (۴۷ درصد) دارای تحصیلات دانشگاهی بودند.

در گروه کنترل ۹ نفر (۶۰ درصد) دیپلم و زیر دیپلم و ۶ نفر (۴۰ درصد) دارای تحصیلات دانشگاهی بودند. ۲ نفر (۱۳ درصد) از

جدول ۱: انحراف معیار افراد شرکت کننده در پژوهش در ابعاد نگرش به زندگی

متغیر	گروه	پیش آزمون	پس آزمون	پیگیری
هدف در زندگی	آزمایش	$22/73 \pm 6/19$	$30/81 \pm 5/65$	$29/40 \pm 5/13$
	کنترل	$23/63 \pm 7/22$	$23/87 \pm 6/32$	$21/41 \pm 6/64$
پیوستگی	آزمایش	$21/07 \pm 6/54$	$29/08 \pm 3/51$	$28/27 \pm 3/47$
	کنترل	$21/00 \pm 5/45$	$20/21 \pm 4/74$	$19/86 \pm 4/21$
انتخاب/مسئولیت	آزمایش	$23/40 \pm 6/41$	$31/99 \pm 3/48$	$32/13 \pm 4/82$
	کنترل	$23/87 \pm 6/25$	$23/47 \pm 6/74$	$22/26 \pm 5/91$
پذیرش مرگ	آزمایش	$23/27 \pm 4/41$	$33/37 \pm 3/97$	$32/86 \pm 3/98$
	کنترل	$22/53 \pm 3/77$	$23/60 \pm 3/92$	$23/13 \pm 3/89$
خلاء وجودی	آزمایش	$24/19 \pm 5/59$	$33/00 \pm 4/41$	$33/13 \pm 3/76$
	کنترل	$24/87 \pm 3/58$	$24/40 \pm 4/43$	$23/33 \pm 4/22$
جستجوی هدف	آزمایش	$25/27 \pm 5/84$	$34/67 \pm 4/33$	$34/26 \pm 4/59$
	کنترل	$24/67 \pm 4/03$	$25/73 \pm 4/14$	$23/93 \pm 3/90$



جدول ۲: یافته های آزمون مانکوا جهت مقایسه نمرات پیش آزمون با پس آزمون و پیگیری نگرش به زندگی در گروه آزمایش و کنترل

مقایسه پیش آزمون-پیگیری				مقایسه پیش آزمون-پس آزمون				
مجدور انا	معنی داری	F	مقدار	مجدور انا	معنی داری	F	مقدار	
۰/۸۷۷	۰/۰۰۰۱	۲۰/۲۵۴	۰/۸۷۷	۰/۸۸۶	۰/۰۰۰۱	۲۱/۹۶۱	۰/۸۸۶	آزمون اثر پیلائی
۰/۸۷۷	۰/۰۰۰۱	۲۰/۲۵۴	۰/۱۲۳	۰/۸۸۶	۰/۰۰۰۱	۲۱/۹۶۱	۰/۱۱۴	آزمون لامبدای ویلکز
۰/۸۷۷	۰/۰۰۰۱	۲۰/۲۵۴	۷/۱۴۹	۰/۸۸۶	۰/۰۰۰۱	۲۱/۹۶۱	۷/۷۵۱	آزمون اثر هتلینگ
۰/۸۷۷	۰/۰۰۰۱	۲۰/۲۵۴	۷/۱۴۹	۰/۸۸۶	۰/۰۰۰۱	۲۱/۹۶۱	۷/۷۵۱	آزمون بزرگترین ریشه روی

جدول ۳: تحلیل کوواریانس در متن مانکوا به منظور مقایسه نمرات ابعاد نگرش به زندگی در گروه آزمایش و کنترل در مرحله پس آزمون

متغیر وابسته	درجه آزادی	میانگین مربعات	آماره F	سطح معنی داری	مجدور انا	توان آزمون
هدف در زندگی	۱	۴۷۸/۱۹۶	۲۲/۱۷۹	۰/۰۰۰۱	۰/۵۰۲	۰/۹۹۴
پیوستگی	۱	۲۸۰/۹۳۹	۴۶/۶۴۷	۰/۰۰۰۱	۰/۶۸۰	۱
انتخاب/مسئولیت	۱	۳۸۸/۳۱۱	۳۶/۳۹۸	۰/۰۰۰۱	۰/۶۲۳	۱
پذیرش مرگ	۱	۳۱۱/۹۴۶	۵۲/۹۷۴	۰/۰۰۰۱	۰/۷۰۷	۱
خلاء وجودی	۱	۲۱۳/۰۵۹	۷۲/۹۲۹	۰/۰۰۰۱	۰/۷۶۸	۱
جستجوی هدف	۱	۳۴۳/۴۸۸	۳۷/۰۹۶	۰/۰۰۰۱	۰/۶۲۸	۱

جدول ۴: تحلیل کوواریانس در متن مانکوا برای مقایسه نمرات ابعاد نگرش به زندگی در گروه آزمایش و کنترل در مرحله پیگیری

متغیر وابسته	درجه آزادی	میانگین مربعات	آماره F	سطح معنی داری	مجدور انا	توان آزمون
هدف در زندگی	۱	۵۹۵/۹۸۹	۲۹/۷۹۶	۰/۰۰۰۱	۰/۵۷۵	۰/۹۹۹
پیوستگی	۱	۵۱۹/۳۰۱	۴۵/۲۹۲	۰/۰۰۰۱	۰/۶۷۳	۱
انتخاب/مسئولیت	۱	۷۹۷/۹۲۷	۵۸/۶۸۸	۰/۰۰۰۱	۰/۷۲۷	۱
پذیرش مرگ	۱	۷۵۰/۸۶۷	۵۱/۱۴۴	۰/۰۰۰۱	۰/۶۹۹	۱
خلاء وجودی	۱	۸۴۸/۶۶۸	۸۰/۷۷۳	۰/۰۰۰۱	۰/۷۸۶	۱
جستجوی هدف	۱	۸۱۱/۰۵۵	۵۱/۵۹۱	۰/۰۰۰۱	۰/۷۰۱	۱

شده است. شاخص اندازه اثر نشان می دهد که ۸۸/۶ درصد از تغییر واریانس نگرش به زندگی شرکت کنندگان گروه کنترل در مرحله پس آزمون را می توان به رفتار درمانی دیالکتیک نسبت داد.

نتایج آزمون مانکوا نشان می دهد که تغییر در حداقل یکی از زیرمقیاس های نگرش به زندگی معنی دار بوده است. به منظور

همان طور که مشاهده می شود، تمامی مقادیر آزمون معنی دار هستند ($p < 0.01$). به عبارتی دیگر، رفتار درمانی دیالکتیک منجر به تغییر در حداقل یکی از زیرمقیاس های نگرش به زندگی در مرحله پس آزمون شده است. مقایسه پیش آزمون و مرحله پیگیری نیز نشان می دهد که تغییر در نگرش به زندگی شرکت کنندگان گروه آزمایش در مرحله پیگیری نیز حفظ



افسردگی از طریق بهبود مولفه های هوشیاری فراگیر، تحمل پریشانی و تنظیم هیجانی انجام شد نتایج حاکی از اثربخشی رفتار درمانی دیالکتیکی در کاهش نشانه های افسردگی و افزایش شاخص های هوشیاری فراگیر و تحمل پریشانی بود (۲۹). در تبیین این یافته می توان گفت که رفتار درمانی دیالکتیک در قدم اول بیمار را ملزم به تغییر می کند. فردی که به افسردگی مبتلاست هدف مشخصی ندارد، فلسفه وجودی خود را گم می کند و به طور کلی در نگرش خود نسبت به زندگی دچار مشکل می شود (۳۴). بنابراین در اولین گام رفتار درمانی دیالکتیک فرد را ترغیب می کند تا بداند که همیشه بیش از یک راه برای نگرستن به واقعیت وجود دارد و به همین علت است که فرد ویژگی های منحصر به فرد و نقطه نظرات متفاوتی دارند که باید خود را ملزم به تغییر کند (۱۸). رفتار درمانی دیالکتیک برای پیشبرد اهداف و تغییر در نگرش و رفتار به عنوان بخشی از آموزه های خود، از آموزش فنون تنظیم هیجانی و کارآمدی بین فردی استفاده می کند (۳۵). با توجه به اینکه اختلال در تنظیم هیجانی در افراد افسرده، اثربخشی سیستم پردازش شناختی را کاهش می دهد و موجب بروز مشکل در حل مساله، دسترسی ضعیف به حافظه یا خاطرات مربوط به راهبرد های مقابله قبلی می شود (۳۶)، آموزش فنون تنظیم هیجان در رفتار درمانی دیالکتیکی موجب بازشناسی، پذیرش و تعدیل پاسخ های هیجانی فرد می شود (۳۵). مراجعان در جریان آموزش، با سه حالت ذهنی (ذهن خرد گرا، ذهن منطقی، ذهن هیجانی) آشنا می شوند و شرکت کنندگان آموزش می بینند تا توانایی ایجاد تمایز در حالات ذهنی را به دست آورده و نسبت به حالات ذهنی که در هر لحظه معین در آن قرار دارند، آگاهی

تشخیص اینکه تغییر در چه زیرمقیاس هایی تغییر معنی دار بوده است از آزمون کوواریانس در متن مانکوا استفاده شد. جدول ۳ نشان می دهد که مقدار آزمون برای هر شش زیرمقیاس معنی دار است. به این معنی که رفتار درمانی دیالکتیک منجر به بهبود هدف در زندگی، پیوستگی، پذیرش مرگ، انتخاب/مسئولیت، خلاء وجودی و جستجوی هدف شرکت کنندگان گروه آزمایش در پس آزمون شده است. برای تعیین اینکه آیا تغییرات حاصل شده در زیرمقیاس ها در مرحله پس آزمون در مرحله پیگیری نیز حفظ شده اند، مجدداً آزمون کوواریانس در متن مانکوا برای نمرات مرحله پیگیری نیز انجام شد که نتایج آن در جدول ۴ آورده شده است. همان طور که مشاهده می شود تمامی آماره های F معنی دار هستند و می توان نتیجه گرفت که بهبود ابعاد نگرش به زندگی که در نتیجه رفتار درمانی دیالکتیک در گروه آزمایش در مرحله پس آزمون بدست آمده بود، در مرحله پیگیری نیز حفظ شده است ($p < 0/01$).

بحث و نتیجه گیری

یافته های پژوهش حاضر نشان داد که رفتار درمانی دیالکتیک بر بهبود نگرش به زندگی و ابعاد آن در زنان افسرده تأثیر معنی داری داشت. این یافته ها با نتایج پژوهش های پیشین همسو بود (۲۹-۲۲). در پژوهشی که با هدف بررسی اثربخشی درمان دیالکتیکی گروهی در کاهش سطح افسردگی بیماران مبتلا به سرطان انجام شده بود، نتایج نشان داد که رفتار دیالکتیکی می تواند افسردگی را در میان بیماران سرطانی کاهش دهد (۲۲). همچنین در پژوهش دیگری که با هدف بررسی اثربخشی رفتار درمانی دیالکتیکی (DBT) به شیوه گروهی بر نشانه های



کمک زیادی به بهبود و درمان افراد افسرده داشته باشد و آن‌ها را برای حضور کارآمد در جامعه آماده کند.

یکی دیگر از تبیین‌هایی که می‌توان در مورد اثر بخشی رفتار درمانی دیالکتیک بر نگرش به زندگی افراد افسرده ارائه داد مربوط به اصول پذیرش است (۱۷). انسان به دلیل تأثیر گذاری و تأثیر پذیری که دارد، همواره با تناقض‌های زیادی روبرو می‌شود و در مواقع زیادی در مقام و جایگاه انتخاب می‌گیرد. انتخابی که دشواری آن زمانی شروع می‌شود که مراجع از یک سو تمایل دارد مطابق آنچه که دوست دارد و می‌خواهد عمل کند و از سوی دیگر منطق شخصی‌اش چنین دیدگاهی را نمی‌پذیرد و تمایل دارد مطابق منطق شخصی و آنچه که می‌داند عمل کند (۲۷). در چنین شرایطی که مراجع به دلیل یک تصمیم‌گیری دشوار، دچار بحران می‌شود، رفتار درمانی دیالکتیک با به کارگیری تکنیک سود و زیان به مراجع کمک می‌کند تا بحران‌های ناشی از تصمیم‌گیری‌های دشوار را حل و فصل کند (۲۹). علاوه بر تکنیک سود و زیان، رفتار درمانی دیالکتیک از فنون بهسازی لحظات و تکنیک‌های خود آرام سازی استفاده می‌کند تا به مراجع بیاموزد به هنگام وقوع بحران از فکر کردن به بحران‌هایی که در گذشته رخ داده یا بحران‌هایی که ممکن است در آینده پیش‌آید خودداری کرده و بدین ترتیب بر وخامت بحران کنونی نیفزاید، متوجه افکار ناکارآمد خود شود و از حالت ذهنی هیجانی وارد حالت ذهنی خردگرا شود که باعث تصمیم‌گیری درست و جلوگیری از دست زدن به اعمال تکانشی (که موقعیت را بحرانی‌تر و وخیم‌تر می‌کند) می‌شود (۱۸).

پیداکنند. در نتیجه آن‌ها می‌توانند هیجانات خود را بسته به موقعیت افزایش یا کاهش و یا تعدیل کنند و بر چگونگی تجربه هیجان‌ها تسلط بیشتری داشته باشند (۳۵). مهارت‌های استدلال، خودنظم‌دهی و احساس‌کارایی که در نتیجه این تنظیم هیجان در فرد افسرده به وجود می‌آید باعث می‌شود نوع تحلیل و دیدگاه او نسبت به موقعیت‌ها، خصوصاً موقعیت‌هایی که منجر به خلق پایین می‌شود بهبود یافته و در نتیجه این امر افکار و نگرش‌های او به زندگی در جهت مناسب تغییر کرده و سیر بهبودی را طی کند، که منجر به رفتارها و نگرش‌هایی متفاوت با رفتارها و نگرش‌های منجر به افسردگی می‌شود (۳۷).

کارآمدی بین فردی نیز دیگر مولفه مورد استفاده رفتار درمانگران دیالکتیک برای بروز تغییر در احساس و رفتار مراجعان می‌باشد. در جریان این تغییر، از مراجعان خواسته می‌شود که مشکلات خود را در کارت‌های هفتگی بنویسند و در تمرین مهارت‌های گروهی مانند یادگیری رفتارهای جدید و آموزش طرز برخورد با مردم به همراه درمانگر شرکت کنند. مراجعان احساس‌ها، افکار و موقعیت‌هایی را که باعث ترس یا اجتنابشان می‌شود و آنچه را که باعث نگرش منفی نسبت به خود و توانایی‌هایشان می‌شود را افشا می‌کنند و همچنین مورد بحث و بررسی قرار می‌دهند، بدین ترتیب نقاط قوت و ضعف مراجعان برای آن‌ها آشکار می‌شود. سپس نقاط قوت و رفتارهای سازگاران مورد تقویت قرار می‌گیرند (۳۸). بنابراین به تدریج مراجعان می‌آموزند که چگونه رفتارهای سازگار مورد تنبیه قرار می‌گیرند و کارایی و ارزشمندی خود را از دست می‌دهند (۳۹). این نوع نگرش به زندگی، می‌تواند



محدودیت های اجرایی در زمینه های دسترسی، پذیرش مشکل، تمایل به درمان و تشخیص سریع تر، از دیگر محدودیت های این پژوهش بود که تعمیم نتایج آن را با مشکل مواجه می کند. زیرا در برخی از موارد پذیرش اصول رفتار درمانی دیالکتیک در مردان نسبت به زنان ممکن است متفاوت باشد (۳۳) بنابراین فرآیند درمان و اثربخشی آن نیز ممکن است بر اساس جنسیت متفاوت باشد. با توجه به این محدودیت ها، پیشنهاد می شود پژوهش های آتی اثربخشی رفتار درمانی دیالکتیکی را با دیگر مداخلات روانشناختی، خصوصاً دیگر درمان های موج سوم روان درمانی مانند درمان مبتنی بر ذهن آگاهی و پذیرش و تعهد، مورد مقایسه قرار دهند. همچنین پیشنهاد می شود اثربخشی رفتار درمانی دیالکتیکی در بهبود نگرش به زندگی مردان و زنان نیز با یکدیگر مقایسه شود.

تضاد منافع

نویسندگان در این خصوص تضاد منافی ندارند.

تشکر و قدردانی

محققین از شرکت کنندگان پژوهش و هم چنین مسئولین ذیربط که در اجرای پژوهش نقش کمک کننده ای داشتند، تشکر و قدردانی می نمایند.

رفتار درمانی دیالکتیکی در قدم آخر، به مراجع آموزش می دهد تا واقعیت را به صورت کامل بپذیرد و درک صحیحی از آن داشته باشد.

برای محقق شدن این پذیرش به صورت کامل، رفتار درمانی با استفاده از مهارت برگرداندن ذهن، به فرد کمک می کند تا ۱- قادر باشد در صورتی که واقعیت یا مسأله ای وجود دارد که وی آنرا نپذیرفته است نسبت به این عدم پذیرش آگاه باشد؛ ۲- در خود یک تعهد درونی برای پذیرش هرواقعیتی را ایجاد کند و هرگاه ذهن وی به سمت عدم پذیرش واقعیت حرکت کرد، به سرعت نسبت بدان آگاهی یافته و آنرا به سوی مسیر پذیرش هدایت کند (۳۹).

بطور کلی بر اساس یافته های پژوهش می توان نتیجه گرفت که رفتار درمانی دیالکتیک در بهبود نگرش به زندگی زنان افسرده موثر است و می توان از آن به عنوان روشی غیر دارویی برای درمان افسردگی و بهبود نگرش به زندگی استفاده نمود. با این وجود، به دلیل اینکه در پژوهش حاضر رفتار درمانی دیالکتیکی با شیوه های دیگر مداخلات غیر دارویی مقایسه نشد، نمی توان به طور قطع به برتری این شیوه نسبت به مداخلات روانشناختی مشابه اظهار نظر کرد. انتخاب نمونه از بین زنان به علت

References

- 1-Kenny MA. Mindfulness-based cognitive therapy for depression. Continuing Medical Education. 2008;21:26(1):34.
- 2-Moussavi S, Chatterji S, Verdes E, Tandon A, Patel V, Ustun B. Depression, chronic diseases, and decrements in health: results from the World Health Surveys. The Lancet. 2007; 370 :851-8.



- 3-Brådvik L, Mattisson C, Bogren M, Nettelbladt P. Long-term suicide risk of depression in the Lundby cohort 1947–1997–severity and gender. *Acta Psychiatrica Scandinavica* .2008 ; 117(3):185-91.
- 4-Figueiredo B, Conde A. Anxiety and depression in women and men from early pregnancy to 3-months postpartum. *Archives of women's mental health*.2011;14(3):247-55
- 5-American Psychiatric Association. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorder*. 4th ed. Washington, DC: American Psychiatric Publishing.2005 ;100-220.
- 6-American Psychiatric Association. *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (DSM-5)*. American Psychiatric Pub. 2013 ; 22:150-220.
- 7-Kendler KS, Kessler RC, Walters EE, MacLean C, Neale MC, Heath AC, Eaves LJ. Stressful life events, genetic liability, and onset of an episode of major depression in women. *Focus* .2010; 8(3):459-70.
- 8-Hyde JS, Mezulis AH, Abramson LY. The ABCs of depression: integrating affective, biological, and cognitive models to explain the emergence of the gender difference in depression. *Psychological review*. 2008;115(2):291.
- 9- Berman MG, Peltier S, Nee DE, Kross E, Deldin PJ, Jonides J. Depression, rumination and the default network. *Soc Cogn Affect Neurosci* .2011; 6(5):548-55.
- 10-Joormann J, Talbot L, Gotlib IH. Biased processing of emotional information in girls at risk for depression. *Journal of abnormal psychology*. 2007; 116(1):135-143.
- 11-Al-Harbi KS. Treatment-resistant depression: therapeutic trends, challenges, and future directions. *Patient preference and adherence*. 2012; 6:369-88.
- 12-Ghasemzadeh H. *Behavioral therapy: context, problems and prospect*. Tehran: Arjmand Pub, 2013.[Persian]
- 13-Swales MA, Heard HL. *Dialectical behaviour therapy: Distinctive features*. New York: Routledge.2008;110-150.
- 14-Skodol AE, Clark LA, Bender DS, Krueger RF, Morey LC, Verheul R, et al. Proposed changes in personality and personality disorder assessment and diagnosis for DSM-5 Part I: Description and rationale. *Personality disorders: theory, research, and treatment* 2011 ;2(1):4.
- 15-Ost LG. Efficacy of the third wave of behavioral therapies: A systematic review and meta-analysis. *Behaviour research and therapy* .2008; 46(3):296-321.



- 16-Linehan MM, Comtois KA, Murray AM, Brown MZ, Gallop RJ, Heard HL, et al. Two-year randomized controlled trial and follow-up of dialectical behavior therapy vs therapy by experts for suicidal behaviors and borderline personality disorder. *Archives of general psychiatry*. 2006; 63(7):757-66.
- 17-Lynch TR, Cheavens JS, Cukrowicz KC, Thorp SR, Bronner L, Beyer J. Treatment of older adults with co-morbid personality disorder and depression: A dialectical behavior therapy approach. *International journal of geriatric psychiatry* .2007; 22(2):131-43.
- 18-Harley R, Sprich S, Safren S, Jacobo M, Fava M. Adaptation of dialectical behavior therapy skills training group for treatment-resistant depression. *The Journal of nervous and mental disease* . 2008;196(2):136-43.
- 19-Huss DB, Baer RA. Acceptance and Change the Integration of Mindfulness-Based Cognitive Therapy in to Ongoing Dialectical Behavior Therapy in a Case of Borderline Personality Disorder with Depression. *Clinical case studies* .2007; 6(1):17-33.
- 20-Nadimi M, Pishgar M, Shahabizadeh F, Dastjerdi R. Comparing efficacy of groups cognitive behavior therapy and dialectical behavior therapy on treatment of depression in multiple sclerosis patients. *Urmia Medical Journal*. 2014; 25(4):327-37.[Persian]
- 21-Hejazi M, Sobhi A, Sahrzad F. Effectiveness of dialectical behavior therapy (DBT) in reducing depression and anxiety in women with breast cancer. *Indian Journal of Health and Wellbeing* .2014; 5(3):392-4.
- 22-Pishgar M, Nadimi M, Dastjerdi R, Shahabizadeh F. Effectiveness of group dialectical behavior therapy on depression among patients with cancer. *Modern Care Journal* .2014; 11(2):94-102.
- 23-Zamani N, Habibi M, Darvishi M. Compare the effectiveness of Dialectical Behavior Therapy and Cognitive Behavioral Group Therapy in Reducing Depression in Mothers of Children with Disabilities. *Arak Medical University Journal (AMUJ)* .2015; 18:32-42.[Persian]
- 24-Madahi ME, Madah L. Effectiveness of dialectical behavior therapy in reducing depression and suicide thoughts in girl students. *School Psychology*. 2014; 3(3):74-85.[Persian]
- 25-Leichsenring F, Leibing E, Kruse J, New AS, Leweke F. Borderline personality disorder. *The Lancet*. 2011;377(9759):74-84.
- 26-Robins CJ, Chapman AL. Dialectical behavior therapy: Current status, recent developments, and future directions. *Journal of personality disorders*. 2004; 18(1):73-89.



- 27-Anthony C. AQualitative and quantitative review of the published research on dialectical behavior therapy: An update on school (2000). Unpublished Dissertation. USA: Sam Houston State University.2007;220-235.
- 28-Shamloo N, Gharavi MM, Asgharipour N. [The effectiveness of dialectical behavior therapy based on emotion regulation training on depression symptoms]. *Journal of Fundamentals of Mental Health* .2014; 8(16): 261-271.[Persian]
- 29-Alavi K, Modarres GM, Amin Yazdi SA, Salehi Fadardi J. (2011). Effectiveness of group dialectical behavior therapy (based on core mindfulness, distress tolerance and emotion regulation components) on depressive symptoms in university students. *Journal of Fundamentals of Mental Health*. 2011; 13(2): 124-35.[Persian]
- 30-Khani H, Belir S, Zamani S, Zamani N. Efficacy of Dialectical Behavior Therapy on Depression. *J Mazandaran Univ Med Sci* .2015; 25:113-118. [Persian]
- 31-Reker GT, Peacock EJ. The Life Attitude Profile (LAP): A multidimensional instrument for assessing attitudes toward life. *Canadian Journal of Behavioural Science/Revue canadienne des sciences du comportement* .1981; 13(3):264-273.
- 32-Hyde JS, Mezulis AH, Abramson LY. The ABCs of depression: integrating affective, biological, and cognitive models to explain the emergence of the gender difference in depression. *Psychological review* .2008;115(2):291.
- 33-Linehan M, Bohus M, & Lynch T. Handbook of emotion regulation. In J. Gross (Ed.), *Dialectical behavior therapy for pervasive emotion dysregulation: Theoretical and practical underpinnings* (pp. 581– 605). New York: Guilford Press, 2007.
- 34-Gotlib IH, Joormann J. Cognition and depression: current status and future directions. *Annual review of clinical psychology* .2010; 6:285-312.
- 35-Goodman M, Carpenter D, Tang CY, Goldstein KE, Avedon J, Fernandez N, et al. Dialectical behavior therapy alters emotion regulation and amygdala activity in patients with borderline personality disorder. *Journal of psychiatric research* 2014; 57:108-16.
- 36-McKay M, Wood JC, Brantley J. *The dialectical behavior therapy skills workbook: Practical DBT exercises for learning mindfulness, interpersonal effectiveness, emotion regulation and distress tolerance*. Oakland, CA: New Harbinger Publications.2007;110-230.



- 37-Choudhary S, Thapa K. Dialectical Behavior Therapy for Managing Interpersonal Relationships. *Psychological Studies* .2012; 57(1):46-54.
- 38-Neacsiu AD, Lungu A, Harned MS, Rizvi SL, Linehan MM. Impact of dialectical behavior therapy versus community treatment by experts on emotional experience, expression, and acceptance in borderline personality disorder. *Behaviour research and therapy* .2014; 53:47-54.
- 39-Linehan MM, Dimeff LA, Reynolds SK, Comtois KA, Welch SS, Heagerty P, et al. Dialectical behavior therapy versus comprehensive validation therapy plus 12-step for the treatment of opioid dependent women meeting criteria for borderline personality disorder. *Drug and alcohol dependence*. 2002; 67(1):13-26.