

## Effectiveness of Dialectical Behavior Therapy in Improving Symptoms of Patients with Dysthymic Disorder

Habibi M<sup>\*1</sup>, Akbari-Pourbahadoran M<sup>2</sup>, Falahatpishe-Baboli M<sup>1</sup>, Narimani M<sup>3</sup>,  
Abedi-Parija H<sup>4</sup>

1. Department of Family Therapy, Family Research Institute, Shahid Beheshti University, Tehran, Iran.

2. Department of Clinical Psychology, Faculty of Psychology, Islamic Azad University, Saveh Branch, Saveh, Iran.

3. Department of Psychology, Faculty of psychology, Mohaghegh Ardabili University, Ardabil, Iran.

4. Department of Counseling Psychology, Faculty of psychology, Shahid Beheshti University, Tehran, Iran.

\*Corresponding Author. Tel: +989122387577 E-mail: mo\_habibi@sbu.ac.ir

Received: Oct 11, 2015 Accepted: Mar 16, 2016

### ABSTRACT

**Background & objectives:** Dysthymia is a chronic, therapy-resistant disorder recognized through a depressive mood in most days and hours. Dialectical behavior therapy is a practical treatment approach for major depressive disorder. Dysthymia symptoms are like major depression but with longer duration and lower severity. So it is assumed that dialectical behavior therapy may be effective in dysthymia treatment. So the present study was done with the aim of determining the effectiveness of dialectical behavior therapy in treatment of dysthymia disorder.

**Methods:** This research was an experimental study and used a pre-test/post-test design with control group. The study population were all the men and women of 20 to 50 years old who resided in Karaj in the year 2013 and had visited clinics and mental health centers with diagnosis of dysthymic disorder. Convenience sampling method was used to choose 75 people which randomly allocated to treatment and control groups. This sample decreased to 20 in each group because of drop out. Rosenberg's self-esteem scale, Beck's Depression inventory and DASS depression, anxiety, and stress scale were used for data gathering. The data were analyzed by multi-variant ANOVA using SPSS (v.16).

**Results:** We found a significant difference between mean ( $F=3.337$ ) and the total score of depression ( $F=3.95$ ) between two groups. According to the data, dialectical behavior therapy led to treatment of depression.

**Conclusion:** According to the findings dialectical behavior therapy is effective in treatment of the signs and symptoms of dysthymia and it can be used along with medicine and other cognitive therapies.

**Keywords:** Dialectical Behavior Therapy; Dysthymia; Mood Disorder

## اثربخشی رفتاردرمانی دیالکتیکی بر بهبود علایم بیماران مبتلا به افسرده‌خویی

مجتبی حبیبی<sup>۱\*</sup>، مصطفی اکبری پوربهدران<sup>۲</sup>، مریم فلاحت پیشه بابلی<sup>۱</sup>، محمد نریمانی<sup>۳</sup>، حسین عابدی پریجا<sup>۴</sup>

۱. گروه روانشناسی خانواده درمانی، پژوهشکده خانواده، دانشگاه شهید بهشتی، تهران، ایران
  ۲. گروه روانشناسی بالینی، دانشکده روانشناسی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد علوم تحقیقات، ساوه، ایران
  ۳. گروه روانشناسی، دانشکده روانشناسی و علوم تربیتی، دانشگاه محقق اردبیلی، اردبیل، ایران
  ۴. گروه روانشناسی، دانشکده روانشناسی و علوم تربیتی، دانشگاه شهید بهشتی تهران، تهران، ایران
- \* نویسنده مسئول. تلفن: ۰۹۱۲۲۳۸۷۵۷۷. پست الکترونیک: mo\_habibi@sbu.ac.ir

### چکیده

**زمینه و هدف:** اختلال افسرده‌خویی اختلال مزمن و مقاوم به درمان است که با خلق افسرده در اغلب روزها و ساعات مشخص می‌شود. رفتاردرمانی دیالکتیکی نوعی رویکرد درمانی موج سوم است که به عنوان یک روش موثر در درمان اختلال افسردگی اساسی به کار می‌رود. از آنجا که اختلال افسرده‌خویی نیز اختلالی مشابه افسردگی اساسی و با مدت طولانی‌تر و شدت کمتر می‌باشد به نظر می‌رسد که درمان دیالکتیکی در درمان افسرده‌خویی همچون افسردگی اساسی موثر باشد. در نتیجه پژوهش حاضر با هدف تعیین اثربخشی رفتاردرمانی دیالکتیکی در بهبود علایم بیماران مبتلا به اختلال افسرده‌خویی انجام شد.

**روش کار:** این پژوهش از نوع آزمایشی بوده و با طرح پیش آزمون- پس آزمون با گروه کنترل اجرا شد. جامعه آماری شامل کلیه زنان و مردان ۲۰ تا ۵۰ ساله ای بود که در سال ۱۳۹۱ ساکن شهرستان کرج بوده به کلینیک‌ها و مراکز درمانی مراجعه کرده و مبتلا به اختلال افسرده‌خویی بودند. روش نمونه‌گیری به صورت در دسترس بود و از افراد واجد شرایط ۵۰ نفر به صورت تصادفی در دو گروه آزمون و گروه کنترل قرار گرفتند که در پایان پژوهش اندازه‌گیری هر یک از گروه‌ها به دلیل افت نمونه به ۲۰ نفر کاهش یافت. گروه آزمایش هفته‌ای یک بار به مدت دوازده جلسه تحت درمان قرار گرفتند. برای جمع‌آوری داده‌ها از مقیاس عزت نفس روزنبرگ، پرسشنامه افسردگی بک، و مقیاس افسردگی و اضطراب و استرس (DASS) استفاده شد. داده‌های پژوهش با تحلیل واریانس و چندمتغیره در SPSS-16 تجزیه و تحلیل شد.

**یافته‌ها:** نتایج پژوهش نشان داد که بین میانگین نمره افسردگی که F آن برابر ۳/۳۷۷ بوده و نمره کل که F آن مساوی با ۳/۹۱۵ بود در دو گروه تفاوت معنی‌داری وجود داشت ( $p < .05$ ). بنابراین یافته‌های مطالعه حاضر حاکی از آن است که رفتاردرمانی دیالکتیکی موجب بهبود افسردگی می‌شود.

**نتیجه‌گیری:** با توجه به نتایج به دست آمده مبنی بر اثربخشی رفتاردرمانی دیالکتیکی در درمان اختلالات مزمن و مقاوم به درمان مانند اختلال افسرده‌خویی، این روش درمانی در بهبود نشانه‌ها و علائم اختلال افسرده‌خویی موثر است و می‌توان در کنار درمان دارویی و دیگر درمان‌های شناختی مطرح شده برای درمان افسرده‌خویی از آن به عنوان یک روش درمانی مفید و مکمل استفاده نمود.

**واژه‌های کلیدی:** رفتاردرمانی دیالکتیکی، افسرده‌خویی، اختلال خلقی

دریافت: ۹۴/۷/۱۹ پذیرش: ۹۴/۱۲/۲۶

## مقدمه

اختلالات خلقی<sup>۱</sup> یکی از شایع‌ترین اختلالات روانپزشکی است که به صورت خلق پایین در دوره‌های افسردگی و خلق بالا در دوره‌های شیدایی نمود پیدا می‌کند (۱). اختلالات خلقی به اختلالات افسردگی، اختلالات دو قطبی<sup>۲</sup> و دو اختلال مبتنی بر آسیب شناسی (اختلال خلقی به علت یک حالت طبی عمومی و اختلال خلقی ناشی از مصرف مواد) تقسیم می‌شود (۲). اختلال افسرده‌خویی یک اختلال مزمن است که با خلق افسرده (یا تحریک پذیر در کودکان و نوجوانان) در اغلب روزها و ساعات مشخص می‌شود و اختلالی شایع است که بر ۳ تا ۵ درصد مردم اثر می‌گذارد. این اختلال ۳ تا ۵ درصد جمعیت عمومی را گرفتار کرده و در نیم تا یک سوم مراجعه‌کنندگان به درمانگاه‌ها و مراکز درمانی دیده می‌شود. میزان همه‌گیری این اختلال در ۸ درصد نوجوانان پسر و ۵ درصد نوجوانان دختر گزارش شده است. به علاوه این اختلال در افراد مجرد و با طبقه اجتماعی-اقتصادی پایین شایع‌تر است (۳). پژوهش‌های همه‌گیرشناسی در ایران نیز اختلال افسرده‌خویی را یکی از شایع‌ترین اختلالات روانی به شمار آورده‌اند (۳). اختلال افسردگی از مهم‌ترین اختلالات خلقی به شمار می‌رود به طوری که میزان وقوع آن در طول زندگی افراد ۱۵ درصد است و امکان دارد که شیوع آن در زنان تا ۲۵ درصد نیز برسد. حدود ۲۰ درصد از افرادی که یک دوره افسردگی اساسی را می‌گذرانند در نهایت به افسرده‌خویی مبتلا می‌شوند. در گزارشی ارائه شده در سال ۱۳۹۱، ۱۰ تا ۱۵ درصد جامعه ایران افسردگی داشتند. آمارهای سال ۹۳ نیز ۲۱ درصد جمعیت کل کشور را افسرده و ۳۴ درصد مردم شهر تهران را دارای اختلال روانی دانسته‌اند (۴).

افراد مبتلا به اختلال افسرده‌خویی به دلیل داشتن افکار خودآیند<sup>۳</sup>، نگرش‌های ناکارآمد و عزت نفس پایین، سطح سازگاری پایین، پیش‌آگهی بد و رضایت از زندگی پایینی دارند. جالب توجه است که خلق افسرده بر خلاف سایر اختلالات خلقی در این اختلال زیاد تغییر نمی‌کند و گاهی اوقات ۲۰ تا ۳۰ سال و حتی بیشتر به طول می‌انجامد. متوسط زمان طول کشیدن این اختلال در بزرگسالان ۵ سال است (۵). اختلال افسرده‌خویی به این علت که یک اختلال مزمن عودکننده است اختلالی مقاوم به درمان توصیف می‌شود (۶). زمانی که افسردگی درمان نشود یا درمان آن ناکارآمد باشد ممکن است به نوبه خود مشکلات بیشتری را سبب شود (۷). پیچیدگی و گستردگی اختلال افسرده‌خویی باعث شده که شیوه‌های درمانی متعدد اعم از دارودرمانی و روان‌درمانی برای آن ارائه شده و مورد بررسی قرار گیرد (۶). با این وجود هرچند که پژوهش‌ها از اثربخشی درمان‌های موجود حمایت می‌کنند اما این اثربخشی نسبی بوده و هنوز هیچ درمانی وجود ندارد که بتوان آن را درمانی قطعی برای افسرده‌خویی تلقی کرد (۸). زیرا از یک سو دارودرمانی عوارض جانبی متعددی را به دنبال دارد و از سوی دیگر میزان عود نشانه‌های افسردگی با استفاده از روان‌درمانی‌های مختلف بسیار بالاست (۷). وجود نشانه‌های باقیمانده یک پیش‌بین قوی در عود این اختلال است بطوری که میزان عود در بیمارانی که دارای نشانه‌های باقیمانده هستند سه تا شش برابر بیشتر از بیمارانی است که فاقد این نشانه‌ها هستند (۹). این نشانه‌ها به نابسامان بودن درمان‌های کنونی و نیاز به درمان‌های موثرتر برای این اختلال اشاره دارند و از این رو برای درمان این اختلال باید از رویکردهایی استفاده کرد که کارایی بیشتری برای درمان اختلالات شخصیت و سایر اختلالات مقاوم به

<sup>1</sup>Mood Disorder<sup>2</sup>Bipolar Disorders<sup>3</sup> Automatic Thoughts

درمان دارند (۹). رفتاردرمانی دیالکتیکی<sup>۱</sup> یکی از رویکردهای درمانی نوین است که اثربخشی زیادی بر اختلالات مقاوم به درمان دارد و اثربخشی آن بر افسردگی بسیار امیدوارکننده است. این رویکرد مداخلات مربوط به درمان‌های شناختی رفتاری را که مبتنی بر اصل تغییر می‌باشند با آموزه‌ها و فنون فلسفه شرقی ذن که مبتنی بر اصل پذیرش است در هم آمیخته است (۱۰). رفتاردرمانی دیالکتیکی در ابتدا برای درمان اختلال شخصیت مرزی ابداع شد (۱۱). این رویکرد در شرایطی که بسیاری از روانشناسان و روانپزشکان اختلال شخصیت مرزی<sup>۲</sup> را بعنوان یک رویکرد مقاوم به درمان شناخته بودند، برای درمان این اختلال ارائه شد و اثربخشی قابل توجهی را در این زمینه نشان داد (۱۲). شواهد نشان می‌دهد که این رویکرد در درمان افسردگی (۱۳) و اختلالات خوردن<sup>۳</sup> (۱۴)، سوء مصرف مواد<sup>۴</sup> (۱۵)، بیش‌فعالی<sup>۵</sup> (۱۶) موفقیت‌آمیز بوده و نتایج امیدوارکننده‌ای به همراه داشته است. میزان تحمل افراد در مقاومت در برابر شرایط روانی نامناسب و تجربه آن شرایط تحمل‌پیشانی نام دارد. تنظیم هیجانی نیز به معنی توان افراد در کنترل نوع، زمان و چگونگی تجربه و بیان هیجان و نیز تغییر مدت یا شدت فرآیندهای رفتاری، تجربی و بدنی هیجان است و به طور هشیار یا ناهشیار با بکارگیری راهبردهای تنظیم هیجان انجام می‌گیرد. ارتباط افسردگی و دشواری‌های تنظیم هیجانی در مطالعاتی مورد تایید قرار گرفته است. به عنوان مثال، پژوهش مامی و همکاران (۱۷) نشان داد که رفتاردرمانی دیالکتیک و شناختی موجب کاهش ابعاد افسردگی می‌شود. همچنین پژوهش دیگری حاکی از

اثربخشی رفتاردرمانی دیالکتیکی در کاهش نشانه‌های افسردگی و افزایش معنی‌دار در شاخص‌های هوشیاری فراگیر و تحمل‌پیشانی بود (۱۰). با توجه به یافته‌های پژوهش به نظر می‌رسد که درمان دیالکتیکی به دلیل ماهیت درمانی که ابتدا به پذیرش و اعتبارسازی شخص و سپس تلاش در جهت تغییر مشکلات روان‌شناختی تاکید دارد درمان تاثیرگزار در بهبود افسردگی افراد دارای اختلال شخصیتی باشد (۱۸). همچنین در پژوهش علیزاده و همکاران مشخص شد که ترکیب درمان دارویی و آموزش فردی مهارت‌های رفتاردرمانی دیالکتیک می‌تواند به کاهش افسردگی و افکار خودکشی بینجامد (۱۹). به علاوه پژوهش زمانی و همکاران نشان داد که رفتاردرمانی دیالکتیکی در کاهش رفتارهای تکانشی بیماران دچار افسردگی اساسی اقدام‌کننده به خودکشی موثرتر از رفتاردرمانی شناختی است (۲۰). فلمن و همکاران نیز نشان دادند که این رویکرد درمانی موجب کاهش نشانه‌های افسردگی می‌شود (۲۱).

برای درمان افسردگی روش‌های متعددی اعم از دارویی و روان‌شناختی وجود دارد. درمان‌های شناختی- رفتاری بیشتر از سایر روش‌ها در درمان این اختلال به کار می‌روند و مشخص شده که به اندازه داروها در کاهش علایم افسردگی نقش داشته و حتی دوام آنها از داروها بیشتر است. ضمن آنکه دارو عوارض جانبی متعددی از جمله خشکی گلو، خارش کف دست و غیره را در بر دارد. در نتیجه درمان دیالکتیکی به عنوان یک درمان رفتاری موج سوم عوارض نامناسب روش‌های درمانی دیگر را ندارد. موج سوم درمانی نوپا است که در مجامع جهانی بسیار مورد توجه قرار گرفته و برای بحران‌ها و درمان بیماران آشفته و اختلالات پیچیده به کار رفته است. انجام این پژوهش نیز می‌تواند زمینه مناسبی برای بررسی و مقایسه تاثیر این درمان بر افسرده‌خویی باشد (۱۷). در مورد اثربخشی رفتار

<sup>1</sup> Dialectical Behavior Therapy

<sup>2</sup> Bipolar Personality Disorder

<sup>3</sup> Eating Disorders

<sup>4</sup> Substance Abuse

<sup>5</sup> Hyperactivity

هدف پژوهشی درمان توضیحاتی داده شد. در مرحله بعد که پیش‌آزمون بود پرسشنامه‌ها به منظور اندازه‌گیری متغیرهای وابسته تکمیل شدند. بعد از این مرحله با آزمودنی‌های گروه آزمایشی به منظور شرکت در جلسات درمانی قرارداد بسته شد. جلسات درمانی به مدت ۱۲ هفته (یک بار در هفته) و هر دفعه به مدت ۴۵ دقیقه توسط پژوهشگر (دانشجوی کارشناسی ارشد روانشناسی بالینی) اجرا شد. پس از اتمام جلسات درمانی، آزمودنی‌های هر دو گروه مجدداً از لحاظ متغیر وابسته به عنوان پس‌آزمون مورد بررسی قرار گرفتند.

روش مداخله در رفتاردرمانی دیالکتیکی بدین شکل بود:

جلسه اول تا سوم: هدف این جلسات توضیح ماهیت افسرده‌خویی، توضیح رفتار درمانی دیالکتیکی، آموزش مهارت‌های مشاهده، توصیف و مشارکت است. جلسه چهارم تا ششم: آموزش مهارت‌های خودتسکینی، بهسازی لحظات، مهارت‌های توجه برگردانی، تنفس عمیق، لبخند، خودپایی، فهم و توصیف هیجانات و برچسب زدن به هیجانات. جلسه هفتم تا نهم: ایجاد هیجانات مثبت و فعالیت متضاد با هیجان، تکلیف ثبت افکار خودآیند منفی و نگرش‌های کژکار، مقابله با بروز هیجانات منفی از طریق مقابله با افکار خودآیند و نگرش‌های ناکارآمد و آموزش برنامه‌های افزایش عزت نفس. جلسه دهم تا دوازدهم: بررسی چگونگی انجام فعالیت‌های مقابله‌ای با هیجانات منفی و افکار خودآیند و نگرش‌های کژکار، توضیح در مورد احتمال عود افسردگی و شرایط سازش و بازیابی دوباره فرایندهای آموخته‌شده در درمان (۲۳).

در این پژوهش غیر از پرسشنامه اطلاعات جمعیت‌شناختی از پرسشنامه افسردگی بک، آزمون عزت نفس روزنبرگ و مقیاس افسردگی، اضطراب و استرس استفاده شد.

درمانی دیالکتیکی بر بهبود افسردگی اطلاعات اندکی در دست است و در مورد نقش این درمان‌ها بر بهبود افسرده‌خویی پژوهشی صورت نگرفته است. بنابراین پژوهش حاضر با هدف تعیین تاثیر رفتاردرمانی دیالکتیکی بر بهبود علایم بیماران مبتلا به افسرده‌خویی انجام شد.

## روش کار

این پژوهش از نوع آزمایشی بوده و در آن از طرح پیش‌آزمون-پس‌آزمون با گروه کنترل استفاده شد. جامعه آماری شامل کلیه زنان و مردان ۲۰ تا ۵۰ ساله ساکن شهرستان کرج در سال ۱۳۹۱ بود که به کلینیک‌ها و مراکز درمانی مراجعه کرده و مبتلا به اختلال افسرده‌خویی بودند. برای دسترسی به جامعه مورد نظر به مراکز درمانی و بیمارستان‌های روانپزشکی مراجعه شد. ملاک ورود شامل دامنه سنی ۲۰ تا ۵۰ سال، حداقل تحصیلات دیپلم، عدم سابقه بستری به دلیل اختلالات سایکوتیک (طبق گزارش شخصی)، عدم مصرف داروهای روانپزشکی (طبق گزارش شخصی) و رضایت بیمار بود. زمانی که نه از واریانس جامعه و نه از احتمال موفقیت یا عدم موفقیت متغیر اطلاعی در دست نیست و نمی‌توان از فرمول‌های آماری برای برآورد حجم نمونه استفاده کرد از جدول مورگان استفاده می‌گردد. این جدول حداکثر تعداد نمونه را می‌دهد. بر این اساس در تحقیقات آزمایشی حداقل حجم نمونه ۱۵ نفر در نظر گرفته می‌شود (۲۲). روش نمونه‌گیری پژوهش حاضر به صورت نمونه‌گیری دردسترس بود و با در نظر گرفتن بحث توان آزمون آماری و افت نمونه، در هر گروه ۲۰ نفر در نظر گرفته شد. پس از کسب مجوزهای لازم و مراجعه به مراکز درمانی، از بین آزمودنی‌هایی که ملاک‌های شمول را داشتند ۵۰ نفر به صورت در دسترس انتخاب شده و به طور تصادفی در گروه آزمون و کنترل گمارده شدند. سپس برای آزمودنی‌ها در مورد منطق درمان و

پرسشنامه افسردگی بک<sup>۱</sup> (BDI-II)

این آزمون یکی از مقیاس‌های متداول افسردگی است و به وسیله بک در سال ۱۹۶۷ ساخته شده است (۲۴). پرسشنامه فوق، یک پرسشنامه ۲۱ آیتمی خودگزارشی می‌باشد که برای سنجش شدت افسردگی در بزرگسالان و نوجوانان ۱۳ سال به بالا استفاده می‌شود. در طی ۳۵ سال اخیر، این پرسشنامه، پذیرفته‌شده‌ترین ابزار شناسایی شدت افسردگی در بیمارانی بوده که تشخیص افسردگی بالینی را دریافت داشته‌اند. هر یک از سوالات پرسشنامه، از چهار عبارت تشکیل شده است که هر یک از این عبارات بیان‌کننده حالتی از شخص است. هر عبارت یا جمله، بر مبنای صفر تا ۳ نمره‌گذاری می‌شود و درجات مختلفی از افسردگی را از خفیف تا شدید تعیین می‌کند. نحوه نمره‌گذاری بدین شکل است که ابتدا همه نمرات با یکدیگر جمع شده و اگر جمع نمرات بین ۱۳-۰ باشد، تشخیص افسردگی جزئی داده می‌شود. همچنین جمع نمرات بین ۱۹-۱۴، نشان‌دهنده افسردگی خفیف است. اگر جمع نمرات بین ۲۸-۲۰ باشد، افسردگی متوسط است و در نهایت، اگر جمع نمرات بین ۶۳-۲۹ باشد، افسردگی شدید است (۲۴). این پرسشنامه از زمان تدوین تا کنون مورد ارزیابی روان‌سنجی گسترده‌ای قرار گرفته است. به عنوان مثال در پژوهشی نتایج فراتحلیل نشان داد که ضریب همسانی درونی آن از ۰/۷۳ تا ۰/۹۲ با میانگین ۰/۸۶ بوده است (۲۴). همچنین در پژوهش قاسم‌زاده و همکاران (۲۵) ثبات درونی این آزمون ۰/۸۷ و پایایی آزمون- باز آزمون ۰/۷۳ بدست آمد.

آزمون عزت نفس روزنبرگ<sup>۲</sup>

این مقیاس شامل ۱۰ ماده خودگزارشی است که احساس کلی ارزش یا پذیرش خود را به صورت مثبت بیان می‌کند. آزمودنی بر اساس یک مقیاس

چهار درجه‌ای (از کاملاً مخالفم تا کاملاً موافقم) با دامنه ۱ تا ۴ به این مقیاس پاسخ می‌دهد (۲۶). کمترین و بیشترین نمره در این مقیاس ۱۰ و ۴۰ می‌باشد که نمره‌های بالاتر بیانگر میزان بالای عزت نفس است. نتایج پژوهش رجیبی نیز نشان داد که ضریب پایایی کرونباخ این مقیاس در دانشجویان پسر ۰/۸۷ و در دانشجویان دختر ۰/۸۰ می‌باشد (۲۶). همچنین روایی واگرایی این مقیاس با مقیاس وسواس مرگ بر روی ۱۲۱ دانشجو ۰/۳۴- به دست آمد.

مقیاس افسردگی، اضطراب و استرس<sup>۳</sup> (DASS)

مقیاس افسردگی، اضطراب و استرس DASS در سال ۱۹۹۵ توسط لایبوند و لایبوند تهیه شد. این مقیاس دارای دو فرم است (۲۷)، فرم کوتاه دارای ۲۱ عبارت است که هر یک از سازه‌های روانی افسردگی، اضطراب و استرس را توسط ۷ عبارت متفاوت مورد ارزیابی قرار می‌دهد. فرم بلند آن شامل ۴۲ عبارت است که هر یک از ۱۴ عبارت، یک عامل یا سازه روانی را اندازه‌گیری می‌کند. پژوهش‌های فراوانی برای دستیابی به پایایی و روایی این مقیاس صورت گرفته است. همبستگی این مقیاس با BDI و پرسشنامه اضطراب بک بسیار بالاست. در پژوهش لایبوند و لایبوند ضریب آلفا برای این مقیاس در یک مطالعه روی نمونه‌های ۷۱۷ نفری یه شرح زیر به دست آمده است: افسردگی ۰/۸۱، اضطراب ۰/۷۳ و استرس ۰/۸۱ (۲۷). فرم کوتاه ۲۱ عبارتی توسط صاحبی و همکاران در سال ۱۳۸۴ برای جمعیت ایرانی اعتباریابی شده است، بدین صورت که برای محاسبه روایی آن از روش ملاکی استفاده شد و ضریب همبستگی BDI، مقیاس استرس ادراک‌شده و مقیاس اضطراب زونک<sup>۴</sup> با خرده مقیاس‌های آزمون مذکور به ترتیب برای افسردگی ۰/۷۰، استرس ۰/۴۹ و اضطراب ۰/۶۷ بدست آمد (۲۸). به منظور رعایت ملاحظات اخلاقی از مراجعین

<sup>۳</sup> Depression, Anxiety and Stress Scale

<sup>۴</sup> The Zung Self-Rating Anxiety Scale (SAS)

<sup>۱</sup> Beck Depression Inventory

<sup>۲</sup> Rosenberg Self-Esteem Inventory

(۲ نفر) فوق لیسانس و بالاتر بودند. در گروه کنترل ۳۵ درصد (۷ نفر) دارای تحصیلات دیپلم، ۲۵ درصد (۵ نفر) فوق دیپلم، ۲۵ درصد (۵ نفر) لیسانس و ۱۵ درصد (۳ نفر) فوق لیسانس و بالاتر بودند. همانطور که در جدول ۱ مشاهده می‌شود میانگین عزت نفس گروه رفتار درمانی دیالکتیکی بیانگر بهبود نمرات عزت نفس در مرحله پس آزمون می‌باشد. همچنین میانگین اضطراب، افسردگی و استرس گروه درمانی بیانگر بهبود در مرحله پس آزمون است. همانطور که در جدول ۲ مشاهده می‌شود نتایج بررسی اثر متغیر گروه‌های آزمون و کنترل با استفاده از آزمون اثر هتلینگروی ترکیب خطی خرده‌مقیاس‌های اضطراب، افسردگی و استرس حاکی از تاثیر معنی‌دار گروه ( $p < .001$ )  $F(3, 134) = 10.6$  بود. جهت بررسی اثر متغیر گروه‌های آزمون و کنترل در هر یک از خرده‌مقیاس‌های اضطراب، افسردگی و استرس، از آزمون تحلیل واریانس چندمتغیره استفاده شد.

رضایت‌نامه کتبی گرفته شد و همچنین در مورد محرمانه ماندن اطلاعات شخصی به آنها اطمینان لازم داده شد. همچنین جهت تجزیه و تحلیل داده‌ها از روش‌های آماری محاسبه فراوانی، درصد، میانگین، انحراف معیار، آزمون لوین (برای بررسی رعایت پیش فرض تساوی واریانس‌های متغیرها) و تحلیل واریانس چندمتغیری با استفاده از SPSS نسخه شانزدهم استفاده شد.

### یافته‌ها

یافته‌های جمعیت شناختی نشان داد که میانگین سن نمونه‌ها ۳۴ و انحراف معیار آن ۴ بود. همچنین در گروه رفتار درمانی دیالکتیکی ۵۵ درصد (۱۱ نفر) زن و در گروه کنترل ۶۰ درصد (۱۲ نفر) افراد مرد بودند. ۶۵ درصد (۱۳ نفر) از افراد گروه مداخله مجرد و ۶۵ درصد (۱۳ نفر) گروه کنترل متاهل بودند. همچنین ۳۰ درصد (۶ نفر) از افراد گروه مداخله دارای تحصیلات دیپلم، ۳۰ درصد (۶ نفر) فوق دیپلم، ۲۰ درصد (۴ نفر) لیسانس و ۱۰ درصد

جدول ۱. میانگین و انحراف معیار نمرات پیش آزمون و پس آزمون عزت نفس، افسردگی، اضطراب و استرس در گروه آزمون و گروه کنترل

گروه	رفتار درمانی دیالکتیکی (گروه مداخله)		کنترل	
	پیش آزمون	پس آزمون	پیش آزمون	پس آزمون
عزت نفس	SD ۷/۱۸	M ۲۴/۷۳	SD ۶/۶۶	M ۲۴/۸۹
افسردگی	SD ۲/۱۳	M ۲/۴۰	SD ۱/۷۱	M ۲/۴۱
اضطراب	SD ۱/۵۸	M ۱/۸۱	SD ۱/۶۰	M ۱/۸۰
استرس	SD ۱/۰۹	M ۱/۳۰	SD ۱/۵۲	M ۱/۶۹

جدول ۲. نتایج آزمون معناداری تحلیل واریانس چندمتغیری نمرات اضطراب، افسردگی و استرس در دو گروه

متغیر وابسته	SS	DF	F	P
اضطراب	۵۶۷/۵۱	۱	۲۰۳/۵۷	۰/۰۰۱
استرس	۵۶۷/۷۷	۱	۶۳/۰۹	۰/۰۰۱
افسردگی	۱۳۹/۳۷	۱	۵۳/۴۱	۰/۰۰۱
کل	۲۲۲۰/۴۱	۱	۱۴۵/۲۱	۰/۰۰۱
اضطراب	۵/۹۵	۲	۱/۰۶	۰/۰۸۹
استرس	۵/۶۸	۲	۰/۳۰	۰/۲۳۸
افسردگی	۱۵/۶۲	۲	۳/۳۷	۰/۰۴۳

وجود دارد ( $p = 0/05$ ). به عبارتی رفتاردرمانی دیالکتیکی باعث بهبود نشانه‌های افسردگی و نمره کل گروه آزمون نسبت به گروه کنترل شده است.

همانطور که در جدول ۲ مشاهده می‌شود بین میانگین نمره افسردگی ( $F=3/377$ ) و نمره کل ( $F=3/915$ ) در دو گروه تفاوت معنی‌داری

جدول ۳. نتایج آزمون معناداری تحلیل واریانس تک‌متغیری عزت نفس و افسردگی در دو گروه

متغیر وابسته	SS	DF	MS	F	P
عزت نفس	۱۵۶/۲۳۳	۲	۷۸/۱۱۷	۱/۳۱۹	۰/۲۷۵
افسردگی	۱۲۸/۶۳۳	۲	۶۴/۰۳۱۷	۲/۴۱۴	۰/۰۴۹

داشتند که نشان‌دهنده تاثیر رفتاردرمانی دیالکتیکی بر کاهش اضطراب به عنوان یکی از نشانه‌های افسرده‌خویی بود. این اثربخشی می‌تواند به این دلیل باشد که رفتاردرمانی دیالکتیکی درمانی است که ساختار روشنی دارد و از تکنیک‌های رفتاری استفاده می‌کند (۳۲). از سوی دیگر اثربخشی این روش به کاربرد اعتباربخشی مربوط است و این اعتباربخشی منجر به پذیرش مشکلات هیجانی شده و این پذیرش در نهایت به تسهیل تغییرات منجر می‌گردد (۳۴). یک ویژگی بیماران افسرده این است که در فاصله‌گیری و بیرون آمدن از احساسات و خلق خود خوب عمل نمی‌کنند. در طول فرایند درمان با روش دیالکتیکی از طریق ترکیب نمودن تمرینات ذهن‌آگاهی با تمرینات رفتاری بیماران افسرده در حالی بدون قضاوت به مشاهده خلق افسرده خود و پیامدهای فیزیولوژیکی، ذهنی، رفتاری و احساسی آن می‌پردازند و علاوه بر سعی در پذیرش وجود این حالت و تحمل آن، مکانیسم گذر از این وضعیت را می‌آموزند و با پرآموزی این تمرینات، آن را به سبک خودکار و اتوماتیک ذهن خود تبدیل می‌کنند. انجام این تمرینات در نهایت منجر به فاصله‌گیری از هیجاناتی مثل خلق افسرده و ایجاد هیجان مثبت می‌شود (۳۵).

همچنین در رفتاردرمانی دیالکتیکی با استفاده از رویکرد بسط و توسعه دادن، سختی و شدت را از نیت‌های جدی مراجع که در موردش گفتگو می‌کند می‌گیرد، یا به بخشی از گفتگوی مراجع که بخشی از

همانطور که در جدول ۳ مشاهده می‌شود بین میانگین نمره عزت نفس ( $F=1/319$ ) در دو گروه تفاوت معناداری به دست نیامد، اما بین میانگین نمره افسردگی ( $F=2/414$ ) در دو گروه تفاوت معناداری دیده شد.

### بحث

هدف پژوهش حاضر تعیین تاثیر رفتاردرمانی دیالکتیکی بر بهبود علائم بیماران مبتلا به افسرده‌خویی بود. نتایج پژوهش نشان داد که در گروه رفتاردرمانی دیالکتیکی در مقایسه با گروه کنترل اضطراب، استرس، افسردگی و نمره کل مقیاس DASS بطور معناداری کاهش یافت که نشان‌دهنده تاثیر این روش در کاهش افسردگی است. این یافته با نتایج مطالعات صالحی و همکاران (۲۹)، واگنر<sup>۱</sup> و همکاران (۳۰)، لینتن<sup>۲</sup> (۳۱)، لینهان<sup>۳</sup> و همکاران (۳۲)، و فلدمن<sup>۴</sup> و همکاران (۲۱) همسو بود. همچنین محمدی و همکاران (۳۳) نشان دادند که رفتاردرمانی دیالکتیک گروهی بر کاهش اضطراب بیماران دچار سندرم روده تحریک‌پذیر تاثیر مثبت دارد. در پژوهشی اثربخشی رفتاردرمانی دیالکتیک در درمان اضطراب جوانان دارای اختلال شخصیت ضد اجتماعی نیز به اثبات رسید (۱۸). این یافته‌ها نیز نتایجی تقریباً مشابه و همسو با نتایج پژوهش فوق

<sup>1</sup> Wagner

<sup>2</sup> Linton

<sup>3</sup> Linehan

<sup>4</sup> Feldman



قابلیت تعمیم ندارد. لذا پیشنهاد می‌شود که این پژوهش در مناطق و استان‌های دیگر نیز اجرا شود و نتایج آن مورد مقایسه قرار گیرد و در پژوهش‌های آتی برای بررسی پایداری روش درمان مطالعات پیگیری انجام گیرد. همچنین این پژوهش با اعمال کنترل بیشتری روی ویژگی‌های جمعیت شناختی (سن، تحصیلات و غیره) انجام گیرد. همچنین پیشنهاد می‌شود پژوهش حاضر با استفاده از سایر روش‌های درمانی نیز اجرا شود و مورد مقایسه قرار گیرد و برای افزایش اعتبار و قابلیت تعمیم‌پذیری، شیوه مداخله توسط متخصصین متفاوتی اعمال شود و در نهایت، این پژوهش با ملاک‌های شمول دیگر روی نمونه‌ای گسترده‌تر و با تعداد جلسات بیشتری انجام گیرد.

### نتیجه‌گیری

با توجه به یافته‌های پژوهش فوق می‌توان نتیجه گرفت که رفتاردرمانی دیالکتیک در درمان اختلال افسرده‌خویی و نشانه‌های آن نظیر استرس، اضطراب و کاهش عزت نفس درمانی مطلوب و نتیجه‌بخش است. در نتیجه درمانگران می‌توانند از روش درمانی فوق در کنار دیگر درمان‌های شناختی- رفتاری موجود در بهبود اختلال افسرده‌خویی و نشانه‌های آن نظیر استرس و اضطراب بهره ببرند.

### تشکر و قدردانی

از کلیه کسانی که در به انجام رساندن این تحقیق به محققین کمک نمودند تشکر و قدردانی می‌گردد.

نیت‌های جدی مراجع نیست پاسخ می‌دهد. این راهبرد هیجانی معادل راهبرد طرفدار شیطان و دیو است و مخصوصاً وقتی موثر است که مراجع با پیامدهای وخیم حادثه یا مشکل مواجه می‌شود (توضیح: مثلاً مراجع تهدید می‌کند که اگر فردا در آزمون کنکور موفق نشود خودکشی خواهد کرد و درمانگر توضیح می‌دهد که اگر حالت خوب نیست بهتر است بستری بشوی یا با والدینت تماس گرفته شود یا به آمبولانس (زنگ بز نیم) و بدین صورت مانع از بروز ناامیدی و ناسازگاری شخصی می‌شود و ارائه و یافتن راه حل را به مراجع می‌آموزد (۱۲). بررسی میزان اثر بخشی این روش درمانی بر آزمودنی‌ها نشان داد که به طور کلی این روش درمانی در کاهش افسردگی و اضطراب و استرس موثر بوده و چنین استنتاج می‌شود که رفتاردرمانی دیالکتیکی دارای قابلیت پذیرش در درمان افسردگی است و مقایسه نمره‌های آزمودنی‌ها در مرحله پس‌آزمون در همه ابعاد نشان داد که آزمودنی‌ها به بهبود دست یافته‌اند و در نتیجه کاربرد این شیوه درمانی اثرات جانبی خاصی دیده نشد.

پژوهش حاضر دارای محدودیت‌هایی بود. به عنوان مثال اینکه فقط در شهرستان کرج انجام شد، لذا از لحاظ تعمیم به سایر مناطق محدودیت دارد و یکسان بودن درمانگر و ارزیاب می‌تواند در نتایج حاصل از اندازه‌گیری تاثیر داشته باشد. همچنین یافته‌ها فقط قابل به تعمیم به مراجعانی است که ملاک‌های ورود به این پژوهش را دارا بوده‌اند و برای افرادی که از نظر ویژگی‌های جمعیت شناختی و ملاک‌های شمول، متفاوت از آزمودنی‌های پژوهش حاضر هستند

### References

- 1- Sadock BJ, Sadock VA. Kaplan & Sadock's concise textbook of clinical psychiatry. USA: Lippincott Williams & Wilkins; 2008.
- 2- Cooper AM, Michels R. Diagnostic and statistical manual of mental disorders, revised (DSM-III-R). American Journal of Psychiatry 1988; 145(10): 1300-1.

- 3- Bagheri-Yazdi AS, Bolhari J, Shah-Mohammadi D. Epidemiology of mental disorders in suburban areas of Mybod in Yazd state. *Iranian Journal of psychiatry and clinical psychology* 2005; 1(1): 32-42. [Persian]
- 4- Iranian teacher voice web site. Iranian have the most prevalence of depression in the world [Internet]. Tehran: 2015 [Updated 2015 October 12 cited 2015 February 8<sup>th</sup>]. Available from: <http://www.smi-edu.com/>
- 5- Barlow DH. Health care policy, psychotherapy research, and the future of psychotherapy. *American psychologist* 1996; 51(10): 10-50.
- 6- Chew CE. The effect of dialectical behavioral therapy on moderately depressed adults: A multiple baseline design. Ph.D. Dissertation. USA: University of Denver, College of psychology, 2006: 18-80.
- 7- Bieling PJ, Hawley LL, Bloch RT, Corcoran KM, Levitan RD, Young LT, MacQueen GM, Segal ZV. Treatment-specific changes in decentering following mindfulness-based cognitive therapy versus antidepressant medication or placebo for prevention of depressive relapse. *Journal of consulting and clinical psychology* 2012; 80(3): 3-65.
- 8- Barron LW. Effect of religious coping skills training with group cognitive-behavioral therapy for treatment of depression. North-central University, Unpublished Doctoral thesis, 2007.
- 9- Tranter R, O'Donovan C, Chandarana P, Kennedy S. Prevalence and outcome of partial remission in depression. *Journal of psychiatry & neuroscience* 2002; 27(4): 241-7.
- 10- Alavi KH, Modarres-Gharavi M, Aminyazdi S, Salehei-Fadardi J. The effectiveness of dialectical behavioral therapy in a group on symptoms of depression in college student. *the journal of fundamental of mental health* 2011; 13(2): 124-135. [Persian]
- 11- Swales MA, Heard HL. *Dialectical behaviour therapy: Distinctive features*. USA: New York, Routledge; 2008.
- 12- Miller AL, Rathus JH, Linehan MM. *Dialectical behavior therapy with suicidal adolescents*. USA: New York, Guilford Press; 2006.
- 13- Lynch TR, Chapman AL, Rosenthal MZ, Kuo JR, Linehan MM. Mechanisms of change in dialectical behavior therapy: Theoretical and empirical observations. *Journal of clinical psychology* 2006; 62(4): 459-80.
- 14- Telch CF, Agras WS, Linehan MM. Dialectical behavior therapy for binge eating disorder. *Journal of consulting and clinical psychology* 2001; 69(6): 10-61.
- 15- Linehan MM, Dexter-Mazza ET. Dialectical behavior therapy for borderline personality disorder. In: D. H. Barlow (Ed.), *Clinical handbook of psychological disorders: A step-by-step treatment manual* (4<sup>th</sup> Ed.). New York: Guilford Press. pp. 365-420
- 16- Hesslinger B, van Elst LT, Nyberg E, Dykierk P, Richter H, Berner M, Ebert D. Psychotherapy of attention deficit hyperactivity disorder in adults. *European archives of psychiatry and clinical neuroscience* 2002; 252(4): 177-84.
- 17- Mami Sh, Soltany Sh, Ebrahimian Sh. Comparison of effectiveness of cognitive behavior therapy and dialectical behavior therapy on depression. *Journal of Urmia university of medical sciences* 2015; 26(9): 793-801 [Persian]
- 18- Asmand P, Mami S, Valizadeh R. Efficacy of dialectical behavior therapy in irrational belief and anxiety among young male prisoners with antisocial personality disorder in Ilam prison. *Journal of Islamic Azad University of Medical Sciences* 2014; 24 (3) :159-167. [Persian]
- 19- Alizadeh A, Alizadeh E, Mohamadi A. Effectiveness of individual dialectical behavior therapy skills training on major depression. *Iranian Journal of Psychiatric Nursing* 2013; 1(2) :62-69. [Persian]
- 20- Zamani N, Ahmadi V, Ataei Moghanloo V, Mirshekar S. Comparing the effectiveness of two therapeutic methods of dialectical behavior therapy and cognitive behavior therapy on the improvement of impulsive behavior in the patients suffering from major depressive disorder (MDD) showing a tendency to suicide. *Journal of Ilam University of Medical Sciences* 2014; 22(5): 45-54. [Persian]
- 21- Feldman G, Harley R, Kerrigan M, Jacobo M, Fava M. Change in emotional processing during a dialectical behavior therapy-based skills group for major depressive disorder. *Behaviour research and therapy* 2009; 47(4): 316-21.

- 22- VanVoorhis CR, Morgan BL. Understanding power and rules of thumb for determining sample sizes. *Tutorials in Quantitative Methods for Psychology* 2007; 3(2): 43-50.
- 23- Wineman PA. The efficacy of a dialectical behavior therapy-based journal-writing group with inpatient adolescent females: Improving emotion regulation, depressive symptoms and suicidal ideation. [Doctoral dissertation], Boston, massachusetts: Northeastern university, 2005
- 24- Groth-Marnat G. *Handbook of psychological assessment*. United Kingdom: Chichester, John Wiley & Sons; 2009
- 25- Ghasemzadeh HA, Mojtabai R, Karamghadiri N, Ebrahimkhani N, Nooruziyan M. Psychometric of a person language version of the Beck Depression Inventory- 2<sup>nd</sup> Ed. BDI-II. *Advances in Cognitive Science* 2006; 21(1): 182-192. [Persian]
- 26- Rajabi GH. Evaluating the validity and reliability of Rosenberg self esteem scale in first year students of Ahvaz Shahid Chamran University. *Journal of education and psychology* 2007; 3(33): 2-48. [Persian]
- 27- Lovibond PF, Lovibond SH. Long-term stability of depression, anxiety, and stress syndromes. *Journal of abnormal psychology* 1998; 107(3): 520-526.
- 28- Sahebi A, Asghari A, Moghsalari R. Validity of the scale of depression, anxiety, stress for the Iranian population. *Journal of Iranian psychologist* 2005; 1(4): 299-312. [Persian]
- 29- Salehei A, Baghban A, Bahrami F, Ahmadi S. The effect of two methods of emotion regulation method based on goss process and dialectic behavioral therapy on signs of emotional problems. *Zahedan journal of research medical sciences* 2012; 14(2): 49-55. [Persian]
- 30- Wagner AW, Rizvi SL, Harned MS. Applications of dialectical behavior therapy in treatment of complex trauma-related problems: When one case formulation does not fit all. *Journal of traumatic stress* 2007; 20(4): 391-400.
- 31- Linton SJ. Applying dialectical behavior therapy to chronic pain: a case study. *Scandinavian Journal of pain* 2010; 1(1): 50-4.
- 32- Linehan MM, Armstrong HE, Suarez A, Allmon D, Heard HL. Cognitive-behavioral treatment of chronically para-suicidal borderline patients. *Archives of general psychiatry* 1991; 48(12): 1060-1064.
- 33- Mohamadi J, Gholamrezae S, Azizi A. Effectiveness of dialectical behavior therapy on quality of sleep and anxiety in patients with irritable bowel syndrome. *Iranian Journal of Psychiatric Nursing* 2015; 3(2): 21-30
- 34- Harley R, Sprich S, Safren S, Jacobo M, Fava M. Adaptation of dialectical behavior therapy skills training group for treatment-resistant depression. *Journal of Nervous and Mental disease* 2008; 196(2): 136-43.
- 35- Katz LY, Cox BJ, Gunasekara S, Miller AL. Feasibility of dialectical behavior therapy for suicidal adolescent inpatients. *Journal of American Academy of Child & Adolescent Psychiatry* 2004; 43(3): 276-82.