

مقایسه اثربخشی رفتار درمانی دیالکتیک و درمان فراشناختی بر کاهش میزان افسردگی و نشخوار فکری بیماران افسرده

تاریخ دریافت: ۹۹/۰۸/۲۳ - تاریخ پذیرش: ۹۹/۱۲/۱۰

خلاصه

مقدمه

رفتار درمانی دیالکتیک و درمان فراشناختی از درمان‌های موج سوم هستند که اثربخشی آنها در دامنه‌ای از اختلالات روانی مورد آزمون قرار گرفته است. هدف پژوهش حاضر مقایسه اثربخشی رفتار درمانی دیالکتیک و درمان فراشناختی بر کاهش میزان افسردگی و نشخوار فکری بیماران افسرده است.

روش کار

روش پژوهش شبه آزمایشی با طرح پیش آزمون- پس آزمون با گروه گواه بود. جامعه آماری شامل مراجعه کننده به واحد مشاوره بیمارستان تأمن الائمه مشهد در سال ۱۳۹۷ بود که به روش نمونه گیری در دسترس ۴۲ نفر از افراد افسرده طبق نمره برش پرسشنامه افسردگی بک (BDI-II) انتخاب و به صورت تصادفی در سه گروه، رفتار درمانی دیالکتیک ۱۳ نفر، درمان فراشناختی ۱۴ نفر و گواه ۱۵ نفر قرار گرفتند. پرسشنامه افسردگی بک (۱۹۹۶) و مقیاس پاسخ نشخوار فکری (۱۹۹۱) قبل از درمان روی هر سه گروه اجرا گردید. ارزیابی پیگیری نیز سه ماه پس از اتمام درمان صورت گرفت. برای تجزیه و تحلیل داده ها از تحلیل واریانس با اندازه گیری مکرر استفاده شد. و از نرم افزار SPSS نسخه ۲۲ استفاده شد.

نتایج

یافته ها نشان می دهد که هر دوی رفتار درمانی دیالکتیک و درمان فراشناختی در کاهش علائم افسردگی و نشخوار فکری تأکید داشته اند و بین اثربخشی رفتار درمانی دیالکتیک و درمان فراشناختی در کاهش علائم افسردگی و نشخوار فکری تفاوت معنا دار وجود ندارد ($P > 0.05$).

نتیجه گیری

بهبودی مشاهده شده در دو گروه آزمایش در پیگیری سه ماهه نیز حفظ شده بود. به این ترتیب یافته‌های پژوهش حاضر نشان دهنده اثربخشی رفتار درمانی دیالکتیک و درمان فراشناختی در بهبودی نشخوار فکری آسیب شناسانه و میزان افسردگی بیماران افسرده هستند.

کلمات کلیدی

رفتار درمانی دیالکتیک، درمان فراشناختی، نشخوار فکری، افسردگی
پی نوشت: این مطالعه فاقد تضاد منافع می باشد.

علی طاهری داغیان^۱

مهدی قاسمی مطلق*^۲

حسین مهدیان^۲

^۱گروه روانشناسی عمومی، واحد بجنورد، دانشگاه آزاد

اسلامی، بجنورد، ایران

^۲استاد یار گروه روانشناسی عمومی، واحد بجنورد

دانشگاه آزاد اسلامی، بجنورد، ایران

Email: avestaps@yahoo.com

مقدمه

افسردگی یکی از شایع‌ترین تشخیص‌های اختلالات روانی است. گزارش‌ها نشان می‌دهد که در حدود یک‌سوم جمعیت جهان در مقطعی از زندگی خود از یک دوره‌ی خفیف افسردگی رنج می‌برند (ایت، ۲۰۰۵). از طرف دیگر، خطر خودکشی در چنین بیمارانی غالباً فزونی می‌یابد. یک هفته‌ی بیمارانی که برای اختلال افسردگی بستری شده‌اند، از طریق خودکشی جان خود را از دست داده‌اند. نشخوار فکری به صورت تفکر افسرده ساز چرخه‌ای و مداوم تعریف می‌شود و پاسخ نسبتاً رایج به خلق منفی و خاصیت شناختی برجسته‌ای از احساس ملالت و اختلال افسردگی عمده است. (ری پری، ۱۹۹۷). به علاوه نشخوار فکری تفکر منفی تکرار شونده است و در پژوهش‌های مختلف با اختلال افسردگی عمده رابطه نشان داده است (۱)

درمان فراشناختی^۳ (MCT) یک روش نسبتاً جدید و امیدوارکننده برای درمان اختلالات هیجانی است (۲) نظریه فراشناختی بیان می‌کند (۲) که اختلال روانی ناشی از الگوی پاسخ انعطاف‌ناپذیر و ناسازگار به رویدادهای شناختی است که به عنوان «سندرم شناختی توجه» (CAS) نام‌گذاری شده است. CAS شامل نگرانی‌های مداوم و نشخوار، مانیتورینگ تهدید و استراتژی‌های مقابله بی‌ثمر است که به حفظ مشکل کمک می‌کند (۳). CAS باورهای غلط تفکر را حفظ نگه می‌دارد. این باورها، فراشناخت‌های ناسازگارانه نامیده می‌شوند: عوامل شناختی درونی که در کنترل، نظارت و ارزیابی تفکر دخالت دارند. (۴)

فراشناخت منفی با عدم کنترل، تهدید افکار و تجربیات شناختی مرتبط است و نقش مهمی در حفظ اختلالات روانشناسی ایفا می‌کند. این فراشناخت‌های منفی بر عدم کنترل نشخوارها و معنای افسردگی تمرکز می‌کنند. نمونه‌هایی از این باورها عبارت‌اند از: "من نمی‌توانم فکرم را کنترل کنم"؛ "افکار من از یک مغز ناقص تولید می‌شود" و "افکارم نشانه‌ی این‌اند که احتمالاً دچار نقص ذهنی و بیماری روانی هستم" (۴). نتایج

پژوهش‌های صورت گرفته در این حوزه نشان می‌دهد که فراشناخت ناکارآمد مانند اعتقاد به عدم کنترل و تهدید نگرانی همراه با فرآیندهای فراشناختی مانند نشخوار و نگرانی با افزایش سطح افسردگی و اضطراب همراه است (۴).

به عبارت دیگر مدل فراشناختی اختلال افسردگی، نشخوار فکری را ویژگی مهم افسردگی معرفی می‌کند و هدف درمان فراشناختی درک علل نشخوار فکری و حذف این فرآیند ناسازگارانه است. نشخوار فکری خصیصه‌ی اصلی سندرم شناختی توجهی (CAS) است که در پاسخ به افکار و هیجانات منفی، غمگینی و تجربه‌ی فقدان، فعال می‌شود. این مدل فرض می‌کند که افراد آسیب‌پذیر نسبت به افسردگی اقدام به نگرانی و تفکر نشخواران راجع به کارکرد باورها و فراشناخت‌های زیربنایی می‌کنند. در درمان فراشناختی نشخوار فکری، مشخصه‌ی اصلی اختلالات روانی از قبیل افسردگی در نظر گرفته شده است، بنابراین برای کاهش علائم افسردگی بر حذف نشخوار تأکید شده است (۵).

یکی دیگر از رویکردهای درمانی نوین که اثربخشی آن بر افسردگی بسیار امیدوارکننده می‌باشد رفتاردرمانی دیالکتیک^۵ است. رفتاردرمانی دیالکتیکی یکی از انواع درمان‌های شناختی رفتاری موج سوم است که علاوه بر تغییر رفتاری، از راهکارهای پذیرش و ذهن آگاهی نیز در جهت افزایش انعطاف‌پذیری روان‌شناختی استفاده می‌کند که این را می‌تواند از امتیازات رفتاردرمانی دیالکتیکی بر رفتاردرمانی شناختی به حساب آورد (۵) مهارت‌های رفتاردرمانی دیالکتیکی شامل مهارت تحمل پریشانی، مهارت تنظیم هیجانی، مهارت ذهن آگاهی و مهارت روابط بین فردی است (۶).

در این شیوه درمانی، ذهن آگاهی و تحمل پریشانی به‌عنوان مؤلفه‌های پذیرش و تنظیم هیجانی و کارآمدی بین

1. Abt

2. Rippere

3. Metacognitive therapy

4. Cognitive Attentional Syndrome

5. dialectical behavior therapy

6. Distress Tolerance

7. Core Mindfulness

روان‌شناختی گوناگونی به کار می‌روند (۱۱). اثربخشی درمانهای روان‌شناختی، نسبی بوده هنوز هیچ درمانی وجود ندارد که بتوان آن را راه حلی قطعی برای مشکل افسردگی دانست (۱۲). کاهش نشانه‌ها و علائم افسردگی اساسی با توجه به ماهیت تکرارپذیر و عودکننده آن، مستلزم کاربرد درمان‌های بلندمدت‌تر و روش‌های درمانگری خاص و عمیق‌تری برای رفع علائم افسردگی است. (۱۳) لذا بنابر اهمیت اختلال افسردگی از لحاظ شیوع و تحمیل عواقب و آسیب‌های ناشی از آن و لزوم ارائه راهکار درمانی مناسب و تشخیص موثرترین درمان‌ها، مطالعه حاضر با هدف مقایسه اثربخشی رفتاردرمانی دیالکتیک و درمان فراشناختی بر کاهش میزان افسردگی و نشخوار فکری کارکنان افسرده ناجا، مراجعه کننده به واحد مشاوره بیمارستان ثامن الائمه شهر مشهد، انجام شد.

روش کار

پژوهش حاضر یک پژوهش نیمه آزمایشی با دو گروه آزمایش و یک گروه کنترل به صورت پیش‌آزمون-پس‌آزمون می‌باشد. جامعه آماری شامل مراجعه کننده به واحد مشاوره بیمارستان ثامن الائمه مشهد در سال ۱۳۹۷ بود که از جامعه ی آماری تعداد ۴۲ نفر، به‌صورت روش نمونه‌گیری در دسترس براساس ملاک‌های شمول و خروج انتخاب شدند و به‌صورت انتصاب تصادفی در دو گروه آزمایشی و گروه کنترل، طبق نمره برش (نمرات ۱۴ و بالاتر) در پرسشنامه افسردگی بک (BDI-II) جایگزین شدند. در ضمن مداخله درمانی در گروه‌های آزمایش با افت تعدادی از درمانجویان، به دلایلی به غیر از نوع درمان (غیبت بیش از دو جلسه) مواجه شدیم که در هر حال امکان بازگشت مجدد آنها وجود نداشت، در نهایت نمونه شامل ۱۳ نفر در گروه رفتار درمانی دیالکتیک، ۱۴ نفر در گروه درمان فراشناختی و ۱۵ نفر در گروه گواه بودند. حضور نمونه‌ها در گروه مداخله مستلزم دارا بودن ملاک‌های ورود و نداشتن ملاک‌های خروج بود. ملاک‌های ورود شامل: نمره ۱۴ و بالاتر افسردگی در آزمون بک، اعلام رضایت برای شرکت در پژوهش و امضای فرم رضایت‌نامه، فاقد بیماری خاص جسمانی یا روانی، عدم مصرف

فردی به‌عنوان مؤلفه‌های مؤثر تغییر در رفتاردرمانی دیالکتیکی می‌باشند (۷)

ذهن آگاهی بر اساس آموزش یک سری تکالیف به‌صورت هشیار و خودآگاه است. هر تمرین به‌طور هدفمند و آگاهانه می‌تواند ظرفیت و توانایی نظام پردازش اطلاعات را افزایش دهد. مؤلفه‌های دیگر رفتاردرمانی دیالکتیک مهارت‌های اجتماعی و مهارت‌های بین فردی است. مهارت‌های اجتماعی، فرایند مرکبی است که فرد را قادر می‌سازد به‌گونه‌ای رفتار کند که دیگران او را با کفایت تلقی کنند.

مهارت دیگر رفتاردرمانی دیالکتیک مهارت تحمل پریشانی است. میزان تحمل افراد در مقاومت در برابر شرایط روانی منفی و تجربه آن را تحمل پریشانی می‌گویند. تحمل پریشانی پایین به رفتارهای تکانشی و سرکوب درد و رنج فرد می‌انجامد و افزایش تحمل هیجانی نقش مهمی در بهبود رفتارهای خودکشی ایفا می‌کند. مهارت تنظیم هیجان مهارت دیگر رفتاردرمانی دیالکتیک است. تنظیم هیجانی به معنای توانایی افراد در اثرگذاری بر نوع، زمان و چگونگی تجربه و بیان هیجانی و نیز تغییر طول مدت یا شدت فرآیندهای رفتاری، تجربی و بدنی هیجان است و به‌طور هشیار یا ناهشیار، از طریق به‌کارگیری راهبردهای تنظیم هیجان، انجام می‌گیرند. (۸)

فشار سنگین عاطفی، اجتماعی و اقتصادی، برای مبتلایان به اختلال افسردگی، خانواده آن‌ها و اجتماع از یک سو و شیوع فزاینده سالانه ۲٫۹ تا ۶٫۱۲ درصد در جمعیت عمومی باعث شده است که توجه به درمان و یا کاهش میزان نشانگان این اختلال در افراد مبتلا بیشتر از گذشته شود (۹) با توجه گسترده‌ی پیامدهای گسترده و ناخوشایند افسردگی بر زندگی افراد (۱۰) و از طرف دیگر با توجه به مأموریت‌ها و ملاحظات شغلی پرسنل ناجا و افزایش استرس‌ها و مشکلات خلقی ناشی از آنها و به جهت بهره‌وری مناسب از نیروی انسانی که ارزشمندترین مؤلفه سازمانی می‌باشد و با عنایت به صرفه جویی در هزینه‌های هنگفت درمانی بیماران افسرده و بهبودی کامل و عدم عود نشانه‌های افسردگی و مراجعات مجدد پرسنل به مراکز درمانی برای درمان افسردگی، روش‌های متعددی اعم از درمان‌های دارویی و روش‌های

همکاران (۱۴) اجرا گردید و گروه گواه هیچ گونه آموزشی را دریافت نکرد بعد از اتمام جلسات درمانی سه گروه، مقیاس‌های پژوهش را تکمیل نمودند. ارزیابی پیگیری نیز سه ماه پس از اتمام درمان صورت گرفت. بر اساس ضوابط اخلاقی پس از اتمام پژوهش، اعضای گروه گواه نیز متغیر مستقل (درمان فراشناختی) را دریافت کردند. از آنجا که پژوهش حاضر از طرح‌های اندازه گیری مکرر می باشد برای تجزیه و تحلیل داده ها از تحلیل واریانس با اندازه گیری مکرر استفاده شد. محتوای جلسات درمانی در جدول ۱ و ۲ گزارش شده است.

داروهای ضد افسردگی، عدم دریافت همزمان درمان‌های روانشناختی دیگر بود. ملاک‌های خروج شامل: مایل به همکاری و شرکت در پژوهش نباشند، در صورت غیبت از دو جلسه و بیشتر از پژوهش حذف شوند. ابتدا اعضای هر سه گروه پرسشنامه افسردگی بک (BDI-II) و نشخوار فکری را تکمیل نمودند. قبل از اجرای جلسات درمانی برای شرکت کنندگان در پژوهش یک جلسه مقدماتی با هدف آشنایی اولیه با بیماران، برقراری رابطه درمانی انجام شد. مداخله درمانی به شیوه گروهی طی هشت جلسه هفتگی ۹۰ دقیقه‌ای بر روی دو گروه آزمایش براساس پرتکل درمان فراشناختی ولز (۳) و پرتکل رفتار درمانی دیالکتیک لینچ و

جدول ۱ - محتوای جلسات آموزشی درمان فراشناختی ولز (۲۰۱۱)

جلسات	محتوای جلسات آموزشی
جلسه اول	تدوین فرمول بندی موردی، معرفی مدل و آماده سازی، شناسایی و نامگذاری دوره‌های نشخوار فکری (افزایش فراآگاهی)، تمرین تکنیک آموزش توجه
جلسه دوم	معرفی و تمرین ذهن آگاهی گسلیده، معرفی به تعویق انداختن نشخوار فکری به عنوان آزمایشی برای تغییر باور کنترل ناپذیری
جلسه سوم	شناسایی برانگیزاننده ها و بکارگیری ذهن آگاهی گسلیده، چالش با فراشناخت‌های مربوط به کنترل ناپذیری، تمرین تکنیک آموزش توجه، بررسی سطح فعالیت و مقابله‌های اجتنابی
جلسه چهارم	وارسی بکارگیری به تعویق انداختن نشخوار فکری در مورد حداقل ۷۵٪ برانگیزاننده ها بیش از دو دقیقه طول نکشیدن دوره‌های نشخوار فکری، چالش با باورهای مثبت درباره نشخوار فکری، تمرین تکنیک آموزش توجه.
جلسه پنجم	وارسی کاربرد گسترده و پایدار ذهن آگاهی گسلیده، ادامه چالش با باورهای مثبت درباره نشخوار فکری، بررسی سطح فعالیت و ارائه توصیه‌هایی برای بهبود آن، تمرین تکنیک آموزش توجه.
جلسه ششم	بررسی و چالش با باورهای منفی درباره هیجان افسردگی، تمرین تکنیک آموزش توجه (افزایش سطح دشواری)
جلسه هفتم	کار بر روی تدوین برنامه‌های جدید، بررسی و تغییر ترس از بازگشت علائم، تمرین تکنیک آموزش توجه.
جلسه هشتم	کار بر روی باورهای فراشناختی باقیمانده، پیش بینی برانگیزاننده‌های آتی و بحث درباره نحوه استفاده از برنامه‌های جدید، برنامه ریزی جلسات تقویتی.

جدول ۲ - محتوای جلسات آموزشی رفتار درمانی دیالکتیک لینچ و همکاران (۲۰۰۳)

جلسات	محتوای جلسات آموزشی
جلسه اول	تعریف دیالکتیک، اصول و راه‌های تفکر و عمل به شیوه دیالکتیک، آشنایی با مفهوم هوشیاری فراگیر و سه حالت ذهنی (ذهن منطقی، ذهن هیجانی و ذهن خردگرا).
جلسه دوم	مهارت‌های هوشیاری فراگیر دسته اول: مهارت‌های چه چیز (شامل سه مهارت مشاهده، توصیف و شرکت کردن) دسته دوم: مهارت‌های چگونه (شامل مهارت اتخاذ موضع غیر قضاوتی، خود هوشیاری فراگیر و کارآمد عمل کردن).
جلسه سوم	بخش اول مؤلفه‌های تحمل پریشانی یعنی راهبردهای بقا در بحران: ۱- مهارت‌های پرت کردن حواس
جلسه چهارم	۲- مهارت‌های خود آرام سازی با حواس پنجگانه
جلسه پنجم	۳- مهارت‌های بهسازی لحظات و تکنیک سود و زیان

درمان فراشناختی	۵۴,۱۵	۹,۳۵	۳۷,۶۱	۸,۳۰	۳۹,۸۴	۸,۴۲
گواه	۵۳,۰۲	۱۱,۰۱	۵۲,۶۶	۱۳,۶۶	۵۵,۵۳	۱۴,۶۷
رفتار درمانی دیالکتیک	۲۹,۵۷	۸,۲۷	۱۴,۰۷	۴,۸۲	۱۵,۰۷	۵,۴۵
درمان فراشناختی	۲۸,۷۶	۷,۸۳	۱۵,۳۸	۵,۶۶	۱۶,۶۱	۵,۷۶
گواه	۲۸,۹۳	۸,۷۱	۳۰,۵۳	۹,۱۹	۳۲,۱۳	۹,۷۱

افسردگی

یافته و از پس آزمون به پیگیری اندکی افزایش یافته است. در گروه گواه کاهشی در میانگین در پس آزمون ایجاد نشده است.

همان طور که در جدول ۱ ملاحظه می شود میانگین نشخوار فکری و میزان افسردگی در گروه رفتار درمانی دیالکتیک و گروه درمان فراشناختی از پیش آزمون به پس آزمون کاهش

جدول ۲- تحلیل واریانس نشخوار فکری و افسردگی در پیش آزمون در گروه‌های آزمایشی و گواه

متغیرها	منبع تغییرات	مجموع مجذورات	df	میانگین مجذورات	F	سطح معناداری
نشخوار فکری	بین گروهی	۵۲,۵۷۹	۲	۴۷,۷۸۵		
	درون گروهی	۴۸۸۳,۴۰۷	۳۹	۱۲۵,۲۱۶	۰,۳۸۲	۰,۶۸۵
	کل	۴۹۷۸,۹۷۶	۴۱			
افسردگی	بین گروهی	۴,۹۴۹	۲	۲,۴۷۵		
	درون گروهی	۲۶۸۸,۶۷	۳۹	۶۸,۹۴۰	۰,۰۳۶	۰,۹۶۵
	کل	۲۶۹۳,۶۱	۴۱			

نتایج جدول ۲ گویای آن است که در پیش آزمون تفاوت معناداری در نشخوار فکری ($F=۰/۳۸۲$, $P=۰/۶۸۵$)، افسردگی ($F=۰/۰۳۶$, $P=۰/۹۶۵$) در سه گروه رفتار درمانی دیالکتیک، درمان فراشناختی و گروه گواه وجود ندارد.

نتایج جدول ۲ گویای آن است که در پیش آزمون تفاوت معناداری در نشخوار فکری ($F=۰/۳۸۲$, $P=۰/۶۸۵$)، افسردگی ($F=۰/۰۳۶$, $P=۰/۹۶۵$) در سه گروه رفتار درمانی دیالکتیک، درمان فراشناختی و گروه گواه وجود ندارد.

جدول ۳- نتایج آزمون تحلیل اندازه گیری مکرر دو راهه اثرات درون آزمودنی‌ها در افسردگی و نشخوار فکری

متغیرها	منبع تغییرات	مکعب مجذورات	Df	میانگین مجذورات	F	سطح معناداری	مجدورات ای سهمی توان آزمون
نشخوار فکری	آزمون	۱۹۷۳/۴۲	۱	۱۹۷۳/۴۲	۱۱۱/۸۳	۰/۰۰	۰,۹۶۶
	آزمون × عضویت گروهی	۲۳۰۶/۲۰	۲	۱۱۵۳/۱۰	۶۵۳/۰۹	۰/۰۰	۰,۹۷۱
افسردگی	آزمون	۱۲۷۹,۱۵	۱	۱۲۷۹,۱۵	۲۹۹,۰۹	۰,۰۰	۰,۸۸۵
	آزمون × عضویت گروهی	۱۳۴۲,۴۰	۲	۶۷۱,۲۰	۱۵۶,۹۴	۰,۰۰	۰,۸۸۹

جدول ۴- نتایج آزمون تعقیبی LSD جهت مقایسه افسردگی و نشخوار فکری در گروه رفتار درمانی دیالکتیک، گروه درمان فراشناختی و گروه گواه

متغیر	گروهها	سطح معناداری	فاصله اطمینان ۹۵ درصد
		کمرانه پایین	کمرانه بالا
نشخوار فکری	درمان فراشناختی	۰,۴۳۹	-۵,۲۶۷
	درمان فراشناختی	۰,۰۳۴	-۱۷,۶۴۷
	رفتار درمانی دیالکتیک	۰,۰۰۴	-۲۰,۸۰۷

افسردگی	درمان فراشناختی	رفتار درمانی دیالکتیک	۰,۸۱۲	-۵,۰۹۲	۶,۴۶۱
	درمان فراشناختی	گواه	۰,۰۰۱	-۱۵,۹۶	-۴,۵۹۴
	رفتار درمانی دیالکتیک	گواه	۰,۰۰۰	-۱۶,۵۳۵	-۵,۳۸۹

باتوجه به یافته‌های جدول ۴ - میانگین نمرات آزمودنی‌های درمان فراشناختی در نشخوار فکری کمتر از گروه گواه بوده و تفاوت میانگین‌های دو گروه معنادار است ($P < ۰,۰۱$). بر این اساس، تأثیر درمان فراشناختی بر میزان استفاده از نشخوار فکری در بیماران افسرده تأیید می‌شود. و نیز میانگین نمرات آزمودنی‌های گروه رفتار درمانی دیالکتیک در نشخوار فکری کمتر از گروه گواه بوده و تفاوت میانگین‌های دو گروه معنادار است ($P = ۰/۰۰۰۵$). بر این اساس، تأثیر رفتار درمانی دیالکتیک بر میزان نشخوار فکری در بیماران افسرده تأیید می‌شود. میانگین نمرات آزمودنی‌های گروه درمان فراشناختی در میزان افسردگی کمتر از گروه گواه بوده و تفاوت میانگین‌های دو گروه معنادار است ($P = ۰/۰۰۰۵$). بر این اساس، تأثیر درمان فراشناختی بر درمان افسردگی در بیماران افسرده تأیید می‌شود. میانگین نمرات آزمودنی‌های گروه رفتار درمانی دیالکتیک در میزان افسردگی کمتر از گروه گواه بوده و همچنین تفاوت میانگین‌های دو گروه معنادار است ($P = ۰/۰۰۰۵$). بر این اساس، تأثیر رفتار درمانی دیالکتیک بر میزان افسردگی در بیماران افسرده تأیید می‌شود.

بحث و نتیجه گیری

پژوهش حاضر با هدف مقایسه اثربخشی رفتار درمانی دیالکتیک و درمان فراشناختی بر کاهش میزان افسردگی و نشخوار فکری مراجعه کننده به واحد مشاوره بیمارستان ثامن الائمه شهر مشهد انجام شد. نتایج پژوهش نشان داد رفتار درمانی دیالکتیک و درمان فراشناختی بر کاهش میزان افسردگی و نشخوار فکری بیماران افسرده موثر است و این کاهش را تا ۳ ماه پس از پایان درمان حفظ کردند. نتایج پژوهش حاضر در راستای پژوهش ولز و همکاران (۲) است. در پژوهش مذکور درمان فراشناختی در طی ۸ جلسه بر روی گروهی از افراد مبتلا به افسردگی مقاوم به درمان انجام شد. نتایج نشان داد که این درمان بر کاهش نشانه‌های

افسردگی و نشخوار فکری تأثیر دارد و به طور معناداری باعث بهبودی این نشانه‌ها می‌شود. در ایران نیز مطالعاتی اثر بخشی درمان فراشناختی را بر روی نمونه افسردگی مورد بررسی قرار داده اند. نتایج این مطالعات حاکی از تأثیر قابل ملاحظه‌ی درمان فراشناختی در کاهش نشخوار فکری و نشانه‌های افسردگی بوده اند. (پروانه محمد خانی، فریبا حسنی، مزگان سپاه منصور، غلامرضا محمودیوزرینالسادات لاریجانی درگاهیان، محمد خانی، حسنی و شمس، (۱۸) ازهره هاشمی، محمود علیلو و هاشمی نصرت آبادی، (۱۹))

همچنین پژوهش‌هایی در رابطه با اثر بخشی رفتار درمانی دیالکتیک بر کاهش نشانه‌های افسردگی انجام شده اند در پژوهش‌های مذکور نشان داده شده است که در افراد مبتلا به اختلال افسردگی رفتار درمانی دیالکتیک منجر به بهبودی اختلال افسردگی شده است (کلیر و همکاران؛ (20)). پژوهش‌هایی که در ایران در مورد اثر بخشی رفتار درمانی دیالکتیک بر کاهش نشانه‌های افسردگی انجام گرفته اند یافته‌های مذکور را تأیید می‌کنند (پاشا شریفی، جزایری شاملو، نادیا؛ مدرس غروی، مرتضی، اصغری پور، نگار (۲۱)؛ علوی، خدیجه؛ مدرس غروی، مرتضی؛ امین یزدی، سید امیر؛ صالحی فدردی، جواد؛ (۷)؛ علیزاده، عزیزه؛ علیزاده، عیسی؛ محمدی، ابوالفضل؛ (۸)).

با تکیه بر بررسی‌های صورت گرفته در پایگاه اطلاعاتی مجلات معتبر داخلی و خارجی پژوهش‌های دقیقی با عنوان بررسی اثربخشی رفتار درمانی دیالکتیک بر نشخوار فکری بیماران افسرده انجام نشده است.

نتایج نشان داد که بین اثربخشی رفتار درمانی دیالکتیک و درمان فراشناختی بر کاهش علائم افسردگی و نشخوار فکری بیماران افسرده تفاوت معناداری وجود ندارد.

در تبیین اثر درمان فراشناختی، پاپاجورجیو و ولز (۳،۲) معتقدند درمان فراشناختی باید مقدمه درمان شناختی باشد و در آن باورهای مثبت و منفی پیرامون نشخوار فکری مورد چالش قرار

برای توجه برگردانی از برانگیزاننده ها، بلکه به عنوان روشی برای حفظ آگاهی از آنها بدون محدود کردن توجه به پاسخ ها ی نشخوار فکری استفاده می شود و همچنین با استفاده از تکنیک های ذهن آگاهی گسلیده، بیمار یاد می گیرد بدون انجام تحلیل مفهومی مداوم در مورد نشخوار فکری و معنای آن، آن را به تعویق بیندازد. هدف بیرون راندن فکر یا احساس منفی اولیه از ذهن نیست بلکه هدف، درگیر نشدن در آن از طریق نشخوار فکری مداوم است (۳)

هدف رفتاردرمانی دیالکتیکی، کاهش رنج افراد درگیر در مشکلات هیجانی نظیر افسردگی است یکی از ویژگی بیماران افسرده این است که در فاصله گیری و بیرون آمدن از احساسات و خلق خود خوب عمل نمی کنند و در طول درمان رفتار درمانی دیالکتیک از طریق ترکیب نمودن تمرینات ذهن آگاهی با تمرینات رفتاری، بیماران افسرده در حالتی بدون قضاوت به مشاهده خلق افسرده خود و پیامدهای فیزیولوژیکی، ذهنی، رفتاری و احساسی آن می پردازند و علاوه بر سعی در پذیرش وجود این حالت و تحمل آن، مکانیسم گذر از این وضعیت را می آموزد و با پرآموزی این تمرینات، آن را به سبک اتوماتیک ذهن خود تبدیل می کنند. انجام این تمرینات در نهایت منجر به فاصله گیری از هیجانانگیز (مثلا خلق افسرده)، کاستن از نشخوار فکری و ایجاد هیجان مثبت می شود.

انجام تمرینات ذهن آگاهی به وسیله افزایش توانایی فرد در چرخش توجهش از آنچه مفید یا موثر نیست (مانند تمرکز روی افکار منفی در فرد افسرده) و توجه به آنچه مفید و موثر است، میتواند به تعدیل تجربه هیجانی یا به عبارتی انعطاف پذیری توجه در او کمک کند. همچنین با فاصله گیری از افکار منفی، به افراد افسرده می آموزد که ارزیابی منفی نسبت به خود و دیگران یا حوادث، را فقط به عنوان افکاری که لزوماً واقعی نیستند مورد مشاهده قرار داده و با این طریق آنها را کاهش داد. چنان که کابات ذین بیان می کند: در ذهن آگاهی با استفاده از کنجکاوی نسبت به تجربیات حسی درونی (بدن، هیجانانگیز و شناخت ها) در فرد نوعی حس سلامتی درونی و ذاتی بیدار می شود.

گیرد. سپس از طریق تمرین توجه به بیمار آموزش داده می شود که نشخوار فکری را قطع کند و به دنبال آن درمان های رایج شناختی اجرا گردد. به این ترتیب کارکرد اجرایی خود نظم بخش از کار می افتد و حتی در صورت وقوع مجدد افت خلق، احتمال ورود به دوره های افسردگی اساسی کاهش می یابد. آنها طی پژوهشی آزمایشی نشان داده اند که کاهش نشخوار فکری و باورهای مثبت و منفی فراشناختی بر درمان افسردگی موثر است. باورهای فراشناختی مثبت و منفی لزوم درگیر شدن در نشخوار فکری درباره معنی و علل رویداد و از طرفی احساس بد در مورد آن را مطرح می کنند (ولز) و موجب تشدید علائم افسرده ساز می شود (سگال و همکاران، ۲۲) مطالعات مختلفی نشان داده اند که بین باورهای فراشناختی مثبت و منفی و اضطراب و افسردگی رابطه مثبت و معناداری وجود داشته است (رولوفز و همکاران، ۲۳)

ولز و متیو (۱۹۹۶) پیشنهاد کردند که راهبردهای فراشناختی مانند تمرین توجه و آموزش ذهن آگاهی، برای درمان سندرم شناختی - توجهی که با آسیب پذیری به اختلالات هیجانی مرتبط است، باید گسترش یابد (۲۴)

. تبیین مدل فراشناختی افسردگی بر پایه سندرم شناختی - توجهی، نشخوار فکری است. برخی بیماران نگران وقوع مجدد علائم افسرده ساز هستند و درباره توانایی خود برای مقابله با این علائم در آینده، فاجعه ساری می کنند (به عنوان مثال: اگر افسردگی من پایان نیابد، چه می شود؟)، (اگر این علامت نشانه برگشت دوباره بیماری باشد، چه می شود؟). بیمار به طور مکرر سوال هایی در مورد دلایل افسردگی خود، معنی آن و چگونگی یافتن پاسخ (راه حل) مطرح می کند. این فرایند چرخه ای است و به نتیجه منفی منجر می شود که ممکن است ناامیدی قلمداد شود.

در درمان فراشناختی، تکنیک آموزش توجه به کسب آگاهی و کنترل انعطاف پذیری بر نشخوار فکری کمک می کند. در جریان کنترل انعطاف پذیری توجه به بیمار آموزش داده می شود تا با افکار مزاحم درونی (برانگیزاننده های) خود، به عنوان ((سروصدهایی)) برخورد کنند. از روش آموزش توجه نه

کرد. آموزش این دو نوع درمان به کارکنان بهداشت روان در بیمارستان ها و بهداری یگانها ناجا و درمان گروهی افراد مبتلا مقرون به صرفه خواهد بود.

از جمله محدودیت‌های این پژوهش می‌توان به انتخاب پرسنل مرجعه کننده به عنوان جامعه تحقیق و تفاوت نسبی جنسیتی پرسنل که به واحد مشاوره بیمارستان ثامن مراجعه کرده بودند اشاره کرد در این زمینه پیشنهاد می‌شود که تحقیق حاضر بر روی نمونه متشکل از پرسنل افسرده با توجه به جنسیت در سایر بیمارستان‌های در سراسر کشور انجام پذیرد.

مهارت تنظیم هیجان با اثرگذاری بر نوع، زمان و چگونگی تجربه و بیان هیجانی و نیز تغییر طول مدت یا شدت فرآیندهای رفتاری، تجربی و بدنی هیجان که به‌طور هشیار یا ناهشیار، از طریق تغییر در راهبردهای تنظیم هیجان مورد استفاده از سوی افراد افسرده، باعث کاهش علائم افسردگی آنها میشود.

در مجموع با توجه به نتایج این پژوهش و پژوهش‌های همسو با آن می‌توان از رفتار درمانی دیالکتیک و درمان فراشناختی به صورت گروهی برای کمک به بیماران مبتلا اختلال افسردگی و افراد دارای نشخوار فکری در سیستم سلامت روان استفاده

References

1. Barron WB. Effect of religious coping skills training with group cognitive behavioral therapy for treatment of depression. Ph.D. Dissertation. USA: Northcentral University, College of psychology, 2007; 7-12.
2. Wells, A., & Matthews, G. Modelling cognition in emotional disorder: the S-REF model. Behaviour Research and Therapy, 1996; 34, 881-888.
3. Chew CE. The effect of dialectical behavioral therapy on moderately depressed adults: A multiplebaseline design. Ph.D. Dissertation. USA: University of Denver, College of psychology, 2006; 18-80.
4. Friberg, O., Martinsen, E. W., Martiunussen, M., Kaiser, S., Øvergård, K. T., & Rosenvinge, J. Comorbidity of personality disorders in mood disorders: A meta-analytic review of 122 studies from 1988 to 2010. Journal of Affective Disorders, 2014; 152-154, 1-11.
5. Azizi A, Mohamadi J. Effectiveness of dialectical group behavior therapy on perceived stress and depression in patients with irritable bowel syndrome based. J of Ardabil University of Medical Sciences, 2016; 1(16): 95-10
6. Mackay LMH. The berkal technique for trauma elimination and the treatment of depression. MS. Dissertation. USA: California, Institute of transpersonal psychology-Palo Alto, 2007; 8-21.7-Alavi Kh, Modarres Gharavi M, Amin-Yazdi SA, Salehi Fardadi J. [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)
8. Alizadeh1 A, Alizadeh2 E MSc, Mohammadi A. Effectiveness of individual dialectical behavior therapy skills training on major depression. June 2013; 3: 250-2146. Wells, A. Metacognitive therapy for anxiety and depression. New York: Guilford Press, 2009.
9. Kabat-Zinn J. Mindfulness-Based Interventions in Context: Past, Present, and Future. Clinical Psychology: Science and Practice. 2003 June; 10(2): 144-156
10. Lima, M., & Foulce, T. Over general autobiographical memory at baseline predicts depressive symptoms at follow-up in patients with first-episode depression. Psychiatry Research, 2014; 243, 123-127
11. Friberg, O., Martinsen, E. W., Martiunussen, M., Kaiser, S., Øvergård, K. T., & Rosenvinge, J. Comorbidity of personality disorders in mood disorders: A meta-analytic review of 122 studies from 1988 to 2010. Journal of Affective Disorders, 2014; 152-154, 1-11.
12. Chew CE. The effect of dialectical behavioral therapy on moderately depressed adults: A multiplebaseline design. Ph.D. Dissertation. USA: University of Denver, College of psychology, 2006; 18-80
7. Wells, A., & Matthews, G. Modelling cognition in emotional disorder: the S-REF model. Behaviour Research and Therapy, 1996; 34, 881-888.
13. Segal ZV, Williams JMG, Teasdale JD. Mindfulness-based cognitive therapy for depression. New York: Guilford; 2002: 9-45.
14. Linch, A., Meygoni, M., Hassan, A. Declining the Rate of Major Depression: Effectiveness of Dialectical Behavior Therapy. Procedia - Social and Behavioral Sciences. J Appl Psychol 2011; 4(16): 25-41.
15. Beck, Ware, Mendelsohn, Wells A. An Empirical Test of a Clinical Metacognitive Model of Rumination and depression. Cogn Ther Res. 2003; (27), 261-273.
16. Beck et al. Segal ZV, Williams JMG, Teasdale JD. Mindfulness-based cognitive therapy for depression. New York: Guilford; 2002: 9-45.
17. Teymouri, Ramazan-zadeh and Mahjoub, A. Effectiveness of individual dialectical behavior therapy skills training on major depression. June 2013; 3: 250-214

18. Sadat Larijany Z, Mohammadkhani P, Hasani F, Sepahmansoure M. A comparison of the effectiveness of mindfulness based cognitive therapy and metacognition therapy on depressive symptoms, rumination, experiential, avoidance and metacognition beliefs in female students. *J Fundament of Mental Health* 2011; 15(2): 134-55. (Persian)
19. Hashemi Z, Mohammadaliloo M, Nosratabad T. Effectiveness of metacognitive therapy on major depression disorder: Case study. *Clin Psychol* 2010; 12(3): 85-97.
20. Kleiber, B. V., Felder, J. N., Ashby, B., Scott, S., Dean, J., Dimidjian, S. Treating Depression Among Adolescent Perinatal Women With a Dialectical Behavior Therapy-Informed Skills Group. *Cognitive and Behavioral Practice*, 2017; 24 416-427
21. Shamloo Nadiya, Modarres Gharavi M, Asgharipour N, The effectiveness of dialectical behavior therapy based on emotion regulation training on depression symptoms. *J Fundament Mental Health* 2014; 16(3): 261-71. (Persian)
22. Segal ZV, Williams JMG, Teasdale JD. *Mindfulness-based cognitive therapy for depression*. New York: Guilford; 2002: 9-45.
23. Roelofs J, Papageorgiou C, Gerbera R, Huibers M, Peeters F, Arntz A. On the links between self-discrepancies, rumination, metacognitions, and symptoms of depression in undergraduates. *Behaviour Research and Therapy*, 2006; 45, 1295-1305
24. Wells, A., & Matthews, G. Modelling cognition in emotional disorder: the S-REF model. *Behaviour Research and Therapy*, 1996; 34, 881-888.

Original Article

Comparison of the effectiveness of dialectical behavioral therapy and metacognitive therapy on reducing depression and rumination in depressed patients

Received: 13/11/2020 - Accepted: 28/02/2021

Ali Taheri Daghighan¹
Mehdi Ghasemi Motlagh²
Hossein Mehdian²

¹ Department of General Psychology,
Bojnourd Branch, Islamic Azad
University, Bojnourd, Iran

² Assistant Professor Department of
General Psychology, Bojnourd Branch,
Islamic Azad University, Bojnourd, Iran

Email: avestaps@yahoo.com

Abstract

Introduction: Dialectical behavior therapy and metacognitive therapy are the third wave therapies whose effectiveness has been tested in a range of mental disorders. The aim of this study was to compare the effectiveness of dialectical behavior therapy and metacognitive therapy on reducing depression and rumination in depressed patients.

Method: The research method was quasi-experimental with a pretest-posttest design with a control group. The statistical population included referring to the counseling unit of Samen Al-Aimeh Hospital in Mashhad in 1397, which was selected by available sampling method of 42 depressed people according to the Beck Depression Inventory (BDI-II) cut-off score and randomly divided into three groups, behavior therapy. 13 patients underwent dialectics, 14 underwent metacognitive therapy and 15 underwent control. Beck Depression Inventory (1996) and Ruminant Response Scale (1991) were administered to all three groups before treatment. Follow-up evaluation was performed three months after treatment. Analysis of variance with repeated measures was used to analyze the data. And SPSS 22 software was used.

Results: The results show that both dialectical behavior therapy and metacognitive therapy have emphasized on reducing the symptoms of depression and rumination and there is no significant difference between the effectiveness of dialectical behavior therapy and metacognitive therapy in reducing the symptoms of depression and rumination (0.05). $P >$.

Conclusion: The improvement observed in the two experimental groups was maintained in the quarterly follow-up. Thus, the findings of the present study indicate the effectiveness of dialectical behavior therapy and metacognitive therapy in improving pathological rumination and the rate of depression in depressed patients.

Keywords: Dialectical behavior therapy, Metacognitive therapy, Rumination, Depression

conflict of interest: There is no conflict of interest.