

بررسی اثربخشی رفتار درمانی دیالکتیک بر اضطراب و نشخوار فکری بیماران افسرده

تاریخ دریافت: ۹۸/۰۸/۱۵ - تاریخ پذیرش: ۹۸/۰۵/۰۱

خلاصه

مقدمه

رفتار درمانی دیالکتیک از درمان های موج سوم می باشد که اثربخشی آنها در دامنه ای از اختلالات روانی مورد آزمون قرار گرفته است. هدف پژوهش حاضر بررسی اثربخشی رفتار درمانی دیالکتیک بر اضطراب و نشخوار فکری بیماران افسرده است.

روش کار

روش پژوهش شبه آزمایشی با طرح پیش آزمون- پس آزمون با دو گروه (آزمون و گواه) بود. جامعه آماری شامل کارکنان ناجا مراجعه کننده به واحد مشاوره بیمارستان ثامن الائمه مشهد در سال ۱۳۹۷ بود که به روش نمونه گیری در دسترس ۲۷ نفر از افراد افسرده طبق نمره برش ۱۴ در پرسشنامه افسردگی بک (BDI-II) و نمره مساوی یا بالاتر از ۱۶ در پرسشنامه اضطراب بک (BAI) انتخاب و به صورت تصادفی در دو گروه، رفتار درمانی دیالکتیک ۱۳ نفر و گواه ۱۵ نفر قرار گرفتند. پرسشنامه اضطراب بک (۱۹۹۳) و مقیاس پاسخ نشخوار فکری (۱۹۹۱) قبل از درمان روی هر دو گروه اجرا گردید. سپس رفتار درمانی دیالکتیک به شیوه گروهی در هشت جلسه و طی چهار هفته بر روی گروه آزمایش بر اساس راهنمای درمانی اجرا شد و گروه گواه هیچ درمانی دریافت نکردند. در خاتمه، دو گروه، مقیاس های پژوهش را تکمیل نمودند. ارزیابی پیگیری نیز سه ماه پس از اتمام درمان صورت گرفت.

نتایج

برای تجزیه و تحلیل داده ها از تحلیل واریانس با اندازه گیری مکرر استفاده شد. یافته ها نشان می دهد که رفتار درمانی دیالکتیک در کاهش میزان اضطراب و نشخوار فکری تأکید داشته اند و بهبودی مشاهده شده در گروه آزمایش در پیگیری سه ماهه نیز حفظ شده بود.

نتیجه گیری

به این ترتیب یافته های پژوهش حاضر نشان دهنده اثربخشی رفتار درمانی دیالکتیک در بهبودی نشخوار فکری آسیب شناسانه و کاهش میزان اضطراب بیماران افسرده هستند.

کلمات کلیدی

رفتار درمانی دیالکتیک، نشخوار فکری، اضطراب، افسردگی

علی طاهری داغیان^۱

مهدی قاسمی مطلق^{۲*}

حسین مهدیان^۳

^۱ گروه روانشناسی عمومی، واحد بجنورد، دانشگاه آزاد اسلامی، بجنورد

^۲ استاد یار روانشناسی، هیئت علمی دانشگاه آزاد اسلامی واحد بجنورد

^۳ استاد یار روانشناسی، هیئت علمی دانشگاه آزاد اسلامی واحد بجنورد

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 (۱). اختلال افسردگی، به‌عنوان شایع‌ترین اختلال روانی بار اقتصادی، هیجانی و اجتماعی بسیاری برای مبتلایان و خانواده‌های آن‌ها و اجتماع دارد. برآورد می‌شود که شیوع دوازده‌ماهه این اختلال ۱۲٫۶ - ۲٫۹ درصد است. برآوردهای دیگری تخمین می‌زنند که در حال حاضر افسردگی دومین بیماری پرهزینه در تمام جهان است (۲ و ۳). از طرف دیگر، خطر خودکشی در چنین بیمارانی غالباً فزونی می‌یابد. یک هفتم از بیمارانی که برای اختلال افسردگی بستری شده‌اند، از طریق خودکشی جان خود را از دست داده‌اند. اعتقاد بر این است که سطح اختلال عملکردی که در افسردگی وجود دارد با سطح اختلال عملکردی که در بیماری‌های عمده‌ی پزشکی یافت می‌شوند قابل‌مقایسه است. همچنین این اختلال به دلیل این‌که غالباً یک اختلال روانی مزمن عودکننده است، به‌عنوان یک تشخیص مقاوم در برابر درمان شناخته می‌شود (۴). افسردگی یک اختلال با درجه بالایی از همبودی است. مطالعات نشان می‌دهد که ۵۰ تا ۷۵ درصد افراد مبتلا به افسردگی از دیگر اختلالات روان‌پزشکی رنج می‌برند (۵). شواهد همچنین نشان می‌دهد که همبودی Axis-II پیچیدگی درمان است و تأثیر منفی بر نتایج درمان شناختی رفتاری (CBT) برای اختلالات خلقی دارد (۶). بیماران افسرده با سطوح بالاتری از علائم اضطراب میزان کمتری از پاسخ به درمان را دارند. اضطراب و افسردگی ماریپچ‌های منفی هستند. یکی از آنها دیگری را به وجود می‌آورد به ویژه اگر یکی از آنها طولانی یا شدید باشد. نشخوار فکری به صورت تفکر افسرده ساز چرخه ای و مداوم و پاسخ نسبتاً رایج به خلق منفی و خاصیت شناختی برجسته ای از احساس ملالت و اختلال افسردگی است و در پژوهش‌های مختلف با اختلال افسردگی عمده رابطه نشان داده است (۶)

فشار سنگین عاطفی، اجتماعی و اقتصادی، برای مبتلایان به اختلال افسردگی، خانواده آن‌ها و اجتماع از یک‌سو 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، با توجه گسترده‌ی پیامدهای گسترده و ناخوشایند افسردگی بر زندگی افراد (۷). برای درمان افسردگی، روشهای متعددی اعم از درمانهای دارویی و روشهای روان‌شناختی گوناگونی به کار می‌روند (۸). درمان‌های شناختی رفتاری بیشتر از سایر روش‌ها در درمان این اختلال مورد استفاده قرار می‌گیرد و مشخص شده است که به اندازه داروها در کاهش علائم افسردگی حاد نقش دارند و شاید دوام اثر آنها از داروها نیز بیشتر باشد (۹). از این دسته درمان‌های شناختی-رفتاری، می‌توان از رفتار درمانی دیالکتیک نام برد. این روش توسط لینهان ایجاد و گسترش یافت. در دهه ۱۹۷۰ لینهان کوشید درمان شناختی-رفتاری را در درمان زنان مبتلا به اختلال شخصیت مرزی با اعمال خودکشی، افکار خودکشی و رفتارهای خودآسیب رسان به صورت مزمن به کار بندد. اما روش شناختی-رفتاری با وجود مزایای فراوان در درمان این افراد با مشکلاتی مواجه گردید، همین امر لینهان و گروهش را برآن داشت که تغییراتی در این شیوه‌ی درمانی ایجاد نموده، آن را تکمیل نمایند و در سال ۱۹۹۳ این شیوه جدید با موفقیت در تنظیم هیجان افراد مبتلا به اختلال شخصیت مرزی به کار رفت (۱۰). در این رویکرد، اصل تغییر در درمان شناختی-رفتاری با اصل پذیرش در فنون فلسفه شرقی آمیخته شده و برپایه‌ی چهار مولفه‌ی ذهن آگاهی و تحمل پریشانی به عنوان مولفه‌های پذیرش و تنظیم هیجانی و کارآمدی بین فردی به عنوان مولفه‌های تغییر عمل می‌کند (۱۱). هدف رفتاردرمانی دیالکتیکی، کاهش رنج افراد درگیر در مشکلات هیجانی نظیر افسردگی و اضطراب است (۱۲).

افسردگی با نشخوار فکری ارتباط محکم دارد (۱۳). سرگردانی ذهن افراد درباره اتفاقات گذشته و آینده و نیز نگرش قضاوت گرایانه درباره تجربیات، واکنش هیجانی را در پی دارد. ذهن آگاهی مهارتی است که به افراد اجازه می‌دهد که در زمان حال، حوادث را کمتر از آن میزان که ناراحت کننده‌اند، دریافت کنند. وقتی اشخاص نسبت به زمان حال آگاه می‌شوند دیگر توجه خود را روی گذشته یا آینده معطوف نمی‌کنند. بیشتر مشکلات روانی معمولاً با حوادثی که در گذشته روی داده یا در آینده اتفاق خواهد افتاد مربوط است. به‌عنوان مثال افرادی که افسرده‌اند درباره گذشته، اغلب احساس پشیمانی و گناه می‌کنند و کسانی که اضطراب دارند نگرانی از مشکلات آینده باعث ایجاد ترس و دل‌شوره در آن‌ها می‌شود (۱۴).

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. تمرین‌های ذهن آگاهی می‌تواند به‌عنوان یک نظام هشدار اولیه مانع شروع یک انفجار یا سیل قریب‌الوقوع افکار منفی شود. رفتاردرمانی دیالکتیک مبتنی بر ذهن آگاهی، نوید تازه‌ای در تبیین رویکرد درمان شناختی رفتاری است. آموزش ذهن آگاهی مستلزم یادگیری فراشناختی و راهبردهای رفتاری جدید برای متمرکز شدن روی توجه، جلوگیری از نشخوارهای فکری و گرایش به پاسخ‌های نگران‌کننده است و همچنین باعث گسترش افکار جدید و کاهش هیجان‌ناخوشایند می‌شود. وقتی توجه ما به زمان حال است، درگیر گذشته یا آینده نیستیم. درحالی‌که بیشتر مشکلات روانی از تمرکز بر گذشته ناشی می‌شود (۱۵).

مؤلفه‌ی 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 باکفایت تلقی کنند. در واقع مهارت‌ها، توانایی‌های لازم برای انجام رفتار هدفمند و موفقیت‌آمیز هستند.

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 فرونشانی درد و رنج فرد می‌انجامد و درمان این ساختار نقش مهمی در بهبود عواطف خلقی ایفا می‌کند (۱۶). 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 (۱۷). بدتنظیمی هیجانی، می‌تواند مقدم بر شروع اختلالات روانی مانند افسردگی باشد. ارتباط افسردگی و دشواری‌های تنظیم هیجانی در مطالعات انجام‌شده، مورد تأیید قرار گرفته است (۱۸).

این روش جهت درمان اختلال شخصیت مرزی به رسمیت شناخته شده است (۲۰ و ۱۹). و علاوه بر آن با انجام پژوهش‌های متعدد، اثر آن در درمان بسیاری اختلالات روانپزشکی دیگر از جمله اختلالات خوردن، سوء مصرف مواد، اختلال بیش‌فعالی و نقص توجه، افکار خودکشی، رفتارهای خودآسیب‌رسانی نیز مشخص شده است (۲۵-۲۴-۲۳-۲۲-۲۱).

لذا بنا بر اهمیت اختلال افسردگی از لحاظ شیوع و تحمیل عواقب و آسیب‌های ناشی از آن در پرسنل ناجا و به جهت بهره‌وری مناسب از نیروی انسانی که ارزشمندترین مؤلفه سازمانی می‌باشد و لزوم ارائه راهکار درمانی مناسب و تشخیص موثرترین درمان‌ها و به‌کارگیری شیوه‌های نوین روان‌شناختی و بررسی نتایج درمانی این روش‌ها که کمتر در کشور ما مورد مطالعه قرار گرفته‌اند، و همچنین نظریه اینکه پژوهش‌های دقیقی در زمینه اثر بخشی رفتار درمانی دیالکتیک بر نشخوار فکری با تکیه بر بررسی‌های صورت گرفته در پایگاه اطلاعاتی مجلات معتبر داخلی و خارجی صورت نگرفته است، کارآزمایی بالینی حاضر باهدف بررسی اثربخشی رفتار درمانی دیالکتیک بر اضطراب و نشخوار فکری کارکنان مبتلا به افسردگی ناجا مراجعه‌کننده به واحد مشاوره بیمارستان ثامن الائمه شهر مشهد انجام پذیرفت.

روش کار

پژوهش حاضر یک پژوهش نیمه آزمایشی با یک گروه آزمایش و یک گروه کنترل به صورت پیش آزمون-پس آزمون میباشد. جامعه آماری شامل کارکنان ناجا، مراجعه کننده به واحد مشاوره بیمارستان ثامن الائمه مشهد در سال ۱۳۹۷ بود که از جامعه ی آماری تعداد ۲۷ نفر، به صورت روش نمونه گیری در دسترس براساس ملاک های شمول و خروج انتخاب شدند و به صورت انتصاب تصادفی در گروه آزمایشی و گروه کنترل، طبق نمره برش (نمرات ۱۴ و بالاتر) در پرسشنامه افسردگی بک (BDI-II) و نمره مساوی یا بالاتر از ۱۶ در پرسشنامه اضطراب بک (BAI) جایگزین شدند. در ضمن مداخله درمانی در گروه 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 آزمایش (رفتار درمانی دیالکتیک)، و ۱۵ نفر در گروه گواه بودند. حضور نمونه ها در گروه مداخله مستلزم دارا بودن ملاک های ورود و نداشتن ملاک های خروج بود. ملاک های ورود شامل: نمره ۱۴ و بالاتر افسردگی در آزمون بک و نمره مساوی یا بالاتر از ۱۶ در پرسشنامه اضطراب بک، اعلام رضایت برای شرکت در پژوهش و امضای فرم رضایت نامه، فاقد بیماری خاص جسمانی یا روانی، عدم مصرف داروهای ضد افسردگی و اضطراب، عدم دریافت همزمان درمان های روانشناختی دیگر بود. ملاک های 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 دو گروه پرسشنامه افسردگی بک (BDI-II)، پرسشنامه اضطراب بک (BAI) 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 دقیقه ای بر روی گروه آزمایش براساس پرتکل رفتار درمانی دیالکتیک لینچ و همکاران (۲۰۰۳) اجرا گردید و گروه گواه

هیچ گونه آموزشی را دریافت نکرد بعد از اتمام جلسات درمانی دو گروه، مقیاس های 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 متغییر مستقل (رفتار درمانی دیالکتیک) را دریافت کردند. از آنجا که پژوهش حاضر از طرح های 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 گزارش شده است.

ابزارهای پژوهش

۱- پرسشنامه افسردگی بک (BDI-II): این پرسشنامه، این پرسشنامه یک ابزار خودگزارشی و خودسنجی مداد-کاغذی است، که شامل ۲۱ گروه سوال است و نسخه ابتدایی آن (BDI) برای نخستین بار توسط بک، واری، مندلسون، ماک و ارباف (۱۹۶۱) تدوین شد. بعدها بک و همکارانش (۱۹۹۶)، ه نقل از مارنات، (۲۰۰۳) برای تحت پوشش قرار دادن دامنه وسیعی از نشانه ها و برای هماهنگی بیشتر با ملاکهای تشخیصی اختلال های افسردگی راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی (DSM-VI)، یک تجدید نظر اساسی در آن انجام داده و BDI-II را پدید آوردند.

ضمن اینکه در این آزمون نقطه برش ۱۳ می باشد به این معنی که آزمودنی داری نمره ۰ تا ۱۳ سالم یا داری افسردگی جزئی (تقریباً غیر افسرده)، و امودنی ۱۴ تا ۶۳ مبتلا به افسردگی خفیف تا شدید تلقی می شود. ضریب آلفای کرونباخ ۰/۸۶ و ضریب ثبات درونی ۰/۹۲ در جمعیت آمریکایی و ضریب آلفای کرونباخ ۰/۹۱ و ضریب پایایی ۰/۹۴ در نمونه ایرانی به دست آمده است. در پژوهش حاضر این پرسشنامه به منظور تعیین شدت افسردگی مورد استفاده قرار خواهد گرفت.

۲- پرسشنامه نشخوار فکری نولن هوکسما و مارلو (۱۹۹۱): در مطالعه ی حاضر توسط پرسشنامه ی نولن هوکسما و مارلو (۱۹۹۱) ساخته شد و چهار نوع متفاوت از واکنش به خلق منفی را مورد ارزیابی قرا می دهد. پرسشنامه سبک های پاسخ از دو مقیاس پاسخ های نشخواری و مقیاس پاسخ های

دیالکتیک، آشنایی با مفهوم هوشیاری فراگیر و سه حالت ذهنی (ذهن منطقی، ذهن هیجانی و ذهن خردگرا).

مهارت های هوشیاری فراگیر دسته اول: مهارت های چه چیز (شامل سه مهارت مشاهده، توصیف و شرکت کردن) دسته دوم: مهارت های چگونه (شامل مهارت اتخاذ موضع غیر قضاوتی، خود هوشیاری فراگیر و کارآمد عمل کردن).

بخش اول مؤلفه های تحمل پریشانی یعنی راهبردهای بقا در بحران

۱- مهارت های پرت کردن حواس

۲- مهارت های خود آرام سازی با حواس پنجگانه

۳- مهارت های بهسازی لحظات و تکنیک سود و زیان

بخش دوم مؤلفه های تحمل پریشانی یعنی مهارت پذیرش واقعیت

۱- پذیرش محض ۲- برگرداندن ذهن ۳- رضایت مندی

بخش اول مؤلفه های تنظیم هیجان: هیجان چیست و دارای چه مؤلفه هایی می باشد، آموزش الگوی شناسایی هیجانها و برجسب زدن به آن ها، پذیرش هیجانها حتی در صورت منفی بودن، آموزش مهارت های لطفاً بر خود مسلط شوید.

بخش دوم مؤلفه های تنظیم هیجان: آموزش ایجاد تجارب هیجانی مثبت از طریق ایجاد تجارب هیجانی مثبت کوتاه مدت (مثل تفریح) و تجارب هیجانی مثبت بلند مدت (از طریق کار کردن بر روی سه حوزه اهداف زندگی، روابط و هوشیاری فراگیر نسبت به تجارب مثبت)، آموزش رها کردن رنج هیجانی از طریق پذیرش هیجانها و تغییر دادن هیجانها منفی از طریق کنش متضاد با هیجان

جلسه دوم

جلسه سوم

جلسه چهارم

جلسه پنجم

جلسه ششم

جلسه هفتم

جلسه هشتم

منحرف کنند حواس تشکیل شده است. که ۲۲ عبارت دارد که از پاسخ دهنده گان خواسته می شود هر کدام را در مقیاس از ۱ (هرگز) تا ۴ (اغلب اوقات) درجه بندی کنند (تیموری، رمضان زاده و محبوب، ۲۰۱۵). شواهد تجربی، مقیاس پاسخ های نشخواری، پایایی درونی بالایی دارد. ضریب آلفای کرونباخ در دامنه ای از ۰,۸۸ تا ۰,۹۲ قرار دارد پژوهش های مختلف نشان می دهند همبستگی بازآزمایی برای RRS، ۰,۶۷، است (لامینت، ۲۰۰۴). در ایران این پرسشنامه توسط باقری نژاد، صالحی فدردی و طباطبایی (۳۸۹) به فارسی ترجمه و روایی شده است و در پژوهش آن ها همبستگی این پرسشنامه با نمرات افسردگی و اضطراب در نمونه ای از دانشجویان ایرانی ۰,۶۳ به دست آمده و ضریب آلفای کرونباخ ایرانی ۰,۸۸ گزارش شد. به طور کلی، نتایج پژوهش های متعدد نشان داده است که این پرسشنامه داری اعتبار درونی بالایی است و ضریب آلفای کرونباخ آن ۰,۸۸ تا ۰,۹۲ قرار دارد (تیموری، رمضان زاده و محبوب، ۲۰۱۵). همچنین همبستگی بازآزمایی برای مدت بیشتر از ۱۲ ماه ۰,۷۶ گزارش شده است.

۳- پرسشنامه اضطراب بک: (بک و اپستین، ۱۹۹۳) یک پرسشنامه خود گزارشی برای اندازه گیری شدت اضطراب در نوجوانان و بزرگسالان است. این پرسشنامه ۲۱ ماده دارد و بالاترین نمره در این پرسشنامه ۶۳ می باشد. ضریب آلفای کرونباخ ۰,۹۲ و ضریب پایایی پیش آزمون- پس آزمون ۰,۷۵ و ضریب آلفای ۰,۹۲ و ضریب پایایی از طریق دونیم سازی برابر با ۰,۹۱ در مطالعه ایرانی به دست آمده است. در پژوهش حاضر این پرسشنامه به منظور تعیین شدت اضطراب مورد استفاده قرار خواهد گرفت.

پروتکل درمانی

در این مطالعه از پروتکل آموزشی رفتار درمانی دیالکتیک (مطرح شده توسط لینچ و همکاران (۲۰۰۳) استفاده شد.

جدول ۱ - محتوای جلسات آموزشی رفتار درمانی دیالکتیک

لینچ و همکاران (۲۰۰۳)

جلسات	محتوای جلسات آموزشی
جلسه اول	تعریف دیالکتیک، اصول و راه های تفکر و عمل به شیوه

نتایج

در این پژوهش از نرم افزار SPSS نسخه ۲۲ استفاده شد. میانگین و انحراف استاندارد متغیر های پژوهش در پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری ۳ ماهه محاسبه شد (جدول ۲). همان طور که در جدول ۲ ملاحظه می شود میانگین نشخوار فکری، اضطراب و افسردگی در گروه آزمایش (رفتار درمانی دیالکتیک) از پیش آزمون به پس آزمون کاهش یافته و از پس آزمون به پیگیری اندکی افزایش یافته است. در گروه گواه کاهش در میانگین در پس آزمون ایجاد نشده است. جهت اطمینان از یکسان بودن نمرات گروه آزمایش و کنترل در مرحله پیش آزمون از آزمون تحلیل واریانس یک-راهه استفاده گردید (جدول ۳- نتایج جدول ۳- گویای آن است که در پیش آزمون تفاوت معناداری در نشخوار فکری ($F=0/382, P=0/685$)، اضطراب ($P=0/37$)، افسردگی ($F=0/307, P=0/965$) در گروه آزمایش رفتار درمانی دیالکتیک و گروه گواه وجود ندارد. این یافته نشان دهنده تصادفی بودن انتساب گروه ها بوده و به پژوهشگر

کمک می کند تا تفاوت های به دست آمده را با اطمینان بیشتری به اثر متغیر مستقل نسبت دهد.

جدول ۲- شاخص های توصیفی نشخوار فکری، اضطراب و افسردگی در سه مرحله آزمون در گروه آزمایشی و گواه

متغیر	گروه	پیش آزمون	پس آزمون	پیکری
		میانگین انحراف	میانگین انحراف	میانگین انحراف
نشخوار	رفتار	۵۴,۱۴	۳۲,۷۱	۳۴,۷۸
	گواه	۵۳,۰۲	۵۲,۶۶	۵۵,۵۳
اضطراب	رفتار	۲۹,۰۷	۱۲,۵۷	۱۳,۶۴
	گواه	۲۶,۷۳	۲۷,۸۶	۲۹,۸۰
افسردگی	رفتار	۲۹,۵۷	۱۴,۰۷	۱۵,۰۷
	گواه	۲۸,۹۳	۳۰,۵۳	۳۲,۱۳

جدول ۳- تحلیل واریانس نشخوار فکری، اضطراب و افسردگی در پیش آزمون در گروه آزمایشی و گواه

متغیرها	منبع تغییرات	مجموع	df	میانگین	F	سطح
	بین گروهی	۵۲,۵۷۹	۲	۴۷,۷۸۵		
نشخوار فکری	درون گروهی	۴۸۸۳,۴۰۷	۳۹	۱۲۵,۲۱۶	۰,۳۸۲	۰,۶۸۵
	کل	۴۹۷۸,۹۷۶	۴۱			
اضطراب	درون گروهی	۳۳۵۲,۷۸۵	۳۹	۸۵,۹۶۹	۰,۳۰۷	۰,۷۳۷
	کل	۳۴۰۵,۶۱۹	۴۱			
افسردگی	بین گروهی	۴,۹۴۹	۲	۲,۴۷۵		
	درون گروهی	۲۶۸۸,۶۷	۳۹	۶۸,۹۴۰	۰,۰۳۶	۰,۹۶۵
	کل	۲۶۹۳,۶۱	۴۱			

جدول ۴- نتایج آزمون تحلیل اندازه گیری مکرر دو راهه اثرات درون آزمودنی ها در افسردگی، اضطراب و نشخوار فکری

متغیرها	تغییرات	منبع	مکعب	میانگین	سطح	اتای	مجدور
اضطراب	آزمون ×	۱۴۴۷/۹۲۳	۲	۷۲۳/۹۶۱	۹۸/۵۲	۰/۰۰	۱/۰۸۳۵
	آزمون	۱۹۷۳/۴۲	۱	۱۹۷۳/۴۲	۱۱۱/۸۳	۰/۰۰	۱/۰۹۶۶
نشخوار	آزمون ×	۲۳۰۶/۲۰	۲	۱۱۵۳/۱۰	۶۵۳/۰۹	۰/۰۰	۱/۰۹۷۱
	آزمون	۱۲۷۹/۱۵	۱	۱۲۷۹/۱۵	۲۹۹/۰۹	۰/۰۰	۱/۰۸۸۵
افسردگی	آزمون ×	۱۳۴۲/۴۰	۲	۶۷۱/۲۰	۱۵۶/۹۴	۰/۰۰	۱/۰۸۸۹
	آزمون						

جدول ۵- نتایج آزمون تحلیل اندازه گیری مکرر اثرات بین آزمودنی ها در افسردگی، اضطراب و نشخوار فکری بر حسب عضویت گروهی

متغیرها	مکعب	Df	میانگین	F	سطح	مجدور	توان
نشخوار فکری	۳۶۷۲,۱۵۱	۲	۱۸۳۶,۰۷	۵,۰۳۳	۰,۰۱۱	۰,۲۰۵	۰,۰۷۹
اضطراب	۲۳۲۹,۲۶	۲	۱۱۶۴,۶۳	۶,۰۱۱	۰,۰۰۵	۰,۲۳۶	۰,۰۸۶
افسردگی	۳۲۷۹,۶۱	۲	۱۶۳۹,۸۰	۹,۹۴۲	۰,۰۰۰	۰,۳۳۸	۰,۰۹۹۷

بحث و نتیجه گیری

اختلال افسردگی، به عنوان شایع ترین اختلال روانی بار اقتصادی، هیجانی و اجتماعی بسیاری برای مبتلایان و خانواده های آنها و اجتماع دارد. برآورد می شود که شیوع دوازده ماهه این اختلال ۱۲,۶ - ۲,۹ درصد است. برآوردهای دیگری تخمین می زنند که در حال حاضر افسردگی دومین بیماری پرهزینه در تمام جهان است (۲ و ۳).

لذا پژوهش حاضر با هدف بررسی اثربخشی رفتاردرمانی دیالکتیک بر اضطراب و نشخوار فکری کارکنان افسرده ناجا، مراجعه کننده به واحد مشاوره بیمارستان ثامن الائمه شهر مشهد انجام شد. نتایج پژوهش نشان داد رفتار درمانی دیالکتیک بر بهبود اضطراب، کاهش میزان افسردگی و نشخوار فکری بیماران افسرده موثر است و این کاهش را تا ۳ ماه پس از پایان درمان حفظ کردند. پژوهش هایی همسو با نتایج پژوهش حاضر وجود دارد (۲۶ و ۲۷ و ۴). در مطالعه های، صالحی و همکاران در بررسی تاثیر دو روش مبتنی بر مدل فرایند گراس و رفتار درمانی دیالکتیک بر علائم مشکلات هیجانی دانشجویان حاکی از این بود که رفتاردرمانی دیالکتیک منجر به کاهش افسردگی و اضطراب دانشجویان گردید. همچنین در پژوهش شاملو و همکاران، رفتار درمانی دیالکتیک منجر به کاهش موثر و ماندگار نشانه های افسردگی و دشواریهای تنظیم هیجان گردید. در پژوهش آسمند و همکاران، رفتار درمانی دیالکتیک، در گروهی از جوانان دارای اختلال شخصیت ضد اجتماعی منجر به کاهش علائم افسردگی و اضطراب گردید (۱۸ و ۳۰-۲۹).

با تکیه بر بررسی های صورت گرفته در پایگاه اطلاعاتی مجلات معتبر داخلی و خارجی پژوهش های دقیقی در زمینه اثربخشی رفتار درمانی دیالکتیک بر نشخوار فکری بیماران افسرده انجام نشده، نتایج پژوهش بیانگر تاثیر گذار بودن رفتار درمانی دیالکتیک بر نشخوار فکری می باشد.

اکثر کسانی که افسرده هستند به نوعی دارای علائم اضطرابی می باشند و اضطراب و افسردگی مارپیچ های منفی می باشند یکی از آنها دیگری را به وجود می آورد به ویژه اگر یکی از آنها طولانی یا شدید باشد. کاهش در میزان یکی با کاهش دیگری همراه است (۵).

هدف رفتار درمانی 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 پیامد های 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 هیجانات (مثلا خلق افسرده)، کاستن از نشخوار فکری و ایجاد هیجان مثبت می شود (۱۲).

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 لزوما واقعی نیستند مورد مشاهده قرار داده و با این طریق آنها را کاهش داد (۳۱).

در تبیین مشکلات هیجانی نظیر افسردگی و اضطراب، برخی از محققین، وجود نوعی اختلال در نظم هیجانی را ذکر می کنند شکست در به کارگیری و اصلاح مهارت های تنظیم هیجان پیش بین کننده آسیب های روانی فرد در آینده بوده و می تواند افراد را مستعد اختلالات روانی مانند افسردگی و اضطراب کند (۱۶). در رفتار درمانی دیالکتیک آموزش راهبرد های تنظیم هیجان بخشی از مداخله در مشکلات هیجانی می باشد. با استفاده از مهارت های تنظیم هیجان به درمانجویان کمک می کند تا احساس خود را دقیق تر تشخیص دهند و سپس هر هیجانی را بدون ناتوان شدن در برابر آن بررسی کنند که هدف از آن تعدیل احساسات بدون رفتاری واکنشی و مخرب می باشد (۳۲) توانایی بر آگاه شدن از هیجانات، شناسایی و نام گذاری هیجانات، تفسیر درست احساسات بدنی مربوط به هیجان، تعدیل فعالانه هیجان منفی برای رسیدن به احساس بهتر، پذیرش هیجان منفی در زمان لزوم و تحمل هیجان منفی وقتی نمی توان آن را تغییر داد، روبرو شدن با آن به جای اجتناب از آن در شرایط پریشانی جهت رسیدن به اهداف مهم و حمایت توام با شفقت در حالت پریشانی، از مهارت های تنظیم هیجان می باشد (۳۳). مهارت تنظیم هیجان با اثر گذاری بر نوع، زمان و چگونگی تجربه و بیان هیجانی و نیز تغییر طول مدت یا شدت فرآیندهای رفتاری، تجربی و بدنی هیجان که به طور هشیار یا ناهشیار، از طریق تغییر در راهبردهای تنظیم هیجان مورد استفاده از سوی افراد افسرده، باعث کاهش علائم افسردگی آنها میشود (۱۷).

آموزش مهارت تحمل پریشانی میزان تحمل افراد در مقاومت در برابر شرایط روانی منفی و تجربه آن را افزایش می دهد و تحمل پریشانی پایین به رفتارهای تکانشی و فرونشانی درد و رنج فرد می انجامد و نقش مهمی در بهبود عواطف خلقی نظیر افسردگی و اضطراب می گردد (۱۶).

در مجموع با توجه به نتایج این پژوهش و پژوهش های همسو با آن می توان از رفتار درمانی دیالکتیک به صورت گروهی برای کمک به بیماران مبتلا به افسردگی همراه با علائم اضطرابی و افراد دارای نشخوار فکری در سیستم سلامت روان استفاده

- first-episode depression. *Psychiatry Research*, 2014; 243, 123-127.
8. Hollon SD, Thase ME, Markowitz JC. Treatment and prevention of depression. *Psychological Science in the Public Interest* 2002; 3: 39-77.
9. Alavi Kh, Modarres Gharavi M, Amin-Yazdi SA, Salehi Fadardi 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)
10. Lynch TR, Chapman AL, Rosenthal MZ, Kuo JR, Linehan MM. Mechanisms of change in dialectical behavior therapy: Theoretical and empirical observations. *J Clin Psychol* 2006; 62(4): 459-80.
11. Wagner A, Rizvi SL, Harned MS. Application of dialectical behavior therapy to the treatment of complex trauma-related problems: When one case formulation not fit all. *J Trauma Stress* 2007; 20(4): 391-400.
12. Effectiveness of individual dialectical behavior therapy skills training on major depression Alizadeh1 A (MSc.) - Alizadeh2 E (MSc.) - Mohammadi3 A (Ph.D). Received: 11 June 2013 Accepted: 12 August 2013
13. Ripper V. "Whats the thing to do when you re feeling depressed?---a pilot study. *Behav Res Ther* 1977; 15(2): 185-91.
14. Kabat-Zine J. Mindfulness-based intervention in contex: past, present and future. *Clinical psychology :sci and prac* 2002; 10(2): 144-56.
15. Simon JS, Gaher RM. The Distress Tolerance Scale: Development and validation of a self-report Measure. *Mot E Mot* 2005; 29: 83-102.
16. Gross JJ, Thompson RA. Emotion regulation: Conception foundation In: Gross JJ. *Handbook of emotion regulation*. New York: Guilford; 2007. p. 3-24.
17. Chaplin TM, Cole PM, Zahn-Waxler C. Parental socialization of emotion expression: gender differences and relation to child adjustment. *Emotion* 2005; 5(1): 80-8.
18. Salehi A, Baghban I, Bahrami F, Ahmadi A. The effect of emotion regulation training based on dialectical behavior therapy and Gross process model on symptoms of emotional problems. *Zahedan journal of research medical sciences* 2012; 14(2): 49-55. (Persian)
19. Safer DL, Telch CF, Agras WS. Dialectical behavior therapy for bulimia nervosa. *Am J Psychiatry* 2001; 158: 632-4.
20. Telch CF, Agras WS, Linehan MM. Dialectical behavioral therapy for binge eating disorder. *J Couns Psychol* 2001; 69: 1061-5.
21. Van den Bosch, Verheul R, Schippers GM, Van

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 محدودیت های این پژوهش می توان به انتخاب پرسنل افسرده مراجعه کننده به بیمارستان ثامن الائمه مشهد به عنوان جامعه تحقیق و تفاوت نسبی جنسیتی پرسنل اشاره کرد در این زمینه پیشنهاد میشود که تحقیق حاضر بر روی نمونه متشکل از پرسنل افسرده با توجه به جنسیت در سایر بیمارستان های ناجا در سراسر کشور انجام پذیرد.

تشکر و قدردانی

از تمامی شرکت کنندگان گرامی که در تدوین این پژوهش ما را یاری رساندند، سپاسگزاری می شود.
ضمنا این مقاله برگرفته از رساله دکتری با شناسه اخلاق IR.IAU.BOJNOURD.REC.1398.003 می باشد.

References

1. Abt KL. The effect of a group exercise intervention in the adjunctive treatment of depression. Ph.D. Dissertation. USA: University of Pittsburgh, 2005; 7-10
2. 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.
3. 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
4. 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.
5. 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.
6. Hollon SD, Thase ME, Markowitz JC. Treatment and prevention of epression. *Psychological Science in the Public Interest*, 2002; 3: 39-77.
7. Lima, M., & Foulce, T. Over general autobiographical memory at baseline predicts depressive symptoms at follow-up in patients with

behavior therapy based on emotion regulation training on depression symptoms. *J Fundament Mental Health* 2014;16(3):261-71.(Persian)

29. Zamani N, Ahmadi V, Ataie 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. *Sci J Ilam Univ Med Sci* 2004; 22(5). (Persian)

30. Anthony C. A qualitative and quantitative review of the published research on dialectical behavior therapy: An update on school (2000). Ph.D. Dissertation. USA: Sam Houston State University, College of psychology, 2007: 9-102

31. nadimi M. Effectiveness of dialectical behavior therapy in increasing disturbance tolerance and improving emotional adjustment abuse drug users. *Birjand: Islamic Azad University*; 2013. (persian)

32. Berking M, Margraf M, Ebert D, Wupperman P, Hofmann SG, Junghann K. Deficits in Emotion- 2013.

33. Linehan MM, Schmidt H, Dimeff LA, Craft JC, Kanter J, Comtois KA.

Dialectical behavior therapy for patients with borderline personality disorder and drug-dependence. *Am J Addict* 1999;8(4):279-92.

den Brink W. Dialectical behavior therapy for borderline patients with and without substance use problems implementation and longterm effects. *Addict Behav* 2002; 27: 911-23.

22. 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 Alcohol Depend* 2002; 67: 13-29.

23. Hesslinger B, Tebartz van Elst L, Nyberg E, Dykierk P, Richter H, Berner M, et al. Psychotherapy of attention deficit hyperactivity disorder in adults: A pilot study using a structured skills training program. *Eur Arch Psychol Clin* 2002; 252: 177-84.

24. Lynch TR, Morse JQ, Mendelson T, Robins CJ. Dialectical behavior therapy for depressed older adults: A randomized pilot study. *Am J Geriatr Psychiatr* 2003; 11(1): 33-45.

25. Anthony C. A qualitative and quantitative review of the published research on dialectical behavior therapy: An update on school (2000). Ph.D. Dissertation. USA: Sam Houston State University, College of psychology, 2007: 9-102

26. 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.

27. Karbalae, A., Meygoni, M., Hassan, A. Declining the Rate of Major Depression: Effectiveness of Dialectical Behavior Therapy. *Procedia - Social and Behavioral Sciences*. 2011; 35, 230 – 236.

28. Shamloo Nadiya, Modarres Gharavi M, Asgharipoor N, The effectiveness of dialectical

Original Article

The effectiveness of dialectical behavior therapy on anxiety and rumination in depressed patients

Received: 06/11/2018 - Accepted: 11/03/2019

Ali Taheri Daghiyan¹
Qasemi Motlagh Mahdi^{2*}
Hossein Mehdian³

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

² Assistant Professor of Psychology,
Faculty of Islamic Azad University,
Bojnourd Branch

³ Assistant Professor of Psychology,
Faculty of Islamic Azad University,
Bojnourd Branch

Email: avestaps@yahoo.com

Abstract

Introduction: Dialectical behavior therapy is one of the third wave treatments whose effectiveness in a range of mental disorders has been tested. The purpose of this study was to evaluate the effectiveness of dialectical behavior therapy on anxiety and rumination in depressed patients.

Materials & Methods: The research method was quasi-experimental with pretest-posttest design with two groups (test and control). The statistical population consisted of Naja staff referred to the consulting unit of Mashhad Samen Alaemeh Hospital in Mashhad in 1397, using a convenience sampling method of 27 depressed individuals with a cut-off score of 14 on the Beck Depression Inventory (BDI-II) and a score of equal to or above 16 in The Beck Anxiety Inventory (BAI) was selected and randomly divided into two groups: dialectical behavior therapy of 13 subjects and control of 15 subjects. Beck Anxiety Questionnaire (1993) and Rumination Response Scale (1991) were administered to both groups before treatment. Then, dialectical behavioral group therapy was administered to the experimental group based on the therapeutic guidelines in eight sessions for four weeks and the control group received no treatment. Finally, the two groups completed the research scales. Follow-up evaluation was also performed three months after treatment.

Results: Repeated measures analysis of variance was used to analyze the data. The findings show that dialectical behavior therapy emphasized on reducing anxiety and rumination, and the improvement observed in the experimental group was maintained at 3-month follow-up.

Conclusion: Thus, the findings of the present study demonstrate the effectiveness of dialectical behavior therapy in improving pathological rumination and reducing anxiety in depressed patients.

Key words: Dialectical Behavior Therapy, Rumination, Anxiety, Depression