

مقایسه اثربخشی درمان رفتاری - شناختی و درمان رفتاری - دیالکتیکی بر افسردگی

شهرام مامی^{۱*}، شیرین سلطانی^۲، شیرین ابراهیمیان^۳

تاریخ دریافت ۱۳۹۴/۰۵/۱۵ تاریخ پذیرش ۱۳۹۴/۰۷/۱۹

چکیده

پیش‌زمینه و هدف: افسردگی از شایع‌ترین اختلالات خلقی و عاطفی و بزرگ‌ترین اختلالات روانی قرن حاضر است که در بین دانشجویان شیوع بالایی دارد لذا پژوهش حاضر باهدف مقایسه اثربخشی رفتاردرمانی دیالکتیک و رفتاردرمانی شناختی بر کاهش افسردگی اجرا شده است.

مواد و روش‌ها: پژوهش حاضر در قالب یک طرح آزمایشی ۲۷ بیمار که بر اساس اکتساب نمرات ۱ انحراف معیار بالاتر از میانگین افسردگی تشخیص داده شده از میان دانشجویانی که در مرکز مشاوره دانشجویی و کلینیک تخصصی پذیرش شده بودند، به روش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب و در سه گروه رفتاردرمانی دیالکتیک، رفتاردرمانی-شناختی و کنترل قرار گرفتند. با استفاده از طرح آزمایشی پیش‌آزمون پس‌آزمون با گروه کنترل، گروه آزمایش رفتاردرمانی دیالکتیک و رفتاردرمانی-شناختی طی ۸ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای تحت آموزش رفتاردرمانی دیالکتیک و رفتاردرمانی شناختی قرار گرفتند، درحالی‌که در این مدت گروه کنترل هیچ مداخله‌ای را دریافت نکردند. هر دو گروه در پیش‌آزمون و پس‌آزمون با استفاده از پرسشنامه ویراست دوم افسردگی بک (۲۰۰۰) مورد ارزیابی قرار گرفتند و نتایج با استفاده از تحلیل کوواریانس چند متغیری تحلیل شد.

یافته‌ها: نشان داد که بیماران هر دو گروه رفتاردرمانی دیالکتیک و رفتاردرمانی شناختی در میزان افسردگی تفاوت معنی‌داری با هم نداشتند، اما کاهش معنی‌داری در هر دو گروه آزمایش در مقایسه با گروه کنترل مشاهده شد.

نتیجه‌گیری: با توجه به نتایج پژوهش رفتاردرمانی دیالکتیک و شناختی موجب کاهش ابعاد افسردگی می‌شود.

واژگان کلیدی: رفتاردرمانی دیالکتیک، رفتاردرمانی شناختی، افسردگی

مجله پزشکی ارومیه، دوره بیست و ششم، شماره نهم، ص ۸۰۱-۷۹۳، آذر ۱۳۹۴

آدرس مکاتبه: ایلام، دانشگاه آزاد اسلامی واحد ایلام، تلفن: ۴۴۵۲۸۷۶۸-۰۸۴

Email: Shaham.mami@yahoo.com

مقدمه

و عاطفی و بزرگ‌ترین اختلال روانی قرن حاضر و معضل عمومی در زندگی مدرن امروزی است (۱).

با توجه به اینکه کشور ما، کشوری جوان است و بیش از نیمی از جمعیت آن را افراد نوجوان و جوانان تشکیل می‌دهند در این میان، دانشجویان به‌عنوان متصدیان آینده جامعه از اهمیت بالایی برخوردارند و بررسی و رفع نواقص و مشکلات آنان، انعکاس مثبتی بر کارکرد اجتماع خواهد داشت. در کشورهای توسعه‌یافته بسیاری از افراد از اختلالات خلقی و اختلالات اضطرابی رنج می‌برند (۱)، این آمار به‌گونه‌ای است که سازمان بهداشت جهانی^۱، تخمین زده است که اختلالات افسردگی و اضطرابی در رأس فهرست بیماری‌های

در قرن گذشته مردم در بیشتر کشورها از موهبت سلامتی بیش‌ازپیش لذت برده‌اند. بیماری‌هایی جسمانی که سالیانه میلیون‌ها انسان را از پای درمی‌آورد، اکنون ریشه‌کن شده‌اند. نمونه‌های این‌گونه پیشرفت‌ها در زمینه سلامت جسمانی فراوان هستند اما علی‌رغم این پیشرفت‌ها، در زمینه سلامت روانی با پیشرفت‌چندانی روبه‌رو نبوده‌ایم. سازمان بهداشت جهانی تخمین زده است که اختلالات افسردگی و اضطرابی در رأس فهرست بیماری‌های روانی قرار دارند. افسردگی از شایع‌ترین اختلالات خلقی

^۱ استادیار، گروه روانشناسی، دانشگاه آزاد اسلامی ایلام، ایلام، ایران (نویسنده مسئول)

^۲ دانشجوی دکتری، روانشناسی عمومی، گروه روانشناسی، دانشگاه آزاد اسلامی ایلام، ایلام، ایران

^۳ دانشجوی دکتری، روانشناسی عمومی، گروه روانشناسی، دانشگاه آزاد اسلامی ایلام، ایلام، ایران

^۱- World Health Organization (WHO)

در برخی از این تحقیقات به این نتیجه رسیده‌اند که ۷۸ درصد از دانشجویان از بعضی علائم افسردگی در رنجاند و ۴۶ درصد از آن‌ها تا اندازه‌ای دچار افسردگی شدید هستند که نیاز به کمک حرفه‌ای دارند (۱۰).

در گذشته تصور می‌شد که افسردگی مربوط به دوره بزرگ‌سالی است و کودکان و نوجوانان کمتر به آن مبتلا می‌شوند. اما امروزه تحقیقات جدید نشان می‌دهد افسردگی از مشکلات رایج بین نوجوانان و جوانان است و مطالعات انجام‌شده در گروه‌های دانشجویی دامنه بالایی از این اختلال را نشان می‌دهد، ترکان در پژوهشی شیوع افسردگی در دانشجویان را در خانم‌ها ۶۵ درصد و در آقایان ۴۱ درصد گزارش کرد (۱۱). از آنجا که دانشجویان هر جامعه نیروی انسانی و سازندگان فردای کشور هستند و وجود مشکلات و اختلالات روانی در امور دانشجویان تأثیر داشته، افت تحصیلی و گاهی ترک تحصیل به همراه دارند و این منجر به از دست دادن نیروی حرفه‌ای و دست زدن به رفتارهای مخاطره‌آمیز به صورت افکار و انجام رفتارهای خودکشی، چراکه حدود ۱۵ درصد مبتلایان به افسردگی شدید اقدام به خودکشی می‌کنند (۱۲). زمانی که افسردگی درمان نشود یا درمان آن ناکارآمد باشد، ممکن است به بروز رفتارهای ناسازگارانه‌ای منجر شود که به نوبه خود مشکلات عمده بیشتری را سبب می‌شوند (۱۳).

گسترده‌ی اختلالات افسردگی موجب شده که شیوه‌های درمانی متعددی اعم از دارودرمانی و روان‌درمانی برای آن ارائه شده و مورد بررسی قرار گیرند. با وجود اینکه پژوهش‌ها از اثربخشی نمایش فعلی انجام‌شده حمایت می‌کنند، ولی این اثربخشی نسبی بوده و هنوز هیچ درمان قطعی برای درمان اختلالات افسردگی وجود ندارد که بتوان آن را راه‌حلی قطعی برای این اختلال دانست (۱۴-۱۶). زیرا نمایش صورت گرفته در کنار درمان اختلال افسردگی عوارضی به همراه دارد. از جمله نمایش موجود، دارودرمانی است که در کنار نمایش بیماری عوارض جانبی متعددی از جمله خشکی گلو، خارش کف دست و ... را به دنبال دارد و از سوی دیگر با وجود اینکه روان‌درمانی‌های بسیاری برای درمان افسردگی اثربخش بوده‌اند، ولی همچنان با میزان بالای عود مجدد نشانه‌های افسردگی مواجه هستیم (۱۷). در واقع با اینکه در درمان افسردگی هدف بهبودی کامل است، بسیاری از بیماران در دستیابی یا حفظ وضعیت بدون نشانه شکست می‌خورند (۱۸). تاکنون، شیوه‌های مختلفی برای درمان افسردگی ارائه شده است که دیدگاه موج سوم یکی از بانفوذترین نظریه‌ها را در مورد افسردگی ارائه کرده است (۱۹).

از میان نمایش مؤثر بر افسردگی، رفتاردرمانی دیالکتیک است که یکی از رویکردهای درمانی نوین مبتنی بر رویکرد شناختی رفتاری است که در ابتدا توسط مارشالینهان (۲۰) ابداع گردیده

روانی قرار می‌گیرند و حدود ۲۵ درصد مراجعین به مراکز بهداشتی در جهان را به خود اختصاص می‌دهند (۲). اختلالات خلقی گروهی از اختلالات بالینی هستند که مشخصه آن‌ها این است که احساس تسلط از بین رفته و فرد رنج و عذابی عظیم می‌کشد و نشانه‌ها و علائم اختلالات خلقی عبارت است از تغییراتی در سطح فعالیت، توانایی‌های شناختی، تکلم و کارکردهای نباتی که موجب مختل شدن کارکردهای بین فردی، اجتماعی و شغلی در فرد می‌شود (۳). اختلالات خلقی، بر روی پیوستاری است که شامل نوسانات بهنجار خلق است. مفهوم پیوستار ممکن است باز نمود هم ذات پنداری مفرط بالینگر با پاتولوژی باشد (۴).

افسردگی از شایع‌ترین اختلالات خلقی و عاطفی و بزرگ‌ترین اختلالات روانی قرن حاضر است که از درمان‌پذیرترین اختلالات است (۵) و معضل عمومی در زندگی مدرن امروزی است، به طوری که لقب سرماخوردگی روانی را به آن داده‌اند (۶) که در دو جنبه مهم با سرماخوردگی جسمی متفاوت است. افسردگی بدون درمان پس از یک هفته برطرف نمی‌شود و همچنین مردان و زنان را به یک میزان و به یک شیوه مبتلا نمی‌کند (۷).

همه‌گیرشناسی اختلالات روانی نشان می‌دهد که اختلالات افسردگی سلامت عمومی جامعه را تهدید می‌کند، به طوری که هم‌اکنون افسردگی، دومین اختلال رایج روان‌شناختی است و نزدیک به ۱۲۱ میلیون نفر در جهان به، افسردگی مبتلا هستند، به نقل از (۸) و شیوع اختلالات روانی در طول عمر ۷ تا ۲۱ درصد گزارش شده است (۹). تخمین زده شده است که حدود ۱/۵ میلیون نفر در سال به افسردگی دچار می‌شوند (یعنی از هر ۲۰ نفر ۱ نفر). در طول یک دوره عمر ۲۵ درصد زنان و ۱۰ درصد مردان ممکن است افسردگی را تجربه کنند (۵). حدود ۶۶ درصد مبتلایان متوجه بیماری خود نمی‌شوند یا بیماری‌شان تشخیص داده نمی‌شود (۳). در هر مقطع معینی از زمان، ۱۵-۲۰ درصد بزرگسالان، در سطح قابل توجه، از نشانه‌های افسردگی رنج می‌برند. و حداقل، ۱۲ درصد به میزانی از افسردگی که آن‌ها را در مرحله‌ای از زندگی، به سمت درمان بکشاند، مبتلا هستند و حدس زده می‌شود که حدود ۷۵ درصد موارد بستری در بیمارستان‌های روانی را موارد افسردگی تشکیل می‌دهند. به دلایلی که هنوز مشخص نیست، در جوامع صنعتی غرب، افسردگی در بین زنان تقریباً ۲ برابر این میزان در مردان می‌باشد (۹).

در ایران نیز تحقیقاتی که بر روی جمعیت‌های غیر بالینی مانند دانشجویان صورت گرفته است، نشان می‌دهند که علائم افسردگی از جمله مشکلات شایعی هستند که در جامعه وجود دارند. مطالعات انجام‌شده بر روی نمونه‌های دانشجویی آمارهای متفاوتی در مورد میزان شیوع افسردگی گزارش کرده‌اند که عموماً بالا هستند، حتی

کاربرد برای فوریت‌ها و مداخله در بحران‌ها و درمان بیماران آشفته و اختلال‌های پیچیده قرار گرفته است. انجام این پژوهش نیز می‌تواند زمینه‌ای مناسب برای بررسی و مقایسه تأثیر این درمان بر افسردگی باشد. بنابراین پژوهش حاضر بر این است تا به این سؤال پاسخ دهد که آیا برنامه درمانی رفتاردرمانی دیالکتیکی و رفتاردرمانی شناختی موجب کاهش نشانه‌های افسردگی می‌شود؟

مواد و روش‌ها

جامعه، نمونه، روش نمونه‌گیری:

طرح این پژوهش از نوع طرح‌های نیمه آزمایشی با گروه کنترل، همراه با پیش‌آزمون و پس‌آزمون بود. جامعه آماری این تحقیق شامل دانشجویان مراجعه کننده به مرکز مشاوره و کلینیک تخصصی بود که تشخیص افسردگی گرفته بود که به صورت نمونه‌گیری در دسترس گروه نمونه انتخاب گردید که شامل ۲۷ بیمار (۳ گروه ۹ نفره) بودند که بعد از ریزش به ۲۴ نفر رسیدند که به صورت کاملاً تصادفی در دو گروه آزمایش رفتاردرمانی دیالکتیک ($n=8$) آزمایش رفتاردرمانی شناختی ($n=8$) و یک گروه کنترل ($n=8$) منتسب شدند و گروه‌های آزمایش و کنترل به پرسشنامه ویراست دوم افسردگی بک (۲۰۰۰) بصورت پیش‌آزمون و پس‌آزمون جواب دادند.

ملاک‌های ورود عبارت بودند از: ۱- دارا بودن ملاک‌های تشخیصی افسردگی طبق DSM-5؛ ۲- حداقل تحصیلات دانشجویی (۳ دامنه سنی بین ۱۸-۳۱ سال؛ ۴) عدم دریافت درمان دارویی همزمان باهدف مطالعه؛ ۵) اکتساب نمرات ۱ انحراف معیار بالاتر از میانگین در آزمون افسردگی ملاک‌های حذفی عبارت بودند از: ۱- بیماران اختلالات شخصیت؛ ۲- بیماران داغ‌دیده؛ ۳- بیماران مبتلا به اختلالات سازگاری؛ ۴- بیماران مبتلا به مواد مخدر.

با توجه به اینکه مطالعات قبلی (۲۵، ۲۶) گروه درمانی را در غالب گروه‌های ۸ نفره اجرا کردند؛ در این مطالعه نیز مداخله به صورت گروهی بوده و افراد گروه آزمایش در گروه‌های ۹ نفره تحت درمان رفتاردرمانی شناختی و دیالکتیکی قرار گرفتند که بعد از ریزش به ۸ نفر تقلیل شدند. محتوا، تعداد جلسات و مدت زمان هر جلسه در دو گروه توسط یک روانشناس آموزش دیده اجرا گردید. در نهایت گروه آزمایش رفتاردرمانی دیالکتیک و رفتاردرمانی شناختی در ۸ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای (۱۰ دقیقه بررسی تکالیف جلسه قبلی، دقیقه آموزش، ۲۰ دقیقه تمرین در جلسه، ۱۵ دقیقه تکالیف هفته آینده و هر هفته یک جلسه) تحت آموزش قرار گرفتند و نتایج با استفاده از تحلیل کوواریانس چند متغیری تحلیل شد. پیش فرض‌های تحلیل آماری استفاده از کوواریانس عبارت بود از: ۱) داده‌ها بایستی فاصله‌ای یا نسبی باشد به عبارت دیگر داده‌ها کمی و پیوسته باشد. داده‌های این پژوهش که نمره حاصل از پرسشنامه

است. درواقع، رفتاردرمانی دیالکتیک رویکردی است که پذیرش و همدلی مراجع‌محور را با حل مسئله رفتاری شناختی و آموزش مهارت‌های اجتماعی ترکیب می‌کند و از چهار نوع مداخله تشکیل شده است: جلسات درمانی ساختاریافته گروهی (برای مهارت‌آموزی)، جلسات انفرادی، تماس‌ها یا مشاوره‌های تلفنی با درمانگر و جلسات تیم متخصصان به منظور حمایت از درمانگران رفتاردرمانی دیالکتیک (۲۱)

نتایج مطالعات نشان‌دهنده اثربخشی این الگوی درمانی است. پژوهش سولر، پاسکال، تیانا، بارچینا، گیچ و آوارز (۲۱)، نشان داد افرادی که در گروه مهارت‌آموزی رفتاردرمان‌گری دیالکتیکی قرار داشتند در مقایسه با گروه درمانگری، کمتر درمان را ترک کردند و همچنین بهبود تعدادی از مسائل خلقی و هیجانی نظیر افسردگی، اضطراب، خشم، بی‌ثباتی عاطفی و تحریک‌پذیری آن‌ها بهتر از گروه درمانگری استاندارد بود.

لینهان (۲۰) این روش درمان را مختص بیمارانی معرفی کرد که اختلال آن‌ها در سطح شدید (رفتارهای خودکشی، دیگر کشی، رفتارهای تهدیدکننده زندگی مانند رانندگی‌های پرخطر، پرخوری و بیماران تکانشی و افرادی که الگوهای غیرقابل کنترل است. همچنین بهبود تعدادی از مسائل خلقی و هیجانی نظیر افسردگی، اضطراب، خشم، بی‌ثباتی عاطفی و تحریک‌پذیری آن‌ها بهتر از گروه درمانگری استاندارد بود (۱۹).

از سوی دیگر از میان نمایش مؤثر بر اختلالات خلقی و هیجانی رفتاردرمانی شناختی، آن گونه که توسط بک و همکارانش معرفی شده، بیش از حد مورد استقبال و همچنین مورد ارزیابی قرار گرفته و اثرآفرین بوده است، فرض اساسی رفتاردرمانی شناختی این است که افراد با نحوه تعبیر رویدادها و موقعیتها، در مشکلات روان‌شناختی خود و نشانه‌های خاص، دخالت زیادی دارند. این درمان براین اساس استوار است که شناخت‌ها، هیجان‌ها و رفتارها به نحو چشمگیری بر یکدیگر تأثیر داشته، رابطه علت و معلولی دارند (۲۰). این درمان به شکل گروهی است که افراد بیشتری شرکت می‌کنند و گروه فرصتی برای آموزشهای میان‌فردی فراهم می‌کند؛ همچنین تجربه‌های گروهی به واقعیت زندگی روزمره مراجعه‌کنندگان نزدیک‌تر است و می‌توان به ایجاد امید، عمومیت، انتقال اطلاعات، نوع دوستی، رشد مهارت‌های اجتماعی، رفتار تقلیدی، یادگیری همنشینانه، تجربه عاطفی تصحیحی و تخلیه روانی اشاره کرد (۲۱) این درمان در اصل برای غلبه برای مسائل خلقی و هیجانی طراحی و همواره موفقیت آمیز بوده است. پژوهش‌های هاوتون، سالکوس و کلارک (۲۰) و تاد، بوهارت (۲۱)، اثربخشی رفتاردرمانی شناختی را در اختلالات خلقی و هیجانی نشان دادند. با توجه به مطالبی که عنوان شد، موج سوم درمانی نوپاست که در مراکز علمی معتبر جهان بسیار مورد توجه و

انجام شده در مورد پرسشنامه افسردگی بک حاکی از آنست که ضریب همسانی درونی آن بین ۷۳ درصد تا ۹۳ درصد با میانگین ۸۶ درصد است و ضریب آلفا برای گروه بیمار ۸۶ درصد و غیربیمار ۸۱ درصد گزارش کرده‌اند. در یک بررسی بر روی دانشجویان دانشگاه تهران و دانشگاه علامه طباطبایی که جهت بررسی اعتبار و روایی پرسشنامه افسردگی بک وبرایش دوم بر روی جمعیت ایرانی انجام گرفت، نتایج بیانگر آلفای کرونباخ ۷۸ درصد و اعتبار بازآزمایی به فاصله دو هفته، ۷۳ درصد بود (۲۸).

روند اجرای جلسات:

کاربندی آزمایش در پژوهش حاضر، اجرای ۸ جلسه رفتاردرمانی دیالکتیک و ۸ جلسه رفتاردرمانی شناختی رفتاری بود که هر دو درمان به صورت گروهی آموزش داده شدند. گام‌های درمانی انجام شده در جدول ۱ قابل مشاهده است.

افسردگی بک می‌باشد که این داده‌ها نیز کمی پیوسته می‌باشد؛ (۲) بررسی نرمال بودن داده‌ها؛ به منظو بررسی این موضوع از آزمون کولموگروف-اسمیرنوف^۲ استفاده گردید.

ابزارهای پژوهش: ۱- پرسشنامه افسردگی فارسی بک فرم بازیابی شده بک، استرن و برو^۳ (۲۰۰۰) استفاده گردید. این ابزار از جمله مناسبترین ابزارها برای انعکاس افسردگی است. این پرسشنامه دارای ۲۱ ماده است که علائم جسمانی، رفتاری و شناختی افسردگی را اندازه گیری می‌کند. هر ماده دارای ۴ گزینه است که درجات مختلفی از افسردگی را از خفیف تا شدید تعیین می‌کند. این پرسشنامه بیشتر به سنجش ویژگی‌های روان شناختی افسردگی می‌پردازد، تا ناراحتی‌های جسمانی و فیزیولوژیک و با پرسشنامه همیلتن^۴ ۷۵ درصد همبستگی دارد. ۲۱ ماده پرسشنامه افسردگی بک در ۳ گروه نشانه‌های عاطفی، نشانه‌های شناختی و نشانه‌های جسمانی طبقه بندی می‌شوند (۲۷). نتایج فراتحلیل

جدول (۱): گام‌های درمانی انجام شده در زمان برگزاری جلسه‌های درمان

| رفتاردرمانی شناختی | رفتاردرمانی دیالکتیک |
|--|------------------------------------|
| آشنایی با الگوی شناختی رفتاری، شامل شناسایی زنجیره رخدادهای شناختی رفتاری مرتبط با افسردگی | مهارت‌های بنیادین تحمل پریشانی |
| شناخت موقعیتها، احساسات، عقاید، افکار و اعمال خاص (رفتار) | مهارت‌های پیشرفته تحمل پریشانی |
| پیشایندها و پیامدهای رفتار، موقعیت برانگیزاننده و غیره) و روشهای کاهش افسردگی | مهارت‌های بنیادین بهوشیاری |
| شناسایی افکار خودایند منفی، خطاهای شناختی | مهارت‌های پیشرفته بهوشیاری |
| آگاهی یافتن از عوامل شروع کننده و افکار و رفتارهای مرتبط با مقابله باتکانه و افکار منفی | مهارت‌های بنیادین تنظیم هیجانی |
| راههای مقابله با تکانه وخشم و روشهای مقابله با خلق منفی | مهارت‌های پیشرفته تنظیم هیجانی |
| روش‌های کنترل افکار، رفتار و احساسات و کنترل افکار مرتبط با افسردگی | مهارت‌های بنیادین کارآمدی بین فردی |
| برای هر آزمودنی جدول افکار ناکارآمد در زندگی روزانه کامل و به صورت گروهی مورد بررسی | مهارت‌های پیشرفته کارآمدی بین فردی |

⁴ Homelton

² Kolmogorov-Smirnov

³ Beck, Steer, Brown

یافته‌ها

در مجموع ۲۴ بیمار با اختلال افسردگی مورد بررسی قرار گرفتند که مشخصات آن‌ها از نظر گروه‌بندی، دامنه سنی، وضعیت شغلی و وضعیت تأهل در جدول ۲ آمده است.

جدول (۲): مشخصات جمعیتی شناختی جمعیت مورد مطالعه

| گروه رفتاردرمانی شناختی n(%) | گروه رفتاردرمانی دیالکتیک n(%) | گروه کنترل n(%) |
|------------------------------|--------------------------------|-----------------|
| دختر | ۶ (۷۵) | ۵ (۶۲/۵) |
| پسر | ۲ (۲۵) | ۳ (۳۷/۵) |
| وضعیت تأهل | ۵ (۶۲/۵) | ۶ (۷۵) |
| مجرد | ۳ (۳۷/۵) | ۱ (۱۲/۵) |
| متأهل | ۰ | ۱ (۱۲/۵) |
| مطلقه | ۵ (۶۲/۵) | ۱ (۱۲/۵) |
| وضعیت شغلی | ۳ (۳۷/۵) | ۶ (۷۵) |
| دانشجو | ۲ (۲۵) | ۲ (۲۵) |
| کارمند | ۲۶/۷۶ | ۲۵/۷۶ |
| دامنه سنی | ۲۵/۹۱ | ۲۵/۹۱ |

در گروه کنترل $۳/۷۶ \pm ۲۵/۷۶$ بود. میانگین و انحراف معیار مربوط نمرات متغیر رفتارهای تکانشی به تفکیک گروه و مرحله آزمون در جدول ۳ نشان داده شده است.

طبق جدول ۲ می‌توان گفت که گروه‌ها از نظر گروه درمان، جنسیت، شغل، وضعیت تأهل و سن با یکدیگر تفاوت معنی داری ندارند و هم‌تا می‌باشند. میانگین سنی در گروه آزمایش رفتاردرمانی دیالکتیک $۲۶/۷۶ \pm ۲/۰۹$ رفتاردرمانی شناختی $۲۵/۹۱ \pm ۲/۰۹$ و

جدول (۳): آماره‌های توصیفی افسردگی به تفکیک گروه و مرحله آزمون

| گروه | گروه رفتاردرمانی شناختی | گروه رفتاردرمانی دیالکتیک | گروه کنترل |
|-------------|-------------------------|---------------------------|------------|
| مرحله آزمون | میانگین | انحراف معیار | میانگین |
| پیش آزمون | ۴۱/۵ | ۵/۷۳ | ۴۱ |
| پس آزمون | ۳۲/۶۲۵ | ۳/۰۲ | ۴۱/۵ |

برای بررسی تفاوت نمرات افسردگی تحلیل واریانس یک راهه از جدول ۴ به شرح زیر استفاده شد.

جدول (۴) نتایج تحلیل واریانس یک راهه بر روی نمرات پس آزمون

| مجموع مجذورات | درجه آزادی | میانگین مجذورات | آماره f | سطح معناداری | اندازه اثر |
|---------------|------------|-----------------|---------|--------------|------------|
| ۲۱۶۳۴/۶۱ | ۲ | ۱۰۸۱۷/۳۰۵ | ۷۶۴/۳۸ | ۰/۰۰۱ | ۰/۹۱۳ |

محل تفاوت گروه‌ها از آزمون تعقیبی توکی استفاده شد که نتایج آن در جدول ۵ آمده است.

همان گونه که در جدول فوق مشاهده می‌شود تفاوت معناداری بین نمرات پس آزمون وجود دارد و این به معنای آن است که حداقل در دو گروه از گروه‌ها تفاوت معنادار وجود دارد. برای بررسی و تعیین

جدول (۵): خلاصه اطلاعات مقایسه‌های پس آزمون رفتارهای تکانشی با استفاده از آزمون تعقیبی توکی

| گروه‌ها | تفاوت میانگین‌های تعدیل شده | انحراف استاندارد | سطح معناداری |
|-----------------------|-----------------------------|------------------|--------------|
| رفتاردرمانی شناختی | -۰/۴۳ | ۳/۴۳ | ۰/۰۰۱ |
| گروه کنترل | -۰/۵۱ | ۳/۴۳ | ۰/۰۰۱ |
| رفتاردرمانی دیالکتیکی | -۱۷/۴۳ | ۳/۴۳ | ۰/۰۰۱ |

و همکاران (۳۱)، میلر، راتوس و لینهان (۳۲)، ون دن بوش، کوتر، استیجن، ورهول و برینک (۳۳) مبنی بر اینکه رفتاردرمانی دیالکتیک در بهبود تعدادی از مسائل خلقی و هیجانی نظیر افسردگی، اضطراب، خشم، بی‌ثباتی عاطفی و تحریک‌پذیری همخوانی دارد با این تفاوت که این پژوهش‌ها بصورت گروهی در بیمارانی که مبتلا به اختلالات افسردگی هستند صورت گرفته است و نوآوری این پژوهش، درمان بر روی این گروه افراد بود. پژوهشی که تأثیر این درمان بر اختلالات روان را نفی کند نشان داده نشد و این ممکن است به علت آشنایی با نحوه تفکر و هیجانات سالم و همینطور دیدگاه مادرانه لینهان باشد که در سراسر درمان آمده است.

این پژوهش مانند سایر پژوهش‌ها دارای محدودیتهایی است که از آن جمله می‌توان به عدم وجود مصاحبه ساختاریافته بالینی بر مبنای DSMV اشاره کرد که در ایران هنجاریابی نشده است، از محدودیت دیگر پژوهش این است که این پژوهش بر افرادی انجام گرفت که در حد متوسط افسردگی قرار داشتند و شدت افسردگی بالا و مرزی در بین بیماران مراجعه کننده وجود نداشت. با توجه به این که این پژوهش در بیماران زن مراجعه کننده به کلینیک انجام گرفته شد لذا می‌توان نتایج پژوهش را به این گروه از افراد تعمیم داد که در پی درمان می‌ایند و در تعمیم به سایر گروه‌ها ناتوان است.

نتیجه‌گیری

این پژوهش نشان داد که رفتاردرمانی شناختی و رفتاردرمانی دیالکتیک بر افسردگی مؤثر است و با توجه به اثربخشی این دو روش درمانی در بهبود افسردگی آزمودنی‌ها، این راهبرد می‌تواند به‌عنوان بخشی از درمان بیماران به‌صورت یک برنامه دائم اجرا شود.

تشکر و قدردانی

نویسندگان مقاله وظیفه خود می‌دانند از تمامی شرکت‌کنندگان در پژوهش کمال سپاسگزاری را داشته باشند.

نتایج به دست آمده از آزمون تعقیبی توکی بیانگر آن است که بین میانگین‌های نمرات افسردگی گروه آزمایشی رفتاردرمانی دیالکتیکی و گروه کنترل تفاوت معناداری وجود داشته است.

بحث

نمرات پیش آزمون و پس آزمون بیماران در نمره افسردگی بعد از اجرای رفتاردرمانی شناختی منجر به تأیید این فرضیه شده است که رفتاردرمانی شناختی موجب کاهش افسردگی می‌شود. این درمان در اصل برای غلبه بر افسردگی، آسیمی، هراس‌ها، اضطراب، خشم، مسائل ارتباطی طراحی و همواره موفقیت آمیز بوده است (۲۰) و امروزه از میان‌نمایش مؤثر بر افسردگی و اضطراب رفتاردرمانی شناختی، آن گونه که بک و همکارانش معرفی کردند بیش از حد مورد استقبال و ارزیابی قرار گرفته و اثرآفرین بوده است. در راستای این نتیجه می‌توان از پژوهش‌های هاوتون، سالووکویس، کرک و کلارک (۱۹) کلارک (۲۰) و تاد، بوهارت (۲۱)، نام برد که نشان دادند، رفتاردرمانی شناختی اثر فوری و سودمندی بر خلق و هیجان دارد و پژوهشی که تأثیر این درمان بر اختلالات روان را نفی کند نشان داده نشد.

نمرات پیش‌آزمون و پس‌آزمون بیماران به وضوح کاهش در نمره افسردگی را بعد از اجرای رفتاردرمانی دیالکتیکی در مقایسه با گروه کنترل نشان داد که خود موید اثربخشی رفتاردرمانی دیالکتیک است. در حقیقت رفتاردرمانی دیالکتیکی تغییر و اصلاح درمانگری رفتاری شناختی است و در افرادی که باهیجانات خارج از کنترل وهمچنین مسائل خلقی و هیجانی نظیر افسردگی، اضطراب، خشم، بی‌ثباتی عاطفی و تحریک‌پذیری دست و پنجه نرم می‌کنند کاربرد دارد و از متخصصین بالینی خواسته می‌شود تا به درمانجو در درک رفتارهای مختل کننده به‌عنوان رفتار اکتسابی برای حل مشکل کمک کنند و درمانجو فاقد مهارت‌های لازم و ضروری برای واکنش نشان دادن به شیوه‌های خلاقتر است (۲۹).

نتایج این پژوهش با مطالعات سولر، پاسکال، تیانا، باراجینا، گیچ و الوارز (۲۱)، سولر و پاسکال و تیانا (۳۰)، مککالان، نیتاسکو، گنون

References:

1. Beach SR, Nelson GM, Oleary KD. Cognitive and marital factors in depression. I. Psychopath. Behav Assess 1988; 10: 93-105.
2. Lambert KG. Rising rates of depression in today's society: Consideration of roles of effort-based rewards and enhanced resilience

in day-to-day functioning. Neurosci Biobehav Rev 2006; 30:497-510.

3. Sadock BJ, Sadock AV. Synopsis of psychiatry behavior and science clinical psychiatry, 9th ed. New York: Lippincott Williams and Wilkins; 2002.
4. 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. *Scientific J Ilam Univ Med Sci* 2014; 22(5): 45-54. (Persian)
5. Kahn A, Politzer B, Younger L. *Stress Management*. press Oxford University; 1999.
 6. Norbala AA, Kazem M, BagheriYazdi A, Yasemi MT. Mental health in teenager(15 years) and older in Iran on 1998. *Hakim J* 2001;5(1):2-10.
 7. American Psychiatric Association. *Diagnostic and statistical manual of mental disorder (3rd edn revised)*. Washington DC: Author; 2000
 8. McGinn LK, Asnis GM, Suchday S, Kaplan M. Increased personality disorder and AxisI comorbidity in atypical depression. *Comper Psychiatry*;2005.
 9. Boyd JH, Weissman MM. *Epidemiology*. In *Handbook of affective disorders*. Edinburgh: (ed.E.S.Paykel), Churchill Livingstone; 1982.
 10. Jalili A. *Effect of behavioral group therapy of depression in student*. MA. Dissertation. Tehran: psychiatrists University, College of clinical psychology; 2008. (Persian)
 11. Torkan A. *prevalence of depression in student of medical University in Zahedan*. PhD. Dissertation. Zahedan: medical University, College of medical; 1994 (Persian)
 12. Halgin RP, Whitborne SK. *Abnormal Psychology, Clinical Perspectives on Psychological Disorder*. 4th ed. New Yourk: McGraw-Hill; 2002.
 13. Segal ZV, Williams JMG, Teasdale JD. *Mindfulness-based cognitive therapy for depression*. New York: Guilford; 2002.P. 9-45.
 14. Barron WB. *Effect of religious coping skills training with group cognitive behavioral therapy for treatment of depression*. North central University, College of psychology; 2007.
 15. Thase ME. *Achieving remission and managing relapse in depression*. *J Clin Psychiatr* 2003; 64(18):3-7.
 16. Sarason IG, Sarason BR. *Abnormal psychology: the problem of maladaptive behavior*. Tehran: Roshd; 2004 (Persian)
 17. Hollon SD, Beck AT. *Cognitive and Cognitive behavioral therapies*. In: *Handbook of psychotherapy and behavior chang*. 4th ed. New York: Willey; 2009.
 18. 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*. *J Fundamen Mental Health*. 2011; 13(2): 124-35.
 19. Zamani N, Habibi M, Darvishi M *Compare the effectiveness dialectical behavior therapy and cognitive-behavioral group therapy in reducing depression in mothers of children with disabilities*. *J Arak Univ Med Sci* 2015; 18(94): 32-42.
 20. Linehan MM. *Cognitive-behavior treatment of borderline personality disorder* New York, USA: the Guilford press; 1993a
 21. Linehan M. *Dialectical Behavior therapy Frequently Asked Questions*. USA (Seattle): Behavioral Tech, LLC; 2008. Accessed in www.behavioraltech.org
 22. 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*. *Int J Geriatr Psychol* 2007; 22: 131-43.
 23. Hawton K, Salkovkis PM, Kirk J, Clark DM. *Cognitive Behavior Therapy for Psychiatric Problems a Practical Guide*: Press Oxford University; 1989.

24. Tad J, Bouhart A. Clinical psychologic principles and consultation. Translated by: Firooz Bakht M. Tehran: Rasa Publicatio; 1993 (Persian)
25. Dimeff L, Rizvi SL, Brown M, Linehan MM. Dialectical behavior therapy for substance abuse: A pilot application to methamphetamine-dependent women with borderline personality disorder. *Cognitive Behav Practice* 2000;7(4):457-68.
26. American Psychiatric Association. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* 5th ed. Washington DC. Author 2013.
27. American Psychiatric Association. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* 5th ed. (DSM-5). Washington DC. Author 2013.
28. Beck AT, Steer RA, Brown GK. *Manual for the beck depression inventory-II*. San Antonio, TX: The psychological corporation 2000.
29. Zamani N, Habibi M. Compare the influence of both dialectic and cognitive behavior therapies to maintain mothers' mental health whose children with special needs. *J Res Health Soc Develop Health Promo Res Center* 2014. (Persian)
30. Soler J, Pascual JC, Tiana T, Cebrià A, Barrachina J, Campins MJ, et al. Dialectical behaviour therapy skills training compared to standard group therapy in borderline personality disorder: a 3-month randomised controlled clinical trial. *Behav Res Ther* 2009;47(5):353-8.
31. Mcquillan A, Nicastro R, Guenot F, Girard M, Lisser C, Ferrero F. Intensive dialectical behavior therapy for outpatients with borderline personality disorder who are in crisis. *Psychiatr Serv* 2005; 556:193-7.
32. Miller AM, Rathus JH, Linehan MM. *Dialectical behavior therapy with suicidal adolescents*. New York: Guilford; 2007.P. 38-95.
33. Vanden Bosch LMC, Verhuel R, Schippers GM, Brink W. Dialectical Behavior therapy of borderline patient with and without substance use problems Implementation and long-term effects. *Addic Behav* 2002; 27:911-23.

COMPARISON OF EFFECTIVENESS OF COGNITIVE BEHAVIOR THERAPY AND DIALECTIC BEHAVIOR THERAPY ON DEPRESSION

Shahram Mami^{1*}, Shirin Soltany², Shirin Ebrahimian³

Received: 6 Aug , 2015; Accepted: 11 Oct , 2015

Abstract

Background & Aims: This research was carried out to compare the effectiveness of cognitive behavior therapy and dialectic behavior therapy and on depression.

Materials & Methods: This study was carried out on 27 participants who were selected according to acquiring 1 score more than standard deviation above the mean in depression inventories and were set into three clusters including cognitive-behavior therapy, dialectic behavior therapy and control. Next, based on an experimental method, pre and post tests with the control cluster, the former and latter clusters were trained in between the one and half an hour of eight sessions while the control group received no therapeutic training. Beck Depression scale and covariance were used to assess and analyze the data.

Results: Albeit both therapeutic clusters did not have significant differences in depression, they have had significant therapeutic differences in successfully intervening against the symptoms compared to the control cluster.

Conclusion: Thus, it could be inferred that the dialectic behavioral therapy and cognitive behavior therapy may be considered a practical therapeutic technique to improve and decrease depression.

Keywords: Cognitive behavior therapy, Dialectic behavioral therapy, Depression

Address: Psychology Department, Ilam Branch, Islamic Azad University, Ilam, Iran

Tel: +98 84 44528768

Email: Shaham.mami@yahoo.com

SOURCE: URMIA MED J 2015; 26(9): 801 ISSN: 1027-3727

¹ Assistant Professor, Psychology Department, Ilam Branch, Islamic Azad University, Ilam, Iran (Corresponding Author)

² PhD Candidate, Psychology Department, Ilam Branch, Islamic Azad University, Ilam, Iran

³ PhD Candidate, Psychology Department, Ilam Branch, Islamic Azad University, Ilam, Iran