مقاله پژوهشی

مقایسه اثربخشی رفتاردرمانی شناختی و رفتاردرمانی دیالکتیکی به‌صورت گروهی در کاهش علائم افسردگی بیماران مبتلا به مولتیپل اسکلروزیس

محسن ندیمی[1*]، معصومه پیشگر[2]، فاطمه شهابی زاده[3]، رضا دستجردی[4]

تاریخ دریافت 1392/11/14 تاریخ پذیرش 1393/01/20

چکیده

پیش‌زمینه و هدف: روش‌های متنوعی جهت درمان افسردگی وجود دارد. این مطالعه باهدف مقایسه اثربخشی رفتاردرمانی شناختی و رفتاردرمانی دیالکتیکی به شیوه گروهی در کاهش علائم افسردگی بیماران مبتلا به مولتیپل اسکلروزیس انجام شده است.

مواد و روش‌ها: پژوهش حاضر طرحی نیمه تجربی از نوع پیش‌آزمون- پس‌آزمون با گروه گواه می‌باشد. جامعه آماری شامل کلیه بیماران مبتلا به مولتیپل اسکلروزیس مراجعه‌کننده به انجمن ام.اس شهر شیراز در بهار ۱۳۹۲ می‌باشد. با روش نمونه‌گیری در دسترس، تعداد ۳۰ نفر از مراجعه‌کنندگانی که در آزمون افسردگی بک نمرات بالایی داشتند به‌صورت مساوی و کاملاً تصادفی در ۳ گروه رفتاردرمانی شناختی، رفتاردرمانی دیالکتیکی و گروه گواه قرار گرفتند. ابزار پژوهش پرسشنامه افسردگی بک بود. اعضای گروه‌های آزمایش در ۸ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای آموزش‌های مربوطه را به شیوه گروهی دریافت کردند. برای مقایسه میانگین نمرات از آزمون کوواریانس استفاده شد.

یافته‌ها: نتایج نشان داد که بین میانگین نمرات پیش‌آزمون و پس‌آزمون گروه‌های آزمایش و کنترل، تفاوت معناداری وجود دارد، بدین معنی که رفتاردرمانی شناختی و به‌خصوص رفتاردرمانی دیالکتیکی هر دو موجب کاهش میانگین نمره افسردگی بیماران در گروه‌های آزمایش نسبت به گروه کنترل‌شده است.

نتیجه‌گیری: ازآنجایی‌که رفتاردرمانی دیالکتیکی با تفاوت معناداری نسبت به رفتاردرمانی شناختی، توانست علائم افسردگی بیماران را کاهش دهد، لذا می‌توان آن را به‌عنوان رویکردی جدید در اولویت درمان و کاهش افسردگی بیماران ام.اس قرار داد.

کلیدواژه‌ها: رفتاردرمانی شناختی، رفتاردرمانی دیالکتیکی، افسردگی، مولتیپل اسکلروزیس

مجله پزشکی ارومیه، دوره بیست و پنجم، شماره چهارم، ص ۳۳۷-۳۲۷، تیر ۱۳۹۳

آدرس مکاتبه: فارس، زاهدشهر، خیابان امام خمینی، کوچه۱۳۱، پلاک۱. تلفن: ۰۹۱۷۹۳۳۰۵۸۲

Email: mohsen_nadimi_psychologist@yahoo.com

مقدمه

مولتیپل اسکلروزیس (ام.اس)، یکی از شایع‌ترین بیماری‌های مزمن سیستم عصبی مرکزی است که با دمیلینه شدن نورون‌های عصبی همراه است و قطعات متعدد دمیلینه شده حاصل از بیماری سرتاسر ماده سفید را فرامی‌گیرد و عملکرد حسی و حرکتی را تحت تأثیر قرار می‌دهد (۱). این بیماری، یکی از شایع‌ترین بیماری‌های نورولوژیک در افراد جوان است که شیوع آن در زنان بیشتر از مردان است و روزبه‌روز افزایش می‌یابد. علائم بالینی این بیماری معمولاً در سنین جوانی و به‌صورت درگیری قسمت‌های مختلف سیستم عصبی مرکزی است (۲). شایع‌ترین سن ابتلا به این بیماری ۲۰تا۴۰ سال است، دورانی که در آن فرد بیشترین مسئولیت‌های خانوادگی و اجتماعی را بر عهده دارد و سنین باروری اوست (۳). طبق گزارش سازمان جهانی بهداشت در سال ۲۰۰۸، حدود ۱/۳ میلیون نفر در سراسر جهان به این بیماری مبتلا بوده‌اند، همچنین طبق گزارش منتشرشده توسط کنگره بین‌المللی ام.اس در سال ۱۳۹۱، شیوع ام.اس در جهان ۷۲ در ۱۰۰۰۰۰ نفر و در ایران نیز ۶۰ در ۱۰۰۰۰۰ نفر می‌باشد (۴).

[1] کارشناسی ارشد روانشناسی بالینی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد بیرجند (نویسنده مسئول)

[2] کارشناسی ارشد روانشناسی بالینی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد بیرجند

[3] استادیار روانشناسی، هیئت علمی دانشگاه آزاد اسلامی واحد بیرجند

[4] استادیار روانشناسی، هیئت علمی دانشگاه علوم پزشکی بیرجند

[Downloaded from umj.umsu.ac.ir on 2024-10-12]

این بیماری، به نیروهای مولد جامعه آسیب رسانده و این ضایعه متوجه کل افرادی است که در اجتماع زندگی می‌کنند. این بیماری به دلایل مختلفی ازجمله مزمن بودن، درگیری در سنین جوانی، ماهیت غیرقابل‌پیش‌بینی، عدم درمان قطعی، اختلال عملکرد اجتماعی و خانوادگی و غیره، مشکلات روانی متعددی ازجمله افسردگی در مبتلایان ایجاد می‌کند (۵). افسردگی یکی از شایع‌ترین اختلال روانی بیماران مولتیپل اسکلروزیس است که تقریباً در ۵۰ تا۶۰ درصد بیماران مبتلا دیده می‌شود (۶). این علائم ممکن است ناشی از تأثیر مستقیم التهاب و دمیلینه شدن اعصاب و یا نتیجه عکس‌العمل عدم سازگاری با بیماری باشد (۷). بیماران مبتلا به ام.اس که میزان افسردگی در آن‌ها بالا می‌باشد، درهم گسیختگی نظام خانواده و حمایت اجتماعی را فراتر از آنچه که فقط به فاکتورهای نورولوژیکی بیماری می‌تواند نسبت داده شود، تجربه کرده‌اند (۸). به‌علاوه قصد خودکشی در بیماران ام.اس به‌طور تنگاتنگی با افسردگی و شدت افسردگی مرتبط شده است. برخی مطالعات نیز گزارش کرده‌اند که علائم افسردگی با ناتوانی، عود بیماری و بار اقتصادی زیادی همراه است (۹). در مطالعات گذشته‌نگر نیز از خودکشی‌های انجام شده در جمعیت‌های مبتلا به ام.اس، افسردگی مهم‌ترین فاکتور خطر برای خودکشی بوده است. این نتایج پیشنهاد می‌کند که خدمات اضافی جهت کمک به بیماران برای سازگاری آن‌ها با علائم افسردگی نیاز است هرچند آن‌ها داروهایی نیز برای درمان افسردگی دریافت می‌کنند (۸). اما درمان‌های دارویی متداول در تمام بیماران ام.اس مؤثر نیست و از طرفی داروها دارای عوارض زیادی هستند (۱۰). امروزه یکی از روش‌های مؤثر جهت کاهش افسردگی بیماران ام.اس، درمان‌های غیردارویی نظیر گروه‌درمانی، تن آرامی و غیره است. اعتقاد بر این است که درمان‌های گروهی در بیشتر اختلال‌های روانی مؤثر است زیرا فرد در گروه، نحوه برخورد خود را با اجتماع بازبینی می‌کند و گروه‌درمانی فرایندی است که باعث رشد بینش و بصیرت او می‌شود. بیماران، در گروه احساس قدرت می‌کنند و اعتمادبه‌نفسشان بالا می‌رود (۱۱).

یکی از این روش‌های درمانی، رفتاردرمانی شناختی است. بر اساس این دیدگاه، تجارب افراد به تشکیل فرض‌ها و یا طرح‌واره‌هایی درباره خویشتن و جهان می‌انجامد و این طرح‌واره‌های فرضی بر سازمان‌بندی ادراکی و کنترل ارزیابی رفتار تأثیر می‌گذارد و منجر به افسردگی می‌گردند (۱۲). طبق این دیدگاه فرض می‌شود که هیجانات و رفتارهای فرد تحت تأثیر ادراک آن‌ها از حوادث قرار می‌گیرد و این خود موقعیت نیست که احساس افراد را مشخص می‌کند بلکه شیوه تعبیر آن‌ها از یک موقعیت است که احساس آن‌ها را تعیین می‌نماید. در این مدل درمانی هدف، عوض کردن افکار و معانی اختصاصی است و تکالیف رفتاری به این منظور به مراجع داده می‌شوند که شواهدی برای افکار خودآیند منفی پیدا کند (۱۳). اثربخشی رفتاردرمانی شناختی بر کاهش افسردگی بیماران مبتلا به ام.اس در پژوهش‌های متعددی به اثبات رسیده است. هژبر و همکاران (۱۴) در پژوهشی به بررسی اثربخشی رفتاردرمانی شناختی در تغییر بازنمایی‌های ادراکی از بیماری و ارتقاء حالات عاطفی بیماران مبتلا به ام.اس پرداختند و به این نتیجه دست یافتند که درمان شناختی رفتاری باعث بهبود میزان افسردگی، اضطراب، استرس و بازنمایی عاطفی بیماران شده است. همچنین حسینی (۱۵) با بررسی تأثیر رفتاردرمانی شناختی در کاهش افسردگی و افزایش سلامت روان بیماران مبتلا به ام.اس به این نتیجه رسید که رفتاردرمانی شناختی به‌صورت گروهی باعث کاهش افسردگی و افزایش سلامت روان و عملکردهای اجتماعی افراد مبتلا می‌شود. یکی دیگر از رویکردهای درمانی، رفتاردرمانی دیالکتیکی است که به‌عنوان روشی مؤثر برای درمان اختلال افسردگی مطرح‌شده است (۱۶). علوی و همکاران (۱۷)، در تحقیقی به بررسی اثربخشی رفتاردرمانی دیالکتیکی بر نشانه‌های افسردگی دانشجویان پرداختند که نتایج حاصل از پژوهش صورت گرفته، از اثربخشی معنادار رفتاردرمانی دیالکتیکی بر کاهش میزان افسردگی دانشجویان خبر داد. نتایج پژوهش Soler و همکاران (۱۸)، در مورد افراد دچار اختلال شخصیت نشان داد افرادی که در گروه مهارت‌آموزی رفتاردرمانی دیالکتیکی قرار داشتند در مقایسه با گروه گواه، بهبود در نشانه‌های خلقی نظیر افسردگی و اضطراب را نشان دادند. همچنین مطالعه Neacsiu و همکاران (۱۹) نیز، از اثربخشی رفتاردرمانی دیالکتیکی در کاهش افسردگی، رفتار خودکشی و کنترل خشم بیماران اختلال شخصیت حکایت دارد. مهارت‌های رفتاردرمانی دیالکتیکی شامل مهارت تحمل پریشانی، مهارت تنظیم هیجانی، مهارت ذهن‌آگاهی و مهارت روابط بین فردی می‌باشد. میزان تحمل افراد در مقاومت و تجربه شرایط منفی 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 (۲۰). تنظیم هیجانی به معنای توانایی افراد برای اثرگذاری بر نوع، زمان و چگونگی تجربه و بیان هیجان، تغییر طول مدت یا شدت فرایندهای رفتاری، تجربی و بدنی هیجان است و به‌طور هشیار یا ناهشیار از طریق به‌کارگیری راهبردهای تنظیم هیجان انجام می‌گیرد (۲۱). بدتنظیمی هیجانی می‌تواند مقدم بر شروع اختلالات روانی مانند افسردگی باشد (۲۲). ارتباط افسردگی و دشواری‌های تنظیم هیجانی در مطالعات انجام شده مورد تائید

[Downloaded from umj.umsu.ac.ir on 2024-10-12]

قرارگرفته است (۲۳). همچنین، افسردگی با نشخوار فکری ارتباط محکمی دارد (۲۴). سرگردانی ذهن افراد درباره اتفاقات گذشته و آینده و نیز نگرش قضاوت گرایانه درباره تجربیات، واکنش‌های هیجانی را در پی دارد. ذهن آگاهی مهارتی است که به‌موجب آن حوادث در زمان حال با میزان ناراحتی کمتری ادراک می‌شود. وقتی توجه ما به زمان حال است، درگیر گذشته یا آینده نیستیم. درحالی‌که بیشتر مشکلات روانی از تمرکز برگذشته ناشی می‌شود (۲۵). مهارت‌های اجتماعی نیز به‌طور ثابت و مثبت با همه شاخص‌های بهزیستی روان‌شناختی و روابط مثبت با دیگران مرتبط است (۲۶). حساسیت بین فردی بالا و وابستگی در بیماران افسرده و مضطرب بیش از نمونه‌های سالم می‌باشد (۲۷).

انجمن روانشناسی آمریکا درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد را به‌عنوان یک درمان تجربی معتبر و برخوردار از حمایت پژوهشی معرفی می‌کند. رفتاردرمانی دیالکتیکی یکی از انواع درمان‌های شناختی رفتاری موج سوم است که علاوه بر تغییر رفتاری، از راهکارهای پذیرش و ذهن‌آگاهی نیز در جهت افزایش انعطاف‌پذیری روان‌شناختی استفاده می‌کند که این را می‌توان از امتیازات رفتاردرمانی دیالکتیکی بر رفتاردرمانی شناختی به‌حساب آورد. رفتاردرمانی دیالکتیکی، راهبردهای تغییر درمان سنتی رفتاردرمانی شناختی را با راهبردهای پذیرش برگرفته از آموزه‌ها و اعمال ذن ترکیب می‌کند. هدف رفتاردرمانی دیالکتیکی، کاهش رنج افراد درگیر در مشکلات هیجانی نظیر افسردگی است و برای رسیدن به این هدف مهارت‌های چهارگانه ذکرشده را به افراد آموزش می‌دهد (۲۸). با توجه به شیوع بالای افسردگی در بین بیماران مبتلا به ام.اس و ضرورت استفاده از درمان‌های جدید و کارآمدتر، ازآنجایی‌که رفتاردرمانی دیالکتیکی در حقیقت تغییر و اصلاح رفتاردرمانی شناختی است و به‌عنوان درمانی نوپا در مراکز علمی معتبر جهان بسیار موردتوجه و کاربرد برای فوریت‌ها و مداخله در بحران‌ها و درمان بیماران آشفته و اختلال‌های پیچیده قرارگرفته است، تاکنون اثربخشی آن در درمان افسردگی بیماران ام.اس موردپژوهش واقع نشده است. لذا با توجه به عدم وجود پیشینه‌ای در این زمینه و احتمال اثربخش‌تر بودن آن نسبت به رفتاردرمانی شناختی در کاهش علائم افسردگی بیماران ام.اس، لازم است اثربخشی آن مورد پژوهش و بررسی قرار گیرد. هدف اساسی این پژوهش مقایسه اثربخشی رفتاردرمانی شناختی و رفتاردرمانی دیالکتیکی به‌صورت گروهی در کاهش علائم افسردگی بیماران مبتلا به ام.اس می‌باشد. فرضیات پژوهش عبارت‌اند از: ۱- آموزش مهارت‌های رفتاردرمانی شناختی و رفتاردرمانی دیالکتیکی، هر دو در کاهش علائم افسردگی بیماران مبتلا به ام.اس مؤثر است. ۲- آموزش رفتاردرمانی دیالکتیکی در کاهش علائم افسردگی بیماران مبتلا به ام.اس مؤثرتر از رفتاردرمانی شناختی است.

مواد و روش کار

پژوهش حاضر از نوع پژوهش‌های نیمه تجربی با طرح پیش‌آزمون- پس‌آزمون بود و جامعه آماری آن شامل کلیه بیماران ام.اس مراجعه‌کننده به انجمن ام.اس شهر شیراز در بهار ۱۳۹۲ بود. از بین کلیه بیماران مراجعه‌کننده (۱۵۸ نفر)، به روش نمونه‌گیری در دسترس، تعداد ۳۰ نفر را که در آزمون افسردگی بک، علائمی از افسردگی (با نمره برش ۱۵) نشان داده بودند انتخاب و به‌صورت تصادفی تعداد ۱۰ نفر در گروهی قرار گرفتند که به مدت ۸ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای تحت آموزش رفتاردرمانی شناختی قرار گرفتند، ۱۰ نفر در گروهی قرار گرفتند که به مدت ۸ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای آموزش رفتاردرمانی دیالکتیکی دیدند و ۱۰ نفر در گروه کنترل قرار گرفتند که هیچ آموزشی ندیدند. ملاک ورود به پژوهش، عضویت داشتن در انجمن ام.اس، داشتن نشانه‌های افسردگی، و داشتن حداقل سواد خواندن و نوشتن بود و معیارهای خروج از پژوهش، داشتن اختلال‌های روان‌پریشی و سوءمصرف مواد بودند. کلیه نمونه‌ها در ۲ مقطع پیش‌آزمون و پس‌آزمون، پرسشنامه افسردگی بک را تکمیل کردند. پرسشنامه افسردگی بک- نسخه۲ (BDI-II)، یک پرسشنامه ۲۱ سؤالی خود گزارش‌دهی است که توسط بک، برای ارزیابی نشانگان افسردگی طراحی شده است. نمره کلی از صفر تا ۶۳ است و طراحان آن، نمره ۱۰ و بالاتر را افسردگی خفیف، نمره ۲۰ تا ۲۸ را افسردگی متوسط و ۲۹ تا ۶۳ را افسردگی شدید در نظر می‌گیرند. این پرسشنامه توسط قاسم‌زاده و همکاران ترجمه و روایی و پایایی آن بررسی شده است. ثبات درونی آزمون برای دانشجویان ایرانی ۸۷% و پایایی آزمون- بازآزمون ۷۳% به‌دست‌آمده است (۲۹). ازآنجایی‌که برای بررسی فرضیه‌ها از طرح نیمه تجربی استفاده کردیم، لذا برای تحلیل نتایج حاصل از این طرح، از تحلیل کوواریانس بهره گرفتیم تا به‌واسطه کاربرد این روش، اثرات پیش‌آزمون را به‌عنوان یک متغیر تصادفی کمکی کنترل کنیم. استفاده از این روش مستلزم کنترل مفروضه‌هایی است که ما در بررسی فرضیه‌ها از سه مفروضه (آزمون لوین، خطی بودن و همگنی شیب رگرسیون) بهره گرفتیم. تجزیه‌وتحلیل داده‌ها نیز به کمک نرم‌افزار spss-18 انجام گردید. در خصوص روش اجرای پژوهش قابل‌ذکر است که جلسات مهارت‌آموزی توسط پژوهشگر و در سالن اجتماعات بیمارستان نمازی به‌صورت دو بار در هفته برگزار شد. ابتدای هر جلسه حدود ۱۵ دقیقه به پاسخگویی سؤالات و رفع ابهامات درخصوص تمرینات خانگی جلسه قبل

[Downloaded from umj.umsu.ac.ir on 2024-10-12]

اختصاص داده می‌شد سپس حدود ۴۵ دقیقه تا یک ساعت به آموزش مهارت‌های ذکرشده مختص هر جلسه اختصاص می‌یافت و در انتها تمرینات جدید آموزش داده‌شده تمرین می‌شدند. محتوای جلسات آموزشی به تفکیک در جدول شماره (۱) آمده است.

جدول (۱): محتوای جلسات مهارت‌آموزی رفتاردرمانی شناختی و رفتاردرمانی دیالکتیکی

جلسات	رفتاردرمانی شناختی
جلسه اول: آشنایی اولیه و برقراری رابطه درمانی، طرح شکایت‌های اصلی بیماران، معرفی اجمالی نوع درمان، تعیین رابطه بین شناخت، هیجان و رفتار، انتخاب اهداف و تشخیص آماج‌ها و توافق بر سر تکالیف خانگی، ثبت رویدادهای زندگی بر اساس مدل ABC	
جلسه دوم: صورت‌بندی مشکلات کلی بیماران در قالب مدل شناختی افسردگی، ادغام مثلث شناختی افسردگی در استراتژی‌های درمانی، استفاده از فن‌های استاندارد فعال‌سازی رفتاری، طرح مجدد افکار خودآیند منفی و ارائه برگه ثبت افکار ناکارآمد	
جلسه سوم: ادامه کار با افکار خودآیند، بررسی برگه‌های ثبت افکار ناکارآمد بیماران، چالش با افکار خودآیند به روش سقراطی	
جلسه چهارم: باز شناسایی باورهای زیربنایی و چگونگی فعال شدن آن‌ها در موقعیت‌های خاص، استفاده از فن پیکان رو به پایین، بررسی چند مورد از مسائل آماجی بیماران	
جلسه پنجم: توسعه آگاهی نسبت به باورهای زیربنایی، تقویت خودگویی‌های مثبت، استفاده از فن‌های رفتاری جهت جایگزینی افکار مثبت به‌جای افکار منفی	
جلسه ششم: استفاده از فن‌های شناختی-رفتاری در مورد جرئت آموزی، حل مسئله و آموزش مهارت‌های اجتماعی	
جلسه هفتم: شناسایی بیشتر باورهای غیرشرطی و باورهای هسته‌ای، ضعیف‌سازی باورهای غیرشرطی از طریق زیر سؤال بردن آن‌ها به روش سقراطی و درجه‌بندی باورهای منفی بر روی یک مقیاس ۰-۱۰۰ درجه‌ای	
جلسه هشتم: توسعه مهارت‌های حل مسئله و رفتارهای شجاعانه، درجه‌بندی افکار جایگزین، ایجاد آمادگی برای به کار گرفتن روش‌های آموخته‌شده در شرایط زندگی آینده	
	رفتاردرمانی دیالکتیکی
جلسه اول: آشنایی اولیه و معرفی اعضا، تمرین بی‌توجهی، ذهن خردمند و شهود، پذیرش بنیادین، قضاوت و برچسب‌ها	
جلسه دوم: توجه برگردانی از رفتارهای خودجرحی از طریق فعالیت‌های لذت‌بخش و معطوف کردن توجه به کار یا موضوعی دیگر، توجه برگردانی از افکار، توجه برگردانی از طریق ترک موقعیت، توجه برگردانی از طریق شمارش، خود آرامش‌بخشی	
جلسه سوم: تصویرسازی از مکان امن، کشف ارزش‌ها، شناسایی قدرت برتر و ارتباط بهتر باقدرت برتر، زندگی در زمان حال، استفاده از افکار مقابله‌ای خود تشویق گرایانه، راهبردهای مقابله‌ای جدید	
جلسه چهارم: شناخت هیجان و چیستی هیجان، غلبه بر موانع هیجان‌های سالم، هیجان‌ها و تبدیل شدن به رفتار، کاهش آسیب‌پذیری جسمی در برابر هیجان‌های آشفته ساز، مشاهده خویشتن بدون قضاوت درباره خویشتن	
جلسه پنجم: کاهش آسیب‌پذیری شناختی، افزایش هیجان‌های مثبت، توجه آگاهانه به هیجان بدون قضاوت درباره هیجان، رویارویی با هیجان، عمل کردن برخلاف امیال شدید هیجانی، حل کردن مسئله	
جلسه ششم: قضاوت نکردن، ارتباط آگاهانه با دیگران، انجام کار مؤثر، توجه آگاهانه در زندگی روزمره، برنامه روزانه توجه آگاهی	
جلسه هفتم: توجه آگاهانه، مهارت‌های کلیدی بین فردی، موانع استفاده از مهارت‌های بین‌فردی، شناسایی خواسته‌ها، تعدیل شدت خواسته‌ها	
جلسه هشتم: گوش کردن جسارت‌مندانه، نه گفتن، چگونگی مذاکره، چگونگی تحلیل مشکلات بین فردی	

یافته‌ها

یافته‌های پژوهش نشان دادند که میانگین سنی واحدهای پژوهش را که همگی مردان تشکیل داده بودند ۳۹/۶ سال بود و در دامنه سنی ۲۸ تا ۴۳ سال قرار داشتند (میانگین سنی گروه رفتاردرمانی شناختی ۳۹/۴، رفتاردرمانی دیالکتیکی ۴۱/۳، و گروه کنترل ۳۸/۲ بود). ۳۰ درصد از واحدهای پژوهش در گروه رفتاردرمانی شناختی، ۴۰ درصد در گروه رفتاردرمانی دیالکتیکی و ۴۰ درصد از نمونه‌ها در گروه کنترل مجرد و مابقی افراد متأهل بودند. میزان تحصیلات افراد در گروه رفتاردرمانی شناختی، زیر دیپلم (۳۰درصد)، دیپلم (۴۰درصد) و لیسانس (۳۰درصد) بود. تحصیلات در گروه رفتاردرمانی دیالکتیکی، زیر دیپلم (۳۰درصد)، دیپلم (۴۰درصد)، لیسانس (۲۰درصد) و فوق‌لیسانس (۱۰درصد) بود. همچنین میزان تحصیلات در گروه کنترل، زیر دیپلم (۲۰درصد)، دیپلم (۳۰درصد)، فوق‌دیپلم (۳۰درصد) و فوق‌لیسانس (۲۰درصد) بود. میانگین و انحراف معیار پیش‌آزمون و

[Downloaded from umj.umsu.ac.ir on 2024-10-12]

پس‌آزمون گروه‌های آزمایش و کنترل در نمرات افسردگی در جدول (۲) نشان داده‌شده است.

جدول (۲): میانگین و انحراف معیار نمرات افسردگی در مراحل پیش‌آزمون، پس‌آزمون سه گروه

	رفتاردرمانی شناختی		رفتاردرمانی دیالکتیکی		کنترل	
	میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار
پیش‌آزمون	۳۴/۱۲	۷/۶۶	۳۵/۵۴	۷/۰۱	۳۴/۸۹	۷/۶۶
پس‌آزمون	۱۵/۳۷	۸/۳۳	۹/۱۸	۲/۶۱	۳۴/۵۷	۷/۹۰

در پژوهش حاضر جهت مقایسه اثربخشی رفتاردرمانی شناختی و رفتاردرمانی دیالکتیکی به‌صورت گروهی در کاهش علائم افسردگی بیماران مبتلا به ام.اس، از آزمون تحلیل کوواریانس استفاده گردید. قبل از انجام آزمون، لازم است مفروضه‌های آن موردبررسی قرار گیرد. عدم معناداری تعامل متغیر پراش (پیش تست) و متغیر وابسته در متغیر افسردگی، بیانگر این است که داده‌ها از فرضیه همگنی شیب‌های رگرسیون پشتیبانی می‌کنند (P>۰/۰۵). همچنین موازی بودن تقریبی و وجود رابطه خطی بین متغیرها نیز بیانگر تائید مفروضه مذکور است. با توجه به‌شرط ارتباط خطی که بین متغیر تصادفی کمکی و متغیر وابسته وجود دارد و از طرف دیگر شیب‌های خطوط رگرسیون موازی می‌باشد، بنابراین مفروضه همگنی رگرسیون مورد تائید است. از طرفی نتایج آزمون لوین در متغیر افسردگی (F= /۸۵۱)، غیر معنادار شد (P>۰/۰۵)، بنابراین شرط یکسانی واریانس خطا بین گروه‌ها برقرار می‌باشد. معنادار نشدن آزمون کولموگروف اسمیرنف (P>۰/۰۵) نیز حاکی از نرمال بودن توزیع متغیرهای پیش‌تست در گروه آزمایش و گواه است. بنابراین با توجه به رعایت پیش‌فرض‌های تحلیل کوواریانس، به مقایسه متغیرها در دو گروه آزمایش و کنترل پرداخته می‌شود.

جدول (۳): نتایج تحلیل کوواریانس برای مقایسه تأثیر روش‌های مداخله‌ای در مرحله پس‌آزمون

شاخص متغیر	درجه آزادی	مجموع مجذورات	میانگین مجذورات	ضریبF	معناداری	میزان تأثیر	توان آماری
پیش‌آزمون	۱	۲۵۰/۸۱۲	۲۵۰/۸۱۲	۱۳/۲۵۷	/۰۰۲	/۴۵	/۹۲
عضویت گروه	۲	۲۲۰/۹۳۶	۲۲۰/۹۳۶	۱۱/۶۷۸	/۰۰۴	/۴۲	/۸۹

همان‌طوری که نتایج در جدول (۳) ارائه‌شده است، با کنترل پیش‌آزمون بین بیماران ام.اس گروه‌های آزمایش و گروه کنترل ازلحاظ میزان افسردگی تفاوت معناداری مشاهده می‌شود (F=۱۱/۶۷, P <۰/۰۰۴)، بنابراین فرضیه تحقیق تائید می‌گردد. نتایج آزمون بونفرونی برای تحلیل اینکه این تفاوت بین کدام گروه‌ها است در جدول شماره (۴) ارائه شده است.

جدول (۴): نتایج آزمون تعقیبی بونفرونی برای مقایسه میانگین نمرات افسردگی در گروه‌های سه‌گانه

گروه‌ها	میانگین	۱	۲	۳
رفتاردرمانی شناختی	۱۵/۸۶	-	P <۰/۰۰۱	P <۰/۰۰۱
رفتاردرمانی دیالکتیکی	۹/۰۱	P <۰/۰۰۱	-	P <۰/۰۰۱
کنترل	۳۴/۹۹	P <۰/۰۰۱	P <۰/۰۰۱	-

نتایج جدول (۴) نشان می‌دهد، بین گروه کنترل و گروه‌های آزمایشی تفاوت معناداری ازلحاظ میزان افسردگی وجود دارد. به‌عبارت‌دیگر، گروه‌های آزمایشی با توجه به میانگین نمره افسردگی آنان نسبت به میانگین گروه کنترل، موجب کاهش میزان افسردگی گروه‌های آزمایش شده است، همچنین بین میزان افسردگی بیماران ام.اس در گروه رفتاردرمانی شناختی با گروه رفتاردرمانی دیالکتیکی تفاوت معناداری وجود دارد که با توجه به میانگین‌ها، این امر بیانگر آن است که روش رفتاردرمانی دیالکتیکی در کاهش میزان افسردگی مؤثرتر از رفتاردرمانی شناختی بوده است.

[Downloaded from umj.umsu.ac.ir on 2024-10-12]

بحث و نتیجه‌گیری

همان‌گونه که نتایج پژوهش نشان داد رفتاردرمانی شناختی و رفتاردرمانی دیالکتیکی هر دو به‌صورت معناداری میزان افسردگی را در بیماران مبتلا به ام.اس کاهش دادند، همچنین مشخص گردید که اثربخشی رفتاردرمانی دیالکتیکی در کاهش علائم افسردگی بیماران ام.اس، نسبت به رفتاردرمانی شناختی به‌صورت معناداری تفاوت وجود داشته و رفتاردرمانی دیالکتیکی توانسته است مؤثرتر واقع شود. به‌این‌ترتیب هر دو فرضیه ما مورد تائید قرار می‌گیرد. پژوهش‌هایی همسو با یافته‌های این پژوهش در اثربخشی رفتاردرمانی شناختی در کاهش علائم افسردگی بیماران مبتلا به ام.اس وجود دارد. مختاری در پژوهشی به بررسی اثربخشی رفتاردرمانی شناختی بر میزان افسردگی بیماران مولتیپل اسکلروزیس پرداخت و به این نتیجه دست یافت که رفتاردرمانی شناختی توانسته است به‌طور معناداری افسردگی بیماران را کاهش دهد (۳۰). همچنین Mohr و همکاران (۳۱) نیز در پژوهشی با آموزش رفتاردرمانی شناختی توانستند افسردگی بیماران مبتلا به ام.اس را مهار و علائم و نشانه‌های آن را تسکین دهند. در توجیه اثربخشی معنادار رفتاردرمانی شناختی بر افسردگی بیماران ام.اس، چندین احتمال قابل‌توجه است: اول اینکه این درمان با به چالش کشیدن افکار خودآیند منفی و شناسایی و اصلاح خطاهای شناختی فرد، این فرصت را فراهم می‌کند تا فرد مبتلا از قید بایدها و نبایدها و افکار آرمان‌گرایانه رها شود، بیمار بودن خود را بپذیرد و به طرزی منطقی با آن مواجه گردد. علاوه بر این، با تغییر در شناخت‌های فرد و اصلاح روان‌بنه‌های غیرمنطقی او، مثلث سه‌گانه نگرش نسبت به خود، نسبت به محیط و نسبت به آینده متحول می‌شود، درنتیجه بیمار به‌جای تمرکز بر روی ناتوانی‌ها و ناامیدی نسبت به آینده، دیدگاه جدید و انعطاف‌پذیری را می‌یابد. وجود راهبردهای رفتاری نیز گامی در جهت فعال‌سازی بیمار است و او را یاری می‌کند تا از فرورفتن در نقش بیمار بیرون بیاید، زندگی را از سر بگیرد و در حد توان به فعالیت‌های روزمره مشغول گردد. دوم اینکه رفتاردرمانی شناختی با اطلاعات و آگاهی‌هایی که به بیمار می‌دهد، او را علیرغم ناتوانی‌هایش، به تلاش برای افزایش خلق تشویق می‌نماید. به عبارت روشن‌تر، بیمار درگیر بودن در علائم و نشانه‌های افسردگی را حتی در شرایط ناتوانی جسمانی برای خود جایز نمی‌شمارد و برای کاهش علائم، فعال می‌شود. همچنین با توجه به منابع و پژوهش‌های انجام‌یافته، برخی از مهم‌ترین ویژگی‌های روش رفتاردرمانی شناختی که موجب کاهش شدت علائم افسردگی می‌شود را می‌توان به این شرح برشمرد: ساختار جلسات درمان که به‌صورت نیمه ساختاریافته به گروه ارائه می‌شود، مقابله با افکار ناکارآمد و توقف افکار خودبه‌خودی، بازسازی و نام‌گذاری مجدد افکار و باورهای تحریف‌شده و ناکارآمد، ارائه تکالیف منزل در هر یک از جلسات درمان که موجب درگیری بیماران حین جلسات درمان و خارج از جلسات درمان می‌شود، استفاده از فن‌های متنوع شناختی-رفتاری مانند حل مسئله، و تأثیر مثبت شرکت در گروه بر روی افراد (۳۲).

پژوهش‌هایی نیز همسو با یافته‌های پژوهش حاضر در اثربخشی رفتاردرمانی دیالکتیکی بر میزان افسردگی وجود دارد (۱۹-۱۷). در مطالعه‌های، کربلایی میگونی و همکاران، رفتاردرمانی دیالکتیکی توانست به‌طور معناداری، میزان افسردگی بیماران افسرده را بهبود ببخشد (۳۳). همچنین در پژوهش علوی و همکاران، آموزش مهارت‌های دیالکتیکی در گروهی از دانشجویان، منجر به کاهش افسردگی شد (۱۷). در تبیین اثربخشی رفتاردرمانی دیالکتیکی بر کاهش علائم افسردگی بیماران مبتلا به ام.اس، می‌توان به آموزش‌های صورت گرفته که شامل تحمل پریشانی، تنظیم هیجان، ارتباط بین فردی و ذهن‌آگاهی می‌باشد، اشاره نمود. همان‌طور که ذکر شد، تحمل پریشانی توانایی فرد برای مقاومت و تجربه حالات روان‌شناختی منفی می‌باشد. افرادی که تحمل پریشانی پایینی دارند پریشانی را به‌عنوان یک ساخت غیرقابل‌تحمل توصیف می‌کنند و نمی‌توانند آن را اداره کنند. دیدگاه منفی نسبت به هیجانات دارند و وجود آن‌ها را نمی‌پذیرند. بنابراین، توانایی مقابله خود را با آن‌ها کم ارزیابی می‌کنند (۳۴). رفتاردرمانی دیالکتیکی با آموزش مهارت‌هایی چون تحمل پریشانی، با افزایش انعطاف‌پذیری و ارائه راه‌حل‌های جدید و تعدیل آثار شرایط ناراحت‌کننده به فرد، در کنار آمدن بهتر با وقایع دردناک کمک می‌کند. همچنین با استفاده از مهارت‌های تنظیم هیجان به درمان‌جویان کمک می‌کند تا احساس خود را دقیق‌تر 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 می‌باشد (۲۸). توانایی بر آگاه شدن از هیجانات، شناسایی و نام‌گذاری هیجانات، تفسیر درست احساسات بدنی مربوط به هیجان، درک از برانگیختگی هیجان، تعدیل فعالانه هیجان منفی برای رسیدن به احساس بهتر، پذیرش هیجان منفی در زمان لزوم و تحمل هیجان منفی وقتی نمی‌توان آن را تغییر داد، روبرو شدن با آن به‌جای اجتناب از آن در شرایط پریشانی جهت رسیدن به اهداف مهم و حمایت توأم با شفقت در حالت پریشانی، از مهارت‌های تنظیم هیجان می‌باشد که مطالعات نشان داده‌اند همه این مهارت‌ها به‌طور معنی‌داری با شاخص‌های مختلف سلامت روان در جمعیت عادی و بالینی همراه هستند (۳۵). تخریب در کارکرد اجتماعی نیز از مهم‌ترین خصوصیت افسردگی است. افراد افسرده بدکارکردی در تمایلات

[Downloaded from umj.umsu.ac.ir on 2024-10-12]

دارند و درک ضعیفی از این تمایلات دارند و نیز مشکلاتی در تفسیر اطلاعات بین فردی مانند هیجانات و بیان آن‌ها دارند. نقص در این روابط در بیماران افسرده نقش اساسی در شروع و تداوم افسردگی دارد. در پژوهش نجاتی و همکاران (۳۶)، یافته‌ها نشان داد که افراد افسرده تفاوت معنی‌داری در ذهن‌خوانی و ذهن‌آگاهی در مقایسه با افراد عادی داشتند. ازآنجایی‌که رفتاردرمانی دیالکتیکی به‌عنوان یک درمان حمایت‌گرانه ارائه می‌شود و مستلزم یک ارتباط مشترک و قوی میان درمان‌جو و درمانگر است و درمانگر فعالانه رفتارهای سازگارانه را به درمان‌جو آموزش می‌دهد و تقویت می‌کند، می‌تواند در کاهش میزان افسردگی درمان‌جو مؤثر باشد. با استفاده از مهارت اثربخشی میان فردی، ابزاری جدید برای بیان نظرات و نیازها، تعیین محدودیت‌ها و بحث درباره راه‌حل مسئله در اختیار درمان‌جویان قرار می‌گیرد که از طریق آن می‌تواند ضمن حمایت از روابطشان، رفتاری محترمانه با سایرین داشته باشند. مهارت ذهن‌آگاهی رسیدن به حالت ذهنی خردگرا است و هدف بسیار مهم آن ایجاد توانایی کنترل توجه است. ذهن‌آگاهی به معنی توجه کردن به زمان حال به شیوه‌ای خاص، هدفمند و خالی از قضاوت است. ذهن‌آگاهی یعنی بودن در لحظه با هر آنچه که اکنون هست، بدون قضاوت و بدون اظهارنظر درباره آنچه اتفاق می‌افتد، یعنی تجربه واقعیت محض بدون توضیح. مطابق با مفهوم‌سازی الگوی انسان گرایانه- وجودی از افسردگی، این اختلال قابل اسناد به ناهمخوانی بین خود آرمانی یک فرد و ادراک وی از خود واقعی‌اش می‌باشد و زمانی که این ناهمخوانی زیاد باشد و پذیرش و تحمل این مسئله برای فرد دشوار شود، احتمال بروز افسردگی وجود دارد. درنتیجه این اعتقاد وجود دارد که از بین رفتن پریشانی روانی زمانی نتیجه می‌شود که افراد قادر باشند خودشان را آن‌گونه که هستند بپذیرند. رفتاردرمانی دیالکتیکی به‌وسیله آموزش ذهن آگاهی می‌تواند از طریق تغییر نگرش فرد نسبت به محتویات ذهنی خود، به اصلاح این طرح‌واره‌های کژ کار و یا کاهش تسلط آن‌ها بر فرایندهای شناختی، هیجانی و رفتاری بپردازد (۲۸).

همچنین نتایج پژوهش نشان داد که رفتاردرمانی دیالکتیکی در کاهش علائم افسردگی بیماران مولتیپل اسکلروزیس مؤثرتر از رفتاردرمانی شناختی عمل کرده است. همان‌طور که قبلاً نیز ذکر گردید هیچ‌گونه پژوهشی در این زمینه انجام‌نشده است. در تبیین این یافته می‌توان چنین بیان کرد که رفتاردرمانی دیالکتیکی در حقیقت تغییر و اصلاح رفتاردرمانی شناختی است. لینهان به‌عنوان ابداع‌کننده این روش، در سال ۱۹۹۳ ابتدا سعی کرد تا از رفتاردرمانی شناختی استاندارد برای افرادی استفاده کند که به خود آسیب می‌رساندند و با هیجانات و خلق خارج از کنترل دست‌وپنجه نرم می‌کردند. هنگامی‌که رفتاردرمانی شناختی طبق انتظار او عمل نکرد، او و گروه پژوهشش انواع فنون دیگر را به آن افزودند تا این‌که شیوه‌ایی را به وجود آورند که بهتر عمل کند (۳۳). رفتاردرمانی دیالکتیکی نسبت به رفتاردرمانی شناختی ساختار روشن‌تری دارد و از فن‌های رفتاری و اعتباربخشی به‌طور همزمان استفاده می‌کند، هم‌چنین شامل اصول و فن‌های دیالکتیکی (مانند خود مشاهده گری) است که این فن‌ها منجر به ثبات تغییرات می‌گردد. یک ویژگی بیماران افسرده این است که در فاصله‌گیری و بیرون آمدن از احساسات و خلق خود خوب عمل نمی‌کنند و در طی فرایند درمان رفتاردرمانی دیالکتیکی 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 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 (اتوماتیک) ذهن خود تبدیل می‌کنند. انجام این تمرینات درنهایت منجر به فاصله‌گیری از هیجانات مثل خلق افسرده می‌شود (۲۳). همچنین با فاصله‌گیری از افکار منفی، به افراد افسرده می‌آموزد که ارزیابی‌های منفی نسبت به خود و دیگران یا حوادث، را فقط به‌عنوان افکاری که لزوماً واقعی نیستند مورد مشاهده قرار داده و به این طریق آن‌ها را کاهش دهند (۳۷). از دیگر تفاوت‌های رفتاردرمانی دیالکتیکی نسبت به رفتاردرمانی شناختی می‌توان به مشارکت سطح بالاتر مراجع در درمان و آموزش مهارت‌های ذهن آگاهی اشاره کرد. ذهن‌آگاهی مهارتی است که موجب افزایش آگاهی می‌شود و متضاد با رفتارهای تکانه‌ای است. رفتاردرمانی دیالکتیکی، اصول شناخت درمانی را با چارچوب حضور ذهن برای بهبود بهزیستی هیجانی و سلامت روان ادغام می‌کند. Segal و همکاران (۳۸) نیز معتقدند که این ادغام، روش کارآمدی را نسبت به رویکردهای درمانی دیگر برای درمان افسردگی فراهم می‌کند. هدف آموزش تفکر ذهن آگاهی مانند شناخت درمانی سنتی، تغییر محتوای افکار نیست بلکه هدف، ایجاد نگرش یا رابطه متفاوت با افکار، احساسات و عواطف است که شامل حفظ توجه کامل و لحظه‌به‌لحظه، و نیز داشتن نگرش همراه با پذیرش و به‌دوراز قضاوت است. علاوه بر این، رفتاردرمانی دیالکتیکی برخلاف رفتاردرمانی شناختی، آموزش مهارت‌های تحمل درد و ناراحتی را به بیمار می‌آموزد تا به‌وسیله آن بیمار رنج را بپذیرد، با آن زندگی کند و همزمان از آن بکاهد (۲۸).

با توجه به نتایج به‌دست‌آمده در خصوص اثربخش بودن هر دو روش رفتاردرمانی شناختی و به‌خصوص رفتاردرمانی دیالکتیکی در بهبود علائم افسردگی بیماران ام.اس، به نظر می‌رسد که استفاده از

[Downloaded from umj.umsu.ac.ir on 2024-10-12]

این دو رویکرد درمانی به شیوه گروهی در مراکز درمانی انجمن‌های ام.اس و کلیه مراکزی که با بیماران ام.اس در ارتباط هستند می‌تواند در کاهش مشکلات روان‌شناختی و بهبود علائم افسردگی این بیماران مؤثر باشد. با توجه به جدید بودن رویکرد رفتاردرمانی دیالکتیکی در کشورمان، پیشنهاد می‌شود اثربخشی آموزش این مهارت‌ها در سایر اختلالات اضطرابی نیز مورد پژوهش واقع شود. همچنین افزودن دوره پیگیری جهت بررسی ماندگاری اثرات درمان نیز توصیه می‌شود. ازجمله محدودیت‌های این پژوهش می‌توان به روش نمونه‌گیری اشاره کرد که به‌ناچار از روش در دسترس استفاده شد و دیگر اینکه کلیه حجم نمونه را مردان تشکیل دادند، لذا در تعمیم‌یافته‌ها به زنان افسرده باید جوانب احتیاط را رعایت نمود.

تشکر و قدردانی

بدین‌وسیله از کلیه شرکت‌کنندگان و همکاری کنندگان در گردآوری داده‌های پژوهش حاضر سپاسگزاری می‌شود.

References:

1. McCabe MP. Mood and self-esteem of persons with multiple sclerosis following an exacerbation. J Psychosom Res 2005;59(3):161–6.
2. Kenner M, Menon U, Elliott DG. Multiple sclerosis as a painful disease. Int Rev Neurobiol 2007;79:303–21.
3. King K. Quality of life research: Rigor on rigor morits. J of Neuro Sci Nurs 1995; 31(4): 26.
4. Saman-Nezhad B, Rezaee T, Bostani A, Najafi F, Aghaei A. Epidemiological characteristics of patients with Multiple Sclerosis in Kermanshah 2012. J Mazand Univ Med Sci 2013; 23(104): 1-6. (Persian)
5. Poser CM. The diagnosis and management of multiple sclerosis.J Acta Neural Scand 2005; 112(3): 199-201.
6. Liu XJ, Ye HX, Li WP, Dai R, Chen D, Jin M. Relationship between Psychological Factors and Onest of Multiple Sclerosis. Eur J Neurol 2009; 62(3): 130-6.
7. Brajkovic L, Bras M, Milunovic V, Busic I, Boban M. The Connection between Coping Mechanisms, Depression, Anxiety and Fatigue in Multiple Sclerosis. Collegium Antropologicum 2009; 33(2): 135-40.
8. Chwastiak LA, Ehde DM. Psychiatric Issues in Multiple Sclerosis. Psychiatric Clin North Am 2007; 30(4): 803-17.
9. Kirchner T, Lara S. Stress and depression symptoms in patients with multiple sclerosis: the mediating role of the loss of social functioning. Acta Neurol Sc 2012; 12(4): 215-21.
10. Phillips CJ. The cost of multiple sclerosis and the cost effectiveness of disease-modifying agents in its treatment. CNS Drugs 2004; 18(3): 561-74.
11. Azimi H, Jannati Y, Mahmoudi G. Text of mental health nursing. Tehran: Salemi; 2003. (Persian)
12. Robertson D. The Philosophy of Cognitive Behavioral Therapy: Stoicism as Rational and Cognitive Psychotherapy. London: karnac; 2010.P.176-90.
13. Atkinson RL, Atkinson RC, Smith EE, Bern DJ, Nolen-Hoeksema S. Hilgard,s introduction to psychology. 13th ed. Fort Worth, TX: Harcourt Brace; 2000.
14. Hozhabr F, Ahadi H, Poorshahbaz A, Rezaee M. Effectiveness of cognitive behavior therapy on change cognitive representations of illness and promotion of emotional states in patients with multiple sclerosis. Kermanshah Univ Med Sci 2010; 15(6): 415-26. (Persian)
15. Hoseyni S. The effect of group cognitive therapy in reducing depression and increasing mental health of patients with multiple sclerosis. (Dissertation). Tehran: Alzahra University; 2005. (Persian)
16. Axelord S, Perepeltchikova F, Holtzman K, Sinha R. Emotional Regulation and Substance use Frequency in Women with Substance Dependence and Borderline Personality Disorder Receiving

[Downloaded from umj.umsu.ac.ir on 2024-10-12]

Dialectical Behavior Therapy. AM J Drug Alcohol Abuse 2011; 37(1): 307-18.

17. Alavi KH, Modarres Gharavi M, Yazdi A, Salehi Faderdi J. Effectiveness of group dialectical behavior therapy on depressive symptoms in university students. J of Fund of Men Heal 2011; 2(50): 124-35. (Persian)
18. 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.
19. Neacsiu AD, Rizvi SL, Linehan MM. Dialectical behavior therapy skills use as a mediator and outcome of treatment for borderline personality disorder. Behav Res Ther 2010; 48, 832-9.
20. Simon JS, Gaher RM. The Distress Tolerance Scale: Development and validation of a Self-report Measure. Mot E Mot 2005; 29: 83-102.
21. Gross JJ, Thompson RA. Emotion regulation: Conceptual foundations In: Gross JJ. Handbook of emotion regulation. New York: Guilford;2007.P.3-24.
22. Chaplin TM, Cole PM, Zahn-Waxler C. Parental socialization of emotion expression: gender differences and relations to child adjustment. Emotion 2005;5(1):80–8.
23. Salehi A, Baghban I, Bahrami F, Ahmadi A. The Effect of Emotional Regulation Training based on Dialectical Behavior Therapy and Gross Process Model on Symptom of Emotional problem. Zahedan J Res Med Sci 2012; 14(2): 49-55. (Persian)
24. Rippere V. “What’s the thing to do when you’re feeling depressed?” --a pilot study. Behav Res Ther 1977;15(2):185–91.
25. Kabat-Zinn J. Mindfulness-based interventions in context: past, present and future. Clinical psychology: sci and prac 2002; 10(2): 144-56.
26. Segrin C, Tailor M. Positive interpersonal relationship mediate association between social skills and psychological well-being. Pers Individ Dif 2007; 43(4): 637-46.
27. Vidyanidhi K, Sudhir PM. Interpersonal sensitivity and dysfunctional cognitions in social anxiety and depression. Asian J of psych 2009; 2(1): 25-8.
28. Nadimi M. Effectiveness of dialectical behavior therapy in increasing disturbance tolerance and improving emotional adjustment abuse drug users. (Dissertation). Birjand: Islamic Azad University; 2013. (Persian)
29. Ghasemzadeh H. Psychometric properties of a persian-language version of beck depression inventory 2 ED: BDI-II-persian. Dep and Anx 2005; 21: 185-92. (Persian)
30. Mokhtari S, Neshat-Doost HT, Molavi H. The Effect of cognitive-behavior group therapy on depression and dogmatization of patients with multiple sclerosis. J Psych 2008; 12: 242-51. (Persian)
31. Mohr DC, Boudewyn AC, Goodkin DE, Bostrom A, Epstein L. Comparative outcomes for individual cognitive-behavior therapy, supportive-expressive group psychotherapy, and sertraline for the treatment of depression in multiple sclerosis. J Consult Clin Psychol 2001;69(6):942–9.
32. White J. Treating Anxiety and Stress: A group psycho-educational approach using brief CBT. 1st ed. New York: Guilford press; 2000.
33. Karbalaee Mohammad Meigoni A, Ahadi H. Declining the Rate of Major Depression: Effectiveness of Dialectical Behavior Therapy. Soc and Behav Sci 2012; 35: 230-6. (Persian)
34. Azizi A. Reliability and Validity of the persian version of Distress Tolerance Scale. Iran J Psych 2010; 5: 154-8. (Persian)
35. Berking M, Margraf M, Ebert D, Wupperman P, Hofmann SG, Junghanns K. Deficits in Emotion-

[Downloaded from umj.umsu.ac.ir on 2024-10-12]

with major depression disorder. Procedia-Social and Behav Sci 2012; 32: 431-7. (Persian)

37. Didonna F. Clinical handbook of mindfulness. Vicenza Italy: Springer Press; 2009.P.17-45.

38. Segal ZV, Teasdale JD, Williams JM. Mindfulness Based cognitive therapy for depression. New York: The Guilford Press; 2002.

Regulation Skills Predict Alcohol use During and After Cognitive Behavior Therapy for Alcohol Dependence. J Con Clin Psychol 2011; 79(3): 307-18.

36. Nejati V, Zabihzadeh A, Maleki G, Tehranchi A. Mind reading and mindfulness deficits in patients

[Downloaded from umj.umsu.ac.ir on 2024-10-12]

Original Article

COMPARING EFFICACY OF GROUPS COGNITIVE BEHAVIOR THERAPY AND DIALECTICAL BEHAVIOR THERAPY ON TREATMENT OF DEPRESSION IN MULTIPLE SCLEROSIS PATIENTS

Mohsen Nadimi[1], Masomeh Pishgar[2], Fatemeh Shahabizadeh[3], Reza Dastjerdi[4]*

Received: 4 Feb, 2014; Accepted: 9 Apr, 2014

Abstract

Background & Aims: There are various methods for treatment of depression. This study was aimed to examine and compare the efficacy of two therapeutic techniques namely group cognitive behavior therapy and dialectical behavior therapy on decreasing depression level of multiple sclerosis patients.

Materials & Methods: This study was a quasi-experimental design from pretest - posttest with control group. Population included patients with multiple sclerosis referring to the Shiraz Multiple Sclerosis (M.S.) Association in spring 2013. A total of 30 patients from participants who had high scores on the Beck Depression test were selected by sampling method and were placed equally and randomly into three groups of cognitive behavioral therapy, dialectical behavior therapy and control groups. The measurement tool was Beck Depression Inventory (BDI-II). The experimental groups participated in 8 sessions of educational group. The mean scores of the two groups were compared through analysis of covariance.

Results: The results of the study showed the significant differences between the mean scores of the pre-test and post-test of the experimental groups and control group i.e. cognitive behavior group therapy and dialectical behavior group therapy had reduced the depression mean score in the experimental groups.

Conclusion: Since behavioral therapy with significant difference than dialectical behavior therapy could reduce depressive symptoms in patients; therefore, it can be placed as a new approach in prioritizing treatment and reducing depression in M.S. patients.

Keywords: Cognitive behavior therapy, Dialectical behavior therapy, Depression, Multiple sclerosis

***Address*:** Psychology Department, Islamic Azad University, Birjand Branch, Birjand, Iran **Tel:** +989179330582

***Email*:** mohsen_nadimi_psychologist@yahoo.com

SOURCE: URMIA MED J 2014: 25(4): 337 ISSN: 1027-3727

[1] *Master in Clinical Psychology, Islamic Azad University, Birjand Branch, Birjand, Iran (Corresponding Author)*

[2] *Master in Clinical Psychology, Islamic Azad University, Birjand Branch, Birjand, Iran*

[3] *Assistant Professor, Psychology Department, Islamic Azad University, Birjand Branch, Birjand, Iran*

[4] *Assistant Professor of Psychology, Faculty of Medicine, University of Medical Sciences, Birjand, Iran*

[Downloaded from umj.umsu.ac.ir on 2024-10-12]