

Comparison of Effectiveness of Dialectic Behavioral Therapy and Cognitive Behavioral Therapy on Depression in Women with Multiple Sclerosis

Narges Zamani^{1}, Hosein Jenaabadi², Mehran Farhadi³*

¹Islamic Azad University, Hamedan Branch, Young Researchers & Elite Club, Hamedan, Iran.

²Department of Education Sciences, Sistan & Baluchestan University, Zahedan, Iran.

³Department of Psychology, Bu-Ali Sina University, Hamedan, Iran.

***Corresponding Author:**
Narges Zamani, Islamic Azad University, Hamedan Branch, Young Researchers & Elite Club, Hamedan, Iran.

Email:
nargeszamani@iauh.ac.ir

Received: 19 Feb, 2016

Accepted: 9 Mar, 2016

Abstract

Background and Objectives: Depression is the second most common disorder, which is at the top of the list of psychological disorders and is directly related with recurrence and improvement of the symptoms of chronic diseases. The current study aimed to investigate the effectiveness of dialectic behavioral therapy and cognitive behavioral therapy on depression in women with multiple sclerosis.

Methods: This quasi-experimental study was conducted with two groups of experimental and control on multiple sclerosis patients referring to occupational therapy and physiotherapy clinics of Hamedan province. These patients had a lower deviation score than the standard in the mental health questionnaire. Eighteen patients in each group, were selected using criteria-based random sampling. The experimental groups were trained in 16 sessions of 1-1.5 h, and evaluated by Lovibond's Depression Anxiety and Stress Scales (1995). Data were analyzed using one-way ANOVA and Tukey post-hoc tests.

Results: In this study, there were significant differences between the mean depression scores of dialectical behavior therapy and cognitive therapy groups and the control group. Also, there was a significant difference between the mean depression scores of dialectical behavior therapy and cognitive therapy ($p < 0.001$).

Conclusion: The results of the present study showed that in the area of treatment and working with depressed patients who are in crisis, pain, and emotional distress, dialectical behavioral therapy and cognitive behavioral can be efficient and promising due to its nature.

Keywords: Cognitive therapy; Depression; Multiple sclerosis.

مقایسه اثربخشی رفتاردرمانی دیالکتیکی با رفتاردرمانی شناختی، بر افسردگی بیماران زن مبتلا به مولتیپل اسکلروزیس

نرگس زمانی^{۱*}، حسین جناابادی^۲، مهران فرهادی^۳

چکیده

زمینه و هدف: افسردگی، دومین اختلال رایج روانشناختی است که در رأس فهرست بیماری‌های روانی قرار گرفته و با عود و بهبود علائم بیماری‌های مزمن جسمی رابطه مستقیمی دارد. پژوهش حاضر با هدف، اثربخشی رفتاردرمانی دیالکتیکی و رفتاردرمانی شناختی بر افسردگی بیماران زن مبتلا مولتیپل اسکلروزیس انجام شد.

روش بررسی: این پژوهش نیمه‌تجربی با دو گروه آزمایش و کنترل، در بیماران مبتلا به مولتیپل اسکلروزیس مراجعه‌کننده به کلینیک‌های کاردرمانی و فیزیوتراپی استان همدان انجام شد. این بیماران در پرسشنامه سلامت روان (یک انحراف پایین‌تر از معیار)، نمره گرفته بودند. نمونه‌گیری به صورت تصادفی مبتنی بر ملاک در هر گروه بود که ۱۸ نفر انتخاب شدند. گروه‌های آزمایش طی ۱۶ جلسه ۱-۱/۵ ساعته، تحت آموزش قرار گرفتند و با استفاده از مقیاس افسردگی، اضطراب و استرس لایبوند (Lovibond) در سال ۱۹۹۵ ارزیابی شدند. تحلیل داده‌ها با استفاده از آزمون تحلیل واریانس یک‌طرفه و آزمون تعقیبی توکی صورت گرفت.

یافته‌ها: در این مطالعه، بین میانگین نمرات افسردگی گروه آزمایشی رفتاردرمانی دیالکتیکی و گروه درمانی شناختی با گروه کنترل، تفاوت معنی‌داری وجود داشت. همچنین بین میانگین نمرات افسردگی گروه آزمایشی رفتاردرمانی دیالکتیکی و گروه درمانی شناختی، تفاوت معنی‌دار بود ($p < 0/001$).

نتیجه‌گیری: نتایج مطالعه حاضر نشان داد در حوزه درمان و زمینه کار با افرادی که در حالت بحران، درد و رنج هیجانی به سر می‌برند؛ رفتاردرمانی دیالکتیکی و رفتاردرمانی شناختی با توجه به ماهیت آن می‌تواند کارا و نویدبخش باشد.

کلیدواژه‌ها: رفتاردرمانی شناختی؛ افسردگی؛ مولتیپل اسکلروزیس.

^۱دانشگاه آزاد اسلامی، واحد همدان، باشگاه پژوهشگران جوان و نخبگان، همدان، ایران.

^۲گروه علوم تربیتی، دانشگاه سیستان و بلوچستان، زاهدان، ایران.

^۳گروه روان‌شناسی، دانشگاه بوعلی سینا، همدان، ایران.

*نویسنده مسئول مکاتبات:

نرگس زمانی، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد همدان، باشگاه پژوهشگران جوان و نخبگان، همدان، ایران؛

nargeszamani@iauh.ac.ir

تاریخ دریافت: ۹۴/۱۲/۱

تاریخ پذیرش: ۹۵/۱/۱۹

لطفاً به این مقاله به صورت زیر استناد نمایید:

Zamani N, Jenaabadi H, Farhadi M. Comparison of effectiveness of dialectic behavioral therapy and cognitive behavioral therapy on depression in women with multiple sclerosis. Qom Univ Med Sci J 2017;10(12):77-86.

مقدمه

سلامتی؛ حالت بهزیستی کامل بدنی، روانی و اجتماعی است و تأمین سلامتی اقشار مختلف جامعه نیز یکی از مهم‌ترین مسائل اساسی بوده که بایستی آن را از سه دیدگاه جسمی، روانی و اجتماعی مورد توجه قرار داد (۱). مطابق با مطالعات اخیر، افراد با پریشانی روانی، بیشتر از نشانه‌های بیماری جسمی شکایت می‌کنند و فراوانی بیماری‌های جسمی، پیشگوکننده قدرتمند وقوع آسیب در کارکرد جسمی، روان‌شناختی و اجتماعی می‌باشد (۲).

بیماری مولتیپل اسکلروزیس، یک بیماری شایع عصبی است که به‌صورت مزمن و پیشرفته آشکار شده و افزایش آن موجب کاهش سلامت روان می‌شود. در واقع، با بالا رفتن اضطراب، افسردگی و استرس این بیماری افزایش می‌یابد. همچنین این بیماری یک بیماری خودایمنی است که در آن، سیستم ایمنی بدن به‌طور طبیعی به ویروس‌ها، باکتری‌ها و ... حمله کرده و بخشی از بدن را مورد هجوم قرار می‌دهد (۳). طبق نتایج سازمان بهداشت جهانی، اختلالات افسردگی و اضطرابی در رأس فهرست بیماری‌های روانی قرار دارند که حدود ۲۵٪ مراجعین به مراکز بهداشتی در جهان را نیز به خود اختصاص داده‌اند (۴). آمارهای موجود نشان می‌دهد این اختلالات در سال ۱۹۹۰ در رده چهارم قرار داشته (۵)، که این اختلالات در دهه گذشته به‌عنوان دومین اختلال رایج روان‌شناختی، نزدیک به ۱۲۱ میلیون نفر را در جهان مبتلا کرده و در سال ۲۰۱۰، افسردگی دومین بیماری پرهزینه و در سال ۲۰۱۳، اضطراب از پرهزینه‌ترین درمان‌ها در بین تمام بیماری‌های روانی (۶) معرفی شده‌اند. داده‌ها حاکی از آن است که اختلالات خلقی از وضعیتی شروع می‌شود که در آن تغییرات بسیار بزرگی در زندگی انسان اتفاق می‌افتد (۷)، و از مهم‌ترین این تغییرات در زندگی، مبتلا شدن به یک بیماری مزمن است که اضطراب و هیجان بالایی را به همراه دارد.

گسترده‌گی مسئله افسردگی باعث شده تا شیوه‌های درمانی متعددی اعم از دارودرمانی و روان‌درمانی برای آن ارائه گردد و مورد بررسی قرار گیرد. با این همه، هرچند که پژوهش‌ها از اثربخشی درمان‌های موجود حمایت می‌کنند، ولی این اثربخشی، نسبی بوده و هنوز هیچ درمانی وجود ندارد که بتوان آن را راه‌حلی قطعی برای مشکل افسردگی دانست (۸).

بنابراین، باوجود این واقعیت که روان‌درمانی‌های بسیاری برای درمان افسردگی اثربخش بوده‌اند، ولی بازهم با میزان بالای عود نشانه‌های افسردگی مواجه هستیم. در همین راستا، از درمان‌های موج سوم استفاده شده تا اثربخشی آن مورد بررسی قرار گیرد. رفتار درمانی دیالکتیکی رویکردی درمانی است که توسط Marsha Linehan ابداع گردید و بر سه پایه، رفتارگرایی، فلسفه دیالکتیکال و آیین ذهن استوار است (۹). رفتار درمانی، یک شیوه درمانی یک‌پارچه‌نگر است که به بیمار آموخته می‌شود تا تضادهای موجود در درون خود و یا میان خود و محیط را بشناسد و از طریق ترکیب و تلفیق آنها با یکدیگر به نتیجه‌ای کارآمد دست یابد (۱۰). پژوهش‌های صورت گرفته، نشان دهنده اثربخشی این الگوی درمانی بر اختلالات خلقی و هیجانی است (۵) (۸-۱۰). از سوی دیگر، از میان درمان‌های مؤثر بر اختلالات خلقی و هیجانی رفتاردرمانی شناختی، آن گونه که توسط Beck و همکاران معرفی شده، بیش از حد مورد استقبال قرار گرفته و اثرآفرین بوده است. مطالعات Hawton و همکاران (۱۱)، Bouhart و Tad (۱۲) و Cuijpers (۱۳) نیز اثربخشی رفتاردرمانی شناختی را در اختلالات خلقی و هیجانی نشان داده‌اند. با توجه به مطالبی که عنوان شد رفتاردرمانگری دیالکتیکی و شناختی؛ درمانی نوپاست که برای فوریت‌ها، مداخله در بحران‌ها، درمان بیماران آشفتگی و اختلال‌های پیچیده مورد توجه قرار گرفته است. در ایران نیز انجام این پژوهش می‌تواند زمینه‌ای مناسب برای بررسی و مقایسه تأثیر این درمان بر بهبود راهبردهای تنظیم هیجان و اختلالات خلقی بیماران مبتلا به بیماری مزمن مولتیپل اسکلروزیس باشد. درمانگران بالینی و متخصصین مداخله در بحران می‌توانند از نتایج این پژوهش به‌صورت گسترده‌ای استفاده کنند. هدف اساسی این پژوهش، مقایسه اثربخشی رفتاردرمانی دیالکتیکی و رفتاردرمانی شناختی بر بهبود افسردگی بیماران زن مبتلا به مولتیپل اسکلروزیس است. این پژوهش با هدف بررسی اثربخشی رفتاردرمانی دیالکتیکی و رفتاردرمانی شناختی بر افسردگی بیماران زن مولتیپل اسکلروزیس انجام شد.

روش بررسی

در این پژوهش نیمه تجربی از دو گروه آزمایش و کنترل (رفتاردرمانگری دیالکتیکی و رفتاردرمانی شناختی) استفاده گردید. جامعه آماری پژوهش را تمامی بیماران زن مبتلا به مولتیپل اسکلروزیس استان همدان که به مرکز خدمات روان شناختی و کاردرمانی مراجعه کرده بودند تشکیل می داد. با توجه به امکانات پژوهشگر و میزان دسترسی به گروه نمونه، همچنین معیارهای ورود و خروج، از میان بیماران مبتلا به مولتیپل اسکلروزیس، به صورت تصادفی ۵۴ نفر انتخاب شدند و روان شناس بالینی از طریق مصاحبه نیمه ساختاریافته، اختلال آنها را افسردگی تشخیص داد.

معیارهای ورود به مطالعه شامل: بیماران مبتلا به بیماری مولتیپل اسکلروزیس، داشتن حداقل تحصیلات دیپلم، دامنه سنی بین ۳۰-۴۳ سال و کسب نمرات ۱ انحراف معیار بالاتر از میانگین در آزمون سلامت روان بود.

معیارهای خروج از مطالعه عبارت بودند از: بیماران با اختلالات ساختگی، بیماران با دردهای حاد، بیمارانی که به علت اختلالات خلقی و اضطرابی تحت نظر روانپزشک بودند.

ابتدا به واسطه جدول اعداد تصادفی، افراد به صورت کاملاً تصادفی به سه گروه A، B، C تقسیم شدند و در هر گروه، ۱۸ بیمار قرار گرفت. در این مرحله، سه گروه از نظر وضعیت تحصیلات، شغل و سنین مبتلا به بیماری و سالهای بیماری؛ همسان سازی گروهی شدند که در نهایت، به صورت تصادفی به دو گروه مداخله و یک گروه کنترل طبقه بندی شدند.

بیماران گروه نمونه، به صورت تصادفی به سه گروه ۱۸ نفری به شرح زیر تقسیم شدند:

- ۱- گروه آزمایش یک (تحت رفتاردرمانگری دیالکتیکی)؛
- ۲- گروه آزمایش ۲ (تحت رفتاردرمانی شناختی) و ۳- گروه کنترل که فقط تحت گروه درمانی قرار گرفتند.

در نهایت، با توجه به ریزش نمونه (به علت هایی چون دردهای مزمن، غیبت بیش از ۳ جلسه پایایی و تجویز پزشک مبنی بر مصرف داروهای روانپزشکی و انصراف از روند پژوهش)، هر گروه به ۱۵ نفر تقلیل یافت که شامل ۱۵ زن بود.

ابزارهای پژوهش عبارت بودند از:

- ۱- مصاحبه بالینی بر مبنای DSM-5؛ ۲- ویراست دوم پرسشنامه افسردگی Beak (سال ۲۰۰۰)؛ ۳- آموزش مؤلفه های رفتاردرمانی دیالکتیکی؛ ۴- آموزش مؤلفه های رفتاردرمانی شناختی.

- ۱- مصاحبه بالینی بر مبنای راهنمای تشخیصی و آماری اختلال های روانی ویراست پنجم: مصاحبه تشخیصی از مجموعه معیارهای تشخیصی اختلالات سازگاری تشکیل شده که هدف آنها ارزیابی آن دسته از الگوهای رفتاری، افکار و احساسات مراجعان است و به نوعی با تشخیص اختلال آنها ارتباط دارد (۱۴).

- ۲- مقیاس افسردگی، اضطراب و استرس (DASS، Lovibond و Lovibond): مجموعه ای از ۳ مقیاس خود گزارش دهی برای ارزیابی حالات عاطفه منفی در افسردگی، اضطراب و استرس است (۱۵). Antony و همکاران (۱۶)، مقیاس مذکور را مورد تحلیل عاملی قرار دادند که نتایج پژوهش آنها حاکی از وجود سه عامل افسردگی، اضطراب و تنیدگی بود. ضریب آلفا برای عوامل افسردگی، اضطراب و استرس به ترتیب ۰/۹۷، ۰/۹۲ و ۰/۹۵ به دست آمد. همچنین نتایج محاسبه همبستگی میان عوامل در مطالعه Antony و همکاران (۱۶)، حاکی از ضریب همبستگی ۰/۴۸ میان دو عامل افسردگی و تنیدگی، ضریب همبستگی ۰/۵۳ بین اضطراب و تنیدگی و ضریب همبستگی ۰/۲۸ بین اضطراب و افسردگی بود. روایی و اعتبار این پرسشنامه در ایران توسط سامانی و جوکار (۱۷) مورد بررسی قرار گرفت که اعتبار بازآزمایی را برای مقیاس افسردگی، اضطراب و تنیدگی به ترتیب برابر ۰/۸۰، ۰/۷۶ و ۰/۷۷ و آلفای کرونباخ را برای مقیاس افسردگی، اضطراب و تنیدگی به ترتیب برابر ۰/۸۱، ۰/۷۴ و ۰/۷۸ گزارش کردند. هریک از خرده مقیاس های آزمون شامل ۷ سؤال است که نمره نهایی هر کدام از طریق مجموع نمرات سؤال های مربوط به آن به دست می آید.

در ادامه، پس از گزینش، آزمودنی ها به آزمون سلامت روان به عنوان پیش آزمون پاسخ دادند. گروه کنترل هیچ آموزشی دریافت نکرد و گروه های آزمایش توسط روانشناس آموزش دیده، تحت رفتار درمانگری دیالکتیکی و رفتاردرمانی شناختی قرار گرفتند.

مقابله‌ای؛ در دو جلسه دوم، مهارت‌های بنیادین و پیشرفته بهوشیاری (شامل: آموزش مهارت‌های توجه و تمرین بی‌توجهی، ذهن خردمند و شهود، تصمیم‌گیری براساس ذهن خردمند، پذیرش بنیادین و ذهن آغازگر، قضاوت، برجسب و ارتباط آگاهانه با دیگران، شناسایی مقاومت‌ها، موانع، مراقبه و غیره)؛ در جلسات پنجم و ششم نیز مهارت‌های بنیادین و پیشرفته نظم‌بخشی هیجانی (شامل: شناسایی هیجان‌ها، چگونگی عمل هیجان‌ها، غلبه بر موانع هیجان‌های سالم، کاهش آسیب‌پذیری در برابر هیجان‌های آشفته‌ساز، مشاهده خویش، کاهش آسیب‌پذیری شناختی، افزایش هیجان‌های مثبت، توه و رویارویی با هیجان‌ها، عمل کردن برخلاف امیال شدید هیجانی و حل مسئله) و در دو جلسه آخر مهارت‌های بنیادین و پیشرفته ارتباط مؤثر (مانند رفتارهای منفعلانه، تناسب بین خواسته‌های من و دیگران، نسبت خواسته‌ها و بایدها، مهارت‌های کلیدی بین‌فردی، موانع استفاده از مهارت‌های بین‌فردی، شناسایی خواسته‌ها، تعدیل شدت خواسته‌ها، طرح درخواست، پیشنویس‌های جسارتمندی، گوش دادن، نه گفتن و مقابله با مقاومت و تعارض، چگونگی مذاکره و تحلیل مشکلات بین فردی) آموزش داده شد.

محتوای مداخله رفتاردرمانی شناختی براساس مطالعات Greenberger و Padesky (۲۲) طراحی گردید. این درمان در اصل برای غلبه بر افسردگی، آسیب‌گی، هراس‌ها، اضطراب، خشم و مسائل ارتباطی طراحی، همواره موفقیت‌آمیز بوده است. فرآیند درمان و جلسات درمانی به این صورت بود که در هر جلسه فرد مهارت‌های خاصی چون مقابله با رفتارهای تکانه‌ای، ناگهانی و راهبردهای تنظیم هیجان را زیر نظر روانشناس آموزش دیده، آموزش می‌دید. برای آموزش این مهارت‌ها، ابتدا در دو جلسه اول، آزمودنی‌ها با الگوی شناختی رفتاری افسردگی، اضطراب و هراس {شامل: شناسایی زنجیره رخداد‌های شناختی رفتاری مرتبط با افسردگی، اضطراب و هراس، شناخت موقعیت‌ها، احساسات، عقاید، افکار و اعمال خاص (رفتار)، پیشایندها و پیامدهای رفتار، موقعیت برانگیزاننده و غیره} و روش‌های کاهش رفتارهای تکانه‌ای و در جلسات سوم و چهارم آزمودنی‌ها با نحوه شناسایی افکار خودآیند منفی، خطاهای شناختی و آگاهی یافتن از عوامل شروع‌کننده، افکار و رفتارهای مرتبط در مقابله با استرس و

رفتاردرمانی دیالکتیکی بر مبنای McKay، Wood و Brantley (۱۸)، برای یک دوره ۱۶ هفته‌ای برنامه‌ریزی شده بود. بدین صورت که بیماران هفته‌ای سه جلسه به صورت گروهی مهارت‌های رفتار درمانگری دیالکتیکی را آموزش می‌دیدند و هر مهارت ۴ جلسه ۱/۵-۱ ساعته آموزش داده می‌شد.

رفتاردرمانی دیالکتیکی با نگرشی کاملاً دلسوزانه و انسان‌مدارانه توسط Linehan ابداع شد. نگرش دلسوزانه و تا اندازه‌ای مدارانه در رفتاردرمانی دیالکتیکی شباهت زیادی با دیدگاه انسان‌مدارانه Young در طرحواره درمانی دارد (۱۹). در حقیقت رفتار درمانگری دیالکتیکی، تغییر و اصلاح درمانگری رفتاری شناختی است (۲۰). در رفتاردرمانی دیالکتیکی، یکی از پیام‌های اساسی که به درمان‌جویان داده می‌شود این است که در اکثر موارد، منبع رنج پریشانی آنها رویدادهای فوق‌العاده استرس‌زای زندگی بوده نه تحریف‌های رویدادهایی که کم‌استرس هستند.

در این مطالعه، تماس تلفنی مراجعان گروه رفتاردرمانی دیالکتیکی با درمانگر، از ابتدای درمان تا پایان جلسات گروهی امکان‌پذیر بود و مراجعین می‌توانستند در موقع بروز بحران با درمانگر تماس بگیرند، در این تماس‌ها، درمانگر مراجع را به استفاده از مهارت‌ها هدایت می‌کرد و زمان مکالمه، کوتاه و حداکثر بین ۱۰-۱ دقیقه بود (۹).

آموزش رفتاردرمانی دیالکتیکی با مهارت‌های مبتنی بر پذیرش (مهارت‌های تحمل پریشانی، مهارت‌های بهوشیاری) که قلب رفتاردرمانی دیالکتیکی است (۲۱)، شروع گردید و سپس بیماران تحت آموزش مهارت‌های مبتنی بر تغییر (مهارت‌های تنظیم هیجانی و کارآمدی بین‌فردی) قرار گرفتند و برای هر مهارت دو جلسه گروهی تشکیل شد.

در دو جلسه اول، مهارت‌های بنیادین تحمل آشفتگی و توجه‌برگردانی (شامل: پذیرش بنیادین، توجه‌برگردانی، تدوین برنامه توجه‌برگردانی، خودآرامش‌بخشی و تدوین طرح آرمیدگی) و مهارت‌های پیشرفته تحمل آشفتگی (شامل: تصویرسازی از مکان امن، کشف ارزش‌ها، شناسایی قدرت برتر، زندگی در زمان حال، استفاده از افکار مقابله‌ای خودتشویق‌گرایانه، خودگویی‌های تأییدگرانه و تدوین راهبردهای

میانگین‌های مربوط به داده‌های جمعیت‌شناختی گروه‌ها) صورت گرفت.

یافته‌ها

در این مطالعه، ۴۵ نفر در دو گروه مداخله (رفتاردرمانی دیالکتیکی و رفتاردرمانی شناختی) و گروه کنترل قرار گرفتند که هریک از گروه‌ها شامل ۱۵ آزمودنی بود. حداقل سطح تحصیلات آزمودنی‌ها، دیپلم بود.

شدت بیماری در بیماران مبتلا، مورد نظر آزمایشگران نبود و این متغیر کنترل نشد. طبق نتایج آزمون کای‌دو، گروه‌ها از نظر گروه درمان، وضعیت تحصیلات، شغل، سنین ابتلا به بیماری و سالیهای بیماری، با یکدیگر تفاوت معنی‌داری نداشتند و همتا بودند (جدول شماره ۱).

افکار منفی آشنا شدند. در جلسات پنجم و ششم آزمودنی‌ها راههای مقابله با اضطراب، افسردگی و روش‌های مقابله با خلق منفی و در دو جلسه آخر نیز روش‌های کنترل افکار، رفتار و احساسات، همچنین کنترل خشم را آموزش دیدند و برای هر آزمودنی جدول افکار ناکارآمد در زندگی روزانه، کامل و به‌صورت گروهی مورد بررسی قرار گرفت و آزمودنی‌ها توانستند افکار خود را کنترل کنند. به‌علاوه در هر جلسه، تکالیفی با توجه به توانایی افراد به آنها داده شد تا مهارت‌های آموخته‌شده را مورد تکرار و تمرین در زندگی خود قرار دهند.

پژوهش حاضر از نوع طرح‌های اندازه‌گیری پیش‌آزمون - پس‌آزمون می‌باشد. تجزیه و تحلیل داده‌ها با استفاده از آزمون تحلیل واریانس یک‌طرفه، آزمون تعقیبی توکی (برای بررسی و تعیین محل تفاوت گروه‌ها) و آزمون کای‌دو (جهت مقایسه

جدول شماره ۱: مقایسه فراوانی گروه‌های سه‌گانه؛ به تفکیک وضعیت تحصیلات، شغل و سنین ابتلا به بیماری و سالیهای بیماری با یکدیگر

گروه	رفتاردرمانی دیالکتیکی		رفتاردرمانی شناختی		گروه شاهد		مقایسه خی دو		
	درصد	فراوانی	درصد	فراوانی	درصد	فراوانی	χ^2	p	
وضعیت تأهل	مجرد	۳	۲۰	۴	۲۶/۶	۴	۲۶/۶	۰/۵۴۴	۴/۳
	متأهل	۹	۶۰	۹	۶۰	۸	۵۳/۳		
	متارکه	۲	۱۳/۳	۱	۶/۶	۳	۲۰		
	متعلقه	۱	۶/۶	۱	۶/۶	۰	۰		
میزان تحصیلات	دیپلم	۷	۴۶/۶	۸	۵۳/۳	۷	۴۶/۶	۰/۷۶۵	۴/۹
	لیسانس	۵	۳۳/۳	۳	۲۰	۵	۳۳/۳		
	بالتر از لیسانس	۳	۲۰	۴	۲۶/۶	۳	۲۰		
وضعیت شغلی	خانه‌دار	۸	۵۳/۳	۸	۵۳/۳	۷	۴۶/۶	۰/۶۳۱	۴/۸
	مشاغل خانگی	۴	۲۶/۶	۳	۲۰	۵	۳۳/۳		
	زیر ۲۵ سال	۴	۲۶/۶	۳	۲۰	۵	۳۳/۳		
سن ابتلا به بیماری	۲۵-۳۳ سال	۸	۵۳/۳	۸	۵۳/۳	۷	۴۶/۶	۰/۴۴۲	۳/۶
	۳۴-۴۳	۳	۲۰	۴	۲۶/۶	۳	۲۰		

براساس آزمون χ^2 اختلاف معنی‌داری بین دو گروه آزمایشی و کنترل از لحاظ میانگین سنی وجود نداشت (جدول شماره ۲).

دامنه سنی افراد شرکت‌کننده در آزمایش بین ۳۰-۴۳ سال بود. میانگین سنی گروه آزمایش رفتاردرمانی دیالکتیکی، 34.6 ± 1.5 ؛ رفتاردرمانی شناختی، 32.2 ± 1.4 و گروه کنترل، 33.7 ± 2.4 سال بود.

جدول شماره ۲: مقایسه میانگین سنی گروه‌های سه‌گانه

گروه	میانگین \pm انحراف معیار	آزمون f	p
رفتاردرمانی دیالکتیکی	۳۴/۶ \pm ۱/۵		
رفتاردرمانی شناختی	۳۲/۲ \pm ۱/۴	۰/۸۳۷	۰/۹۳۲
گروه درمانی	۳۳/۷ \pm ۲/۴		

نمرات افسردگی در گروه آموزش‌درمانی رفتاردرمانی شناختی، بیشترین تأثیر را داشت. میانگین نمرات افسردگی گروه رفتاردرمانی دیالکتیکی در پیش‌آزمون، ۲۱/۶ \pm ۲/۰ و در پس‌آزمون، ۱۸/۳ \pm ۱/۰ و در گروه رفتاردرمانی شناختی در پیش‌آزمون، ۲۳/۹ \pm ۲/۹ و در پس‌آزمون، ۱۹/۳ \pm ۱/۰ و در گروه کنترل نمرات پیش‌آزمون، ۲۰/۶ \pm ۱/۸ و نمرات پس‌آزمون، ۲۱/۰ \pm ۱/۷ بود (جدول شماره ۳).

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

گروه	گروه رفتاردرمانی دیالکتیکی	گروه رفتاردرمانی شناختی	گروه کنترل
مرحله آزمون	میانگین \pm انحراف معیار	میانگین \pm انحراف معیار	میانگین \pm انحراف معیار
پیش‌آزمون	۲۱/۶ \pm ۲/۰	۲۳/۹ \pm ۲/۹	۲۰/۶ \pm ۱/۸
پس‌آزمون	۱۸/۳ \pm ۱/۰	۱۹/۳ \pm ۱/۰	۲۱/۰ \pm ۱/۷

با استفاده از تحلیل واریانس یک‌طرفه برای تفاوت نمرات افسردگی مشاهده‌گردید بین نمرات پس‌آزمون، تفاوت معنی‌دار است بدین معنی که؛ حداقل در دو تا از گروه‌ها، تفاوت معنی‌دار بوده است (جدول شماره ۴).

جدول شماره ۴: نتایج تحلیل واریانس یک‌طرفه، جهت بررسی اثر گروه با کنترل و اثر پیش‌آزمون روی پس‌آزمون افسردگی

مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	آماره f	سطح معنی‌داری	اندازه اثر
۷۶۱/۸	۲	۳۸۲/۳	۳۹/۹	۰/۰۰۱	۰/۷

طبق آزمون تعقیبی توکی؛ بین میانگین‌های نمرات افسردگی گروه آزمایشی رفتاردرمانی دیالکتیکی و گروه کنترل، تفاوت معنی‌داری وجود داشت ($p < ۰/۰۰۱$). همچنین بین میانگین نمرات افسردگی گروه آزمایشی رفتاردرمانی دیالکتیکی و گروه درمانی شناختی، تفاوت معنی‌داری مشاهده شد ($p < ۰/۰۰۱$) (جدول شماره ۵).

جدول شماره ۵: خلاصه اطلاعات مقایسه‌های پس‌آزمون افسردگی با استفاده از آزمون تعقیبی توکی

گروه	تفاوت میانگین‌های تعدیل شده	انحراف استاندارد	p
رفتاردرمانی دیالکتیکی	۱۱/۵	۱/۶	۰/۰۰۱
گروه کنترل	۲۹/۱	۱/۳	۰/۰۰۱
رفتاردرمانی شناختی	۱۶/۵	۱/۵	۰/۰۰۱

بحث

هدف پژوهش حاضر تعیین اثربخشی رفتاردرمانگری دیالکتیکی در مقایسه با گروه درمانی شناختی رفتاری در کاهش افسردگی زنان مبتلا به مولتیپل اسکلروزیس بود. نتایج نشان داد رفتاردرمانی دیالکتیکی بر افسردگی مؤثر است که این یافته با نتایج پژوهش‌های Miller و Rathus (۱۹)، Verheul، Bosch، Schippers (۲۳)، Arnold و Sips (۲۴)، که همگی مؤید اثربخشی رفتاردرمانگری دیالکتیکی و مهارت‌آموزی گروهی در کاهش رفتارهای خودآسیبی، تنظیم هیجان و بهبود بخشیدن به تعدادی از مسائل خلقی و هیجانی (نظیر افسردگی، اضطراب، خشم، بی‌ثباتی عاطفی و تحریک‌پذیری) در افراد مورد مطالعه بود همخوانی داشت. همچنین با یافته‌های Chew (۲۵)، Lynch و Morse (۲۶)، Sprich و Harley (۲۷)؛ مبنی بر اثربخشی رفتاردرمانی دیالکتیکی در درمان افسردگی؛ همسو بود. Antony نیز یک مطالعه فراتحلیلی، از تمامی مطالعاتی که تا سال ۲۰۰۶ اثربخشی رفتاردرمانی دیالکتیکی بر نشانه‌های افسردگی را گزارش کرده بودند انجام داد و به این نتیجه دست یافت که رفتاردرمانی دیالکتیکی نه تنها اندازه اثر بزرگی در بهبود افسردگی و اندازه اثر متوسطی بر شاخص‌های مرتبط با آن را بعد از درمان در مقایسه با قبل از آن نشان می‌دهد؛ بلکه این اثرات را طی دوره‌های ارزیابی پیگیری نیز حفظ می‌کند (۲۸).

در مطالعه حاضر، متغیر افسردگی رفتاردرمانی دیالکتیکی، کاهش معنی‌داری در مقایسه با گروه کنترل نشان داد ($p < 0/001$) و پژوهشی که تأثیر این درمان بر اختلالات خلقی را نفی کند، نشان داده نشد که این امر ممکن است به علت آشنایی با نحوه تفکر و هیجانات سالم، همچنین دیدگاه مادرانه Linehan باشد که در سراسر درمان آمده است.

نمرات پیش‌آزمون و پس‌آزمون بیماران در نمره افسردگی اجرای رفتاردرمانی شناختی منجر به تأیید این فرضیه شده که رفتاردرمانی شناختی موجب کاهش اضطراب، استرس و افسردگی می‌شود. این درمان در اصل برای غلبه بر افسردگی، آسیب‌گری، هراس‌ها، اضطراب، خشم، مسائل ارتباطی، طراحی و همواره موفقیت‌آمیز

بوده است (۲۹)، و امروزه از میان درمان‌های مؤثر بر افسردگی و اضطراب رفتاردرمانی شناختی، آن‌گونه که Beck و همکاران معرفی کردند بیش از حد مورد استقبال و ارزیابی قرار گرفته و اثربخشی آن (۳۰). در راستای این نتیجه، می‌توان از پژوهش‌های Hawton و همکاران (۱۱) و Tad و همکاران (۱۲) نام برد که نشان دادند رفتاردرمانی شناختی اثر فوری و سودمندی بر خلق و هیجان دارد (۳۱).

علاوه بر این، Garnefski و Kraaij (۳۲)، Gross و Munoz (۳۳) و Hayes و Feldman (۳۴) نشان دادند گروه رفتاری شناختی در درمان اختلالات افسردگی، اضطراب و استرس مؤثر هستند. در پژوهش زمانی و همکاران (۲۰) نیز مشاهده گردید رفتاردرمانی شناختی به شیوه گروهی، در افزایش سلامت روان فرد مؤثر است. البته این در صورتی است که مطالعات در بیماران دچار افسردگی، اضطراب و استرس شدید انجام شده باشد و دلیل نوآوری این پژوهش نیز همین بود؛ یعنی در بیماران صورت گرفت که در حالت بحران به سر نمی‌بردند و در زندگی روزمره خود نیز رفتارهای مخاطره‌آمیز خودکشی را نداشتند.

محدودیت‌ها

از محدودیت‌های این پژوهش می‌توان به عدم دسترسی به بیماران با شدت بیماری متفاوت، محدودیت زمانی، پیگیری تداوم زمانی و انتقال بلندمدت مهارت‌ها بر بهبود عملکرد اشاره کرد. علاوه بر این، یافته‌های پژوهش به آن‌دسته از مادرانی قابل‌تعمیم بود که درصد درمان برمی‌آمدند و در نهایت، اینکه گروه نمونه تنها از زنان تشکیل شده بود. بنابراین، یافته‌های این پژوهش تنها به زنان مبتلا به مولتیپل اسکلروزیس قابل‌تعمیم بود. به‌منظور، بررسی دقیق‌تر اثربخشی این رویکرد پیشنهاد می‌گردد در مطالعات آینده از طرح‌هایی با کنترل و جایگزینی تصادفی استفاده شود و زیرگروه‌های بیماران نیز مدنظر قرار گیرند. همچنین اثربخشی این رویکرد با رویکردهای دیگر، مقایسه و دوره طولانی‌تر پیگیری در نظر گرفته شود، اثربخشی این رویکرد در بیماری‌های مختلف نیز مطالعه گردد.

نتیجه گیری

نتایج این پژوهش نشان داد رفتاردرمانی دیالکتیکی و رفتاردرمانی شناختی بر افسردگی بیماران مبتلا به مولتیپل اسکروزیس مؤثر است و با توجه به اثربخشی رفتاردرمانی دیالکتیکی و رفتاردرمانی شناختی در بهبود عملکرد بیماران، این راهبرد می‌تواند به عنوان بخشی از درمان بیماران به صورت یک برنامه دائم اجرا شود.

تشکر و قدردانی

این مقاله برگرفته از طرح پژوهشی (به شماره ۹۴۰۲۶) با حمایت مالی باشگاه پژوهشگران و نخبگان جوان دانشگاه آزاد اسلامی، واحد همدان می‌باشد. بدین وسیله نویسندگان مقاله از تمامی شرکت‌کنندگان در پژوهش و تمامی همکاران، کمال سپاسگزاری را دارند.

References:

1. Balsimelli S, Mendes MF, Bertolucci PH, Tilbery CP. Attention impairment associated with relapsing-remitting multiple sclerosis patients with mild incapacity. *Arq Neuropsiquiatr* 2007;65(2A):262-7.
2. 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. *J Ilam Univ Med Sci* 2014;22(5):45-54. [Full Text in Persian]
3. Sadovnick AD. European charcot foundation lecture: The natural history of multiple sclerosis and gender. *J Neurol Sci* 2009;286(1-2):1-5.
4. Robins LN. Psychiatric epidemiology. *Arch Gen Psychiatry* 1984;41(10):931-33.
5. Amato MP, Ponziani G, Siracusa G, Sorbi S. Cognitive dysfunction in early-onset multiple sclerosis. *Arch Neurol* 2001;58(10):1602-6.
6. Polman CH, Reingold SC, Banwell B, Michel Clanet M, Cohen JA, Filippi M, et al. Diagnostic criteria for multiple sclerosis: Revisions to the McDonald Criteria. *Ann Neurol* 2011;69(2):292-302.
7. Zamani N, Farhadi M, Jamilian HR, Habibi M. Effectiveness of dialectical behavior group therapy on expulsive anger. *J Arak Univ Med Sci* 2015;8(101):35-44. [Full Text in Persian]
8. Young JE, Klosko JS, Weishaar ME. Schema therapy: A Practitioner's guide. Translated by: Hamidpoor H. New York: Guilford Press; 2003.
9. Linehan M. Dialectical Behavior therapy frequently Asked Questions. Available From: http://behavioraltech.org/downloads/dbtFaq_Cons.pdf. Accessed Sep, 2008.
10. Zamani N, Habibi M, Darvishi M. To compare the effectiveness dialectical behavior therapy and cognitive-behavioral group therapy in reducing depression in mothers of children with disabilities. *Arak Med Univ J* 2015;18(94):32-42. [Full Text in Persian]
11. Hawton K, Salkous K, Clarck. Cognitive Behavior Therapy for psychiatric problems, a practical guide. Translated by: Ghasemzadeh H. Tehran: Arjomand Pub; 2002. [Text in Persian]
12. Tad J, Bouhart A. Clinical psychologic principles and consultation. Firooz Bakht M, Translator Tehran: Rasa Pub; 2007. [Text in Persian]
13. Cuijpers P, van Straten A, Andersson G, Van Open P. Psychotherapy for depression in adults: A meta-analysis of comparative outcome studies. *J Consult Clin Psychol* 2008;76(6):909-22.
14. Ganji M. Abnormal psychology based on DSM-5. Tehran: Savalane Pub; 2013. [Full Text in Persian]

15. Lovibond PF, Lovibond SH. The structure of negative emotional states: Comparison of the Depression Anxiety Stress Scale (DASS) with the beck depression and anxiety inventories. *Behav Res Ther* 1995;33(3):335-43.
16. Antony MM, Bieling PJ, Cox BJ, Enns MW, Swinton RP. Psychometric properties of the 42-item and 21-item version of the depression anxiety stress scale in clinical group and a community sample. *Psychol Assess* 1998;10(2):176-81.
17. Samani S, Jokar B. A study on the reliability and validity of the short form of the depression anxiety stress scale (dass-21). *J Social Sci Humanis* 2007;26(3):65-75. [Full Text in Persian]
18. McKay M, Wood JC, Brantley J. The dialectical behavior therapy skills workbook: Practical DBT Exercises for learning mindfulness, interpersonal. Oakland: New Harbinger Pub; 2007.
19. Miller AL, Rathus JH, Linehan MM. Dialectical behavior therapy with suicidal adolescents. New York: Guilford Press; 2006.
20. Zamani N, Farhadi M, Jamilian HR, Habibi M. Effectiveness of group dialectical behavior therapy (based on Acceptance and Commitment) on expulsive anger and impulsive behaviors. *Arak Med Univ J* 2014;17(11):53-61. [Full Text in Persian]
21. Aliloo MM, Sharifi MA. Dialectical behavior therapy for borderline personality disorder. Tehran, Iran. Tehran: Tehran Univ Pub; 2011. [Text in Persian]
22. Greenberger D, Padesky C. Mind over Mood: Psychology foundation. In: Lovibond PF, Lovibond SH. Manual for the depression anxiety stress scale. 2nd ed. Sydney: Psychology Foundation; 1995.
23. Van den Bosch LM, Verheul R, Schippers GM, van den Brink W. Dialectical behavior therapy of borderline patients with and without substance use problems: Implementation and long-term effects. *Addict Behav* 2002;27(6):911-23.
24. Kröger C, Schweiger U, Sipos V, Arnold R, Kahl KG, Schunert T, et al. Effectiveness of dialectical behaviour therapy for borderline personality disorder in an inpatient setting. *Behav Res Ther* 2006;44(8):1211-7.
25. Chew CE. The effect of dialectical behavioral therapy on moderately depressed adults: A multiple baseline design. [PhD Thesis]. University of Denver; 2006.
26. Lynch TR, Morse JQ, Mendelson T, Robins CJ. Dialectical behavior therapy for depressed older adults: A randomized pilot study. *Am J Geriatr Psychiatry* 2003;11(1):33-45.
27. Harley R, Sprich S, Safren S, Jacobo M, Fava M. Adaptation of dialectical behavior therapy skills training group for treatment-resistant depression. *J Nerv Ment Dis* 2008;196(2):136-43.
28. Anthony CA. qualitative and quantitative review of the published research on dialectical behavior therapy: An update on school (2000). [PhD Thesis]. USA: Sam Houston State University, College of psychology; 2007. p. 9-102.
29. Gratz KL, Roemer L. Multidimensional assessment of emotion regulation and dysregulation development, factor structure, and initial validation of the difficulties in emotion regulation scale. *J Psychopathol Behav* 2004;26(1):41-54.
30. Beck AT, Steer RA, Brown GK. Beck depression inventory-II. 2nd ed. San Antonio, TX: The psychological Corporation; 2000.
31. Koons CR, Robins CJ, Tweed JL, Lynch TR, Gonzalez AM, Morse JQ, et al. Efficacy of dialectical behavior therapy in women veterans with borderline personality disorder. *Behav Ther* 2001;32(2):371-90.
32. Garnefski N, Kraaij V. Relationships between cognitive emotion regulation strategies and depressive symptoms: A comparative study of five specific samples. *Pers Individ Dif* 2006;4(8):1659-69.
33. Gross JJ, Munoz RF. Emotion regulation and mental health. *Clin Psychol Sci* 1995;2(2):151-64.
34. Hayes AM, Feldman G. Clarifying of construct of mindfulness in the context of emotion regulation and the process of change in therapy. *Clin Psychol Sci* 2004;11(3):255-62.