

The Effectiveness of Dialectic Behavioral Therapy on Depression in Women with Multiple Sclerosis

Narges Zamani ^{1,*}, Mehran Farhadi ², Leila Shokohi Amirabadi ³, Mojtaba Habibi ⁴

¹Young Researchers and Elite Club, Hamadan Branch of Islamic Azad University, Hamadan, Iran

²Department of Psychology, Bu-Ali Sina University of Hamadan, Hamadan, Iran

³Young Researchers and Elite Club, Rudehen Branch, Islamic Azad University, Rudehen, Iran

⁴Department of Family Therapy, Family Institute, Shahid Beheshti University of Tehran, Tehran, Iran

* Corresponding author: Tel: +98-9183113279, E-mail: nargeszamani@iauh.ac.ir

Received: 2016/09/19 Accepted: 2016/10/29 Online published: 2017/01/10

Abstract

Introduction: Multiple Sclerosis is one of the most common neurological diseases in human and most disability disease in young age people that severity of it has inverse association with mental health. This study examined the effectiveness of dialectical behavior therapy on mental health and depression of women with multiple sclerosis.

Materials and Methods: Current study is quasi-experimental and include two groups; experimental and control groups. Statistical population of current study, included all women patients with multiple sclerosis that admitted to occupational therapy and physiotherapy clinics in Hamadan province. Research sample were consisted of 36 subjects, was reduced to two groups, each one have 15 individuals, that have been done by randomized treatment or, random selection, but the selection of subjects for inclusion in the study, were selected based on simple non-randomized. Experimental groups were evaluated by Lavybvand scales for depression, anxiety and stress. According to that, presuppositions necessary for multivariate covariance analysis and multivariate variance analysis were not met, then we used uni-variate variance of analysis for obtained data.

Results: Our results have shown that there were significant differences between depression scores of experimental group with dialectical behavior therapy and control group ($P=0/001$).

Conclusion: In the field of therapy and work with chronically ill and those who are living in crisis mode, dialectical behavior therapy due to the nature and efficacy of it, seems to be very useful.

Keywords: Dialectical Behavior Therapy; Depression; Multiple Sclerosis

©2016 Deputy of Research and Technology of Baqiyatallah Hospital

بررسی اثربخشی آموزش رفتاردرمانی دیالکتیک بر میزان افسردگی زنان مبتلا به

مولتیپل اسکروزیس

نرگس زمانی^{۱*}، مهران فرهادی^۲، لیلا شکوهی امیرآبادی^۳، مجتبی حبیبی^۴^۱باشگاه پژوهشگران جوان و نخبگان، دانشگاه آزاد اسلامی واحد همدان، همدان، ایران^۲گروه روانشناسی، دانشگاه بوعلی سینا همدان، همدان، ایران^۳گروه روانشناسی و باشگاه پژوهشگران جوان و نخبگان، دانشگاه آزاد اسلامی واحد رودهن، رودهن، ایران^۴گروه خانواده‌درمانی، پژوهشکده خانواده، دانشگاه شهید بهشتی، تهران، ایران* نویسنده مسئول: تلفن: ۰۹۸-۸۱۴۲۹۷۵۱۲، ایمیل: nargeszamani@iauh.ac.ir

دریافت: ۱۳۹۵/۶/۲۹ پذیرش: ۱۳۹۵/۸/۸ انتشار آنلاین: ۱۳۹۵/۱۰/۲۱

چکیده

مقدمه: بیماری مولتیپل اسکروزیس یکی از شایعترین بیماری‌های نورولوژیک در انسان و ناتوان کننده‌ترین بیماری سنین جوانی است که شدت آن با سلامت روان رابطه عکس دارد. این مطالعه با هدف بررسی اثربخشی رفتاردرمانی دیالکتیک بر سلامت روان و افسردگی زنان مولتیپل اسکروزیس انجام گرفت.

مواد و روش‌ها: پژوهش حاضر از نوع نیمه آزمایشی شامل دو گروه آزمایش و کنترل بود. جامعه آماری پژوهش حاضر، مشتمل بر کلیه زنان بیمار مبتلا به بیماری مولتیپل اسکروزیس مراجعه کننده به کلینیک‌های کاردرمانی و فیزیوتراپی استان همدان بودند. نمونه پژوهش شامل ۳۶ آزمودنی (بعد از ریزش به ۳۰ نفر در ۲ گروه ۱۵ نفره تقلیل یافت) بود که انتخاب با تصادفی سازی درمان انجام گرفته است، ولی انتخاب افراد برای ورود به مطالعه به صورت غیر تصادفی آسان انجام شد. گروه‌های آزمودنی با استفاده از مقیاس مقیاس افسردگی، اضطراب و استرس لایبوند مورد ارزیابی قرار گرفتند. با توجه به این که پیش فرض‌های لازم برای انجام تحلیل کوارریانس چند متغیره و تحلیل واریانس چند متغیره برآورده نشد از تحلیل واریانس تک متغیره برای آنالیز داده‌ها استفاده شد.

یافته‌ها: نتایج نشان داد که بین نمرات افسردگی گروه آزمایشی رفتاردرمانی دیالکتیک نسبت به گروه کنترل تفاوت معناداری وجود دارد ($P = 0/001$).

نتیجه‌گیری: در حوزه درمان و کار با بیماران مزمن و افرادی که در حالت بحران به سر می‌برند، رفتاردرمانی دیالکتیکی با توجه به ماهیت و کارایی آن، بسیار مفید به نظر می‌رسد.

کلمات کلیدی: رفتاردرمانی دیالکتیک، افسردگی، مولتیپل اسکروزیس

تمامی حقوق نشر برای معاونت پژوهش بیمارستان بقیه الله محفوظ است.

مقدمه

مولتیپل اسکروزیس یک بیماری دمیلینه کننده التهابی و مزمن سیستم اعصاب مرکزی است که به عنوان یک بیماری خودایمن شناخته شده است [۱، ۲]. این بیماری به صورت پیشرونده و دژنراتیو بوده که با تحت تأثیر قرار دادن نقاط مختلف میلین از شایع‌ترین بیماری‌های دمیلیناسیون اکتسابی به شمار می‌رود [۳]. این بیماری باعث ایجاد تاری‌دید، دوبینی، ضعف عضلانی، اختلال در تعادل و هماهنگی، اختلال در درک حس‌های مختلف، افسردگی، درد، اختلال شناختی، فراموشی، نقصان در تمرکز، خستگی، لرزش، سرگیجه، نارسایی عملکرد روده‌ها، مثانه و کاهش عملکرد جنسی در بیمار می‌شود [۴]. در واقع، بیماری مولتیپل اسکروزیس یک بیماری شایع عصبی است که بصورت مزمن و پیشرفته آشکار می‌شود و پیچیدگی‌های فراوانی در رابطه با این بیماری وجود دارد، از جمله دشواری‌های این بیماری، علت این بیماری است که به طور دقیق ناشناخته است که همین موضوع درمان آن را دشوار می‌سازد [۵].

سن ابتلا به این بیماری ۲۰ تا ۴۰ سالگی است، به همین علت آن را به عنوان بیماری بزرگسالان جوان می‌نامند [۶]. این بیماری سومین علت ناتوانی در آمریکا است که آمار سازمان بهداشت جهانی تعداد افراد مبتلا به این بیماری در سال ۲۰۰۸ را ۲/۵ میلیون نفر برآورد کرده بود [۷]. طبق آمارهای به دست آمده، شیوع این اختلال در زنان بیش‌تر از مردان بوده است و میزان این بیماری در ایران بیش‌تر از سایر کشورها است [۸] و نتایج جدید تعداد مبتلایان را حدود ۴۰ هزار نفر اعلام کرده است [۹].

در این بیماران به میزان زیادی اضطراب و افسردگی وجود دارد که آن‌ها را شایع‌ترین تشخیص‌های روان‌پزشکی در بیماران مولتیپل اسکروزیس نسبت به جمعیت عادی می‌دانند که عود بیماری با شروع این اختلالات بالاتر رفته و مدت درمان را طولانی‌تر می‌کند. اختلالات افسردگی و اضطرابی در رأس فهرست بیماری‌های روانی قرار دارند و حدود ۲۵ درصد مراجعان به مراکز بهداشتی در جهان را به خود اختصاص داده‌اند [۱۰]. آمارهای موجود نشان می‌دهد که این اختلالات در سال ۱۹۹۰ در رده چهارم قرار داشته است [۱۱]. اما در دهه گذشته به دومین اختلال رایج روانشناختی تبدیل شده و نزدیک به ۱۲۱ میلیون نفر در جهان به آن مبتلا بودند. همچنین در سال ۲۰۱۰ افسردگی دومین بیماری پرهزینه بوده و اضطراب از پرهزینه‌ترین درمانها در سال ۲۰۱۳ در بین تمام بیماری‌های روانی بوده است [۱۲]. داده‌ها حاکی از آن است که اختلالات خلقی از وضعیتی شروع می‌شود که در آن تغییرات بسیار بزرگی در زندگی انسان اتفاق می‌افتد [۱۳]. از مهمترین تغییرات در زندگی مبتلا شدن به یک بیماری مزمن است که به همراه خود اضطراب و هیجان بالایی دارد.

افسردگی اغلب با سطوح بالاتر اضطراب همراه شده و می‌تواند با حملات هراس و فوبیاهای ساده یا پیچیده همراه باشد که کیفیت زندگی فرد را به مخاطره اندازد. گزارش‌ها نشان می‌دهد که در حدود یک سوم جمعیت جهان در مقاطعی از زندگی خود از یک دوره افسردگی رنج می‌برند، به طوری که طبق نتایج آمارها حدود ۲۰ درصد افراد بزرگسال در طول عمر خود دچار یک اختلال خلقی نیازمند به

درمان و هشت درصد آنان نیز مبتلا به یک اختلال افسردگی عمده می‌شوند که اگر 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 [۱۴].

گسترده‌گی مسئله افسردگی باعث شده که شیوه‌های درمانی متعددی اعم از دارودرمانی و روان‌درمانی برای آن ارائه شده و مورد بررسی قرار گیرند. با این همه هر چند که پژوهش‌ها از اثربخشی درمانهای موجود حمایت می‌کنند، این اثربخشی، نسبی بوده و هنوز هیچ درمانی وجود ندارد که بتوان آن را راه حلی قطعی برای مشکل افسردگی دانست زیرا از یک سو دارودرمانی عوارض جانبی متعددی را به دنبال دارد (شامل خشکی دهان و ناهنجاریهای بدنی گوناگون) و از سوی دیگر به رغم این واقعیت که روان‌درمانی‌های بسیاری برای درمان افسردگی اثربخش بوده‌اند، باز هم با میزان بالای عود نشانه‌های افسردگی هستیم [۱۴]. در واقع با این که در درمان افسردگی، هدف باید بهبودی کامل باشد، بسیاری از بیماران در دستیابی یا حفظ وضعیت بدون نشانه شکست می‌خورند. این نتایج به نابسندگی بودن درمانهای کنونی و نیاز به درمانهای موثرتر برای این اختلال اشاره دارند، در همین راستا از درمان‌های موج سوم استفاده شد تا اثربخشی آن مورد بررسی قرار گیرد.

با توجه به اینکه طبق نتایج پژوهش‌های قبلی اختلالات افسردگی و اضطرابی در بیماران مبتلا به بیماری‌های مزمن جسمی مانند سرطان، ایذز، ام اس و دیابت منجر به خودکشی می‌شود [۲، ۱۳]، لذا این نیاز پیش آمد که از بین درمان‌های جدید موج سوم درمانی مورد بررسی قرار بگیرد که افکار و تکانه‌های افراد دچار دردهای هیجانی را بپذیرد و در جهت و تغییر رفتارهای مخاطره آمیز قدم بردارد. در واقع دلیل انتخاب رفتاردرمانی دیالکتیک این بود که این رویکردی درمانی که توسط مارشا لینهان معرفی گردید، برای رفتارهای مقاوم و مخاطره آمیز ابداع شده است و فنی است مبنی بر پذیرش بیمار همان گونه که هست و در عین حال کمک به او برای تغییر یافتن با آموزش مهارت‌های بین فردی، مهارت‌های تحمل پریشانی، مهارت‌های تنظیم هیجان و مهارت‌های بهوشیاری [۱۵].

این درمان، در سال ۲۰۰۱ انجمن روانپزشکی آمریکا برای نخستین بار خطوط راهنمای درمانی را برای درمان بیماران مبتلا به اختلال شخصیت مرزی منتشر کرد که برجسته‌ترین نکات این خطوط راهنما عبارتند از: شناسایی ماهیت چندبعدی آسیب شناختی مرزی، پیشنهاد رویکرد درمانی که هم انعطاف پذیر و هم متناسب با انتظارات و نیازهای فرد باشد، اهمیت رویکرد ترکیبی به ویژه ترکیب دارو درمانی با روان‌درمانی و شرایط پذیرش و مراقبت از بیماران بستری [۱۵].

پژوهش‌های میلر، راتوس و لینهان [۱۶]، ون دن، بوش، کوتر، استیجین، ورهول و برینگ [۱۷] تأثیر این روش درمانی را در کاهش تکانشگری، خود آسیبی، تنظیم هیجان و بهبود بخشیدن به مسائل خلقی و هیجانی نظیر افسردگی، اضطراب، خشم، بی‌ثباتی عاطفی و تحریک پذیری را نشان دادند.

درمانگر است. درمانجویان در رفتاردرمانگری دیالکتیکی استاندارد سه شکل اصلی درمان را دریافت می‌کنند: درمان انفرادی، گروه مهارتها و ارتباط تلفنی. در درمان انفرادی، درمانجویان جلسات انفرادی را یکبار در هفته دریافت می‌کنند که معمولاً به اندازه یک الی یک ساعت و نیم است. جلسات روان‌درمانگری هفتگی، با کاوش یک رویداد یا رفتار مشکل آفرین یعنی با زنجیره‌ای از رویدادها از هفته قبل، شروع و با بررسی راه‌حل‌های پیشنهادی که به کار رفته‌اند و عواملی که درمانجو را در استفاده از راه‌حل‌های سازگارانه تر با مشکل روبرو ساخته‌اند، ختم می‌شود. در طی جلسات و بین آن، درمانگر فعالانه رفتارهای سازگارانه را آموزش می‌دهد و تقویت می‌کند. تأکید بر آموزش دادن به بیماران در این مورد است که چگونه می‌توان آسیب‌های هیجانی را کنترل کرد نه این که آن‌ها را کاهش داد یا آن‌ها را از بحران خارج کرد. تماس تلفنی با درمانگر انفرادی میان جلسات، بخشی از روشهای رفتاردرمانگری دیالکتیکی است [۱۸].

روش اجرای پژوهش

پس از گزینش، آزمودنی‌ها به آزمون سلامت روان به عنوان پیش آزمون پاسخ دادند. گروه کنترل هیچ آموزشی دریافت نکرد و گروه‌های آزمایش توسط روان‌شناس آموزش دیده تحت رفتاردرمانگری دیالکتیکی قرار گرفتند. رفتاردرمانی دیالکتیک بر مبنای کار مککی، وود و برنتلی [۲۲] برای یک دوره ۸ هفته برنامه ریزی شده بود. به این صورت که بیماران هفته‌ای سه جلسه به صورت گروهی با مهارت‌های رفتاردرمانگری دیالکتیکی را آموزش می‌دیدند. به این صورت هر مهارت ۲ جلسه ۱ تا ۱/۵ ساعته آموزش داده شد.

آموزش رفتاردرمانی دیالکتیک را با مهارت‌های مبتنی بر پذیرش (مهارت‌های تحمل پریشانی و درد و رنج‌های هیجانی ناشی از بیماری، مهارت‌های بهبودیاری و توجه به عملکرد لحظه لحظه بدن خود و کارآمدی در زندگی و زندگی با امکانات فعلی در زمان حال) که قلب رفتاردرمانی دیالکتیک است [۱۵]، آغاز کردیم و سپس تحت آموزش مهارت‌های مبتنی بر تغییر (مهارت‌های تنظیم هیجانی و بیان هیجان و آشنایی با احساسات خود و نام گذاشتن بر هیجانات و احساسات برای یافتن علت ناراحتی و به هم ریختگی هیجانی و کارآمدی بین‌فردی و ارتباط با دیگران پس از بیماری بدون قضاوت و افکار خودآیند و گاهی بیان کردن افکار خودآیند فرد) قرار گرفتند و برای هر مهارت ۲ جلسه گروهی تشکیل شد، در ۲ جلسه اول مهارت‌های بنیادین تحمل‌آشفتگی و توجه برگردانی شامل (پذیرش بنیادین، توجه برگردانی، تدوین برنامه توجه برگردانی، خودآرامش بخشی و تدوین طرح آرمیدگی) و مهارت‌های پیشرفته تحمل‌آشفتگی شامل (تصورسازی از مکان امن، کشف ارزش‌ها، شناسایی قدرت برتر، زندگی در زمان حال، استفاده از افکار مقابله‌ای خودتشویق‌گرایانه، خودگویی‌های تأییدگرانه و تدوین راهبردهای مقابله‌ای) و در ۲ جلسه دوم مهارت‌های بنیادین و پیشرفته بهبودیاری شامل (آموزش مهارت‌های توجه و تمرین بی‌توجهی، ذهن خردمند و شهود، تصمیم‌گیری براساس ذهن خردمند، پذیرش بنیادین و ذهن آغازگر، قضاوت و برچسب و ارتباط آگاهانه با دیگران، شناسایی مقاومتها و موانع، مراقبه وغیره). در جلسات ۵ و ۶، مهارت‌های بنیادین و پیشرفته نظم بخشی هیجانی شامل (شناسایی هیجان‌ها، چگونگی

با توجه به اینکه اختلالات افسردگی در شدت و نوع درمان بیماری مولتیپل اسکروزیس نقش دارد و بی‌انگیزگی برخی از بیماران و نتایج تحقیقات پیشین که، علیرغم شیوع بالای اختلالات روانی کمتر از ۰/۰۱ افراد دچار این اختلالات به مراکز بهداشتی روانپزشکی مراجعه کرده و بقیه افراد دچار اختلالات و مشکلات روانی بدون درمان باقی مانده و یا علائم خود را به صورت بیماری‌های جسمی نشان می‌دهند لذا هدف پژوهش حاضر، بررسی اثربخشی رفتاردرمانی دیالکتیک بر افسردگی زنان مولتیپل اسکروزیس بود.

مواد و روش‌ها

روش انجام این پژوهش از نوع نیمه آزمایشی بود. گروه آزمایش تحت آموزش رفتاردرمانگری دیالکتیکی قرار گرفتند. جامعه آماری پژوهش، کلیه بیماران مبتلا به مولتیپل اسکروزیس مراجعه کننده به کلینیک‌های کاردرمانی و فیزیوتراپی استان همدان بودند که آمار دقیقی از آنها بدست نیامد و با توجه به این که حجم نمونه در پژوهش‌های آزمایشی ۱۵-۱۸ نفر توصیه شده است [۱۸]، لذا بر همین اساس در این پژوهش نیز به صورت تصادفی از میان ۳۶ نفر انتخاب شد که آمادگی شرکت در پژوهش را داشتند. این بیماران به صورت تصادفی به دو گروه ۱۸ نفری تقسیم شدند. در نهایت با توجه به ریزش نمونه هر گروه به ۱۵ نفر تقلیل یافت. بیماران با اختلالات ساختگی، دردهای حاد، بیماری‌هایی که به علت اختلالات خلقی و اضطرابی تحت نظر دکتر روانپزشک بودند در ابتدا حذف شدند. همچنین متغیرهایی مانند تحصیلات (حداقل تحصیلات دیپلم)، سن (دامنه سنی بین ۳۰-۴۳ سال) و جنس (زنان) کنترل شد.

ابزار

مقیاس افسردگی، اضطراب و استرس (DASS لایبوند)

مجموعه‌ای از ۳ مقیاس خودگزارش‌دهی برای ارزیابی حالات عاطفه منفی در افسردگی، اضطراب و استرس است [۱۹]. آنتونی وهمکاران [۲۰] 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 بود. همچنین نتایج محاسبه همبستگی میان عوامل در مطالعه آنتونی و همکاران [۲۰] حاکی از ضریب همبستگی ۰/۴۸ میان دو عامل افسردگی و تنیدگی، ضریب همبستگی ۰/۵۳ بین اضطراب و تنیدگی، ضریب همبستگی ۰/۲۸ بین اضطراب و افسردگی بود. روایی و اعتبار این پرسشنامه در ایران توسط سامانی و جوکار [۲۱] مورد بررسی قرار گرفته است که اعتبار بازآزمایی را برای مقیاس افسردگی و اضطراب و تنیدگی به ترتیب برابر ۰/۷۶، ۰/۸۰ و ۰/۷۷ و الفای کرونباخ را برای مقیاس افسردگی و اضطراب و تنیدگی به ترتیب برابر ۰/۷۴/۸۱، ۰/۷۸ و گزارش نموده‌اند. هریک از خرده مقیاس‌های آزمون شامل ۷ سؤال است که نمره نهایی هرکدام از طریق مجموع نمرات سوال‌های مربوط به آن به دست می‌آید.

مداخله

آموزش رفتاردرمانگری دیالکتیکی

رفتاردرمانگری دیالکتیکی به عنوان یک درمان حمایتگرانه ارائه می‌شود که مستلزم یک ارتباط مشترک و قوی میان درمانجو و

پس از پایان درمان و ارزیابی گروه آزمون، جلسات گروه درمانی برای گروه کنترل ارائه شد.

یافته‌ها

یافته‌های این پژوهش درمورد ۳۰ نفر در دو گروه آزمایش (رفتار درمانی دیالکتیک) و گروه کنترل اجرا گردید، که هریک از گروه‌ها شامل ۱۵ آزمودنی بود. دامنه سنی افراد شرکت کننده در آزمایش بین ۳۰ الی ۴۳ سال بود. میانگین سنی گروه آزمایش رفتاردرمانی دیالکتیک ۳۴/۶۱ و گروه کنترل ۳۳/۷۴ سال بود. حداقل تحصیلات آزمودنی‌ها دیپلم بود. شدت بیماری در بیماران مبتلا مورد نظر آزمایشگران نبود و این متغیر کنترل نشد. در این پژوهش از روشهای آمار استنباطی شامل آزمون خی دو و تحلیل کواریانس برای مقایسه میانگینهای مربوط به داده‌های جمعیت شناختی گروه‌ها استفاده گردید و نتایج حاکی از این بود که گروه‌ها از نظر گروه درمان، وضعیت تحصیلات، شغل و سنین ابتلا به بیماری و سالیهای بیماری با یکدیگر تفاوت معنی‌داری ندارند و همتا می‌باشند. دامنه سنی افراد شرکت کننده در آزمایش بین ۳۰ الی ۴۳ سال بود. میانگین سنی گروه آزمایش رفتاردرمانی دیالکتیک $1/5 \pm 34/6$ و گروه کنترل $2/4 \pm 33/7$ سال بود و براساس آزمون F اختلاف معنی‌داری بین دو گروه آزمایشی و کنترل از لحاظ میانگین سنی وجود نداشت (جدول ۱).

عمل هیجان‌ها، غلبه بر موانع هیجان‌های سالم، کاهش آسیب‌پذیری در برابر هیجان‌های آشفته ساز، مشاهده خویشتن، کاهش آسیب‌پذیری شناختی، افزایش هیجان‌های مثبت، رویارویی با هیجان‌ها، عمل کردن برخلاف امیال شدید هیجانی و حل مسئله) و در ۲ جلسه آخر مهارت‌های بنیادین و پیشرفته ارتباط مؤثر (رفتارهای منفعلانه، تناسب بین خواسته‌های من و خواسته‌های دیگران، نسبت خواسته‌ها و بایدها، مهارت‌های کلیدی بین فردی، موانع استفاده از مهارت‌های بین فردی، 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.

برای اجرای مداخلات اخلاقی در پژوهش حاضر، کدهای اخلاقی مطرح شده توسط انجمن روانشناسی ایران و آمریکا (۲۰۰۳) و سازمان نظام روانشناسی و مشاوره جمهوری اسلامی ایران (۱۳۸۵) مورد توجه قرار گرفت. بر این اساس، مؤلفه‌های زیر در مورد تمامی بیماران شرکت کننده در پژوهش (در هریک از مراحل پژوهش) رعایت شد: اصل احترام به شأن و آزادی انسان، اصل وظیفه‌شناسی و مسئولیت‌پذیری، اصل سودمندی و عدم آسیب‌رسانی، اصل عدم تبعیض، اصل توجه به رفاه دیگران، اصل توجه به نظام ارزش‌های جامعه، احترام به اصل رازداری، ارائه اطلاعات کافی در مورد چگونگی پژوهش به تمامی آزمودنی‌های شرکت کننده، کسب رضایت نامه کتبی به منظور شرکت در درمان، گروه درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی، پیگیری درمانی در صورت لزوم حتی پس از پایان پژوهش و در نهایت

جدول ۱: مقایسه مقایسه دموگرافیک گروه مورد و شاهد

رفتاردرمانی دیالکتیک، فراوانی (%)	گروه شاهد، فراوانی (%)	تأهل
۳ (۲۰)	۴ (۲۶/۶)	مجرد
۹ (۶۰)	۸ (۵۳/۳)	متأهل
۲ (۱۳/۳)	۳ (۲۰)	متارکه
۱ (۶/۶)	۰ (۰)	متعلقه
تحصیلات		
۷ (۴۶/۶)	۷ (۴۶/۶)	دیپلم
۵ (۳۳/۳)	۵ (۳۳/۳)	لیسانس
۳ (۲۰)	۳ (۲۰)	بالتر از لیسانس
وضعیت شغلی		
۳ (۲۰)	۳ (۲۰)	کارمند
۸ (۵۳/۳)	۷ (۴۶/۶)	خانه دار
۴ (۲۶/۶)	۵ (۳۳/۳)	مشاغل خانگی
سن ابتلا به بیماری		
۴ (۲۶/۶)	۵ (۳۳/۳)	زیر ۲۵ سال
۸ (۵۳/۳)	۷ (۴۶/۶)	۲۵-۳۳ سال
۳ (۲۰)	۳ (۲۰)	۳۴-۴۳ سال

آمده است و نتایج نشان دهنده اثربخشی رفتاردرمانی دیالکتیک بر خرده مقیاس افسردگی در سلامت روان بود.

در جدول ۲ میانگین نمره و انحراف معیار نمره افسردگی پرسشنامه سلامت روان قبل و بعد از درمان در هر دو گروه آزمایشی و کنترل

میانگین نمره ارائه شده در **جدول ۴** حاصل اختلاف نمرات پرسش‌نامه سلامت روان قبل و بعد از درمان در هر دو گروه می‌باشد که آزمون t اختلاف معنی‌داری را بین گروه آزمایشی و کنترل نشان می‌دهد ($P = 0/001$). این اختلاف نشان دهنده آن است که مداخله مؤثر بوده و موجب ایجاد اختلاف معنادار در گروه آزمایش نسبت به گروه کنترل گردیده است.

جدول ۳ اختلاف نمرات پرسش‌نامه سلامت روان قبل و بعد از درمان را برای هر دو گروه آزمایشی و کنترل نشان می‌دهد. دلیل محاسبه اختلاف نمره در این جدول عدم وجود مفروضات لازم برای تحلیل کواریانس چند متغیره بوده است. میانگین نمره و انحراف معیار اختلاف نمره پرسش‌نامه سلامت روان در گروه آزمایش بود که نشان دهنده اختلاف $1/16-4$ و در گروه کنترل $2/24$ بود که نشان دهنده اختلاف زیاد بین میانگین نمره دو گروه نشان دهنده تأثیر مداخله بوده است.

جدول ۲: میانگین و انحراف استاندارد گروه‌های آزمایش و کنترل در متغیر مورد مطالعه به تفکیک پیش آزمون و پس آزمون

گروه	گروه آزمایش	گروه کنترل
	پیش آزمون، میانگین \pm انحراف استاندارد	پس آزمون، میانگین \pm انحراف استاندارد
افسردگی	$21/65 \pm 2/03$	$20/64 \pm 1/85$
	پس آزمون، میانگین \pm انحراف استاندارد	پس آزمون، میانگین \pm انحراف استاندارد
	$18/35 \pm 1/03$	$21/07 \pm 1/74$

جدول ۳: میانگین نمره و انحراف معیار تفاضل نمره پرسش‌نامه سلامت روان (متغیر افسردگی)

متغیر	گروه آزمایش، میانگین \pm انحراف استاندارد	گروه کنترل، میانگین \pm انحراف استاندارد
افسردگی	$4/48 \pm 9/52$	$2/73 \pm 1/42$

جدول ۴: آزمون t مستقل براساس نمرات افتراقی برای مقایسه افسردگی در گروه‌های آزمایش و کنترل

P	مقدار تی	فاصله اطمینان ۹۵ درصد		میانگین \pm انحراف معیار	گروه آزمایش
		حد پایین	حد بالا		
0/000	19/14	-2/12	9/24	$4/48 \pm 9/52$	گروه آزمایش
		1/01	2/16	$2/73 \pm 1/42$	گروه کنترل

بحث

اضطراب، خشم، بی‌ثباتی عاطفی و تحریک پذیری در افراد مورد مطالعه است.

هم‌چنین با یافته‌های چپو [۲۴]، لینچ و همکاران [۲۵]، هارلی و اسپیریچ [۲۶] مبنی بر اثربخشی رفتاردرمانی دیالکتیک در درمان افسردگی حمایت می‌کند. علاوه بر آن، این اثربخشی را در ارزیابی‌های پیگیری نیز حفظ می‌کند. آنتونی نیز یک مطالعه فراتحلیلی، از تمامی مطالعاتی که تا سال ۲۰۰۶ اثربخشی رفتاردرمانی دیالکتیکی بر نشانه‌های افسردگی را گزارش کرده‌اند فراهم آورده که نشان داد 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 حفظ می‌کند.

در مطالعه حاضر در متغیر افسردگی رفتاردرمانی دیالکتیک کاهش معنی‌داری در مقایسه با گروه کنترل نشان دادند ($P < 0/001$) و پژوهشی که تأثیر این درمان بر اختلالات خلقی 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.

با توجه به شیوع بالا و رو به رشد افسردگی و ضرورت بررسی روشهای موثرتر برای درمان این اختلال، پژوهش حاضر با هدف بررسی اثربخشی آموزش رفتاردرمانی دیالکتیک بر افسردگی زنان مبتلا به مولتیپل اسکروزیس انجام گرفت.

نتایج این پژوهش حاکی از اثربخشی رفتاردرمانی دیالکتیکی در کاهش نشانه‌های افسردگی می‌باشد و نشان می‌دهد که نمرات پیش‌آزمون و پس‌آزمون بیماران به وضوح کاهش در خرده مقیاس افسردگی را بعد از اجرای رفتاردرمانگری دیالکتیکی در مقایسه با گروه کنترل نشان داد که خود مویید اثربخشی رفتاردرمانی دیالکتیک بود و نتایج آن منجر به تأیید این فرضیه شد که رفتاردرمانی دیالکتیکی موجب افزایش سلامت روان و کاهش افسردگی می‌شود.

نتایج پژوهش حاضر نشان داد که رفتاردرمانی دیالکتیکی بر افسردگی مؤثر می‌باشد. این نتایج با پژوهش‌های میلر و همکاران [۱۶]، ون دن بوش و همکاران [۱۷] و کروگر و همکاران [۲۳] نام برد که همگی مؤید اثربخشی رفتاردرمان گری دیالکتیکی و مهارت آموزی گروهی آن در کاهش رفتارهای خود آسبی، تنظیم هیجان و بهبود بخشیدن به تعدادی از مسائل خلقی و هیجانی نظیر افسردگی،

اثربخشی این رویکرد با رویکردهای دیگر مقایسه شود. دوره طولانی تر پیگیری در نظر گرفته شود، اثر بخشی این رویکرد در بیماری‌های مختلف نیز مطالعه گردد.

سپاسگزاری

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

تضاد منافع

این پژوهش برگرفته از طرح پژوهشی با عنوان اثربخشی رفتاردرمانی مقایسه اثربخشی رفتاردرمانی دیالکتیک با رفتاردرمانی شناختی بر سلامت روان (افسردگی، اضطراب و استرس) بیماران زن مبتلا به مولتیپل اسکلروزیس با حمایت مالی باشگاه پژوهشگران جوان دانشگاه آزاد اسلامی واحد همدان انجام گرفته و هیچ تعارض منافی با نویسندگان ندارد.

References

- Sospedra M, Martin R. Immunology of multiple sclerosis. *Annu Rev Immunol.* 2005;23:683-747. DOI: [10.1146/annurev.immunol.23.021704.115707](https://doi.org/10.1146/annurev.immunol.23.021704.115707) PMID: [15771584](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/15771584/)
- Zarrin V, Hatami H, Ali Hemmati AR. A The Effect of Intra Hippocampal Injection of Estradiol on Spatial Memory in Male Adult Rats During Multiple Sclerosis Disease. *J Fasa Univ Med Sci.* 2014;4(3).
- Marvin DW. Multiple sclerosis: continuing mysteries and current management. *Drug Top.* 2000;144 (12):93-102.
- Nafisi SH. MS disease Seminar. *Int J Tehran Univ Med Sci.* 1998;2(10):9-10.
- Martin R, McFarland HF, McFarlin DE. Immunological aspects of demyelinating diseases. *Annu Rev Immunol.* 1992;10:153-87. DOI: [10.1146/annurev.iv.10.040192.001101](https://doi.org/10.1146/annurev.iv.10.040192.001101) PMID: [1375472](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/1375472/)
- Dennison L, Moss-Morris R, Silber E, Galea I, Chalder T. Cognitive and behavioural correlates of different domains of psychological adjustment in early-stage multiple sclerosis. *J Psychosom Res.* 2010;69(4):353-61. DOI: [10.1016/j.jpsychores.2010.04.009](https://doi.org/10.1016/j.jpsychores.2010.04.009) PMID: [20846536](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/20846536/)
- World Health Organization. Suicide rates. Available from: http://www.who.int/mental_health/prevention/suicide/suiciderates/en/2008.
- Shamili F, Zare H, Oraki M. The Predicting Quality of Life Based on Illness Perception in Multiple Sclerosis Patients. *Urmia Med J.* 2013;24(6):379-92.
- Shahbeigi S, editor [Medial News]. 7th International Congress of Multiple Sclerosis; 2010 Tehran, Iran.
- Robins LN. Psychiatric epidemiology. *Arch Gen Psychiatry.* 1978;35(6):697-702. PMID: [655768](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/655768/)
- Amato MP, Ponziani G, Siracusa G, Sorbi S. Cognitive dysfunction in early-onset multiple sclerosis: a reappraisal after 10 years. *Arch Neurol.* 2001;58(10):1602-6. PMID: [11594918](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/11594918/)
- Polman CH, Reingold SC, Banwell B, Clanet M, Cohen JA, Filippi M, et al. Diagnostic criteria for multiple sclerosis: 2010 revisions to the McDonald criteria. *Ann Neurol.* 2011;69(2):292-302. DOI: [10.1002/ana.22366](https://doi.org/10.1002/ana.22366) PMID: [21387374](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/21387374/)
- Zamani N, farhadi M, Jamilian HR. [The effectiveness of dialectical behavior group therapy on expulsive anger and impulsive behaviors]. *J Hamedan Islamic Azad Uni.* 2012;5:123-7.
- Alavi K, 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 Fundament Mental Health.* 2011;13(2):124-35.
- Alilo MM, Sharifi MA. Dialectic behavioral therapy for borderline personality disorder. Tehran: Tehran University Pub; 2012.
- Bhangoo S, Ren D, Miller RJ, Henry KJ, Lineswala J, Hamdouchi C, et al. Delayed functional expression of neuronal chemokine receptors following focal nerve demyelination in the rat: a mechanism for the development of chronic sensitization of peripheral nociceptors. *Mol Pain.* 2007;3:38. DOI: [10.1186/1744-8069-3-38](https://doi.org/10.1186/1744-8069-3-38) PMID: [18076762](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/18076762/)
- van den Bosch LMC, 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.
- Karbalaee MMA, Ahadi H, Sharifi H, Jazayeri S. Effects of dialectical behavior therapy with medical therapy vs. medical therapy alone in reducing suicidal thoughts in patients with major depressive disorder and recent history of attempted suicide. *J Appl Psychol.* 2011;4(16):25-41.
- Lovibond PF, Lovibond SH. The structure of negative emotional states: comparison of the Depression Anxiety Stress Scales (DASS) with the Beck Depression and Anxiety Inventories. *Behav Res Ther.* 1995;33(3):335-43. PMID: [7726811](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/7726811/)
- Antony MM, Bieling PJ, Cox BJ, Enns MW, Swinson RP. Psychometric properties of the 42-item and 21-item versions of the Depression Anxiety Stress Scales in clinical groups and a community sample. *Psychol Assess.* 1998;10(2):176.

21. Samani S, Jokar B. A Study On The Reliability And Validity Of The Short Form Of The Depression Anxiety Stress Scale (DASS-21). *J Soci Sci Mumanistic*. 2007;26(3):65-75.
22. McKay M, Wood JC, Brantley J. *The dialectical behavior therapy skills workbook*. Oakland: New Harbinger; 2007.
23. Kroger 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. [DOI: 10.1016/j.brat.2005.08.012](https://doi.org/10.1016/j.brat.2005.08.012) [PMID: 16226222](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/16226222/)
24. Chew CE. *The effect of dialectical behavioral therapy on moderately depressed adults: A multiple baseline design*. USA: University of Denver; 2006.
25. Lynch TR, Chapman AL, Rosenthal MZ, Kuo JR, Linehan MM. Mechanisms of change in dialectical behavior therapy: theoretical and empirical observations. *J Clin Psychol*. 2006;62(4):459-80. [DOI: 10.1002/jclp.20243](https://doi.org/10.1002/jclp.20243) [PMID: 16470714](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/16470714/)
26. 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. [DOI: 10.1097/NMD.0b013e318162aa3f](https://doi.org/10.1097/NMD.0b013e318162aa3f) [PMID: 18277222](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/18277222/)