

Effect of Distress Tolerance, Emotional Regulation and Interpersonal Effectiveness Skills Training on Symptoms of Depression

Narges Zamani ^{1,*}

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

* **Corresponding author:** Narges Zamani, PhD Student, Department of Psychology, Young Researchers and Elite Club, Hamadan Branch of Islamic Azad University, Hamadan, Iran. Tel: +98-0814297512, E-mail: nargeszamani@iauh.ac.ir

Received: 2016/10/10

Accepted: 2017/08/27

Online published: 2017/10/9

Abstract

Introduction: The prevalence of depression is so high that many therapeutic methods, including pharmacotherapy and psychotherapy, have been developed. Therefore, this study was conducted to determine the effectiveness of distress tolerance, emotional regulation and interpersonal efficacy in the form of dialectical behavioral therapy on emotional, cognitive and physical symptoms of depression.

Materials and Methods: This research was a semi-experimental design (pre-test, post-test). Twenty-eight patients with diagnosis of post-adjuvant depression disorder were randomly assigned into 3 treatment groups (distress tolerance, emotional regulation and interpersonal efficacy) and one control group (N=8). Patients in the experimental group were treated for 8 weeks and then were examined by Beck Depression Inventory. Finally, the results were analyzed using descriptive and inferential statistics, covariance and post hoc test (LSD) by SPSS-19 software.

Results: All three experimental groups (distress tolerance, emotional regulation, and interpersonal efficacy) had significant improvement after treatment (P=0.00). Also, the results of covariance analysis indicated that, dialectical behavioral therapy resulted in significant improvement in the emotional, cognitive and physical symptoms of depression in patients with adjustment disorder (P=0.00).

Conclusions: According to these results, it seems that teaching distress tolerance skills, emotional regulation and interpersonal efficacy in the form of dialectical behavioral therapy is an effective way in treating severity of depression symptoms.

Keywords: Adjustment Disorders, Depression, DBT

©2017 Deputy of Research and Technology of Baqiyatallah Hospital

بررسی تأثیر آموزش مهارت‌های تحمل پریشانی، تنظیم هیجانی و کارآمدی بین‌فردی بر نشانه‌های اختلال افسردگی

نرگس زمانی^{*۱}

^۱ گروه روانشناسی، باشگاه پژوهشگران جوان و نخبگان، دانشگاه آزاد اسلامی واحد همدان، همدان، ایران
* نویسنده مسئول: نرگس زمانی، دانشجوی دکترای روانشناسی سلامت، باشگاه پژوهشگران جوان و نخبگان، دانشگاه آزاد اسلامی واحد همدان، همدان، ایران. تلفن: ۰۸۱۴۲۹۷۵۱۲-۹۸+، ایمیل:

nargeszamani@iauh.ac.ir

انتشار آنلاین: ۱۳۹۶/۷/۱۷

پذیرش: ۱۳۹۶/۶/۵

دریافت: ۱۳۹۵/۷/۱۹

چکیده

مقدمه: شیوع اختلالات افسردگی به حدی است که موجب شده شیوه‌های درمانی متعددی اعم از دارودرمانی و روان‌درمانی برای آن ارائه گردد. لذا این پژوهش با هدف اثربخشی مهارت‌های تحمل پریشانی، تنظیم هیجانی و کارآمدی بین‌فردی در قالب رفتاردرمانی دیالکتیکی بر نشانه‌های عاطفی، شناختی و جسمانی افسردگی انجام شد.

مواد و روش‌ها: این طرح پژوهش از نوع نیمه آزمایشی (پیش آزمون، پس آزمون) بود. ۲۸ بیمار با تشخیص اختلال افسردگی پس از اختلال سازگاری به طور تصادفی در ۳ گروه درمانی (تحمل پریشانی، تنظیم هیجانی و کارآمدی بین فردی) و یک گروه کنترل قرار گرفتند. بیماران گروه آزمایش به مدت ۸ هفته مورد درمان قرار گرفتند و با استفاده از پرسشنامه افسردگی ویراست دوم بک مورد بررسی قرار گرفتند. در نهایت نتایج به دست آمده با استفاده از آمار توصیفی و استنباطی، کوواریانس و آزمون تعقیبی (LSD) توسط نرم‌افزار SPSS-19 تجزیه و تحلیل شدند.

یافته‌ها: بیماران هر ۳ گروه آزمایشی (تحمل پریشانی، تنظیم هیجانی و کارآمدی بین‌فردی) بهبودی قابل توجهی بعد از درمان داشتند ($P=0/00$). همچنین نتایج تحلیل کوواریانس نشان داد رفتاردرمانی دیالکتیکی منجر به بهبود قابل توجه علائم عاطفی، شناختی و فیزیکی افسردگی در مبتلایان به اختلال سازگاری می‌شود ($P=0/00$).

نتیجه‌گیری: با توجه به نتایج به دست آمده به نظر می‌رسد آموزش مهارت‌های تحمل پریشانی، تنظیم هیجانی و کارآمدی بین‌فردی در قالب رفتاردرمانی دیالکتیک در درمان شدت علائم افسردگی بیماران مؤثر است.

کلمات کلیدی: اختلالات سازگاری، افسردگی، رفتاردرمانی دیالکتیک

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

مقدمه

بتوان آن را راه‌حلی قطعی برای این اختلال دانست [۱۱]. در واقع با این‌که در درمان افسردگی هدف بهبودی کامل است، بسیاری از بیماران در دستیابی یا حفظ وضعیت بدون نشانه شکست می‌خورند [۱۲].

امروزه درمان‌های روان‌شناختی متعددی برای افسردگی وجود دارند، اما تعداد کمی از آن‌ها که توانسته‌اند در کار آزمایشی‌های تصادفی بالینی، اثربندی خود را به اثبات برسانند عبارتند از رفتاردرمانی، روان‌درمانی بین فردی و شناخت درمانی [۱۳]. از جمله درمان‌هایی که می‌تواند بر اختلالات خلقی و افسردگی مؤثر باشد و تاکنون مورد توجه پژوهشگران قرار نگرفته است، آموزش مهارت‌های رفتاردرمانی دیالکتیک است [۱۳]. رفتاردرمانی دیالکتیک شکلی از درمان است که اولین بار به عنوان یک درمان جامع به منظور درمان بیماران مبتلا به اختلال شخصیت که به‌طور مزمین در معرض اقدام به خودکشی بودند توسط لینهان در سال ۱۹۹۳ پایه‌ریزی شد [۱۳]. این متد از چهار نوع مداخله تشکیل می‌شود: جلسات درمانی ساختاریافته گروهی (برای مهارت‌آموزی)، جلسات انفرادی، تماس‌ها یا مشاوره‌های تلفنی با درمانگر (برای کاهش رفتارهای مخاطره‌آمیز و اطمینان از تعمیم مهارت‌آموزی به خارج از جلسات درمانی) و جلسات تیم متخصصان به منظور حمایت از درمانگران رفتاردرمانی دیالکتیک و جلوگیری از فرسودگی شغلی [۱۴]. نتایج مطالعات کلارکین، میلر، ون دن بوش و دیگران تأثیر این روش درمانی را در تنظیم هیجان و بهبود بخشیدن به مسائل خلقی و هیجانی نظیر افسردگی، اضطراب، خشم، بی‌ثباتی عاطفی و تحریک‌پذیری را نشان داده‌اند [۱۵]. [۱۷]. با توجه به ابعاد افسردگی و تأثیر آن بر جنبه‌های مختلف زندگی بیمار و فقدان پژوهش در مورد اثربخشی مؤلفه‌های مجزای رفتاردرمانی دیالکتیک بر اختلالات سازگاری، استفاده از نتایج این پژوهش در محیط‌های درمانی و مشاوره‌ها و فراهم‌سازی زمینه‌ای برای تحقیقات بعدی، از دلایل انجام این پژوهش است. بنابراین هدف از انجام این پژوهش پاسخگویی به این سؤال بود که آیا مؤلفه‌های رفتاردرمانی دیالکتیک در بهبود ابعاد افسردگی بیماران مبتلا به اختلالات تروماتیک و سازگاری مؤثر است یا خیر.

روش کار

پژوهش حاضر از نوع نیمه تجربی با مدل پیش‌آزمون و پس‌آزمون در ۳ گروه آزمایش و یک گروه شاهد بود. جامعه آماری، بیماران مبتلا به اختلال سازگاری مراجعه‌کننده به مرکز مشاوره رایگان خدمات روان‌شناختی بودند. از این میان ۲۸ بیمار به صورت در دسترس انتخاب و پس از تأیید اختلال

اختلالات اضطرابی از شایع‌ترین اختلالات روانپزشکی در جمعیت عمومی است که در رأس فهرست بیماری‌های روانی قرار می‌گیرند و می‌توان آن را خانواده‌ای از اختلالات روانی مجزا و در عین حال مرتبط به هم در نظر گرفت که به‌اندازه یک بیماری فیزیکی فلج‌کننده است [۱-۴]. این اختلال یکی از پرهزینه‌ترین نوع اختلالات روانی به حساب می‌آید [۵]. اختلالات مرتبط با عامل استرس‌زا طبقه تشخیصی مجزا و مستقلی است که برای اولین بار در انجمن روانشناسی آمریکا در سال ۲۰۱۳ مطرح شد و شامل اختلال استرس پس آسیمی، اختلال دل‌بستگی واکنشی، اختلال تعامل اجتماعی بی‌قید و بند، اختلال استرس حاد و اختلالات سازگاری است. در همه این اختلالات، معیار تشخیص اصلی عبارت است از قرار گرفتن در معرض یک رویداد استرس‌زا [۶]. اختلالات سازگاری زمانی رخ می‌دهند که فرد نمی‌تواند با یک رویداد استرس‌زا یا تروماتیک مثل پایان یافتن رابطه رمانتیک، اخراج شدن از کار یا چند رویداد استرس‌زای همزمان مثل مشکلات مالی شدید و مشکلات زناشویی سازگار شود [۵]. بیماران مبتلا به این اختلال از اختلالات افسردگی و اضطراب رنج می‌برند و با اختلالات نیمه بالینی دیگر همراه است. ماهیت اختلالات سازگاری با اختلالات اضطرابی متفاوت است و از مهم‌ترین تفاوت بین آن‌ها این است که در اختلالات اضطرابی، هیچ عامل یا عوامل استرس‌زایی وجود ندارد، ولی در اختلالات استرس پس از سانحه و اختلال استرس حاد، عامل یا عوامل استرس‌زا وجود دارد [۷]. هرچند نرخ شیوع این اختلال تابع جمعیت مورد مطالعه و روش‌های سنجشی مورد استفاده است، اما به‌طور کلی شیوع اختلالات سازگاری بالاست و تقریباً ۵ تا ۲۰٪ از جمعیت را به خود اختصاص می‌دهد [۸]. بنابراین با توجه به شیوع بالای این اختلال، انتخاب یک رویکرد درمانی مناسب می‌تواند بسیار تأثیرگذار باشد. اختلالات سازگاری طبق پژوهش دیاموند و همکاران یکی از اختلالات شایع در میان اختلالات روانی است که تعداد زیادی از افراد با سوابق مختلف را شامل شده و گستردگی جهانی دارد [۹]. همچنین به دلیل اینکه غالباً یک اختلال روانی مزمین عود کننده است، به عنوان یک تشخیص مقاوم در برابر درمان شناخته می‌شود که اگر درمان نشود یا درمان آن ناکارآمد باشد، ممکن است به بروز رفتارهای ناسازگارانه‌ای منجر گردد که به نوبه خود مشکلات عمده بیشتری را سبب می‌شوند [۱۰]. گستردگی اختلالات افسردگی موجب شده که شیوه‌های درمانی متعددی اعم از دارودرمانی و روان‌درمانی برای آن ارائه شود، ولی نتایج نشان داده که این اثربخشی‌ها نسبی بوده و به دلیل عوارض بسیار هنوز هیچ روش قطعی برای درمان کامل اختلالات افسردگی وجود ندارد که

مهارت‌های تنظیم هیجان و مهارت‌های هوشیاری [۱۳]. جلسات روان‌درمانگری هفتگی، با کاوش یک رویداد یا رفتار مشکل‌آفرین یعنی با زنجیره‌ای از رویدادها از هفته قبل، شروع و با بررسی راه‌حل‌های پیشنهادی که بکار رفته‌اند و عواملی که درمانجو را در استفاده از راه‌حل‌های سازگارانه تر با مشکل روبرو ساخته‌اند، ختم می‌شود. در طی جلسات و بین آنها، 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 این‌که آن‌ها را کاهش داد یا آن‌ها را از بحران خارج کرد. همچنین تماس تلفنی با درمانگر انفرادی میان جلسات، بخشی از روش‌های رفتار درمانگری دیالکتیکی است [۱۳، ۲۰]. در گروه مهارت‌ها که به صورت کلاس‌های مشاوره گروهی ست چهار مهارت بسیار مهم به درمان‌جویان آموزش داده می‌شود که در این پژوهش سه متغیر زیر آموزش داده شد:

الف) تحمل پریشانی (درماندگی): این مهارت ترکیبی از مهارت‌های استاندارد رفتاردرمانی شناختی است که عبارت است از مقایسه و فرونشانی هیجان‌ها، افکار و احساس‌ها [۲۱].

ب) تنظیم هیجانی: راهبردهای آگاهانه و غیرآگاهانه‌ای است که شامل افزایش، حفظ و کاهش مؤلفه‌های هیجانی، رفتاری و شناختی یک پاسخ هیجانی است [۲۲].

ج) کارآمدی بین‌فردی: با تکیه بر مهارت‌های نحوه برخورد مناسب و چگونگی مدیریت موقعیت و اعتمادبه‌نفس درجه‌بندی می‌گردد [۲۳].

پس از گزینش، آزمودنی‌ها به آزمون افسردگی بک به عنوان پیش‌آزمون پاسخ دادند. هر سه گروه آزمایش توسط روانشناس بالینی آموزش‌دیده تحت گروه‌درمانی قرار گرفتند. این درمان بر مبنای کار میتو مککی، جفری وود و جفری برنتلی که بر اساس کتاب مهارت‌آموزی لینهان (۱۹۹۳) برنامه‌ریزی شده اجرا شد [۲۴]. برای هر مهارت نیز ۸ جلسه گروهی (هر هفته ۱ جلسه) تشکیل شد و پس از پایان جلسات مجدد آزمون انجام شد. داده‌های به‌دست‌آمده ناشی از پیش‌آزمون و پس‌آزمون با استفاده از روش‌های آمار توصیفی و استنباطی و کوواریانس و آزمون تعقیبی (LSD) برای بررسی اختلاف بین گروه‌ها با استفاده از نرم‌افزار (SPSS) تحلیل شدند. برای استفاده از تحلیل کوواریانس، ابتدا پیش فرض تساوی واریانس‌ها بررسی و برای آزمون این فرضیه از آزمون لوین استفاده شد. ملاحظات اخلاقی نیز در این پژوهش رعایت شده و با توجه به اثربخشی درمان به گروه شاهد نیز در انتهای پژوهش آموزش داده شد (جدول ۱).

سازگاری بر اساس ملاک‌های راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی ویرایش پنجم و مصاحبه بالینی روانشناس به‌طور تصادفی، در یکی از چهار گروه (تحمل پریشانی، نظم‌بخشی هیجانی، مهارت‌های کارآمدی بین فردی و گروه کنترل) قرار گرفتند. با توجه به ریزش افراد، گروه آموزش تحمل پریشانی به ۶ نفر، گروه مهارت‌های کارآمدی بین فردی به ۵ نفر و گروه نظم‌بخشی هیجانی به ۶ نفر تقلیل یافتند. بیماران دارای اختلال‌های شخصیت، داغدیدگی در ۶ ماه اخیر، اختلالات اعتیادی و سایکوتیک، قبل از آغاز درمان حذف شدند. سپس درمان دیالکتیک به مدت ۸ هفته برنامه‌ریزی شد. ابزارهای پژوهش عبارت بودند از: ۱- مصاحبه بالینی بر مبنای DSM-5؛ ۲- ویراست دوم پرسشنامه افسردگی بک (۲۰۰۰)؛ ۳- آموزش مؤلفه‌های رفتاردرمانی دیالکتیک.

مصاحبه بالینی بر مبنای راهنمای تشخیصی و آماری اختلال‌های روانی ویراست پنجم (DSM-5): مصاحبه تشخیصی از مجموعه معیارهای تشخیصی اختلالات سازگاری تشکیل شده که هدف آن‌ها ارزیابی آن دسته از الگوهای رفتاری، افکار و احساسات مراجعان است که به‌نوعی با تشخیص اختلال آن‌ها ارتباط دارد [۶].

فرم بازبینی‌شده پرسشنامه افسردگی بک، استرن و برون (۲۰۰۰): این ابزار ازجمله مناسب‌ترین ابزارها برای انعکاس افسردگی است. این پرسشنامه دارای ۲۱ ماده است که علائم جسمانی، رفتاری و شناختی افسردگی را اندازه‌گیری می‌کنند. هر ماده دارای ۴ گزینه است که درجات مختلفی از افسردگی را از خفیف تا شدید تعیین می‌کند. این پرسشنامه بیشتر به سنجش ویژگی‌های روان‌شناختی افسردگی می‌پردازد تا ناراحتی‌های جسمانی و فیزیولوژیک و با پرسشنامه همیلتن ۷۵٪ همبستگی دارد. ۲۱ ماده پرسشنامه افسردگی بک در ۳ گروه نشانه‌های عاطفی، نشانه‌های شناختی و نشانه‌های جسمانی طبقه‌بندی می‌شوند [۱۸]. نتایج فراتحلیل انجام شده در مورد پرسشنامه افسردگی بک حاکی از آن است که ضریب همسانی درونی آن بین ۰/۷۳ تا ۰/۹۳ با میانگین ۰/۸۶ است و ضریب آلفا را برای گروه بیمار ۰/۸۶ و غیر بیمار ۰/۸۱ گزارش کرده‌اند. در یک بررسی بر روی دانشجویان دانشگاه تهران و دانشگاه علامه طباطبایی که جهت بررسی اعتبار و روایی پرسشنامه افسردگی بک ویرایش دوم بر روی جمعیت ایرانی انجام گرفت، نتایج بیانگر آلفای کرونباخ ۰/۷۸ و اعتبار باز آزمایی به فاصله دو هفته، ۰/۷۳ بود [۱۹].

رفتاردرمانی دیالکتیکی: روشی است مبتنی بر پذیرش بیمار همان‌گونه که هست و درعین‌حال کمک به او برای تغییر یافتن با آموزش مهارت‌های بین فردی، مهارت‌های تحمل پریشانی،

جدول ۱: آموزش مداخله در گروه‌های آزمایش

جلسه	تحمل پریشانی	نظم‌بخشی هیجانی	مهارت‌های کارآمدی بین فردی
جلسه اول	آموزش پیامدهای منفی راهبردهای مقابله‌ای خود آسیب‌رسان، تمرین پذیرش بنیادین، تمرین توجه برگردانی از رفتارهای خود آسیب‌رسان (مهارت‌های پرت کردن حواس از رفتارهای خود تخریبی)، تمرین توجه برگردانی از طریق فعالیت‌های لذت‌بخش و تهیه فهرست فعالیت‌های لذت‌بخش و گنجاندن آن در برنامه هفتگی	آموزش شناسایی و آشنایی با هیجان‌ها، پر کردن برگه تمرین شناسایی هیجان و افکار و احساسات خودآیند، تمرین ثبت هیجانی با صدای بلند (فریاد احساس)، آموزش موانع هیجان‌های سالم (هیجان، رفتار، افکار)، آشنایی با هیجان‌های که منجر به انجام رفتارهای مخاطره‌آمیز می‌شود	آموزش رفتار متغیله در برابر رفتار پرخاشگرانه، تمرین شناسایی سبک ارتباطی،
جلسه دوم	توجه برگردانی از طریق معطوف کردن توجه به کار یا موضوعی دیگر، توجه برگردانی از افکار، توجه برگردانی از طریق ترک موقعیت، توجه برگردانی از طریق تکالیف و کارهای روزمره، توجه برگردانی از طریق شمارش، تدوین برنامه توجه برگردانی.	آموزش مهارت‌های رفتاردرمانی شناختی (تشویق، پاداش رفتار، تکرار عمل)، آموزش و تمرین کاهش آسیب‌پذیری جسمی در برابر هیجان‌های آشفته ساز (غذا، پرخوری و کم خوری، ورزش، خواب، بیماری و درد جسمی، تنش جسمانی و استرس)، تمرین شناسایی رفتارهای خود آسیب‌رسان.	تمرین تناسب بین خواسته‌های من و دیگران، تمرین و کامل کردن فرم سنجش تناسب بین خواسته‌ها، آموزش نسبت خواسته‌ها و بایدها، تمرین باید گویی (باید اندیشی).
جلسه سوم	مهارت خود آرامش بخشی، خود آرامش بخشی با استفاده از احساس بویایی، خود آرامش بخشی با استفاده از احساس شنوایی، خود آرامش بخشی با استفاده از احساس چشایی، خود آرامش بخشی با استفاده از احساس لامسه، تدوین طرح‌های شناسایی شناختی در منزل و در خارج از منزل.	مشاهده خویشتن بدون قضاوت درباره خویشتن بر اساس فرم کامل شده خانه، کاهش آسیب‌پذیری شناختی، تمرین ناهمجوشی فکروهیجان.	آموزش مهارت آموزی روابط بین فردی، آموزش مهارت‌های کلیدی بین فردی، آموزش و تمرین شناسایی ارزش‌های بین فردی، شناسایی موانع استفاده از مهارت‌های بین فردی، شناسایی راهبردهای آزارنده پرخاشگرانه و اثربخشیان در تشدید مشکل روابط بین فردی، تمرین ثبت تعارض و شناسایی شیوه‌های آزاردهنده، شناسایی راهبردهای متغیله روابط (کمرویی)،
جلسه چهارم	تصویرسازی از مکان امن (تجسم محل امن)، تن آرامی کنترل ایجاد شده، آرامش وابسته به نشانه، کشف مجدد ارزش‌ها (کشف ارزش‌هایتان)، تمرین پرسشنامه زندگی ارزشمند (ویلسون، ۲۰۰۲)، تمرین عمل متعهدانه.	استفاده از افکار مقابله‌ای، فهرست افکار مقابله‌ای، تعادل بین افکار و احساسات با استفاده از فرم، آموزش و تمرین فرم ثبت شواهد برای همه جانبه نگری، تمرین برنامه ریزی برای تجارب لذت بخش، فرم ثبت فعالیت‌های لذت بخش.	شناسایی هیجان‌های آشفته ساز، آموزش و تمرین رفتارها و احساس‌های اختلال‌گونه (سیستم هشدار دهی)، آموزش شناسایی نیازها و موانع شناسایی نیازها، آشنایی باترس و شناخت عامل ترس، تمرین اول شناسایی ترس (خطرسنجی)، تمرین دوم شناسایی ترس (برنامه ریزی برای خطرپذیری)، کامل کردن فرم خطرپذیری، طرح ریزی برای خطرپذیری، آموزش مهارت‌های جسارت‌مندی، آشنایی با ۴ افسانه ناتوان ساز روابط.
جلسه پنجم	شناسایی قدرت برتر و ارتباط بهتر با قدرت برتر، ارتباط با قدرت برتر، تمرین فعالیت‌های قدرت برتر، تعیین وقت استراحت و تمرین آن، زندگی در زمان حال، تمرین ذهن‌تان الان کجاست؟ تمرین گوش سپاری به زمان حال، تمرین تنفس آگاهانه، استفاده از افکار مقابله‌ای خودتشویق‌گرایانه و خودتصدیقی، فهرست افکار مقابله‌ای	تمرین بهوشیاری به هیجان‌ها بدون قضاوت درباره هیجان‌ها تمرکز بر روی تنفس، تمرکز روی هیجان‌های کنونی و گذشته، توجه به احساسات بدنی مربوط به هیجان‌ها، نام گذاری هیجان‌ها.	آموزش خودشناسی، آموزش شناسایی هیجان‌های خود، تمرین شناسایی آن چه که می‌خواهید، آموزش ارزش قائل شدن برای خود و نوشتن حقوق خود
جلسه ششم	آموزش مهارت افکار مقابله‌ای و کامل کردن برگه تمرین افکار مقابله‌ای، تشخیص هیجان‌ها، غلبه بر موانع سر راه هیجان‌های (هیجان‌ها و رفتارهای خود آسیب‌رسان، فریب دادن دیگران)، کاهش آسیب‌پذیری بدنی پرخوری و کم خوری.	تصویرسازی ذهنی، مشاهده هیجان‌های تجربه شده، صحبت با خود درباره احساس‌ها، مشاهده قضاوت‌های تجربه شده، تنفس بهوشیارانه، رویاروی با هیجان‌ها، تمرین ثبت هیجان و کامل کردن فرم ثبت هیجان.	آشنایی با شدت خواسته‌ها، تمرین تعدیل شدت خواسته‌ها، آشنایی با مهارت طرح یک درخواست ساده، تمرین طرح یک درخواست ساده.
جلسه هفتم	پذیرش بنیادین و استفاده از پذیرش بنادین، تمرین پذیرش بنیادین، خودگویی‌های تاییدگرایانه، تدوین و ایجاد راهبردهای مقابله‌ای یا سازگاری جدید برای موقعیت‌های آشفته ساز بین فردی، وموقعیت‌های آشفته ساز شخصی	تمرین رویارویی با هیجان‌ها، آموزش عمل کردن برخلاف امیال شدید هیجانی، کامل کردن برگه تمرین برنامه ریزی عمل متضاد، آموزش و تمرین و کامل کردن برگه تمرین تحلیل رفتار	پیش نویس های جسارت‌مندی، آموزش یکپارچه سازی مؤلفه‌های جسارت‌مندی، تمرین خلق پیش نویس های جسارت‌مندی خاص خود، آموزش گوش دادن جسارت‌مندان، آموزش موانع گوش دادن، آموزش جرات ورزی و مهارت نه گفتن، تمرین تهیه سلسله مراتب جسارت‌مندی
جلسه هشتم	ایجاد یک برنامه سازگاری فوری، تدوین طرح مقابله‌ای برای شرایط ضروری، ورزش، بیماری و درد بدنی، بهداشت خواب، تنش و فشار بدنی، شناسایی رفتارهای خودتخریبی، نظارت بر خود بدون قضاوت، کاهش آسیب‌پذیری شناختی، افز آیش هیجان‌های مثبت و گرفتن پس آزمون	آموزش مهارت حل مساله، تمرین راه حل آفرین یاستفاده از برگه ثبت تنظیم گر هفتگی برای کاهش آسیب‌پذیری و مشاهده و پذیرش هیجان‌ها و گرفتن پس آزمون	آموزش ۵ مهارت تدبیر اندیشی تعارض (تأیید و احترام متقابل، صفحه خراب، واریسی، کدرسازی یا موافقت جسارت‌مندان، تأخیر جسارت‌مندان)، آموزش چگونگی مذاکره، تمرین و کامل کردن فرم مذاکره، چگونگی تحلیل مشکلات بین فردی، شناسایی مشکلات بین فردی و گرفتن پس آزمون

یافته‌ها

آزمون پیش‌فرض تساوی واریانس نمره‌ها در چهار گروه در تمام متغیرها تأیید شد. نتایج تحلیل کوواریانس در مورد مقایسه میانگین نمره‌های چهار گروه نیز در [جدول ۵](#) آمده است. نتایج کوواریانس نشان داد که در نمره کل و ابعاد افسردگی تفاوت بین پیش‌آزمون و پس‌آزمون از نظر آماری معنا دار بود ($P = 0/001$). به عبارت دیگر در افسردگی کلی، کاهش نمره در گروه‌های آزمایشی حاکی از اثر بخشی این روش‌ها نسبت به گروه کنترل بود. همچنین نتایج نشان داد که عامل عضویت گروهی در نمره کل افسردگی و ابعاد افسردگی نشانه‌های عاطفی، نشانه‌های شناختی و نشانه‌های جسمانی آزمودنی‌ها از نظر آماری معنادار بود ($P = 0/001$).

۱۳ نفر از مراجعه کنندگان مجرد، ۸ نفر متأهل و ۳ نفر نیز مطلقه بودند. همچنین ۵۴/۱۶٪ از شرکت کنندگان در گروه فوق دیپلم و لیسانس و ۱۲/۵٪ نیز در گروه زیر دیپلم بودند ([جدول ۲](#)).

بیشترین و کمترین میانگین سنی به ترتیب در گروه‌های روابط بین فردی و گروه نظم بخشی هیجانی، با میانگین سنی ۲۸/۳۹ و ۳۰/۹۴ بودند که براساس آزمون T اختلاف معنی داری بین دو گروه از لحاظ میانگین سنی وجود نداشت ([جدول ۳](#)).

میانگین و انحراف معیار نمره کل و ابعاد افسردگی در نشانه‌های عاطفی، شناختی و جسمانی آزمودنی‌ها در چهار گروه در [جدول ۴](#) ارائه شده است. به منظور بررسی معناداری تفاوت میانگین‌ها، از آزمون کوواریانس استفاده شد. بر اساس نتایج حاصل از این

جدول ۲: مقایسه فراوانی گروه‌های چهارگانه به تفکیک وضعیت تأهل، میزان تحصیلات، مدت بیماری

گروه	تحمل پریشانی ۶		نظم بخشی هیجانی ۶		کارآمدی بین فردی ۵		گروه شاهد ۷		مقایسه کی دو
	درصد	فراوانی	درصد	فراوانی	درصد	فراوانی	درصد	فراوانی	
وضعیت تأهل									
مجرد	۳	۵۰	۳	۵۰	۴	۸۰	۳	۴۲/۸۶	۰/۸۱۳
متأهل	۳	۵۰	۲	۳۳/۳۴	۰	۰	۴	۵۷/۱۵	
مطلقه	۰	۰	۱	۱۶/۶۷	۱	۲۰	۰	۰	
میزان تحصیلات									
زیر دیپلم	۱	۱۶/۶۷	۱	۱۶/۶۷	۰	۰	۱	۱۴/۲۹	۰/۷۶۴
دیپلم، فوق دیپلم	۳	۵۰	۴	۶۶/۶۷	۲	۴۰	۴	۵۷/۱۵	
لیسانس									
بالتر از لیسانس	۲	۳۳/۳۴	۱	۱۶/۶۷	۳	۶۰	۲	۲۸/۵۸	
شغل									
خانه دار	۳	۵۰	۴	۶۶/۶۷	۲	۴۰	۳	۴۲/۸۶	۰/۴۰۱
دانشجو	۲	۳۳/۳۴	۱	۱۶/۶۷	۱	۲۰	۲	۲۸/۵۸	
کارمند	۱	۱۶/۶۷	۱	۱۶/۶۷	۲	۴۰	۲	۲۸/۵۸	

جدول ۳: مقایسه میانگین سنی گروه‌های چهارگانه

گروه	دامنه سنی	میانگین	انحراف استاندارد	آزمون F	P
تحمل پریشانی	۳۷-۲۱	۲۹/۳۷	۵/۷۳	۰/۶۱۳	۰/۸۴۱
نظم بخشی هیجانی	۳۷-۲۱	۳۰/۹۴	۵/۱۹	۰/۶۱۳	۰/۸۴۱
کارآمدی بین فردی	۳۷-۲۱	۲۸/۳۹	۶/۰۱	۰/۶۱۳	۰/۸۴۱
گروه شاهد	۳۷-۲۱	۲۹/۶۷	۵/۲۹	۰/۶۱۳	۰/۸۴۱

جدول ۴: میانگین و انحراف معیار نمره کل و ابعاد افسردگی نشانه‌های عاطفی، نشانه‌های شناختی و نشانه‌های جسمانی آزمودنی‌های برحسب پیش‌آزمون و پس‌آزمون گروه‌ها

گروه‌ها	نمره کل افسردگی		نشانه‌های عاطفی		نشانه‌های شناختی		نشانه‌های جسمانی	
	میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار
تحمل پریشانی								
پیش آزمون	۵۵/۱۴۴	۲/۷۶۶	۱۹/۳۱۷	۱/۱۲۳	۱۷/۷۴۶	۱/۷۷۶	۱۸/۰۱۹	۲/۳۱۸
پس آزمون	۲۶/۲۶۷	۱/۶۱۷	۸/۹۴۷	۱/۹۵۴	۹/۱۲۰	۰/۰۹۶	۸/۱۹۰	۱/۳۵۶
نظم‌بخشی هیجانی								
پیش آزمون	۵۹/۱۴۹	۳/۰۳۹	۱۸/۵۶۷	۱/۸۹۴	۲۰/۶۸۴	۲/۶۷۹	۱۹/۹۰۰	۱/۷۶۵
پس آزمون	۲۸/۶۷۴	۲/۷۱۱	۱۰/۲۴۸	۰/۷۰۶	۹/۴۵۶	۱/۱۴۹	۸/۸۳۵	۰/۶۱۷
کارآمدی بین فردی								
پیش آزمون	۵۹/۲۹۱	۲/۷۶۱	۲۰/۹۳۴	۱/۱۹۴	۱۹/۷۸۹	۱/۸۴۶	۱۸/۵۶۲	۱/۷۳۴
پس آزمون	۲۶/۶۵۲	۱/۷۶۵	۸/۱۷۸	۲/۷۴۹	۹/۵۸۷	۰/۲۵۴	۸/۸۸۷	۱/۰۱۹
شاهد								
پیش آزمون	۵۱/۶۲۲	۳/۹۴۳	۱۹/۹۴۱	۲/۲۴۴	۱۸/۲۸۷	۲/۷۶۴	۱۸/۳۹۴	۱/۷۶۱
پس آزمون	۵۶/۸۱۸	۱/۲۹۴	۱۸/۶۱۷	۱/۵۶۷	۱۸/۵۰۴	۰/۹۴۷	۱۹/۶۷۱	۰/۵۷۹
جمع								
پیش آزمون	۶۱/۳۰۰	۲/۵۴۲	۲۰/۷۱۰	۰/۹۹۴	۲۱/۱۲۹	۱/۰۹۴	۲۰/۷۱۸	۱/۰۸۷
پس آزمون	۳۴/۶۰۲	۱/۰۱۲	۱۱/۴۹۷	۰/۳۲۷	۱۱/۶۶۶	۰/۰۵۱	۱۱/۳۹۵	۰/۰۲۴

جدول ۵: نتایج تحلیل کوواریانس تفاوت میانگین نمره‌های افسردگی آزمودنی‌ها در چهار گروه

عامل‌ها	درجه آزادی	میانگین مجذورات	ارزش F	معناداری P	اندازه اثر	توان آماری
نمره کل						
پیش آزمون	۲۷	۲۹۳/۷۴۲	۴/۶۷۳	۰/۰۰۱ **	۰/۹۹۱	۱
عضویت گروهی	۳	۱۲۴/۰۱۹	۲/۰۹۴	۰/۴۸۷ *	۰/۰۲۳	۰/۱۳۸
نشانه‌های عاطفی						
پیش آزمون	۲۷	۳۸/۳۶۷	۶/۶۷۶	۰/۰۰۱ **	۰/۸۱۶	۱
عضویت گروهی	۳	۹/۱۹۰	۲/۴۶۱	۰/۰۰۹ **	۰/۱۹۴	۰/۸۶۷
نشانه‌های شناختی						
پیش آزمون	۲۷	۳۶/۷۴۶	۴/۲۶۵	۰/۰۰۱ **	۰/۷۳۲	۰/۹۲۷
عضویت گروهی	۳	۸/۳۷۴	۰/۹۱۴	۰/۰۱۲ *	۰/۴۱۲	۰/۴۲۷
نشانه‌های جسمانی						
پیش آزمون	۲۷	۳۸/۱۶۴	۲/۶۷۶	۰/۰۰۱ **	۰/۵۳۷	۱
عضویت گروهی	۳	۸/۹۷۶	۱/۶۹۹	۰/۱۸۲ *	۰/۰۱۰	۰/۲۸۹

* معناداری در سطح ۰/۰۰۵ و ** معناداری در سطح ۰/۰۰۱

بحث

مبتلا به اختلالات سازگاری انجام شد. نتایج به دست آمده بیانگر اثربخشی اجرای مؤلفه‌های رفتاردرمانی دیالکتیکی بر افزایش سازگاری کلی و کاهش افسردگی بیماران مبتلا به اختلال سازگاری در گروه‌های آزمایشی نسبت به گروه شاهد بود. همچنین سایر یافته‌ها حاکی از اثربخشی اجرای روش‌های

با توجه به شیوع بالا و رو به رشد اختلالات سازگاری و ضرورت بررسی روش‌های موثرتر برای درمان پسامدهای این اختلال، پژوهش حاضر با هدف بررسی اثربخشی مؤلفه‌های تحمل پریشانی، نظم بخشی هیجانی، مهارت‌های کارآمدی بین فردی در نشانه‌های عاطفی، شناختی و جسمانی افسردگی بیماران

هنجاریایی شده برای اندازه گیری متغیرهای افسردگی محدودیت زمانی، پیگیری مداوم زمانی و انتقال بلندمدت مهارت‌ها بر بهبود عملکرد از محدودیت‌های این پژوهش بودند. علاوه بر این، یافته‌های پژوهش به آن دسته از بیمارانی قابل تعمیم است که درصد درمان بر می‌آیند. در نهی از آنجا که گروه نمونه تنها از زنان تشکیل شده بود بنابراین یافته‌های این پژوهش تنها به زنان مبتلا به اختلالات سازگاری که درصد درمان برآمده‌اند قابل تعمیم است.

نتیجه‌گیری

با توجه به نتایج به دست آمده به نظر می‌رسد آموزش مهارت‌های تحمل پریشانی، تنظیم هیجانی و کارآمدی بین‌فردی در قالب رفتاردرمانی دیالکتیک در درمان شدت علائم افسردگی بیماران مؤثر است. به منظور بررسی دقیق‌تر اثر بخشی این رویکرد پیشنهاد می‌شود در پژوهش‌های آینده از طرح‌هایی با کنترل و جایگزینی تصادفی استفاده شود و زیرگروه‌های بیماران و سؤالات متناسب با هدف مورد نظر مد نظر قرار گیرد و اثربخشی این رویکرد با رویکردهای دیگر نیز مقایسه شود. همچنین دوره طولانی‌تر پیگیری در نظر گرفته شده و اثر بخشی آن در مردان نیز مطالعه گردد. علاوه بر این رفتاردرمانی دیالکتیک می‌تواند به عنوان یک روش مفید و کارآمد در مورد مشکلات ارتباطی به بیماران فاقد مهارت آموزش داده شود.

سپاس‌گزاری

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

References

1. Sadock B, Sadock V. Comprehensive textbook of psychiatry. York, USA: Lippincott Williams & Wilkins 2007.
2. Lambert KG. Rising rates of depression in today's society: consideration of the roles of effort-based rewards and enhanced resilience in day-to-day functioning. *Neurosci Biobehav Rev.* 2006;30(4):497-510. DOI: 10.1016/j.neubiorev.2005.09.002 PMID: 16253328
3. APA. Diagnostic and statistical manual of mental disorder. 3rd ed. Washington DC: American Psychiatric Association; 2000.
4. Zamani N, Habibi M. [Compare the influence of both dialectic and cognitive behavior therapies to maintain mothers' mental health whose children with Special needs]. *Accept in JRH.* 2015.
5. Ganji M. [Abnormal psychology based on DSM-5]. Tehran: Savalane pub; 2013.
6. Association AP. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (Dsm-5). New York: American Psychologist; 2013.
7. Emangholipour S, Abyar Z, Khani H, Zamani N. [Effectiveness of group behavioral activation on depression, anxiety and stress in adjustment

درمانی بر ابعاد افسردگی از قبیل بعد عاطفی، شناختی و جسمانی است. نتایج پژوهش حاضر همسو با پژوهش‌های میلر، راتوس و لینهان [۲۲]، ون دن بوش [۱۷] و کروگر [۲۳] بود که همگی مؤید اثر بخشی رفتاردرمانگری دیالکتیک و مهارت آموزی گروهی در کاهش رفتارهای خود آسیبی، تنظیم هیجان و بهبود بخشیدن به تعدادی از مسائل خلقی و هیجانی نظیر افسردگی، اضطراب، خشم، بی‌ثباتی عاطفی و تحریک‌پذیری در افراد مورد مطالعه است. همچنین با یافته‌های چیو [۲۴]، لینچ و همکاران [۲۵] و هارلی و اسپیریچ [۲۶] مبنی بر اثربخشی رفتاردرمانی دیالکتیک در درمان افسردگی نیز همسو می‌باشد. نتایج مطالعه ما همچنین از یافته میلر در این رابطه که رفتار درمانی دیالکتیک منجر به کاهش معنی‌داری در شاخص نشانه‌های مثبت پریشانی می‌شود و از یافته پژوهش فیشر در این زمینه که مداخلات رفتاردرمانی دیالکتیک منجر به کاهش سطح کلی پریشانی می‌گردد حمایت می‌کند [۱۱، ۲۲]. آنتونی و همکاران نیز یک مطالعه فراتحلیلی از تمامی مطالعاتی که تا سال ۲۰۰۶ اثربخشی رفتاردرمانی دیالکتیکی بر نشانه‌های افسردگی را گزارش کرده‌اند انجام داده که نشان می‌دهد 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 [۱۱]. [۲۷]. پژوهشی که تأثیر این درمان بر اختلالات خلقی را نفی کند، نشان داده نشده 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. عدم دسترسی به ابزار

- disorders: Three case study]. *J Clin Psychol.* 2015;5(4):73-84.
8. Sharp LK, Lipsky MS. Screening for depression across the lifespan: a review of measures for use in primary care settings. *Am Fam Physician.* 2002;66(6):1001-8. PMID: 12358212
9. Diamond J. Gender and depression: Typical and atypical symptoms and suicide risk: ProQuest; 2008.
10. Barron LW. Effect of religious coping skills training with group cognitive-behavioral therapy for treatment of depression: ProQuest; 2007.
11. Alavi K, Modarres Gharavi M, Amin-Yazdi S, 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 Fundam Ment Health.* 2011;13(2):124-35.
12. Zamani N, Ahmadi V, Ataie Moghanloo V, Mirshekar S. [Comparing the effectiveness of two therapeutic methods: Dialectical behavioral therapy and cognitive behavior therapy on the improvement of impulsive behavior in the patients suffering from major depressive disorder who are showing a

- tendency to suicide]. *J Ilam Univ Med Sci*. 2014;22(5):45-54.
13. Linehan M. *Dialectical Behavior frequently Asked Questions* Seattle, USA Behavioral Tech, LLC; 2008. Available from: <http://www.behavioraltech.org>.
 14. Soler J, Pascual JC, Tiana T, Cebria 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. DOI: 10.1016/j.brat.2009.01.013 PMID: 19246029
 15. Clarkin JF, Levy KN, Lenzenweger MF, Kernberg OF. Evaluating three treatments for borderline personality disorder: a multiwave study. *Am J Psychiatry*. 2007;164(6):922-8. DOI: 10.1176/ajp.2007.164.6.922 PMID: 17541052
 16. 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 PMID: 18076762
 17. 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. PMID: 12369475
 18. Beck A, Steer R, Brown G. *Manual for the beck depression inventory-II*. San Antonio, TX: The psychological corporation; 2000.
 19. Fathiashtiani A, Dadsetan M. [Psychological tests personality and mental health]. Tehran, Iran: Besat 2008.
 20. Karbalaee Mohammad Meigouni A, 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.
 21. Alilou M, Sharifi M. [Dialectical behavior therapy for border line personality disorder]. Tehran, Iran: Tehran university press; 2012.
 22. Miller A, Rathus J, Linehan M. *Dialectical behavior therapy with suicidal adolescents*: Guilford Press; 2006.
 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 PMID: 16226222
 24. Chew C. *The effect of dialectical behavioral therapy on moderately depressed adults: A multiple baseline design*. Denver: University of Denver; 2006.
 25. Lynch TR, Cheavens JS, Cukrowicz KC, Thorp SR, Bronner L, Beyer J. Treatment of older adults with co-morbid personality disorder and depression: a dialectical behavior therapy approach. *Int J Geriatr Psychiatry*. 2007;22(2):131-43. DOI: 10.1002/gps.1703 PMID: 17096462
 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 PMID: 18277222
 27. Anthony C. *A qualitative and quantitative review of the published research on dialectical behavior therapy: An update on school*. USA: Sam Houston State University; 2007.