

## مقاله‌ی پژوهشی

## اثر بخشی رفتار درمانی دیالکتیک مبتنی بر آموزش تنظیم هیجان بر علایم افسردگی

## خلاصه

**مقدمه:** افسردگی یکی از شایع‌ترین اختلالات روانی با رشد روزافزون است. با توجه به نقش تنظیم هیجان در مشکلات روان‌شناختی و از جمله افسردگی، مطالعه‌ی حاضر، اثر رفتار درمانی دیالکتیکی مبتنی بر آموزش تنظیم هیجان را بر علایم افسردگی مراجعه‌کنندگان به یکی از کلینیک‌های روان‌شناسی بررسی نموده است.

**روش کار:** این کارآزمایی بالینی با جامعه‌ی آماری شامل تمام مراجعان به یکی از کلینیک‌های روان‌شناسی شهر مشهد از بهمن ۱۳۹۱ تا فروردین ۱۳۹۲ با روش نمونه‌گیری در دسترس انجام گرفته است. معیار ورود دریافت نمره‌ی ۲۰ و بالاتر در پرسش‌نامه‌ی افسردگی بک و معیار خروج شامل دریافت مداخله‌ی دیگر، اعم از دارودرمانی و روان‌درمانی در زمینه‌ی افسردگی در زمان اجرای پژوهش بود. تعداد ۳۰ نفر، به طور تصادفی و تعداد برابر در گروه آزمون (آموزش تنظیم هیجان مبتنی بر رفتار درمانی دیالکتیک در ۸ جلسه به صورت دو بار در هفته) و گروه شاهد، قرار گرفتند که با پیش‌آزمون و پس‌آزمون و پی‌گیری یک ماهه بررسی شدند. ابزار بررسی، پرسش‌نامه‌ی افسردگی بک و مقیاس دشواری‌های هیجانی بود.

برای تحلیل داده‌ها از آماره‌های توصیفی و آزمون تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر و آزمون تی تحت نرم‌افزار SPSS نسخه‌ی ۱۶ استفاده شد.

**یافته‌ها:** گروه آزمون در مقایسه با گروه شاهد کاهش معنی‌داری در نشانه‌های افسردگی ( $F_{(1,28)}=62/9, P=0/01$ ) و دشواری‌های تنظیم هیجان ( $P=0/01$ )، ( $F_{(1,28)}=15/9$ ) نشان دادند که در پی‌گیری یک‌ماهه نیز حفظ شده بود.

**نتیجه‌گیری:** به نظر می‌رسد آموزش تنظیم هیجان مبتنی بر رفتار درمانی دیالکتیکی منجر به کاهش موثر و ماندگار نشانه‌های افسردگی و دشواری‌های تنظیم هیجان می‌گردد.

**واژه‌های کلیدی:** افسردگی، رفتار درمانی دیالکتیکی، هیجان

\* نادیا شاملو

کارشناسی ارشد روان‌شناسی بالینی، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد ساوه

مرتضی مدرس غروی

استادیار روان‌شناسی بالینی، مرکز تحقیقات روان‌پزشکی و علوم رفتاری، دانشگاه علوم پزشکی مشهد

نگار اصغری پور

استادیار روان‌شناسی بالینی، مرکز تحقیقات روان‌پزشکی و علوم رفتاری، دانشگاه علوم پزشکی مشهد

\*مؤلف مسئول:

گروه روان‌شناسی بالینی، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد ساوه، ساوه، ایران

nadyashamloo@gmail.com

تاریخ وصول: ۹۲/۰۲/۲۷

تاریخ تایید: ۹۲/۰۷/۲۳

## پی‌نوشت:

این مطالعه‌ی برگرفته از پایان‌نامه، در سایت کارآزمایی‌های بالینی با کد IRCT2013110515284N1 به ثبت رسیده و با تایید کمیته‌ی پژوهشی دانشگاه آزاد اسلامی واحد ساوه بدون حمایت مالی انجام شده و با منافع نویسندگان ارتباطی نداشته است. از همکاری افراد شرکت‌کننده در این تحقیق، سپاسگزاری می‌گردد.

## Original Article

### The effectiveness of dialectical behavior therapy based on emotion regulation training on depression symptoms

#### Abstract

**Introduction:** Depression is one of the most common psychological disorders with developmental growth. Considering to the role of emotional regulation in psychological disorders such as depression, this study aimed to assess the effectiveness of dialectical behavior therapy based on emotion regulation training on the depression symptoms among referred patients to a psychology clinic in Mashhad city.

**Materials and Methods:** The population of this clinical trial including all persons who had referred to the one of the Mashhad psychology clinics from January to March 2013 and were selected by available sampling method. The inclusion criteria was receiving 20 or more scores in Beck Depression Inventory-II and the exclusion criteria included another intervention, including any medicine and psychotherapy during this project. 30 participants were divided randomly to experimental (dialectical behavior therapy based on emotion regulation training in 8 sessions, twice a week) and control group, equally. The tools of this study were BDI-II and Difficulties of Emotion Regulation Scale (DERS). Data were collected in three points (pre-test, post-test and one month follow-up) and then analyzed by repeated measurement-analysis of variance in SPSS software version 16.

**Results:** It was indicated that, the experimental in comparison with the control group had significant decrease in depression symptoms ( $P=0.01$ ,  $F(1,28)=62.9$ ) and difficulties of emotion regulation ( $P=0.01$ ,  $F(1,28)=15.9$ ). The results were stable through one month.

**Conclusion:** Dialectical behavior therapy based on emotion regulation training led to significant decrease in depression symptoms and difficulties of emotion regulation.

**Keywords:** Depression, Dialectical behavior therapy, Emotion

\* Nadiya Shamloo

M.Sc. in clinical psychology, Islamic Azad University, Branch of Saveh

Morteza Modarres Gharavi

Assistant professor of clinical psychology, Psychiatry and Behavioral Sciences Research Center, Mashhad University of Medical Sciences

Negar Asgharipour

Assistant professor of clinical psychology, Psychiatry and Behavioral Sciences Research Center, Mashhad University of Medical Sciences

\*Corresponding Author:

Department of clinical psychology, Islamic Azad University, Branch of Saveh, Saveh, Iran

nadyashamloo@gmail.com

Received: May. 17, 2013

Accepted: Oct. 15, 2013

#### Acknowledgement:

This study was derived from dissertation and registered in Iranian Clinical Trial Registration with code IRCT2013110515284N1 and approved by Research Committee of Islamic Azad University, Branch of Saveh. No grant has supported this research and the authors had no conflict of interest with the results.

#### Vancouver referencing:

Shamloo N, Modarres Gharavi M, Asgharipour N. The effectiveness of dialectical behavior therapy based on emotion regulation training on depression symptoms. *Journal of Fundamentals of Mental Health* 2014; 16(3): 261-71.

## مقدمه

فراگیر، اضطراب اجتماعی، اختلالات خوردن، اختلالات مرتبط با الکل و مصرف مواد نشان داده‌اند (به نقل از ۸). افراد افسرده نسبت به سایر افراد در میزان اندوهگین شدن متفاوت نیستند، بلکه ویژگی آن‌ها ناتوانی در بازسازی یا تنظیم خلق به هنگام غمگین شدن است؛ زیرا ایشان به جای کاهش هیجان منفی، آن را افزایش می‌دهند (۱۴). در حقیقت، بیشتر احتمال دارد که افراد مستعد افسردگی از راهبرد فرونشانی فکر<sup>۲</sup> استفاده کنند، راهبردی که می‌تواند هیجان منفی را افزایش داده و بیشتر شعله‌ور سازد. در مقابل افرادی که از باز-ارزیابی شناختی<sup>۳</sup> برای مدیریت هیجان منفی استفاده می‌کنند، نشانه‌های افسردگی کمتری دارند (به نقل از ۱۴). همچنین استفاده از راهبرد فرونشانی، ارتباط ویژه‌ای با وقوع افسردگی دارد (۱۶، ۱۵).

برای درمان افسردگی، روش‌های متعددی اعم از دارویی و روان‌شناختی وجود دارد و روش‌های روان‌شناختی گوناگونی نیز در درمان افسردگی به کار می‌روند (۱۷). درمان‌های شناختی-رفتاری بیشتر از سایر روش‌ها در درمان این اختلال مورد استفاده قرار می‌گیرند و مشخص شده است که به اندازه-ی داروها در کاهش علائم افسردگی حاد نقش دارند و شاید دوام اثر آن‌ها از داروها نیز بیشتر باشد (۱۸). از این دسته از درمان‌های شناختی-رفتاری، می‌توان از رفتاردرمانی دیالکتیکی<sup>۴</sup> (DBT) نام برد. این روش توسط لینهان<sup>۵</sup> ایجاد و گسترش یافت. در دهه‌ی ۱۹۷۰ لینهان کوشید درمان شناختی-رفتاری را در درمان زنان مبتلا به اختلال شخصیت مرزی با اعمال خودکشی، افکار خودکشی و رفتارهای خودآسیب‌رسان به صورت مزمن به کار بندد. اما روش شناختی-رفتاری با وجود مزایای فراوان در درمان این افراد با مشکلاتی مواجه گردید، همین امر لینهان و گروهش را بر آن داشت که تغییراتی در این شیوه‌ی درمانی ایجاد نموده، آن را تکمیل نمایند و در سال ۱۹۹۳ این شیوه‌ی جدید با موفقیت در تنظیم هیجان افراد مبتلا به اختلال شخصیت مرزی به کار رفت (۱۹).

اختلال افسردگی، یکی از علل مهم ناتوانی و از موضوعات مهم مطرح در زمینه‌ی بهداشت عمومی در سطح جهان است (۱). در سال ۲۰۰۰ برآورد شده است که افسردگی، علت ۴/۴ درصد از کل ناتوانی‌ها بر اساس سال‌های عمر فرد می‌باشد (۲) و پیش‌بینی شده است که در سال‌های ۲۰۲۰ و ۲۰۳۰ از نظر تحمیل بار و هزینه، رتبه‌ی دوم را در بین بیماری‌ها به خود اختصاص دهد (۳، ۴). شیوع این اختلال در کشورهای مختلف، متفاوت است و در کشور ما نیز شیوع افسردگی بر اساس یک مطالعه‌ی مروری سیستماتیک در حد ۴/۱ درصد افراد جامعه‌ی ایرانی برآورد گردیده است (۵).

با وجود انواع روش‌های درمانی موثر برای افسردگی، بسیاری از بیماران تشخیص داده نشده یا درمان نمی‌شوند (۶) و حتی با وجود درمان‌های مطلوب دارویی نیز بخش قابل توجهی از بیماران درمان شده (۴۰-۲۰٪) همچنان از علائم افسردگی رنج می‌برند (۷).

شیوع بالا و عوارض زیاد افسردگی سبب شده است که بررسی علل و راهبردهای درمانی موثر برای این اختلال، مورد توجه پژوهشگران و متخصصان سلامت روان قرار گیرد.

یکی از مهم‌ترین حوزه‌هایی که در دهه‌ی اخیر در زمینه‌ی سبب‌شناسی افسردگی مورد توجه قرار گرفته است، تنظیم هیجان<sup>۱</sup> می‌باشد. تنظیم هیجان به فرایندی اشاره دارد که از طریق آن افراد، هیجان‌های خود را به شکل هوشیار یا ناهوشیار تعدیل می‌کنند تا به گونه‌ای مناسب به عوامل محیطی پاسخ دهند (۸). به عبارتی دیگر تنظیم هیجان، فرایند مدیریت احساسات اعم از مثبت و منفی است که نقش تسهیل‌کننده‌ای در تصمیم‌گیری و روابط بین فردی افراد دارد (۹). تنظیم هیجان، مسئله‌ی مهمی در زمینه‌ی سلامت روان می‌باشد (۱۰). بر اساس پژوهش‌های صورت گرفته، تنظیم هیجانی و مشکلات مرتبط با آن در ایجاد اختلال افسردگی و بسیاری دیگر از مشکلات روان‌شناختی نقش دارند (۱۱-۱۳). پژوهش‌های متعددی نقش دشواری در تنظیم هیجان را در اختلالات شخصیت مرزی، افسردگی عمده، اختلال دوقطبی، اضطراب

<sup>2</sup>Thought Suppression<sup>3</sup>Cognitive Reappraisal<sup>4</sup>Dialectical Behavior Therapy<sup>5</sup>Linehan<sup>1</sup>Emotion Regulation

معیار ورود به مطالعه شامل دریافت نمره‌ی ۲۰ و بالاتر در ویرایش دوم پرسش‌نامه‌ی افسردگی بک و مصاحبه‌ی بالینی توسط دکترای روان‌شناسی بالینی و معیار خروج شامل دریافت تشخیصی دیگر در محور یک یا دو بر اساس چهارمین ویراست آماری و تشخیصی اختلالات روانی، دریافت هر گونه مداخله‌ی دیگر، اعم از دارودرمانی و روان‌درمانی در زمینه‌ی افسردگی در زمان اجرای پژوهش بود.

حجم نمونه بر اساس حجم نمونه ذکر شده در منابع برای پژوهش‌های مداخله‌ای، ۳۰ نفر (۳۰) و با در نظر گرفتن احتمال ریزش، ۴۰ نفر (۲۰) نفر در گروه آزمون و ۲۰ نفر در گروه شاهد) در نظر گرفته شد و افراد به شیوه‌ی تناسب تصادفی در دو گروه آزمون و شاهد، قرار گرفتند. شایان ذکر است که جهت رعایت ملاحظات اخلاقی، قبل از انجام پژوهش در خصوص اهداف و نحوه‌ی کار به افراد توضیح داده شد و در ضمن اخذ رضایت‌نامه جهت شرکت در مطالعه، به آنان اطمینان داده شد که اطلاعات‌شان محرمانه باقی خواهد ماند و در هر مرحله از تحقیق در صورت عدم تمایل مجاز به انصراف از شرکت در پژوهش می‌باشند.

#### ابزار سنجش

الف- ویرایش دوم پرسش‌نامه‌ی افسردگی بک<sup>۴</sup> (BDI-II): یک ابزار خودگزارشی ۲۱ گویه‌ای است که برای سنجش شدت افسردگی و نشانه‌های آن طراحی شده است. ماده‌های این پرسش‌نامه با استفاده از یک مقیاس لیکرت چهار درجه‌ای (از صفر تا سه) نمره‌گذاری می‌شوند و نمره‌های بالاتر حاکی از شدت افسردگی بیشتر هستند. نمره‌های زیر را می‌توان برای نشان دادن سطح کلی افسردگی به کار برد: صفر تا ۱۳ (هیچ یا کمترین میزان افسردگی)، ۱۴ تا ۱۹ (افسردگی خفیف)، ۲۰ تا ۲۸ (افسردگی متوسط)، ۲۹ تا ۶۳ (افسردگی شدید) (۳۱).

ضرایب به دست آمده در تعیین همسانی دورنی این ابزار از ۰/۷۳ تا ۰/۹۲ متغیر بوده است (۳۱). در ایران ویژگی‌های روان‌سنجی این پرسش‌نامه به صورت ضریب آلفای ۰/۹۱،

در این رویکرد، اصل تغییر در درمان شناختی-رفتاری با اصل پذیرش در فنون فلسفه‌ی شرقی آمیخته شده و بر پایه‌ی چهار مولفه‌ی مداخله‌ای هوشیاری فراگیر بنیادین<sup>۱</sup> و تحمل پریشانی<sup>۲</sup> به عنوان مولفه‌های پذیرش و تنظیم هیجانی و کارآمدی بین فردی<sup>۳</sup> به عنوان مولفه‌های تغییر عمل می‌کند (۲۰). این روش جهت درمان اختلال شخصیت مرزی به رسمیت شناخته شده است (۲۲،۲۱) و علاوه بر آن با انجام پژوهش‌های متعدد، اثر آن در درمان بسیاری اختلالات روان‌پزشکی دیگر از جمله اختلالات خوردن، سوء مصرف مواد، اختلال بیش‌فعالی و نقص توجه، افکار خودکشی، رفتارهای خودآسیب‌رسانی و افسردگی نیز مشخص شده است (۲۹-۲۳).

لذا بنا بر اهمیت اختلال افسردگی از لحاظ شیوع و تحمیل عواقب و آسیب‌های ناشی از آن، و لزوم ارایه‌ی راهکار درمانی مناسب و به‌کارگیری شیوه‌های نوین روان‌شناختی و بررسی نتایج درمانی این روش‌ها که کمتر در کشور ما مورد مطالعه قرار گرفته‌اند، کارآزمایی بالینی حاضر با هدف بررسی اثربخشی درمان رفتاری دیالکتیک بر اساس آموزش تنظیم هیجان بر علائم افسردگی افراد مراجعه‌کننده به یکی از کلینیک‌های روان‌شناسی شهر مشهد انجام پذیرفت.

#### روش کار

این پژوهش از نوع کارآزمایی بالینی با طرح پیش‌آزمون و پس‌آزمون با استفاده از گروه شاهد و آزمون است که با جامعه‌ی آماری شامل تمام مراجعان به یکی از کلینیک‌های روان‌شناسی شهر مشهد در فاصله‌ی بهمن ۱۳۹۱ تا فروردین ۱۳۹۲ با روش نمونه‌گیری در دسترس انجام گرفته است. دو گروه مورد بررسی شامل گروه آزمون (گروه تحت آموزش تنظیم هیجان مبتنی بر رفتاردرمانی دیالکتیک) و گروه شاهد (گروهی که در جلسات گفتگوی آزاد بدون ساختار خاص شرکت کرد) می‌باشد که با استفاده از پیش‌آزمون و پس‌آزمون و پی‌گیری یک ماهه مورد بررسی قرار گرفتند.

<sup>۱</sup>Core Mindfulness

<sup>۲</sup>Distress Tolerance

<sup>۳</sup>Interpersonal Effectiveness

<sup>۴</sup>Beck Depression Inventory

پرسش‌نامه‌ی افسردگی بک نمرات ۲۰ به بالا دریافت کردند، برای شرکت در پژوهش دعوت به عمل آمد.

پس از این که تعداد افرادی که برای مشارکت در پژوهش اعلام آمادگی کردند به ۴۰ نفر رسید، مجدداً پرسش‌نامه‌ی افسردگی بک و پرسش‌نامه‌ی دشواری‌های تنظیم هیجان، تکمیل و این داده‌ها به عنوان پیش‌آزمون در نظر گرفته شد.

پس از آن آزمودنی‌ها به صورت تصادفی در دو گروه ۲۰ نفری آزمون و شاهد قرار گرفتند. گروه آزمون طی چهار هفته (دو جلسه در هفته)، هشت جلسه‌ی آموزش تنظیم هیجان مبتنی بر رفتاردرمانی دیالکتیکی دریافت کردند. محتوای این مداخله‌ی هشت جلسه‌ای به این صورت بود: جلسه‌ی اول (آموزش شناسایی و برجسب زدن هیجان‌ها): شناسایی هیجان‌ها، آشنایی با کارکرد آن‌ها، معرفی انواع تجارب هیجانی. جلسه‌ی دوم (ادامه‌ی آموزش شناسایی و برجسب زدن هیجان‌ها): نقش هیجان‌ها در زندگی مردم، افسانه‌های موجود در مورد هیجان‌ها، معرفی نظریه‌ی هیجانی رفتاردرمانی دیالکتیکی. جلسه‌ی سوم: شناسایی موانع تغییر هیجان‌ها و رفع آن‌ها. جلسه‌ی چهارم: استفاده از فنون کاهش آسیب‌پذیری نسبت به هیجان‌ها. جلسه‌ی پنجم: افزایش رویدادهای هیجانی مثبت در زندگی مراجعان. جلسه‌ی ششم (افزایش ذهن آگاهی نسبت به هیجان‌های جاری): آموزش تجربه‌ی هیجان‌ها بدون قضاوت در مورد آن‌ها و تلاش برای متوقف‌سازی آن‌ها. جلسه‌ی هفتم (آموزش راهبرد واکنش متضاد و استفاده از فنون تحمل‌پریشانی): تغییر مولفه‌ی رفتاری-ابرازی هیجان به گونه‌ای که در تضاد با هیجان تجربه شده باشد، آموزش تحمل هیجان‌های منفی بدون انجام واکنش‌های تکانشی که به بدتر شدن موقعیت می‌انجامد. جلسه‌ی هشتم: جمع‌بندی و خاتمه‌ی درمان (۳۴).

گروه شاهد نیز طی چهار هفته در هشت جلسه‌ی بحث و گفتگوی آزاد شرکت کردند. موضوعات بحث به انتخاب مراجعان و پیرامون مسایل و مشکلاتی بود که در زندگی روزمره با آن مواجه بودند. جلسات توسط یک رهبر هدایت می‌شد که نقش اداره‌ی جلسه و حفظ نظم را به عهده داشت. برای این که دو گروه تنها به لحاظ محتوای آموزش داده شده

ضریب همبستگی میان دو نیمه‌ی آزمون ۰/۸۹ و ضریب بازآزمایی ۰/۹۴ محاسبه شده است (۳۲).

ب- مقیاس دشواری‌های تنظیم هیجان<sup>۱</sup> (DERS): شاخصی خودگزارشی برای ارزیابی دشواری‌های موجود در تنظیم هیجان است که دارای ۳۶ آیتم و ۶ خرده‌مقیاس می‌باشد. خرده‌مقیاس‌ها عبارتند از: عدم پذیرش، دشواری‌های رفتار هدف‌مند (اهداف)، دشواری‌های کنترل تکانه (تکانه)، فقدان آگاهی هیجانی (آگاهی)، دسترسی محدود به راهبردهای تنظیم هیجانی (راهبردها)، فقدان شفافیت هیجانی (شفافیت). آیتم‌ها بر اساس یک مقیاس لیکرتی پنج درجه‌ای (از یک تا پنج) نمره‌گذاری می‌شوند و نمرات بالاتر، نشان‌دهنده‌ی دشواری بیشتر در تنظیم هیجان است (۲۰).

گراتز و رومر<sup>۲</sup> در بررسی پایایی آن، گزارش کرده‌اند که این مقیاس دارای همسانی درونی بالا برای کل مقیاس ( $\alpha=0/93$ ) و خرده‌مقیاس‌های عدم پذیرش ( $\alpha=0/85$ )، اهداف ( $\alpha=0/89$ )، تکانه ( $\alpha=0/86$ )، آگاهی ( $\alpha=0/80$ )، راهبردها ( $\alpha=0/88$ ) و شفافیت ( $\alpha=0/84$ ) می‌باشد و پایایی آزمون-بازآزمون خوب برای نمرات کلی این مقیاس ( $\alpha=0/88$ )،  $P=0/01$  و هم‌چنین برای خرده‌مقیاس‌ها (۰/۶۹ برای عدم پذیرش، ۰/۶۹ برای اهداف، ۰/۵۷ برای تکانه، ۰/۶۸ برای آگاهی، ۰/۸۹ برای راهبردها و ۰/۸۰ برای شفافیت،  $P<0/01$ ) می‌باشد (۳۳).

هم‌چنین پایایی همسانی درونی فرم فارسی این مقیاس، طی یک مطالعه‌ی مقدماتی بر روی ۴۸ دانشجوی دانشگاه‌های فردوسی و علوم پزشکی مشهد (۳۱ زن و ۱۷ مرد)، محاسبه شد. همسانی درونی بالایی برای کل مقیاس ( $\alpha=0/86$ ) و هم‌چنین برای خرده‌مقیاس‌ها (۰/۷۵ برای عدم پذیرش، ۰/۷۴ برای اهداف، ۰/۷۶ برای تکانه، ۰/۶۳ برای آگاهی، ۰/۷۴ برای راهبردها و ۰/۸۵ برای شفافیت) مشخص گردید (۲۰).

جهت اجرای تحقیق، ابتدا ویرایش دوم پرسش‌نامه‌ی افسردگی بک در اختیار تمام مراجعان به یکی از کلینیک‌های روان‌شناسی شهر مشهد در فاصله‌ی زمانی بهمن ۱۳۹۱ تا فروردین ماه ۱۳۹۲ قرار گرفت. از این میان افرادی که در

<sup>1</sup>Difficulties of Emotion Regulation

<sup>2</sup>Gratz and Roemer

پیش‌آزمون (میانگین $\pm$ انحراف معیار)	۲۳ $\pm$ ۲/۲	پیش‌آزمون (میانگین $\pm$ انحراف معیار)	۲۲/۹۳ $\pm$ ۲/۸
پس‌آزمون (میانگین $\pm$ انحراف معیار)	۱۸/۳۳ $\pm$ ۲/۷	پس‌آزمون (میانگین $\pm$ انحراف معیار)	۲۲/۴ $\pm$ ۲/۷
پی‌گیری (میانگین $\pm$ انحراف معیار)	۱۸/۸ $\pm$ ۲/۹	پی‌گیری (میانگین $\pm$ انحراف معیار)	۲۲/۲۷ $\pm$ ۲/۱

### جدول ۲- میانگین و انحراف معیار نمرات دشواری‌های هیجانی

نمونه‌ها در پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پی‌گیری

اندازه‌گیری	گروه آزمون	اندازه‌گیری	گروه شاهد
پیش‌آزمون (میانگین $\pm$ انحراف معیار)	۱۰۶/۱ $\pm$ ۱۶/۶	پیش‌آزمون (میانگین $\pm$ انحراف معیار)	۱۰۴/۰ $\pm$ ۲۲/۸
پس‌آزمون (میانگین $\pm$ انحراف معیار)	۹۳/۴ $\pm$ ۱۶/۳	پس‌آزمون (میانگین $\pm$ انحراف معیار)	۱۰۰/۰ $\pm$ ۲۲/۷
پی‌گیری (میانگین $\pm$ انحراف معیار)	۹۵/۱ $\pm$ ۱۴/۵	پی‌گیری (میانگین $\pm$ انحراف معیار)	۱۰۱/۱ $\pm$ ۲۲/۴

نتیجه‌ی آزمون تحلیل واریانس با مقادیر تکراری نشان‌دهنده-ی این است که بین گروه مورد و شاهد و مراحل مختلف اندازه‌گیری، اختلاف معنی‌داری وجود دارد ( $F=۸/۸$ )،  $(P=۰/۰۱)$ . برای تعیین این که تفاوت‌ها مربوط به کدام یک از اندازه‌گیری‌ها است نتیجه‌ی آزمون دو به دو آنها به شرح زیر است (جدول ۳ و ۴):

### جدول ۳- آزمون مقابله‌ای درون‌آزمودنی افسردگی

منبع تغییرات	مقایسه‌های دو به دو	مجموع مجدورات	درجه آزادی	میانگین مجدورات	F	P
هم‌پراش	پیش-آزمون با پس-آزمون	۲۰۲/۸	۱	۲۰۲/۸	۹۹/۵	۰/۰۱
پس-آزمون با پی‌گیری	پس-آزمون با پی‌گیری	۰/۸۳	۱	۰/۸۳	۰/۹۲	۰/۲۵
هم-پراش x گروه	پیش-آزمون با پس-آزمون	۱۲۸/۱۳	۱	۱۲۸/۱۳	۶۲/۹	۰/۰۱
پس-آزمون با پی‌گیری	پس-آزمون با پی‌گیری	۲/۷	۱	۲/۷	۳	۰/۰۹۶

با هم تفاوت داشته باشند، تمام قوانین گروه اعم از رازداری و مشارکت فعال در این گروه هم اعمال شد.

جلسات گروه آزمون و شاهد در تاریخ‌های یکسان برگزار شد و از مجموع ۴۰ آزمودنی ۳۰ نفر تا پایان پژوهش را همراهی کردند (۱۵ نفر در گروه آزمون و ۱۵ نفر در گروه شاهد) که داده‌های مربوط به آن‌ها مورد تحلیل قرار گرفت. داده‌های پیش‌آزمون یک روز پیش از شروع مداخله، داده‌های پس‌آزمون در پایان جلسه‌ی هشتم و داده‌های ارزیابی پی‌گیری، یک ماه پس از جلسه‌ی هشتم از هر دو گروه جمع‌آوری شد.

برای تحلیل داده‌ها از آماره‌های توصیفی (نظیر میانگین و انحراف استاندارد) و آزمون تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر و آزمون تی (به عنوان آزمون تعقیبی) و نرم‌افزار SPSS نسخه‌ی ۱۶ استفاده شد.

### نتایج

یافته‌های به دست آمده از تحلیل داده‌ها در مورد میزان افسردگی و دشواری‌های هیجانی ۳۰ نفر شرکت‌کننده در دو گروه آزمون و شاهد به قرار زیر است:

در بررسی وضعیت افسردگی گروه آزمون و شاهد در پیش‌آزمون میانگین نمره‌ی افسردگی گروه شاهد  $۲۲/۹ \pm ۲/۸$  و گروه آزمون  $۲۳/۰ \pm ۲/۲$  بوده که بر اساس آزمون تی ( $P=۰/۸۶۴$ )، تفاوت دو گروه پیش از انجام مداخله، معنی‌دار نبوده است. هم‌چنین میانگین نمرات دشواری‌های هیجانی گروه آزمون و شاهد نیز به ترتیب  $۱۰۶/۱ \pm ۱۶/۶$  و  $۱۰۴/۰ \pm ۲۲/۸$  بوده که این تفاوت در پیش‌آزمون از نظر آماری معنی‌دار نبوده است ( $P=۰/۸۱۷$ ). بر این اساس می‌توان بر اساس آن نسبت به همگن بودن نمونه‌ها از این جهت اطمینان یافت.

جدول ۱ و ۲ نمرات افسردگی و دشواری‌های هیجانی گروه آزمون و شاهد را در پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پی‌گیری یک-ماهه نشان می‌دهد.

### جدول ۱- میانگین و انحراف معیار نمرات افسردگی نمونه‌ها در

پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پی‌گیری

اندازه‌گیری	گروه آزمون	اندازه‌گیری	گروه شاهد
-------------	------------	-------------	-----------

اطلاعات جدول بالا نشان می‌دهد مقدار F گروه‌ها، در پیش-آزمون با پس‌آزمون، معنی‌دار است ( $F_{(1,28)}=15/9, P=0/01$ ). به عبارت صحیح‌تر، بین میانگین پیش‌آزمون و پس‌آزمون، تفاوت معنی‌داری وجود دارد. به طوری که اطلاعات جدول نشان می‌دهد میزان دشواری‌های هیجانی آزمودنی‌هایی که تحت آموزش تنظیم هیجان قرار گرفته‌اند، به طور معنی‌داری کاهش یافته است. هم‌چنین سطح معنی‌داری مقایسه‌ی پی-گیری با پس‌آزمون بالاتر از  $0/05$  می‌باشد. یعنی تفاوت معنی‌داری بین نمرات پس‌آزمون با پی‌گیری وجود ندارد ( $P=0/78$ ،  $F_{(1,28)}=0/83$ ). از این رو به نظر می‌رسد که تاثیر آموزش تنظیم هیجان در کاهش دشواری‌های هیجانی آزمودنی‌ها، در طول زمان یک‌ماهه‌ی پی‌گیری تقریباً پایدار مانده است.

### بحث

بر اساس یافته‌های مطالعه‌ی حاضر که با هدف بررسی اثربخشی آموزش تنظیم هیجان مبتنی بر رفتاردرمانی دیالکتیکی بر بهبود نشانه‌های افسردگی و کاهش دشواری‌های تنظیم هیجان انجام گرفت، مشخص گردید که گروه آزمون در مقایسه با گروه شاهد، کاهش معنی‌داری را در دشواری‌های تنظیم هیجان نشان داده و این کاهش را تا یک ماه پس از پایان درمان نیز حفظ کرده‌اند.

این یافته مویید این ادعای رفتاردرمانی دیالکتیکی است که با استفاده از فنون و مهارت‌های معرفی شده در بخش تنظیم هیجان برنامه‌ی درمانی خود، مشکلات مرتبط با تنظیم هیجان مراجعان را هدف قرار داده و بهبود می‌بخشد. هم‌چنین از اثربخشی آموزش تنظیم هیجان مبتنی بر رفتاردرمانی دیالکتیکی در کاهش علائم افسردگی، حمایت کرده و نشان می‌دهد که گروه آزمون در مقایسه با گروه شاهد، کاهش معنی‌داری را در علائم افسردگی نشان داده و این کاهش را تا یک ماه پس از پایان درمان نیز حفظ کرده‌اند. این یافته با مطالعات مطرح شده مبنی بر این که افسردگی را می‌توان پیامد تنظیم سازگاران‌هی هیجان به شمار آورد هم‌خوانی دارد. در راستای تایید یافته‌های حاصل از پژوهش‌های قبلی، نتایج مطالعه‌ی حاضر نشان می‌دهد که تغییر در راهبردهای تنظیم

خطا	پیش-آزمون با پس-آزمون	۵۸/۰۷	۲۸	۲/۰۴
خطا	پس-آزمون با پی‌گیری	۲۵/۵	۲۸	۰/۹۱

چنان که ملاحظه می‌شود سطح معنی‌داری مقدار F گروه‌ها در پیش‌آزمون با پس‌آزمون کمتر از  $0/05$  است ( $P<0/05$ )، یعنی تغییرات پس‌آزمون نسبت به پیش‌آزمون در گروه‌های آزمون و شاهد یکسان نیست، به طوری که بر اساس اطلاعات جدول ۳ میزان افسردگی آزمودنی‌های گروه آزمون پس از مداخله به طور معنی‌داری کاهش یافته است اما مقایسه‌ی پی‌گیری با پس‌آزمون معنی‌دار نیست ( $P=0/096$ ،  $F_{(1,28)}=2/97$ ). از این رو به نظر می‌رسد که تاثیر آموزش تنظیم هیجان مبتنی بر رفتار دیالکتیکی در کاهش علائم افسردگی، در طول زمان یک‌ماهه‌ی پی‌گیری تقریباً پایدار مانده است.

### جدول ۴- آزمون مقابله‌ای درون‌آزمودنی میزان دشواری‌های هیجانی

منبع تغییرات	مقایسه‌های دو به دو	مجموع مجدورات	درجه آزادی	میانگین مجدورات	F	P
هم‌پراش	پیش‌آزمون با پس-آزمون	۲۰۸۳/۳	۱	۲۰۸۳/۳	۵۸/۹۶	۰/۰۱
هم‌پراش × گروه	پس‌آزمون با پی‌گیری	۵۸/۸	۱	۵۸/۸	۲/۳	۰/۱۴
هم‌پراش × گروه	پیش‌آزمون با پس-آزمون	۵۶۳/۳	۱	۵۶۳/۳	۱۵/۹	۰/۰۱
خطا	پس‌آزمون با پی‌گیری	۲/۱	۱	۲/۱	۰/۰۸	۰/۷۸
خطا	پیش‌آزمون با پس-آزمون	۹۸۹/۳	۲۸	۳۵/۳		
خطا	پس‌آزمون با پی‌گیری	۷۲۳/۰۷	۲۸	۲۵/۸		

هیجان مورد استفاده از سوی افراد افسرده، باعث کاهش علائم افسردگی آنها می‌شود (۱۳-۲۹، ۲۸، ۱۱).

به عنوان مثال، مطالعه‌ی لینچ<sup>۱</sup> و همکاران بر روی ۳۴ بیمار مسن افسرده نشان داد که افزودن روش رفتاردرمانی دیالکتیکی به درمان دارویی ضدافسردگی در مقایسه با استفاده از داروها به تنهایی، منجر به کاهش معنی‌دار در علائم خودگزارشی افسردگی و اثرات چشمگیر بالینی در پی‌گیری شش‌ماهه‌ی این بیماران گردید، به گونه‌ای که تعداد کمی از بیماران تحت درمان با رفتاردرمانی دیالکتیکی و دارو در طی این زمان مجدداً افسردگی را تجربه نمودند، افزون بر آن راهکارهای مقابله‌ای در ایشان نسبت به گروه دارودرمانی، تغییر و بهبود یافت که این امر در استعداد ابتلا به افسردگی موثر می‌باشد (۲۸) که این یافته‌ها با نتایج مطالعه‌ی حاضر در یک راستا است.

هم‌چنین مطالعه‌ی هارلی<sup>۲</sup> و همکاران در بررسی اثربخشی افزودن رفتاردرمانی دیالکتیکی بر بیماران افسرده‌ی مقاوم به درمان با وجود مصرف کافی داروهای ضدافسردگی، نشان داد که آموزش مهارت‌های رفتاردرمانی دیالکتیکی منجر به کاهش معنی‌دار علائم افسردگی در ایشان می‌گردد. در این مطالعه، ۲۴ بیمار افسرده‌ی مقاوم به درمان به صورت تصادفی در دو گروه رفتاردرمانی دیالکتیکی و گروه شاهد قرار گرفتند. ۱۹ نفر از افراد تا انتهای مطالعه باقی ماندند (۱۰ نفر در گروه آزمون و ۹ نفر در گروه شاهد). این افراد از نظر علائم افسردگی با دو معیار افسردگی هامیلتون تکمیل شونده توسط پزشک و پرسش‌نامه‌ی خودگزارشی افسردگی بک، به صورت پیش‌آزمون و پس‌آزمون بررسی شدند. بر اساس هر دو مقیاس، علائم افسردگی در گروه رفتاردرمانی دیالکتیکی نسبت به گروه شاهد کاهش یافت و اندازه اثر آن در هر دو مقیاس، بزرگ گزارش گردید که حاکی از اثربخشی این روش درمانی است (۳۵).

در ایران مطالعه‌ی علوی و همکاران، در بررسی اثربخشی رفتاردرمانی دیالکتیکی به شیوه‌ی گروهی بر نشانه‌های

افسردگی دانشجویان نشان داد که استفاده از این شیوه‌ی درمانی در کاهش نشانه‌های افسردگی حتی در پی‌گیری یک-ماهه، موثر بوده است که با مطالعه‌ی حاضر همسو بوده اما در شاخص دشواری‌های تنظیم هیجانی تفاوت معنی‌داری بین دو گروه آزمون و شاهد مشاهده نگردید که از این لحاظ با پژوهش حاضر ناهمسو است (۲۰).

نتایج مطالعه‌ی صالحی و همکاران در بررسی تاثیر دو روش آموزش تنظیم هیجان مبتنی بر مدل فرایند گراس و رفتاردرمانی دیالکتیک بر علائم مشکلات هیجانی دانشجویان حاکی از این بود که فقط روش رفتاردرمانی دیالکتیک منجر به کاهش علائم افسردگی دانشجویان گردید که با پژوهش حاضر همسو است (۳۶).

بر اساس نتایج مطالعه‌ی حاضر و سایر مطالعات صورت گرفته، چنین برمی‌آید که رفتاردرمانی دیالکتیک بر مبنای آموزش تنظیم هیجان در کاهش مشکلات هیجانی افراد که خود منشا بسیاری مشکلات روان‌شناختی از جمله افسردگی است، اثر مثبتی دارد و علاوه بر کاهش علائم افسردگی می‌تواند در پیشگیری از تکرار دوره‌های افسردگی و یا حتی ابتلا به این اختلال در افراد مستعد، موثر باشد.

البته لازم به ذکر است که مطالعه‌ی حاضر با محدودیت‌هایی نیز مواجه بوده است که از آن جمله می‌توان به عدم امکان نمونه‌گیری تصادفی به صورت اولیه که به افزایش نیرومندی نتایج و توان تعمیم‌پذیری آنها می‌انجامد اشاره کرد. پیشنهاد می‌شود این محدودیت با تکرار مطالعه‌ی حاضر بر جمعیت‌های مختلف در موقعیت‌های متنوع رفع گردد.

از آن جا که هدف مطالعه‌ی حاضر، یافتن یک گزینه‌ی درمانی موثرتر از درمان‌های رایج کنونی برای افسردگی بوده است، اگر گروه دریافت‌کننده‌ی آموزش تنظیم هیجان مبتنی بر رفتاردرمانی دیالکتیکی با یک گروه دریافت‌کننده‌ی یکی از درمان‌های رایج افسردگی (به عنوان مثال درمان شناختی-رفتاری) و یک گروه فهرست انتظار مقایسه می‌شد، نتایج مطالعه بهتر می‌توانست اثر آموزش تنظیم هیجان مبتنی بر رفتاردرمانی دیالکتیکی را با درمان‌های رایج در درمان علائم افسردگی مقایسه نماید. در مطالعه‌ی حاضر به دلیل محدودیتی

<sup>1</sup>Lynch

<sup>2</sup>Harley



**نتیجه گیری** یافته‌های پژوهش حاضر نشان می‌دهد که از طریق آموزش مهارت‌های تنظیم هیجان و جایگزینی راهبردهای ناسازگارانه-ی تنظیم هیجان با راهبردهای ماهرانه و انطباقی می‌توان دشواری‌های موجود در تنظیم هیجان و علایم افسردگی را بهبود بخشید.

که پژوهشگر در جلب همکاری مراکز ارایه‌دهنده‌ی خدمات روان‌شناختی با آن مواجه بود، ناگزیر شد که آزمودنی‌های خود را از یک مرکز انتخاب کند و در نتیجه، آزمودنی کافی برای اجرای طرح سه گروهی را در اختیار نداشت. مطالعات آینده می‌توانند با رفع محدودیت‌های یاد شده، حمایت پژوهشی قابل توجهی را برای یافته‌های مطالعه حاضر فراهم آورند.

### References

1. Ustun TB, Ayuso-Mateos JL, Chatterji S, Mathers C, Murray CJ. Global burden of depressive disorders in the year 2000. *Br J Psychiatry* 2004; 184: 386-92.
2. Meyer C. Depressive disorders were the fourth leading cause of global disease burden in the year 2000. *Evid Based Ment Health* 2004; 7(4): 123.
3. Murray CJ, Lopez AD. Alternative projections of mortality and disability by cause 1990-2020: Global Burden of Disease Study. *Lancet* 1997; 349: 1498-504.
4. Mathers CD, Loncar D. Projections of global mortality and burden of disease from 2002 to 2030. *PLoS Med* 2006; 3(11): e442.
5. Sadeghirad B, Haghdoost AA, Amin-Esmaili M, Shahsavand Ananloo E, Ghaeli P, Rahimi-Movaghar A, et al. Epidemiology of major depressive disorder in Iran: A systematic review and meta-analysis. *Int J Prev Med* 2010; 1(2): 81-91.
6. Gelenberg AJ, Hopkins HS. Assessing and treating depression in primary care medicine. *Am J Med* 2007; 120(2): 105-8.
7. Keitner GI, Ryan CE, Solomon DA. Realistic expectations and a disease management model for depression patients with persistent symptoms. *J Clin Psychiatr* 2006; 67(9): 1412-21.
8. Tortella-Feliu M, Balle M, Sese A. Relationships between negative affectivity, emotion regulation, anxiety, and depressive symptoms in adolescents as examined through structural equation modeling. *J Anxiety Disord* 2010; 24: 686-93.
9. Gross JJ, Thompson RF. Emotion regulation: Conceptual foundations. In: Gross JJ. (editor). *Handbook of emotion regulation*. New York: Guilford: 2007: 3-26.
10. Garnefski N, Kraaij V. Relationships between cognitive emotion regulation strategies and depressive symptoms: A comparative study of five specific samples. *Pers Individ Dif* 2006; 40: 1659-69.
11. Gross JJ, Munoz RF. Emotion regulation and mental health. *Clin Psychol Sci* 1995; 2(2): 151-64.
12. 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.
13. Liverant GI. Emotion regulation in unipolar depression: The effects of acceptance and suppression of subjective emotional experience on the intensity and duration of sadness and negative affect. Ph.D. Dissertation. USA: Boston University, College of psychology, 2002: 100-22.
14. Rusk N, Tamir M, Rothbaum F. Performance and learning goals for emotion regulation. *Motiv Emot* 2011; 35: 444-60.
15. Gross JJ, John OP. Individual differences in two emotion regulation processes: Implications for affect, relationships, and well-being. *J Pers Soc Psychol* 2003; 85(2): 348-62.

16. Chambers R, Gullone E, Allen NB. Mindful emotion regulation: An integrative review. *Clin Psychol Rev* 2009; 29: 560-72.
17. Hollon SD, Dimidjian S. Cognitive and behavioral treatment of depression. In: Marcotte TD, Grant I. (editors). 1<sup>st</sup> ed. New York: Guilford; 2010: 586-603.
18. Hollon SD, Thase ME, Markowitz JC. Treatment and prevention of depression. *Psychological Science in the Public Interest* 2002; 3: 39-77.
19. DBT Resources. What is DBT? Available from: URL; <http://www.behavioraltech.com/resources/whatisdbt.cfm>
20. Alavi Kh, Modarres Gharavi M, Amin-Yazdi SA, Salehi Fadardi J. [Effectiveness of group dialectical behavior therapy (based on core mindfulness, distress tolerance and emotion regulation components) on depressive symptoms in university students]. *Journal of Fundamentals of Mental Health* 2011; 13(2): 124-35. (Persian)
21. 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.
22. Wagner A, Rizvi SL, Harned MS. Application of dialectical behavior therapy to the treatment of complex trauma-related problems: When one case formulation not fit all. *J Trauma Stress* 2007; 20(4): 391-400.
23. Safer DL, Telch CF, Agras WS. Dialectical behavior therapy for bulimia nervosa. *Am J Psychiatry* 2001; 158: 632-4.
24. Telch CF, Agras WS, Linehan MM. Dialectical behavioral therapy for binge eating disorder. *J Couns Psychol* 2001; 69: 1061-5.
25. Van den Bosch, Verheul R, Schippers GM, Van den Brink W. Dialectical behavior therapy for borderline patients with and without substance use problems implementation and long-term effects. *Addict Behav* 2002; 27: 911-23.
26. Linehan MM, Dimeff LA, Reynolds SK, Comois KA, Welch SS, Heagerty P, et al. Dialectical behavior therapy versus comprehensive validation therapy plus 12-step for the treatment of opioid dependent women meeting criteria for borderline personality disorder. *Drug Alcohol Depend* 2002; 67: 13-29.
27. Hesslinger B, Tebartz van Elst L, Nyberg E, Dykieriek P, Richter H, Berner M, et al. Psychotherapy of attention deficit hyperactivity disorder in adults: A pilot study using a structured skills training program. *Eur Arch Psychol Clin* 2002; 252: 177-84.
28. Lynch TR, Morse JQ, Mendelson T, Robins CJ. Dialectical behavior therapy for depressed older adults: A randomized pilot study. *Am J Geriatr Psychiatr* 2003; 11(1): 33-45.
29. Anthony C. A qualitative and quantitative review of the published research on dialectical behavior therapy: An update on school (2000). Ph.D. Dissertation. USA: Sam Houston State University, College of psychology, 2007: 9-102.
30. Delavar A. [The research method in psychology and educational sciences]. Tehran: Virayesh. (Persian)
31. Groth-Marnat G. [Handbook of psychological assessment]. 4<sup>th</sup> ed. Sharifi HP, Nikkhoo MR. (translators). Tehran: Roshd; 2005: 996. (Persian)
32. Mootabi F. [Relapse schemas in major depressive patients]. Ph.D. Dissertation. Tehran: Welfare and Rehabilitation University, 2005: 68-71. (Persian)
33. 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.
34. Linehan M. [Skills training manual for treating borderline personality disorder]. Alavi Kh, Shamloo N. (translators). Tehran: Arjmand. In press. (Persian)

35. Harley R, Sprich S, Safren S, Jacobo M, Fava M. Treatment resistant depression-adaptation of dialectical behavior therapy skills training group for treatment-resistant depression. *J Nerv Ment Dis* 2008; 196(2): 136-43.
36. Salehi A, Baghban I, Bahrami F, Ahmadi A. The effect of emotion regulation training based on dialectical behavior therapy and Gross process model on symptoms of emotional problems. *Zahedan journal of research medical sciences* 2012; 14(2): 49-55. (Persian)