

## *Efficacy of Dialectical Behavior Therapy on Depression*

Hassan Khani<sup>1</sup>,  
Sousan Belir<sup>2</sup>,  
Saeed Zamani<sup>3</sup>,  
Narges Zamani<sup>4</sup>

<sup>1</sup> General Practitioner, Iranian Applied Research Center for Public Health and Sustainable Development, North Khorasan University of Medical Sciences, Bojnurd, Iran

<sup>2</sup> MSc Student in General Psychology, Faculty of Humanities, Islamic Azad University, Hamedan Branch, Hamedan, Iran

<sup>3</sup> BSc in Clinical Psychology, Young Researchers and Elite Club, Faculty of Humanities, Islamic Azad University, Hamedan Branch, Hamedan, Iran

<sup>4</sup> MSc in Clinical Psychology, Young Researchers and Elite Club, Faculty of Humanities, Islamic Azad University, Hamedan Branch, Hamedan, Iran

(Received December 24, 2015 ; Accepted July 7, 2015)

### **Abstract**

**Background and purpose:** Dialectical behavior therapy (DBT) is a new approach that is used in treatment of complicated mental health disorders. This study aimed at assessing the efficacy of DBT on depression.

**Materials and methods:** This quasi-experimental study included an experimental group (DBT) and a control group. The study population included all mothers having children with mental disorders who were diagnosed with major depressive disorder. Using convenience sampling 16 mothers were selected. Experimental groups were studied in three stages: before the treatment, during training and follow-up. Data was collected through structured clinical interview for one axis disorder and Beck Depression Inventory. Data was analyzed using repeated measures ANOVA and t-test for paired samples.

**Results:** The results showed significant differences between the level of depression in experimental and control groups after DBT implementation ( $P < 0.001$ ).

**Conclusion:** Group DBT sessions could be of great benefit in treatment interventions and help in reducing depression in target groups.

**Keywords:** Dialectical behavior therapy, distress tolerance, cognitive emotion regulation, depression, mental disorders

J Mazandaran Univ Med Sci 2015; 25(126): 200-205 (Persian).

## اثر بخشی رفتار درمانی دیالکتیکی بر افسردگی

حسن خانی<sup>۱</sup>  
سوسن بلیر<sup>۲</sup>  
سعید زمانی<sup>۳</sup>  
نرگس زمانی<sup>۴</sup>

## چکیده

**سابقه و هدف:** رفتار درمانگری دیالکتیکی درمانی نوپاست که در مراکز علمی معتبر جهان بسیار مورد توجه و کاربرد برای فوریت‌ها و مداخله در بحران‌ها و درمان بیماران آشفته و اختلال‌های پیچیده قرار گرفته است. هدف پژوهش حاضر بررسی اثر بخشی رفتار درمانی دیالکتیکی در درمان بود.

**مواد و روش‌ها:** پژوهش حاضر نیمه‌آزمایشی، با دو گروه آزمایشی (رفتار درمانی دیالکتیک) و کنترل بود. جامعه آماری پژوهش حاضر، مشتمل بر کلیه مادران کودکان مبتلا به اختلالات روانی با تشخیص اختلال افسردگی بودند. نمونه پژوهش شامل ۱۶ آزمودنی (دو گروه ۸ نفره) بود که به روش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب شدند. گروه آزمایش در سه مرحله پیش از شروع درمان، مهارت‌آموزی گروهی و پیگیری مورد مطالعه قرار گرفتند. ابزار اندازه‌گیری شامل پرسشنامه‌ی افسردگی بک بود. داده‌ها با استفاده از آزمون تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر و آزمون تی برای نمونه‌های همبسته مورد تحلیل قرار گرفت.

**یافته‌ها:** نتایج پژوهش حاضر نشان داد که بین دو گروه آزمایش و کنترل پس از اجرای رفتار درمانی دیالکتیک در متغیر افسردگی تفاوت معنی دار وجود دارد ( $p < 0/001$ ).

**استنتاج:** برنامه رفتار درمانی دیالکتیکی به شیوه‌ی گروهی می‌تواند جزء برنامه‌های مداخلاتی در سطوح گروه‌های هدف مراکز روان درمانی قرار گیرد و به کاهش افسردگی درمانجویان کمک نماید.

**واژه‌های کلیدی:** رفتار درمانی دیالکتیکی، تحمل‌پریشانی، نظم‌بخشی هیجانی، افسردگی، اختلالات روانی

## مقدمه

گروهی از اختلالات بالینی هستند که باعث تغییراتی در سطح فعالیت، توانایی‌های شناختی، تکلم و کارکردهای قابل‌نباتی می‌شود که در نهایت موجب مختل شدن کارکردهای بین فردی و اجتماعی در فرد می‌شود (۲). اختلالات افسردگی سلامت عمومی جامعه را تهدید می‌کند، به طوری که هم‌اکنون افسردگی، دومین

اختلالات روانی نه تنها سبب ناکارآمدی بیماران روانی می‌شوند، بلکه خانواده‌های آن‌ها را نیز به شدت تحت تاثیر قرار داده و عملکرد آن‌ها را مختل می‌سازند. این تاثیرگذاری در ابعاد مختلفی هم‌چون سلامت روان مشاهده بوده و بهزیستی خانواده را کاهش داده و فشار زیادی بر آن تحمیل می‌کند (۱). اختلالات خلقی

E-mail: Nargeszamani@iauh.ac.ir

**مؤلف مسئول: نرگس زمانی** - همدان: دانشگاه آزاد اسلامی، باشگاه پژوهشگران جوان و نخبگان

۱. پزشکی عمومی، مرکز تحقیقات کاربردی سلامت همگانی و توسعه پایدار، دانشگاه علوم پزشکی خراسان شمالی، بجنورد، ایران
  ۲. دانشجوی کارشناسی ارشد روانشناسی عمومی، دانشکده علوم انسانی، واحد همدان، دانشگاه آزاد اسلامی، همدان، ایران
  ۳. دانشجوی کارشناسی روانشناسی عمومی، باشگاه پژوهشگران جوان و نخبگان، دانشکده علوم انسانی، واحد همدان، دانشگاه آزاد اسلامی، همدان، ایران
  ۴. دانشجوی کارشناسی ارشد روانشناسی عمومی، باشگاه پژوهشگران جوان و نخبگان، دانشکده علوم انسانی، واحد همدان، دانشگاه آزاد اسلامی، همدان، ایران
- © تاریخ دریافت: ۱۳۹۳/۱۰/۳ تاریخ ارجاع جهت اصلاحات: ۱۳۹۳/۱۰/۷ تاریخ تصویب: ۱۳۹۴/۴/۱۶

ریزوی و برون (۲۰۰۰؛ به نقل از ۸) انجام شده که در گروه درمانی از گروه‌های ۸ نفره استفاده می‌شد. نمونه این پژوهش شامل ۲۸ مادر مبتلا به اختلال افسردگی بود که به کلینیک‌های بهزیستی همدان مراجعه کردند که از این تعداد ۱۶ نفر به عنوان گروه نمونه به صورت تصادفی انتخاب و در ۲ گروه ۸ نفره آزمایش و کنترل قرار داده شد. ملاک‌های ورود عبارت بود از: (۱) حداقل تحصیلات راهنمایی و (۲) دامنه سنی بین ۲۱-۳۳ سال. ملاک‌های خروج دریافت درمان روانشناختی و دارویی، افسردگی شدید، دارودرمانی و داغدیدگی نامعلوم بود. گروه‌ها از نظر گروه‌درمان، وضعیت تحصیلی، شغل مادران و پدران با یکدیگر تفاوت معنی داری نداشته و همتا بودند. ابزارهای پژوهش عبارت بودند از: پرسشنامه افسردگی بک؛ مقیاس تحمل پریشانی؛ مقیاس دشواری تنظیم هیجانی.

۱. پرسشنامه افسردگی بک ویرایش دوم: این ابزار از جمله مناسب‌ترین ابزارها برای انعکاس افسردگی است (۹). این پرسشنامه علائم جسمانی، رفتاری و شناختی افسردگی را اندازه‌گیری می‌کند و با پرسشنامه همیلتن ۷۵ درصد همبستگی دارد. 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 ۷۸ درصد و اعتبار بازآزمایی به فاصله دو هفته، ۷۳ درصد بود (۱۰).

۲. مقیاس تحمل پریشانی: یک شاخص خودسنجی تحمل پریشانی هیجانی است که دارای ۱۵ ماده و چهار خرده مقیاس می‌باشد. ضرایب آلفا برای این مقیاس‌ها به ترتیب ۰/۷۲، ۰/۸۲، ۰/۷۸، ۰/۷۰ و برای کل مقیاس ۰/۸۲ می‌باشد. هم‌چنین مشخص شده که این مقیاس دارای روایی ملاکی و همگرایی اولیه‌ی خوبی می‌باشد. این پرسشنامه برای نخستین بار در ایران، توسط علوی مورد استفاده قرار گرفته است و پایایی همسانی درونی بالایی را برای کل مقیاس ( $a=0/71$ ) و پایایی متوسطی را برای خرده مقیاس‌ها نشان داد (۸).

اختلال رایج روان‌شناختی است و نزدیک به ۱۲۱ میلیون نفر در جهان به آن مبتلا هستند (۳). شیوع اختلالات روانی در طول عمر ۷ تا ۲۱ درصد گزارش شده است و داده‌های جدید حاکی از آن است که میزان بروز اختلال افسردگی اساسی رو به فزونی است (۴). گستردگی مسئله افسردگی باعث شده که شیوه‌های درمانی متعددی برای آن ارائه شده است. 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 (۵). با توجه به این که هدف درمان، بهبودی کامل است، بسیاری از بیماران در دستیابی یا حفظ وضعیت بدون نشانه، شکست می‌خورند و وجود نشانه‌های باقیمانده در این اختلال، حتی در بیمارانی که بهبودی کامل نشان می‌دهند، رایج است. این نشانه‌های باقیمانده، پیش‌بینی‌کننده قوی عود هستند. این نتایج به نابسند بودن درمان‌های کنونی و نیاز به درمان‌های موثرتر برای این اختلال اشاره دارند (۶). رفتار درمانگری دیالکتیکی درمانی است که به ویژه برای افرادی طراحی شده است که رفتارهای خودآسیبی داشتند. رفتار درمانگری دیالکتیکی در حقیقت تغییر و اصلاح درمانگری رفتاری شناختی است. نتایج مطالعات نشان‌دهنده اثربخشی این الگوی درمانی بر اختلال افسردگی است (۷). با توجه به مطالبی که عنوان شد، رفتار درمانگری دیالکتیکی درمانی نوپاست که در مراکز علمی معتبر جهان بسیار مورد توجه و کاربرد برای فوریت‌ها و مداخله در بحران‌ها و درمان بیماران آشفته و اختلال‌های پیچیده قرار گرفته است. هدف اساسی این پژوهش بررسی اثربخشی رفتاردرمانی دیالکتیکی در درمان افسردگی مادران کودکان مبتلا به اختلالات روانی می‌باشد.

## مواد و روش‌ها

طرح پژوهش، طرح نیمه‌آزمایشی (پیش‌آزمون، پس‌آزمون) است. طبق پژوهش‌های لینهان، دیمف،

۳. مقیاس دشواری تنظیم هیجانی: یک شاخص خودگزارشی است که برای ارزیابی بدتنظیمی هیجانی به شکل جامع‌تری نسبت به ابزارهای موجود در این زمینه ساخته شده است. نمرات بالاتر، نشان دهنده‌ی دشواری‌های بیش‌تر در مقوله‌ی تنظیم هیجان‌ات است. این مقیاس برای اولین بار در ایران توسط علوی مورد استفاده قرار گرفته است و همسانی درونی بالایی را برای کل مقیاس ( $a=0/86$ ) نشان داد (۸).

۴. رفتاردرمانی دیالکتیک: از آنجائی که این روش درمانی برای مادران اختلالات خلقی اجرا شد و ضمن این که این افراد دست به گریبان هیجان‌های آشفته‌ساز و دردسرساز و درد و رنج هیجانی بود، درمان با مهارت‌های مبتنی بر پذیرش (مهارت‌های تحمل‌پریشانی) که قلب رفتاردرمانی دیالکتیک است (۹)، آغاز کردیم و سپس تحت آموزش مهارت‌های مبتنی بر تغییر (مهارت‌های تنظیم هیجانی) قرار گرفتند و برای هر مهارت ۴ جلسه گروهی تشکیل شد، در ۲ جلسه اول مهارت‌های بنیادین تحمل آشفستگی و توجه برگردانی شامل (پذیرش بنیادین، توجه برگردانی، تدوین برنامه توجه برگردانی، خودآرامش بخشی و تدوین طرح آرمیدگی) و در جلسات ۳ و ۴ مهارت‌های پیشرفته تحمل آشفستگی شامل (تصویرسازی از مکان امن، کشف ارزش‌ها، شناسایی قدرت برتر، زندگی در زمان حال، استفاده از افکار مقابله‌ای خودتشویق‌گرایانه، خودگویی‌های تائیدگرانه و تدوین راهبردهای مقابله‌ای). در جلسات ۵ و ۶ مهارت‌های بنیادین و در جلسات ۷ و ۸ مهارت‌های پیشرفته نظم‌بخشی هیجانی شامل (شناسایی هیجان‌ها، چگونگی عمل هیجان‌ها، غلبه بر موانع هیجان‌های سالم، کاهش آسیب‌پذیری در برابر هیجان‌های آشفته‌ساز، مشاهده خویشتن، کاهش آسیب‌پذیری شناختی، افزایش هیجان‌های مثبت، رویارویی با هیجان‌ها، عمل کردن بر خلاف امیال شدید هیجانی و حل مسئله). پرسشنامه‌ها به صورت پیش‌آزمون در زمان مصاحبه یک هفته قبل از اجرای درمان و پس

آزمون ۱ هفته پس از جلسه آخر (جلسه هشتم) انجام شد و دوره پیگیری ۱ ماه پس از آزمون پس‌آزمون انجام شد. در این پژوهش از روش‌های آمار استنباطی شامل آزمون‌های دوو تحلیل کواریانس برای مقایسه میانگین‌های مربوط به داده‌های جمعیت‌شناختی گروه‌ها استفاده گردید.

## یافته‌ها و بحث

یافته‌های این پژوهش در مورد ۱۶ نفر در دو گروه آزمایش و کنترل اجرا گردید. میانگین سنی گروه آزمایش ۲۶/۲۶ سال و در گروه کنترل ۲۷/۰۹ سال بود. گروه‌ها از نظر گروه‌درمان، وضعیت تحصیلی، شغل مادران و پدران با یکدیگر تفاوت معنی‌داری ندارند و هم‌تا می‌باشند. حداقل تحصیلات افراد مورد بررسی راهنمایی بود که در گروه آزمایش کم‌ترین و بیش‌ترین گروه‌ها در مقطع تحصیلات دانشگاهی با ۰/۲۵ و دیپلم با ۰/۵۰ بود و در گروه کنترل کم‌ترین و بیش‌ترین گروه‌ها در مقطع تحصیلات دانشگاهی با ۱۲/۵ و دیپلم با ۰/۵۰ بود. ۳۷/۵ درصد افراد در گروه آزمایش شاغل و ۰/۲۵ مادران گروه کنترل نیز شاغل بودند. ۰/۷۵ شغل پدران هر دو شغل آزاد داشتند. از آن‌جا که پژوهش حاضر از نوع طرح‌های اندازه‌گیری مکرر می‌باشد، برای تجزیه و تحلیل داده‌ها از آزمون تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر و آزمون تی برای نمونه‌های همبسته استفاده شد. در آزمون تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر زمان شامل نمرات آزمودنی‌ها قبل از درمان، بعد از درمان به عنوان عامل درون آزمودنی‌ها (متغیرهای وابسته) و گروه (آزمون و کنترل)، به عنوان عامل بین آزمودنی‌ها وارد مدل شدند. نتایج این آزمون را برای بررسی تغییرات سه متغیر افسردگی، تحمل‌پریشانی و تنظیم هیجانی طی دو دوره‌ی زمانی قبل از درمان و بعد از درمان، نشان می‌دهد. همان‌گونه که در جدول شماره ۱ ملاحظه می‌شود، نتایج آزمون تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر برای بررسی اثربخشی رفتاردرمانی

یافته‌های Lynch و همکاران (۱۴) و Harley و همکاران (۱۵) مبنی بر اثربخشی رفتاردرمانی دیالکتیک در درمان افسردگی حمایت می‌کند. علاوه بر آن، این اثربخشی را در ارزیابی‌های پی‌گیر نیز حفظ می‌کنند و پژوهشی که تأثیر این درمان بر اختلالات خلقی را نفی کند، یافت نشد که ممکن است به علت آشنایی با نحوه تفکر و هیجانات سالم و دیدگاه مادرانه لینهان باشد که در سراسر درمان آمده است. عدم دسترسی به خانواده‌ها با شدت بیماری متفاوت در فرزندان، محدودیت زمانی، پی‌گیری تداوم زمانی و انتقال بلندمدت مهارت‌ها بر بهبود عملکرد از محدودیت‌های این پژوهش هستند. علاوه بر این، یافته‌های پژوهش به آن دسته از مادرانی قابل تعمیم است که درصد درمان بر می‌آیند. به منظور بررسی دقیق‌تر اثربخشی این رویکرد پیشنهاد می‌شود در پژوهش‌های آینده از طرح‌هایی با کنترل و جایگزینی تصادفی استفاده شود و زیرگروه‌های بیماران مدنظر قرار گیرد. اثربخشی این رویکرد با رویکردهای دیگر مقایسه شود. دوره طولانی‌تر پیگیری در نظر گرفته شود، اثر بخشی این رویکرد در پدران و شدت مختلف بیماری‌ها نیز مطالعه گردد.

## سپاسگزاری

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

دیالکتیکی در درمان افسردگی نشان می‌دهد که تعامل معنی‌داری بین زمان و گروه وجود دارد. برای مشخص شدن ماهیت دقیق این تفاوت، از آزمون تعقیبی  $t$  برای نمونه‌های همبسته استفاده شد که این نتایج در جدول شماره ۲ نشان داده است. نتایج این آزمون نشان می‌دهد که نمرات افسردگی آزمودنی‌های گروه آزمون، بعد از درمان در مقایسه با قبل از درمان به طور معنی‌داری کاهش یافته است. این در حالی است که نمرات افسردگی گروه کنترل در قبل و بعد از درمان، تفاوت معنی‌داری نداشتند.

جدول شماره ۱: نتایج آزمون تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر برای بررسی تغییرات از قبل تا بعد از درمان

متغیر وابسته	df (factor)	df (error)	F	سطح معنی‌داری
افسردگی	۱	۱۶	۳/۴۰	۰/۱۴۳
زمان	۲	۳۲	۸/۲۳	۰/۶۸۷
گروه زمان	۲	۳۲	۵/۲۵	۰/۰۲۱
تحمل پریشانی	۱	۱۶	۵/۲۷	۰/۰۲۳
زمان	۲	۳۲	۱۱/۰۱	۰/۰۰۱
گروه زمان	۲	۳۲	۲/۵۷	۰/۲۱۷
تنظیم هیجانی	۱	۱۶	۴/۷۲	۰/۱۶۷
زمان	۲	۳۲	۶/۷۳	۰/۰۰۰
گروه زمان	۲	۳۲	۱۴/۱۷	۰/۰۷۲

نتایج این پژوهش با پژوهش‌های Miller (۱۱)، Van den Bosch (۱۲) و Kröger (۱۳) نام برد که همگی مؤید اثربخشی رفتاردرمانگری دیالکتیکی در کاهش رفتارهای خودآسیبی، تنظیم هیجان و بهبود بخشیدن به تعدادی از مسائل خلقی و هیجانی نظیر افسردگی، اضطراب، خشم در افراد مورد مطالعه است.

جدول شماره ۲: میانگین و انحراف معیار نمرات و نتایج آزمون تی برای دو گروه آزمون و شاهد

پرستشنامه‌ها	قبل از درمان		بعد از درمان	
	گروه	میانگین (انحراف معیار)	میانگین (انحراف معیار)	ارزش $t$
افسردگی	آزمون	۲۷/۹۸ (۸/۰۳)	۱۲/۹۲ (۸/۱۸)	۶/۳۷
	کنترل	۲۴/۰۶ (۷/۱۹)	۲۳/۲۵ (۸/۴۶)	۲/۰۱
تحمل پریشانی	آزمون	۳۶/۳۷ (۶/۳۶)	۴۲/۵۱ (۸/۳۹)	-۳/۷۵
	کنترل	۳۸/۳۶ (۵/۳۴)	۳۹/۳۳ (۵/۶۲)	-۱/۰۵
تنظیم هیجانی	آزمون	۹۸/۲۷ (۱۵/۲۷)	۱۰۵ (۱۶/۳۷)	۵/۱۵
	کنترل	۹۵/۲۸ (۱۴/۶۷)	۹۷/۳۰ (۱۴/۹۵)	۲/۳۷
پیگیری یک ماهه	ارزش $t$			
	P			
پیگیری یک ماهه	ارزش $t$			
	P			
پیگیری یک ماهه	ارزش $t$			
	P			

---

## References

1. Sartorius N, Leff J, Lopez J, Ibor L, Maj M, Okasha A. Family & Mental Disorders From Burden to Empowerment. John WILEY & Sons; 2005.
2. Sadock BJ, Sadock AS, Sadock PRB. Kaplan and Sadock comprehensive Text book of psychiatry. Kindle Edition. 9<sup>th</sup> ed. Lippincott William & wilkins; 2012.
3. McGinn LK, Asnis GM, Suchday S, Kaplan, M. Increased personality disorder and AxisI comorbidity in atypicaldepression. *Comper Psychiatry* 2005; 46(6): 428-432.
4. Boyd JH, Weissman MM. Epidemiology In: Handbook of affective disorders. Edinburgh: Churchill Livingstone; 1982.
5. Barron WB. Effect of Religious Coping Skills Training With Group Cognitive Behavioral Therapy for Treatment of Depression. USA: Northcentral University, College of psychology; 2007.
6. Thase ME. Achieving remission and managing relapse in depression. *J Clin Psychiatr* 2003; 64(18): 3-7.
7. Alavi Kh. Effectiveness of group dialectical behavior therapy on depressive symptoms in university students. *Journal of Fundamentals of Mental Health* 2011; 13(2): 124-135.
8. Jamilian HR, Malekirad AA, Farhadi M, Habibi M, Zamani N. Effectiveness of Group Dialectical Behavior Therapy on Expulsive Anger and Impulsive Behaviors. *Glob J Health Sci* 2014; 6(7): 116-123.
9. Alilloo MM, Sharifi MA. Dialectical behavior therapy for borderline personality disorder. Tehran, Iran. Tehran University Publication; 2011.
10. Fathi-Ashtiani A. Psychological tests. Tehran: Bethat Publication; 2008.
11. Miller AL, Rathus JH, Linehan MM. Dialectical behavior therapy with suicidal adolescents: Guilford Press; 2006.
12. Van den Bosch LM, Verheul R, Schippers GM, van den Brink W. Dialectical behavior therapy of borderline patients with and without substance use problems. *Addict Behav* 2002; 27(6): 911-923.
13. 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. *Behaviour Research and Therapy* 2006; 44(8): 1211-1217.
14. 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.
15. 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): 136-143.