

Compare the effectiveness of Dialectical Behavior Therapy and Cognitive Behavioral Group Therapy in Reducing Depression in Mothers of Children with Disabilities

Zamani N^{1*}, Habibi M², Darvishi M³

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

2- Department of Family therapy, Family Institute, Shahid Beheshti University of Tehran, Tehran, Iran

3- Department of Psychology, Sciences and Reserch Compu, Islamic Azad University, Ahvaz, Iran

Received: 21 Sep 2014, Accepted: 17 Dec 2014

Abstract

Background: Depression is on the top list of mental disorders which account for about 25 percent of patients referred to health centers in your world. So, is presented in different ways to treat it. Therefore, the aim of this study is to compare the effectiveness of Dialectical Behavior Therapy and Cognitive Behavioral Group Therapy in reducing depression in mothers of children with disabilities

Materials and Methods: This study is quasi-experimental and consists of experimental and control groups. This study population was mothers referred to mobility, occupational therapy and physiotherapy centers who had depressive symptoms. 8 patients in each group were selected by convenience sampling. The research instrument were the Structured Clinical Interview for DSM-IV Axis I disorders and the revised Beck Depression Inventory form (1996). Dialectical behavior therapy and cognitive behavior therapy groups were instructed for 2 months (8 sessions of 2 to 2.5 hours). But the control group did not receive intervention.

Results: The results showed that there were significant differences between the mean depression scores of dialectical behavior therapy and cognitive therapy group with control group ($p < 0.001$). Also, there is a significant difference between the mean depression scores of dialectical behavior therapy with cognitive therapy ($p < 0.001$).

Conclusion: In the area of treatment and working with depressed people and those who are in crisis mode, it seems that dialectical behavior therapy and cognitive therapy group in view of its nature is very efficient and promising.

Keywords: Cognitive Behavioral therapy(CBT), Depression, Dialectical behavioral therapy(DBT), Disability

*Corresponding Author:

Address: Hamedan, Islamic Azad University Hamedan, Phone number

Email: NargesZamani@iauh.ac.ir

مقایسه اثربخشی رفتاردرمانی گری دیالکتیکی با گروه درمانی شناختی رفتاری بر کاهش افسردگی مادران کودکان معلول

نرگس زمانی^{۱*}، مجتبی حبیبی^۲، محمد درویشی^۳

- ۱- کارشناس ارشد روانشناسی بالینی، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد همدان، باشگاه پژوهشگران جوان و نخبگان، همدان، ایران
۲- استادیار، گروه خانواده درمانی، پژوهشکده خانواده، دانشگاه شهید بهشتی تهران، تهران، ایران
۳- دانشجوی دکترای روانشناسی عمومی، گروه روانشناسی، پردیس علوم و تحقیقات، دانشگاه آزاد اسلامی، اهواز، ایران

تاریخ دریافت: ۹۳/۶/۳۰ تاریخ پذیرش: ۹۳/۹/۲۶

چکیده

زمینه و هدف: افسردگی در رأس فهرست بیماری‌های روانی قرار دارد که حدود ۲۵ درصد مراجعین به مراکز بهداشتی در جهان را به خود اختصاص می‌دهند و تاکنون شیوه‌های مختلفی برای درمان آن ارایه شده است. لذا، هدف پژوهش تعیین میزان اثربخشی رفتار درمانی دیالکتیکی در مقایسه با گروه درمانی شناختی رفتاری در کاهش افسردگی مادران کودکان معلول بود.

مواد و روش‌ها: مطالعه حاضر، پژوهشی نیمه تجربی با گروه آزمایش و کنترل می‌باشد. جامعه آماری پژوهش حاضر مادران بیماران مراجعه کننده به مراکز جسمی حرکتی، کار درمانی، فیزیوتراپی بود که علائم افسردگی را داشتند. با روش نمونه‌گیری در دسترس در هر گروه تعداد ۸ بیمار انتخاب شدند. ابزار اندازه‌گیری شامل مصاحبه بالینی ساخت دار برای اختلال‌های محور یک بر اساس DSM-IV و فرم بازبینی شده پرسش‌نامه افسردگی بک بود. گروه آزمایش رفتار درمانی دیالکتیک و رفتاردرمانی-شناختی طی ۲ ماه (۸ جلسه ۲ تا ۲/۵ ساعته) تحت آموزش قرار گرفتند، در حالی که در این مدت گروه کنترل هیچ مداخله‌ای را دریافت نکردند.

یافته‌ها: نتایج نشان داد که بین میانگین‌های نمرات افسردگی گروه آزمایشی رفتاردرمانی دیالکتیکی و گروه درمانی شناختی با گروه کنترل تفاوت معنی‌داری وجود دارد ($p < 0/001$). همچنین بین میانگین‌های نمرات افسردگی گروه آزمایشی رفتاردرمانی دیالکتیکی و گروه درمانی شناختی تفاوت معنی‌داری وجود دارد ($p < 0/001$).

نتیجه‌گیری: در حوزه درمان و زمینه کار با افراد افسرده و افرادی که در حالت بحران به سر می‌برند، رفتاردرمانی دیالکتیکی و رفتاردرمانی شناختی با توجه به ماهیت آن، بسیار کارا و نوید بخش به نظر می‌رسد.

واژگان کلیدی: رفتاردرمانی شناختی، افسردگی، رفتاردرمانی دیالکتیک، معلول

*نویسنده مسئول: همدان، شهرک مدنی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد همدان

Email: Narges Zamani@iauh.ac.ir

مقدمه

تخمین زده شده است که ۷ تا ۱۰ درصد از مردم جهان دچار نوعی معلولیت می‌باشند و شمار افراد با معلولیت‌های متوسط و شدید در کشورهای در حال توسعه رو به افزایش است (۱). معلولیت بحرانی است که هر کسی ممکن است در مسیر زندگی خود با آن روبه‌رو شود و بر اثر آن در موقعیتی متفاوت از گذشته یا متمایز از دیگران قرار گیرد و تعریف واحدی ندارد (۲). در واقع می‌تواند فیزیکی، حسی یا ذهنی باشد و ممکن است زندگی روزانه و رشد شخصی و اجتماعی و همچنین تحصیلات فرد را تحت تاثیر قرار دهد (۳). به عبارت دیگر معلولیت از تاثیر متقابل موقعیت‌های کارکردی شخص با محیط اجتماعی، فرهنگی و فیزیکی پدید می‌آید (۴). اختلالات نه تنها سبب ناکارآمدی فرد بیمار می‌شوند، بلکه خانواده‌های آنها را نیز به شدت تحت تاثیر قرار داده و عملکرد آنها را مختل می‌سازد. این تاثیرگذاری در ابعاد مختلفی هم چون سلامت روان و عملکرد اجتماعی قابل مشاهده بوده و بهزیستی خانواده را کاهش داده و فشار زیادی بر آنها تحمیل می‌کند (۵). هنگامی که یکی از اعضای خانواده دچار اختلال می‌شوند، همه اعضای خانواده به نوعی درگیر بیماری و پیامدهای آن می‌شوند و فشار زیادی بر آنها تحمیل می‌شود (۶). معلولیت نه فقط در جسم افراد معلول، بلکه بیشتر در طرز فکرها و نگرش‌های آنها و اطرافیان وجود دارد. کسانی که به نوعی به معلولیت مبتلا هستند، فقدان دردناکی را تجربه می‌کنند که دارای اهمیت جسمانی و عاطفی زیادی است علاوه بر این که موانع فیزیکی امکان مشارکت فرد را در روند کلی فعالیت‌های بشری غیر ممکن می‌سازد، موانعی در محیط‌های روانی و اجتماعی فرد وجود دارد که عملکرد افراد معلول را پایین می‌آورد (۴). با ورود یک بچه به خانواده تغییرات زیادی در رابطه زوجین ایجاد می‌شود که سلامت روان آنان را تحت تاثیر خود قرار می‌دهد. با توجه به این که در جامعه ما مادران به دلایلی مانند فرصت بیشتر، بیش از پدران در امور مربوط به فرزندان خود مشارکت دارند و در نتیجه تعامل بیشتری با فرزندان خود برقرار می‌کنند (۷) و با

وجود این که داشتن فرزند به مادر احساس لذت، غرور و رشد شخصی می‌بخشد اما چالش‌هایی را نیز به وجود می‌آورد و به همین دلیل استرس‌زاست. این چالش‌ها می‌توانند عوارض منفی به همراه داشته باشند به طوری این والدین نسبت به افرادی که فرزند ندارند از سطح بیشتری از اضطراب و افسردگی برخوردارند (۸). زنان در معرض دو گروه بزرگ از استرس‌ها، یعنی استرس ناشی از هویت زیستی و استرس ناشی از مسئولیت‌های حرفه‌ای قرار دارند. کنش تولید مثل منبای نشانگان استرس زنان است و منبع دیگر ایجاد استرس در زنان مسئولیت‌های حرفه‌ای و خانه‌داری است که مراقبت از سالمندان، کودکان و کودکان با نیازهای ویژه در این طبقه جای می‌گیرند. بنابراین، مادران کودکان با نیازهای ویژه استرس بیشتری را نسبت به مادران کودکان عادی تجربه می‌کنند (۹). علاوه بر این اختلال افسردگی اساسی در این مادران بالاتر از مادران عادی است (۶). افسردگی از شایع‌ترین اختلالات خلقی و عاطفی و از بزرگ‌ترین اختلالات روانی قرن حاضر و معضل عمومی در زندگی مدرن امروزی است، به طوری که لقب سرماخوردگی روانی را به آن داده‌اند با این تفاوت که افسردگی بدون درمان پس از یک هفته برطرف نمی‌شود و مردان و زنان را به یک میزان و به یک شیوه مبتلا نمی‌کند و شیوع آن در زنان ۷ تا ۲۱ درصد برآورده شده است (۱۰).

گسترده‌گی مسئله افسردگی باعث شده که شیوه‌های درمانی متعددی اعم از دارودرمانی و روان‌درمانی برای آن ارایه شده و مورد بررسی قرار گیرند. با این همه هر چند که پژوهش‌ها از اثر بخشی 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 (۱۱). زیرا از یک سو دارودرمانی عوارض جانبی متعددی را به دنبال دارد و از سوی دیگر به رغم این واقعیت که روان‌درمانی‌های بسیاری برای درمان افسردگی اثربخش بوده‌اند، باز هم با میزان بالای عود نشانه‌های افسردگی مواجه هستیم (۱۲). در واقع با این که در درمان افسردگی، هدف بهبودی کامل است، بسیاری از بیماران در دست‌یابی یا حفظ

رانندگی‌های پر خطر، پر خوری و بیماران تکانشی و افرادی که الگوهای غیرقابل کنترل است (۱۴). هم‌چنین بهبود تعدادی از مسائل خلقی و هیجانی نظیر افسردگی، اضطراب، خشم، بیثباتی عاطفی و تحریک پذیری آنها بهتر از گروه درمان‌گری استاندارد بود (۱۷). از سوی دیگر از میان درمان‌های مؤثر بر افسردگی، رفتاردرمانی شناختی آن گونه که توسط بک و همکاران (۱۸) معرفی شده، بیش از حد مورد استقبال و هم‌چنین مورد ارزیابی قرار گرفته و اثر آفرین بوده است. فرض اساسی رفتاردرمانی شناختی این است که افراد با نحوه تعبیر رویدادها و موقعیت‌ها، در مشکلات روانشناختی خود و نشانه‌های خاص، دخالت زیادی دارند. این درمان بر این اساس استوار است که شناخت‌ها، هیجان‌ها و رفتارها به نحو چشم‌گیری بر یکدیگر تأثیر داشته، رابطه علت و معلولی دارند (۱۹). در این روش افراد بیشتری شرکت می‌کنند و گروه فرصتی برای آموزش‌های میان فردی فراهم می‌کند؛ هم‌چنین تجربه‌های گروهی به واقعیت زندگی روزمره مراجعه‌کنندگان نزدیک‌تر است از دیگر مزایای درمان گروهی می‌توان به ایجاد امید، عمومیت، انتقال اطلاعات، نوع دوستی، رشد مهارت‌های اجتماعی، رفتار تقلیدی، یادگیری هم‌نشینی، تجربه عاطفی تصحیحی و تخلیه روانی اشاره کرد (۶). اثربخشی این الگوی درمانی بر افسردگی، آسیمیگی، هراس‌ها، اضطراب، خشم، مسائل ارتباطی مؤثر و همواره موفقیت‌آمیز بوده است (۱۸) و پژوهش‌های هاوتون، سالکوس و کلارک (۲۰) و تاد، بوهارت (۲۱) اثربخشی رفتاردرمانی شناختی را در کاهش افسردگی، اضطراب و اختلالات خلقی نشان داده‌اند.

با توجه به مطالبی که عنوان شد، موج سوم 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. انجام این پژوهش نیز می‌تواند زمینه‌ای مناسب برای بررسی و مقایسه میزان اثربخشی رفتاردرمانگری دیالکتیکی با گروه‌درمانی شناختی رفتاری در کاهش افسردگی مادران کودکان معلول باشد. درمانگران بالینی و متخصصین مداخله در بحران از

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، پیش‌بینی کننده قوی عود هستند. میزان عود در بیمارانی که دارای نشانه‌های باقیمانده هستند، سه تا شش برابر بیشتر از بیمارانی است که فاقد این نشانه‌ها هستند. این نتایج به نابسندگی بودن درمان‌های کنونی و نیاز به درمان‌های موثرتر برای این اختلال اشاره دارند (۱۳). لینهان نوعی روش درمانی موسوم به رفتاردرمانی دیالکتیکی برای کمک به بیماران مرزی ابداع کرد که به درمان سرپایی فشرده نیاز داشته و به گونه‌ای مفرط، خودکشی‌گرا بودند (۱۴). در اصل کاهش مدت و فراوانی بستری شدن، بخش مهمی از این درمان را تشکیل می‌دهد. جهت‌گیری نظری رفتاردرمانی دیالکتیک، آمیزه‌ای از این سه دیدگاه نظری است: علوم رفتاری، فلسفه دیالکتیکی و اعمال ذن (۱۵). رفتاردرمانی دیالکتیک رویکردی است که پذیرش و همدلی مراجع محور را با حل مسئله رفتاری-شناختی و آموزش مهارت‌های اجتماعی ترکیب می‌کند (۶). رفتار درمانی دیالکتیکی استاندارد از چهار نوع مداخله تشکیل می‌شود: جلسات درمانی ساختاریافته گروهی (برای مهارت آموزی)، جلسات انفرادی، تماس‌ها یا مشاوره‌های تلفنی با درمانگر (برای کاهش رفتارهای خودکشی‌گرایانه و اطمینان از تعمیم مهارت آموزی به خارج از جلسات درمانی) و جلسات تیم متخصصان به منظور حمایت از درمانگران رفتاردرمانی دیالکتیک و جلوگیری از فرسودگی شغلی (۱۴). نتایج مطالعات نشان‌دهنده اثربخشی این الگوی درمانی است. اثربخشی این روش درمانی در بیماران مرزی به گونه‌ای است که از سوی روانشناسان و روان‌پزشکان به عنوان یک رویکرد مقاوم به درمان شناخته شده و از سوی بخش روان‌شناسی بالینی انجمن روانپزشکی آمریکا به عنوان یک درمان مؤثر بر اختلال شخصیت مرزی مورد تأیید قرار گرفته. لینهان این روش درمان را مختص بیمارانی معرفی کرد که اختلال آنها در سطح شدید (رفتارهای خودکشی، دیگر کشی، رفتارهای تهدید کننده زندگی مانند

نتایج این پژوهش می‌تواند به صورت گسترده‌ای استفاده کنند. هدف اساسی این پژوهش تعیین میزان اثربخشی رفتاردرمانی دیالکتیکی و رفتاردرمانی شناختی بر کاهش افسردگی مادران کودکان معلول بود.

مواد و روش‌ها

جامعه، نمونه و روش نمونه‌گیری

طرح این پژوهش از نوع طرح‌های نیمه آزمایشی با گروه کنترل، همراه با پیش‌آزمون و پس‌آزمون بود. جامعه آماری مشتمل بر مادران کودکان معلول جسمی بود که در بهار ۱۳۹۳ به مراکز جسمی حرکتی، کاردرمانی، فیزیوتراپی مراجعه کرده و از مشکل افسردگی شکایت داشتند. نمونه پژوهش شامل ۲۴ (هر گروه ۸ نفر) مادر کودکان معلول بودند که ملاک‌های ورود به پژوهش را برآورده می‌کردند. این ملاک‌ها عبارت بود از: (۱) داشتن فرزند مبتلا به معلولیت بین سن ۳ تا ۱۲ سالگی؛ (۲) دارا بودن ملاک‌های تشخیصی افسردگی در مادران؛ (۳) حداقل تحصیلات دیپلم؛ (۴) دامنه سنی ۲۲-۳۷ سال، (۵) عدم دریافت درمان روان‌شناختی هم‌زمان با هدف درمان و (۶) گرفتن ۱ انحراف معیار بالاتر از میانگین در آزمون افسردگی بک. گروه نمونه با توجه به ریزش نمونه هر گروه در نهایت به ۸ نفر تقلیل یافت. ملاک‌های خروج عبارت بودند از: (۱) مادران با داشتن بیش از یک فرزند با معلولیت؛ (۲) زنان مطلقه یا بیوه؛ (۳) بیمارانی که در هنگام انتخاب تحت روان‌درمانی بودند؛ (۴) زنان سرپرست خانواده.

مصاحبه بالینی ساختاریافته چهارمین راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی برای محور یک: SCID یک مصاحبه بالینی ساختار دار برای ارزیابی انواع مختلف اختلالات محور I و II است. این مصاحبه تشخیصی برای اولین بار در دهه ۹۰ برای ارزیابی تشخیصی بر اساس متن بازنگری شده ویرایش سوم کتابچه تشخیصی و آماری اختلالات روانی انجمن روانپزشکی آمریکا گسترش یافت و نسخه فعلی آن بر اساس ارزیابی تشخیصی بر اساس ویرایش چهارم کتابچه تشخیصی و آماری اختلالات روانی انجمن

روانپزشکی آمریکا به روز شده و شامل دو نسخه برای اختلالات محور I و II است. SCID-I هفت گروه تشخیصی اختلالات محور I شامل اختلالات خلقی، روان‌پریشی، وابستگی به مواد، اضطراب و اختلالات جسمانی شکل، خوردن و سازگاری را مورد ارزیابی قرار داده است. بررسی ویژگی‌های روان‌سنجی این ابزار حاکی از آن است که پایایی آن برای اختلالات شدیدتر بهتر از اختلالات خفیف بوده و اعتبار آن در دامنه‌ای از ۰/۸۱ تا ۰/۸۴ گزارش شده است. در هر حال این مصاحبه به دلیل جامعیت و انطباق دقیق با ملاک‌های کتابچه تشخیصی و آماری اختلالات روانی انجمن روانپزشکی آمریکا معتبرتر از سایر مقیاس‌های بالینی بوده و یک ارزیابی تشخیصی استاندارد و جامع در زمینه‌های پژوهشی، قانونی و بالینی است که به طور گسترده مورد استفاده قرار می‌گیرد (۲۲). در ایران، شریفی و همکاران (۲۳) پایایی و قابلیت اجرای آن را برای جمعیت ایرانی بررسی کردند. یافته‌ها نشان داد توافق تشخیصی برای اکثر تشخیص‌ها، متوسط تا خوب بود (کاپای بالاتر از ۰/۶) و اکثر مصاحبه‌کنندگان، قابلیت اجرای نسخه فارسی این ابزار را خوب ارزیابی کردند.

پرسش‌نامه افسردگی فارسی بک - فرم بازیابی شده: از جمله مناسب‌ترین ابزارها برای انعکاس افسردگی است (۲۴). این پرسش‌نامه دارای ۲۱ ماده است که علائم جسمانی، رفتاری و شناختی افسردگی را اندازه‌گیری می‌کند. 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 همپلتن ۷۵ درصد همبستگی دارد. ۲۱ ماده پرسش‌نامه افسردگی بک در ۳ گروه نشانه‌های عاطفی، نشانه‌های شناختی و نشانه‌های جسمانی طبقه‌بندی می‌شوند. نتایج فراتحلیل انجام شده در مورد پرسش‌نامه افسردگی بک حاکی از آن است که ضریب همسانی درونی آن بین ۷۳ درصد تا ۹۳ درصد با میانگین ۸۶ درصد است و ضریب آلفا برای گروه بیمار ۸۶ درصد و غیر بیمار ۸۱ درصد

مهارت‌های بنیادین و پیشرفته نظم بخشی 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، توه و رویارویی با هیجان‌ها، عمل کردن برخلاف امیال شدید هیجانی و حل مسئله) بود که در طی ۴ جلسه بستگی به تجربیات افراد گروه آموزش داده شد.

محتوای مداخله رفتاردرمانی شناختی بر اساس مطالعات گرین برگر، پدسکی (۲۷) طراحی گردید. فرایند درمان و جلسات درمانی به این صورت بود که در هر جلسه فرد مهارت‌های خاصی، مثل مهارت‌های مقابله با رفتارهای تکانه‌ای و ناگهانی و راهبردهای تنظیم هیجان را زیر نظر روان‌شناس آموزش دیده آموزش می‌دیدند. برای آموزش این مهارت‌ها، در طول جلسات اول و دوم، آزمودنی‌ها با الگوی شناختی رفتاری افسردگی شامل شناسایی زنجیره رخدادهای شناختی رفتاری مرتبط با افسردگی (شناخت موقعیت‌ها، احساسات، عقاید، افکار و اعمال خاص رفتار)، پیشایندها و پیامدهای رفتار، موقعیت برانگیزاننده و غیره) و روش‌های کاهش رفتارهای تکانه‌ای آشنا شدند. در جلسات ۳ و ۴، آزمودنی‌ها با نحوه شناسایی افکار خوداینده منفی، خطاهای شناختی و آگاهی یافتن از عوامل شروع کننده و افکار و رفتارهای مرتبط با مقابله با استرس و افکار منفی آشنا شدند. در جلسات ۵ و ۶، آزمودنی‌ها راه‌های مقابله با اضطراب و افسردگی و روش‌های مقابله با خلق منفی را آموزش دیدند و در ۲ جلسه آخر، آزمودنی‌ها روش‌های کنترل افکار، رفتار و احساسات و همین‌طور کنترل خشم را آموزش دیدند و همچنین برای هر آزمودنی جدول افکار ناکارآمد در زندگی روزانه کامل و به صورت گروهی مورد بررسی قرار گرفت و آزمودنی‌ها توانستند افکار خود را کنترل کنند. به علاوه در هر جلسه، تکالیفی با توجه به توانایی آنها داده شد تا مهارت‌های آموخته شده را مورد تکرار و تمرین در زندگی خود قرار دهند.

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 ۷۸ درصد و اعتبار بازآزمایی به فاصله دو هفته، ۷۳ درصد بود (۲۵).

شرح مختصر جلسات درمانی

پس از گزینش، آزمودنی‌ها به آزمون افسردگی بک به عنوان پیش‌آزمون پاسخ دادند. گروه کنترل هیچ آموزشی دریافت نکرد و گروه‌های آزمایش توسط روان‌شناس آموزش دیده تحت رفتاردرمانگری دیالکتیکی و رفتاردرمانی شناختی قرار گرفتند. رفتاردرمانی دیالکتیک بر مبنای کار مککی، وود و برنتلی (۲۶) برای یک دوره ۲ ماهه برنامه‌ریزی شده بود. به این صورت که بیماران هفته‌ای یک جلسه به صورت گروهی با مهارت‌های رفتاردرمانگری دیالکتیکی را آموزش می‌دیدند. به این صورت هر مهارت ۴ جلسه ۲ تا ۲/۵ ساعته آموزش داده شد. از آنجائی که این روش درمانی برای مادران اختلالات خلقی اجرا شد و ضمن این که این افراد دست به گریبان هیجان‌های آشفته‌ساز و دردسرسازی بودند که تاثیر مخرب آسیب‌های ناگوار و غفلت‌های دوران کودکی و افراد دچار درد و رنج هیجانی بود، درمان با مهارت مبتنی بر پذیرش (مهارت‌های تحمل پریشانی) که قلب رفتاردرمانی دیالکتیک است (۶) آغاز کردیم و سپس تحت آموزش مهارت مبتنی بر تغییر (مهارت‌های تنظیم هیجانی) قرار گرفتند. مهارت‌های تحمل پریشانی شامل مهارت‌های بنیادین تحمل آشفتگی و توجه‌برگردانی شامل (پذیرش بنیادین، توجه‌برگردانی، تدوین برنامه توجه‌برگردانی، خودآرامش بخشی و تدوین طرح آرمیدگی) و مهارت‌های پیشرفته تحمل آشفتگی شامل (تصویرسازی از مکان امن، کشف ارزش‌ها، شناسایی قدرت برتر، زندگی در زمان حال، استفاده از افکار مقابله‌ای خودتشویق‌گرایانه، خودگویی‌های تائیدگرانه و تدوین راهبردهای مقابله‌ای) بود که در ۴ جلسه آموزش داده شد و مهارت‌های تنظیم هیجانی شامل

پژوهش حاضر از نوع طرح‌های اندازه‌گیری پیش آزمون پس آزمون می‌باشد و برای تجزیه و تحلیل داده‌ها از آزمون تحلیل واریانس یک راهه و آزمون تعقیبی توکی استفاده شد.

شامل ۸ آزمودنی بود. دامنه سنی افراد شرکت کننده در آزمایش بین ۲۲ الی ۳۷ سال بود. میانگین سنی گروه آزمایش رفتاردرمانی دیالکتیک ۳۱/۰۶، رفتاردرمانی شناختی ۲۹/۵۷ و گروه کنترل ۳۰/۴۸ سال بود. حداقل تحصیلات آزمودنی‌ها دیپلم بود.

یافته‌ها

یافته‌ها این پژوهش در مورد ۲۴ نفر در دو گروه آزمایش (رفتاردرمانی دیالکتیک و رفتاردرمانی شناختی) و گروه کنترل اجرا گردید که هر یک از گروه‌ها به ترتیب

میانگین و انحراف معیار مربوط نمرات متغیر افسردگی به تفکیک گروه و مرحله آزمون در جدول ۱ نشان داده شده است.

جدول ۱. آماره‌های توصیفی افسردگی به تفکیک گروه و مرحله آزمون

مرحله آزمون	گروه	گروه رفتاردرمانی دیالکتیکی		گروه رفتاردرمانی شناختی		گروه کنترل
		میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	
پیش آزمون	۵۹/۲۶	۵/۳۷۶	۶۰/۷۴	۵/۷۳۷	۵۸/۳۷	۵/۴۷۳
پس آزمون	۱۷/۴۸	۴/۳۲۴	۲۷/۷۲	۴/۶۹۴	۵۴/۴۸	۵/۳۱۵

مدرجات جدول ۱ نشان می‌دهد که میانگین و انحراف استاندارد نمرات افسردگی گروه رفتاردرمانی دیالکتیک در پیش آزمون 59.26 ± 5.376 و در پس آزمون 17.48 ± 4.324 و در گروه رفتاردرمانی شناختی در پیش آزمون 60.74 ± 5.737 و در پس آزمون 27.72 ± 4.694 و در

گروه کنترل نمرات پیش آزمون 58.37 ± 5.473 و نمرات پس آزمون 54.48 ± 5.315 بود. برای بررسی تفاوت نمرات افسردگی از تحلیل واریانس یک راهه به شرح زیر استفاده شد (جدول ۲).

جدول ۲. نتایج تحلیل واریانس یک راهه بر روی نمرات پس آزمون افسردگی

مجموع مجزورات	درجه آزادی	میانگین مجزورات	آماره F	سطح معنی‌داری	اندازه اثر
۹۹۹۶/۶۲۶	۲	۵۳۲۵/۰۱	۶۳۵/۶۳	۰/۰۰۱	۰/۷۸۶

همان گونه که در جدول ۲ مشاهده می‌شود تفاوت معنی‌داری بین نمرات پس آزمون وجود دارد و این به معنای آن است که حداقل در دو تا از گروه‌ها تفاوت معنی‌دار دارند. برای بررسی و تعیین محل تفاوت گروه‌ها از آزمون تعقیبی توکی استفاده شد که نتایج آن در جدول ۳ آمده است.

جدول ۳. خلاصه اطلاعات مقایسه‌های پس آزمون افسردگی با استفاده از آزمون تعقیبی توکی

گروه‌ها	تفاوت میانگین‌های تعدیل شده	انحراف استاندارد	p
رفتاردرمانی دیالکتیکی	رفتاردرمانی شناختی	-۱۱/۸۴	۲/۷۴
گروه کنترل	رفتاردرمانی شناختی	-۶۷/۹۶	۲/۶۹
گروه کنترل	رفتاردرمانی شناختی	-۴۳/۱۹	۲/۸۵

حاضر در متغیر افسردگی رفتاردرمانی دیالکتیک کاهش معنی‌داری در مقایسه با گروه کنترل نشان دادند ($p < 0/01$) 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.

طبق اصول رفتاردرمانی دیالکتیک، درمانگر باید تأثیر سیستم‌های پردازش اطلاعات، نظم بخشی عاطفی و زیستی اجتماعی را در نظر بگیرد. بی‌نظمی هیجانی باعث می‌شود که خویشتن‌داری شناختی تحت تأثیر قرار بگیرد و ناتوانی در مسئله‌گشایی به بحرانی دامن می‌زند که رفتار از کنترل خارج می‌شود. درمان‌گر در سطح دوم باید تأثیرپذیری متقابل سیستم خانوادگی، فرهنگ و سایر عوامل محیطی را به دقت بررسی کند. ممکن است بیمار مهارت‌های ارتباط موثر را بلد باشد، اما در محیط زندگی‌اش به محض به کارگیری این مهارت‌ها، مورد تمسخر و عیبجویی قرار گیرد. بنابراین در این درمان، درمان‌گر باید دیدگاهی جامع‌تر نسبت به مشکلات بیماران داشته باشد. لینهان (۱۴) معتقد است که مشکلات بیماران از آنجا ناشی می‌شود که در حل و فصل این تعارض‌ها، نمی‌توانند افراط و تفریط را کنار بگذارند و فکر می‌کنند یا باید منطقی و بیرونی عمل کنند و یا براساس درون عمل نمایند. در واقع رفتاردرمانی دیالکتیک کمک می‌کند که از تقابل بر نهاد و برابر نهاد به یک هم نهاد برسد و ناهم‌سازها با یکدیگر هم‌ساز می‌شوند. یکی از نکات جالب رفتاردرمانی دیالکتیک تفاوت بین درد هیجانی و رنج هیجانی است. گاهی آموزش مهارت‌های رفتاردرمانی دیالکتیک این سوتفاهم را ایجاد می‌کند که مگر می‌توان در برابر مشکلات و گرفتاری‌های زندگی، هیچ احساسی نداشت. درد هیجانی، واکنش طبیعی به مشکلات زندگی است اما مسئله از آنجا آغاز می‌شود که افراد نخواهند و نتوانند این درد هیجانی طبیعی را بپذیرند و تمایل داشته باشند با آن بجنگند و سریع از شر آن خلاص شوند و در این شرایط درد هیجانی به رنج هیجانی تبدیل می‌شوند (۲۶). با توجه به این که مراقبان

نتایج به دست آمده از آزمون تعقیبی توکی بیان‌گر آن است که بین میانگین‌های نمرات افسردگی گروه آزمایشی رفتاردرمانی دیالکتیکی و گروه کنترل تفاوت معنی‌داری وجود داشته است ($p < 0/01$). بین میانگین‌های نمرات افسردگی گروه آزمایشی رفتاردرمانی دیالکتیکی و گروه درمانی شناختی تفاوت معنی‌داری وجود داشته است ($p < 0/01$). هم‌چنین بین میانگین‌های نمرات افسردگی گروه آزمایشی رفتاردرمانی شناختی و گروه کنترل تفاوت معنی‌داری وجود داشته است ($p < 0/01$).

بحث

هدف پژوهش حاضر تعیین اثربخشی رفتاردرمانی گری دیالکتیکی در مقایسه با گروه‌درمانی شناختی رفتاری در کاهش افسردگی مادران کودکان معلول بود. نتایج پژوهش حاضر نشان داد که رفتاردرمانی دیالکتیکی بر افسردگی موثر می‌باشد. که این نتایج با پژوهش‌های میلر و همکاران (۲۸)، ون دن بوش و همکاران (۲۹) و کروگر و همکاران (۳۰) نام برد که همگی مؤید اثر بخشی رفتاردرمانی گری دیالکتیکی و مهارت آموزی گروهی آن 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 (۱۱)، لینچ و همکاران (۳۱)، هارلی و اسپیریچ (۳۲) مبنی بر اثربخشی رفتاردرمانی دیالکتیک در درمان افسردگی حمایت می‌کند. علاوه بر آن، این اثربخشی را در ارزیابی‌های پی‌گیر نیز حفظ می‌کنند. 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 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 پی‌گیر حفظ می‌کند (۳۳). در مطالعه

راهبرد می‌تواند به عنوان بخشی از درمان بیماران که علائم افسردگی را دارند به صورت یک برنامه دائم اجرا شود. 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 برمی‌آیند، در نهایت، این که گروه نمونه تنها از زنان تشکیل شده بود. بنابراین، یافته‌های این پژوهش تنها به مادران مبتلا به افسردگی قابل تعمیم 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 مد نظر قرار گیرد. اثربخشی این رویکرد با رویکردهای دیگر مقایسه شود. دوره طولانی‌تر پی‌گیری در نظر گرفته شود، اثر بخشی این رویکرد در پدران مبتلا به اضطراب، استرس و افسردگی نیز مطالعه گردد.

نتیجه‌گیری

نتایج این پژوهش اطلاعات مهمی در زمینه اثربخشی آموزش رفتاردرمانی دیالکتیکی و گروه درمانی شناختی رفتاری بر بهبود برعلائم افسردگی مادران کودکان معلول به دست می‌دهد و براساس نتایج این پژوهش، پیشنهاد می‌شود که به اهمیت و نقش آموزش درمان‌های موج سوم مانند رفتاردرمانی دیالکتیکی و گروه درمانی شناختی رفتاری بر بهبود برکاهش افسردگی مادران کودکان معلول توجه شود و در تحقیقات دنباله رو، آموزش رفتاردرمانی دیالکتیکی بیشتر از گروه درمانی شناختی رفتاری بر بهبود علائم افسردگی مادران کودکان معلول مادران نیز بررسی شود.

تشکر و قدردانی

نویسندگان مقاله وظیفه خود می‌دانند از تمامی شرکت کنندگان در پژوهش، کمال سپاسگزاری را داشته باشند.

کودکان معلول به خاطر همیشگی بودن و شرایط سنی این کودکان که نیازهای جدیدی را می‌طلبد دچار رنج هیجانی می‌شوند که بلند مدت، غیرطبیعی است که به واکنش‌های مشکل ساز دامن می‌زند و اطرافیان را درگیر می‌کند. بنابراین هدف رفتاردرمانی دیالکتیکی کاهش رنج افراد درگیر در مشکلات هیجانی است و برای رسیدن به این هدف در این پژوهش مهارت‌های تحمل پریشانی و نظم بخشی هیجانی آموزش داده شد. در رفتاردرمان گری دیالکتیکی از متخصصین بالینی خواسته می‌شود تا به درمانجو در درک اقدام به رفتارهای مختل کننده به عنوان رفتار اکتسابی برای حل مشکل کمک کنند. درمانجو فاقد مهارت‌های لازم و ضروری برای واکنش نشان دادن به شیوه‌های خلاق‌تر است. این یکی از دلایلی است که رفتاردرمان گری دیالکتیکی در کاهش گرایش به افسردگی در این پژوهش ثمربخش بوده است.

نمرات پیش آزمون و پس آزمون بیماران به وضوح کاهش در نمرات افسردگی بعد از اجرای رفتاردرمان گری شناختی (پیش آزمون: ۶۰/۷۴ و پس آزمون: ۲۷/۷۲) موید اثربخشی رفتاردرمان گری شناختی بر افسردگی است. در واقع افسردگی این گروه در پیش آزمون در سطح شدید و در پس آزمون در سطح متوسط بود و نمرات منجر به تایید این فرضیه شده است که رفتاردرمانی شناختی موجب کاهش افسردگی می‌شود. این درمان در اصل برای غلبه بر افسردگی، آسیمگی، هراس‌ها، اضطراب، خشم، مسائل ارتباطی طراحی و همواره موفقیت آمیز بوده است (۲۰) و امروزه از میان درمان‌های مؤثر بر افسردگی و اضطراب رفتاردرمانی شناختی، آن گونه که بک و همکاران معرفی کردند بیش از حد مورد استقبال و ارزیابی قرار گرفته و اثر آفرین بوده است (۲۱). رفتاردرمانی شناختی اثر فوری و سودمندی بر خلق و هیجان دارد (۳۴). نتایج پژوهش حاضر نشان داد که رفتاردرمانی دیالکتیک و رفتاردرمانی شناختی در درمان افسردگی مادران کودکان معلول موثر است و با توجه به اثربخشی این درمان‌ها در بهبود عملکرد مادران، این

منابع

1. Roskam I, Zech E, Nils F, Nader-Grosbois N. School reorientation of children with disabilities: A stressful life event challenging parental cognitive and behavioral adjustment. *Journal of Counseling & Development*. 2008;86(2):132-42.
2. Moradi A, Kalantari M. The impact of life skills training on psychological profile of women with physical mother disabled. *J Except child*. 2006; 19(1): 559-76.
3. Mazur E. Negative and positive disability-related events and adjustment of parents with acquired physical disabilities and of their adolescent children. *Journal of Child and Family Studies*. 2008;17(4):517-37.
4. Ahmadi Kh, KHodadadi GH, Akhavi Z, Anisi J. Faction of families with disabled children. *Journal of behavior sciences*. 2013; 6(4): 331-7.
5. Sartorius N, Leff J, Lopez J, Ibor L, Maj M, Okasha A. *Family & Mental Disorders*. RC.2008.
6. Koegel RL, Schreibman L, Loos LM, Dirlich-Wilhelm H, Dunlap G, Robbins FR, et al. Consistent stress profiles in mothers of children with autism. *Journal of Autism and Developmental Disorders*. 1992;22(2):205-16.
7. Jamilian H, Malekirad A, Farhadi M, Habibi M, Zamani N. Effectiveness of Group Dialectical Behavior Therapy (Based on Core Distress Tolerance and Emotion Regulation Components) on Expulsive Anger and Impulsive Behaviors. *Global journal of health science*. 2014;6(7):116-7.
8. Crnic KA, Greenberg MT. Minor parenting stresses with young children. *Child development*. 1990;61(5):1628-37.
9. Baxter AC, Lotspeich LJ, Spiker D, Martin JL, Grether JK, Hallmayer JF. Brief report: effect of maternal age on severity of autism. *Journal of Autism and Developmental Disorders*. 2007;37(5):976-82.
10. Kessler RC, McGonagle KA, Zhao S, Nelson CB, Hughes M, Eshleman S, et al. Lifetime and 12-month prevalence of DSM-III-R psychiatric disorders in the United States: results from the National Comorbidity Survey. *Archives of general psychiatry*. 1994;51(1):8-19.
11. Chew CE. The effect of dialectical behavioral therapy on moderately depressed adults: A multiple baseline design: University of Denver; 2006.
12. Tranter R, O'Donovan C, Chandarana P, Kennedy S. Prevalence and outcome of partial remission in depression. *Journal of Psychiatry and Neuroscience*. 2002;27(4):241-2.
13. 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.
14. Linehan M. *Dialectical Behavior frequently Asked Questions*. USA (Seattle): Behavioral Tech, LLC. 2008. Available from: <http://www.behavioraltech.org>.
15. Nolen-Hoeksema S, Rector NA. *Abnormal psychology*: McGraw-Hill Boston; 2007.
16. 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. *International Journal of Geriatric Psychiatry*. 2007;22(2):131-43.
17. Linehan MM, Schmidt H, Dimeff LA, Craft JC, Kanter J, Comtois KA. Dialectical behavior therapy for patients with borderline personality disorder and Drug-Dependence. *The American journal on addictions*. 1999;8(4):279-92.
18. Hawton K, Townsend E, Arensman E, Gunnell D, Hazell P, House A, et al. Psychosocial versus pharmacological treatment for deliberate self harm. *Cochrane Database Syst Rev*. 2000.
19. Katz LY, Cox BJ, Gunasekara S, Miller AL. Feasibility of dialectical behavior therapy for suicidal adolescent inpatients. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*. 2004;43(3):276-82.
20. Hawton k, Salkous K, Clarck. *Cognitive Behavior Therapy for psychiatric problems, a*

- practical guide. Translated by: Ghasemzadeh H. Tehran: Arjomand Publication. 2002.
21. Tad J, Bouhart A. Clinical psychologic principles and consultation. Translated by: Firooz Bakht M. Tehran: Rasa Publicatio. 1991.
 22. Sadavoy J. Comprehensive Textbook of Geriatric Psychiatry: Study Guide: Norton; 2005.
 23. Sharifi V, Assadi SM, Mohammadi MR, Amini H, Kaviani H, Semnani Y, et al. Structured clinical interview for DSM-IV (SCID Persian translation and cultural adaptation). Iranian journal of psychiatry. 2007;2(1):46-8.
 24. Beck AT, Steer RA, Brown GK. Manual for the beck depression inventory-II. San Antonio, TX: Psychological Corporation; 1996.
 25. Fathi-Ashtiani A, Dastani M. Psychological tests: Personality and mental health. Tehran: Be'sat Publication Institute. 2009:291-308.
 26. McKay M, Wood JC, Brantley J. The dialectical behavior therapy skills workbook. Oakland: New Harbinger. 2007.
 27. Greenberger D, Padesky CA. Mind over mood: Change how you feel by changing the way you think: Guilford press; 1995.
 28. Miller AL, Rathus JH, Linehan MM. Dialectical behavior therapy with suicidal adolescents: Guilford Press; 2006.
 29. 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. Addictive Behaviors. 2002; 27(6): 911-23.
 30. 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):1211-7.
 31. Lynch TR, Morse JQ, Mendelson T, Robins CJ. Dialectical behavior therapy for depressed older adults: A randomized pilot study. The American Journal of Geriatric Psychiatry. 2003;11(1):33-45.
 32. Harley R, Sprich S, Safren S, Jacobo M, Fava M. Adaptation of dialectical behavior therapy skills training group for treatment-resistant depression. The Journal of nervous and mental disease. 2008;196(2):136-43.
 33. Zamani N, Ahmadi V, Ataie Moghanloo V, Mirshekar S. Comparing the Effectiveness of two Therapeutic Methods of Dialectical Behavior Therapy and Cognitive Behavior Therapy on the Improvement of Impulsive Behavior in the Patients Suffering from Major Depressive Disorder (MDD) Showing a Tendency to Suicide. Scientific Journal of Ilam University of Medical Sciences. 2004: 22(5).[Persian]
 34. Hawton KE, Salkovskis PM, Kirk JE, Clark DM. Cognitive behaviour therapy for psychiatric problems: A practical guide: Oxford University Press; 1989.