

اثربخشی آموزش فردی مهارت‌های رفتاردرمانی دیالکتیک بر افسردگی اساسی

عزیزه علیزاده^۱، عیسی علیزاده^۲، ابوالفضل محمدی^۳

چکیده

مقدمه: در سرتاسر جهان افسردگی یک مشکل جدی و ناتوان‌کننده در سلامت عمومی با شیوع بسیار بالا می‌باشد. درمان دارویی مناسب به طور بارز از علایم افسردگی و مرگ و میر ناشی از خودکشی می‌کاهد. همچنین، مداخلات روانی-اجتماعی اثربخشی داروها را افزایش می‌دهد. لذا پژوهش حاضر با هدف بررسی اثربخشی آموزش فردی مهارت رفتاردرمانی دیالکتیک در بهبود افسردگی و افکار خودکشی بیماران افسرده انجام شد.

روش: این مطالعه از نوع شبه تجربی می‌باشد و نمونه‌ها به روش نمونه‌گیری در دسترس از بین بیماران با تشخیص افسردگی اساسی که به درمانگاه بیمارستان تخصصی اعصاب و روان ۵۰۵، مراجعه کردند، انتخاب شدند. ۹ بیمار در گروه مداخله و ۹ بیمار در گروه شاهد شرکت کردند. بیماران گروه مداخله تحت درمان دارویی و آموزش مهارت‌های رفتاردرمانی دیالکتیک در جلسات فردی، هفته‌ای یک جلسه به مدت ۶ ماه و ۲۰ جلسه قرار گرفتند و بیماران گروه شاهد فقط تحت درمان دارویی قرار گرفتند. بیماران در جلسه اول و آخر با مقیاس افسردگی بک (BDI) و پرسشنامه دلایل زندگی لینهان (RFL)، مورد سنجش قرار گرفتند. داده‌ها با استفاده از روش تحلیل کوواریانس، تحلیل شد.

یافته‌ها: نتایج، کاهش معناداری در نمرات افسردگی ($p=0/001$) و افزایش معناداری در نمرات دلایل زندگی ($p=0/008$) بیماران گروه مداخله نسبت به گروه شاهد نشان داد.

نتیجه‌گیری: پژوهش حاضر نشان داد ترکیب درمان دارویی و آموزش فردی مهارت‌های رفتاردرمانی دیالکتیک می‌تواند به کاهش افسردگی و افکار خودکشی بیانجامد. این کاهش در درمان دارویی هم دیده شد، اما در گروه مداخله این کاهش بیش از گروه شاهد بود. بنابراین می‌توان از آموزش این مهارت‌ها برای بهبود بیماران افسرده استفاده کرد.

کلید واژه‌ها: مهارت‌های رفتاردرمانی دیالکتیک، افسردگی اساسی، افکار خودکشی

تاریخ پذیرش: ۱۳۹۲/۵/۲۱

تاریخ دریافت: ۱۳۹۲/۳/۲۱

۱ - کارشناس ارشد روان‌شناسی بالینی، بیمارستان روان‌پزشکی ۵۰۵، تهران، ایران (نویسنده مسؤول)

پست الکترونیکی: alizadeh8778@gmail.com

۲ - کارشناس ارشد روان‌شناسی بالینی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد اهواز، اهواز، ایران

۳ - استادیار گروه روان‌پزشکی، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی تهران، بیمارستان روزبه، تهران، ایران

مقدمه

در سرتاسر جهان، افسردگی یک مشکل جدی و ناتوان‌کننده در سلامت عمومی با شیوع بسیار بالا می‌باشد (۱) و ارتباطی قوی بین تمایل به خودکشی و افسردگی وجود دارد (۲). درمان دارویی مناسب به طور بارز از علایم افسردگی و مرگ و میر ناشی از خودکشی می‌کاهد. همچنین، مداخلات روانی-اجتماعی اثربخشی داروها را افزایش می‌دهد (۳). پژوهش‌ها اثربخشی رفتاردرمانی دیالکتیک را بر درمان افسردگی، رفتارهای خود آسیب‌رسان و تنظیم هیجانی در بیماران اختلال شخصیت مرزی (۵۰۴)، بهبود خلق، تنظیم هیجانی و کاهش مصرف مواد در زنان مصرف‌کننده مواد مخدر (۶) و افزایش عزت نفس زنان مبتلا به اختلال خوردن (۷) و بهبود تصویر بدنی و افزایش خودکارآمدی و کاهش علایم پرخوری عصبی (۸)، نشان داده است.

رفتاردرمانی دیالکتیک یک رویکرد روان درمانی است که برای درمان مشکلات افراد مبتلا به خودکشی مزمن و اختلال شخصیت مرزی شکل گرفت. در این درمان مجموعه‌ای از اصول بیان می‌شود که به شکلی مؤثر، به دست‌اندرکاران حوزه‌های بالینی در پاسخ به خودکشی و دیگر رفتارهایی که هنگام درمان این افراد چالش برانگیز است، کمک می‌کند (۹). مهارت‌های رفتاردرمانی دیالکتیک شامل مهارت تحمل پریشانی، مهارت تنظیم هیجانی و مهارت ذهن آگاهی و مهارت روابط بین فردی می‌باشد (۱۰). میزان تحمل افراد در مقاومت در برابر شرایط روانی منفی و تجربه آن را تحمل پریشانی می‌گویند (۱۱). تحمل پریشانی پایین به رفتارهای تکانشی و سرکوب درد و رنج فرد می‌انجامد و افزایش تحمل هیجانی نقش مهمی در بهبود رفتارهای خودکشی ایفا می‌کند (۱۲). منابع نظری و شواهد به این نتیجه رسیده‌اند که اقدام به خودکشی در تلاش برای فرار یا اجتناب از تجربه شرایط روان‌شناختی دشوار و غیرقابل تحمل، اتفاق می‌افتد (۱۳). پژوهش *Anestis* و *Joiner* ارتباط شاخص‌های رفتار خودکشی با تحمل پریشانی را نشان داده است (۱۴).

تنظیم هیجانی به معنای توانایی افراد در اثرگذاری بر نوع، زمان و چگونگی تجربه و بیان هیجانی و نیز تغییر طول مدت یا شدت فرآیندهای رفتاری، تجربی و بدنی

هیجان است و به طور هشیار یا ناهشیار، از طریق به‌کارگیری راهبردهای تنظیم هیجان، انجام می‌گیرد (۱۵). بدتنظیمی هیجانی، می‌تواند مقدم بر شروع اختلالات روانی مانند افسردگی باشد (۱۶). ارتباط افسردگی و دشواری‌های تنظیم هیجانی در مطالعات انجام شده، مورد تأیید قرار گرفته است (۱۷ و ۱۸).

همچنین، افسردگی با نشخوار فکری ارتباط محکمی دارد (۱۹). سرگردانی ذهن افراد درباره اتفاقات گذشته و آینده و نیز نگرش قضاوت‌گرایانه درباره تجربیات، واکنش‌های هیجانی در پی دارد. ذهن آگاهی مهارتی است که به موجب آن، حوادث در زمان حال با میزان ناراحتی کمتری ادراک می‌شود. وقتی توجه ما به زمان حال است، درگیر گذشته یا آینده نیستیم. در حالی که بیشتر مشکلات روانی از تمرکز بر گذشته ناشی می‌شود (۲۰). مهارت‌های اجتماعی نیز به طور ثابت و مثبت با همه شاخص‌های بهزیستی روان‌شناختی و روابط مثبت با دیگران مرتبط است (۲۱). مطالعات نشان دادند، حساسیت بین فردی بالا و وابستگی در بیماران افسرده و مضطرب بیش از افراد سالم می‌باشد (۲۲). در پژوهش نریمانی و همکاران، سودمندی آموزش‌های ذهن آگاهی و تنظیم هیجانی بر بهبود سلامت روان جانبازان شیمیایی مورد بررسی قرار گرفته است (۲۳). همچنین، نتایج یک مطالعه فراتحلیل، اثربخشی مداخلات مبتنی بر ذهن آگاهی را در کاهش افسردگی بزرگسالان مبتلا به اختلالات روانی نشان داد (۲۴). *Neacsiu* و همکاران، اثربخشی مهارت‌های رفتاردرمانی دیالکتیک در کاهش افسردگی، رفتارهای خودکشی و کنترل خشم بیماران اختلال شخصیت مرزی را نشان دادند (۲۵). در مطالعه‌ای کربلایی محمد میگونی و احدی، به بررسی اثربخشی رفتاردرمانی دیالکتیک در کاهش افسردگی و افکار خودکشی بیماران دچار افسردگی اساسی پرداختند (۲۶). همچنین استفاده از آموزش مهارت‌های رفتاردرمانی دیالکتیک، در بیماران افسرده مقاوم به درمان به تسهیل پردازش هیجانی بیماران کمک می‌کند (۲۷).

طبق پیش‌بینی سازمان جهانی بهداشت افسردگی تا سال ۲۰۲۰ به عنوان دومین علت ناتوانی‌ها در تمام سنین در سرتاسر جهان اعلام شده است (۲۸) و براساس برآورد انجام شده، هر سال در سرتاسر جهان، یک میلیون نفر بر اثر خودکشی می‌میرند. بنابراین، خودکشی یکی از

می‌شود و هنگام اجرا از آزمودنی خواسته می‌شود شدت این نشانه‌ها را براساس یک مقیاس ۴ درجه‌ای از ۰ تا ۳ درجه‌بندی کند. پرسش‌ها با زمینه‌هایی مانند احساس ناتوانی و شکست، و احساس گناه، تحریک‌پذیری، آشفتگی خواب و از دست دادن اشتها، ارتباط دارند. دامنه نمره‌ها از ۰ تا ۶۳ قرار دارد. به طور معمول نمره افراد افسرده از نظر بالینی و افراد ناسازگار، در دامنه ۱۲ تا ۴۰ قرار می‌گیرد. نمره ۰-۱۳ و کمترین افسردگی، نمره ۱۴ تا ۱۹ افسردگی خفیف، ۲۰ تا ۲۸ افسردگی متوسط و ۲۹ تا ۶۳ افسردگی شدید در نظر گرفته می‌شود. ضریب همسانی محاسبه شده توسط Beck و همکاران (۱۹۹۸)، بین ۰/۷۳ تا ۰/۹۳ و ضرایب اعتبار حاصل از بازآزمایی برحسب فاصله بین دفعه‌های اجرا و نوع جمعیت در دامنه ۰/۴۸ تا ۰/۶۸ قرار دارند (۳۰). این پرسشنامه به فارسی ترجمه و روایی و پایایی آن بررسی شده است. ثبات درونی آزمون برای دانشجویان ایرانی ۰/۸۷، پایایی آزمون-باز آزمون ۰/۷۳ به دست آمده است (۳۱).

پرسشنامه دلایل زندگی (Reasons For Living Inventory)؛ برای ارزیابی عقاید بیماران درباره خودکشی از پرسشنامه دلایل زندگی استفاده شد. این پرسشنامه، به عنوان ابزاری برای سنجش میزان تعهد فرد در دلایل خودکشی نکردن به کار می‌رود و از دیدگاه مهارت‌های مقابله‌ای به بررسی این دلایل می‌پردازد. این پرسشنامه دارای ۴۸ عبارت است و توسط Linehan و همکاران در سال ۱۹۳۸ طراحی شده است. دارای ۶ زیرمقیاس عقاید در رابطه با خودکشی و مقابله، مسؤولیت در قبال خانواده، دغدغه‌هایی در رابطه با فرزندان، ترس از خودکشی، ترس از مذمت خودکشی و مخالفت‌های اخلاقی می‌باشد. هر عبارت با عدد صفر (اصلاً اهمیت ندارد) تا ۵ (بسیار اهمیت دارد) نمره‌گذاری می‌شود و هر چه نمرات بالاتر باشد، دلایل بیشتری برای زندگی وجود دارد. هنجاریابی این پرسشنامه در یک نمونه ۵۰۰ نفری (۴۲۰ نفر عادی و ۸۰ نفر اقدام‌کننده به خودکشی) انجام شده است. ضریب آلفای کرونباخ برای کل پرسشنامه ۰/۹۵ و ضریب بازآزمایی با فاصله دو هفته برابر ۰/۹۳ است. همبستگی معنادار بین نمرات پرسشنامه و ایده‌های خودکشی بک و پرسشنامه شادکامی آکسفورد، روایی واگرا و همگرایی این پرسشنامه را تأیید می‌کند. روایی تفکیکی خوب این ابزار نشان می‌دهد که این مقیاس می‌تواند افراد عادی را از افراد خودکشی کننده، تفکیک کند (۳۲).

نگرانی‌های اصلی سلامت عمومی می‌باشد (۲۹). با توجه به اهمیت مسأله و با توجه به محدود بودن مطالعات در این زمینه، پژوهش حاضر با هدف مطالعه اثربخشی آموزش فردی مهارت‌های رفتاردرمانی دیالکتیک در کاهش میزان افسردگی و افکار خودکشی بیماران افسرده انجام شد.

روش مطالعه

پژوهش حاضر از نوع شبه تجربی است که در آن از طرح پیش آزمون- پس آزمون با گروه شاهد استفاده شد. در این پژوهش آموزش مهارت‌های رفتاردرمانی دیالکتیک به عنوان متغیر مستقل و افسردگی و افکار خودکشی به عنوان متغیرهای وابسته در نظر گرفته شد. جامعه آماری این پژوهش شامل تمام بیماران سرپایی با تشخیص افسردگی اساسی که به درمانگاه بیمارستان تخصصی روان‌پزشکی ۵۰۵، مراجعه کردند، بود. دارا بودن ملاک‌های تشخیصی افسردگی اساسی، براساس DSM-IV-TR، تحصیلات حداقل دیپلم، رد تشخیص‌هایی مانند روان‌پریشی، اختلالات دوقطبی و سوء مصرف مواد از ملاک‌های شمول و حذف بود که برای بیماران شرکت‌کننده در پژوهش، در نظر گرفته شد. همچنین شرکت‌کنندگان نباید هیچ‌گونه مداخله روانی اجتماعی دیگری دریافت می‌کردند. از طریق نمونه‌گیری در دسترس، نمونه‌ها انتخاب شدند. بدین ترتیب که ۱۸ بیمار مبتلا به افسردگی اساسی که از طریق روان‌پزشکان این مرکز برای روان‌درمانی ارجاع شدند، به عنوان نمونه در نظر گرفته شدند. پس از این که ملاک‌های شمول و حذف از طریق مصاحبه توسط پژوهشگر بررسی قرار گرفت، ۹ بیمار در گروه مداخله و ۹ بیمار در گروه شاهد به صورت تصادفی قرار گرفتند. بیماران گروه مداخله، تحت درمان دارویی و آموزش مهارت‌های رفتاردرمانی دیالکتیک در جلسات فردی، قرار گرفتند. بیماران گروه شاهد، فقط درمان دارویی دریافت می‌کردند.

برای سنجش میزان افسردگی بیماران از پرسشنامه افسردگی بک استفاده شد. ماده‌های این مقیاس بر پایه مشاهده و تلخیص نگرش‌ها و نشانه‌های متداول در میان بیماران روانی افسرده تهیه شده است. این آزمون، در مجموع از ۲۱ ماده مرتبط با نشانه‌های مختلف تشکیل

بود. حداقل تحصیلات دیپلم و حداکثر لیسانس بود. دو گروه از نظر، سن، جنس، تحصیلات یکسان‌سازی شدند. میانگین و انحراف استاندارد پیش آزمون و پس آزمون گروه مداخله و شاهد، در نمرات افسردگی و دلایل زندگی، در جدول شماره ۱ نشان داده شده است.

آزمون لوین برای بررسی همگنی واریانس‌ها، در هر دو گروه برای نمرات افسردگی ($p > 0.05$)، $F(1,17) = 1.72$ و دلایل زندگی ($p > 0.05$)، $F(1,17) = 1.8$ ، تساوی واریانس‌ها را نشان می‌دهد. تحلیل کوواریانس بین گروهی یک طرفه برای مقایسه اثربخشی آموزش رفتاردرمانی دیالکتیک در کاهش افسردگی و افزایش دلایل زندگی انجام شد. پس از اصلاح نمره‌های پیش آزمون، تفاوت معناداری بین دو گروه از نظر کاهش افسردگی ($p < 0.05$) و $F(1,17) = 24.92$ و افزایش نمرات دلایل زندگی ($F(1,17) = 1.8$) و $p < 0.05$ مشاهده شد (جدول شماره ۲). میانگین اصلاح شده و انحراف استاندارد پس آزمون پس از حذف اثر پیش آزمون برای نمرات افسردگی در گروه مداخله، $17/119 \pm 1/37$ و در گروه شاهد، $26/88 \pm 1/37$ می‌باشد. این مقادیر برای نمرات دلایل زندگی در گروه مداخله، $173/49 \pm 8/84$ و در گروه شاهد، $135/11 \pm 8/84$ می‌باشد.

پس از انتخاب نمونه‌ها با توجه به ملاک‌های شمول و حذف مطرح شده، بیماران هر دو گروه فرم رضایت شرکت در پژوهش را امضا کردند. همچنین، توضیحاتی مبنی بر محرمانه بودن اطلاعات به بیماران داده شد. بیماران در جلسه ارزیابی، پرسشنامه‌های مربوطه را تکمیل کردند و نمرات پیش آزمون در این مرحله به دست آمد. سپس، آموزش مهارت‌های دیالکتیک براساس مدل مهارت‌های رفتاردرمانی دیالکتیک Linehan (۳۳) انجام شد. چهار مهارت مهم رفتاردرمانی دیالکتیک یعنی مهارت تحمل پریشانی، مهارت تنظیم هیجانی، مهارت ذهن آگاهی و مهارت روابط بین فردی، به صورت انفرادی در جلسات یک ساعته به صورت هفتگی، به مدت ۶ ماه برگزار شد. پس از اتمام مداخلات هر دو گروه مجدداً پرسشنامه‌ها را کامل کردند و نمرات پس آزمون به دست آمد. داده‌ها با استفاده از روش تحلیل کوواریانس و با استفاده از نرم‌افزار SPSS v.19، تحلیل شد.

یافته‌ها

در هر گروه ۲ بیمار مرد و ۷ بیمار زن بودند. دامنه سنی شرکت‌کنندگان در مطالعه، بین ۱۸ تا ۴۸ سال و میانگین سنی گروه مداخله $30/83$ و گروه شاهد $31/44$

جدول ۱- شاخص‌های توصیفی متغیرهای پژوهش در دو گروه مداخله و شاهد

انحراف استاندارد \pm میانگین		موقعیت	متغیر
پس آزمون	پیش آزمون	مداخله	افسردگی
$17 \pm 35/52$	$34/90 \pm 43/92$	شاهد	
$27 \pm 54/24$	$36/5 \pm 42/82$	مداخله	دلایل زندگی
$164/90 \pm 4/87$	$99/30 \pm 4/72$	شاهد	

جدول ۲- خلاصه تجزیه و تحلیل کوواریانس

منبع تغییرات	Ss	df	M	F	p	Eta
افسردگی	463/39	1	463/39	24/92	0/001	0/59
خطا	316/05	17	18/59			
کل	10506	20				
دلایل زندگی	6950/6	1	6950/6	9/14	0/008	0/35
خطا	12924/45	17	760/26			
کل	516084	20				

بحث

یافته‌های پژوهش حاضر، کاهش معنادار میزان افسردگی و افزایش معنادار دلایل زندگی بیماران گروه مداخله در پی آموزش فردی مهارت‌های رفتاردرمانی دیالکتیک را نشان داد. کاهش میزان افسردگی و افزایش نمرات دلایل زندگی در نمرات پیش آزمون و پس آزمون در گروه شاهد نشان‌دهنده اثربخشی دارو درمانی در بهبود بیماران می‌باشد. به نظر می‌رسد این اثر به همراه آموزش مهارت‌های یاد شده تقویت می‌گردد.

یافته‌های مطالعه حاضر همسو با پژوهش Feldman و همکاران (۲۷)، می‌باشد. در مطالعه‌ای که کربلایی محمد میگوینی و احدی انجام دادند، رفتاردرمانی دیالکتیک، بر ۷ مرد و ۵ زن در دو گروه رفتاردرمانی دیالکتیک و گروه دارودرمانی به مدت ۷ ماه اجرا شد و کاهش معناداری در میزان افسردگی و تمایل به خودکشی دیده شد (۲۶). همچنین در پژوهش علوی و همکاران، آموزش مهارت‌های دیالکتیک در گروهی از دانشجویان منجر به کاهش افسردگی شد (۳۴). همان طور که ذکر شد، تحمل پریشانی توانایی فرد برای مقاومت و تجربه حالات روان شناختی منفی می‌باشد. افرادی که تحمل پریشانی پایینی دارند، پریشانی را به عنوان یک ساختار غیرقابل تحمل توصیف می‌کنند و نمی‌توانند آن را مدیریت کنند. دیدگاه منفی نسبت به هیجانات دارند و وجود آن‌ها را نمی‌پذیرند. بنابراین، توانایی مقابله خود را با آن‌ها کم ارزیابی می‌کنند (۳۵). از این رو، وقتی روش‌های مقابله فرد با شکست روبه‌رو می‌شود، احساس می‌کند تنها راه، فرار از رنج غیرقابل تحمل است. این تلاش برای فرار، ارزیابی‌های نفرت‌آور از خود و دیدگاه روان شناختی توأم با ناامیدی فرد که حل مشکلات را بعید و دور از دسترس می‌داند، از عوامل سوق‌دهنده به سمت خودکشی است. پژوهش Baumeister (۱۹۹۰) نشان داد که در اکثر یادداشت‌های خودکشی، فرار از درد هیجانی به عنوان نتیجه دلخواه خودکشی بیان شده است (۳۶).

از مهارت‌های تنظیم هیجانی، توانایی آگاه شدن از هیجان‌ها، شناسایی و نام‌گذاری هیجان‌ها و تفسیر درست احساسات بدنی مربوط به آن‌ها، آگاهی از برانگیختگی هیجانی، تعدیل فعالانه هیجان منفی برای رسیدن به احساس بهتر، پذیرش و تحمل هیجان منفی وقتی نمی‌توان آن را تغییر داد، مواجهه با هیجان منفی به جای اجتناب از آن در شرایط پریشانی جهت رسیدن به اهداف مهم و حمایت توأم با

شفقت (تشویق و آرام کردن خود) در حالت پریشانی می‌باشد. مطالعات نشان داده‌اند همه این مهارت‌ها به طور معناداری با شاخص‌های مختلف سلامت روان در جمعیت عادی و بالینی همراه هستند (۳۷). تخریب در کارکرد اجتماعی نیز از مهم‌ترین خصوصیت افسردگی است. افراد افسرده در تعاملات اجتماعی کارکرد مناسبی ندارند و درک ضعیفی از روابط دارند. همچنین، مشکلاتی در تفسیر اطلاعات بین فردی، مانند هیجانات و بیان آن‌ها، دارند. نقص روابط بین فردی در بیماران افسرده، نقش اساسی در شروع و تداوم افسردگی دارد. نتایج مطالعات نشان داده است که افراد افسرده در ذهن خوانی و ذهن آگاهی در مقایسه با افراد عادی تفاوت معناداری دارند (۳۸). نظریه‌های بین فردی در خودکشی، به دو عامل احساس عدم تعلق و فرسودگی ادراک شده که از شاخص‌های مهم در اقدام به خودکشی است، می‌پردازند. براساس نظریه Baumeister و Leary (۱۹۹۵)، وقتی نیاز به تعلق نادیده گرفته می‌شود، میل به مردن در فرد شکل می‌گیرد. این حالت عدم تعلق باطل گفته می‌شود که در مقالات بالینی و خودکشی به عنوان افکار غیرفعال خودکشی شناخته می‌شود. همچنین از عوامل مهم در فرسودگی ادراک شده، تعارضات خانوادگی می‌باشد. یافته‌ها حاکی از اثربخشی درمان‌های بین فردی در کاهش افکار خودکشی می‌باشد (۱۳). با توجه به مطالب فوق، یافته‌های مطالعه حاضر با سایر مطالعات انجام شده مطابق است. حجم کم نمونه و عدم همسان‌سازی دو گروه از نظر داروهای مورد استفاده از محدودیت‌های این پژوهش است. همچنین نبود دوره‌های پیگیری برای بررسی ماندگاری نتایج درمان، می‌تواند از محدودیت‌های پژوهش باشد. پیشنهاد می‌شود آموزش این مهارت‌ها در سایر اختلالات هیجانی به کار برده شود.

نتیجه‌گیری

یافته‌های این پژوهش نشان داد آموزش فردی مهارت‌های رفتاردرمانی دیالکتیک (مهارت تنظیم هیجان، مهارت ذهن آگاهی، مهارت تحمل پریشانی و مهارت ارتباط مؤثر) به کاهش افسردگی و افکار خودکشی در بیماران مبتلا به افسردگی اساسی، منجر می‌شود.

تشکر و قدردانی

با تشکر از کلیه بیمارانی که صبورانه ما را با شرکت در جلسات و تکمیل پرسشنامه‌ها یاری کردند.

منابع

- 1 - Kupfer DJ, Frank E, Phillips ML. Major depressive disorder: new clinical, neurobiological, and treatment perspectives. *Lancet*. 2012 Mar 17; 379(9820): 1045-55.
- 2 - Handley TE, Inder KJ, Kay-Lambkin FJ, Stain HJ, Fitzgerald M, Lewin TJ, Attia JR, Kelly BJ. Contributors to suicidality in rural communities: beyond the effects of depression. *BMC Psychiatry*. 2012 Aug 8; 12: 105.
- 3 - Rihmer Z, Gonda X. Pharmacological prevention of suicide in patients with major mood disorders. *Neurosci Biobehav Rev*. 2012 Sep 27.
- 4 - Zanarini MC, Frankenburg FR, Reich DB, Fitzmaurice G. Time to attainment of recovery from borderline personality disorder and stability of recovery: A 10-year prospective follow-up study. *Am J Psychiatry*. 2010 Jun; 167(6): 663-7.
- 5 - Fleischhaker C, Bohme R, Sixt B, Bruck C, Schneider C, Schulz E. Dialectical Behavioral Therapy for Adolescents (DBT-A): a clinical Trial for Patients with suicidal and self-injurious Behavior and Borderline Symptoms with a one-year Follow-up. *Child Adolesc Psychiatry Ment Health*. 2011 Jan 28; 5(1): 3.
- 6 - Axelrod SR, Perepletchikova F, Holtzman K, Sinha R. Emotion regulation and substance use frequency in women with substance dependence and borderline personality disorder receiving dialectical behavior therapy. *Am J Drug Alcohol Abuse*. 2011 Jan; 37(1): 37-42.
- 7 - Soleimani M, Ghasemzadeh A, Fallah Ebrahimzadeh M. Effects of Dialectical Behaviour Therapy on Increasing Self-Esteem in Women with Binge Eating Disorder. *Procedia - Social and Behavioral Sciences*. 2012; 46: 1091-1095.
- 8 - Abolghasemi A, Jafary E. [Effectiveness of dialectical behavior therapy on body image and Self-Efficacy in with nervosa]. *J Clin Psychol*. 2012; 42(2) 14: 29-37. (Persian)
- 9 - Swales MA, Heard HL. *Dialectical Behavior Therapy, The CBT distinctive features series*. Routledge: Published in the USA and Canada; 2009.
- 10 - Alilou M, Sharifi MA. [Dialectical Behavior Therapy for Borderline Personality Disorder]. Tehran. 2011, <http://counseling.au.ac.ir>. (Persian)
- 11 - Simons JS, Gaher RM. The Distress Tolerance Scale: Development and Validation of a Self-Report Measure. *Motivation and Emotion*. 2005 June; 29(2): 83-102.
- 12 - Linehan MM, Heard HL, Armstrong HE. Naturalistic follow-up of a behavioral treatment for chronically parasuicidal borderline patients. *Arch Gen Psychiatry*. 1993 Dec; 50(12): 971-4.
- 13 - Van Orden KA, Witte TK, Cukrowicz KC, Braithwaite SR, Selby EA, Joiner TE Jr. The interpersonal theory of suicide. *Psychol Rev*. 2010 Apr; 117(2): 575-600.
- 14 - Anestis MD, Joiner TE. Behaviorally-indexed distress tolerance and suicidality. *J Psychiatr Res*. 2012 Jun; 46(6): 703-7.
- 15 - Gross JJ, Thompson RA. Emotion regulation: Conceptual foundations. In: Gross JJ. *New York, Guilford: Handbook of Emotion Regulation*; 2007.
- 16 - Chaplin TM, Cole PM, Zahn-Waxler C. Parental socialization of emotion expression: gender differences and relations to child adjustment. *Emotion*. 2005 Mar; 5(1): 80-8.
- 17 - Salehi A, Baghban I, Bahrami F, Ahmadi A. [The effect of emotional regulation training based on dialectical behavior therapy and gross process model on symptom of emotional problems]. *Zahedan J Res Med SCI (ZJRMS)*. 2012; 14(2): 49-55. (Persian)
- 18 - Brockmeyer T, Bents H, Holtforth MG, Pfeiffer N, Herzog W, Friederich HC. Specific emotion regulation impairments in major depression and anorexia nervosa. *Psychiatry Res*. 2012 Dec 30; 200(2-3): 550-3.
- 19 - Rippere V. "What's the thing to do when you're feeling depressed?" --a pilot study. *Behav Res Ther*. 1977; 15(2): 185-91.

- 20 - Kabat-Zinn J. Mindfulness-Based Interventions in Context: Past, Present, and Future. *Clinical Psychology: Science and Practice*. 2003 June; 10(2): 144-156.
- 21 - Segrin C, Taylor M. Positive interpersonal relationships mediate the association between social skills and psychological well-being. *Personality and Individual Differences*. 2007 Sep; 43(4): 637-646.
- 22 - Vidyandhi K, M Sudhir P. Interpersonal sensitivity and dysfunctional cognitions in social anxiety and depression. *Asian J Psychiatr*. 2009 Mar; 2(1): 25-8.
- 23 - Narimani M, Arianpooran S, Abolghasemi A, Ahadi B. [Effectiveness of mindfulness-Based stress reduction and emotional regulation training in the affect and mood of chemical weapons victom]. *Arak Med Univ J*. 2012; 2(61): 107-118. (Persian)
- 24 - Klainin-Yobas P, Cho MA, Creedy D. Efficacy of mindfulness-based interventions on depressive symptoms among people with mental disorders: a meta-analysis. *Int J Nurs Stud*. 2012 Jan; 49(1): 109-21.
- 25 - Neacsiu AD, Rizvi SL, Linehan MM. Dialectical behavior therapy skills use as a mediator and outcome of treatment for borderline personality disorder. *Behav Res Ther*. 2010 Sep; 48(9): 832-9.
- 26 - Karbalaee Mohammad Meygoni A, Ahadi H. Declining the Rate of Major Depression: Effectiveness of Dialectical Behavior Therapy. *Procedia - Social and Behavioral Sciences*. 2012; 35: 230-236.
- 27 - Feldman G, Harley R, Kerrigan M, Jacobo M, Fava M. Change in emotional processing during a dialectical behavior therapy-based skills group for major depressive disorder. *Behav Res Ther*. 2009 Apr; 47(4): 316-21.
- 28 - World Health Organization. Depression. Retrived 2010, from <http://www.who.int/classification/icd/ICD-10-2nd-ed.2.pdf>.
- 29 - Selby EA, Anestis MD, Bender TW, Ribeiro JD, Nock MK, Rudd MD, et al. Overcoming the fear of lethal injury: evaluating suicidal behavior in the military through the lens of the Interpersonal-Psychological Theory of Suicide. *Clin Psychol Rev*. 2010 Apr; 30(3): 298-307.
- 30 - Groth-Marnat G. Handbook of psychological assessment. Pasha sharifi H, Nikkhou M. Tehran: Sokhan; 2003.
- 31 - Ghasemzadeh H, Karamghadiri N, Sharifi V, Nourozian M, Mojtabai R, Ebrahimkhani N. [Cognitive, Neuropsychological and Neurological function of obsessive patients with and without depressive symptoms compared to each other and normal group]. *Adv Cogn Sci*. 2005; 7(3): 1-15. (Persian)
- 32 - Mahmoudi O, Asgari A, Azkhash M, Khodabakhshi Kolaee A. [Exploring the Validity, Reliability and Standardization of Adult Reasons for Living Inventory]. *Iran J Psychiat Clin Psychol*. 2010; 16(3): 239-247. (Persian)
- 33 - Linehan M. Skills training manual for treating borderline personality disorder. New York: Guilford press; 1993.
- 34 - Alavi Kh, Modarres Gharavi M, Amin-Yazdi M, Salehi SA, Fadari 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(50): 124-35. (Persian)
- 35 - Azizy A. Reliability and Validity of the Persian version of Distress Tolerance Scale. *Iran J Psychiat*. 2010; 5: 154-158.
- 36 - Luoma JB, Villatte JL. Mindfulness in the Treatment of Suicidal Individuals. *Cogn Behav Pract*. 2012 Jan 5; 19(2): 265-276.
- 37 - Berking M, Margraf M, Ebert D, Wupperman P, Hofmann SG, Junghanns K. Deficits in emotion-regulation skills predict alcohol use during and after cognitive-behavioral therapy for alcohol dependence. *J Consult Clin Psychol*. 2011 Jun; 79(3): 307-18.
- 38 - Nejati V, Zabihzadeh A, Maleki G, Tehranchi A. Mind reading and mindfulness deficits in patients with major depression disorder. *Procedia-Social and Behavioral Science*. 2012; 32: 431-437.

Effectiveness of individual dialectical behavior therapy skills training on major depression

Alizadeh¹ A (MSc.) - Alizadeh² E (MSc.) - Mohammadi³ A (Ph.D).

Introduction: All over the world, depression is a serious and debilitating public health problem with high prevalence. Medications significantly reduce the depressive symptoms and mortality. However, psychosocial interventions increase efficacy of medication. This study aimed to study the effects of dialectical behavior therapy skills on depressive symptoms and suicidal ideation in depressed patients.

Method: Our study design was a quasi-experimental and participants were selected based on volunteer sampling. 18 depressed inpatients were assigned in experimental (n=9) and wait-list control (n=9) groups. Patients were assessed by Beck Depression Inventory (BDI) and Reasons for Living (RFL) Scale before and after training. Dialectical behavior therapy skills training were performed individual weekly format and lasted for over 6 month and 20 sessions.

Results: Results of ANCOVA showed that skills training were effective in reducing depressive symptoms. Experimental group had a statistical significance in depression ($P=0.001$) and suicidal ideation ($P=0.008$) scores.

Conclusion: Augmentation of medication with dialectical behavior therapy improves effectiveness of treatment of depressive symptoms and suicidal ideation. Experimental group was superior to control group in reducing symptoms. These skills can be used for the depressed inpatients.

Key words: Dialectical behavior therapy skills, depression, suicidal Id

Received: 11 June 2013

Accepted: 12 August 2013

1 - Corresponding author: MSc. in Clinical Psychology, 505 Psychiatry Hospital, Tehran, Iran

e-mail: alizadeh8778@gmail.com

2 - MSc. in Clinical Psychology, Islamic Azad University, Ahvaz Branch, Ahvaz, Iran

3 - Assistant Professor, Department of Psychiatry, Faculty of Medicine, Tehran University of Medical Sciences, Roozbeh Hospital, Tehran, Iran