

## مقاله‌ی پژوهشی

## اثر بخشی رفتاردرمانی دیالکتیکی به شیوه‌ی گروهی (با تکیه بر مولفه‌های هوشیاری فراگیر بنیادین، تحمل پریشانی و تنظیم هیجانی) بر نشانه‌های افسردگی در دانشجویان

## خلاصه

**مقدمه:** هدف این پژوهش، بررسی اثر بخشی رفتاردرمانی دیالکتیکی (DBT) به شیوه‌ی گروهی بر نشانه‌های افسردگی از طریق بهبود مولفه‌های هوشیاری فراگیر، تحمل پریشانی و تنظیم هیجانی است.

**روش کار:** در این پژوهش شبه‌آزمایشی با استفاده از شیوه‌ی نمونه‌گیری داوطلبانه از میان دانشجویان شاغل به تحصیل در دانشگاه‌های فردوسی و علوم پزشکی مشهد در سال تحصیلی ۸۸-۱۳۸۷، تعداد بیست نفر که با استفاده از پرسش‌نامه‌ی افسردگی بک دارای نشانه‌های افسردگی بودند، شناسایی شده و به طور تصادفی در دو گروه آزمون و شاهد قرار گرفتند. پرسش‌نامه‌ی هوشیاری فراگیر فریبرگ (FMI)، مقیاس تحمل پریشانی (DTS) و مقیاس دشواری‌های تنظیم هیجانی (DERS) روی دو گروه اجرا گردید. سپس رفتاردرمانی دیالکتیکی به شیوه‌ی گروهی در هشت جلسه و طی چهار هفته بر روی گروه آزمون بر اساس راهنمای درمانی اجرا شد و گروه شاهد هیچ درمانی دریافت نکردند. در خاتمه، دو گروه، مقیاس‌های پژوهش را تکمیل نمودند. ارزیابی پی‌گیر نیز یک ماه پس از اتمام درمان صورت گرفت. داده‌ها با استفاده از آزمون تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر و آزمون تی برای نمونه‌های همبسته تحلیل گردیدند.

**یافته‌ها:** نتایج حاکی از اثر بخشی رفتاردرمانی دیالکتیکی در کاهش نشانه‌های افسردگی ( $P < 0/001$ ) و افزایش معنی‌دار در شاخص‌های هوشیاری فراگیر ( $P = 0/001$ ) و تحمل پریشانی ( $P < 0/05$ ) بود. آزمون‌های گروه آزمون در مقایسه با گروه شاهد در شاخص دشواری‌های تنظیم هیجانی، کاهش معنی‌داری نشان ندادند. بهبودی مشاهده شده در گروه آزمون در پی‌گیری یک ماهه نیز حفظ شده بود.

**نتیجه‌گیری:** به نظر می‌رسد DBT از طریق اثرگذاری بر مولفه‌های هوشیاری فراگیر و تحمل پریشانی، نشانه‌های افسردگی را کاهش می‌دهد.

**واژه‌های کلیدی:** رفتاردرمانی، افسردگی، هوشیاری فراگیر، تحمل، هیجان

خدیجه علوی

کارشناسی ارشد روان‌شناسی بالینی،  
دانشکده‌ی پرستاری و مامایی، دانشگاه  
علوم پزشکی مشهد

\*مرتضی مدرس غروی

استادیار گروه روان‌پزشکی، مرکز  
تحقیقات روان‌پزشکی و علوم رفتاری،  
دانشگاه علوم پزشکی مشهد

سیدامیر امین‌یزدی

دانشیار روان‌شناسی، دانشگاه فردوسی  
مشهد

جواد صالحی‌فردی

استادیار روان‌شناسی، دانشگاه فردوسی  
مشهد

\*مؤلف مسئول:

ایران، مشهد، استادیار گروه روان-  
پزشکی، مرکز تحقیقات روان‌پزشکی و  
علوم رفتاری، دانشگاه علوم پزشکی  
مشهد

تلفن: ۰۵۱۱۷۱۱۲۷۰۱

modaresm@mums.ac.ir

تاریخ وصول: ۱۳۸۹/۱۰/۱۴

تاریخ تایید: ۹۰/۳/۱۶

## پی‌نوشت:

این مطالعه پس از تایید کمیته‌ی پژوهشی دانشکده‌ی علوم تربیتی و روان‌شناسی دانشگاه فردوسی مشهد و با حمایت مالی سازمان ملی جوانان انجام شده و با منافع نویسندگان ارتباطی نداشته است. از کمک‌های بی‌دریغ کلینیک روان‌شناسی بالینی دانشکده‌ی علوم تربیتی و روان‌شناسی دانشگاه فردوسی و مرکز مشاوره و خدمات روان‌شناختی دانشگاه علوم پزشکی مشهد سپاسگزاری می‌شود.

## Original Article

### Effectiveness of group dialectical behavior therapy (based on core mindfulness, distress tolerance and emotion regulation components) on depressive symptoms in university students

#### Abstract

**Introduction:** This study aimed to investigate the effectiveness of group Dialectical Behavior Therapy (DBT) on depressive symptoms through improves their mindfulness, distress tolerance and emotion regulation.

**Materials and Methods:** In this semi-experimental study, 20 subjects with depressive symptoms (Beck Depression Inventory (BDI) $\geq$ 14) were identified from the students of Ferdowsi University and Mashhad Medical Sciences University (during 2008-2009) using convenience sampling and then were randomly assigned in experimental and control group. For experimental group, DBT manual was performed in 8 sessions while control group subjects were not given treatment. Freiburg Mindfulness Inventory (FMI), Distress Tolerance Scale (DTS), and Difficulties in Emotion Regulation Scale (DERS) used to assess clients before and after treatment. Follow-up evaluation was performed one month later. Data were analyzed by Repeated measures analysis of variance and Paired-samples T test.

**Results:** The results indicated the efficacy of DBT in decreasing depressive symptoms ( $P<0.001$ ), with significant increasing in indexes of mindfulness ( $P=0.001$ ) and distress tolerance ( $P<0.05$ ). However subjects in experimental group did not show significant decreases in emotion regulation index in comparison of control group. The subjects in experimental group had retained the improvements in one month follow-up.

**Conclusion:** The results suggest that DBT can decrease some depression symptoms through effecting on mindfulness and distress tolerance components.

**Keywords:** Behavior therapy, Depression, Emotion, Mindfulness, Tolerance,

*Khadijeh Alavi*

MS.c. in clinical psychology,  
Faculty of nursing and midwifery,  
Mashhad University of Medical  
Sciences

*\*Morteza Modarres Gharavi*

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

*Seyyed Amir Amin-Yazdi*

Associate professor of  
psychology, Ferdowsi University  
of Mashhad

*Javad Salehi Fadardi*

Assistant professor of psychology,  
Ferdowsi University of Mashhad

#### \*Corresponding Author:

Assistant professor of psychiatry,  
Research Center of Psychiatry and  
Behavioral Sciences, Mashhad  
University of Medical Sciences ,  
Mashhad, Iran

Tel: +985117112701

modaresm@mums.ac.ir

Received: Jan. 04, 2011

Accepted: Jun. 06, 2011

#### Acknowledgement:

This study was reviewed and approved by the research committee of faculty of psychology of Ferdowsi University of Mashhad and financially supported by the Youth National Organization. The authors had no conflict of interest with the results.

#### Vancouver referencing:

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.

## مقدمه

افسردگی یکی از شایع‌ترین تشخیص‌های اختلالات روانی است. گزارش‌ها نشان می‌دهد که در حدود یک سوم جمعیت جهان در مقاطعی از زندگی خود از یک دوره‌ی خفیف افسردگی رنج می‌برند (۱). آمارها حاکی از آن است که در حدود ۲۰ درصد افراد بزرگسال در طول عمر خود دچار یک اختلال خلقی نیازمند به درمان و هشت درصد آنان نیز مبتلا به یک اختلال افسردگی عمده می‌شوند (۲). یک طرح اخیر سازمان جهانی بهداشت برای سال ۲۰۲۰ برآورد کرده که افسردگی، دومین علت عمده‌ی بیماری (پس از بیماری‌های قلبی) در سراسر جهان خواهد بود (۳-۵). اعتقاد بر این است که سطح اختلال عملکردی که در افسردگی وجود دارد با سطح اختلال عملکردی که در بیماری‌های عمده‌ی پزشکی یافت می‌شوند قابل مقایسه است. هم‌چنین این اختلال به دلیل این که غالباً یک اختلال روانی مزمن عودکننده است، به عنوان یک تشخیص مقاوم در برابر درمان شناخته می‌شود (۶). زمانی که افسردگی درمان نشود یا درمان آن ناکارآمد باشد، ممکن است به بروز رفتارهای ناسازگارانه‌ای منجر شود که به نوبه‌ی خود مشکلات عمده‌ی بیشتری را سبب می‌شوند (۷). هم‌چنین، افسردگی اغلب با سطوح بالاتر اضطراب همراه شده و می‌تواند با حملات هراس و فوبیاهای ساده یا پیچیده همراه باشد که کیفیت زندگی فرد را به مخاطره اندازد (۶). گسترده‌ی مسئله‌ی 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 اثربخشی درمان‌های موجود حمایت می‌کنند، این اثربخشی، نسبی بوده و هنوز هیچ درمانی وجود ندارد که بتوان آن را راه‌حلی قطعی برای مشکل افسردگی دانست (۳، ۶). زیرا از یک سو دارودرمانی عوارض جانبی متعددی را به دنبال دارد (شامل خشکی دهان و ناهنجاری‌های بدنی گوناگون) 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 (۶). در واقع با این که در درمان افسردگی، هدف باید بهبودی کامل باشد، بسیاری از بیماران

در دستیابی یا حفظ وضعیت بدون نشانه شکست می‌خورند (۹، ۸). وجود نشانه‌های باقیمانده در این اختلال، حتی در بیمارانی که بهبودی کامل نشان می‌دهند، رایج است. این نشانه‌های باقیمانده، پیش‌بینی‌کننده‌ی 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 (۸). این نتایج به نابسندگی بودن درمان‌های کنونی و نیاز به درمان‌های موثرتر برای این اختلال اشاره دارند.

رفتاردرمانی دیالکتیکی<sup>۱</sup> (DBT) یکی از رویکردهای درمانی نوین است که اثربخشی آن بر افسردگی بسیار امیدوارکننده می‌باشد. DBT رویکردی شناختی‌رفتاری است که در ابتدا برای درمان اختلال شخصیت مرزی<sup>۲</sup> (BPD) ابداع شد. این رویکرد، مداخلات مربوط به درمان‌های شناختی‌رفتاری را که مبتنی بر اصل تغییر می‌باشند با آموزه‌ها و فنون فلسفه‌ی شرقی ذن که مبتنی بر اصل پذیرش می‌باشند درآمیخته و بر این اساس چهار مولفه‌ی مداخله‌ای را در شیوه‌ی درمان گروهی خود مطرح می‌کند: هوشیاری فراگیر بنیادین<sup>۳</sup> و تحمل پریشانی<sup>۴</sup> به عنوان مولفه‌های پذیرش و تنظیم هیجانی<sup>۵</sup> و کارآمدی بین فردی<sup>۶</sup> به عنوان مولفه‌های تغییر.

DBT، چهار حوزه‌ی یاد شده‌ی فوق را حوزه‌های ناکارآمدی در BPD می‌داند. از این رو، بر این باور استوار است که ارایه‌ی یک برنامه‌ی درمانی که ناکارآمدی را در این حوزه‌ها هدف قرار می‌دهد منجر به بهبودی نشانه‌های مرزی می‌گردد (۱۰، ۱۱). این رویکرد در شرایطی که BPD از سوی بسیاری از روان‌شناسان و روان‌پزشکان به عنوان یک رویکرد مقاوم به درمان شناخته شده بود، برای درمان این اختلال ارایه شد و اثربخشی قابل توجهی را در این زمینه نشان داد، به گونه‌ای که از سوی بخش روان‌شناسی بالینی انجمن روان‌شناسی امریکا<sup>۷</sup> (APA) به عنوان یک درمان موثر برای اختلال شخصیت مرزی مورد تایید قرار گرفته است (۱۲، ۱۳). دو مسئله باعث

<sup>1</sup>Dialectic Behavior Therapy

<sup>2</sup>Borderline Personality Disorder

<sup>3</sup>Core Mindfulness

<sup>4</sup>Distress Tolerance

<sup>5</sup>Emotion Regulation

<sup>6</sup>Interpersonal Effectiveness

<sup>7</sup>American Psychology Association

راهبردهای موثر DBT در درمان نشانه‌های افسردگی عبارتند از راهبردهای مرتبط با پذیرش، یعنی مهارت‌های هوشیاری فراگیر بنیادین و مهارت‌های تحمل پریشانی (۶). از سوی دیگر نظریه‌ها و یافته‌های پژوهشی اخیر، به طور فزاینده بر نقش مشکلات مرتبط با تنظیم هیجانی در تجربه و سبب‌شناسی اختلالات افسردگی و دیگر شکل‌های آسیب‌شناسی روانی تاکید می‌کنند (۲۵-۲۲).

لذا با توجه به رواج نشانه‌های افسردگی در جمعیت دانشجویی و هم‌چنین مناسب بودن این جمعیت برای بررسی اثربخشی رویکردهای شناختی رفتاری جدید (هم به لحاظ برخورداری از سطح شناختی مناسب و هم به لحاظ پذیرا تر بودن نسبت به رویکردهای درمانی جدید) مطالعه‌ی حاضر، به عنوان گام نخست اثربخشی این رویکرد را در کاهش نشانه‌های افسردگی در یک جمعیت دانشجویی، بررسی کرده است. این پژوهش از میان چهار مولفه‌ی درمانی DBT به بررسی اثربخشی دو مولفه‌ی مبتنی بر راهبرد پذیرش یعنی هوشیاری فراگیر و تحمل پریشانی و یکی از مولفه‌های مبتنی بر راهبرد تغییر یعنی تنظیم هیجانی در کاهش نشانه‌های مرتبط با افسردگی می‌پردازد. بنا بر این پژوهش حاضر بر این است تا به این سؤال پاسخ دهد که آیا برنامه‌ی درمانی رفتاردرمانی دیالکتیکی متشکل از سه مولفه‌ی هوشیاری فراگیر، تحمل پریشانی و تنظیم هیجانی موجب کاهش نشانه‌های افسردگی می‌شود؟

### روش کار

پژوهش حاضر یک پژوهش کاربردی و از نوع شبه آزمایشی با دو گروه (یک گروه آزمون و یک گروه شاهد) به صورت پیش‌آزمون-پس‌آزمون می‌باشد. جامعه‌ی آماری این پژوهش دانشجویان دانشگاه‌های فردوسی و علوم پزشکی مشهد بودند. شرایط ورود به مطالعه در مورد آزمودنی‌ها شامل نمرات ۱۴ و بالاتر در آزمون افسردگی بک و عدم دریافت هیچ گونه درمان اعم از دارودرمانی یا روان‌درمانی در زمینه‌ی افسردگی در زمان اجرای پژوهش بود. بر اساس مقادیر گزارش شده در پژوهش هارلی (۲۰) و همکاران، میزان اندازه‌ی اثر رفتاردرمانی دیالکتیکی برای افسردگی در حد بزرگ محاسبه شد ( $f^2=1/31$ ). با استفاده از برنامه‌ی G\*Power (۲۶)، سطح

شده که در سال‌های اخیر، DBT علاوه بر اختلال شخصیت مرزی در دامنه‌ی نسبتاً متنوعی از سایر اختلالات مورد کاربرد قرار گیرد. نخست این که پیچیدگی و تنوع مشکلات در میان افراد مبتلا به BPD، باعث می‌شود که DBT به عنوان درمانی موثر برای این جمعیت، دارای راهبردهایی برای ارزیابی و درمان شمار زیادی از مشکلات، به شیوه‌ای نظام‌مند باشد (۱۳) و دیگر این که برنامه‌ی درمانی DBT به صورت یک برنامه‌ی درمانی کاملاً ساختار یافته ارائه شده که کاربرد آن را برای درمانگران ساده‌تر می‌سازد. شواهد نشان می‌دهند این رویکرد در درمان اختلالات خوردن به ویژه پرخوری عصبی (۱۴)، سوء‌مصرف مواد (۱۵)، کودکان و نوجوانان مبتلا به اختلال بیش‌فعالی کمبود توجه (۱۶)، افراد دارای افکار خودکشی (۱۷) و افسردگی (۶، ۲۰-۱۸) موفقیت‌آمیز بوده و نتایج امیدوارکننده‌ای به همراه داشته است. هر چند تعداد مطالعاتی که به طور مشخص اثربخشی DBT را بر افسردگی بررسی کرده‌اند محدود است، اما بسیاری از مطالعات DBT در زمینه‌ی سایر اختلالات نیز، اثربخشی بر شاخص‌های افسردگی را گزارش کرده‌اند. آنتونی<sup>۱</sup>، یک مطالعه‌ی مروری را از پژوهش‌های منتشر شده در زمینه‌ی DBT تا سال ۲۰۰۶ فراهم آورده است. مطالعه‌ی وی، بررسی جامعی از نتایج مطالعاتی که اثربخشی DBT بر شاخص‌های افسردگی را گزارش کرده‌اند، فراهم می‌آورد. نتایج فراتحلیل‌های آنتونی از اندازه‌ی اثر<sup>۲</sup> ۱۱ مطالعه در این زمینه نشان می‌دهد که DBT نه تنها اثرات بزرگی بر افسردگی و اثرات متوسطی را بر شاخص‌های مرتبط با آن، بعد از درمان در مقایسه با قبل از آن نشان می‌دهد بلکه این اثرات راطی دوره‌های ارزیابی پی‌گیری حفظ می‌کند (۲۱). این یافته‌ها موید آن است که DBT می‌تواند یک گزینه‌ی درمانی مناسب برای مقابله با چالش‌های موجود در زمینه‌ی درمان افسردگی یعنی نابسندگی بودن شیوه‌های مداخله‌ای سنتی و ضرورت بررسی روش‌های درمانی جدید با توجه به هزینه‌های انسانی و اجتماعی افسردگی باشد. بر اساس گزارش چو، مطالعه‌ی فراتحلیلی اخیر رابینز و چاپمن نشان می‌دهد

<sup>1</sup>Anthony

<sup>2</sup>Effect Size

استفاده قرار گرفته است دارای ۳۰ ماده است که تمام جنبه‌های هوشیاری فراگیر را در بر می‌گیرند. شاخص‌های روانی، نشان‌دهنده‌ی روانی سازی این ابزار می‌باشند و همبستگی معنی‌داری را با مفاهیم مرتبط (خودآگاهی<sup>۴</sup>، تجزیه<sup>۵</sup>، شاخص شدت کلی<sup>۶</sup> و تجربه‌ی مراقبه)، نشان می‌دهد (۲۹). از آن جا که این پرسش‌نامه برای اولین بار در ایران، مورد استفاده قرار گرفته است، پس از انجام مراحل مربوط به ترجمه‌ی پرسش‌نامه و متناسب‌سازی سئوالات برای پاسخ دهنده‌ی فارسی زبان، طی یک مطالعه‌ی مقدماتی، پایایی این پرسش‌نامه پس از اجرا بر روی ۴۸ نفر از دانشجویان دانشگاه فردوسی و علوم پزشکی مشهد (۳۱ زن و ۱۷ مرد) محاسبه شد. نتایج این مطالعه، پایایی همسانی درونی بالایی را نشان داد ( $\alpha=0/82$ ).

۳- مقیاس تحمل پریشانی<sup>۷</sup> (DTS): یک شاخص خودسنجی تحمل پریشانی هیجانی است که دارای ۱۵ ماده و چهار خرده مقیاس می‌باشد. خرده‌مقیاس‌ها عبارتند از: تحمل (تحمل پریشانی هیجانی)، جذب (جذب شدن توسط هیجان‌ات منفی)، ارزیابی (برآورد ذهنی پریشانی) و تنظیم (تنظیم تلاش‌ها برای تسکین پریشانی). ضرایب آلفا برای این مقیاس‌ها به ترتیب ۰/۷۲، ۰/۸۲، ۰/۷۸ و ۰/۷۰ و برای کل مقیاس ۰/۸۲ می‌باشد. هم‌چنین مشخص شده که این مقیاس دارای روانی ملاکی و همگرایی اولیه‌ی خوبی می‌باشد (۳۰).

این پرسش‌نامه برای نخستین بار در ایران، در این مطالعه مورد استفاده قرار گرفته است. بنابراین پس از ترجمه‌ی سئوالات این مقیاس به فارسی، در یک مطالعه‌ی مقدماتی بر روی ۴۸ نفر از دانشجویان دانشگاه فردوسی و علوم پزشکی مشهد (۳۱ زن و ۱۷ مرد)، پایایی همسانی درونی آن (آلفای کرونباخ) محاسبه شد. نتایج این مطالعه، پایایی همسانی درونی بالایی را برای کل مقیاس ( $\alpha=0/71$ ) و پایایی متوسطی را برای خرده مقیاس‌ها نشان داد (۰/۵۴ برای خرده‌مقیاس تحمل، ۰/۴۲ برای خرده مقیاس جذب، ۰/۵۶ برای خرده مقیاس ارزیابی و ۰/۵۸ برای خرده‌مقیاس تنظیم).

معنی‌داری  $P=0/05$ ،  $Power=0/95$  و  $K=2$  تعداد ۱۶ نفر و در نهایت با در نظر گرفتن احتمال ریزش ۲۰ نفر به عنوان حجم نمونه محاسبه شد. از این رو با استفاده از روش نمونه‌گیری داوطلبانه، تعداد ۲۰ نفر از دانشجویان واجد شرایط فوق که در سال تحصیلی ۸۸-۱۳۸۷ در دانشگاه‌های فردوسی و علوم پزشکی مشهد مشغول به تحصیل بودند انتخاب شدند که به صورت تصادفی، ۱۰ نفر در گروه آزمون (۷ زن و ۳ مرد) و ۱۰ نفر در گروه شاهد (۸ زن و ۲ مرد) قرار گرفتند. میانگین سنی در گروه آزمون ۲۲/۸۰ سال با انحراف معیار ۲/۲۹ و در گروه شاهد ۲۱/۹۰ سال با انحراف معیار ۲/۳۳ بود. لازم به ذکر است که پس از اتمام مراحل اجرایی پژوهش و ارزیابی پی‌گیر، شرایط شرکت در گروه درمانی برای اعضای گروه شاهد فراهم شد.

ابزار پژوهش:

۱- پرسش‌نامه‌ی افسردگی بک<sup>۱</sup> (BDI): این پرسش‌نامه برای نخستین بار در ۱۹۶۱ توسط بک و همکاران معرفی شد. یک پرسش‌نامه‌ی خود آزمون<sup>۲</sup> است و ۲۱ نشانه در آن گنجانیده شده است. یک تحلیل سطح بالا از کوشش‌های مختلف برای تعیین همسانی درونی نشان داده است که ضرایب به دست آمده از ۰/۷۳ تا ۰/۹۲ با میانگین ۰/۸۶ بوده است (۲۷). هم‌چنین، مشخصات روان‌سنجی این پرسش‌نامه در یک نمونه‌ی ۹۴ نفری در ایران به این شرح بوده است: ضریب آلفا ۰/۹۱، ضریب همبستگی میان دو نیمه ۰/۸۹، ضریب بازآزمایی به فاصله‌ی یک هفته ۰/۹۴ و همبستگی آن ویرایش اول با پرسش‌نامه‌ی بک ۰/۹۳ بود (۲۸). نمره‌های زیر را می‌توان برای نشان دادن سطح کلی افسردگی به کار برد:

صفر تا ۱۳ (هیچ یا کمترین افسردگی)، ۱۴ تا ۱۹ (افسردگی خفیف)، ۲۰ تا ۲۸ (افسردگی متوسط) و ۲۹ تا ۶۳ (افسردگی شدید) (۲۷).

۲- پرسش‌نامه‌ی هوشیاری فراگیر فریبرگ<sup>۳</sup> (FMI): این پرسش‌نامه برای سنجش هوشیاری فراگیر طراحی شده و ابزاری معتبر و پایا (آلفای کرونباخ=۰/۹۳) در این زمینه می‌باشد. فرم بلند این پرسش‌نامه که در این مطالعه مورد

<sup>4</sup>Self Awareness

<sup>5</sup>Dissociation

<sup>6</sup>Global Severity Index

<sup>7</sup>Distress Tolerance Scale

<sup>1</sup>Beck Depression Inventory

<sup>2</sup>Self-Administered

<sup>3</sup>Freiburg Mindfulness Inventory

## شیوه‌ی اجرای پژوهش:

در مرحله‌ی اول، از طریق اطلاع‌رسانی در مورد پژوهش در سطح دانشگاه و خوابگاه‌های دانشگاه فردوسی و علوم پزشکی مشهد، اهداف و چگونگی انجام پژوهش به دانشجویان، معرفی شده و از داوطلبان، ثبت نام به عمل آمد. سپس در مرحله‌ی غربالگری، پرسش‌نامه‌ی افسردگی بک توسط متقاضیان شرکت در گروه‌ها تکمیل و ۲۰ نفر که نمرات ۱۴ به بالا در این مقیاس کسب کردند، شناسایی شدند که به صورت انتساب تصادفی، ۱۰ نفر در گروه آزمون و ۱۰ نفر نیز در گروه شاهد قرار گرفتند. گروه آزمون، طی چهار هفته (دو جلسه در هفته)، هشت جلسه رفتاردرمانی دیالکتیکی به مدت یک و نیم تا دو ساعت دریافت کردند. هر جلسه، دربرگیرنده‌ی معرفی اهداف و عناوین مباحث مربوط به آن جلسه، بحث و تمرینات داخل جلسه و هم‌چنین تمرینات خارج از جلسه بود. علاوه بر این، از جلسه‌ی دوم به بعد، هر جلسه با یک تمرین پنج دقیقه‌ای هوشیاری فراگیر از طریق تنفس و سپس مرور تمرینات مربوط به جلسه‌ی قبل، آغاز می‌شد. در جلسه‌ی اول، پس از خوشامدگویی، آشنایی اعضای گروه با یکدیگر، آشنایی با اهداف و قوانین گروه، درمان با ارایه‌ی تعریف دیالکتیک، اصول و راه‌های تفکر و عمل به شیوه‌ی دیالکتیکی و پس از آن آشنایی با مفهوم هوشیاری فراگیر و سه حالت ذهنی (ذهن منطقی، ذهن هیجانی و ذهن خردگرا) آغاز شد. در جلسه‌ی دوم دو دسته مهارت برای دستیابی به هوشیاری فراگیر آموزش داده و تمرین شد. دسته‌ی اول مهارت‌های چه چیز<sup>۴</sup> عبارتند از کارهایی که فرد باید برای رسیدن به هوشیاری فراگیر انجام دهد (شامل سه مهارت مشاهده<sup>۵</sup>، توصیف<sup>۶</sup> و شرکت کردن<sup>۷</sup>). دسته‌ی دوم، مهارت‌های چگونه<sup>۸</sup> که عبارتند از نحوه‌ی انجام این کارها (شامل سه مهارت اتخاذ موضع غیرقضاوتی<sup>۹</sup>، خودهوشیاری فراگیر<sup>۱۰</sup> و کارآمد عمل کردن<sup>۱۱</sup>).

۴- مقیاس دشواری‌های تنظیم هیجانی<sup>۱</sup> (DERS): یک شاخص خودگزارشی است که برای ارزیابی بدتنظیمی هیجانی به شکل جامع‌تری نسبت به ابزارهای موجود در این زمینه ساخته شده است و دارای ۳۶ ماده می‌باشد. این مقیاس، دارای شش خرده‌مقیاس می‌باشد که عبارتند از: خرده‌مقیاس عدم پذیرش، خرده‌مقیاس دشواری‌های دست زدن به رفتار هدفمند (اهداف)، خرده‌مقیاس دشواری‌های شاهد تکانه (تکانه)، خرده‌مقیاس فقدان آگاهی هیجانی (آگاهی)، خرده‌مقیاس دستیابی محدود به راهبردهای تنظیم هیجان (راهبردها) و خرده‌مقیاس فقدان شفافیت هیجانی (شفافیت). نمرات بالاتر، نشان‌دهنده‌ی دشواری‌های بیشتر در مقوله‌ی تنظیم هیجانات است.

نتایج مربوط به بررسی پایایی توسط گراتز<sup>۲</sup> و رومر<sup>۳</sup> نشان می‌دهد که این مقیاس دارای همسانی درونی بالا (کل مقیاس  $\alpha=0/93$ )، خرده‌مقیاس عدم پذیرش  $\alpha=0/85$ )، خرده‌مقیاس اهداف  $\alpha=0/89$ )، خرده‌مقیاس تکانه  $\alpha=0/86$ )، خرده‌مقیاس آگاهی  $\alpha=0/80$ )، خرده‌مقیاس راهبردها  $\alpha=0/88$ ) و خرده‌مقیاس شفافیت  $\alpha=0/84$ ) و پایایی آزمون-بازآزمون خوب برای نمرات کلی این مقیاس  $(P<0/01, 0/88)$  و هم‌چنین برای خرده‌مقیاس‌ها  $0/69$  برای عدم پذیرش،  $0/69$  برای اهداف،  $0/57$  برای تکانه،  $0/68$  برای آگاهی،  $0/89$  برای راهبردها و  $0/80$  برای شفافیت،  $(P>0/01)$  می‌باشد. در رابطه با روایی نیز بررسی‌ها نشانگر روایی سازه و پیش‌بین کافی برای این مقیاس می‌باشند (۳۱). این مقیاس برای اولین بار در ایران مورد استفاده قرار گرفته است. به این جهت پس از ترجمه و متناسب کردن پرسش‌ها برای پاسخدهی آزمودنی‌های فارسی زبان، طی یک مطالعه‌ی مقدماتی بر روی ۴۸ دانشجوی دانشگاه فردوسی و علوم پزشکی مشهد (۳۱ زن و ۱۷ مرد) پایایی همسانی درونی این مقیاس مورد محاسبه قرار گرفت. نتایج این مطالعه همسانی درونی بالایی را برای کل مقیاس  $\alpha=0/86$ ) و هم‌چنین برای خرده‌مقیاس‌ها  $0/75$  برای عدم پذیرش،  $0/74$  برای اهداف،  $0/76$  برای تکانه،  $0/63$  برای آگاهی،  $0/74$  برای راهبردها و  $0/85$  برای شفافیت) نشان داد.

<sup>1</sup>Difficulties of Emotion Regulation Scale<sup>2</sup>Gratz<sup>3</sup>Roemer<sup>4</sup>What Skills<sup>5</sup>Observing<sup>6</sup>Describing<sup>7</sup>Participating<sup>8</sup>How Skills<sup>9</sup>Nonjudgmentally<sup>10</sup>One-Mindfully<sup>11</sup>Effectively

ارزیابی پی‌گیر یک ماه بعد از پایان دوره‌ی درمان انجام و از آن جا 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<sup>۸</sup> شد.

### نتایج

در آزمون تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر زمان شامل نمرات آزمودنی‌ها قبل از درمان، بعد از درمان و پی‌گیری یک ماهه به عنوان عامل درون آزمودنی‌ها (متغیرهای وابسته) و گروه (آزمون و شاهد)، به عنوان عامل بین آزمودنی‌ها وارد مدل شدند. هم‌چنین در بررسی هر یک از متغیرهای مورد مطالعه، متغیرهای سن و تحصیلات (بر اساس شمار ترم‌های تحصیلی گذرانده شده)، وارد مدل شدند و چنان چه تعامل معنی‌داری را با متغیر مورد مطالعه نشان می‌دادند، به عنوان هم‌متغیر<sup>۹</sup> شاهد می‌شدند. جدول (۱) نتایج این آزمون را برای بررسی تغییرات چهار متغیر افسردگی، هوشیاری فراگیر، تحمل پریشانی و تنظیم هیجانی طی سه دوره‌ی زمانی قبل از درمان، بعد از درمان و پی‌گیری، نشان می‌دهد. همان گونه که در جدول (۱) ملاحظه می‌شود، نتایج آزمون تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر برای بررسی اثربخشی رفتاردرمانی دیالکتیکی در درمان نشانه‌های افسردگی، نشان می‌دهد که تعامل معنی‌داری بین زمان و گروه وجود دارد ( $F(2,36) = 5.72, P = 0.007, \eta^2 = 0.24$ ). به این معنی که بین نمرات آزمودنی‌های دو گروه آزمون و گروه شاهد در طی سه دوره‌ی زمانی قبل از درمان، بعد از درمان و پی‌گیری، تفاوت معنی‌داری وجود دارد. برای مشخص شدن ماهیت دقیق این تفاوت، از آزمون تعقیبی<sup>۸</sup> برای نمونه‌های همبسته استفاده شد (جدول ۲). نتایج این آزمون نشان می‌دهد که نمرات افسردگی آزمودنی‌های گروه آزمون، بعد از درمان ( $M = 11.70, SD = 7.61$ ) در مقایسه با قبل از درمان ( $M = 21.60, SD = 7.33$ ) به طور معنی‌داری کاهش یافته است ( $t(9) = 5.48, P < 0.001$ ). این کاهش طی دوره‌ی یک ماهه‌ی پی‌گیری نیز حفظ شده است ( $M = 11.10, SD = 5.42, t(9) = 5.27, P = 0.001$ ).

جلسات سوم تا پنجم به بخش اول از مولفه‌ی تحمل پریشانی یعنی راهبردهای بقا در بحران اختصاص داشت.

راهبردهای بقا در بحران خود شامل چهار مجموعه مهارت می‌باشند که عبارتند از: ۱- راهبردهای پرت کردن حواس<sup>۱</sup> ۲- خودآرام‌سازی با حواس پنج‌گانه<sup>۲</sup> ۳- مهارت‌های بهسازی لحظات<sup>۳</sup> و ۴- تکنیک سود و زیان<sup>۴</sup>. این چهار مجموعه در طی جلسات سوم (مهارت‌های پرت کردن حواس)، چهارم (مهارت‌های خودآرام‌سازی) و پنجم (مهارت‌های بهسازی لحظات و تکنیک سود و زیان) آموزش داده شدند. جلسه‌ی ششم اختصاص به دومین بخش از مهارت‌های تحمل پریشانی یعنی مهارت پذیرش واقعیت دارد. این مهارت خود شامل سه دسته مهارت است که عبارتند از: ۱- پذیرش محض<sup>۵</sup> ۲- برگرداندن ذهن<sup>۶</sup> ۳- رضایتمندی<sup>۷</sup>. در جلسه‌ی هفتم به مولفه‌ی تنظیم هیجانی پرداخته می‌شود. مباحث مرتبط با این جلسه عبارتند از: هیجان چیست و دارای چه مولفه‌هایی می‌باشد؟ آموزش الگوی شناسایی هیجان‌ات و برچسب زدن به آن‌ها که منجر به افزایش توانایی کنترل کردن هیجان‌ات می‌گردد، پذیرش هیجان‌ات حتی در صورت منفی بودن، آموزش مهارت‌های Please Master (لطفاً بر خود مسلط شوید) برای کاهش آسیب‌پذیری نسبت به هیجان‌ات منفی. جلسه‌ی آخر دربرگیرنده‌ی آخرین بخش از مباحث مربوط به مولفه‌ی تنظیم هیجانی می‌باشد. این مباحث عبارتند از: آموزش ایجاد تجارب هیجانی مثبت از طریق ایجاد تجارب هیجانی مثبت کوتاه‌مدت (مثل تفریح) و تجارب هیجانی مثبت بلندمدت (از طریق کار کردن بر روی سه حوزه‌ی اهداف زندگی، روابط و هوشیاری فراگیر نسبت به تجارب مثبت)، آموزش رها کردن رنج هیجانی از طریق پذیرش هیجان‌ات و تغییر دادن هیجان‌ات منفی از طریق کنش متضاد با هیجان. آزمودنی‌ها پرسش‌نامه‌های مربوط به پژوهش را قبل و بعد از درمان تکمیل نمودند.

<sup>۱</sup>Distraction strategies

<sup>۲</sup>Self Soothing

<sup>۳</sup>Improving the Moment

<sup>۴</sup>Pros and Cons Technique

<sup>۵</sup>Radical Acceptance

<sup>۶</sup>Turning the Mind

<sup>۷</sup>Willingness

<sup>۸</sup>Paired-Samples T Test

<sup>۹</sup>Covariate

این در حالی است که نمرات افسردگی آزمودنی‌های گروه شاهد در قبل و بعد از درمان، تفاوت معنی‌داری نداشته است. نتایج آزمون تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر برای بررسی اثربخشی رفتاردرمانی دیالکتیکی در افزایش هوشیاری فراگیر نیز تعامل معنی‌داری را بین زمان و گروه نشان می‌دهد ( $F(2,36)=10/21, P<0/0001, \eta^2=0/36$ ). هم‌چنین آزمون تعقیبی تی برای نمونه‌های همبسته، گویای آن است که نمرات هوشیاری فراگیر آزمودنی‌های گروه آزمون، بعد از درمان ( $M=76/20, SD=13/17$ ) در مقایسه با قبل از درمان ( $M=64/90, SD=15/56$ ) به طور معنی‌داری افزایش یافته است ( $t(9)=-5/02, P=0/001$ ). این افزایش طی دوره‌ی یک ماهه‌ی پی‌گیری نیز حفظ شده است ( $SD=13/54, M=73/70, P<0/0001, t(9)=-6/12$ ).

**جدول ۱- نتایج آزمون تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر برای بررسی تغییرات از قبل تا بعد از درمان و پی‌گیری**

متغیر وابسته	d.f. (factor)	d.f. (error)	F	P	$\eta^2$
افسردگی گروه	۱	۱۸	۴/۵۵	۰/۰۴۷	۰/۲۰۲
زمان	۲	۳۶	۱۸/۷۳	۰/۰۰۰	۰/۵۱
گروه×زمان	۲	۳۶	۵/۷۲	۰/۰۰۷	۰/۲۴
هوشیاری گروه	۱	۱۸	۱/۳۱	۰/۲۶	۰/۰۶۷
زمان	۲	۳۶	۷/۴۱	۰/۰۰۲	۰/۲۹
گروه×زمان	۲	۳۶	۱۰/۲۱	۰/۰۰۰	۰/۳۶
تحمل گروه	۱	۱۸	۱۶/۷۷	۰/۰۰۱	۰/۴۸
زمان	۲	۳۶	۴/۱۷	۰/۰۲۳	۰/۱۸۸
گروه×زمان	۲	۳۶	۳/۴۱	۰/۰۴۴	۰/۱۵
تنظیم سن	۱	۱۷	۴/۲۰	۰/۰۵۶	۰/۱۹
گروه	۱	۱۷	۶/۸۲	۰/۰۱۸	۰/۲۸
زمان	۲	۳۴	۰/۳۸	۰/۶۸	۰/۰۲۲
گروه×زمان	۲	۳۴	۱/۲۸	۰/۲۹	۰/۰۷

**جدول ۲- میانگین و انحراف معیار نمرات و نتایج آزمون تی برای دو گروه آزمون و شاهد قبل از درمان، بعد از**

**درمان و پی‌گیری یک ماهه**

پرسش‌نامه‌ها	گروه	قبل از درمان			بعد از درمان			پی‌گیری یک ماهه		
		میانگین (انحراف معیار)	ارزش t	P	میانگین (انحراف معیار)	ارزش t	P	میانگین (انحراف معیار)	ارزش t	P
افسردگی	آزمون	۲۱/۶۰ (۷/۳۳)	۱۱/۷۰ (۷/۶۱)	۵/۴۸	۱۱/۷۰ (۷/۶۱)	۵/۴۸	۰/۰۰۱	۱۱/۱۰ (۵/۴۲)	۵/۲۷	۰/۰۰۱
شاهد	شاهد	۲۳/۷۰ (۸/۴۷)	۲۰/۷۰ (۹/۰۵)	۲/۰۴	۲۰/۷۰ (۹/۰۵)	۲/۰۴	۰/۰۷۱	۲۰/۸۰ (۹/۱۲)	۲/۱۵	۰/۰۵۹
هوشیاری فراگیر	آزمون	۶۴/۹۰ (۱۵/۵۶)	۷۶/۲۰ (۱۳/۱۷)	-۵/۰۲	۷۶/۲۰ (۱۳/۱۷)	-۵/۰۲	۰/۰۰۱	۷۳/۷۰ (۱۳/۵۴)	-۶/۱۲	۰/۰۰۰
شاهد	شاهد	۶۶/۱۰ (۱۲/۸۶)	۶۵/۸۰ (۹/۳۵)	۱/۰۲	۶۵/۸۰ (۹/۳۵)	۱/۰۲	۰/۳۳۳	۶۴ (۱۱/۶۶)	۱/۶۶	۰/۱۳
تحمل پریشانی	آزمون	۴۲/۷۰ (۵/۵۹)	۴۸/۶۰ (۶/۳۴)	-۳/۱۹	۴۸/۶۰ (۶/۳۴)	-۳/۱۹	۰/۰۱۱	۴۷/۶۰ (۶/۰۵)	-۲/۹۹	۰/۰۱۵
شاهد	شاهد	۳۵/۷۰ (۶/۸۶)	۳۶/۲۰ (۶/۷۶)	-۰/۲۷	۳۶/۲۰ (۶/۷۶)	-۰/۲۷	۰/۷۹	۳۵/۶۰ (۶/۹۱)	۰/۷۹	۰/۹۳
تنظیم هیجانی	آزمون	۹۴/۱۰ (۱۴/۷۳)	۸۴/۵۰ (۱۶/۴۸)	-	۸۴/۵۰ (۱۶/۴۸)	-	-	۸۳ (۱۲/۰۹)	-	-
شاهد	شاهد	۱۰۶/۸۰ (۱۵/۰۶)	۱۰۴/۲۰ (۱۳/۴۰)	-	۱۰۴/۲۰ (۱۳/۴۰)	-	-	۱۰۲/۵۰ (۱۵/۷۸)	-	-

افزایش طی دوره‌ی یک‌ماهه‌ی پی‌گیری نیز حفظ شده است ( $M=47/60, SD=6/05, P=0/015, t(9)=-2/99$ ). این در حالی است که نمرات تحمل پریشانی آزمودنی‌های گروه شاهد در قبل و بعد از درمان، تفاوت معنی‌داری نداشت. در مورد متغیر تنظیم هیجانی، هر چند که مقایسه‌ی میانگین‌ها، نشان دهنده‌ی کاهش میانگین دشواری‌های تنظیم هیجانی در گروه آزمون در مقایسه با گروه شاهد می‌باشد (جدول ۲) اما نتایج آزمون تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر برای بررسی اثربخشی درمانی دیالکتیکی در کاهش دشواری‌های تنظیم هیجانی، تعامل معنی‌داری را بین زمان و گروه نشان نمی‌دهد ( $F(2,36)=1/28, P=0/29, \eta^2=0/07$ ). به این معنی که در مدل

این در حالی است که نمرات هوشیاری فراگیر آزمودنی‌های گروه شاهد در قبل و بعد از درمان، تفاوت معنی‌داری نداشت. نتایج آزمون تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر برای بررسی اثربخشی رفتاردرمانی دیالکتیکی در افزایش تحمل پریشانی نیز نشان دهنده‌ی آن است که تعامل معناداری بین زمان و گروه وجود دارد ( $F(2,36)=3/41, P=0/044, \eta^2=0/15$ ). هم‌چنین، آزمون تعقیبی تی برای نمونه‌های همبسته نشان می‌دهد که نمرات تحمل پریشانی آزمودنی‌های گروه آزمون، بعد از درمان ( $M=48/60, SD=6/34$ ) در مقایسه با قبل از درمان ( $M=42/70, SD=5/59$ ) به طور معنی‌داری افزایش یافته است ( $t(9)=-3/19, P=0/011$ ). این



تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر، بین نمرات تنظیم هیجانی گروه آزمون و شاهد در طول زمان، تفاوت معنی‌داری مشاهده نشد.

### بحث و نتیجه‌گیری

با توجه به شیوع بالا و رو به رشد افسردگی و ضرورت بررسی روش‌های موثرتر برای درمان این اختلال، پژوهش حاضر با هدف بررسی اثربخشی رفتاردرمانی دیالکتیکی در کاهش نشانه‌های افسردگی در یک جمعیت دانشجویی انجام شده است. نتایج این پژوهش حاکی از اثربخشی رفتاردرمانی دیالکتیکی در کاهش نشانه‌های افسردگی می‌باشد و نشان می‌دهد که آزمودنی‌های گروه آزمون در مقایسه با آزمودنی‌های گروه شاهد، کاهش معنی‌داری را در نشانه‌های افسردگی نشان داده و این کاهش را تا یک ماه پس از پایان درمان نیز حفظ کرده‌اند. این یافته، از یافته‌های هر چهار مطالعه‌ی یافت شده‌ی مربوط به DBT افسردگی (۶، ۲۰-۱۸) حمایت می‌کند که همگی نشان‌دهنده‌ی این موضوع می‌باشند که مداخلات DBT در درمان نشانه‌های افسردگی موثر بوده و علاوه بر آن، این اثربخشی را در ارزیابی‌های پی‌گیری نیز حفظ می‌کنند.

در این زمینه، علاوه بر مطالعات صورت گرفته در زمینه‌ی افسردگی، مطالعات مربوط به DBT بر روی اختلالات دیگر، به ویژه اختلال شخصیت مرزی نیز تلویحاتی را در زمینه‌ی اثربخشی این رویکرد بر افسردگی دارا می‌باشند. به عنوان مثال در مطالعات کتز و همکاران، کونز و همکاران، بوئوس<sup>۱</sup> و همکاران، پسیژنی و کونور<sup>۲</sup> و فاتحی‌زاده و همکاران در زمینه‌ی اختلال شخصیت مرزی و مطالعات مک‌کویلان<sup>۳</sup> و همکاران، میلر<sup>۴</sup> و همکاران در رابطه با افراد دارای گرایش خودکشی و مطالعه‌ی مک‌کان<sup>۵</sup> و بال<sup>۶</sup> به نقل از دایمف، کورنر و در زمینه‌ی بیماران مرتکب جنایات خشونت‌آمیز، اثربخشی رفتاردرمانی دیالکتیکی در کاهش معنی‌دار شاخص‌های افسردگی و ناامیدی و همچنین شاخص گرایش به خودکشی که می‌توان آن را مرتبط با افسردگی دانست، در مقایسه با

گروه‌های شاهد گزارش شده است؛ یافته‌هایی که با نتایج پژوهش حاضر همسو می‌باشند. آنتونی، نیز یک مطالعه‌ی فرا تحلیلی، از تمامی مطالعاتی که تا سال ۲۰۰۶ اثربخشی رفتاردرمانی دیالکتیکی بر نشانه‌های افسردگی را گزارش کرده‌اند فراهم آورده که نشان می‌دهد DBT نه تنها اندازه‌ی اثر بزرگی در بهبود افسردگی و اندازه‌ی اثر متوسطی بر شاخص‌های مرتبط با آن را بعد از درمان در مقایسه با قبل از آن نشان می‌دهد بلکه این اثرات را طی دوره‌های ارزیابی پی‌گیری حفظ می‌کند (۱۷، ۲۱، ۳۸-۳۲).

نتایج مطالعه‌ی حاضر نشان می‌دهد که رفتاردرمانی دیالکتیکی منجر به افزایش معنی‌دار هوشیاری فراگیر در گروه آزمون در مقایسه با گروه شاهد گردیده و این افزایش در دوره‌ی یک ماهه‌ی پی‌گیری نیز حفظ شده است. افزایش سطح هوشیاری فراگیر همراه با کاهش نشانه‌های افسردگی، فرض وجود رابطه‌ی بین هوشیاری فراگیر و افسردگی را مطرح نموده و موید آن دسته از مبانی نظری و یافته‌های پژوهشی می‌باشد که معتقدند بین هوشیاری فراگیر و افسردگی، یک رابطه‌ی معکوس وجود دارد. در این زمینه نتایج مطالعه‌ی هایس و فلدمن<sup>۷</sup> نشان می‌دهد که هوشیاری فراگیر با افسردگی و اضطراب کمتر و بهزیستی بیشتر ارتباط دارد (۲۴). همچنین نتایج مطالعه‌ی آرگوس و تامپسون<sup>۸</sup> نشان می‌دهد که آگاهی هوشیارانه (به عنوان یکی از جنبه‌های هوشیاری فراگیر) در بیشترین مقدار واریانس شدت افسردگی نقش دارد (۲۱٪) و پیشنهاد می‌کند که آگاهی هوشیارانه‌ی خودگزارش‌شده‌ی بیشتر با شدت کمتر نشانه‌های خودگزارش‌شده‌ی افسردگی ارتباط دارد (۴۰). در پژوهش جیمنز<sup>۹</sup> نیز هوشیاری فراگیر، رابطه‌ی غیرمستقیم و معکوس با نشخوار فکری و نشانه‌های افسردگی نشان می‌دهد (۴۱). یافته‌های پژوهشی که نشان می‌دهند یک درمان مبتنی بر هوشیاری فراگیر منجر به کاهش نشانه‌های افسردگی می‌گردد نیز از فرض وجود چنین رابطه‌ای حمایت می‌کنند. در این زمینه، مطالعه‌ی تیزدل<sup>۱۰</sup> و همکاران را

<sup>1</sup>Bohus

<sup>2</sup>Pasieczny and Connor

<sup>3</sup>McQuillan

<sup>4</sup>Miller

<sup>5</sup>McCann

<sup>6</sup>Ball

<sup>7</sup>Hayes and Feldman

<sup>8</sup>Arguse and Thompson

<sup>9</sup>Jimenez

<sup>10</sup>Teasdale

تنظیم هیجانی وجود داشته باشد (تعداد جلسات مربوط به این مولفه افزایش یابد) این احتمال وجود دارد که تغییرات به سطح معنی‌داری برسد. از سوی دیگر این یافته را می‌توان در راستای گزارش رابینز<sup>۶</sup> و لینچ<sup>۷</sup> دانست که موثرترین راهبردهای DBT در درمان نشانه‌های افسردگی را مولفه‌های هوشیاری فراگیر و تحمل‌پریشانی می‌دانند (۱۰، ۱۲). به طور کلی، نتایج مطالعه‌ی حاضر پیشنهاد می‌کند که DBT از طریق اثرگذاری بر مولفه‌های هوشیاری فراگیر و تحمل‌پریشانی، منجر به کاهش نشانه‌های افسردگی می‌شود. محدودیت زمانی در اجرای برنامه‌ی درمانی به علت اجرای آن بر روی جمعیت دانشجویی که در یک بازه‌ی زمانی خاص قادر به حضور در جلسات درمان هستند از جمله محدودیت‌های این پژوهش بود که در نتیجه‌ی آن یکی از مولفه‌های چهارگانه‌ی گروه درمانی DBT (کارآمدی بین فردی) که در DBT افسردگی تاکید کمتری بر آن وجود داشت، حذف و هم‌چنین تنها دو جلسه به مولفه‌ی تنظیم هیجانی پرداخته شد. از سوی دیگر به دلایل متعددی از جمله محدودیت‌های موجود برای اجرای تست غربالگری در سطح دانشگاه و خوابگاه‌ها برای شناسایی جمعیت هدف و فراهم نمودن امکان ورود آن‌ها به مطالعه و این واقعیت که مراجعه کنندگان دارای علایم افسردگی، درمان‌های انفرادی را ترجیح داده و تمایلی به شرکت در گروه‌درمانی ندارند، این پژوهش با محدودیت در تعداد آزمودنی‌ها مواجه بود. بنا بر این به دلیل محدودیت‌های فوق، در پژوهش حاضر امکان استفاده از گروه‌سومی که برنامه‌ی مداخله‌ای دیگری را غیر از رفتار درمانی دیالکتیکی، دریافت کند و اثربخشی DBT با آن مورد مقایسه قرار گیرد، وجود نداشت. پژوهش‌های آتی می‌توانند با افزودن مولفه‌ی کارآمدی بین فردی، افزایش جلسات درمانی مربوط به مولفه‌ی تنظیم هیجانی، دوره‌ی پی‌گیری طولانی‌تر، انتخاب یک جمعیت بالینی و انجام مطالعه در قالب سه گروه (گروه تحت درمان با DBT، گروه تحت درمان با رویکرد درمانی دیگر و گروه بدون هیچ رویکرد درمانی) به بررسی دقیق‌تر اثربخشی DBT در کاهش نشانه‌های افسردگی بپردازند.

می‌توان نام برد که نشان می‌دهند مداخلات مبتنی بر هوشیاری فراگیر میزان عود افسردگی را به طور معنی‌داری کاهش می‌دهند (۴۲). در مطالعه‌ای که توسط هایس، بیورس<sup>۱</sup>، فلدمن، لورنس<sup>۲</sup> و پرلمن<sup>۳</sup> انجام شده و در مطالعه‌ی هایس و فلدمن به آن اشاره شده است نیز مشاهده شده که کاربرد یک درمان مبتنی بر هوشیاری فراگیر در درمان افسردگی، منجر به بهبودی معنی‌دار در افسردگی در میانه و انتهای دوره‌ی درمانی می‌شود (۲۴).

نتایج، از اثربخشی رفتاردرمانی دیالکتیکی بر افزایش تحمل‌پریشانی آزمودنی‌های گروه آزمون در مقایسه با آزمودنی‌های گروه شاهد حمایت می‌کنند. این نتایج هم‌چنین نشان می‌دهند که این افزایش در دوره‌ی پی‌گیری یک ماهه نیز حفظ شده است. این یافته از یافته‌ی میلر و همکاران در این رابطه که DBT منجر به کاهش معنی‌داری در شاخص نشانه‌های مثبت‌پریشانی می‌شود و از یافته‌ی پژوهش فیشر<sup>۴</sup> در این زمینه که مداخلات DBT منجر به کاهش سطح کلی‌پریشانی می‌گردد، حمایت می‌کند. هم‌چنین افزایش در تحمل‌پریشانی همراه با کاهش افسردگی می‌تواند موید یافته‌های مطالعه‌ی باکتر<sup>۵</sup> و همکاران باشد که از رابطه‌ی بین افسردگی و عدم تحمل‌پریشانی حکایت دارد (۳۸، ۴۳، ۴۴). در رابطه با اثربخشی رفتاردرمانی دیالکتیکی بر کاهش دشواری‌های تنظیم هیجانی، بررسی میانگین نمرات در قبل و بعد از درمان نشان دهنده‌ی کاهش نمرات در دشواری‌های تنظیم هیجانی در گروه آزمون در مقایسه با گروه شاهد می‌باشد و این کاهش حتی در دوره پی‌گیری هم مشاهده می‌شود (این کاهش برای گروه آزمون بعد از درمان به طور میانگین ده نمره و در پی‌گیری یازده نمره و برای گروه شاهد بعد از درمان دو و نیم نمره و در پی‌گیری چهار نمره بوده است)، اما این کاهش، در سطح معنی‌داری نمی‌باشد. از آن جا که در برنامه‌ی درمانی پژوهش حاضر دو جلسه به مهارت‌های تنظیم هیجانی اختصاص داشت به نظر می‌رسد چنان چه در برنامه‌ی درمانی مورد استفاده در پژوهش‌های آینده، تاکید بیشتری بر مولفه‌ی

<sup>1</sup>Beevers<sup>2</sup>Laurence<sup>3</sup>Perlman<sup>4</sup>Fischer<sup>5</sup>Buckner<sup>6</sup>Robins<sup>7</sup>Lynch

**References**

1. Abt KL. The effect of a group exercise intervention in the adjunctive treatment of depression. Ph.D. Dissertation. USA: University of Pittsburgh, 2005: 7-10.
2. Diamond J. Gender and depression: Typical and atypical symptoms and suicide risk. Ph.D. Dissertation. USA: Touro University, College of health sciences, 2008: 12-30.
3. Barron WB. Effect of religious coping skills training with group cognitive behavioral therapy for treatment of depression. Ph.D. Dissertation. USA: Northcentral University, College of psychology, 2007: 7-12.
4. Scott TM. Treating adult depression in rural areas through video conference. Ph.D. Dissertation. Walach University, College of psychology, 2008: 18-21.
5. Mackay LMH. The berkal technique for trauma elimination and the treatment of depression. MS. Dissertation. USA: California, Institute of transpersonal psychology-Palo Alto, 2007: 8-21.
6. Chew CE. The effect of dialectical behavioral therapy on moderately depressed adults: A multiple baseline design. Ph.D. Dissertation. USA: University of Denver, College of psychology, 2006: 18-80.
7. Segal ZV, Williams JMG, Teasdale JD. Mindfulness-based cognitive therapy for depression. New York: Guilford; 2002: 9-45.
8. Traner R, O'Donova C, Chandarana P, Kennedy S. Prevalence and outcome of partial remission in depression. *J Psychiatr Neurosci* 2002; 27(4): 241-7.
9. Thase ME. Achieving remission and managing relapse in depression. *J Clin Psychiatr* 2003; 64(18): 3-7.
10. Robins CJ, Koons CR. Dialectical behavior therapy of sever personality disorders. In: Magnavita JJ. (editor). *Handbook of personality disorders: Theory and practice*. Philadelphia: Wiley and sons; 2004: 221-5.
11. Miller AM, Rathus JH, Linehan MM. Dialectical behavior therapy with suicidal adolescents. New York: Guilford; 2007: 38-95.
12. 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.
13. 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.
14. Telch CF, Agras WS, Linehan MM. Dialectical behavioral therapy for binge eating disorder. *J Couns Psychol* 2001; 69: 1061-5.
15. 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.
16. Hesslinger B, Tebartz van Elst L, Nyberg E, Dykierck 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.
17. Katz LY, Cox BJ, Gunasekara S, Miller AL. Feasibility of dialectical behavior therapy for suicidal adolescent inpatients. *J Am Acad Child Psychol* 2004; 43: 276-82.
18. 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.
19. Lynch TR, Cheavens JS, Cukrowicz KC, Thorp SR, Bronner L, Beyer J. Treatment of older adults with co-morbid personality disorder and depression: A dialectical behavior therapy approach. *Int J Geriatr Psychol* 2007; 22: 131-43.
20. 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.
21. 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.

22. 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.
23. Gross JJ, Munoz RF. Emotion regulation and mental health. *Clin Psychol Sci* 1995; 2(2): 151-64.
24. 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.
25. 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.
26. Faul F, Erdfelder E, Lang AG, Buchner A. G\*Power 3: A flexible statistical power analysis program for the social, behavioral, and biomedical sciences. *Behav Res Methods* 2007; 39(2): 175-91.
27. Groth-Marnat G. [Handbook of psychological assessment]. 4<sup>th</sup> ed. Sharifi HP, Nikkhoo MR. (translators). Tehran: Roshd; 2005: 996. (Persian)
28. Mootabi F. [Relapse schemas in major depressive patients]. Ph.D. Dissertation. Tehran: Welfare and Rehabilitation University, 2005: 68-71. (Persian)
29. Walach H, Buchheld N, Buttenmüller V, Kleinknecht N, Schmidt S. Measuring mindfulness-the Freiburg mindfulness inventory (FMI). *Pers Individ Dif* 2006; 40: 1543-55.
30. Simons JS, Gaher RM. The distress tolerance scale: Development and validation of a self report measure. *Motiv Emotion* 2005; 20(9): 83-102.
31. 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.
32. Koons CR, Robins CJ, Tweed JL, Lynch TR, Gonzalez AM, Morse JQ, et al. Efficacy of dialectical behavior therapy in women veterans with borderline personality disorder. *Behav Ther* 2001; 32: 371-90.
33. Bohus M, Haaf B, Stiglmayr CE, Pohl U, Böhme R. Evaluation of inpatient dialectical-behavioral therapy for borderline personality disorder: A prospective study. *Behav Res Ther* 2000; 38: 875-87.
34. Bohus M, Haaf B, Simms T, Limberger MF, Schmahl C, Unckel C, Lieb K, et al. Effectiveness of inpatient dialectical behavioral therapy for borderline personality disorder: A controlled trial. *Behav Res Ther* 2004; 42: 487-99.
35. Pasioczny N, Connor J. The effectiveness of dialectical behavior therapy in routine public mental health settings: An Australian controlled trial. *Behav Res Ther*. In press.
36. Fatehi Zadeh M, Shafi Abadi A, Delavar A. The comparison of the efficacy of dialectical behavior therapy and cognitive-behavior therapy methods in reducing of the symptoms of clients suffering from borderline personality disorder in Isfahan. *Psychol Stud* 2006-2007; 2(3-4): 7-24.
37. McQuillan A, Nicastro R, Guenot F, Girard M, Lisser C, Ferrero F. Intensive dialectical behavior therapy for outpatients with borderline personality disorder who are in crisis. *Psychiatr Serv* 2005; 56: 193-7.
38. Miller AL, Rathus JH, Linehan MM, Watzler S, Leigh E. Dialectical behavior therapy adapted for suicidal patients. *J Pract Psychiatr Behav Health* 1997; (2): 76-86.
39. Dimeff L, Koerner K, Linehan MM. Summary research on DBT. Seattle: The behavioral technology transfer group; 2001: 1-8.
40. Arguse G, Thompson M. Perceived social problem solving, perfectionism, and mindful awareness in clinical depression: An exploratory study. *Cong Ther Res* 2008; (32): 745-57.
41. Jimenez S. The role of self-acceptance, negative mood regulation, and ruminative brooding on mindfulness and depressive symptoms: A longitudinal, randomized control trial of mindfulness meditation vs. relaxation training. Ph.D. Dissertation. University of Connecticut, 2008: 58-69.
42. Teasdale JD, Segal ZV, Williams JMG, Ridgeway VA, Soulsby JM, Lau MA. Prevention of relapse/recurrence in major depression by mindfulness-based cognitive therapy. *J Couns Clin Psychol* 2000; 68(4): 615-23.
43. Fischer JRS. Treatment of co-morbid methamphetamine substance abuse and borderline personality disorder features using modified dialectical behavior therapy. Ph.D. Dissertation. USA: Western Michigan University, College of psychology, 2007: 7-162.
44. Buckner D, Keough M E, Schmidt NB. Problematic alcohol and cannabis use among young adults: The role of depression and discomfort and distress tolerance. *Addict Behav* 2007; 32: 1957-63.