مقایسه میزان اثربخشی دو روش رفتاردرمانی دیالکتیکی و رفتاردرمانی شناختی بر بهبود علائم رفتارهای تکانشی بیماران دچار افسردگی اساسی دارای افکار خودکشی

نرگس زمانی[۱]، وحید احمدی[۲،۳]، وحید عطایی مغانلو[۴*]، ساره میرشکار[۵]

۱) گروه روان شناسی، دانشکده روان شناسی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد همدان، همدان، ایران

۲) مرکز تحقیقات و پیشگیری از آسیب های روانی اجتماعی، دانشگاه علوم پزشکی ایلام، ایلام، ایران

۳) گروه روان شناسی، دانشکده روان شناسی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد ایلام، ایلام، ایران

۴) گروه روان شناسی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد پارس آباد مغان، پارس آباد مغان، ایران

۵) مرکز تحقیقات عوامل اجتماعی موثر بر سلامت پژوهشکده آینده پژوهی در سلامت، دانشگاه علوم پزشکی کرمان، کرمان، ایران

تاریخ دریافت: ۹۲/۱۱/۱٤ تاریخ پذیرش: ۹۳/۲/۲۷

چکیده

مقدمه: هدف از مطالعه حاضر تعیین میزان اثربخشی دو روش رفتاردرمانی دیالکتیکی و رفتاردرمانی شناختی بر بهبود علائم رفتارهای تکانشی بیماران دچار افسردگی اساسی دارای افکار خودکشی بود.

مواد و روش ها: طرح مطالعه حاضر از نوع روش نیمه آزمایشی، با دو گروه آزمایش(رفتاردرمانی دیالکتیک و رفتاردرمانی شناختی) و یک گروه کنترل بود. جامعه آماری پژوهش حاضر، مشتمل بر کلیه بیماران دچار افسردگی اساسی بود که رفتارهای تکانشی همایند با افکار خودکشی داشتند که در بهار ۱۳۹۲ به مرکز خدمات روان شناختی همدان مراجعه کردند. نمونه پژوهش شامل ۲۱ بیمار دچار افسردگی اساسی دارای افکار خودکشی بود که ملاک های ورود را داشتند. ابزارهای پژوهش شامل مصاحبه تشخیصی ساختاریافته بر اساس راهنمای تشخیصی و آماری اختلال های روانی ۲۰۰۰، آزمون تکانشگری بارت ۱۹۹۴ و آزمون افکار خودکشی بک ۱۹۹۷ بود.

یافته های پژوهش: یافته ها، نشان داد رفتاردرمانگری دیالکتیکی در کاهش رفتارهای تکانشی بیماران دچار افسردگی اساسی اقدام کننده به خودکشی مؤثرتر از رفتاردرمانی شناختی است.

بحث و نتیجه گیری: در حوزه درمان و زمینه کار با افراد افسرده و افرادی که در حالت بحران به سر می برند و گرایش به خودکشی دارند، رفتاردرمانی دیالکتیکی با توجه به ماهیت آن، بسیار کارا و نویدبخش به نظر می رسد.

واژه های کلیدی: رفتاردرمانی دیالکتیکی، رفتاردرمانی شناختی، رفتارهای تکانشی، افسردگی اساسی، خودکشی

* **نویسنده مسئول**: دانشگاه آزاد اسلامی واحد پارس آباد مغان، مغان، ایران

Email: *vahidataie_3000@yahoo.com*

[Downloaded from sjimu.medilam.ac.ir on 2026-11-10]

مقدمه

در قرن گذشته مردم در بیشتر کشورها از موهبت سلامتی بیش از پیش لذت برده اند. بیماری هایی که سالیانه میلیون ها انسان را از پای درمی آورد، اکنون ریشه کن شده اند،(۱)، نمونه های این گونه پیشرفت ها در زمینه سلامت جسمانی فراوان هستند اما علی رغم این پیشرفت ها، در زمینه سلامت روانی با پیشرفت چندانی رو به رو نبوده ایم. سازمان بهداشت جهانی تخمین زده است که اختلالات افسردگی و اضطرابی در رأس فهرست بیماری های روانی قرار دارند. افسردگی از شایع ترین اختلالات خلقی و عاطفی و بزرگ ترین اختلال روانی قرن حاضر و معضل عمومی در زندگی مدرن امروزی است،(۲،۳). هم اکنون افسردگی، دومین اختلال رایج روان شناختی است و نزدیک به ۱۲۱ میلیون نفر در جهان به آن مبتلا هستند،(۱). برآوردهای دیگری تخمین می زنند که در حال حاضر افسردگی دومین بیماری پر هزینه در تمام جهان است،(۴)، این در حالی است که در سال ۱۹۹۰ افسردگی در رده چهارم قرار داشته است،(۵). داده های همه گیرشناسی جدید حاکی است که میزان بروز اختلال افسردگی اساسی رو به فزونی است،(۶،۷). و یکی از پیامدهای مهم این افزایش، بیشتر شدن میزان خودکشی است. خودکشی عمل آگاهانه آسیب رساندن به خود است که به عنوان یکی از معضلات اجتماعی در بیشتر جوامع رو به افزایش است،(۸). خودکشی مرگی است غیر اتفاقی که عمدتاً به دست خود شخص با هدف از بین بردن آگاهانه یا نیمه آگاهانه حاصل می شود و این عمل سهوی و بی معنی نیست، بلکه می تواند با نیازهای برآورده نشده و احساس یاس و ناامیدی ارتباط داشته باشد. تخمین زده شده که آمار اقدام به خودکشی در آمریکا در حدود ۶۵۰۰۰۰ مورد در سال(حدود ۸۰ مورد در روز یا هر ۲۰ دقیقه یک مورد) می باشد،(۶). با توجه به پژوهش های صورت گرفته در سطح جهان روزانه ۱۰۰۰ نفر در اثر خودکشی می میرند،(۹)، که این آمار از ۴۵ سال گذشته در جهان ۶۰ درصد افزایش یافته است،(۱۰). سازمان بهداشت جهانی به نقل از کراگ خودکشی را سیزدهمین علت مرگ و میر در جهان و سومین علت مرگ در گروه سنی ۳۴-۱۵ سال دانست، که در سال ۲۰۰۵ از سیزدهمین علت مرگ به ده علت اصلی مرگ و میر در تمام گروه های سنی در کشورهای در حال توسعه رسید،(۱۱،۱۲)، و تحقیقات دیگری که توسط پالمر انجام شد، خودکشی را یکی از هشت علت اصلی مرگ و میر دانست که سالیانه یک میلیون نفر را در جهان طعمه خود می کند، این در حالی است که آمار واقعی رفتارهای خودکشی و خودکشی‌گرایانه ۱۵ تا۲۰ برابر این میزان است،(۱۳)، این تحقیقات حاکی از افزایش بی رویه و خطرناک خودکشی در جوامع است که هر ساله در رتبه پایین تری قرار گرفته و درصد بالایی از افراد را در بر می گیرد این زنگ خطر به این صورت است که نرخ اقدام به خودکشی در جهان از ۴۵ درصد گذشته به ۶۰ درصد افزایش یافته است،(۱۴)، و همواره در حیطه برجسته ترین معضل بهداشت روان مطرح بوده است،(۱۵). در همین راستا افکار خودکشی به عنوان افکار خود گزارش دهی درباره خودکشی، در دامنه ای از یک میل مبهم با نفوذ برای مردن تا نقشه کامل خودکشی تعریف می شود. این افکار می توانند به صورت فریاد کمک خواهی جهت رهایی از تنش و حوادث غیر قابل تحمل و اجتناب، به رفتار خود تخریبی تبدیل شوند،(۱۵). خودکشی پدیده ای متحدالشکل نیست بلکه می توان آن را در طول پیوستاری از فکر کردن به خودکشی تا اقدام عملی برای ارتکاب آن در نظر آورد،(۱۷). افراد در معرض خودکشی را می توان به سه گروه تقسیم کرد: خودکشی انجام یافته، اقدام به خودکشی و افکارخودکشی،(۱۸). تعدادی از عوامل افکار و اقدام به خودکشی شامل: مجرد بودن و بیکاری و عوامل شخصیتی، اجتماعی و خانوادگی است که می تواند زمینه ساز بروز خودکشی باشد،(۱۹). یکی از مواردی که منجر به خودکشی در بیماران دچار افسردگی اساسی می شود، بروز رفتارهای تکانشی است. تکانه، اصرار و میل شدید به انجام یک عمل در پاسخ به یک محرک ذهنی یا بیرونی است،(۲۰). تکانشگری طیف گسترده ای از رفتارهایی است که روی آن کمتر تفکر شده، به صورت رشد نایافته برای دستیابی به یک پاداش یا لذت بروز می کنند، از خطر بالایی برخوردارند و پیامدهای ناخواسته قابل توجهی را در پی دارند،(۲۱،۲۲)، و هسته اصلی بسیاری از آسیب های اجتماعی مانند مصرف مواد، قماربازی بیمارگونه، اختلال های شخصیت و دست زدن به اقدامات پرخاشجویانه است. این اختلال هر سال موجب از میان رفتن زمان و سرمایه در بسیاری از کشورها می شود،(۲۳). تکانشگری با شماری از آسیب های روانی در اجتماع همراه می باشد که از جمله آن ها خشونت، رفتارهای ضداجتماعی، جرم و جنایت و بسیاری

[Downloaded from sjimu.medilam.ac.ir on 2026-11-10]

از موارد دیگر می باشد. هم چنین بررسی ها نشان داده اند که تکانشگری یکی از مهم ترین عوامل خطر شخصیتی گرایش به مصرف مواد به شمار می رود،(۲۴)، مشخصه این اختلال، ناتوانی بیمار برای مقاومت در برابر یک تکانه، سائق یا وسوسه شدید انجام رفتار به خصوصی است که برای خود یا دیگران زیان بار است. بیمار پیش از انجام این رفتارها معمولاً دچار تنش و انگیختگی فزاینده ای می شود و گاهی این تنش و انگیختگی با انتظار هوشیارانه لذت آمیخته است. انجام و تکمیل عمل مزبور سبب ارضاء و تسکین فوری می شود و اما بعد و با فاصله ای متغیر پس از انجام عمل مزبور بیمار دچار ترکیبی از پشیمانی، احساس گناه، سرزنش خود و وحشت می شود. رفتار تکانشی یکی از مهم ترین خصوصیاتی است که باعث بروز رفتارهای خود تخریبی می شود. مطالعه ای نشان می دهد که بیش از ۵۰ درصد اقدام های به خودکشی غیر مرگ آور ناشی از رفتاری تکانشی بوده اند و افراد تحت بررسی ذکر کرده اند که تنها در حدود یک ساعت قبل از اقدام به خودکشی به فکر آن افتاده بوده اند. آمار مبادرت به خودکشی در تیپ های شخصیتی ضد اجتماعی و مرزی بیشتر بوده است. علت این امر در ناپایداری عاطفی، رفتارهای تکانشی، خشم، حسادت، تحمل اندک در زمان محروم شدن و یا بی هدفی می تواند باشد،(۲۵)، با وجودی که درمانگران بالینی برای مقابله با ژرف ترین مشکل بشر به گونه ای حیرت انگیز فاقد ابزار مناسب اند، اما درباره اختلال هایی خودکشی به شدت با آن ها همبسته است، رویکردهای سازمان یافته و رهنمودی ارائه دادند. با این حال متاسفانه هیچ گونه راهبرد مبتنی بر تجربه ای که رفتار خودکشی گرایانه را مستقیماً و اختصاصاً آماج خود قرار دهد در دسترس درمانگران نبوده است،(۲۶)، کاهش نشانه ها و علائم افسردگی اساسی و اقدام به خودکشی با توجه به ماهیت تکرارپذیر و عودکننده آن، مستلزم کاربرد درمان های بلند مدت تر و روش های درمانگری خاص و عمیق تری برای رفع کمبودهای مهارتی اختصاصی نظیر تنظیم هیجان، کم تحملی در برابر رنج(تکانشگری) کنترل خشم و جرأت ورزی است. در این میان رفتاردرمانگری دیالکتیکی درمانی است که به ویژه برای افرادی طراحی شده است که رفتارهای خود آسیبی نظیر مجروح کردن خود، افکار خودکشی، میل به خودکشی و تلاش برای خودکشی دارند. رفتاردرمانگری دیالکتیکی در حقیقت تغییر و اصلاح درمانگری رفتاری شناختی است،(۲۶). نتایج مطالعات نشان دهنده اثربخشی این الگوی درمانی است. لینهان، دیمف، ریزوی و براون،(۲۷)، لینهان،(۲۸)، و ورهول، ون دن بوش، کویتر، استیجنن و برینک،(۲۹)، به این نتیجه رسیدند، زنان دارای اختلال شخصیت مرزی اقدام کننده به خودکشی که از رفتاردرمانگری دیالکتیکی استفاده کرده بودند، کمتر از زنانی که از درمانگری های دیگر استفاده کرده بودند، دست به خودکشی و خود آسیبی عمدی می زدند. از سوی دیگر از میان درمان های مؤثر بر افسردگی، رفتاردرمانی شناختی، آن گونه که توسط بک و همکاران معرفی شده، بیش از حد مورد استقبال و هم چنین مورد ارزیابی قرار گرفته و اثرآفرین بوده است،(۳۰). فرض اساسی رفتاردرمانی شناختی این است که افراد با نحوه تعبیر رویدادها و موقعیت ها، در مشکلات روان شناختی خود و نشانه های خاص، دخالت زیادی دارند. این درمان بر این اساس استوار است که شناخت ها، هیجان ها و رفتارها به نحو چشمگیری بر یکدیگر تأثیر داشته، رابطه علت و معلولی دارند،(۳۱). در این میان رفتاردرمانی شناختی به شکل گروهی در مقایسه با درمان انفرادی از نظر وقت و هزینه مقرون به صرفه است. در این روش افراد بیشتری شرکت می کنند و گروه فرصتی برای آموزش های میان فردی فراهم می کند؛ هم چنین تجربه های گروهی به واقعیت زندگی روزمره مراجعه کنندگان نزدیک تر است از دیگر مزایای درمان گروهی می توان به ایجاد امید، عمومیت، انتقال اطلاعات، نوع دوستی، رشد مهارت های اجتماعی، رفتار تقلیدی، یادگیری همنشینانه، تجربه عاطفی تصحیحی و تخلیه روانی اشاره کرد. با توجه به مطالبی که عنوان شد، موج سوم درمانی نوپاست که در مراکز علمی معتبر جهان بسیار مورد توجه و کاربرد برای فوریت ها و مداخله در بحران ها و درمان بیماران آشفته و اختلال های پیچیده قرار گرفته است. انجام این پژوهش نیز می تواند زمینه ای مناسب برای بررسی و مقایسه تأثیر این درمان بر افراد اقدام کننده به خودکشی باشد. درمانگران بالینی و متخصصین مداخله در بحران، از نتایج این پژوهش می توانند به صورت گسترده‌ای استفاده کنند. هدف مطالعه حاضر، تعیین میزان اثربخشی رفتاردرمانی دیالکتیکی و رفتاردرمانی شناختی بر کاهش رفتارهای تکانشی در کاهش افکار خودکشی بود.

مواد و روش ها

روش پژوهش از نوع نیمه آزمایشی بود. گروه آزمایش در دو گروه تحت آموزش رفتاردرمانگری دیالکتیکی و رفتاردرمانی شناختی قرار گرفتند و گروه گواه، آموزشی دریافت نکردند. جامعه آماری مشتمل بر کلیه درمان جویان دچار اختلال افسردگی اساسی است که رفتارهای تکانشی

[Downloaded from sjimu.medilam.ac.ir on 2026-11-10]

همایند با افکار خودکشی داشتند و در بهار ۱۳۹۲ به مرکز خدمات روان شناختی همدان مراجعه کردند. روش نمونه گیری در این پژوهش به صورت روش مبتنی بر ملاک(پاسخ به پرسش نامه تکانشگری بارت) که از روش های غیر تصادفی است، بود و ۲۷ بیمار زن به صورت تصادفی انتخاب شدند. این بیماران به صورت تصادفی به ۳ گروه ۹ نفری که گروه اول تحت آموزش رفتاردرمانگری دیالکتیکی و گروه دوم تحت آموزش رفتاردرمانی شناختی و گروه گواه که هیچ آموزشی دریافت نکردند تقسیم شدند. در نهایت با توجه به ریزش نمونه هر گروه به ۷ نفر تقلیل یافت و با توجه به این که آموزش در این پژوهش به صورت گروهی انجام پذیرفت و در گروه درمانی که بر مبنای کار لینهان و دیمف،(۲۷)، پایه ریزی شده، از گروه های ۸-۶ نفره استفاده شده در این پژوهش نیز، گروه های ۸ نفره تشکیل شد. ملاک خروج در نمونه، بیماران اقدام کننده به خودکشی و خودکشی مجدد و افرادی که دارای اختلال هایی مانند دوقطبی، سوء مصرف مواد، اختلالات شخصیت و افرادی که تحت درمان با دارویی بودند که در ابتدا حذف شدند. استفاده از هر نوع داروی روان پزشکی در طول آموزش از اولین جلسه درمان و استفاده از هر نوع خدمات روان شناختی سبب کنار گذاشتن افراد از بررسی می گردید. هم چنین متغیرهایی مانند سن و جنس کنترل شد. ابزارهای پژوهش عبارت بودند از: مصاحبه بالینی، پرسش نامه تکانشگری بارت، آموزش رفتاردرمانگری دیالکتیکی، آموزش رفتاردرمانی شناختی.

مصاحبه بالینی بر مبنای راهنمای تشخیصی و آماری اختلال های روانی: مصاحبه تشخیصی ساختاریافته و نیمه ساختاریافته از مجموعه نظام داری از سوالات اختصاصی تشکیل می شوند که هدف آن ها ارزیابی آن دسته از الگوهای رفتاری، افکار و احساسات مراجعان است که به نوعی با تشخیص اختلال آن ها ارتباط دارد.(۳۲)

مقیاس تکانشگری بارت: این پرسش نامه، ابزار مناسبی برای سنجش انواع رفتارهای تکانشی می باشد. نسخه یازدهم این پرسش نامه توسط پروفسور ارنست بارت ساخته شده است،(۳۳). این پرسش نامه دارای ۳۰ پرسش چهار گزینه ای می باشد، که سه عامل تکانشگری شناختی(شامل گرفتن تصمیم های شناختی) تکانشگری حرکتی(شامل عمل کردن بدون فکر) و بی برنامگی(به صورت جهت یابی آنی یا فقدان آینده نگری مشخص می شود) را ارزیابی می کند. ساختار پرسش های گردآوری شده، نشان دهنده ابعادی از تصمیم گیری شتاب زده و فقدان دوراندیشی است،(۳۳)، و بالاترین نمره آن ۱۲۰ است. ترجمه فارسی مقیاس تکانشگری بارت توسط اختیاری و همکاران در سال ۱۳۸۷ صورت گرفته و از نظر روایی و پایایی در حد مطلوبی است. میزان پایایی به دست آمده در این بررسی(۸۳ درصد) است که از یافته های گزارش شده توسط بارت و همکاران در سال ۲۰۰۴ در نسخه انگلیسی حدود ۸۱ درصد(پاتون، استنفورد و بارت) و نسخه های دیگر مانند نسخه ایتالیایی ۷۹ درصد(فوساتی، دی سجلی، آکارینی و بارت) بهتر بوده است و ضریب آلفای کرونباخ بین ۴۰ تا ۸۳ درصد برآورده شده است.(۳۴)

آموزش رفتاردرمانگری دیالکتیکی: رفتاردرمانگری دیالکتیکی به عنوان یک درمان حمایت گرانه ارائه می شود که مستلزم یک ارتباط مشترک و قوی میان درمانجو و درمانگر است. مرحله مداخله درمانی: رویکرد رفتاردرمانی دیالکتیکی شامل سه شیوه درمانی است که عبارتند از جلسات انفرادی، مهارت آموزی گروهی، تماس تلفنی با درمانگر در خارج از جلسات درمانی. در درمان انفرادی، درمان جویان جلسات انفرادی را یک بار در هفته دریافت می کنند. جلسات روان درمانگری هفتگی، با کاوش یک رویداد یا رفتار مشکل آفرین یعنی با زنجیره ای از رویدادها از هفته قبل، شروع و با بررسی راه حل های پیشنهادی که به کار رفته اند و عواملی که درمانجو را در استفاده از راه حل های سازگارانه تر با مشکل رو به رو ساخته اند، ختم می شود. در طی جلسات و بین آن، درمانگر فعالانه رفتارهای سازگارانه را آموزش می دهد و تقویت می کند. تأکید بر آموزش دادن به بیماران در این مورد است که چگونه می توان آسیب های هیجانی را کنترل کرد نه این که آن ها را کاهش داد یا آن ها را از بحران خارج کرد.(۳۵)

مهارت آموزی گروهی، جلسات مهارت آموزی هفته ای یک بار به مدت دو ساعت تا دو ساعت و سی دقیقه تشکیل شد. هدف این مرحله از درمان، افزایش و ارتقاء مهارت های رفتاری و چهار مهارت آموزشی مشتمل بر هوشیاری، تحمل پریشانی، تنظیم هیجان، مهارت های کارآمدی بین فردی بود.

تماس تلفنی مراجعان با درمانگر، این شیوه از ابتدای درمان تا پایان جلسات گروهی ادامه داشت. مراجعین می - توانستند در موقع بروز بحران با درمانگر تماس بگیرند، در این تماس ها درمانگر مراجع را به استفاده از مهارت ها هدایت می کرد. زمان مکالمه کوتاه و حداکثر بین ۱ تا ۱۰

[Downloaded from sjimu.medilam.ac.ir on 2026-11-10]

دقیقه بود که بیشتر در جهت کمک به مراجع در اجتناب از رفتارهای خود آسیب رسان، فکر، طرح و یا اقدام به

خودکشی انجام می گرفت.

رفتاردرمانی دیالکتیکی بر این نکته تاکید می کند که رفتارهای غیرانطباقی بیماران(مثل خوردنی، رفتارهای خودکشی گرایانه، سوء مصرف الکل و داروها) در خدمت تنظیم هیجانی آزاردهنده است. به دنبال این رفتارهای غیرانطباقی، کاهش موقتی در برانگیختگی هیجانی رخ می دهد و در نتیجه استفاده از این راهبردهای غیرانطباقی به صورت منفی تقویت می شود. بنا بر این، بدنه اصلی تمرکز رفتاردرمانی دیالکتیک، حول یادگیری، بکارگیری و تعمیم مهارت های انطباقی خاصی است که در این روش درمانی آموزش داده می شود و هدف نهایی آن، کمک به بیمار برای شکستن و فائق آمدن بر این چرخه معیوب است.(۳۶)

رفتاردرمانی شناختی: نوعی روان درمانی است که به بیماران کمک می کند تا به درک افکار و احساساتی که بر روی رفتار آن ها تأثیر می گذارد، نائل گردند. درمان شناختی رفتاری در حال حاضر برای درمان تعداد زیادی از اختلالات، از جمله هراس ها، فوبیا اعتیاد، افسردگی و اضطراب به کار گرفته می شود. درمان شناختی رفتاری عموماً کوتاه مدت است و بر کمک به بیماران در پرداختن به یک مشکل خاص تمرکز دارد. در خلال دوره درمان، فرد یاد می گیرد که چگونه الگوهای فکری مخرب یا مزاحمی که دارای تأثیرات منفی بر روی رفتار هستند را شناسایی کند و تغییر دهد.(۳۷)

پس از گزینش، آزمودنی ها به پرسش نامه تکانشگری بارت به عنوان پیش آزمون پاسخ دادند و توسط روان شناس آموزش دیده تحت رفتاردرمانگری دیالکتیکی و رفتاردرمانی شناختی قرار گرفتند. در این پژوهش رفتاردرمانگری دیالکتیکی بر مبنای کار میتو مک کی، جفری وود و جفری برنتلی،(۳۸)، که بر اساس کتاب مهارت آموزی لینهان برنامه ریزی شده در ۱۶ جلسه(هر مهارت ۴ جلسه) گروهی آموزش دیدند. از آن جائی که این روش درمانی برای بیماران دچار افسردگی اساسی دارای افکار خودکشی اجرا شد و ضمن این که این افراد دست به گریبان هیجان های آشفته ساز و دردسرسازی بودند، درمان را با مهارت های مبتنی بر پذیرش(مهارت های تحمل پریشانی، مهارت های هوشیاری) که قلب رفتاردرمانی دیالکتیک است،(۳۹)، آغاز کردیم و سپس تحت آموزش مهارت های مبتنی بر تغییر(مهارت های تنظیم هیجانی و کارآمدی بین فردی) قرارگرفتند.

در گروه آزمایش دوم مداخله رفتاردرمانی شناختی بر اساس مطالعات گرین برگر، پدسکی طراحی گردید. این درمان در اصل برای غلبه بر افسردگی، آسیمگی، هراس ها، اضطراب، خشم، مسائل ارتباطی طراحی و همواره موفقیت - آمیز بوده است،(۴۰). به طور کلی هر جلسه از دو بخش آموزش مهارت ها و تکالیف خانگی تشکیل می شود.

یافته های پژوهش

در مـجموع ۲۱ بیـمار با اختلال افسردگی اساسی و دارای افکار خودکشی مورد بررسی قرار گرفتند که مشخصات آن ها از نظر گروه بندی، تحصیلات، دامنه سنی، وضعیت شغلی و وضعیت تأهل در جدول شماره ۱ آمده است.

جدول شماره ۱. مشخصات جمعیت شناختی جمعیت مورد مطالعه

		گروه رفتاردرمانی دیالکتیک n(%)	گروه رفتاردرمانی شناختی n(%)	گروه کنترل n(%)
وضعیت سواد	دیپلم	۴(۵۷/۱۴)	۳(۴۲/۸۵)	۳(۴۲/۸۵)
	فوق دیپلم	۲(۲۸/۵۷)	۴(۵۷/۱۴)	۳(۴۲/۸۵)
	لیسانس	۱(۱۴/۲۸)	۰	۱(۱۴/۲۸)
شغل	کارمند	۲(۲۸/۵۷)	۱(۱۴/۲۸)	۲(۲۸/۵۷)
	خاندار	۵(۷۱/۴۲)	۶(۸۵/۷۱)	۵(۷۱/۴۲)
وضعیت تاهل	مجرد	۶(۸۵/۷۱)	۶(۸۵/۷۱)	۶(۸۵/۷۱)
	متاهل	۱(۱۴/۲۸)	۱(۱۴/۲۸)	۱(۱۴/۲۸)
میانگین سنی		۳۲/۵۷	۳۳/۱۴	۳۳/۱۴

[Downloaded from sjimu.medilam.ac.ir on 2026-11-10]

طبق جدول شماره ۱ می توان گفت که گروه ها از نظر گروه درمان، وضعیت سواد، شغل، وضعیت تاهل و سن با یکدیگر تفاوت معنی داری ندارند و همتا می باشند. میانگین و انحراف معیار مربوط نمرات متغیر رفتارهای تکانشی به تفکیک گروه و مرحله آزمون در جدول شماره ۲ نشان داده شده است.

جدول شماره ۲. آماره های توصیفی رفتارهای تکانشی به تفکیک گروه و مرحله آزمون

گروه / مرحله آزمون	گروه رفتاردرمانی دیالکتیکی		گروه رفتاردرمانی شناختی		گروه کنترل	
	میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار
پیش آزمون	۹۸/۱۴	۵/۳۳	۹۷/۷۱	۵/۵۳	۹۹/۲۹	۳/۴۰
پس آزمون	۴۵	۴/۲۰	۵۸/۷۱	۴/۰۷	۱۰۱/۱۴	۳/۹۳

برای بررسی تفاوت نمرات رفتارهای تکانشی از تحلیل واریانس یک راهه از جدول شماره ۳ به شرح زیر استفاده شد.

جدول شماره ۳. نتایج تحلیل واریانس یک راهه بر روی نمرات پس آزمون رفتارهای تکانشی

مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	آماره F	سطح معناداری	اندازه اثر
۱۱۹۹۴/۰۰	۲	۵۹۹۷/۰۰	۳۶۱/۸۸	۰/۰۰۱	۰/۹۷۶

همان گونه که در جدول فوق مشاهده می شود تفاوت معناداری بین نمرات پس آزمون وجود دارد و این به معنای آن است که حداقل در دو گروه از گروه ها تفاوت معنادار وجود دارد. برای بررسی و تعیین محل تفاوت گروه ها از آزمون تعقیبی توکی استفاده شد که نتایج آن در جدول شماره ۴ آمده است.

جدول شماره ۴. خلاصه اطلاعات مقایسه های پس آزمون رفتارهای تکانشی با استفاده از آزمون تعقیبی توکی

گروه‌ها		تفاوت میانگین های تعدیل شده	انحراف استاندارد	سطح معناداری
رفتاردرمانی دیالکتیکی	رفتاردرمانی شناختی	-۱۳/۷۱	۲/۱۷	۰/۰۰۱
	گروه کنترل	-۵۶/۱۴	۲/۱۷	۰/۰۰۱
رفتاردرمانی شناختی	گروه کنترل	-۴۲/۴۲	۲/۱۷	۰/۰۰۱

نتایج به دست آمده از آزمون تعقیبی توکی بیانگر آن است که بین میانگین های نمرات رفتارهای تکانشی گروه آزمایشی رفتاردرمانی دیالکتیکی و گروه کنترل تفاوت معناداری وجود داشته است. هم چنین بین میانگین های نمرات رفتارهای تکانشی گروه آزمایشی رفتاردرمانی شناختی و گروه کنترل تفاوت معناداری وجود داشته است. در نهایت نتایج نشان می دهد بین میانگین های نمرات رفتارهای تکانشی گروه آزمایشی رفتاردرمانی شناختی و گروه کنترل تفاوت معناداری وجود داشته است.($P<0.001$)

بحث و نتیجه گیری

نمرات پیش آزمون و پس آزمون بیماران، به وضوح کاهش در رفتارهای تکانشی بیماران دچار افسردگی اساسی دارای افکار خودکشی را بعد از اجرای رفتاردرمانگری دیالکتیکی در مقایسه با گروه کنترل نشان داد که خود موید اثربخشی رفتاردرمانی دیالکتیک است. طبق اصول این فن درمانی، افراد مهارت های لازم را برای به وجود آوردن زندگی ندارند. رفتاردرمانگری دیالکتیکی در حقیقت تغییر و اصلاح درمان گری رفتاری شناختی است و در افرادی استفاده می شود که با هیجانات خارج از کنترل و هم چنین مسائل خلقی و هیجانی نظیر افسردگی، اضطراب، خشم، بی ثباتی عاطفی و تحریک پذیری دست و پنجه نرم می کنند و از متخصصین بالینی خواسته می شود تا به درمانجو در درک رفتارهای مختل کننده به عنوان رفتار اکتسابی برای حل مشکل کمک کنند و درمانجو فاقد مهارت های لازم و ضروری برای واکنش نشان دادن به شیوه های خلاق تر است. این یکی از دلایلی است که در آن رفتاردرمانگری دیالکتیکی در کاهش مسائل خلقی و هیجانی(افسردگی، اضطراب) و استرس ثمربخش بوده است. با توجه به نتایج پژوهش لینهان،(۴۲-۴۰)، می توان این روش درمان را مختص بیمارانی که اختلال آن ها در سطح شدید رفتارهای

[Downloaded from sjimu.medilam.ac.ir on 2026-11-10]

خودکشی، دیگرکشی، رفتارهای تهدیدکننده زندگی مانند رانندگی های پر خطر، سکس های به هم ریخته، پرخوری و بیماران تکانشی و افرادی که الگوهای آن ها غیرقابل کنترل است، معرفی کرد با این تفاوت که بخش عمده ای از دیالکتیکی در کاهش نشانه ها و افزایش معنی دار در شاخص های هوشیاری فراگیر مشکلات این افراد در تنظیم هیجان های ناسازگار است که منجر به رفتارهای تکانشی، افسردگی اساسی و افکار خودکشی می شود. لینهان،(۴۳)، در اولین مطالعه نشان داد افرادی که تحت رفتاردرمانی دیالکتیکی بودند در تنظیم و کنترل هیجان ها، خود را موفق تر از قبل ارزیابی و خشم کم تری گزارش کردند، هر چند میزان افسردگی در دو گروه پایین آمده بود اما، تفاوت های معنادار بین گروهی در میزان افسردگی، احساس درماندگی و افکار خودکشی مشاهده نشد؛ چرا که این پژوهش بر روی بیماران اختلالات شخصیت مرزی صورت گرفت و از ویژگی های این بیماران حاد و مزمن بودن و درگیر شدن با هیجانات و تحریف های شناختی ناسازگار آنان بود، به گونه ای که نیاز به بستری شدن دارند و یکی از مهم ترین تفاوت در این پژوهش شدت بیماری بود. میلر و همکاران،(۴۴)، ون دن، بوش، کوتر، استیجنن، ورهول و برینگ،(۲۹)، و رادولف، ونیکر، رودریگر، کروگر ولریجا، شوگر،(۴۵)، تاثیر این روش درمانی را در کاهش تکانشگری، خود آسیبی، تنظیم هیجان و بهبود بخشیدن به مسائل خلقی و هیجانی نظیر افسردگی، اضطراب، خشم، بی ثباتی عاطفی و تحریک پذیری را نشان دادند. در مطالعه حاضر متغیر رفتارهای تکانشی رفتاردرمانی دیالکتیک کاهش معنی داری در مقایسه با گروه کنترل نشان داد($P<0.001$) و پژوهشی که تاثیر 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 همین طور دیدگاه مادرانه لینهان باشد که در سراسر درمان آمده است.

نمرات پیش آزمون و پس آزمون بیماران بعد از اجرای رفتاردرمانی شناختی منجر به تایید این فرضیه شده است که رفتاردرمانی شناختی موجب بهبود علائم رفتارهای تکانشی بیماران دچار افسردگی اساسی دارای افکار خودکشی می شود. این درمان در اصل برای غلبه بر افسردگی، آسیمگی، هراس ها، اضطراب، خشم، مسائل ارتباطی طراحی و همواره موفقیت آمیز بوده است،(۴۶)، امروزه از میان درمان های 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 اثرآفرین بوده است. در راستای این نتیجه می توان از پژوهش های هاوتون، سالووکویس، کرک و کلارک،(۴۶)، نام برد که نشان دادند، رفتاردرمانی شناختی اثر فوری و سودمندی بر خلق و هیجان منفی دارد و پژوهشی که این نظریه را تائید یا رد کند پیدا نشد که نشانگر آن است که این حوزه تا حدی مورد غفلت واقع شده است. پژوهش حاضر نشان داد که رفتاردرمانی دیالکتیک و رفتاردرمانی شناختی موجب بهبود علائم رفتارهای تکانشی بیماران دچار افسردگی اساسی و افکار خودکشی می شود و اجرای این گونه تحقیقات از اهمیت خاصی برخوردار است و نتایج به دست آمده می تواند راهکارهای درست را به روان شناسان و مشاوران ارائه کرده و به عنوان بخشی از درمان بیماران به صورت یک برنامه دائم اجرا شود.

سپاسگزاری

نویسندگان مقاله وظیفه خود می دانند از تمامی شرکت کنندگان در پژوهش کمال قدردانی را داشته باشند.

[Downloaded from sjimu.medilam.ac.ir on 2026-11-10]

Reference

1.Lambert KG. Rising rates of depression in today's society: Consideration of roles ofeffort-based rewards and enhanced resilience in day-to-day functioning. Neurosci Biobehav Rev 2006; 30:497-510.
2.Kahn A, Politzer B, Younger-Lewis MD. Stress Management. Press Oxford University; 1994.
3.Norbala A, Kazem M, Bagheryyazdi A, Yasemi MT. [Epidemiology of mental health of 15 and older in 1372-1373]. HMJO 2002; 5: 2-10.(Persian)
4.Young JE, Weinberger AD, Beck AT. Cognitive therapy for depression. 3th ed. New York: Guilford Press; 2001.P. 264-309.
5.Amiri M, Mohammadi A, Forghani A. Epidemiology of Depletion for testing in student. J Ment 2013;5:241-7.
6.SadockBJ, SadockAV. Synopsis of psychiatry behavior and science clinical psychiatry. 9th ed. New York: Lippincott Williams and Wilkins; 2005.
7.Lavretsky H, Kumar A. Clinically significant non-major depression: Old concepts, new insights. Am J Geriatric Psychiatry 2002; 10:239-55.
8.Spirito A, Overholser J, Hart K. Cognitive characteristics of adolescent suicide attempters. J Am Acad Child Adolesc Psychiatr 1991; 30: 604-8.
9.Durkheim E. Suicide, a Study in Sociology. 1th ed. New York: Free Press; 1952.P. 14-17.
10.World Health Organization. Suicide rates. 2003.
11.Kroger C, Schweiger US, Valerija A, Ruediger K, Rudolf S, Reinecker H. Effectiveness of dialectical behavior therapy for borderline personality disorder in an inpatient setting. Behaviour Res Therap 2006; 44: 1211-7.
12.Trivedi J, Varma S. Suicidal Behavior Assessment of people at-risk. SAGE Publications; 2010.P. 42-65.
13.Palmer S. Suicide, strategies and intervventions for reduction and prevention. New York/London: Routledge; 2008.
14.Zamani N, farhadi M, Jamilian HR. [The effectiveness of dialectical behavior group therapy on expulsive anger and impulsive behaviors]. J Hamedan Islamic Azad Uni 2012;5:123-7. (Persian)
15.Zamani N, Habibi M. Compare the influence of both dialectic and cognitive behavior therapies to maintain mothers' mental health whose childrenwith special needs. J Res Health 2014;6:631-5.
16.Anderson RN. Deaths: Leading causes for National vital statistics. Reports 2000; 50: 1-85.
17.Reinecke MA, Franklin-Scott RL. Assessment of suicide: Beck's scales for assessing moodandsuicidality. In: Yufit RI, Lester D, Editors, Assessment, treatment, and prevention of suicidal behavior. New Jersey: John Wiley & Sons, Inc; 2005.P. 29-62.
18.Gelder Michael G, Lopez Ibor J, Andreasen N. Oxford textbook of psychiatry. Oxford: Oxford University press; 2001.
19.Bohus M, Peterson EW, stiglmayr C, Haff B, Limberger MF. Effectiveness of inpatient dialectical behavior therapy for borderline personality disorder: A controll trial. Behav Res and Therap 2004; 42: 487-99.
20.An H, Ahn J, Bhang S. The association of psychosocial and Facilial factors with adolescent suicidal ideation: A population-based study. Psychiatr Res 2010; 177: 318-22.
21.Sadock BJ, Sadock AV. Synopsis of psychiatry behavior and science clinical psychiatry. 9th ed. New York: Lippincott Williams and Wilkins; 2007.
22.Evenden JA. Varieties of impulsivity. Psychopharmacology 1999; 146: 348-61.
23.Arce E, Santisteban C. Impulsivity: A review. Psicothema 2006; 18: 213-20.
24.Dickman S. Impulsivity and perception: Individual differences in the processing of the local and global dimensions of stimuli. J Perso and Soc Psycho 1985; 48: 133-49.
25.Ekhtiari H, Jangouk P, Jannati A,

[Downloaded from sjimu.medilam.ac.ir on 2026-11-10]

Sahraian M, Lotfi T. Time perception in multiple sclerosis: Evidencesfor behavioral shift, presented in ACTRIMS, Greece; 2005.
26.Meigouni M. [Effects of dialectical behavior therapy with medical therapy vs. medical therapy alone in reducing suicidal thoughts in patients with major depressive disorder and recent history of attempted suicide]. J Appl Psycho 2011; 4: 25-41.(Persian)
27.Soler J, Pascual JC, Barrachina J, Alvarez E, Perez V. Double blind placebo controlled study of dialectical behavior therapy pluse Olanzapin for borderline personality disorder. Am J Psychiatr 2005; 162: 1221-4.
28.Linehan M, Dimeff L, Rizvi SL, Brown M. Dialectical behavior therapy for substance abuse: A pilot application to methamphetamine dependent women with borderline personality disorder. Cognit Behav Prac 2000; 7: 457-68.
29.Verheul R, Van Den Bosch LM, Koeter MW, De Ridder MA, Stijnen T, Den Brink W. Dialectical behavior therapy for women with borderline personality disorder: 12-month randomized clinical trial in the Netherlands. British J Psychiatr 2003; 182:135-40.
30.Hawton K, Townsend E, Arensman E, Gunnell D, Hazell P, House A, et al. Psychosocial versus pharmacological treatment for deliberate self harm. Cochrane Databace Syst Rev 2000; 2: CD001764.
31.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.
32.American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorder. 3th ed.Washington DC: Author; 2000.
33.BarrattE, Stanford MS, Kent TA, Felthous A. Neuropsychological and cognitive psychophysiology substrates ofimpulsive aggression. Biologic Psychiatr 2004; 41: 1045-61.
34.Bohus M, Peterson EW, stiglmayr C, Haff B, Limberger MF. Effectiveness of inpatient dialectical behavior therapy for borderline personality disorder: A control trial. Behav Res and Therap 2004; 42: 487-99.
35.Linehan M. Dialectical Behavior therapy frequently Asked Questions. USA (Seattle): Behavioral Tech, LLC; 2008.
36.Bradley RG, Folingstad DR. Group therapy for in carcerated women who experienced interpersonal violence, a pilot study. J Trauma Stress 2003; 16: 337-40.
37.Tolin DF, Maltby N, Diefenbach GJ. Cognitive behavior therapy for medication no responders whit obsessive-compulsive disorder: A wait-list controlled open trial. J Clin Psychiatr 2004; 65: 922-31.
38.Mckay M, Wood J, Brantley J.The Dialectical Behavior therapy skills work-book united states of America.New Harbinger publications, Inc; 2007.
39.Alilou MM, Sharifi M. [Dialectical behavior therapy for border line personality disorder]. Tehran: Tehran University Press; 2012. (Persian)
40.Linnoila M, Virkkunen M, Scheinin M, Nuvtial A, Rimon R, Goodwin FK. Low cerebrospinalfluid 5-hydroxy in dole acetic acid concentration differentiates impulsive from no impulsive violent behavior. Life Sci 1983; 33: 2609-14.
41.Linehan MM, Heard HL. Borderline personality disorder-Costs, course and treatment outcomes. New York: oxford university press; 1999.
42.Ghassemzadeh H, Mojtabai R, Karamghadiri N, ebrahimkhani N. [Psychometric properties of a Persian language version of the beck depression inventory second edition: BDI-II – Persian]. J Depress Anx 2005; 21: 185-92. (Persian)
43.Linehan M. Dialectical Behavior therapy frequently Asked Questions. USA (Seatle): Behavioral Tech, LLC; 2008.
44.Linehan MM, Armstrong HE, Suarez A, Allman D, Heard HL. Cognitive behavioral treatment of chronically parasitical borderline patients. Arch Gener Psychiatr 1991; 48: 1060-4.
45.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.
46.Verger P, Brabis P, kovess V, Lovell A, Villani P, Rouillon F. Determinates of early identification of suicidal idration in patient: treated withantidepressants or analysis. J Affec Diso 2007; 99: 253-7.

[Downloaded from sjimu.medilam.ac.ir on 2026-11-10]

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

*Zamani N[1], Ahmadi V[2, 3], Ataie Moghanloo V[4 *], Mirshekar S[5]*

(Recived: 3 February, 2014 Accepted: 17 June, 2014)

Abstract

Introduction: The aim of this study is to determine the effectiveness rate of two methods of dialecticalbehavior therapy and cognitive behavior therapy on the improvement of impulsive behavior symptoms of patients suffering from major depressive disorder showing a tendency to suicide.

Material & Methods: This is a semi experimental study with two experimental groups (dialectical behavior therapy and cognitive behavioral therapy) and a control group. The population included-all patients with major depressive disorder with impulsive behaviors association with thoughtsof suicide who referred to psychological service center of Hamedan in the spring of 2013. The study sample included 21patients withmajor depressive disorder and suicidal thoughts that had the entry criteria. The instruments included a constructed cognitive interview based on DSM, 2000; Bartlett Impulsive Test, 1994 & Beck suicide Tendency 1999 and the aim was to instruct dialectical behavior therapy and cognitive behavior therapy.

Findings: Findings showed that dialectical behavior therapy was more effective than cognitive behavior therapy in patients suffering from basic (major) depression showing a tendency to suicide.

Discussion & Conclusion: In domain therapy and dealing with the depressed patients, the dialectical behavior therapy seems so efficacious and encouraging for those who are in critical situation and have a tendency to suicide.

Keywords: Dialectical behavior therapy, cognitive behavioral therapy, impulsive behavior, major depression, suicide

1.Dept of Psychology, Faculty of Psychology, Hamedan Branch, Islamic Azad University, Hamedan, Iran
2.Research Center for Prevention of Psychosocial Injuries, Ilam University of Medical Sciences, Ilam, Iran
3.Dept of Psychology, Faculty of Psychology, Ilam Branch, Islamic Azad University, Ilam, Iran
4.Dept of Psychology, Faculty of Psychology, Islamic Azad University, Pars Abad Moghan, Pars Abad Moghan, Iran
5.Social Determinants of Health (SDH)Research Center Institute of Future Studies in Health, Kerman University of Medical Sciences, Kerman, Iran
** Correspondin author*

[Downloaded from sjimu.medilam.ac.ir on 2026-11-10]