



Comparison the Effectiveness of Dialectical Behavior Therapy, Drug Therapy and Their Combination Methods on Depression and Irrational Beliefs in Women with Postpartum Depression

Negar Miri ¹, , Mahdi Nayyeri ^{2,*}, 

¹MA Student of Clinical Psychology, Department of Psychology, TorbatJam Branch, Islamic Azad University, Torbat-e Jam, Iran

²Department of Health Psychology, Torbat-e Jam Branch, Islamic Azad University, Torbat-e Jam, Iran

* **Corresponding author:** Mahdi Nayyeri, Department of Health Psychology, Torbat-e Jam Branch, Islamic Azad University, Torbat-e Jam, Iran. E-mail: mahdi.nayyeri@gmail.com

Received: 13 Feb 2019

Accepted: 20 May 2019

Abstract

Introduction: Postpartum depression is one of the most common postpartum mental disorders which usually associated with depression and irrational beliefs, so we should seek solutions to improve their psychological characteristics. The aim of research was comparison the effectiveness of dialectical behavior therapy, drug therapy and their combination methods on depression and irrational beliefs in women with postpartum depression.

Methods: This study was a semi-experimental with a pre-test and post-test design. Research population was women with postpartum depression that referring to health and care centers of Mashhad city in 2018 year. 45 people selected by available sampling method and simple random method with lottery assigned to three groups of 15 people. The first group received 8 sessions of 90 minutes of dialectical behavior therapy, the second group received 200 mg Fluoxetine per day and the third group received a combination of both methods. Data collected with the questionnaires of depression and irrational beliefs and were analyzed by multivariate analysis of covariance and Bonferroni post hoc test methods.

Results: The findings showed that there was no significant difference between groups in depression and irrational beliefs ($P > 0.05$), but there was significant difference in the post-test stage ($P < 0.05$). The combined method in compared with the dialectical behavior therapy and drug therapy led to significant reduce the depression, but there was no significant difference between the dialectical behavior therapy and drug therapy in reducing depression. Also, dialectical behavior therapy and combined in compared with drug therapy led to significant reduce the irrational beliefs, but there was no significant difference between the dialectical behavior therapy and combined in reducing irrational beliefs ($P < 0.05$).

Conclusions: Regarded to results to reduce depression of women with postpartum depression used from combined method and to reduce their irrational beliefs used from dialectical behavior therapy method.

Keywords: Dialectical Behavior Therapy, Drug Therapy, Irrational Beliefs, Depression, Postpartum



مقایسه اثربخشی روش‌های رفتار درمانی دیالکتیکی، دارو درمانی و ترکیب آنها بر افسردگی و باورهای غیرمنطقی در زنان مبتلا به افسردگی پس از زایمان

نگار میری^۱، مهدی نیری^{۲*}

^۱ دانشجوی کارشناسی ارشد روانشناسی بالینی، گروه روانشناسی، واحد تربت جام، دانشگاه آزاد اسلامی، تربت جام، ایران
^۲ گروه روانشناسی سلامت، واحد تربت جام، دانشگاه آزاد اسلامی، تربت جام، ایران
* نویسنده مسئول: مهدی نیری، گروه روانشناسی سلامت، واحد تربت جام، دانشگاه آزاد اسلامی، تربت جام، ایران. ایمیل: mahdi.nayyeri@gmail.com

تاریخ پذیرش مقاله: ۱۳۹۸/۰۲/۳۰

تاریخ دریافت مقاله: ۱۳۹۷/۱۱/۲۴

چکیده

مقدمه: افسردگی پس از زایمان یکی از شایع‌ترین اختلال‌های روانی پس از زایمان است که معمولاً با افسردگی و باورهای غیرمنطقی همراه می‌باشد، لذا باید به دنبال راهکارهایی برای بهبود ویژگی‌های روانشناختی آنان بود. هدف پژوهش مقایسه اثربخشی روش‌های رفتار درمانی دیالکتیکی، دارو درمانی و ترکیب آنها بر افسردگی و باورهای غیرمنطقی در زنان مبتلا به افسردگی پس از زایمان بود.
روش کار: این مطالعه نیمه تجربی با طرح پیش‌آزمون و پس‌آزمون بود. جامعه پژوهش زنان مبتلا به افسردگی پس از زایمان مراجعه‌کننده به مراکز بهداشتی و درمانی شهر مشهد در سال ۱۳۹۷ بودند. ۴۵ نفر با روش در دسترس انتخاب و با روش تصادفی ساده به کمک قرعه‌کشی در سه گروه ۱۵ نفری جایگزین شدند. گروه اول ۸ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای رفتار درمانی دیالکتیک، گروه دوم روزانه ۲۰۰ میلی‌گرم فلوووکسامین و گروه سوم ترکیبی از هر دو روش را دریافت کرد. داده‌ها با پرسشنامه‌های افسردگی و باورهای غیرمنطقی جمع‌آوری و با روش‌های تحلیل کوواریانس چندمتغیری و آزمون تعقیبی بنفرونی تحلیل شدند.

یافته‌ها: نتایج نشان داد که در مرحله پیش‌آزمون گروه‌ها از نظر افسردگی و رفتار درمانی دیالکتیکی تفاوت معناداری نداشتند ($P > 0/05$)، اما در مرحله پس‌آزمون تفاوت معناداری داشتند ($P < 0/05$). روش ترکیبی در مقایسه با رفتار درمانی دیالکتیکی و دارو درمانی باعث کاهش معنادار افسردگی شد، اما بین رفتار درمانی دیالکتیکی و دارو درمانی در کاهش افسردگی تفاوت معناداری وجود نداشت. همچنین رفتار درمانی دیالکتیکی و ترکیبی در مقایسه با دارو درمانی باعث کاهش معنادار باورهای غیرمنطقی شدند، اما بین رفتار درمانی دیالکتیکی و ترکیبی در کاهش باورهای غیرمنطقی تفاوت معناداری وجود نداشت ($P < 0/05$).

نتیجه‌گیری: بر اساس نتایج برای کاهش افسردگی زنان مبتلا به افسردگی پس از زایمان از روش ترکیبی و برای کاهش باورهای غیرمنطقی آنان از روش رفتار درمانی دیالکتیکی استفاده شود.

واژگان کلیدی: رفتار درمانی دیالکتیکی، دارو درمانی، باورهای غیرمنطقی، افسردگی، پس از زایمان

تمامی حقوق نشر برای انجمن علمی پرستاری ایران محفوظ است.

مقدمه

روانی‌یاد می‌شود و حدود ۲۰ درصد افراد به آن دچار شده یا خواهند شد که از این افراد سهم زنان در مقایسه با مردان حدود دو برابر است [۵]. افسردگی به‌عنوان شایع‌ترین بیماری روان‌پزشکی با ویژگی‌هایی مانند عدم احساس لذت، دوری از خانواده و دوستان، نداشتن انگیزه، عدم تحمل شکست، تغییر اشتها و وزن، کاهش میل جنسی، خستگی زودرس و اختلال خواب مشخص می‌شود [۶]. همچنین باورهای غیرمنطقی، عقاید و باورهایی هستند که با واقعیت منطبق نبوده باعث کاهش سلامت روانی و عاطفی و ایجاد اختلال‌های عاطفی می‌شوند [۷].

در دوران بارداری و به‌ویژه زایمان معمولاً یک بحران روحی، روانی، هیجانی و فیزیولوژیک اتفاق می‌افتد و باعث افسردگی پس از زایمان می‌شود [۱]. افسردگی پس از زایمان مهم‌ترین و شایع‌ترین اختلال روانی پس از زایمان است که حداکثر طی دو تا شش هفته بعد از زایمان شروع می‌گردد [۲]. زنان پس از زایمان معمولاً دچار افسردگی و باورهای غیرمنطقی می‌شوند [۳]. افسردگی یکی از مهم‌ترین اختلال‌های خلقی و شایع‌ترین بیماری قرن است که به آن اختلال تک قطبی نیز گفته می‌شود [۴]. از افسردگی به‌عنوان ویروس سرماخوردگی

پژوهشی دیگر لوساپیو و همکاران گزارش کردند که دارو درمانی باعث کاهش اضطراب و افسردگی شد [۲۳]. کوچ و همکاران ضمن پژوهشی به این نتیجه رسیدند که دارو درمانی باعث کاهش علائم افسردگی در بیماران مولتیپل اسکروزیس شد [۲۴]. همچنین نتایج پژوهش ترخان نشان داد که رفتار درمانی دیالکتیکی باعث افزایش تن انگاره مثبت و کاهش باورهای غیرمنطقی زنان مبتلا به سرطان پستان شد [۲۵]. در پژوهشی دیگر مامی و همکاران گزارش کردند که رفتار درمانی دیالکتیکی در کاهش علائم افسردگی، اضطراب و استرس در بیماران مبتلا به اختلال بی‌اشتهایی عصبی مؤثر بود [۲۶]. پیشگر و همکاران ضمن پژوهشی به این نتیجه رسیدند که رفتار درمانی دیالکتیکی به شیوه گروهی باعث کاهش افسردگی بیماران مبتلا به سرطان شد [۲۷]. علاوه بر آن آسمند و همکاران ضمن پژوهشی به این نتیجه رسیدند که رفتار درمانی دیالکتیکی باعث کاهش باورهای غیرمنطقی و اضطراب جوانان دارای اختلال شخصیت ضداجتماعی شد، اما در کاهش افسردگی آنان تأثیر معناداری نداشت [۲۸]. در پژوهشی دیگر نیری و همکاران گزارش کردند که روان‌درمانی پویایی-حمایتی و دارو درمانی باعث کاهش افسردگی بیماران دیابتی شد و بین این دو روش در کاهش افسردگی تفاوت معناداری وجود نداشت [۱۹]. حمیدیان و همکاران ضمن پژوهشی به این نتیجه رسیدند که شناخت درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی و دارو درمانی در کاهش افسردگی و خشم در بیماران مبتلا به افسرده‌خویی مؤثر بودند، اما روش ترکیبی در مقایسه با دارو درمانی باعث کاهش معنادار افسردگی و خشم شد [۲۹]. از یک سو فراوانی افسردگی پس از زایمان به طور میانگین حدود ۱۳ درصد است، اما برخی پژوهش‌ها در کشور ایران آن را تا ۴۲/۱۳ درصد نیز گزارش کردند [۳۰] و از سوی دیگر این اختلال باعث مشکلات روانشناختی بسیاری می‌شود و باید به دنبال راهکارهایی برای کاهش مشکلات آنان بود که اولین راهکار برای کاهش افسردگی، دارو درمانی است. از یک طرف دارو درمانی دارای عوارض زیادی است و هرگز به تنهایی نمی‌تواند برای بهبود ویژگی‌های روانشناختی کافی باشد و از طرف دیگر در دو دهه اخیر درمان‌های روانشناختی کوتاه‌مدت از جمله رفتار درمانی دیالکتیکی رشد چشمگیری داشته است. گاهی درمان‌های غیردارویی با شکست مواجه شود و در این هنگام استفاده از دارو درمانی در ترکیب با رویکردهای درمانی مانند رفتار درمانی دیالکتیکی می‌تواند مؤثر باشد [۳۱]. علاوه بر آن پژوهش‌های اندکی به بررسی اثربخشی ترکیب دارو درمانی و درمان‌های روانشناختی با روش دارو درمانی و یا با روش روانشناختی پرداختند و گاهی نتایج پژوهش‌ها متناقض می‌باشند. بنابراین با توجه به آمار بالای افسردگی پس از زایمان، تناقض در نتایج پژوهش‌ها، مشکلات فراوانی که زنان مبتلا به افسردگی پس از زایمان با آن مواجه هستند (به‌ویژه افسردگی و باورهای غیرمنطقی) و اهمیت مداخلات روانشناختی در کنار دارو درمانی، هدف کلی پژوهش حاضر مقایسه اثربخشی روش‌های رفتار درمانی دیالکتیکی، دارو درمانی و ترکیب آنها بر افسردگی و باورهای غیرمنطقی در زنان مبتلا به افسردگی پس از زایمان بود.

روش کار

این مطالعه نیمه‌تجربی با طرح پیش‌آزمون و پس‌آزمون با گروه کنترل بود. جامعه آماری پژوهش زنان مبتلا به افسردگی پس از زایمان مراجعه‌کننده به مراکز بهداشتی و درمانی منطقه یک شهر مشهد در فصل‌های بهار و تابستان سال ۱۳۹۷ بودند. برای برآورد حجم نمونه

رفتارهای ناسازگار افراد ریشه در باورهای غیرمنطقی دارد و این باورها بر روان فرد سلطه دارند و عاملی تعیین‌کننده در نحوه تعبیر، تفسیر و معنادادن به رویدادها هستند [۸]. باورهای غیرمنطقی اهداف یا خواسته‌هایی هستند که به صورت ترجیحات ضروری درمی‌آیند و به اهداف اجباری تبدیل می‌شوند؛ به طوری که اگر برآورده نشوند باعث ایجاد آشفتگی و اضطراب می‌گردند [۹]. افراد دارای باورهای غیرمنطقی معمولاً اضطراب بیشتر و عملکرد اجتماعی ضعیف‌تری دارند، باورهای آنان با واقعیت منطبق نیست، تعامل میان‌فردی پایینی دارند و در مواجهه با رویدادهای تنش‌زا ناموفق هستند [۱۰].

یکی از روش‌های کاهش مشکلات روانشناختی زنان مبتلا به افسردگی پس از زایمان استفاده از رفتار درمانی دیالکتیکی است [۱۱]. رفتار درمانی دیالکتیکی برگرفته از موج سوم روان‌درمانی و یکی از روش‌های درمان شناختی رفتاری است که بر تغییرات رفتاری تأکید می‌کند [۱۲]. در این روش جهت‌گیری درمان تحت کنترل درآوردن فعالیت‌های درمانجو، آموزش مهارت‌های رفتاری (قلب درمان) و کمک به وی برای داشتن احساس بهتر و حل مشکلات در زندگی و دستیابی به حس برتری و جستجوی لذت است [۱۳]. روش مذکور مبتنی بر اصل پذیرش و تغییر و دارای چهار مؤلفه هوشیاری فراگیر بنیادی و تحمل‌پیشانی به‌عنوان مؤلفه‌های پذیرش و تنظیم هیجانی و کارآمدی بین‌فردی به‌عنوان مؤلفه‌های تغییر است [۱۴]. هدف نهایی رفتار درمانی دیالکتیکی پذیرش فرد و رفتارهای او بدون قضاوت کردن درباره آنها است، لذا هیجان‌ها اصیل و واقعی هستند و به طور مکرر تجربه می‌شوند، اما می‌توان واکنش به آنها را تعدیل و اصلاح کرد [۱۵]. تکنیک‌های این روش شامل تکنیک‌های اساسی درمان شناختی رفتاری مانند مواجهه، زنجیره تحلیل رفتار، ثبت هیجان‌ها و بازسازی شناختی و تکنیک‌های خاص همین روش مانند اعتباربخشی، تفکر دیالکتیکی و ذهن‌آگاهی است [۱۶].

یکی دیگر از روش‌های کاهش مشکلات روانشناختی زنان مبتلا به افسردگی پس از زایمان استفاده از دارو درمانی است [۱۷]. در سال‌های اخیر داروهای بسیاری برای کنترل و درمان مشکلات روانشناختی به‌ویژه افسردگی به بازار آمدند و نقش عمده‌ای برای آماده‌سازی بیمار برای روان‌درمانی دارند [۱۸]. از مهم‌ترین داروها می‌توان به داروهای سه حلقه‌ای مانند آمی‌تریپتیلین اشاره کرد که به طور اولیه به ناقل سروتونین و ناقل نوراپی‌نفرین متصل می‌شوند. یکی دیگر از داروهای جدید، مهارکننده‌های بازجذب سروتونین (مانند فلوواکسامین) هستند که در مقایسه با داروهای سه حلقه‌ای دارای عوارض کمتری هستند [۱۹]. با اینکه درباره اثربخشی رفتار درمانی دیالکتیکی و دارو درمانی پژوهش‌هایی انجام شده، اما درباره اثربخشی ترکیبی آنها پژوهشی یافت نشد و علاوه بر آن نتایج پژوهش‌ها گاهی متناقض هستند. برای مثال نتایج پژوهش کلیبر و همکاران نشان داد که آموزش مهارت‌های گروهی رفتار درمانی دیالکتیکی باعث کاهش افسردگی زنان نوجوان در دوران بارداری شد [۲۰]. ایسنر و همکاران ضمن پژوهشی به این نتیجه رسیدند که رفتار درمانی دیالکتیکی باعث کاهش واکنش‌های هیجانی منفی از جمله افسردگی شد [۱۵]. در پژوهشی دیگر ترنر گزارش کرد که رفتار درمانی عقلانی هیجانی باعث افزایش باورهای منطقی و سلامت روان و کاهش باورهای غیرمنطقی شد [۲۱]. کراسیون ضمن پژوهشی به این نتیجه رسید که برنامه درمان شناختی رفتاری باعث کاهش کمال‌گرایی منفی، باورهای غیرمنطقی و استرس نوجوانان شد [۲۲]. در

برای هر گروه از فرمول زیر و نتایج پژوهش نداف شرق و همکاران [۳۲] استفاده شد. با توجه به اینکه مقدار $\sigma=1/75$ ، $d=2/12$ ، $\alpha=0/90$ و $\alpha=0/95$ است، لذا حجم نمونه برای هر گروه ۱۴/۲۷ نفر برآورد شد که در پژوهش حاضر ۴۵ نفر با روش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب و با روش تصادفی به سه گروه (هر گروه ۱۵ نفر) تقسیم شدند.

$$n = \frac{2\sigma^2(z_{1-\frac{\alpha}{2}} + z_{1-\beta})^2}{d^2}$$

معیارهای ورود به مطالعه شامل داشتن سواد خواندن و نوشتن، برخورداری از سلامت جسمی، گذشته حداقل دو هفته از زایمان (چون یکی از شاخص‌های داشتن افسردگی پس از زایمان، گذشت حداقل دو هفته از شروع افسردگی است)، داشتن سن ۳۵-۲۵ سال و عدم سابقه رفتار درمانی دیالکتیکی و دارو درمانی و معیارهای خروج از مطالعه شامل غیبت دو جلسه و یا بیشتر از آن، انصراف از ادامه همکاری و استفاده از روش‌های درمانی دیگر به طور همزمان بود. نحوه اجرای پژوهش این گونه بود که پس از هماهنگی با مراکز بهداشتی و درمانی منطقه یک شهر مشهد و اخذ موافقت آنان برای

انجام پژوهش، تعداد ۴۵ زن مبتلا به افسردگی پس از زایمان پس از بررسی معیارهای ورود به مطالعه شناسایی و برای شرکت در دوره‌های درمانی ثبت‌نام شدند. سپس این ۴۵ نفر به روش تصادفی ساده به کمک قرعه‌کشی به سه گروه مساوی تقسیم و گروه‌ها با روش تصادفی به کمک قرعه‌کشی به عنوان گروه‌های رفتار درمانی دیالکتیکی، دارو درمانی و ترکیبی انتخاب شدند و تحت مداخله مربوط قرار گرفتند.

از میان سه گروه موجود در پژوهش حاضر، گروه اول ۸ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای رفتار درمانی دیالکتیک (هفته‌ای دو جلسه) را توسط یک متخصص روانشناسی بالینی دارای گواهی دوره رفتار درمانی دیالکتیکی، گروه دوم روزانه ۲۰۰ میلی‌گرم فلوواکسامین (به مدت یک ماه) را زیر نظر یک روان‌پزشک و گروه سوم ترکیبی از هر دو روش را دریافت کرد. محتوی مداخله رفتار درمانی دیالکتیکی توسط لینهان (Linehan) طراحی و توسط نجارپور استادی و خلعتیری [۳۳] تأیید و استفاده شد که این محتوی به تفکیک جلسات در جدول ۱ گزارش شد.

جدول ۱: محتوای مداخله رفتار درمانی دیالکتیکی به تفکیک جلسات

جلسات	محتوی
اول	بیان قوانین و مقررات، تعریف دیالکتیک، اصول و روش‌های تفکر و رفتار به شیوه دیالکتیکی، آشنایی با هشیاری فراگیر و حالات ذهنی هیجانی، خردگرا و منطقی
دوم	آموزش مهارت‌های بنیادین آشفستگی از قبیل روش‌های مختلف توجه برگردانی از رفتارهای خود آسیب‌رسان به فعالیت‌های لذت‌بخش، معطوف کردن توجه به موضوعی دیگر و ترک موقعیت و آرمیدگی و خودآرامش‌بخشی
سوم	آموزش مهارت‌های پیشرفته تحمل آشفستگی شامل تصویرسازی از مکان امن، کشف ارزش‌ها، زندگی در زمان حال، پذیرش بنیادین، تدوین طرح‌ها و راهبردهای مقابله‌ای جدید برای شرایط استرس‌زا
چهارم	آموزش مهارت‌های بنیادین ذهن آگاهی شامل آشنایی و تمرین مهارت‌های بی‌توجهی و ذهن آگاهی
پنجم	آموزش مهارت‌های پیشرفته ذهن آگاهی شامل پذیرش بنیادین، ذهن آغازگر، قضاوت‌ها و برجسب‌ها، قضاوت نکردن، ارتباط آگاهانه با دیگران، استفاده روزانه از ذهن آگاهی و شناخت موانع اجرای آن
ششم	آموزش مهارت‌های بنیادین و پیشرفته نظم‌بخشی شامل آگاهی از چگونگی تنظیم هیجان‌ها، کاهش آسیب‌پذیری جسمی در برابر هیجان‌ها، افزایش وقوع هیجان‌های مثبت، چگونگی رویارویی با هیجان‌ها مثبت و منفی و حل مساله
هفتم	آموزش مهارت‌های بنیادین ارتباط مؤثر شامل شناخت رفتار منفعل-پرخاشگرانه، تناسب خواسته‌های فرد با دیگران، تناسب خواسته‌ها و پایدها، یادگیری مهارت‌های کلیدی بین‌فردی و شناخت موانع استفاده از آنها
هشتم	آموزش مهارت‌های پیشرفته ارتباط مؤثر شامل شناسایی خواسته‌ها، تعدیل شدت خواسته‌ها، پیش‌نویس جسارت‌مندی، گوش دادن جسارت‌مانده، نه گفتن و چگونگی مذاکره و تحلیل مشکلات بین‌فردی

متخصصان علوم تربیتی و روانشناسی تأیید و پایایی پرسشنامه‌های افسردگی ۰/۸۵ و باورهای غیرمنطقی ۰/۸۸ محاسبه شد. در این مطالعه رعایت نکات اخلاقی توسط دانشگاه آزاد اسلامی واحد تربت‌جام با شماره IR.IAUTorbatjam.REC.1397.11 تأیید و داده‌های حاصل از اجرای پرسشنامه‌های افسردگی و باورهای غیرمنطقی در مراحل پیش‌آزمون و پس‌آزمون با استفاده از نرم‌افزار SPSS-24 به روش‌های تحلیل کوواریانس چندمتغیری و آزمون تعقیبی بنفرونی تحلیل شدند.

یافته‌ها

شاخص‌های توصیفی فراوانی و درصد فراوانی دامنه سنی، مدت ازدواج و چندمین فرزند زنان مبتلا به افسردگی پس از زایمان در جدول ۲ گزارش شد. شاخص‌های توصیفی میانگین و انحراف معیار پیش‌آزمون و پس‌آزمون افسردگی و باورهای غیرمنطقی گروه‌های رفتار درمانی دیالکتیکی، دارو درمانی و ترکیبی در زنان مبتلا به افسردگی پس از زایمان در جدول ۳ گزارش شد.

گروه‌ها در مراحل پیش‌آزمون و پس‌آزمون به ابزارهای زیر پاسخ دادند. برای اندازه‌گیری افسردگی از پرسشنامه افسردگی بک و کلارک (Beck & Clarck) که دارای ۲۱ گویه است، استفاده شد. این ابزار با استفاده از مقیاس چهار گزینه‌ای لیکرت (۰=اصلاً تا ۳=شدید) نمره‌گذاری و نمره آن با مجموع نمره گویه‌ها محاسبه (دامنه نمرات ۰-۶۳) و نمره بالاتر به معنای افسردگی بیشتر است. روایی پیش‌بین ابزار تأیید و پایایی آن با روش آلفای کرونباخ ۰/۸۹ [۶] و در ایران پایایی ابزار با روش آلفای کرونباخ ۰/۷۹ گزارش شد [۲۰]. همچنین برای اندازه‌گیری باورهای غیرمنطقی از پرسشنامه باورهای غیرمنطقی جونز (Jones) که دارای ۱۰۰ گویه است، استفاده شد. این ابزار با استفاده از مقیاس پنج گزینه‌ای لیکرت (۱=کاملاً مخالفم تا ۵=کاملاً موافقم) نمره‌گذاری و نمره آن با مجموع نمره گویه‌ها محاسبه (دامنه نمرات ۵۰۰-۱۰۰) و نمره بالاتر به معنای باورهای غیرمنطقی بیشتر است. روایی همگرا ابزار تأیید و پایایی آن با روش آلفای کرونباخ ۰/۹۲ [۲۲] و در ایران پایایی ابزار با روش آلفای کرونباخ ۰/۸۲ گزارش شد [۲۸]. در پژوهش حاضر روایی صوری و محتوایی ابزار با نظر ده نفر از

میری و نیری

ماتریس‌های واریانس-کوواریانس و برابری واریانس‌ها تأیید شدند. نتایج آزمون کرویت بارتلت معنادار بود ($P < 0.05$)، لذا فرض همبستگی کافی بین متغیرهای افسردگی و باورهای غیرمنطقی تأیید شد.

با توجه به نتایج شرایط استفاده از روش تحلیل کوواریانس چندمتغیری وجود دارد. خلاصه تحلیل کوواریانس چندمتغیری برای بررسی اثربخشی روش‌های مداخله بر افسردگی و باورهای غیرمنطقی در زنان مبتلا به افسردگی پس از زایمان در **جدول ۴** گزارش شد.

نتایج تحلیل واریانس نشان داد که در مرحله پیش‌آزمون گروه‌ها از نظر افسردگی و رفتار درمانی دیالکتیکی تفاوت معناداری نداشتند ($P > 0.05$)، اما در مرحله پس‌آزمون تفاوت معناداری داشتند ($P < 0.05$). بررسی پیش‌فرض‌های روش تحلیل کوواریانس چندمتغیری نشان داد که نتایج آزمون کولموگروف-اسمیرنوف برای متغیرهای افسردگی و باورهای غیرمنطقی در مراحل پیش‌آزمون و پس‌آزمون معنادار نبود ($P > 0.05$)، لذا فرض نرمال بودن تأیید شد. نتایج آزمون‌های m باکس و لوین معنادار نبودند ($P > 0.05$)، لذا به ترتیب فرض‌های برابری

جدول ۲: شاخص‌های توصیفی دامنه سنی، مدت ازدواج و چندمین زایمان زنان مبتلا به افسردگی پس از زایمان

طبقات	رفتار درمانی دیالکتیکی		دارو درمانی		ترکیبی	
	فراوانی	درصد فراوانی	فراوانی	درصد فراوانی	فراوانی	درصد فراوانی
دامنه سنی						
۲۵-۲۸ سال	۸	۵۳/۳۳	۹	۶۰	۹	۶۰
۲۹-۳۲ سال	۵	۳۳/۳۳	۵	۳۳/۳۳	۴	۲۶/۶۷
۳۳-۳۵ سال	۲	۱۳/۳۳	۱	۶/۶۷	۲	۱۳/۳۳
مدت ازدواج						
۱-۳ سال	۳	۲۰	۲	۱۳/۳۳	۲	۱۳/۳۳
۴-۶ سال	۷	۴۶/۶۷	۶	۴۰	۸	۵۳/۳۳
۷-۹ سال	۳	۲۰	۴	۲۶/۶۷	۴	۲۶/۶۷
۱۰-۱۲ سال	۲	۱۳/۳۳	۳	۲۰	۱	۶/۶۷
چندمین فرزند						
اولین فرزند	۸	۵۳/۳۳	۹	۶۰	۸	۵۳/۳۳
دومین فرزند	۶	۴۰	۵	۳۳/۳۳	۷	۴۶/۶۷
سومین فرزند	۱	۶/۶۷	۱	۶/۶۷	۰	۰

جدول ۳: شاخص‌های توصیفی میانگین و انحراف معیار افسردگی و باورهای غیرمنطقی گروه‌ها در زنان مبتلا به افسردگی پس از زایمان

متغیرها/گروه‌ها	رفتار درمانی دیالکتیکی		دارو درمانی		ترکیبی	
	پیش‌آزمون	پس‌آزمون	پیش‌آزمون	پس‌آزمون	پیش‌آزمون	پس‌آزمون
	Mean±SD	Mean±SD	Mean±SD	Mean±SD	Mean±SD	Mean±SD
افسردگی	۲۷/۳۳±۴/۰۶	۲۲/۶۶±۳/۹۴	۲۸/۴۰±۴/۲۳	۲۳/۰۶±۴/۸۳	۲۹/۴۶±۴/۵۳	۱۹/۴۶±۳/۷۰
باورهای غیرمنطقی	۱۹۳/۴۰±۱۴/۱۵	۱۷۷/۸۶±۱۴/۵۲	۱۹۹/۹۳±۱۳/۳۰	۱۹۰/۰۶±۱۳/۵۴	۲۰۵/۲۰±۱۹/۵۹	۱۸۴/۱۳±۱۸/۹۵

رفتار درمانی دیالکتیکی و ترکیبی در مقایسه با دارو درمانی باعث کاهش معنادار باورهای غیرمنطقی در زنان مبتلا به افسردگی پس از زایمان شدند، اما بین رفتار درمانی دیالکتیکی و ترکیبی در کاهش باورهای غیرمنطقی تفاوت معناداری وجود ندارد ($P < 0.05$).

بحث

نتایج نشان داد که روش ترکیبی در مقایسه با رفتار درمانی دیالکتیکی و دارو درمانی باعث کاهش معنادار افسردگی در زنان مبتلا به افسردگی پس از زایمان شد، اما بین رفتار درمانی دیالکتیکی و دارو درمانی در کاهش افسردگی آنان تفاوت معناداری وجود نداشت. این نتایج با نتایج پژوهش‌های کلیبر و همکاران [۲۰]، ایسنر و همکاران [۱۵]، لوساپیو و همکاران [۲۳]، کوچ و همکاران [۲۴]، مامی و همکاران [۲۶]، پیشگر و همکاران [۲۷]، نیری و همکاران [۱۹] و حمیدیان و همکاران [۲۹] همسو و با نتایج پژوهش آسمند و همکاران [۲۸] ناهمسو بود. در نتیجه می‌توان گفت که روش ترکیبی از روش‌های رفتار درمانی دیالکتیکی و دارو درمانی موثرتر بود و بین دو روش رفتار درمانی دیالکتیکی و دارو درمانی تفاوت معناداری در کاهش افسردگی وجود نداشت. به عبارت دیگر دارو به تنهایی توانسته تأثیر

بر اساس نتایج **جدول ۴** روش‌های مداخله رفتار درمانی دیالکتیکی، دارو درمانی و ترکیبی حداقل بر یکی از متغیرهای افسردگی و باورهای غیرمنطقی در زنان مبتلا به افسردگی پس از زایمان اثر معنادار داشته است ($P < 0.05$). بنابراین خلاصه تحلیل کوواریانس تک‌متغیری در متن تحلیل کوواریانس چندمتغیری برای بررسی اثربخشی روش‌های مداخله بر هر یک از متغیرهای افسردگی و باورهای غیرمنطقی در زنان مبتلا به افسردگی پس از زایمان در **جدول ۵** گزارش شد.

بر اساس نتایج **جدول ۵** روش‌های مداخله رفتار درمانی دیالکتیکی، دارو درمانی و ترکیبی بر هر دو متغیر افسردگی و باورهای غیرمنطقی در زنان مبتلا به افسردگی پس از زایمان اثر معنادار داشته است ($P < 0.05$). خلاصه آزمون تعقیبی بنفرونی برای مقایسه اثربخشی روش‌های مداخله در کاهش افسردگی و باورهای غیرمنطقی در زنان مبتلا به افسردگی پس از زایمان در **جدول ۶** گزارش شد.

بر اساس نتایج **جدول ۶** روش ترکیبی در مقایسه با رفتار درمانی دیالکتیکی و دارو درمانی باعث کاهش معنادار افسردگی در زنان مبتلا به افسردگی پس از زایمان شد، اما بین رفتار درمانی دیالکتیکی و دارو درمانی در کاهش افسردگی آنان تفاوت معناداری وجود ندارد. همچنین

معناداری بر کاهش افسردگی بگذارد. پس از میان سه روش رفتار درمانی دیالکتیکی، دارو درمانی و ترکیبی بیشترین تأثیر را در کاهش افسردگی روش ترکیبی دارد و دو روش رفتار درمانی دیالکتیکی و دارو درمانی نیز تقریباً به یک اندازه باعث کاهش افسردگی شدند. در تبیین ناهموسویی نتایج پژوهش‌ها با پژوهش آسمند و همکاران [۲۸] می‌توان گفت شاید متفاوت بودن جامعه پژوهش باعث تفاوت در نتایج شده است.

جدول ۴: خلاصه تحلیل کوواریانس چندمتغیری برای بررسی اثربخشی روش‌های مداخله بر افسردگی و باورهای غیرمنطقی در زنان مبتلا به افسردگی پس از زایمان

آزمون‌ها	ارزش	ضریب F	P-Value	اندازه اثر	توان آماری
اثر پیلاپی	۱/۰۱۰	۲۰/۴۲۴	۰/۰۰۰	۰/۵۰۵	۱/۰۰۰
لامبدای ویلکز	۰/۱۹۲	۲۴/۹۴۹	۰/۰۰۰	۰/۵۶۱	۱/۰۰۰
اثر هاتلینگ	۳/۱۴۱	۲۹/۸۴۲	۰/۰۰۰	۰/۶۱۱	۱/۰۰۰
بزرگ‌ترین ریشه روی	۲/۷۵۹	۵۵/۱۸۳	۰/۰۰۰	۰/۷۴۳	۱/۰۰۰

از میان پژوهش‌های مختلف فقط پژوهش آسمند و همکاران [۲۸] بر روی جوانان دارای اختلال شخصیت ضداجتماعی انجام شده و شاید این افراد به دلیل داشتن شخصیت ضداجتماعی نمی‌توانند درمانگر را به‌عنوان فردی که می‌خواهد به آنها کمک کند، سریع بپذیرند و برای پذیرش چنین امری نیاز به زمان بیشتری در مقایسه با افراد دارای سایر اختلال‌های روانشناختی از جمله زنان مبتلا به افسردگی پس از زایمان دارند و از آنجایی که تعداد جلسات رفتار درمانی دیالکتیکی محدود است و افسردگی متغیری است که برای درمان نیاز به جلسات بیشتری دارد، به همین خاطر پژوهش آنان برخلاف سایر پژوهش‌ها حاکی از عدم تأثیر رفتار درمانی دیالکتیکی بر کاهش افسردگی در جوانان دارای اختلال شخصیت ضداجتماعی بود. در تبیین اثربخشی رفتار درمانی دیالکتیکی بر کاهش افسردگی بر مبنای نظر کلیبر و همکاران [۲۰] می‌توان گفت که تکنیک‌های رفتار درمانی دیالکتیکی شامل تکنیک‌های بنیادی به کار رفته در درمان شناختی رفتاری مانند مواجهه، زنجیره تحلیل رفتاری، ثبت هیجان‌ها و بازسازی شناختی و همچنین تکنیک‌هایی مختص خود شامل اعتباربخشی، تفکر دیالکتیکی و ذهن آگاهی است. در نتیجه از یک سو رفتار درمانی دیالکتیکی روشی درمانی است که ساختار روشی دارد و از تکنیک‌های رفتاری استفاده می‌کند و از سوی دیگر این روش از طریق پذیرش مشکلات هیجانی باعث تسهیل تغییرات و بهبود سلامت می‌شود.

همچنین این روش شامل اصول و تکنیک‌های دیالکتیک (مانند خودمشاهده‌گری) است که این تکنیک‌ها منجر به ثبات تغییرات

می‌گردند. از آنجایی که زنان مبتلا به افسردگی پس از زایمان در فاصله‌گیری و بیرون آمدن از احساسات و خلق خود خوب عمل نمی‌کنند، روش رفتار درمانی دیالکتیک از طریق ترکیب نمودن تمرین‌های ذهن آگاهی با تمرین‌های رفتاری به آنان آموزش می‌دهد تا در حالتی بدون قضاوت به مشاهده خلق افسرده خود و پیامدهای فیزیولوژیکی، ذهنی، رفتاری و احساسی آن بپردازند، آن‌ها را بپذیرند و راهکارهای گذشتن از این وضعیت را بیاموزند که این عوامل از طریق اجتناب از هیجان‌های منفی و کاستن از نشخوار فکری باعث کاهش افسردگی می‌شوند. در تبیین اثربخشی دارو درمانی بر کاهش افسردگی بر مبنای نظر کوچ و همکاران [۲۴] می‌توان گفت که استفاده داروهای ضدافسردگی به‌ویژه مهارکننده‌های بازجذب سروتونین ضمن آنکه افسردگی را درمان می‌کند، مصرف طولانی آن باعث پیشگیری از حملات بیماری می‌شود. البته یکی از مشکلات اصلی روش دارو درمانی مشکل عود افسردگی است و به همین خاطر بهتر است از درمان‌های روانشناختی در کنار و یا به تنهایی برای اختلال افسردگی استفاده شود. به طور کلی نتایج حاکی از اثربخشی بیشتر درمان ترکیبی در مقایسه با روش‌های رفتار درمانی دیالکتیکی و دارو درمانی در کاهش افسردگی بود. پس زمانی که دارو درمانی در کنار یک روش درمانی روانشناختی قرار می‌گیرد تأثیر مضاعفی دارد و نتایج آن بهتر از اجرای مستقل هر یک از آن روش‌ها به تنهایی می‌باشد.

همچنین نتایج نشان داد که رفتار درمانی دیالکتیکی و ترکیبی در مقایسه با دارو درمانی باعث کاهش معنادار باورهای غیرمنطقی در زنان مبتلا به افسردگی پس از زایمان شدند، اما بین رفتار درمانی دیالکتیکی و ترکیبی در کاهش باورهای غیرمنطقی تفاوت معناداری وجود نداشت. این نتایج با نتایج پژوهش‌های ترنر [۲۱]، کراسیون [۲۲]، ترخان [۲۵] و آسمند و همکاران [۲۸] همسو بود. در نتیجه می‌توان گفت که روش‌های رفتار درمانی دیالکتیکی و ترکیبی از دارو درمانی موثرتر بودند و بین دو روش رفتار درمانی دیالکتیکی و ترکیبی تفاوت معناداری در کاهش باورهای غیرمنطقی وجود نداشت. به عبارت دیگر دارو به تنهایی نتوانسته تأثیر معناداری بر کاهش باورهای غیرمنطقی بگذارد. پس از میان سه روش رفتار درمانی دیالکتیکی، دارو درمانی و ترکیبی، بیشترین تأثیر را در کاهش باورهای غیرمنطقی روش رفتار درمانی دیالکتیکی دارد و بخش رفتار درمانی دیالکتیکی روش ترکیبی دارد. چون هر دو روش رفتار درمانی دیالکتیکی و ترکیبی در مقایسه با دارو درمانی موثرتر بودند.

جدول ۵: خلاصه تحلیل کوواریانس تک‌متغیری در متن تحلیل کوواریانس چندمتغیری برای بررسی اثربخشی روش‌های مداخله بر هر یک از متغیرهای افسردگی و باورهای غیرمنطقی در زنان مبتلا به افسردگی پس از زایمان

منبع تغییرات	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	ضریب F	P-Value	اندازه اثر	توان آماری
افسردگی							
گروه	۲۱۷/۴۳۶	۲	۱۰۸/۷۱۸	۴۷/۷۵۱	۰/۰۰۰	۰/۷۰۵	۱/۰۰۰
خطا	۹۱/۰۷۱	۴۰	۲/۲۷۷				
باورهای غیرمنطقی							
گروه	۸۷۵/۱۸۶	۲	۴۳۷/۵۹۳	۲۱/۴۴۳	۰/۰۰۰	۰/۵۱۷	۱/۰۰۰
خطا	۸۱۶/۶۵۹	۴۰	۲۰/۴۱۶				

جدول ۶: خلاصه آزمون تعقیبی بنفرونی برای مقایسه اثربخشی روش‌های مداخله در کاهش افسردگی و باورهای غیرمنطقی در زنان مبتلا به افسردگی پس از زایمان

گروه اول	گروه دوم	اختلاف میانگین‌ها	خطای استاندارد	P-Value
افسردگی				
رفتار درمانی دیالکتیکی	دارو درمانی	۰/۵۷۶	۰/۵۶۱	۰/۹۳۲
رفتار درمانی دیالکتیکی	ترکیبی	۵/۱۵۲*	۰/۵۸۵	۰/۰۰۰
دارو درمانی	ترکیبی	۴/۵۷۶*	۰/۵۵۸	۰/۰۰۰
باورهای غیرمنطقی				
رفتار درمانی دیالکتیکی	دارو درمانی	-۶/۰۳۷*	۱/۶۸۰	۰/۰۰۳
رفتار درمانی دیالکتیکی	ترکیبی	۲/۱۵۴	۱/۷۵۲	۰/۰۵۶
دارو درمانی	ترکیبی	۳/۸۸۳*	۱/۱۶۲	۰/۰۰۰

نتیجه‌گیری

به طور کلی نتایج نشان داد که روش ترکیبی در مقایسه با روش‌های رفتار درمانی دیالکتیکی و دارو درمانی باعث کاهش معنادار افسردگی زنان مبتلا به افسردگی پس از زایمان شد، اما بین روش‌های رفتار درمانی دیالکتیکی و دارو درمانی در کاهش افسردگی آنان تفاوت معناداری وجود نداشت. همچنین روش‌های رفتار درمانی دیالکتیکی و ترکیبی در مقایسه با روش دارو درمانی باعث کاهش معنادار باورهای غیرمنطقی زنان مبتلا به افسردگی پس از زایمان شدند، اما بین روش‌های رفتار درمانی دیالکتیکی و ترکیبی در کاهش افسردگی آنان تفاوت معناداری وجود نداشت. به عبارت دیگر ترکیب رفتار درمانی دیالکتیکی و دارو درمانی فقط در کاهش افسردگی موثرتر از دو روش دیگر بود، اما در باورهای غیرمنطقی تفاوت معناداری بین روش‌های ترکیبی و رفتار درمانی دیالکتیکی وجود نداشت. در نتیجه مناسب‌ترین روش برای کاهش افسردگی روش ترکیب رفتار درمانی دیالکتیکی و دارو درمانی و مناسب‌ترین روش برای کاهش باورهای غیرمنطقی روش رفتار درمانی دیالکتیکی است. بنابراین پیشنهاد می‌شود مسئولان و برنامه‌ریزان بر اساس نتایج این پژوهش و سایر پژوهش‌ها برای کاهش افسردگی و باورهای غیرمنطقی برنامه‌های جامع و کاربردی طراحی و از طریق درمانگران متخصص و مجرب اقدام به اجرای آنها کنند. همچنین توصیه می‌گردد مشاوران و درمانگران برای کاهش باورهای غیرمنطقی از روش‌های روانشناختی به‌ویژه رفتار درمانی دیالکتیکی و برای کاهش افسردگی که عدم مداخله سریع باعث وخیم‌تر شدن مشکلات می‌شوند، هم از ترکیب دارو درمانی و رفتار درمانی دیالکتیکی استفاده کنند.

سپاسگزاری

مقاله حاضر برگرفته از پایان‌نامه کارشناسی ارشد روانشناسی بالینی دانشگاه آزاد اسلامی واحد تربت‌جام است که رعایت نکات اخلاقی توسط دانشگاه آزاد اسلامی واحد تربت‌جام با شماره IR.IAUTORBATJAM.REC.1397.11 تأیید شد. نویسندگان بدین وسیله سپاسگزاری خود را از مسئولان مراکز بهداشتی و درمانی منطقه یک شهر مشهد و شرکت‌کنندگان اعلام می‌نمایند.

تضاد منافع

در این مقاله برای نویسندگان تضاد منافی وجود ندارد.

در تبیین اثربخشی رفتار درمانی دیالکتیکی بر کاهش باورهای غیرمنطقی بر مبنای نظر لینهان [۳۴] می‌توان گفت یکی از ایرادهای اصلی رویکردهای شناختی آن است که بین تزه‌ای درمانگر و بیمار یکپارچگی برقرار نمی‌کند. زیرا در این رویکردها اغلب تأکید اصلی بر ایجاد تغییر در هیجان‌ها، شناخت‌ها و رفتارهای مراجع است. در این شرایط مراجع احساس می‌کند که فرایند درمان نه تنها رفتارهای او را نامعتبر می‌سازد، بلکه باعث می‌شود او خود را فردی نامعتبر بداند. نامعتبرسازی ادراک‌شده مشکلاتی را در جلسه درمان ایجاد و باعث مقاومت می‌شود. از نظر وی مشکل درمانی فوق با به کارگیری اصول آیین‌زن به ویژه استفاده از تمرین‌های ذهن‌آگاهی که یکی از چهار مؤلفه اصلی روش رفتار درمانی دیالکتیکی است، حل می‌شود. آیین‌زن مبتنی بر پذیرش محض واقعیت است. از سوی دیگر پذیرش بدون قید و شرط و معتبرسازی بیش از اندازه رفتارهای مراجع نیز مشکلاتی به همراه دارد که از جمله آنکه مراجع تصور می‌کند مشکلات او جدی گرفته نشدند. بدون توجه به تغییر و حل مساله رفتارهای مداخله‌گر بی‌نتیجه خواهد ماند. بنابراین برقراری تعادل میان ایجاد تغییر و پذیرش واقعیت راهکاری مناسب در روان‌درمانی است. از آنجایی که رفتار درمانی دیالکتیکی دارای دو اصل پذیرش و تغییر است. اصل پذیرش به واضح دیدن و پذیرش هیجان‌ها و پدیده‌ها و اصل تغییر به تغییر هیجان‌ها و پدیده‌ها کمک می‌کند. در نتیجه رفتار درمانی دیالکتیکی از طریق مکانیسم‌های توضیح داده شده باعث کاهش باورهای غیرمنطقی در زنان مبتلا به افسردگی پس از زایمان می‌شوند. دلیل نداشتن گروه کنترل این بود که نمی‌توان زنان مبتلا به افسردگی پس از زایمان را در لیست انتظار برای آموزش قرار داد و هر چه سریع‌تر باید وارد فرایند مداخله شوند.

هر پژوهشی با محدودیت‌هایی مواجه است و از محدودیت‌های پژوهش حاضر می‌توان به استفاده از روش نمونه‌گیری در دسترس، حجم نمونه نسبتاً کم، عدم پیگیری اثربخشی روش‌های مداخله چند ماه پس از اتمام مداخله و نداشتن گروه کنترل به دلیل رعایت نکات اخلاقی بود. بنابراین توصیه می‌گردد در پژوهش‌های بعدی از روش‌های نمونه‌گیری احتمالی، حجم نمونه بزرگ‌تر و پیگیری چند ماهه برای بررسی اثربخشی روش‌های مداخله استفاده شود.

References

1. Nayak AS, Nachane HB. Risk analysis of suicidal ideations and postpartum depression with antenatal alpha

methyldopa use. Asian J Psychiatr. 2018;38:42-4. doi: 10.1016/j.ajp.2018.10.024 pmid: 30412820

2. Sharma V, Doobay M, Baczynski C. Bipolar postpartum depression: An update and recommendations. *J Affect Disord*. 2017;219:105-11. doi: 10.1016/j.jad.2017.05.014 pmid: 28535448
3. Shamsikhani S, Soleimani N, Saedi M, Shamsikhani S, Matourypour P, Soleimani H. [Investigation of predisposing factors of paternal postpartum depression]. *Iran J Pediatr Nurs*. 2017;4(4):52-7.
4. Xiang X, Leggett A, Himle JA, Kales HC. Major Depression and Subthreshold Depression among Older Adults Receiving Home Care. *Am J Geriatr Psychiatry*. 2018;26(9):939-49. doi: 10.1016/j.jagp.2018.05.001 pmid: 29884541
5. Bruce DG, Davis WA, Hunter ML, Peters KE, Davis TM, Starkstein SE. Lifetime depression history and depression risk in type 2 diabetes: A case-control study. *J Diabetes Complications*. 2016;30(1):38-42. doi: 10.1016/j.jdiacomp.2015.10.010 pmid: 26604164
6. Merkitich KG, Jonas KG, O'Hara MW. Modeling trait depression amplifies the effect of childbearing on postpartum depression. *J Affect Disord*. 2017;223:69-75. doi: 10.1016/j.jad.2017.07.017 pmid: 28732243
7. Outar L, Turner MJ, Wood AG, Lowry R. "I need to go to the gym": Exploring the use of rational emotive behaviour therapy upon exercise addiction, irrational and rational beliefs. *Perform Enhance Health*. 2018;6(2):82-93. doi: 10.1016/j.peh.2018.05.001
8. Crumpei I. Secondary Traumatic Stress and Irrational Beliefs in Medical Students Seen as Premises of Sensitivity to Therapy Training. *Proc Soc Behav Sci*. 2014;142:296-9. doi: 10.1016/j.sbspro.2014.07.635
9. Osberg TM, Eggert M. Direct and indirect effects of stress on bulimic symptoms and BMI: the mediating role of irrational food beliefs. *Eat Behav*. 2012;13(1):54-7. doi: 10.1016/j.eatbeh.2011.09.008 pmid: 22177397
10. Allen MS, El-Cheikh S, Turner MJ. A longitudinal investigation of irrational beliefs, hedonic balance and academic achievement. *Learn Individ Differ*. 2017;58:41-5. doi: 10.1016/j.lindif.2017.07.003
11. Fitelson E, Kim S, Baker AS, Leight K. Treatment of postpartum depression: clinical, psychological and pharmacological options. *Int J Womens Health*. 2010;3:1-14. doi: 10.2147/IJWH.S6938 pmid: 21339932
12. Herschell AD, Lindhiem OJ, Kogan JN, Celedonia KL, Stein BD. Evaluation of an implementation initiative for embedding Dialectical Behavior Therapy in community settings. *Eval Program Plann*. 2014;43:55-63. doi: 10.1016/j.evalprogplan.2013.10.007 pmid: 24333657
13. McCay E, Carter C, Aiello A, Quesnel S, Howes C, Johansson B. Toward Treatment Integrity: Developing an Approach to Measure the Treatment Integrity of a Dialectical Behavior Therapy Intervention With Homeless Youth in the Community. *Arch Psychiatr Nurs*. 2016;30(5):568-74. doi: 10.1016/j.apnu.2016.04.001 pmid: 27654239
14. Barnicot K, Gonzalez R, McCabe R, Priebe S. Skills use and common treatment processes in dialectical behaviour therapy for borderline personality disorder. *J Behav Ther Exp Psychiatry*. 2016;52:147-56. doi: 10.1016/j.jbtep.2016.04.006 pmid: 27132175
15. Eisner L, Eddie D, Harley R, Jacobo M, Nierenberg AA, Deckersbach T. Dialectical Behavior Therapy Group Skills Training for Bipolar Disorder. *Behav Ther*. 2017;48(4):557-66. doi: 10.1016/j.beth.2016.12.006 pmid: 28577590
16. Lang CM, Edwards AJ, Mittler MA, Bonavitacola L. Dialectical Behavior Therapy With Prolonged Exposure for Adolescents: Rationale and Review of the Research. *Cogn Behav Pract*. 2018;25(3):416-26. doi: 10.1016/j.cbpra.2017.12.005
17. Fu S, Li F, Bie L. Drug therapy for chronic subdural hematoma: Bench to bedside. *J Clin Neurosci*. 2018;56:16-20. doi: 10.1016/j.jocn.2017.07.034 pmid: 28789956
18. Ko JK. [Comparing the effects of drug therapy, physical therapy, and exercise on pain, disability, and depression in patients with chronic low back pain]. *Taehan Kanho Hakhoe Chi*. 2007;37(5):645-54. pmid: 17804931
19. Nayyer M, Rajae A, Meschi F, Sodagar S. [Comparison of effectiveness of dynamic-supportive psychotherapy and pharmacotherapy on type 2 diabetes patients' depression]. *Horiz Med Sci*. 2018;24(2):139-45.
20. Kleiber BV, Felder JN, Ashby B, Scott S, Dean J, Dimidjian S. Treating Depression Among Adolescent Perinatal Women With a Dialectical Behavior Therapy-Informed Skills Group. *Cogn Behav Pract*. 2017;24(4):416-27. doi: 10.1016/j.cbpra.2016.12.002
21. Turner MJ. Rational Emotive Behavior Therapy (REBT), Irrational and Rational Beliefs, and the Mental Health of Athletes. *Front Psychol*. 2016;7:1423. doi: 10.3389/fpsyg.2016.01423 pmid: 27703441
22. Craciun B. The Efficiency of Applying a Cognitive Behavioral Therapy Program in Diminishing Perfectionism, Irrational Beliefs and Teenagers' Stress. *Proc Soc Behav Sci*. 2013;84:274-8. doi: 10.1016/j.sbspro.2013.06.550
23. Losappio LM, Cappai A, Arcolaci A, Badiu I, Bonadonna P, Boni E, et al. Anxiety and Depression Effects During Drug Provocation Test. *J Allergy Clin Immunol Pract*. 2018;6(5):1637-41. doi: 10.1016/j.jaip.2017.12.005 pmid: 29339128
24. Koch MW, Glazenborg A, Uyttenboogaart M, Mostert J, De Keyser J. Pharmacologic treatment of depression in multiple sclerosis. *Cochrane Database Syst Rev*. 2011(2):CD007295. doi: 10.1002/14651858.CD007295.pub2 pmid: 21328292
25. Tarkhan M. [The effectiveness of dialectical behavior therapy (DBT) on body image and irrational beliefs women with breast cancer]. *J Woman Fam Stud*. 2018;6(1):197-216.
26. Mami S, Ebrahimian S, Soltany S. [Effectiveness of dialectic behavioral therapy on depression, anxiety and stress in anorexia nervosa disorder: Four case study]. *J Urmia Univ Med Sci*. 2016;27(5):384-92.
27. Pishgar M, Nadimi M, Dastjerdi R, Shahabizadeh F. [Effectiveness of group dialectical behavior therapy on depression among patients with cancer]. *Mod Care*. 2014;11(2):94-102.
28. Asmand P, Mami S, Valizade R. The effectiveness of dialectical behavior therapy and rational emotive behavior therapy in irrational believes treatment, anxiety among young male prisoners who have antisocial personality disorder in Ilam prison. *Int J Health Syst Disaster Manag*. 2015;3(1):1. doi: 10.4103/2347-9019.147135
29. Hamidian S, Omidi A, Naziri G, Abolghasemi R, Musavinasab M. [The effectiveness of mindfulness-based

- cognitive therapy on severity of depression and anger in dysthymic patients]. *J Psychol Stud.* 2016;12(3):83-102.
30. Sayadi M, Eftekhar Saadi Z, Makvandi B, Hafezi F. [Effect of cognitive rehabilitation training on anxiety, depression and emotion regulation in women with postpartum depression]. *Iran J Res Nurs.* 2019;5(2):25-32.
 31. Dadashi M, Momtazi S, Yousefi Asl V, Gharaei B, Asghar Nejad A. [Comparison of the effectiveness of drug combination with metacognitive therapy and drug therapy alone in reducing the symptoms of posttraumatic stress disorder]. *Zahedan Univ Med Sci J.* 2018;26(115):1-11.
 32. Naddaf Shargh H, Gholi Pour M, Toopkanlooi S. [The effectiveness of existential group psychotherapy on postpartum depression in nulliparous women]. *Sci J Ilam Med Sci.* 2016;23(6):185-95.
 33. Najarpour Ostadi S, Khalatbari J. [The effectiveness of group cognitive therapy and dialectical behavior therapy on students' general health]. *J Clin Psychol.* 2015;10(38):17-26.
 34. Linehan M, Bohus M, Lynch T. How dialectical behavior therapy changes emotion dysregulation in borderline personality disorder. *Eur Psychother.* 2010;9(1):141-66.