

موج سوم رفتاری: درمانی نوین برای اختلالات خلقی

فرشته نعمت زاده

کارشناسی ارشد روانشناسی بالینی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد زنجان

ferashtehnematzadeh@gmail.com

چکیده

درمان‌های موج سوم که به آنها درمان‌های پذیرش هم گفته می‌شود، شاخ‌های از درمان‌های جدید روانشناختی می‌باشند. درمان‌های موج سوم، بر مبنای این فرضیه روی کار آمدند که مشکلات روانی به این دلیل ایجاد می‌شوند که افراد نمی‌خواهند هیجان‌ها، احساسات، افکار ناخوشایند و دردهای بدنی را تجربه کنند. در این پژوهش سعی شده با روش فراتحلیل اندازه اثر درمان‌های موج سوم رفتاری بر اختلالات خلقی تعیین گردد. نتایج مرور نظامند برای سؤال اول پژوهش حاضر حاکی از آن است که مداخلات انجام شده برای کاهش اختلالات خلقی شامل درمان درمان پذیرش و تعهد، رفتار درمانی دیالکتیک، درمان مبتنی بر ذهن آگاهی و فعال سازی رفتاری بود. مشاهده شد که برای کاهش اختلالات خلقی، بیشتر پژوهش‌ها از رفتار درمانی دیالکتیکی استفاده کرده‌اند. در میان درمان‌های موج سوم شناختی رفتاری، دو نوع درمان پذیرش و تعهد و رفتار درمانی دیالکتیک بیشتر از انواع درگیر مورد توجه و استفاده قرار گرفته‌اند. یکی از دلایل احتمالی استفاده زیاد از این رویکرد آن است که، کارآمدی این درمان می‌باشد. نتایج بررسی سؤال دوم پژوهش حاضر نشان داد که اندازه اثر مداخلات مداخلات موج سوم شناختی، رفتاری بر کاهش اختلالات خلقی در مدل ثابت و تصادفی معنادار است و میزان اندازه اثر به دست آمده بر اساس جدول تفسیر اندازه اثر کوهن، در هر دو مدل ثابت و تصادفی متوسط است. اندازه اثر درمان‌های موج سوم بر کاهش اختلالات رفتاری در مدل ثابت و تصادفی معنادار است و میزان اندازه اثر به دست آمده بر اساس جدول تفسیر اندازه اثر کوهن، در هر دو مدل ثابت و تصادفی زیاد است. مقایسه درمان‌ها حاکی از آن است که به ترتیب درمان درمان مبتنی بر ذهن آگاهی و رفتار درمانی دیالکتیکی بیشترین تأثیر را در کاهش اختلالات خلقی دارند و فعال سازی رفتاری و درمان مبتنی بر تعهد و پذیرش در اولویت‌های بعدی قرار دارند.

واژگان کلیدی: درمان پذیرش و تعهد، رفتار درمانی دیالکتیک، مداخلات موج سوم، اختلالات خلقی، فعال سازی رفتاری. اندازه اثر

مقدمه

لزوم توجه به درمان‌های نوین در حیطه روان‌شناسی بالینی از جنبه‌های بهداشتی و اقتصادی مورد توجه فراوان قرار گرفته‌است. در این خصوص متدهای درمانی‌ای که زمان کوتاه‌تری به خود اختصاص می‌دهند و اثربخشی بیشتری در کاهش مشکلات مراجعین دارند، اولویت خاصی دارند (پاور، ۲۰۱۰).

درمان‌های موج سوم که به آنها درمان‌های پذیرش هم گفته می‌شود، شاخ‌های از درمان‌های جدید روانشناختی می‌باشند. درمان‌های موج سوم، بر مبنای این فرضیه روی کار آمدند که مشکلات روانی به این دلیل ایجاد می‌شوند که افراد نمی‌خواهند هیجان‌ها، احساسات، افکار ناخوشایند و دردهای بدنی را تجربه کنند. به همین دلیل ممکن است از انواع راهکارهای فرار و اجتناب استفاده کنند. ادامه آسیب به این دلیل اتفاق می‌افتد که افراد سعی می‌کنند برای نداشتن تجارب درونی ناخوشایند، از قبل جلوی ایجاد چنین شرایطی را بگیرند که در روانشناسی به آن اجتناب گفته می‌شود. اجتناب از موقعیت‌های ایجاد کننده احساسات و افکار ناخوشایند باعث می‌شود زندگی فرد محدود شود و آنچه برایش مهم و ارزشمند است، انجام ندهد (همان).

درمان‌های موج سوم طیف گسترده‌ای از درمان‌ها را در برمی‌گیرد و فقط محدود به درمان مبتنی بر پذیرش^۱ و تعهد، رفتاردرمانی دیالکتیک^۲ روان‌درمانی تحلیلی کارکردی مورد اشاره نیست و خود این رویکردها در درون خودشان از حیث نظریه آسیب‌شناسی روانی، مکانیزم‌های تغییر و راهبردهای مداخله‌ای تفاوت‌های ظریفی دارند (هیز و هیمر، ۱۹۹۹).

رواندرمان‌های موج سوم با خیز گرفتن درمان‌های رفتارگرایی مبتنی بر اصول شرطی‌سازی عاملی و پاسخ‌گر آغاز شد که می‌توان این پدیده را واکنشی به رویکردهای روان‌تحلیلی در دهه ۱۹۵۰ تلقی کرد. از روش‌های رفتارگرایی می‌توان به مهارت‌آموزی، حساسیت‌زدایی منظم و روش‌های مبتنی بر مواجهه و پیشگیری اشاره کرد که در درمان اختلالات کودکان و بزرگسالان موثر بودند، برای مثال فنون شرطی‌سازی عاملی برای درمان کودکان مبتلا به اختلالات شدید زبانی موثر بوده‌است و مشابه تکنیک‌های شرطی‌سازی پاسخگر مانند مواجهه، در درمان افراد مبتلا به مشکلات اضطرابی مؤثر بوده است (والرواگوییو، کولنبرگ، فروگارسیا و تسی، ۲۰۱۱).

اصولاً خُلق در افراد سالم و نرمال، در حالت معمول و طبیعی قابل کنترل توسط خود فرد است ولی چنانچه خُلق توسط شخص، غیر قابل کنترل باشد تغییر خلق عارض می‌شود. اگر خلق بالاتر از حد متعادل برود حالت سرخوشی، و اگر از حد متعادل پایین‌تر بیاید افسردگی عارض می‌شود. پس شخص عادی قادر به کنترل عواطف خود است ولی فرد بیمار، اختیار و کنترل بر عواطف خود ندارد (والرواگوییو و همکاران، ۲۰۱۱).

البته ممکن است علائمی که در افزایش خلق یعنی حالات سرخوشی، و علائمی که در کاهش خلق یا افسردگی ذکر شد در یک فرد، در ادوار مختلف زندگی مشاهده شود که البته این دو گروه، علائم هم‌زمان نمی‌باشند. ممکن است هر تعداد از علائم در دوره‌ای مخصوص به خود، در فرد ظاهر شود یعنی تعدادی از علائم، مربوط به بالا بودن خُلق در حالت سرخوشی، و گروهی از علائم مربوط به پایین‌بودن خلق یا حالت افسردگی در فرد مشاهده شود و اگر در فردی این حالات به تناوب عارض شود و عود کننده‌باشد

¹. Powwer

².The Third Wave Therapy

³. Acceptance and Commitment Therapy

⁴. Dialectical Behavior Therapy

⁵.Hiss & Himer

⁶.Valervagio, Kulenberg, Forugorsia and Tsi

این حالت را اختلال خلقی دو قطبی یا خلق ادواری می‌نامند که مرحله شدید آن را در گذشته «جنون ادواری» می‌گفتند (والرواگوییو و همکاران، ۲۰۱۱).

خلق ممکن است طبیعی، بالا یا پایین باشد. شخص طبیعی طیف وسیعی از خلق‌ها را تجربه می‌کند و به همان نسبت مجموعه‌ای از تجلیات عاطفی نیز دارد. شخص عادی قادر به کنترل اخلاق و عواطف خود هست. اختلالات خلقی گروهی از حالات بالینی هستند که با اختلال خلق، فقدان احساس کنترل بر خلق و تجربه ذهنی ناراحتی شدید همراه هستند (والرواگوییو و همکاران، ۲۰۱۱).

هدف پژوهش

تعیین اندازه اثر درمان‌های موج سوم رفتاری بر اختلالات خلقی

روش پژوهش

پژوهش حاضر از نظر هدف کاربردی و از نظر ماهیت گردآوری داده‌ها از نوع مرور نظامند و فراتحلیل می‌باشد. جامعه آماری پژوهش حاضر را پژوهش‌های منتشر شده با موضوع درمان‌های موج سوم رفتاری بر اختلالات خلقی که بازه زمانی ۱۳۹۰-۱۳۹۷ انتشار یافته، تشکیل دادند. نمونه‌نهایی مورد تحلیل، شامل ۲۳ پژوهش بود که به روش نمونه‌گیری گلوله برفی و هدفمند انتخاب شدند، بدین ترتیب که ابتدا ۴۱ پژوهش منتشر شده از پایگاه‌های جستجوی اطلاعات علمی استخراج شدند، سپس ۲۳ پژوهش که شرایط ورود به پژوهش را داشتند، به عنوان نمونه‌نهایی انتخاب شدند. برای انتخاب نمونه پژوهش مراحل زیر انجام گردید

جدول ۱-۳. فهرست پایگاه‌های اطلاعات علمی

ردیف	نام پایگاه	پوشش موضوعی
۱	Cambridge Journals - Back File	علوم انسانی و اجتماعی
۲	Cambridge Journals	علوم انسانی و اجتماعی
۳	OXFORD Journals	علوم انسانی و اجتماعی
۴	SID.IR	همه موضوعات
۵	Ensani.ir	همه موضوعات
۶	Magiran.com	همه موضوعات

جدول ۲-۳. درمان‌های موج سوم رفتاری بر اختلالات غیر خلقی

ردیف	پژوهشگران	عنوان پژوهش	سال اجرا
۱	امان الهی، حیدریان فر	اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد در درمان پریشانی زوج‌ها	۱۳۹۳
۲	خدایاری فرد، حجازی، ن حسینی نژاد	اثربخشی مشاوره شناختی رفتاری مبتنی بر پذیرش و تعهد بر خودکارآمدی و رضایت زناشویی زنان وابسته به سوء مصرف مواد	۱۳۹۴
۳	محمدی، صالح زاده، نصیریان	اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر تنظیم شناختی هیجان در مردان تحت درمان با متادون	۱۳۹۴

۴	کیانی، قاسمی، علی پور	مقایسه اثربخشی رواندرمانی گروهی مبتنی بر پذیرش و تعهد و ذهن آگاهی بر میزان ولع مصرف و تنظیم شناختی هیجان در مصرف کنندگان شیشه	۱۳۹۱
۵	هادیان	اثربخشی درمان پذیرش و تعهد بر مدرسه هراسی کودکان مبتلا به دیابت نوع یک	۱۳۹۵
۶	نریمانی، علمداری، ابوالقاسمی	بررسی اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر کیفیت زندگی زنان نابارور	۱۳۹۲
۷	قلخانی، صباحی، طباطبایی، رحیمیان و شهبازی	اثر بخشی گروه درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد بر حافظه سرگذشتی افراد افسرده غیر بالینی	۱۳۹۶
۸	پیرانی، عباسی، کلسوانی و نوربخش	تأثیر درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر عزت نفس جنسی، ناگویی خلقی و سازگاری زناشویی همسران جانباز	۱۳۹۵

بازار گردآوری اطلاعات

در این پژوهش جهت فراهم آوردن اطلاعات مورد نیاز از فهرست جهت جمع آوری اطلاعات (بر اساس کلید واژه‌های جستجو و سؤال‌های پژوهش) استفاده شد. با توجه به این که در مطالعات فراتحلیل، واحد تجزیه و تحلیل، گزارش نهایی پژوهش-های منتشر شده در زمینه موضوع مورد بررسی می‌باشد

جدول ۳-۳. مشخصات پژوهش‌های غربال شده، در مورد زمینه تأثیر مداخلات درمان‌های موج سوم رفتاری بر اختلالات خلقی

ردیف	عنوان پژوهش	نوع درمان	پژوهش‌گران	سال پژوهش
۱	اثر بخشی درمان گروهی مبتنی بر پذیرش و تعهد بر افسردگی، استرس و اضطراب معتادان	ACT ^۷	محمودی و قادری	۱۳۹۶
۲	مقایسه اثربخشی گروه درمانی مبتنی بر پذیرش، تعهد و دارودرمانی بر بهبود بیماران مبتلا به افسردگی اساسی	ACT	علی پور و حاجی علیزاده	۱۳۹۶
۳	اثربخشی درمان گروهی مبتنی بر پذیرش و تعهد بر بهبود افسردگی و تصویر بدنی زنان مبتلا به چاقی	ACT	غلامحسینی و همکاران	۱۳۹۴
۴	تأثیر روش درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد درمانی بر میزان افسردگی بیماران مبتلا به دیابت نوع ۲	ACT	حر و همکاران	۱۳۹۲
۵	مقایسه اثر بخشی رفتار درمانی دیالکتیکی با رفتار درمانی شناختی بر افسردگی	DB ^۸	زمانی و همکاران	۱۳۹۵

^۷ درمان مبتنی بر تعهد و پذیرش (acceptance and commitment therapy)

^۸ - رفتار درمانی دیالکتیکی (dialectical behavior therapy)

بیماران زن مبتلا به مولتیپل اسکروزیس				
۱۳۹۴	عزیزی و محمدی	DB	۶	ثربخشی رفتار درمانی دیالکتیکی گروهی بر استرس ادراک شده و افسردگی بیماران سندرم روده تحریک پذیر
۱۳۹۴	حبیبی و همکاران	DB	۷	اثر بخشی رفتار درمانی دیالکتیکی بر بهبود علایم بیماران مبتلا به افسرده خوبی
۱۳۹۴	زمانی و همکاران	DB	۸	مقایسه اثر بخشی رفتار درمانی دیالکتیکی با گروه درمانی شناختی بر کاهش افسردگی مادران دارای کودک معلول
۱۳۹۴	حسن خانی و همکاران	DB	۹	اثر بخشی رفتار درمانی دیالکتیکی بر افسردگی
۱۳۹۴	مامی و همکاران	DB	۱۰	مقایسه اثر بخشی درمان شناختی و رفتار درمانی دیالکتیکی بر افسردگی
۱۳۹۳	آسمند و همکاران	DB	۱۱	اثر بخشی رفتار درمانی دیالکتیکی در درمان باورهای غیرمنطقی، اضطراب و افسردگی جوانان دارای اختلال شخصیت ضداجتماعی
۱۳۹۳	ندیمی و همکاران	DB	۱۲	مقایسه اثر بخشی رفتار درمانی شناختی و رفتار درمانی دیالکتیکی گروهی در کاهش علائم افسردگی بیماران مبتلا به مولتیپل اسکروزیس
۱۳۹۳	پیشگر و همکاران	DB	۱۳	اثر بخشی رفتار درمانی دیالکتیکی گروهی بر بهبود افسردگی بیماران مبتلا به سرطان
۱۳۹۰	علوی و همکاران	DB	۱۴	اثر بخشی رفتار درمانی دیالکتیکی گروهی بر نشانه‌های افسردگی در دانشجویان
۱۳۹۵	زمستانی و همکاران	MB ^۹	۱۵	اثر بخشی درمان مبتنی بر ذهن آگاهی بر سو مصرف مواد و علائم افسردگی و اضطراب در معنادان
۱۳۹۲	محمدخانی و همکاران	MB	۱۶	مقایسه اثر بخشی درمان شناختی مبتنی بر ذهن و درمان فراشناختی بر نشخوار فکری و علائم افسردگی
۱۳۹۲	عبدالقادری و همکاران	MB	۱۷	اثر بخشی شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی و درمان شناختی رفتاری بر کاهش درد، افسردگی و اضطراب بیماران مبتلا به مولتیپل اسکروزیس
۱۳۹۱	بختیاری و عابدی	MB	۱۸	اثر بخشی درمان گروهی مبتنی بر ذهن آگاهی بر الگوهای فراشناختی ذهن آگاهی بر افسردگی پس از زایمان
۱۳۹۱	طالبی زاده	MB	۱۹	اثر بخشی درمان شناختی مبتنی بر ذهن آگاهی بر کاهش شدت علایم افسردگی و شیدایی بیماران مبتلا به اختلال دوقطبی
۱۳۹۶	عیسی نژاد و دشت	BA ^{۱۰}	۲۰	اثر بخشی درمان فعال سازی رفتاری در کاهش اضطراب و افسردگی زنان در دوران

^۹ -درمان مبتنی بر ذهن آگاهی (mindfulness-based)

پیش یانستگی	بزرگی
۲۱	بررسی اثربخشی درمان گروهی فعال سازی رفتاری بر کاهش علائم افسردگی، اجتناب شناختی-رفتاری دانشجویان
۱۳۹۵	ولیان و همکاران BA
۲۲	اثربخشی درمان فعال سازی رفتاری کوتاه مدت بر کاهش علائم افسردگی و افزایش کیفیت زندگی بیماران مبتلا به افسردگی اساسی
۱۳۹۳	پرهون و همکاران BA
۲۳	اثر بخشی درمان فعال سازی رفتاری گروهی بر علائم افسردگی، اضطراب و نشخوار فکری در بیماران مبتلا به افسردگی و اضطراب
۱۳۹۲	زمستانی و همکاران BA

۳- سؤال اول پژوهش: از کدام نوع از درمان های موج سوم برای کاهش اختلالات خلقی، بیشتر استفاده شده است؟

جدول ۳-۴. اطلاعات مربوط به نوع طرح، تعداد درمانگران و وضعیت پیگیری پژوهش های منتخب

ردیف	پژوهش گران	نوع درمان	نوع طرح	تعداد درمانگران	پیگیری
۱	محمودی و قادری، ۱۳۹۶	ACT ^{۱۱}	پیش آزمون-پس آزمون با گروه کنترل	۱	ندارد
۲	علی پور و حاجی علیزاده، ۱۳۹۶	ACT	پیش آزمون-پس آزمون با گروه کنترل	۱	ندارد
۳	غلامحسینی و همکاران، ۱۳۹۴	ACT	پیش آزمون-پس آزمون با گروه کنترل	۱	ندارد
۴	حر و همکاران، ۱۳۹۲	ACT	پیش آزمون-پس آزمون با گروه کنترل	۱	دارد
۵	زمانی و همکاران، ۱۳۹۵	DB ^{۱۲}	پیش آزمون-پس آزمون با گروه کنترل	۱	ندارد
۶	عزیزی و محمدی، ۱۳۹۴	DB	پیش آزمون-پس آزمون با گروه کنترل	۱	ندارد
۷	حبیبی و همکاران، ۱۳۹۴	DB	پیش آزمون-پس آزمون با گروه کنترل	۱	ندارد
۸	زمانی و همکاران، ۱۳۹۴	DB	پیش آزمون-پس آزمون با گروه کنترل	۱	ندارد
۹	حسن خانی و همکاران، ۱۳۹۴	DB	پیش آزمون-پس آزمون با گروه کنترل	۱	دارد
۱۰	مامی و همکاران، ۱۳۹۴	DB	پیش آزمون-پس آزمون با گروه کنترل	۱	ندارد
۱۱	آسمند و همکاران، ۱۳۹۳	DB	پیش آزمون-پس آزمون با گروه کنترل	۱	ندارد

^{۱۰}-فعال سازی رفتاری (behavioral activation)

^{۱۱}-درمان مبتنی بر تعهد و پذیرش (acceptance and commitment therapy)

^{۱۲}- رفتار درمانی دیالکتیکی (dialectical behavior therapy)

ندارد	۱	پیش آزمون-پس آزمون با گروه کنترل	DB	ندیمی و همکاران، ۱۳۹۳	۱۲
ندارد	۱	پیش آزمون-پس آزمون با گروه کنترل	DB	پیشگر و همکاران، ۱۳۹۳	۱۳
دارد	۱	پیش آزمون-پس آزمون با گروه کنترل	DB	علوی و همکاران، ۱۳۹۰	۱۴
دارد	۱	پیش آزمون-پس آزمون با گروه کنترل	MB ^{۱۳}	زمستانی و همکاران، ۱۳۹۵	۱۵
ندارد	۱	پیش آزمون-پس آزمون با گروه کنترل	MB	محمدخانی و همکاران، ۱۳۹۲	۱۶
ندارد	۱	پیش آزمون-پس آزمون با گروه کنترل	MB	عبدالقادری و همکاران، ۱۳۹۲	۱۷
دارد	۱	پیش آزمون-پس آزمون با گروه کنترل	MB	بختیاری و عابدی، ۱۳۹۱	۱۸
ندارد	۱	پیش آزمون-پس آزمون با گروه کنترل	MB	طالبی زاده و همکاران، ۱۳۹۱	۱۹
ندارد	۱	پیش آزمون-پس آزمون با گروه کنترل	BA ^{۱۴}	عیسی نژاد و دشت بزرگی، ۱۳۹۶	۲۰
دارد	۱	پیش آزمون-پس آزمون با گروه کنترل	BA	ولیان و همکاران، ۱۳۹۵	۲۱
دارد	۱	پیش آزمون-پس آزمون با گروه کنترل	BA	پرهون و همکاران، ۱۳۹۳	۲۲
دارد	۱	پیش آزمون-پس آزمون با گروه کنترل	BA	زمستانی و همکاران، ۱۳۹۲	۲۳

همان طور که در جدول ۴-۳ مشاهده می شود برای کاهش اختلالات خلقی، بیشتر پژوهش ها از رفتار درمانی دیالکتیکی استفاده کرده اند.

۱۳- درمان مبتنی بر ذهن آگاهی (mindfulness-based)

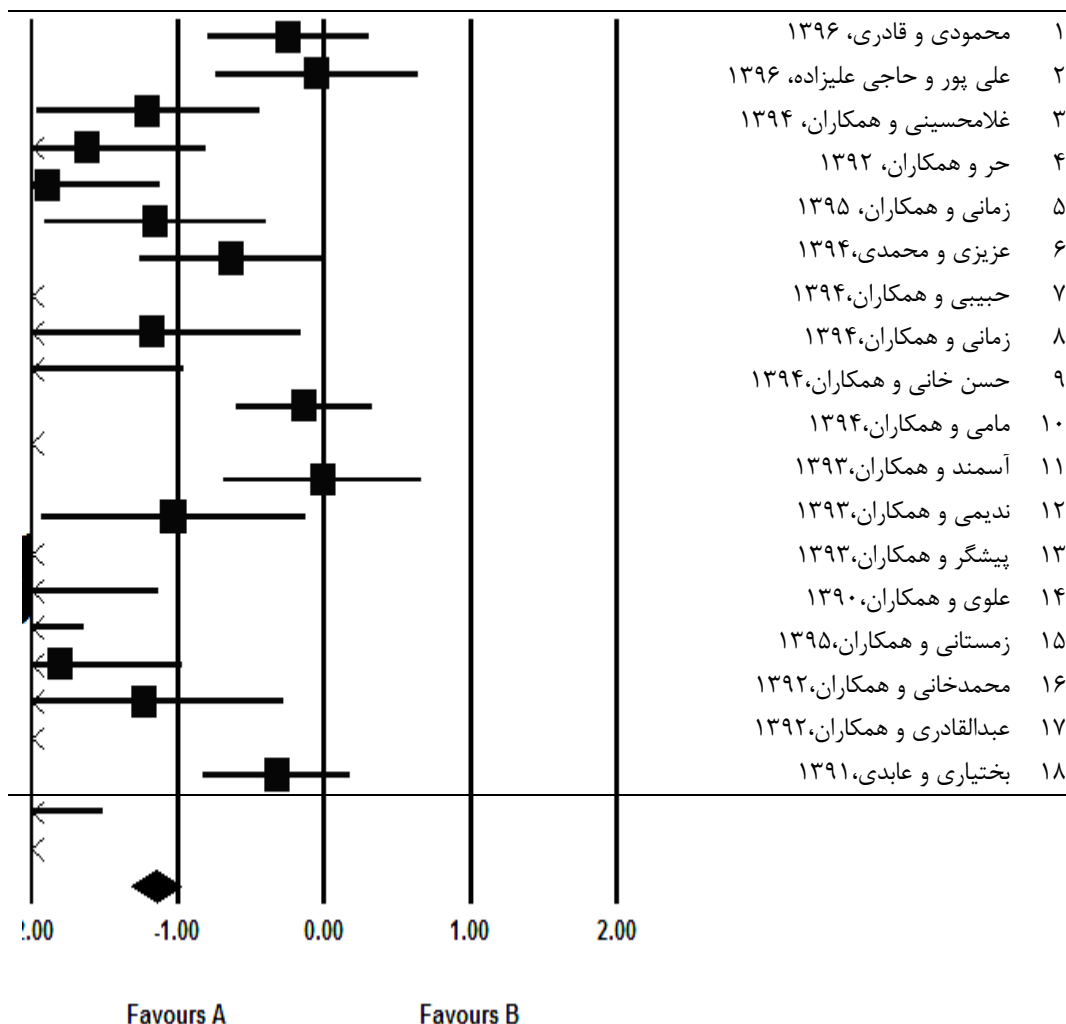
۱۴- فعال سازی رفتاری (behavioral activation)

سؤال دوم پژوهش: اثر بخشی درمان‌های موج سوم بر کاهش اختلالات خلقی چگونه است؟

جدول ۴-۴. اندازه اثر مربوط به درمان‌های موج سوم بر کاهش اختلالات خلقی به تفکیک هر مطالعه

ردیف	پژوهش‌گران	نوع درمان	حد پایین اندازه اثر	حد بالای اندازه اثر	اندازه اثر	ردیف	پژوهش‌گران	نوع درمان	حد پایین اندازه اثر	حد بالای اندازه اثر	اندازه اثر	P
۱	محمودی و قادری، ۱۳۹۶	ACT ^۱	-۰/۸۱	۰/۳۱	-۰/۸۸	۱۳	پیشگر و همکاران، ۱۳۹۳	DB	-۰/۷۱	۰/۶۸	-۰/۱۴	۰/۷۹
۲	علی پور و حاجی علیزاده، ۱۳۹۶	ACT	-۰/۷۷	۰/۶۶	-۰/۱۵	۱۴	علوی و همکاران، ۱۳۹۰	DB	-۲/۰۱	-۰/۱۴	-۲/۲۵	۰/۰۰۰
۳	غلامحسینی و همکاران، ۱۳۹۴	ACT	-۲/۰۱	-۰/۴۶	-۳/۱۰	۱۵	زمستانی و همکاران، ۱۳۹۵	MB ^۲	-۶/۳۵	-۴/۲۵	-۹/۹۰	۰/۰۰۰
۴	حر و همکاران، ۱۳۹۲	ACT	-۲/۵۰	-۰/۸۴	-۳/۹۳	۱۶	محمدخانی و همکاران، ۱۳۹۲	MB	-۳/۰۶	-۱/۱۷	-۴/۳۸	۰/۰۰۰
۵	زمانی و همکاران، ۱۳۹۵	DB ^۲	-۲/۷۲	-۱/۱۴	-۴/۷۹	۱۷	عبدالقادری و همکاران، ۱۳۹۲	MB	-۳/۶۶	-۱/۶۹	-۵/۳۲	۰/۰۱۱
۶	عزیزی و محمدی، ۱۳۹۴	DB	-۱/۹۶	-۰/۴۱	-۳	۱۸	بختیاری و عابدی، ۱۳۹۱	MB	-۲/۷۱	-۰/۹۹	-۴/۲۵	۰/۰۰۰
۷	حبیبی و همکاران، ۱۳۹۴	DB	-۱/۲۹	-۰/۱۷	-۲/۰۲	۱۹	طالبی زاده و همکاران، ۱۳۹۱	MB	-۲/۲۷	-۰/۲۹	-۲/۵۴	۰/۲۰
۸	زمانی و همکاران، ۱۳۹۴	DB	-۱/۴۶	-۴/۸۲	-۵/۳۰	۲۰	عیسی نژاد و دشت بزرگی، ۱۳۹۶	BA ^۳	-۵/۱۸	-۲/۷۲	-۶/۲۹	۰/۰۰۰
۹	حسن خانی و همکاران، ۱۳۹۴	DB	-۲/۳۱	-۰/۱۷	-۲/۲۷	۲۱	ولیان و همکاران، ۱۳۹۵	BA	-۰/۸۴	۰/۱۸	-۱/۲۷	۰/۰۰۰
۱۰	مامی و همکاران، ۱۳۹۴	DB	-۳/۳۴	-۱/۰۱	-۳/۶۶	۲۲	پرهون و همکاران، ۱۳۹۳	BA	-۳/۸۹	-۱/۵۶	-۴/۶۰	۰/۰۰۰
۱۱	آسمند و همکاران، ۱۳۹۳	DB	-۰/۶۴	۰/۳۵	-۰/۵۷	۲۳	زمستانی و همکاران، ۱۳۹۲	BA	-۷/۶۹	-۴/۱۸	-۶/۶۳	۰/۰۰۰
۱۲	ندیمی و همکاران، ۱۳۹۳	DB	-۵/۹۱	-۲/۷۲	-۵/۲۹							۰/۰۲۴

یافته‌های جدول ۴-۴ نشان می‌دهد که فقط مطالعات شماره ۱، ۲، ۹، ۱۱، و ۱۹ معنادار نیست، اما مابقی مطالعات در با اطمینان ۰/۹۵ درصد معنادار می‌باشند. از بین مطالعاتی که معنادار هستند، بزرگترین مقدار اندازه اثر مربوط به مطالعه زمستانی و همکاران (۱۳۹۵)، زمستانی و همکاران (۱۳۹۲)، و عیسی نژاد و دشت بزرگی (۱۳۹۶) است. به طور کلی مقدار انداز اثر در اغلب پژوهش‌ها بالا است.



- ۱۹ طالبی زاده و همکاران، ۱۳۹۱
 ۲۰ عیسی نژاد و دشت بزرگی، ۱۳۹۶
 ۲۱ ولیان و همکاران، ۱۳۹۵
 ۲۲ پرهون و همکاران، ۱۳۹۳
 ۲۳ زمستانی و همکاران، ۱۳۹۲

جدول ۴-۵. اندازه اثر درمان‌های موج سوم بر کاهش اختلالات خلقی در مدل ثابت و تصادفی و بررسی همگنی مطالعات

مدل	تعداد مطالعه	اندازه اثر	اندازه اثر با فاصله اطمینان ۰/۹۵					آزمون همگنی		
			وارینانس	حد پایین	حد بالا	مقدار Z	سطح معنادار ی	مقدار Q	درجه آزادی Q	سطح معناداری
ثابت	۲۳	-۱/۱۵	۰/۰۰۷	-۱/۳۱	-۰/۹۸	۱۳/۶۳	۰/۰۰۰	۲۲	۰/۰۰۰	۹۰/۵۵
تصادفی	۲۳	-۱/۸۸	۰/۰۰۸	-۲/۴۳	-۱/۳۲	-۲/۴۳	۰/۰۰۰			

همان‌طور که در نتایج جدول ۴-۵ مشاهده می‌گردد اندازه مداخلات درمان‌های موج سوم بر کاهش اختلالات خلقی در مدل ثابت و تصادفی معنادار است و میزان اندازه اثر به دست آمده بر اساس جدول تفسیر اندازه اثر کوهن (جدول ۳-۵)، در هر دو مدل ثابت و تصادفی زیاد است.

برای ارزیابی همگنی مطالعات، از آزمون Q کوکران استفاده شد. نتایج جدول ۴-۵ در این بخش حاکی از آن است که مقدار Q معنادار است، بنابر این مطالعات همگن نیستند. از آنجا که این شاخص به افزایش تعداد اندازه اثر حساس بوده و با افزایش تعداد اندازه اثر توان این آزمون برای رد همگنی بالا می‌رود، از مجذور I^2 استفاده می‌شود. ضریب مجذور I^2 دارای مقادیر صفر تا ۱۰۰ است و هر چه مقدار این ضریب به ۱۰۰ نزدیک باشد، ناهمگنی بیشتر است. به عبارت دیگر اگر مقدار I^2 ، برابر با ۲۵، ۵۰ و ۷۵ باشد، به ترتیب ناهمگنی، پایین، متوسط و بالا تفسیر می‌گردد (هیجینز و همکاران، ۲۰۰۳). بر این اساس I^2 ، در مطالعه حاضر ۹۰/۵۵ است، لذا ناهمگنی مطالعات مشخص می‌گردد. با توجه به وجود ناهمگنی مدل اثرات ثابت مد نظر قرار می‌گیرد (اورتگا، ۲۰۱۱).

بخشی از هر فراتحلیل ارزیابی سوگیری انتشار است که ناشی از انتشار پژوهش‌های چاپ شده (معنادار) و عدم انتشار پژوهش‌های چاپ نشده (غیر معنادار) و انواع خطاها می‌باشد. هر فراتحلیلی فی نفسه به سبب ملاک‌های انتخاب و حذف مطالعات مقداری سوگیری دارد. برای بررسی سوگیری انتشار از آزمون‌های مختلفی مانند N ایمن از خطا، رگرسیون خطی اگر و همکاران (۱۹۹۷) و همبستگی رتبه بندی کندال و همچنین نمودار کیفی استفاده می‌شود. نمودار کیفی پراکندگی میانگین اثر پژوهشات را حول محور میانگین نشان می‌دهد. در نمودار کیفی زیر به بررسی سوگیری انتشار پرداخته می‌شود. در ادامه هر یک از روش‌های زیر برای پژوهش حاضر در این بخش ارائه شده است.

جدول ۴-۶. نتایج آزمون N ایمن از خطا برای بررسی تورش انتشار

مقدار Z برای مطالعات مشاهده شده	-۱۷/۱۹
مقدار P برای مطالعات مشاهده شده	۰/۰۰۰
آلفا	۰/۰۵
باقیمانده	۲
Z برای آلفا	۱/۹۵

۲۳	تعداد مطالعات مشاهده شد
۱۷۴۸	تعداد مطالعات گمشده‌ای که مقدار P را به آلفا می‌رساند

همانطور که در جدول ۴-۶ مشاهده می‌شود، در تمامی متغیرها، مقادیر Z با احتمال کمتر از 0.01 معنادار است. همچنین مقادیر N گمشده نیز نشان می‌دهد که چه تعداد مطالعه با اندازه اثر صفر نیاز است که به گروه مطالعات حاضر اضافه شود تا اثر معنادار به دست آمده، به اثر غیر معنادار تبدیل شود. از آنجا که تعداد مطالعات جا افتاده در تمامی بسیار بیشتر از تعداد مشاهده شده است، بنابر این نتیجه گرفته می‌شود که در مطالعات حاضر، سوگیری انتشار وجود ندارد، یا اینکه بسیار ناچیز است، زیرا هر قدر تعداد مطالعات گمشده بیشتر باشد، سوگیری کمتر است (هومن، ۱۳۸۷).

جدول ۴-۷. نتایج حاصل از بررسی روش رگرسیون خطی اگر و همکاران برای بررسی تورش انتشار

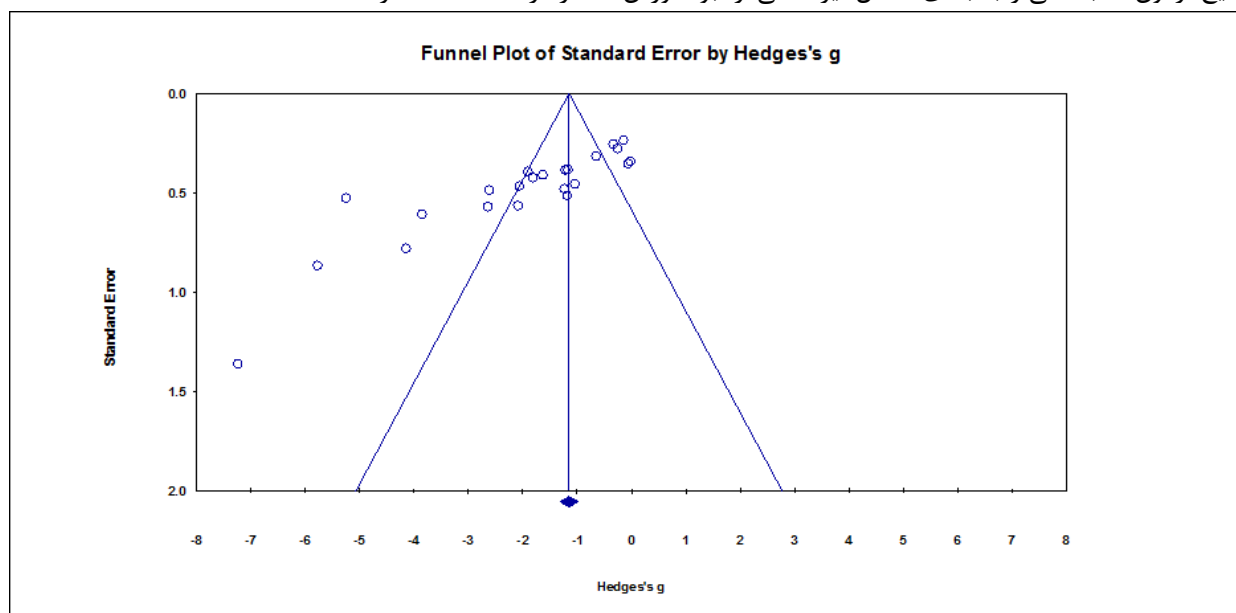
برش (B)	خطای استاندارد	T-value	درجه آزادی	حد پایین	حد بالا	سطح معناداری
۸/۱۵	۱/۰۸	۷/۵۴	۲۱	-۱۰/۴۰	-۵/۹۰	۰/۰۰۰۰

نتایج آزمون اگر در جدول ۴-۷ نیز حاکی از نبود تورش انتشار در مطالعات حاضر است.

جدول ۴-۸. نتایج حاصل از بررسی روش کندال برای بررسی تورش انتشار

مقدار ضریب کندال	مقدار Z	سطح معناداری
-۱۸۷	۴/۹۳	۰/۰۰۰

نتایج آزمون همبستگی رتبه بندی کندال نیز حاکی از نبود تورش انتشار در مطالعات حاضر است.



شکل ۴-۲. نمودار کیفی برای بررسی سوگیری انتشار درمان‌های موج سوم بر کاهش اختلالات خلقی

همان طور که در شکل ۴-۲ مشاهده می‌شود، مطالعات سوگیری انتشار کمی دارند، زیرا هم متقارن بوده و هم مطالعات حول میانگین قرار گرفته‌اند

سؤال سوم. کدام یک از انواع درمان‌های موج سوم بر کاهش اختلالات رفتاری مؤثرتر بوده است؟

جدول ۴-۹. مقایسه اندازه اثر انواع درمان‌های موج سوم بر کاهش اختلالات رفتاری در مدل ثابت و تصادفی و بررسی همگنی مطالعات

نوع مطالعه	مدل	تعداد مطالعه	اندازه اثر یا قاصه اطمینان ۰/۹۵							آزمون همگنی		
			اندازه اثر استاندارد	واریانس	حد پایین	حد بالا	مقدار Z	سطح معناداری	مقدار Q	درجه آزادی	سطح معناداری	آماره I-squared
ACT ^۱	ثابت	۴	-۰/۶۳	۰/۱۷	-۰/۹۷	-۰/۲۹	-۳/۶۶	۰/۰۰۰	۹۳/۵۷	۸	۰/۰۰۰	۹۱/۴۵
	تصادفی	۴	-۰/۷۴	۰/۳۶	-۰/۱۳	-۰/۰۴	-۲/۰۶	۰/۰۰۰	۶۷/۶۲	۹	۰/۰۰۰	۸۶/۶۹
DB ^۲	ثابت	۱۰	-۰/۸۸	۰/۱۳	-۰/۱۳	-۰/۶۳	-۶/۹۶	۰/۰۰۰	۳۷/۳۶	۴	۰/۰۰۰	۸۹/۲۹
	تصادفی	۱۰	-۱/۵۳	۰/۳۷	-۰/۱۴	-۲/۲۶	-۶/۱۱	۰/۰۰۰	۶۳/۴۲	۳	۰/۰۰۰	۹۵/۲۷
MB ^۳	ثابت	۵	-۲/۴۵	۰/۲۱	-۲/۸۶	-۲/۰۳	-۱۱/۵۲	۰/۰۰۰	۱/۴۵	۱/۲۱	-۳/۰۶	۴
	تصادفی	۵	-۲/۵۶	۰/۶۵	-۳/۸۴	-۱/۲۹	-۳/۹۴	۰/۰۰۰	۱/۴۵	۱/۲۱	-۳/۰۶	۴
BA ^۴	ثابت	۴	-۱/۳۹	۰/۲۱	-۱/۸۰	-۰/۹۷	-۶/۵۶	۰/۰۰۰	۱/۴۵	۱/۲۱	-۳/۰۶	۴
	تصادفی	۴	-۲/۰۶	۱/۲۱	-۵/۴۲	-۰/۶۹	-۲/۵۳	۰/۰۱۱				

^۱ -درمان مبتنی بر تعهد و پذیرش (acceptance and commitment therapy)

^۲ - رفتار درمانی دیالکتیکی (dialectical behavior therapy)

^۳ -درمان مبتنی بر ذهن آگاهی (mindfulness-based)

^۴ -فعال سازی رفتاری (behavioral activation)

همانطور که در نتایج جدول ۴-۹ مشاهده می‌گردد اندازه اثر درمان‌های موج سوم بر کاهش اختلالات رفتاری در مدل ثابت و تصادفی معنادار است و میزان اندازه اثر به دست آمده بر اساس جدول تفسیر اندازه اثر کوهن (نک، جدول ۵-۳ فصل سوم)، در هر دو مدل ثابت و تصادفی زیاد است. مقایسه درمان‌ها حاکی از آن است که به ترتیب درمان درمان مبتنی بر ذهن آگاهی و رفتار درمانی دیالکتیکی بیشترین تأثیر را در کاهش اختلالات خلقی دارند و فعال سازی رفتاری و درمان مبتنی بر تعهد و پذیرش در اولویت‌های بعدی قرار دارند.

پیشنهادهای پژوهشی

۱. به درمان‌گران و پژوهش‌گران حوزه اختلالات خلقی پیشنهاد می‌شود که در انتشار یافته‌های پژوهشی خود روند پژوهش و اطلاعات کاملی از نمونه‌ها، ابزار و روایی و پایایی آنها ارائه دهند و یافته‌های پژوهشی را به طور کامل گزارش نمایند تا فراتحلیل‌هایی با کارآمدی بالاتری انجام شود.
۲. به درمان‌گران و پژوهش‌گران حوزه اختلالات خلقی پیشنهاد می‌شود که از مداخلات مبتنی بر موج سوم شناختی رفتاری در کار با افراد دارای اختلالات خلقی بیشتر استفاده کنند تا در این حوزه مطالعات بیشتری منتشر شده و فراتحلیل‌هایی با واحد نمونه بیشتری انجام شود.

منابع

۱. قلخانی، الهام؛ صباحی، پرویز؛ طباطبایی، سیدموسی؛ رحیمیان بوگر، اسحق؛ شهبازی، علی (۱۳۹۶). اثربخشی گروه درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد بر حافظه سرگذشتی افراد افسرده غیر بالینی، نشریه روانشناسی و روانپزشکی شناخت، ۴(۱۷)، ۶۶-۷۵
۲. حر، مریم؛ آقایی اصغر؛ عابدی، احمد؛ عطاری، عباس (۱۳۹۶). تأثیر روش درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد درمانی بر میزان افسردگی بیماران مبتلا به دیابت نوع ۲، نشریه تحقیقات علوم رفتاری، ۴(۱۷)، ۶۶-۷۵

۳. پیرانی، ذبیح؛ عباسی، مسلم؛ کلوانی محمد؛ نوربخش، پریا؛ تاثیر درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر عزت نفس جنسی، ناگویی خلقی و سازگاری زناشویی در همسران جانبازان، نشریه طب جانبازان، (۱)۹، ۲۵-۳۲
۴. محمودی، حجت؛ قادری، صابر؛ (۱۳۹۶). اثربخشی درمان گروهی مبتنی بر پذیرش و تعهد بر افسردگی، استرس و اضطراب معنادار ترک کرده زندان مرکزی تبریز، نشریه اعتیاد پژوهی، (۱۲)۱۱، ۱۹۵-۲۱۰
۵. غلامحسینی، بهاره؛ خدابخشی کولایی، آناهیتا؛ تقوایی، داوود (۱۳۹۴). اثربخشی درمان گروهی مبتنی بر پذیرش و تعهد در بهبود افسردگی و تصویر بدنی در زنان مبتلا به چاقی، نشریه سلامت و مراقبت. (۴)۱۷، ۳۲۹-۳۳۹.
۶. حبیبی، مجتبی؛ اکبری پوربهداران، مصطفی؛ فلاحت پیشه، بابلی مریم (۱۳۹۵). اثربخشی رفتاردرمانی دیالکتیکی بر بهبود علائم بیماران مبتلا به افسرده خویی، مجله دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی اردبیل، (۱)۱۶، ۹۵-۱۰۴
۷. عزیزی، امیر؛ محمدی، جواد (۱۳۹۴). اثربخشی رفتار درمانی دیالکتیکی گروهی بر استرس ادراک شده و افسردگی بیماران سندرم روده تحریک پذیر، مجله پزشکی دانشگاه علوم پزشکی ارومیه، (۹)۲۶، ۷۹۳-۸۰۱
۸. مام، شهرام؛ سلطانی، شیرین؛ ابراهیمیان، شیرین (۱۳۹۵). مقایسه اثربخشی درمان رفتاری - شناختی و درمان رفتاری - دیالکتیکی بر افسردگی. مجله دانشگاه علوم پزشکی قم، (۱۲)۱۰، ۷۷-۸۶
۹. پاور، مایک (۲۰۱۰). شناخت درمانی هیجان مدار. ترجمه شهرام محمدخانی و محمد درهرج (۱۳۹۲). انتشارات و رای دانش
۱۰. آدریان، ولز (۲۰۰۹). درمان فراشناختی اضطراب و افسردگی. ترجمه شهرام محمدخانی (۱۳۹۰). (چاپ دوم). تهران، انتشارات و رای دانش
۱۱. سلمانی، بهزاد؛ حسنی، جعفر؛ کرمی، غلامرضا و محمدخانی، شهرام. (۱۳۹۲). اثربخشی درمان فراشناختی در سندرم شناختی/ توجهی (CAS) و راهبردهای نظم جویی شناختی هیجان (CER) بیماران مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر (GAD) مجله علوم رفتاری، دوره ۷، شماره ۲، ۲۵۴-۲۴۵
۱۲. مارتل، ک. آر؛ دیمیدجیان، سونا؛ و هرمن دان، رات. (۲۰۱۰). راهنمای عملی فعال سازی رفتاری برای درمان افسردگی. ترجمه شهرام محمدخانی، محمد درهرج و بهزاد سلمانی (۱۳۹۲). انتشارات و رای دانش.
۱۳. محمدخانی، شهرام و ظفر پناهی، مسعود. (۱۳۹۰). هیجان های منفی و استفاده آسیب زای اینترنت: نقش واسطه ای باورهای فراشناختی. فصلنامه پژوهش در سلامت روان شناختی، ۵، ۴۶-۳۴
۱۴. محمدخانی، شهرام؛ پورمند، نیلوفر؛ حسن آبادی، حمیدرضا. (۱۳۹۲). آزمون تجربی مدل فراشناختی نشخوار فکری و افسردگی در جمعیت غیربالینی. فصلنامه پژوهش های نوین روانشناسی دانشگاه تبریز، ۳۰، ۲۰۷-۱۸۵
۱۵. پورافکاری، نصرت ا. (۱۳۶۹). ژنتیک روانپزشکی: نقش ارث در بیماری های روانی. تبریز: موسسه تحقیقاتی و انتشاراتی ذوقی.
۱۶. بهرامی، فاطمه؛ نیکبیار، احمد (۱۳۸۴). اثربخشی روشهای مشاوره به شیوه رفتاری - فراشناختی، روانی آموزشی خانواده و دارو درمانی در کاهش عود حالات مانیا و افسردگی بیماران دوقطبی. مجله دانش و پژوهش در روانشناسی، شماره ۱۵.
۱۷. پور فرج عمران، مجید، اثربخشی درمان گروهی پذیرش و تعهد بر هراس اجتماعی دانشجویان، مجله دانش و تندرستی، ۱۳۹۰
۱۸. گلدر، مایکل؛ مایو، ریچارد؛ کن، فیلیپ (۱۳۸۲). درسنامه مختصر روانپزشکی آکسفورد. ترجمه: پورافکاری، نصرت ا. . تهران: انتشارات شهر آب.

19. Segal, Z. V., Williams, J. M. G., & Teasdale, J. D. (2002). Mindfulness-based cognitive therapy for depression: A new approach to preventing relapse. New York, NY: Guilford Press.

20. Ost LG. Efficacy of the third wave of behavioral therapies: a systematic review and meta-analysis. *Behav Res Ther* 2008; 46(3): 296-321.
21. Hayes SC. Acceptance and commitment therapy, relational frame theory, and the third wave of behavioral and cognitive therapies. *Behavior Therapy* 2004; 35(4): 639-65.
22. Cardaciotto LA. Assessing Mindfulness: The Development of a Bi-Dimensional Measure of Awareness and Acceptance [Thesis]. Philadelphia, PA: Drexel University; 2005.
23. Hayes SC, Bissett RT, Korn Z, Zettle RD, Rosenfarb IS, Cooper LD, et al. The Impact of Acceptance versus Control Rationales on Pain Tolerance. *The Psychological Record* 1999; 49(1): 33-47.
24. Roemer L, Orsillo SM. An acceptance- based behavior therapy for generalized anxiety disorder. In: Orsillo SM, Roemer L, Editors. *Acceptance- and Mindfulness-Based Approaches to Anxiety: Conceptualization and Treatment*. New York, NY: Springer; 2005. p. 213-40.
25. Sadock BJ, Sadock VA, Ruiz P. Kaplan and Sadock's comprehensive textbook of psychiatry. 9th ed. Philadelphia, PA: Lippincott Williams & Wilkins; 2009. p. 1108-38.
26. Sadock BJ, Sadock VA. Kaplan and Sadock's synopsis of psychiatry: Behavioral sciences/clinical psychiatry. 10th ed. Philadelphia, PA: Lippincott Williams & Wilkins; 2007. p. 284.
27. Kessler, R. C., McGonagle, K. A., Zhao Nelson, C. B. Hughers, M., Eshlem, S., Wittchen, H. U., & Kendler, K. S. (1994). Life time and 12-month prevalence of DSM-III-R psychiatric disorder in the United States. *Archives of General Psychiatry*, 51, 9-19.
28. Miller AL, Rathus JH, Linehan MM. *Dialectical behavior therapy with suicidal adolescents* Guilford Press; 2006.