

## اثربخشی درمان دیالکتیک بر ملامت خود و دیگران، نشخوارگری و فاجعه سازی زنان مبتلا به سرطان پستان

داود تقوایی<sup>۱</sup>، عباس مسجدی<sup>۲</sup> و مهدی جعفری<sup>۳</sup>

تندگیهای روان شناختی ناشی از بیماری سرطان، سبب اضطراب و افسردگی در بیماران شده و عدم کاهش و درمان این واکنشها، باعث طولانی تر شدن مدت بستری بیمار، اختلال در درمانهای پزشکی و کاهش امید به زندگی است. هدف پژوهش حاضر، اثربخشی رفتار درمانی دیالکتیک بر ملامت خود و دیگران، نشخوارگری و فاجعه سازی بیماران مبتلا به سرطان پستان بود. بدین منظور، طی یک طرح نیمه تجربی، ۱۶ نفر به صورت نمونه ی در دسترس از زنان مبتلا به سرطان پستان بیمارستان شهدای تجریش شهر تهران انتخاب و به طور تصادفی در دو گروه آزمایش و گواه کاربندی شدند. گروهها در ابتدا، آنها و دو ماه بعد اتمام درمان از نظر ملامت خود و دیگران، نشخوارگری و فاجعه سازی مورد آزمون قرار گرفتند سپس گروه آزمایش، طی ۱۰ جلسه ی ۹۰ دقیقه ای تحت آموزش رفتار درمانی دیالکتیک قرار گرفت. نتایج تحلیل کوواریانس نمرات نشان داد که رفتار درمانی دیالکتیک بر ملامت خود و دیگران، نشخوارگری و فاجعه سازی بیماران مبتلا به سرطان پستان موثر است. به نظر می رسد که می توان با وارد کردن این نوع مداخله ی روان شناختی، از بار هیجانی منفی این بیماری کاست و بهزیستی افراد مبتلا را بهبود بخشید.

**واژه های کلیدی:** رفتار درمانی دیالکتیک، ملامت خود، ملامت دیگران، نشخوارگری، فاجعه سازی، سرطان پستان

### مقدمه

سرطان، سومین علت مرگ و میر بعد از بیماری های قلب و عروق و سوانح و حوادث است (مردانی و شهرکی، ۲۰۱۰). در ایران، سالانه بیش از ۷۰ هزار مورد جدید از سرطان تخمین زده می شود (کریمی، فلاحت پیشه، جهانی و همکاران، ۲۰۱۲). تشخیص و درمان سرطان پستان، فرایندی همراه با پریشانی های هیجانی است. زنان مبتلا با درمانهایی مثل شیمی درمانی، رادیوتراپی و عمل جراحی و عوارض جانبی ناخوشایندی مثل ریزش مو، حالت تهوع و مشکلات جنسی مواجه می شوند. درمان های

۱. دپارتمان روان شناسی بالینی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد اراک، اراک. ایران (نویسنده ی مسول) davoodtaghvaei@yahoo.com

۲. دپارتمان روان شناسی بالینی، دانشگاه علوم پزشکی دانشگاه شهید بهشتی، تهران، ایران

۳. دپارتمان روان شناسی سلامت، دانشگاه آزاد اسلامی کیش، جزیره ی کیش، ایران

طولانی، توانایی زنان را در برقراری نقش اجتماعی یا به عنوان زن خانه دار یا شاغل، مورد تهدید قرار می دهد و تاثیر نامطلوبی بر عملکرد خانوادگی، نقش زناشویی و نیز سطح کیفی زندگی آنها به جای می گذارد (حیاتی، شهسواری، محمودی، ۲۰۰۹). یافته های برخی از پژوهشگران از جمله زابورا، کربا هوکر و همکاران (۲۰۰۱) نشان می دهد که شیوع افسردگی، پریشانی و به طور کلی مشکلات روان شناختی در بیماران سرطانی، ۲۵ تا ۳۰ درصد است. ساتین، لیندن و فیلیس (۲۰۰۹) پتی کرو، بل و هانتر (۲۰۰۲) دریافتند که اجتناب، ناامیدی و درماندگی بالا، پیش بینی کننده ی افزایش احتمال عود بیماری است. مطالعه ی رینولد، هلی، تولز و همکاران (۲۰۰۵) نشان داد که در بیماران سرطانی، ابراز هیجان با افزایش احتمال بهبودی رابطه دارد. واتسون، هموود، هاویلند و همکاران (۲۰۰۵) دریافتند که میزان بهبودی در بیماران ناامید، کمتر است. سرطان پستان و عواقب آن، افراد مبتلا را دچار آشفتگی های هیجانی کرده و لزوم تنظیم هیجانی آنها را مطرح می سازد. تنظیم هیجان به معنای تلاش افراد برای تاثیر گذاشتن روی نوع، زمان و چگونگی تجربه و بیان، تغییر طول دوره یا شدت فرایندهای رفتاری، تجربی و یا جسمانی هیجانهاست و به طور خودکار یا کنترل شده، هشیار یا ناهشیار و از طریق به کارگیری راهبردهای تنظیم هیجان مانند باز ارزیابی، نشخوار فکری، خود اظهاری، اجتناب و باز داری (سولن و کرینگ، ۲۰۰۷) انجام می گیرد.

عدم تنظیم هیجان می تواند از عوامل زمینه ساز در شروع اختلالات روانی مانند افسردگی باشد. ارتباط افسردگی و دشواریهای تنظیم هیجانی در مطالعات انجام شده مورد بررسی قرار گرفته است (صالحی، بهرامی، باغبان و همکاران، ۲۰۱۲). به همین علت است که بسیاری از بیماران سرطانی مبتلا به افسردگی، به نوعی احساس منحصر به فرد بودن در زمینه ی مشکلات و افکار خود دارند. این احساس منحصر به فرد بودن باعث تشدید انزوای اجتماعی این بیماران شده و انزوای اجتماعی، احساس منحصر به فرد بودن را در آنها تقویت می کند (مختاری، نشاط دوست و مولوی، ۲۰۰۸). مطالعات انجام شده در بیماران مبتلا به سرطان نشان می دهد که شدت علائم و فشارهای روانی بر کیفیت زندگی تاثیر دارد (نوتاس، کافی، دیشلورر و همکاران، ۱۹۹۹). بیماری سرطان استقلال و توانایی فرد را برای شرکت موثر در خانواده و اجتماع تهدید می کند و او را به سوی احساس فقدان شایستگی و عدم اطمینان از خود سوق می دهد (گوتمن و واتسن، ۲۰۰۱)

رفتار درمانی دیالکتیکی، در تنظیم هیجان، مداخلات مربوط به درمان های شناختی- رفتاری را که مبتنی بر اصل تغییر است، با آموزه ها و فنون فلسفه ی شرقی ذن که مبتنی بر اصل پذیرش است در آمیخته و بر این اساس چهار مولفه ی مداخله ای را در شیوه ی درمان خود تحت عنوان هوشیاری

فراگیر بنیادین و تحمل پریشانی به عنوان مولفه های پذیرش و تنظیم هیجانی و کارآمدی بین فردی به عنوان مولفه های تغییر (رابین و کنز، ۲۰۰۴؛ میلر، راتوس و لینهان، ۲۰۰۷) مطرح می کند. از نظر لینهان یکی از ایرادهای اصلی رویکردهای شناختی آن است که بین تزه های درمانگر و بیمار یکپارچگی برقرار نمی کند زیرا در این رویکرد ها، اغلب تاکید اصلی بر ایجاد تغییر در هیجان ها شناخت ها و رفتارهای مراجع است. در این شرایط مراجع احساس می کند فرایند درمان نه تنها رفتارهای او را نامعتبر می سازد بلکه باعث می شود او خود را فردی نامعتبر بداند. نامعتبرسازی ادراک شده مشکلاتی را در جلسه درمان ایجاد می کند (لینهان، ۱۹۹۳). او مشکل درمانی فوق را با به کارگیری اصول آیین ذن به ویژه استفاده از تمرین های ذهن آگاهی حل می کند. آیین ذن مبتنی بر پذیرش محض واقعیت است. از سوی دیگر، پذیرش بدون قید و شرط و معبرسازی بیش از اندازه ی رفتار های مراجع نیز مشکلاتی به همراه دارد، از جمله آن که مراجع تصور می کند مشکلات او جدی گرفته نشده است. بدون توجه به تغییر و حل مساله، رفتارهای مداخله گر در درمان دوباره رخ خواهد داد. بنابراین از نظر لینهان، برقراری تعادل میان ایجاد تغییر و پذیرش واقعیت، راهکاری مناسب در روان درمانی است (سوالز و هیرد، ۲۰۰۹).

ذهن آگاهی، احساس بدون قضاوت و متعادلی از آگاهی است که به واضح دیدن و پذیرش هیجانات و پدیده های فیزیکی، همان طور که اتفاق می افتند، کمک می کند (براون و رایان، ۲۰۰۳). آموزش ذهن آگاهی یکی از درمان های کاهش استرس است که در آن بازنمایی ذهنی اشیا موجود در زندگی که از کنترل بلافاصله ی انسان خارج است، از طریق تنفس و فکر کردن آموزش داده می شود (کابات زین، ماسین، کریستلر و همکاران، ۱۹۹۲). آموزش ذهن آگاهی، کاهش پریشانی روان شناختی (استافین، جاولا، براون و همکاران، ۲۰۰۶) و نشانه های اضطراب و افسردگی (ایوان، فراندو، فینلر و همکاران، ۲۰۰۸) را به دنبال دارد و موجب بهبود بهزیستی روانی، جسمانی، هیجانی و معنوی (فلوکلکول، وینسنت، چا و همکاران، ۲۰۱۰) بهبود کیفیت خواب (شاپیرو، پوتزین، فیگوردو، ۲۰۰۳) می شود. در بررسی نقش ذهن آگاهی در عاطفه و خلق، نتایج نشان می دهد که ذهن آگاهی پیش بینی کننده ی رفتار خودتنظیمی و حالات هیجانی مثبت بوده و از طریق ترکیب سرزندگی و واضح دیدن تجربیات می تواند تغییرات مثبتی را در شادکامی و بهزیستی ایجاد نماید (براون و رایان، ۲۰۰۳) و باعث کیفیت زندگی بهتر، لذت بردن از زندگی شده و نقش مهمی در کاهش نشانه های کوتاه مدت و درازمدت خلق افسرده دارد (گوودفرن، وان هرینکن، ۲۰۱۰).

این مداخله در درمان اختلالات شخصیت (سولار، پاسکول، تیانا و همکاران، ۲۰۰۹)، اختلالات خوردن به ویژه پرخوری عصبی (تیچ، گراس و لینهان، ۲۰۰۱)، سومصرف مواد (لینهان، دیموف، رینولز و همکاران، ۲۰۰۲)، مشکلات کودکان (هسلینگر، تباتز، نیبرگ و همکاران، ۲۰۰۲) افکار خودکشی (کراگر، شویگر، والرینجا و همکاران، ۲۰۰۶)، کاهش اضطراب و تحریک پذیری (کراگر و همکاران، ۲۰۰۶) نتایج موفقیت آمیزی داشته است. با توجه به آنچه گفته شد، هدف پژوهش حاضر بررسی تاثیر رفتار درمانی دیالکتیک بر ملامت خود و دیگران، نشخوارگری و فاجعه سازی بیماران مبتلا به سرطان پستان بود.

## روش

این پژوهش، یک طرح نیمه آزمایشی بود که با روش پیش آزمون- پس آزمون با گروه کنترل انجام شد. جامعه ی پژوهش شامل بیماران زن مبتلا به سرطان پستان بیمارستان شهدای تجریش شهر تهران بود. از این جامعه، ۱۶ نفر با روش نمونه ی در دسترس انتخاب و به طور تصادفی در دو گروه ۸ نفری آزمایش و انتظار کاربردی شدند. هر دو گروه قبل و بعد از آموزش با پرسشنامه ی تنظیم هیجانی گرانفسکی<sup>۱</sup> مورد آزمون قرار گرفتند. سپس گروه آزمایش در ۱۰ جلسه ی ۹۰ دقیقه ای تحت درمان دیالکتیکی قرار گرفت ولی گروه کنترل هیچگونه آموزشی دریافت نکرد.

پرسشنامه ی تنظیم شناختی هیجان توسط گرانفسکی و همکاران (۲۰۰۱) تدوین شده است. این پرسشنامه، پرسشنامه ای چند بعدی و یک ابزار خود گزارشی است که دارای ۳۶ ماده است. مقیاس تنظیم شناختی هیجان ۹ راهبرد ملامت خویش، پذیرش، نشخوارگری، تمرکز مجدد مثبت، تمرکز مجدد بر برنامه ریزی، ارزیابی مجدد مثبت، دیدگاه پذیری، فاجعه انگاری و ملامت دیگران را ارزیابی می کند. در این پرسشنامه از فرد خواسته می شود تا واکنش خود را در مواجهه با تجارب تهدید آمیز و رویدادهای استرس زای زندگی که به تازگی تجربه کرده اند را به وسیله ی پاسخ به ۵ تا پرسش که استراتژی برای کنترل و تنظیم هیجان را ارزیابی می کند، مشخص نماید. ضریب آلفا خرده مقیاس های این پرسشنامه به وسیله ی گرانفسکی و همکاران (۲۰۰۲) در دامنه ی ۰/۷۱ تا ۰/۸۱ گزارش شده است. سامانی و جوکار (۲۰۰۶) اعتبار و پایایی این پرسشنامه را مورد تایید قرار داده اند. در این پژوهش خرده مقیاس های ملامت خود، ملامت دیگران، نشخوارگری و فاجعه سازی مورد تحلیل قرار گرفت.

## شیوه ی اجرا

در این پژوهش ابتدا طی فراخوانی لیستی از افراد مبتلا به سرطان بیمارستان شهدای تجریش که داوطلب شرکت در جلسات آموزش دیالکتیک بودند، تهیه شد سپس از میان آنها ۱۶ نفر انتخاب و به صورت تصادفی به دو گروه ۸ نفری تقسیم شدند. چهار مهارت مهم رفتاردرمانی دیالکتیک یعنی مهارت تحمل پریشانی، مهارت تنظیم هیجانی، مهارت ذهن آگاهی و مهارت روابط بین فردی، به صورت گروهی در جلسات نود دقیقه ای به صورت هفتگی اجرا شد. در جدول ۱ خلاصه ی اقدامات درمانی به نقل از وزیری و لطفی کاشانی (۲۰۱۳) ارایه شده است.

### جدول ۱. محتوای جلسات آموزشی مبتنی بر رفتار درمانی دیالکتیک (به نقل از وزیری و لطفی کاشانی، ۲۰۱۳)

---

جلسه ی اول: خوشامدگویی، اجرای پیش آزمون، هدف از روش درمان
جلسه ی دوم: چرا باید این مهارت را بیاموزیم؟، دیدگاههای درست در مورد هیجان ها کدامند؟، مروری بر هیجان های اولیه و ثانویه، همه ی هیجان ها به ما کمک می کنند.
جلسه ی سوم: نام گذاری هیجانها، چگونه هیجانها عمل می کنند؟ و تحلیل عملکردی، مباحثه در مورد تفاسیری که هر فرد در مورد هیجان هایش دارد (اسطوره ها) توجه به نقش ذهن هیجانی و ذهن منطقی و ذهن خردمندانه در مورد تفاسیر و پاسخ به هیجان ها.
جلسه ی چهارم: نقش خودگویی های مثبت در مورد هیجانها، مشاهده و توصیف هیجان ها و مهارت حل مساله.
جلسه ی پنجم: آموزش مهارت زندگی در زمان حال یا ذهن آگاهی
جلسه ی ششم: تصمیماتی در راستای مهارت کاهش آسیب پذیری و تحمل پریشانی (دوری از ذهن هیجانی و تبدیل رنج به درد).
جلسه ی هفتم: تسلط بر دنیای خود، آموزش برنامه ریزی برای افزایش تجارب مثبت، تهیه ی فهرستی از فعالیت های لذت بخش.
جلسه ی هشتم: آگاهی بر هیجان ها و انجام عمل مخالف در برابر ترس، احساس گناه و شرم، خشم و افسردگی.
جلسه ی نهم: کاربرد مهارت حل مساله و عمل مخالف در مورد ترس، خشم، احساس گناه و غمگینی.
جلسه ی دهم: مرور جلسات و تمرین مهارتهای آموخته شده و اجرای پس آزمون.

---

در این پژوهش به منظور بررسی تاثیر درمان مبتنی بر رفتار درمانی دیالکتیک بر ملامت خود، ملامت دیگران، نشخوارگری و فاجعه انگاری بیماران مبتلا به سرطان پستان، از تحلیل کواریانس چندگانه استفاده شد. داده ها با شانزدهمین ویرایش نرم افزار SPSS مورد تحلیل قرار گرفت.

## یافته ها

در جدول ۲ مولفه های توصیفی نمرات آزمودنی ها به تفکیک پیش آزمون، پس آزمون و مرحله ی پیگیری در گروه های آزمایش و گواه ارایه شده است.

جدول ۲. شاخص های توصیفی نمرات مقیاس های نظم جویی هیجانی

پیگیری	پس تست		پیش تست		ملاطت خویش	گروه آزمایشی
	Sd	M	Sd	M		
۱/۱۹۵	۹	۱/۱۶۵	۹/۲۵	۱/۲۴۶	۱۱/۸۸	گروه آزمایشی
۱/۰۳۵	۱۲/۲۵	۱/۲۸۲	۱۲/۲۵	۱/۳۰۹	۱۲	گروه گواه
۱/۸۵۱	۸/۷۵	۱/۰۶۹	۸/۵	۱/۱۲۶	۱۲/۱۲	گروه آزمایشی
۱/۳۶۵	۱۲/۱۲	۱/۳۵۶	۱۲/۱۲	۰/۸۳۵	۱۲/۱۲	گروه گواه
۱/۹۸۲	۹/۷۵	۱/۷۷۳	۹/۵	۱/۲۴۶	۱۱/۸۸	گروه آزمایشی
۱/۴۱۴	۱۲/۵	۱/۱۸۸	۱۲/۳۸	۱/۵۱۲	۱۲/۵	گروه گواه
۱/۰۶۹	۹	۱/۱۶۵	۹/۲۵	۱/۲۴۶	۱۱/۸۸	گروه آزمایشی
۰/۹۱۶	۱۲/۶۲	۱/۲۸۲	۱۲/۷۵	۱/۳۵۶	۱۲/۱۲	گروه گواه

در ادامه، با رعایت مفروضه های آزمون تحلیل کوواریانس شامل طبیعی بودن توزیع، تساوی واریانس ها، فاصله ای بودن مقیاس اندازه گیری و انتخاب مستقل آزمودنی ها تحلیل کوواریانس انجام گرفت.

جدول ۳. نتایج تفاوت های بین گروهی برای افسردگی، اضطراب و نظم جویی شناختی هیجانی

اثر	Sig	F	MS	SS	پیش تست و پس تست	ملاطت خویش
۰/۷۸۱	۰/۰۰۱	۴۶/۴۷۷	۳۳/۸۰۸	۳۳/۸۰۸	پیش تست و پس تست	ملاطت خویش
۰/۷۸۴	۰/۰۰۱	۴۷/۱۸۰	۵۲/۵۶۲	۵۲/۵۶۲		ملاطت دیگران
۰/۵۸۲	۰/۰۰۱	۱۸/۰۹۹	۲۱/۵۳۲	۲۱/۵۳۲		نشخوارگری
۰/۷۴۵	۰/۰۰۱	۳۸/۰۷۲	۴۵/۱۹۳	۴۵/۱۹۳		فاجعه انگاری
۰/۹۵۰	۰/۰۰۴	۰/۰۰۵	۰/۰۰۵	۰/۰۰۵	پس تست و پیگیری	ملاطت خویش
۰/۴۷۱	۰/۵۵۲	۰/۹۳۳	۰/۹۳۳	۰/۹۳۳		ملاطت دیگران
۰/۷۶۴	۰/۰۷۱۲	۰/۷۵۱	۰/۷۵۱	۰/۷۵۱		نشخوارگری
۰/۸۵۶	۰/۰۳۴	۰/۰۴۳	۰/۰۴۳	۰/۰۴۳		فاجعه انگاری

نتایج جدول ۳ نشان داد که نتایج بعد از دو ماه پایدار مانده است.

### بحث و نتیجه گیری

هدف پژوهش حاضر، بررسی تاثیر رفتار درمانی دیالکتیک بر ملامت خود، ملامت دیگران نشخوارگری و فاجعه انگاری بیماران مبتلا به سرطان پستان بود. هیجان یکی از عوامل روان شناختی است که نقش موثری در سلامتی و کیفیت زندگی بیماران مبتلا به سرطان پستان دارد. هیجان نقش مهمی در جنبه های مختلف زندگی نظیر سازگاری با تغییرات زندگی و رویدادهای استرس زا ایفا می کند، به همین دلیل است که تنظیم هیجان، موضوعی مهم در سازماندهی رفتار سازگارانه و جلوگیری از هیجان های منفی و رفتارهای ناسازگارانه به حساب می آید (گارنفسکس و همکاران، ۲۰۰۲؛ گارنفسکی و همکاران، ۲۰۰۱). تنظیم هیجان، مشتمل بر راهکار هایی است که باعث کاهش حفظ و یا افزایش یک هیجان می شود و به فرایندهایی اشاره دارد که بر هیجان های کنونی فرد و چگونگی تجربه و بروز آن ها اثر می گذارد (گراس، ۱۹۹۸). تنظیم هیجان نقشی اصلی در تحول به هنجار داشته و ضعف در آن، عاملی مهم در ایجاد آسیب های روانی به شمار می رود (سیچدی و کوهن، ۲۰۰۶). به همین دلیل متخصصان معتقدند افرادی که قادر به مدیریت صحیح هیجانانگشان در برابر وقایع زندگی نیستند، بیشتر از سایرین دچار آسیب های روانی می شوند (نولن- هوکسما، ۲۰۰۸). بنابراین تنظیم هیجان، عاملی مهم و تعیین کننده در بهزیستی روانی است. کنترل شناختی آگاهانه ی هیجان رابطه ی نزدیکی با مفهوم سبک های مقابله ای شناختی دارد. راهکارهای کنترل هیجان را می توان به دو دسته راهبرهای سازگارانه و ناسازگارانه تقسیم نمود. راهکار هایی مانند ملامت خود نشخوارگری، ملامت دیگران و فاجعه سازی در دسته راهبرهای ناسازگارانه قرار می گیرند. در همین راستا می توان گفت از یک سو استفاده از راهکار های سازگارانه جهت تنظیم هیجانانگ در تعدیل استرس های ادراکی موثر بوده و مانع از ابتلا به بیماری های مزمن می شود؛ از سوی دیگر، استفاده از راهکار های ناسازگارانه در تنظیم هیجان سبب بروز برخی آسیب های روانی نظیر افسردگی اضطراب، پرخاشگری و خشونت می شود. نتایج تحلیل کواریانس داده ها نشان داد که رفتار درمانی دیالکتیک، در ملامت خود، ملامت دیگران، نشخوارگری و فاجعه انگاری موثر بوده است. این یافته با دیگر یافته ها در این زمینه همسویی دارد (باتمن و فوناقی، ۲۰۰۰؛ سینها، ۲۰۱۱؛ دایمف و کروتر، ۲۰۰۷؛ وزیری و لطفی کاشانی، ۲۰۱۴؛ اولدهام و همکاران، ۲۰۰۱).

رفتار درمانی دیالکتیکی، چهار مولفه ی مداخله ای را در شیوه ی درمان خود تحت عنوان هوشیاری فراگیر بنیادین و تحمل پریشانی به عنوان مولفه های پذیرش و تنظیم هیجانی و کارآمدی بین فردی به عنوان مولفه های تغییر (رابین و کنز، ۲۰۰۴؛ میلر، راتوس و لینهان، ۲۰۰۷) مطرح کرده است.

آموزش های درمانی ذهن آگاهی و تنظیم هیجان از جمله درمان هایی هستند که می توانند بر متغیرهای روان شناختی زنان مبتلا به سرطان پستان تاثیر مثبت بگذارند. ذهن آگاهی، احساس بدون قضاوت و متعادلی از آگاهی است که به واضح دیدن و پذیرش هیجانات و پدیده های فیزیکی، همان طور که اتفاق می افتند، کمک می کند. آموزش ذهن آگاهی، کاهش پریشانی روان شناختی را به دنبال دارد و موجب بهبود بهزیستی روانی، جسمانی و هیجانی می شود. در بررسی نقش ذهن آگاهی در عاطفه و خلق، نتایج نشان می دهد که ذهن آگاهی پیش بینی کننده ی رفتار خودتنظیمی و حالات هیجانی مثبت بوده و از طریق ترکیب سرزندگی و واضح دیدن تجربیات می تواند تغییرات مثبتی را در شادکامی و بهزیستی ایجاد کند.

به نظر می رسد که بیماران مبتلا به سرطان پستان برای اجتناب از هیجان های منفی، از راهبردهای مقابله ای ناسازگارانه استفاده می کنند. با توجه به ارتباط راهبردهای مقابله ای با راهبردهای نظم جویی هیجان، می توان تصور کرد این بیماران از راهبردهای نامناسبی برای نظم جویی هیجان نیز بهره مند خواهند بود. این مساله موضوعی دو طرفه است. همانگونه که آگوستین و همکاران (۲۰۰۸) نشان دادند، افرادی که در زندگی هیجانات منفی بیشتری را تجربه می کنند، اگر مستعد ابتلا به این بیماری باشند، زودتر به این بیماری مبتلا می شوند همچنین، معلوم شده است که این گروه نسبت به گروه کنترل تمایل بیشتری به کنترل عکس العمل های عاطفی خود به خصوص خشم دادند و برای پاسخ به استرس از سبک مقابله ای سرکوب گرایانه و بازدارنده بیشتری استفاده می کنند (واتسن، ۱۹۸۴) و نسبت به دیگران در رویارویی با استرس از سبک انکار استفاده می کنند (موریس و همکاران، ۱۹۸۱).

## References

- Augustine, A., Larsen, R.J., Walker, M.S., & Fisher, E.B. (2008). Personality predictors of time course for lung cancer onset. *J Res pers*, 42(6): 1448-55.
- Breznyak, M., & Whisman, M. (2004). Sexual desire and relationship functioning: It's effect of marital satisfaction and power. *Journal of Sex and Marital Therapy*, 30(3): 199-217.
- Broman, C.L. (2005). Marital quality in black and white marriages. *Journal of Family Issues*, 26(4), 431-441.
- Browall, M., Ahlberg, K., & Karlsson, P. (2008). Danielson E, Persson LO, Gaston-Johansson F. Health-related quality of life during adjuvant treatment for breast cancer among postmenopausal women. *European Journal of Oncology Nursing*, 12 (3), 180-189.
- Brown, K.W., & Ryan, R.M. (2003). The benefits of being present: mindfulness and its role in psychological well-being. *J Pers Soc Psychol*, 84(4), 822-48.
- Byers, E. S. (2005). Relationship satisfaction and sexual satisfaction. A longitudinal study of individuals in long-term relationships. *Journal of Sex Research*, 42(2): 113-118.
- Chochinov, H. M. (2001). Depression in cancer patients. *The Lancet Oncology*, 2 (8), 492-505. 4.
- Cicchetti, D., Cohen, D. J. (2006). *Developmental Psychopathology*. Second edition. Published: John Wiley & Sons.



- Evans, S., Ferrando, S., Findler, M., Stowell, C., Smart, C., & Haglin, D. (2008). Mindfulness-based cognitive therapy for generalized anxiety disorder. *J Anxiety Disord.*, 22(4),716-21.
- Fann, J.R., Thomas-Rich, A.M., Katon, W.J., Cowley, D., Penning, M., McGregor, B.A., & Gralow, J. (2008). Major depression after breast cancer: a review of epidemiology and treatment. *General Hospital Psychiatry*, 30 (2), 112-126.
- Flugel Colle, K. F., Vincent, A., Cha, S.S., Loehrer, L. L., Bauer, B. A., & Wahner-Roedler, D.L. (2010). Measurement of quality of life and participant experience with the mindfulness-based stress reduction program. *Complement Ther Clin Pract*, 16(1),36-40.
- Garnefski, N., Kraaij, V., & Spinhoven, P.(2001). Negative life events, cognitive emotion regulation and emotion problems. *Personality and Individual Differences*, 30, 1311-1327.
- Garnefski, N., Van der kommer, T., Kraaij, V., Teerds, J., Legerstee, J., & Tein, E. O. (2002). The Relationship between Cognitive Emotion Regulation Strategies and Emotional Problems: Comparison between a Clinical and a Non-Clinical Sample. *European Journal of Personality*, 16, 403-420.
- Godfrin, K. A., & Van Heeringen, C. (2010). The effects of mindfulness-based cognitive therapy on recurrence of depressive episodes, mental health and quality of life: A randomized controlled study. *Behav Res Ther*, 48(8),738-46.
- Hayati, F., Shahsavari, A., Mahmodi, M. (2009). Relation psychic convenience with individual factors of patients with breast cancer in hospitals of Tehran University of Medical Science. *Journal of Iran breast diseases*, 2(1).pp:23-28. [Persian].
- Hesslinger, B., Tebartz van Elst, L., Nyberg, E., Dykierck, P., Richter, H., Berner, M., & et al. (2002). Psychotherapy of attention deficit hyperactivity disorder in adults: a pilot study using a structured skills training program. *Eur Arch Psychol Clin*, 252, 177-84.
- Jacobsen, P.B., Jim, H.S.(2011). Consideration of quality of life in cancer survivorship research. *Cancer Epidemiol Biomarkers Prev*, 20 (10), 2035-2041.
- Kabat-Zinn, J., Massion, A.O., Kristeller, J., Peterson, L.G., Fletcher, K.E., Pbert, L., & et al.(1992). Effectiveness of a meditation-based stress reduction program in the treatment of anxiety disorders. *Am J Psychiatry*, 149(7),936- 43.
- Karami, O., Falahat-pisheh, F., Jahani, H., & Beiraghdar, N. (2010). Quality of life in cancer patients in Qazvin 2007. *JQUMS*.14(3). pp: 80-87. [Text in Persian].
- Kieviet-Stijnen, A., Visser, A., Garssen, B., & Hudig, W. (2008). Mindfulness-based stress reduction training for oncology patients: patients' appraisal and changes in well-being. *Patient Educ Couns*, 72(3),436-42.
- Linehan, M. M., Dimeff, L. A., Reynolds, S. K., Comois, K. A., Welch, S. S., Heagerty, P., & et al.(2002). Dialectical behavior therapy versus comprehensive validation therapy plus 12-step for the treatment of opioid dependent women meeting criteria for borderline personality disorder. *Drug Alcohol Depend*, 67,13-29.
- Linehan, M.M. (1993). *Cognitive-behavior treatment of borderline personality disorder*. New York, USA: the Guilford press.
- Mardani, M., & shahraki, A. (2010). Relationship psychologic health and Quality of life in cancer patients. *Journal of shaid sadooghi of yazd medical*, 18(2),pp:111-17. [Text in Persian].
- Miller, A. M., Rathus, J. H., & Linehan, M.M. (2007). *Dialectical behavior therapy with suicidal adolescents*. New York: Guilford; 38-95.
- Mokhtari, S., Neshat Doost, H. T., Molavi, H. (2008). The Effect of Cognitive-Behavior Group Therapy on Depression and Dogmatization of Patients with Multiple Sclerosis(M.S). *Journal of Psychology*.12(3),242-51.[Persian]
- Nichols, M. P. (2005). Concurrent discriminant validity of the Kansas marital satisfaction scale. *Journal of Marriage and the Family*, 48(2): 381-387.
- Nolen-Hoeksema, S., Wisco, B. E., Lyubomirsky, S. (2008). Rethinking rumination. *Perspectives on Psychological Science*, 3, 400 – 424.
- Northouse, L. L., Caffey, M., Deichelbohrer, L., Schmidt, L., Guziatck-Trojniak, L., & West, S. (1999). The quality of life of African American women with breast cancer. *Res Nurs Health*, 22(6), 449-60.
- Ostafin, B. D., Chawla, N., Bowen, S., Dillworth, T.M., Witkiewitz, K., & Marlatt, G. A. (2006). Intensive Mindfulness Training and the Reduction of Psychological Distress: A Preliminary Study. *Cognitive and Behavioral Practice*, 13(3), 191-7.
- Pettierew, M., Bell, R., & Hunter, H. (2002). Influence of psychological coping on survival and recurrence in people with cancer. *British Medical Journal*, 325, 1066-1075.
- Quatman, T., & Watson, C. M. (2001). Gender differences in adolescent self-esteem: an exploration of domains. *J Genet Psychol*, 162(1), 93-117.

- Reynolds, P., Huley, S., Tovers, M., & Jackson, M. (2005). Use of coping strategies and breast cancer survival. *American Journal of Epidemiology*, 9, 152.
- Robins, C. J., & Koons, C. R. (2004). *Dialectical behavior therapy of sever personality disorders*. In: Magnavita JJ. (editor). *Handbook of personality disorders: Theory and practice*. Philadelphia: Wiley and sons. 221-5
- Salehi, A., Baghban, I., Bahrami, F., & Ahmadi, A. S. (2012). The Effect of Emotional Regulation Training based on Dialectical Behavior Therapy and Gross Process Model on Symptom of Emotional problem. Zahedan. *Journal of Research in Medical Sciences*, 14(2), 49-55. [Persian]
- Satin, J. R., Linden, W., & Phillips, J. (2009). *Depression Increases Cancer Patients' Risk of Dying*. Retrieved from: www.AmericanCancer Society.com.
- Shapiro, S. L., Bootzin, R. R., Figueredo, A. J., Lopez, A. M., Schwartz, G. E. (2003). The efficacy of mindfulness-based stress reduction in the treatment of sleep disturbance in women with breast cancer: an exploratory study. *J Psychosom Res*, 54(1), 85-91.
- Siegel, R., Naishadham, D., & Jemal, A. (2012). Cancer statistics, 2012. *CA Cancer J Clin*, 62(1), pp:10-29.
- Sloan, D. M., & Kring, A. M. (2007). Measuring changes in emotion during psychotherapy: Conceptual and methodological issues. *Clin Psychol Sci Pract*, 14(4), 307-322.
- Soler, J., Pascual, J., Tiana, T., Barrachina, J., Gich, I., & Alvarez, E. (2009). Dialectical behavior therapy skills training ompared to standard group therapy in borderline personality disorder. *Behaviour Research and Therapy*, 44, 128-33.
- Swales, M. A., & Heard, H. L. (2009). *Dialectical behavior therapy*. New York. Rutledge.
- Telch, C. F., Agras, W.S., & Linehan, M. M. (2001). Dialectical behavioral therapy for binge eating disorder. *J Couns Psychol*, 38, 1061-65.
- Ventegodt, S. (1998). Sex and the quality of life in Denmark. *Archi Sex Beh.*, 21, 295-302.
- Veroff, J., Young, A., & Coon, H. M. (2000). The early years of marriage. In R. M. Milardo & S. Duck (Eds.), *Families as relationships* (pp. 19-38). New York: John Wiley.
- Watson, M., Pettingale, K., & Greer, S. (1984). Emotional control and automatic arousal in breast cancer patient. *J Psychosomatic Research*, 28(6), 467-74.
- Watson, M., Homewood, J., Haviland, J., & Bliss, J. M. (2005). Influence of psychological response on breast cancer survival. *Journal of Cancer*, 41, 1710-1714.
- Young, M., Denny, G., & Young, T. (2000). Sexual satifaction among married women age 50 and older. *Psy Rep*, 86, 1107-22.
- Zabora, J., Curbow, B., Hooker, C., & Piantadosi, S. (2001). The prevalence of psychological distress by cancer site. *Psycho-Oncology*, 32, 19-28.

Journal of  
Thought & Behavior in Clinical Psychology  
Vol. 9 (No. 35), pp. 67-76, 2014

**Effectiveness of dialectical treatment on rebuke of oneself and others,  
rumination and catastrophizing of women with breast cancer**

**Taghvaie, Davood**

Islamic Azad University of Arak, Arak. Iran

**Masjedi, Abbas**

Islamic Azad University of Arak, Arak. Iran

**Jaefari, Mehdi**

Islamic Azad University of Arak, Arak. Iran

Received: May 11, 2014

Accepted: May 31, 2014

A Psychological stress caused by cancer patients, produces anxiety and depression in patients and lack of reduction and treatment of these reactions, causes longer duration of hospitalization, disorders in medical treatment and a reduction in life expectancy. The aim of the current study was the effectiveness of dialectical behavior therapy on rebuke of oneself and others, rumination and catastrophizing of women with breast cancer. For this purpose, in a semi-experimental study, 16 patients were selected from available samples of women with breast cancer from Shohada-e Tajrish Hospital in Tehran. They were then divided into two groups of control and experiment, randomly. The groups were tested at the beginning, at the end and two months after the completion of the treatment on rebuke of oneself and others, rumination and catastrophizing. The experimental group underwent 10 sessions of 90 minutes dialectical behavior therapy. Covariance analysis scores indicated that dialectical behavior therapy is effective on rebuke of oneself and others in breast cancer patients. It seems, by entering this type of psychological intervention, you can reduce the load of negative emotion and improve the well-being of patients.

**Keywords:** dialectical behavior therapy, emotion regulation, psychological well-being, breast cancer

*Electronic mail may be sent to: davoodtaghvaei@yahoo.com*