

اثربخشی رفتاردرمانی دیالکتیکی بر علائم افسردگی، اضطراب و استرس در بیماران مبتلا به اختلال بی‌اشتهایی عصبی: مورد پژوهی چهار بیمار

شهرام مامی^۱، شیرین ابراهیمیان^۲، شیرین سلطانی^۳

تاریخ دریافت ۱۳۹۵/۰۲/۰۳ تاریخ پذیرش ۱۳۹۵/۰۳/۳۱

چکیده

پیش‌زمینه و هدف: بی‌اشتهایی عصبی اختلالی است که در نتیجه هیجانات به‌هم‌ریخته روی می‌دهد. هدف پژوهش حاضر بررسی اثربخشی رفتاردرمانی دیالکتیکی بر علائم افسردگی، اضطراب و استرس در بیماران مبتلا به اختلال بی‌اشتهایی عصبی بود.

مواد و روش کار: در یک بررسی تک موردی آزمایشی از نوع خط پایه چندگانه فرایند درمان بر روی چهار آزمودنی که به روش در دسترس انتخاب شده بودند انجام گرفت. چهار شرکت‌کننده مبتلا به اختلال سازگاری افراد با اختلال بی‌اشتهایی عصبی، پیش از مداخله، حین مداخله و پس از مداخله ارزیابی شدند، ابزار اندازه‌گیری شامل مصاحبه بالینی بر طبق انجمن روانشناسی آمریکا (۲۰۱۳) و مقیاس افسردگی، اضطراب و استرس لایبوند و لایبوند (۱۹۹۵) بود. برای عینی سازی میزان بهبودی از فرمول درصدی بهبودی استفاده شد.

یافته‌ها: نتایج نشان داد، میزان بهبودی کلی در هر سه خرده مقیاس چهار متغیر به‌ترتیب ۰/۸۲، ۰/۸۱، ۰/۷۵ و ۰/۷۰ درصد بود و میزان بهبودی کلی بین ۴ مراجعه‌کننده ۰/۷۷ بوده است که نشانگر اثربخشی رفتاردرمانی دیالکتیک بر کاهش متغیرهای افسردگی، اضطراب و استرس افراد مبتلا به اختلالات خوردن بود. **بحث و نتیجه‌گیری:** نتایج بررسی این چهار آزمودنی، حاکی از اثربخشی بالینی رفتاردرمانی دیالکتیکی در درمان علائم افسردگی، اضطراب و استرس در بیماران مبتلا به اختلال بی‌اشتهایی عصبی مؤثر است. هرچند این مطالعه فاقد گروه کنترل بود، اما یافته‌های پژوهش حاضر دلالت بر تعمیم‌پذیری بالای یافته‌های مربوط به رفتاردرمانی دیالکتیکی است. درنهایت، می‌توان گفت که این روش درمانی، مؤثر بوده و برای بررسی بیشتر اثربخشی آن، مطالعات ارزیابی کنترل‌شده‌ای در جهت رسیدن به نتیجه قطعی لازم است.

کلیدواژه‌ها: رفتاردرمانی دیالکتیک، افسردگی، اضطراب، استرس، اختلال بی‌اشتهایی عصبی

مجله پزشکی ارومیه، دوره بیست و هفتم، شماره پنجم، ص ۳۹۲-۳۸۴، مرداد ۱۳۹۵

آدرس مکاتبه: ایلام: دانشگاه آزاد اسلامی واحد ایلام، تلفن: ۰۸۴-۴۴۵۲۸۷۶۸

Email: Shahram.mami@yahoo.com

مقدمه

هرزه‌خواری^۴، اختلال نشخوار^۵، اختلال اجتناب/محدودیت غذا^۶،

بی‌اشتهایی عصبی^۷، پرخوری عصبی^۸، اختلال خوردن به مقادیر

اختلالات خوردن^۹، اختلالات پیچیده‌ای هستند که ریشه در

مسائل روانی، اجتماعی و فرهنگی دارند (۱). اختلالاتی که در

DSM-5^{۱۰} جزو اختلالات خوردن قرار گرفته‌اند عبارت‌اند از: اختلال

^۱ استادیار، گروه روانشناسی، دانشگاه آزاد اسلامی ایلام، ایلام، ایران (نویسنده مسئول)

^۲ دانشجوی دکترا، روانشناسی عمومی، گروه روانشناسی، دانشگاه آزاد اسلامی ایلام، ایلام، ایران

^۳ دانشجوی دکترا، روانشناسی عمومی، گروه روانشناسی، دانشگاه آزاد اسلامی ایلام، ایلام، ایران

^۴ eating disorders

^۵ American Psychiatric Association, Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders 5 edition

^۶ Pica

^۷ Rumination disorder

^۸ Avoidant restrictive food intake disorder

^۹ Anorexia Nervosa

^{۱۰} Bulimia Nervosa

زیاد^۱؛ اختلالات خوردن ناشناخته^۲ (۲). در چهارمین و پنجمین مجموعه تشخیصی و آماری انجمن روان پزشکی آمریکا (۲، ۳) بی‌اشتهایی روانی و پرخوری روانی به‌عنوان عمده‌ترین اختلال‌های خوردن شناخته شده‌اند.

طبق گزارش انجمن روان پزشکی آمریکا، بی‌اشتهایی عصبی به دلایل هیجانی (احساسی) روی می‌دهد. افراد مبتلا به این اختلالات اشتها یا علاقه خود به غذا را از دست نمی‌دهند بلکه به خود گرسنگی داده و در برابر داشتن وزن عادی و حداقل مقاومت می‌کنند (۲). این اختلال بیشتر در دختران نوجوان دیده می‌شود و شیوع آن بین ۱۳ تا ۱۶ سالگی است و اغلب بعد از یک دوره زندگی پراسترس یا یک دوره رژیم غذایی افراطی آغاز می‌شود. شیوع این اختلال در زنان تقریباً ۱۰ برابر مردان است (۴).

ویژگی اصلی این اختلال عبارت‌اند از: مقاومت در برابر حفظ حداقل وزن؛ ترس مرضی از چاق شدن؛ باور غلط درباره اندام که حتی در لاغری مفرط نیز فرد فکر می‌کند چاق است (۱). اغلب تصور می‌شود که پایین آوردن وزن بدن و لاغر شدن یک موفقیت بزرگ، اما افزایش وزن و چاق شدن نتیجه بی‌ارادگی و کنترل نداشتن بر خود است حتی زمانی که افراد مبتلا به بی‌اشتهایی عصبی اعتراف می‌کنند که بیش‌ازحد لاغر هستند، بازهم اهمیت مشکلات پزشکی ناشی از این حالت را انکار می‌کنند و تلاش آن‌ها این است که از میزان چربی در نقاطی از بدن که فکر می‌کنند بیش‌ازحد چاق هستند بکاهند (۵). انجمن روانشناسی آمریکا (۲) برای قضاوت در مورد اینکه آیا فرد بیش‌ازحد لاغر است یا نه معیارهای عینی تعیین می‌کند: اگر وزن بدن کم‌تر از ۸۵ درصد حد انتظار باشد، گفته می‌شود که فرد وزنی کم‌تر از حد استاندارد دارد. همچنین، معیارها بر ترس مرضی از افزایش وزن و تصور غلطی که افراد از اندام خود دارند متمرکز کنند.

اختلالات خوردن سلامت عمومی نوجوانان را به مخاطره می‌اندازد (۶) و رژیم غذایی سخت‌گیرانه و گرسنگی دادن به خود باعث اختلالات جسمی و روانی می‌شود و در نتیجه مرگ‌ومیر خودکشی بالای ناشی از اختلالات روان پزشکی نقش مهمی دارد (۷). در پژوهش‌های انجام‌شده اخیر مشخص شد که اختلالات خوردن با افسردگی، اختلالات اضطرابی، استرس و اختلال مصرف مواد رابطه دارد (۸). برای مثال بین ۵۰ تا ۶۸ درصد مبتلایان به اختلال بی‌اشتهایی عصبی، به افسردگی عمده طولانی‌مدت (حتی در تمام عمر) مبتلا هستند و بین ۱۵ تا ۶۹ درصد معیارهای اختلال وسواسی جبری و اختلال شخصیت وسواسی جبری (۱) و ۶۲ تا ۸۵ درصد معیارهای اضطراب را در مرحله‌ای از زندگی خود دارند (۹).

ویژگی‌های شخصیتی متعدد افراد مبتلا به اختلالات خوردن شامل کمال‌گرایی، خجالتی بودن، عدم ثبات هیجانی، نوروتیسم، عزت‌نفس پایین، توجه بیش‌ازحد به حس‌های فیزیکی، احساسات منفی یا افسردگی، وابستگی به دیگران یا عدم اعتماد به نفس است که باعث پایین آمدن سلامت روانی افراد مبتلا شده است (۲).

یکی از روش‌های درمانی که به نظر می‌رسد برای مقابله با دردهای ناشی از هیجانات و اختلالات خوردن مؤثر باشد، رفتاردرمانی دیالکتیکی است. این روش ترکیبی از روش‌های مربوط به درمان‌های حمایتی، شناختی و رفتاری است که در ابتدا برای درمان اختلال شخصیت مرزی ابداع گردیده است و ۴ مؤلفه مداخله‌ای را در شیوه درمان گروهی مطرح می‌کند: ذهن آگاهی، تحمل پریشانی به‌عنوان مؤلفه‌های مبتنی بر پذیرش و تنظیم هیجانی و کارآمدی بین فردی به‌عنوان مؤلفه‌های مبتنی بر تغییر، این درمان به‌عنوان یک درمان تجربی برای مبتلایان به اختلال شخصیت مرزی تدوین گردید (۱۰، ۱۱) که طبق پژوهش‌های انجام‌گرفته قبلی، در کاهش علائم رفتاری اختلالات خوردن (۱۲) و اختلالات خلقی، هیجانی و اضطرابی در افراد مبتلا به بی‌اشتهایی عصبی اثربخش بوده است (۱۳).

با توجه به افزایش رو به رشد اختلال خوردن بخصوص بی‌اشتهایی عصبی در بین نوجوانان و جوانان و آسیب‌پذیر بودن این دوره از رشد و همچنین نیاز به درمان‌های روان‌شناختی برای کاهش این اختلال و از طرفی نبود پژوهشی در کشور که به‌طور مستقیم اثربخشی رفتاردرمانی دیالکتیکی را در اختلالات روانی همبودی با اختلال بی‌اشتهایی عصبی موردبررسی قرار دهد، انجام پژوهش حاضر ضروری به نظر می‌رسد. پژوهش حاضر به دنبال پاسخگویی به این سؤال است که آیا مؤلفه‌های تحمل پریشانی و نظم‌بخشی هیجانی رفتاردرمانی دیالکتیکی می‌تواند بر کاهش علائم افسردگی، اضطراب و استرس در بیماران مبتلا به اختلال بی‌اشتهایی عصبی دختران نوجوان جامعه ایرانی مفید باشد؟

متن مقاله نیز همچون بخش چکیده، با قلم نازنین اندازه ۱۰/۵ و قلم Times New Roman با اندازه ۹/۵ برای لغات انگلیسی نوشته شود. عنوان بخش‌ها باید با قلم یاقوت اندازه ۱۱/۵ و پررنگ نوشته شود.

مواد و روش کار

جامعه، نمونه، روش نمونه‌گیری: این پژوهش با بهره‌گیری از طرح تجربی تک موردی در شهرستان همدان انجام گرفت.

¹ binge-eating disorder

² NOS eating disorders

آزمودنی‌ها: جامعه پژوهش شامل زنان و دختران نوجوانی بود که در پاییز ۱۳۹۳ به کلینیک خصوصی روانشناس بالینی با اختلالات افسردگی، اضطراب و استرس مراجعه کردند. از این تعداد ۴ دختر مبتلا به اختلال بی‌اشتهایی عصبی با علائم اختلالات افسردگی، اضطراب و استرس به‌صورت در دسترس به‌عنوان گروه نمونه انتخاب شدند که داوطلب شرکت در این پژوهش بودند و با توجه به ملاک‌های شمول و حذف پژوهش انتخاب شدند. لازم به ذکر است که ملاک‌های شمول و حذف پژوهش انتخاب شدند.

ملاک‌های ورود شامل، دارا بودن علائم اختلال افسردگی، اضطراب و استرس در کنار اختلال بی‌اشتهایی عصبی بود؛ این افراد معیارهای یک بیماری روانی دیگر را نداشتند؛ دختران دبیرستانی؛ مجرد بودند که به علت رفتارهای تکانشی با دیگران ارتباط خوبی نداشتند.

دامنه سنی شرکت‌کنندگان، ۱۴ تا ۱۷ سال بود، در طی مدت انجام مداخله دچار مشکلات عاطفی و هیجانی ناگهانی مانند قطع ارتباط با دوستان، مرگ اعضای خانواده کنترل شد. پس از تشریح اهداف پژوهش و قدرانی از مشارکت بیماران آزمودنی‌ها، ابزارهای پژوهش شامل مقیاس افسردگی، اضطراب و استرس لایویند و لایویند را در سه نوبت پیش از مداخله، حین مداخله و پس از مداخله تکمیل نمودند. هنگامی که خطوط پایه با شیب نسبتاً ثابت برای هر ۳ آزمودنی در مورد ابزارهای فوق تشکیل شد، درمان توسط درمانگر به روش گروهی به‌صورت هفته‌ای ۲ جلسه آغاز گردید و آزمودنی‌ها پس از هر جلسه درمان مقیاس افسردگی، اضطراب و استرس لایویند مربوط به همان جلسه را به‌منظور سیر پیشرفت درمان تکمیل کردند.

برای عینی سازی میزان بهبودی از فرمول درصدی بهبودی استفاده شد. AO نمره پرسشنامه موردسنجش در خط پایه، A1 نمره همان پرسشنامه در جلسه آخر و A%_ نمره تغییرات است.

ابزار پژوهش

مصاحبه بالینی بر مبنای راهنمای تشخیصی و آماری اختلال‌های روانی انجمن روانشناسی آمریکا (۲)، از افراد مصاحبه بالینی بر اساس معیارهای تشخیصی اختلالات بی‌اشتهایی عصبی گرفته شد و چنانچه افراد در ۳ ماه گذشته سه معیار از ملاک‌های تشخیصی این اختلال را دارا بودند با توجه به معیار ورود انتخاب شدند.

مقیاس افسردگی، اضطراب و استرس (DASS، لایویند) مجموعه‌ای از ۳ مقیاس خودگزارش دهی برای ارزیابی حالات عاطفه منفی در افسردگی، اضطراب و استرس است (۱۴). آنتونی و همکاران (۱۵) مقیاس مذکور را مورد تحلیل عاملی قرار دادند که نتایج پژوهش آن‌ها حاکی از وجود سه عامل افسردگی، اضطراب و تنیدگی

(استرس) بود. ضریب آلفا برای عوامل افسردگی، اضطراب و استرس به‌ترتیب ۰/۹۷، ۰/۹۲ و ۰/۹۵ بود. همچنین نتایج محاسبه همبستگی میان عوامل در مطالعه آنتونی و همکاران (۱۵) حاکی از ضریب همبستگی ۰/۴۸ میان دو عامل افسردگی و تنیدگی، ضریب همبستگی ۰/۵۳ بین اضطراب و تنیدگی، ضریب همبستگی ۰/۲۸ بین اضطراب و افسردگی بود. روایی و اعتبار این پرسشنامه در ایران توسط سامانی و جوکار (۱۶) موردبررسی قرار گرفته است که اعتبار بازآزمایی را برای مقیاس افسردگی و اضطراب و تنیدگی به‌ترتیب برابر ۰/۸۰، ۰/۷۶ و ۰/۷۷ و الفای کرونباخ را برای مقیاس افسردگی و اضطراب و تنیدگی به‌ترتیب برابر ۰/۸۱، ۰/۷۴ و ۰/۷۸ گزارش نموده‌اند. هریک از خرده مقیاس‌های آزمون شامل ۷ سؤال است که نمره نهایی هرکدام از طریق مجموع نمرات سؤال‌های مربوط به آن به دست می‌آید.

آموزش رفتاردرمان‌گری دیالکتیکی، رفتاردرمان‌گری دیالکتیکی به‌عنوان یک درمان حمایت‌گرانه ارائه می‌شود که مستلزم یک ارتباط مشترک و قوی میان درمان‌جو و درمانگر است. درمان‌جویان در رفتاردرمان‌گری دیالکتیکی استاندارد سه شکل اصلی درمان را دریافت می‌کنند: درمان انفرادی، گروه مهارت‌ها و ارتباط تلفنی. در درمان انفرادی، درمان‌جویان جلسات انفرادی را یک‌بار در هفته دریافت می‌کنند که معمولاً به‌اندازه ۱ الی ۱/۵ ساعت است. جلسات روان درمانگری هفتگی، با کاوش یک رویداد یا رفتار مشکل‌آفرین یعنی با زنجیره‌ای از رویدادها از هفته قبل، شروع و با بررسی راه‌حل‌های پیشنهادی که به‌کاررفته‌اند و عواملی که درمان‌جو را در استفاده از راه‌حل‌های سازگارانه تر با مشکل روبه‌رو ساخته‌اند، ختم می‌شود. در طی جلسات و بین آن، درمانگر فعالانه رفتارهای سازگارانه را آموزش می‌دهد و تقویت می‌کند. تأکید بر آموزش دادن به بیماران در این مورد است که چگونه می‌توان آسیب‌های هیجانی را کنترل کرد نه این‌که آن‌ها را کاهش داد یا آن‌ها را از بحران خارج کرد. تماس تلفنی با درمانگر در جلسات، بخشی از روش‌های رفتاردرمان‌گری دیالکتیکی است (۱۱).

در گروه مهارت‌ها که به‌صورت کلاس‌های مشاوره گروهی است دو مهارت بسیار مهم به درمان‌جویان آموزش داده شد که عبارت‌اند از:

تحمل درماندگی، با افزایش انعطاف‌پذیری و ارائه راه‌های جدید تعدیل آثار شرایط ناراحت‌کننده، به فرد در کنار آمدن بهتر با وقایع دردناک کمک می‌کند (۱۷).

ذهن آگاهی، با تمرکز کمتر بر تجربیات دردناک گذشته یا وقایع احتمالی وحشتناک آینده کمک می‌کند تا فرد لحظه فعلی را کامل‌تر تجربه کند. ذهن آگاهی ابزار غلبه بر قضاوت‌های همیشگی و منفی درباره خود را در اختیار تان قرار می‌دهد (۱۸).

مهارت‌های تنظیم هیجان، کمک می‌کند تا فرد احساس خود را دقیق‌تر تشخیص دهد و سپس هر هیجانی را بدون ناتوان شدن بررسی کند. هدف، تعدیل احساسات بدون رفتاری واکنشی و مخرب است (۱۷).

اثربخشی میان‌فردی، ابزاری جدید را برای بیان نظرات و نیازها، تعیین محدودیت‌ها و بحث درباره راه‌حل مشکلات در اختیار می‌گذارد و تمام آن‌ها ضمن حمایت از روابط و رفتاری محترمانه با سایرین انجام می‌شود (۱۸، ۱۹).

روند اجرای پژوهش

آموزش مهارت‌های رفتاردرمان‌گری دیالکتیکی در طول دوره درمانی چهارماهه برنامه‌ریزی شد و هر مهارت در طول ۴ هفته (۱ ماه) به بیماران آموزش داده می‌شد. از آنجائی که این روش درمانی (رفتاردرمانی دیالکتیک)، برای بیماران مبتلا به اختلالات خوردن اجرا شد و ضمن اینکه این افراد دست‌به‌گریبان هیجان‌های آشفته ساز و دردسرسازی بودند، درمان با مهارت‌های مبتنی بر پذیرش (مهارت‌های تحمل‌پیشانی، مهارت‌های ذهن آگاهی) که قلب رفتاردرمانی دیالکتیک است (۲۰) آغاز کردیم و سپس تحت آموزش مهارت‌های مبتنی بر تغییر (مهارت‌های تنظیم هیجانی و کارآمدی بین فردی) قرار گرفتند.

به‌این‌ترتیب طبق پروتکل درمان (۱۹) که در طول ۲ جلسه اول مهارت‌های بنیادین تحمل آشفته‌گی و توجه برگردانی شامل (پذیرش بنیادین، توجه برگردانی، تدوین برنامه توجه برگردانی، خود آرامش بخشی و تدوین طرح آرمیدگی) و مهارت‌های پیشرفته تحمل آشفته‌گی شامل (تصویرسازی از مکان امن، کشف ارزش‌ها، شناسایی قدرت برتر، زندگی در زمان حال، استفاده از افکار مقابله‌ای خود تشویق گرایانه، خودگویی‌های تأییدگرانه و تدوین راهبردهای مقابله‌ای) و در ۲ جلسه دوم مهارت‌های بنیادین و پیشرفته ذهن آگاهی شامل (آموزش مهارت‌های توجه و تمرین بی‌توجهی، ذهن خردمند و شهود، تصمیم‌گیری بر اساس ذهن خردمند، پذیرش بنیادین و ذهن آغازگر، قضاوت و برجسب و ارتباط آگاهانه با دیگران، شناسایی مقاومت‌ها و موانع، مراقبه و غیره). در جلسات ۵ و ۶، مهارت‌های بنیادین و پیشرفته نظم‌بخشی هیجانی شامل (شناسایی هیجان‌ها، چگونگی عمل هیجان‌ها، غلبه بر موانع هیجان‌های سالم، کاهش آسیب‌پذیری در برابر هیجان‌های آشفته ساز، مشاهده خویشتن، کاهش آسیب‌پذیری شناختی، افزایش هیجان‌های مثبت، توجه و رویارویی با هیجان‌ها، عمل کردن برخلاف امیال شدید هیجانی و حل مسئله) و در ۲ جلسه آخر مهارت‌های بنیادین و پیشرفته ارتباط مؤثر (رفتارهای منفعلانه، تناسب بین خواسته‌های من و خواسته‌های دیگران، نسبت خواسته‌ها و بایدها، مهارت‌های کلیدی بین فردی، موانع استفاده از مهارت‌های بین فردی، شناسایی

خواسته‌ها، تعدیل شدت خواسته‌ها، طرح درخواست، پیش‌نویس‌های جسارت‌مندی، گوش دادن، نه گفتن و مقابله با مقاومت و تعارض، چگونگی مذاکره و تحلیل مشکلات بین فردی) آموزش داده شد.

یافته‌ها

یافته‌های این پژوهش در مورد ۴ نفر با استفاده از طرح مطالعه موردی اجرا گردید، دامنه سنی افراد شرکت‌کننده در آزمایش بین ۱۴ تا ۱۷ سال بود که هر ۴ دختر دبیرستانی بودند، مراجع‌کننده اول دختر ۱۶ ساله، سال دوم دبیرستان رشته تجربی در مدرسه غیرانتفاعی بود که از ۳ سال قبل به دنبال رژیم سختی که برای کاهش وزن خود گرفت به اختلال بی‌اشتهایی عصبی مبتلا شد و بعد از کاهش وزن دیگر نتوانست بر احساس چاق بودن خود غلبه کند و علائم افسردگی او به‌اندازه‌ای بود که در امتحان سال اول دبیرستان بسیار ضعیف عمل کرده و در ارتباط با دروسی که نیاز به کنفرانس و ارائه در کلاس داشتند ضعیف‌تر از قبل عمل کرده و تحت تجویز پزشک قرص‌های ضد اضطراب مصرف می‌کرد و استرس در فکر کردن راجع به آینده داشت و هرلحظه منتظر وقوع اتفاق بدی بود.

مراجعه‌کننده دوم، دختر نوجوان ۱۵ ساله بود که در اول دبیرستان ثبت‌نام کرده است و بعد از رفتن به باشگاه ورزشی در تابستان همان سال برای کاهش وزن دچار اضطراب ناشی از چاق بودن کرد و این افکار خودآیند منفی در مبتلا شدن به افسردگی او نیز نقش داشت و بعدازآن استرس ناشی از اینکه ممکن است با خوردن یک گرم کالری بیشتر وزن او بالا برود از خوردن غذا اجتناب می‌کرد.

مراجعه‌کننده سوم دختر ۱۷ ساله بود که به در سال سوم دبیرستان بود که در سال قبل بعد از وارد شدن به رشته تحصیلی ریاضی فیزیک و تلقین این جمله که این رشته سختی است و توانایی قبول شدن در دانشگاه را ندارد افسرده شده و به دنبال علائم کم خوری در اختلال افسردگی دیگر نتوانست برنامه خوردن را تنظیم کرده و وزن پایینی دارد و طبق گفته‌های خود هنگام خوردن غذا استرس و اضطراب زیادی مبنی بر اینکه دچار اضافه‌وزن می‌شود گرفته است.

مراجعه‌کننده چهارم دختر ۱۶ ساله‌ای بود که به دنبال مرگ دوست خود در سانحه تصادف دچار افسردگی شده و بعدازآن دچار اختلال بی‌اشتهایی عصبی شده و با توجه به اینکه دوره سوگواری به پایان رسیده می‌توان تشخیص اختلالات بالینی را بر این فرد گذاشت.

در این پژوهش هر ۴ مراجعه‌کننده با ملاک ورود انتخاب شدند و مهارت‌های رفتاردرمانی دیالکتیک به‌صورت گروهی آموزش داده

شد. از آنجائی که این پژوهش به صورت قبل از شروع درمان، حین درمان و در پایان درمان بود نمرات هر جلسه با جلسه قبلی مورد مقایسه قرار گرفت (جدول ۱). در این پژوهش درمان گروهی مهارت‌های رفتاردرمانی دیالکتیک به تغییر کلی ۰/۷۷ در مقیاس افسردگی، اضطراب و استرس منجر شد که نتایج در جدول شماره ۱ قابل مشاهده است.

جدول (۱): مقایسه‌ی نمره‌های شرکت‌کنندگان در DASS با توجه به خرده مقیاس‌های افسردگی، اضطراب و استرس قبل از شروع درمان،

حین درمان و در پایان درمان													
جلسات درمان													
بهبودی کلی	بهبودی کلی در هر سه خرده مقیاس	میزان بهبودی	مهارت‌های پیشرفته کارآمدی بین فردی	مهارت‌های بنیادین کارآمدی بین فردی	مهارت‌های پیشرفته تنظیم هیجانی	مهارت‌های بنیادین تنظیم هیجانی	مهارت‌های پیشرفته ذهن آگاهی	مهارت‌های بنیادین ذهن آگاهی	مهارت‌های پیشرفته تحمل آشفتگی	مهارت‌های بنیادین تحمل آشفتگی	خط پایه	خرده مقیاس‌های DASS	مراجعات
۰/۷۷	۰/۸۲	۰/۸۴	۱۰	۱۰	۱۳	۱۶	۱۶	۲۲	۲۵	۲۸	۸	افسردگی	مراجعات
		۰/۸۱	۷	۹	۱۲	۱۴	۱۵	۱۸	۲۰	۲۰	۲۱	اضطراب	اول
		۰/۸۲	۱۵	۱۸	۲۱	۲۴	۲۷	۳۰	۳۰	۳۳	۳۶	استرس	
	۰/۸۱	۰/۷۹	۹	۱۰	۱۲	۱۴	۱۷	۲۰	۲۰	۲۳	۲۶	افسردگی	مراجعات
		۰/۸۶	۷	۷	۹	۱۰	۱۱	۱۴	۱۶	۱۸	۱۹	اضطراب	دوم
		۰/۷۹	۱۷	۱۹	۱۸	۲۰	۲۱	۲۴	۲۶	۲۹	۳۱	استرس	
	۰/۷۵	۰/۷۹	۱۱	۱۳	۱۴	۱۷	۲۱	۲۲	۲۷	۲۵	۲۸	افسردگی	مراجعات
		۰/۷۸	۸	۹	۱۰	۱۱	۱۳	۱۵	۱۷	۲۰	۲۱	اضطراب	سوم
		۰/۶۸	۱۹	۲۱	۲۳	۲۵	۲۷	۲۸	۳۰	۳۱	۳۵	استرس	
	۰/۷۰	۰/۴۹	۱۵	۱۵	۱۸	۲۱	۲۴	۲۴	۲۴	۲۷	۲۷	افسردگی	مراجعات
		۰/۷۸	۹	۱۱	۱۱	۱۳	۱۵	۱۸	۲۱	۲۱	۲۲	اضطراب	چهارم
		۰/۸۳	۱۲	۱۵	۱۸	۲۱	۲۴	۲۷	۲۷	۳۱	۳۳	استرس	

با توجه به نتایج جدول شماره (۱) نمره افسردگی مراجع اول در سطح شدید (۲۸+) بوده که در ابتدا در جلسات مهارت‌های بنیادین تحمل آشفتگی به علت مقاومت‌های ناشی از عدم پذیرش درمان کاهش نداشته و در مهارت‌های بنیادین تحمل آشفتگی مقاومت را شکسته و نمرات به طور معنی‌داری کاهش یافته است و میزان بهبودی کلی در این مقیاس ۰/۸۴ بوده است. شدت خرده مقیاس افسردگی در مراجع دوم در حد شدید بوده که در پایان جلسه درمان میزان بهبودی ۰/۷۹ بوده است. در مراجع سوم نیز مانند مراجع اول نمره افسردگی در حد شدید بود که با ۰/۷۹ بهبودی به سطح افسردگی عادی رسید. در مراجع‌کننده چهارم اثربخشی درمان بر متغیر افسردگی بسیار کم‌تر از ۳ مراجعه‌کننده اول بوده است و میزان بهبودی ۰/۴۹ بوده است. در متغیر اضطراب نیز نمرات مراجعه‌کننده اول در سطح شدید بوده که در پایان درمان با میزان بهبودی ۰/۸۱ درصد به سطح اختلال اضطراب خفیف رسید.

میزان بهبودی نمره اضطراب در مراجعه‌کننده دوم ۰/۸۶ بود. میزان بهبودی نمره اضطراب مراجع سوم و چهارم در سطح شدید بوده که در نهایت به سطح عادی تعدیل پیدا کرد و میزان بهبودی ۰/۷۸ بود. متغیر استرس در مراجع اول بعد از درمان کاهش معنی‌داری یافت و در مراجع دوم طی درمان مهارت‌های بنیادین کارآمدی بین فردی نمرات بالا رفته و در متغیر مهارت‌های پیشرفته کارآمدی بین فردی پایین آمده است و در مراجعه‌کننده سوم این متغیر از استرس در سطح بسیار شدید به سطح خفیف با میزان بهبودی ۰/۶۸ رسیده است؛ و مراجعه‌کننده چهارم نیز مانند مراجعه‌کننده اول تغییر معنی‌داری را بعد از درمان داشتند.

میزان بهبودی کلی در هر سه خرده مقیاس چهار متغیر به ترتیب ۰/۸۲، ۰/۸۱، ۰/۷۵ و ۰/۷۰ درصد بود و میزان بهبودی کلی بین ۴ مراجعه‌کننده ۰/۷۷ بوده است که نشانگر اثربخشی

رفتاردرمانی دیالکتیک بر کاهش متغیرهای افسردگی، اضطراب و استرس افراد مبتلا به اختلالات خوردن بود.

بحث

بسیاری از راهنماهای درمانی برای اختلالات خلقی و اضطرابی و استرس به لحاظ تجربی تأیید شده‌اند. با این حال مداخلاتی که اختلالات خلقی و اضطرابی و استرس را با یکدیگر (۲۱) در اختلالات خوردن موردبررسی قرار دهند نادر هستند و از مهم‌ترین وظایف درمانگر انتخاب یک رویکرد درمانی مناسب است که بتواند پاسخگوی نیازها و درد و رنج هیجانی بیماران باشد. هدف پژوهش حاضر، بررسی اثربخشی رفتاردرمانی دیالکتیکی بر علائم افسردگی، اضطراب و استرس در بیماران مبتلا به اختلال بی‌اشتهایی عصبی بود که نتایج به‌دست‌آمده نشانگر اثربخشی این درمان بر کاهش شدت علائم افسردگی، اضطراب و استرس بود.

نتایج این یافته‌ها با پژوهش‌های میلر، راتوس و لینهان (۲۲)، ون دن بوش، ورهول و اسکویس (۲۳) و کروگر، اسکولونگر، سیپوس و آرنولد (۲۴) نام برد که همگی مؤید اثربخشی رفتاردرمان‌گری دیالکتیکی و مهارت‌آموزی گروهی آن در کاهش رفتارهای خود آسیبی، تنظیم هیجان و بهبود بخشیدن به تعدادی از مسائل خلقی و هیجانی نظیر افسردگی، اضطراب، خشم، بی‌ثباتی عاطفی و تحریک‌پذیری در افراد مورد مطالعه است. همچنین با یافته‌های پژوهش‌های چیو^۱ (۲۵)، لینچ، موریس، مندلسون و رابینز^۲ (۲۶)، هارلی، اسپرچ، سافرن، جکوبو و همکاران^۳ (۲۷) مبنی بر اثربخشی رفتاردرمانی دیالکتیک در درمان افسردگی همسو می‌باشد. آنتونی نیز یک مطالعه فراتحلیلی، از تمامی مطالعاتی که تا سال ۲۰۰۶ اثربخشی رفتاردرمانی دیالکتیکی بر نشانه‌های افسردگی را گزارش کرده‌اند فراهم آورده که نشان می‌دهد رفتاردرمانی دیالکتیکی نه تنها اندازه اثر بزرگی در بهبود افسردگی و اندازه اثر متوسطی بر شاخص‌های مرتبط با آن را بعد از درمان در مقایسه با قبل از آن نشان می‌دهد بلکه این اثرات را طی دوره‌های ارزیابی پیگیر حفظ می‌کند (۲۸). در مطالعه حاضر در متغیرهای افسردگی، اضطراب و استرس رفتاردرمانی دیالکتیک کاهش معنی‌داری را نشان دادند ($p < 0.01$) و پژوهشی که تأثیر 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 همین‌طور دیدگاه مادرانه لینهان باشد که در سراسر درمان آمده است.

لینهان (۱۱) معتقد است که مشکلات بیماران از آنجا ناشی می‌شود که در حل‌وفصل این تعارض‌ها، نمی‌توانند افراط‌وتفریط را کنار بگذارند و فکر می‌کنند یا باید منطقی و بیرونی عمل کنند و یا بر اساس درون عمل نمایند. درواقع رفتاردرمانی دیالکتیک کمک می‌کند که از تقابل بر نهاد و برابر نهاد به یک هم نهاد برسد و ناهم‌سازها با یکدیگر هم‌ساز می‌شوند. یکی از نکات جالب رفتاردرمانی دیالکتیک تفاوت بین درد هیجانی و رنج هیجانی است. گاهی آموزش مهارت‌های رفتاردرمانی دیالکتیک این سوءتفاهم را ایجاد می‌کند که مگر می‌توان در برابر مشکلات و گرفتاری‌های زندگی، هیچ احساسی نداشت. درد هیجانی، واکنش طبیعی به مشکلات زندگی است اما مسئله از آنجا آغاز می‌شود که افراد نخواهند و نتوانند این درد هیجانی طبیعی را بپذیرند و تمایل داشته باشند با آن بجنگند و سریع از شر آن خلاص شوند و در این شرایط درد هیجانی به رنج هیجانی تبدیل می‌شوند.

نتایج پژوهش حاضر در رابطه با اثربخشی مهارت‌های رفتاردرمانی دیالکتیک بر سلامت روان افراد مبتلا به اختلال بی‌اشتهایی عصبی نشان داد که این درمان موجب کاهش علائم از سطح شدید به سطح خفیف شده است که پژوهشی که اثربخشی این درمان را بر سلامت روان و اختلالات کاموربید با اختلال بی‌اشتهایی عصبی بررسی کند وجود نداشت که از نوآوری پژوهش تازگی موضوع موردپژوهش بود که در ارتباط مستقیم با افسردگی، استرس و اضطراب است چراکه، این متغیرها مؤلفه‌هایی هستند که به دنبال استرس‌های زیاد بروز می‌گردند (۲۹) و با این اختلالات هم‌ایند هستند. یافته‌های پژوهش حاضر، به‌طور بالقوه تلویحات کاربردی مهمی برای ارتقای سلامت روانی افراد مبتلا به اختلال بی‌اشتهایی عصبی و پیشگیری از بروز اختلالات خلقی، هیجانی و استرس را نشان داد. یکی از تلویحات این یافته‌ها می‌تواند این باشد که آموزش مهارت‌های رفتاردرمانی دیالکتیک به‌عنوان گروهی سودمند و مقرون‌به‌صرفه است.

نتیجه‌گیری

این یافته در وهله نخست حاکی از اثربخشی آموزش مهارت‌های رفتاردرمانی دیالکتیک بر اضطراب، افسردگی و استرس است که همخوان با نتایج پژوهش‌هایی است که در بالا ذکر شد. در تفسیر و نتیجه‌گیری از یافته‌های پژوهش حاضر لازم است به محدودیت‌هایی مانند کوچک بودن نمونه‌های مورد مطالعه، عدم پیگیری ارزیابی‌ها و نبود گروه کنترل توجه شود. بر این اساس برای نتیجه‌گیری نهایی

³ Harley, Sprich, Safren, Jacobo, Fava

¹ Chew

² Lynch, Morse, Mendelson, Robins

تشکر و قدردانی

نویسندگان مقاله وظیفه خود می‌دانند از تمامی شرکت‌کنندگان در پژوهش کمال سپاسگزاری را داشته باشند.

تکرار مطالعات موردی متعدد یا انجام پژوهش‌های تجربی با گروه کنترل و نمونه وسیع پیشنهاد می‌شود.

References:

- Ganji M. Abnormal psychology based on DSM-5. Tehran: Savalane pub; 2014. (Persian)
- Association AP. Diagnostic and statistical manual of mental disorders (DSM-5®). 5th Ed: American Psychiatric Pub; 2013.
- American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorder. (3rd edn_revised). Washington DC; 2000.
- Ann M, Sheri L, Johnson L. Abnormal psychology. 12th Ed. John Wiley and Sons; 2015.
- Sadock BJ, Sadock AS, Sadock PRB. Kaplan and Sadock comprehensive Text book of psychiatry; 2012.
- Reichborn-Kjennerud T, Bulik C, Sullivan P, Tambs K, Harris J. Psychiatric and medical symptoms in binge eating in the absence of compensatory behaviors. Obesity Res 2004; (12): 1445-54.
- Harris EC, Barraciough B. Excess mortality of mental disorder. Brit J Psychiatr. 2012; (173): 11-53.
- Vaillant GE. Adaptation to life. Cambridge, MA: Harvard University Press; 2014.
- World Health Organization. Suicide rates. http://www.who.int/mental_health/prevention/suicide/suicide_rates/en/; 2015.
- Linehan MM, Schmidt H, Dimeff LA, Craft JC, Kanter J, Comtois KA. Dialectical behavior therapy for patients with borderline personality disorder and drug-dependence. Am J Addict 1999;8(4):279-92.
- Linehan M. Dialectical Behavior therapy frequently Asked Questions. USA (Seattle): Behavioral Tech, LLC; 2008.
- Salbach-Andrae H, Bohnkamp I, Pfeiffer E, Alec L, Miller AL. Dialectical Behavior Therapy of Anorexia and Bulimia Nervosa among Adolescents: A Case Series. Cogn Beha Prac 2008; (15): 415-25.
- Zamani N, Habibi M. Comparison effectiveness of Dialectic Behavioral Therapy and Cognitive Behavior Therapy on mental health in the mother of Children with Special need's. J Res Health Soc Develop Health Promotion Research Center; 2015.
- Lovibond PF, Lovibond SH. The structure of negative emotional states: Comparison of the Depression Anxiety stress Scale (DASS) with the Beck Depression and Anxiety Inventories. Behav Res Ther 1995; 33(3): 335-43
- Antony MM, Bieling PJ, Cox BJ, Enns MW, Swinton RP. Psychometric properties of the 42-item and 21-item version of the depression anxiety stress scale in clinical group and a community sample. Psychol Assess 1998; 2: 176-81.
- Samani S, Jokar B. Reliability and validity of depression, anxiety, and stress scale-DASS. J Soc Sci Mumanistics 2007; 26(3): 65-75. (Persian)
- Karbalaei Mohammad Meigouni A, Ahadi H, Sharifi HP, Jazayeri SM. 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 Psychol 2011; 4(16): 25-41
- Marra T. The Dialectical Behavior therapy workbook for overcoming Depressions anxiety. New Harbinger publications, Inc; 2014.
- McKay M, Wood J, Brantley J. The Dialectical Behavior therapy skills workbook united states of America. New Harbinger publications, Inc; 2007.

20. Alavi Khadijeh MGM, Amin YSA, Salehi Fadardi J. Effectiveness of group dialectical behavior therapy (based on core mindfulness, distress tolerance and emotion regulation components) on depressive symptoms in university students. *J Fundament Mental Health* 2011; 13(2): 124-35. (Persian)
21. Houghton S. Behavioural activation in the treatment of depression. *Mental Health Prac* 2011; (14): 18-23.
22. Miller AL, Rathus JH, Linehan MM. Dialectical behavior therapy with suicidal adolescents. Guilford Press; 2006.
23. Van den Bosch LM, Verheul R, Schippers GM, van den Brink W. Dialectical behavior therapy of borderline patients with and without substance use problems: Implementation and long-term effects. *Addict Behav* 2002;27(6): 911-23.
24. Kröger C, Schweiger U, Sipos V, Arnold R, Kahl KG, Schunert T, et al. Effectiveness of dialectical behaviour therapy for borderline personality disorder in an inpatient setting. *Behav Res Therap* 2006;44(8):1211-1217.
25. Chew CE. The effect of dialectical behavioral therapy on moderately depressed adults: A multiple baseline design. (Dissertation). USA: University of Denver, College of psychology; 2006.
26. Lynch TR, Morse JQ, Mendelson T, Robins CJ. Dialectical behavior therapy for depressed older adults: A randomized pilot study. *Am J Geriatr Psychiatry* 2013; 11(1): 33-45.
27. Harley R, Sprich S, Safren S, Jacobo M, Fava M. Treatment resistant depression –adaptation of dialectical behavior therapy skills training group for treatment-resistant depression. *J Nerv Ment Dis* 2008; 196 (2): 136-43.
28. Zamani N, Ahmadi V, Ataie Moghanloo V, Mirshekar S. 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. *Sci J Ilam Univ Med Sci* 2004; 22(5). (Persian)
29. Zamani N, Habibi M, Darvishi M. Compare the effectiveness dialectical behavior therapy and cognitive-behavioral group therapy in reducing depression in mothers of children with disabilities. *AMUJ* 2015; 18(94): 32-42

EFFECTIVENESS OF DIALECTIC BEHAVIORAL THERAPY ON DEPRESSION, ANXIETY AND STRESS IN ANOREXIA NERVOSA DISORDER: FOUR CASE STUDY

Shahram Mami^{1*}, Shirin Ebrahimian², Shahram Soltany³

Received: 25 Apr, 2016; Accepted: 20 June, 2016

Abstract

Background & Aims: The aim of this study was to investigate the effectiveness of dialectic behavioral therapy on depression, anxiety and stress in anorexia nervosa disorder, using a single case design.

Materials & Methods: Four consecutive chronic outpatients fulfilling DSM-5 criteria for Anorexia Nervosa disorder were treated according to core treatment manual of Behavioral Activation. Patients were assessed measuring depression, anxiety and stress scale.

Results: The treatment was associated with considerable reduction in the specific measures of depression, anxiety and stress.

Conclusion: The results showed effectiveness of Dialectic Behavioral Therapy Training on the level of depression, anxiety and stress in anorexia nervosa patients. Although this study was limited by the absence of a control group, these findings may be extended and generalized more for impulse therapy. The treatment appears promising, although a controlled evaluation of its effectiveness is necessary to draw a definitive conclusion.

Keywords: Dialectic Behavioral Therapy, Depression, Anxiety, Stress Anorexia Nervosa disorder

Address: Psychology Department, Ilam Branch, Islamic Azad University, Ilam, Iran

Tel: +98 84 44528768

Email: Shahram.mami@yahoo.com

SOURCE: URMIA MED J 2016; 27(5): 392 ISSN: 1027-3727

¹ Assistant Professor, Psychology Department, Ilam Branch, Islamic Azad University, Ilam, Iran
(Corresponding Author)

² PhD Candidate, Psychology Department, Ilam Branch, Islamic Azad University, Ilam, Iran

³ PhD Candidate, Psychology Department, Ilam Branch, Islamic Azad University, Ilam, Iran