

اثربخشی رفتاردرمانی دیالکتیکی بر بهبود نشانه‌های بالینی نوجوانان با اختلال سازگاری با خلق مضطرب

فرشته تدین^۱

^۱ کارشناس ارشد روانشناسی بالینی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد تربت جام

نویسنده مسئول:

فرشته تدین

مجله علمی پژوهش در روانشناسی، علوم تربیتی و علوم اجتماعی (سال پنجم)
شماره ۱۷ / پاییز ۱۳۹۸ / ص ۶۷-۷۸

چکیده

هدف پژوهش، بررسی اثربخشی رفتار درمانی دیالکتیکی بر بهبود نشانه‌های بالینی اختلال سازگاری با خلق مضطرب در نوجوانان بود. طرح پژوهش حاضر، نیمه تجربی موردی چند خط پایه پلکانی بود. نمونه این پژوهش شامل ۶ نفر نوجوان (میانگین سنی ۱۷ سال) دارای اختلال سازگاری با خلق مضطرب می باشد که به روش نمونه‌گیری هدفمند و پس از مصاحبه تشخیصی بر اساس ملاک‌های اختلال سازگاری با خلق مضطرب مطابق (DSM-V, 2013) انتخاب شدند. ابزار پژوهش، پرسش‌نامه اضطراب حالت- صفت اسپیلبرگر (STAI) بود. بعد از انجام پیش‌آزمون، نمونه‌ها تحت ۱۰ جلسه رفتار درمانی دیالکتیکی قرار گرفتند و پس از آزمون انجام شد و بعد از گذشت یک ماه مرحله پیگیری انجام شد. داده‌ها با استفاده از نرم افزار SPSS نسخه ۱۹ و شاخص‌های آمار توصیفی و با روش تعیین درصد بهبودی و تعیین اندازه اثر به روش کوهن تحلیل شدند. در مراحل پس‌آزمون و پیگیری، درصد بهبودی و اندازه اثر درمان بر اضطراب حالت بیشتر از اضطراب صفت آزمودنی‌ها بود. نتایج نشان داد که این درمان، پیشرفت‌های بالینی و آماری معنی‌داری بر بهبود اضطراب حالت- صفت را موجب شد. لذا رفتار درمانی دیالکتیکی در بهبود نشانه‌های بالینی نوجوانان مبتلا به اختلال سازگاری با خلق مضطرب مؤثر است.

واژه‌های کلیدی: رفتار درمانی دیالکتیکی؛ اختلال سازگاری با خلق مضطرب؛ اضطراب حالت؛ اضطراب صفت

مقدمه

امروزه اختلال سازگاری، بسیار مورد توجه روان‌درمانگران است. این اختلال، تأثیر زیادی بر کیفیت زندگی فرد می‌گذارد و به طور عمده ناشی از رویدادهایی است که در دوره زندگی هر انسانی اتفاق می‌افتد و منجر به ایجاد هیجان‌های آشفته ساز می‌گردند و چنانچه انسان شیوه برخورد با این هیجان‌ها را نداند و به روش ناکارآمدی عمل نماید هرچه تلاش کند که به فرونشانی یا کاهش هیجان‌های خویش بپردازد، بیش‌تر به دام این هیجان‌های آشفته ساز می‌افتد. به ویژه دوره نوجوانی که در واقع زمان ظهور هیجان‌های شدید و بحران‌های این دوره هست شرایط را برای آشفتگی هیجانی تشدید می‌کند. چنانچه شرایط مناسب تحول وجود داشته باشد با وجود تغییرات سریع و فشارهای گوناگون که نوجوان از محیط بیرونی و از درون خود متحمل می‌شود، دوره نوجوانی با حداقل استرس به پایان می‌رسد [1]. با توجه به تحولات و تغییرات این دوره از زندگی امکان بروز اختلال سازگاری برای نوجوانی که دارای مناقشات خانوادگی و اجتماعی است بیش‌تر خواهد بود.

اختلال سازگاری (انطباقی)^۱، واکنش غیرانطباقی^۲ است که در پی یک عامل استرس‌زا ایجاد می‌شود و از محدود عناوین تشخیصی است که در آن یک رویداد پراسترس بیرونی به بروز نشانه‌ها منجر شده است. علایم این اختلال باید ظرف مدت ۳ ماه پس از شروع عامل استرس‌زا ایجاد و ظرف ۶ ماه پس از رفع عامل مزبور برطرف شوند، اما علایم همیشه بلافاصله پس از آن ظاهر نمی‌شوند. معمولاً عامل استرس‌زا شامل مشکلات مالی، بیماری جسمی یا مشکلات ارتباطی است [2]. عوامل استرس‌زای شاخص برای کودکان و نوجوانان شامل جدایی، جراحات‌های دردناک، بیماری، بستری شدن در بیمارستان یا جراحی، طلاق والدین، تغییر محل اقامت، شکست تحصیلی و تعارض با دوستان می‌باشند [3]. تظاهرات بالینی اختلال سازگاری ممکن است متنوع باشد. نشانه‌هایی که ایجاد می‌شوند ممکن است شامل خلق مضطرب یا افسرده باشند و یا ممکن است اختلال به صورت آشفتگی سلوک باشد. DSM-5 شش اختلال سازگاری و از جمله یک طبقه غیراختصاصی را ذکر کرده است. یکی از این شش اختلال، اختلال سازگاری با خلق مضطرب^۳ است که علائم اضطراب نظیر تپش قلب، نگرانی و بی‌قراری در این نوع اختلال انطباقی دیده می‌شود [2]. افرادی که مبتلا به اختلال سازگاری می‌شوند قابلیت انطباق یا سازگاری یا کنار آمدن با وقایع استرس‌زا را نداشته و دچار علایم افسردگی، اضطراب یا اختلال سلوک^۴ یا ترکیبی از این موارد می‌گردند، در حالی که تنش مسبب بیماری در حد مسایل جاری و روزمره زندگی است که برای هر کسی ممکن است رخ دهد [4]. است. شدت عامل یا عوامل استرس‌زا همیشه پیش‌بینی‌کننده شدت اختلال نیست. شدت عامل استرس‌زا تأثیرگذار از درجه، مقدار، طول مدت برگشت پذیری، محیط و زمینه فردی آن است. سازمان شخصیت و هنجارها و ارزش‌های فرهنگی و گروهی در واکنش نامتناسب نسبت به استرس نقش دارند. معمولاً عامل استرس‌زا شامل مشکلات مالی، بیماری جسمی یا مشکلات ارتباطی است. در بین نوجوانان هر دو جنس انواع شایع عوامل استرس‌زای زمینه‌ساز عبارتند از: مشکلات تحصیلی، طردشدن از سوی والدین، طلاق پدر و مادر و سوء مصرف مواد. نشانه‌هایی که ایجاد می‌شوند ممکن است شامل خلق مضطرب یا افسرده باشند و یا ممکن است اختلال به صورت آشفتگی سلوک باشد میزان شیوع این اختلال از ۲ تا ۸ درصد در جمعیت عمومی تخمین زده می‌شود، شیوع آن در زنان دو برابر مردان است. در میان کودکان و نوجوانان موارد تشخیص این اختلال در دخترها و پسرها یکسان است. این اختلال در نوجوانان بیش‌تر تشخیص داده می‌شود، ولی ممکن است در هر سنی روی دهند [2]. شارپ و والکر^۵ [5] در یک همه‌گیرشناسی بدین نتیجه رسیدند که ۲۰٪-۲ بیماراران مراجعه شده به قسمت خدمات بیماران سرپایی، قابل تشخیص با یک اختلال سازگاری بوده‌اند.

طبق DSM-5 ملاک‌های تشخیصی برای اختلال سازگاری به این شرح می‌باشند: اول، علایم هیجانی یا نشانه‌های رفتاری همراه به مدت حداقل سه ماه از یک عامل استرس‌زای قابل شناسایی یا عوامل استرس‌زا در طی زندگی. دوم، داشتن استرس بیش از حد معمول در پاسخ به عوامل استرس‌زای ویژه یا استرسی که تأثیرگذار بر ارتباطات در مدرسه یا در کار یا تجربه‌ای در هر دو محیط شود. سوم، ملاحظه بهبود نشانه‌ها بعد از گذشت شش ماه پس از عامل استرس‌زا یا رفع استرس‌ها. چهارم، علایم ناشی از بیماری دیگر یا معرف داغدیدگی طبیعی نباشد [2].

^۱ Adjustment disorder^۲ Inappropriate reaction^۳ Adjustment disorder with anxiety mood^۴ Conduct disorder^۵ Sharp, M., Walkert, J

یکی از روش‌های درمانی که برای مقابله با اضطراب مؤثر است، رفتار درمانی دیالکتیکی^۱ (DBT) است. این روش در ابتدا برای درمان اختلال شخصیت مرزی و به خصوص رفتارهای خودکشی و خود آسیب‌زنی تکانشی^۲ این بیماران توسط مارشا لینهان^۳ در سال ۱۹۹۳ ابداع گردیده است و در واقع ترکیبی از روش‌های مربوط به درمان‌های حمایتی، شناختی و رفتاری می‌باشد. رفتار درمانی دیالکتیکی به عنوان یک درمان حمایت‌گرانه ارائه می‌گردد و تأکید بر آموزش دادن به بیماران در این مورد است که چگونه می‌توان آسیب‌های هیجانی را کنترل کرد نه این‌که آن‌ها را کاهش داده یا از بحران خارج کرد. این درمان با آموزش بر اساس مهم‌ترین نکته در دیالکتیک استوار می‌باشد که عبارت است از: "همزمان که رفتارهای آسیب‌رسان را تغییر می‌دهید، بایستی خودتان را بدون قضاوت‌گری بپذیرید" [6]. به عبارت دیگر، رفتار درمانی دیالکتیکی بر پایه فلسفه‌ای دیالکتیکی قرار داشته که حالت تعادل و سنتزی از راهبردهای مبتنی بر پذیرش و راهبردهای تغییر محور را در بر می‌گیرد. به نظر می‌رسد انتخاب درمانی که هم مبتنی بر پذیرش و همدلی با دردهای مراجع و هم ارائه مهارت‌ها و کمک برای تغییر فرد باشد، در خیلی از موارد مؤثر بیفتد. در واقع دیالکتیک اصلی در این رویکرد یکپارچگی پذیرش و تغییر است. به عبارتی ایجاد تعادل بر تغییر هر تجربه ناگوار با تلاشی مشابه برای یادگیری پذیرش دردهای غیرقابل اجتناب و ناگزیر زندگی [7]. در این روش، رفتارهایی که باعث رنج بیشتر در مراجع یا اطرافیانش می‌شوند باید تغییر کنند ضمن این که مراجع خودش را هم تغییر می‌دهد. این مورد ممکن است به ظاهر تناقض‌آمیز جلوه کند، اما بخش بنیادین این شیوه درمان محسوب می‌شود. رفتار درمانی دیالکتیکی به ترکیب پذیرش و تغییر بستگی دارد و نه به تنهایی پذیرش یا تغییر. این درمان، ابتدا بیمار را به پذیرش احساساتش به عنوان واقعی، قابل درک و مورد تأیید دعوت می‌کند. مواجهه با اضطراب بر هر گونه چارچوب بندی مجدد شناختی مقدم است، به طوری که در ابتدا بیمار دعوت می‌شود تا به بررسی تجربی این تصور که اضطرابش غیر قابل تحمل است بپردازد. اجتناب و گریز برای بیمار توضیح داده می‌شود و تأیید هیجان‌هایش بر هر گونه تلاش برای اصلاح علت هیجان‌ها (محیطی یا بین فردی) مقدم می‌گردد [8]. این شیوه درمان برای افرادی که قصد کنترل هیجان‌های آشفته ساز^۴ را دارند، بسیار اثربخش است. پژوهش‌ها نشان می‌دهند که رفتار درمانی دیالکتیکی به تقویت توانمندی افراد برای برخورد درست با ناراحتی می‌پردازد، بدون این‌که افراد کنترل خود را از دست بدهند یا دست به رفتارهای مخرب بزنند [9]. رفتار درمانی دیالکتیکی، نظریه ای است که به طور مؤثر می‌تواند به بیمارانی کمک کند که در مراحل حاد اختلالات خلقی، اضطرابی، اعتیاد، خوردن، کنترل تکانه و شخصیت هستند [6].

رفتار درمانی دیالکتیکی چهار مولفه مداخله‌ای را در شیوه درمان مطرح می‌کند: ذهن آگاهی^۵، تحمل آشفتگی^۶ به عنوان مؤلفه‌های مبتنی بر پذیرش و تنظیم هیجانی^۷ و کارآمدی بین فردی^۸ به عنوان مؤلفه‌های مبتنی بر تغییر [10]. در درمان مبتنی بر آموزش ذهن آگاهی، مراجعان یاد می‌گیرند که چطور با افکار و احساس‌های غیرمنطقی خود رابطه برقرار کنند و بر محتوای افکار خود متمرکز شوند و آن‌ها را تغییر دهند و در چشم انداز وسیع‌تری افکار و احساس‌های خود را ببینند [11]. یکی از مهارت‌هایی که در رفتار درمانی دیالکتیکی به ویژه به منظور مقابله مؤثر با موقعیت‌های مولدها به کار گرفته می‌شود، مهارت تحمل آشفتگی است. تحمل آشفتگی به فرد کمک می‌کند که درد هیجانی خود را خود را به شیوه‌های سالم‌تر بپذیرد تا باعث رنج بیش‌تر او نشوند. برای گذر از بحران سه گام باید طی شود: ۱- توجه برگردانی، ۲- خودآرام سازی، ۳- مقابله با مشکل [12]. تنظیم هیجانی یعنی توانایی مقابله با احساس‌های اولیه و ثانویه آشفته ساز. به عبارتی مراجع باید هیجان اولیه و اصیل خود را در موقعیت آشفته ساز بشناسد تا بتواند قبل از این که هیجان‌های ثانویه، او را از پای درآورد با احساسش کنار بیاید. از سوی دیگر تنظیم هیجان به توانایی فهم هیجان‌ها و تعدیل تجربه و ابراز هیجان‌ها اشاره دارد [13]. بررسی متون و پژوهش‌های روان‌شناختی نشان می‌دهد که تنظیم هیجان عامل مهمی در تعیین سلامتی و داشتن عملکرد موفق در سازگاری‌های اجتماعی است و نقص در آن با بروز اختلال‌های درون ریز مانند افسردگی، اضطراب، انزوای اجتماعی و اختلال‌های برون ریز مانند بزهکاری، ناسازگاری و رفتار پر خاشک‌گرانه ارتباط دارد [14]. تمرکز اصلی DBT، آموزش مهارت در جهت کاهش واکنش پذیری هیجانی و تنظیم پاسخ هیجانی است. طبق نظر لینهان، بوهوس و لینچ [15]، همه مهارت‌های DBT، تنظیم هیجانی^۹ را هدف قرار می‌دهند. تنظیم هیجان روشی برای رسیدن به سازگاری عاطفی و

^۱ Dialectical Behavioral Therapy^۲ Impulsive self-hurting^۳ Marsha Linehan^۴ Emotions overwhelming^۵ Mindfulness^۶ Distress Tolerance^۷ Emotion Regulation^۸ Interpersonal Skills^۹ Emotion Regulation

اجتماعی در نظر گرفته می‌شود [16]. کمبل سیلز و بارلو^۱ [17]، بسیاری از خصوصیات بالینی اضطراب و اختلالات خلق (مثل اجتناب، نشخوار فکری، عقلی‌سازی) را تلاش‌های ناسازگار تنظیم هیجانی بیان کرده‌اند. مهارت‌های بین فردی یا مهارت‌های ارتباط مؤثر شامل آموزش مهارت‌های اجتماعی^۲، جسارت آموزی^۳ و مهارت‌های گوش دادن^۴ می‌باشند.

در این درمان، مداخلات مبتنی بر ذهن آگاهی و تنظیم هیجانی به عنوان راهبردهای پذیرش محور، با آموزش مهارت‌های رفتاری که به عنوان راهبردهای تغییر محور شناخته شده اند به صورت توأم به کار برده می‌شود به عبارتی به صورت هم‌زمان پذیرش و تحمل دردهای ناشی از آن و از جهت دیگر تلاش برای برای کسب زندگی و مهارت‌های سازگاری و محافظتی بهتر امری ضروری به نظر می‌رسد [18]. چندین روش درمانی برای درمان اختلال سازگاری به کار می‌رود که عبارتند از: روان درمانی (مشاوره درمانی)، روان درمانی میان فردی یا IPT (روان درمانی کوتاه مدت)، مداخله بحرانی^۵ (مراقبت درمانی اضطرابی)، درمان خانوادگی و گروهی، درمان شناختی رفتاری یا CBT (با تمرکز روی حل مشکلات به وسیله تغییر فکر و رفتارهای نابارور^۶)، خانواده درمانی و گروهی و گروه‌های حمایتی ویژه برای اختلال سازگاری، درمان راه حل محور [19].

پژوهش‌هایی که در مورد اثربخشی درمان رفتاری دیالکتیکی انجام گرفته است مبین تأثیر آن بر اختلالاتی از جمله اضطراب بوده است. پژوهش نیکسیو^۷ و همکاران [20] نشان داد که آموزش مهارت‌های DBT در کاهش اضطراب جوانان با اختلالات سازگاری مؤثر است. همچنین نتایج پژوهش‌های کروس و اشمیتز و ترد^۸ [21] که بر روی افراد با اختلال اضطرابی بیماران دیابتی صورت گرفت مؤید اثربخشی رفتار درمانی دیالکتیک بر کاهش اضطراب این بیماران بود. اوبرین^۹ [22] نیز در پژوهش خود که بر روی بیماران با اختلال خوردن انجام شد توانست با درمان به شیوه DBT اضطراب این بیماران را درمان کند. پاسیسزنی و کنر^{۱۰} [23] طی پژوهشی در استرالیا، DBT شیوه گروهی را در بیست و چهار جلسه و طی شش ماه بر روی ۸۴ زن و ۶ مرد مبتلا به دیابت با همبودی اختلال‌های اضطراب و افسردگی اجرا کردند. لیوید^{۱۱} و همکاران [24] نیز با پژوهشی نشان دادند که پاسخ به هیجانات منفی مانند استرس، اضطراب و ناکامی در بیماران مبتلا به دیابت با پیشرفت بیماری دیابت در ارتباط است و همچنین میزان همپوشی این بیماری با اختلالات روانی، که به طور عمده شامل اضطراب و افسردگی است، بالا می‌باشد. سواز و هیرد^{۱۲} [25] در اسپانیا، مهارت آموزی بر مبنای رفتار درمانی دیالکتیکی را در یک دوره سه ماهه طی ۱۳ جلسه روی افراد مبتلا به دیابت نوع یک و نوع دو اجرا کردند. نتایج این پژوهش نشان‌دهنده کاهش معنی‌دار علائم افسردگی، اضطراب، خشم، تحریک پذیری و بی‌ثباتی هیجانی بود.

با توجه به افزایش رو به رشد عوامل استرس‌زا در بین نوجوانان و آسیب پذیر بودن این دوره از رشد و همچنین نیاز به درمان‌های روان‌شناختی برای کاهش اثرات سوء اختلال سازگاری و از طرفی فقدان پژوهشی در کشور که به‌طور مستقیم اثربخشی رفتار درمانی دیالکتیکی را در درمان اختلال سازگاری مورد بررسی قرار دهد، انجام پژوهش حاضر ضروری به نظر می‌رسد. بنابراین پژوهش حاضر به دنبال پاسخگویی به این سؤال است که آیا رفتار درمانی دیالکتیک می‌تواند بر بهبود نشانه‌های بالینی اختلال سازگاری مؤثر باشد؟

روش پژوهش

پژوهش موردنظر در چارچوب یک مطالعه نیمه تجربی موردی چند خط پایه به روش پلکانی می‌باشد و از لحاظ هدف در ردیف تحقیقات کاربردی قرار می‌گیرد. در این پژوهش، درمان رفتاری دیالکتیکی متغیر مستقل و بهبود نشانه‌های بالینی اختلال سازگاری با خلق مضطرب متغیر وابسته بود. جامعه آماری پژوهش نوجوانان دختر مبتلا به اختلال سازگاری با خلق مضطرب که دانش‌آموزان پایه یازدهم دبیرستان شهید اسلامبولچی منطقه ۶ شهرستان مشهد بودند که ملاک‌های ورود شامل دریافت تشخیص اختلال سازگاری با خلق مضطرب بر اساس مصاحبه بالینی ساختاریافته براساس DSM-5، نوجوان بین ۱۴ تا ۱۸ سال، گذراندن یک تروما در سه ماهه گذشته، دارا بودن سواد خواندن و نوشتن بود. برنامه درمان، رفتار درمانی دیالکتیکی بود که در طی ۱۰ جلسه هفته‌ای یک بار به مدت ۴۵ دقیقه مطابق راهنمای این درمان [26] بر روی آزمودنی‌ها انجام شد و در قالب آموزش مهارت‌های تحمل پریشانی، مهارت‌های ذهن آگاهی،

¹ Campbell-Sills, L., & Barlow, D. H.

² Social skill-training

³ Assettive training

⁴ Listening skills

⁵ Crisis intervention

⁶ Unproductive behaviors

⁷ Neacsiu, A.D.

⁸ Kruse N J, Schmitz. & There'd W.

⁹ O'Brien, C.

¹⁰ Pasieczny, N., Connor, J.

¹¹ Lioted, C.E.

¹² Swales, M.A. & Heard, H.L.

مهارت‌های تنظیم هیجانی و مهارت ارتباط مؤثر به بیماران ارائه گردید. این جلسات به روش پلکانی برای آزمودنی‌ها طبق پروتکل درمانی رفتار درمانی دیالکتیکی متناسب با هر یک از آن‌ها اجرا گردید. آزمودنی‌ها در خط پایه (پیش آزمون)، بعد از آخرین جلسه درمان (پس آزمون)، و یک ماه پس از پایان درمان (پیگیری)، پرسشنامه اضطراب حالت- صفت اسپیلبرگر را جهت ارزیابی تکمیل کردند.

ابزار اندازه گیری

- مصاحبه تشخیصی: براساس ملاک‌های اختلال سازگاری با خلق مضطرب DSM-V
- پرسشنامه اضطراب حالت- صفت اسپیلبرگر^۱ (STAI) (۱۹۷۰): پرسشنامه اضطراب حالت- صفت اسپیلبرگر (STAI) که در سال ۱۹۷۰ توسط اسپیلبرگر ساخته شد. پرسشنامه اضطراب صفت اسپیلبرگر حاوی ۴۰ سؤال است که از سؤالات ۱ تا ۲۰ اختصاص به اضطراب حالت و از سؤالات ۲۱ تا ۴۰ اختصاص به اضطراب صفت دارد. سؤالات مربوط به اضطراب حالت و اضطراب صفت در طیف چهار گزینه‌ای نمره‌گذاری می‌شوند که عبارتند از: به هیچ وجه (تقریباً هرگز)، گاهی، عموماً، خیلی زیاد [27]. اسپیلبرگر و گورساج و لوشن^۲ [28]، ضریب آلفای کرونباخ برای زیرمقیاس اضطراب حالت را ۰/۹۲ و برای زیرمقیاس اضطراب صفت ۰/۹۰ گزارش کردند. همچنین ضریب آزمون- بازآزمون برای زیرمقیاس اضطراب حالت ۰/۶۲ و برای زیرمقیاس اضطراب صفت ۰/۶۸ به دست آمد. نیز در پژوهشی که در مشهد بر روی ۶۰۰ فرد انجام گرفت، پایایی این پرسشنامه از طریق آلفای کرونباخ برای زیرمقیاس اضطراب حالت ۰/۹۱، برای اضطراب صفت ۰/۹۰ و برای کل مقیاس ۰/۹۴ به دست آمد [29].

پس از به دست آوردن نمره اضطراب هر یک از دو زیرمقیاس پرسشنامه یعنی اضطراب حالت و اضطراب صفت را به صورت زیر تفسیر می‌کنیم: اضطراب خفیف: نمره ۲۰ تا ۲۹ در پرسشنامه، اضطراب نسبتاً خفیف: نمره ۳۰ تا ۴۹ در پرسشنامه، اضطراب نسبتاً شدید: نمره ۵۰ تا ۶۹، اضطراب شدید: نمره ۷۰ تا ۸۰ در پرسشنامه.

طبق تعریف اسپیلبرگر و همکاران [26]، اضطراب حالت^۳ واکنشی شامل احساسات نامطلوب تنش است که به صورت آگاهانه ادراک می‌گردد و با برانگیختگی دستگاه عصبی خودمختار مرتبط می‌شود و اضطراب صفت^۴ نوعی صفت دیرپای شخصیتی است و به تفاوت‌های نسبتاً ثابت فردی در آمادگی برای مضطرب شدن مربوط است.

شیوه اجرا

جهت بررسی و تحلیل داده‌های رفتاری، روش تحلیل درصد بهبودی و اندازه اثر کوهن در این پژوهش مورد استفاده قرار گرفت. کوهن اندازه اثر را به سه بخش کوچک (۰/۲)، متوسط (۰/۵)، بزرگ (۰/۸) و بیشتر) تقسیم کرده است [30]. نرم افزار آمار مورد استفاده SPSS نسخه ۱۹ بود و روش محاسبه درصد بهبودی و محاسبه اندازه اثر به روش کوهن^۵ طبق فرمول‌های زیر انجام گرفت.

$$MPI = [(Baseline\ Mean - Treatment\ Phase\ Mean) / Baseline\ Mean] \times 100$$

(۱)

$$MPR = [(Baseline\ Mean - Treatment\ Phase\ Mean) / Treatment\ Phase\ Mean] \times 100$$

(۲)

$$Cohen's\ d = M1 - M2 / \sigma_{pooled}$$

(۳)

$$Where\ \sigma_{pooled} = \sqrt{[(\sigma_1^2 + \sigma_2^2) / 2]}$$

(۴)

یافته‌ها

توزیع فراوانی جمعیت شناختی نمونه مورد بررسی طبق جدول شماره ۱ است:

جدول ۱- توزیع فراوانی جمعیت شناختی نمونه

آزمودنی	سال و ماه تولد	جنسیت	نوع اختلال	اضطراب حالت	اضطراب صفت	اقدامات درمانی پیشین
---------	----------------	-------	------------	-------------	------------	----------------------

¹ Spielberger State-Trait Anxiety inventory

² Spielberger, C. D., Gorsuch, R. L., & Lushene, R. E.

³ State Anxiety

⁴ Trait Anxiety

⁵ Cohen

۱	۱۳۸۱/۴	دختر	اختلال سازگاری با خلق مضطرب	نسبتاً خفیف	نسبتاً خفیف	-
۲	۱۳۸۰/۱۱	دختر	اختلال سازگاری با خلق مضطرب	نسبتاً شدید	نسبتاً شدید	-
۳	۱۳۸۱/۲	دختر	اختلال سازگاری با خلق مضطرب	شدید	شدید	روان درمانی
۴	۱۳۸۱/۳	دختر	اختلال سازگاری با خلق مضطرب	نسبتاً خفیف	نسبتاً خفیف	-
۵	۱۳۸۰/۱۲	دختر	اختلال سازگاری با خلق مضطرب	نسبتاً شدید	نسبتاً شدید	روان درمانی و دارو درمانی
۶	۱۳۸۱/۱	دختر	اختلال سازگاری با خلق مضطرب	نسبتاً خفیف	نسبتاً خفیف	-

میانگین نمرات آزمودنی‌ها و انحراف استاندارد در اضطراب حالت و صفت در جدول ۲ ملاحظه می‌گردد:

جدول ۲- آماره‌های توصیفی مربوط به متغیر اضطراب و مؤلفه‌هایش

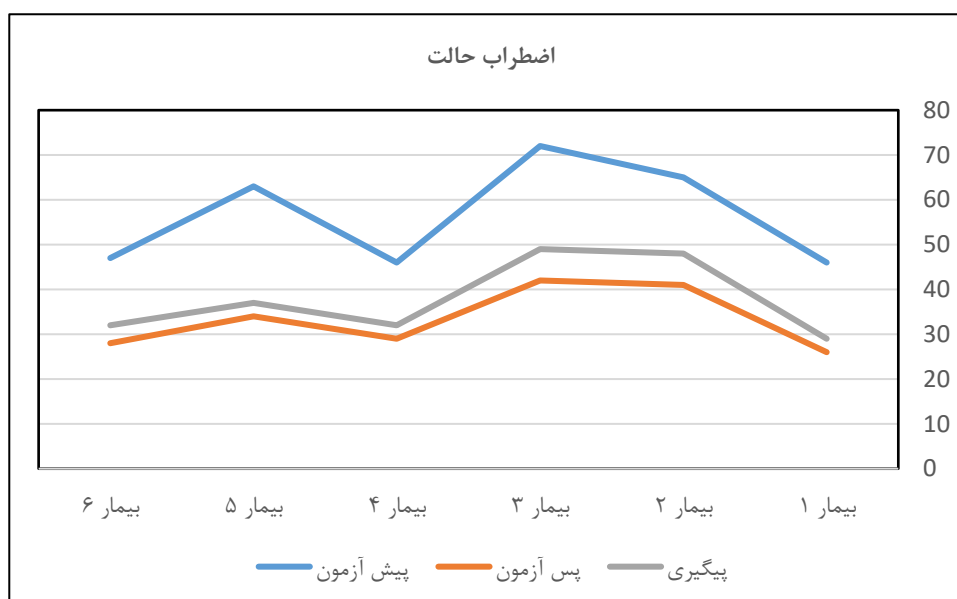
متغیر	تعداد	پیش آزمون		پس آزمون		پیگیری	
		میانگین	انحراف استاندارد	میانگین	انحراف استاندارد	میانگین	انحراف استاندارد
حالت	۶	۵۶/۵	۱۱/۵۴	۳۳/۳	۶/۸۶	۳۷/۸	۸/۶۵
صفت	۶	۵۳	۱۴/۰۸	۳۲/۵	۱۰/۵۹	۳۷/۳	۱۱/۵۲

معناداری تغییرات نمرات آزمودنی‌ها در مقیاس اضطراب حالت در مراحل پس آزمون و پیگیری بر مبنای شاخص درصد بهبودی و اندازه اثر محاسبه و در جدول شماره ۳ و نمودار شماره ۱ قابل رؤیت است. همان گونه که در جدول شماره ۳ مشاهده می‌شود، نمرات اضطراب حالت تمامی آزمودنی‌ها پس از درمان در مقایسه با خط پایه کاهش داشته‌اند. این کاهش در مرحله پیگیری نیز قابل رؤیت است.

جدول ۳- نمرات پیش آزمون و پس آزمون و پیگیری اضطراب حالت

مراحل درمان	بیمار ۱	بیمار ۲	بیمار ۳	بیمار ۴	بیمار ۵	بیمار ۶
پیش آزمون	۴۶	۶۵	۷۲	۴۶	۶۳	۴۷
پس آزمون	۲۶	۴۱	۴۲	۲۹	۳۴	۲۸
میزان بهبودی	۴۳	۳۷	۴۲	۳۷	۴۶	۴۰
بهبودی کلی				۴۱		
اندازه اثر				۲/۴۴		
پیگیری	۲۹	۴۸	۴۹	۳۲	۳۷	۳۲
میزان بهبودی	۳۷	۲۶	۳۲	۳۰	۴۱	۳۲
بهبودی کلی				۳۳		
اندازه اثر				۱/۸۳		

بر طبق نتایج حاصل در همه موارد (به خصوص در بیمار ۵) میزان بهبودی با درصدهای بالا و معناداری همراه گردیده است به نحوی که در مرحله پس آزمون، میزان بهبودی به طور میانگین ۴۱٪ و اندازه اثر کوهن ۲/۴۴ رخ داده و در مرحله پیگیری، میزان بهبودی به طور میانگین ۳۳٪ و اندازه اثر ۱/۸۳ بود. نمودار مقایسه نمرات پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری به شکل زیر است:



نمودار ۱- مقایسه نمرات پیش آزمون و پس آزمون و پیگیری اضطراب حالت

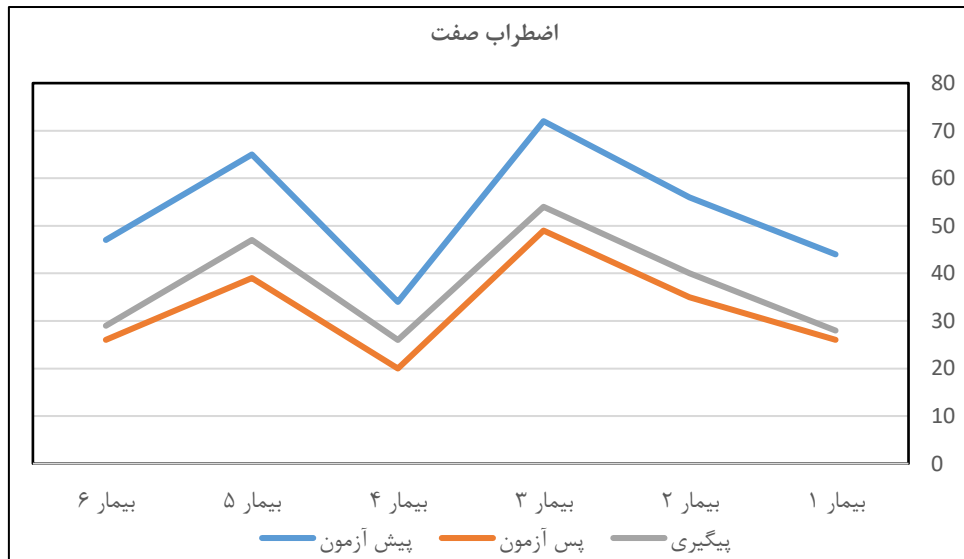
نمودار نمایانگر این است که تغییر محسوس در اضطراب حالت تمام بیماران در طی درمان رخ داده که در بیمار ۳ و ۵ بیش‌تر مشهود بود و کمترین میزان بهبودی مربوط به بیمار ۴ که البته قبل از درمان، اضطراب حالت نسبتاً خفیف را دارا بوده و پس از درمان به اضطراب حالت خفیف رسید و در مرحله پیگیری نیز این تأثیرپذیری در تمام آزمودنی‌ها مشهود بود.

همچنین معناداری تغییرات نمرات آزمودنی‌ها در مقیاس اضطراب صفت در مراحل پس آزمون و پیگیری بر مبنای شاخص درصد بهبودی و اندازه اثر محاسبه و در جدول شماره ۴ و نمودار شماره ۲ قابل رؤیت است. همان گونه که در جدول شماره ۴ مشاهده می‌شود، نمرات اضطراب صفت تمامی آزمودنی‌ها پس از درمان در مقایسه با خط پایه کاهش داشته‌اند. این کاهش در مرحله پیگیری نیز قابل رؤیت است.

جدول ۴- نمرات پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری اضطراب صفت

بیمار ۱	بیمار ۲	بیمار ۳	بیمار ۴	بیمار ۵	بیمار ۶	مراحل درمان
۴۴	۵۶	۷۲	۳۴	۶۵	۴۷	پیش آزمون
۲۶	۳۵	۴۹	۲۰	۳۹	۲۶	پس آزمون
۴۱	۳۸	۳۲	۴۱	۴۰	۴۵	میزان بهبودی
			۳۹			بهبودی کلی
			۱/۶۵			اندازه اثر
۲۸	۴۰	۵۴	۲۶	۴۷	۲۹	پیگیری
۳۶	۲۹	۲۵	۲۴	۲۸	۳۸	میزان بهبودی
			30			بهبودی کلی
			۱/۲۲			اندازه اثر

بر طبق نتایج حاصل در همه موارد میزان بهبودی با درصدهای بالا و معناداری همراه گردیده است به نحوی که در مرحله پس آزمون به طور میانگین تا ۳۹٪ بهبود رخ داده است و اندازه اثر ۱/۶۵ بوده و در مرحله پیگیری به طور میانگین تا ۳۰٪ بهبود رخ داده است و اندازه اثر ۱/۲۲ بوده است. نمودار مقایسه نمرات پیش آزمون و پس آزمون و پیگیری به شکل زیر است:



نمودار ۲- مقایسه نمرات پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری اضطراب صفت

نمودار نشان می دهد تغییر محسوسی در اضطراب صفت تمام بیماران در طی درمان رخ داده که در بیمار ۵ و ۳ بیشتر مشهود بود و کمترین اندازه اثر مربوط به بیمار ۴ بوده است، البته قبل از درمان اضطراب صفت نسبتاً خفیف را دارا بوده و پس از درمان به اضطراب صفت خفیف رسید و این تأثیرپذیری بعد از یک ماه (در پیگیری) باقی مانده بود.

بحث و نتایج

هدف پژوهش حاضر، بررسی اثر بخشی رفتار درمانی دیالکتیکی در بهبود اضطراب حالت و صفت در نوجوانان بود. یافته های حاصل بیانگر این است که این نوع مداخله در کاهش موارد اصلی درمان (علائم اختلال، اضطراب حالت، اضطراب صفت) مؤثر بوده است. نتایج پژوهش نشان می دهد که در پایان مداخله، کاهش سطح اضطراب صفت و کاهش سطح اضطراب حالت در همه آزمودنی ها به لحاظ آماری معنادار است و این کاهش در اضطراب حالت بیشتر ملاحظه گردید. اینگرام، هیز و اسکات^۱ [31] در بررسی سنجش اثربخشی و کارایی درمان های روان شناختی به شش متغیر، اشاره کرده اند. نتایج پژوهش حاضر نیز در پرتو این شش متغیر بررسی می شوند:

۱- اندازه تغییر^۲ (میزان کاهش در علایمی که آماج اصلی درمان به شمار می روند): علایم اختلال، اضطراب حالت، اضطراب صفت آماج اصلی رفتار درمانی دیالکتیک در نظر گرفته شدند. همان طور که از نتایج پژوهش مشخص است، هر شش آزمودنی در اضطراب کلی و بقیه ابعاد در پس آزمون و پیگیری نسبت به پیش آزمون تغییر معناداری داشته اند. اضطراب یک واکنش هیجانی است که از موقعیتی به موقعیت دیگر تفاوت می کند. فرایندهای مرکزی درمان دیالکتیک به مراجع آموزش می دهد چگونه عقیده بازدارنده فکر را رها کند، از افکار مزاحم جدا شود، به جای خود مفهوم سازی شده، خود مشاهده گر را تقویت و رویدادهای درونی را به جای کنترل بپذیرد، ارزش هایش را تصریح کرده و به آن ها بپردازد. در نتیجه این نکات اضطراب در فرد کاهش می یابد.

۲- کلیت تغییر^۳ (چند درصد تغییر مثبت داشته اند؟ چند درصد تغییر نکرده اند؟): نتایج پژوهش نشان می دهد که آزمودنی ها در پایان درمان، ۳۰ درصد بهبودی نشان دادند، به عبارتی رفتار درمانی دیالکتیک حدود ۳۰ درصد اضطراب آزمودنی ها را بهبود داده است. از دیگر نتایج اینکه آزمودنی ها در پایان درمان ۳۹ درصد بهبودی و در مرحله پیگیری ۳۰ درصد کاهش اضطراب را نشان دادند.

۳- عمومیت تغییر^۴ (چه مقدار تغییر در موقعیت های ضروری رخ داده است؟): با بررسی نتایج مشخص شد که اضطراب حالت آزمودنی شماره ۲ و ۳ در پیش آزمون بسیار شدیدتر از سایر آزمودنی ها بود در اضطراب صفت این شدت درمورد آزمودنی های ۳ و ۵ بود و از لحاظ بهبودی در اثر درمان این آزمودنی ها بهره بیشتری از سایر آزمودنی ها کسب کردند و توانستند در مرحله پیگیری همین روند را ادامه دهند. می توان این نتایج را بدین صورت تفسیر کرد که رفتار درمانی دیالکتیک با آموزش مهارت های رفتاری مبتنی بر کارآمدی بین فردی، تحمل آشفتگی، مهارت های تنظیم هیجان و مهارت های ذهن آگاهی، توانسته است بر میزان بهبودی در ابعاد مختلف اضطراب آزمودنی ها نقش اثر گذاری داشته باشد [32].

۴- میزان پذیرش^۵ (افراد تا چه اندازه فرایند درمان را به پایان رسانده اند؟): مشکلی که در برخی از گزارش تحقیقات به وجود می آید، این است که افت مراجعان را جزء نتایج درمان گزارش نمی کنند. طبق نظر کزدین^۶ [33] افت آزمودنی ها را باید به عنوان یکی از متغیرهای درمان محاسبه کرد. آزمودنی های پژوهش حاضر تا پایان درمان، روند درمانی خود را ادامه دادند و شاید به همین دلیل بتوان رفتار درمانی دیالکتیک را جزء درمان هایی تلقی کرد که قابلیت پذیرش بالایی دارند.

۵- ایمنی^۷: نتایج پژوهش حاضر حاکی از آن است که آزمودنی ها توانستند میزان اضطراب خود در ابعاد مختلف را بهبود بخشند. طبق گزارش آزمودنی ها، درمان موجب گرفتاری و دردسر آنها نشد، اما بهتر است در پژوهش های آتی برای سنجش این متغیر، ابزاری عینی و استاندارد شده به کار گرفته شود.

۶- ثبات^۸ دستاوردهای درمان: نتایج پیگیری یک ماهه نشان می دهد که آزمودنی ها به نسبت توانستند نتایج مثبت آخر جلسه درمان در آماج های سه گانه را تداوم بخشند، البته نسبت به پس آزمون درصد بهبودی اندکی کاهش داشت. در مجموع با بررسی پیشینه، پژوهشی که به طور مستقیم اثربخشی رفتار درمانی دیالکتیکی را بر روی اختلال سازگاری را بسنجد یافت نشد ولی نتایج این پژوهش، با بخشی از نتایج چندین پژوهش از جمله با نتایج نیکسیو و همکاران [20]، کروس و اشمیتز و ترد [21]، اوبرین [22]، پاسیسزنی و کتر [23]، لیوید و همکاران [24]، سواز و هیرد [25] همسو می باشد.

در تبیین یافته های پژوهش می توان گفت: طی مداخله تلاش شد تا در شروع با تصویرسازی ذهنی در مکان امن و توجه برگردانی و پذیرش بنیادین و آموزش تکنیک های ناهمجوشی فکر و قضاوت، اضطراب حالت را در نوجوانان کاهش دهد. در مورد دلایل اثربخشی درمان دیالکتیک در کاهش اضطراب و نگرانی افراد مبتلا به اضطراب می توان به مؤلفه های این درمان اشاره کرد. تکنیک هایی

¹ Ingram, R. E., Hayes, A. Q., & Scott, W

² Magnitude of Change

³ Universality of Change

⁴ Generality of Change

⁵ Acceptability

⁶ Kazdin, A. E

⁷ Safety

⁸ Stability

که مؤلفه فیزیولوژی اضطراب را هدف قرار می‌دهند شامل آموزش تنفس دیافراگمی یا عمیق، آموزش آرمیدگی پیشرونده و آموزش آرمیدگی ذهنی است. این تکنیک‌ها مؤلفه جسمانی و فیزیولوژی اضطراب را مورد هدف قرار می‌دهند. در نهایت مراجعان این دیدگاه‌های شناختی جدید را به عنوان پاسخ مقابله‌ای متفاوتی در برابر رویدادهای اضطراب‌زا به کار می‌برند. تکنیک‌هایی که مؤلفه رفتاری اضطراب را هدف قرار می‌دهند عبارتند از: شناسایی رفتارهای ایمنی نگرانی، شناسایی و حذف رفتارهای اجتنابی فعال و منفعل، مواجهه ذهنی و تمرین مقابله، تغییر رفتار سبک زندگی و شناسایی رفتارهای نادیده گرفته شده. همچنین این روش درمان موجب کاهش اضطراب صفت در آزمودنی‌ها شد.

از جمله محدودیت‌های پژوهش حاضر این است که اگر چه مطالعات تک آزمودنی به دلیل مشاهده کیفی، نتایج عمیق‌تری به دست می‌دهند و یافته‌های واقعی حاصل از چنین پژوهش‌هایی در سایه آزمون‌های آماری محو نمی‌شوند [34]، اما به دلیل تعداد محدود نمونه، این نوع پژوهش از اعتبار بیرونی اندکی برخوردار است و می‌بایست در تفسیر داده‌ها احتیاط کرد. لذا جهت رفع چنین محدودیت‌هایی پیشنهاد می‌شود که اثربخشی رفتار درمانی دیالکتیکی در قالب طرح‌های دقیق آزمایشی و با حجم نمونه بزرگتر و بر روی هر دو جنس (نوجوان پسر و دختر) مورد ارزیابی قرار گیرد. نیز افراد نمونه از یک موقعیت جغرافیایی خاص و همگن بودند که می‌تواند باعث شده باشد عواملی که نمی‌توان آن را کنترل کرد مثل فرهنگ، بر نتیجه تحقیق اثر گذاشته باشند. از طرفی داده‌ها از طریق خودگزارش‌دهی شرکت کنندگان و به وسیله پرسشنامه جمع آوری شد که این شیوه همیشه تحت تأثیر عوامل متعدد تأثیرگذار مثل گرایش پاسخ‌دهندگان به ارائه پاسخ‌های جامعه پسند می‌باشد و محدودیتی برای تفسیر تأثیرات درمان محسوب می‌شود. محدودیت بعدی این پژوهش به این حقیقت برمی‌گردد که هم درمان و هم ارزیابی توسط یک نفر انجام شد که خود این امر می‌تواند باعث سوگیری در تفسیر داده‌ها شود.

منابع

- [1] Eysenck, M.W. (2000). Psychology: A students handbook. UK: Psychology Press Ltd.
- [2] Diagnostic and statistical manual of mental disorders, 5th ed. Washington, Am Psychiatric Assoc. 2013; 222-3.
- [3] Byrne, R., & kirschner, k. (2018). Unusual Behaviors in adjustment disorder. In Nelson Pediatric Symptom-Based Diagnosis.
- [4] Sadock, B.J. & Sadock, V.A. (2010). Kaplan and Sadock's Pocket Handbook of Clinical Psychiatry, 5th Edition. Lippincott Williams and Wilkins, Philadelphia.
- [5] Sharpe, M., Walker, J. (2010). Neurotic, stress-related and somatoform disorders. In Companion to Psychiatric Studies (Eight Edition).
- [6] Linehan, M. M. (1993). Cognitive-Behavioral Treatment of Borderline Personality Disorder. New York, Guilford.
- [7] Linehan MM. (2014). DBT & Skills Training Manual. Second Edition. Guilford Publications. 152006; 3(9):62-8.
- [8] Marra, T. (2005). Dialectical Behavior Therapy in Private Practice. Translated by: Izadi, Sh., Ghiasi, M. Publisher: Arjmand. Tehran.
- [9] Mckay, M., Davis, M., Davis, M., & Fanning, P. (1983). Messages: The communication skills book. Oakland, CA: new Harbinger Pulications.
- [10] Linehan, M. (2008). Dialectical Behavior Therapy frequently Asked Questions. USA (Seattle): Behavioral Tech, LLC.
- [11] Segal, Z., Williams, J., & Teasdale, J. (2012). Mindfulness-based cognitive therapy for depression: A new approach to preventing relapse. New York: Guilford Press.
- [12] فروزانفر، آزاده (۱۳۹۶). تحمل پریشانی، نظریه، مکانیسم و رابطه با آسیب شناسی روانی. مجله رویش روان شناسی.
- [13] Shaw, P., Stringaris, A., Nigg, J., & Leibenluft, E. (2014). Emotion dysregulation in Attention Deficit Hyperactivity Disorder. American Journal of Psychiatry, 171(3), 276-293.
- [14] Mitchell, T., Zylowska, L., & Kollins, S. H. (2015). Mindfulness meditation training for attention-deficit/hyperactivity disorder in adulthood: Current empirical support, treatment overview, and future directions. Cognitive and Behavioral Practice. 22(2): 172-191.
- [15] Linehan M.M., Bohus M., Lynch T.R. Dialectical behavior therapy for pervasive emotion dysregulation. In James J. Gross (ed.), Handbook Of Emotion Regulation. Guilford Press. pp. 581-605 (2007).
- [16] خدایاری فرد، محمد؛ چشمه نوشی، میترا؛ رحیمی نژاد، عباس و فراهانی، حجت اله. (۱۳۹۰). اثربخشی آموزش مولفه‌های هوش هیجانی بر سازگاری اجتماعی و صمیمیت اجتماعی. مجله روانشناسی، ۱۵(۴)، ۳۶۸-۳۵۳.
- [17] Campbell-Sills, L., & Barlow, D. H. (2006). Incorporating emotion regulation into conceptualizations and treatments of anxiety and mood disorders. In J. J. Gross (Ed.), Handbook of emotion regulation (pp. 542-559). New York: Guilford Press.

-
- [18] Chapman AL. (2006). Dialectical behavior therapy: current indications and unique elements. *Psychiatry* (Edgmont).
- [19] Timothy, J., Legg, PhD, PsyD, CRNP, ACRN, CPH. (2018). Health, Adjustment disorder, Medically. reviewed on April 23,2018.
- [20] Neacsiu AD, Eberle JW, Kramer R, Wiesmann T, Linehan MM.(2014). Dialectical behavior therapy skills for transdiagnostic emotion dysregulation: A pilot randomized controlled trial. *Behaviour research and therapy*. 59:40–51. [[PubMed](#)] [[Google Scholar](#)]
- [21] Kruse N J, Schmitz. & There'd W. (2013). German national health interview and examination survey on association between diabetes and mental disorders in a community sample: results from the German national health interview and examination survey. *Diabetes Care* 2013; 26:1841-1846.
- [22] O'Brien, C. (2010). Winnicottian object relations and behavioral theoretical conceptualizations of difficult-to-treat binge-type eating disorders: Proposal for a synthesized treatment approach through dialectical behavior therapy.[Dissertation]. Massachusetts: Smith College School for Social Work Northampton.
- [23] Pasieczny, N., Connor, J. (2011). The effectiveness of dialectical behavior therapy in routine public mental health settings: An Australian controlled trial. *Behavior Research and Therapy*; 49.4-10.
- [24] Lioyed, C.E., Dyer, PH., Lancashire, B.A., Harris, T. (2006). Association between stress and glysemic control in adults with type 1 diabetes *Care*. 22(8):83-1278.
- [25] Swales, M.A. & Heard, H.L. (2009). *Dialectical behavior therapy*. New York: Rutledge.
- [26] Mckay M, Wood J, Brantley j. (2007). *The dialectical behavioral therapy skills workbook*:.Traslated by:Hamidpour, H., Jomepour, H., Andouz.Z. Publisher: Arjmand. Tehran.
- [27] Spielberger, C. D., Gorsuch, R. L., Lushene, R., Vagg, P. R., & Jacobs, G. A. (1983). *Manual for the State-Trait Anxiety Inventory*. Palo Alto, CA: Consulting Psychologists Press.
- [28] Spielberger, C. D., Gorsuch, R. L., & Lushene, R. E. (1970). *Manual for the state-trait anxiety inventory*. Palo Alto, CA: Consulting Psychologists Press.
- [29] صفوی، محبوبه؛ معروفی، شیرین. (۱۳۹۱). همبستگی سبک‌های دلبستگی با اضطراب صفت-حالت. *مجله علوم پزشکی دانشگاه آزاد اسلامی*، ۲۲ (۴)، ۳۰۷-۳۱۲.
- [30] Cohen, J. (1988). *Statistical power analysis for the behavioral sciences* (2nd ed). Hillsdale, NJ:Erlbaum. *Behavior*, 73(20): 498–508.
- [31] Ingram, R. E., Hayes, A. Q., & Scott, W. (2000). Empirically supported treatment: A Critical analysis. In. C. R. Snyder & Q. R. E.
- [32] Miller, A. L., Rathus, J. H., & Linehan, M. (2006). *Dialectical behavior therapy with suicidal adolescents*. New York: Guilford Press.
- [33] Kazdin, A. E. (1992). *Research design in clinical Psychology*. Boston: Allay and Bacon.
- [34] Barlow, D.H., Hersen, M. (1979). *Single case experimental desigus strategies for studying behavior change*. New York: pergamon press.