

Efficacy of Dialectical Behavior Therapy on Risky Behaviors, Depression, Anxiety and Stress in Patients with AIDS

Susan Belier¹, Mojtaba Ansari Shahidi², Shahrzad Mohammadi^{3,*}

¹ Department of Psychology, Hamadan Branch, Islamic Azad University, Hamadan, Iran

² Department of Psychology, Najafabad Branch, Islamic Azad University, Najafabad, Iran

³ Faculty of Medicine, Iran University of Medical Sciences, Tehran, Iran

* **Corresponding Author:** Shahrzad Mohammadi, MD, Faculty of Medicine, Iran University of Medical Sciences, Tehran, Iran. Tel: +98-9183113279, E-mail:

ShahrzadMohammadi@yahoo.com

Received: 2016/08/17

Accepted: 2016/09/10

Online published: 2018/10/1

Abstract

Introduction: Dialectical behavioral therapy is one of the new therapeutic approaches based on cognitive-behavioral approach. The aim of this study was to investigate the effect of this method on risk behaviors, depression, anxiety and stress in patients with AIDS by using a case study design.

Materials and Methods: In a single-trial study, a multiple baseline multi-treatment process was performed on two AIDS patients who were evaluated pre-internally, during and after intervention using Bart's Impact Scale, Depression Scale, Anxiety and Stress Scale of Lovibond and Lovibond.

Results: The results suggested that this treatment reduces symptoms of risky behaviors and depression, anxiety and stress. The rate of recovery in hazardous behaviors after the 8 sessions of treatment for the first patient was 51% and 43% for second case. Also, the overall recovery rate for both patients was 44%. The rate of recovery in subscales of depression, anxiety and stress after 8 sessions of treatment for the first patient was 44% and for the second patient was 0.47. Moreover, the overall recovery rate for both patients was 44% and the total recovery rate in the subscales was 44%.

Conclusion: The positive effects of dialectic therapy on mental health and risk behaviors indicate its clinical effectiveness on the treatment of risky behaviors and symptoms of depression, anxiety and stress in AIDS patients.

Keywords: Dialectic Behavior Therapy, Risky Behaviors, Depression, Anxiety, Stress, AIDS.

اثر بخشی رفتار درمانی دیالکتیک بر رفتارهای مخاطره آمیز، افسردگی، اضطراب و استرس در بیماران مبتلابه ایدز

سوسن بلیر^۱، مجتبی انصاری شهیدی^۲، شهرزاد محمدی^{۳*}

^۱ گروه روان شناسی، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد همدان، همدان، ایران

^۲ گروه روانشناسی، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد نجف آباد، نجف آباد، ایران

^۳ دانشکده علوم پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی ایران، تهران، ایران

* نویسنده مسئول: شهرزاد محمدی، دانشکده علوم پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی ایران، تهران، ایران. تلفن:

۰۹۱۸۳۱۱۳۲۷۹، ایمیل: ShahrzadMohammadi@yahoo.com

انتشار آنلاین: ۱۳۹۷/۷/۱

پذیرش: ۱۳۹۵/۶/۲۰

دریافت: ۱۳۹۵/۵/۲۷

چکیده

مقدمه: رفتار درمانی دیالکتیکی یکی از رویکردهای درمانی نوین مبتنی بر رویکرد شناختی رفتاری است. این پژوهش باهدف بررسی تأثیر این روش درمانی بر رفتارهای مخاطره آمیز، افسردگی، اضطراب و استرس در بیماران مبتلابه ایدز با استفاده از طرح مطالعه موردی انجام گرفت.

مواد و روش ها: در یک بررسی تک موردی آزمایشی از نوع خط پایه چندگانه فرایند درمان بر روی دو آزمودنی مبتلابه بیماری ایدز انجام گرفت که پیش از مداخله، حین مداخله و پس از مداخله با استفاده از مقیاس تکانشگری بارت و مقیاس افسردگی، اضطراب و استرس لایبوند و لایبوند مورد ارزیابی قرار گرفتند.

یافته ها: نتایج نشان داد، این درمان به کاهش علائم رفتارهای مخاطره آمیز و افسردگی، اضطراب و استرس منجر می شود. میزان بهبودی در رفتارهای مخاطره آمیز پس از ۸ جلسه درمان برای بیمار اول ۵۱٪ و میزان بهبودی برای بیمار دوم ۴۳٪ است و میزان بهبودی کلی برای هر دو بیمار ۴۴٪ است. میزان بهبودی در خرده مقیاس های افسردگی، اضطراب و استرس پس از ۸ جلسه درمان برای بیمار اول ۴۴٪ و میزان بهبودی برای بیمار دوم ۴۷٪ است و میزان بهبودی کلی برای هر دو بیمار ۴۴٪ و میزان بهبودی کامل در خرده مقیاس ها ۴۴٪ بود.

نتیجه گیری: تأثیرات مثبت درمان دیالکتیک بر سلامت روان و رفتارهای مخاطره آمیز حاکی از اثر بخشی بالینی آن بر درمان رفتارهای مخاطره آمیز و علائم افسردگی، اضطراب و استرس در بیماران مبتلا ایدز می باشد.

کلمات کلیدی: رفتار درمانی دیالکتیک، رفتارهای مخاطره آمیز، افسردگی، اضطراب و استرس، ایدز.

تمامی حقوق نشر برای معاونت پژوهش بیمارستان بقیه الله محفوظ است.

مقدمه

ایمنی‌شناسی روانی عصبی نشان دادند که افسردگی روان‌شناختی فعالیت سیستم ایمنی را متوقف می‌نماید و اغلب واکنش‌های روان‌شناختی ممکن است باعث وقفه فعالیت ایمنوگلوبالین‌سیمو سلول‌های ایمنی شوند که این حالت ناامیدی نسبت به آینده که به علت افسردگی شخص می‌باشد به صورت معناداری باعث پیشرفت سندرم نقص ایمنی اکتسابی در افرادی که مبتلا به عفونت نقص ایمنی انسانی HIV شده‌اند می‌شود. تحقیقات انجام‌شده بر این نکته دلالت می‌کنند که داشتن نگرش‌های خوش‌بینانه ممکن است باعث شروع کند تظاهرات «ایدز» شود [۷].

با توجه به اینکه رفتارهای مخاطره‌آمیز در این بیماران بیشتر از معمول است لذا بر روی این متغیر توجه ویژه‌ای شده است، رفتارهای مخاطره‌آمیز هسته اصلی بسیاری از آسیب‌های اجتماعی مانند مصرف مواد، قماربازی بیمارگونه، اختلال شخصیت و دست زدن به اقدامات پرخطر جویانه است که هر سال موجب از میان رفتن زمان و سرمایه در بسیاری از کشورها می‌شود [۸].

از مهم‌ترین رفتارهای مخاطره‌آمیز می‌توان به رفتارهای تکانشی و خشم‌های انفجاری می‌توان نام برد، تکانشگری، به معنی انجام عمل با کمترین تفکر نسبت به رفتارهای آینده یا عمل کردن بر پایه افکاری که بهترین گزینه فرد یا دیگران نمی‌باشد در نظر گرفته شود [۹]. بسیاری از وضعیت‌ها نیازمند یک تفکر و تأمل دقیق اما سریع بر همه پاسخ‌های محتمل می‌باشند [۱۰].

علاوه بر این، تکانشگری، هسته اصلی بسیاری از آسیب‌های اجتماعی مانند بی‌بندوباری جنسی، قماربازی بیمارگونه، سوءمصرف مواد، اختلال‌های شخصیت و بزهکاری است [۱۱] و همچنین طبقه‌ای که بتواند این افراد تکانشگر را در برگرد به صورت طبقه‌ای مجزا وجود ندارد.

اختلالات اضطرابی، عبارت است از یک حالت روانی یا برانگیختگی شدید که ویژگی‌های اصلی آن عبارت‌اند از ترس، تردید و نگرانی مفرط [۱۲] مشکلات مربوط به اضطراب نسبتاً عمومیت دارند و حدود ۳۰ تا ۴۰ درصد افراد جوامع در مرحله‌ای از زندگی خود، به اختلالاتی دچار می‌شوند که با اضطراب ارتباط دارند، در نتیجه، اختلال اضطرابی باری سنگین بر دوش فرد و جامعه هستند، بسیار بیشتر از سایر مشکلات روانی طول می‌کشد و ممکن است به اندازه یک بیماری فیزیکی فلج‌کننده باشند [۱۳] هزینه درمان مشکلات مربوط به اضطراب به میلیاردها دلار می‌رسد و باعث می‌شود تا آن‌ها پرهزینه‌ترین نوع اختلالات روانی به حساب آیند [۱۴].

امروزه درمان‌های روان‌شناختی متعددی برای بالا بردن سلامت روان وجود دارند، اما تعداد کمی از آن‌ها که توانسته‌اند در کار

بیماری ایدز به‌عنوان یکی از مخرب‌ترین اپیدمی‌های جهانی در تاریخ ثبت‌شده است که به دلیل پیامدهای انسانی آن و تأثیرش بر زندگی اقتصادی، فرهنگی، اجتماعی، بهداشتی و روان‌شناختی دارای کیفیتی چندبعدی است [۱].

ایدز به‌عنوان یک بیماری مزمن، بیماری است که افراد در آن بهبودی کامل به دست نمی‌آورند و به‌صورت طولانی‌مدت این بیماران با محدودیت‌های زیادی در محیط اجتماعی و خانوادگی در آن برخورد می‌کنند. از نقطه‌نظر روان‌شناختی، احتمال خیلی زیادی وجود دارد که این افراد با تجربه‌هایی از وقایع اساسی زندگی روبرو شوند که اغلب با محرک‌های تنش‌زای دیگری همراه می‌شود مانند درد، از کارافتادگی و وابستگی که جزء طبیعت این بیماری‌هاست و مرحله‌ای است که فرد به آن می‌رسد. همچنین نمونه‌های متفاوتی از تکالیف انطباقی، موقعیت‌های تهدیدکننده زندگی و همچنین چالش با این موقعیت‌ها که همراه با این بیماری مزمن هستند نیز از جمله محدودیت‌های ذکر شده می‌باشد [۲].

بیماری ایدز و ابتلا به عفونت HIV، بحرانی جدی در زندگی فرد به شمار می‌آید، از همان ابتدای تشخیص افراد مبتلا به ایدز با اضطرابی شدید از مرگی زودرس روبرو می‌شوند. از طرف دیگر این افراد به شیوه‌های مختلفی خدمات پزشکی و درمانی را در اختیاردارند و تحت فشار زیاد احساس ننگ و طرد از اجتماع هستند. این افراد بایستی با ترس‌های مرتبط با این بیماری از قبیل ناتوانی، افزایش وابستگی، فقدان کنترل درد مبارزه کنند. طبیعت نفوذکننده عوامل فشارزا یکی از جنبه‌های افراد مبتلا به ایدز است، غیرقابل‌انتظار نیست که این افراد تعدادی از آشفتگی‌های روانی را از خود نشان دهند [۳].

این آشفتگی‌ها طیف گسترده‌ای را از واکنش‌های خفیف مثل بی‌تفاوتی، گناه، درماندگی و ناامیدی تا واکنش‌های شدید مثل اختلالات اضطرابی و افسردگی اساسی را شامل می‌شود، حتی بعضی اوقات این افراد با افکار خودکشی روبرو می‌شوند [۲]، بررسی وضعیت بیماران مبتلا به عفونت HIV و ایدز عوامل متعددی را به‌عنوان اصول زیر بنایی در روابط این بیماران را مطرح می‌کند، روش‌های برخورد روان‌شناختی گوناگونی در این بیماران شرح داده‌شده، برای مثال ارتباطی قوی بین سطح تشویش و عوامل زیر پیداشده است: خود افشاگری در مورد وضعیت HIV [۴] حمایت اجتماعی در دسترس [۵] ادراک نشانه‌های مربوط به HIV به‌صورت واقعی یا غیرواقعی [۶] و اولویت راهبردهای مقابله‌ای فعال [۴].

از میان این عوامل راهبردهای مقابله‌ای و سیستم حمایت اجتماعی از موارد اساسی هستند که در حوزه‌ی بیماری‌های مزمن موردتحقیق قرارگرفته‌اند. مطالعات اخیر درزمینه‌ی

با توجه به مطالبی که عنوان شد، رفتاردرمان‌گری دیالکتیکی درمانی نوپاست که در مراکز علمی معتبر جهان بسیار مورد توجه و کاربرد برای فوریت‌ها و مداخله در بحران‌ها و درمان بیماران آشفته و اختلال‌های پیچیده قرار گرفته است، در ایران نیز انجام این پژوهش می‌تواند زمینه‌ای مناسب برای بررسی و مقایسه تأثیر این درمان بر افراد بیماری شود که در نتیجه بیماری جسمی مبتلابه رفتارهای مخاطره‌آمیز باشد. درمانگران بالینی و متخصصین مداخله در بحران از نتایج این پژوهش می‌توانند به صورت گسترده‌ای استفاده کنند.

روش کار

جامعه و متغیرهای مورد بررسی

این پژوهش با بهره‌گیری از طرح تجربی تک موردی در زاهدان انجام گرفت. نمونه شامل دو بیمار مبتلابه بیماری ایدز بود که در بهار ۱۳۹۵ به کلینیک مشاوره روان‌شناختی مراجعه کردند با رعایت اخلاق و حفظ رازداری و ملاک‌های شمول (اطلاع از بیماری ایدز، رفتارهای تکانشی، خشم‌های انفجاری، افسردگی، اضطراب و استرس که بعد از بیمای به وجود آمده بود) وارد پژوهش شدند.

بیمار اول، دختر ۲۴ ساله مجرد بود که در رابطه نامشروع دچار این بیماری شده و هیچ‌یک از اعضای خانواده وی از این بیماری اطلاع نداشتند. به گفته بیمار خود وی بعد از انجام آزمایش خون برای استخدام متوجه بیماری‌اش شده بود.

بیمار دوم، مرد ۲۷ ساله‌ای بود که بعد از روابط نامشروع جنسی متوجه بیماری طرف مقابل شده و در آزمایش‌های اول آزمایش منفی و در آزمایش سوم نتیجه بیماری مثبت بود و فرد دچار بیماری ایدز شده بود.

پس از تشریح اهداف پژوهش و قدردانی از مشارکت بیماران، ابزارهای پژوهش شامل مقیاس تکانشگری بارت و مقیاس افسردگی، اضطراب و استرس لایبوند و لایبوند 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 ۲ آزمودنی در مورد ابزارهای فوق تشکیل شد، درمان توسط درمانگر به روش فردی به صورت هفته‌ای ۲ جلسه آغاز گردید و آزمودنی‌ها پس از هر جلسه درمان مقیاس تکانشگری بارت و مقیاس افسردگی، اضطراب و استرس لایبوند مربوط به همان جلسه را به منظور سیر پیشرفت درمان تکمیل کردند. در تحلیل داده‌ها، برای عینی سازی میزان بهبودی از فرمول درصدی بهبودی استفاده شد. AO نمره پرسشنامه موردسنجش در خط پایه، AI نمره همان پرسشنامه در جلسه آخر و % EA میزان تغییرات بود.

آزمایی‌های تصادفی بالینی، اثرمندی خود را به اثبات برسانند عبارت‌اند از رفتاردرمانی، روان‌درمانی بین فردی و شناخت درمانی هرچند هر سه‌ی این درمان‌ها دارای اثرمندی هستند، اما در میان آن‌ها تفاوت‌هایی از نظر میزان تأثیر و باصرفه بودن وجود دارد.

رفتاردرمانی دیالکتیکی (DBT) یکی از رویکردهای درمانی نوین مبتنی بر رویکرد شناختی رفتاری است و در ابتدا برای درمان اختلال شخصیت مرزی ابداع گردیده است و ۴ مؤلفه مداخله‌ای را در شیوه درمان گروهی مطرح می‌کند: به هوشیاری، تحمل پریشانی به‌عنوان مؤلفه‌های مبتنی بر پذیرش و تنظیم هیجانی و کارمدی بین فردی به‌عنوان مؤلفه‌های تغییر، این درمان به‌عنوان یک درمان تجربی برای مبتلایان به اختلال شخصیت مرزی تدوین گردید [۱۵].

رفتاردرمانی دیالکتیکی به‌عنوان یک درمان امیدوارکننده در نظر گرفته شده و بر اساس راهنمای انجمن روانشناسی آمریکا درمان اولیه برای بیماران با تشخیص اختلال شخصیت مرزی روان‌درمانی است که می‌توان در صورت نیاز از درمان دارویی به‌عنوان یک درمان مکمل جهت کاهش علائم آنان بهره جست. مطالعات قبلی نشان داده است که دیدگاه روان‌درمانی روانکاو/ روان‌پوشی درمانی مانند رفتاردرمانی دیالکتیکی اثربخش بوده است [۱۶].

در این رویکرد یکپارچه به بیماران آموزش داده می‌شود که تضادهای موجود در درون خود و میان خود با محیط را بشناسند و از طریق ترکیب و تلفیق آن‌ها با یکدیگر به نتیجه‌ای کارآمد دست یابند. یکپارچه‌سازی را می‌توان به چند شکل در این رویکرد مشاهده کرد، یکپارچه‌سازی مدل‌های زیست‌شناختی و مدل‌های محیطی، به این معنا که هم عوامل زیست‌شناختی هم عوامل محیطی در پیدایش و تداوم اختلال شخصیت مرزی مورد توجه قرار می‌گیرند [۱۷].

نتایج مطالعات نشان‌دهنده اثربخشی این الگوی درمانی است. لینهان، دیمف، ریزوی و براون [۱۸] و ورهول، ون دن بوش، کویتز، استیجن و برینک [۱۹] به این نتیجه رسیدند، زنان دارای اختلال شخصیت مرزی که از رفتاردرمان‌گری دیالکتیکی استفاده کرده بودند، کمتر از زنانی که از درمان‌گری‌های دیگر استفاده کرده بودند، دست به رفتارهای تکانشی مانند خودکشی می‌زدند.

مطالعات میلر [۲۰]، ون دن بوش، کوتر، استیجن، ورهول و برینک [۲۱] و کروگر [۲۲] نیز اثربخشی رفتاردرمان‌گری دیالکتیکی را در کاهش تکانشگری، 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 قراردادند.

ابزار اندازه‌گیری

همچنین نتایج محاسبه همبستگی میان عوامل در مطالعه انتونی و بیلینگ 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 [۲۶] مورد بررسی قرار گرفته است که اعتبار باز آزمایی را برای مقیاس افسردگی و اضطراب و تنیدگی به ترتیب برابر ۰/۸۰، ۰/۷۶ و ۰/۷۷ و آلفای کرونباخ را برای مقیاس افسردگی و اضطراب و تنیدگی به ترتیب برابر با ۰/۷۸، ۰/۷۴، ۰/۸۱ گزارش نموده‌اند. هریک از خرده مقیاس‌های آزمون شامل ۷ سؤال است که نمره نهایی هر کدام از طریق مجموع نمرات سؤال‌های مربوط به آن به دست می‌آید. هر سؤال از صفر (اصلاً در مورد من صدق نمی‌کند) تا ۳ (کاملاً در مورد من صدق می‌کند) نمره‌گذاری می‌شود. از آنجاکه DASS-21 فرم کوتاه شده مقیاس اصلی (۴۲ سؤال) است، نمره نهایی هریک از خرده مقیاس‌ها باید ۲ برابر شود و علائم و شدت آن در ۵ سطح (عادی، خفیف، متوسط، شدید و بسیار شدید) قرار دارد.

یافته‌ها

ابتدا از مراجع آزمون تکانشگری گرفته شد و در انتهای هر جلسه نیز مجدد آزمون گرفته شد و نمرات با یکدیگر جمع شدند و در میزان بهبودی کامل تعداد نمره‌های کاهش‌یافته را با یکدیگر جمع و در میزان بهبودی کلی هر سه متغیر تکانشگری با یکدیگر جمع و میانگین درصد بهبودی هر متغیر و متغیر کلی با استفاده از فرمول درصدی بهبودی گرفته شد. در این پژوهش رفتاردرمانی دیالکتیک به تغییر کلی ۴۴/۱۷ در مقیاس تکانشگری بارت منجر شد که می‌توان گفت میزان تکانشگری افراد در حین جلسات و پس از درمان تفاوت معناداری با یکدیگر دارند که نتایج در جدول ۱ قابل مشاهده است.

مقیاس تکانشگری بارت، این پرسشنامه، ابزار مناسبی برای سنجش انواع رفتارهای تکانشی می‌باشد. نسخه یازدهم این پرسشنامه توسط بارت، استنفورد، کنت و فلتوس [۲۳] ساخته شده است و همبستگی بسیار خوبی با پرسشنامه تکانشگری آیزنک دارد و ساختار پرسش‌های گردآوری شده از هر دو پرسشنامه، نشان‌دهنده ابعادی از تصمیم‌گیری شتاب‌زده و فقدان دوراندیشی است. این پرسشنامه سه عامل تکانشگری شناختی، تکانشگری حرکتی و بی‌برنامگی را ارزیابی می‌کند. ساختار پرسش‌های گردآوری شده، نشان‌دهنده رفتارهای مخاطره‌آمیز تکانشی است [۲۳] بالاترین نمره آن ۱۲۰ است. ترجمه فارسی مقیاس تکانشگری بارت که توسط اختیاری و همکاران در سال ۱۳۸۷ صورت گرفته و از نظر روایی و پایایی در حد ۰/۸۳ گزارش شده است و ضریب آلفای کرونباخ بین ۰/۷۲ تا ۰/۸۳ برآورده شد که به صورت کل نشان داده شده است [۲۴].

مقیاس افسردگی، اضطراب و استرس لایبوند و لایبوند: این مقیاس مجموعه‌ای از ۳ مقیاس خود گزارش دهی برای ارزیابی حالات عاطفه منفی در افسردگی، اضطراب و استرس است [۲۵]. کاربرد مهم این مقیاس اندازه‌گیری شدت نشانه‌های اصلی افسردگی، اضطراب و استرس است. برای تکمیل این پرسشنامه فرد باید وضعیت یک نشانه را در طول هفته گذشته مشخص کند. از آنجاکه این مقیاس می‌تواند مقایسه‌ای از شدت علائم در طول هفته‌های مختلف فراهم کند، می‌توان از آن برای ارزیابی پیشرفت درمان در طول زمان استفاده کرد.

آنتونی و بیلینگ [۲۵] مقیاس مذکور را مورد تحلیل عاملی قرار دادند که نتایج پژوهش آن‌ها حاکی از وجود سه عامل افسردگی، اضطراب و تنیدگی بود. ضریب آلفا برای عوامل افسردگی، اضطراب و استرس به ترتیب ۰/۹۲/۹۷، ۰/۰۹۵ و ۰/۰۹۵ بود.

جدول ۱. مقایسه‌ی نمره‌های شرکت‌کنندگان در BIS با توجه به خرده مقیاس‌های تکانشگری شناختی، حرکتی و بی‌برنامگی قبل از شروع درمان، حین درمان و در پایان درمان

مقیاس‌های BIS	خط پایه	جلسات درمان								
		اول	دوم	سوم	چهارم	پنجم	ششم	هفتم	هشتم	
مقیاس‌های BIS	۲۸/۱۲	۳۳	۳۰	۳۴	۲۸	۲۸	۲۳	۱۹	۱۹	۰/۶۱
		۲۸/۰۵	۳۱	۲۸	۲۸	۲۶	۲۴	۲۳	۱۹	۰/۵۵
		مراجع دوم								
بی‌برنامگی	۳۴/۴۱	۳۳	۳۱	۲۹	۲۸	۲۹	۲۶	۲۵	۲۶	۰/۳۷
		۳۸/۴۲	۳۴	۳۳	۳۰	۲۶	۲۴	۲۵	۲۲	۰/۵۳
		مراجع دوم								
شناختی	۲۷/۰۲	۲۸	۲۶	۲۴	۲۱	۲۴	۲۱	۲۰	۱۸	۰/۴۴
		۲۳/۵۴	۲۷	۲۴	۲۴	۲۳	۲۱	۲۱	۲۰	۰/۳۴
		بی‌برنامگی								

جدول ۲: مقایسه‌ی نمره‌های شرکت‌کنندگان در DASS با توجه به خرده مقیاس‌های افسردگی، اضطراب و استرس قبل از شروع درمان،

حین درمان و در پایان درمان

مقیاس‌های DASS	جلسات درمان										
	خط پایه	اول	دوم	سوم	چهارم	پنجم	ششم	هفتم	هشتم	میزان بهبودی کلی	بهبودی کلی
مراجع اول											۴۴/۸۱٪
افسردگی	۲۵/۱۲	۲۵	۲۴	۲۴	۲۲	۲۲	۲۱	۲۰	۲۰	٪۳۵	
اضطراب	۲۹/۲۰	۲۹	۲۶	۲۵	۲۴	۲۴	۲۳	۲۲	۲۲	٪۴۹	
استرس	۲۷/۰۴	۲۸	۲۷	۲۶	۲۵	۲۴	۲۲	۲۰	۲۱	٪۴۹	
مراجع دوم											٪۴۷
افسردگی	۲۸/۱۲	۲۸	۲۴	۲۱	۲۰	۲۱	۱۸	۱۷	۱۸	٪۶۳	
اضطراب	۲۷/۱۶	۲۷	۲۶	۲۴	۲۳	۲۲	۲۱	۲۱	۲۰	٪۴۹	
استرس	۲۶/۱۴	۲۷	۲۳	۲۴	۲۴	۲۵	۲۴	۲۲	۲۳	٪۲۹	

خلقی و اضطرابی و استرس را با یکدیگر مورد بررسی قرار دهند نادر هستند [۲۷] 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 دیالکتیک بر رفتارهای مخاطره‌آمیز، افسردگی، اضطراب و استرس در بیماران مبتلا به ایدز بود که نتایج به‌دست‌آمده نشان داد رفتاردرمانی دیالکتیک در کاهش علائم مخاطره‌آمیز (خشم‌های انفجاری و رفتارهای تکانشی) و شدت علائم افسردگی، اضطراب و استرس مؤثر است. در ارتباط با اثربخشی این درمان بر علائم افسردگی می‌توان گفت که نظریه رفتاری افسردگی پیشنهاد می‌کند، این درمان به این دلیل اثربخش است که منجر به افزایش تقویت مثبت می‌شود [۹].

نتایج پژوهش حاضر در رابطه با اثربخشی رفتاردرمانی دیالکتیک بر علائم افسردگی با پژوهش‌های ریتچل، رامیرز و کروکید [۲۸]، اسپم‌لینک، کلنبرگ، دیم‌جیان و همکاران [۱۰]، گوروپساگ، نیکولاس و هوپکو [۱۱] و در ایران نیز، پژوهش جلیلی [۲۹] در کاهش شدت علائم افسردگی، اضطراب و تغییر نگرش‌های ناکارآمد مؤثر بوده است، با این تفاوت پژوهش‌ها بر روی اختلال افسردگی انجام‌شده است نه اختلالات همایند اختلال افسردگی و اختلالات دیگر و نوآوری این پژوهش این است که درمان بر روی افراد مبتلا به بیماری جسمی انجام گرفت که تکانشگری و افسردگی، اضطراب و استرس بالاتری را نسبت به اختلالات روانی دیگر تجربه می‌کنند و در واقع این ویژگی‌ها با اختلالات سازگاری همبندی دارد.

نتایج این پژوهش، در رابطه با اثربخشی رفتاردرمانی دیالکتیک بر علائم اضطراب نشان داد که در هر دو مراجع میزان اضطراب از سطح متوسط به سطح خفیف رسید و این اثربخشی این درمان

همان‌طور که نتایج **جدول ۱** نشان می‌دهد میزان بهبودی در متغیر تکانشگری پس از ۸ جلسه درمان برای مراجع اول ۵۱٪ و میزان بهبودی برای مراجع دوم ۴۳/۶۷ است و میزان بهبودی کلی برای هر دو مراجع ۴۴/۱۷ است، همچنین میزان بهبودی در خرده مقیاس‌های تکانشگری در حین و بعد از درمان در هر دو مراجع کاهش معناداری پیدا کرد. مقایسه‌ی نمره‌های مراجعان در پرسشنامه سلامت روان در **جدول ۲** قابل مشاهده است.

همان‌طور که نتایج **جدول ۲** نشان می‌دهد میزان بهبودی در خرده مقیاس‌های افسردگی، اضطراب و استرس پس از ۸ جلسه درمان برای مراجع اول ۴۴/۳۴ و میزان بهبودی برای مراجع دوم ۴۴/۱۷ است و میزان بهبودی کلی برای هر دو مراجع ۴۴/۱۷ و میزان بهبودی کامل در خرده مقیاس‌ها ۴۴/۸۱ بود و میزان بهبودی در مراجع اول در دو متغیر اضطراب و استرس و در مراجع دوم در متغیر افسردگی و اضطراب معنادار بود ($P < 0/01$).

بحث

نتایج این پژوهش نشان داد که رفتاردرمانی دیالکتیک در کاهش شدت علائم تکانشگری، اضطراب و افسردگی و استرس کلی مؤثر است. برای تبیین دلایل اثربخشی کنترل تکانه در این پژوهش ضرورت دارد کارکردهای درمانی که لینهان [۱۸] برای رفتارهای تکانه‌ای ذکر کرده‌اند معیار قرار داده و بر اساس این معیارها، فرایند درمانی آزمایش‌شده، به‌صورت کیفی ارزیابی شود:

رفتاردرمانی دیالکتیک، نوعی از مداخلات شناختی رفتاری است که برای کاهش رنج هیجانی ناشی از مشکلات زندگی که فراتر از توان مقابله‌ای فرد است تشکیل شده و در واقع فرد را از مسیر طبیعی زندگی بازمی‌دارد [۸].

بسیاری از راهنمایان درمانی برای اختلالات خلقی و اضطرابی به لحاظ تجربی تأیید شده‌اند. با این حال مداخلاتی که اختلالات

از دلایل اثربخشی این پژوهش می‌تواند دیدگاه مادرانه لینهان، در طول درمان باشد که فرد را پذیرفته و در کنار پذیرش و با آمادگی قبلی در جهت بهبود وی تغییر را آغاز می‌کند.

این یافته در وهله نخست حاکی از اثربخشی 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 تکرار مطالعات موردی متعدد یا انجام پژوهش‌های تجربی با گروه کنترل و نمونه وسیع پیشنهاد می‌شود. این پژوهش نشان داد که رفتاردرمانی دیالکتیک بر رفتارهای مخاطره‌آمیز و علائم افسردگی، اضطراب و استرس در بیماران مبتلا به ایدز مؤثر است و با توجه به اثربخشی این درمان در بهبود عملکرد سلامت روان، این راهبرد می‌تواند به‌عنوان بخشی از درمان بیماران به‌صورت یک برنامه دائم اجرا شود.

سپاسگزاری

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

را بر اضطراب نشان داد که با پژوهش‌های چو، کولوگنوری، ویسمن و بانون [۸]، هوپکو، لیجائیز و هوپکو [۲۸]، همسوست. در ارتباط با اثربخشی این درمان بر علائم اختلال اضطرابی می‌توان گفت، که هرچند درمان سازی رفتاری اغلب برای مداخله‌ای برای افسردگی استفاده می‌شود، اما نتایج تحقیقاتی که به آن‌ها اشاره شد، نشان داده‌اند که درمان فعال‌سازی رفتاری می‌تواند در کاهش علائم اضطرابی همراه با افسردگی نیز مؤثر باشند.

رفتاردرمانی دیالکتیک ممکن است نشانه‌های موجود در افراد تحت استرس هیجانی را به‌واسطه توجه منظم به رفتارهای اجتنابی و تسهیل رفتارهای رویکردی و گرایشی که برای افزایش دادن تقویت مثبت وابسته به پاسخ به کار می‌روند کاهش داد.

نتیجه‌گیری

یافته‌های پژوهش حاضر، به‌طور بالقوه تلویحات کاربردی مهمی برای ارتقای سلامت روانی افراد دچار مشکلات جسمی و پیشگیری از بروز اختلالات خلقی، هیجانی و استرس را نشان داد. یکی از تلویحات این یافته‌ها می‌تواند این باشد که رفتاردرمانی دیالکتیک به‌عنوان گروهی سودمند و مقرون‌به‌صرفه است و از آنجائی که پروتکل این درمان برای ۸ جلسه طراحی شده است، می‌توان گفت درمان کوتاه‌مدتی است که از آن نتایج معنی‌دار بالینی به دست می‌آید.

References

1. Organization WH. Orientation programme on adolescent health for health care providers. 2006.
2. Organization WH. Key facts: 2008 HIV/AIDS Programme Highlights. WHO. 2009.
3. Smeltzer S, Bare B, Hinkle J, Cheever K, Carpenito-Moyet L. Textbook of Medical-Surgical Nursing + Nursing Diagnosis. Lippincott Williams & Wilkins; 2008.
4. Roudi-Fahimi F. Time to intervene: preventing the spread of HIV/AIDS in the Middle East and North Africa. Population Reference Bureau. 2007:1-8.
5. Kirby D, Laris B, Rolleri L. Impact of sex and HIV education programs on sexual behaviors of youth in developing and developed countries: Family Health International, YouthNet Program North Carolina; 2005.
6. Marks KM, Clarke RM, Bussel JB, Talal AH, Glesby MJ. Risk factors for thrombocytopenia in HIV-infected persons in the era of potent antiretroviral therapy. J Acquir Immune Defic Syndr. 2009;52(5):595-9. DOI: 10.1097/QAI.0b013e3181b79aff PMID: 19734800
7. Walsh C, Krigel R, Lennette E, Karparkin S. Thrombocytopenia in homosexual patients. Prognosis, response to therapy, and prevalence of antibody to the retrovirus associated with the acquired immunodeficiency syndrome. Ann Intern Med. 1985;103(4):542-5. PMID: 2994531
8. Zamani N, Habibi M, Darvishi M. Compare the effectiveness of Dialectical Behavior Therapy and Cognitive Behavioral Group Therapy in Reducing Depression in Mothers of Children with Disabilities. Majallah-i dānīshgāh-i 'ulūm-i pīzīshkī-i Arāk. 2015;18(1):32-42.
9. Leahy RL, Holland SJ, McGinn LK. Treatment plans and interventions for depression and anxiety disorders: Guilford press; 2011.
10. Dimidjian S, Hollon SD, Dobson KS, Schmalting KB, Kohlenberg RJ, Addis ME, et al. Randomized trial of behavioral activation, cognitive therapy, and antidepressant medication in the acute treatment of adults with major depression. J Consult Clin Psychol. 2006;74(4):658-70. DOI: 10.1037/0022-006X.74.4.658 PMID: 16881773
11. Yang X, Zhao J, Chen Y, Zu S, Zhao J. Comprehensive self-control training benefits depressed college students: A six-month randomized controlled intervention trial. J Affect Disord. 2018;226:251-60. DOI: 10.1016/j.jad.2017.10.014 PMID: 29017069
12. Zamani N, Habibi M. Compare the influence of both dialectic and cognitive behavior therapies to maintain mothers' mental health whose children with special needs. J Res Health. 2014;6:631-5.
13. Association AP. Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-III draft/prepared by the Task Force on Nomenclature and Statistics of the American

- Psychiatric Association: American Psychiatric Association; 1978.
14. Ganji M. Abnormal psychology based on DSM-5. Tehran: Savalane pub; 2013.
 15. Linehan M. Evidence Based Practices Panel Report on Dialectical Behavior Therapy. USA (Montpelier): Vermont Council of Developmental and Mental Health Services. 2006.
 16. Lynch TR, Chapman AL, Rosenthal MZ, Kuo JR, Linehan MM. Mechanisms of change in dialectical behavior therapy: theoretical and empirical observations. *J Clin Psychol.* 2006;62(4):459-80. DOI: [10.1002/jclp.20243](https://doi.org/10.1002/jclp.20243) PMID: [16470714](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/16470714/)
 17. Swales M, Heard H. Dialectical Behavior Therapy. New York: Routledge; 2009.
 18. Dimeff L, Rizvi SL, Brown M, Linehan MM. Dialectical behavior therapy for substance abuse: A pilot application to methamphetamine-dependent women with borderline personality disorder. *Cognitive and Behavioral Practice.* 2000;7(4):457-68.
 19. van den Bosch LM, Koeter MW, Stijnen T, Verheul R, van den Brink W. Sustained efficacy of dialectical behaviour therapy for borderline personality disorder. *Behaviour Research and Therapy.* 2005;43(9):1231-41.
 20. Miller A, Rathus J, Linehan M. Dialectical Behavioral Therapy with Suicidal Adolescents. New York. Guilford Press; 2007.
 21. 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. PMID: [12369475](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/12369475/)
 22. Kroger C, Harbeck S, Armbrust M, Kliem S. Effectiveness, response, and dropout of dialectical behavior therapy for borderline personality disorder in an inpatient setting. *Behav Res Ther.* 2013;51(8):411-6. DOI: [10.1016/j.brat.2013.04.008](https://doi.org/10.1016/j.brat.2013.04.008) PMID: [23727659](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/23727659/)
 23. Barratt ES, Stanford MS, Kent TA, Alan F. Neuropsychological and cognitive psychophysiological substrates of impulsive aggression. *Biological psychiatry.* 1997;41(10):1045-61.
 24. Ekhtiari H, Rezvanfard M, Mokri A. Impulsivity and its different assessment tools: A review of view points and conducted researches. *Iranian Journal of Psychiatry and Clinical Psychology.* 2008;14(3):247-57.
 25. Antony MM, Bieling PJ, Cox BJ, Enns MW, Swinson RP. Psychometric properties of the 42-item and 21-item versions of the Depression Anxiety Stress Scales in clinical groups and a community sample. *Psychological assessment.* 1998;10(2):176.
 26. SAMANI S, JOUKAR B. A study on the reliability and validity of the short form of the depression anxiety stress scale (DASS-21). 2007.
 27. Houghton S, Curran J, Ekers D. Behavioural activation in the treatment of depression. *Mental Health Practice.* 2011;14(7).
 28. Ritschel LA, Ramirez CL, Jones M, Craighead WE. Behavioral activation for depressed teens: A pilot study. *Cognitive and Behavioral Practice.* 2011;18(2):281-99.
 29. Jalili A. Effectiveness of group behavioral activation on decreasing of depression symptoms and effect of this treatment decreasing of dysfunctional attitudes. Tehran 2006.