

بررسی اثربخشی رفتاردرمانی دیالکتیکی در کاهش علائم روان‌شناختی در بیماران سندروم افتادگی درجه میترال

مسعود صالحی^۱ ID، محمد جواد اصغری ابراهیم آباد^{۲*} ID، فرشته قادری^۳ ID، محمدسعید عبدخدایی^۴ ID

۱- کارشناس ارشد مشاوره، گروه آموزشی روان‌شناسی، دانشگاه فردوسی، مشهد، ایران

۲- استادیار، گروه آموزشی روان‌شناسی، دانشگاه فردوسی، مشهد، ایران

۳- دانشیار، گروه قلب و عروق، مرکز تحقیقات پیشگیری از آترواسکروزیس، دانشگاه علوم پزشکی، مشهد، ایران

۴- دانشیار، گروه آموزشی روان‌شناسی، دانشگاه فردوسی، مشهد، ایران

یافته / دوره ۲۲ / شماره ۴ / زمستان ۹۹ / مسلسل ۸۶

چکیده

دریافت مقاله: ۹۹/۸/۱۸ پذیرش مقاله: ۹۹/۱۰/۱

مقدمه: پژوهش حاضر با هدف بررسی اثربخشی رفتاردرمانی دیالکتیکی در کاهش علائم روان‌شناختی در بیماران سندروم افتادگی درجه میترال انجام شد.

مواد و روش‌ها: پژوهش حاضر نیمه تجربی با طرح پیش‌آزمون - پس‌آزمون با گروه کنترل است. جامعه آماری شامل کلیه بیماران زن مبتلا به سندروم افتادگی درجه میترال در شهر مشهد مراجعه کرده بودند که از میان داوطلبان تعداد ۱۶ نفر پس از مصاحبه و غربال اولیه با روش نمونه‌گیری هدفمند انتخاب و با گمارش تصادفی در دو گروه آزمایش و کنترل قرار گرفتند. ابزارهای پژوهش شامل پرسش‌نامه‌های وحشت‌زدگی آلبانی، خستگی کراپ و اضطراب منتشر (GAD-7) بود و داده‌های به دست آمده به وسیله نرم افزار SPSS نسخه ۲۱ و آزمون تحلیل کوواریانس یک طرفه تحلیل گردید.

یافته‌ها: نتایج نشان داد که رفتاردرمانی دیالکتیکی در کاهش علائم روان‌شناختی مؤثر بود ($P < 0/01$).

بحث و نتیجه‌گیری: رویکرد رفتاردرمانی دیالکتیکی زمینه ساز بهبود سلامت روان‌شناختی این بیماران شد.

واژه‌های کلیدی: رفتاردرمانی دیالکتیکی، علائم روان‌شناختی، افتادگی درجه میترال.

*آدرس مکاتبه: مشهد، دانشگاه فردوسی، دانشکده علوم تربیتی و روان‌شناسی، گروه روان‌شناسی.

پست الکترونیک: mjasghari@um.ac.ir

مقدمه

از مهم‌ترین بیماری‌های قلبی-عروقی، بیماری‌های دریچه‌ای هستند که ۲۵ الی ۳۰ درصد موارد اختلالات قلبی-عروقی را به خود اختصاص داده‌اند. یکی از شایع‌ترین بیماری‌های دریچه‌ای، سندروم افتادگی دریچه میترال است که شیوع آن در جهان ۴/۲ درصد تخمین زده شده است. این اختلال در هر سنی و در هر دو جنس مشاهده شده است ولی در زنان و در طیف سنی ۱۵-۳۰ سال دارای شیوع ۲ تا ۸ درصدی است (۱).

افتادگی دریچه میترال بیماری ارثی و کارکردی است که یک ناهنجاری سیستولی است و هنگامی رخ می‌دهد که لت‌های دریچه میترال به درستی بسته نمی‌شوند و دریچه میترال به سمت بالا یا به سمت دهلیز چپ برآمدگی پیدا می‌کند و خون به داخل دهلیز پس زده می‌شود که این امر ممکن است باعث صدای غیر طبیعی در قلب شود (۲). سندروم افتادگی دریچه میترال بیماری مادرزادی، مزمن و مادام‌العمر است.

این بیماری دارای علائم جسمانی و روان‌شناختی مختص به خود است که تا کنون علت اصلی ابتلا به این بیماری مشخص نشده اما در برخی از تحقیقات کاهش کلاژن نوع III و قطعه قطعه شدن فیبریل‌های کلاژن علت شایع بروز این بیماری بیان شده است (۱). اغلب بیماران بدون علامت ظاهری خاصی هستند و ممکن است تا پایان عمر از وجود این بیماری آگاه نباشند. اما در بیشتر بیماران درد قفسه سینه، تپش قلب، سرگیجه (۱) اضطراب، حملات وحشت‌زدگی (۳)، دوره‌های افسردگی و نگرانی (۴) بروز می‌کند.

در میان بیماران سندروم افتادگی دریچه میترال، بروز حملات وحشت‌زدگی با شیوع ۱۶ تا ۳۲ درصدی در

پژوهش‌های خارجی (۵) تخمین شده است. در ایران مطالعات اندکی درباره شیوع حملات وحشت‌زدگی با افتادگی دریچه میترال قلب انجام شده است به طوری که در پژوهش گرگ‌یراقی و همکاران (۱۳۸۲) که روی ۱۲۹ بیمار مبتلا به سندروم افتادگی دریچه میترال انجام شد نتایج نشان داد که ۷۶ نفر (۵۹٪) از این بیماران دچار حملات وحشت‌زدگی شده بودند (۶). علاوه بر این در پژوهشی که روی ۱۸۱ بیمار دارای حملات وحشت‌زدگی انجام گردید مشخص شد که ۶۹ نفر (۳۸٪) از آنها مبتلا به افتادگی دریچه میترال قلب بوده‌اند (۷).

حملات وحشت‌زدگی، ترس، بیم و وحشت شدید و فراگیر است که بین زمان بروز و پایان آن تمایز وجود دارد و به علت تفسیر و تعبیر تهدیدآمیز و فاجعه‌بار حس‌های بدنی مانند تپش قلب، درد قفسه سینه و ... به وقوع می‌پیوندد. در واقع سوگیری‌های شناختی باعث انتخاب تفسیرهای تهدیدآمیز در افراد دارای اختلال وحشت‌زدگی می‌شود و این تفسیرها منجر به بروز علائمی مانند تپش قلب، تعریق، لرزش شدید، احساس تنگی نفس، احساس خفگی، درد در ناحیه سینه، حالت تهوع یا استفراغ، احساس سرگیجه و ... می‌شود (۸).

علاوه بر حملات وحشت‌زدگی، اختلال اضطراب فراگیر از جمله اختلالات اضطرابی است که به شدت کیفیت زندگی مرتبط با سلامت در بیماران سندروم افتادگی دریچه میترال را تحت تأثیر قرار می‌دهد (۹). این اختلال دارای شیوع ۲۰ تا ۶۶ درصدی در میان بیماران سندروم افتادگی دریچه میترال است (۹). اختلال اضطراب فراگیر در نتیجه فرآیندهای شناختی تحریف شده، مخدوش و تهدیدآمیز و برآورد کردن یک رویداد بیرونی یا درونی که منجر به انتظار فاجعه‌ای در آینده می‌شود تعریف شده است که ممکن است در بیماران احساس فقدان کنترل و درماندگی به وجود آورد (۱۰). نگرانی مزبور به سختی مهار

می‌شود و با علائمی جسمی نظیر تنیدگی عضلانی، تحریک-پذیری، دشواری در خواب و بی‌قراری همراه است (۱۱).

علاوه بر اضطراب فراگیر و حملات وحشت‌زدگی که جنبه روان‌شناختی سندروم افتادگی دریاچه میترال است، خستگی از جنبه‌های ذهنی- جسمانی این بیماری است. خستگی یکی از معمولی‌ترین مسائل جامعه پزشکی و ناپایدارترین نشانه در بی‌نظمی‌های عصب‌شناسی طولانی است (۱۲). خستگی و تنگی نفس آشکارترین علائم فیزیکی سندروم افتادگی دریاچه میترال هستند (۱۳) که دارای شیوع ۱۸ تا ۲۷ درصدی در بین این بیماران است (۴). خستگی حالت ذهنی است که به طور واضح با عاطفه منفی مرتبط است. در این شرایط فرد در نگهداری توجه خود به موضوعی خاص و درگیر شدن موفقیت‌آمیز در موقعیتی که نیازمند فعالیت بدنی است ناتوان می‌شود (۱۴).

سندروم افتادگی دریاچه میترال درمان قطعی ندارد و تنها درمان‌های موجود استفاده از داروهایی مانند پروپرانولول و وراپامیل برای آرتیمی‌های قلبی و کاهش درد قفسه سینه است و در بیمارانی که دارای افتادگی شدید لته‌ها هستند، عمل جراحی برای ترمیم و یا پیوند دریاچه مصنوعی استفاده می‌شود (۱۵). علاوه بر تجویز دارو و انجام عمل جراحی که برای درمان اکثر بیماری‌های قلبی- عروقی استفاده می‌گردد، درمان‌های روان‌شناختی به عنوان رویکردی غیر تهاجمی در کاهش علائم جسمانی و روانی این بیماران نقش مهمی ایفا می‌کنند. در روان‌درمانی با استفاده از روش‌ها و مهارت‌های متنوع که تأثیر زیادی بر مؤلفه‌های شناختی، رفتاری و هیجانی- انگیزشی این بیماران دارد آنها را قادر می‌سازد تا سازگاری محیطی و روانی بیشتری با بیماری خود داشته باشند که این امر منجر به برگشت‌پذیری بهتر، بهبودی سریع- تر و افزایش کیفیت زندگی بیماران می‌شود (۱۶).

یکی از درمان‌های موج سوم در روان‌شناسی که نشأت گرفته از درمان شناختی- رفتاری است و می‌توان در روان-درمانی بیماران قلبی از آن استفاده کرد رفتاردرمانی دیالکتیکی می‌باشد. در واقع جهت‌گیری نظری این رویکرد آمیزه‌ای از سه دیدگاه نظری، علوم رفتاری، فلسفه دیالکتیک و فلسفه مشرق زمین به ویژه تمرین‌های ذهن است. رفتاردرمانی دیالکتیکی رویکردی است که در آن پذیرش و همدلی مراجع محور را با حل مسئله شناختی- رفتاری و آموزش‌های مهارت‌های اجتماعی ترکیب می‌شود و از چهار دسته مهارت توجه آگاهی، مهارت کارآمدی بین فردی، مهارت تحمل پریشانی و مهارت تنظیم هیجان برای کاهش شدت هیجانی استفاده می‌شود. بر این اساس در ساختار درمانی رفتاردرمانی دیالکتیک اهدافی در نظر است که عبارتند از: (۱) کاهش رفتارهای تهدیدکننده زندگی (۲) کاهش رفتارهای مخل درمان (۳) کاهش رفتارهای مخل کیفیت زندگی (۴) افزایش مهارت‌های رفتاری (۵) کاهش فشار روانی پس از سانحه (۶) افزایش احترام به خویشتن (۱۷).

با توجه به اثربخش بودن روان‌درمانی در زمینه مشکلات روان‌شناختی در این پژوهش قصد داریم به سؤالات زیر پاسخ دهیم: ۱- آیا رفتار درمانی دیالکتیکی در کاهش علائم حملات وحشت‌زدگی در بیماران سندروم افتادگی دریاچه میترال تأثیر معناداری دارد؟

۲- آیا رفتار درمانی دیالکتیکی در کاهش علائم اضطراب فراگیر در بیماران سندروم افتادگی دریاچه میترال تأثیر معناداری دارد؟

۳- آیا رفتار درمانی دیالکتیکی در کاهش علائم خستگی در بیماران سندروم افتادگی دریاچه میترال تأثیر معناداری دارد؟

مواد و روش‌ها

شدند. سپس از هر دو گروه پیش‌آزمون گرفته شد. برای گروه آزمایش دو روز در هفته تعداد ۱۰ جلسه ۷۵ دقیقه‌ای در درمانگاه روان‌شناسی بالینی و مشاوره دانشگاه فردوسی تشکیل گردید. در هر دو جلسه یکی از مهارت‌های رفتاردرمانی دیالکتیکی آموزش داده شد و پس از پایان جلسات از هر دو گروه پس‌آزمون گرفته شد و با استفاده از SPSS نسخه ۲۱ و روش آماری کوواریانس یک طرفه داده‌ها تجزیه و تحلیل گردید. به دلیل مسائل اخلاقی مداخله درمانی پس از مدتی روی گروه کنترل نیز انجام گردید.

ابزارهای پژوهش

۱- پرسش‌نامه وحشت‌زدگی آلبانی

این پرسش‌نامه در سال ۱۹۹۶ توسط بارلو طراحی شد. این پرسش‌نامه دارای ۲۷ سؤال است که روی طیف لیکرت از صفر (بدون ترس) تا ۸ (ترس شدید) نمره‌گذاری می‌شود و ۳ مؤلفه ترس اجتماعی، ترس از مکان‌های باز و نشانگان وحشت‌زدگی را می‌سنجد. در تحقیقی همبستگی خرده‌مقیاس وحشت‌زدگی و ترس از مکان‌های باز با نمره کل به ترتیب ۰/۸۷ و ۰/۵۷ سنجیده شد. هم‌چنین آنها ضریب آلفای کرونباخ این پرسش‌نامه را ۰/۹۵ به دست آوردند (۱۸). در ایران ضرایب پایایی این پرسش‌نامه از طریق آزمون-آزمون مجدد برای زیرمقیاس ترس اجتماعی ۰/۸۰، زیرمقیاس مکان‌های باز ۰/۸۲ و زیرمقیاس وحشت‌زدگی ۰/۷۹ به دست آمده است (۱۹).

۲- مقیاس سنجش شدت خستگی کراپ و همکاران

این مقیاس توسط کراپ و همکاران به منظور سنجش شدت خستگی در افراد مبتلا به مولتیپل اسکلروزیس و لوپوس طراحی و مورد بررسی روان‌سنجی قرار گرفت. پرسش‌نامه فوق شامل ۹ مؤلفه می‌باشد که روی طیف لیکرت از ۱ تا ۷ است که نمره ۱ کاملاً مخالف و نمره ۷ کاملاً موافق

پژوهش حاضر شبه‌آزمایشی از نوع طرح پیش‌آزمون-پس‌آزمون با گروه کنترل است. جامعه آماری شامل کلیه بیماران زن مبتلا به سندروم افتادگی دریچه میتراال قلب در شهر مشهد می‌باشد که به درمانگاه روان‌شناسی بالینی دانشگاه فردوسی و بخش قلب و اورژانس بیمارستان‌های امام رضا (ع) و قائم (عج) شهر مشهد مراجعه کرده بودند. به دلیل ویژه بودن افراد شرکت‌کننده، آزمودنی‌ها با روش نمونه‌گیری هدفمند انتخاب شدند و به صورت تصادفی در دو گروه آزمایش و کنترل قرار گرفتند. افراد نمونه در این پژوهش شامل ۱۶ نفر خانم بودند که پس از مصاحبه و غربال اولیه از میان داوطلبان انتخاب شدند و برای کاهش سوگیری داوطلبان، هر دو گروه یکسویه کور شدند و برای کاهش متغیرهای مداخله‌گر در طول پژوهش سعی گردید تا داوطلبان در برخی متغیرها جور شوند و برای این منظور از ملاک‌های ورود و خروج زیر استفاده گردید.

ملاک‌های ورود

- ۱- آزمودنی‌های مؤنث ۲- دامنه سنی بین ۱۸ تا ۳۵ سال
- ۳- دارای مدرک تحصیلی کارشناسی به بالا

ملاک‌های خروج از پژوهش

- ۱- داشتن بیماری جسمانی خاص ۲- داشتن بیماری قلبی ثانویه ۳- مصرف داروهای شیمیایی یا گیاهی و یا داشتن رژیم غذایی خاص ۳- بهره‌گیری از خدمات روان‌شناختی به صورت هم‌زمان با درمان فعلی ۴- غیبت بیشتر از ۱ جلسه

شیوه اجرای پژوهش

پس از این که ۱۸ نفر برای شرکت در گروه داوطلب شدند یک غربال اولیه انجام شد و ۱۶ نفر که واجد ملاک‌های پژوهش بودند انتخاب شدند و در دو گروه ۸ نفره جایگزین

یکدیگر، انجام تمرین‌های تکمیلی ذهن آگاهی، تمرین و ارائه تکلیف.

جلسه چهارم: تعریف و بیان مفهوم تنظیم هیجان، شناخت و آشنایی با انواع هیجانات و الگوهای پاسخ اعضا، بیان مشکلات هیجانی اعضا مرتبط با بیماری آنها، تمرین و ارائه تکلیف.

جلسه پنجم: مرور و بازخورد جلسه قبل، بیان هیجان اولیه و ثانویه و ارتباط آن با بیماری آنها، بیان تجربیات واکنش‌های هیجانی اعضا با یکدیگر، تمرین و ارائه تکلیف.

جلسه ششم: تعریف و بیان مفهوم تحمل پریشانی. بیان نحوه یک درد یا ناراحتی توسط اعضا به هنگام بروز یک مشکل. تمرین. ارائه تکلیف.

جلسه هفتم: مرور و بازخورد تکلیف جلسه قبل، بیان راهبردهای مختلف تحمل پریشانی، بیان تجربیات مثبت و منفی راهبردهای تحمل پریشانی توسط اعضا به هنگام وقوع مشکلات ناشی از بیماری آنها، تمرین و ارائه تکلیف.

جلسه هشتم: تعریف و بیان مفهوم کارآمدی بین فردی، بیان نحوه ارتباط اعضا با خانواده، دوستان و ...، بیان روش‌های ارتباطی در شرایط مختلف، تمرین و ارائه تکلیف.

جلسه نهم: بیان مهارت‌های کلیدی بین فردی، بیان تجربیات فردی اعضا از مهارت‌های کلیدی بین فردی هیجانات و الگوهای پاسخ اعضا و تمرین.

جلسه دهم: بررسی مشکلات موجود در تکالیف داده شده.

یافته‌ها

یافته‌های جمعیت شناختی نشان داد که میانگین و انحراف سنی در گروه آزمایش به ترتیب ۲۵/۲۵ و ۴/۰۶ و در گروه کنترل به ترتیب ۲۴/۶۲ و ۱/۵۰ بود که نشان می‌دهد بین دو گروه اختلاف ناچیزی در سن وجود دارد. در گروه آزمایش پنج نفر

است و نمره برابر یا بالاتر از ۳۶ به معنی نشانه و شدت خستگی است. آلفای کرونباخ پرسش‌نامه مذکور در افراد سالم ۰/۸۸، در افراد مبتلا به مولتیپل اسکلروزیس ۰/۸۱ و در افراد مبتلا به لوپوس ۰/۸۹ بود (۲۰).

۳- مقیاس اختلال اضطراب منتشر (GAD-7)

این پرسش‌نامه دارای ۷ سؤال است که بر طیف لیکرت از صفر تا ۳ (هیچ وقت تا تمام طول روز) نمره‌گذاری شده است و بالاترین نمره ۲۱ است. اسپیتزر برای اعتبار این پرسش‌نامه و دقت در اعتبار همگرایی این پرسش‌نامه را با پرسش‌نامه اضطراب بک و مقیاس علائم بالینی (SCL-90) مقایسه کرد که به ترتیب ۰/۷۲ و ۰/۷۴ گزارش شده است. اعتبار سازه این پرسش‌نامه از طریق تحلیل کوواریانس با فرم ۲۰ سؤالی زمینه سلامت عمومی (SF-20) انجام شد که ضریب آلفای کرونباخ مقیاس ۰/۹۲ و ضریب بازآزمایی بعد از دو هفته ۰/۸۲ برآورد شد. در ایران ضریب همبستگی GAD-7 با مقیاس اضطراب حالت اسپیلبرگر، مقیاس اضطراب صفت اسپیلبرگر و خرده مقیاس اضطراب (SCL-90) به ترتیب ۰/۷۱، ۰/۵۲ و ۰/۶۳ محاسبه شد (۲۱).

خلاصه محتوای جلسات

جلسه اول: خوش‌آمدگویی به اعضا، معرفی رهبر گروه به اعضا و سایر اعضا به یکدیگر، بررسی اهداف، مروری بر ساختار جلسات و قوانین اصلی و آشنایی اعضا با رویکرد نظری درمان.

جلسه دوم: تعریف و بیان مفهوم ذهن آگاهی، تعریف حالت‌های مختلف ذهنی، ارتباط بین افکار منفی و تحریف‌های شناختی در ارتباط با بیماری قلبی و تأثیر آن بر رفتار فرد، تمرین و ارائه تکلیف.

جلسه سوم: مرور و بازخورد تکالیف جلسه قبل، بیان افکار اعضا درباره بیماری خود و به اشتراک گذاشتن آنها با

(۶۲/۵۰٪) متأهل و سه نفر (۳۷/۵۰٪) مجرد بودند اما در گروه کنترل هر هشت شرکت‌کننده (۱۰۰٪) مجرد بودند. علاوه بر این در گروه آزمایش همه شرکت‌کنندگان دارای مدرک لیسانس بودند (۱۰۰٪) اما در گروه کنترل چهار نفر دارای مدرک لیسانس (۵۰٪) و چهار نفر دارای مدرک فوق لیسانس (۵۰٪) بودند. همان گونه که در جدول ۱ نشان داده شده است در گروه آزمایش و در مرحله پس از آزمون، نمرات میانگین و انحراف استاندارد متغیرهای پژوهش نسبت به مرحله پیش از آزمون متفاوت است. اما در گروه کنترل این تفاوت مشاهده نمی‌شود.

نتایج جدول ۲ نشان می‌دهد که پس از تعدیل نمرات پیش از آزمون، تفاوت در میان گروه آزمایش و کنترل در متغیرهای وحشت‌زدگی، اضطراب فراگیر و خستگی در سطح آلفای ۰/۰۱ معنادار است. به طوری که این آزمون آشکار ساخت آموزش مهارت‌های رفتاردرمانی دیالکتیکی بر حملات وحشت‌زدگی ($p < 0/01$, $F: 32/58$)، اضطراب فراگیر ($p < 0/01$, $F: 20/56$) و خستگی ($p < 0/01$, $F: 12/17$) بیماران افتادگی دریاچه میترال تأثیر معناداری دارد.

جدول ۱. میانگین و انحراف استاندارد متغیرهای وحشت‌زدگی، اضطراب فراگیر و خستگی

گروه	شاخص	وحشت‌زدگی		اضطراب فراگیر		خستگی	
		میانگین	انحراف استاندارد	میانگین	انحراف استاندارد	میانگین	انحراف استاندارد
آزمایش	پیش از آزمون	۹۴/۱۲	۲۰/۳۲	۱۵/۳۷	۲/۱۳	۳۷/۷۵	۵/۱۷
	پس از آزمون	۴۷/۷۸	۱۵/۴۴	۷/۷۵	۱/۷۶	۱۶/۸۰	۳/۹۹
کنترل	پیش از آزمون	۸۹/۷۵	۲۲/۶۶	۱۴/۱۰	۳/۵۶	۳۵/۲۵	۵/۴۳
	پس از آزمون	۸۵/۸۷	۲۵/۷۶	۱۳/۷۵	۵/۲۰	۳۴/۷۳	۵/۹۷

جدول ۲. تجزیه و تحلیل کوواریانس یک طرفه متغیرهای پژوهش در دو گروه آزمایش و کنترل

متغیر	منبع پراش	SS	df	MS	F	P	Eta
وحشت-زدگی	پیش از آزمون	۹۳۶۳/۴۸	۱	۹۳۶۳/۴۸	۹۶/۷۴	۰/۰۹	۰/۷۶
	گروه	۳۱۵۴/۲۵	۱	۳۱۵۴/۲۵	۳۲/۵۸	۰/۰۱۰	
اضطراب فراگیر	پیش از آزمون	۱۳۱/۹۱	۱	۱۳۱/۹۱	۲۱/۶۸	۰/۰۸	۰/۶۷
	گروه	۷۴/۲۵	۱	۷۴/۲۵	۱۲/۱۷	۰/۰۰۱	
خستگی	پیش از آزمون	۲۴۱۵/۵۴	۱	۲۴۱۵/۵۴	۶۲/۱۵	۰/۰۷	۰/۸۹
	گروه	۱۹۹۹/۶۷	۱	۱۹۹۹/۶۷	۲۰/۵۶	۰/۰۰۱	

بحث و نتیجه‌گیری

در سندروم افتادگی دریاچه میترال، علائم جسمانی و روان-شناختی نقش متقابلی در بروز، تشدید و استمرار یکدیگر دارند به طوری که علائم جسمانی باعث بروز و تشدید علائم روان‌شناختی می‌گردند و پیدایش این علائم روان‌شناختی منجر به استمرار علائم جسمانی می‌شود (۳). بر این اساس، بروز علائم روان-شناختی در بیماران سندروم افتادگی دریاچه میترال علاوه بر کاهش سازگاری بیماران با زندگی روزمره خود، سلامت روانی آنها

را نیز دچار اختلال می‌کند به طوری که بسیاری از آنان خود را قادر به انجام بسیاری از فعالیت‌های بدنی نمی‌دانند. در واقع روان‌درمانی نقش مؤثری در کاهش علائم جسمانی و روان‌شناختی و در نتیجه بهبود وضعیت روانی بیماران و افزایش سطح سازگاری با بیماری آنها داشته است و در کاهش این علائم در بیماران سندروم افتادگی دریاچه میترال مؤثر است (۲۸). گروه مداخله که تحت آموزش مهارت‌های رفتاردرمانی دیالکتیکی قرار گرفته بودند نسبت به گروه کنترل که هیچ گونه درمانی دریافت نکرده بود علائم

کمتری در طول مدت جلسات درمان تجربه کردند که نشان می‌دهد که این آموزش‌ها باعث کاهش معنی‌دار علائم روانی-جسمی در بیماران شده است. بنابراین به سه سؤال مطرح شده در پژوهش حاضر پاسخ داده شد. نتایج این پژوهش با نتایج پژوهش جمشیدزهی و همکاران (۱۵) که از رویکرد شناختی-رفتاری برای کاهش اضطراب و حملات وحشت‌زدگی بیماران افتادگی دریاچه میترا استفاده کردند همسو است. همچنین این یافته‌ها با پژوهش‌های حاجی‌علیزاده و نوری‌زاده (۲۲)، مامی و همکاران (۲۳) و سولر و همکاران (۲۴) که اثربخشی رویکرد رفتاردرمانی دیالکتیکی را بر کاهش علائم اضطراب بررسی نمودند همسو می‌باشد.

این یافته‌ها با نتایج پژوهش‌های وینستین و همکاران (۲۵) و سهرابی و همکاران (۲۶) که از رویکرد شناختی-رفتاری بر اختلال وحشت‌زدگی استفاده کردند همخوان است. علاوه بر این نتایج این پژوهش با یافته‌های سلیمانی و تاج‌الدینی (۲۷) که از درمان شناختی-رفتاری برای کاهش خستگی در بیماران مولتیپل اسکلروزیس استفاده کردند و ساداتی‌بالادهی و همکاران (۱۲) که از رویکرد شناختی-رفتاری و تکنیک آرام‌سازی عضلانی برای کاهش خستگی مزمن در پرستاران استفاده کردند همخوان است.

علائم روان-تنی را به دو صورت نشان می‌دهند: الف) به صورت اجتناب از موقعیت‌های خاص و ب) مشکل در تنظیم هیجان (۲۹). بیماران افتادگی دریاچه میترا پدیده‌های روان-تنی را پیش‌بینی‌ناپذیر و کنترل‌ناپذیر تعبیر و تفسیر می‌کنند و این تفاسیر منجر به تحریف‌های شناختی مانند فاجعه-آفرینی، افکار خودآیند منفی، تعمیم افراطی و درماندگی در بین این بیماران می‌گردد. ارزیابی بیمار از تأثیر افتادگی دریاچه میترا بر روند زندگی وی و تنیدگی و تحریک‌پذیری مفرط ناشی از این افکار و حالات هیجانی از جمله عواملی هستند که بیشتر از خود بیماری سبب اضطراب و وحشت-زدگی در این بیماران می‌گردند و هر چه این زنجیره بیشتر ادامه پیدا می‌کند بیماران در بعد جسمانی، کاهش توان و در بعد شناختی، نقص در تمرکز حواس و توجه و در بعد عاطفی، انگیزه کمتری برای فعالیت‌های مختلف را تجربه می‌کنند که این امر باعث ایجاد خستگی در بیماران می‌شود.

این باورهای خاص درباره افتادگی دریاچه میترا منجر به روش‌های مقابله‌ای ناسازگارانه، تشدید علائم روانی-جسمی و رنج بیشتر می‌گردد (۱۵). بر این اساس سعی شد با توجه به اصول رفتاردرمانی دیالکتیکی، در وهله نخست، شرکت-کنندگان آزادانه و بدون ترس از قضاوت دیگران افکار و باورهای ناکارآمد و حالات هیجانی نامناسب خود را بیان کنند. در وهله دوم در طول جلسات، درمانگر به همراه اعضای دیگر سعی کردند تا فرض‌ها و عکس‌العمل‌های رفتاری گاهاً غیر منطقی آزمودنی‌ها را با استفاده از بیان تجربیات و نظرات یکدیگر به چالش بکشند. پس از این که باورها و عکس-العمل‌های غیرمنطقی آزمودنی‌ها و تحریف‌ها و باورهای غیرعقلانی آنها به هنگام بروز علائم جسمانی به صورت کامل روشن‌سازی شد، در طول جلسات با آموزش مهارت‌های ذهن آگاهی و تنظیم هیجانی به آزمودنی‌ها آموخته شد تا به جای

با انجام این برنامه‌ریزی منظم و کاهش مشکلات هیجانی که در اثر به کارگیری مهارت‌های چهارگانه رفتاردرمانی دیالکتیکی حاصل گردید، شرکت‌کنندگان توانستند انرژی لازم برای انجام فعالیت‌های جسمانی مطلوب را به دست آورند و از شدت احساس خستگی ناشی از بیماری آزمودنی‌ها به میزان قابل ملاحظه‌ای کاسته شد.

محدودیت‌ها: پژوهش فوق دارای محدودیت‌هایی بود، اولین محدودیت، حجم نمونه بود که برآورد دقیق اندازه اثر را با مشکل مواجه می‌سازد. محدودیت دوم، به روز نبودن آمار مبتلایان به این بیماری در شهر مشهد و در دسترس نبودن آنها بود. هم‌چنین فقدان پژوهش‌های روان‌شناختی کافی در مورد اثربخشی روان‌درمانی برای بیماری افتادگی دریچه میترا در ایران و نقاط دیگر جهان بود.

با توجه به نحوه اجرای پژوهش حاضر پیشنهاد می‌شود در مطالعات آتی، کنترل اثر انتظار از برنامه شبه درمان دارویی مانند داروهای پلاسبو برای گروه کنترل به طور هم‌زمان با اجرای مداخله روی گروه آزمایش اجرا گردد. هم‌چنین پیشنهاد می‌گردد تا پژوهش‌های آینده روی مردان انجام گردد.

تشکر و قدردانی

مقاله فوق برگرفته از پایان‌نامه کارشناسی ارشد نویسنده اول می‌باشد. بدین وسیله از تمامی کارکنان درمانگاه روان‌شناسی بالینی و مشاوره دانشگاه فردوسی مشهد، بیمارستان‌های امام رضا(ع) و قائم(عج) بابت همکاری دوستانه ایشان نهایت تشکر را داریم.

اجتناب فکری و یا واکنش‌های منفعل هیجانی با افزایش پذیرش این تجارب بالینی از شدت آنها به هنگام بروز علائم بکاهند و توجه خود را از افکار و احساسات منفی و ناکارآمد نسبت به علائم بالینی بیماری خود، به سمت زمان حال و ایجاد هیجانات و افکار مثبت و کارآمدتری هدایت و متمرکز نمایند تا بتوانند به هنگام وقوع نشانه‌های جسمانی بیماری خود واکنش‌های رفتاری و احساسی مناسب و منطقی را جانشین رفتارها و احساسات غیرمنطقی و ناکارآمد کنند.

در واقع رویارویی فعال بیمار با افکار و هیجانات خود و پرهیز از اجتناب و یا واکنش‌های غیرمؤثر از اصول مهم در روش درمانی دیالکتیکی است. هم‌چنین با آموزش مهارت‌های تحمل‌پیشانی به آزمودنی‌ها، آنها یاد گرفتند که قابلیت تغییر دادن واکنش‌های رفتاری و تنیدگی‌های عضلانی ناشی از بروز علائم جسمانی و روان‌شناختی ناشی از بیماری خود را دارند و می‌توانند با تمرکز بر عضلات درگیر و با استفاده از فنون خاص، این تنیدگی‌ها را کاهش دهند. آزمودنی‌ها با پذیرش این که برخی رفتارهای ناشی از بروز علائم بیماری، غیر منطقی است و هم‌چنین با تغییر فرایند نحوه تفکر و یادگیری چگونگی کنترل افکار و حالات هیجانی، احساس بهتری کسب کردند و بر سردرگمی خود در مورد چگونگی رفتار مناسب به هنگام بروز علائم مسلط شدند.

با ایجاد این شرایط آزمودنی‌ها توانستند تا بروز علائم حملات وحشت‌زدگی و اضطراب فراگیر را در خود کاهش دهند. در نهایت با آموزش مهارت‌های خودکارآمدی بین فردی، در طول جلسات آزمودنی‌ها ترغیب گردیدند تا با هدف‌گزینی صحیح و برنامه‌ریزی منظم، فعالیت ورزشی و جسمانی مورد علاقه خود را که تاکنون بر اثر برداشت‌های غلط و باورهای نادرست از انجام آن خودداری می‌کردند، دوباره بازبینی کنند و شروع به انجام آنها کنند.

References

1. Casper H, Fausi A, Hasser bL, Dan Lewis J, Loscalzo K. Principles of harrison internal medicine: cardiovascular diseases. Translated to persian by: Khodaei M, Taybi Khameneh P, Qaruni M. Tehran: Arjmand Pub; 2015; P 450-470.
2. Ahadi AM, Hosseini Saruni SF, Ayat H. Investigation of genetic polymorphism of the upper hand area of NFATC1 and SMAD6 genes in patients with mitral valve prolapse referring to Tehran Heart Center. *Modern Genetics*, 2016; 11 (4), 617-622. (In Persian)
3. Filho AS, Maciel BC, Martin-Santos R. Does the association between mitral valve prolapse and panic disorder really exist. *Prim Care Companion J Clin Psychiatry*, 2008; 23(10): 38-47.
4. Yury PZ, Elena IP, Anatoliy IM. Psychological underpinning of personalized approaches in modern medicine: syndrome analysis of mitral valve prolapsed patient. *Journal Psychology in Russia: state of the Art*, 2013; 6(2), 89- 102
5. Tamam L, Ozpoyraz N, Sam M, Bozkurt A. Death anxiety in Malaysian and Australian university students. *The Journal of Social Psychology*, 2000; 128 (12), 41- 47.
6. Gorg Yaraghi M; Pourmoghadasi A, Sabet B. Investigation of the prevalence of panic attacks in patients with mitral valve prolapse. *J Mazandaran Univ Med Sci*. 2003, 10. 23- 27. (In Persian)
7. Nateghi G, Mohseni A. Frequency of mitral valve prolapse (MVP) in panic disorder patients referring to psychiatric clinic in 1998-1999 . *J Mazandaran Univ Med Sci*. 2003; 13 (39) :71-74. (In Persian)
8. Seligman Mpi, Rozhanan D. *Abnormal psychology: psychological pathology based on DSM-IV, volume One*, translated to persian by: Seyed Mohammadi Y. Tehran: Arasbaran Pub. 2016; P: 254-262.
9. Boudoulas H, Reynolds JC, Mazzaferri E, Wooley CF. *Metabolic studise in mitral valve prolaps syndrome*. *Journal of the American Heart Association*, 1980; 61: 1200- 1205.
10. Dougas MJ, Robbie Chaudh M. *Cognitive-behavioral therapy for generalized anxiety disorder*. Translated to persian by: Akbari M, Chini Foroshan M, Abedian A. Tehran: Arjmand Pub. 2016; P: 152-160.
11. American Psychiatric Association. *Diagnostic and statistical guidance of mental disorders (DSM-5)*. Translated to persian by: Rezaei F, Fakhraei A, Farmand A, Niloufari A, Hashemi Azar J, Shamloo F. Tehran: Arjmand Pub. 2015; P321-325.
12. Sadati Bala Dehi M, Taghi Pour Javan A, Hassan Nattaj F. Comparison of the effect of cognitive-behavioral therapy and relaxation therapy (relaxation) on reducing signs of chronic fatigue syndrome in nurses. *J Yafte*. 2019; 21 (1) :1-11. (In Persian)

13. Devereux RB, Perloff JK, Relchek N, Josephson ME. Mitral valve prolaps. Journal of the American Heart Association, 1976; 54, 3-14.
14. GhamkharFard Z, Bakhtiari M., Hajiheidari Z, Pouravari M, Tahmasian, K. The effectiveness of group cognitive-behavioral therapy in anxiety and boredom proneness in generalized anxiety disorder girls. Knowledge & Research in Applied Psychology, 2019; 20(3): 122-132. (In Persian)
15. Jamshidzahi ShahBakhsh A, Asghari ebrahim abad M, Mashhadi A, Daneshsani H. The effectiveness of cognitive-behavioral therapy (CBT) in reducing worry, anxiety and panic attacks mitral valve prolapse patients. jssu. 2016; 24 (4) :340-351(In Persian)
16. Soltani Shal R, Agha Mohammadian Sharabaf HR. Psychology of heart patients: with the approach of Iranian researchers. Mashhad: Ghalam Azin Reza Pub. 2014; P: 187- 200. (In Persian)
17. Linhanan MM. Guide to the implementation of dialectical behavioral therapy for the treatment of borderline personality disorder, translated to persian by: Alavi K, Shamloo N. Tehran: Arjmand Pub. 1993; P: 34- 50.
18. Brown TA, White KS, Barlow DH. A psychometric reanalysis of the Albany Panic and Phobia Questionnaire. J Behaviour Research and Therapy, 2005; 43, 337-355.
19. Bakhshipour Roodsari A, Dejkjam M, Mehryar AH, Birashk B. Structural relationships between dimensions of DSM-IV anxiety and depressive disorders and Dimensions of Tripartite Model. ijpcp. 2004; 9 (4) :63-76.
20. Shahvaroughi-Farahani A, A'zimiyan M, Fallah-Pour M, Karimlou M. Fatigue severity scale (FSS): evaluation of reliability of the persian version among persons with multiple sclerosis. J rehab. 2010; 10 (4), 47-51. (In Persian)
21. Naeinian M, Shaeiri M, Sharif M, Hadian M. To study reliability and validity for a brief measure for assessing generalized anxiety disorder (GAD-7) . jcpap. 2011; 2 (4) :41-50. (In Persian)
22. Hajializadeh K, Norizadeh B. The effectiveness of dialectical behavioral therapy on reducing anxiety and improving social functioning of patients with diabetes. ijdd. 2018; 17 (3) :130-138. (In Persian)
23. Mami S, Ebrahimian S, Soltany S. Effectiveness of dialectic behavioral therapy on depression, anxoety and stress in anorexia nervosa disorder: four case study. Stud Med Sci. 2016; 27 (5) :384-392. (In Persian)
24. Soler J, Pacual C, Tiana TH. Dialeatical behavior therapy skills training compared to standard group therapy in borderline personality disorder: A 3 month randomized controlled clinical trial. Journal Behaviour Research and Therapy, 2009; 47(5), 353- 358.
25. Weinstein N, Brown KW, Ryan RM. A multimethod examination of the effects of mindfulness on stress attribution , coping

- an emotional wellbening. *Journal Res Personality*. 2009; 17(1), 374-385.
26. Sohrabi F, Jaafarifard S, Zarei S, Eskandari H. The effectiveness of mindfulness-based cognitive therapy on panic disorder. *Journal of Clinical Psychology*, 2012; 4(4): 31-43. (In Persian)
27. Soleimani S, Tajoddini E. Effectiveness of cognitive behavioral therapy based on fatigue on dimensions of mental fatigue in patients with multiple sclerosis: a case study. *Journal of Clinical Psychology*, 2016; 8(2): 13-21. (In Persian)
28. Zinchenko Y, Akatova E, Pervichko E. Dynamics of the psychological features and clinical symptoms in Mitral valve prolaps patients receiving Long- Term interative psychotherapy for anxiety disorder. *J Psychology in Russian*, 2014; 7(3): 201- 214.
29. Pervichko E, Zinchenko Y, Martynov A. Psychological syndrom analysis (Vygotsky- Luria School) in psychosomatics: clinical and psychological study of patients with mitral valve prolapse. *J eurpsy*, 2016; 33(51):534-542.

Evaluation of the effectiveness of dialectical behavior therapy in reducing psychological symptoms in patients Mitral valve prolapse syndrome

Salehi M¹, Asghari Ebrahimabad MJ^{*2}, Ghaderi F³, AbdeKhodaei MS⁴

1. Master of Science of counseling, Department of Psychology, Ferdowsi University, Mashhad, Iran

2. Assistant Professor, Department of Psychology, Ferdowsi University, Mashhad, Iran, mjasghari@um.ac.ir

3. Associate professor, Department of Cardiology, Atherosclerosis Prevention Center, Mashhad University of Medical Sciences, Iran

4. Associate Professor, Department of Psychology, Ferdowsi University, Mashhad, Iran

Received: 8 Nov 2020

Accepted: 21 Dec 2020

Abstract

Background: The aim of this study was to evaluate the effectiveness of dialectical behavior therapy in reducing psychological symptoms in patients with mitral valve prolapse syndrome.

Materials and Methods: The present study is a quasi-experimental with a pretest-posttest design with a control group. The statistical population included all female patients with mitral valve prolapse syndrome in Mashhad who referred to Ferdowsi University Clinical Psychology Clinic, Imam Reza and Ghaem Hospitals in Mashhad. Among the volunteers, 16 were They were selected from interview and initial screening by purposive sampling method and randomly assigned to experimental and control groups. The research instruments included the Albanian Panic Questionnaire, Krupp Fatigue and Generalized Anxiety Inventory (GAD-7) and the data were analyzed by SPSS software version 21 and one-way analysis of covariance.

Results: The results showed that dialectical behavior therapy was effective in reducing psychological symptoms ($P < 0.01$).

Conclusion: This approach has paved the way for improving the psychological health of these patients.

Keywords: Dialectical Behavior Therapy, Psychological Symptoms, Mitral Valve Prolaps.

***Citation:** Salehi M, Asghari Ebrahimabad MJ, Ghaderi F, AbdeKhodaei MS. Evaluation of the effectiveness of dialectical behavior therapy in reducing psychological symptoms in patients Mitral valve prolapse syndrome. *Yafte*. 2021; 22(4):46-57.