

اثربخشی رفتار درمانی دیالکتیک بر اختلالات خواب بیماران مبتلا به سندرم روده تحریک پذیر

سید عباس حقایق^۱، حمید طاهر نشاطدوست^۲، پیمان ادیبی^۳، کریم عسگری^۴

مقاله پژوهشی

چکیده

زمینه و هدف: مشکلات خواب، یکی از علایم شایع بیماران مبتلا به سندرم روده تحریک پذیر است. هدف از انجام این پژوهش، تعیین اثربخشی رفتار درمانی دیالکتیک بر اختلالات خواب بیماران مبتلا به سندرم روده تحریک پذیر بود.

مواد و روش‌ها: طرح پژوهش، از نوع نیمه آزمایشی پیش‌آزمون-پس‌آزمون بوده است. به منظور انتخاب نمونه، ۵۲ نفر از بیماران مبتلا به نشانگان روده تحریک پذیر (با تشخیص پزشک متخصص و بر اساس ملاک‌های Rome II) انتخاب شدند و در دو گروه آزمایش (۲۶ نفر) و شاهد (۲۶ نفر) قرار گرفتند. رفتار درمانی دیالکتیک، طی هشت جلسه هفتگی و بر اساس راهنمای درمانی Mushain در کلینیک خصوصی ویژه بیماران گوارشی انجام شد و پرسش‌نامه‌های اختلال خواب و استرس در دو مرحله پیش‌آزمون-پس‌آزمون تکمیل شد.

یافته‌ها: بین میانگین نمرات مشکل در شروع خواب و استرس گروه آزمایش و گروه شاهد تفاوت معنی‌داری وجود داشت ($P < 0/005$)، ولی در نمرات تداوم خواب و بیداری از خواب تفاوت معنی‌داری مشاهده نشد.

نتیجه‌گیری: رفتار درمانی دیالکتیک می‌تواند به عنوان یک روان‌درمانی انتخابی و مؤثر، در کاهش اختلالات شروع خواب و استرس بیماران مبتلا به سندرم روده تحریک پذیر استفاده شود.

واژه‌های کلیدی: سندرم روده تحریک‌پذیر، رفتار درمانی دیالکتیک، اختلالات خواب، استرس

ارجاع: حقایق سید عباس، نشاطدوست حمید طاهر، ادیبی پیمان، عسگری کریم. اثربخشی رفتار درمانی دیالکتیک بر اختلالات خواب بیماران مبتلا به سندرم روده تحریک‌پذیر. مجله تحقیقات علوم رفتاری ۱۳۹۱؛ ۱۰ (۷): ۶۶۳-۶۷۱

پذیرش مقاله: ۱۳۹۱/۱۱/۳

دریافت مقاله: ۱۳۹۱/۶/۱۹

جوامع و گروه‌های اجتماعی-اقتصادی به شکل گسترده‌ای شیوع دارد؛ به طوری که در سراسر دنیا در بین نوجوانان و بزرگسالان ۱۰ تا ۲۰ درصد و نسبت زنان بیشتر از مردان گزارش شده است (۲). این اختلال باعث غیبت از کار، انزوای اجتماعی و مشکلات مالی می‌شود و فشار اقتصادی سنگینی را به جامعه وارد می‌کند (۳). این نشانگان بعد از

مقدمه

سندرم روده تحریک‌پذیر (Syndrome irritable bowel یا IBS) از شایع‌ترین اختلالات عملکردی دستگاه گوارش است که با علایم درد یا ناراحتی شکمی همراه با اختلال در دفع و عادات روده، در غیاب علت ارکانیگ توجیه‌کننده علایم، تظاهر پیدا می‌کند (۱). نشانگان روده تحریک‌پذیر، در همه

Email: abbas_haghighayegh@yahoo.com

۱- دانشجوی دکتری، گروه روان‌شناسی، دانشگاه اصفهان، اصفهان، ایران (نویسنده مسؤول)

۲- استاد، گروه روان‌شناسی بالینی، دانشکده علوم تربیتی و روان‌شناسی، دانشگاه اصفهان، اصفهان، ایران

۳- دانشیار، مرکز تحقیقات سایکوسوماتیک، گروه گوارش و کبد، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، اصفهان، ایران

۴- استادیار، گروه روان‌شناسی، دانشگاه اصفهان، اصفهان، ایران

(Borderline personality disorder) ابداع شد. این رویکرد، مداخلات مربوط به درمان‌های شناختی- رفتاری را که مبتنی بر اصل تغییر می‌باشد، با آموزه‌ها و فنون فلسفه شرقی ذهن که مبتنی بر اصل پذیرش می‌باشد، در می‌آمیزد و بر این اساس چهار مؤلفه مداخله‌ای را در شیوه درمان گروهی خود مطرح می‌کند، ذهن آگاهی (Core mindfulness) و تحمل پریشانی (Distress tolerance) به عنوان مؤلفه‌های پذیرش و تنظیم هیجانی (Emotion regulation) و کارآمدی بین فردی (Interpersonal effectiveness) به عنوان مؤلفه‌های تغییر DBT، چهار حوزه یاد شده فوق را حوزه‌های ناکارآمدی در BPD می‌داند (۱۲، ۱۳). به دو دلیل در سال‌های اخیر، DBT، علاوه بر اختلال شخصیت مرزی در دامنه به نسبت متنوعی از سایر اختلالات مورد کاربرد قرار گیرد. نخست این که پیچیدگی و تنوع مشکلات در میان افراد مبتلا به BPD، باعث می‌شود که DBT به عنوان درمانی مؤثر برای این جمعیت، دارای راه‌بردهایی برای ارزیابی و درمان شمار زیادی از مشکلات، به شیوه‌ای نظام‌مند باشد (۱۴) و دیگر این که برنامه درمانی DBT به صورت یک برنامه درمانی دقیق ساختار یافته ارائه شود که کاربرد آن را برای درمانگران ساده‌تر می‌سازد. شواهد نشان می‌دهد که این رویکرد در درمان اختلالات سایکوسوماتیک مانند درد کمر و اختلالات خوردن به ویژه پرخوری عصبی (۱۵)، سوء مصرف مواد (۱۶)، کودکان و نوجوانان مبتلا به اختلال بیش‌فعالی کمبود توجه (۱۷) و افسردگی (۱۸، ۱۹) موفقیت‌آمیز می‌باشد و نتایج امیدواری‌کننده‌ای همراه داشته است. این در حالی است که IBS ملاک‌هایی که DBT می‌تواند برای آن اختلالات مفید باشد، را دارا است (سوء استفاده‌های جسمی، جنسی و عاطفی در گذشته این بیماران، طیف وسیع علائم بیماران و تکنیک‌های استفاده شده در DBT)، علاوه بر این، ذهن آگاهی و تنظیم هیجان نتایج مثبتی در کاهش علائم این بیماران داشته‌اند. با توجه به مطالب فوق و این نکته که مداخلات درمانی داخل کشور، بیشتر بر متغیرهای جسمی و کیفیت زندگی متمرکز می‌باشد و

سرماخوردگی، دومین علت غیبت از کار است و در بین اختلالات گوارشی بالاترین میزان مراجعه پزشکی را دارد. نشانگان روده تحریک‌پذیر، بیماری دوران جوانی است و در اکثر افراد پیش از ۴۵ سالگی بروز می‌کند (۴).

یکی از نیازهای اساسی انسان خواب می‌باشد؛ به طوری که هر گونه اختلال در جریان آن علاوه بر ایجاد مشکلات روانی، توانایی فرد را نیز کاهش می‌دهد (۵-۸). آمار نشان می‌دهد که ۷۰ درصد از مراجعین به کلینیک‌های روان‌پزشکی از اختلال خواب شکایت دارند و این اختلال و بی‌نظمی در الگوی خواب و بیداری فرد می‌تواند موجب نابسامانی‌هایی در فعالیت‌های اجتماعی و شغلی شود و باعث پریشانی بارز در قوای ذهن گردد (۹). همچنین عدم تعادل در فرایند خواب و استراحت می‌تواند افراد را به شدت خسته و عصبی نماید و موجب مشکلات جسمی و روانی گردد. انجمن روان‌پزشکی آمریکا اختلالات خواب را در دو طبقه کلی بدخوابی‌ها و ناهنجاری‌های خواب طبقه‌بندی کرده است که اختلال در شروع، تداوم و خواب آلودگی را مهم‌ترین بدخوابی‌ها به شمار می‌آورد (۹).

اختلالات خواب یکی از شایع‌ترین علایم بیماران مبتلا به سندرم روده تحریک‌پذیر است که در کاهش کیفیت زندگی این بیماران نقش مهمی داشته است. مشکلات خواب به خصوص در هنگام بیدار شدن در بیماران IBS بعد از بیماری مشاهده شده است و بیشتر از این که به خاطر علائم بیماری باشد، به علت مشکلات خلقی و هیجانی همراه در این بیماران بوده است. این مشکلات می‌تواند به طور غیر مستقیم، علائم این بیماران را تشدید کند (۱۰). همچنین، سندرم پاهای بی‌قرار به حرکات غیر ارادی پا، اغلب در شب اتفاق می‌افتد و به طور موقت با حرکت کردن بهبود می‌یابد (به خصوص قدم زدن)، در این بیماران بیشتر از سایر اختلالات گوارشی کارکردی مشاهده شده است (۱۱).

رفتار درمانی دیالکتیک (Dialectical behavioral therapy) DBT یا، رویکردی شناختی- رفتاری است که در ابتدا برای درمان اختلال شخصیت مرزی

تکمیل گردید. عناوین محتوای جلسات عبارت بود از جلسه اول و پنجم: ذهن آگاهی مبتنی بر کنترل علائم، جلسه دوم و ششم: ابراز و تنظیم هیجان، جلسه سوم و هفتم: تحمل دیسترس، جلسه چهارم و هشتم: آموزش مهارت‌های بین فردی (انجام مداخله و سنجش، توسط یک کارشناس ارشد روان‌شناسی بالینی صورت گرفت). ده نفر از اعضای گروه به دلیل غیبت‌های بیش از حد (بیشتر از سه جلسه)، از فهرست گروه آزمایش حذف شدند. با توجه به این که علائمی مانند درد شکمی و اسپهال بیماران را اذیت می‌کرد، پزشک متخصص ناگزیر به تجویز دارو (داروهای ضد افسردگی سه حلقه‌ای و ضد درد) برای هر دو گروه بود. با این حال، به منظور کنترل اثر تعاملات گروهی در نتیجه درمانی، برای گروه شاهد ۴ جلسه آموزشی (فقط آشنایی کلی با علل و علائم بیماری) در نظر گرفته شد، ولی هیچ گونه تکنیک یا روان‌درمانی خاصی به کار برده نشد. ۶ نفر از اعضای گروه شاهد به دلیل شرکت نکردن در پس‌آزمون از فهرست حذف شدند. نمونه نهایی شامل ۳۹ نفر شد (۲۱ نفر گروه آزمایش و ۱۸ نفر گروه شاهد).

ابزار

۱- پرسش‌نامه اختلالات خواب: این پرسش‌نامه توسط محمدی و همکاران (به نقل از Lynch و همکاران) در سال ۱۳۸۸ برای جامعه ایرانی تهیه شده است و ۱۷ سؤال دارد که اختلالات را در سه قسمت مشکل در شروع خواب (۵ سؤال)، تداوم خواب (۷ سؤال) و بیداری از خواب (۵ سؤال) ارزیابی می‌کند. سؤالات در دو گزینه بلی-خیر نمره‌گذاری می‌شود. حداقل نمرات برای هر قسمت، صفر و حداکثر برای قسمت اول و سوم ۱۰ و برای قسمت دوم ۱۴ بوده است. روایی محتوایی آن به روش Waltz و Bousset (به نقل از Lynch و همکاران) قابل قبول و برابر با ۳/۵ می‌باشد و پایایی بازآزمایی آن برابر با $r = 0/86$ بوده است (۱۹).

۲- پرسش‌نامه استرس - اضطراب - افسردگی: مقیاس استرس، اضطراب، افسردگی در سال ۱۹۹۵ توسط Lovibond و Lovibond (به نقل از محمدی و همکاران)

اختلالات خواب را در این بیماران مورد بررسی قرار نداده است، در حالی که مشکلات خواب در بیماران مبتلا به نشانگان روده تحریک‌پذیر شیوع زیادی دارد (۱۰)، هدف از انجام این پژوهش، تعیین اثربخشی رفتار درمانی دیالکتیک بر اختلالات خواب و سطح استرس بیماران مبتلا به سندرم روده تحریک‌پذیر بوده است.

مواد و روش‌ها

این پژوهش، در دسته پژوهش‌های نیمه تجربی همراه با گروه شاهد و ارزیابی به صورت پیش‌آزمون - پس‌آزمون قرار می‌گیرد و طرح تحقیق آن به صورت دو گروهی (گروه آزمایش و گروه شاهد) و شامل دو مرحله پیش‌آزمون - پس‌آزمون است. جامعه آماری پژوهش را، کلیه بیماران مبتلا به نشانگان روده تحریک‌پذیر شهر اصفهان (با تشخیص پزشک متخصص و بر اساس ملاک‌های Rome II)، تشکیل می‌دادند که مراکز درمانی این شهر در سال ۹۱-۱۳۹۰ مراجعه کرده بودند. به منظور انتخاب شرکت‌کنندگان در پژوهش، از بین بیمارانی که به کلینیک‌های درمانی شهر اصفهان مراجعه می‌کردند، ۵۲ نفر بیمار مبتلا به نشانگان روده تحریک‌پذیر (با تشخیص پزشک متخصص و بر اساس ملاک‌های Rome II) به شیوه نمونه‌گیری در دسترس انتخاب شدند و به طور تصادفی در دو گروه آزمایش (۲۶ نفر) و شاهد (۲۶ نفر) قرار گرفتند. در انتخاب بیماران دو شرط زیر لحاظ شد (ملاک‌های ورود): ۱- همزمان تحت روان‌درمانی دیگری قرار نگیرند. ۲- همزمان دچار اختلال گوارشی کارکردی یا ساختاری همزمان نباشند. ملاک خروج از نمونه پژوهش، غیبت بیش از ۳ جلسه در گروه درمانی بود. رفتار درمانی دیالکتیکی هشت جلسه هفتگی و بر اساس راهنمای درمانی Mushain (یک راهنمای اصلاح شده DBT برای همه اختلالات و شامل چهار جزء ذهن آگاهی، تنظیم هیجان، تحمل پریشانی و رابطه بین فردی) در کلینیک خصوصی ویژه بیماران گوارشی انجام شد و پرسش‌نامه‌های اختلال خواب و استرس در دو مرحله پیش‌آزمون - پس‌آزمون

استفاده شد. به منظور مقایسه تفاضل میانگین (پس‌آزمون-پیش‌آزمون) نمرات دو گروه آزمایش و شاهد و از تحلیل واریانس تک متغیری (Analysis of variances) استفاده شد.

یافته‌ها

ویژگی‌های جمعیت‌شناختی: به منظور داشتن تصویر کامل‌تر و واضح‌تری از نمونه پژوهش، ویژگی‌های جمعیت‌شناختی (فراوانی و درصد) بیماران در دو گروه آزمایش و شاهد در جدول آورده شده است. اگر چه امکان همسان‌سازی ویژگی‌های جمعیت‌شناختی در بین سه گروه وجود ندارد، بر اساس آزمون χ^2 تفاوت معنی‌داری از لحاظ فراوانی بین سه گروه وجود نداشت. تعیین وضعیت اقتصادی بر اساس حقوق ماهیانه شرکت‌کنندگان انجام شده است.

یافته‌های توصیفی: میانگین و انحراف معیار نمرات اختلالات خواب گروه آزمایش و شاهد در مراحل پیش‌آزمون-پس‌آزمون، در جدول ۲ آورده شده است.

تهیه شد. این مقیاس دارای دو فرم است. فرم اصلی آن دارای ۴۲ عبارت است که هر یک از سازه‌های استرس، اضطراب، افسردگی را توسط ۱۴ عبارت متفاوت، مورد ارزیابی قرار می‌دهد. فرم کوتاه آن شامل ۲۱ عبارت است که هر یک از ۷ عبارت یک عامل یا سازه روانی را اندازه‌گیری می‌کند. فرم کوتاه ۲۱ عبارتی توسط صاحبی و همکاران (به نقل از محمدی و همکاران) برای جمعیت ایران اعتباریابی شده است که بین خرده مقیاس افسردگی با پرسش‌نامه افسردگی Beck $r = 0/7$ خرده مقیاس اضطراب با پرسش‌نامه اضطراب Zonk $r = 0/65$ و خرده مقیاس استرس با پرسش‌نامه استرس تجربه شده $r = 0/49$ وجود داشته است (۲۰).

تجزیه و تحلیل آماری داده‌ها

داده‌های پژوهش، با استفاده از نرم‌افزار SPSS نسخه ۲۰ (version 20, SPSS Inc, Chicago IL) مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت. در توصیف داده‌ها، از شاخص‌های آماری میانگین و انحراف معیار (در مراحل پیش‌آزمون و پس‌آزمون)

جدول ۱. ویژگی‌های جمعیت‌شناختی (فراوانی و درصد) بیماران در دو گروه

متغیرها و سطوح آن	گروه		گروه رفتار درمانی دیالکتیک		
	فراوانی	درصد	فراوانی	درصد	
جنسیت	مرد	۰	۰	۰	
	زن	۲۱	۳۵	۱۵	۲۵
سطح تحصیلات	سیکل	۸	۱۳/۳۳	۴	۶/۶۶
	دیپلم	۵	۸/۳۳	۳	۵
	فوق دیپلم	۱	۱/۶۶	۳	۵
	لیسانس	۶	۱۰	۹	۱۵
وضعیت تأهل	فوق لیسانس	۱	۱/۶۶	۲	۳/۳۳
	مجرد	۲	۳/۳۳	۳	۵
	متأهل	۱۹	۳۱/۶۶	۱۴	۲۳/۳۳
وضعیت اشتغال	مطلقه	۰	۰	۱	۱/۶۶
	شاغل	۶	۱۰	۶	۱۰
	بدون شغل	۱۵	۲۵	۱۲	۲۰
	بالا	۶	۱۰	۳	۵
وضعیت اقتصادی	متوسط	۱۲	۲۰	۱۳	۲۱/۶۶
	پایین	۳	۵	۲	۳/۳۳

جدول ۲. میانگین و انحراف معیار شرکت کنندگان در پژوهش

گروه	متغیر	پیش‌آزمون		پس‌آزمون	
		انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	میانگین
آزمایش	مشکل در شروع خواب	۴/۲۸	۳/۰۲	۳/۰۱	۳/۰۰
	مشکل در تداوم خواب	۶/۱۴	۳/۴۶	۲/۸۹	۶/۵
	مشکل در بیداری	۵/۴۲	۲/۷۶	۲/۷۳	۴/۷۸
	استرس	۱۲/۳۵	۶/۰۷	۵/۶۵	۱۰/۶۴
شاهد	مشکل در شروع خواب	۲/۴۶	۱/۸۸	۲/۲۶	۳/۱۵
	مشکل در تداوم خواب	۶/۱۴	۳/۴۶	۲/۸۹	۵/۲۷
	مشکل در بیداری	۴/۷۲	۲/۹۷	۲/۷۸	۴/۹۲
	استرس	۱۲/۳۰	۴/۹۷	۴/۶۳	۱۲/۷۶

جدول ۳. نتایج تحلیل واریانس تأثیر مداخله درمانی بر نمرات پس‌آزمون اختلالات خواب بیماران

منبع تغییرات	مجموع مجزورات	درجه آزادی	میانگین مجزورات	F	معنی‌داری	میزان تأثیر	توان آماری
شروع خواب	۲۶/۱۵۹	۱	۲۶/۱۵۹	۸/۰۸۳	۰/۰۰۷	۰/۱۷۹	۰/۷۹۱
تداوم خواب	۲۰/۹۳۴	۱	۲۰/۹۳۴	۴/۱۵۳	۰/۲۳۴	۰/۱۶۲	۰/۷۴
بیداری از خواب	۱۰/۶۳۷	۱	۱۰/۶۳۷	۱/۳۸۱	۰/۲۷۴	۰/۰۳۶	۰/۲۰۸
استرس	۲۱۹/۷۸	۱	۲۱۹/۷۸	۱۵/۴۰۷	۰/۰۳۵	۰/۲۹۴	۰/۹۶۹

همان‌طور که نتایج جدول ۲ نشان می‌دهد، میانگین نمرات اختلالات خواب (شامل شروع خواب، تداوم خواب و بیداری از خواب) و استرس گروه آزمایش در مرحله پس‌آزمون کاهش داشته است که معنی‌دار بودن یا نبودن این کاهش در قسمت بعد بررسی می‌شود.

پیش‌فرض‌های آماری

با توجه به این که در تحلیل استنباطی داده‌های پژوهش، از تحلیل واریانس، به عنوان یکی از آزمون‌های پارامتریک، استفاده شده است، پیش‌فرض‌های نرمال بودن توزیع نمرات پیش‌آزمون دو گروه (آزمون Shapiro-Wilks)، تساوی واریانس نمرات پیش‌آزمون دو گروه (آزمون Lovin) مورد بررسی قرار گرفت و به استثنای فرض نرمال بودن نمرات شروع خواب گروه آزمایش تأیید شد. با توجه به این که فرض تساوی واریانس تأیید شده است و حجم نمونه به هم نزدیک می‌باشد، در مورد اخیر نیز از آزمون تحلیل واریانس استفاده شد.

یافته‌های استنباطی

همان‌طور که نتایج جدول ۳ نشان می‌دهد، بین تفاضل میانگین نمرات شروع خواب و سطح استرس، تفاوت

بحث و نتیجه‌گیری

بیماران مبتلا به سندرم روده تحریک‌پذیر از علایم و اختلالات روان‌شناختی زیادی رنج می‌برند، که اختلالات خواب و استرس زیاد از بارزترین مشکلات این بیماران است. نتایج این پژوهش نشان داد که رفتار درمانی دیالکتیک بر کاهش مشکلات شروع خواب و سطح استرس بیماران در مرحله پس‌آزمون تأثیر معنی‌داری داشته است، ولی بر مشکلات تداوم خواب و بیداری از خواب (با وجود کاهش) نتایج معنی‌داری نداشته است. در هشت جلسه گروه مداخله‌ای سعی شد تا چهار تکنیک ذهن آگاهی، تنظیم هیجانات،

رویکردهای درمانی شناختی- رفتاری متداول، رعایت اصل پذیرش- تغییر در سرتاسر دوره درمان و استفاده از یک مجموعه مهارت‌های رفتاری تأیید شده است که به ندرت در سایر رویکردهای درمانی مشاهده می‌شود (۲۲، ۲۱). نتیجه پژوهشی جالب، در قسمت مشکل در تداوم خواب این سؤال مطرح است که چرا این درمان‌ها باعث تشدید مشکل در تداوم خواب در مرحله پس‌آزمون شده است. مرحله اصلی خواب، از دو قسمت REM و NON-REM تشکیل شده است که هر یک کارکرد خاص خود را دارند. مرحله REM بیشتر به پالایش و بازسازی روانی پرداخته می‌شود. این احتمال وجود دارد که درمان رفتار درمانی دیالکتیک تأکید زیادی بر تجربه‌های هیجانی فرد دارد که این تجربه‌ها می‌تواند شامل سوءاستفاده‌های جسمی و جنسی گذشته و سوءاستفاده‌های عاطفی باشد که به علت احساسات شرم و ترس در خودآشنایی و مواجهه با آن در زندگی روزانه و به خصوص جلسات درمانی امکان‌پذیر نیست و به طور ناخودآگاه سعی می‌شود تا در خواب آن‌ها حل شود که این امر ممکن است باعث آشفتگی بیمار در خواب شود. از لحاظ اساس زیست- شیمیایی و مسیر عصبی استرس و مشکل در شروع خواب وجود دارد. مرکز اصلی تنظیم خواب در قسمت خلفی هیپوتالاموس است که با همکاری ساقه مغز مراحل مختلف و مدت خواب را تنظیم می‌کند. مسیر عصبی استرس اگر چه از سیستم لیمبیک شروع می‌شود، ولی با هیپوتالاموس سیناپس پیدا می‌کند و به قشر غده فوق کلیوی می‌رود و با افزایش یا کاهش کورتیزول، سطح استرس را تنظیم می‌کند. بنابراین کاهش یا افزایش استرس می‌تواند به طور مستقیم بر وضعیت خواب بیماران تأثیر گذارد که نتایج پژوهش نیز تأیید کننده آن می‌باشد. رفتار درمانی دیالکتیک به علت تنوع و نظم تکنیک‌های رفتاری موجود در آن می‌تواند برای بیماران سندرم روده تحریک‌پذیر که دچار مشکلات هیجانی و روان شناختی زیادی مانند مشکلات خواب هستند، یک روان درمانی جذاب، هدفمند و مؤثر باشد، ولی چنانچه مدت این دوره آموزشی بیشتر باشد و به تفکیک به هر کدام از

تحمل ناکامی و مهارت‌های بین فردی آموزش داده شود و به صورت تمرینی در داخل و خارج گروه انجام شود تا بیمار بتواند در زندگی روزمره و در مقابله با موقعیت‌هایی که از لحاظ هیجانی و علائم بیماری دچار مشکل می‌شده است، مهارت‌های کنار آمدن را فرا گیرد. بنابراین کاهش استرس‌های روزانه، توانایی در حل تعارض‌های بین فردی و افزایش اعتماد به نفس حاصل از آن می‌تواند عواملی که مانع یک خواب مناسب و ترمیم کننده می‌شود، را از بین ببرد. عواملی که مانع شروع خواب می‌شود، طیف وسیعی شامل نشخوارهای فکری، افکار منفی هنگام خواب و تنش روزانه که باعث مصرف بیش از حد مواد کافئین‌دار (مانند چایی و غذاهای محرک) شده است و باعث تأخیر خواب را شامل می‌شود. کاهش تجربه‌های ناخوشایند روزانه و تنش و عصبانیت همراه آن به طور مستقیم و غیر مستقیم باعث مشکل و تأخیر در شروع خواب می‌شود که آموزش این مهارت‌ها این عوامل را کنترل می‌کند و باعث می‌شود که بیماران در شروع خواب دچار مشکل نشوند. طبق یک فرضیه به نسبت طولانی، علت اصلی مشکل در شروع خواب استرس است و علت اصلی مشکل در تداوم و بیداری از خواب به حالات افسردگی و افکار افسرده‌زا بوده است. نکته جالب در این است که درمان بر دو متغیر استرس و مشکل در شروع خواب که رابطه نزدیکی با هم دارند، مؤثر بوده است، ولی بر تداوم خواب و بیداری از خواب (که بیشتر به علت مشکلات افسردگی بوده است)، تأثیر کمتری داشته است. علاوه بر این، درمان افسردگی زمان بیشتری نسبت به اضطراب نیاز دارد و چنانچه دوره آموزشی گروه رفتار درمانی دیالکتیک ادامه یابد، انتظار می‌رود که مشکلات تداوم و بیداری از خواب نیز کاهش معنی‌داری پیدا کند. علاوه بر این نوع اختلال همراه و وضعیت روانی اولیه شرکت کنندگان در پژوهش می‌تواند در نتایج درمانی تعیین کننده باشد، که پیشنهاد می‌شود تا در پژوهش‌های آتی این دو متغیر به عنوان متغیرهای کنترل در نظر گرفته شوند. علاوه بر مطالب فوق، باید در نظر گرفت که ویژگی منحصر به فرد رفتار درمانی دیالکتیک نسبت به

نمی‌توانستند تا در تاریخ پیگیری حضور داشته باشند، ارزیابی پیگیری در دو مرحله انجام شد. با توجه به محدودیت وقت و داوطلب نبودن تعدادی از بیماران به شرکت در جلسات درمان، امکان هم‌تاسازی دو گروه به لحاظ ویژگی‌هایی مانند محدوده سنی، سطح تحصیلات، شدت و نوع علائم نبود که ممکن است باعث افزایش خطا و کاهش توان آماری شود.

مشکلات همراه این بیماران پرداخته شود، اثربخشی درمانی خود را افزایش می‌دهد. این پژوهش دارای چند محدودیت بود، با توجه به این که در انتخاب نمونه پژوهش، دامنه سنی بیماران بین ۲۰ تا ۶۰ سال بود، در تعمیم نتایج به افراد خارج از این محدوده هستند (به ویژه کودکان و نوجوانان) باید با احتیاط عمل کرد. به دلیل این که بعضی از بیماران

References

1. Longstreth GF, Thompson WG, Chey WD, Houghton LA, Mearin F, Spiller RC. Functional bowel disorders. *Gastroenterology* 2006; 130(5): 1480-91.
2. Lackner JM, Gellman R, Gudleski G, Sanders K, Krasner S, Katz L, et al. Dysfunctional Attitudes, Gender, and Psychopathology as Predictors of Pain Affect in Patients With Irritable Bowel Syndrome. *Journal of Cognitive Psychotherapy* 2005; 19(2): 151-61.
3. Lee OY, Mayer EA, Schmulson M, Chang L, Naliboff B. Gender-related differences in IBS symptoms. *Am J Gastroenterol* 2001; 96(7): 2184-93.
4. Drossman DA, Toner BB, Whitehead WE, Diamant NE, Dalton CB, Duncan S, et al. Cognitive-behavioral therapy versus education and desipramine versus placebo for moderate to severe functional bowel disorders. *Gastroenterology* 2003; 125(1): 19-31.
5. Wolkove N, Elkholy O, Baltzan M, Palayew M. Sleep and aging: 2. Management of sleep disorders in older people. *CMAJ* 2007; 176(10): 1449-54.
6. Harrington JJ, Avidan AY. Treatment of sleep disorders in elderly patients. *Curr Treat Options Neurol* 2005; 7(5): 339-52.
7. Phillips B, Ancoli-Israel S. Sleep disorders in the elderly. *Sleep Med* 2001; 2(2): 99-114.
8. O'Connell Smeltzer SC, Bare BG. *Brunner & Suddarth's Textbook of Medical-surgical Nursing*. 10th ed. Philadelphia, PA: Lippincott Williams & Wilkins; 2004.
9. Kaplan HI, Sadock BJ. *Comprehensive textbook of psychiatry*. 6th ed. Philadelphia, PA: Williams & Wilkins; 1995.
10. Goldsmith G, Levin JS. Effect of sleep quality on symptoms of irritable bowel syndrome. *Dig Dis Sci* 1993; 38(10): 1809-14.
11. Allen RP, Walters AS, Montplaisir J, Hening W, Myers A, Bell TJ, et al. Restless legs syndrome prevalence and impact: REST general population study. *Arch Intern Med* 2005; 165(11): 1286-92.
12. Robins Cikoons CR. Dialectical Behavior therapy of server personality disorders. In: Magnavita JJ, Editor. *Handbook of Personality Disorders: Theory and Practice*. New Jersey, NJ: John Wiley & Sons; 2004. p. 221-5.
13. Miller PA, Rathus JH, Linehan M. *Dialectical Behavior Therapy with Suicidal Adolescents*. New York, NY: Guilford Press; 2007.
14. Wagner AW, Rizvi SL, Harned MS. Applications of dialectical behavior therapy to the treatment of complex trauma-related problems: when one case formulation does not fit all. *J Trauma Stress* 2007; 20(4): 391-400.
15. Telch CF, Agras WS, Linehan MM. Dialectical behavior therapy for binge eating disorder. *J Consult Clin Psychol* 2001; 69(6): 1061-5.
16. Linehan MM, Dimeff LA, Reynolds SK, Comtois KA, Welch SS, Heagerty P, et al. Dialectical behavior therapy versus comprehensive validation therapy plus 12-step for the treatment of opioid dependent women meeting criteria for borderline personality disorder. *Drug Alcohol Depend* 2002; 67(1): 13-26.
17. Hesslinger B, Tebartz Van EL, Nyberg E, Dykieriek P, Richter H, Berner M, et al. Psychotherapy of attention deficit hyperactivity disorder in adults-a pilot study using a structured skills training program. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci* 2002; 252(4): 177-84.
18. Lynch TR, Morse JQ, Mendelson T, Robins CJ. Dialectical behavior therapy for depressed older adults: a randomized pilot study. *Am J Geriatr Psychiatry* 2003; 11(1): 33-45.

19. Lynch TR, Cheavens JS, Cukrowicz KC, Thorp SR, Bronner L, Beyer J. Treatment of older adults with comorbid personality disorder and depression: a dialectical behavior therapy approach. *Int J Geriatr Psychiatry* 2007; 22(2): 131-43.
20. Mohamadi MA, Dadkhah B, Mozafari N, Molai B. Prevalence of sleep disorders in students of university of Ardebil. *Iranian Journal of Health & Care* 2009; 11(4): 1-10. [In Persian].
21. Sahebi A, Asghari MJ, Salari R. Validation of depression, anxiety and stress (DASS-21) for Iranian population. *Iranian Psychol* 2005; 1(4): 50-60. [In Persian].
22. 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.



Efficacy of dialectical behavior therapy on sleep disorders of irritable bowel syndrome patients

Seyed Abas Haghayegh¹, Hamid Taher Neshatdoost², Peyman Adibi³, Karim Asgari⁴

Original Article

Abstract

Aim and Background: Sleep Disorders are one of most common of comorbid problem in irritable bowel syndrome (IBS) patients. The purpose of this research, was the determine the efficacy of Dialectical Behavioral Group Therapy on sleep problems and stress of IBS patients.

Methods and Materials: Therefore, 52 IBS patients who received this diagnosis, according the Rome II criteria, were selected and assigned to two experimental and control groups with 26 IBS patients in each group. The experimental group received 8 weekly sessions in the clinic of gastroenterology in in Isfahan. The questionnaire of sleep problems and stress were used as the pretest and post-test).

Findings: Results of analysis of variance (ANOVA) showed that the mean scores of beginning of sleep problems and stress in experimental group was significantly lower than control group in post-test ($p < 0.005$). There was no significant difference between two groups in maintain and wake-up.

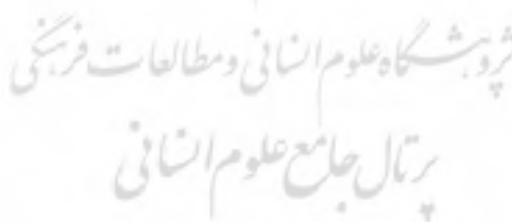
Conclusions: Findings support the efficacy of Dialectical Behavioral Group Therapy in reduction od sleep problems and stress of IBS patients.

Keywords: Irritable Bowel Syndrome, Dialectical Behavioral Group Therapy, sleep problems, stress

Citation: Haghayegh SA, Neshatdoost HT, Adibi P, Asgari K. **Efficacy of dialectical behavior therapy on sleep disorders of irritable bowel syndrome patients.** J Res Behav Sci 2013; 10(7): 663-71

Received: 19.09.2012

Accepted: 22.01.2013



1- PhD Student of Psychology, University of Isfahan, Isfahan, Iran (Corresponding Author)
Email: abbas_haghayegh@yahoo.com

2- Department of Psychology, University of Isfahan, Isfahan, Iran

3- Department of Gastroenterology and Liver, Isfahan University of Medical Sciences, Isfahan, Iran

4- PhD Student of Psychology, University of Isfahan, Isfahan, Iran