

مقایسه اثربخشی مواجهه درمانی مبتنی بر مدیریت استرس و رفتاردرمانی دیالکتیک بر انعطاف پذیری شناختی و تکانشگری در افرادی با نشانه های صدابیزاری

تاریخ دریافت: ۱۴۰۴/۰۸/۰۳ - تاریخ پذیرش: ۱۴۰۴/۱۰/۰۴

خلاصه

مقدمه: اختلال صدابیزاری به عنوان یکی از پدیده های نوظهور می تواند زمینه ساز مشکلاتی در کنترل تکانه و کاهش انعطاف پذیری شناختی شود. به علاوه، در سال های اخیر، مداخلات مبتنی بر تنظیم هیجان و مدیریت استرس به عنوان راهکارهایی مؤثر برای کاهش شدت نشانه های این اختلال مورد توجه قرار گرفته اند. لذا، پژوهش حاضر با هدف مقایسه اثربخشی درمان مواجهه مبتنی بر مدیریت استرس و درمان دیالکتیکی در انعطاف پذیری شناختی و تکانشگری در افراد دارای نشانه های صدابیزاری انجام شد.

روش کار: این پژوهش از نوع شبه آزمایشی با طرح تک آزمودنی A-B-A همراه با خط پایه و پیگیری چندگانه است. جامعه آماری تمام افراد مبتلا به صدا بیزاری مراجعه کننده به مراکز مشاوره شهر مشهد در طی سال های ۱۴۰۲-۱۴۰۳ بودند (۸۳ نفر). نمونه پژوهش ۸ نفر مبتلا به صدا بیزاری بود که به صورت تصادفی در دو گروه دیالکتیک (۴ نفر) و مداخله درمانی مواجهه مبتنی بر مدیریت استرس (۴ نفر) قرار گرفتند. داده ها با استفاده از شاخص های درصد بهبودی، تغییر پایا و روش ترسیم دیداری و با نرم افزار spss.27 تحلیل شدند.

نتایج: یافته های پژوهش نشان داد هر چند درصد بهبودی انعطاف پذیری شناختی دو گروه رفتاردرمانی دیالکتیک (۵۶/۸۰-) و گروه درمان مواجهه مبتنی بر مدیریت استرس (۵۳/۶۴-) در مرحله پیگیری از لحاظ بالینی معنادار بود؛ اما بهترین درصد بهبودی مربوط به گروه رفتاردرمانی دیالکتیک بود. یافته دوم نیز نشان داد درصد بهبودی تکانشگری آزمودنی های دو گروه درمانی از لحاظ بالینی معنادار نمی باشد؛ اما بهترین درصد بهبودی برای تکانشگری مربوط به گروه رفتاردرمانی دیالکتیک (۱۶) در مرحله پیگیری است.

نتیجه گیری: بر اساس نتایج پژوهش، رفتاردرمانی دیالکتیک با تأکید بر پذیرش هیجان و آموزش مهارت های تنظیم هیجان، موجب ارتقای انعطاف پذیری شناختی و بهبود کنترل تکانه در افراد مبتلا به صدابیزاری می شود. این نتایج بیانگر اثربخشی رویکرد دیالکتیکی در بهبود سازگاری شناختی هیجانی است.

کلمات کلیدی: صدابیزاری، رفتاردرمانی دیالکتیک، مواجهه درمانی مبتنی بر مدیریت استرس، انعطاف پذیری شناختی، تکانشگری

زهرا بهرامی^۱

عباس ابوالقاسمی*^۱

سیدموسی کافی^۱

^۱گروه روان شناسی دانشکده ادبیات و علوم انسانی، دانشگاه گیلان، ایران

نویسنده مسئول مکاتبات: دکتر عباس ابوالقاسمی،
گروه روان شناسی دانشکده ادبیات و علوم انسانی،
دانشگاه گیلان، ایران

Email:
abasabolghasemi1344@guilan.ac.ir

مقدمه

در سال‌های اخیر، پدیده صدابیزاری در زمینه‌های بالینی و تحقیقاتی گسترده‌ای مورد توجه قرار گرفته (۱) و وضعیتی است که با یک واکنش فیزیکی تنفرآمیز تحریکی، عصبانیت یا انزجار در هنگام مواجهه با محرک‌های خاص و تکراری (مثلاً صداهای خوردن) مشخص می‌شود (۲). بر این اساس، صدابیزاری یک اختلال روان‌پزشکی و یک بیماری ناتوان‌کننده است که با واکنش‌های هیجانی شدید به صداهای خاص مشخص می‌شود که اغلب آن‌ها منجر به ناراحتی و اختلال قابل توجه در عملکرد روزانه و اجتناب از موقعیت‌هایی با محرک‌های احتمالی ناخوشایند می‌شود (۳). افراد مبتلابه صدابیزاری در مورد فرصت‌های آینده (۴) و کاهش عملکرد اجتماعی و شغلی نگرانی دارند (۵).

برخی از پژوهش‌های عصب‌شناختی، نقش شبکه‌های عصبی درگیر در صدابیزاری را برجسته نموده‌اند و با رد این فرضیه که صدابیزاری صرفاً یک مشکل مرتبط با حساسیت به صدا است، نشان داده‌اند که در بزرگسالان دارای نشانه‌های صدابیزاری، انعطاف‌پذیری شناختی ممکن است اتصال و یا عملکرد نابهنجاری را نشان دهد (۶). انعطاف‌پذیری به در نظر گرفتن همزمان بازنمایی‌های متناقضی از یک شی یا یک رویداد اشاره دارد (۷) که در شکل‌گیری و رشد توانمندی‌های مختلف افراد نقش مهمی را ایفا کرده (۸) و اثرات مثبتی بر توانایی فرد در مقابله با استرس‌زاهای درونی و بیرونی دارد (۹). افراد مبتلا به صدابیزاری، برخی صداهای معمول و خنثی محیطی را منفی تلقی می‌نمایند و حساسیت بیش‌ازحد به آن‌ها نشان می‌دهند. بر این اساس، افراد دارای نشانه‌های صدابیزاری ممکن است از انعطاف‌پذیری شناختی برخوردار نباشند (۱۰).

به اعتقاد فرنک^۱ و همکاران، افرادی که در مهار واکنش‌های خود به محرک‌های برانگیزاننده مشکل دارند و نمی‌توانند جهت توجه خود را تغییر دهند، ممکن است در مدیریت استرس همراه با وضعیت ضعف داشته باشند (۱۱). چنین حالتی در صدا

بیزاری، موجب عدم تحمل پریشانی شده و می‌تواند اجتناب را به‌عنوان یک کیفیت عملکردی منفی ایجاد کند و همچنین، از سازگاری فرد با محرک‌هایی که در زندگی روزمره با آن مواجه می‌شود جلوگیری نماید (۱۲). از سوی دیگر، افراد مبتلابه صدابیزاری، انواع حالت‌های هیجانی منفی را تجربه و در پاسخ به محرک‌های شنیداری خاص، رفتارهای ناسازگارانه مختلفی را انجام می‌دهند که منجر به کاهش کیفیت زندگی و اختلال عملکردی می‌شود. تکانشگری و واکنش‌های شدید به صداها (مانند پرخاشگری یا درخواست‌های مکرر برای سکوت) از جمله پیامدهای صدابیزاری است که ممکن است به درگیری با اطرافیان و آسیب به روابط بین فردی منجر شود (۱۴، ۱۳، ۱۵).

با توجه به اینکه در افراد دارای نشانه‌های صدابیزاری، قرار گرفتن در معرض صداهای محرک پاسخ‌های هیجانی منفی و اجتناب از آن‌ها را به دنبال دارد، مداخلات مبتنی بر مواجهه می‌تواند برای هدف گرفتن نشانه‌های صدابیزاری مناسب باشد. همچنین، از آنجایی که کنترل رفتار تکانشی به‌هنگام تجربه‌ی این هیجان‌ها از مهم‌ترین اهداف درمانی برای صدابیزاری به‌شمار می‌رود، احتمالاً آموزش‌هایی در زمینه‌ی مدیریت استرس نیز می‌تواند برای کاهش نشانه‌ها در این افراد مؤثر باشد. روش مواجهه درمانی مبتنی بر استرس که نوعی از درمان شناختی رفتاری است، از جمله شیوه‌های درمانی و شامل ۴ مؤلفه اساسی آموزش روانی در مورد واکنش‌های رایج به رویداد، تنفس بازآموزی، مواجهه تصویری و مواجهه واقعی می‌باشد (۱۶). استفاده از اصول درمان‌های مبتنی بر مواجهه مانند مواجهه و پیشگیری از پاسخ یا حساسیت‌زدایی نظام‌مند از طریق خاموش‌سازی و عادت‌دهی، بازسازی شناختی و کنترل احساسات و همچنین، مهار مدارهای پاداش و تنبیه در مغز نقش مهمی در کاهش اختلالات روانی ناشی از صدابیزاری در افراد مبتلا دارد. به عبارت دیگر، مکانیسم‌های اساسی آن بر خاموش‌سازی پاسخ شرطی، عادت‌دهی، بازسازی شناختی و تعدیل پاسخ عصبی متمرکز است (۱۷). درمان مذکور با ساختن یک روایت دقیق، منسجم و زمان‌دار که شامل تمام اطلاعات

صداییزاری کمک خواهد کرد. لذا، می‌توان گفت که DBT ممکن است برای رسیدگی به تکانشگری و انعطاف پذیری روانشناختی که یکی از ویژگی‌های بارز صداییزاری است، مفید باشد. علیرغم یافته‌های امیدوارکننده در مورد DBT در پرداختن به اختلالات روانی مختلف، شکاف قابل توجهی در ادبیات مربوط به کاربرد خاص آن برای صداییزاری وجود دارد. بر این اساس، نیاز به مطالعاتی برای بررسی اثربخشی بلندمدت DBT برای صداییزاری و همچنین اثربخشی مقایسه‌ای آن با سایر روش‌های درمانی وجود دارد. چرا که مطالعات مقایسه‌ای مشابه با تمرکز بر صداییزاری می‌تواند بینش‌های ارزشمندی را در مورد مؤثرترین رویکردهای درمانی برای این بیماری ارائه دهد. در مجموع و با توجه به آنچه گفته شد، درمان مواجهه می‌تواند در زمینه‌ی شناخت و بهبود پاسخ‌های هیجانی مؤثر باشد. در حالی که مواجهه جزء اصلی پروتکل‌های درمانی برای صداییزاری می‌باشد، بیماران ممکن است مهارت‌های درمانی دیگری را برای تحمل پریشانی (مانند آموزش آرام‌سازی روانی، ذهن آگاهی) که همراه با صداییزاری هستند، مفید بیابند. بررسی این موارد می‌تواند برای اصلاح پروتکل‌های درمانی آینده و نیز ارائه شفاف‌سازی به بیماران در طول جلسات آموزشی روانی مفید باشند. از آنجا که تاکنون پژوهشی به صورت مستقیم اثربخشی درمان مواجهه مبتنی بر مدیریت استرس را بر انعطاف‌پذیری شناختی و پردازش هیجانی در افراد مبتلا به صداییزاری هدف قرار نداده است، در پژوهش حاضر به بررسی این امر پرداخته شده است.

روش پژوهش

این پژوهش از نوع شبه آزمایشی است که با طرح تک آزمودنی A-B-A با استفاده از خط پایه چندگانه و پیگیری چندگانه انجام شد. جامعه آماری تمام افراد مراجعه‌کننده به مراکز مشاوره شهر مشهد با شکایت صداییزاری در طی سال‌های ۱۴۰۲-۱۴۰۳ بودند. نمونه پژوهش ۱۰ نفر به عنوان نمونه پژوهش انتخاب و به صورت تصادفی در ۲ گروه مداخله درمانی ۵ نفره (رفتار درمانی دیپالکتیک و درمان مواجهه مبتنی بر

حسی، ادراکی و فیزیولوژیکی است، تلاش می‌کند تا فرد مبتلا، به حافظه روایتی خود در تمام مراحل مختلف زندگی دست یابد (۱۸). همچنین، مواجهه با موقعیت‌هایی که از آن‌ها اجتناب شده است، الگوهای اجتناب را در هم شکسته و باعث کاهش پاسخ-دهی هیجانی به نشانه‌های محیطی مرتبط با واقعه‌ی مورد نظر می‌شود (۱۹). نتایج اجرای درمان مواجهه مبتنی بر آموزش مدیریت استرس در پژوهش راباسکو^۱ و مکی نیز نشان داد که میزان پریشانی فرد مبتلا به صداییزاری هنگام گوش دادن به صدای جویدن یا صحبت فرد مورد علاقه‌اش کاهش یافته و از میزان و شدت مشاجرات آن‌ها کاسته شده است (۲۰).

از سوی دیگر، رفتاردرمانی دیپالکتیکی یکی از انواع درمان‌های موج سوم در حوزه درمان اختلالات رفتاری و شامل ۵ کارکرد اساسی بهبود انگیزه بیمار برای تغییر، افزایش توانایی بیمار، تعمیم رفتارهای جدید، ساختار محیط و افزایش توانایی و انگیزه درمانگر می‌باشد (۲۱) و بر این اساس ممکن است برای کسانی که پاسخ‌های خشم شدید را تجربه می‌کنند مناسب‌تر باشد، زیرا به جای کاهش علائم از طریق مواجهه، بر پذیرش خشم تمرکز دارد (۲۲). مطالعات نشان داده‌اند DBT در درمان پرخاشگری و اختلال در کنترل خشم مؤثر بوده (۲۳) و می‌تواند عملکردهای شناختی مختلفی از جمله توجه، حافظه، روانی کلامی، مهار پاسخ، برنامه‌ریزی، تغییر مجموعه و تحمل تأخیر پاداش را در طیف وسیعی از اختلالات سلامت روان بهبود بخشد (۲۴). این پیشرفت‌ها اغلب در طول زمان حفظ و با کاهش علائم BPD و بهبود کلی در عملکرد همراه بوده است (۲۵). هرچند، ادبیات موجود از تأثیر مثبت DBT بر انعطاف‌پذیری شناختی پشتیبانی می‌کند و اثربخشی خود را در کاهش تکانشگری در جمعیت‌های مختلف نشان داده است (۲۶)، (۲۷)؛ با این حال، تحقیقات بیشتری برای بررسی بیشتر مکانیسم‌های خاص این اثرات و تعیین مزایای بلندمدت DBT بر تکانشگری مبتلایان به صداییزاری و ارزیابی اثربخشی آن با سایر روش‌های درمانی مورد نیاز است و به توسعه مداخلات مبتنی بر شواهد برای بهبود کیفیت زندگی و عملکرد افراد مبتلا به

مدیریت استرس) قرار گرفتند. لازم به ذکر است که در طول پژوهش، ۲ نفر به دلیل افت آزمودنی از مطالعه حذف و در نهایت پژوهش با ۸ آزمودنی ادامه یافت. ملاک‌های ورود شامل حداقل سن ۱۸ سال و حداکثر سن ۴۰ سال با حداقل تحصیل دیپلم و موافقت با اهداف و شرایط درمان و رضایت‌نامه کتبی برای شرکت در پژوهش بود. همچنین مصرف داروهای روان‌پزشکی یا مواد مخدر و استفاده از سایر شیوه‌های روان‌درمانی یا دارودرمانی و ابتلا به بیماری مزمن جسمی و نورولوژیک و عدم همکاری نیز از جمله ملاک‌های خروج بودند.

ابزارها:

فرم مصاحبه بالینی: برای تشخیص افتراقی شرکت‌کنندگان از فرم مصاحبه بالینی استفاده شد. فرم مذکور طبق خلاصه روان‌پزشکی کاپلان و سادوک و DSM-5 طراحی و شامل آیتیم‌های شکایت اصلی، تاریخچه بیماری فعلی، تاریخچه بیماری‌های قبلی، وضعیت خانوادگی و حالات روانی بود.

پرسشنامه صدا بیزاری: این پرسشنامه توسط و^۱ و همکاران در سال ۲۰۱۴ طراحی و دارای ۱۷ سؤال و ۲ مؤلفه علائم صدا بیزاری و هیجان‌ناشی از صدا بیزاری بر اساس طیف لیکرت از ۰ (خیلی کم) تا ۴ (خیلی زیاد) می‌باشد (۲۸). روایی این ابزار در پژوهش مهربابی زاده هنرمند و روشنی، تایید و پایایی آن با استفاده از ضریب آلفای کرونباخ ۰/۹۰ محاسبه شده است (۲۹).

پرسشنامه انعطاف پذیری روانشناختی: پرسشنامه انعطاف‌پذیری روانشناختی توسط دنیس^۲ و وندروال در سال ۲۰۱۰ ساخته شده است. این پرسشنامه مشتمل بر ۲۰ سؤال می‌باشد. شیوه نمره‌گذاری آن بر اساس یک مقیاس ۷ درجه‌ای لیکرتی (از کاملاً مخالفم تا کاملاً موافقم) می‌باشد و سه جنبه از انعطاف‌پذیری شناختی را می‌سنجد (۳۰). در پژوهش دنیس و وندروال اعتبار همزمان این پرسشنامه را با پرسشنامه افسردگی

بک برابر با ۰/۳۹- و روایی همگرایی آن را با مقیاس انعطاف‌پذیری روانشناختی مارتین و روین ۰/۷۵ به دست آوردند. ماسودا^۳ و تالی نیز میزان پایایی این پرسشنامه را ۰/۸۱ محاسبه کرده‌اند (۳۱). آلفای کرونباخ داده‌های این پرسشنامه در پژوهش فاضلی و همکاران، برابر با ۰/۷۵ به دست آمد (۳۲).

پرسشنامه تکانشگری: پرسشنامه تکانشگری بارت و همکاران، ویرایش یازدهم سه جنبه تکانشگری شناختی، حرکتی و بی‌برنامگی را می‌سنجد. این پرسشنامه شامل ۳۰ آیتیم می‌باشد که هر آیتیم به وسیله مقیاس درجه‌بندی طیف لیکرت ۴ درجه‌ای نمره‌گذاری می‌شود (از هرگز = ۱ تا همیشه = ۴). تکانشگری شناختی معرف تحمل پیچیدگی‌ها و مقاومت‌ها در شرایط تصمیم‌گیری بلافاصله است (۳۳). در پژوهش سومیا و همکاران آلفای کرونباخ برای سه عامل و نیز نمره کل پرسشنامه تکانشگری بارت ۰/۶۰ تا ۰/۷۹ و ضریب اعتبار بازآزمایی ۰/۷۱ تا ۰/۸۴ بود (۳۴). در پژوهش بساک‌نژاد و همکاران ضریب آلفای کرونباخ برای کل مقیاس ۰/۸۱ و ضریب بازآزمایی آزمون برای نمره کل برابر با ۰/۷۷ بود (۳۵).

پروتکل های درمانی:

رفتاردرمانی دیالکتیک: این طرح درمانی بر اساس اصول ارائه‌شده توسط لینهان^۴ در ۱۲ جلسه هفتگی ۴۵ تا ۵۰ دقیقه‌ای با تمرکز بر ۴ مهارت اصلی (ذهن آگاهی، تحمل پریشانی، تنظیم هیجانی و ارتباط موثر) اجرا شد (۳۶)، که خلاصه جلسات آن در جدول ۱ قابل مشاهده است.

درمان مواجهه مبتنی بر آموزش مدیریت استرس: این طرح درمانی بر اساس پروتکل ارائه‌شده توسط ریاسکو و مکی اجرا و شامل ۱۲ جلسه هفتگی، که هر جلسه ۴۵ تا ۵۰ دقیقه طول می‌کشد (۲۰). شش جلسه اول بر مدیریت استرس و شش جلسه پایانی بر تکمیل تمرینات مواجهه با صدابیزاری متمرکز است، که خلاصه جلسات آن در جدول ۱ قابل مشاهده است.

جدول ۱. پروتکل درمانی دو گروه به تفکیک جلسات

جلسات	رفتار درمانی دیالکتیک	مواجهه مبتنی بر مدیریت استرس
اول	و تعریف صدابیزاری DBT آشنایی با	آموزش روانی و شناسایی عوامل استرس زا
دوم	، مشاهده و توصیف تجربه بدون (Mindfulness) آموزش ذهن آگاهی	آموزش تنفس دیافراگمی، آرام سازی عضلانی پیشرونده و تنظیم فیزیولوژیک
سوم	تمرکز کامل بر لحظه حال و پذیرش تجربه‌ی ذهنی	آموزش مواجهه درونی برای آمادگی ذهنی در مواجهه با صداهای محرک
چهارم	تحمل پریشانی - معرفی و درک مفهوم پریشانی هیجانی	آموزش ذهن آگاهی پایه با تمرکز شنیداری و پذیرش هیجانی
پنجم	آموزش مهارت‌های فوری تحمل پریشانی	شناسایی افکار خودکار و بازسازی شناختی در واکنش به صداهای محرک
ششم	شناسایی و تحلیل چرخه هیجانی در مواجهه با صدای محرک	مهارت‌های ارتباطی مؤثر و یکپارچه سازی مهارت‌های مدیریت استرس
هفتم	افزایش انعطاف پذیری شناختی با استفاده از تنظیم هیجانی آگاهانه	آموزش روانی و توسعه سلسله مراتب
هشتم	آموزش مهارت‌های ارتباط مؤثر و راهبردهای مقابله‌ای در روابط بین فردی	آغاز مواجهه با صداهای محرک (سطح پایین)
نهم	درک تعامل بین افکار، فیزیولوژی و رفتار در تجربه میسوفونیا	افزایش تدریجی شدت مواجهه (مدت زمان و صدا)
دهم	بررسی سلسله مراتب محرک‌ها و رتبه بندی موقعیت‌های تحریک صوتی بر اساس شدت پریشانی	افزایش تدریجی شدت مواجهه (نزدیکی به منبع صدا و تنوع)
یازدهم	مواجهه تدریجی با محرک‌های صوتی و کاهش اجتناب‌های رفتاری	تثبیت دستاوردها و مواجهه با محرک‌های پیچیده تر
دوازدهم	ایجاد پاسخ‌های جایگزین به خشم، تنظیم احساس گناه و پیشگیری از	پایان دادن به مرحله‌ی مواجهه با میسوفونیا

عود

روش کار

۱. مرحله خط پایه : در این مرحله، مؤلفه‌های هدف (انعطاف پذیری شناختی، پردازش هیجانی و تکانشگری) به طور منظم و در طول چند جلسه اندازه گیری شدند. هدف از این مرحله، تعیین سطح پایه هر یک از این متغیرها قبل از شروع مداخله درمانی است. این اطلاعات به عنوان یک نقطه مرجع برای مقایسه تغییرات پس از مداخله استفاده می‌شود. در این پژوهش، مرحله خط پایه شامل ۳ جلسه هفتگی اندازه گیری بود.

۲. مرحله مداخله: در این مرحله، متغیر آزمایشی (مداخله درمانی) بر روی نمونه پژوهش اعمال شد. نمونه به صورت تصادفی به دو گروه مداخله تقسیم شدند: یک گروه رفتاردرمانی دیالکتیک (مداخله ۱) و گروه دیگر درمان مواجهه مبتنی بر مدیریت استرس (مداخله ۲) دریافت کردند. هر دو گروه به مدت ۱۲ جلسه ۴۵-۵۰ دقیقه‌ای فردی، یک بار در هفته، تحت درمان قرار گرفتند. طی انجام مداخله، پرسشنامه‌ها در گروه اول

قبل از شروع جلسات، ابزارهای انعطاف پذیری روانشناختی و تکانشگری توسط آزمودنیها به عنوان پیش آزمون تکمیل گردید. سپس، هر کدام از مداخلات درمانی مواجهه با آموزش مدیریت استرس و رفتاردرمانی دیالکتیک به مدت ۱۲ جلسه ۴۵-۵۰ دقیقه‌ای بصورت هفتگی و در طی ۳ ماه برای هر یک از گروه‌ها برگزار و در پایان جلسات، ابزارهای انعطاف پذیری روانشناختی و تکانشگری توسط آزمودنیها به عنوان پس آزمون تکمیل گردید. لازم به ذکر است که در طول پژوهش، ۲ نفر به دلیل افت آزمودنی از مطالعه حذف شدند. پژوهش حاضر در ۳ مرحله اصلی و در مجموع مؤلفه‌های هدف به طور کل در ۹ مرحله (۳ مرحله خط پایه، ۳ مرحله در طی درمان و ۳ مرحله پیگیری) به شرح زیر انجام و در نهایت، داده‌های گردآوری شده با استفاده نرم افزار آماری spss نسخه ۲۷ تجزیه و تحلیل شدند

در جلسه ۲، ۹ و ۱۲ و در گروه ۲ در جلسه ۲، ۹ و ۱۲ اندازه گیری و ثبت شدند.

۳. مرحله پیگیری: پس از اتمام دوره مداخله، مؤلفه‌های هدف مجدداً اندازه‌گیری شدند تا بررسی شود که آیا اثرات درمانی در طول زمان حفظ شده‌اند یا خیر. این مرحله به پژوهشگر کمک می‌کند تا در مورد پایداری و اثربخشی بلندمدت مداخلات درمانی نتیجه‌گیری کند. به منظور پیگیری روند تغییرات پس از مداخلات درمانی نیز تمام آزمودنی‌ها در ۳ نوبت (یک نوبت، ۱ ماه بعد از اتمام مداخلات و در ۲ نوبت دیگر هفتگی، هر هفته ۱ بار) به وسیله ابزار اندازه‌گیری مورد پیگیری قرار گرفتند.

در این پژوهش برای تحلیل نتایج از روش‌های تحلیل دیداری و ترسیم نمودار، فرمول درصد بهبودی (MPI) و شاخص تغییرپایا (RCI) و اندازه اثر d کوهن استفاده شد. در تحلیل دیداری تغییرات حاصل از مداخله بر اساس تغییرات در میانگین مراحل، سطح، روند، تغییرپذیری و نهفتگی بررسی و تفسیر می‌گردد (۳۷). فرمول درصد بهبودی یکی دیگر از روش‌های سنجش میزان پیشرفت مراجعان در کاهش مشکلات آماجی است. درصد بهبودی ۵۰ درصد به عنوان موفقیت در درمان، نمرات بین ۲۵ درصد و ۵۰ درصد به عنوان بهبودی اندک و نهایتاً نمرات پایین‌تر از ۲۵ درصد به عنوان شکست درمانی تلقی می‌شود (۳۸). داده‌های به دست آمده از طرح‌های تک موردی معمولاً به صورت نمودار یا شکل نشان داده می‌شود و بر اساس صعود و نزول اثرات متغیر مستقل بر وابسته قضاوت صورت می‌گیرد (۳۹). بخشی از جذابیت این طرح‌ها در این است که موفقیت یا شکست مداخله بلافاصله از روی نمودار مشخص می‌شود. مزیت این نمودارها در این است که می‌توان آن‌ها را به مراجع نشان داده تا پیشرفت خود را مشاهده کنند و به روشنی استدلال کرد که مداخله موثر بوده است. در فصل چهارم نمودارهای حاصل از نتیجه مداخلات خواهد آمد.

$$MPI_1 = \frac{M_1 - M_2}{M_1} \times 100$$

شاخص تغییر پایا به منظور اعتماد بیشتر به داده‌های کارآزمایی بالینی و همچنین سنجش بهتر کارایی مطرح شده است که به صورت فرمول زیر محاسبه می‌شود:

$$RCI_1 = \frac{X_2 - X_1}{S_{diff}}$$

اگر قدر مطلق حاصل تقسیم فوق مساوی یا بیشتر از ۱/۹۶ شود، نشان‌دهنده این است که نتایج بدست آمده ناشی از عوامل دستکاری آزمایش‌گر است نه خطای اندازه‌گیری.

برای محاسبه اندازه اثر d کوهن برای مطالعه حاضر از فرمول زیر استفاده شد:

$$d = \frac{(M_B - M_A)}{\sqrt{(|SD_A^2 + SD_B^2|/2)}}$$

از دیدگاه آماری، اندازه اثر برابر و بیش از ۰/۸۰ بالا، اندازه اثر برابر و بین ۰/۵۰ تا ۰/۸۰ متوسط و اندازه اثر کمتر از ۰/۵۰ کوچک تفسیر می‌شود.

نتایج:

در این بخش، داده‌های گردآوری شده به صورت فردی و گروهی مورد تجزیه و تحلیل قرار می‌گیرند. از نظر ویژگی‌های جمعیت‌شناختی دو گروه رفتاردرمانی دیالکتیکی و درمان مواجهه مبتنی بر آموزش مدیریت استرس مورد بررسی قرار گرفتند. از نظر وضعیت تأهل، در گروه رفتاردرمانی دیالکتیکی افراد متأهل بیشترین فراوانی را داشتند (۵۰٪)، پس از آن افراد مجرد و مطلقه هر کدام با فراوانی برابر (۲۵٪) قرار داشتند. در گروه درمان مواجهه مبتنی بر آموزش مدیریت استرس، افراد مجرد بیشترین فراوانی را به خود اختصاص دادند (۷۵٪)، افراد متأهل سهم کمتری داشتند (۲۵٪) و موردی از افراد مطلقه گزارش نشد (۰٪). از نظر وضعیت اشتغال، در گروه رفتاردرمانی دیالکتیکی افراد شاغل بیشترین فراوانی را داشتند (۷۵٪)، در حالی که افراد بیکار سهم کمتری را تشکیل می‌دادند (۲۵٪) و موردی از افراد محصل مشاهده نشد (۰٪). در گروه درمان مواجهه مبتنی بر آموزش مدیریت استرس، افراد شاغل و

دیالکتیکی برابر با ۳۴/۵۰ سال (انحراف معیار = ۸/۰۲) و در گروه درمان مواجهه مبتنی بر آموزش مدیریت استرس برابر با ۲۳/۷۵ سال (انحراف معیار = ۳/۵۰) بود که نشان‌دهنده نزدیکی دو گروه از نظر متغیر سن است.

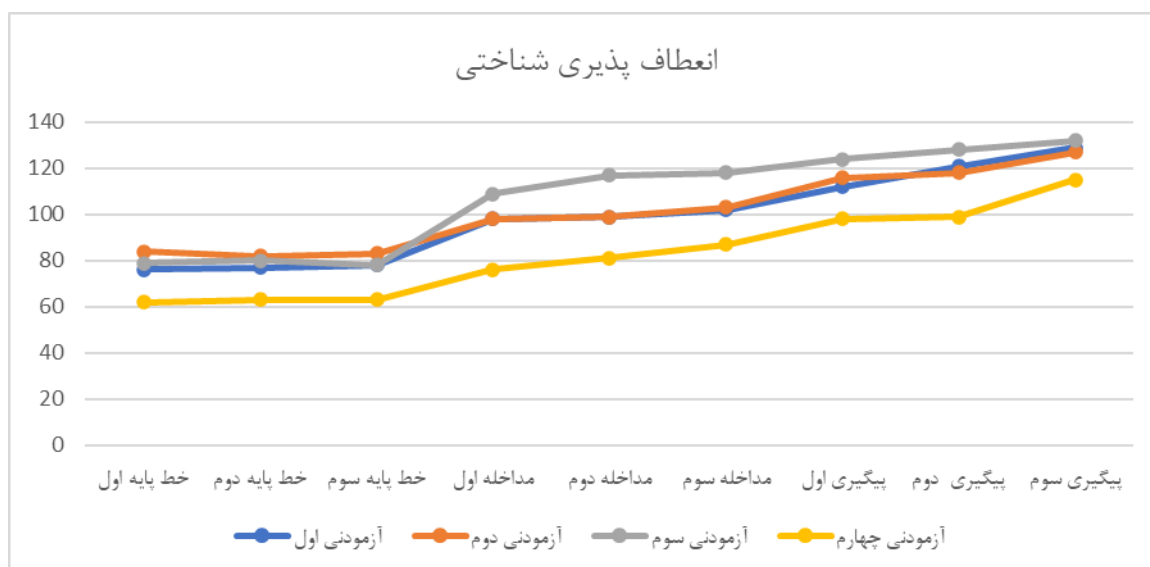
سوال اول: کدام‌یک از درمان‌های رفتار درمانی دیالکتیک و درمان مواجهه مبتنی بر آموزش مدیریت استرس بر میزان انعطاف‌پذیری شناختی در افراد با نشانه‌های صدا بیزاری تأثیر بیشتری دارد؟

بیکار هرکدام ۲۵٪ از نمونه را تشکیل می‌دادند و افراد محصل بیشترین فراوانی را داشتند (۵۰٪). در خصوص تجربه دریافت روان‌درمانی، در گروه رفتاردرمانی دیالکتیکی اکثریت آزمودنی‌ها فاقد سابقه دریافت روان‌درمانی بودند (۱۰۰٪). در مقابل، در گروه درمان مواجهه مبتنی بر آموزش مدیریت استرس، بخشی از آزمودنی‌ها سابقه دریافت روان‌درمانی را گزارش کردند (۲۵٪) و اکثر افراد سابقه‌ای در این زمینه نداشتند (۷۵٪). همچنین، میانگین سن آزمودنی‌ها در گروه رفتاردرمانی

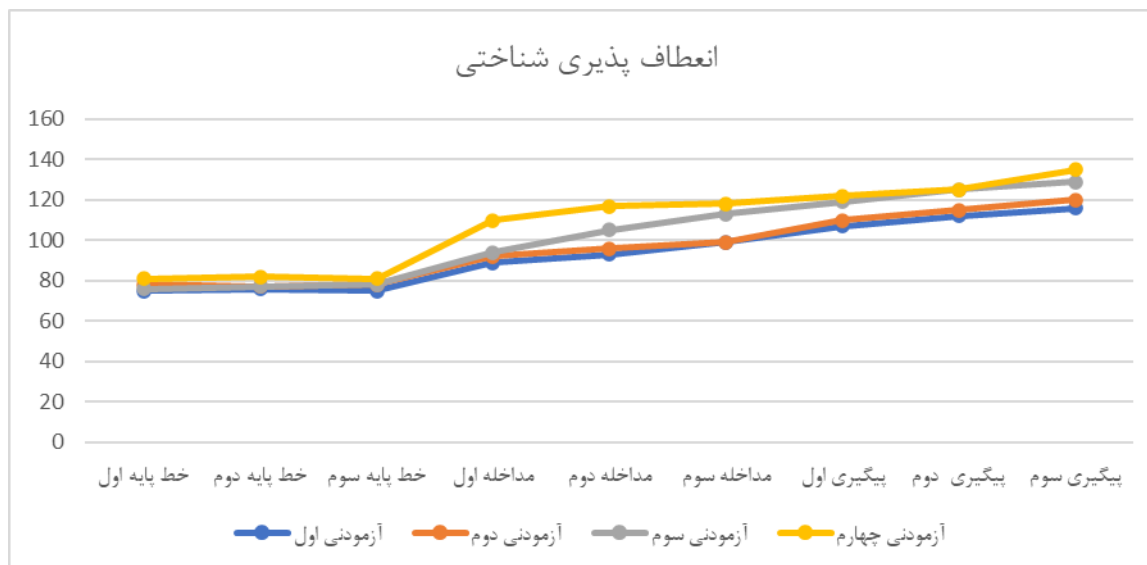
جدول ۲. شاخص‌های توصیفی، درصد بهبودی و شاخص تغییر پایا برای نمرات انعطاف‌پذیری شناختی

شاخص	گروه رفتاردرمانی دیالکتیک				مدیریت استرس گروه درمان مواجهه مبتنی بر				کل	شاخص	نوع
	آزمودنی ۱	آزمودنی ۲	آزمودنی ۳	آزمودنی ۴	آزمودنی ۱	آزمودنی ۲	آزمودنی ۳	آزمودنی ۴			
خط پایه	۷۷/۰۰	۸۳/۰۰	۷۹/۰۰	۶۲/۶۷	۷۵/۴۱	۷۷/۶۷	۷۷/۰۰	۸۱/۳۳	۷۷/۸۳	خط پایه	انعطاف‌پذیری شناختی
مداخله	۹۹/۶۷	۱۰۰/۰۰	۱۱۴/۶۷	۸۱/۳۳	۹۸/۹۱	۹۳/۶۷	۹۵/۶۷	۱۰۴/۰۰	۱۱۵/۰۰	۱۰۲/۰۸	
درصد بهبودی ۱	-۲۹/۴۴	-۲۰/۴۸	-۴۵/۱۵	-۲۹/۷۹	-۳۱/۱۶	-۲۴/۳۴	-۲۳/۱۸	-۳۵/۰۶	-۴۱/۳۹	-۳۱/۱۵	
تغییر پایا ۱	۵/۳۷	۴/۰۳	۸/۴۵	۴/۴۲	۵/۵۶	۴/۸۸	۴/۷۹	۷/۱۸	۸/۹۵	۶/۴۴	
کوهن D	-۱/۹۷	-۱/۴۸	-۳/۱۰	-۱/۶۲	-۲/۰۴	-۲/۵۹	-۲/۵۴	-۳/۸۱	-۴/۷۵	-۳/۴۲	
پیگیری	۱۲۰/۶۷	۱۲۰/۳۳	۱۲۸/۰۰	۱۰۴/۰۰	۱۱۸/۲۵	۱۱۱/۶۷	۱۱۵/۰۰	۱۲۴/۳۳	۱۲۷/۳۳	۱۱۹/۵۸	
درصد بهبودی ۲	-۵۶/۷۱	-۴۴/۹۸	-۶۲/۰۳	-۶۵/۹۶	-۵۶/۸۰	-۴۸/۲۳	-۴۸/۰۷	-۶۱/۴۷	-۵۶/۵۶	-۵۳/۶۴	
تغییر پایا ۲	۱۷/۹۷	۱۵/۳۶	۲۰/۱۶	۱۷/۰۱	۱۷/۶۲	۱۲/۷۵	۱۳/۱۰	۱۶/۶۱	۱۶/۱۴	۱۴/۶۴	

نکته: درصد بهبودی ۱ و شاخص تغییر پایا ۱ مربوط به مقایسه میانگین نمرات خط پایه و میانگین نمرات مداخله است؛ و درصد بهبودی ۲ و شاخص تغییر پایا ۲ مربوط به مقایسه نمرات خط پایه و میانگین نمرات پیگیری است.



نمودار ۱. روند تغییر نمرات انعطاف‌پذیری شناختی آزمودنی‌های گروه رفتاردرمانی دیالکتیک در طی مراحل خط پایه، مداخله و پیگیری

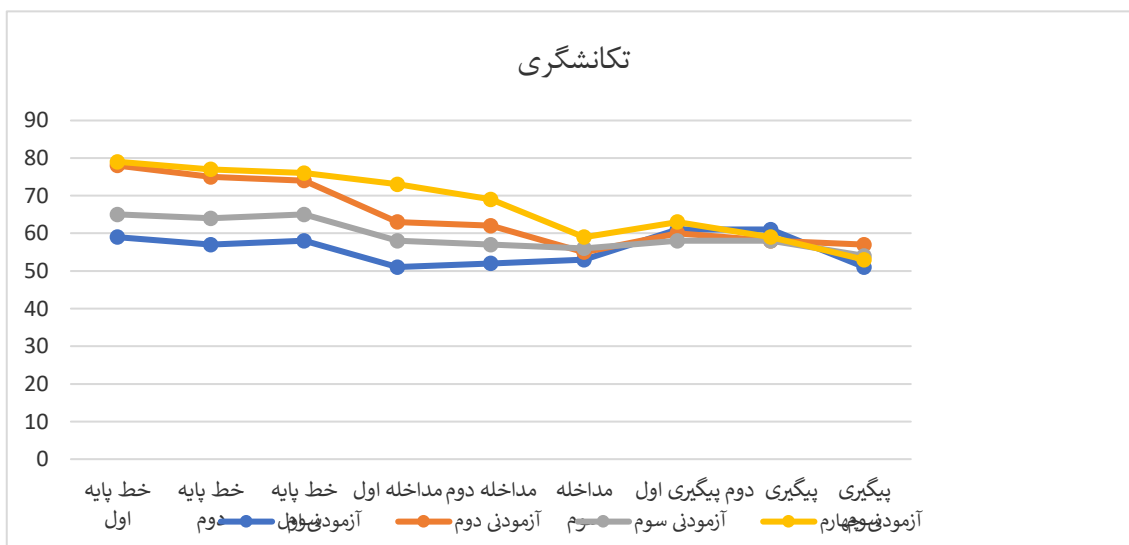


نمودار ۲. روند تغییر نمرات انعطاف پذیری شناختی آزمودنی‌های گروه درمان مواجهه مبتنی بر مدیریت استرس در طی مراحل خط پایه، مداخله و پیگیری

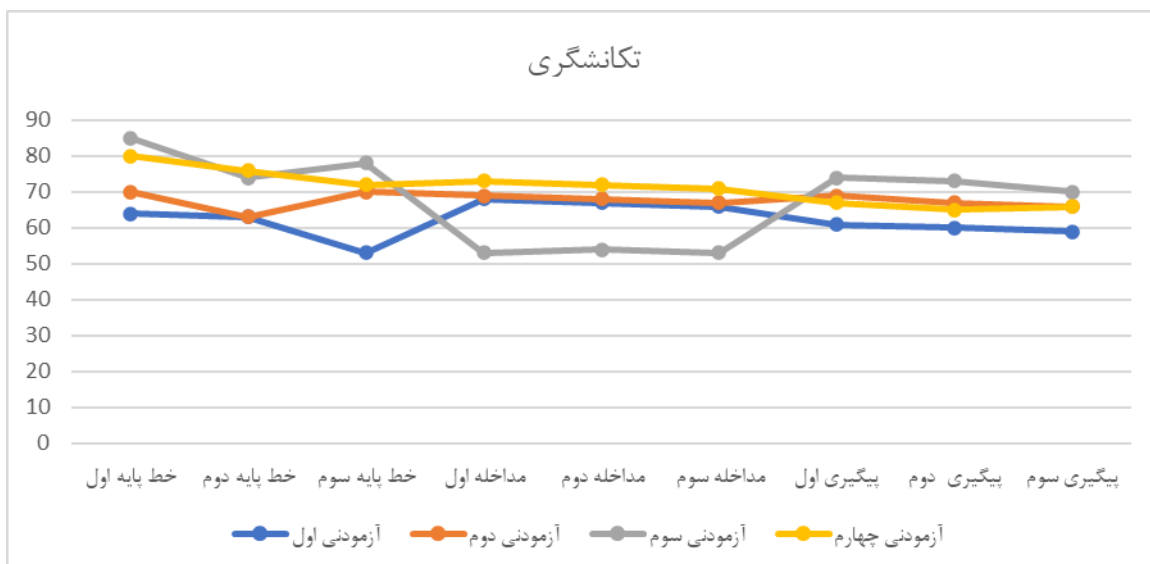
بالاتر از ۵۰٪ بوده و یعنی بهبودی انعطاف‌پذیری شناختی در هر دو گروه از لحاظ بالینی معنادار بوده است؛ اما این مقدار برای گروه رفتاردرمانی دیالکتیک (۵۶/۸۰-) بیشتر از گروه درمان مواجهه مبتنی بر مدیریت استرس (۵۳/۶۴-) نیز بوده است. یعنی بیشترین بهبودی برای گروه رفتاردرمانی دیالکتیک در مرحله پیگیری رخ داده است. همچنین مقدار d کوهن مربوط به انعطاف‌پذیری شناختی برای هر دو گروه رفتاردرمانی دیالکتیک و مواجهه مبتنی بر مدیریت استرس بالاتر از ۰/۸ بوده، بنابراین می‌توان گفت که این دو درمان تاثیر قابل ملاحظه‌ای بر انعطاف‌پذیری شناختی در تمام آزمودنی‌ها داشته‌اند. هر چند این تاثیر در گروه درمان مواجهه مبتنی بر آموزش مدیریت استرس بیشتر است.

سوال دوم: کدام یک از درمان‌های رفتار درمانی دیالکتیک و درمان مواجهه مبتنی بر آموزش مدیریت استرس بر میزان تکانشگری در افراد دارای نشانه‌های صدا بیزاری تأثیر بیشتری دارد؟

با توجه به اطلاعات جدول ۲ و نمودار ۱ و ۲ برای انعطاف-پذیری شناختی هر یک از آزمودنی‌های گروه رفتاردرمانی دیالکتیک و گروه درمان مواجهه مبتنی بر مدیریت استرس، بطور کلی روند تغییر نمرات انعطاف‌پذیری شناختی از ابتدا تا انتهای فرایند درمان، برای تمامی آزمودنی‌ها، افزایشی است. که با توجه به شیوه نمره گذاری پرسشنامه مربوطه، افزایش نمره بیانگر ارتقای انعطاف‌پذیری شناختی آزمودنی‌ها می‌باشد. همچنین بر اساس اطلاعات مندرج در این جدول و یافته‌های گروهی، مقدار شاخص تغییر پایا برای هر دو گروه درمانی یعنی رفتاردرمانی دیالکتیک و مواجهه مبتنی بر مدیریت استرس در هر دو مرحله مداخله و پیگیری بیشتر از ۱/۹۶ بوده یعنی افزایش نمرات انعطاف‌پذیری شناختی در هر دو گروه، قابل توجه و در سطح ۰/۰۵ معنادار بوده است. همچنین درصد بهبودی کلی برای انعطاف‌پذیری شناختی آزمودنی‌های هر دو گروه درمان در مرحله مداخله تقریباً مشابه هم و کمتر از ۵۰٪ بوده است. اما در مرحله پیگیری، درحالی‌که درصد بهبودی برای هر دو گروه



نمودار ۳. روند تغییر نمرات تکانشگری آزمودنی‌های گروه رفتاردرمانی دیالکتیک در طی مراحل خط پایه، مداخله و پیگیری



نمودار ۴. روند تغییر نمرات تکانشگری آزمودنی‌های گروه درمان مواجهه مبتنی بر مدیریت استرس در طی مراحل خط پایه، مداخله و پیگیری

جدول ۳. شاخص‌های توصیفی، درصد بهبودی و شاخص تغییر پایا برای نمرات تکانشگری

متغیر	شاخص	گروه رفتاردرمانی دیالکتیک				مدیریت استرس گروه درمان مواجهه مبتنی بر			
		آزمودنی ۱	آزمودنی ۲	آزمودنی ۳	آزمودنی ۴	آزمودنی ۱	آزمودنی ۲	آزمودنی ۳	آزمودنی ۴
خط پایه	کل	۶۸/۹۱	۷۷/۳۳	۶۴/۶۷	۷۵/۶۷	۶۸/۹۱	۷۷/۳۳	۶۴/۶۷	۷۵/۶۷
	کل	۶۰/۰۰	۶۷/۰۰	۵۷/۰۰	۶۰/۰۰	۶۰/۰۰	۶۷/۰۰	۵۷/۰۰	۶۰/۰۰
مداخله	کل	۵۹/۰۰	۶۷/۰۰	۵۷/۰۰	۶۰/۰۰	۵۹/۰۰	۶۷/۰۰	۵۷/۰۰	۶۰/۰۰
	کل	۱۱	۱۳/۳۶	۱۱/۸۶	۲۰/۷۰	۱۱	۱۳/۳۶	۱۱/۸۶	۲۰/۷۰
درصد بهبودی	کل	۱۰/۳۴	۲۰/۷۰	۱۰/۳۴	۱۰/۳۴	۱۰/۳۴	۲۰/۷۰	۱۰/۳۴	۱۰/۳۴
	کل	۱	۱	۱	۱	۱	۱	۱	۱
تغییر پایا ۱	کل	-۳/۸۲	-۴/۹۰	-۳/۶۳	-۷/۴۲	-۳/۸۲	-۴/۹۰	-۳/۶۳	-۷/۴۲
	کل	۰/۹۹	۰/۹۹	۰/۹۹	۰/۹۹	۰/۹۹	۰/۹۹	۰/۹۹	۰/۹۹
تغییر پایا ۲	کل	۱/۲۶	۱/۳۱	۰/۹۸	۱/۹۹	۱/۲۶	۱/۳۱	۰/۹۸	۱/۹۹
	کل	-۰/۸۴	-۰/۸۴	-۰/۸۴	-۰/۸۴	-۰/۸۴	-۰/۸۴	-۰/۸۴	-۰/۸۴
پیگیری	کل	۵۷/۷۵	۵۸/۳۳	۵۶/۶۷	۵۸/۳۳	۵۷/۷۵	۵۸/۳۳	۵۶/۶۷	۵۸/۳۳
	کل	۶۰/۰۰	۶۷/۰۰	۵۷/۰۰	۶۰/۰۰	۶۰/۰۰	۶۷/۰۰	۵۷/۰۰	۶۰/۰۰

تکانشگری

درصد بهبودی	۰/۵۷	۲۲/۹۱	۱۲/۳۷	۲۴/۵۷	۱۶	۰/۰۰	۰/۴۹	۸/۴۴	۱۳/۱۶	۶
تغییر پایا ۲	-۰/۰۸	-۳/۹۹	-۱/۸۴	-۴/۳۸	-۲/۵۷	۰/۰۰	-۰/۱۴	-۲/۷۲	-۴/۰۸	-۱/۷۳

بحث

با توجه به اینکه صدابیزاری به عنوان یک واکنش شدید و ناخواسته به صداها، کیفیت زندگی فرد را به شدت تحت تأثیر قرار می‌دهد و در این راستا، رویکردهای درمانی متفاوتی مطرح شده‌اند. لذا، هدف از این پژوهش بررسی اثربخشی دو روش رفتاردرمانی دیالکتیک و مواجهه مبتنی بر مدیریت استرس بر انعطاف‌پذیری روانشناختی و تکانشگری در مبتلایان به صدابیزاری بود.

یافته‌های این مطالعه نشان داد که هر چند برای انعطاف‌پذیری شناختی هر یک از آزمودنی‌های گروه رفتاردرمانی دیالکتیک و گروه درمان مواجهه مبتنی بر مدیریت استرس، بطور کلی روند تغییر نمرات انعطاف‌پذیری شناختی از ابتدا تا انتهای فرایند درمان، برای تمامی آزمودنیها، افزایشی است؛ اما بیشترین بهبودی برای گروه رفتاردرمانی دیالکتیک بود. انعطاف‌پذیری شناختی یکی از عوامل عمده در رهایی از فشار روانی از جمله صدابیزاری و افراد مبتلا به صدابیزاری اغلب تمایل به تمرکز بیش از حد بر روی صداها، مزاحم خاص را نشان می‌دهند که با چالش‌های مهمی در تغییر توجه از این محرک‌ها مواجه می‌شوند (۲). این الگو منعکس‌کننده نقص در تنظیم توجه به عنوان یکی از ویژگی‌های اصلی انعطاف‌ناپذیری شناختی است که به‌عنوان ناتوانی در رهایی از محرک‌های نامربوط و تغییر جهت توجه به اطلاعات مربوط به موقعیت می‌باشد (۳۷). بنا بر نظر برخی پژوهشگران انعطاف‌پذیری شناختی میزان ارزیابی فرد در مورد قابل کنترل بودن شرایط می‌باشد، ارزیابی که در موقعیت‌های مختلف دچار تغییر می‌شود (۳۸). به‌عبارتی دیگر انعطاف‌پذیری شناختی به فرد این توانایی را می‌دهد تا در برابر چالش‌ها، فشارها و سایر مسائل هیجانی بطور کارآمد رفتار نماید (۳۰). افرادی که انعطاف‌پذیری شناختی دارند می‌توانند مشکلات و موقعیت‌های جدید را در سطوح مختلف بررسی کرده و گزینه‌ها و ایده‌های جایگزین را ارائه کنند. در مقابل،

بر اساس نتایج ارائه شده در جدول ۴ و نمودار ۳ و ۴ برای تکانشگری هر یک از آزمودنی‌های گروه رفتاردرمانی دیالکتیک و گروه درمان مواجهه مبتنی بر مدیریت استرس بطور کلی روند تغییر نمرات تکانشگری از ابتدا تا انتهای فرایند درمان، برای تمامی آزمودنی‌ها علیرغم فراز و فرودها به خصوص در درمان مواجهه مبتنی بر مدیریت استرس، کاهش است. همچنین اطلاعات مندرج در این جدول برای هر یک از گروه‌ها نشان می‌دهد مقدار شاخص تغییر پایا برای گروه رفتاردرمانی دیالکتیک در مرحله مداخله و پیگیری بیشتر از ۱/۹۶ بوده؛ یعنی در هر دو مرحله، کاهش نمرات تکانشگری فقط در این گروه، قابل توجه و معنادار در سطح ۰/۰۵ بوده است. به منظور بررسی دقیق‌تر نتایج پژوهش و معناداری بالینی، درصد بهبودی کلی نیز برای گروه‌های درمانی در مرحله مداخله و پیگیری محاسبه شد. تکانشگری آزمودنی‌های گروه رفتاردرمانی دیالکتیک در مرحله مداخله (۱۱٪)، در مقایسه با گروه درمان مواجهه مبتنی بر مدیریت استرس (۷٪)، بهبودی بیشتری داشته است. همچنین در مرحله پیگیری نیز تکانشگری آزمودنی‌های گروه رفتاردرمانی دیالکتیک (۱۶٪) در مقایسه با گروه درمان مواجهه مبتنی بر مدیریت استرس (۶٪)، بهبودی بیشتری داشته است. با این وجود هیچکدام از مقادیر فوق از ۵۰٪ بالاتر نبوده و بنابراین از لحاظ بالینی معنادار نمی‌باشد؛ اما بهترین درصد بهبودی برای تکانشگری مربوط به گروه رفتاردرمانی دیالکتیک در مرحله پیگیری است. همچنین در جدول ۳، مقدار d کوهن مربوط به تکانشگری برای گروه رفتاردرمانی دیالکتیک بالاتر از ۰/۸ و برای گروه درمان مواجهه مبتنی بر آموزش مدیریت استرس بین ۰/۵ و ۰/۸ بوده، بنابراین می‌توان گفت که رفتاردرمانی دیالکتیک تأثیر قابل ملاحظه و درمان مواجهه مبتنی بر آموزش مدیریت استرس اثر متوسطی بر کاهش تکانشگری داشته‌اند.

تغییر آن‌ها گام بردارند. آنان می‌آموزند که افکار خودکار معمولاً به صورت ناخودآگاه موجب تشدید هیجان می‌شوند و اصلاح یا بازسازی این افکار، یکی از کلیدی‌ترین راهبردهای تنظیم هیجان است. در این راستا، تکنیک بازسازی شناختی شامل شناسایی افکار ناکارآمد، ارزیابی اعتبار آن‌ها، و جایگزینی آن‌ها با تفسیرهای واقع‌گرایانه‌تر و انعطاف‌پذیرتر است. همچنین در این درمان، بر اهمیت خوددلسوزی به عنوان بخشی از فرآیند تنظیم هیجانی تأکید می‌شود. آنان درمی‌یابند که تجربه‌ی میسوفونیا گاهی با شرم، خودسرزنی یا احساس ناتوانی همراه است و رویکردی دلسوزانه نسبت به خود، می‌تواند این چرخه‌های منفی را تضعیف کند. لذا، ثبت موقعیتهای تحریک صوتی، بازسازی افکار اولیه در هر موقعیت و نوشتن پاسخ‌های جایگزین همراه با تحلیل احساسات قبل و بعد از مداخله شناختی در طی این جلسات باعث افزایش آگاهی شناختی و تجربه عملی اثر افکار جایگزین بر تنظیم هیجانی می‌شود.

همچنین، یافته دیگر نشان داد که برای تکانشگری هر یک از آزمودنی‌های گروه رفتاردرمانی دیالکتیک و گروه درمان مواجهه مبتنی بر مدیریت استرس بطور کلی روند تغییر نمرات تکانشگری از ابتدا تا انتهای فرایند درمان، برای تمامی آزمودنیها علیرغم فراز و فرودها به خصوص در درمان مواجهه مبتنی بر مدیریت استرس، کاهش است. اما بهترین درصد بهبودی برای تکانشگری مربوط به گروه رفتاردرمانی دیالکتیک بود. همسو با این مطالعه، مطالعات زیادی نشان دادند که رفتاردرمانی دیالکتیکی در کاهش تکانشگری به‌طور معناداری مؤثر بوده است (۴۰-۴۳، ۲۷). البته در این مطالعات، صرفاً بررسی اثربخشی رفتاردرمانی دیالکتیکی برای کاهش تکانشگری با گروه کنترل یا با درمان‌های دیگر بوده است.

در صدابیزاری، فرد ممکن است یک تکانه وسواسی-پرخاشگرانه تجربه کند و برای کاهش ناراحتی ناشی از این تکانه یا فکر، رفتارهای اجباری یا اجتنابی انجام دهد (۴۴). در سبب‌شناسی صدابیزاری از دیدگاه پدیدارشناختی به نظر می‌رسد که صدابیزاری دارای دو بخش وسواسی شامل تمرکز و درگیری ذهنی روی یک صدای خاص و بخش تکانشی شامل

افرادی که از انعطاف‌پذیری کمتری برخوردارند، به‌سختی می‌توانند یادگیری‌های اولیه خود را فراموش کنند، آن‌ها بر یادگیری‌های قبلی خود که پیامدهای منفی برایشان دارد، پافشاری کرده و این پافشاری به سازگاری آن‌ها با شرایط جدید آسیب می‌رساند (۳۹).

در رفتار درمانی دیالکتیک (DBT)، هدف اصلی کمک به افرادی است که دارای مشکلات هیجانی پیچیده و شدید هستند. برای افرادی که با صدابیزاری یا حساسیت به صداهای خاص (مانند صدای خوردن، تنفس، یا دیگر صداهای محیطی) دست و پنجه نرم می‌کنند، DBT می‌تواند به عنوان یک روش درمانی کمک‌کننده باشد، زیرا این درمان بر تنظیم هیجان و مدیریت استرس تأکید دارد. درمان DBT بر چهار مهارت اصلی متمرکز است که می‌تواند به افراد مبتلا به صدابیزاری کمک کند تا واکنش‌های هیجانی و استرس خود را مدیریت کنند. این مهارت‌ها به فرد کمک می‌کنند تا با احساسات و اضطراب‌های ناشی از صدای خاص برخورد کند و واکنش‌های منفی خود را کاهش دهد.

در واقع، رفتاردرمانی دیالکتیک (DBT) با هدف قرار دادن مهارت‌های تنظیم هیجان و تحمل پریشانی، عملاً ابزارهای قدرتمندی را در اختیار فرد صدابیزار قرار می‌دهد. این ابزارها به فرد کمک می‌کنند تا دیگر در دام واکنش‌های خودکار، سفت و سخت و اجتنابی گرفتار نشود و در عوض، بتواند به طور منعطف‌تر و هدفمندتر، حتی در حضور صدای ماشه، به زندگی خود ادامه دهد. DBT با کاهش آسیب‌پذیری هیجانی به فرد آموزش می‌دهد که چطور از سلامت فیزیکی و روانی خود مراقبت کند (مانند خواب کافی، تغذیه مناسب) تا سیستم عصبی او کمتر مستعد واکنش‌های شدید باشد. به علاوه، DBT کمک می‌کند تا افراد مبتلا احساسات زمینه‌ای (مانند ترس از کنترل نداشتن، حس ناعادلانه بودن یا شرم) را شناسایی کنند. در واقع، تمرین‌های ذهن‌آگاهی در DBT به فرد می‌آموزد که به صورت غیرقضوتی از افکار، احساسات و حواس لحظه کنونی آگاه باشد. در رفتاردرمانی دیالکتیک، درمان‌جویان فرا می‌گیرند چگونه پس از شناسایی الگوهای هیجانی، به‌طور فعال در مسیر

می‌شود، چراکه مواجهه با این محرک‌ها در طول زندگی اتفاق می‌افتد (۵۰).

درحالی‌که تکانشگری جنبه مهمی از صدابیزاری است، برخی افراد ممکن است راهبردهای مقابله‌ای را توسعه دهند که این پاسخ‌های تکانشی را کاهش می‌دهد، پیچیدگی تنظیم هیجانی را در این شرایط برجسته و توانایی کاهش برانگیختگی را در مواجهه با صداهای محرک را نیز کاهش می‌دهد (۵۱). بر همین مبنا، در تبیین اثربخشی رفتاردرمانی دیالکتیک بر میزان تکانشگری باید گفت، ذهن آگاهی مربوط به بخشی از رفتاردرمانی دیالکتیک است و تحقیقات قبلی در مورد اثرات آموزش ذهن آگاهی نشان داده که آموزش ذهن آگاهی می‌تواند جنبه‌های تکانشگری را بهبود بخشد (۵۲). بیماران در آموزش ذهن آگاهی به مشاهده و توصیف تجربه بدون قضاوت می‌پردازند و در این جلسات، درمانگر به بررسی تجربه درمان‌جویان از تمرین‌های تنفسی و تحلیل ثبت موقعیت‌های صوتی آزردهنده می‌پردازد و مفهوم «زندگی در لحظه اکنون» مورد بحث قرار می‌گیرد و بیمار می‌آموزد که باید با مشاهده‌ی آگاهانه و بدون قضاوت از تجربیات درونی (افکار، احساسات، تمایلات) و بیرونی (صداها، تصاویر، بوها) در زمان حال زندگی کند. در ادامه جلسات درمانی، بر روی تعمیق مهارت‌های ذهن آگاهی تاکید می‌شود. بیماران یاد می‌گیرند که درک هیجانات لحظه‌ای، افکار همراه و تمایلات رفتاری باید بدون قضاوت و با پذیرش همراه باشد. بسیاری از افراد مبتلا به میسوفونیا تمایل دارند در واکنش به صداهای محرک، به سرعت محیط را ترک کرده یا دچار خشم و ناراحتی شدید شوند؛ اما ذهن آگاهی به فرد کمک می‌کند تا این فرایند واکنشی را آهسته کند و قبل از واکنش، بین تحریک و پاسخ، «مکث آگاهانه» ایجاد شود. همچنین، تمرکز درمان روی آموزش مهارت‌های تحمل پریشانی، مبتلایان صدابیزاری می‌آموزند که بسیاری از واکنش‌های سریع و شدید، نه تنها کمکی به حل مسئله نمی‌کنند بلکه در بلندمدت باعث تقویت حساسیت به صدا می‌شوند. تحمل پریشانی باعث می‌شود تا فرد مبتلا بتواند احساسات منفی را بدون اقدام فوری، تحمل کند. این رویکرد برای افراد دارای

میل به انجام یک عمل پرخاشگرانه می‌باشد (۴۵). افراد مبتلا به صدابیزاری، احساس درماندگی و خشم داشته و مواجهه مکرر با اصوات محرک، باعث ایجاد احساس خشم غیرقابل کنترل و کاهش تاب‌آوری هیجانی در آنان می‌شود (۴۶). از طرفی دیگر، تکانشگری به عنوان یک آسیب‌شناسی اجتماعی اصلی در نظر گرفته می‌شود (۴۳). بیماران با پیش‌بینی مواجهه غیرمنتظره با محرک‌های میسوفونیک، ناراحتی‌های روزانه متعددی را تجربه می‌کنند. صدای ناخوشایند انسانی در برخی از بیماران باعث پرخاشگری تکانشی می‌شود که اغلب با انگیزه برای فریاد زدن یا حمله به منبع صدا برای متوقف کردن آن مشخص می‌شود (۴۵). خشم ناشی از حساسیت به صدا باعث ایجاد حس عمیق از دست دادن کنترل خود با طغیان پرخاشگرانه و تکانشگرانه می‌شود. بیماران میسوفونیک اغلب عمدی بودن را به منبع صداها نسبت می‌دهند که واکنش‌های خشم و تکانشگری را بیشتر می‌کند. به بیانی دیگر، مبتلایان به صدابیزاری اغلب از منابع صداها محرک خشمگین شوند که این می‌تواند به استرس‌های روابط بین فردی و خانوادگی، رنج و کاهش کیفیت زندگی منجر شود (۴۵، ۴۷، ۲). به زعم اسکادگ نیز ارتباط بین صدابیزاری و سه بعد پرخاشگری - خشم، خصومت و پرخاشگری لفظی تایید شده و صدابیزاری به افزایش گرایش‌های پرخاشگرانه و رفتارهای تکانشی منجر می‌شود (۴۸). تجربه و واکنش به صداهای ناخوشایند، احتمال بروز اشکال از پرخاشگری را افزایش می‌دهد.

دوزیتر^۱ و همکاران معتقدند تکانشگری در صدابیزاری ارتباط نزدیکی با پاسخ‌های هیجانی و نقص کنترل شناختی در مواجهه با صداهای محرک دارد. افراد مبتلا به صدابیزاری اغلب واکنش‌های فوری و شدیدی را تجربه می‌کنند که می‌تواند به صورت رفتارهای تکانشی مانند طغیان‌های پرخاشگرانه یا اختلالات هیجانی ظاهر شود (۴۹). از سوی دیگر نیز، حساسیت‌های اولیه به صداها ممکن است افراد را مستعد ابتلا به صدابیزاری کند که به‌طور بالقوه منجر به واکنش‌های تکانشی

^۱ . Dozier

که با تأکید همزمان بر پذیرش و تغییر از طریق پذیرش تجربه‌های هیجانی، آموزش مهارت‌های بین‌فردی، تحمل پریشانی و تنظیم هیجان، به افراد کمک می‌کند تا واکنش‌پذیری هیجانی نسبت به محرک‌های آزاردهنده صدا را کاهش دهند و نسبت به فرایندهای درونی خود آگاه‌تر شده و شیوه‌های مؤثرتری برای مدیریت هیجان‌های ناخوشایند به کار گیرند. در نتیجه، تغییر در نگرش و ارزیابی شناختی نسبت به صداهای آزاردهنده، به کاهش سطح پریشانی و افزایش احساس کنترل در فرد منجر می‌شود.

این مطالعه نقش رویکرد رفتاردرمانی دیالکتیک را در توسعه مداخلات پیشگیرانه و درمان برای افراد مبتلا به علائم صدابیزاری برجسته می‌کند و با فراهم کردن شواهدی درباره اثربخشی رفتاردرمانی دیالکتیک در بهبود متغیرهای شناختی و هیجانی مرتبط با صدابیزاری، می‌تواند به غنای ادبیات پژوهشی این حوزه کمک کند و به‌عنوان کمکی به مطالعات رو به رشد ادبیات روان‌پزشکی شود که صدابیزاری را به‌عنوان یک پدیده متمایز می‌شناسند و شواهد حکایتی در مورد پیامدهای ارزیابی ارائه دهد. به طور کلی، نتایج این پژوهش بیانگر آن است که به‌کارگیری رفتاردرمانی دیالکتیک می‌تواند به‌عنوان یک گزینه مؤثر و پایدار در مداخلات بالینی برای افراد مبتلا به صدابیزاری مورد توجه قرار گیرد. هر پژوهشی قاعدتاً دارای محدودیت‌هایی می‌باشد که ممکن است امر پژوهش را مورد تأثیر قرار دهد. در این مطالعه، پژوهشگر نقش مداخله‌گر را نیز داشت و مطالعه دوسرکور نبود. همچنین، ریزش نمونه و تغییر شیوه تحلیل آماری پژوهش از دیگر محدودیت‌ها بود. آموزش بالا بردن آگاهی و تنظیم هیجان‌ها به‌عنوان یک مهارت می‌تواند در بهبود نشانه‌های صدابیزاری کمک‌کننده باشد؛ بنابراین از این مهارت‌ها می‌توان به‌عنوان یک رویکرد مؤثر پیشگیرانه بهره‌جست. به علاوه، پیشنهاد می‌شود در کلینیک‌ها و مراکز مشاوره و دانشگاه‌ها، دوره‌ها و کارگاه‌های آموزشی جهت آشنایی با عوامل سبب ساز صدابیزاری، آشنایی با هیجان‌ها و آگاهی از اینکه صدابیزاری چه موقع به صورت یک اختلال می‌شود برگزار گردد.

میسوفونیا که واکنش‌های سریع و شدید به صدا دارند، حیاتی است. تکنیک‌هایی مانند توقف ذهنی، شمارش معکوس، و تنفس دیافراگمی در طی این جلسات به فرد در کاهش شدت واکنش هیجانی کمک می‌کند. مهارت‌های فوری و فیزیولوژیک تحمل پریشانی نیز که شامل تکنیک‌هایی برای کنترل واکنش‌های بدنی و شناختی در لحظه‌ی اوج ناراحتی‌اند، به مبتلایان کمک می‌کند وقتی فرد با یک صدای محرک مواجه می‌شود، سیستم عصبی سمپاتیک فعال می‌شود و بدن در حالت «جنگ یا گریز» قرار می‌گیرد. این تکنیک‌ها باید در همان لحظه‌ای که بدن و ذهن در حال واکنش است، استفاده شوند و به‌عنوان ابزار فوری برای کنترل طغیان هیجانی در میسوفونیا کاربرد دارند.

همچنین، تمرکز درمان بر گسترش مهارت‌های بین‌فردی و ارتباطی در افراد مبتلا به میسوفونیا است؛ به‌ویژه در موقعیت‌هایی که صداهای محرک توسط اطرافیان ایجاد می‌شود و فرد درگیر تعارضات بیرونی یا درونی می‌گردد. درمانجویان می‌آموزند که بسیاری از افراد مبتلا به میسوفونیا به‌دلیل تجارب مکرر ناکامی یا سوءتفاهم از سوی دیگران، ممکن است به تدریج سبک پرخاشگرانه یا اجتنابی را در تعاملات خود تثبیت کرده باشند. از این رو، آموزش سبک ارتباطی قاطعانه، به‌عنوان راهبردی مؤثر برای حفظ احترام به خود و دیگران، بخش کلیدی این جلسه است. به علاوه، نقش افکار مقابله‌ای خودتشویق‌گرایانه در حفظ آرامش و اثربخشی ارتباط در این درمان اهمیت دارد. در واقع، طی جلسات، آزمودنی‌ها تلاش می‌کنند تا با استفاده از سبک قاطعانه و خودگویی‌های حمایت‌گرا، هیجان‌ها را تنظیم و به شیوه‌ای سازگار نیاز خود را بیان نمایند.

نتیجه‌گیری

نتایج این پژوهش نشان داد که رویکرد رفتاردرمانی دیالکتیک می‌تواند در بهبود وضعیت روان‌شناختی افراد دارای نشانه‌های صدابیزاری مؤثر واقع شود و منجر به افزایش انعطاف‌پذیری شناختی و کاهش تکانشگری افراد مبتلا شود. این برتری احتمالاً ناشی از ماهیت جامع و تلفیقی رفتاردرمانی دیالکتیک است که آن را از سایر رویکردهای صرفاً مواجهه‌محور متمایز می‌سازد.

References

- McGuire JF, Wu MS, Storch, EA. Cognitive-behavioral therapy for 2 youths with misophonia. *Journal of Clinical Psychiatry*. 2015; 76(5): 573-574.
- Jager I, de Koning P, Bost T, Denys D, Vulink N. Misophonia: Phenomenology, comorbidity and demographics in a large sample. *PloS one*.2020; 15(4): 231-390.
- Brout JJ, Edelstein M, Erfanian M, Mannino M, Miller LJ, Rouw R, et al. Investigating misophonia: A review of the empirical literature, clinical implications, and a research agenda. *Front Neurosci*. 2018;12:36.
- Wang Q, Vitoratou S, Uglik-Marucha N, Gregory J. Emotion processes predicting outbursts and functional impact in misophonia. *Frontiers in Psychology*. 2022; 13, 9031-42.
- Vitoratou S, Wang J, Hayes C, Wang Q, Stefanatou P, Gregory J. Evidence of Cross-Cultural Consistency of the S-Five Model for Misophonia: Psychometric Conclusions Emerging From the Mandarin Version. *Frontiers in Psychology*. 2022;13: 879-881.
- Neacsiu AD, Szymkiewicz V, Galla JT, Li B, Kulkarni Y, Spector CW. The neurobiology of misophonia and implications for novel, neuroscience-driven interventions. *Front Neurosci*. 2022;16:893-903.
- Jacques S, Zelazo PD. On the possible roots of cognitive flexibility. In B. D. Homer & C. S. Tamis-LeMonda (Eds.), *the development of social cognition and communication*. Mahwah, NJ: Lawrence Erlbaum.2005
- Martin M, Staggers S, Anderson C. The Relationships Between Cognitive Flexibility with Dogmatism, Intellectual Flexibility, Preference for Consistency, and Self-Compassion. *Communication Research Reports*. 2011; 28(3): 275-280.
- Koesten J, Schrodtt P, Ford D. Cognitive Flexibility as a Mediator of Family Communication Environments and Young Adults' Well-Being. *Health Communication*. 2009; 24(1): 82-94.
- Eijsker N, Schröder A, Smit DJ, Van Wingen G, Denys D. Neural basis of response bias on the stop signal task in misophonia. *Frontiers in psychiatry*. 2019; 10: 765.
- Frank B, Roszyk M, Hurley L, Drejaj L, McKay. DInattention in misophonia: Difficulties achieving and maintaining alertness. *Journal of Clinical and Experimental Neuropsychology*.2020; 42(1): 66-75.
- Frank B, McKay, D. The suitability of an inhibitory learning approach in exposure when habituation fails: A clinical application to misophonia. *Cognitive and Behavioral Practice*.2019; 26(1): 130-142.
- Jastreboff PJ. The Neurophysiological Model of Tinnitus and Decreased Sound Tolerance. In: Schlee W, Langguth B, De Ridder D, Vanneste S, Kleinjung T, Möller, AR. (eds) *Textbook of Tinnitus*. Springer, Cham. 2024.
- Möllmann A, Heinrichs N, Illies L, Potthast N, Kley H. The central role of symptom severity and associated characteristics for functional impairment in misophonia. *Frontiers in Psychiatry*.2023; 14: 1112472.
- Swedo SE, Baguley DM, Denys D, Dixon LJ, Erfanian M, Fioretti A,... Raver SM. Consensus definition of misophonia: a delphi study. *Frontiers in neuroscience*.2022; 16: 841816.
- Foa EB, Hembree EA, Rothbaum BO. Prolonged exposure therapy for PTSD: emotional processing of traumatic experiences, *Therapist Guide*. New Yourk: Oxford University Press.2007; 45-76.
- Spencer SD, McKay D, Mangen K. H, Rabasco A. A Pilot Clinical Trial Examining Exposure and Stress Management Therapy for Adults With Misophonia. *Journal of psychiatric practice*.2025; 31(5): 251–259.
- Elbert Th, Shauer M, Ruf M, Weirestall R, Neuner F, Rockstroh B, Junghofer M. The Tortured Brain Imaging Neural Representations of Traumatic Stress Experiences Using RSVP With Affective Pictorial Stimuli. *J. Psychol*.2011; 219(3): 167–74.
- Leahy RL, Holland SJ. *Treatment plans and Intervention for Depression and Anxiety Disorders*. New York, NY: Guilford.2000; 212-215.
- Rabasco A, McKay D. Exposure therapy for misophonia: concepts and procedures. *J Cogn Psychother*. 2021;35(3):156–66.
- Moore KE, Oberleitner L, Smith KM, Maurer K, McKee SA. Feasibility and effectiveness of continuing methadone maintenance treatment during incarceration compared with forced withdrawal. *Journal of Addiction Medicine*.2018; 12(2): 156-162.
- Schneider RL, Arch JJ. Potential treatment targets for misophonia. *Gen. Hosp. Psychiatry*.2015; (37): 370-371.
- Ciesinski NK, Sorgi-Wilson KM, Cheung J. C, Chen EY, McCloskey MS. The effect of dialectical behavior therapy on anger and aggressive behavior: A systematic review with meta-analysis. *Behaviour research and therapy*.2022; (154): 104-122.
- Vijayapriya CV, Tamarana R. Effectiveness of dialectical behavior therapy as a transdiagnostic treatment for improving cognitive functions: a systematic review. *Research in Psychotherapy: Psychopathology, Process, and Outcome*.2023; 26 (2):662.
- Neacsiu AD, Rizvi SL, Linehan MM. Dialectical behavior therapy skills use as a mediator and outcome of treatment for borderline personality disorder. *Behav Res Ther*. 2010;48(9):832–9.

26. Hernandez-Bustamante M, Cjuno J, Hernández RM, Ponce-Meza JC. Efficacy of dialectical behavior therapy in the treatment of borderline personality disorder: A systematic review of randomized controlled trials. *Iranian Journal of Psychiatry*.2024; 19(1): 119.
27. Cavicchioli M, Movalli M, Bruni A, Terragni R, Elena GM, Borgia E,Ogliari A. The initial efficacy of stand-alone DBT skills training for treating impulsivity among individuals with alcohol and other substance use disorders. *Behavior Therapy*.2023; 54(5): 809-822.
28. Wu MS, Lewin AB, Murphy TK, Storch EA. Misophonia: incidence, phenomenology, and clinical correlates in an undergraduate student sample. *J Clin Psychol*. 2014; 70(10):994–1007.
29. Mehrabizadeh Honarmand MT, Roshani Kh. Investigating the psychometric properties of the sound aversion questionnaire. *Journal of Healing Khatam*.2019; 7(2): 13-23.
30. Dennis JP, Vander-Wal JS. The cognitive flexibility inventory: Instrument development and estimates of reliability and validit, *Cogn Ther Res*.2010; 34: 241-253.
31. Masuda A, Tully EC. The Role of Mindfulness and Psychological Flexibility in Somatization, Depression, Anxiety, and General Psychological Distress in a Nonclinical College Sample. *Journal of Evidence-Based Complementary & Alternative Medicine*.2012; 17 (1): 66-71.
32. Fazeli M, Eteshamzadeh P, Hashemi Sheikh-Shaibani SA. The effectiveness of cognitive-behavioral therapy on cognitive flexibility in depressed individuals. *Thought and Behavior*.2014;9 (34): 36-27.
33. Patton JH, Stanford MS, Barratt ES. Factor structure of the Barratt Impulsiveness Scale. *Journal of Clinical Psychology*.1995; 51 (6): 768–74.
34. Someya T, Sakado K, Seki T, Kojima M, Reist C, Tang SW, et al. The Japanese version of the Barratt impulsiveness scale, 11th version (BIS-11): Its reliability and validity. *Psychiatry and Clinical Neurosciences*.2001; 55, 111–114.
35. Basaknejad S, Alikordi B, Mehrabizadeh M. The effectiveness of mindfulness-based stress reduction on impulsivity and anxiety sensitivity in students with gastric ulcers. *Journal of Sabzevar University of Medical Sciences*.2019; 26 (4): 9-453.
36. Linehan MM. *Skills training manual for treating borderline personality disorder*. Guilford press. 1993.
37. Kazdin AE. *Single-case research designs: Methods for clinical and applied settings (2nd ed)*. 2011. New York: NY: Oxford University Press.
38. Mousavi M, Jokar B, Babaei M. Comparative efficacy of Acceptance and Commitment Therapy and Cognitive-Behavioral Therapy on reducing anxiety and depression in patients with Generalized Anxiety Disorder. *Journal of Health Psychology*. 2016;5(2):173–87.
39. Noforesti M. *Research Methods in Behavioral Sciences*. Tehran: Hirmand Publications; 2003.
40. Horning S, Davis HP. Aging and cognition. *Encyclopedia of Human Behavior*.2012; 44-52.
41. Dajani DR, & Uddin LQ. Demystifying cognitive flexibility: Implications for clinical and developmental neuroscience. *Trends in Neurosciences*.2015; 38(9): 571-578.
42. Carbonella JY, Timpano KR. Examining the link between hoarding symptoms and cognitive flexibility deficits. *Behavior therapy*.2016; 47(2): 262-273.
43. Mohammadi A, Dabbaghi P, Ahmadi-Tahor-Soltani M. The effectiveness of dialectical behavior therapy (DBT) on emotion regulation and impulsivity control in soldiers with a history of self-harm. *Nurse and Physician in War*.2019; 8(28): 12-23.
44. Nadimi M. The effectiveness of dialectical behavior therapy (based on skills training) on reducing impulsivity and increasing emotional regulation in methamphetamine-dependent women. *Rouyesh-e-Rasvaneshani*.2016; 5 (1): 47-74.
45. Vardikhan SKI, Hassanzadeh R, Emadian SO. Examining the Effectiveness of Dialectical Behavior Therapy on Impulsivity, Emotion Regulation, Rumination, and Self-Criticism in Individuals with Trichotillomania. *Health Nexus*.2024; 2(1): 57-65.
46. Jamilian HR, Malekiran AA, Farhadi M, Habibi M, Zamani N. Effectiveness of group dialectical behavior therapy (based on core distress tolerance and emotion regulation components) on expulsive anger and impulsive behaviors. *Global journal of health science*.2014; 6(7): 116.
47. Cusack SE, Cash TV, Vrana SR. An examination of the relationship between misophonia, anxiety sensitivity, and obsessive-compulsive symptoms. *Journal of Obsessive-Compulsive and Related Disorders*. 2018; 18: 67-72.
48. Schröder A, Vulink N, Denys D. Misophonia: diagnostic criteria for a new psychiatric disorder. *PLoS One*. 2013; 8(1):54706.
49. Brout JJ, Edelstein M, Erfanian M, Mannino M, Miller LJ, Rouw R,Rosenthal MZ. Investigating misophonia: A review of the empirical literature, clinical implications, and a research agenda. *Frontiers in neuroscience*.2018; 12: 36.
50. Bernstein RE, Angell KL, Dehle CM. A brief course of cognitive behavioural therapy for the treatment of misophonia: a case example. *The Cognitive Behaviour Therapist*.2013; 6, e10.

51. Schadegg MJ, Clark HL, Dixon LJ. Evaluating anxiety sensitivity as a moderator of misophonia and dimensions of aggression. *Journal of Obsessive-Compulsive and Related Disorders*.2021; 30: 100657.
52. Dozier TH, Grampp L, Lopez M. Misophonia: Evidence for an elicited initial physical response. *Universal journal of psychology*.2020; 8(2): 27-35.
53. Mednicoff SD, Barashy S, Gonzales D, Benning SD, Snyder JS, Hannon EE. Auditory affective processing, musicality, and the development of misophonic reactions. *Front Neurosci*. 2022;16:924806.
54. Ferrer-Torres A, Giménez-Llort L. Misophonia: A systematic review of current and future trends in this emerging clinical field. *Int J Environ Res Public Health*. 2022;19(11):6790.
55. Soler J, Elices M, Pascual JC, Martín-Blanco A, Feliu-Soler A, Carmona C. Effects of mindfulness training on different components of impulsivity in borderline personality disorder: results from a pilot randomized study. *Borderline personality disorder and emotion dysregulation*. 2016; 3 (1): 1-10.

Original Article

A Comparison of the Effectiveness of Stress Management–Based Exposure Therapy and Dialectical Behavior Therapy on Cognitive Flexibility and Impulsivity in Individuals with Misophonia Symptoms

Received: 25/10/2025 - Accepted: 25/12/2025

Zahra Bahrami¹
Abbas Abolghasemi^{2*}
Seyed Mousa Kafi³

¹ Ph.D. student, Department of Psychology, University of Guilan, Rasht, Iran

² Department of Psychology, University of Guilan, Rasht, Iran

³ Department of Psychology, University of Guilan, Rasht, Iran

Email:
abasabolghasemi1344@guilan.ac.ir

Abstract

Introduction: Misophonia, as an emerging psychological phenomenon, can lead to difficulties in impulse control and reduced cognitive flexibility. In recent years, emotion regulation–based and stress management interventions have attracted increasing attention as effective approaches to alleviating symptoms of this condition. Therefore, the present study aimed to compare the effectiveness of stress management–based exposure therapy and dialectical behavior therapy (DBT) on cognitive flexibility and impulsivity in individuals with misophonia symptoms.

Methods: This study employed a quasi-experimental single-subject design (A-B-A) with a baseline and multiple follow-up phases. The statistical population comprised all individuals with misophonia who visited counseling centers in Mashhad during 2023–2024 (N = 83). Eight participants diagnosed with misophonia were randomly assigned to two groups: dialectical behavior therapy (n = 4) and exposure therapy based on stress management (n = 4). Data were analyzed using improvement percentage indices, reliable change indices, and visual analysis, with SPSS-27 software applied for statistical processing.

Results: The results indicated that although the improvement percentages of cognitive flexibility in both therapeutic groups—dialectical behavior therapy (56.80%) and stress management–based exposure therapy (53.64%)—were clinically significant, the highest level of improvement belonged to the DBT group. Furthermore, the improvement percentages of impulsivity in both therapy groups were not clinically significant; however, the best improvement rate in impulsivity during the follow-up phase was observed in the DBT group (16%).

Conclusion: Based on the findings, dialectical behavior therapy, through its emphasis on emotion acceptance and emotion regulation skills training, enhances cognitive flexibility and improves impulse control in individuals with misophonia. These results highlight the effectiveness of the dialectical approach in improving cognitive–emotional adaptability among individuals experiencing heightened sensitivity to specific sounds.

Keywords: Misophonia, Dialectical Behavior Therapy (DBT), Stress Management–Based Exposure Therapy, Cognitive Flexibility, Impulsivity