

اثر بخشی رفتار درمانی دیالکتیکی بر بی‌ثباتی هیجانی و تکانشگری در افراد مبتلا به اختلال دو قطبی

تاریخ دریافت: ۹۴/۴/۳

تاریخ پذیرش: ۹۵/۶/۲۰

شیوا اخوان*، ایلناز سجادیان**

چکیده

مقدمه: اختلال دو قطبی اختلالی ناتوان کننده است که با دوره‌های عود کننده مانیا، هیپومانیا و افسردگی مشخص می‌شود. رفتار درمانی دیالکتیکی اساساً برای کمک به افرادی با مشکل در تنظیم هیجان تدوین گردید. این پژوهش با هدف تعیین اثر بخشی رفتار درمانی دیالکتیکی بر بی‌ثباتی هیجانی و تکانشگری در افراد مبتلا به اختلال دو قطبی شهر اصفهان انجام گرفت.

روش: این پژوهش نیمه تجربی با طرح پیش‌آزمون - پس‌آزمون و پیگیری با گروه کنترل بود. جامعه آماری پژوهش را کلیه زنان و مردان مراجعه کننده به مراکز خصوصی روانپزشکی شهر اصفهان در پاییز و زمستان ۱۳۹۳ شامل می‌شدند. از بین آنها ۲۴ بیمار که بر اساس مصاحبه بالینی توسط روانشناس بالینی و روانپزشک، تشخیص اختلال دو قطبی را دریافت نموده و سایر ملاک‌های ورود به تحقیق را دارا بودند به روش نمونه گیری در دسترس انتخاب و به طور تصادفی آزمودنی‌ها در دو گروه آزمایش و کنترل جایگزین شدند (هر گروه ۱۲ نفر). آزمودنی‌ها در سه مرحله پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری به پرسشنامه شخصیتی آیزنک (۱۹۸۶) و تکانشگری بارت (۲۰۰۴) پاسخ دادند. گروه آزمایش در ۸ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای، علاوه بر دارو درمانی، رفتار درمانی دیالکتیکی به شیوه‌ی گروهی بر اساس بسته درمانی لینهان (۱۹۸۷) را دریافت نمودند اما بر گروه کنترل به جز دارو هیچ مداخله روانشناختی اعمال نگردید.

یافته‌ها: نتایج حاصل از تحلیل واریانس با اندازه‌های تکراری نشان داد که رفتار درمانی دیالکتیکی بی‌ثباتی هیجانی و تکانشگری را بیماران دو قطبی را در مرحله پس‌آزمون کاهش داد و این اثر بخشی در مرحله پیگیری ۴۵ روزه نیز پایداری خود را حفظ نمود. **نتیجه گیری:** بنابر نتایج پژوهش حاضر، می‌توان از رفتار درمانی دیالکتیکی به منظور کاهش بی‌ثباتی هیجانی و تکانشگری این بیماران در کنار دارو درمانی استفاده نمود.

واژه‌های کلیدی: بی‌ثباتی هیجانی، تکانشگری، رفتار درمانی دیالکتیکی، اختلال دو قطبی

پژوهشگاه علوم انسانی و مطالعات فرهنگی
پرتال جامع علوم انسانی

مقدمه

اختلال دو قطبی یک بیماری روانپزشکی مزمن، با دوره‌های تکرار شونده افسردگی، مانیا و هیپومانیا است که علاوه بر بی‌ثباتی در خلق و خو، با اختلال قابل توجه در عملکرد، کاهش کیفیت زندگی و نرخ بالای خودکشی در مقایسه با جمعیت عمومی همراه است [۲،۱].

در حدود ۵۰ درصد افراد مبتلا به اختلال دو قطبی نوع یک از حملات مانیک شدید در طول یک سال خلاص نمی‌شوند و فقط حدود ۲۵ درصد سطح قبلی عملکرد خود را به دست می‌آورند [۳]. همچنین یکی از شایعترین اختلالات روانشناختی است و میزان شیوع نوع ۱، ۰/۴ تا ۱/۶ درصد و نوع ۲، تقریباً ۵ درصد است [۴]. این اختلال تحت تأثیر بی‌ثباتی خلق و خوی و تکانشگری هست و به طور معمول بین دوره‌های افسردگی و نشانه‌های مانیا و یا حتی ترکیبی از آنها در حالت تغییر می‌باشد [۵]. بی‌ثباتی هیجانی^۱ را از نظر بیولوژیکی مشخصه اختلال دو قطبی دانسته‌اند [۶]. ماهون بوردیک و آدریانا^۲ [۷] در پژوهش خود بی‌ثباتی هیجانی را به عنوان ملاکی برای اختلال دو قطبی در نظر گرفتند. بی‌ثباتی هیجانی به صفاتی از قبیل زود رنجی، بی‌قراری، پرخاشگری، تحریک‌پذیری، تغییرگرایی، تکانشی و فعال بودن که میان دو بعد شخصیتی برون‌گرایی و نا-استواری قرار دارد اطلاق می‌گردد [۶]. تحقیقات انجام شده به وجود بی‌ثباتی هیجانی در افراد مبتلا به اختلال دو قطبی اشاره دارد [۸].

تکانشگری^۳ شامل طیف وسیعی از گرایش‌های رفتاری و شناختی مانند مشکل در به تأخیر انداختن یا بازداری از پاسخ ارادی، آستانه پاسخ کوتاه، نقص در به تأخیر انداختن لذت و مشکل در توجه کردن تعریف کرده‌اند [۹]. تکانشگری به صورت آمادگی قبلی برای واکنش سریع و بدون برنامه به محرک‌های درونی یا بیرونی بدون توجه به عواقب منفی آن واکنش‌ها برای خود یا دیگران تعریف می‌شود [۱۰]. تکانشگری اغلب با اختلال خلقی همراه است و رفتارهای تکانشگری به عنوان یک ملاک تشخیصی برای بیماران دو قطبی در دوره‌های مانیا و هیپومانیا محسوب

می‌شود ویکتور، جانسون و گاتلیب^۴ [۱۱] تحقیقات ارتباط تکانشگری را با خودکشی [۱۲]، سوء مصرف مواد [۱۳] و بی‌ثباتی هیجانی و پرخاشگری [۱۴] در بیماران دو قطبی نشان داده است. نیومن و میر^۵ [۱۵] در پژوهش خود در مقایسه تکانشگری بیماران مبتلا به اختلال دو قطبی و افراد سالم با استفاده از پرسشنامه بارت ابعاد تکانشگری را در بیماران دو قطبی بیشتر افراد سالم گزارش کردند.

توجه به درمان کارآمد سال‌هاست که دغدغه ذهنی روان‌پزشکان و روان‌شناسان بوده است. امروزه دارو درمانی خط اول درمان برای اختلال دو قطبی است. علی‌رغم مؤثر بودن دارو درمانی که اغلب طی دوره‌های بستری در بیمارستان به صورت کنترل شده و دقیق در اختیار بیماران قرار داده می‌شود اما بروز علائم و عود مجدد اختلال بارها بیماران را روانه بیمارستان می‌کند و سیکل مجددی از فرآیند درمانی را ضروری می‌سازد [۱۶]. اگرچه استفاده از تثبیت‌کننده‌های خلقی مانند لیتیم و کاربامازپین در فرونشاندن مرحله حاد بیماری و تثبیت آن مؤثرند، اما ۴۰ تا ۶۰ درصد از بیمارانی که صرفاً درمان دارویی دریافت می‌کنند دوره‌های عود را تجربه می‌کنند [۱۷]. همچنین ۵۰ درصد از افراد مبتلا به اختلال دو قطبی یک دوره بدون پایبندی به دارو داشته‌اند [۱۸] و چند دارویی در این بیماری قاعده است نه استثنا، همچنین درمان‌های تثبیت خلق با عوارض جانبی زیادی همراه است [۱۹]. این بیماران عوارض جانبی مخربی را مانند اختلال در سوخت و ساز هنگام دریافت داروهای ضد روان‌پریشی نسل دوم تجربه می‌کنند که بر پایبندی آنها به درمان اثر می‌گذارد [۲۰]. لذا تحقیقات طی ۵ سال گذشته نشان می‌دهند که افزودن مداخلات روانی-اجتماعی به برنامه درمانی کارآمدی آن را افزایش می‌دهد [۱۸].

اگر چه درمان شناختی-رفتاری برای درمان دوره‌های افسردگی مؤثر بوده اما تأثیر آن بر حملات مانیا و بیمارانی که در مراحل شدید بیماری هستند سؤال برانگیز است [۲۱]. در مطالعه ای اسکات، گارلند و مارهد^۶ [۲۲] نشان دادند که درمان شناختی-رفتاری برای افرادی که در مراحل اولیه

4- Victor, Johnson & Gotlib
5- Newman & Meyer
6- Scott, Garland & Moorhead

1- emotional instability
2- Mahon, Burdick & Adriana
3- impulsivity

مطالعات اخیر ظرفیت‌هایی را برای این روش به عنوان یک درمان روانی اجتماعی مؤثر برای اختلال دو قطبی مطرح کرده‌اند [۲۸]. ذهن آگاهی یکی از مؤلفه‌های این درمان است که برای بسیاری از اختلالات روانشناختی مانند افسردگی و عود افسردگی به کار گرفته شده [۲۹]. پژوهش‌های اندکی با استفاده از تکنیک‌های موج سوم بر اختلال افسردگی دو قطبی صورت گرفته بررسی‌های محقق نشان داده که تنها دو مطالعه با روش شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی بر اختلال دو قطبی صورت گرفته است. ویلیامز، آلانتیگ، کرانی، بامهوفر و فنل^۷ [۳۰] در پژوهش خود با روش شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی بهبودی‌هایی را با استفاده از این روش بر علائم اضطراب، مانیا و کاهش افکار خودکشی این بیماران گزارش نمودند. وبر، جرمان، جکس فابری، نالت و باندولفی^۸ [۳۱]، در مطالعه دیگری با استفاده از این روش، بهبودی‌هایی را در توانایی برای مقابله با هیجانات در بیماران مبتلا مطرح نمودند. در رابطه با اثر بخشی رفتار درمانی دیالکتیکی بر اختلال دو قطبی مطالعات چندانی صورت نگرفته است و بررسی‌های محققین حاکی از وجود سه مطالعه شامل موارد زیر می‌باشد: گلدشتاین، فرسچ پودرات، ریورا، آکسلسون و مرانکو^۹ [۲۸] در پژوهشی که بر نوجوانان مبتلا به اختلال دو قطبی انجام دادند اثر بخشی رفتار درمانی دیالکتیکی را بر کاهش علائم افسردگی و افکار خودکشی نشان دادند اما در علائم مانیک یا بدتنظیمی هیجانی تفاوتی با گروه کنترل بدست نیامد. نتایج پژوهش ون دیجیک، جفری و کاتز^{۱۰} [۱۹] نشان داد که رفتار درمانی دیالکتیکی بر کاهش علائم افسردگی، بهبود کنترل عاطفی و خود کارآمدی ذهن آگاهانه در بیماران مبتلا به اختلال دو قطبی مؤثر است. همچنین نتایج پژوهش گلدشتاین، آکسلسون، بیرماهر^{۱۱} و برنت^{۱۲} [۳۲] بر نوجوانان حاکی از اثر بخشی این درمان بر علائم افسردگی، افکار خودکشی، رفتارهای خود آسیب رسان و بدتنظیمی هیجانی بود.

بیماری هستند یا برای بیمارانی با دوره‌های عود اختلال کمتر مناسب است. میکلوویتز^۱ [۲۳] نشان داد که اختلال دو قطبی بسیار مزمن، ناتوان کننده و تکرار شونده است و گزینه‌های درمانی موجود برای حفظ پایداری بلندمدت درمان کافی نیست و این روش‌های درمانی همراه با درمان دارویی، در طول یک سال با عود بیماری در ۷۰-۷۵ درصد بیماران همراه بوده است. بنابراین ضروری است که بررسی و جستجو در مورد درمان‌های مؤثر بر کمک به این بیماران ادامه یابد. رفتار درمانی دیالکتیکی یک رویکرد موج سوم است که مداخلات مربوط به درمان‌های شناختی- رفتاری را که مبتنی بر اصل تغییر می‌باشد با آموزش‌ها و فنون فلسفه شرق دن که مبتنی بر اصل پذیرش است در آمیخته و بر این اساس چهار مؤلفه مداخله‌ای را در شیوه درمانی خود مطرح می‌کند. هشیاری فراگیر بنیادین^۲ و تحمل پریشانی^۳ به عنوان مؤلفه پذیرش و تنظیم هیجان^۴ و کارآمدی بین فردی^۵ به عنوان مؤلفه‌های تغییر مطرح می‌شوند [۲۴، ۲۵]. رفتار درمانی دیالکتیکی^۶ روشی است که هنوز به طور معمول در درمان اختلال دو قطبی به کار گرفته نشده است اما دلایلی وجود دارد که این درمان می‌تواند به این بیماران کمک کند [۱۹]. مطالعات نشان داده است که رفتار درمانی دیالکتیکی یک درمان بسیار مؤثر بر اختلال شخصیت مرزی است [۲۶] و در کاهش بستری شدن در بیمارستان، افزایش پایبندی به درمان و بهبود عملکرد اجتماعی کلی افراد مبتلا به اختلال شخصیت مرزی مؤثر بوده است [۲۷]. شباهت‌های موجود بین این اختلال با اختلال دو قطبی (مانند بدتنظیمی هیجان، رفتارهای آسیب به خود، خودکشی، تکانشگری، مشکلات بین فردی و عدم پایبندی به درمان) دلایلی است که باعث شده رفتار درمانی دیالکتیکی برای درمان این اختلال مد نظر قرار گیرد [۱۹]. این درمان در اصل برای کمک به افراد دارای مشکلات در تنظیم هیجانات و پیامدهای این مشکلات تدوین شد.

7- Williams, Alatiq, Crane, Barnhofer & Fennell
8- Weber, Jermann, Gex Fabry, Nallet & Bondolfi
9- Goldstein, Fersch-Podrat, Rivera & Axelson, Merranko
10- Van Dijk, Jeffrey & Katz
11- Birmaher
12- Brent

1- Miklowtiz
2- core Mindfulness
3- distress Tolerance
4- emotion regulation
5- interpersonal effectiveness
6- Dialectical Behavior Therapy (DBT)

روش درمانی بر بیماران مبتلا به اختلال دو قطبی صورت نگرفته است لذا این پژوهش با هدف بررسی دو فرضیه زیر انجام گرفت:

۱- رفتار درمانی دیالکتیکی بر بی‌ثباتی هیجانی افراد مبتلا به اختلال مؤثر است. ۲- رفتار درمانی دیالکتیکی بر تکانشگری افراد مبتلا به اختلال دو قطبی مؤثر است.

روش

طرح پژوهش: در این مطالعه از روش پژوهشی نیمه تجربی استفاده شد. طرح پژوهش حاضر پیش‌آزمون-پس‌آزمون با گروه کنترل و پیگیری ۴۵ روزه بود که در آن اثر بخشی یک متغیر مستقل یعنی رفتار درمانی دیالکتیکی بر متغیر وابسته یعنی بی‌ثباتی هیجانی و تکانشگری مورد بررسی قرار گرفته است و شامل مراحل اجرایی زیر بود:

- ۱- جایگزین کردن تصادفی آزمودنی‌ها ۲- اجرای پیش‌آزمون و جمع‌آوری داده‌ها ۳- اجرای متغیر مستقل روی گروه آزمایش ۴- اجرای پس‌آزمون و جمع‌آوری داده‌ها ۵- اجرای آزمون پیگیری و جمع‌آوری داده‌ها (با فاصله زمانی ۴۵ روزه)

آزمودنی‌ها: جامعه پژوهش حاضر، شامل کلیه زنان و مردان مراجعه‌کننده به مراکز خصوصی روانپزشکی شهر اصفهان در فاصله ماه‌های پاییز و زمستان ۱۳۹۳ بودند. محقق به منظور انتخاب آزمودنی‌ها، از سه مرکز خصوصی شهر اصفهان به شیوه نمونه‌گیری در دسترس تعداد ۲۴ نفر که دارای ملاک‌های ورود به مطالعه شامل: ۱- تشخیص اختلال دو قطبی نوع یک یا دو بر اساس راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی ۴ نسخه ۵ توسط روانپزشک و روانشناس بالینی، ۲- داروی مورد استفاده در این بیماران کاربامازپین و بنزودیازپین بود ۳- سطح تحصیلات آنها حداقل دیپلم ۴- سن بین ۲۰ تا ۴۰ سال و ۵- تمایل به شرکت در جلسات درمانی. همچنین ملاک‌های خروج عبارت بودند از:

- ۱- ابتلاء به اختلال روانپزشکی جدی دیگر به طور همزمان یا ابتلاء به اختلالات نورولوژیک
- ۲- عدم دارا بودن افکار خودکشی و نبود علائم دوره حاد بیماری
- ۳- عدم ابتلاء به سوء مصرف مواد

در سال‌های اخیر رفتار درمانی دیالکتیکی علاوه بر اختلال شخصیت مرزی برای شمار زیادی از اختلالات نیز به کار رفته است. پیچیدگی و تنوع مشکلات در افراد مبتلا به اختلال شخصیت مرزی، باعث شده که رفتار درمانی دیالکتیکی به عنوان درمانی مؤثر برای این جمعیت، دارای راهبردهایی برای ارزیابی و درمان شمار زیادی از مشکلات باشد [۳۳] علوی، غروی، یزدی، فدردی [۳۴] در پژوهشی اثر بخشی رفتار درمانی دیالکتیکی را بر نشانه‌های افسردگی دانشجویان نشان دادند. همچنین استفاده از این روش در درمان اختلالات خوردن به ویژه پرخوری عصبی [۳۵]، میزان ولع و خودنظم بخشی مصرف‌کنندگان شیشه [۳۶]، کودکان و نوجوانان مبتلا به اختلال بیش‌فعالی کمبود توجه [۳۷]، افراد دارای افکار خودکشی [۳۸]، افسردگی [۳۹]، اختلال سایکو-سوماتیک مانند اختلالات درد [۴۰]، اختلالات خلقی [۳۳]، وسواس‌کنندگی [۴۱]، اختلال استرس پس از سانحه [۴۲]، موفقیت‌آمیز بوده و نتایج امیدوارکننده‌ای به همراه داشته است. با توجه به ماهیت رفتار درمانی دیالکتیکی به دلیل توجه به مفاهیمی مانند پذیرش احساسات و هیجانات خود، افزایش آگاهی، حضور در لحظه، مشاهده‌گری بدون داوری، آموزش تحمل‌پریشانی (تکنیک‌های ذهن آگاهی)، کنترل رفتارهای تکانه‌ای، شناسایی رفتارهای خودتخریبی، کاهش تکانشگری، خودآسیبی، تنظیم هیجان و بهبود بخشیدن به مسائل خلقی و هیجانی نظیر افسردگی، اضطراب، خشم، بی‌ثباتی هیجانی، تحریک‌پذیری و افزایش کیفیت زندگی و کارآمدی بین‌فردی [۱۹]، به علاوه تأکید بر ویژگی‌های بالینی مشترک بین افراد مبتلا به اختلال شخصیت مرزی و افراد مبتلا به اختلال دو قطبی [۲۸] عودکننده بودن این اختلال و نقش بدتنظیمی هیجانی در عود مکرر این اختلال همچنین نقش مؤثر این درمان بر کاهش نشانه‌های افسردگی و شیدایی و بهبود اختلال هیجانی در افراد مبتلا به اختلال دو قطبی [۲۸، ۱۹] و با توجه به خلاء پژوهشی در این زمینه که در خارج از کشور تنها دو مطالعه بر نوجوانان و یک مطالعه بر بزرگسالان با استفاده از این روش درمانی صورت گرفته و در ایران هیچ پژوهشی با استفاده از این

1- pain disorder

2- trichotillomania

3- posttraumatic Stress disorder

۴- غیبت بیش از دو جلسه و عدم همکاری در جلسات درمانی این افراد به صورت تصادفی در دو گروه ۱۲ نفره آزمایش و کنترل قرار داده شدند. گروه آزمایش علاوه بر درمان دارویی، رفتار درمانی دیالکتیکی و گروه کنترل صرفاً درمان دارویی دریافت نمود.

ابزار

۱- پرسشنامه بارت^۱: [۴۳] نسخه‌ی یازدهم مقیاس تکانشگری که یک مقیاس خود گزارش دهی با ۳۰ ماده‌ای است که تکانشگری را می‌سنجد آزمودنی باید به هر یک از ماده‌های این پرسشنامه که در یک مقیاس چهار درجه‌ای لیکرتی (۱- هیچ‌گاه/ به ندرت، ۲- گاهی اوقات، ۳- اغلب، ۴- اکثر اوقات/ همیشه) تنظیم شده است پاسخ دهد. ۱۱ ماده از ۳۰ ماده‌ی این مقیاس به طور معکوس نمره‌گذاری می‌شوند. حداقل و حداکثر نمره در مقیاس مذکور به ترتیب ۳۰ و ۱۲۰ است. جاوید و همکاران [۴۴] روایی سنجی فرم فارسی مقیاس تکانشگری بارت انجام دادند. این مقیاس روی یک گروه ۲۵۹ نفری دانشجویان اجرا گردید نتایج این تحقیق حاکی از وجود سه عامل با نام‌های تکانشگری تکانشگری توجهی، تکانشگری حرکتی و عدم برنامه‌ریزی بود. اعتبار کل پرسشنامه تکانشگری از دو روش آلفای کرونباخ و بازآزمایی مورد تحلیل قرار گرفت که به ترتیب ۰/۷۷ و ۰/۸۱ به دست آمد. در مجموع نتایج این پژوهش حمایت تجربی کافی برای استفاده از این مقیاس در موقعیت‌های پژوهشی و بالینی در ایران را فراهم می‌کند.

۲- پرسشنامه شخصیتی آیزنک بزرگسالان: پرسشنامه شخصیتی آیزنک^۲ یک مقیاس ۹۰ سوالی است که روان‌گسسته‌گرایی (P)، روان‌آزرده‌گرایی (N)، برون‌گرایی (E)، دروغ (L) را می‌سنجد و برای هر یک از مواد پرسشنامه دو گزینه (بلی) و (خیر) وجود دارد که در برخی موارد گزینه بلی ۱ نمره و خیر صفر می‌گیرد. برای سنجش بی‌ثباتی هیجانی از خرده مقیاس روان‌آزرده‌گرایی (شامل ۲۳ سوال) در پرسشنامه شخصیت آیزنک استفاده گردید. در نمونه ایرانی ضریب آلفای کرونباخ به شرح زیر ارائه شده است: $L=0/72$, $N=0/89$, $E=0/92$, $P=0/72$ که نشان

دهنده اعتبار بالا و قابل قبول است. کاویانی و موسوی [۴۵] در پژوهشی با هدف اعتبار سنجی و هنجاریابی فرم تجدید نظر شده پرسشنامه آیزنک در گروه‌های سنی مختلف جمعیت ایرانی انجام گردید و این پرسشنامه دارای روایی و پایایی مطلوب است.

روند اجرای پژوهش: پس از دریافت رضایت نامه کتبی، بیماران به صورت تصادفی در دو گروه قرار گرفتند. ۱۲ نفر در گروه آزمایش قرار گرفتند که درمان دارویی (کاربامازپین و بنزودیازپین) به همراه رفتار درمانی دیالکتیکی دریافت کردند، ۱۲ نفر در گروه کنترل که تنها درمان دارویی (کاربامازپین و بنزودیازپین) دریافت کردند. (لازم به ذکر است دوز داروی آزمودنی‌ها در هر دو گروه تا انتهای درمان ثابت بوده است). به منظور دو سویه کور بودن مطالعه، درمان توسط روانشناس بالینی آموزش دیده در زمینه رفتار درمانی دیالکتیکی که از اهداف پژوهش مطلع نبود به صورت دو مرتبه در هفته طی ۸ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای و بر اساس بسته درمانی برای رفتار درمانی دیالکتیکی لینهان^۳ [۴۵] برگزار گردید. آزمودنی‌ها در دو گروه در سه مرحله پیش آزمون پس آزمون و پیگیری ۴۵ روزه به ابزارهای پژوهش پاسخ دادند.

محتوای جلسات درمانی در جدول ۱ آمده است. داده‌های گردآوری شده توسط بسته آماری در علوم اجتماعی^۴ ۲۰ نسخه مناسب و مرتبط با فرضیه آماری مورد تحلیل قرار گرفتند.

1- Barratt
2- Eysenk

3- Linehan
4- Statistical package for social science(SPSS)

جدول ۱) محتوای جلسات آموزش گروهی رفتار درمانی دیالکتیکی متناسب با اختلال دو قطبی

مهارت	جلسه	محتوای هر جلسه
آموزش هوشیاری فراگیر	اول	در جلسه اول، پس از آشنایی با اهداف و قوانین گروه در بخش مهارت‌های هوشیاری فراگیر ^۱ ، با سه حالت ذهنی منطقی ^۲ ، هیجانی ^۳ و خودگرا ^۴ آشنا می‌شوند. به اعضای گروه توضیح داده می‌شود که منظور از حالات ذهنی در این طرح، سه حالت ذهنی منطقی، هیجانی و خرد گرا است.
	دوم	در این جلسه علاوه بر تمرین حالات ذهنی جلسه قبل، به آموزش مهارت‌های "چه چیز ^۵ " و مهارت‌های "چگونه ^۶ " هوشیاری فراگیر، شامل مشاهده، توصیف و شرکت کردن و مهارت‌های "چگونه" شامل اتخاذ موضع غیر قضاوتی، خود ذهن آگاهی و کارآمد عمل کردن اختصاص یافت، ارائه تکالیف برای جلسه بعدی.
	سوم	مروری بر انجام تکالیف جلسه قبل، مهارت‌های "چه چیز" و "چگونه" به طور عملی در گروه تمرین شد چون این تمرین‌ها هسته مرکزی رفتار درمانی دیالکتیکی محسوب می‌شود، بنابراین در ابتدا آموزش داده می‌شود.
آموزش تحمل پریشانی	چهارم	مروری بر انجام تکالیف جلسه قبل، مؤلفه‌ی تحمل پریشانی یعنی راهبردهای بقا در بحران شامل: ۱- راهبردهای پرت کردن حواس پنجگانه ۲- خود آرام سازی با حواس پنج گانه ۳- مهارت های بهسازی لحظات ۴- تکنیک سود، ارائه تکالیف برای جلسه بعدی.
	پنجم	مروری بر انجام تکالیف جلسه قبل، ۱- مهارت های پرت کردن حواس تسکین دادن به خود با استفاده از حواس شش گانه و تمرین ذهن آگاهی ۲- آموزش مهارت های خود آرام سازی ۳- آموزش مهارت‌های بهسازی لحظات و تکنیک سود و زیان، ارائه تکالیف برای جلسه بعدی.
آموزش تنظیم هیجان و کارآمدی بین فردی	ششم	در این جلسه ضمن مرور مهارت‌های قبلی آموزش مهارت پذیرش واقعیت شامل: ۱- پذیرش محض ۲- برگرداندن ذهن ۳- رضایتمندی همچنین آموزش الگوی شناسایی هیجان‌ات و برجسب زدن به آنها که منجر به توانایی کنترل کردن هیجان‌ات می‌گردد، پذیرش هیجان‌ات حتی در صورت منفی بودن، آموزش مهارت های برای کاهش آسیب پذیری نسبت به هیجان‌ات منفی، ارائه تکالیف جلسه بعدی.
	هفتم	در این جلسه ضمن مرور مهارت‌های قبلی آموزش ایجاد تجارب هیجانی مثبت از طریق ایجاد تجارب هیجانی مثبت کوتاه مدت (مثل تفریح) و تجارب هیجانی مثبت بلند مدت (از طریق کار کردن بر روی سه حوزه ی اهداف زندگی، روابط و هوشیاری فراگیر نسبت به تجارب مثبت)، آموزش رها کردن رنج هیجانی از طریق پذیرش هیجان‌ات و تغییر دادن هیجان‌ات منفی از طریق کنش متضاد با هیجان، ارائه تکالیف برای جلسه بعدی.
	هشتم	در جلسه آخر، ضمن مرور آموزش‌های قبلی، آموزش مهارت‌های ارتباطی مؤثر، مهارت گوش دادن، مهارت جسارت آموزی و کنترل خشم به صورت عملی در گروه تمرین شد. همچنین ارائه بازخورد به آزمودنی‌ها و رفع مشکلات آنها در روند انجام تکالیف و اجرای پس‌آزمون‌ها.

- 1- Core mindfulness
- 2- reasonable mind
- 3- emotional mind
- 4- wise mind
- 5- what skills
- 6- How skills

یافته‌ها

شرکت کنندگان در پژوهش تعداد ۲۴ نفر بودند که ۱۲ نفر در گروه آزمایش رفتار درمانی دیالکتیکی و ۱۲ نفر در گروه کنترل قرار داشتند. که ۴ نفر ۲۰ تا ۲۵ سال سن (۱۶/۷ درصد)، ۹ نفر ۲۶ تا ۳۰ سال سن (۳۷/۵ درصد) و ۷ نفر نیز ۳۱ ساله تا ۳۵ سال (۲۹/۲ درصد) دارند و نهایتاً ۴ نفر نیز بالای ۳۶ سال سن (۱۶/۷ درصد) دارند. با میانگین سنی ۲۹/۳۷ و انحراف استاندارد ۴/۱۷ می‌باشند. ۱۴ نفر از اعضای نمونه را مردان (۵۸/۳ درصد) و ۱۰ نفر از اعضای نمونه را زنان (۴۱/۷ درصد) تشکیل داده‌اند. در بین اعضای نمونه ۱۶ نفر دارای تحصیلات دیپلم (۳۳/۳ درصد)، ۱۰ نفر فوق دیپلم (۲۰/۸ درصد) و ۲۲ نفر تحصیلات دانشگاهی لیسانس (۴۵/۸ درصد) داشته‌اند.

با توجه به این آزمون فرضیه‌های این پژوهش نیازمند استفاده از تحلیل واریانس با اندازه‌های مکرر بود، باید پیش فرض‌های لازم رعایت می‌گردید. نتایج حاصل از بررسی این پیش فرض‌ها در ادامه ارائه شده است.

نتایج آزمون کلموگروف-اسمیرنوف حاکی از نرمال بودن توزیع نمرات در همه متغیرهای پژوهش است ($p > 0.05$).

پیش فرض برابری واریانس‌ها در گروه‌ها نیز برقرار بود (بی‌ثباتی هیجانی: $P=0.25$, $F=1/39$ ، تکانشگری توجهی: $P=0.86$, $F=0.02$ ، تکانشگری حرکتی: $P=0.11$, $F=3/11$).

$P=0.09$ ، عدم برنامه ریزی: $F=1/32$ ، $P=0.27$). جهت بررسی برابری کوواریانس‌ها از آزمون باکس استفاده شد. با توجه به معنا دار نبودن آزمون باکس، در سطح ۰/۰۵ پیش فرض برابری کواریانس‌ها برقرار می‌باشد ($M \text{ box}=5/34$ ، $\text{sig}=0/73$).

پیش فرض همگنی کوواریانس‌ها (یا برابری کوواریانس‌ها با کوواریانس کل) با استفاده از آزمون ماچلی تأیید شده است. پس باید از ضریب کرویت استفاده کرد. معنادار نبودن ارزش ماچلی نشان داد که بین متغیرهای وابسته و مستقل در اندازه گیری مکرر تشابه روابطی ندارد (آماره $=0.12$ ، $\text{sig}=0.09$).

در جدول ۲ میانگین و انحراف استاندارد نمرات بی‌ثباتی هیجانی و ابعاد تکانشگری در پیش آزمون - پس آزمون و پیگیری دو گروه‌های آزمایش و کنترل ارائه شده است. برای بررسی فرضیه‌ی اول مبنی بر اثر بخشی رفتار درمانی دیالکتیکی و دارو درمانی بر بی‌ثباتی هیجانی بیماران دو قطبی از آزمون تحلیل واریانس اندازه گیری مکرر استفاده شد.

جدول شماره ۳ به تحلیل واریانس اندازه گیری مکرر بر بی‌ثباتی هیجانی و ابعاد تکانشگری (توجهی، حرکتی و عدم برنامه ریزی) در مرحله پس آزمون پرداخته است.

جدول ۲) میانگین و انحراف استاندارد نمرات بی‌ثباتی هیجانی و ابعاد تکانشگری در پیش آزمون - پس آزمون و پیگیری دو گروه‌های آزمایش و کنترل

متغیرها	گروه	پیش آزمون		پس آزمون		پیگیری	
		میانگین	انحراف استاندارد	میانگین	انحراف استاندارد	میانگین	انحراف استاندارد
بی‌ثباتی هیجانی	آزمایش	۱۲/۶۶	۳/۷۸	۸/۲۵	۱/۲۰	۷/۸۵	۱/۳۷
	کنترل	۱۳/۵۰	۳/۹۱	۱۲/۸۳	۳/۵۸	۱۲/۳۷	۲/۵۶
تکانشگری توجهی	آزمایش	۳۳/۶۶	۴/۰۷	۲۰/۷۵	۴/۲۰	۲۰/۶۳	۴/۰۲
	کنترل	۲۴/۰۰	۳/۹۵	۲۲/۸۳	۴/۱۳	۲۳/۵۳	۳/۱۳
تکانشگری حرکتی	آزمایش	۲۳/۸۳	۴/۸۳	۱۸/۸۳	۳/۴۸	۱۸/۹۲	۳/۹۸
	کنترل	۲۳/۱۶	۵/۰۹	۲۲/۵۸	۵/۰۳	۲۳/۳۸	۴/۸۳
عدم برنامه ریزی	آزمایش	۲۴/۷۵	۳/۵۹	۲۲/۹۳	۳/۰۹	۲۲/۰۷	۳/۲۴
	کنترل	۲۴/۱۶	۴/۲۳	۲۵/۳۳	۲/۳۸	۲۴/۳۸	۲/۸۸

به مرحله پیش آزمون در گروه آزمایش نسبت به کنترل کاهش یافته است. ولی برای اینکه مشخص شود آیا این

همانطور که نتایج جدول ۲ نشان می‌دهد میانگین متغیرهای پژوهش در مرحله پس آزمون و پیگیری نسبت

متغیر معنادار است یا خیر از تحلیل واریانس اندازه گیری ها مکرر استفاده شده است.

جدول ۳) نتایج تحلیل اندازه گیری مکرر جهت تعیین تأثیر رفتار درمانی دیالکتیکی بر بی‌ثباتی هیجانی و ابعاد تکانشگری (توجهی، حرکتی و عدم برنامه ریزی) در مرحله پس‌آزمون

مقیاس	منبع	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	سطح معناداری	حجم اثر	توان آماری
بی‌ثباتی هیجانی	درون گروهی	زمان زمان×گروه خطا	۲ ۲ ۴۶	۱۹۱/۴۲ ۲۳۸/۱۲ ۲/۵۲	۷/۶۹ ۱۱/۱۴ ---	۰/۰۱ ۰/۰۱ ---	۰/۲۰ ۰/۲۶ ---	۰/۸۳ ۰/۷۰ ---
	بین گروهی	گروه خطا	۱ ۲۳	۱۵۳/۱۸ ۱۲/۶۷	۱۲/۰۸ ---	۰/۰۱ ---	۰/۲۸ ---	۰/۸۷ ---
تکانشگری توجهی	درون گروهی	زمان زمان×گروه خطا	۲ ۲ ۴۶	۳۰۳/۷۱ ۵۳/۹۵ ۳۱/۱۰	۹/۷۶ ۱/۷۳ ---	۰/۰۱ ۰/۱۸ ---	۰/۲۳ ۰/۰۵ ---	۰/۷۳ ۰/۳۰ ---
	بین گروهی	گروه خطا	۱ ۲۳	۹۷۸/۹۸ ۲۶۰/۲۸	۳/۷۶ ---	۰/۰۴ ---	۰/۱۳ ---	۰/۴۳ ---
تکانشگری حرکتی	درون گروهی	زمان زمان×گروه خطا	۲ ۲ ۴۶	۲۴۱/۹۲ ۲۸۳/۳۳ ۱۹/۶۹	۱۲/۲۸ ۱۴/۳۹ ---	۰/۰۱ ۰/۰۱ ---	۰/۲۸ ۰/۳۱ ---	۰/۸۱ ۰/۹۰ ---
	بین گروهی	گروه خطا	۱ ۲۳	۱۵۹۲/۲۴ ۱۲۹/۷۱	۱۲/۲۷ ---	۰/۰۱ ---	۰/۲۸ ---	۰/۸۰ ---
عدم برنامه ریزی	درون گروهی	زمان زمان×گروه خطا	۲ ۲ ۴۶	۳۸۲/۸۶ ۱۵۸/۸۶ ۴۸/۷۷	۷/۸۴ ۳/۲۵ ---	۰/۰۱ ۰/۰۵ ---	۰/۲۰ ۰/۱۱ ---	۰/۷۵ ۰/۵۳ ---
	بین گروهی	گروه خطا	۱ ۲۳	۱۱۰۰/۲۴ ۵۸۴/۶۵	۳/۸۸ ---	۰/۰۳ ---	۰/۱۱ ---	۰/۶۰ ---

بی‌ثباتی هیجانی گروه آزمایش و کنترل تفاوت معنادار وجود دارد. همچنین نتایج جدول ۳ حاکی از آن است که تأثیر زمان اندازه گیری بر نمرات تکانشگری توجهی ($F=9/768, P=0/01$)، تکانشگری حرکتی ($F=12/28, P=0/01$) و عدم برنامه ریزی ($F=7/84, P=0/01$) معنادار می‌باشد می‌توان بیان کرد که صرف نظر از گروه آزمایش بین میانگین نمرات تکانشگری توجهی و تکانشگری حرکتی، عدم برنامه ریزی در پیش‌آزمون پس‌آزمون و پیگیری تفاوت معنا دار وجود دارد همچنین اثر تعامل بین زمان و گروه تنها در مورد تکانشگری حرکتی ($F=14/39, P=0/01$) معنادار است. یعنی تفاوت میانگین نمرات تکانشگری حرکتی در زمان‌های مختلف با توجه به سطح متغیر گروه متفاوت است. همانطور که در

همان طور که در جدول ۳ مشاهده می‌شود تأثیر زمان اندازه گیری بر نمرات بی‌ثباتی هیجانی معنا دار می‌باشد ($P=0/01, F=7/69$) می‌توان بیان کرد که صرف نظر از عضویت گروهی بین میانگین نمرات بی‌ثباتی هیجانی در پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری تفاوت معنا دار وجود دارد. همچنین اثر تعامل بین زمان و گروه نیز معنا دار می‌باشد ($F=11/14, P=0/01$) که نشان می‌دهد تفاوت میانگین نمرات بی‌ثباتی هیجانی در زمان‌های مختلف با توجه به سطوح متغیر گروه متفاوت است. همانطور که در جدول ۳ مشاهده می‌شود تأثیر گروه نیز بر نمرات بی‌ثباتی هیجانی معنادار است ($F=12/08, P=0/01$) که نشان می‌دهد صرف نظر از زمان اندازه گیری بین میانگین نمرات

زمان اندازه‌گیری بین نمرات تکانشگری گروه آزمایش و کنترل تفاوت معنا داری وجود دارد. تعامل بین گروهی با توجه به سطوح عامل درون گروهی با استفاده از آزمون تعقیبی بونفرونی مورد بررسی قرار گرفت.

جدول ۳ مشاهده می‌شود تأثیر گروه نیز بر نمرات تکانشگری توجهی ($F=3/76, P=0/04$)، تکانشگری حرکتی ($F=12/27, P=0/01$) و عدم برنامه ریزی ($F=3/88, P=0/03$) معنا دار است. یعنی صرف نظر از

جدول ۴) آزمون تعقیبی بونفرونی برای مقایسه‌ی مقیاس‌ها به صورت زوجی در سری زمانی

مقیاس	مرحله A	مرحله B	اختلاف میانگین A-B	خطای استاندارد	سطح معناداری
بی‌ثباتی هیجانی	پیش آزمون	پس آزمون	۴/۴۱	۱/۶۶	۰/۰۱
	پس آزمون	پیگیری	۴/۸۱	۱/۶۳	۰/۰۱
	پس آزمون	پیگیری	۰/۰۴	۰/۲۲	۰/۹۹
تکانشگری توجهی	پیش آزمون	پس آزمون	-۴/۵۲	۱/۳۰	۰/۰۱
	پس آزمون	پیگیری	-۴/۷۰	۱/۳۲	۰/۰۱
	پس آزمون	پیگیری	-۰/۱۷	۰/۱۷	۰/۹۵
تکانشگری حرکتی	پیش آزمون	پس آزمون	۵/۵۲	۲/۰۶	۰/۰۳
	پس آزمون	پیگیری	۶/۰۵	۲/۰۷	۰/۰۲
	پس آزمون	پیگیری	۰/۵۲	۰/۱۷	۰/۰۷
عدم برنامه ریزی	پیش آزمون	پس آزمون	-۱/۹۷	۰/۷۰	۰/۰۲
	پس آزمون	پیگیری	-۲/۱۴	۰/۷۱	۰/۰۱
	پس آزمون	پیگیری	-۰/۱۷	۰/۱۲	۰/۵۳

بودن رفتار درمانی دیالکتیکی بر کاهش بی‌ثباتی آزمودنی‌ها گروه آزمایش بود. همانطور که اشاره شد این پژوهش اولین مطالعه با استفاده از مهارت‌های رفتار درمانی دیالکتیکی بر بیماران دو قطبی بزگسال در ایران است و به جز پژوهش ون دیجیک و همکاران [۱۹] هیچ پژوهشی بر بزرگسالان با این روش صورت نگرفته است که در پژوهش مذکور اثر بخشی رفتار درمانی دیالکتیکی بر کاهش علائم افسردگی و افزایش کنترل هیجانی و خود کارآمدی تأیید شد. یافته‌های این پژوهش با نتایج پژوهش ون دیجیک و همکاران [۱۹] در جهت افزایش کنترل هیجانی یا به تعبیری کاهش بی‌ثباتی هیجان همخوانی دارد. همچنین یافته‌های این پژوهش با نتایج پژوهش گلدشتاین و همکاران [۳۲] بر نوجوانان مبتلا به اختلال دو قطبی مبنی بر تأثیر رفتار درمانی دیالکتیکی بر بدتنظیمی هیجانی همسویی دارد اما

با توجه به جدول ۴ نتایج نشان داد تفاوت بین میانگین نمرات بی‌ثباتی هیجانی و ابعاد تکانشگری مرحله پس آزمون و پیگیری با پیش آزمون معنا دار بوده است ($p < 0/05$).

بحث

این پژوهش با هدف اثر بخشی رفتار درمانی دیالکتیکی بر بی‌ثباتی هیجانی و تکانشگری در افراد مبتلا به اختلال دو قطبی انجام گرفت. نتایج پژوهش نشان داد که آموزش مهارت‌های مبتنی بر رفتار درمانی دیالکتیکی به آزمودنی‌های گروه آزمایش موجب کاهش نمرات بی‌ثباتی هیجانی شده است، به طوری که نمرات پس آزمون بعد از طی هشت جلسه مداخله کاهش قابل توجهی نسبت به نمرات قبل از مداخله داشتند و این تأثیر در مرحله پیگیری ۴۵ روزه نیز پایداری خود را حفظ نمود. یافته‌ها حاکی از مؤثر

شود یا به صورت پیامد رفتاری در این دوره‌ها مثل سوء مصرف مواد، روابط فرزاناشویی و قماربازی می‌شود. [۱۹]. همچنین آموزش مهارت‌های مؤثر بین فردی به بیماران در بهبود ارتباطات در زندگی شان کمک می‌کند. آموزش این مهارت‌ها به بیماران کمک می‌کند تا ارتباطاتشان را در موارد مورد نیاز بازسازی نمایند. لذا آموزش تکنیک‌های ارتباطی مانند مهارت نه گفتن و مذاکره برای حل تعارض و مهارت های جسارت آموزی به بیماران مبتلا به اختلال دو قطبی باعث کاهش بی‌ثباتی هیجانی در این بیماران گردید.

نتایج نشان داد که رفتار درمانی دیالکتیکی بهبود قابل توجهی قبل و پس از درمان در علائم خودکشی، رفتارهای خود آسیب رسان، اختلال در تنظیم هیجان و نشانه‌های افسردگی در بیماران مبتلا به اختلال دو قطبی داشته در نتیجه رفتار درمانی دیالکتیکی به عنوان یک رویکرد روانی-اجتماعی در درمان بزرگسالان مبتلا به اختلال دو قطبی بوده است [۵۴].

با توجه به اشتراکات ذکر شده برای اختلال دو قطبی و مرزی در تبیین فیزیولوژیک نتایج فرضیه اول می‌توان به همسویی یافته‌ها به طور غیر مستقیم با یافته‌های پژوهش اشنل و هرپرتز^۳ [۵۵] اشاره نمود که در مطالعه خود بر زنان مبتلا به اختلال شخصیت مرزی تحت رفتار درمانی دیالکتیکی با بررسی نتایج قبل و بعد از درمان از طریق fMRI نشان دادند که این درمان موجب تغییرات عصب شناختی در ناحیه هیپوکامپ، سینگولا و منطقه پیش پیشانی شده است. این ساختار نقش مهمی در برجسته کردن محرک‌های هیجانی و در عین حال استفاده از راهبردهای شناختی در کاهش هیجانات منفی دارد. لذا این رویکرد به تنظیم هیجان این بیماران کمک کرده و لذا تلویحاتی برای چنین تأثیر گذاری در بیماران دو قطبی نیز مطرح می‌شود.

نتایج فرضیه دوم پژوهش نشان داد که رفتار درمانی دیالکتیکی بر کاهش ابعاد تکانشگری (توجهی، حرکتی و بی برنامه‌گی) مؤثر بوده و این نتایج در مرحله پیگیری ۴۵ روزه نیز پایداری خود را حفظ کرد. یافته‌ها حاکی از مؤثر بودن مداخله‌ی رفتار درمانی دیالکتیکی بر کاهش تکانشگری آزمودنی‌ها گروه آزمایش بود. یافته‌های پژوهش حاضر در

بایستی به تفاوت نمونه به لحاظ سنی اشاره نمود. همچنین نتایج این فرضیه با مطالعات لینهان، کامتویس، موری، براون، گالوپ و هیرد [۴۷] و سالکدو، گولد، شیخ، مارکوس، نرنبرگ و همکاران^۲ [۴۸] مبنی بر اثر بخشی رفتار درمانی دیالکتیکی بر مدیریت بدتنظیمی هیجان در سایر جمعیت‌های بالینی همسویی دارد. همچنین هارلند، کورسلاند، فوا^۳ و لینهان [۴۹] که در پژوهش خود از رفتار درمانی دیالکتیکی بر بیماران مبتلا به اختلال شخصیت مرزی استفاده کردند، نتایج نشان داد که این درمان باعث بهبودی در چندین حوزه هیجانی از قبیل افسردگی، تحریک پذیری، اضطراب، خشم و عدم ثبات هیجانی می‌شود که با نتایج پژوهش حاضر غیر مستقیم همسو است.

همچنین نتایج فرضیه اول با یافته‌های پژوهش [۵۰، ۵۱، ۵۲، ۵۳] مبنی بر تأثیر رفتار درمانی دیالکتیکی بر تنظیم هیجان و بهبود بخشیدن به مسایل خلقی و هیجانی نظیر افسردگی، اضطراب، خشم، بی‌ثباتی هیجانی و تحریک پذیری، گرایش به خشم و خصومت در بیماران مبتلا به اختلال شخصیت مرزی به دلیل شباهت با بیماران دو قطبی به طور غیر مستقیم همسویی دارد.

در تبیین یافته‌های این فرضیه می‌توان دلایلی را مطرح نمود. مهارت‌های رفتار درمانی دیالکتیکی بدتنظیمی هیجانات را مورد هدف قرار می‌دهد که یکی از علائم اولیه در بی‌ثباتی خلق می‌باشد. هسته اصلی رفتار درمانی دیالکتیکی، مهارت‌های ذهن آگاهی و نظم بخشی هیجانی است که به بیمار یاد می‌دهد نسبت به هیجانات، افکار و رفتارهایشان آگاه باشند. با هیجانات رو برو شوند و بر خلاف امیال شدید هیجانی عمل کنند. که این مهارت‌ها زمانی که فرد مبتلا با حملات افسردگی، مانیا و هیپومانیا مواجه می‌شود بسیار سودمند است. به علاوه تمرین ناهمجوشی فکر و هیجان برای نظم بخشی هیجانی و کاهش بی‌ثباتی بسیار اثر بخشی است. این اختلال اغلب باعث آسیب دیدن ارتباطات می‌شود که این مسأله خود به خشم و بی‌قراری در دوره‌های افسردگی و مانیا منجر می‌-

1- Comtois, Murray, Brown & Gallop, Heard
1- Salcedo, Gold, Sheikh, Marcus, Nierenberg et al
2- Harned, Korslund, Foa

3- Schnell & Herpertz

شیوه نمونه گیری در دسترس (بیماران مبتلا به اختلال دو قطبی مراجعه کننده به مراکز خصوصی شهر اصفهان) و تعداد نمونه اشاره نمود. لذا در تعمیم دهی نتایج بایستی جانب احتیاط رعایت گردد. در این مطالعه اثر بخشی رفتار درمانی دیالکتیکی تنها بر بی‌ثباتی هیجانی و تکانشگری در بیماران دو قطبی مورد بررسی واقع شد. پیشنهاد می‌شود این پژوهش بر نمونه بزرگتر در شهرهای مختلف تکرار شود. همچنین این روش درمانی بر سایر متغیرهای روانشناختی مرتبط با این اختلال صورت گیرد. پیشنهاد می‌شود تأثیر این مداخله آموزشی را در مقایسه با دیگر رویکردهای درمانی همچون شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی، روان درمانی شناختی-تحلیلی و رفتار درمانی شناختی مورد بررسی قرار دهند تا میزان تأثیر این روش‌ها در مقایسه با هم مشخص شود.

منابع

- 1- Kilbourne AM, Cornelius J R, Han X, Pincu HA, Shad M, Salloum I, et al. Burden of general medical conditions among individuals with bipolar disorder. *Bipolar Disord.* 2004; (6): 368° 73.
- 2- Novick DM, Swartz HA, Frank E. Suicide attempts in bipolar I and bipolar II disorder: are view and meta analysis of the evidence. *bipolar disord.* 2010; (12): 1° 9.
- 3- Keck JPE, McElroy SL, Strakowski SM, West SA, Sax KW, Hawkins JM, et al. 12-month outcome of patients with bipolar disorder following hospitalization for a manic or mixed episode. *Am J Psy-chiatry.* 1998; (155): 646° 52.
- 4- Sadock Bj and Sadock VA. Kaplan and Sadock's synopsis of psychiatry Behavioral sciences/clinical psychiatry, 10th ed. Williams & Wilkin. 2015. 1382-6891.
- 5- Sadock BJ & Sadock VA. pocket handbook of clinical psychiatry, 15th ed. Williams & Wilkin. 2010; 474-80
- 6- MacKinnon DF and Pies R. Affective instability as rapid cycling: theoretical and clinical implications for borderline personality and bipolar spectrum disorders. *Bipolar disord.* 2006; 12(8): 1399-5618.
- 7- Mahon K, Burdick KE, Wu J, Ardekani BA, Szeszko PR. Relationship between suicidality and impulsivity in bipolar I disorder: a diffusion tensor imaging study. *Bipolar Disord.* 2012; 1(41): 80° 89.
- 8- Berking M, Wupperman P. Emotion regulation and mental health: recent findings, current challenges, and future directions. *Curr Opin Psychiatry.* 2012; 25(2): 128-34.
- 9- Taylor Ch T, Hirshfeld-Becker DR, Ostacher MJ, Chow CW, LeBeau RT, Pollack MH, et al. Anxiety

رابطه با اثر بخشی رفتار درمانی دیالکتیکی بر تکانشگری توجهی با یافته‌های ون ویجیک [۱۹] مبنی بر تأثیر این درمان بر ذهن آگاهی بیشتر، خود کنترلی و خود کارآمدی همسویی دارد. همچنین نتایج این پژوهش با یافته‌های گلدشتاین و همکاران [۲۸] مبنی بر تأثیر رفتار درمانی دیالکتیکی بر کاهش افکار خودکشی همسویی دارد. اما بایستی به تفاوت سنی گروه نمونه در دو پژوهش اشاره نمود.

همچنین نتایج این فرضیه با یافته‌های لینهان [۵۶] مبنی بر کاهش رفتارهای تکانشگری و عصبانیت و بهبود سازگاری اجتماعی در میان بزرگسالان مبتلا به اختلال شخصیت مرزی و نتایج پژوهش ورهیل، بوسچ، کوتر، ریدر، استیجن و برینک [۵۷] سولر، پاسکال، کبریا، براچینا و کامپینز [۵۸] مبتنی بر اثر بخشی رفتار درمانی دیالکتیکی بر کاهش رفتارهای خودکشی و تکانشگری به دلیل شباهت اختلال مرزی و دو قطبی به طور غیر مستقیم همسویی دارد. تکانشگری ویژگی افراد مبتلا به اختلال دو قطبی در دوره مانیا و به طور خفیف تر در دوره هیپومانیا است. این اختلال با تکانشگری حرکتی (عمل بدون فکر مانند رفتارهای آسیب رسان به خود یا اقدام به خودکشی)، به صورت تکانشگری توجهی (مانند تصمیم گیری ضعیف، مشکل در حل تعارض و خودکنترلی) و عدم برنامه ریزی ظاهر می‌شود. در تبیین یافته‌های این فرضیه می‌توان به این نکته اشاره نمود آموزش مهارت حل مساله به این بیماران در جهت حل تعارض و تصمیم گیری کمک می‌کند و کارآمدی فرد را در کنترل خود افزایش می‌دهد. مهارت تحمل پریشانی به افراد مبتلا در کنار آمدن با موقعیت‌های آشفته ساز کمک می‌کند تا راهبردهای مقابله ای قدیمی مانند آسیب رسانی به خود، تکانشگری و عدم برنامه ریزی را با راهبردهای مقابله ای سالم جایگزین نماید. یافته‌های این پژوهش را می‌توان در حوزه‌های روانشناسی، مشاوره و روان درمانی به کار بست. چرا که رفتار درمانی دیالکتیکی منجر به کاهش بی‌ثباتی هیجانی و تکانشگری در بیماران مبتلا به اختلال دو قطبی شده است. به دلیل خاص بودن نمونه از محدودیت‌های این پژوهش بایستی به

- 1- Verheul, Bosch, Koeter, Ridder, Stijnen & Brink
- 2- Soler, Pascual, Cebrià, Barrachina & Campins

- Magnavita JJ. (editor). Handbook of personality disorders: Theory and practice. Philadelphia: Wiley and sons. 2004; 221-5.
- 25- Miller AM, Rathus JH, Linehan MM. Dialectical behavior therapy with suicidal adolescents. *Suicide life threat behav.* 2007; 38-95.
- 26- Bohus M, Haaf B, Stiglmayr C, Pohl UB, ohme R, Linehan M. Evaluation of inpatient dialectical-behavioral therapy for borderline personality disorder: a prospective study. *Behav Res Ther.* 2000; (38): 875-87.
- 27- Mehlum L, Tormoen AJ, Ramberg M, Haga E, Diep L M, Laberg S, Larsson BS, Stanley BH, Miller AL, Sund AM, Groholt B. Dialectical behavior therapy for adolescents with repeated suicidal and self harming behavior. random trial *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry.* 2014; (53): 1082-91.
- 28- Goldstein TR, Fersch Podrat RK, Rivera M, Axelson DA, Merranko J, Yu H, Brent DA, Birmaher B. Dialectical behavior therapy for adolescents with bipolar disorder. result pilot randomized trial *J Child Adolesc Psycho pharmacol.* 2015; (25): 140-9.
- 29- Teasdale JD, Segal ZV, Williams JMG, Ridgeway VA, Soulsby JM, Lau MA. Prevention of relapse/recurrence in major depression by mindfulness-based cognitive therapy. *J Consult Clin Psychol.* 2000; (68): 615-23.
- 30- Williams JMG, Alatiq Y, Crane C, Barnhofer T, Fennell MJV, Duggan DS, Hepburn S, et al. Mindfulness-based cognitive therapy (MBCT) in bipolar disorder: Preliminary evaluation of immediate effect on between-episode function *J Affect Disord.* 2008; (107): 275-79.
- 31- Weber B, Jermann F, Gex Fabry M, Nallet A, Bondolfi G, Aubry JM. Mindfulness-based cognitive therapy for bipolar disorder: a feasibility trial. *Eur Psychiatry.* 2010; (25): 334-7.
- 32- Goldstein TR, Axelson DA, Birmaher B, Brent DA. Dialectical behavior therapy for adolescents with bipolar disorder: a 1-year open trial *Acad J Am Child Adolesc Psychiatry.* 2007; (46): 820-30.
- 33- Backner D, Keough ME & Schmidt, NB. Problematic alcohol and cannabis use among young adults: the role of depression and discomfort and distress. *Addic Behav.* 2007; (32): 1957-63.
- 34- Alavi KH, Gharavi MM, Yazdi SAA, Fardadi JS. Effectiveness of group dialectical behavior therapy (based on core mindfulness, distress tolerance and emotion regulation components) on depressive symptoms in university students. *J Fundam Ment Health.* 2011; 13,2(50): 124-35 [Persian].
- 35- Telch CF, Agras WS, Linehan MM. Dialectical behavioral therapy for binge eating disorder. *J Couns Psychol.* 2001; (69): 1061-5.
- 36- Narimani M, Bagiyani-Kulemarez, MJ, Bavand-Pouri AR, Bakhti M. The Effectiveness of Group is associated with impulsivity in bipolar disorder. *J Anxiety Disord.* 2008; (22): 868-76.
- 10- Stanford MS, Mathias CW, Dougherty DM, Lake SL, Anderson NE, Patton JH. Fifty years of the Barratt Impulsiveness Scale. an update and review. *Personal Individ Differ.* 2009;47(5):385-95.
- 11- Victor SE, Johnson SH and Gotlib IH. Quality of life and impulsivity in bipolar disorder. *Bipolar disord.* 2011; (6): 13(3): 303-9.
- 12- Swann AC, Dougherty DM, Pazzaglia P J, Pham M, Steinberg J L & Moeller F G. Increased impulsivity associated with severity of suicide attempt history in patients with bipolar disorder *Ame J Psychiatry.* 2005; 162(9): 1680-7.
- 13- Swann AC, Dougherty DM, Pazzaglia PJ, Pham M & Moeller F G. Impulsivity. A link between bipolar disorder and substance abuse. *Bipolar Disord.* 2004; 6(3): 204-21.
- 14- Henry C, Mitropoulou V, New AS, Koenigsberg HW, Silverman J & Siever LJ. Affective instability and impulsivity in borderline personality and bipolar II disorders: Similarities and differences *Psychiatry Research.* 2001; 35(6): 307-12.
- 15- Newman AL, Meyer TD. Impulsivity: present during euthymia in bipolar disorder? a systematic review. *Int J Bipolar Disord.* 2014; (2): 2,1-16.
- 16- Kung CH, Lee SY, Chang YHW, Chen SL, Chen SH, Yang YK. Poorer sustained attention in bipolar I than bipolar II disorder. *Ann gen psychiatry.* 2010; 9(8): 1-7.
- 17- Zivanovic O, Nedic A. Kraepelin's concept of manic-depressive insanity: One hundred years later. *J of affect disord.* 2012; (137): 1-3,15-24.
- 18- Zaretsky, A. Targeted psychosocial interventions for bipolar disorder. *Bipolar disord.* 2003; 5(2): 80-7.
- 19- Van Dijk S, Jeffrey J, Katz MR. A randomized controlled pilot study of dialectical behavior therapy skills in a psycho educational group for individuals with bipolar disorder. *J Affect Disord.* 2013; (145): 386-93.
- 20- Cuerdo C, Velasco C, Merchan NJ, Garcia-Peris P, Arango C. The effects of second-generation antipsychotics on food intake, resting energy expenditure and physical activity. *Eur J Clin Nutr.* 2014; (68): 146-52.
- 21- Rizvi S, Zaretsky AE. Psychotherapy through the phases of bipolar disorder: evidence for general efficacy and differential effects. *J Clin Psychiatry.* 2007; (63): 491-506.
- 22- Scott J, Garland A, Moorhead S. A pilot study of cognitive therapy in bipolar disorders. *Psycholo Med.* 2001; (31): 459-67.
- 23- Miklowitz DJ. Adjunctive psychotherapy for bipolar disorder: state of the evidence. *Am J Psychiatry.* 2008; (165): 1408-19.
- 24- Robins CJ, Koons CR. Dialectical behavior therapy of severe personality disorders. In:

- for bipolar disorder: Current state of the research. *J Affect Disord.* 2016; (201): 203-14.
- 49- Harned MS, Korslund K E, Foa EB, Linehan MM. Treating PTSD in suicidal and self-injuring women with borderline personality disorder: Development and preliminary evaluation of a dialectical behavior therapy prolonged exposure protocol. *Behav Res Ther.* 2012; 50(6): 381-86.
- 50- Koerner K, Linehan M M. Research on dialectical behavior therapy for patients with borderline personality disorder. *Psychiatric Clin North Ame.* 2000; 23(1): 151-67.
- 51- Chew, CHE. The Effects of Dialectical Behavior Therapy on Moderately Depressed Adults. *Univ Denver.* 2006; 116(12): 627-32.
- 52- Dimeff L, Linehan MM. Dialectical Behavior Therapy in a Nutshell. *The Calif psycholo.* 2001; (34): 10-13.
- 53- Fischer JRS. Treatment of co-morbid methamphetamine substance abuse and borderline personality disorder features using modified dialectical behavior therapy. 10th ed: Western Michigan University, College of psychology. 2007; 7-162.
- 54- Goldstein R, Axelson DA, Birmaher B, Brent DA Dialectical Behavior Therapy for Adolescents With Bipolar Disorder. 1-Year Open Trial *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry.* 2007; 46(7): 820-30.
- 55- Schnell K, Herpertz SC. Effects of dialectical behavior therapy on the neural correlates of affective hyperarousal in borderline personality disorder. *J psychiatr res.* 2007; 41(10): 837-47.
- 56- Linehan MM, Schmidt III H, Dimeff LA, Craft JC, Kanter J, Comtois KA. Dialectical behavior therapy for patients with borderline personality disorder and drug-dependence. *Ame J Addict.* 1999; (8): 279-92.
- 57- Verheul RMC, Van Den Bosch L, Koeter MW, De Ridder MA, Stijnen T, et al. Dialectical behaviour therapy for women with borderline personality disorder 12-month, randomised clinical trial in The Netherlands. *The Br J Psychiatry.* 2003; 182(2): 135-40.
- 58- Soler J, Pascual JC, Tiana T, Cebrià A, Barrachina J, Campins MJ, Gich I, Alvarez E, Pérez V. Dialectical behaviour therapy skills training compared to standard group therapy in borderline personality disorder: a 3-month randomised controlled clinical trial. *Behave Res Ther.* 2009; 47(5): 353-8.
- Psychotherapy based on Dialectical Behavior Therapy (DBT) on the Degree of Craving and Difficulty in Emotional Self-regulation of Methamphetamine Users. *J Clin Psychology.* 2015; (6): 4-24. [Persian].
- 37- Hesslinger B, Tebartz v, Elst L, Nyberg E, Dykierk 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 Psychol Clin.* 2002; (252): 177-84.
- 38- Katz LY, Cox BJ, Gunasekara S, Miller AL. Feasibility of dialectical behavior therapy for suicidal adolescent inpatients. *J Am Acad Child Psychol.* 2004; (43): 276-82.
- 39- Harley R, Sprich S, Safren Jacobo M, Fava M. Treatment resistant depression °adaptation of dialectical behavior therapy skills training group for treatment-resistant depression. *J Nerv Ment Disord.* 2008; 196(2): 136-43.
- 40- Aghayegh 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.
- 41- Stacy S, Welch & Kim J. DBT-Enhanced Cognitive Behavioral Therapy for Adolescent Trichotillomania: An Adolescent Case Study, *Cogn & Beha Prac.* 2012; 19(3): 483-93.
- 42- Steil R, Dyer A, Priebe K, Kleindienst N, & Bohus R. Dialectical Behavior Therapy For Posttraumatic Stress Disorder Related Childhood Sexual Abuse. Pilot Study Intensive Resid Treat Progr, *J Trauma Stress.* 2011; 24(1): 102- 6.
- 43- Barratt E, Stanford MS Kent TA, Felthous A. Neuropsychological and cognitive psychophysiology substrates of impulsive aggression. *J psychiatri neurosci Thera.* 1997; 15.41(10): 1045-61.
- 44- Javid M, Mohammadi N, Rahimi Ch. Psychometric properties of an Iranian version of the Barratt Impulsiveness Scale-11. Methods and psychological models. *J psycho model metod.* 2012; 2(8): 23-34. [Persian].
- 45- Kavyani H, Pvrnash M, a Mousavi. Standardization and Validation of the Revised Eysenck Personality Questionnaire in the Iranian Population. *J PCP.* 2005; 11(3): 304-11. [Persian].
- 46- Linehan MM. Dialectical behavior therapy for borderline personality disorder. Theory and method. *Bull Menn.* 1987; (51): 261-76.
- 47- Linehan MM, Comtois K A, Murray AM, Brown MZ, Gallop RJ, Heard HL, et al. Two-year randomized control ledtrial and follow-up of dialectical behavior therapy therapy by experts for suicidal behaviors and borderline personality disorder. *Arch Gen Psychiatry.* 2006; (63): 757-66.
- 48- Salcedo S, Gold AK, Sheikh S, Marcus PH, Nierenberg AA, Deckersbach T, Sylvia LG. Empirically supported psychosocial interventions



پروپوزیشن گاہ علوم انسانی و مطالعات فرہنگی
پرتال جامع علوم انسانی

Effectiveness of Dialectical Behavior Therapy on Emotional Instability and Impulsivity in Bipolar Patients

Akhavan, Sh. M.A., Sajjadian, I. *Ph.D.

Abstract

Introduction: Bipolar disorder (BD) is a chronic and disabling psychiatric disorder characterized by recurrent episodes of mania/hypomania and depression. Dialectical behavior therapy (DBT) technique originally was developed for emotional dysregulation problems. The purpose of this study was to investigate the effectiveness of dialectical behavior therapy on emotional instability and impulsivity in bipolar patients in Isfahan city.

Method: The present study was a Quasi-experimental research and conducted through the pre-test, post-test design with control group. The statistical population of the study consisted of all bipolar patient referring to private psychiatric centers in Isfahan city from autumn and winter 1393. The research sample included 24 bipolar patients selected through convenience sampling. Based on their tendency to participation in the study, structural diagnostic interview and inclusion criteria, 24 participation were selected and were assigned to the experimental and control groups randomly (each group=12 subjects). All participants complete the Eysenck Personality Questionnaire (1986) and Barratt Impulsiveness Scale (2004) as the pre-test, post-test and the follow up stage after a 45 days interval. Data was analyzed through ANOVA with repeated measures.

Results: The results of ANOVA with repeated measure indicated a significant and considerable decrease in the degree of emotional instability and impulsivity scores in the post-test of the experimental group participants. These results were maintained in the 45 days follow-up stage.

Conclusion: According to the results of the present study, dialectical behavioral therapy can be used to reduce emotional instability and impulsivity In addition to medication in bipolar patients.

Keywords: Emotional instability, impulsivity, dialectical medical treatment, bipolar disorder.



*Correspondence E-mail:
i.sajjadian@khuisf.ac.ir