

Effectiveness of group dialectical behavior therapy (based on core distress tolerance and emotion regulation components) on Expulsive Anger and Impulsive Behaviors

Zamani N^{1*}, Farhadi M², Jamilian HR³, Habibi M⁴

1- Azad University, Hamedan Sciences and Research Graduate Campus, Hamedan, Iran.

2- Psychology group, Boali Hamedan University, Hamedan, Iran.

3- Psychiatrists group, Medical Arak University, Arak, Iran

4- Family therapy group, Research Institute, Shahid Beheshti University, Tehran, Iran

Received: 8 Jun 2014, Accepted: 8 Oct 2014

Abstract

Background: Impulsivity is a core social pathology. Therefore, the purpose of this study was to Effectiveness of group dialectical behavior therapy based on core distress tolerance and emotion regulation components on Expulsive Anger and Impulsive Behaviors.

Materials and Methods: Research method is a semi experimental socio-statistic approach consisting of experimental group (dialectical behavior therapy) and control group. Participants were patients referred to Amir Kabir Hospital in Arak. and who were Expulsive Anger and Impulsive Behaviors. Based on stratified random sampling, 16 patients (women) were placed in each group. Research tools included the structured diagnosis interview according to DSM-IV-TR (2000), Barrat impulsivity scale (1994) Distress Tolerance Scale (2005) Difficulties of Emotion Regulation Scale (2004) and dialectical behavior therapy were done for two months, 8 groups Sessions.

Results: The results of this study showed that there was significant difference between control and experimental groups after implementation of dialectical behavior therapy relying on component tolerance and regulation of emotional distress variables impulsive behavior and explosion furies ($p < 0.01$).

Conclusion: Distress tolerance and emotion regulation components effective on Expulsive Anger and Impulsive Behaviors.

Keywords: Dialectical Behavior Therapy, Distress Tolerance, Emotion Regulation Components, Expulsive Anger, Impulsive Behaviors

*Corresponding Author:

Address: Hamedan, Azad University Hamedan, Sciences and Research Graduate Campus, Psychology group.

Email: NargesZamani@iauh.ac.ir

اثربخشی رفتاردرمانی دیالکتیکی باتکیه بر مولفه‌های تحمل‌پریشانی و نظم‌بخشی هیجانی بر رفتارهای تکانشی و خشم‌های انفجاری

نرگس زمانی^{۱*}، مهرا ن فرهادی^۲، حمیدرضا جمیلیان^۳، مجتبی حبیبی^۴

۱- کارشناسی ارشد روانشناسی بالینی، پردیس تحصیلات تکمیلی علوم و تحقیقات، دانشگاه آزاد همدان، همدان، ایران

۲- استادیار، گروه روانشناسی، دانشگاه بوعلی سینا همدان، همدان، ایران

۳- استادیار، گروه روانپزشکی، دانشگاه علوم پزشکی اراک، اراک، ایران

۴- استادیار، گروه خانواده درمانی، پژوهشکده خانواده، دانشگاه شهید بهشتی تهران، تهران، ایران

تاریخ دریافت: ۹۳/۳/۱۸ تاریخ پذیرش: ۹۳/۷/۱۶

چکیده

زمینه و هدف: تکانش‌گری هسته اصلی بسیاری از آسیب‌های اجتماعی می‌باشد، لذا هدف پژوهش حاضر تعیین میزان اثربخشی رفتار درمانی دیالکتیکی با تکیه بر مولفه‌های تحمل‌پریشانی و نظم‌بخشی هیجانی بر رفتارهای تکانشی و خشم‌های انفجاری بود.

مواد و روش‌ها: پژوهش حاضر پژوهشی نیمه تجربی، پیش‌آزمون- پس‌آزمون با گروه کنترل می‌باشد. جامعه آماری پژوهش حاضر بیماران زن مراجعه کننده به مرکز آموزشی درمانی امیرکبیر شهر اراک بودند. نمونه پژوهش حاضر شامل ۳۲ بیمار بود که تشخیص رفتارهای تکانشی و خشم‌های انفجاری را به تشخیص روان‌پزشک مرکز دریافت نمودند که این افراد به صورت تصادفی به دو گروه آزمایش و کنترل تقسیم شدند. این بیماران با استفاده از مصاحبه تشخیصی ساختار یافته براساس راهنمای تشخیصی و آماری اختلال‌های روانی، مقیاس تکانش‌گری بارات، مقیاس تحمل‌پریشانی و مقیاس دشواری تنظیم هیجانی در مرحله پیش‌آزمون و پس‌آزمون مورد بررسی قرار گرفتند. سپس گروه آزمایش در ۸ جلسه (۲-۳۰ ساعت) تحت رفتاردرمانی دیالکتیک قرار گرفتند و به گروه کنترل هیچ درمانی دریافت نکردند. داده‌ها با استفاده از تحلیل واریانس مورد تحلیل قرار گرفتند.

یافته‌ها: نتایج پژوهش حاضر نشان داد که بین دو گروه آزمایش و کنترل بعد از اجرای رفتاردرمانی دیالکتیکی با تکیه بر مولفه‌های تحمل‌پریشانی و نظم‌بخشی هیجانی در متغیرهای رفتارهای تکانشی و خشم‌های انفجاری تفاوت معنی‌داری وجود دارد ($p < 0.01$).

نتیجه‌گیری: مولفه‌های تحمل‌پریشانی و نظم‌بخشی هیجانی در رفتاردرمانی دیالکتیکی در کاهش خشم‌های انفجاری و رفتارهای تکانشی موثر است.

واژگان کلیدی: رفتاردرمانی دیالکتیکی، تحمل‌پریشانی، نظم‌بخشی هیجانی، رفتارهای تکانشی، خشم‌های انفجاری

* نویسنده مسئول: همدان، دانشگاه آزاد اسلامی واحد همدان، پردیس تحصیلات تکمیلی علوم و تحقیقات، گروه روانشناسی

Email: NargesZamani@iauh.ac.ir

مقدمه

بسیاری از مردم در زندگی روزمره دست به رفتارهای مخاطره آمیز می‌زنند (۱). رفتارهای تکانشی و خشم‌های انفجاری که مجموعاً با عنوان رفتارهای مخاطره‌آمیز خوانده می‌شوند (۲)، دربرگیرنده طیف گسترده‌ای از رفتارهای رشدنیافته و لذت‌جویانه است که عموماً با درجات خطر بالایی همراه هستند (۳). تکانش‌گری، هسته اصلی بسیاری از آسیب‌های اجتماعی مانند بی‌بندوباری جنسی، قماربازی بیمارگونه، سوء مصرف مواد، اختلال‌های شخصیت و بزهکاری است (۴). تکانش‌گری و رفتارهای تکانشی شتاب‌زده، برنامه‌ریزی نشده، بدون فکر و مستعد اشتباه هستند (۵) و افراد تکانش‌گر در مرحله قضاوت دچار اختلال هستند (۶). رفتارهای انفجاری در افراد تکانش‌گر برخلاف رفتارهای انفجاری در اختلال‌های کنترل تکانه است که فرد به خاطر احساس درماندگی و میل به عمل کردن و ناتوانی ظاهری در مقاومت کردن در برابر میل و انجام دادن رفتارهای نامعقول و زیان‌بخش دست به رفتارهای مخاطره آمیز می‌زنند بلکه در این افراد رفتارهای انفجاری برای رفع اضطراب رخ می‌دهد (۷). از نظر آیزنک (۸) تکانش‌گری و رفتارهای انفجاری، خطرپذیری ناآگاهانه‌ای هستند که بخشی از صفت روان‌رنجوری است (۹) که از ویژگی‌های بارز در اختلال شخصیت مرزی است.

گسترده‌گی مسئله خشم و رفتارهای مخاطره آمیز به گونه‌ای است که در سطح جهان روزانه ۱۰۰۰ نفر در اثر خودکشی می‌میرند (۱۰) که این آمار از ۴۵ سال گذشته در جهان ۶۰ درصد افزایش یافته است و این زنگ خطر حاکی از این است که خودکشی به عنوان فاجعه آمیزترین پیامد رفتارهای تکانش‌گری و خشم‌های انفجاری با روند رو به افزایش خود در بسیاری از کشورها مواجه است (۱۱). برای ابداع نظریه‌ها و درمان مخصوص افراد مبتلا به اختلال شخصیت مرزی تلاش‌های عظیمی صورت گرفته است، یکی از این نظریه‌ها رفتار درمانی دیالکتیک است. رفتاردرمانی دیالکتیکی یکی از رویکردهای درمانی نوین

است که مبتنی بر رویکرد شناختی رفتاری است و در ابتدا توسط مارشالینهان (۱۲) برای درمان اختلال شخصیت مرزی ابداع گردیده است. رفتاردرمانی دیالکتیکی فنی است مبنی بر پذیرش بیمار همان گونه که هست (بهوشیاری)، تحمل پریشانی به عنوان مولفه‌های پذیرش) و در عین حال کمک به او برای تغییر یافتن با آموزش مهارت‌های بین فردی و مهارت‌های تنظیم هیجان (۱۳). در همین راستا در مطالعات کتز و همکاران (۱۴) کونز و همکاران (۱۱)، بووس و همکاران (۱۵، ۱۶)، سپیژنی و کونور (۱۷)، در زمینه اختلال شخصیت مرزی و مطالعات مک کویلان و همکاران (۱۸)، میلر و همکاران (۶)، در رابطه با افراد دارای گرایش خودکشی و مطالعه مککی (۱۹) در زمینه بیماران مرتکب جنایات خشونت آمیز، صورت گرفته و کارایی رفتاردرمانی دیالکتیکی در درمان این اختلالات به اثبات رسیده است. هم‌چنین بررسی اثر بخشی رفتاردرمانی دیالکتیکی در کاهش رفتارهای تکانه‌ای در زنان مبتلا به اختلال شخصیت مرزی نشان داد گرچه این رفتارها در هر دو گروه کاهش جزئی یافته است اما تفاوت‌های معنی‌دار بین گروهی مشاهده نشد. لذا با توجه به رواج رفتارهای مخاطره آمیز (رفتارهای تکانشی و خشم‌های انفجاری)، در بیمارانی که فاقد اختلال شخصیت مرزی ولی واجد رفتارهای تکانشی هستند و هم‌چنین مناسب بودن این جمعیت برای بررسی اثربخشی رویکردهای شناختی رفتاری جدید (هم به لحاظ برخورداری از سطح شناختی مناسب و هم به لحاظ پذیراتر بودن نسبت به رویکردهای درمانی جدید) مطالعه حاضر، به عنوان گام نخست اثربخشی این رویکرد را در کاهش رفتارهای مخاطره آمیز، در بیمارانی فاقد اختلال شخصیت مرزی، بررسی کرده است. این پژوهش از میان چهار مولفه رفتاردرمانی دیالکتیک، به بررسی اثربخشی دو مولفه، تحمل پریشانی به عنوان مولفه پذیرش و مهارت‌های تنظیم هیجان به عنوان مولفه تغییر در کاهش نشانه‌های مرتبط با رفتارهای مخاطره آمیز می‌پردازد. لذا هدف پژوهش حاضر تعیین میزان اثربخشی رفتاردرمانی دیالکتیکی با تکیه

بر مولفه‌های تحمل پریشانی و نظم بخشی هیجانی بر رفتارهای تکانشی و خشم‌های انفجاری می‌باشد.

مواد و روش‌ها

پژوهش حاضر یک پژوهش کاربردی، از نوع نیمه آزمایشی با دو گروه آزمایش و کنترل به صورت پیش آزمون و پس آزمون می‌باشد. جامعه آماری این پژوهش بیماران زن مراجعه کننده به مرکز آموزشی درمانی امیر کبیر شهر اراک بودند. شرایط ورود به مطالعه در مورد آزمودنی‌ها شامل (۱) حداقل تحصیلات دیپلم؛ (۲) دامنه سنی بین ۲۵-۳۵ سال؛ (۳) عدم دریافت درمان دارویی هم‌زمان با هدف مطالعه؛ (۴) اکتساب نمرات ۱ انحراف معیار بالاتر از میانگین در آزمون تکانش‌گری بارت و مقیاس تحمل پریشانی و مقیاس دشواری تنظیم هیجانی در زمان اجرای پژوهش بود و با توجه به این که مطالعات قبلی (۲۰) گروه درمانی را در غالب گروه‌های ۸ نفره اجرا کردند؛ در این مطالعه نیز مداخله به صورت گروهی بوده و افراد گروه آزمایش تعداد ۱۶ بیمار (در دو گروه ۸ نفره) در گروه آزمایش و ۱۶ بیمار در گروه کنترل به صورت تصادفی قرار گرفتند. میانگین سنی در گروه آزمون 30.62 ± 2.48 در گروه کنترل 29.81 ± 3.06 بود. رفتار درمانی دیالکتیکی یکی از رویکردهای درمانی نوین است که مبتنی بر رویکرد شناختی رفتاری است و در ابتدا توسط مارشالینهان برای درمان اختلال شخصیت مرزی ابداع گردیده است. در واقع، رفتار درمانی دیالکتیک رویکردی است که پذیرش و همدلی مراجع محور را با حل مسئله رفتاری شناختی و آموزش مهارت‌های اجتماعی ترکیب می‌کند و از چهار نوع مداخله تشکیل شده است: جلسات درمانی ساختاریافته گروهی (برای مهارت آموزی)، جلسات انفرادی، تماس‌ها یا مشاوره‌های تلفنی با درمان‌گر و جلسات تیم متخصصان به منظور حمایت از درمان‌گران رفتار درمانی دیالکتیک (۲۳). جهت جمع‌آوری الاعات در مرحله پیش آزمون و پس آزمون از ابزارهای زیر استفاده گردید:

۱- مصاحبه بالینی؛ ۲- پرسش‌نامه تکانش‌گری بارت؛ ۳- مقیاس تحمل پریشانی؛ ۴- مقیاس دشواری تنظیم هیجانی؛ ۵) آموزش رفتار درمانگری دیالکتیکی

مصاحبه بالینی بر مبنای راهنمای تشخیصی و

آماري اختلال‌های روانی: مصاحبه تشخیصی ساختاریافته و نیمه ساختار یافته از مجموعه نظام‌داری از سؤالات اختصاصی تشکیل می‌شوند که هدف آنها ارزیابی آن دسته از الگوهای رفتاری، افکار و احساسات مراجعان است که به نوعی با تشخیص اختلال آنها ارتباط دارد (۲۲).

مقیاس تکانش‌گری بارت: این پرسش‌نامه، ابزار مناسبی برای سنجش انواع رفتارهای تکانشی می‌باشد. نسخه یازدهم این پرسش‌نامه توسط بارت ساخته شده است (۲۳). این پرسش‌نامه دارای ۳۰ پرسش چهارگزینه‌ای می‌باشد که سه عامل تکانش‌گری شناختی (شامل گرفتن تصمیم‌های شناختی) تکانش‌گری حرکتی (شامل عمل کردن بدون فکر می‌باشد) و بی برنامه‌گی (به صورت جهت یابی آنی یا فقدان آینده‌نگری مشخص می‌شود) را ارزیابی می‌کند. ساختار پرسش‌های گردآوری شده، نشان دهنده ابعادی از تصمیم‌گیری شتاب زده و فقدان دوراندیشی است و بالاترین نمره آن ۱۲۰ است. این پرسش‌نامه همبستگی مثبت و معنی‌داری با پرسش‌نامه تکانش‌گری آیزنک دارد و این امر نشان دهنده روایی ملاکی است. ترجمه فارسی مقیاس تکانش‌گری بارت که توسط اختیاری و همکاران در سال صورت گرفته و از نظر روایی و پایایی در حد مطلوبی است. میزان پایایی به دست آمده در این بررسی 0.83 است که از یافته‌های گزارش شده توسط بارت و همکاران در نسخه انگلیسی (۰/۸۱) و نسخه‌های دیگر مانند نسخه ایتالیایی (۰/۷۹) بهتر بوده است و ضریب آلفای کرونباخ بین $0.4/0$ تا $0.83/0$ برآورده شده است (۲۴).

۳- مقیاس تحمل پریشانی: یک شاخص خودسنجی تحمل پریشانی هیجانی است که دارای ۱۵ ماده و چهار خرده مقیاس می‌باشد. خرده مقیاس‌ها شامل تحمل (تحمل پریشانی هیجانی)، جذب (جذب شدن توسط هیجان‌ات منفی)، ارزیابی (برآورد ذهنی پریشانی) و تنظیم (تنظیم

($a=0/89$)، خرده مقیاس تکانه ($a=0/85$)، خرده مقیاس آگاهی ($a=0/85$)، خرده مقیاس راهبردها ($a=0/88$)، خرده مقیاس شفافیت ($a=0/84$) و پایایی آزمون-بازآزمون خوب برای نمرات کلی این مقیاس ($p < 0/01$)، ($a=0/88$) می باشد. این مقیاس برای اولین بار در ایران توسط علوی و همکاران (۱۳۹۰) مورد استفاده قرار گرفته است و همسانی درونی بالایی را برای کل مقیاس ($a=0/86$) نشان داد (۲۷). پژوهش حاضر از نوع طرح‌های اندازه‌گیری مکرر می باشد و برای تجزیه و تحلیل داده‌ها از آزمون تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر و آزمون تی برای نمونه‌های همبسته استفاده شد.

یافته‌ها

از آن جا که پژوهش حاضر از نوع طرح‌های اندازه‌گیری مکرر می باشد برای تجزیه و تحلیل داده‌ها از آزمون تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر و آزمون تی برای نمونه‌های همبسته شد. در آزمون تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر زمان شامل نمرات آزمودنی‌ها قبل از درمان، بعد از درمان به عنوان عامل درون آزمودنی‌ها (متغیرهای وابسته) و گروه (آزمون و کنترل)، به عنوان عامل بین آزمودنی‌ها وارد مدل شدند. جدول ۱ نتایج این آزمون را برای بررسی تغییرات سه متغیر رفتارهای تکانشی و خشم‌های انفجاری، تحمل پریشانی و تنظیم هیجانی طی دو دوره زمانی قبل از درمان، بعد از درمان، نشان می دهد.

تلاش‌ها برای تسکین پریشانی می باشد. ضرایب آلفا برای این مقیاس‌ها به ترتیب $0/72$ ، $0/82$ ، $0/78$ ، $0/70$ و برای کل مقیاس $0/82$ می باشد. هم‌چنین مشخص شده که این مقیاس دارای روایی ملاکی و همگرایی اولیه خوبی می باشد (۲۵). این پرسش‌نامه برای نخستین بار در ایران، توسط علوی و همکاران مورد استفاده قرار گرفته است و پایایی همسانی درونی بالایی را برای کل مقیاس ($a=0/71$) و پایایی متوسطی را برای خرده مقیاس‌ها نشان داد ($0/54$) برای خرده مقیاس تحمل، $0/42$ برای خرده مقیاس جذب، $0/56$ برای خرده مقیاس ارزیابی و $0/58$ برای خرده مقیاس تنظیم (۲۶).

مقیاس دشواری تنظیم هیجانی: یک شاخص خودگزارشی است که برای ارزیابی بدتنظیمی هیجانی به شکل جامع‌تری نسبت به ابزارهای موجود در این زمینه ساخته شده است و دارای ۳۶ ماده می باشد. این مقیاس، دارای شش خرده مقیاس بوده که شامل خرده مقیاس عدم پذیرش، خرده مقیاس دشواری‌های دست زدن به رفتار هدفمند (اهداف)، خرده مقیاس دشواری‌های شاهد تکانه (تکانه)، خرده مقیاس فقدان آگاهی هیجانی (آگاهی) خرده مقیاس دستیابی محدود به راهبردهای تنظیم هیجان (راهبردها) و خرده مقیاس فقدان شفافیت هیجانی (شفافیت) می باشد. نمرات بالاتر، نشان‌دهنده دشواری‌های بیشتر در مقوله تنظیم هیجان است (۲۶). نتایج مربوط به بررسی پایایی توسط گراتز و رومر نشان می دهد که این مقیاس دارای همسانی درونی بالا (کل مقیاس، $a=0/93$)، خرده مقیاس عدم پذیرش ($a=0/85$)، خرده مقیاس اهداف

جدول ۱. نتایج آزمون تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر برای بررسی تغییرات از قبل تا بعد از درمان

متغیر وابسته	df (factor)	df (error)	f	p
رفتارهای تکانشی و خشم انفجاری	۱	۳۰	۳/۶۷	۰/۰۲۱
انفجاری	۲	۶۰	۱۱/۰۲	۰/۰۱۱
گروه \times زمان	۲	۶۰	۵/۰۹	۰/۰۰۲
تحمل پریشانی	۱	۳۰	۶/۰۲	۰/۰۱۷
زمان	۲	۶۰	۹/۰۲	۰/۰۰۹
گروه \times زمان	۲	۶۰	۶/۴۷	۰/۰۱۷
تنظیم هیجانی	۲	۳۰	۲/۰۴	۰/۰۰۳
زمان	۲	۶۰	۵/۸۹	۰/۰۰۰
گروه \times زمان	۲	۶۰	۱۳/۰۷	۰/۰۰۷

زمان و گروه وجود دارد. برای مشخص شدن ماهیت دقیق این تفاوت، از آزمون تعقیبی تی برای نمونه‌های همبسته استفاده شد که نتایج آن در جدول ۲ درج گردیده است.

مندرجات جدول ۱ نشان می‌دهد که نتایج آزمون تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر برای بررسی اثربخشی رفتاردرمانی دیالکتیکی در درمان رفتارهای تکانشی و خشم‌های انفجاری، نشان می‌دهد که تعامل معنی‌داری بین

جدول ۲. میانگین و انحراف معیار نمرات و نتایج آزمون تی برای دو گروه آزمون و کنترل قبل و بعد از درمان

پرسش‌نامه ها	گروه	قبل از درمان		بعد از درمان	
		میانگین±انحراف معیار	میانگین±انحراف معیار	t	p
رفتارهای تکانشی و خشم‌های انفجاری	آزمون	۶۴/۵۶±۷/۰۲	۶۵/۰۱±۶/۹۷	۶/۷۸	۰/۰۰۰
تحمل پریشانی	کنترل	۸۳/۵۶±۱۴/۹۹	۷۸±۱۳/۲۸	۵/۴۶	۰/۰۶۹
تنظیم هیجانی	آزمون	۴۱/۳۰±۵/۳۱	۲۷±۲/۲۵	۷/۸۹	۰/۰۸۹
	کنترل	۴۳/۰۵±۵/۹۱	۴۱/۰۹±۶/۱۳	۷۸/۵	۰/۰۶۲
	آزمون	۱۰۳±۱۵/۰۷	۸۹±۱۱/۹۸	-۲/۰۸	۰/۰۱۳
	کنترل	۱۰۱±۱۴/۹۷	۹۳/۱۳±۱۴/۵۳	۱/۰۴	۰/۰۳۲

بود(رفتارهای خودکشی، دیگر کشی، رفتارهای تهدید کننده زندگی مانند رانندگی‌های پر خطر، پرخوری و بیماران تکانشی و افرادی که الگوهای غیرقابل کنترل است) و از سوی بخش روان‌شناسی بالینی انجمن روانپزشکی آمریکا به عنوان یک درمان موثر بر اختلال شخصیت مرزی مورد تأیید قرار گرفته شده است(۲۸). با توجه به این که تکانش‌گری یکی از ویژگی‌های بارز و هم‌چنین از نشانه‌های تشخیص در این اختلال است که در اوایل بزرگسالی آغاز و زمینه خشم و خشم‌های ناگهانی و هم‌چنین سایر اختلالات را فراهم می‌کند، این به گونه‌ای است که زانارینی(۲۹) پیشنهاد کرده است که بهتر است اختلال شخصیت مرزی را جزئی از اختلالات طیف کنترل تکانه تلقی کنیم. علاوه بر این در طبقه‌بندی میلون(۳۰) تحت عنوان شخصیت مرزی تکانشی که آمیزه‌ای از الگوهای هیستریانیک یا ضداجتماعی است، این افراد به گونه‌ای فراینده، تکانشی و بی مسئولیت هستند که بیش از هرچیز با عدم تنظیم هیجان‌های منفی شناخته و از لحاظ شناختی به هم ریخته می‌شوند. مضاف بر این که، عدم تنظیم عواطف مثبت را بروز می‌دهند که باعث هیجان‌زدگی غیرمنطقی و سطحی می‌شود. از آنجائی که این افراد فاقد تفکر هستند و هنگامی که تلاش می‌کنند تا خود را از الزام‌ها و اجبارهای اجتماعی خلاص کنند، نه می‌توانند رفتار طرح‌ریزی شده و از پیش برنامه‌ریزی شده‌ای داشته باشند و نه می‌توانند به پیامدهای اعمال خود توجهی

مندرجات جدول ۲ شان می‌دهد که نمرات تکانش‌گری و خشم‌های انفجاری آزمودنی‌های گروه آزمون، بعد از درمان ($M=۶۵/۰۱$ ، $SD=۶/۰۷$) در مقایسه با قبل از درمان ($M=۹۴/۵۶$ ، $SD=۷/۰۲$) به طور معنی‌داری کاهش یافته است. این در حالی است که نمرات تکانش‌گری آزمودنی‌های گروه کنترل در قبل و بعد از درمان، تفاوت معنی‌داری نداشته است.

بحث

هدف پژوهش حاضر تعیین اثربخشی رفتاردرمانی دیالکتیکی با تکیه بر مولفه‌های تحمل پریشانی و نظم بخشی هیجانی بر رفتارهای تکانشی و خشم‌های انفجاری می‌باشد. نتایج پژوهش حاضر نشان داد که رفتاردرمانی دیالکتیکی با تکیه بر مولفه‌های تحمل پریشانی و نظم بخشی هیجانی بر رفتارهای تکانشی و خشم‌های انفجاری موثر می‌باشد که این نتایج با پژوهش‌های لینهان(۱۲)، کتر و همکاران(۱۴)، کونز و همکاران(۱۱)، پسیژنی و کونور(۱۷)، مک کویلان و همکاران(۱۸) و میلر و همکاران(۶) همسو می‌باشد. در واقع رفتاردرمانگری دیالکتیکی درمانی است که به ویژه برای افرادی طراحی شده است که رفتارهای خودآسیبی نظیر مجروح کردن خود، افکار خودکشی، میل به خودکشی و تلاش برای خودکشی دارند. لینهان، این روش درمان را مختص بیمارانی معرفی کرد که اختلال آنها در سطح شدید

به اثربخشی رفتار درمانی دیالکتیک در بهبود عملکرد زنان تکانش گر و خشم های انفجاری این راهبرد می تواند به عنوان بخشی از درمان بیماران تکانش گر به صورت یک برنامه دائم اجرا شود.

نتیجه گیری

نتایج این پژوهش اطلاعات مهمی در زمینه اثربخشی آموزش رفتار درمانی دیالکتیکی باتکیه بر مولفه های تحمل پریشانی و نظم بخشی هیجانی بر بهبود رفتارهای تکانشی و خشم های انفجاری به دست می دهد و براساس نتایج این پژوهش، پیشنهاد می شود که به اهمیت و نقش آموزش رفتار درمانی دیالکتیکی باتکیه بر مولفه های تحمل پریشانی و نظم بخشی هیجانی در بهبود رفتارهای تکانشی و خشم های انفجاری توجه شود و در تحقیقات دنباله رو، آموزش رفتار درمانی دیالکتیکی باتکیه بر مولفه های تحمل پریشانی و نظم بخشی هیجانی در بهبود رفتارهای تکانشی و خشم های انفجاری مردان نیز بررسی شود.

تشکر و قدردانی

نویسندگان مقاله وظیفه خود می دانند از تمامی شرکت کنندگان در پژوهش، کمال سپاسگزاری را داشته باشند.

منابع

1. Moeller FG, Barratt ES, Dougherty DM, Schmitz JM, Swann AC. Psychiatric aspects of impulsivity. *American journal of psychiatry*. 2001;158(11):1783-93.
2. Zamani N, farhadi M, Jamilian HR. The Effectiveness of Dialectical Behavior Group Therapy on Expulsive Anger and Impulsive Behaviors. MA. Dissertation. Hamedan: Islamic Azad university, College of clinical psychology; 2012. [Persian]
3. Ekhtiari H, Jangouk P, Jannati A, Sahraian M, Lotfi T. Time perception in multiple sclerosis: Evidences for behavioral shift.

کنند. بنابراین می توان نتیجه گرفت علت موفقیت رفتار درمانی دیالکتیک در پژوهش های بالا، کاهش رنج افراد درگیر مشکلات هیجانی بوده است که مهارت های رفتار درمانی دیالکتیک باعث کاهش هیجانات نامناسب از جمله تکانش گری شده است.

با توجه به این یافته می توان گفت آموزش مهارت های کارآمدی بین فردی منجر به افزایش ثبات عاطفی و ویژگی های بین فردی می شود؛ چرا که نیاز به پذیرفته شدن در برابر دیگران دارد، در حقیقت این افراد که به دلیل مسائل سرشتی زیربنایی و یا به خاطر ناکامی نیازهای اولیه آنها توسط مراقبان غیر حساس، میزان پرخاش گری آنها بیش از حد معمول است. این افراد همواره در رابطه وابستگی و استقلال بوده اند که منجر به دوسوگرایی و روابط بی ثبات، حالت های پوچی، تهی بودن، جستجوی روابط بیش از حد نزدیک یا هم جوشی آرمانی شده و مواردی از این قبیل می شود. آموزش مهارت های کارآمدی بین فردی موجب شناسایی سبک های ارتباطی و تناسب بین خواسته های خود و دیگران و شناسایی روابط فردی و مشکلات روابط فردی می شود (۳۰).

عدم دسترسی به ابزار هنجاریابی شده برای اندازه گیری خشم های انفجاری، محدودیت زمانی، پی گیری تداوم زمانی و انتقال بلندمدت مهارت ها بر بهبود عملکرد از محدودیت های این پژوهش هستند. علاوه بر این، یافته های پژوهش به آن دسته از بیماران دچار خشم های انفجاری و رفتارهای تکانشی قابل تعمیم است که در صدد درمان برمی آیند و درمان بلند مدت را می پذیرند با توجه به این که گروه نمونه تنها از زنان تشکیل شده بود، بنابراین یافته های این پژوهش تنها به زنان مبتلا به رفتارهای تکانشی که در صدد درمان برآمده اند قابل تعمیم است. به منظور بررسی دقیق تر اثر بخشی این رویکرد پیشنهاد می شود در پژوهش های آینده اثر بخشی این رویکرد در مردان مبتلا به رفتارهای تکانشی و خشم های انفجاری نیز مطالعه گردد، علاوه بر این رفتار درمانی دیالکتیک به عنوان یک روش مفید و کارآمد در هیجانات نامناسب استفاده شود و با توجه

- Presented in ACTRIMS Greece; 2005. [Persian].
4. Evenden JL. Varieties of impulsivity. *Psychopharmacology*. 1999;146(4):348-61.
 5. Swann A, Hollander E. Impulsivity and Aggression: Diagnostic Challenges for the Clinician. ACCESS Medical Group, Department of Continuing Education; 2002.
 6. Miller AL, Rathus JH, Linehan MM. Dialectical behavior therapy with suicidal adolescents: Guilford Press; 2006.
 7. Halgin RP, Whitborne SK. Abnormal Psychology: Clinical Psychological Disorder. 4th ed. New Yourk, McGraw-Hill; 2002.
 8. McCown WG, Johnson JL, Shure MB. The impulsive client: Theory, research, and treatment: American Psychological Association; 1993.
 9. Weiss M, Zelkowitz P, Feldman RB, Vogel J, Heyman M, Paris J. Psychopathology in offspring of mothers with borderline personality disorder: A pilot study. *The Canadian Journal of Psychiatry/La Revue canadienne de psychiatrie*. 1996.
 10. Durkheim, E. Suicide, a Study in Sociology. 1st ed. New York: Free Press; 1952.
 11. Koons CR, Robins CJ, Lindsey Tweed J, Lynch TR, Gonzalez AM, Morse JQ, et al. Efficacy of dialectical behavior therapy in women veterans with borderline personality disorder. *Behavior therapy*. 2001; 32(2):371-90.
 12. Linehan MM, Armstrong HE, Suarez A, Allmon D, Heard HL. Cognitive-behavioral treatment of chronically parasuicidal borderline patients. *Archives of general psychiatry*. 1991;48(12):1060-4.
 13. Davison D, Neal J, Kring A, Johnson S. Abnormal Psychology. New York: Willy; 2007.
 14. Katz LY, Cox BJ, Gunasekara S, Miller AL. Feasibility of dialectical behavior therapy for suicidal adolescent inpatients. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*. 2004;43(3):276-82.
 15. Bohus M, Haaf B, Stiglmayr C, Pohl U, BoÈhme R, Linehan M. Evaluation of inpatient dialectical-behavioral therapy for borderline personality disorder-a prospective study. *Behaviour research and therapy*. 2000;38(9):875-87.
 16. Bohus M, Haaf B, Simms T, Limberger MF, Schmahl C, Unckel C, et al. Effectiveness of inpatient dialectical behavioral therapy for borderline personality disorder: a controlled trial. *Behaviour research and therapy*. 2004;42(5):487-99.
 17. Pasieczny N, Connor J. The effectiveness of dialectical behaviour therapy in routine public mental health settings: an Australian controlled trial. *Behaviour research and therapy*. 2011;49(1):4-10.
 18. McQuillan A, Nicastro R, Guenot F, Girard M, Lissner C, Ferrero F. Intensive Dialectical Behavior Therapy for Outpatients With Borderline Personality Disorder Who Are in Crisis. *Psychiatric Services*. 2005;56(2):193-7.
 19. McKay M, Wood JC, Brantley J. The dialectical behavior therapy skills workbook. Oakland: New Harbinger. 2007.
 20. Dimeff L, Rizvi SL, Brown M, Linehan MM. Dialectical behavior therapy for substance abuse: A pilot application to methamphetamine-dependent women with borderline personality disorder. *Cognitive and Behavioral Practice*. 2000;7(4):457-68.
 21. Karbalaee MMA, Ahadi H, Sharifi H, Jazayeri S. Effects of dialectical behavior therapy with medical therapy vs. medical therapy alone in reducing suicidal thoughts in patients with major depressive disorder and recent history of attempted suicide. *Journal of Applied Psychology*. 2011; 4(16): 25-41.
 22. Barratt ES, Stanford MS, Kent TA, Alan F. Neuropsychological and cognitive psychophysiological substrates of impulsive aggression. *Biological Psychiatry*. 1997;41(10):1045-61.
 23. Ekhtiari H, Rezvanfard M, Mokri A. Impulsivity and its different assessment tools: A review of view points and conducted researches. *Iranian journal of psychiatry and clinical psychology*. 2008;14(3):247-57.
 24. Simons JS, Gaher RM. The Distress Tolerance Scale: Development and validation of a self-report measure. *Motivation and Emotion*. 2005;29(2):83-102.
 25. Alavi Khadijeh MGM, Amin YSA, Salehi Fadardi J. Effectiveness of group dialectical behavior therapy (based on core mindfulness, distress tolerance and emotion regulation

- components) on depressive symptoms in university students. *Journal of Fundamentals of Mental Health*. 2011; 13(2): 124-35.[Persian]
26. Gratz KL, Roemer L. Multidimensional assessment of emotion regulation and dysregulation: Development, factor structure, and initial validation of the difficulties in emotion regulation scale. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*. 2004;26(1):41-54.
27. Lynch TR, Morse JQ, Mendelson T, Robins CJ. Dialectical behavior therapy for depressed older adults: A randomized pilot study. *The American Journal of Geriatric Psychiatry*. 2003;11(1):33-45.
28. Alilo MM, Sharifi MA. Dialectic behavioral therapy for borderlin personality disorder. Tehran, Tehran university pub. 2012.[Persian]
29. Millon T, Millon CM, Meagher S, Grossman S, Ramnath R. *Personality disorders in modern life*: John Wiley & Sons; 2004.
30. Soler J, Pascual JC, Tiana T, Cebrià A, Barrachina J, Campins MJ, et al. Dialectical behaviour therapy skills training compared to standard group therapy in borderline personality disorder: a 3-month randomised controlled clinical trial. *Behaviour research and therapy*. 2009;47(5):353-8.