

## اثربخشی آموزش کنترل تکانه و رفتاردرمانی دیالکتیک بر تکانشگری، بی‌برنامگی حرکتی و شناختی دختران نوجوان مبتلا به اختلال نامنظم خلقی اختلال گرانه

سامره امامقلی پور<sup>۱</sup>، سعید زمانی<sup>۲</sup>، امیرحسین جهانگیر<sup>۳</sup>،

سعید ایمانی<sup>۴</sup> و نرگس زمانی<sup>۵</sup>

رفتارهای تکانشی و خطرپذیری که در مجموع با عنوان رفتارهای مخاطره آمیز خوانده می شود، دربرگیرنده طیف گسترده ای از رفتارهای رشدنا یافته است که عموماً همراه با درجات خطر بالا است. هدف پژوهش حاضر، تعیین میزان اثربخشی آموزش کنترل تکانه و رفتاردرمانی دیالکتیک بر تکانشگری دختران نوجوان مبتلا به اختلال نامنظم خلقی اختلال گرانه بود. بدین منظور طی یک پژوهش نیمه تجربی با گروه آزمایش و کنترل از بین زنان مبتلا به اختلال نامنظم خلقی اختلال گرانه ۲۱ نفر انتخاب و به صورت تصادفی در سه گروه ۷ نفری (آموزش کنترل تکانه و رفتاردرمانی دیالکتیکی) و گروه کنترل تقسیم و از نظر تکانشگری مورد آزمون قرار گرفتند. گروههای آزمایشی آموزش کنترل تکانه و رفتاردرمانی دیالکتیک را دریافت کردند ولی گروه کنترل هیچ مداخله ای را دریافت نکرد. نتایج تحلیل کواریانس نشان داد که نمرات خرده مقیاسهای تکانشگری گروه آزمایشی کنترل تکانه و رفتاردرمانی دیالکتیکی با گروه کنترل و نمرات خرده مقیاسهای تکانشگری گروه آزمایشی کنترل تکانه و رفتاردرمانی دیالکتیکی تفاوت معناداری دارد. بنابراین در حوزه ی درمان و زمینه کار با افرادی که در حالت بحران و تکانشگری به سر می‌برند، کنترل تکانه و رفتاردرمانی دیالکتیکی با توجه به ماهیت آن، کارا و نوید بخش به نظر می رسد.

**واژه های کلیدی:** کنترل تکانه، رفتاردرمانی دیالکتیک، تکانشگری، اختلال نامنظم خلقی

### مقدمه

اختلال نامنظم خلقی اختلال گرانه<sup>۶</sup> یک اختلال جدید در متن پنجم کتابچه ی تشخیصی و آماری اختلالات روانی است (انجمن روان شناسی آمریکا، ۲۰۱۳) و ویژگی اصلی این اختلال تحریک

۱. دپارتمان روان شناسی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد همدان، همدان، ایران

۲. دپارتمان روان شناسی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد همدان، همدان، ایران

۳. دپارتمان روان شناسی بالینی، دانشکده علوم پزشکی، دانشگاه شهید بهشتی، تهران، ایران

۴. دپارتمان روان شناسی بالینی، دانشگاه شهید بهشتی، تهران، ایران (نویسنده ی مسوول) s\_imani@sbu.ac.ir

۵. دپارتمان روان شناسی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد همدان، همدان، ایران

پذیری دایمی و شدیدی است که به دو شیوه نشان داده می شود، فرد به دفعات خشم انفجاری دارد و این انفجارهای خشم معمولاً در واکنش به ناکامی روی می دهد و می تواند کلامی یا رفتاری باشد (انفجار خشم رفتاری به صورت پرخاشگری نسبت به خود، دیگران، یا اشیا و لوازم خود یا دیگران نشان داده می شود). این انفجارهای خشم باید فراوان باشد (حداقل ۳ بار در هفته)، حداقل ۱ سال ادامه داشته باشد و در حداقل ۲ محیط از ۳ محیط زیر حضور داشته باشد و با سن تطابق ندارد. در فاصله ی انفجارهای شدید خشم، فرد به طور دایم تحریک پذیر یا عصبانی است و این حالت اکثر ساعات روز، تقریباً هر روز، وجود دارد و اطرافیان به آسانی متوجه آن می شوند. هدف اصلی افزودن این اختلال در متن راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی (۲۰۱۳) این بود که کودکان مبتلا به تحریک پذیری مداوم و مزمن از کودکان مبتلا به اختلال دوقطبی کلاسیک (یعنی، اپیزودیک) تفکیک شوند. از آنجا که تشخیص افتراقی اختلال دوقطبی در کودکان ۰/۴۰ افزایش یافته بود، تیم DSM-5 به این نتیجه رسید که این اختلال مجزا از اختلال دوقطبی است (کرینگ، شری، جانسون و جان، ۲۰۱۲).

کودکان مبتلا به این اختلال، در نوجوانی و بزرگسالی معمولاً به اختلالات افسردگی یک قطبی یا اختلالات اضطرابی مبتلا می شوند. در این اختلال، سمپتوم های اصلی عبارتند از تحریک پذیری شدید و غیر اپیزودیک در حالی که مشخصه ی اصلی اختلال دوقطبی سمپتوم های مانیک یا هیپومانیک اپیزودیک هستند. در واقع اصطلاح نامنظم، به ناتوانی در تنظیم مود و خلق و همچنین، به اپیزودیک نبودن تحریک پذیری اشاره دارد (ویتورن و هالجن، ۲۰۱۲). شیوع این اختلال در کودکانی که به کلینیکهای بهداشت روانی مراجعه می کنند، بسیار زیاد است و تخمین درباره ی شیوع آن در جامعه واضح نیست (انجمن روانشناسی آمریکا، ۲۰۱۳). درمان این اختلال باید مطابق با شرایط درمانجو باشد که به صورت فردی یا گروهی اجرا شود، آموزش کنترل تکانه که نوعی از مداخلات شناختی- رفتاری است، با توجه به ماهیت آن می تواند در درمان این اختلال موثر واقع شود. این درمان، مداخله ای است که توسط اسپری (۱۹۹۹) با هدف شناسایی انگیزه های تکانه ای، به تاخیر انداختن آنها و در نهایت کاهش تمایلات شدید و غیر ارادی برای عمل بوجود آمد. گلدستین و گلدستین (۱۹۹۸) بر این باورند که بی ثبات بودن مکرر، نتیجه ی رفتار کنترل تکانه ای ضعیف است. پژوهشهای انجام شده نشان داد که این درمان بر اختلالات خلقی موثر است (پوشانی و غباری، ۲۰۱۰). همچنین مداخله های شناختی رفتاری بر افکار و شناخت و باورها تاثیر دارد و باعث افزایش آن می شود (اسپری، ۱۹۹۹؛ گلدستین و گلدستین، ۱۹۹۸؛ پوشانی و غباری، ۲۰۱۰؛ نیجمی، ۲۰۰۸؛

رامسی، روستن، ۲۰۰۷). پژوهش‌های دیگر نشان داده است که آموزش خود کنترلی سبب افزایش خودکارآمدی رفتاری و رفتار هیجانی می‌شود (بیدرمن، منتظمی، میک و یانگ، ۲۰۰۶). اثربخشی این الگوی درمانی بر رفتارهای مخاطره آمیز خشم و مشکلات ارتباطی موثر و همواره موفقیت آمیز بوده است و پژوهش‌های اسپری (۱۹۹۹)، نوومن، ویدوم و ناتام (۱۹۸۵)، مولر، بارت و دوگهرتی (۲۰۰۲) اثربخشی آموزش کنترل تکانه را در کاهش رفتارهای ناگهانی و اختلالات خلقی و تکانشی را نشان داده است.

رفتاردرمانی دیالکتیک یکی از رویکردهای درمانی نوین مبتنی بر رویکرد شناختی- رفتاری است که در ابتدا توسط لینهان (۱۹۹۳) ابداع شد. رفتاردرمانی دیالکتیک رویکردی است که پذیرش و همدلی مراجع محور را با حل مساله ی رفتاری- شناختی و آموزش مهارتهای اجتماعی ترکیب می کند و از چهار نوع مداخله تشکیل شده است: جلسات درمانی ساختاریافته ی گروهی (برای مهارت آموزی) جلسات انفرادی، تماس ها یا مشاوره های تلفنی با درمانگر و جلسات تیم متخصصان به منظور حمایت از درمانگران رفتاردرمانی دیالکتیک (لینهان، ۱۹۹۳). پژوهش سولر، پاسکال، تیانا، باراجینا، گیچ و آلوارز (۲۰۰۹)، نشان داد افرادی که در گروه مهارت آموزی رفتاردرمانگری دیالکتیکی قرار داشتند درمقایسه با گروه کنترل، کمتر درمان را ترک کردند و همچنین بهبود تعدادی از مسایل خلقی و هیجانی نظیر افسردگی، اضطراب، خشم، بی ثباتی عاطفی و تحریک پذیری آن ها بهتر از گروه درمانگری استاندارد بود. لینهان (۲۰۰۶) این روش درمان را مختص بیمارانی معرفی کرد که اختلال آن‌ها در سطح شدید بود (رفتارهای خودکشی، دیگر کشی، رفتارهای تهدیدکننده ی زندگی مانند رانندگی‌های پرخطر، پرخوری و بیماران تکانشی و افرادی که الگوهای غیرقابل کنترل دارند). همچنین بهبود تعدادی از مسایل خلقی و هیجانی نظیر افسردگی، اضطراب، خشم، بی ثباتی عاطفی و تحریک پذیری آن ها بهتر از گروه درمانگری استاندارد بود (لینچ، چونز، کاکروویز، ۲۰۰۷). با توجه به آنچه گفته شد، این پژوهش درصدد پاسخگویی به این سوال بود که آیا روش آموزشی کنترل تکانه و رفتاردرمانی دیالکتیک در بهبود رفتارهای تکانشی نوجوانان مبتلا به اختلال نامنظمی خلقی اختلال گرانه موثر است؟

## روش

این پژوهش از نوع نیمه آزمایشی بود و جامعه ی آماری آن شامل تمامی نوجوانان دختر ۱۲-۱۶ سال همدان بود که به اختلال نامنظم خلقی اختلال گرانه مبتلا و رفتارهای تکانشی مخرب داشتند و بعد از

تماس تلفنی با مرکز مشاوره، به مراکز مشاوره ارجاع شده بودند. با توجه به اینکه لینهان و دیمف و همکاران (۲۰۰۰) در گروه درمانی از گروههای ۷ تا ۹ نفره استفاده می کردند، بر همین اساس در این پژوهش نیز به صورت تصادفی از میان بیماران تماس گیرنده ی مشاوره ی تلفنی بعد از ارجاع به مرکز، به شرط دریافت تشخیص اختلال نامنظم خلقی اختلال گرانه توسط روان شناس بالینی رداختلال‌های دوقطبی، شخصیت مرزی و اختلالات سازگاری و همتا سازی بر اساس سن و تحصیلات، ۲۱ نفر به صورت نمونه ی هدفمند انتخاب و به صورت تصادفی در سه گروه ۷ نفری (دو گروه آموزش کنترل تکانه و رفتاردرمانگری دیالکتیکی) و گروه کنترل کاربندی شدند. بیماران قبل و بعد از اتمام مداخله با مقیاس تکانشگری بارات<sup>۱</sup> مورد آزمون قرار گرفتند.

مقیاس تکانشگری بارات، ابزار مناسبی برای سنجش انواع رفتارهای تکانشی است. نسخه ی یازدهم این پرسش نامه که توسط ارنست بارات (۱۹۹۴) معرفی شده دارای ۳۰ پرسش چهارگزینه‌ای است که سه عامل تکانشگری شناختی (گرفتن تصمیم های شناختی) تکانشگری حرکتی (عمل کردن بدون فکر) و بی برنامه‌گی (جهت یابی آنی یا فقدان آینده نگری) را ارزیابی می کند. ساختار پرسش های گردآوری شده، نشان دهنده ی ابعادی از تصمیم گیری شتاب زده و فقدان دوراندیشی است و بالاترین نمره آن ۱۲۰ است (بارات، استنفورد و کنت، ۲۰۰۴). این پرسشنامه همبستگی مثبت و معناداری با پرسشنامه ی تکانشگری آیزنک دارد. اعتبار و پایایی این پرسشنامه در خارج از کشور (فوساتی، دی سجلی، آکارینی و بارت، ۲۰۰۱) و ایران (اختیاری، رضوان فرد و مکرری، ۲۰۰۸) مورد تایید قرار گرفته است.

### شیوه ی اجرا

مداخلات درمانی به صورت هفته ای دو جلسه و هر جلسه ۲ ساعت برگزار شد. هدف آموزش کنترل تکانه، شناسایی انگیزه‌های تکانه‌ای، به تاخیر انداختن آنها و در نهایت کاهش تمایلات شدید و غیر ارادی برای عمل بود (اسپری، ۱۹۹۹). روش درمان مبتنی بر الگوی کنترل تکانه بر اساس پروتکل درمان اسپری بود که در ۸ جلسه به صورت گروهی آموزش داده شد. پروتکل این درمان در جدول ۱ ارائه شده است. رفتاردرمانی دیالکتیکی به عنوان یک درمان حمایتگرانه مستلزم یک ارتباط مشترک و قوی میان درمانجو و درمانگر و شامل سه شیوه ی درمانی است که عبارتند از جلسات انفرادی مهارت آموزی گروهی و تماس تلفنی با درمانگر در خارج از جلسات درمانی. در درمان انفرادی

درمانجویان جلسات انفرادی را یک بار در هفته دریافت می کنند. جلسات روان درمانگری هفتگی، با کاوش یک رویداد یا رفتار مشکل آفرین؛ یعنی با زنجیره ای از رویدادها از هفته ی قبل، شروع و با بررسی راه حل های پیشنهادی که به کار رفته اند و عواملی که درمانجو را در استفاده از راه حل های سازگارانه تر با مشکل روبه رو ساخته اند، ختم می شود. در طی جلسات و بین آن، درمانگر فعالانه رفتارهای سازگارانه را آموزش می دهد و تقویت می کند. تاکید بر آموزش دادن به بیماران در این مورد است که چگونه می توان آسیب های هیجانی را کنترل کرد نه این که آن ها را کاهش داد یا آن ها را از بحران خارج کرد (زمانی، فرهادی، جمیلیان و حبیبی، ۲۰۱۴). از آنجا که این روش درمانی برای بیماران تکانشگر و افرادی که دست به گریبان هیجان های آشفته و دردسرسازی بودند که تاثیر مخرب آسیب های ناگوار و غفلت های دوران کودکی آنها بود اجرا شد، درمان با مهارت مبتنی بر پذیرش (مهارت های تحمل پریشانی) آغاز و سپس آموزش مهارت مبتنی بر تغییر (مهارت های تنظیم هیجانی) بر مبنای کار میتومککی، جفری وود و جفری برنتلی (۲۰۰۷) و کتاب مهارت آموزی لینهان (۱۹۹۳) اجرا شد و برای هر مهارت ۴ جلسه ی گروهی تشکیل شد (جدول ۲).

#### جدول ۱. برنامه ی درمانی آموزش کنترل تکانه

جلسه ی اول معارفه و تشخیص موقعیت کلی (این جلسه با هدف آشنایی مراجعین با پژوهشگر و فراهم کردن زمینه ی درک و تفاهم متقابل و بیان انتظارات پژوهشگر انجام شد).

جلسه ی دوم ارزیابی و شناخت افکار و احساسات که منجر به رفتارهای تکانه ای و خودتخریبی می شود.

جلسه ی سوم بررسی افکار و احساسات و توضیح و شناساندن پاسخهای مقابله ای که درونی و یا بیرونی هستند

جلسه ی چهارم آموزش به تاخیر انداختن و مقابله با پاسخهای تکانه ای

جلسه ی پنجم تمرین و بازخورد

جلسه ی ششم، آگاهی درمانگر از انگیزه های مبنی بر انجام رفتارهای تکانه ای؛ اگر انگیزه رفتارهای خود تخریبی مشخص شود، ممکن است که روشهای کم خطرتری را جایگزین رفتارهای سابق خود سازد و بسیار احتمال دارد که رفتارهای جایگزین سازگارانه نیز باشد.

جلسه ی هفتم، تثبیت؛ در این مرحله موقعیتهای واقعی که دانش آموز با آنها مواجه بوده است، در کلاس مطرح و تشریح شود. همچنین در این مرحله، از شیوه ی پسخوراند گروهی و تقویت استفاده شد و از دانش آموزان خواسته شد که به تعمیم الگوی کنترل تکانه در تمام مراحل زندگی، پردازند

جلسه ی هشتم جمع بندی، تمرین آموزشها و پس آزمون.

#### جدول ۲. برنامه ی درمانی رفتاردرمانی دیالکتیکی

جلسات ۱ تا ۴: در ۴ جلسه ی اول مهارتهای بنیادین تحمل آشفتنگی و توجه برگردانی (شامل پذیرش بنیادین، توجه برگردانی، تدوین برنامه ی توجه برگردانی، خودآرامش بخشی و تدوین طرح آرمدگی) و مهارتهای پیشرفته ی تحمل آشفتنگی (شامل تصویرسازی از مکان امن، کشف ارزشها، شناسایی قدرت برتر، زندگی در زمان حال، استفاده از افکارمقابله ای خودتشویق گرایانه، خودگوییهای

تاییدگرانه و تدوین راهبردهای مقابله‌ای) اجرا شد. جلسات ۵ تا ۸: مهارت‌های بنیادین و پیشرفته ی نظم بخشی هیجانی (شامل شناسایی هیجانها، چگونگی عمل هیجانها، غلبه بر موانع هیجانهای سالم، کاهش آسیب پذیری در برابر هیجانهای آشفته ساز، مشاهده ی خویشتن، کاهش آسیب پذیری شناختی، افزایش هیجانهای مثبت و رویارویی با هیجانها، عمل کردن برخلاف امیال شدید هیجانی و حل مساله ) طبق پروتکل درمان آموزش داده شد. بعلاوه در هر جلسه، تکالیفی با توجه به توانایی آن‌ها داده شد تا مهارت‌های آموخته شده را مورد تکرار و تمرین در زندگی خود قرار دهند.

برای تحلیل داده‌ها از تحلیل کوواریانس عاملی (MANCOVA) با یک متغیر مستقل عضویت گروهی (گروه آزمایشی و کنترل) و متغیر کمکی پیش‌آزمون و متغیر وابسته پس‌آزمون خرده مقیاس-های تکانشگری استفاده شد و داده‌ها با شانزدهمین ویرایش نرم افزار SPSS مورد تحلیل قرار گرفت.

### یافته‌ها

جدول ۳ مولفه‌های توصیفی نمرات آزمودنی‌ها را به تفکیک گروه‌ها نشان می‌دهد.

جدول ۳. مولفه‌های توصیفی نمرات آزمودنی‌ها را به تفکیک گروه‌ها

گروه	خرده مقیاس	پیش‌آزمون	پس‌آزمون	میانگین	تعدیل شده
		M	sd	M	sd
آموزش کنترل	تکانشگری شناختی	۲۸/۳۱	۲/۴۶	۱۹/۱۱	۱/۱۱
تکانه	تکانشگری حرکتی	۳۴/۶۷	۲/۶۴	۲۱/۹۴	۲/۱۷
	بی‌برنامگی	۳۳/۱۶	۲/۷۳	۲۳/۰۷	۱/۳۴
رفتاردرمانی	تکانشگری شناختی	۳۰/۷۳	۲/۹۸	۲۱/۵۲	۲/۱۷
دیالکتیک	تکانشگری حرکتی	۲۹/۶۴	۲/۷۴	۲۰/۷۳	۱/۰۴
	بی‌برنامگی	۳۲/۱۹	۲/۱۵	۲۳/۷۵	۱/۶۷
	تکانشگری شناختی	۳۳/۴۶	۲/۹۴	۳۳/۴۵	۲/۲۳
گروه کنترل	تکانشگری حرکتی	۳۰/۶۱	۲/۶۸	۲۹/۶۷	۱/۳۱
	بی‌برنامگی	۲۸/۱۹	۲/۳۶	۲۸/۳۷	۱/۹۴

جهت بررسی همگنی دو گروه آزمایش و یک گروه کنترل، گمارش و انتخاب تصادفی سه گروه از لحاظ متغیر تکانشگری در مرحله ی پیش‌آزمون، از تحلیل واریانس چند متغیره (MANOVA) استفاده شد. نتایج نشان داد که بین دو گروه آزمایش و یک گروه کنترل از لحاظ تفاوت در سطح اولیه و مبنای مقایسه در مرحله ی پیش‌آزمون تفاوتی بر اساس متغیرهای تکانشگری شناختی

تکانشگری حرکتی و بی برنامه‌گی وجود نداشته است. برقراری این مفروضه، نشانگر همگنی سه گروه از نظر متغیر وابسته ی تکانشگری در مرحله ی پیش آزمون است.

از آزمون تحلیل کوواریانس عاملی جهت بررسی تفاوت بین بیماران گروه های آزمایشی و کنترل از نظر میزان رفتارهای مخاطره آمیز در خرده مقیاس‌های تکانشگری شناختی، حرکتی و بی برنامه‌گی استفاده شد. نتایج آزمون Box's M حاکی از آن بود که مفروضه ی همگنی ماتریس واریانس-کوواریانس تایید شد. نتایج آزمون لون برای بررسی مفروضه ی همگنی واریانس گروه‌ها نشان داد که در هر سه خرده مقیاس تکانشگری شناختی، تکانشگری حرکتی و بی برنامه‌گی گروه های کنترل و آزمایش از نظر واریانس همگن هستند.

#### جدول ۴. نتایج آزمون تحلیل کوواریانس چندمتغیره برای مقایسه ی گروه های آزمایشی و کنترل در خرده مقیاس‌های تکانشگری

eta	Sig.	F	df	
۰/۹۱	۰/۰۰۱	۰/۲۴۹	۲-۱۵	تکانشگری شناختی
۰/۷۳	۰/۰۰۱	۱۷۶/۷۳	۲-۱۵	تکانشگری حرکتی
۰/۸۶	۰/۰۰۱	۱۹۸/۸۴	۲-۱۵	بی برنامه‌گی

نتایج تحلیل کوواریانس با بررسی اثر گروه در هر یک از خرده مقیاس‌ها با کنترل اثر پیش آزمون به عنوان عامل هم‌پراش روی پس آزمون حاکی از آن بود که میزان تکانشگری گروه های آزمایش بعد از شرکت در دوره ی گروه درمانی نسبت به گروه کنترل، کاهش معناداری به لحاظ آماری در خرده مقیاس‌های تکانشگری نشان دادند.

#### بحث و نتیجه گیری

نمرات پیش آزمون و پس آزمون بیماران به وضوح کاهش در خرده مقیاس تکانشگری را بعد از اجرای آموزش کنترل تکانه در مقایسه با گروه کنترل نشان داد که نشاندهنده ی اثربخشی این درمان بوده است.

طبق اصول این فن درمانی که نوعی از مداخلات شناختی- رفتاری است (اسپری، ۱۹۹۹) درمان متخصصان بالینی مهارت‌های شناخت افکار و احساسات، پاسخهای مقابله‌ای درونی یا بیرونی افکار و احساسات ناسازگار، مهارت‌های به تاخیر انداختن و مقابله با پاسخهای ناگهانی، رساندن افراد به سطح منطقی از تسلط و کنترل را همراه با همدلی و درک کردن را آموزش می دهند، همچنین مهارت‌های

حل مساله که از مهمترین مهارتهای مداخلات شناختی- رفتاری است آموزش داده می شود و از درمانجو خواسته می شود راه حلهای مختلف رسیدن به بهترین راه حل را قبل از واکنش ناگهانی یادآور شود. در واقع درمانجو، فاقد مهارتهای لازم و ضروری برای واکنش نشان دادن به شیوه ای خلاق تر است. این یکی از دلایلی است که کنترل تکانه در کاهش اختلالات هیجانی در این پژوهش ثمربخش بوده است، در راستای این نتیجه می توان از پژوهش های اسپری (۱۹۹۹) نوومن (۱۹۸۵)، مولر و همکاران (۲۰۰۲) نام برد که در زمینه ی اثربخشی آموزش کنترل تکانه بر رفتارهای ناگهانی، اختلالات خلقی و تکانشی و اختلالات دیگر انجام داده اند.

گلداستین و گلداستین (۱۹۸۵) و پوشانها و همکاران (۲۰۱۰) نیز در پژوهشی اثربخشی آموزش کنترل تکانه در رفتارهای بی ثبات و تکانه های ناگهانی نشان دادند که این تاثیر در دوره ی پیگیری نیز حفظ شده است. پژوهش های نجمی (۲۰۰۸)، رامسای و روسن (۲۰۰۷) و بیدرمن و همکاران (۲۰۰۶) تاثیر این درمان را بر باورهای افرادی که رفتارهای ناگهانی و مخاطره آمیز دارند، به اثبات رساندند.

نمرات پیش آزمون و پس آزمون تکانشگری بیماران گروه رفتاردرمانی دیالکتیک، در مقایسه با گروه کنترل، نشانگر اثربخشی این درمان بوده است. رفتاردرمانگری دیالکتیکی در حقیقت تغییر و اصلاح درمانگری رفتاری- شناختی است و در افرادی استفاده می شود که باهیجانان خارج از کنترل و همچنین مسایل خلقی و هیجانی نظیر افسردگی، اضطراب، خشم، بی ثباتی عاطفی و تحریک پذیری دست و پنجه نرم می کنند و از متخصصین بالینی خواسته می شود تا به درمانجو در درک رفتارهای مختل کننده به عنوان رفتار اکتسابی برای حل مشکل کمک کنند و درمانجو فاقد مهارتهای لازم و ضروری برای واکنش نشان دادن به شیوه ای خلاق تر است (زمانی و حبیبی، ۲۰۱۵). این یکی از دلایلی است که رفتاردرمانگری دیالکتیکی در کاهش هیجانی منفی خشم و خشمهای انفجاری و تکانه و رفتارهای تکانشی ثمربخش بوده است (سولر و همکاران، ۲۰۰۹).

نتایج این پژوهش با پژوهشهای سولر و همکاران (۲۰۰۹)، مک کالان و همکاران (۲۰۰۵)، میلر و همکاران (۲۰۰۷) و ون دن بوش، کوتر، استیجنز، ورهول و برینک (۲۰۱۲) مبنی بر اینکه رفتاردرمانی دیالکتیکی در کاهش رفتارهای تکانشی موثر است، همخوانی دارد با این تفاوت که این پژوهش ها در بیماران مرزی صورت گرفته است و تکانشگری یکی از ویژگی های بارز و همچنین از نشانه های تشخیص در این اختلال است و نوآوری این پژوهش، اثربخشی این درمان در افراد غیرمرزی بود که در مقایسه با افراد مرزی از درد هیجانی بیشتری نسبت به رنج هیجانی، احساس ناتوانی می کردند.



## References

- American Psychiatric Association. (2000). Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders and Statistical Manual of Mental Disorders (4th edn) (DSM-IV). Washington, DC: APA.
- American Psychiatric Association. (2013). Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders 5 edition, (Dsm-5).
- Barratt, E., Stanford, M. S., Kent, T. A., & Felthous, A. (2004). Neuropsychological and cognitive psychophysiology substrates of impulsive aggression. *Biological Psychiatry*, 41, 1045-1061.
- Bideman, G., Mouteauxm, M., Mick, E., & Young. (2006). adult outcome of attention deficit/hyperactivity disorder: Finding in non referred subjects. *American Journal of Psychiatry*, 162, 1083-1089
- Ekhtiari, H., Rezvanfard, M., & Mokri, A. (2008). Impulsivity and its Different Assessment Tools: A Review of View Points and Conducted Researches. *Iranian Journal of Psychiatry and Clinical Psychology*, 14(3), 247-257. [Persian].
- Ganji, M. (2013). Abnormal psychology based on DSM-5. *Savalane pub*. Tehran; [Persian].
- Goldstein, S., & Goldstein, M. (1998). Managing attention deficit hyperactivity disorder in children: A Guide for practitioner (2nd Ed), NY: Wiley.
- Kring, A. M., Sheri, L., Johnson, C., & John, M. (2012). *Abnormal psychology*, 12th Edition.
- Linehan, M., Dimeff, L., Rizvi, S. L., & Brown, M. (2000). Dialectical behavior therapy for substance abuse: A pilot application to methamphetamine dependent women with borderline personality disorder. *Cognitive and Behavioral practice*, 7, 457-468.
- Linehan, M. M. (1993). Cognitive-behavior treatment of borderline personality disorder New York, USA: *the Guilford press*.
- Linehan, M. M. (1993B). Skill training manual for treating borderline personality disorder. New York, USA: *The Guilford press*
- Lynch, T. R., Cheavens, J. S., Cukrowicz, K. C., Thorp, S.R., Bronner, L., & Beyer, J. (2007). Treatment of older adults with co-morbid personality disorder and depression: A dialectical behavior therapy approach. *Int J Geriatr Psychol*, 22, 131-43.
- Mckay, M., Wood, J., & Brantley, J. (2007). The Dialectical Behavior therapy skills workbook united states of America. New Harbinger publications, Inc.
- Mcquillan, A., Nicastro, R., Guenot, F., Girard, M., Lisser, C., & Ferrero, F. (2005). Intensive dialectical behavior therapy for outpatients with borderline personality disorder who are in crisis. *Psychiatr Serv*, 556, 193-7.
- Miller, A. M., Rathus, J. H., & Linehan, M. M. (2007). Dialectical behavior therapy with suicidal adolescents. New York: Guilford, 38-95.
- Moeller, F. G., Barratt, E. S., Dougherty, D. M., Schmitz, J. M., & Swann, A. C. (2002). Psychiatric aspects impulsivity. *American Journal of Psychiatry*, 11, 1783-1793.
- Newman, J. P., Widom, C. S., & Nathan, S. (1985). Passive avoidance in syndromes of disinhibition. Psychopathy and extraversion. *Journal of Personality and sociological Psychology*, 48, 1316-1327.
- Nijmei, J. (2008). Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder and social dysfunctioning. *Clinical Psychology Review*, 692-708.
- Poushaneha, K., Ghojari Bonab, B., & Hasanzadeh Namin, F. (2010). Effect of training impulse control on increase attention of children with attention-deficit/hyperactivity disorder. *Procedia Social and Behavioral Sciences*, 5, 983-987.
- Ramsay, J., & Rostain, N. (2007). Psychosocial Treatments for Attention-Deficit /Hyperactivity Disorder in Adults: Current Education and Future Direction, professional psychology. *Research and Practice*, 38(4), 338-346
- Sadock, B. J., & Sadock, V. A. (2007). Comprehensive textbook of psychiatry. New York, USA, Lippincott Williams & Wilkins.
- Sperry, L. (1999). Cognitive behavior therapy of DSM-IV disorder. USA: unner/ Mazel.
- Soler, J., Pascual, J., Tiana, T., Barrachina, J., Gich, I., & Alvarez, E. (2009). Dialectical behavior therapy skills training compared to standard group therapy in borderline personality disorder. *Behav Res Ther*, 47, 335-358.
- Susan, W., Richard, H., & McGraw, H. (2012). Abnormal psychology: Clinical Perspective on Psychological Disorders, 7 edition.

- Vanden Bosch, L. M. C., Verhuel, R., Schippers, G. M., & Brink, W. (2002). Dialectical Behavior therapy of borderline patient with and without substance use problems Implementation and long-term effects. *Addictive Behaviors*, 27, 911-923.
- Zamani, N., Habibi, M., & Darvishi, M. (2015). Compare the effectiveness dialectical behavior therapy and cognitive-behavioral group therapy in reducing depression in mothers of children with disabilities. *Journal of Arak University of Medical Sciences*, 18(94), 32-42. (Persian)
- Zamani, N., Farhadi, M., Jamilian, H. R., & Habibi, M. (2014). Effectiveness of group dialectical behavior therapy (based on core distress tolerance and emotion regulation components) on Expulsive Anger and Impulsive Behaviors. *Journal of Arak University of Medical Sciences*, 17(92), 53-61. (Persian)
- Zamani, N., Ahmadi, V., Ataie Moghanloo, V., & Mirshekar, S. (2014). Comparing the Effectiveness of two Therapeutic Methods of Dialectical Behavior Therapy and Cognitive Behavior Therapy on the Improvement of Impulsive Behavior in the Patients Suffering from Major Depressive Disorder (MDD) Showing a Tendency to Suicide. *Scientific Journal of Ilam University of Medical Sciences*, 22(5), 45-54. (Persian)
- Zamani, N., Zamani, S., & Habibi, M. (2015). Comparison of stress in mothers caring for children with developmental disorders, External and internal disorders and children with normal. *Accept in Journal of Research & Health Social Development & Health Promotion Research Center*.

Journal of  
Thought & Behavior in Clinical Psychology  
Vol. 9 (No. 35), pp.7-16, 2014

## **The effectiveness of impulse control and dialectical behavior therapy training on impulsivity, Lack of motor and cognitive planning in adolescent girls with disruptive mood dysregulation disorder**

**Imam Gholipour, Samereh**

Islamic Azad University of Hamadan Branch, Hamadan Branch, Iran

**Zamani, Saeed**

Islamic Azad University of Hamadan Branch, Hamadan Branch, Iran

**Jahangir, Amir hossein**

Shahid Beheshti University, Tehran, Iran

**Imani, Saieed**

Shahid Beheshti University, Tehran, Iran

**Zamani, Narges**

Islamic Azad University of Hamadan Branch, Hamadan Branch, Iran

Received: 25 Mar, 2014

Accepted: May 31, 2014

Impulsive and risky behaviors which are collectively referred to as risky behaviors, encompasses a broad range of immature behaviors that are generally associated with degrees of high risk. The aim of this study was to determine the effectiveness of impulse control and dialectical behavior therapy training on impulsivity of adolescent girls with disruptive mood dysregulation disorder. For this purpose, in a semi-experimental study with a control and experimental group, 21 people were selected among women with disruptive mood dysregulation disorder. They were divided into three groups of 7 patients each (impulse control and dialectical behavior therapy training) and control group, randomly, and they were tested in terms of impulsivity. The experimental group, underwent impulse control and dialectical behavior therapy training. The control group did not undergo any intervention. The results of analysis of covariance indicated that there is a significant difference between impulsivity subscales scores of impulse control of experimental group and dialectical behavioral therapy with the control group and impulsivity subscale scores of impulsive control of experimental group and dialectical behavior therapy. In the field of treatment and working with people who are living in a state of crisis and impulsivity, impulse control and dialectical behavior therapy, seem to be effective and promising, due to their nature

### **Keywords:**

*Electronic mail may be sent to: s\_imani@sbu.ac.ir*