مقاله پژوهشی

اثربخشی رفتاردرمانی دیالکتیکی (آموزش مهارت‌های تنظیم هیجان) بر تکانش‌گری و کیفیت زندگی بیماران دوقطبی نوع ۱: مطالعه نیمه تجربی

محمود فرورشی[۱]، مرضیه علیوندی وفا*[۲]، علی فخاری [۳]، معصومه آزموده [٤]

تاریخ دریافت ۱۳۹۷/۰۸/۰۹ تاریخ پذیرش ۱۳۹۷/۱۱/۰۴

چکیده

پیش‌زمینه و هدف: اختلال دوقطبی نوع یک، اساساً اختلالی ناتوان‌کننده، عودکننده و مزمن محسوب می‌شود که با دوره‌هایمانی مشخص‌شده و در عملکرد فردی و بین فردی مبتلایان تأثیر قابل‌تأملی به‌جا می‌گذارد. این پژوهش با هدف اثربخشی رفتاردرمانی دیالکتیکی (آموزش مهارت‌های تنظیم هیجان) بر تکانش گری و کیفیت زندگی بیماران دوقطبی نوع یک بود.

مواد و روش کار: این پژوهش بر پایه‌ی پژوهش‌های نیمه تجربی با طرح پیش‌آزمون و پس‌آزمون با گروه کنترل استوار بود. جامعه‌ی آماری این تحقیق را کلیه بیماران مرد بستری در بیمارستان رازی تبریز در سال ۱۳۹۷ تشکیل می‌داد. با استفاده از روش نمونه‌گیری هدفمند، تعداد ۳۰ بیمار به روش جایگزینی تصادفی در دو گروه آزمایش و گواه قرار داده شدند. در فرآیند گردآوری داده‌ها، از پرسشنامه‌های تکانش‌گری بارت و کیفیت زندگی سازمان بهداشت جهانی استفاده شد. گروه آزمایش ۱۲ جلسه شصت‌دقیقه‌ای رفتاردرمانی دیالکتیکی را دریافت نمودند.. داده‌ها از طریق تحلیل کوواریانس چند متغیره با نرم‌افزار آماری SPSS۲۴ مورد تجزیه‌وتحلیل قرار گرفتند.

یافته‌ها: نتایج حاصل از تحلیل کوواریانس چند متغیری نشان داد که رفتاردرمانی دیالکتیکی به‌طور معنی‌داری ($p<۰/۰۵$) بر بهبود کیفیت زندگی و کاهش تکانش‌گری بیماران دوقطبی تأثیر داشته است.

بحث و نتیجه‌گیری: می‌توان در روان‌درمانی اختلال دوقطبی نوع یک، از رفتاردرمانی دیالکتیکی به‌منظور کاهش تکانش‌گری و افزایش کیفیت زندگی در کنار دارودرمانی استفاده نمود.

کلیدواژه‌ها: اختلال دوقطبی نوع یک، تکانش‌گری، کیفیت زندگی، رفتاردرمانی دیالکتیکی

مجله پزشکی ارومیه، دوره سی‌ام، شماره اول، ص ٤۰-۲۹، فروردین ۱۳۹۸

آدرس مکاتبه: استادیار روانشناسی، دانشکده علوم انسانی و تربیتی ، واحد تبریز، دانشگاه آزاد اسلامی، تبریز، ایران، تلفن ۰۹۱۴۸۴۵۳۳۲۵

Email: m.alivand@iaut.ac.ir

مقدمه

اختلال دوقطبی که با دوره‌های مانیا، افسردگی یا مختلط با حالت پسیکوتیک یا غیرپسیکوتیک مشخص می‌گردد، ازجمله اختلالات بسیار شایع، ناتوان‌کننده، مشکل‌ساز و عمده روان‌پزشکی است. این نوع از بیماری علاوه بر افت عملکرد کلی فرد، اختلال شدیدی در کنترل تکانه‌ها، هیجانات و تعاملات بین فردی ایجاد می‌کند و جزو ۱۰ بیماری متداول مرگبار بشری است؛ به‌طوری‌که در سال ۲۰۲۰ از رده‌ی چهارم به دومین عامل ناتوانی، صعود پیدا می‌کند (۱، ۲).

بررسی‌های اخیر نشان می‌دهد که توجه به درمان‌های کارآمد سال‌هاست که دغدغه‌ی ذهنی روان‌پزشکان و روان شناسان شده است. تقریباً در سال ۱۹۹۰، روان‌پزشکان به این نتیجه‌ی علمی نائل آمدند که روان‌درمانی را در کنار دارودرمانی برای درمان اختلال دوقطبی استفاده نمایند. یکی از فاکتورهایی که از همان ابتدا موردنظر متخصصان امر این حوزه بوده است؛ بحث هیجانات

[۱] دانشجوی دکترای تخصصی روان شناسی عمومی، دانشکده علوم انسانی و تربیتی، واحد تبریز، واحد تبریز، دانشگاه آزاد اسلامی، تبریز، ایران

[۲] استادیار روانشناسی، دانشکده علوم انسانی و تربیتی، واحد تبریز، دانشگاه آزاد اسلامی، تبریز، ایران (نویسنده مسئول)

[۳] استاد روان پزشکی، بیمارستان رازی، تبریز، ایران

[٤] استادیار روانشناسی، دانشکده علوم انسانی و تربیتی، واحد تبریز، دانشگاه آزاد اسلامی، تبریز، ایران

است. در حقیقت، امروزه با اینکه دارودرمانی به‌عنوان خط اول درمان برای این اختلال مطرح است؛ اما هدایت نکردن صحیح هیجانات مثبت، منفی، رفتارهای آشفته و بدون تفکر، سبب عود، بستری‌های مکرر و کاهش ابعاد مختلف کیفیت زندگی بیماران دوقطبی می‌گردد. دلیل این امر آن است که کنترل هیجانات آشفته ساز از توان بیمار خارج بوده و بسیاری از بیماران پذیرش پایینی برای درمان دارویی از خود نشان می‌دهند؛ لذا، افزودن درمان‌های روانی – اجتماعی به برنامه‌ی درمان دارویی، احتمال کارآمدی درمان را افزایش می‌دهد (۳). از طرفی، بروز دوره‌های مکرر افسردگی و مانیا، نه‌تنها بر کنترل هیجان‌ها تأثیرگذار است؛ بلکه قادر است کیفیت زندگی این بیماران را با خطرهای عظیمی روبه‌رو سازد. هرکدام از دوره‌های عود اختلال با هزینه‌ها و گرفتاری‌های متعدد اجتماعی، مالی، خانوادگی و قانونی برای بیماران و اطرافیان همراه است (۱۷، ۴۹).

تا قبل از اواخر قرن بیستم عقیده‌ای به نقش روان‌درمانی در اختلال دوقطبی نداشتند اما این تفکر در اواخر قرن بیستم تغییر یافت؛ چراکه متخصصان با شناخت عمیق این بیماری به این نتیجه رسیدند که در مرحله نگه‌دارنده، روان‌درمانی بهتر از دارودرمانی صرف، از عود و بستری مجدد بیماری دوقطبی جلوگیری می‌کند (۱، ۳). عدم کنترل مناسب هیجان‌ها، مبتلایان را با مشکل دیگری بنام تکانش‌گری روبرو می‌سازد. تکانش‌گری مفهوم چندبعدی است که با گرفتار شدن در رفتارهای بدون دوراندیشی و پاسخ‌دهی شتاب‌زده به محرک‌ها تعریف شده است. یکی از دلایل اهمیت این متغیر، پیامدهای ناسازگارانه‌ی آن است (۶). تکانش‌گری برای متخصصان امر از اهمیت زیادی برخوردار می‌باشد؛ چراکه رفتارهای تکانشی هسته اصلی بسیاری از اختلالات روان‌پزشکی و ویژگی اصلی اختلال دوقطبی است و در دورمانیا تکانش‌گری افزایش می‌یابد (۱۰، ۹).

کیفیت زندگی آشفته، یکی از علل و نیز معلول بیماری‌های روان‌پزشکی به شمار می‌رود و عامل مهمی در ارزیابی پیامد روش‌های گوناگون درمانی است. سازمان بهداشت جهانی، کیفیت زندگی را مشتمل بر ابعاد جسمی، روانی، اجتماعی و محیطی می‌داند و در رابطه با اهداف، فرهنگ، بستر زندگی، انتظارات، استانداردها و نگرش‌ها تعریف می‌نماید. متخصصان امر، کیفیت زندگی مطلوب را در معنای نبود بیماری تعریف نمی‌کنند؛ بلکه آن را به معنای احساس خوب بودن در جنبه‌های مزبور می‌دانند (۱۱). به‌عنوان مثال، اختلال در کیفیت زندگی می‌تواند ناشی از بیماری‌های جسمی یا روانی باشد (۱۲،۱۳،۱۴). بررسی‌ها نشان می‌دهد که کیفیت زندگی بیماران دوقطبی، در کل، پایین‌تر از بیماران افسرده، اسکیزوفرنی، اختلالات اضطرابی و سوءمصرف مواد است. برای نمونه، در حدود ۷۴ درصد بیماران دوقطبی پس از بستری، عواقب خوبی ندارند و حتی در صورت بهبودی کامل رضایت کمی از زندگی دارند (۱۵). اثرات مخرب اختلال دوقطبی بر کیفیت زندگی به‌قدری شدید است که حتی در فاز یوتایمیک هم بیشتر از بیماری‌های ناتوان‌کننده دیگر مانند بیماری ام اس بر روی زندگی فردی، اجتماعی بیمار و خانواده‌اش مشکلات زیادی را تحمیل می‌کند (۱۷). لذا ارائه‌ی مداخله در کیفیت زندگی می‌تواند به‌طور چشمگیری از میزان آشفتگی‌های روانی اجتماعی اقتصادی آن‌ها کاسته و باعث ارتقای کیفیت زندگی کلی، افزایش بهبودی و پیش‌آگهی خوب، سازگاری بیمار و اطرافیان می‌گردد (۱۶، ۱۸).

ازجمله درمان هایی که بر کیفیت زندگی و تکانش گری بیماران دوقطبی تأثیر گذاراست، اما تاکنون کم‌تر موردتوجه پژوهشگران و درمانگران خارجی و ایرانی در زمینه طیف اختلالات دوقطبی قرارگرفته است، رفتاردرمانی دیالکتیکی[1] است. این درمان از چهار نوع مداخله مهارت‌آموزی ذهن آگاهی، تحمل پریشانی (مهارت‌های پذیرش)، روابط بین فردی و تنظیم هیجان (مهارت‌های تغییر) تشکیل می‌شود که به‌صورت فردی و گروهی قابل‌اجراست. بررسی‌ها نشان می‌دهد که یادگیری مهارت‌های رفتاردرمانی دیالکتیکی برای افرادی با اختلالات متعدد روان‌پزشکی شدید، مانند اختلال دوقطبی مفید است (۲۱، ۲۲). با توجه به اصول زیربنایی و بنیان مهارت‌آموزی درمان دیالکتیکال، نتایج پژوهش‌ها حاکی از اثربخشی این نوع مداخله بر کاهش تکانش‌گری، صدمه به خود، تحریک پذیری، پیروی از درمان، کاهش دفعات بستری و عود بیماری می‌باشد (۱۹). درنهایت، با توجه به تأثیر منفی این اختلال بر کیفیت زندگی؛ عوارض روانی، جسمانی، بین فردی، هیجانی و اقتصادی، آگاهی از چندوچون تغییرات رفتاری و بهره‌گیری از مداخلات روان‌شناختی مناسب می‌تواند از بروز رفتارهای هیجانی، بدون برنامه و تکانشی جلوگیری نموده، و به تعادل بین افکار، احساسات و رفتار کمک کرد. (۲۰)، کمک به تعدیل و تنظیم هیجانات می‌تواند از شدت و میزان هم ابتلایی اختلالات دیگر، و رفتارهای تخریب گرایانه، کاسته یا پیشگیری گردد. پس با توجه به موارد فوق و اثربخشی ناقص داروهای ثبیت کننده خلق در درمان این اختلال انجام این مطالعه از اهمیت زیادی برخوردار است (۲۳). از سوی دیگر، با توجه به شیوع و شدت بالای بیماری دوقطبی و خلاء های پژوهشی در حوزه‌ی معرفی و اجرای درمان های بالقوه مؤثرتر انجام مطالعات نیمه

[1]-Dialectical Behavior Therapy

تجربی بسیار مهم می‌نماید، بر اساس آنچه مطرح شد، هدف پژوهش حاضر تعیین اثربخشی رفتاردرمانی دیالکتیکی برتکانشگری و کیفیت زندگی بیماران دوقطبی نوع یک است. سؤال اصلی این پژوهش این است که آیا رفتاردرمانی دیالکتیکی روی کاهش تکانش‌گری و بهبود یا افزایش کیفیت زندگی بیماران دوقطبی نوع یک تأثیر دارد یا خیر؟

مواد و روش کار

طرح این پژوهش بر پایه‌ی طرح‌های شبه آزمایشی ازنوع پیش‌آزمون – پس‌آزمون با گروه کنترل استوار بود. جامعه آماری این تحقیق را کلیه بیماران مرد مبتلا به اختلال دوقطبی نوع یک در فاز مانی‌ای غیرپسیکوتیک تشکیل می‌دادند که به علت بیماری در بیمارستان رازی بستری بودند. با تکیه بر تشخیص گذاریهای قبلی روان‌پزشکان و بالینیگران بیمارستان رازی (بر طبق ملاک‌های ویراست پنجم راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی در خصوص تشخیص گذاری اختلال دوقطبی نوع یک مانیک فاز غیرپسیکوتیک) تعداد ۳۰ نفر به روش نمونه‌گیری هدفمند انتخاب و به شکل جایگزینی تصادفی در گروه‌های آزمایش و کنترل قرار داده شدند. ملاک‌های ورود بیماران به مطالعه عبارت بودند از: نداشتن اختلال شخصیتی، پسکوتیک، سوءمصرف مواد، افکار جدی خودکشی و بستری بیش از سه بار، رضایت آگاهانه برای شرکت در پژوهش، دارا بودن حداقل سن ۱۸ تا ۵۹ سال، داشتن سطح تحصیلات حداقل سیکل. ملاک‌ها خروج نیز شامل این موارد بود: عدم شرکت در بیش از دو جلسه‌ی درمانی، شرکت داشتن همزمان در هر نوع مداخله یا برنامه‌ی آموزشی درمانی دیگر در بیمارستان.

شایان ذکر است که از افراد مورد مطالعه، رضایت‌نامه کتبی اخذ و قبل از شروع کار، با کمیته اخلاق تیم پژوهشی روان‌پزشکی و علوم رفتاری مرکزآموزشی درمانی رازی تبریز هماهنگی‌های لازم انجام گرفت. علاوه برآن، کدهای اخلاقی انجمن روانشاسی آمریکا که شامل احترام به اصل رازداری بیماران، امکان انصراف آزمودنی‌ها از تحقیق، ارائه اطلاعات کافی در مورد چگونگی درمان و پژوهش، و نیز اینکه این مداخله هیچ‌گونه ضررجسمی در برندارد، رعایت گردید. در فرآیند مداخله، آزمودنی‌های گروه آزمایش تحت دوازده جلسه هفتگی رفتاردرمانی دیالکتیکی (با تکیه برمهارت‌های تنظیم هیجان) قرار گرفتند؛ در حالی‌که آزمودنی‌های گروه کنترل مداخله روان شناختی دریافت نکردند و صرفاً دارو مصرف می‌کردند. البته پس از اتمام جلسات درمانی و جهت حفظ سلامت روان بیماران گروه کنترل و نیز حفظ اثر انتظاردرمانی، یک جلسه آموزش برای آن‌ها اجرا گردید که هیچ تأثیری در نتیجه پژوهش نداشت.

برای گردآوری داده‌ها، از پرسشنامه‌های زیر استفاده گردید:

پرسشنامه تکانش‌گری: پرسشنامه خود گزارشی تکانش‌گری بارات توسط پاتون، استانفورد و بارت (۱۹۹۵) معرفی شده است. مقیاس تکانش‌گری بارات شامل ۳۰ گویه مدرج چهار نمره‌ای لیکرت می‌باشد که از هرگز= ۱ تا همیشه= ۴ نمره‌گذاری می‌گردد. محتوای این پرسشنامه در قالب سه عامل تکانش‌گری عدم برنامه ریزی (سؤالات ۵، ۷، ۹، ۱۰، ۱۲، ۱۷، ۱۹ و ۲۵) تکانش‌گری حرکتی (سؤالات ۳، ۸، ۱۱، ۱۳، ۱۴، ۱۶، ۱۸، ۲۰، ۲۱، ۲۲ و ۲۴) و تکانش‌گری شناختی (سؤالات ۴، ۶، ۱۵ و ۲۳) می‌باشد. همچنین، تمامی گویه‌ها دارای نمره‌گذاری مثبت می‌باشند. لازم به ذکر است که بعد از هنجاریابی در ایران (۲۵)؛ تعداد گویه‌ها از ۳۰ گویه به ۲۵ گویه (به‌دلیل بار عاملی کم‌تر از ۰/۳۰) کاهش یافته است.. تعیین پایایی مقیاس تکانش‌گری بارت به روش همسانی درونی انجام گردیده است و برای این منظور از فرمول ضریب آلفای کرونباخ استفاده شده است. بر اساس نتایج به‌دست آمده، ضریب آلفای کرونباخ، برای سؤالات عامل اول ۰/۸۱، برای سؤالات عامل دوم ۰/۶۷ و برای سؤالات عامل سوم ۰/۷۰ بوده و پایایی باز آزمون نمرات کل ۰/۸۰ به‌دست آمده است (۲۵، ۵۱). بعلاوه، پایایی این پرسشنامه در نمونه‌ی کوچک تحقیق حاضر، بالاتر از ۰/۵ به‌دست آمد.

پرسشنامه فرم کوتاه کیفیت زندگی: پرسشنامه فرم کوتاه کیفیت زندگی سازمان جهانی بهداشت دارای ۲۶ سئوال و دارای ۴ خرده مقیاس، سلامت جسمانی، سلامت روانی، روابط اجتماعی و سلامت محیط می‌باشد، که به‌ترتیب هریک ازخرده مقیاس‌ها، ۶، ۷، ۳ و ۸ سئوال دارد. دوسؤال اول به هیچ یک از خرده مقیاسها تعلق ندارد و وضعیت سلامت و کیفیت زندگی را به شکل کلی ارز یابی می‌کند. طیف نمره گذاری این ابزار به روش لیکرت پنج گزینه‌ای است. پس از محاسبات لازم در هر خرده مقیاس، امتیازی معادل ۴ تا ۲۰ برای هرخرده مقیاس به تفکیک به‌دست خواهد آمد؛ که در آن، ۴ نشانه بدترین و ۲۰ نشانه بهترین وضعیت خرده مقیاس موردنظراست. در تحقیق نصیری، پایایی آزمون بازآزمون برای زیرمقیاسها به این صورت به‌دست آمد: سلامت جسمی ۰/۷۷، سلامت روانی ۰/۷۷، روابط اجتماعی ۰/۷۵، سلامت محیط ۰/۸۴ ضریب بازآزمایی ۰/۶۷، ضریب دونیمه آن ۰/۸۷ و همسانی درونی این آزمون نیز ۰/۸۴ بوده است. اعتباراین مقیاس ۹۲ درصد و روایی آن ۸۶ درصد گزارش شده است (۲۴). لازم به ذکر است که پایایی این پرسشنامه در نمونه‌ی کوچک در دسترس این مطالعه، بالاتر از ۰/۵ محاسبه شد. داده‌ها از طریق تحلیل کوواریانس چند متغیره با نرم‌افزار آماری SPSS۲۴ مورد تجزیه‌وتحلیل قرار گرفتند. برنامه‌ی مداخله‌ی استفاده شده در این تحقیق به شرح ذیل بود:

جدول (۱): محتوای پروتکل رفتاردرمانی دیالکتیکی (آموزش مهارت‌های تنظیم شناختی هیجان)

جلسات	موضوع جلسه	محتوای جلسه
۱	مقدمه و دستورجلسه درمان	پاسخ به سؤالها درجهت رفع ابهام و ایجاد انگیزه بیشتر؛ آشنا نمودن افراد با موضوع پژوهش؛ توضیح مختصردرمورد اختلال دوقطبی و علائم آن؛ ارائه مفهوم سازی و توصیفی از دوره آموزشی؛ آموزش روانی و ایجاد و ارتقای انگیزه برای درمان مشکلات هیجانی؛ معرفی ابعاد جسمی، روانی و رفتاری هیجان‌ها؛ دلایل و منطق انتخاب موضوع دوره آموزشی هیجان اولیه و ثانویه؛ ارائه تکلیف خانگی
۲	شناخت و ماهیت هیجانات	آموزش آگاهی هیجانی؛ هیجانات مثبت (شادی) و منفی (خشم، تکانش‌گری و افسردگی)؛ اعتباربخشی به هیجانات؛ توصیف و نامگذاری هیجانات اولیه و ثانویه؛ کارکرد هیجانات در زندگی؛ بررسی رفتارها و پایش هیجانهای اولیه و ثانویه و نوشتن آن دربرگ مخصوص؛ ارائه تکلیف خانگی
۳	رفع موانع ابراز هیجانات سالم	رابطه هیجان، فکرو رفتار؛ بررسی سود و زیان رفتارهای آسیب زا؛ بررسی سود و زیان رفتار پرخطر و دست انداختن دیگران؛ راهبردهای مقابله با سرزنش خود و دیگران؛ ارائه تکلیف خانگی
۴	کاهش آسیب پذیری جسمی دربرابرهیجانات	بررسی نقش تغذیه، خواب، داروها، مواد، الکل، ورزش، بیماری جسمی و استرس درهیجانات؛ ارائه تکلیف خانگی
۵	کاهش و اصلاح ارزیابی‌های آسیب پذیری شناختی	تعادل بین افکار و احساسات؛ خطاهای شناختی؛ افکارمقابله ای؛ بررسی موقعیت، توجه، ارزیابی و پاسخ؛ ارائه تکلیف خانگی
۶	روش‌های تغییردادن احساسات ناخوشایند؛ پیش گویی عاطفی	واقع نگری؛ راستی آزمایی افکار؛ مراقب بودن از سوگیری شناختی؛ ارائه تکلیف خانگی
۷	تعدیل هیجانات مثبت	آموزش راهبردهای هیجانات مثبت تعدیل شده؛ بررسی راهبرد شناختی پذیرش و ابعاد مثبت و منفی آن و روش مقابله با ابعاد منفی آن؛ بررسی مقابله با راهبرد منفی نشخوار ذهنی و تأثیرات آن؛ ارائه تکلیف خانگی
۸	مهارت‌های پیشرفته نظم بخشی هیجان- ذهن آگاهی و عدم قضاوت هیجان‌ها	توجه آگاهانه و قضاوت نکردن هیجان‌ها و پذیرش آن‌ها؛ بررسی راهبرد توجه مجدد مثبت و ابعاد مثبت و منفی آن؛ استفاده از تکنیک توجه آگاهانه تنفس؛ ارائه تکلیف خانگی
۹	رویارویی و عدم اجتناب هیجانی	ثبت هیجانات وشناسایی علل آن‌ها (درونی یا بیرونی) و مشخص کردن پاسخ مقابله‌ای مؤثر یا ناموثر (سرکوب یا اجتناب)؛ بررسی راهبر دبازارزیابی مثبت و تأثیرات مثبت آن؛ ارائه تکلیف خانگی
۱۰	عمل کردن برعکس تمایلات هیجانی	بررسی احساس‌های معتبر و نامعتبر؛ اقدام نکردن براساس هیجان و جلوگیری از تشدید هیجان؛ مخالف تمایل هیجانی عمل کردن؛ ارائه تکلیف خانگی
۱۱	- حل مسئله - هیجان به‌مثابه اطلاعات	آموزش مراحل حل مسئله؛ بررسی هیجانات به‌مثابه شبکه خبری ۲۴ ساعته؛ ارائه تکلیف خانگی
۱۲	خستگی ایگو (پایان جلسه)	لزوم مداومت و پشتکاری در زندگی و مقابله با سختی‌ها؛ امیدواری و تحمل سختی‌ها؛ جمع‌بندی و توصیه‌های پایانی درجهت ادامه‌ی روند درمان، (تشکرو قدردانی)

یافته‌ها

بر اساس یافته‌های آمار توصیفی، میانگین سنی آزمودنی‌ها در هر دو گروه ۳۴ (۲۲ تا ۵۹) سال بود؛ که از بین آن‌ها، ۱۴ نفر (۴۷ /۰) مجرد و ۲۱ نفر (۰/۰۷۰) متأهل بودند. همچنین، تحصیلات آن‌ها بین سیکل تا دانشگاه قرار داشت؛ که بیشترین آزمودنی‌ها یعنی ۱۸ نفر (۶۰ /۰) سواد دبیرستانی داشتند. از لحاظ شغلی نیز، همه آزمودنی‌ها شغل غیر دولتی داشتند. بعلاوه، سابقه بستری بیماران هر دو گروه، بین ۱ تا سه بار بود. در فرآیند تجزیه‌وتحلیل داده‌ها، بعد از اطمینان از مفروضه‌های مانکوا، فرضیه‌ی اول مبنی بر اینکه " رفتاردرمانی دیالکتیکی (مبتنی بر آموزش مهارت‌های تنظیم هیجان) بر کاهش تکانش‌گری بیماران دوقطبی نوع یک در مرحله مانیای غیر پسیکوتیک تأثیر دارد"؛ به محک آزمون قرار داده شد.

جدول (۲): آزمون چند متغیری تفاوت میانگین‌ها بر اساس رفتاردرمانی دیالکتیکی در بین بیماران دو گروه (تکانش‌گری)

	مقدار	واریانس	سطح معنی‌داری	مجذور اتا
لامبدای ویلکز	۰/۳	۱۷/۵۶	۰/۰۰۰	۰/۶۹

طبق جدول (۲)، از نظر آماری تفاوت معنی‌داری بین میزان تکانش‌گری بیماران در دو گروه از لحاظ متغیر تکانش‌گری مشاهده شد (F=۱۷/۵۶، ۰/۰۰۰ = P= ۰/۳, لامبدای ویلکز، ۰/۶۹ = مجذور اتا). به بیانی دیگر، تکانش‌گری بیماران گروه آزمایش پس از رفتاردرمانی دیالکتیکی (مبتنی بر آموزش مهارت‌های تنظیم هیجان) کاهش معنی‌داری یافته است. بعد از معنی‌داری مدل، جدول زیر تفاوت در مکان تفاوت‌ها را نشان می‌دهد.

جدول (۳): جدول تحلیل واریانس برای مقایسه شاخص‌های تکانش‌گری بیماران دوقطبی در گروه‌های آزمایش و کنترل

منبع	مقیاس	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	P	Eta
	تکانش‌گری عدم برنامه ریزی	۱۷۴/۵	۱	۱۷۴/۵	۱۰/۱۵	۰/۰۰۴	۰/۲۸
گروه	تکانش‌گری حرکتی	۳۸۰/۷۸	۱	۳۸۰/۷۸	۱۰/۷۴	۰/۰۰۳	۰/۳
	تکانش‌گری شناختی	۶۴/۷۴	۱	۶۴/۷۴	۱۱/۲	۰/۰۰۳	۰/۳

طبق جدول (۳)، هنگامی که نتایج متغیرهای وابسته به‌صورت جداگانه در نظر گرفته شد، مشاهده‌گردید که سطح معنی‌داری در شاخص‌های تکانش‌گری عدم برنامه ریزی (F=۱۰/۱۵ ،p < ۰/۰۱۶)، تکانش‌گری حرکتی (F = ۱۰/۷۴ ،p<۰/۰۱۶) و تکانش‌گری شناختی (F=۱۱/۲ ،p < ۰/۰۱۶) می‌باشد. بر اساس نتایج حاصل آمده، میانگین نمره تکانش‌گری عدم برنامه ریزی بیماران پس از رفتاردرمانی دیالکتیکی (۱۳/۸۸) به‌طور معنی‌داری نسبت به گروه گواه (با میانگین ۱۹/۷۱) کاهش یافته است؛ همچنین میان نمره تکانش‌گری حرکتی بیماران پس از رفتاردرمانی دیالکتیکی (۲۱/۲۶) نسبت به گروه کنترل (با میانگین ۲۹/۸۷) کاهش یافته است؛ نیز، نمره میانگین تکانش‌گری شناختی بیماران پس از رفتاردرمانی دیالکتیکی (۶/۸۲) نسبت به گروه کنترل (با میانگین ۱۰/۳۷) کاهش نشان می‌دهد. درمجموع، نمره تکانش‌گری بیماران پس از رفتاردرمانی دیالکتیکی (۴۱/۹۷) نسبت به گروه کنترل (با میانگین ۵۹/۹۶) کاهش یافته است. در کل، نتایج حاکی از اثربخشی معنی‌دار رفتاردرمانی دیالکتیکی بر کاهش میزان تکانش‌گری بیماران و مؤلفه‌های آن بود.

در آزمون فرضیه‌ی دوم مبنی بر اینکه "رفتاردرمانی دیالکتیکی (مبتنی بر آموزش مهارت‌های تنظیم هیجان) بر کیفیت زندگی بیماران دوقطبی نوع یک در مرحله مانیای غیر پسیکوتیک تأثیر دارد؛ از آزمون مانکوا استفاده گردید.

جدول (۴): آزمون چند متغیری تفاوت میانگین‌ها بر اساس رفتاردرمانی دیالکتیکی در بین بیماران دو گروه آزمایش و گنترل (کیفیت زندگی)

	مقدار	واریانس	سطح معنی‌داری	مجذور اتا
لامبدای ویلکز	۰/۳۵	۷/۰۳	۰/۰۰۱	۰/۶۴

مطابق با اطلاعات جدول (۴)، از نظر آماری تفاوت معنی‌داری بین میزان کیفیت زندگی بیماران دو گروه به‌دست آمد (F=۷/۰۳، p=۰/ ۰۰۱، ۰/۳۵ = لامبدای ویلکز، ۰/۶۴ = مجذور اتا). در اصل، یافته‌ها نشان از تغییر میزان کیفیت زندگی بعد از دریافت مداخله بود.

جدول (۵): جدول تحلیل واریانس برای مقایسه شاخص‌های کیفیت زندگی بیماران دوقطبی در گروه‌های آزمایش و کنترل

منبع	مقیاس	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	P	Eta
گروه	سلامت جسمی	۱۵۳۷/۱۳	۱	۱۵۳۷/۱۳	۱۶/۷۸	۰/۰۰۰	۰/۴۲
	سلامت روان	۶۸۳/۲۶	۱	۶۸۳/۲۶	۹/۱۷	۰/۰۰۶	۰/۲۸
	روابط اجتماعی	۱۱۰۰/۶۶	۱	۱۱۰۰/۶۶	۵/۱۱	۰/۰۳	۰/۱۸
	سلامت محیط اطراف	۷۳۷/۱۳	۱	۷۳۷/۱۳	۸/۹۸	۰/۰۰۶	۰/۲۸
	سلامت عمومی (کلی)	۹۹۵/۱۹	۱	۹۹۵/۱۹	۴/۷۵	۰/۰۴	۰/۱۷

همچنین مطابق جدول آنکوا (۵)، مشاهده شد که سطح معنی‌داری در شاخص‌های سلامت جسمی (F=۱۶/۷۸ ، p<۰/۰۱) سلامت روان (F=۹/۱۷ ، p<۰/۰۱) ، سلامت محیط اطراف ('F=۸/۹۸ ،p<۰/۰۱)، می‌باشد. لذا، شرکت در دوره رفتاردرمانی دیالکتیکی بر افزایش سلامت جسمی، روانی و محیط اطراف و نهایتاً در کیفیت زندگی بیماران تأثیر مثبتی داشته اشت. همچنین، میانگین نمره سلامت جسمی بیماران پس از رفتاردرمانی دیالکتیکی (۶۴/۳۵) به‌طور معنی‌داری نسبت به گروه کنترل (با میانگین ۴۸/۲۶) بالاتر بوده است؛ همچنین میانگین نمره سلامت روان بیماران پس از رفتاردرمانی دیالکتیکی (۶۹/۱۱) نسبت به گروه کنترل (با میانگین ۵۸/۳۸) بالاتر بوده است؛ نیز میانگین نمره سلامت محیط اطراف بیماران پس از رفتاردرمانی دیالکتیکی (۶۶/۰۹) نسبت به گروه کنترل (با میانگین ۵۴/۹۴) بالاتر بوده است. همچنین، نتایج نشان داد که علیرغم تغییر در نمره‌ی متغیر روابط اجتماعی بر اساس میانگینها، رفتاردرمانی دیالکتیکی نتوانست در بهبود این متغیر، اثربخشی معنی‌دار آماری داشته است. به عبارتی رفتاردرمانی دیالکتیکی باعث بهبود کیفیت زندگی، کاهش خودتکانش گری به همراه مؤلفه‌های آن و نمره کل گروه آزمون نسبت به گروه کنترل شده است.

بحث و نتیجه‌گیری

پژوهش حاضر باهدف تعیین اثربخشی رفتاردرمانی دیالکتیکی مبتنی بر آموزش مهارت های تنظیم هیجان بر تکانش گری و کیفیت زندگی بیماران مبتلا به اختلال دوقطبی نوع یک انجام شده است. یافته‌های پژوهش حاضر در آزمون فرضیه‌ی اول نشان داد که رفتاردرمانی دیالکتیکی باعث کاهش تکانشوری بیماران گروه آزمایش نسبت به بیماران گروه کنترل شده است. این نتیجه مطابق با پژوهش‌های گلدشتاین و وان دیجیک و همکاران (۲۶، ۳۰) است. در تبیین این نتیجه می‌توان گفت که علت کاهش تکانش گری، در محتوای برنامه‌های این رویکرد درمانی است. بدنه اصلی تمرکز رفتاردرمانی دیالکتیکی، حول یادگیری، به کار گیری و تعمیم مهارت‌های انطباقی خاصی است و هدف نهایی آن کمک به بیمار مبتلا به اختلال دوقطبی برای شکستن و فائق آمدن بر چرخه معیوب رفتارهای تکانه‌ای و بی ثباتی هیجانی است (۲۸، ۲۷). در واقع، با آموزش مهارت های مدیریت و تنظیم هیجانی، بیماران دوقطبی می‌توانند ازطریق شناخت و نامگذاری بر هیجانات مخرب، توجه خود را به شکلی خردمندانه هدایت نمایند، تا از آسیب به خود، رفتار مخاطره آمیز و تکانش وری دوری نموده و هیجانات ناخوشایند را قبول و بدون سرکوب کردن، آن‌ها را تحمل نمایند. بعلاوه، به باور متخصصان، یادگیری مشارکت کامل و عاری ازقضاوت کردن هیجانی، زندگی رضایت‌بخش و مدیریت شده را افزایش می‌دهد؛ جریانی که درنهایت به رفتار مؤثر و ماهرانه ختم می‌گردد (۲۹).

بعلاوه، نتایج حاکی از تأثیر معنی‌دار آماری در هر سه زیرمؤلفه‌ی تکانش‌گری (بعد شناختی، حرکتی و بی برنامگی) بود. یافته این پژوهش با نتایج محققان دیگر (۳۲-۳۰) همسویی دارد. در واقع، تکانش گری ویژه‌ی افراد مبتلا به اختلال دوقطبی مخصوصاً در دوره مانیا و به‌صورت خفیف در دوره هیپومانیا خود را نشان می‌دهد. این اختلال با تکانش‌گری حرکتی (عمل بدون فکر مانند رفتارهای خود آسیب رسان یا خودکشی)؛ تکانش‌گری شناختی (تصمیم‌گیری ضعیف، مشکل در حل تعارض و خود کنترلی) و تکانش‌گری عدم برنامه ریزی (مانند عدم توجه به عواقب اعمال) ظاهر می‌شود. در تبین آن می‌توان اذعان داشت که آموزش مهارت حل مسئله، آگاهی از ارتباط متقابل و تعامل بین هیجان، افکار و رفتار، کنترل رفتارهای مخرب وتکانشگرانه را افزایش می‌دهد (۳۱، ۳۰). در اصل، یادگیری راهبردهای دیالکتیکی شناختی، رفتاری و هیجانی می‌تواند درنهایت به موقعیت‌های خارج از مداخله نیز تعمیم یافته و کارآیی آن با تمرین و تکرار افزایش یابد (۳۴، ۳۵). از طرفی، مداخله در برنامه‌ی زندگی روزانه‌ی بیماران (مانند برنامه‌ی خواب و بیداری) می‌تواند به نوبه‌ی خود در

ایجاد مدیریت هیجان‌ها نقش داشته باشد؛ چراکه بی خوابی در هر انسانی چه سالم یا بیمار باعث بدتنظیمی هیجانی مانند پرخاشگری، بیقراری، افزایش میل جنسی، ضعف کنترل تکانه‌ها و مشکل در تمرکز حواس می‌گردد. در واقع، یکی از تکنیک‌های مهم رفتاردرمانی دیالکتیکی برای تنظیم هیجان‌های ناسازگار، کاهش آسیب پذیری جسمی مانند تغذیه مناسب و خواب کافی است؛ موردی که آموزش دقیق آن به بیماران از اهمیت زیادی برخوردار است (۳۶). بعلاوه، با توجه به همراهی رفتارهای تکانشگرانه این بیماران با رفتارهای آسیب زای دیگری مانند بی بندو باری جنسی، روابط بین فردی ناکارآمد (مانند آزار جنسی و بهره کشی عاطفی از سوی شریک جنسی در داخل خانواده)، سوءمصرف مواد، اختلال خوردن، افسردگی، بی خانمانی، دوره های بیکاری دراز مدت)؛ آموزش تنظیم هیجان با محتوای برنامه های هیجانی می‌تواند در جهت شفاف‌سازی و چرایی اهمیت و درمان رفتارهای هیجان محور کمک کننده باشد.

پرواضح است که نداشتن دانش و مهارت در کنترل و مدیریت رفتارهای پرخطر هیجان مدار درنهایت قادر است بر کل کیفیت زندگی بیماران آسیب‌های جبران ناپذیری را ایجاد نماید، مسئله‌ای که نقطه‌ی عطف تمرکز درمان در این نوع مداخله است (۳۷). در حقیقت، متخصصان معتقدند که بیماران دوقطبی مدام با هیجان بیرون از کنترل و همچنین مسائل خلقی و هیجانی مانند افسردگی، اضطراب، خشم، بی ثباتی عاطفی و نداشتن خلاقیت در رفتار دست و پنجه نرم می‌کنند؛ لذا کمک به بیمار در جهت شناخت و درک رفتارهای مخل کننده به‌عنوان رفتارهای اکتسابی، یکی از کلیدی های موفقیت درمان در این نوع بیماران است؛ موضوعی که متخصصان عصب شناس نیز به نوعی از آن حمایت می‌کنند. بعنوان مثال، با بررسی نتایج قبل و بعد ازرفتاردرمانی دیالیتیکی از طریق FMRI، مشخص شد که این درمان موجب تغییرات عصب‌شناختی در ناحیه هیپوکامپ، سینگولا و منطقه پیش پیشانی شده است (۵۰)؛ چراکه این ساختار نقش مهمی در برجسته کردن محرک‌های هیجانی و درعین حال استفاده از راهبردهای شناختی در کاهش هیجانان منفی دارد (۲۶، ۳۸، ۴۲).

همچنین، یافته‌های پژوهش حاضر نشان داد که میانگین کلیه ابعاد کیفیت زندگی (به استثنای روابط اجتماعی) گروه آزمایش نسبت به گروه کنترل افزایش یافته؛ تفاوتی که تأثیر رفتاردرمانی دیالکتیکی مبتنی برتنظیم هیجان را در بهبود کیفیت زندگی تائید می‌کند. این نتایج به‌طور مستقیم و غیرمستقیم با یافته های پژوهش‌های اندکی که در این حوزه انجام شده همسو می‌باشد (۲۶، ۳۵ ،۴۳،۴۴). در متغیر سلامت جسمی، با توجه به اینکه اختلال دوقطبی تأثیر منفی روی کیفیت زندگی دارد، می‌توان گفت که تنظیم هیجان سبب تغییرات شناختی، رفتاری و افزایش رفتار سلامت مدار بیماران شده؛ و بیماران سلامتی جسمی خود را بهتر ارزیابی می‌کنند. همچنین، این مداخله غیردارویی به همراه برقراری اتحاد درمانی جنبه‌های سیستم تنظیم هیجانی، شناخت، تجربه‌ی پدیدارشناسی، رفتار حرکتی و گرایشات عملی را تحت تأثیرقرار داده است. بعلاوه، همانطور که ملاحظه شد، در شاخص سلامت روانی نیز بین گروه کنترل و آزمایش در مرحله‌ی پس‌آزمون تفاوت معنی‌داری مشاهده شد. این نتیجه را می‌توان این چنین تبیین نمود که شاخص سلامت روانی به‌طور عمده احساسات افسردگی و اضطراب و تغییرات درک شده را مورد ارزیابی قرار می‌دهد؛ و از طرفی، با توجه به مهارت‌های پذیرش و تغییر مستتر در رفتاردرمانی دیالکتیکی، بیمار یاد می‌گیرد به شکل واقع‌بینانه با هیجانات ناخوشایند مواجه شده، و آگاهی در مورد هیجانات خود در محیط پیدا کند؛ تجربه‌ای که درنهایت به ارتقای کیفیت زندگی بالاخص وضعیت سلامت روان می‌انجامد (۲۶).

در کل، درتبیین اثربخشی آموزش مهارت‌های تنظیم هیجان بر کیفیت زندگی بیماران دوقطبی نوع یک می‌توان گفت که استفاده از راهبردهای تنظیم هیجان باعث می شود که فرد با نگاه متفاوتی به ارزیابی رویدادها و وقایع منفی بپردازد؛ هیجان های منفی را با شدت کم‌تری تجربه کند؛ واکنش هیجانی شدید خود را کاهش داده و در مورد کنترل و تعدیل هیجانات خود احساس کارآمدی نماید. بعلاوه، در رفتاردرمانی دیالتیکی برتمرین مهارت هایی تاکید می‌شود که کاربرد آن ها منجر به پذیرش مشکلات هیجانی، پرورش زندگی سالم و داشتن عملکرد روان‌شناختی مناسب در برابرهیجانات توان فرسا می‌شود؛ شرایطی که می‌تواند بر ارتقای کیفیت زندگی بیماران دوقطبی تأثیر قابل‌تأملی بر جا بگذارد. لذا، چنین می‌توان استنباط کرد که نظم دهی هیجانی یک عامل مهم و تعیین کننده در بهزیستی روانی و داشتن کارکرد اثربخش بیماران دوقطبی نوع یک بوده و نقش اساسی در سازگاری با رویدادهای استرس‌آور زندگی ایفا می‌کند (۲۶). مهم‌تر آنکه، این یافته می‌تواند بر نقص وارد بر رویکردهای شناختی رفتاری در درمان بیماری دوقطبی پوشش درمانی بگذارد؛ چراکه بالینیگران و روان‌پزشکان معتقدند که درمان شناختی رفتاری در جریان درمان دوره‌های افسردگی مؤثر است؛ ولی تأثیر آن بر مانیا و بیمارانی که در مراحل شدید بیماری هستند، همچنان سؤال برانگیز باقی مانده است (۴۳). بعنوان مثال، اسکات، گارلند و مارهد نشان دادند که درمان شناختی رفتاری برای افرادی که در مراحل اولیه بیماری بوده و یا بیمارانی با دوره های عود اختلال، کم‌تر مناسب است؛ اما رفتاردرمانی دیالکتیکی برای بیمارانی که

دارای هیجانات شدید و طاقت فرسا هستند و بیماری آن‌ها مکرراً عود می‌کند، خیلی مناسب‌تر است (۴۴).

از طرفی، دلیل اینکه تفاوت گروه‌ها در شاخص روابط اجتماعی معنی‌دار نبوده است زیرا بعد اجتماعی کیفیت زندگی بیشتر جنبه‌ی عینی دارد و در رابطه با امکانات و بافت محیطی اطراف فرد می‌باشد؛ بنابر این قابل انتظار است که این مؤلفه تغییر چندانی در فرآیند درمان نداشته باشد. برای ارتقای کیفیت زندگی در ابعاد روابط اجتماعی بهتر است همه مهارت‌های بویژه مهارت‌های روابط بین فردی و تحمل پریشانی اجرا گردد. همچنین، با توجه به این امر که تنظیم هیجان علاوه بر بعد درونی دارای بعد بیرونی نیز می‌باشد (یعنی آموزش آن می‌تواند هم به شکل فردی با خود بیمار و هم به شکل بین فردی همراه با اعضای خانواده انجام گیرد)؛ لذا این امر می‌تواند توجیه کننده‌ی عدم تأیید فرضیه‌ی مربوط به این زیر مقیاس در متغیر کیفیت زندگی باشد؛ چراکه در این پژوهش، آموزش مهارت‌های تنظیم هیجان صرفاً با بیماران انجام شد و خانواده‌ها ازحمایت های روانی – اجتماعی لازم برخورادار نبودند (۴۰). درنهایت لازم به ذکر است که تفاوت میانگین متغیر روابط اجتماعی در دو گروه آزمایش و کنترل قابل مشاهده بود؛ اگرچه این مقدار از لحاظ آماری معنی‌دار نشد. این امر نشاندهنده ی این موضوع است که می‌توان با اجرای متفاوت این نوع مداخله، در این متغیر مهم نیز تغییرات معنی‌داری ایجاد کرد. درکل، چنین می‌توان نتیجه گرفت که رفتارهای درمانی دیالکتیکی با بهره‌گیری از آموزش راهبردهای سازگارانه مانند شناخت هیجانات مثبت و منفی، چگونگی مقابله، کنترل، هدایت آن‌ها و مقابله مسئله محور مانند ارائه پاسخ های هیجانی خردمندانه در برابر اضطراب، افسردگی، سرزنش خود، دیگران، تعدیل افکار و احساسات؛ موجب افزایش کیفیت زندگی و کاهش تکانش‌گری می‌گردد؛ نتیجه‌ای که می‌تواند استفاده از این نوع مداخله را درکنار دارودرمانی برای روان‌درمانی بیماران اختلال دوقطبی نوع یک توجیه نماید (۲۶، ۳۰، ۴۶، ۴۸). یافته‌های این پژوهش همسو با پژوهش‌های علیزاده، فلمن و همکارانشان که در مورد اثربخشی رفتاردرمانی دیالکتیکی روی افسردگی انجام شده بود، می‌باشد. مشخص گردید دارو، درمان قطعی اختلال دوقطبی نیست و عوارض جانبی زیادی برای بیماران دارد ومیزان عود بیماری بالاست اما اگر از رفتاردرمانی دیالکتیکی برای بیماران مقاوم غیرمزمن استفاده شود کارآیی درمان افزایش می‌یابد (۵۲، ۵۱). درمجموع این مطالعه نشان داد رفتاردرمانی دیالکتیکی در بیماران دوقطبی در کنارادرودرمانی توانسته است تکانش‌گری را کاهش و کیفیت زندگی را بیشتر از دارودرمانی به تنهایی بهبود بخشد. این یافته‌ها با یافته‌های آزرین و نان، راتز، روزنبام و آیلون، اوپدیک و روتنبام، کراندال و فنیج، تیلور، روتنبام و نینان به نقل از عدالتی همسو است (۵۴).

پژوهش حاضر با محدودیت‌هایی مواجه بود که توجه به آن‌ها می‌تواند تحقیقهای آتی را با دقت بیشتری همراه سازد. از محدودیت های این تحقیق می‌توان به حجم کم نمونه، انتخاب نمونه از بین مردان، عدم کنترل اثرات و عوارض داروها، نداشتن برنامه‌ی درمانی برای آموزش تنظیم هیجانی اطرافیان بیماران و فقدان دوره پیگیری اشاره کرد. بعلاوه، با توجه به پروتکل رفتاردرمانی دیالکتیکی بکار رفته، یکی از مهم‌ترین کاستی‌های این پژوهش، به‌کارگیری صرف این مداخله و نادیده گرفتن سایر متغیرهای مؤثر بر کیفیت زندگی و تکانش‌گری و یکسان بودن درمانگر بود. درپایان در جهت بالا بردن اعتبار بیرونی یافته‌ها، به پژوهشگران علاقه مند به این حوزه پیشنهاد می‌شود که همه مهارت‌های رفتاردرمانی دیالکتیکی را به‌صورت گروهی یا فردی، با تعداد نمونه‌های بیشتر روی بیماران و اطرافیان بیماران دوقطبی زن و مرد درشهرهای متفاوت مورد بررسی قرار دهند. همچنین، انجام مطالعات اثربخشی مقایسه‌ای (بعنوان مثال، مقایسه با درمان‌هایی با بنیان شناختی رفتاری، طرحواره درمانی، درمان شناختی- رفتاری و هیجان مدار) و اجرای پژوهش‌های پیگیری می‌تواند بر غنای یافته‌های این مطالعه‌ی بالینی و پژوهش‌های مرتبط بیافزاید. درنهایت، پیشنهاد می‌شود در صورت امکان، اثربخشی رفتاردرمانی دیالتیکی روی بیماران سرپایی نیز بررسی شود؛ فرآیندی که می‌تواند نه‌تنها بر روند درمان آنی بیمار تأثیر بگذارد؛ بلکه ممکن است بر میل و اشتیاق بیمار در شرکت دردرمان‌های آتی نیز مؤثر واقع گردد. ناگفته پیداست که یافته‌های این پژوهش بیش از آنکه قطعی باشند، امیدبخش بوده و حاوی این پیام می‌باشند که می‌توان با جرات و قدرت بیشتر، از درمان‌های غیردارویی روان‌شناختی بهمراه دارودرمانی برای درمان اختلال دوقطبی نوع یک استفاده کرد.

تشکر و قدردانی

نویسندگان این مقاله مراتب تشکر صمیمانه خود را از مساعدت‌های معاونت محترم آموزشی، متخصصان بالینی، اساتید و رزیدنت‌های روان‌پزشکی، پرستاران بخش‌های بیمارستان رازی تبریز ابراز می‌دارند. این پژوهش با کمک مالی هیچ نهاد و سازمانی صورت نگرفته است و این مقاله برگرفته از رساله دوره دکتری تخصصی روان‌شناسی عمومی دانشگاه آزاد اسلامی واحد تبریز می‌باشد.

References:

1. Sadock BJ, Sadock VA. Comprehensive Textbook of Psychiatry. USA Lippincott Williams & Wilkins; 2017. P. 1123-6.
2. Sadock BJ, Sadock VA, Ruiz P. Summary of psychiatry. Translation by Farzin Rezaee. Tehran: Arjmand Publications: 2015. P.623-99. (Persian)
3. Mahmoudi M, Tabatabai M, Modarres M, Ali ghanbari B. Effects on the outcome of group cognitive behavior therapy a type of bipolar disorder. J Ment Health 2009; 10 (4): 289-98. (Persian)
4. Barekatain M, Khodadadi R, Maracy MR. Outcome of single manic episode in bipolar I disorder: a six-month follow-up after hospitalization. J Res Med Sci 2011; 16(1): 56-62.
5. Miklowitz D. Family Treatment for Bipolar Disorder and Substance Abuse in Late Adolescence. J Clin Psychol 2012; 68(5).
6. Swann AC. Mechanisms of impulsivity in bipolar disorder and related illness. Epidemiol Psychiatric Soc 2010; 19, 120-30.
7. Waxman SE. A systematic review of impulsivity in eating disorders. Eur Eat Disord Rev 2009;17(6):408–25.
8. Gullo MJ, Dawe S. Impulsivity and adolescent substance use: rashly dismissed as “all-bad”? Neurosci Biobehav Rev 2008;32(8):1507–18.
9. Swann AC, Moeller FG, Steinberg JL, Schneider L, Barratt ES, Dougherty DM. Manic symptoms and impulsivity during bipolar depressive episodes. Bipolar Disorders 2007; 9: 206-12.
10. Peluso M a. M, Hatch JP, Glahn DC, Monkul ES, Sanches M, Najt P, et al. Trait impulsivity in patients with mood disorders. J Affect Disord 2007;100(1–3):227–31.
11. Goldstein TR, Fersch-Podrat RK, Rivera M, Axelson DA, Merranko J, Yu H, et al. Dialectical behavior therapy for adolescents with bipolar disorder: results from a pilot randomized trial. J Child Adolesc Psychopharmacol 2015;25(2):140–9.
12. Berlim MT, Pargendler J, Caldieraro MA Almeida EA, Fleck MPA, Joiner TE. Quality of life in unipolar and bipolar depression: are there significant differences? J Nerv Ment Dis

. 792-5)11(192 2004;

13. Rosa AR, Bonnín CM, Vázquez GH, Reinares M, Solé B, Tabarés-Seisdedos R, et al. Functional impairment in bipolar II disorder: is it as disabling as bipolar I? J Affect Disord 2010;127(1–3):71–6.
14. Ojeda N, Sánchez P, Peña J, Elizagárate E, Yoller AB, Gutiérrez-Fraile M, et al. An explanatory model of quality of life in schizophrenia: the role of processing speed and negative symptoms. Actas Esp Psiquiatr 2012;40(1):10–8.
15 Karen J. Thaı´se ampos Mondin, Taianede Azevedo Cardoso, Lilianeda CostaOres life in bipolar disorder: a review of the literature Lippincott Williams & Wilkins; 2017. P. 1123-6.
16. Latalova K, Prasko J, Diveky T, Kamaradova D Velartova H. Quality of life in patients with bipolar disorder--a comparison with schizophrenic patients and healthy controls. Psychiatr Danub 2011;23(1): 21-6.
17. Michalak EE, Yatham LN, Wan DDC, Lam RW Perceived quality of life in patients with bipolar disorder. Does group psychoeducation have an impact? Can J Psychiatry 2005;50(2): 95–100.
18. Negin Hadi, Ali Montazeri, Elahe Behboodi. Assessment of health related quality of life in chronic Liver disease patients. Payesh 2010; 9 (2) :165-72 (Persian)
19. Linehan M, Dexter-Mazze E. Dialectical Behavior Therapy For Borderline Personslity Disorder. Clinical handbook of psychological disorders: A step-by-step treatment manual 2008; 365-462.
20. Zouk H, Tousignant M, Segun M, Lesage A, Turecki G. Characterization of impulsivity in suicide completers: clinical behavioral and psychosocial dimensions. J Affective Disorders 90(10): 195-204.

21. Mozafari S, Hosseini J, Tabatabaeirad E Dialectical Behavior Therapy and Substance Abuse Disorder. Rev Theory Res Addic 2017; 4 (13): 111-30.
22. Peluso M a. M, Hatch JP, Glahn DC, Monkul ES, Sanches M, Najt P, et al. Trait impulsivity in patients with mood disorders. J Affect Disord 2007;100(1–3):227–31.
23. Perry A, Tarrier N, Morriss R, McCarthy E, Limb K. Randomised controlled trial of efficacy of teaching patients with bipolar disorder to identify early symptoms of relapse and obtain treatment. BMJ 1999;318(7177):149–53.
24. Nasiri H. A Survey on the Reliability and Reliability of the World Health Organization's Quality of Life Scale. The article presented in the third national mental health seminar of students of medical sciences universities of Iran. 2006. (Persian)
25. Javid M, Mohammadi N, Rahimi C. Psychometric Properties of the Persian Version of the Eleventh edit Barat scale. Quarterly J Psychol Methods Mod 2012; 2 (8), 23-34.
26. Van Dijk S, Jeffrey J, Katz MR. A randomized, controlled, pilot study of dialectical behavior therapy skills in a psychoeducational group for individuals with bipolar disorder. J Affect Disord 2013;145(3):386–93.
27. Mcquillan A, Nicastro R, Guenot F, Girard M, Lissner C, Ferrero F. Intensive dialectical behavior therapy for outpatient with borderline personality disorder. J Psychiatric Serv 2010; 56: 193-7.
28. Bornovalova MA, Daughters SB. How does dialectical behavior therapy facilitate treatment retention among individuals with comorbid borderline personality disorder and substance use disorders? Clin Psychol Rev 2007;27(8):923–43.
29. Narimani M, Ariapour S, Abolqasemi A, Ahadi B. Effectiveness of mindfulness and emotionregulationraining on physical and psychological well-being chemically injured. Kermanshah Univ Med Sci J 2012; XV(5): 357-347. (Persian)
30. Goldstein TR, Axelson D A, Birmaher B, Brent DA. Dialectical behavior therapy for adolescents with bipolar disorder: a1-year opentrial Acad J Am Child Adolesc Psychiatry 2007; (46): 820-30.
31. Verheul RMC, Van Den bosch L, Koeter MW, De Ridder MA, Stijnen T. Dialectical behaviour therapy for women with borderline personality disorder 12-month, randomised clinical trial in The Netherlands. Br J Psychiatry 2003; 182(2): 135-40.
32. Gado A. The Efectiveness of dialectical behavior therapy on reducing symptoms of borderline personality disorder. J Soc Sci Hum 2016; (6): 47-51.
33. Rizvi SL, Thomas MS. Dialectical behavior therapy. Rutgers University, Piscataway. Nj, USA 2016; (2): 41-5.
34. Miller A.L, Rathus JH, Linehan M. Dialectical Behaviortherapy with suicidal Adolescents. NewYork/London: Guilford Press; 2007. P.100-10.
35. Moeller FG, Barratt ES, Dougherty DM, Schmitz JM, Swann AC. Psychiatric aspects of impulsivity. Am J Psychiatry 2001;158(11): 1783-93.
36. Roybal DJ, Chang KD, Chen MC, Howe ME, Gotlib IH, SinghMK. Characterization and factors associated with sleep quality in adolescents with bipolar I disorder. Child Psychiatry Hum Dev 2011;42: 724-40.
37. Pasiezny N, Connor J. The effectiveness of dialectical behavior therapy inroutine public mental health setting. An Australian controlled trial. Behav Res Therapy 2011;49: 4-10.
38. Tali Boritz, Richard J. Zeifman, and Shelley F. McMain. Mechanisms of Change inDialectical Behaviour Therapy. The Oxford Handbook of Dialectical Behaviour Therapy; 2018. P.1-14.
39. Cramer V, Torgersen S, Kringlen E.mood disorder and quality of life. Acommunity study. Nord J Psychiatry 2010;64(1): 58-62.
40. Berlim MT, Pargendler J, Caldieraro MA, Almeida EA, Fleck MPA, Joiner TE. Quality of life in unipolar and

bipolar depression: are there significant differences? J Nerv Ment Dis 2004;192(11): 792-5.

41. Schnell K, Herpertz SC. Effects of dialectical behavior therapy on the neural correlates of affective hyperarousal in borderline personality disorder. J psychiatry Res 2007; 41(10): 837-47.

42. Gazalle FK, Andreazza AC, Hallal PC, Kauer Sant'anna M, Ceresér KM, Soares JC. Bipolar depression: the importance of being on remission. Rev Bras Psiquiatr 2006;28(2): 93.

43. 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.

44. Scott J, Garland A, Moorhead S. A pilot study of cognitive therapy in bipolar disorders. Psycholo Med 2001; (31): 459-67.

45. Lotfi kashani F, Vaziree SH. The Effectiveness of Dialectical Behavior Therapy on Borderline Personality Disorder Symptoms. Thought Behav Clin Psychol 2013; 7(28): 27-36. (Persian)

46. Miklowtiz DJ. Adjunctive psychotherapy for bipolar disorder: state of the evidence. Am J Psychiatry 2008; (165): 1408-19.

47. Aftanas, L. Golosheykin, S. (). Impact of regular meditation practice onEEG activity at rest and during evoked negative emotions. InternationalJournal of Neuroscience.2005; 115, 893-909.

48. Salbach-Andrae H, Bohnekamp I, Pfeiffer E, Lehmkuhl U, Miller AL. Dialectical behavior therapy of anorexia and bulimia nervosa among adolescents: A case series. Cogn Behav Pract 2008;15(4):415–25.

49. Michalak EE, Yatham LN, Lam RW. Quality of life in bipolar disorder: a review of the literature. Health Qual Life Outcomes 2005;3:72.

50. Schnell K, Herpertz SC. Effects of dialectical behavior therapy on the neural correlates of affective hyperarousal in borderline personality disorder. J psychiatry Res 2007; 41(10): 837-47.

51- Ekhtiari H, Mehrnaz Rezvanfard A, Mokri A. Impulsivity and its Different Assessment Tools. Iran J Psychiatry Clin Psychol 2008; 14(3): 247-57. (Persian).

52- Alizadeh A, Alizadeh E, Mohamadi A. Effectiveness of individual dialectical behavior therapy skills training on major depression. Iran J Psychiatric Nurs 2013; 1(2): 62-9. (Persian)

53 -Zamani N, Ahmadi V, Ataaei Moghanloo V, Mirshekar S. 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. J Ilam Univ Med Sci 2014; 22(5): 45-54. (Persian)

54- Adalati H, Yazdi BJ. An Investigation on Impact of Impulse Control Therapy on Impulsivity Reduction in Alzahra University. Undergraduate Thesis Not Published, Tehran: Al-Zahra University; 2017.

Original Article

THE EFFECTIVENESS OF DIALECTICAL BEHAVIORAL THERAPY (BASED ON EMOTION REGULATION TRAINING) ON IMPULSIVITY AND QUALITY OF LIFE IN PATIENTS WITH TYPE I BIPOLAR DISORDER: A QUASI-EXPERIMENTAL STUDY

Mahmoud Farvarshi [1], Marziyeh Alivandi Vafa[1], Ali Fakhari[2], Masoumeh Azmoudeh[3]

Received: 30 Oct, 2018; Accepted: 24 Jan, 2019

Abstract

Background & Aims: Bipolar disorder is a truly debilitating and chronic disorder characterized by recurrent episodes of mania or depression with crucial effects on personal and interpersonal performance. This research aimed to study the effectiveness of dialectical behavioral therapy (emotion regulation skills training) on impulsivity and quality of life in patients with Type I bipolar disorder.

Materials & Methods: This study quasi-experimental study was conducted with pre-test and post-test control group design. The population composed of all male patients in Razi Hospital of Tabriz during 2018. Using purposive sampling, 30 patients were selected and randomly assigned to experiment and control groups. The data was gathered through Impulsivity Barrat and Quality of Life WHO questionnaires. The experimental group received a 60-minute, twelve treatment sessions concerning the dialectical behavioral therapy. Data were analyzed by multivariate covariance analysis with SPSS (version 24) software.

Results: The results of multivariate analysis of covariance showed that dialectical behavioral therapy had a significant impact (p<0.001) on improving the impulsivity and quality of life in bipolar patients**.**

Conclusion: The findings of the present study suggest that the psychotherapy of bipolar disorder type I, dialectical behavioral therapy, along with the pharmacotherapy can be practiced to decrease the impulsivity and increase the quality life.

Keywords: Bipolar disorder type I, impulsivity, quality of life, dialectical behavioral therapy

Address: Faculty Of Humanities & Educational Sciences ,Tabriz Branch, Islamic Azad University, Tabriz ,Iran

Tel: +989148453325

Email: m.alivand@iaut.ac.ir

SOURCE: URMIA MED J 2019: 30(1): 40 ISSN: 1027-3727

[1] Ph.D. Student in General of Psychology, Faculty of Humanities & Educational Sciences ,Tabriz Branch, Islamic Azad University, Tabriz, Iran

[2] Assistant Professor of Psychology, Faculty of Humanities & Educational Sciences, Tabriz Branch, Islamic Azad University, Tabriz, Iran (Corresponding Author)

[3] Associate of Psychiatry, Razi Hospital, Tabriz, Iran

[4] Assistant Professor of Psychology, Faculty of Humanities & Educational Sciences, Tabriz Branch, Islamic Azad University, Tabriz, Iran