

اثربخشی آموزش گروهی رفتاردرمانی دیالکتیکی (DBT) بر بهبود کیفیت زندگی و کاهش تکانشوری بیماران مبتلا به اختلال دوقطبی نوع یک

احمد برجلی^۱، محمدجواد بگیان کوله مرز^۲، محمدعلی یزدان پناه^۳، مسلم رجبی^۴

تاریخ وصول: ۹۴/۱۰/۱۸

تاریخ پذیرش: ۹۴/۰۳/۱۸

چکیده

هدف این مطالعه تعیین اثربخشی آموزش گروهی رفتاردرمانی دیالکتیکی (DBT) بر بهبود کیفیت زندگی و کاهش تکانشوری بیماران مبتلا به اختلال دوقطبی نوع یک بود. این پژوهش به شیوه‌ی شبه آزمایشی و با طرح پیش‌آزمون و پس‌آزمون با گروه کنترل اجرا شد. جامعه‌ی آماری این پژوهش را کلیه مردان مبتلا به اختلال دوقطبی نوع یک مراجعه‌کننده به مطب‌های روان‌پزشکان و بخش روان‌پزشکی بیمارستان امام رضا شهر خرم‌آباد در سال ۱۳۹۲ تشکیل می‌دهند. با استفاده از روش نمونه‌گیری هدفمند، بر اساس ارجاع متخصصان اعصاب و روان، ۴۰ مرد مبتلا به اختلال دوقطبی نوع یک، از بین ۵۰ مراجعه‌کننده به مطب‌های روان‌پزشکان و بخش اعصاب و روان بیمارستان امام رضا، با توجه به پذیرش بیمار برای شرکت در پژوهش، در وهله اول و انجام مصاحبه بالینی بر اساس DSM-IV انتخاب شدند. به این صورت که از بین مردان ارجاع داده‌شده افرادی که نمره بالاتر از ($T > 80$) در مقیاس هیپومانیا آزمون MMPI-2 گرفته بودند و انجام مصاحبه بالینی با توجه به ملاک‌های DSM-5، برای اختلالات محور یک به روش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب و به صورت تصادفی در دو گروه آزمایش و گواه قرار گرفتند (۲۰ نفر گروه آزمایش و ۲۰ نفر گروه گواه). برای جمع‌آوری داده‌ها از مصاحبه بالینی ساختاریافته، مقیاس کیفیت زندگی (SF-36) و مقیاس تکانشوری بارانت استفاده شد. نتایج تحلیل واریانس چند متغیری (MANOVA) نشان داد که آموزش گروهی رفتاردرمانی دیالکتیکی (DBT) علائم تکانشوری را به‌طور معنی‌داری کاهش داده و کیفیت زندگی این بیماران را افزایش می‌دهد ($P < 0/001$). با توجه به یافته‌های این پژوهش آموزش مهارت رفتاردرمانی

۱. دانشیار گروه روانشناسی بالینی دانشگاه علامه طباطبائی: (نویسنده مسئول) borjali@atu.ac.ir

۲. دانشجوی دکترای تخصصی روانشناسی عمومی دانشگاه رازی، کرمانشاه، ایران

Javadbagiyani@yahoo.com

۳. کارشناس ارشد روانشناسی تربیتی دانشگاه آزاد اسلامی yazdan52@gmail.com

۴. دانشجوی کارشناسی ارشد روانشناسی بالینی دانشگاه علوم پزشکی زاهدان rajabim_22@yahoo.com

دیالکتیکی (DBT)، با فراهم کردن توانایی درک روابط خود با دیگران می‌تواند به کاهش رفتارهای تکانشی و بهبود کیفیت زندگی بیماران دوقطبی نوع یک شده و استفاده از این روش درمانی برای مبتلایان به اختلال دوقطبی نوع یک در جامعه ایرانی پیشنهاد می‌شود.

واژگان کلیدی: رفتاردرمانی دیالکتیکی، کیفیت زندگی، تکانشوری، اختلال دوقطبی نوع

یک

مقدمه

اختلالات خلقی اختلالات شایعی هستند. تشخیص و درمان اختلالات خلقی در پنجمین راهنمای تشخیصی آماری اختلالات روانی^۱ (DSM-5) اندکی ظریف‌تر و دقیق‌تر شده است. در این ویرایش اختلالات دوقطبی به دو طبقه مجزا تقسیم شده‌اند، اختلالات دوقطبی (دو قطبی I، دو قطبی II) و اختلالات مرتبط با آن (اختلال سیکلوتیمیک و چهار اختلال جدید) و قسمت دیگر از این راهنما درباره اختلالات افسردگی اختلال نامنظمی اختلال گرانه (OMDD) یک تشخیص جدید برای کودکان زیر ۱۸ سال که هیجان‌ها و رفتارهایشان به شدت از نظم خارج است ارائه شده است (انجمن روان‌پزشکی آمریکا، ۲۰۱۳؛ ترجمه سید محمدی، ۱۳۹۳). در این راهنما اختلال دوقطبی نوع یک شامل (اختلال مانیک، هیپومانیک و افسردگی اساسی) هست. برای تقویت شدت تشخیص مانیا، معیار تغییراتی در سطح فعالیت و انرژی (علاوه بر تغییراتی در خلق) اضافه شده است (ساکسنا، لیکمان، استینی، ماتسونگ و ویلهلم^۲، ۲۰۱۰). علاوه بر اختلال دو قطبی I، اختلال دو قطبی II و سیکلوتیمیا، تنوع زیادی از اختلال دوقطبی وجود دارد. اختلال دوقطبی NOS که در DSM-IV به طور فراوان تشخیص داده می‌شد. با چهار اختلال (اختلال دوقطبی و اختلال ناشی از مواد/ دارو، اختلال دوقطبی و اختلال مرتبط ناشی از یک عارضه پزشکی دیگر، دیگر اختلال دوقطبی و اختلال مرتبط مشخص و اختلال دوقطبی و اختلال مرتبط نامشخص) در DSM-5 جایگزین شده است تا نوع مناسب اختلال دوقطبی که فرد به آن مبتلاست دقیقاً مشخص شود (انجمن روان‌پزشکی آمریکا، ۲۰۱۳؛ ترجمه سید محمدی، ۱۳۹۳). این اختلال در جامعه شایع است،

1. Diagnostic Of Statistical Manual Of Mental Disorder (5 Th Ed- Dsm-V)

2. Saxena, Leckman, Stein, Matsunaga & Wilhelm

به گونه‌ای که شیوع آن در پنجمین راهنمای تشخیصی آماری اختلالات روانی برای یک دوره ۱۲ ماه ۰/۶ درصد و نسبت مردان به زنان ۱/۱ به ۱ گزارش شده است. از سوی دیگر این اختلال بیماری مزمن پیچیده‌ای است که مشخصه‌ی آن دوره‌های تکرار شونده‌ی افسردگی، مانیا یا هیپومانیا هست (اکیس کال^۱، ۲۰۰۹؛ به نقل از گرابور، هاروی و گروس^۲، ۲۰۱۲). احتمال بروز خودکشی در بیماران مبتلا به این اختلال بالا و در حدود ۱۵ درصد است (ویتا و همکاران^۳، ۱۹۹۷؛ تسایا، چاو، چین و لی^۴، ۲۰۰۲؛ وان دیجک، جفری و کاتز^۵، ۲۰۱۳).

همچنین مطالعات مختلف بیانگر هزینه‌ی اجتماعی بالایی است که بر اثر این بیماری بر مراقبان بیمار و نیز خود بیمار (به صورت کاهش قدرت کارآیی و مولد بودن) تحمیل می‌شود (مورسلی، ایلگیا و سی سانا^۶، ۲۰۰۴؛ هاور مانس و نیکولسون^۷، ۲۰۰۷؛ داداش زاده، ارفعی، موسوی کیا و علیزاده، ۱۳۹۲). تخریب عملکردی حاصل از بیماری طی فازهای مانیا و افسردگی در مطالعات مختلف به اثبات رسیده است (وُجتا^۸ و همکاران، ۲۰۰۱؛ بیلاتی، هتچ، نیکولتی، ارتولا، زانت-سو و همکاران^۹، ۲۰۱۲). حتی مطالعات جدید، بیانگر احتمال بروز تغییرات عملکردی در طی دوره‌ی هیپوتایمیک بیماری نیز می‌باشند (سانچز مورنو، مارتینز آرناس^{۱۰}، ۲۰۰۹). هرچند درمان دارویی، روش اصلی درمان بیماران مبتلا به اختلال دو قطبی است. مطالعات طولی گذشته‌نگر نشان می‌دهند که کمتر از نیمی از بیماران دو قطبی، پاسخ طولانی‌مدت به درمان داشته‌اند و حتی در صورت ادامه‌ی درمان بسیاری از بیماران به بهبودی کامل دست نیافته (اکیس کال، ۲۰۰۹) و درعین حال بسیاری از بیماران نیز پذیرش پایینی برای درمان‌های دارویی دارند (اکیس کال، ۲۰۰۹). لذا افزودن مداخلات روانی-اجتماعی

1. Akiskal
2. Gruber, Harvey & Gross
3. Vieta and etal
4. Tsai, Kuo, Chen & Lee
5. Van Dijk, Jeffrey & Katz
6. Morselli, Elgie & Cesana
7. Havermans & Nicolson
8. Vojta
9. Bellani, Hatch, Nicoletti, Ertola, Zunta-So, Swann and et al
10. Sanchez-Moreno, Martinez-Aran

به برنامه درمان، کارآمدی درمان را افزایش می‌دهد (محمودی، طباطبایی و مدرس، ۲۰۰۹). خصایص خود بیماری یعنی بروز دوره‌های مکرر افسردگی و مانیا، بر حیطه‌های مختلف زندگی و کیفیت زندگی فرد از جمله شرایط اجتماعی، شغلی، عملکردی و احساس خوب بودن وی تأثیر می‌گذارد (زانگ، ویشنی و یسگی و باور، ۲۰۰۶؛ داداش‌زاده و همکاران، ۱۳۹۲).

کیفیت زندگی، دامنه‌ای از نیازهای عینی هر انسانی است که مرتبط با درک شخصی وی از احساس خوب بودن به دست می‌آید. کیفیت مطلوب زندگی به معنای فقدان بیماری نیست، بلکه به معنای احساس خوب بودن در زمینه‌های متعدد روانی، اجتماعی، عملکردی و روحی هست (زانگ و همکاران، ۲۰۰۶). سازمان جهانی بهداشت^۱، کیفیت زندگی را این گونه تعریف می‌کند: درک افراد از موقعیت خود در زندگی در ساختار فرهنگ و سیستم ارزشی که در آن زندگی می‌کنند و در ارتباط با اهداف، انتظارات، استانداردها و موارد قابل اهمیت برای آنها (سازمان جهانی بهداشت، ۲۰۱۰). اندازه‌گیری کیفیت زندگی در کارهای پژوهشی کاربردهای مختلفی دارد و به‌عنوان ابزاری مفید در اندازه‌گیری دو مقوله‌ی عملکردی و بهبودی یا تخریب سیستماتیک روانی به کار می‌رود (نمجوشی و بوسچینگ^۲، ۲۰۱۰). البته بنا به مطالعات انجام گرفته یکی از بهترین ابزارهای سنجش کیفیت زندگی در بیماران دوقطبی، پرسشنامه‌ی ۳۶ گویه‌ای سنجش سلامت عمومی (SF-36) هست (وار، اسنو، گوشینشکی و گاندک^۴، ۱۹۹۳؛ به نقل از داداش‌زاده و همکاران، ۱۳۹۲). مطالعات اخیر نشان داده‌اند که درصد زیادی از بیماران دوقطبی، پیش‌آگهی وخیم، نرخ بالای عود، نشانه‌های باقی‌مانده، نارسایی‌های کنشی، شناختی و ناتوانی‌های روانی-اجتماعی و رفتارهای اعتیادآور مزمن (پرخوری، میل جنسی افراطی،

-
1. Zhang, Wisniewski & Bauer
 2. World Health Organization
 3. Namjoshi & Buesching
 4. Ware, Snow, Kosinski & Gandek

تماشای تلویزیون، قماربازی، تکانشوری، خریدن تکانه‌ای، اعتیاد به کار، اعتیاد به خوردن) دارند (مولر – اورلیگاسن و همکاران^۱، ۲۰۰۹؛ سوان^۲، ۲۰۱۰).

از جمله متغیرهای که بیماران مبتلا به اختلال دوقطبی با آن درگیر هستند تکانشگری^۳ است. تکانشگری مفهومی است چندبعدی که بر اساس گرفتار شدن در رفتارهای بدون دوران‌دیشی و پاسخ‌دهی شتاب‌زده به محرک که اغلب پیامدهای ناسازگارانه به بار می‌آورد تعریف شده است (مولر، باراتع دوقرتی، اسپچیمتز و سوان^۴، ۲۰۰۱؛ گروبر^۵، ۲۰۱۱). رفتارهای تکانشی گاه به‌عنوان رفتارهای مخاطره‌آمیز نیز خوانده می‌شوند که طیف وسیعی از اعمالی را شامل می‌شوند که روی آن تفکر کمی صورت گرفته، به‌صورت نابالغ با وقوع آنی، بدون توانایی در انجام تمرکز بر یک تکلیف خاص، در غیاب یک برنامه‌ریزی مناسب، رخ می‌دهند و از ریسک و خطرپذیری بالایی برخوردار هستند (مولر و همکاران^۶، ۲۰۰۱؛ به نقل از واکسمن^۷، ۲۰۱۱). مرور مطالعات انجام‌شده در مورد تکانشگری نشان می‌دهد که رفتارهای تکانشی هسته اصلی بسیاری از اختلال‌های روانی از قبیل بیش‌فعالی / نقص توجه، اختلال سلوک، اختلال کنترل تکانه، سوء‌مصرف مواد، پرخوری عصبی (بولمیا)، رفتار خودکشی‌گرا، اختلالات شخصیت (دوران، مک چارج و کوهن^۸، ۲۰۰۶؛ فوساتی، بارات، وایلا، گارزولی و مافی^۹، ۲۰۰۷؛ ری لی، چن، لاین و یانگ^{۱۰}، ۲۰۰۹) و اختلالات دوقطبی (پلاسو^{۱۱} و همکاران، ۲۰۱۱) را تشکیل می‌دهند امروزه تکانشگری به‌صورت یک بعد شناختی، مفهوم‌پردازی می‌شود به این معنا که تکانشگری، با عدم بازداری شناختی، روند کند و ناقص تصمیم‌گیری بی‌ثباتی هیجانی در افراد همراه هست (دیو، گلو، لوگستون^{۱۲}،

1. Muller – Oerlinghausen, Berghofer & Bauer
2. Swann
3. Impulsivity
4. Moeller, Barratt, Dougherty, Schmitz & Swann
5. Gruber
6. Muller and et al
7. Waxman
8. Doran, McChargue & Cohen
9. Fossati, Barratt, Borroni, Villa, Grazioli & Maffei
10. Ray Li, Chen, Lin & Yang
11. Peluso
12. Dawe, Gullo & Loxton

۲۰۱۲). یافته‌های پژوهشی نشان می‌دهد که تکانشگری در اختلال‌های خلقی نقش دارد و در طول دوره‌ی مانیک اختلال دوقطبی افزایش می‌یابد (سوان، مولر، استین‌برگ، اشنایدر و بارات^۱، ۲۰۰۷؛ سوان، ۲۰۱۰) و ویژگی اصلی اختلال دوقطبی است (نجات، پرز، سانچز، پلاسو، کلاهان و سوارس^۲، ۲۰۰۷).

از جمله درمان‌های که می‌تواند بر کاهش تکانشوری و بهبود کیفیت زندگی بیماران دوقطبی تأثیرگذار باشد و تا کنون مورد توجه پژوهشگران قرار نگرفته است رفتاردرمانی دیالکتیکی^۳ است. مارشال لینهان^۴ (۱۹۹۳) نوعی روش درمانی موسوم به رفتاردرمانی دیالکتیکی (DBT) برای کمک به بیماران مرزی ابداع کرده است که به سطح دوم درمانی تعلق دارد. درمان بیمارانی که ملاک‌های اختلال شخصیت مرزی را به طور کامل دریافت می‌کنند، به صورت بستری بیمارستانی، هم‌گرا تمام می‌شود و هم بسیار وسیع است، (حدود ۴۰ درصد از خدمات روان‌پزشکی سطح بالای آمریکا). لذا DBT در ابتدا به‌عنوان یک برنامه‌ی درمانی «سرپایی» برای آن دسته از بیماران مرزی در نظر گرفته شد که به گونه‌ای مفرط، خودکشی‌گرا بودند (لینهان و همکاران^۵، ۲۰۰۳). در اصل، کاهش مدت و فراوانی بستری شدن، بخش مهمی از فلسفه‌ی DBT را تشکیل می‌دهد. جهت‌گیری نظری رویکرد DBT، آمیزه‌ای از این سه دیدگاه نظری است: علوم رفتاری، فلسفه‌ی دیالکتیکی و اعمال ذن^۶ (لینهان و دکسترا-مازا^۷، ۲۰۰۸). در واقع، DBT رویکردی است که پذیرش و همدلی مراجع‌محور را با حل مسئله‌ی رفتاری-شناختی و آموزش مهارت‌های اجتماعی ترکیب می‌کند (دیویسون، نیل، گرینچ و جانسون^۸، ۲۰۰۷). رفتاردرمانی دیالکتیکی استاندارد، از چهار نوع مداخله تشکیل می‌شود: جلسات درمانی ساختاریافته‌ی گروهی (برای مهارت‌آموزی) به مدت ۲ ساعت در هفته، جلسات انفرادی

1. Swann, Moeller, Steinberg, Schneider & Barratt
2. Najt, Perez, Sanches, Peluso, Glahn & Soares
3. Dialectical Behavior Therapy
4. Marsha Linehan
5. Linehan and et al
6. Zen practice
7. Dexter-Mazza
8. Davison, Neal, Kring & Johnson

به مدت یک ساعت در هفته، تماس‌ها یا مشاوره‌های تلفنی با درمانگر (برای کاهش رفتارهای خودکشی‌گرایانه و اطمینان از تعمیم مهارت آموزشی به خارج از جلسات درمانی) و جلسات تیم متخصصان به منظور حمایت از درمانگران DBT و جلوگیری از فرسودگی شغلی (باهس و همکاران^۱، ۲۰۰۴؛ سولر، پاسکال و تیانا و همکاران^۲، ۲۰۰۹). روش درمانی لینهان، بر یک دیدگاه دیالکتیکی از جهان استوار است، نظریه‌ای جامع از BPD ارائه می‌کند و دارای چارچوبی تئوریک برای فهم رفتارهای مغل درمان است. زوک^۳ و همکاران (۲۰۰۸) در پژوهشی به این نتیجه رسیدند که میزان صفات پرخاشگرانه توأم با تکانشوری^۴، میزان مصرف مواد مخدر، سیگار و رفتارهای جنسی خطرناک در بیماران دو قطبی و اسکیزوفرنی نسبت به سایر بیماران بیشتر است. سوان، جانیک، کالبرز، دیلساور، موریس، پیتی و دایس^۵ (۲۰۰۹) در مطالعه‌ای دریافتند که مصرف الکل و مواد مخدر با نمرات مانیا همبسته بود در حالی که تکانشوری بدون برنامه‌ریزی با نمرات افسردگی همبسته بود. پلاسو و همکاران (۲۰۱۱) در مطالعه‌ای نشان دادند که میانگین نمرات بیماران دو قطبی، افسرده، دو قطبی سرخوش و بیماران تک قطبی افسرده، در مقیاس تکانشوری بارات متفاوت نبود و این بیماران تکانشوری بیشتر نسبت به گروه گواه سالم، در همه مقیاس‌های بارات نشان دادند. گروبر، روسو و اورگلاند-تاد^۶ (۲۰۱۱) در پژوهشی دریافتند که بیماران دو قطبی نوع یک و دو دارای نقایص عصب‌شناختی از جمله، حواس‌پرتی، فراموش کاری و تکانشوری هستند که این نقایص عصب‌شناختی در اوایل دوره بیماری مشاهده می‌شوند و بر تأثیرات متعدد و طولانی مدت دوره‌ها تقدم دارند. سولر، پاسکال، براچینا، آلوارز و پرز^۷ (۲۰۰۵) و مک کالان، نیکاسو، جونتو، گیرارد، لیسنر و فریرو^۸ (۲۰۱۰) در پژوهش‌های جداگانه‌ای نشان داده‌اند که رفتاردرمانی دیالکتیکی در کاهش رفتارهای تکانه‌ای مؤثر است. فلدمن،

-
1. Bohus and et al
 2. Soler, Pascual, Tiana & et al
 3. Zouk
 4. Impulsivity
 5. Swann, Janicak, Calabrese, Dilsaver, Morris, Petty & Dais
 6. Gruber, Rosso & Yurgelun-Todd
 7. Soler, Pascuala, Barrachina, Alvarez & Perez
 8. Mcquillan, Nicastro, Guenot, Girard, Lissner & Ferrero

هارلی، کریگان، جاکوبو و فاوا^۱ (۲۰۰۹) رفتاردرمانی دیالکتیکی مبتنی بر مهارت‌ها را به‌صورت گروهی برای بیماران مبتلا به افسردگی اساسی بکار بردند و دریافتند که در گروه مداخله کاهش پردازش هیجانی با کاهش نشانه‌های افسردگی مرتبط بوده است. کربلائی محمد و احدی (۲۰۱۲) نیز در مطالعه‌ای دریافتند که رفتاردرمانی دیالکتیکی منجر به کاهش افسردگی در بیماران افسرده شده است. استفاده از مهارت‌های رفتاردرمانی دیالکتیکی برای والدین دارای بدتنظیمی عاطفی، منجر به افزایش مدیریت هیجانات منفی والدین شد (بن پورس^۲، ۲۰۱۱). نیکاسو، ریزوی و لینهان^۳ (۲۰۱۰) در پژوهشی به این نتیجه رسیدند که استفاده از مهارت‌های DBT می‌تواند در کاهش تلاش‌های خودکشی و افسردگی بیماران مرزی و افزایش کنترل خشم، تأثیر معناداری داشته باشد.

وان دیجک و همکاران (۲۰۱۳) در یک مطالعه‌ای موردی کنترل‌شده دریافتند که آموزش مهارت‌های رفتاردرمانی دیالکتیکی می‌تواند رفتارهای پرخطر و خود آسیب‌زا را کاهش دهد. همچنین نتایج تحقیقات نشان می‌دهد که رفتاردرمانی دیالکتیکی بر اختلال سایکوسوماتیک مانند درد کم (تلچ و آکراز^۴، ۲۰۰۱)، شراب‌خواری (سافر، روبینسون و جو^۵، ۲۰۱۰)، اختلال نقص توجه/ بیش‌فعالی (ADHD) (هسلینجر، تی بارتز، نی برگ، ریچتر و برنیر همکاران^۶، ۲۰۰۲؛ نریمانی، بگیان کوله‌مرز، احدی و ابوالقاسمی، ۱۳۹۳)، پرخوری عصبی (سافر و جیمز^۷، ۲۰۰۷)، اختلالات دو قطبی (وان دی‌جاک، جفری و کاتز^۸، ۲۰۱۲)، وسواس‌کندن مو (والچ و جانی کیم^۹، ۲۰۱۲) و نافرمانی مقابله‌ای (نلسون-گرای، کین، هارست، میچل، چوک و همکاران^{۱۰}، ۲۰۰۶؛ شریفی درآمدی، پادروند، بگیان کوله‌مرز و ویسی، ۱۳۹۲) مؤثر هست. در مجموع نتایج پژوهش‌ها حاکی از اثربخشی

1. Feldman, Harley, Safren, Jacobo & Fava
2. Ben-Porath
3. Neacsiu, Rizvi & Linehan
4. Telch & Agras
5. Safer, Robinson & Jo
6. Hesslinger, Tebartz van Elst, Nyberg, Dykieriek, Richter, Berner & et al
7. Safer & James
8. VanDijk, Jeffrey & Katz
9. Welch & Junny Kim
10. Nelson-Gray, Keane, Hurest, Mitchell, Warburton & Chok

رفتاردرمانی دیالکتیکی و مهارت‌آموزی گروهی آن در کاهش تکانشگری، خودآسیبی، تنظیم هیجان و بهبود بخشیدن به تعدادی از مسائل خلقی و هیجانی نظیر افسردگی، اضطراب، خشم بی‌ثباتی عاطفی و تحریک‌پذیری است (ون دن، بوش، کوتر، استینجن، ورهول و برینک^۱، ۲۰۰۲؛ کروگر، شوگر، ولریجا، رودریگر، رینکر و ردولف^۲، ۲۰۰۶ و میلر، راتوس و همکاران، ۲۰۰۷). با توجه به یافته‌های پژوهش‌ها و تأثیر منفی این اختلال بر کیفیت زندگی بیماران مبتلا (بریساس، دیاز، کاریتا و مارتینز و آران^۳، ۲۰۰۸) و روابط بین فردی و هیجانی این بیماران (طوبایی، هادی، هدایتی و منتظری، ۱۳۹۱)، آگاهی از ویژگی این تغییرات رفتاری و بهره‌گیری از مداخلات روان‌شناختی مناسب می‌تواند از بروز رفتارهای بدون برنامه و تکانشی این بیماران، کیفیت زندگی آن‌ها را بهبود بخشد و تغییرات قابل‌ملاحظه‌ای در شیوه توان‌بخشی این بیماران ایجاد کند. از سوی دیگر و با توجه به خلأهای پژوهشی و تأثیر رفتاردرمانی دیالکتیکی بر کاهش تکانشوری، افسردگی، کنترل رفتارهای خود جرحی و میزان خشم افراد دارای اختلال شخصیت مرزی می‌توان گفت این درمان یکی از مؤثرترین روش‌های روان‌درمانگری برای درمان مبتلایان به اختلالات دوقطبی نوع یک است که این امر از جمله ضرورت‌های انجام این پژوهش است. لذا هدف پژوهش حاضر تعیین اثربخشی رفتاردرمانی دیالکتیکی بر بهبود کیفیت زندگی و کاهش تکانشوری بیماران مبتلا به اختلال دوقطبی نوع یک بود.

روش پژوهش

طرح تحقیق این پژوهش شبه آزمایشی و از نوع پیش‌آزمون-پس‌آزمون با گروه گواه^۴ بود که در آن اثربخشی یک متغیر مستقل یعنی رفتاردرمانی دیالکتیکی (DBT) بر متغیرهای وابسته یعنی کیفیت زندگی (بعد سلامت فیزیکی و سلامت روانی اجتماعی) و تکانشوری (بی‌برنامگی، تکانشوری حرکتی و تکانشوری شناختی) مورد بررسی قرار گرفته است. نگاره این طرح در جدول ۱ ارائه شده است.

1. Vanden Bosch, LVerhuel, Schippers & Brink
2. Kroger, Schweiger, Valerija, Ruediger, Rudolf & Reinecker
3. Brissos, S Dias, Carita & Martinez-Aran
4. The pretest-posttest control group design

جدول ۱. طرح آزمایشی با پیش‌آزمون- پس‌آزمون با گروه گواه

پس‌آزمون	مداخله	پیش‌آزمون	گروه	نمونه‌گیری
O۲	X	O۱	E	R
O۴	-	O۳	C	R

جامعه، روش نمونه‌گیری و تعداد نمونه: جامعه‌ی آماری این پژوهش را کلیه مردان مبتلا به اختلال دو قطبی نوع یک مراجعه‌کننده به مطب‌های روان‌پزشکان و بخش روان‌پزشکی بیمارستان امام رضا شهر خرم‌آباد در سال ۱۳۹۲ تشکیل می‌دهند. با استفاده از روش نمونه‌گیری هدفمند، بر اساس ارجاع متخصصان اعصاب و روان، ۴۰ مرد مبتلا به اختلال دو قطبی نوع یک، از بین ۵۰ مراجعه‌کننده به مطب‌های روان‌پزشکان و بخش اعصاب و روان بیمارستان امام رضا، با توجه به پذیرش بیمار برای شرکت در پژوهش، در وهله اول و انجام مصاحبه بالینی بر اساس DSM-5 انتخاب شدند. در آغاز، مصاحبه تشخیصی بر اساس DSM-5، توسط متخصصان اعصاب و روان، از آن‌ها به عمل آمد و سپس جهت اجرای آزمون‌ها به آزمونگر ارجاع داده شدند. به این صورت که از بین مردان ارجاع داده شده افرادی که نمره بالاتر از ($T > 80$) در مقیاس هیپومانیا آزمون MMPI-2 گرفته بودند و انجام مصاحبه بالینی با توجه به ملاک‌های DSM-IV، برای اختلالات محور یک به روش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب و به صورت تصادفی در دو گروه آزمایش و گواه قرار گرفتند (۲۰ نفر گروه آزمایش و ۲۰ نفر گروه گواه). در مورد انتخاب نمونه باید اشاره کرد که در روش آزمایشی باید هر زیرگروه حداقل ۱۵ نفر باشد و برای این که نمونه انتخاب شده نماینده واقعی جامعه باشد و پژوهش از اعتبار بیرونی بالایی داشته باشد، تعداد نمونه ۴۰ نفر (۲۰ نفر برای هر گروه) در نظر گرفته شد (دلاور، ۱۳۹۰). همچنین با به کارگیری ملاک‌های ورود و خروج زیر معیار همگونی^۱ آزمودنی‌ها رعایت گردید: الف- ملاک‌های ورود مشتمل بر دریافت تشخیص اختلال دو قطبی نوع یک بر اساس نظر تشخیصی متخصص اعصاب و روان، نداشتن سابقه روان‌گسستگی^۲ و آشفتگی^۳؛ نداشتن مسومیت دارویی و مشکلات طبی

1. benchmark
2. psychosis
3. mania

بازدارنده، داشتن سن بین ۲۰ تا ۴۵ سال؛ داشتن تحصیلات در حد دبیرستان؛ نداشتن ضایعات مغزی؛ عقب ماندگی ذهنی؛ توهم و هذیان فعال و نیز قرار داشتن بیمار در دوره بهبودی نسبی. منظور از بهبودی نسبی دوره‌ای است که بیمار علائم حاد مانیا نظیر (تحریک پذیری، انحراف پذیری و پرحرفی) یا علائم سایکوتیک (توهم، هذیان، سستی تداعی و اوتیسم) را در بخش نداشته باشند؛ زیرا بیشترین شواهد در مورد اثربخشی روان‌درمانی مربوط به زمانی است که بیمار در دوره حاد بیماری نیست. تمامی نمونه‌ها از بین بیمارانی انتخاب شدند که مشخص بود تا انتهای آموزش گروهی رفتاردرمانی دیالکتیکی در بخش بستری می‌باشند. ب- ملاک‌های خروج مشتمل بر داشتن اختلالات همراه شدید، داشتن سابقه روان‌گسستگی و آشفتگی و قرار داشتن در مسمومیت دارویی یا ترک دارو.

ابزار سنجش و روش تجزیه و تحلیل داده‌ها: مصاحبه تشخیصی جامع بین‌المللی^۱ (CIDI): در این مطالعه از نسخه ترجمه شده CIDI 2.1 به فارسی (نسخه ۱-۲، طول عمر) استفاده خواهد شد که امکان تشخیص‌گذاری اختلالات روان‌پزشکی را در طول عمر بر اساس معیارهای DSM-IV-TR و ICD-10 فراهم می‌کند. CIDI شامل ۱۴ بخش است که هر کدام با حرفی مشخص شده‌اند (از A تا X) و ۱۷ حوزه تشخیصی عمده را پوشش می‌دهد مدول سایکوز/ مانیا شامل بخش‌های F, G, P هست که ویژه ارزیابی اختلالات سایکوتیک و دوقطبی است. در مواردی که مدول سایکوز/ مانیا به تنهایی به کار برده شده برخی از معیارهای تشخیصی اسکیزوفرنیا رد کردن سایر اختلال‌ها روانی قابل ارزیابی نیست. بنا بر دستورالعمل اجرای CIDI می‌توان نسخه کامل CIDI و یا یک مدول خاص را به کار برد (کاویانی، علاقه بند راد، شریفی، پورناصحه، احمدی ابهری، ۲۰۰۷).

مقیاس تکانشوری بارات^۲: مقیاس تکانشوری توسط بارات^۳ (۱۹۹۴) ساخته شده است. این مقیاس ۳۰ آیتم دارد و آزمودنی‌ها به این آیتم‌ها به صورت چهاردرجه‌ای (هرگز، گاه‌گاه، اغلب، تقریباً و همیشه) پاسخ می‌دهد. این مقیاس سه مؤلفه بی‌برنامگی، تکانشوری حرکتی و شناختی را اندازه‌گیری می‌کند (بشارت، ۲۰۰۷). در یک تحقیق مقدماتی پورکرد (۱۳۸۸)

1. Composite International Diagnostic Interview
2. Impulsiveness Scale
3. Barratt

ضریب آلفای کرونباخ و ضریب پایایی بازآزمایی (بعد از یک ماه) این مقیاس را به ترتیب ۰/۸۷ و ۰/۷۹ گزارش کرد. در پژوهش حاضر ضریب آلفای کرونباخ این مقیاس ۰/۸۰ به دست آمد.

مقیاس کیفیت زندگی (SF-36): پرسشنامه برای ادراک افراد از سلامتی خود ابزاری مناسب است. این پرسشنامه ۳۶ سؤال را شامل می‌شود که هشت خرده مقیاس مرتبط با سلامت را می‌سنجد: عملکرد جسمانی، نقش جسمانی، درد بدنی، عملکرد اجتماعی، نقش هیجانی، سلامت عمومی، سرزندگی و سلامت روان. گذشته از این، SF-۳۶ دو سنجش کلی را نیز از کارکرد فراهم می‌آورد؛ نمره کلی مؤلفه سلامت فیزیکی^۲ (PCS) که آن نیز بعد فیزیکی سلامت را مورد سنجش قرار می‌دهد و نمره کلی مؤلفه روانی-اجتماعی^۳ (MCS) که این مورد هم بعد روانی اجتماعی سلامت را ارزشیابی می‌نماید. نمره آزمودنی در هر یک از این قلمروها بین ۰ تا ۱۰۰ متغیر است و نمره بالاتر به منزله کیفیت زندگی بهتر است. پژوهش‌ها درباره کیفیت زندگی نشان می‌دهد که این پرسشنامه روایی و اعتبار بالایی دارد (مک هورنی، وارد و رازک^۴، ۱۹۹۳؛ گرات و همکاران^۵، ۱۹۹۷) روایی و اعتبار پرسشنامه را (اس اف-۳۶) برای اولین بار در ایران منتظری و همکاران (۲۰۰۵) در ۴۱۶۳ نفر در رده سنی ۱۵ سال به بالا ارزیابی کردند که بیشتر آن‌ها متأهل بودند. ضریب پایایی در هشت بعد از ۰/۷۷ تا ۰/۹۵ به غیر از بعد سرزندگی ۰/۶۵ بود. در مجموع یافته‌ها نشان داد که نسخه ایرانی این پرسشنامه، با روایی و اعتبار بالا برای اندازه‌گیری کیفیت زندگی در بین جمعیت عمومی، ابزاری مناسب است (منتظری و همکاران، ۲۰۰۵).

فرایند اجرای پژوهش: بعد از هماهنگی و کسب مجوز از دانشگاه علوم پزشکی لرستان، با رعایت ملاحظات اخلاقی و بیان اهداف پژوهش، با آگاه‌سازی مسئولین دانشگاه و کسب اجازه از آن‌ها در مراکز مربوطه حضور یافته، رضایت افراد نمونه تحقیق برای شرکت در این پژوهش جلب شد. سپس بعد از تکمیل خرده مقیاس هیپومانیا آزمون

1. The Short Form Health Survey (SF-36)

2. Physical health

3. Psychosocial

4. Mac Horney, Ware & Raczek

5. Garratt & et al

MMPI-2 مردان دارای نمره‌ی بالا ($T > 80$) در این پرسشنامه شناسایی و مورد مصاحبه بالینی قرار گرفتند. از بین مردان مبتلا به اختلال دوقطبی نوع یک ۴۰ نفر به صورت در دسترس انتخاب و به شیوه تصادفی در دو گروه آزمایش و گواه گمارده شدند. ضمن توجه افراد نمونه تحقیق و بیان اهداف پژوهش، از آنها درخواست شد تا در طول دوره درمان این اختلال شرکت کنند. قبل از شروع روش آموزشی هر دو گروه مورد مطالعه تحت پیش‌آزمون قرار گرفتند و از آنها درخواست شد تا پرسشنامه‌های مورد نظر را متناسب با ویژگی‌های خود تکمیل نمایند و تا حد امکان سؤال‌ی را بدون جواب نگذارند. گروه آزمایش به دو گروه ۱۰ نفری تقسیم شدند تا امکان کنترل آنها در جلسات آموزشی مهیا شود. علاوه بر این برای کنترل بهتر این افراد از دو نفر دستیار استفاده شد؛ سپس هر یک از این دو گروه آزمایش تحت آموزش گروهی رفتاردرمانی دیالکتیکی قرار گرفتند و گروه گواه هیچ مداخله‌ای دریافت نکردند.

مدت جلسات درمانی شامل ۱۲ جلسه‌ی ۶۰ دقیقه‌ی بود و به صورت گروهی و در هفته یک‌بار در محلی که دانشگاه علوم پزشکی تعیین کرده بود اجرا می‌گردید. در طی این جلسات و بعد از اتمام آموزش از هر دو گروه پس‌آزمون به عمل آمد. در پایان داده‌های جمع‌آوری شده با آزمون تحلیل واریانس چند متغیری (MANOVA) مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفتند. در ضمن اطمینان دهی در مورد محرمانه ماندن اطلاعات و آماده ساختن افراد نمونه تحقیق از لحاظ روحی و روانی برای شرکت در پژوهش از نکات اخلاقی رعایت شده این پژوهش بود. ضمناً هیچ افت آزمودنی در دو گروه آزمایش و کنترل وجود نداشت. برنامه رفتاردرمانی دیالکتیکی (DBT) طی ۱۲ جلسه توسط دو نفر کارشناس ارشد روانشناسی بالینی در محلی که توسط دانشگاه علوم پزشکی تعیین شده بود اجرا شد.

برنامه آموزش مهارت‌های رفتاردرمانی دیالکتیکی (DBT) در جلسه‌های

گروهی: رفتاردرمانی دیالکتیکی عمدتاً روانی - آموزشی است و بر اکتساب مهارت‌های رفتاری تأکید دارد. راهبردهای دیالکتیکی در کل درمان جاری است. سه نوع راهبرد دیالکتیکی وجود دارد. اولین در مورد این است که درمانگر چگونه تعاملات درون روابط درمان را پی‌ریزی می‌کند؛ دومی شامل این است که چگونه درمانگر رفتارهای ماهرانه را

معین می‌کند و سومی شامل راهبردهای خاص معینی است که در طول اداره درمان استفاده می‌شود. موقعیت درمان دیالکتیکی تلفیق دائمی پذیرش با تغییر، انعطاف‌پذیری با پایداری، تربیت (پرورش) با به چالش طلبیدن و تمرکز روی ظرفیت‌ها با نقایص هست. رفتاردرمانی دیالکتیکی بر مبنای کار لینهان و دیمف^۱ و لینهان و دکسترا-مزا^۲ (۲۰۰۸) و توسط سالباچ آندره و همکاران^۲ (۲۰۰۸) برای یک دوره ۳ ماهه (۱۲ جلسه ۶۰ دقیقه‌ای) برنامه‌ریزی شده بود. بیماران هفته‌ای یک‌بار به صورت گروهی رفتاردرمانی دیالکتیکی را طبق محتوای زیر آموزش می‌دیدند.

جدول ۱. محتوای جلسات آموزش گروهی رفتاردرمانی دیالکتیکی متناسب با بیماران مبتلا به اختلال دو قطبی نوع یک

جلسات آموزش	محتوای جلسات
رفتاردرمانی دیالکتیکی	
جلسه اول	توضیحات مقدماتی، مفهوم‌سازی مشکل، آماده‌سازی بیماران و اجرای پیش‌آزمون و آموزش مهارت‌های پرت کردن حواس، بستن قرارداد برای کاهش رفتارهای خود تخریبی و تهیه فهرست فعالیت‌های لذت بخش و گنجاندن آن در برنامه هفتگی.
جلسه دوم و سوم	آموزش ذهن آگاهی (آگاهی هیجانی و آگاهی خردمندانه)، آموزش به بیماران در مورد این که چه مهارت‌هایی مشاهده و توصیف می‌شوند و چگونه مهارت‌ها مورد قضاوت قرار نمی‌گیرند، متمرکز می‌مانند، چطور کار می‌کنند.
جلسه چهارم	بررسی افکار و احساسات و توضیح و شناساندن پاسخ‌های مقابله‌ای که درونی و بیرونی هستند؛ ۲) با همکاری بیماران افکار و احساساتی که منجر به خود تخریبی یا رفتارهای تکانه‌ی ناسازگار می‌شود، بررسی می‌شود؛ ۳) تکالیف خانگی از بیماران خواسته می‌شود که تمام افکار و احساساتی که منجر به ناسازگاری در آن‌ها می‌شوند را یادداشت کنند.
جلسه پنجم	آموزش تحمل پریشانی (مهارت‌های پایداری در بحران‌ها، منحرف کردن حواس، تسکین دادن به خود با استفاده از حواس شش‌گانه و تمرین ذهن آگاهی).
جلسه ششم	به بیماران کمک می‌شود تا کنترل رفتارهای تکانه‌ای خود را تمرین کنند و بازخوردهایی را تهیه کنند تا به یک سطح منطقی از تسلط و کنترل بر خود برسند. مثلاً به بیماران یاد داده می‌شود پاسخ‌های درونی، افکاری هستند که با تکانه‌ها ناسازگارند. برای مثال گفتن این

1. Linehan & Deimof
2. Salbach-Andrae, Bohnkamp, Pfeiffer & Lehmkuhl

جمله با خود که: این واقعاً مسخره است، من بجای خشمگین شدن لبخند خواهم زد. تمرین و بازخورد.

جلسه هفتم
کاهش آسیب پذیری بدنی پرخوری، پرحرفی، کم خوابی و کم خوری / پرخوری، مواد مخدر، الکل، ورزش، بیماری و درد بدنی، بهداشت خواب، تنش و فشار بدنی، شناسایی رفتارهای خود تخریبی، نظارت بر خود بدون قضاوت، کاهش آسیب پذیری شناختی و افزایش هیجان های مثبت.

جلسه هشتم و نهم
آموزش تنظیم هیجان (اهداف آموزش تنظیم هیجان، دانستن اینکه چرا هیجان ها مهم هستند، تشخیص هیجان، کاهش آسیب پذیری و رنج هیجانی، افزایش هیجان مثبت)، تغییر دادن عواطف از طریق عمل متضاد با عاطفه اخیر.

جلسه دهم و یازدهم
افزایش کارآمدی بین فردی (حفظ و تداوم سلامت روابط خویشاوندی، علاقمندی و غیره). آموزش مهارت های فردی مهم (توصیف و بیان کردن، ابراز وجود و جرأت داشتن، اعتماد آشکار، مذاکره کردن و عزت نفس).

جلسه دوازدهم
جمع بندی، تمرین و مرور جلسات قبل و سپس اجرای پس آزمون.

یافته های پژوهش

جدول ۲. میانگین و انحراف معیار مؤلفه های کیفیت زندگی و تکانشوری در پیش آزمون و پس آزمون گروه های مورد مطالعه

موقعیت متغیر	آزمایش		کنترل		مؤلفه				
	پیش آزمون	پس آزمون	پیش آزمون	پس آزمون	SD	M	SD	M	
عملکرد جسمانی	۱۷/۷۲	۳/۳۷	۲۱/۸۴	۳/۱۸	۲/۸۸	۱۹/۴۴	۱۸/۸۸	۲/۹۰	
	کارکرد نقش جسمی	۸/۲	۱/۷۵	۱۰	۲/۶۵	۱/۷۶	۸/۸۰	۹/۹۲	۱/۸۳
بعد سلامت فیزیکی (PCS)	۷/۲۹	۱/۷۳	۴/۴۸	۱/۱۹	۱/۸۴	۴/۶	۶	۱/۸۷	
	سلامت عمومی	۱۴/۸۴	۴/۳۸	۱۸/۷۲	۳/۳۹	۱۳/۹۸	۴/۱	۱۴	۴/۱۲
بعد روانی اجتماعی (MCS)	۴۸/۰۵	۹/۳۵	۵۵/۰۴	۱۰/۰۶	۸/۵۶	۴۶/۸۲	۴۸/۸	۸/۶۳	
	سرزندگی	۱۴/۶۴	۳/۶۰	۱۷/۱۲	۳/۱	۱۳/۹۶	۲/۸۹	۱۴/۱	۲/۸۸
عملکرد اجتماعی (MCS)	۵/۶۴	۱/۴۶	۷/۴	۱/۳۳	۵/۹۲	۱/۴۱	۵/۴۶	۱/۳۷	
	نقش هیجانی	۶/۸۴	۲/۱	۹/۵۲	۲/۲۸	۷/۱	۲/۱۵	۸/۵۲	۱/۸۲

۳/۱	۱۷/۶۳	۳/۹۱	۱۶/۴۴	۳/۵۱	۲۱/۱	۳/۴۱	۱۷/۱	سلامت روانی	
۸/۴۷	۴۵/۷۱	۸/۱۶	۴۳/۴۲	۸/۱۶	۵۵/۱۴	۷/۳۶	۴۴/۲۲	کل	
۱/۳۲	۱۹/۸۰	۱/۳۳	۲۱/۵۲	۱/۱۲	۱۵/۳۳	۱/۳۵	۲۱/۵۶	بی‌برنامگی	
۱/۵۴	۲۳/۳۲	۱/۱۵	۲۴/۶۹	۱/۵۲	۲۰/۱۲	۱/۵۴	۲۵/۱۲	تکانشوری حرکتی	
۱/۵۷	۲۰/۱۹	۱/۲۴	۲۱/۲۴	۱/۴۲	۱۹/۳۶	۱/۲۷	۲۱/۹۶	تکانشوری شناختی	تکانشوری
۳/۱۲	۶۳/۳۱	۳/۵۴	۶۷/۴۵	۲/۰۱	۵۴/۸۱	۳/۶۴	۶۸/۶۴	تکانشوری کل	

همان‌طور که در جدول شماره ۲ مشاهده می‌شود میانگین (و انحراف معیار) نمره پیش‌آزمون آزمودنی‌ها در گروه آزمایش در بعد سلامت فیزیکی (۴۸/۰۵ و ۹/۳۵) و نمره پیش‌آزمون گروه کنترل (۴۶/۸۲ و ۸/۵۶) هست؛ و نمره‌ی پس‌آزمون آزمودنی‌ها در گروه آزمایش در بعد سلامت فیزیکی (۵۵/۰۴ و ۱۰/۰۶) و نمره پس‌آزمون گروه کنترل (۴۸/۸ و ۸/۶۳) هست. میانگین (و انحراف معیار) نمره پیش‌آزمون آزمودنی‌ها در گروه آزمایش در بعد روانی اجتماعی (۴۴/۲۲ و ۷/۳۶) و نمره پیش‌آزمون گروه کنترل (۴۳/۴۲ و ۸/۱۶) هست؛ و نمره‌ی پس‌آزمون آزمودنی‌ها در گروه آزمایش در بعد روانی اجتماعی (۵۵/۱۴ و ۸/۱۶) و نمره پس‌آزمون گروه کنترل (۴۵/۷۱ و ۸/۴۷) هست. همچنین میانگین (و انحراف معیار) نمره پیش‌آزمون تکانشوری (۶۸/۶۴ و ۳/۶۴) و نمره پیش‌آزمون گروه کنترل (۶۷/۴۵ و ۳/۵۴) هست. میانگین (و انحراف معیار) نمره پس‌آزمون گروه آزمایش در تکانشوری (۵۴/۸۱ و ۲/۰۱) و نمره کلی پس‌آزمون گروه کنترل (۶۳/۳۱ و ۳/۱۲) هست. به‌عبارتی دیگر نمرات گروه آزمایش در مؤلفه‌های (سلامت فیزیکی و بعد روانی اجتماعی) افزایش و در مؤلفه‌های تکانشوری حرکتی و بی‌برنامگی کاهش داشته است؛ اما در گروه گواه نمرات پیش‌آزمون، پس‌آزمون تفاوت چندانی باهم ندارند.

بررسی مفروضه‌های تحلیل واریانس چند متغیری: برای آزمودن نرمال بودن توزیع نمرات از آزمون کولموگروف-اسمیرنوف استفاده گردید. نتایج این آزمون نشان می‌دهد که توزیع نمرات متغیرهای کیفیت زندگی و تکانشوری در پیش‌آزمون-پس‌آزمون نرمال هست و داده‌ها از توزیع نرمال برخوردار است ($P > 0.05$). قبل از استفاده از آزمون

پارامتریک تحلیل واریانس چند متغیری جهت رعایت فرض‌های آن، از آزمون‌های باکس و لون استفاده شد. بر اساس آزمون باکس که برای متغیر تکانشوری با $F=۱/۱۴۳$ ، $P=۰/۳۲۵$ و $BOX=۱۲/۵۷۰$ و متغیر کیفیت زندگی با $F=۰/۶۸۹$ ، $P=۰/۷۲۹$ و $BOX=۸/۰۱۱$ معنی‌دار نبوده است، شرط همگنی ماتریس‌های واریانس/کواریانس به درستی رعایت شده است. بر اساس آزمون لون و عدم معنی‌داری آن برای همه متغیرها، شرط برابری واریانس‌های بین گروهی نیز رعایت شده است.

جدول ۳. اطلاعات مربوط به شاخص‌های اعتباری آزمون تحلیل واریانس چند متغیری (MANOVA)

اثر	آزمون	ارزش	F	dF	Df خطا	P	Eta
زیادتر زیادتر زیادتر زیادتر	اثر پیلایی	۰/۷۸۸	۱۶/۵۲۵	۹	۴۰	$P \leq ۰/۰۰۱$	۰/۷۸۸
	لامبدای ویکلز	۰/۲۱۲	۱۶/۵۲۵	۹	۴۰	$P \leq ۰/۰۰۱$	۰/۷۸۸
	اثر هوتلینگ	۳/۷۱۸	۱۶/۵۲۵	۹	۴۰	$P \leq ۰/۰۰۱$	۰/۷۸۸
	بزرگ‌ترین ریشه روی	۳/۷۱۸	۱۶/۵۲۵	۹	۴۰	$P \leq ۰/۰۰۱$	۰/۷۸۸
تکانشوری تکانشوری تکانشوری تکانشوری	اثر پیلایی	۰/۷۱۳	۴/۷۰۰	۴	۳۵	$P \leq ۰/۰۰۱$	۰/۷۱۳
	لامبدای ویکلز	۰/۲۸۷	۴/۷۰۰	۴	۳۵	$P \leq ۰/۰۰۱$	۰/۷۱۳
	اثر هوتلینگ	۴۱/۷۷۵	۴/۷۰۰	۴	۳۵	$P \leq ۰/۰۰۱$	۰/۷۱۳
	بزرگ‌ترین ریشه روی	۴۱/۷۷۵	۴/۷۰۰	۴	۳۵	$P \leq ۰/۰۰۱$	۰/۷۱۳

نتایج آزمون لامبدای ویکلز نشان داد که اثر گروه بر ترکیب مؤلفه‌های کیفیت زندگی معنی‌دار هست [$F(۵۲۵, ۱۶) = ۰/۲۱۲$ ، $P \leq ۰/۰۰۱$] و تکانشوری [$F(۷۰۰, ۴) = ۰/۲۸۷$] آزمون فوق‌قابلیت استفاده از تحلیل واریانس تک متغیری را مجاز شمرد. نتایج نشان داد که حداقل بین یکی از متغیرهای مورد بررسی در بین دو گروه مورد بررسی تفاوت معناداری وجود دارد.

جدول ۴. نتایج آزمون تحلیل واریانس تک متغیری برای مقایسه تفاضل پیش‌آزمون - پس‌آزمون نمرات مؤلفه‌های کیفیت زندگی در دو گروه آموزش رفتاردرمانی دیالکتیکی و گروه کنترل

متغیر	مؤلفه	SS	dF	MS	F	P	Eta
بعد سلامت فیزیکی (PCS)	عملکرد جسمانی	۸۹/۷۸۰	۳۸	۴۰	۸۹/۷۸۰	۰/۰۱۱	۰/۱۲۹
	کارکرد نقش جسمی	۶۴/۹۸۰	۳۸	۴۰	۶۴/۹۸۰	۰/۰۰۱	۰/۲۱۴
	درد بدنی	۷۲/۰۰۰	۳۸	۴۰	۷۲/۰۰۰	$P \leq ۰/۰۰۱$	۰/۲۵۴
	سلامت عمومی	۱۸۸/۱۸۰	۳۸	۴۰	۱۸۸/۱۸۰	۰/۰۰۵	۰/۱۵۴
	کل	۱۵۷۹/۲۲۰	۳۸	۴۰	۱۵۷۹/۲۲۰	$P \leq ۰/۰۰۱$	۰/۳۲۵
	سرزندگی	۳۵۹/۱۲۰	۳۸	۴۰	۳۵۹/۱۲۰	$P \leq ۰/۰۰۱$	۰/۴۳۷
بعد روانی اجتماعی (MCS)	عملکرد اجتماعی	۵۸/۳۲۰	۳۸	۴۰	۵۸/۳۲۰	$P \leq ۰/۰۰۱$	۰/۲۶۶
	نقش هیجانی	۱۳۱/۲۲۰	۳۸	۴۰	۱۳۱/۲۲۰	$P \leq ۰/۰۰۱$	۰/۲۸۶
	سلامت روانی	۷۹۲/۰۲۰	۳۸	۴۰	۷۹۲/۰۲۰	$P \leq ۰/۰۰۱$	۰/۴۷۷
	کل	۴۳۸۰/۴۸۰	۳۸	۴۰	۴۳۸۰/۴۸۰	$P \leq ۰/۰۰۱$	۰/۶۳۹

بر اساس نتایج حاصل از آزمون تحلیل واریانس تک متغیری، روان‌درمانگری مبتنی بر رفتاردرمانی دیالکتیکی بر بعد سلامت فیزیکی ($F(۳۸ و ۱) = ۲۳/۱۰۹, P < ۰/۰۰۱$) و بعد روانی اجتماعی با ($F(۳۸ و ۱) = ۸۴/۸۶۸, P < ۰/۰۰۱$) اثر معنی‌داری دارد. به عبارت دیگر، این یافته‌ها بیانگر افزایش سلامت فیزیکی و روانی اجتماعی در گروه آزمایش نسبت به گروه گواه است.

جدول ۶. نتایج آزمون تحلیل واریانس تک متغیری برای مقایسه تفاضل پیش آزمون- پس آزمون نمرات مؤلفه‌های تکانشوری در دو گروه آموزش رفتاردرمانی دیالکتیکی و گروه کنترل

متغیر	مؤلفه	SS	dF	MS	F	P	Eta
تکانشوری	بی‌برنامگی	۶۴/۹۸۰	۱	۶۴/۹۸۰	۳۴/۰۴۸	$P \leq ۰/۰۰۱$	۰/۴۱۵
	حرکتی	۴۱۷۶/۹۸۰	۱	۴۱۷۶/۹۸۰	۱۷۸/۴۳	$P \leq ۰/۰۰۱$	۰/۶۵۴
	شناختی	۲۱/۷۸۰	۱	۲۱/۷۸۰	۷/۰۳۰	۰/۱۱	۰/۱۲۸
	کل	۲۵۴۸/۹۸۰	۱	۲۵۴۸/۹۸۰	۴۵۲/۴۸۲	$P \leq ۰/۰۰۱$	۰/۶۵۵

بر اساس نتایج حاصل از آزمون تحلیل واریانس تک متغیری، روان‌درمانگری مبتنی بر رفتاردرمانی دیالکتیکی بر نمره کل تکانشوری ($P < ۰/۰۰۱$)، $F(۳۸, ۱) = ۴۵۲/۴۸۲$ اثر معنی‌داری دارد. به عبارت دیگر، این یافته‌ها بیانگر کاهش تکانشوری در گروه آزمایش نسبت به گروه گواه است.

بحث و نتیجه‌گیری

پژوهش حاضر باهدف تعیین اثربخشی آموزش گروهی رفتاردرمانی دیالکتیکی بر بهبود کیفیت زندگی و کاهش تکانشوری بیماران مبتلا به اختلال دو قطبی نوع یک انجام شده است. یافته‌های پژوهش حاضر نشان داد که رفتاردرمانی دیالکتیکی باعث بهبود کاهش تکانشوری آزمودنی‌های گروه آزمایش نسبت به گروه گواه شده است. به عبارت دیگر، تکانشوری در افرادی که در جلسات رفتاردرمانی دیالکتیکی شرکت کرده بودند در مقایسه با گروه گواه کاهش معنی‌داری داشته است. این نتیجه در راستای یافته‌های پژوهشی دیگر (برای مثال نلسون و همکاران، ۲۰۰۶؛ سافر و جیمز، ۲۰۰۷؛ سافر و همکاران، ۲۰۱۰؛ مک کالن و همکاران، ۲۰۱۰؛ وان دی جاک و همکاران، ۲۰۱۲؛ والچ و همکاران، ۲۰۱۲ و وان دیجک و همکاران، ۲۰۱۳) است. در تبیین این نتیجه می‌توان گفت که علت کاهش علائم تکانشوری و خودتخریبی، در محتوای برنامه‌های این رویکرد است. چرا که در این روش عنصر رفتاری درمان دیالکتیکی برای اختلال دو قطبی می‌تواند روی عادی کردن رفتارهای تکانه‌ای از (جمله آسیب‌پذیری بدنی، پرخوری و کم‌خوری، مواد مخدر، الکل، بیماری و درد بدنی، بهداشت خواب، تنش و فشار بدنی، ولخرجی، روابط جنسی و رانندگی خطرناک) اشاره نمود؛ بنابراین، بدنه‌ی اصلی تمرکز DBT، حول یادگیری، به کارگیری

و تعمیم مهارت‌های انطباقی خاصی است که در این روش درمانی آموزش داده می‌شود و هدف نهایی آن، کمک به بیمار مبتلا به اختلال دو قطبی برای شکستن و فائق آمدن بر این چرخه‌ی معیوب رفتارهای تکانه‌ای و بی‌ثباتی عاطفی است (بورنوالووا و دافترس، ۲۰۰۷). از سوی دیگر در DBT چهار دسته از مهارت‌ها آموزش داده می‌شود: (۱) مهارت‌های ذهن آگاهی، (۲) مهارت‌های کارآمدی بین‌فردی، (۳) مهارت‌های تنظیم هیجانی و (۴) مهارت‌های تحمل پریشانی (رنج). در واقع با آموزش مهارت‌های ذهن آگاهی به این بیماران از حواس‌پرتی آن‌ها جلوگیری می‌شود. در واقع فقدان توانایی در هدایت توجه منجر به مشکلات شایع متعددی می‌شود که شامل ناتوانی در متوقف سازی فکر کردن درباره‌ی گذشته، آینده، یا مشکلات فعلی، بی‌برنامگی و ناتوانی در تمرکز بر تکالیف مهم هست. به طور کلی‌تر، هدف مهارت‌های ذهن آگاهی در DBT، رشد خردورزی به این بیماران، توانایی دیدن آنچه درست است، عمل کردن به شکل عاقلانه به دور از هرگونه خودآسیبی و خودجرحی، مشارکت کامل و عاری از قضاوت در تجارب زندگی رضایت‌بخش به‌منظور تسهیل ظهور رفتار مؤثر و ماهرانه است (لینچ و برونر، ۲۰۰۶؛ به نقل از علوی، ۱۳۸۹).

از سوی دیگر از طریق بررسی تصاویر مغزی، نشان داده‌شده که انجام تمرینات ذهن آگاهی از مؤلفه‌های رفتاردرمانی دیالکتیکی می‌تواند با افزایش فعالیت بخش پیشانی مغز (که با عواطف مثبت همراه است) و کاستن از فعالیت پایه مغز (که با رفتار غیر ارادی ناشی از هیجان‌ات همراه است)، آسیب‌پذیری زیستی نسبت به محرک‌های هیجانی منفی را کاهش دهد (آفتانا و کولشیدینگ، ۲۰۰۵؛ وان دیجک و همکاران، ۲۰۱۳). این تمرینات به‌وسیله افزایش توانایی فرد در چرخش توجهش از آنچه مفید یا مؤثر نیست (مانند تمرکز روی افکار منفی در فرد افسرده) و توجه به آنچه مفید و مؤثر است، می‌تواند به تعدیل تجربه هیجانی یا به عبارتی انعطاف‌پذیری توجه در او کمک کند (لانچی و برونر، ۲۰۰۶). همچنین با آموزش مهارت‌های بین فردی می‌توان به بیماران دو قطبی یاد داد که چطور به‌صورت مؤدبانه و به دور از هرگونه تهاجم و پرخاشگری به درخواست تقاضای خود بپردازند و قدرت نه گفتن در مقابل درخواست دیگران برای رفتارهای تکانه‌ای مثل مصرف

مواد و الکل را داشته باشند. با آموزش مهارت‌های تحمل‌پیشانی می‌توان از طریق آموزش فعالیت‌ها (مثل تلفن زدن به یک دوست)، مشارکت در برخی کارها (مثل خرید یک کادو در جشن تولد یک دوست) یا جایگزین کردن افکار و تقویت سایر حس‌ها و پرت کردن حواس از بروز بسیاری از رفتارهای تکانشی این بیماران جلوگیری به عمل آورد. همچنین با آموزش مهارت‌های تنظیم هیجان برای تحریک و اکنش‌های هیجانی، حالات نامتعادل خلقی و مواردی از این دست در این بیماران می‌توان از آن‌ها خواست تا مشاهدات غیرقضاوتی خود و توصیفاتشان را از هیجان‌ات که تجربه کرده‌اند با دیگران به اشتراک بگذارند (میلر و همکاران، ۲۰۰۷). در مجموعه رفتاردرمانی دیالکتیکی (DBT) انتخابی بسیار عالی برای بیماران با رفتارهای تهدیدکننده‌ی زندگی یا سلامتی و اختلالات کنترل تکانه (خطر بالای خودکشی، رفتارهای خود آسیب‌زننده و رفتارهای آسیب‌زننده به دیگران) است که ثابت شده در مقابل درمان‌های استاندارد و کوتاه‌مدت، نسبتاً به تغییر مقاوم‌اند مؤثر هست (بیتمن و فوناگی، ۲۰۰۴).

همچنین یافته‌های پژوهش حاضر نشان داد که بین نمرات گروه آزمایش و گروه گواه در کیفیت زندگی تفاوت معناداری وجود دارد. به عبارت دیگر، رفتاردرمانی دیالکتیکی باعث افزایش کیفیت زندگی آزمودنی‌های گروه آزمایش نسبت به گروه گواه شده است. این نتیجه در راستای یافته‌های پژوهشی دیگر (برای مثال سولر و همکاران، ۲۰۰۵؛ بن پورس، ۲۰۱۱؛ بیکاسو و همکاران، ۲۰۱۲ و کربلایی و همکاران، ۲۰۱۲) است. در تبیین این نتایج می‌توان گفت چون بیماران مبتلا به اختلال دو قطبی از تکانشگری مفرط، رانندگی بی‌محابا، بی‌بند و باری جنسی، ادامه‌ی روابط بین‌فردی مخرب و ناکارآمد (برای مثال، آزار جنسی در داخل خانواده، یا تن دادن به آزار و بهره‌کشی عاطفی از سوی شریک جنسی یا عاطفی)، رفتارهای پرخطر، سوءمصرف مواد، اختلالات خوردن، افسردگی، دوره‌های بیکاری طولانی‌مدت، مشکلات بین فردی که با فقدان کنترل هیجانی همراه بوده و رفتارهای ضداجتماعی بالاتری برخوردارند. هرچند این رفتارها مستقیماً موجب تهدید زندگی نمی‌شوند، اما کیفیت سالم زندگی را تهدید کرده و مانع شانس و فرصت بیمار برای رسیدن به یک زندگی سطح بالاتر می‌شوند در طول دوره‌ی درمان گروهی

رفتاردرمانی دیالکتیکی به بیمار درباره‌ی آسیب‌زا بودن این رفتارها آموزش داده می‌شود و روشن می‌کند که چرا رفتارهای مخل درمان می‌بایست متوقف شوند. بنابراین، راهبرد اول در برخورد با چنین رفتارهایی، در (DBT) تعهد به تغییر است. این که چه رفتارهایی مخل‌کننده‌ی کیفیت زندگی بیمار هستند، مسئله‌ای است که میان بیمار باید در طول مدت درمان آن‌ها را شناسایی کند و این رفتارها را تغییر دهد.

در مجموع می‌توان گفت که رفتاردرمانی دیالکتیکی از طریق راهبردهایی چون شناسایی هیجانات منفی و نحوه مقابله با آن‌ها و برنامه‌های درمانی اختلال دوقطبی که شامل راهبردهای مقابله هیجان محور از قبیل ارائه پاسخ‌های هیجانی مناسب در برابر اضطراب، افسردگی، سرزنش، خوداشتغالی و خیال‌پردازی برای تعدیل موقعیت استفاده می‌شود، موجب افزایش کیفیت زندگی می‌گردد (سالباچ-آندره و همکاران، ۲۰۰۸؛ وان دیجک و همکاران، ۲۰۱۳).

منابع

- انجمن روان‌پزشکی آمریکا. (۲۰۱۳). *ویراست پنجم راهنمای تشخیص و آماری اختلالات روانی*. ترجمه یحیی سیدمحمدی (۱۳۹۳) نشر روان.
- پورکرد، مهدی. (۱۳۸۸). *بررسی ارتباط خودکارآمدی، تکانشوری، فعال‌سازی-بازداری رفتاری و مهارت‌های اجتماعی با سوء‌مصرف مواد در دانش‌آموزان پایان‌نامه دوره کارشناسی ارشد*. اردبیل: دانشکده ادبیات و روانشناسی، دانشگاه محقق اردبیلی.
- داداش‌زاده، حسین؛ ارفعی، اصغر؛ موسوی کیا، شلاله و علیزاده، آمنه (۱۳۹۲). بررسی و مقایسه کیفیت زندگی مبتلایان به افسردگی اساسی و اختلال خلقی دوقطبی در مرحله بهبودی نسبی و افراد سالم. *مجله پزشکی ارومیه*، ۳۴ (۵)، ۳۶۳-۳۷۲.
- دلاور، علی. (۱۳۹۰). *مبانی نظری و عملی پژوهش در علوم انسانی و اجتماعی*. تهران: انتشارات رشد.
- شریفی درآمدی، پرویز؛ پادروند، حافظ؛ بگیان کوله‌مرز، محمدجواد و ویسی، نصرالله. (۱۳۹۲). *بررسی اثربخشی آموزش گروهی رفتاردرمانی دیالکتیکی (DBT) بر بهبود*

کیفیت زندگی و کاهش نشانگان اختلال نافرمانی مقابله‌ای (ODD). *مطالعات روانشناسی بالینی*، ۳ (۱۲)، ۱۴۹-۱۷۰.

طوبایی، شهین؛ هادی، نگین؛ هدایتی، آروین و منتظری، علی. (۱۳۹۱). مقایسه‌ی کیفیت زندگی بیماران مبتلا به اختلال دوقطبی با افراد سالم. *مجله‌ی اصول بهداشت روانی*، ۱۴ (۱) ۶۳-۵۴.

علوی، خدیجه. (۱۳۸۹). رفتاردرمانی دیالکتیکی. *فصلنامه تازه‌های روان‌درمانی*، (۱۷)، ۵۹-۶۰.

کربلایی محمد میگونی، احمد، احدی، حسن؛ پاشا شریفی، حسن و جزایری، سید مجتبی. (۱۳۸۹). اثربخشی رفتاردرمانی دیالکتیکی همراه با دارو درمانگری در مقایسه با دارو درمانگری در کاهش افکار خودکشی بیماران دچار افسردگی اساسی اقدام کننده به خودکشی، *فصلنامه روانشناسی کاربردی*، سال ۴ (۱۶)، ۲۵-۴۱.

نریمانی، محمد؛ بگیان کوله‌مرز؛ احدی، بتول و ابوالقاسمی، عباس. (۱۳۹۳). بررسی اثربخشی آموزش گروهی رفتاردرمانی دیالکتیکی (DBT) بر کاهش نشانه‌های اختلال نقص توجه / بیش‌فعالی (ADHD) و بهبود کیفیت زندگی دانش‌آموزان. *فصلنامه روان‌شناسی بالینی*، ۶ (۱)، ۳۹-۵۱.

Aftanas, L. Golosheykin, S. (2005). Impact of regular meditation practice on EEG activity at rest and during evoked negative emotions. *International Journal of Neuroscience* 115, 893-909.

Akiskal, SH. Mood disorders. In: Sadock BJ, Sadock VA, Ruiz P. (2009). Kaplan and Sadock's comprehensive textbook of psychiatry. 9th ed. Philadelphia: *Lippincott Williams and Wilkins*, 121, 1629-45.

Barratt, E.s. (1994). Impulsivity: integrating cognitive, behavioral. Biological and environmental data. IN W.B.Mccwn, J. L. John: Washington, D.C: American Psychological Association.

Bateman, A. W. & Fonagy, P. (2004). *Psychotherapy for borderline personality disorder: Mentalization-based Treatment*. Oxford University Press.

Bauer, M. Pfennig, A. (2005). Epidemiology of bipolar disorders. *Epilepsia*. 46 (4), 8-13.

Bellani, M. Hatch, JP. Nicoletti, MA. Ertola, AE. Zunta-So, G. Swann, AC. et al. (2012). Does anxiety increase impulsivity in patients with bipolar

- disorder or major depressive disorder? *Journal of Psychiatric Research* 46, 616-21.
- Ben-Porath, D. D. (2010). Dialectical behavior therapy for depressed older adults: A randomized pilot study. *The American Journal of Geriatric Psychiatry*.11(1), 33-45.
- Besharat, M. A. (2007). Reliability and factorial validity of farsi version of the Impulsiveness Scale with a sample of Iranian students. *Psychological Reports*, 101, 209-222.
- Bohus, M. Haaf, B. Simms, T. Limberger, M. F. Schmahl, C. Unckel, C. et al. (2004). Effectiveness of inpatient dialectical behavioural therapy for borderline personality disorder: A controlled trial. *Behaviour Research & Therapy*. 423, 487-999.
- Bornoalova, M. A. Daughters, S. B. (2007). How does Dialectical Behavior Therapy facilitate treatment retention among individuals with comorbid borderline personality disorder and substance use disorders? *Clinical Psychology Review*. 27, 923-943.
- Brissos, S. Dias, V. V. Carita, A. I. & Martinez-Aran, A. (2008). Quality of life in bipolar type I disorder and schizophrenia in remission: Clinical and neurocognitive correlates. *Psychiatry Research*, 160(1), 55-62.
- Davison, D. Neal, j. Kring, A. Johnson, S. (2007). *Abnormal Psychology*. New York: Wiley.
- Dawe, S. Gullo, M. J. Loxton, N. J. (2012). Impulsivity and adolescent substance use: Rashly dismissed as “all-bad”? *Neuroscience and Biobehavioral Reviews*. 32, 1507-1518.
- Doran, N. McChargue, D. & Cohen, L. (2006). “Impulsivity and the reinforcing value of cigarette smoking”. *Addictive Behaviors*, 32 (1):90-8.
- Feldman, G. Harley, Safren S’ Kerrigan, M. Jacobo M’ Fava M. (2009). Treatment resistant depression –adaptation of dialectical behavior therapy skills training group for treatment-resistant depression. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 196 (2), 136-43.
- Fossati, A. Barratt, E. S. Borroni, S. Villa, D. Grazioli, F. & Maffei, C. (2007b). “Impulsivity, aggressiveness, and DSM-IV personality disorders”. *Psychiatry Research*, 15,149 (1-3), 157-67.
- Garratt, A. M & etal. (1997). SF36 health survey questionnaire: an outcome measuring suitable for routine use within the NHS, *British Medical Journal*, 4(1), 25 -35.
- Gruber, J. Harvey, AG. Gross, JJ. (2012). When Trying Is Not Enough: Emotion Regulation and the Effort-Success Gap in Bipolar Disorder. *Emotion*; 12 (5), 997-1003.
- Gruber, J. (2011). Can feeling good can be bad: Positive emotion persistence (PEP) in bipolar disorder. *Current Perspectives in Psychological Science*. 20 (4): 217-21.

- Gruber, S. A. Rosso, I. M. & Yurgelun-Todd, D. (2011). Neuropsychological performance predicts clinical recovery in bipolar patients. *Journal of Affective Disorders*, 105 (1-3), 253-260.
- Havermans R, Nicolson NA, Devries MW. (2007). Daily hassles, uplifts, and time use in individuals with bipolar disorder in remission. *The Journal of Nervous and Mental Disease*. 195(9): 745-51.
- Hesslinger, B. Tebartz van Elst, L. Nyberg E, Dykieriek P, Richter H, Berner M, et al. (2002). Psychotherapy of attention deficit hyperactivity disorder in adults: A pilot study using a structured skills training program. *European Archives of Psychiatry and Clinical* ; 252, 177-84.
- Kaviani, H. Alaghband- rad, J. Sharifi, V. Pournaseh, M. Ahmadi Abhari, SA. (2007). Composite International Diagnostic Interview. Tehran: Kavian pub [Persian].
- Kroger, C. Schweiger, U.S. Valerija, A. Ruediger, K. Rudolf, S. & Reinecker, H. (2006). Effectiveness of dialectical behavior therapy for borderline personality disorder in an inpatient setting. *Behaviour Research and therapy*. 44, 1211-1217.
- Linehan, M. M. et al. (2003). Effectiveness of inpatient dialectical behavioral therapy for borderline Personality disorder: a Controlled trial. *Journal of Behavior Research and Therapy*. 42, 487-499.
- Linehan, M. Dexter-Mazze, E. (2008). Dialectical Behavior Therapy For Borderline Personality Disorder. Clinical handbook of psychological disorders: A step-by-step treatment manual. 365-462.
- Linehan, M. M. (1993). *Cognitive-Behavioral Treatment of Borderline Personality Disorder*. New York, Guilford.
- Lynch, TR. Bronner, LL. (2006). *Mindfulness and dialectical behavior therapy: Application with depressed older adults with personality disorders*. New York: Elsevier.
- Mahmoudi, M. Tabatabai, M. Modarres, M. Ali ghanbari, B. (2009). Effects on the outcome of group cognitive behavior therapy a type of bipolar disorder. *Journal of mental health*. 10 (4), 289-298 (Persian).
- Mac Horney, C. A, Ware, J. E. (Jr) & Raczek, A. E. (1993). The MOS 36-Item short form health survey (SF-36): II. Psychometric and clinical tests of validity in measuring physical and mental health constructs, *Medical Care*, 31 (3), 247-263.
- Mcquillan, A. Nicastro, R. Guenot, F. Girard, M. Lissner, C. and Ferrero, F. (2010). Intensive dialectical behavior therapy for outpatient with borderline personality disorder. *Journal of psychiatric Service*, 56, 193-197.
- Miller, A.L. & Rathus, J. H. & Linehan, M. (2007). *Dialectical Behavior therapy with suicidal Adolescents*. New York/London: Guilford Press.

- Moeller, FG. Barratt, ES. Dougherty, DM. Schmitz, JM. Swann, AC. (2001). Psychiatric aspects of impulsivity. *American Journal of Psychiatry*, 158 (11): 1783-93.
- Montazeri, A & etal. (2005). The short form of health survey (SF36): Translation and validation study of Iranian version, *Quality of Life Research*, 14,875-882.
- Morselli PL, Elgie R, Cesana BM. GAMIAN-Europe/BEAM survey II: (2004). Cross-national analysis of unemployment, family history, treatment satisfaction and impact of the bipolar disorder on life style. *Bipolar Disord*. 6(6), 487-97.
- Muller –Oerlinghausen, B. Berghofer, A. & Bauer, M. (2009). Bipolar disorder. *Lancet*, 359 (30), 241-247.
- Najt, P. Perez, J. Sanches, M. Peluso, MA. Glahn, D. Soares, JC. (2007). Impulsivity and bipolar disorder. *European Neuropsychopharmacology*, 17(5), 313-20.
- Namjoshi, MA. Buesching, DP. (2010). A Review of the health related quality of life literature in bipolar disorder. *Quality of Life Research* ; 10, 105-15.
- Neacsiu, A. D. Rizvi, S. L. Linehan, M. M. (2010). Dialectical behavior therapy skills use as a mediator and outcome of treatment for borderline personality disorder, 48, 832-839.
- Nelson- Gray, R. O. Keanes, S.P. Hurst, R. M. Mitchell, J.T. Warburton, J. B. Chok, J. T. Cobb, Amodified DBT skills training program for oppositional defiant adolescents: promising preliminary findings. *Behaviour Research and Therapy*, 44, 1811-1820.
- Peluso, M.A. Hatch, J.P. Glahn, D.C. Monkul. E.S. Sanches. M. Najt. P. Bowden. C.L. Barratt. E.S. & Soares. J.C. (2011). Trait impulsivity in patients with mood disorders. *Journal Of Affective Disorders*, 100(1-3), 227-231.
- Ray Li, C. S. Chen, S. H. Lin, W. H. & Yang, Y. Y.(2009).“Attentional blink in adolescents with varying levels of impulsivity”. *Journal of Psychiatric Research*, 39 (2), 197-205.
- Safer, DL. James, L. (2007). Dialectical Behavior Therapy Modified for Adolescent Binge Eating Disorder: A Case Report. *Cognitive and Behavioral Practice - Journal* (14), 157-167.
- Safer, D. L. Robinson, A. H. Jo, B. (2010). Outcome from a Randomized Controlled Trail Of Group Therapy for Binge Eating Disorder: Comparing Dialectical Behavior Therapy Adapted for Binge Eating to and Active Comparison Group Therapy. *Behavior Therapy*, 41, 106-120.
- Salbach-Andrae, H. Bohnkamp, I. Pfeiffer, E. Lehmkuhl, U. Dialectical Behavior Therapy of Anorexia and Bulimia Nervosa Among

- Adolescents: A Case Series. *Cognitive and Behavioral Practice - Journal* . 15, 415-425.
- Sanchez-Moreno, J. Martinez-Aran, A. Tabarés-Seisdedos, R. Torrent, C. Vieta E, Ayuso-Mateos JL. (2009). Functioning and disability in bipolar disorder: an extensive review. *Psychother Psychosom*, 78(5): 285-97.
- Saxena, S. Leckman, J. F. Stein D. J. Matsunaga, H. & Wilhelm, S. (2010). Hording disorder: A new diagnosis for DSM-V? *Depression and Anxiety*. 27, 556-572.
- Soler, J. Pascual, J. C. Tiana, T. et al. (2009). 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*. 47, 353-358.
- Soler, J. Pascuala, J.C. Barrachina, J. Alvarez, E. and Perez, V. (2005). Double blind placebo controlled study of dialectical behavior therapy pluse Olanzapin for borderline personality disorder. *The American Journal of Psychiatry*, 162, 1221-1224.
- Stacy, S. Welch & Junny Kim. (2012). DBT-Enhanced Cognitive Behavioral Therapy for Adolescent Trichotillomania: An Adolescent Case Study, *Cognitive and Behavioral Practice* 19, 483-493.
- Swann, AC, Moeller FG, Steinberg JL, Schneider L, Barratt ES, Dougherty DM. (2007). Manic symptoms and impulsivity during bipolar depressive episodes. *Bipolar Disorders*. 9, 206-12.
- Swann, AC. (2010). Mechanisms of impulsivity in bipolar disorder and related illness. *Epidemiologia e Psichiatria Sociale*. 19, 120-30.
- Swann, AC. Janicak, PL. Calabrese, J. R. C. L. Dilsaver, S.C. Morris, D. D. Petty, F. Dais, J. R. (2009). Structure of mania, depressive, irritable, and psychotic with different retrospectively- assessed course patterns of illness in randomized clinical trail participants, *Journal of affect Disorders*, 67(1-3):123-132.
- Telch CF, Agras WS, Linehan MM. (2001). Dialectical behavior therapy for binge eating disorder. *Journal Consult Clinical Psychology*, 69(6), 1061-5.
- The WHOQOL Group. (2010). The World Health Organization Quality of Life Assessment (WHOQOL): Position paper from the World Health Organization. *Social Science & Medicine - Journal* 10: 1403-9.
- Tsai, SY. Kuo, CJ. Chen, CC. Lee, HC. (2005). Risk factors for completed suicide in bipolar disorder. *Journal Clinical Psychiatry*, 63, 469-76.
- Van Dijk, S. Jeffrey, J. Katz, M. (2013). A randomized, controlled, pilot study of dialectical behavior therapy skills in a psychoeducational group for individuals with bipolar disorder. *Journal of Affective Disorders*, 145, (3 5), 386-393.
- 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.
- VanDijk, S. Jeffrey, J. Katz, M, R. (2012). A randomized,controlled, pilot study of dialectical behavior therapy skills in a psychoeducational group for individuals with bipolar disorder, *Journal of Affective Disorders*; 21,277–285.
- Vieta, E. Benabarre, A. Gasto, C. Nieto, E. Colom, F. Otero, A. et al. (1997). Suicidal behavior in bipolar I and bipolar II disorder. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 185: 407-9.
- Vojta, C. Kinosian, B. Glick, H. Altshuler, L. Bauer, M. (2001). Self-reported quality of life across mood states in bipolar disorder. *Compr Psychiatry*, 42, 190-5.
- Ware, JE. Snow, KK. Kosinski, M. Gandek, B.(1993). SF-36 health survey manual and interpretation guide. New England Medical Center. *The Health Institute*: Boston, MA.
- Waxman, S. E. (2011). A Systematic Review of Impulsivity in Eating Disorders.» *Impulsivity in Eating Disorders*, Rev. 17, 408–425.
- Zhang, H. Wisniewski, SR. Bauer, MS. (2006). Comparison of perceived quality of life across clinical states in bipolar disorder: Data from first 2000 Systematic Treatment Enhancement Program For bipolar Disorder (STEP-BD) participants. *Compr Psychiatry*, 47: 161-8.
- Zouk, H. Tousignant, M. Segun, M. Lesage, A. Turecki, G. (2008). Characterization of impulsivity in suicide completers: clinical, behavioral and psychosocial dimensions. *Journal Of Affective Disorders*, 92(10), 195-204.