

The Effectiveness of Dialectical Behavior Therapy in Reducing Expulsive Anger

Narges Zamani^{1*}, Mehran Farhadi², Hamidreza Jamilian³, Mojtaba Habibi⁴

1- Department of psychology, Hamedan Branch, Islamic Azad University, Hamedan, Iran.

2- Department of psychology, Bu-Ali Sina University of Hamedan, Hamedan, Iran.

3- Department of psychology, Arak University of Medical Sciences, Arak, Iran.

4- Department of Family Therapy, Family Institute, Shahid Beheshti University of Tehran, Tehran, Iran.

Received: 21 Jan 2015, Accepted: 1 Jul 2015

Abstract

Background: The purpose of this study was to determine the effectiveness of dialectical behavior therapy in reducing expulsive anger.

Materials and Methods: This is a pre-test and post-test semi-experimental study with control group. The study population included 32 patients with expulsive anger that referred to Amir kabir remedial education center based on psychiatrist diagnosis and were randomly divided into case (dialectical behavior therapy) and control group. The case group was educated the dialectical behavior therapy skills for 16 sessions from 2 until 2.5 hours at teamly. To collect data, the patients filled Eysenk expulsive questionnaire before and after intervention. Considering no necessary assumptions were fulfilled to conduct the multivariate analysis of covariance and variance, so, the univariate analysis of variance was used.

Results: The results of variance analysis proved that dialectical behavior therapy significantly reduced expulsive angers.

Conclusion: With due attention to the results, it can be said that dialectical behavior therapy leads to reducing expulsive angers in treated patients, thus, this method can be included in interventional programs for target groups in psychotherapy centers. Aslo, it helps to improve the life of patients by reducing expulsive angers.

Keywords: Anger, Dialectical behavior therapy, Expulsive angers

*Corresponding Author:

Address: Department of psychology, Hamedan Branch, Islamiv Azad University, Hamedan, Iran.

Email: NargesZamani@iauh.ac.ir

اثربخشی رفتاردرمانی دیالکتیک در کاهش خشم‌های انفجاری

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

۱- کارشناسی ارشد روان شناسی بالینی، گروه روان شناسی، واحد همدان، دانشگاه آزاد اسلامی همدان، همدان، ایران

۲- استادیار، گروه روان شناسی، دانشگاه بوعلی سینا همدان، همدان، ایران

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

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

تاریخ دریافت: ۹۳/۱۱/۱ تاریخ پذیرش: ۹۴/۴/۱۰

چکیده

زمینه و هدف: هدف از پژوهش حاضر، تعیین اثربخشی رفتاردرمانی دیالکتیکی در کاهش خشم‌های انفجاری بود. **مواد و روش‌ها:** این طرح پژوهشی نیمه آزمایشی از نوع پیش آزمون-پس آزمون با گروه کنترل بود. گروه نمونه ۳۲ بیمار مبتلا به خشم‌های انفجاری مراجعه کننده به مرکز آموزشی درمانی امیرکبیر اراک بودند که به صورت تصادفی به گروه‌های آزمایش (رفتار درمانی دیالکتیکی) و گروه کنترل تقسیم شدند. گروه آزمایش در ۱۶ جلسه ۲ تا ۲/۵ ساعته به صورت گروهی تحت آموزش مهارت‌های رفتاردرمانی دیالکتیکی قرار گرفتند. برای جمع‌آوری داده‌ها، بیماران قبل و بعد از مداخله پرسش‌نامه تکانش‌گری آیزنک را کامل کردند و با توجه به این که پیش فرض‌های لازم برای انجام تحلیل کواریانس چند متغیره و تحلیل واریانس چند متغیره برآورده نشد از تحلیل واریانس تک متغیره استفاده شد. **یافته‌ها:** نتایج آزمون تحلیل واریانس نشان داد که رفتار درمانی دیالکتیکی خشم‌های انفجاری را به طور معنی‌داری کاهش می‌دهد.

نتیجه‌گیری: با توجه به یافته‌های پژوهش، می‌توان بیان کرد که رفتار درمانی دیالکتیکی موجب کاهش خشم‌های انفجاری در افراد تحت درمان شده و استفاده از این روش درمانی می‌تواند جزء برنامه‌های مداخلاتی در سطوح گروه‌های هدف مراکز روان درمانی قرار گیرد همچنین، این روش از طریق کاهش خشم‌های انفجاری به بهره‌وری زندگی درمان‌جویان کمک می‌نماید.

واژگان کلیدی: خشم، رفتاردرمانی دیالکتیک، خشم‌های انفجاری

*نویسنده مسئول: همدان، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد همدان، گروه روان شناسی

Email: NargesZamani@iauh.ac.ir

مقدمه

یک اتفاق نظر در میان متخصصان سلامت وجود دارد مبنی بر این که خشونت در دنیا امر شایعی است و بسیاری از پژوهش‌گران، متخصصان بالینی و مسئولان قضایی بر مسأله خشونت تمرکز دارند. با این وجود، هیجان خشم که اغلب ایجاد کننده خشونت است کمتر مورد توجه قرار گرفته است (۱). خشم یک پاسخ هیجانی شدید به محرومیت و تحریک شدگی است که با افزایش برانگیختگی خودکار و تغییر فعالیت سیستم عصبی مرکزی مشخص می‌شود (۲) و یک نگرانی عمده برای جامعه محسوب می‌شود، زیرا در بسیاری از موارد به رفتارهایی منجر می‌گردد که خسارت فراوانی به اقتصاد کشورها تحمیل می‌کند. برای مثال، رفتارهای ضداجتماعی و رفتارهای تهاجمی از تبعات و پیامدهای خشم می‌باشد. هم‌چنین خشم با شدت افسردگی، مصرف کوکائین، مصرف الکل و اقدام به خودکشی همبستگی دارد (۳). به علاوه، مشاهده شده است که خشم در صورت عدم درمان، معمولاً به مدت طولانی باقی می‌ماند (۲). با توجه به آمار اعلام شده در سطح جهان روزانه ۱۰۰۰ نفر در اثر خودکشی می‌میرند (۴) که این آمار از ۴۵ سال گذشته تاکنون به میزان ۶۰ درصد در جهان افزایش یافته است (۵) و این زنگ خطر حاکی از این است که خودکشی به عنوان فاجعه‌آمیزترین پیامد رفتارهای تکانش‌گری و خشم‌های انفجاری با روند رو به افزایش خود در بسیاری از کشورها (۶) همواره در حیطه برجسته‌ترین معضل بهداشت روان مطرح بوده است و روز دهم سپتامبر معادل با ۲۰ شهریور توسط سازمان بهداشت جهانی به عنوان روز پیش‌گیری از خودکشی نام گرفته است و از آنجایی که سابقه اقدام به خودکشی احتمال خودکشی مجدد را تا ۴۰ برابر افزایش می‌دهد (۷) می‌توان انجام مجدد خودکشی را در این افراد به منزله‌ی درخواست کمک از طرف دیگران دانست که همان مشکل در روابط بین فردی است (۸). این افراد توانایی به تاخیر انداختن هیجان‌ات را نداشته و در تصمیم‌گیری و کنترل رفتار ضعف دارند که به صورت ناگهانی ناراحتی خود و نیاز به حمایت دیگران را نشان

می‌دهند. اختلال انفجاری به صورت دوره‌های جداگانه‌ی فقدان کنترل تکانه‌های پرخاش‌گرانه بروز می‌کند که اغلب با حملات جدی به خود یا دیگران همراه است. میزان پرخاش‌گری ابراز شده در برانگیختن دوره‌ها موثر است. نشانه‌هایی که بیمار ممکن است آن‌ها را به صورت دوره یا حمله توصیف کند طی چند دقیقه یا چند ساعت بروز می‌کند و صرف نظر از طول مدت آن‌ها خود به خود و به سرعت از بین می‌رود. بیمار پس از هر دوره معمولاً دچار تاسف واقعی می‌شود و خویشتن را ملامت می‌کند (۹). به علاوه، افراد رفتارهایی که روی آن‌ها کمتر تفکر کرده‌اند و برای دستیابی به یک لذت یا پاداش ابراز می‌کنند را نشان می‌دهند که این رفتارها از خطر بالایی برخوردارند و پیامدهای ناخواسته‌ی قابل توجهی از جمله دگرگونی و روابط جنسی به هم‌ریخته را منجر می‌شوند که به صورت ناگهانی در پاسخ به موقعیتی روی می‌دهند که فرد روی آن کنترل کافی ندارد و یا کمتر به آن فکر کرده است (۱۰) این افراد گهگاه دوره‌هایی خشم شدید از خود بروز می‌دهند که در آن‌ها بدون عمل تحریک‌آمیزی، به خشم تهاجمی یا ویران‌گر تبدیل می‌شود و در این دوره‌ها که به حمله‌ی صرعی شباهت دارد طغیان‌های پرخاش‌گری را به صورت تخریب‌دنیای درون و هم‌چنین دنیای بیرون از خود نشان می‌دهند (۱۱) و همین امر منجر به قتل و خودکشی می‌گردد که بنا بر تحقیقات پالمیر (۱۲)، در حال حاضر یکی از هشت علت اصلی مرگ و میر در اغلب کشورهاست که اگر بتوان این افراد را درمان کرد از مرگ سالیانه ۱ میلیون نفر در سطح جهان جلوگیری خواهد شد. مفاهیم خشم، کینه‌توزی و پرخاش‌گری گاهی به جای یکدیگر به کار می‌روند. برای تمایز این سه مفهوم، می‌توان خشم را به عنوان هیجان، کینه‌توزی را به عنوان نگرش و پرخاش‌گری را به عنوان رفتار در نظر گرفت. خشم به عنوان یک حالت هیجانی توصیف می‌شود که شالوده‌کینه‌توزی و پرخاش‌گری است. مراد از کینه‌توزی، نگرش پرخاش‌گرانه‌ای است که فرد را به سوی رفتار پرخاش‌گرانه می‌کشاند. در حالی که پرخاش‌گری به عنوان رفتاری قابل مشاهده که با هدف آسیب یا زیان

شخصیت مرزی افرادی هستند که از نظر زیست شناختی آسیب‌پذیری هیجانی دارند و در محیط‌هایی که به طور مکرر تجربیات درونی و رفتارهای فرد را نامعتبر می‌سازند، پرورش یافته‌اند. آسیب‌پذیری هیجانی به همراه پرورش در محیط نامعتبر موجب می‌شود فرد با نقایصی در توانایی، انگیزش و تنظیم هیجان‌ها و مشکلات زندگی خود رو به رو شود (۱۹). این درمان یک شیوه‌ی درمانی یکپارچه نگر است که به بیمار آموخته می‌شود تضادهای موجود در درون خود و میان خود با محیط را بشناسد و از طریق ترکیب و تلفیق آن‌ها با یکدیگر به نتیجه‌ای کارآمد دست یابد. یکپارچه سازی را می‌توان به چند شکل در این رویکرد مشاهده کرد: یکپارچه سازی مدل‌های زیست شناختی و مدل‌های محیطی؛ به این معنا که هم عوامل زیست شناختی و هم عوامل محیطی در پیدایش و تداوم اختلال شخصیت مرزی مورد توجه قرار می‌گیرند (۲۰).

با توجه به این که رفتارهای مخاطره‌آمیز یکی از علائم نه‌گانه اختلال شخصیت مرزی است، افرادی وجود دارند که فاقد اختلال شخصیت مرزی ولی واجد رفتارهای مخاطره‌آمیزند. ولی تاکنون مشخص نشده است که آیا روش‌هایی که بر اختلال شخصیت مرزی موثر هستند در کاهش رفتارهای مخاطره‌آمیز نقش دارند یا خیر. با توجه به این که رفتارهای مخاطره‌آمیز در افراد غیرمرزی هم دیده می‌شوند، هدف از این پژوهش بررسی اثربخشی رفتاردرمانی دیالکتیک بر این رفتارها در افراد غیرمرزی است.

مواد و روش‌ها

طرح کلی این پژوهش، طرح نیمه آزمایشی از نوع طرح گروه‌های کنترل نابرابر است. جامعه آماری مشتمل بر بیمارانی بود که در ماه‌های مهر، آبان و آذر ماه ۱۳۹۱ به مرکز آموزشی درمانی امیر کبیر شهر اراک مراجعه کردند. نمونه پژوهش شامل ۳۲ بیمار زن مبتلا به خشم‌های انفجاری و رفتارهای تکانشی بود که ملاک‌های ورود به پژوهش را داشتند. این ملاک‌ها عبارت بودند از: (۱) حداقل

رساندن انجام می‌شود در نظر گرفته شده است (۱۲). خشم یک هیجان ارضا کننده و در عین حال ویران کننده است، سامانه درونی ما را فعال می‌کند و ما را برای رویارویی با خطرهای بالقوه پیرامون آماده می‌کند (۱۳). همان‌طور که از تعاریف برمی‌آید، این عبارت‌ها هم‌پوشی زیادی با هم دارند و بدین دلیل است که اسپیلبرگر، جانسون، راسل، کرین جاکوبزو و ردن (۱۴) به منظور توصیف این سازه‌ها از عبارت ترکیبی سندرم خشم - خصومت - پرخاش‌گری استفاده می‌کنند از نظر این افراد، مفهوم خشم اغلب به حالت هیجانی اطلاق می‌شود که شامل احساساتی است که شدت آن از تهیج یا آزار خفیف تا خشم یا جنون شدید متفاوت است. اگرچه خصومت نیز اغلب دربردارنده احساسات همراه با خشم است، ولی این مفهوم مجموعه پیچیده‌ای از نگرش‌های برانگیزاننده رفتارهای پرخاش‌گرانه نسبت به تخریب اشیا یا صدمه زدن به سایر افراد است، درحالی‌که خشم و خصومت مربوط به هیجان‌ها و نگرش‌اند، مفهوم پرخاش‌گری اغلب رفتار آزارنده یا تنبیهی را نسبت به سایر افراد یا اشیا در بر می‌گیرد. از تعاریف مذکور و تقریباً تمام تعاریف خشم می‌توان به دو نتیجه کلی دست یافت؛ یکی این که عامل اصلی بروز خشم، تهدیدها، ناکامی‌ها و موانعی است که بر سر راه افراد قرار می‌گیرند و دوم این که هدف از خشم اغلب دفاع، جنگ و تخریب است، به همین دلیل آن را داغ‌ترین و خطرناک‌ترین هیجان دانسته‌اند (۱۵). لازم به ذکر است که خشم لزوماً به پرخاش‌گری منتهی نمی‌شود. فرد ممکن است خشم خود را متوجه درون خود کند یا ممکن است فقط با کمک وسایل کلامی خشم خود را بیرون بریزد (۱۶).

رفتاردرمانی دیالکتیکی، رویکردی درمانی است که توسط مارشا لینهان (۱۷، ۱۸) برای درمان بیماران مبتلا به اختلال شخصیت مرزی که به طور مکرر خودکشی می‌کنند، ابداع شده است. این روش بر سه پایه رفتارگرایی، فلسفه دیالکتیکال و آیین ذهن استوار است. این رویکرد تعامل عوامل زیستی اجتماعی را علت اختلال شخصیت مرزی می‌داند. به این معنا که بیماران مبتلا به اختلال

بزارهای پژوهش عبارت بودند از: (۱) مصاحبه بالینی و (۲) مقیاس تکانش‌گری آیزنک.

مصاحبه بالینی بر مبنای راهنمای تشخیصی و آماری اختلال‌های روانی

مصاحبه تشخیصی ساختاریافته و نیمه ساختار یافته متشکل از مجموعه‌ی نظام‌مندی از سؤالات اختصاصی است که هدف آن‌ها ارزیابی آن دسته از الگوهای رفتاری، افکار و احساسات مراجعان است که به نوعی با تشخیص اختلال آن‌ها ارتباط دارد (۲۲).

پرسش‌نامه تکانش‌گری آیزنک

این پرسش‌نامه توسط آیزنک (۲۳) ابداع شد که شامل ۵۴ سؤال است که در قالب بلی/خیر پاسخ داده می‌شوند. این پرسش‌ها سه عامل زیر را در فرد مورد بررسی قرار می‌دهند که هر یک دارای تعداد مشخصی سؤال می‌باشند: تکانش‌گری (۱۹ سؤال)، مخاطره‌جویی (۱۶ سؤال) و همدلی (۱۶ سؤال). بیشترین نمره کسب شده در این پرسش‌نامه ۵۴ خواهد بود. تاکنون ۷ نسخه از این پرسش‌نامه در ایران ارائه شده است. نسخه ۱-۷ که آخرین نسخه آن می‌باشد توسط اختیاری و همکاران در سال ۱۳۸۴ (۲۴) با ضریب پایایی ۰/۷۰ تا ۰/۹۰ اعتباریابی شد (ارزیابی پایایی به روش ثبات داخلی انجام گرفته است) و در مطالعه حاضر مورد استفاده قرار گرفت که در برابر نمونه‌های آیزنک با پایایی ۰/۷۴ تا ۰/۹۰ از اعتبار برابری برخوردار است. ضریب آلفای کرونباخ بین ۰/۴۰ تا ۰/۸۳ برآورد شد. پس از انتخاب نمونه بر اساس ملاک‌های ورود به پژوهش و اخذ موافقت رسمی آن‌ها برای شرکت در پژوهش حاضر مراحل زیر انجام شد:

۱- **مصاحبه بالینی:** در این مرحله، در ابتدا از هر آزمودنی مصاحبه فردی گرفته شد.

۲- **مرحله مداخله درمانی:** رویکرد رفتاردرمانی دیالکتیکی شامل سه شیوه درمانی است که عبارت‌اند از: الف) مهارت‌آموزی گروهی، ب) جلسات انفرادی و ج) تماس تلفنی با درمان‌گر در خارج از جلسات درمانی.

تحصیلات دیپلم، ۲) دامنه سنی بین ۲۵ تا ۳۵ سال، ۳) عدم دریافت درمان دارویی هم‌زمان و ۴) اکتساب نمرات ۱ و انحراف معیار بالاتر از میانگین در آزمون تکانش‌گری آیزنک.

ملاک‌های خروج عبارت بودند از: ۱) بیماران مبتلا به اختلال شخصیت مرزی، ۲) افراد مبتلا به اختلال سوء مصرف مواد و ۳) بیمارانی که در هنگام انتخاب تحت دارودرمانی بودند.

نمونه‌گیری به صورت روش مبتنی بر ملاک بود. ابتدا مصاحبه بالینی با مراجعه کنندگان توسط روان‌پزشک صورت گرفت و در صورت تشخیص رفتارهای مخاطره‌آمیز (رفتارهای تکانشی و خشم‌های انفجاری) ملاک‌های حذفی مورد بررسی قرار گرفت. سپس گزینش آزمودنی‌ها با استفاده از آزمون تکانش‌گری آیزنک توسط روان‌شناس انجام گردید و افراد واجد ملاک‌های ورود در جریان پژوهش قرار گرفتند. در ابتدا، توضیحات لازم در خصوص مطالعه، مدت زمان اجرای مطالعه، هدف پژوهش، مزایا و خطرات احتمالی این پژوهش به نمونه‌های پژوهشی داده شد و از آنان خواسته شد تا در صورت تمایل جهت حضور در مطالعه رضایت‌نامه کتبی را امضا کنند و تا پایان پژوهش با پژوهش‌گر همکاری نمایند و در جلسات حاضر شوند. البته این اختیار به آنان داده شد تا در صورت تمایل هر وقت که بخواهند از مطالعه خارج شوند. با توجه به این که مطالعات قبلی (۲۱) گروه-درمانی را در غالب گروه‌های ۸ نفره اجرا کردند، در این مطالعه نیز مداخله به صورت گروهی بوده و افراد گروه آزمایش در دو گروه ۸ نفره تحت درمان رفتار درمانی دیالکتیکی قرار گرفتند. محتوا، تعداد جلسات و مدت زمان هر جلسه در دو گروه کاملاً یکسان بود و توسط یک روان‌شناس آموزش دیده اجرا گردید. در نهایت، گروه آزمایش در ۱۶ جلسه ۲ تا ۲/۵ ساعته (هر هفته یک جلسه) تحت آموزش مهارت‌های بهوشیاری، تنظیم هیجانی، تحمل پریشانی و کارآمدی بین فردی قرار گرفتند.

کوارریانس چند متغیره و تحلیل واریانس چند متغیره برآورده نشد، از تحلیل واریانس تک متغیره استفاده شد.

یافته‌ها

این پژوهش بر روی ۳۶ نفر در دو گروه آزمایش و کنترل اجرا گردید که هر یک از گروه‌ها شامل ۱۶ بیمار زن مبتلا به رفتارهای مخاطره آمیز بود. دامنه سنی افراد شرکت کننده در آزمایش بین ۲۵ تا ۳۵ سال بود و میانگین سنی گروه آزمایش و گروه کنترل به ترتیب $30/62 \pm 2/84$ و $29/81 \pm 3/06$ بود. بر اساس آزمون تی اختلاف معنی داری از لحاظ میانگین سنی بین دو گروه آزمایشی و کنترل مشاهده نشد ($t=0/77$, $p=0/44$). حداقل تحصیلات آزمودنی‌ها دیپلم بود. جدول ۱ فراوانی نمره‌های پژوهشی بر حسب وضعیت سواد را نشان می‌دهد که ۱۲/۵ درصد از هر ۲ گروه دارای مدرک تحصیلی دیپلم، ۲۵ درصد گروه دیپلم، ۴۳/۸ درصد از هر دو گروه دارای مدرک لیسانس بودند (که بیشترین فراوانی مربوط به همین مقطع بود) و ۱۸/۷ درصد گروه آزمایش و ۳۱/۲ درصد گروه کنترل دارای مدرک فوق لیسانس بودند. وضعیت فراوانی افراد مورد مطالعه بر حسب شغل نشان می‌دهد که ۳۱/۲ درصد گروه آزمایش و ۳۷/۵ درصد گروه کنترل خانه‌دار بودند، در حالی که ۶۸/۸ درصد گروه آزمایش و ۶۲/۵ درصد گروه کنترل شاغل بودند. بنابراین در هر دو گروه بیشترین فراوانی مربوط به افراد شاغل بود. وضعیت تاهل نشان می‌دهد که هر دو از نظر وضعیت تاهل مشابه بودند. ۱۸/۸ درصد در هر دو گروه مجرد و ۸۱/۲ درصد در هر دو گروه متأهل بودند [بیش از دو سوم (۸۱/۲ درصد) افراد هر دو گروه متأهل بودند] (جدول ۱) شرایط اقتصادی و تعداد فرزندان آزمودنی‌ها مد نظر افراد آزمون‌گر قرار نگرفت و این متغیر کنترل نشد.

الف) **مهارت آموزی گروهی:** جلسات مهارت آموزی هفته‌ای یک بار به مدت ۲ تا ۲/۵ ساعت تشکیل شد. هدف از این مرحله درمانی، افزایش و ارتقای مهارت‌های رفتاری بود. چهار مهارت آموزشی این مرحله عبارت بودند از: ۱) مهارت‌های بهوشیاری، ۲) تنظیم هیجانی، ۳) تحمل پریشانی و ۴) کارآمدی بین فردی.

ب) **جلسات انفرادی:** جلسات انفرادی ما بین درمان بدین صورت بود که به هریک از افراد هنگام غیبت، آموزش خصوصی داده شد. این جلسات همانند جلسات مهارت‌های گروهی ۲ تا ۲/۵ ساعت تشکیل شد.

ج) **تماس تلفنی با درمان‌گر در خارج از جلسات درمانی:** تماس تلفنی مراجعان گروه رفتار درمانی دیالکتیکی با درمان‌گر از ابتدای درمان تا پایان جلسات گروهی امکان‌پذیر بود. مراجعان می‌توانستند در موقع بروز بحران با درمان‌گر تماس بگیرند. در این تماس‌ها درمان‌گر مراجع را به استفاده از مهارت‌ها هدایت می‌کرد. زمان مکالمه کوتاه و حداکثرین ۱ تا ۱۰ دقیقه بود و بیشتر در جهت کمک به مراجع در اجتناب از رفتارهای خود آسیب رسان، فکر، طرح و یا اقدام به خودکشی انجام می‌گرفت.

۳- **دوره پی‌گیری:** در این مرحله یک ماه پس از پایان درمان، مجدداً هر یک از آزمودنی‌ها گروه رفتاردرمانی دیالکتیکی و گروه کنترل پرسش‌نامه تکانش‌گری بارات را کامل کردند.

از آنجایی که این روش درمانی برای رفتارهای مخاطره آمیز اجرا شد، درمان با مهارت‌های مبتنی بر پذیرش (مهارت‌های تحمل پریشانی، مهارت‌های بهوشیاری) که قلب رفتاردرمانی دیالکتیک است (۲۵) آغاز شد سپس افراد تحت آموزش مهارت‌های مبتنی بر تغییر (مهارت‌های تنظیم هیجانی و کارآمدی بین فردی) قرار گرفتند. این درمان بر مبنای کار میتو مک کی، جفری وود و جفری برنتلی (۲۶) که براساس کتاب مهارت آموزی لینهان برنامه‌ریزی شد، اجرا گردید و برای هر مهارت ۴ جلسه گروهی تشکیل شد. با توجه به این که پیش فرض‌های لازم برای انجام تحلیلی

جدول ۱. مقایسه دموگرافیک گروه مورد و شاهد

	گروه آزمایش n(%)	گروه کنترل n(%)
دبلم	۲(۱۲/۵)	۲(۱۲/۵)
وضعیت فوق دبلم	۴(۲۵)	۲(۱۲/۵)
سواد لیسانس	۷(۴۳/۸)	۷(۴۳/۸)
فوق لیسانس	۳(۱۸/۷)	۵(۳۱/۲)
شغل خانه دار	۵(۳۱/۲)	۶(۳۷/۵)
شاغل	۱۱(۶۸/۸)	۱۰(۶۲/۵)
وضعیت مجرد	۳(۱۸/۸)	۳(۱۸/۸)
تاهل	۱۳(۸۱/۲)	۱۳(۸۱/۲)
سن میانگین	۳۰/۶۲	۲/۸۴
انحراف معیار	۲۹/۸۱	۳/۰۶

در جدول ۲ میانگین نمره و انحراف معیار نمره پرسش‌نامه‌های تکانش‌گری آیزنک و بارت قبل و بعد از درمان در هر دو گروه آزمایشی و کنترل آمده است. میانگین نمره پرسش‌نامه آیزنک در گروه آزمایشی قبل از درمان ۴۱/۳۱ بود که نمره بالایی (کل نمره ۵۴) را نشان می‌دهد. این نمره، بعد از مداخله به ۱۸ کاهش پیدا کرد و این نشان دهنده اثر بخشی درمان در کاهش خشم‌های انفجاری می‌باشد. میانگین نمره پرسش‌نامه آیزنک در گروه کنترل ۳۷/۱۸ بود که تفاوت معنی‌داری را با گروه آزمایشی قبل از درمان نشان نداد.

جدول ۲. میانگین و انحراف استاندارد گروه‌های آزمایش و شاهد در متغیرهای مورد مطالعه به تفکیک پیش آزمون و پس آزمون

متغیر	گروه آزمایش		گروه کنترل	
	پیش آزمون	پس آزمون	پیش آزمون	پس آزمون
خشم‌های انفجاری آیزنک	M	SD	M	SD
	۴۱/۳۱	۳/۵۳	۳۷/۱۸	۳/۱۲
	M	SD	M	SD
	۱۸/۰۰	۴/۳۲	۴۰/۶۸	۲/۲۱

جدول ۳. میانگین نمره و انحراف معیار تفاضل نمره پرسش‌نامه‌های رفتارهای تکانش‌گری و خشم‌های انفجاری

متغیر	گروه آزمایش		گروه کنترل	
	M	SD	M	SD
خشم‌های انفجاری آیزنک	۶/۱۶	-۲۳/۳۱	۴/۲۲	۳/۵۰

میانگین نمره ارائه شده در جدول ۴ حاصل اختلاف نمرات پرسش‌نامه خشم‌های انفجاری قبل و بعد از درمان در هر دو گروه می‌باشد که آزمون تی اختلاف معنی‌داری را بین گروه آزمایشی و کنترل نشان می‌دهد ($p=۰/۰۰۰$). این اختلاف نشان‌دهنده آن است که مداخله موثر بوده است و موجب ایجاد اختلاف زیاد در گروه آزمایش نسبت به گروه کنترل گردیده است.

جدول ۳ اختلاف نمرات پرسش‌نامه خشم‌های انفجاری قبل و بعد از درمان را برای هر دو گروه آزمایشی و کنترل نشان می‌دهد. دلیل محاسبه اختلاف نمره در این جدول عدم وجود مفروضات لازم برای تحلیل کواریانس چند متغیره بوده است. میانگین نمره و انحراف معیار اختلاف نمره پرسش‌نامه خشم‌های انفجاری در گروه آزمایش ۲۳/۳۱- و در گروه کنترل ۳/۵۰ بود که نشان دهنده اختلاف زیادی بین آن‌ها می‌باشد. اختلاف زیاد بین میانگین نمره دو گروه نشان دهنده تاثیر مداخله بوده است.

جدول ۴. آزمون تی مستقل براساس نمرات افتراقی برای مقایسه خشم‌های انفجاری در گروه‌های آزمایش و کنترل

میانگین	انحراف معیار	فاصله اطمینان ۹۵ درصد	مقدار تی	p
گروه آزمایش	۲۳/۳۱	۶/۱۶	۲۰/۰۲	۰/۰۰۰
گروه کنترل	۳/۵	۴/۲۲	۵/۷۵	
			حد بالا	
			حد پایین	

بحث

نمرات پیش آزمون و پس آزمون بیماران با استفاده از تحلیل واریانس تک متغیره به طور آشکار حاکی از کاهش در نمرات آزمون خشم‌های انفجاری بعد از اجرای رفتاردرمانی دیالکتیکی (پیش آزمون: $41/31 \pm 3/53$ و پس آزمون: $18/00 \pm 4/32$) بود و نتایج آن منجر به تایید این فرضیه شد که رفتاردرمانی دیالکتیکی موجب کاهش خشم‌های انفجاری می‌شود.

در راستای این نتیجه می‌توان از پژوهش‌های میلر و همکاران (۲۷)، ون دن بوش و همکاران (۲۸) و کروگر و همکاران (۲۹) نام برد که همگی مؤید اثر بخشی رفتاردرمان‌گری دیالکتیکی و مهارت آموزی گروهی آن در کاهش تکانش‌گری، خشم و خشم‌های انفجاری و تحریک‌پذیری در افراد مورد مطالعه هستند، با این تفاوت که پژوهش‌های بالا در افراد مرزی صورت گرفته و از علت‌های اثربخشی آن می‌توان آموزش مهارت‌های کارآمدی بین فردی را نام برد که منجر به افزایش ثبات عاطفی و ویژگی‌های بین فردی شده است، چرا که نیاز به پذیرش از طرف دیگران دارد. درحقیقت میزان پرخاش‌گری این افراد به دلیل مسایل ذاتی زیربنایی و یا به خاطر ناکامی نیازهای اولیه آن‌ها توسط مراقبان غیرحساس بیش از حد معمول است. این افراد همواره دچار وابستگی و استقلال بوده‌اند که منجر به دوسوگرایی و روابط بی‌ثبات، حالت‌های پوچی، تهی بودن، جستجوی روابط بیش از حد نزدیک یا همجوشی آرمانی و مواردی از این قبیل می‌شوند. آموزش مهارت‌های کارآمدی بین فردی موجب شناسایی سبک‌های ارتباطی و تناسب بین خواسته‌های خود و دیگران و شناسایی روابط فردی و مشکلات روابط فردی می‌شود. از جمله علت اثربخشی رفتاردرمانی دیالکتیک در این پژوهش که در افراد غیرمرزی بروز یافت، آموزش بهوشیاری، کارآمدی بین فردی و تحمل‌پریشانی بود که فرد را از هیجانات نامناسب گذشته جدا ساخته و در زمان حال نگه می‌دارد، این در حالی است که این افراد در طول زمان به صورت فزاینده‌ای تندخو، پرخاش‌گر و کینه توز بوده و

صفات خود آزارگرانه را درونی می‌سازند و احساس مخرب را به سمت خودشان معطوف می‌کنند و به عنوان کسانی که در زیر پوششی از هم‌رنگی اجتماعی و خون‌گرمی پنهان شده‌اند دیده می‌شوند و همواره در زندگی خود زیر نقابی زندگی می‌کنند و همین امر منجر به خشم‌های پنهان شده که به صورت ناگهانی در سایر شرایط بروز می‌یابند.

ونز و دیگران (۳۰) در پژوهش خود نشان دادند که اگر چه احساس خشم و خشم تجربه شده و در عین حال ابراز نشده درگروهی که تحت درمان رفتاردرمانی دیالکتیکی قرار داشتند کاهش یافت، اما تفاوت‌ها از نظر آماری معنی‌دار نبود و میزان خشم به مقدار کم کاهش یافت. کلارکین و دیگران در مطالعه خود نشان دادند که روان‌درمانی مبتنی بر انتقال و درمان حمایتی در مقایسه با رفتاردرمانی دیالکتیکی در کاهش خشم مؤثرترند (۳۱).

عدم دسترسی به ابزار هنجاریابی شده برای اندازه‌گیری خشم‌های انفجاری، محدودیت زمانی، پی‌گیری تداوم زمانی و انتقال بلند مدت مهارت‌ها برای بهبود عملکرد از محدودیت‌های این پژوهش هستند.

نتیجه‌گیری

در نهایت، با توجه به این که گروه نمونه تنها از زنان تشکیل شده بود، یافته‌های این پژوهش تنها به زنان مبتلا به رفتارهای تکانشی که درصدد درمان برآمده‌اند قابل تعمیم است. به منظور بررسی دقیق‌تر اثر بخشی این رویکرد پیشنهاد می‌شود در پژوهش‌های آینده از طرح‌هایی با کنترل و جایگزینی تصادفی استفاده شود، زیرگروه‌های بیماران مد نظر قرار گیرند، اثربخشی این رویکرد با رویکردهای دیگر مقایسه شود، دوره طولانی‌تر پی‌گیری در نظر گرفته شود، اثر بخشی این رویکرد در مردان مبتلا به خشم‌های انفجاری نیز مطالعه گردد و هم‌چنین رفتاردرمانی دیالکتیک به عنوان یک روش مفید و کارآمد در مورد مشکلات ارتباطی به بیماران فاقد مهارت آموزش داده شود. با توجه به اثربخشی رفتاردرمانی دیالکتیک در بهبود عملکرد زنان تکانش‌گر،

11. Zamani N, Habibi M. Compare the influence of both dialectic and cognitive behavior therapies to maintain mothers' mental health whose children with special needs. *Journal of Research & Health Social Development & Health Promotion Research Center*. 2014.

12. Palmer S. *Suicide: Strategies and interventions for reduction and prevention*: Routledge; 2014.

13. Alilou MM, Sharifi M. *Dialectical behavior therapy for borderline personality disorder*. Tehran: Tehran University Press; 2012.

14. Spielberger CD, Barker LR, Russell SF, Crane RS, West berry LG, Knight J & Marks E. *The preliminary manual for the state-trait personality inventory*; 1985.

15. Gelder Michael G, Lopez Ibor J, Andreasen N. *Oxford textbook of psychiatry*. Oxford: Oxford University press; 2001.

16. Dickman S. Impulsivity and perception: individual differences in the processing of the local and global dimensions of stimuli. *Journal of Personality and Social Psychology*. 1985; 48(1):133-49.

17. Linehan M. *Cognitive-behavioral treatment of borderline personality disorder*: Guilford Press; 1993.

18. Linehan MM. *Skills training manual for treating borderline personality disorder*: Guilford Press; 1993.

19. Karbalaie MMA, Ahadi H, Sharifi H, Jazayeri S. Effects of dialectical behavior therapy with medical therapy vs. medical therapy alone in reducing suicidal thoughts in patients with major depressive disorder and recent history of attempted suicide. 2011; 4(16): 25-41.

20. Hawton K, Townsend E, Arensman E, Gunnell D, House A, Van Heeringen K. Psychosocial versus pharmacological treatments for deliberate self harm (Cochrane Review). *The Cochrane Database of Systematic Reviews*. 2000; 2:1764-5.

21. Katz LY, Cox BJ, Gunasekara S, Miller AL. Feasibility of dialectical behavior therapy for suicidal adolescent inpatients. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*. 2004; 43(3):276-82.

این راهبرد می‌تواند به عنوان بخشی از درمان بیماران تکانش‌گر به صورت یک برنامه‌دایم اجرا شود.

تشکر و قدردانی

نویسندگان مقاله از تمامی شرکت‌کنندگان در پژوهش و کلیه همکارانی که در جهت کاهش درد و رنج هیجانی قدم برمی‌دارند کمال سپاس‌گزاری را دارند.

منابع

1. Lambert KG. Rising rates of depression in today's society: Consideration of the roles of effort-based rewards and enhanced resilience in day-to-day functioning. *Neuroscience & Biobehavioral Reviews*. 2006; 30(4):497-510.

2. Sadock BJ, Sadock AV. *Synopsis of psychiatry behavior and science \clinical psychiatry*, 9ed. New York: Lippincott Williams and Wilkins; 2005.

3. Durkheim E. *Suicide, a Study in Sociology*. 1st ed. New York: Free Press. 1952. P. 14-7.

4. World Health Organization. *Suicide rates*. 2003. Available from: http://www.who.int/mental_health/prevention/suicide/suicideprevent/en/.

5. Kröger C, Schweiger U, Sipos V, Arnold R, Kahl KG, Schunert T, et al. Effectiveness of dialectical behaviour therapy for borderline personality disorder in an inpatient setting. *Behaviour Research and therapy*. 2006; 44(8):1211-7.

6. Anand K. Suicidal behavior: Assessment of people-at-risk. *Industrial Psychiatry Journal*. 2010; 19(2):142-65.

7. Zamani N, farhadi M, Jamilian HR. [The effectiveness of dialectical behavior group therapy on expulsive anger and impulsive behaviors]. *J Hamedan Islamic Azad Uni*. 2012; 5:123-7. [Persian]

8. Sadock BJ, Sadock AV. *Synopsis of psychiatry behavior and science \clinical psychiatry*, 9ed. New York: Lippincott Williams and Wilkins; 2005.

9. Evenden JL. Varieties of impulsivity. *Psychopharmacology*. 1999; 146(4):348-61.

10. Arce E, Requena CS. Impulsividad: una revisión. *Psicothema*. 2006; 18(2):213-20.

22. American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders: DSM-3. Washington DC; 2000.
23. Eysenck HJ. Behaviourism and clinical psychiatry. *International journal of social psychiatry*. 1985; 31: 163-9.
24. Ekhtiari H, Jangouk P, Jannati A, Sahraian M, Lotfi T. Time perception in multiple sclerosis: Evidences for behavioral shift. *ACTRIMS Greece*. 2005.[Persian]
25. Soler J, Pascual JC, Campins J, Barrachina J, Puigdemont D, Alvarez E, et al. Double-blind, placebo-controlled study of dialectical behavior therapy plus olanzapine for borderline personality disorder. *American Journal of Psychiatry*. 2005; 162:1221-4.
26. McKay M, Wood JC, Brantley J. *The dialectical behavior therapy skills workbook*. Oakland: New Harbinger. 2007.
27. Miller AL, Rathus JH, Linehan MM, Wetzler S, Leigh E. Dialectical behavior therapy adapted for suicidal adolescents. *Journal of Psychiatric Practice*®. 1997; 3(2):78.
28. Verheul R, van den Bosch LM, Koeter MW, De Ridder MA, Stijnen T, Van Den Brink W. Dialectical behaviour therapy for women with borderline personality disorder 12-month, randomised clinical trial in The Netherlands. *The British Journal of Psychiatry*. 2003; 182(2):135-40.
29. Kröger C, Schweiger U, Sipos V, Arnold R, Kahl KG, Schunert T, et al. Effectiveness of dialectical behaviour therapy for borderline personality disorder in an inpatient setting. *Behaviour Research and therapy*. 2006; 44(8):1211-7.
30. Vens LI, Spitzer RL. Treatment of borderline personality disorder with dialectical-behavior therapy:6-month follow-up. *American Journal of Psychiatry*. 2001; 158: 36-42.
31. Clarkin JF, Levy KN, Lenzenweger MF, Kernberg OF. Evaluating three treatments for borderline personality disorder: a multiwave study. *American Journal of Psychiatry*. 2007; 164(6):922-8.