

## Comparison of the Effectiveness of Impulse Control Training and Dialectical Behavior Therapy on Impulsivity in Adolescent Girls

Fatemeh Viyani<sup>1</sup> , Saeid Zamani<sup>2,\*</sup> , Narges Zamani<sup>3</sup> 

<sup>1</sup> Department of Educational Psychology, Payame Noor Kabudrahang University, Hamadan, Iran

<sup>2</sup> Department of Psychology, Hamadan Branch, Islamic Azad University, Hamadan, Iran

<sup>3</sup> Department of Psychology, Najafabad Branch, Islamic Azad University, Najafabad, Iran

\* **Corresponding Author:** Saeid Zamani, Department of Psychology, Hamadan Branch, Islamic Azad University, Hamadan, Iran. Email: n.zamani1367@yahoo.com

### Abstract

**Received:** 12/07/2021

**Accepted:** 27/07/2021

#### How to Cite this Article:

Viyani F, Zamani S, Zamani N. Comparison of the Effectiveness of Impulse Control Training and Dialectical Behavior Therapy on Impulsivity in Adolescent Girls. *Pajouhan Scientific Journal*. 2022; 20(2): 112-119. DOI: 10.61186/psj.20.2.112

**Background and Objectives:** The aim of this study was to determine the effectiveness of impulse control training and dialectical behavioral therapy on unplanned, motor and cognitive impulsivity in adolescent girls with disordered mood disorders.

**Materials and Methods:** The present study is a quasi experimental study with two experimental groups and one control group. The statistical population of the present study was girls with disordered mood disorder who were available in each group of 7 patients after diagnosis. Measurement tools included clinical interview based on DSM-5 and bart (1994) impulsivity scale. During this period, the control group did not receive any intervention. The results were analyzed using multivariate analysis of covariance.

**Results:** The results showed that there was a significant difference between the mean scores of the impulsivity subscales of the experimental group of impulse control and dialectical behavior therapy with the control group ( $P < 0.001$ ). There is a significant difference dialectically ( $P < 0.001$ ).

**Conclusions:** In the field of treatment and work with people who are in a state of crisis and impulsivity, impulse control and dialectical behavior therapy, considering its nature, seems to be very effective and promising.

**Keywords:** Impulse control; Dialectical behavioral therapy; Impulsivity; Disruptive mood disorder

# مقایسه‌ی اثربخشی آموزش کنترل تکانه و رفتاردرمانی دیالکتیک بر تکانشگری دختران نوجوان

فاطمه ویانی<sup>۱</sup> ID، سعید زمانی<sup>۲\*</sup> ID، نرگس زمانی<sup>۳</sup> ID

<sup>۱</sup> گروه روانشناسی تربیتی، دانشگاه پیام نور کبودراهنک، همدان، ایران

<sup>۲</sup> گروه روانشناسی، واحد همدان، دانشگاه آزاد اسلامی، همدان، ایران

<sup>۳</sup> گروه روانشناسی، واحد نجف آباد، دانشگاه آزاد اسلامی، نجف آباد، ایران

\* نویسنده مسئول: سعید زمانی، گروه روانشناسی، واحد همدان، دانشگاه آزاد اسلامی، همدان، ایران.

ایمیل: n.zamani1367@yahoo.com

## چکیده

تاریخ دریافت مقاله: ۱۴۰۰/۴/۲۱

تاریخ پذیرش مقاله: ۱۴۰۰/۵/۵

**سابقه و هدف:** هدف پژوهش، تعیین میزان اثربخشی آموزش کنترل تکانه و رفتاردرمانی دیالکتیک بر تکانشگری بی‌برنامگی، حرکتی و شناختی دختران نوجوان مبتلا به اختلال نامنظم خلقی اختلال گرانه بود.

**مواد و روش‌ها:** پژوهش حاضر، نیمه تجربی با دو گروه آزمایش و یک گروه شاهد می‌باشد. جامعه‌ی آماری شامل دختران مبتلا به اختلال نامنظم خلقی اختلال گرانه بود که بعد از تشخیص اختلال با روش نمونه‌گیری در دسترس در هر گروه، ۷ مراجعه‌کننده قرار داده شد. ابزار اندازه‌گیری شامل مصاحبه‌ی بالینی بر اساس DSM-5 و مقیاس تکانشگری بارت (BIS-11) بود. در حالی که در این مدت گروه شاهد هیچ مداخله‌ای را دریافت نکردند. نتایج با استفاده از تحلیل کواریانس چند متغیری تحلیل شد.

**یافته‌ها:** نتایج نشان داد که بین میانگین‌های نمرات خرده مقیاس‌های تکانشگری گروه آزمایشی، کنترل تکانه و رفتاردرمانی دیالکتیکی با گروه شاهد، تفاوت معنی‌داری وجود دارد ( $P < 0/001$ )، بین میانگین‌های نمرات خرده مقیاس‌های تکانشگری گروه آزمایشی کنترل تکانه و رفتاردرمانی دیالکتیکی، تفاوت معنی‌داری وجود دارد ( $P < 0/001$ ).

**نتیجه‌گیری:** در حوزه‌ی درمان و زمینه‌ی کار با افرادی که در حالت بحران و تکانشگری به سر می‌برند، کنترل تکانه و رفتاردرمانی دیالکتیکی با توجه به ماهیت آن، بسیار کارآ و نویدبخش به نظر می‌رسد.

**واژگان کلیدی:** کنترل تکانه، رفتاردرمانی دیالکتیک، تکانشگری، اختلال نامنظم خلقی اختلال گرانه

## مقدمه

تقریباً هر روز، وجود دارد و اطرافیان به آسانی متوجه آن می‌شوند [۴].

کودکان مبتلا به این اختلال، در نوجوانی و بزرگسالی معمولاً به اختلالات افسردگی یک قطبی یا اختلالات اضطرابی مبتلا می‌شوند [۵] در این اختلال سمپتوم‌های اصلی عبارتند از: تحریک‌پذیری شدید و غیر اپیزودیک، در حالی که مشخصه‌ی اصلی اختلال دو قطبی، سمپتوم‌های مانیک یا هیپومانیک اپیزودیک هستند.

در واقع، اصلاح نامنظم به ناتوانی در تنظیم مود و خلق و همچنین، به اپیزودیک نبودن تحریک‌پذیری اشاره دارد [۶]. شیوع این اختلال در کودکانی که به کلینیک‌های بهداشت روانی مراجعه می‌کنند، بسیار زیاد است و تخمین درباره‌ی شیوع آن در جامعه واضح نیست [۱].

درمان این اختلال باید مطابق با شرایط درمان‌جو باشد که

اختلال نامنظمی خلقی اختلال گرانه یک اختلال جدید در متن پنجم کتابچه‌ی تشخیصی و آماری اختلالات روانی است [۱]. ویژگی اصلی این اختلال عبارت است از تحریک‌پذیری دایمی و شدید که به دو شیوه نشان داده می‌شود، فرد به دفعات از خشم منجر می‌شود و این انفجارهای خشم، معمولاً در واکنش به ناکامی روی می‌دهند و می‌توانند کلامی یا رفتاری باشند (انفجار خشم رفتاری به صورت پرخاشگری نسبت به خود، دیگران، یا اشیاء و لوازم خود یا دیگران). این انفجارهای خشم باید فراوان باشند (حداقل ۳ بار در هفته)، حداقل ۱ سال ادامه داشته باشند، در حداقل ۲ محیط از ۳ محیط (خانه، مدرسه و اجتماع) حضور داشته باشند و با سن تطابق ندارد [۲].

تحریک‌پذیری همیشگی و شدید، ویژگی اصلی این اختلال است [۳]. در فاصله‌ی انفجارهای شدید خشم، فرد به طور دائم تحریک‌پذیر یا عصبانی است و این حالت اکثر ساعات روز،

عاطفی و تحریک‌پذیری آن‌ها بهتر از گروه درمانگری استاندارد بود [۱۷].

در مجموع با توجه به تأثیر منفی اختلالات تکانشی بر جنبه‌های مختلف زندگی افراد، انجام تحقیقات بسیار اندک در مورد رفتارهای مخاطره‌آمیز نوجوانان، فقدان پژوهش در مورد اثربخشی آموزش کنترل تکانه و رفتار درمانی دیالکتیک بر این اختلالات در زمینه‌های مختلف زندگی انسان، استفاده از نتایج این پژوهش در محیط‌های درمانی و مشاوره‌ها و فراهم‌سازی زمینه‌ای برای تحقیقات بعدی، از دلایل انجام این پژوهش بود. این پژوهش درصدد پاسخگویی به این سؤال است که آیا روش آموزشی کنترل تکانه و رفتار درمانی دیالکتیک در بهبود رفتارهای تکانشی نوجوانان مبتلا به اختلال نامنظمی خلقی اختلال گرانه مؤثر است؟ که با هدف تعیین میزان اثربخشی آموزش کنترل تکانه و رفتار درمانی دیالکتیک بر تکانشگری بی‌برنامگی، حرکتی و شناختی دختران نوجوان مبتلا به اختلال نامنظم خلقی اختلال گرانه انجام شد.

### مواد و روش‌ها

روش پژوهش از نوع شبه آزمایشی بود. گروه‌های آزمایش تحت آموزش کنترل تکانه و رفتار درمانی دیالکتیک قرار گرفتند و به گروه شاهد آموزشی داده نشد. جامعه‌ی آماری شامل کلیه‌ی نوجوانان دختر ۱۲-۱۶ سال همدان بود که به اختلال نامنظم خلقی اختلال گرانه مبتلا بودند و رفتارهای تکانشی مخرب داشتند و به مراکز مشاوره مراجعه کرده بودند. با توجه به این‌که Linehan و همکاران [۱۸] در گروه درمانی از گروه‌های ۷ تا ۹ نفره استفاده می‌کردند، بر همین اساس در این پژوهش نیز به صورت تصادفی از میان بیماران تماس گیرنده‌ی مشاوره تلفنی، ۲۴ نفر انتخاب شدند که رفتارهای مخاطره‌آمیز تکانشی داشتند و توسط روانشناس بالینی از طریق مصاحبه بر مبنای آسیب‌شناسی ویرایش پنجم اختلال نامنظم خلقی اختلال گرانه را دریافت کرده بودند. این بیماران به صورت تصادفی به سه گروه ۸ نفری، دو گروه آزمایش (آموزش کنترل تکانه و رفتار درمانی دیالکتیکی) و گروه شاهد تقسیم شدند. در نهایت با توجه به ریزش نمونه، هر گروه به ۷ نفر تقلیل یافت. بیماران دارای اختلال‌هایی مانند دوقطبی، شخصیت مرزی و اختلالات سازگاری، حذف شدند. همچنین متغیرهایی مانند سن و جنس کنترل شد.

ابزارهای پژوهش عبارت بودند از: ۱- مصاحبه‌ی بالینی بر مبنای DSM-5، ۲- مقیاس تکانشگری بارت (BIS-11)، ۳- آموزش کنترل تکانه و ۳- آموزش رفتار درمانی دیالکتیک.

۱- مصاحبه‌ی بالینی بر مبنای راهنمای تشخیصی و آماری اختلال‌های روانی: مصاحبه‌ی تشخیصی ساختاریافته از مجموعه‌ی معیارهای تشخیصی اختلال نامنظمی خلقی

به صورت فردی یا گروهی اجرا گردد، آموزش کنترل تکانه که نوعی از مداخلات شناختی رفتاری است، با توجه به ماهیت آن می‌تواند در درمان این اختلال مؤثر واقع شود. این درمان، مداخله‌ای است که توسط Sperry، با هدف شناسایی انگیزه‌های تکانه‌ای، به تأخیر انداختن آن‌ها و در نهایت کاهش تمایلات شدید و غیر ارادی برای عمل به وجود آمد [۷]. Goldstein و همکار بر این باورند که بی‌ثبات بودن مکرر، نتیجه‌ی رفتار کنترل تکانه‌ای ضعیف است [۸]. پژوهش‌های انجام شده در زمینه‌ی تأثیر این درمان بر اختلالات خلقی نشان داد، که این درمان بر اختلالات خلقی مؤثر است [۹] همچنین مداخله‌های شناختی رفتاری بر افکار و شناخت و باورها تأثیر دارد و باعث افزایش آن می‌شود [۷، ۱۰]. پژوهش‌های دیگر نشان دادند که آموزش خودکنترلی سبب افزایش خودکارآمدی رفتاری، رفتار هیجانی می‌شود [۱۱].

اثربخشی این الگوی درمانی بر رفتارهای مخاطره‌آمیز خشم، مسائل ارتباطی مؤثر و همواره موفقیت‌آمیز بوده است [۱۲] و پژوهش‌های Sperry [۷] Newman و همکاران [۱۳]، Linehan و همکاران [۱۴]، اثربخشی آموزش کنترل تکانه در کاهش رفتارهای ناگهانی و اختلالات خلقی و تکانشی را نشان دادند.

از سوی دیگر از میان درمان‌های مؤثر بر رفتارهای مخاطره‌آمیز، رفتار درمانی دیالکتیک است که یکی از رویکردهای درمانی نوین مبتنی بر رویکرد شناختی رفتاری است که در ابتدا توسط Linehan ابداع گردیده است [۱۵]. در واقع، رفتار درمانی دیالکتیک رویکردی است که پذیرش و همدلی مراجع‌محور را با حل مسأله‌ی رفتاری شناختی و آموزش مهارت‌های اجتماعی ترکیب می‌کند که از چهار نوع مداخله تشکیل شده است: جلسات درمانی ساختاریافته‌ی گروهی (برای مهارت‌آموزی)، جلسات انفرادی، تماس‌ها یا مشاوره‌های تلفنی با درمانگر و جلسات تیم متخصصان به منظور حمایت از درمانگران رفتار درمانی دیالکتیک [۱۵].

نتایج مطالعات نشان‌دهنده‌ی اثربخشی این الگوی درمانی است. پژوهش Soler و همکاران، نشان دادند، افرادی که در گروه مهارت‌آموزی رفتار درمانی دیالکتیکی قرار داشتند در مقایسه با گروه درمانگری، کمتر درمان را ترک کردند و همچنین بهبود تعدادی از مسائل خلقی و هیجانی نظیر افسردگی، اضطراب، خشم، بی‌ثباتی عاطفی و تحریک‌پذیری آن‌ها بهتر از گروه درمانگری استاندارد بود [۱۶].

Linehan این روش درمان را مختص بیماران معرفی کرد که اختلال آن‌ها در سطح شدید می‌باشد (رفتارهای خودکشی، دیگر کشی، رفتارهای تهدیدکننده‌ی زندگی مانند رانندگی‌های پرخطر، پرخوری و بیماران تکانشی و افرادی که الگوهای غیرقابل کنترل دارند) [۱۵]. همچنین بهبود تعدادی از مسائل خلقی و هیجانی نظیر افسردگی، اضطراب، خشم، بی‌ثباتی

اخلال‌گرانه [۱] تشکیل شده است که هدف آن‌ها، ارزیابی آن دسته از الگوهای رفتاری، افکار و احساسات مراجعان است که به نوعی با تشخیص اختلال آن‌ها ارتباط دارد.

۲- مقیاس تکانشگری بارت (BIS-11): این پرسش‌نامه، ابزار مناسبی برای سنجش انواع رفتارهای تکانشی می‌باشد. نسخه‌ی یازدهم این پرسش‌نامه توسط Barratt و همکاران در سال ۱۹۹۷ ساخته شد [۱۹]. این پرسش‌نامه دارای ۳۰ پرسش چهار گزینه‌ای می‌باشد، که سه عامل تکانشگری شناختی (شامل گرفتن تصمیم‌های شناختی)، تکانشگری حرکتی (شامل عمل کردن بدون فکر) و بی‌برنامگی (به صورت جهت‌یابی آنی یا فقدان آینده‌نگری مشخص می‌شود) را ارزیابی می‌کند. ساختار پرسش‌های گردآوری شده، نشان‌دهنده‌ی ابعادی از تصمیم‌گیری شتاب‌زده و فقدان دوراندیشی است و بالاترین نمره‌ی آن ۱۲۰ می‌باشد. این پرسش‌نامه همبستگی مثبت و معنی‌داری با پرسش‌نامه‌ی تکانشگری Eysenck دارد که این امر نشان‌دهنده‌ی روایی ملاکی است. ترجمه‌ی فارسی مقیاس تکانشگری Barratt توسط اختیاری و همکاران در سال ۱۳۸۷ صورت گرفت که از نظر روایی و پایایی در حد مطلوبی بود. میزان پایایی به دست آمده در این بررسی (۰/۸۳) است که از یافته‌های گزارش شده توسط Barratt و همکاران در نسخه‌ی انگلیسی حدود (۰/۸۱) و نسخه‌های دیگر مانند نسخه‌ی ایتالیایی (۰/۷۹) بهتر بوده است. ضریب آلفای کرونباخ بین ۰/۴۰ تا ۰/۸۳ به دست آمد [۲۰]. ضریب آلفای کرونباخ پژوهش حاضر نیز ۰/۷۲ برآورده شده است.

۳- آموزش کنترل تکانه: مداخله‌ای است که هدف آن شناسایی انگیزه‌های تکانه‌ای، به تأخیر انداختن آن‌ها و در نهایت کاهش تمایلات شدید و غیر ارادی برای عمل است [۷]. روش درمان مبتنی بر الگوی کنترل تکانه بر اساس پروتکل درمان Sperry [۷] بود که در ۸ جلسه به صورت گروهی آموزش داده شد. جلسه‌ی اول (معارفه و تشخیص موقعیت کلی؛ این جلسه با هدف آشنایی مراجعین با پژوهشگر و فراهم کردن زمینه‌ی درک و تفاهم متقابل و بیان انتظارات پژوهشگر) انجام شد. در جلسه‌ی دوم، ارزیابی و شناخت افکار و احساسات که منجر به رفتارهای تکانه‌ای و خودتخریبی می‌شود، آموزش داده شد. جلسه‌ی سوم به آموزش افکار و احساسات و توضیح و شناساندن پاسخ‌های مقابله‌ای که درونی و یا بیرونی هستند پرداخته شد. در این مرحله تمام افکار و احساساتی که منجر به ناسازگاری در آن‌ها می‌شوند را یادداشت می‌کنند. در جلسه‌ی چهارم (به تأخیر انداختن و مقابله با پاسخ‌های تکانه‌ای؛ در این جلسه آموزش داده شد تا با پاسخ‌هایی که منجر به رفتارهای تکانه‌ای می‌شود، مقابله کنند). در جلسه‌ی پنجم، با کمک تمرین و بازخورد، کمک شد تا کنترل رفتارهای تکانه‌ای خود را تمرین کنند و بازخوردهایی را تهیه نمایند تا به یک سطح

منطقی از تسلط و کنترل بر خود برسند. در جلسه‌ی ششم، آگاهی درمانگر از انگیزه‌های مبنی بر انجام رفتارهای تکانه‌ای بود. اگر انگیزه‌ی رفتارهای خودتخریبی مشخص شود، ممکن است که روش‌های کم‌خطرتری را جایگزین رفتارهای سابق خود سازد و بسیار احتمال دارد که رفتارهای جایگزین سازگارانه نیز باشد. در جلسه‌ی هفتم، تثبیت می‌باشد؛ در این مرحله موقعیت‌های واقعی که دانش‌آموز با آن‌ها مواجه بوده است، در کلاس مطرح و تشریح گردید. همچنین در این مرحله، از شیوه‌ی پس‌خوراند گروهی و تقویت استفاده گردید و از دانش‌آموزان خواسته شد که به تعمیم الگوی کنترل تکانه در تمام مراحل زندگی بپردازند و در جلسه‌ی آخر، جمع‌بندی و تمرین آموزش‌ها و پس‌آزمون بود.

۴- رفتاردرمانی دیالکتیکی یکی از رویکردهای درمانی نوین است که مبتنی بر رویکرد شناختی رفتاری است که در ابتدا توسط Linehan برای درمان اختلال شخصیت مرزی ابداع گردید. در واقع، رفتاردرمانی دیالکتیک، رویکردی است که پذیرش و همدلی مراجع محور را با حل مسأله‌ی رفتاری شناختی و آموزش مهارت‌های اجتماعی ترکیب می‌کند [۱۵].

این درمان به عنوان یک درمان حمایتگرانه، مستلزم یک ارتباط مشترک و قوی میان درمانجو و درمانگر می‌باشد که شامل سه شیوه‌ی درمانی است که عبارتند از: جلسات انفرادی، مهارت‌آموزی گروهی، تماس تلفنی با درمانگر در خارج از جلسات درمانی. در درمان انفرادی، درمان‌جویان، جلسات انفرادی را یک بار در هفته دریافت می‌کنند. جلسات روان‌درمانگری هفتگی، با کاوش یک رویداد یا رفتار مشکل‌آفرین یعنی با زنجیره‌ای از رویدادها از هفته‌ی قبل، شروع و با بررسی راه‌حل‌های پیشنهادی که به کار رفته‌اند و عواملی که درمانجو را در استفاده از راه‌حل‌های سازگارانه‌تر با مشکل روبه‌رو ساخته‌اند، ختم می‌شود. در طی جلسات و بین آن، درمانگر، فعالانه رفتارهای سازگارانه را آموزش می‌دهد و تقویت می‌کند [۲۱]. تأکید بر آموزش دادن به بیماران در این مورد است که چگونه می‌توان آسیب‌های هیجانی را کنترل کرد نه این که آن‌ها را کاهش داد یا آن‌ها را از بحران خارج کرد [۲۱، ۲۲]. از آنجایی که این روش درمانی برای بیماران تکانشگر اجر

اشد و ضمن این‌که این افراد دست به گریبان هیجان‌های آشفته‌ساز و دردسرسازی بودند که تأثیر مخرب آسیب‌های ناگوار و غفلت‌های دوران کودکی و افراد دچار درد و رنج هیجانی بودند، درمان با مهارت مبتنی بر پذیرش (مهارت‌های تحمل‌پیشانی) را آغاز کردیم و سپس تحت آموزش مهارت مبتنی بر تغییر (مهارت‌های تنظیم هیجانی) قرار گرفتند. این درمان بر مبنای کار McKay و همکاران [۲۳] که بر اساس کتاب مهارت‌آموزی Linehan [۱۵] برنامه‌ریزی شده، اجرا گردید و برای هر مهارت، ۴ جلسه‌ی گروهی تشکیل شد. در

۷ نوجوان مبتلا به رفتارهای تکانشی بود. دامنه‌ی سنی افراد شرکت‌کننده در این آزمایش بین ۱۳ الی ۱۷ سال بود و میانگین سنی گروه آزمایش کنترل تکانه ( $14/73 \pm 1/87$ )، رفتار درمانی دیالکتیک ( $14/09 \pm 1/41$ ) و گروه شاهد ( $15/19 \pm 2/37$ ) بود که بر اساس آزمون t اختلاف معنی‌داری بین دو گروه آزمایشی و شاهد از لحاظ میانگین سنی وجود نداشت.

جهت بررسی همگنی دو گروه آزمایش و یک گروه شاهد، گمارش و انتخاب تصادفی سه گروه از لحاظ متغیر تکانشگری در مرحله‌ی پیش‌آزمون، از تحلیل واریانس چند متغیره (MANOVA) استفاده شد. نتایج جدول ۱ نشان داد که بین دو گروه آزمایش و یک گروه شاهد از لحاظ تفاوت در سطح اولیه و مبنای مقایسه در مرحله‌ی پیش‌آزمون تفاوتی بر اساس متغیرهای تکانشگری شناختی، تکانشگری حرکتی و بی‌برنامگی وجود نداشته است. برقراری این مفروضه، نشانگر همگنی سه گروه از نظر متغیر وابسته تکانشگری در مرحله‌ی پیش‌آزمون است.

از آزمون تحلیل کوواریانس عاملی جهت بررسی تفاوت بین بیماران گروه‌های آزمایشی و شاهد از نظر میزان رفتارهای مخاطره‌آمیز در خرده مقیاس‌های تکانشگری شناختی، حرکتی و بی‌برنامگی استفاده شد. نتایج آزمون MANOVA حاکی از آن بود که مفروضه‌ی همگنی ماتریس واریانس-کوواریانس تأیید شد. نتایج آزمون Levene برای بررسی مفروضه همگنی واریانس گروه‌ها نشان داد که در هر سه خرده مقیاس تکانشگری شناختی، تکانشگری حرکتی و بی‌برنامگی گروه‌های شاهد و آزمایش از نظر واریانس، همگن هستند.

نتایج تحلیل کوواریانس با بررسی اثر گروه در هر یک از خرده مقیاس‌ها با کنترل اثر پیش‌آزمون به عنوان عامل هم‌پراش روی پس‌آزمون حاکی از آن بود که میزان تکانشگری گروه‌های آزمایش بعد از شرکت در دوره‌ی گروه درمانی نسبت به گروه شاهد، کاهش معنی‌داری به لحاظ آماری در خرده مقیاس‌های تکانشگری نشان دادند (جدول ۲).

۴ جلسه‌ی اول، مهارت‌های بنیادین تحمل آشفتگی و توجه برگردانی شامل (پذیرش بنیادین، توجه برگردانی، تدوین برنامه‌ی توجه برگردانی، خودآرامش بخشی و تدوین طرح آرمیدگی) و مهارت‌های پیشرفته‌ی تحمل آشفتگی شامل (تصویرسازی از مکان امن، کشف ارزش‌ها، شناسایی قدرت برتر، زندگی در زمان حال، استفاده از افکار مقابله‌ای خودتشویق‌گرایانه، خودگویی‌های تأییدگرانه و تدوین راهبردهای مقابله‌ای) و در جلسات ۵-۸ مهارت‌های بنیادین و پیشرفته‌ی نظم‌بخشی هیجانی شامل (شناسایی هیجان‌ها، چگونگی عمل هیجان‌ها، غلبه بر موانع هیجان‌های سالم، کاهش آسیب‌پذیری در برابر هیجان‌های آشفته‌ساز، مشاهده خویشتن، کاهش آسیب‌پذیری شناختی، افزایش هیجان‌های مثبت و رویارویی با هیجان‌ها، عمل کردن برخلاف امیال شدید هیجانی و حل مسأله) طبق پروتکل درمان آموزش داده شد. به علاوه در هر جلسه، تکالیفی با توجه به توانایی آن‌ها داده شد تا مهارت‌های آموخته شده را مورد تکرار و تمرین در زندگی خود قرار دهند.

پژوهش حاضر از نوع طرح‌های اندازه‌گیری پیش‌آزمون پس‌آزمون می‌باشد. برای تجزیه و تحلیل داده‌ها از آزمون تحلیل واریانس یک راهه (ANOVA) و آزمون تعقیبی Tukey استفاده شد.

از آنجایی که هر آزمودنی در دو مرحله (پیش از آموزش و پس از آموزش) نمره دارند، برای تحلیل داده‌ها از تحلیل کوواریانس عاملی (MANCOVA) با یک متغیر مستقل عضویت گروهی (گروه آزمایشی و شاهد) و متغیر کمکی پیش‌آزمون و متغیر وابسته‌ی پس‌آزمون خرده مقیاس‌های تکانشگری استفاده شده است.

## یافته‌ها

یافته‌های این پژوهش در مورد ۲۱ نفر در دو گروه آزمایش و یک گروه شاهد اجرا گردید، هر یک از گروه‌ها شامل

جدول ۱: آماره‌های توصیفی در مقیاس تکانشگری در مراحل پیش‌آزمون و پس‌آزمون

| گروه              | خرده مقیاس      | میانگین پیش‌آزمون $\pm$ | میانگین پس‌آزمون $\pm$ | میانگین تعدیل شده | خطای استاندارد |
|-------------------|-----------------|-------------------------|------------------------|-------------------|----------------|
| آموزش کنترل تکانه | تکانشگری شناختی | $28/31 \pm 2/46$        | $19/11 \pm 1/11$       | $23/71$           | $0/39$         |
|                   | تکانشگری حرکتی  | $34/67 \pm 2/64$        | $21/94 \pm 2/17$       | $28/30$           | $0/37$         |
|                   | بی‌برنامگی      | $33/16 \pm 2/73$        | $23/07 \pm 1/34$       | $28/11$           | $0/38$         |
| گروه آزمایشی      | تکانشگری شناختی | $30/73 \pm 2/98$        | $21/52 \pm 2/17$       | $26/12$           | $0/36$         |
| رفتار درمانی      | تکانشگری حرکتی  | $29/64 \pm 2/74$        | $20/73 \pm 1/04$       | $25/18$           | $0/38$         |
| دیالکتیک          | بی‌برنامگی      | $32/19 \pm 2/15$        | $23/75 \pm 1/67$       | $27/97$           | $0/35$         |
| گروه شاهد         | تکانشگری شناختی | $33/46 \pm 2/94$        | $33/45 \pm 2/23$       | $33/45$           | $0/39$         |
|                   | تکانشگری حرکتی  | $30/61 \pm 2/68$        | $29/67 \pm 1/31$       | $30/14$           | $0/40$         |
|                   | بی‌برنامگی      | $28/19 \pm 2/36$        | $28/37 \pm 1/94$       | $28/28$           | $0/38$         |

جدول ۲: نتایج آزمون تحلیل کوواریانس چند متغیره برای مقایسه‌ی گروه‌های آزمایشی و شاهد در تکانشگری

| خرده مقیاس      | درجه آزادی | F      | سطح معنی‌داری | مجدور ضریب ای‌تا |
|-----------------|------------|--------|---------------|------------------|
| تکانشگری شناختی | ۲-۱۵       | ۰/۲۴۹  | ۰/۰۰۱         | ۰/۹۱             |
| تکانشگری حرکتی  | ۲-۱۵       | ۱۷۶/۷۳ | ۰/۰۰۱         | ۰/۷۳             |
| بی‌برنامگی      | ۲-۱۵       | ۱۹۸/۸۴ | ۰/۰۰۱         | ۰/۸۶             |

## بحث

این پژوهش با هدف، تعیین میزان اثربخشی آموزش کنترل تکانه و رفتاردرمانی دیالکتیک بر تکانشگری بی‌برنامگی، حرکتی و شناختی دختران نوجوان مبتلا به اختلال نامنظم خلقی اخلاص گرانه در قالب طرح نیمه تجربی با دو گروه آزمایش و یک گروه شاهد انجام شد. جامعه‌ی آماری پژوهش شامل دختران مبتلا به اختلال نامنظم خلقی اخلاص گرانه بودند که بعد از تشخیص اختلال، با روش نمونه‌گیری در دسترس در هر گروه، ۷ مراجعه کننده قرار داده شد. ابزار اندازه‌گیری شامل مصاحبه بالینی بر اساس DSM-5 و مقیاس تکانشگری Barratt (۱۹۹۷) بود و نتایج با استفاده از تحلیل کوواریانس چند متغیره تحلیل شد.

نمرات پیش‌آزمون و پس‌آزمون بیماران به وضوح کاهش در خرده تکانشگری را بعد از اجرای آموزش کنترل تکانه در مقایسه با گروه شاهد نشان داد که نشان‌دهنده‌ی اثربخشی این درمان بوده است.

طبق اصول این فن درمانی که نوعی از مداخلات شناختی رفتاری است [۷] بهوشیار کردن فرد در افکار، احساس و رفتار است که برای کاهش رنج هیجانی ناشی از مشکلات زندگی که فراتر از توان مقابله‌ای فرد می‌باشد تشکیل شده و فرد را از مسیر طبیعی زندگی بازمی‌دارد و از آنجایی که اختلالات خلقی از وضعیتی شروع می‌شود که در آن تغییرات بسیار بزرگی در زندگی انسان اتفاق می‌افتد [۲۴]، فرد در زندگی روزمره‌ی خود درگیر افکار و احساسات بلندمدت و غیرطبیعی خود می‌شود که به واکنش‌های مشکل‌ساز دامن می‌زند و اطرافیان را سخت درگیر می‌کند.

در این درمان، متخصصان بالینی مهارت‌های شناخت افکار و احساسات، پاسخ‌های مقابله‌ای درونی و یا بیرونی، افکار و احساساتی ناسازگار، مهارت‌های به تأخیر انداختن و مقابله با پاسخ‌های ناگهانی، رساندن افراد به سطح منطقی از تسلط و کنترل را همراه با همدلی و درک کردن و متوازن کردن گروه، آموزش می‌دهند و به افراد مهارت‌های حل مسأله که از مهم‌ترین مهارت‌های مداخلات شناختی- رفتاری است را آموزش داده و از درمانجو خواسته می‌شود راه‌حل‌های مختلف رسیدن به بهترین راه‌حل را قبل از واکنش ناگهانی یادآور شود. در واقع درمانجو، فاقد مهارت‌های لازم و ضروری برای واکنش نشان دادن به شیوه‌ای خلاق‌تر است. این یکی از دلایلی است که کنترل تکانه در کاهش اختلالات هیجانی در این پژوهش

ثمربخش بوده است، در راستای این نتیجه می‌توان از پژوهش‌های Sperry [۷]، Newman و همکاران [۱۳]، Moeller و همکاران [۱۴] نام برد که در زمینه‌ی اثربخشی آموزش کنترل تکانه بر رفتارهای ناگهانی و اختلالات خلقی و تکانشی و اختلالات دیگر انجام داده‌اند.

Goldstein و همکار [۸] و Poushaneha و همکاران [۹] نیز در پژوهشی، اثربخشی آموزش کنترل تکانه را در رفتارهای بی‌ثبات و تکانه‌های ناگهانی نشان دادند که این تأثیر در دوره‌ی پیگیری نیز حفظ شده است. پژوهش‌های Nijmei و همکاران [۱۰]، Ramsay و Rostain [۱۱] و Biderman و همکاران [۱۲]، تأثیر این درمان را بر باورهای افرادی که رفتارهای ناگهانی و مخاطره‌آمیز دارند، نشان داد.

نمرات پیش‌آزمون و پس‌آزمون بیماران گروه رفتاردرمانی دیالکتیک در خرده تکانشگری در مقایسه با گروه شاهد، نشانگر اثربخشی این درمان بوده است. رفتاردرمانگری دیالکتیکی در حقیقت تغییر و اصلاح درمانگری رفتاری شناختی است و در افرادی استفاده می‌شود که با هیجانات خارج از کنترل و همچنین مسائل خلقی و هیجانی نظیر افسردگی، اضطراب، خشم، بی‌ثباتی عاطفی و تحریک‌پذیری، دست و پنجه نرم می‌کنند. بنابراین از متخصصین بالینی خواسته می‌شود تا به درمانجو در درک رفتارهای مختل‌کننده به عنوان رفتار اکتسابی برای حل مشکل، کمک کنند زیرا درمانجو فاقد مهارت‌های لازم و ضروری برای واکنش نشان دادن به شیوه‌ای خلاق‌تر است [۲۵]. این یکی از دلایلی است که رفتاردرمانگری دیالکتیکی در کاهش هیجانی [۲۶] (هیجان منفی خشم و خشم‌های انفجاری و تکانه و رفتارهای تکانشی) ثمربخش بوده است.

نتایج این پژوهش با پژوهش‌های Soler و همکاران [۲۵]، McQuillan و همکاران [۲۶]، Miller و همکاران [۲۷] و van den Bosch و همکاران [۲۸] مبنی بر این که رفتاردرمانی دیالکتیکی در کاهش رفتارهای تکانشی مؤثر است، همخوانی داشت با این تفاوت که این پژوهش‌ها در بیماران مرزی صورت گرفته است و تکانشگری یکی از ویژگی‌های بارز و همچنین از نشانه‌های تشخیص در این اختلال است. نوآوری این پژوهش، اثربخشی این درمان در افراد غیرمرزی بود که در مقایسه با افراد مرزی از درد هیجانی بیشتری نسبت به رنج هیجانی، احساس ناتوانی می‌کردند.

چنین پژوهشی نه تنها در ایران بلکه در دنیا بر روی این



IR.IAU.NAJAFABAD.REC.1398.075 به ثبت رشیده است. از تمامی مادرانی که ما را در انجام این پژوهش یاری کردند کمال قدردانی و تشکر را داریم.

### تضاد منافع

نویسندگان مقاله تعارض منافع ندارند.

### ملاحظات اخلاقی

در این پژوهش معیارهای اخلاقی شامل اصل احترام و رازداری، جلوگیری از افشای اطلاعات به دست آمده، آزمودنی‌ها با نام واقعی، اختیار و آزادی آزمودنی‌ها جهت شرکت و یا ترک آموزش، اخذ رضایت‌نامه‌ی کتبی از آزمودنی‌ها، رعایت شده است.

### حمایت مالی

این پژوهش با هزینه‌ی شخصی اجرا شده و از حمایت مالی سازمان یا نهاد خاصی برخوردار نبوده است.

گروه صورت نگرفته است. از ویژگی ممتاز این پژوهش، انتخاب گروه نمونه‌ای است که کمتر روی این گروه مطالعه‌ای انجام شده و از سایر ویژگی‌ها در این گروه، درمان گروهی بود.

این پژوهش مانند سایر پژوهش‌ها دچار محدودیت‌هایی است که از جمله‌ی آن می‌توان به گروه سنی اشاره کرد. این مطالعه در گروه نوجوانان انجام شد که این گروه سنی، دارای اختلال نامنظم خلقی اخلاقی گرانه هستند بنابراین پیشنهاد می‌گردد در سایر گروه‌های سنی نیز پژوهش تکرار شود.

### نتیجه‌گیری

این پژوهش نشان داد که آموزش کنترل تکانه و رفتار درمانی دیالکتیک بر رفتارهای مخاطره‌آمیز رفتارهای تکانشی مؤثر است و با توجه به اثربخشی این دو روش درمانی در بهبود رفتارهای مخاطره‌آمیز آزمودنی‌ها، این راهبرد می‌تواند به عنوان بخشی از درمان بیماران به صورت یک برنامه‌ی دائم اجرا شود.

### تشکر و قدردانی

این پژوهش با شناسه‌ی اخلاق

## REFERENCES

- American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders (Dsm-5). 5<sup>th</sup> ed. Washington, DC: APA; 2013.
- Sadock BJ, Sadock VA, Ruiz R. Kaplan and Sadock's comprehensive textbook of psychiatry. 10<sup>th</sup> ed. Philadelphia, PA: Lippincott Williams and Wilkins; 2017.
- American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders and statistical manual of mental disorders (DSM-IV). 4<sup>th</sup> ed. Washington, DC: APA; 2000.
- Ganji M. Abnormal psychology based on DSM-5. Tehran, Iran: Savalane Pub; 2013. [Persian].
- Kring AM, Johnson SL, Davison GC, Neale JM. Abnormal psychology, 12<sup>th</sup> ed. New Jersey, US: John Wiley and Sons; 2021.
- Whitbourne SK, Halgin R. Abnormal psychology: Clinical perspective on psychological disorders. 7<sup>th</sup> ed. New York, NY: McGraw-Hill Humanities; 2019.
- Sperry L. Cognitive behavior therapy of DSM-IV disorder. London, UK: Routledge; 2016.
- Goldstein S, Goldstein M. Managing attention deficit hyperactivity disorder in children: A Guide for practitioner. 2<sup>nd</sup> ed. New York, NY: Wiley; 1998.
- Poushancha K, Ghobari Bonab B, Hasanazadeh Namin F. Effect of training impulse control on increase attention of children with attention-deficit/hyperactivity disorder. Procedia Soc Behav Sci. 2020;5:983-7.
- Nijmei JS, Minderaa RB, Buitelaar JK, Mulligan A, Hartman CA, Hoekstra PJ. Attention-deficit/hyperactivity disorder and social dysfunctioning. Clin Psychol Rev. 2018;28(4):692-708.
- Ramsay JR, Rostain AL. Psychosocial treatments for attention-deficit /hyperactivity disorder in adults: Current education and future direction. Prof Psychol Res Pr. 2017;38(4):338-46.
- Bideman G, Mouteauxm M, Mick E. Young adult outcome of attention deficit /hyperactivity disorder: Finding in non referred subjects. Psychological Medicine. 2006; 36(2):167-79. [DOI: [10.1017/S0033291705006410](https://doi.org/10.1017/S0033291705006410)]
- Newman JP, Widom CS, Nathan S. Passive avoidance in syndromes of disinhibition: Psychopathy and extraversion. J Pers Soc Psychol. 1985;48(9):1316-27.
- Moeller FG, Barratt ES, Dougherty DM, Schmitz JM, Swann AC. Psychiatric aspects impulsivity. Am J Psychiatry. 2020;158(11):1783-93.
- Linehan M. Cognitive-behavior treatment of borderline personality disorder. 1<sup>st</sup> ed. New York, NY: The Guilford Press; 1993(A).
- Soler J, Pascual JC, Tiana T, Cebrià A, Barrachina J, Campins MJ, et al. Dialectical behavior therapy skills training compared to standard group therapy in borderline personality disorder. Behav Res Ther. 2009;47:353-8.
- Lynch TR, Cheavens JS, Cukrowicz KC, Thorp SR, Bronner L, Beyer J. Treatment of older adults with comorbid personality disorder and depression: A dialectical behavior therapy approach. Int J Geriatr Psychiatry. 2017;22(2):131-43.
- Linehan M, Dimeff L, Rizvi SL, Brown M. Dialectical behavior therapy for substance abuse: A pilot application to methamphetamine dependent woman with borderline personality disorder. Cogn Behav Pract. 2017;7(4):457-68.
- Barratt ES, Stanford MS, Kent TA, Felthous A. Neuropsychological and cognitive psychophysiology substrates of impulsive aggression. Biol Psychiatry. 1997;41(10):1045-61.
- Ekhtiari H, Rezvanfard M, Mokri A. Impulsivity and its different assessment tools: A review of view points and conducted researches. IJPCP. 2018;14(3):247-57. [Persian].
- Zamani N, Habibi M, Darvishi M. To compare the effectiveness dialectical behavior therapy and cognitive-behavioral group therapy in reducing depression in mothers of children with disabilities. J Arak Uni Med Sci. 2015;18(1):32-42. [Persian].
- Zamani N, Farhadi M, Jamilian HR, Habibi M. Effectiveness of group dialectical behavior therapy (based on core distress tolerance and emotion regulation components) on expulsive anger and impulsive behaviors. J Arak Uni Med Sci. 2015;17(11):53-61. [Persian].
- Mckay M, Wood J, Brantley JC. The Dialectical Behavior therapy skills workbook: Practical DBT exercises for learning mindfulness, interpersonal effectiveness, emotion regulation & ... (A new harbinger self-help workbook). 1<sup>st</sup> ed. California, CA: New Harbinger Publications; 2007.
- Zamani N, Ahmadi V, Ataie 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].
25. Soler J, Pascual JC, Tiana T, Cebrià A, Barrachina J, Campins MJ, et al. Dialectical behavior therapy skills training compared to standard group therapy in borderline personality disorder: A 3-month randomized controlled clinic trial. *Behav Res Ther*. 2009;47(5):353-8.
26. McQuillan A, Nicastro R, Guenot F, Girard M, Lissner C, Ferrero F. Intensive dialectical behavior therapy for outpatients with borderline personality disorder who are in crisis. *Psychiatr Serv*. 2005;56(2):193-7.
27. Miller AL, Rathus JH, Linehan MM. Dialectical behavior therapy with suicidal adolescents. New York, NY: Guilford Publications; 2007. pp: 38-95.
28. van den Bosch LMC, Verhuel R, Schippers GM, den Brink W. Dialectical behavior therapy of borderline patient with and without substance use problems Implementation and long-term effects. *Addict Behav*. 2002;27(6):911-23.