



The Effect of Interpersonal and Social Cycle Therapy on Impulsivity, Distress Tolerance, and Emotional Regulation Difficulties in Patients with Borderline Personality Disorder and Bipolar Disorder: a Case-Control Study: Assessment of Two Patients

Narges Zamani^{1,*}

¹ Assistant Professor, Young Researchers Elite Club, Islamic Azad University, Hamedan Branches, Hamedan, Iran

* **Corresponding author:** Assistant Professor, Young Researchers Elite Club, Islamic Azad University, Hamedan Branches, Hamedan, Iran. E-mail: n.zamani1367@yahoo.com

Received: 23 Dec 2016

Accepted: 21 Sep 2019

Abstract

Introduction: Patients with borderline personality disorder and bipolar disorder have difficulty managing emotions that lead to distress and impulsivity. The aim of this study was to determine the effect of interpersonal and social cycle therapy on impulsivity, distress tolerance and emotional regulation difficulties in patients with borderline personality disorder and bipolar disorder.

Methods: The present study is a single case trial of a single trial multiple baseline type of treatment process performed on two subjects with borderline personality disorder and bipolar disorder. Two participants before the intervention, during the intervention and after the intervention using the "Barratt Impulsiveness Scale", the "Distress Tolerance Scale" and the "Difficulties of Emotion Regulation Scale" were evaluated. In the present study, construct validity, Cronbach's alpha and test-re-test were measured. Data were analyzed by SPSS. 28.

Results: The effect of interpersonal and social cycle therapy on impulsive behaviors, distress tolerance and emotional adjustment difficulties in the patients studied in this study was effective. 57% improved in impulsivity, 57% in distress tolerance, and 0.52 in emotional regulation difficulties.

Conclusions: Interpersonal and social cycle therapy was effective on impulsivity, distress tolerance, and emotional regulation difficulties in patients with borderline personality disorder and bipolar disorder. It is recommended to use this treatment to reduce the negative symptoms in patients with borderline personality disorder and bipolar disorder.

Keywords: Depression, Bipolar Disorder, Borderline Personality Disorder, Risky Behaviors



بررسی اثر درمان چرخه بین فردی و اجتماعی بر تکانشگری، تحمل پریشانی و دشواری‌های تنظیم هیجانی در بیماران مبتلا به اختلال شخصیت مرزی و اختلال دوقطبی: بررسی دو بیمار

نرگس زمانی^{۱*}

^۱ استایار، باشگاه پژوهشگران جوان و نخبگان دانشگاه آزاد اسلامی، واحد همدان، همدان، ایران
* نویسنده مسئول: نرگس زمانی، استایار، باشگاه پژوهشگران جوان و نخبگان دانشگاه آزاد اسلامی، واحد همدان، همدان، ایران. ایمیل: n.zamani1367@yahoo.com

تاریخ پذیرش مقاله: ۱۳۹۸/۰۶/۳۰

تاریخ دریافت مقاله: ۱۳۹۵/۱۰/۰۳

چکیده

مقدمه: بیماران مبتلا به اختلال شخصیت مرزی و اختلال دوقطبی در تنظیم هیجان، دشواری‌هایی دارند که منجر به عدم تحمل پریشانی و تکانشگری می‌گردد. لذا هدف پژوهش حاضر تعیین اثر درمان چرخه بین فردی و اجتماعی بر تکانشگری، تحمل پریشانی و دشواری‌های تنظیم هیجانی در بیماران مبتلا به اختلال شخصیت مرزی و اختلال دوقطبی انجام شد.

روش کار: روش مطالعه حاضر تک موردی آزمایشی از نوع خط پایه چندگانه فرایند درمان (Single Trial Multiple Baseline Type of Treatment Process) است که بر روی دو آزمودنی مبتلا به اختلال شخصیت مرزی و اختلالات دوقطبی انجام گرفت. دو شرکت کننده به پیش از مداخله، حین مداخله و پس از مداخله با استفاده از "مقیاس تکانشگری بارت" (Barratt Impulsiveness Scale)، "مقیاس تحمل پریشانی" (Distress Tolerance Scale) و "مقیاس دشواری‌های تنظیم هیجانی" (Difficulties of Emotion Regulation Scale) ارزیابی شدند. در پژوهش حاضرروایی سازه، و پایایی به روش الفای کرونباخ و آزمون مجدد انجام شد. داده‌ها با نرم افزار اس پی اس نسخه ۲۸ تحلیل شد.

یافته‌ها: اثر درمان چرخه بین فردی و اجتماعی بر رفتارهای تکانشی، تحمل پریشانی و دشواری‌های تنظیم هیجانی در بیماران مورد بررسی این پژوهش مؤثر بوده است. ۵۷ درصد در تکانشگری، ۵۷ درصد در تحمل پریشانی و ۰/۵۲ در دشواری‌های تنظیم هیجانی بهبود حاصل شد.

نتیجه‌گیری: درمان چرخه بین فردی و اجتماعی بر تکانشگری، تحمل پریشانی و دشواری‌های تنظیم هیجانی در بیماران مبتلا به اختلال شخصیت مرزی و اختلال دوقطبی مؤثر بود. پیشنهاد می‌شود از این روش درمانی برای کاهش علائم منفی در بیماران مبتلا به اختلال شخصیت مرزی و اختلال دوقطبی استفاده شود.

واژگان کلیدی: هیجان، اختلال دوقطبی، اختلال شخصیت مرزی، رفتارهای پرخطر

تمامی حقوق نشر برای انجمن علمی پرستاری ایران محفوظ است.

مقدمه

اختلال شخصیت مرزی را می‌توان گونه‌هایی از اختلالات دوقطبی دانست [۲]. به نظر می‌رسد گسترش دامنه تعریف اختلالات دوقطبی به همراه به کار نبردن قضاوت بالینی ماهرانه و یا تنها به کارگیری برخی پرسش‌های سطحی که تشخیص مثبت کاذب می‌انجامد به اختلال شخصیت مرزی سرایت کرده است [۴].

اختلال شخصیت مرزی دارای یک الگوی فراگیر بی‌ثباتی در روابط بین فردی، خودانگاره و عواطف، همراه تکانشگری بارز است که از اوایل بزرگسالی شروع می‌شود [۲]. بر اساس آمارهای موجود ۱۰ درصد افراد

یکی از مسائل مهم در حیطه درمان اختلالات و آسیب‌شناسی روانی تشخیص درست اختلالات روانی است. از بیماری‌هایی که تشخیص آن‌ها از یکدیگر مشکل و زمان‌بر می‌باشد، بیماری اسکیزوفرنی و اسکیزواکتیو و بیماری خلقی دوقطبی می‌باشد [۱]. طبق طبقه‌بندی انجمن روانپزشکی آمریکا (American Psychiatric Association) [۲] شباهت‌های اختلالات دوقطبی (Bipolar Disorder) و اختلال شخصیت مرزی (Borderline Personality Disorder) را از چشم پژوهشگران دور نکرده و سبب مطرح شدن این فرضیه گردیده است که

و یا مشاور همراه با روانپزشک می‌تواند در درمان بیمار مؤثر باشد. مداخلات روانی اجتماعی، درمان شناختی رفتاری، روانی، خانواده درمانی، و درمان فردی و چرخه‌های اجتماعی معمولاً برای اختلال دو قطبی استفاده می‌شود [۸]. با توجه به مطالب بیان شده می‌توان گفت، اختلال دو قطبی یک بیماری درازمدت است که درمانی طولانی مدت را می‌طلبد. اختلال دو قطبی می‌تواند بسیار نوساندار باشد (از افسردگی به شیدائی یا برعکس) بنابراین، ممکن است مرتباً نوع درمان عوض شود. گاهی درمان ضد افسردگی و گاهی ضد شیدائی، آنچه در این درمان ثابت می‌ماند درمان تثبیت کننده خلق است [۱۱].

درمان چرخه فردی و اجتماعی به عنوان یک درمان برای اختلالات خلقی توسعه داده شد که ادغام درمان بین فردی و درمان چرخه‌های اجتماعی است. با وجود اینکه این درمان برای بیماران مبتلا به اختلال دو قطبی ابداع شد ولی در اختلالات مرتبط با هیجانات و تنظیم هیجانی مانند سوگ عزیزان، سلامتی از دست رفته، منازعات بین فردی و محرومیت‌های هیجانی و اختلالات محور II کاربرد دارد [۱۰]. درمان چرخه فردی و اجتماعی در ابتدا توسط Clarkin و همکاران [۱۰] برای اختلالات افسردگی تک قطبی ابداع شد و به طور همزمان موجب بهبود کیفیت روابط بین فردی و عملکرد اجتماعی افراد گردید. با توجه به این که بیماران اختلالات دو قطبی به سختی دارو شیمیایی مصرف می‌کنند، این درمان به بیماران آموزش می‌دهد که بهبود بیماری آن‌ها بعد از مصرف موقت دارو نسبی بوده و نیاز به مصرف مداوم دارو دارند. درمان چرخه فردی و اجتماعی در مدیریت علائم بیمار و بهبود روابط بین فردی بیمار بر تعداد محدودی از جلسات متمرکز است و در اصل به عنوان یک روان درمانی فردی (یک بیمار با یک درمانگر) طراحی شده است [۱۲]. درمان چرخه فردی و اجتماعی بر ۱. ارتباط بین خلق و خوی و رویدادهای زندگی، ۲. اهمیت حفظ یک چرخه روزانه، ۳. شناسایی و مدیریت رسوب بالقوه اختلال چرخه با توجه ویژه به محرک‌های فرد، ۴. عزاداری از خود سالم از دست داده، ۵. شناسایی و مدیریت علائم عاطفی متمرکز شده است و برخی از این مراحل را می‌توان در درمان‌های دیگر مانند رفتار درمانی شناختی به کاربرد [۱۳]. این درمان دارای سه مرحله است: مرحله اول، مرحله میانی، و مرحله پیشگیرانه. مرحله اولیه، پزشک اطلاعاتی در مورد خلق و خوی قبلی و فعلی بیمار جمع‌آوری کرده و به بررسی رفتارها و روابط در ارتباط با تغییر خلق و خوی در طول زمان می‌پردازد و پزشک و بیمار در یک منطقه مشکل فردی اولیه به عنوان بخش فردی از درمان متمرکز می‌شود. کار اولیه مرحله به طور معمول در چند جلسه رخ می‌دهد. مرحله میانی، پیگیری نظم چرخه‌های اجتماعی و بررسی فرم بر روی انتخاب منطقه مشکل فردی است که چرخه اجتماعی را تنظیم می‌کند. در مراحل تعمیر و نگهداری، مهارت در طول برنامه به دست می‌آید و در طی مرحله بعد از درمان، درمان چرخه فردی و اجتماعی در ایجاد اعتماد به نفس بیمار و مهارت‌های در حال توسعه به مدیریت تغییرات در مواردی مانند تعطیلات و یا تغییر شغل، تمرکز دارد. مرحله نهایی، در اواخر درمان، روانشناسی و کار بیمار به سمت فسخ درمان و یا کاهش بیشتر تعداد بازدید برنامه ریزی می‌کنند. ابزار ردیابی همیشه یک بخش حیاتی از درمان چرخه فردی و اجتماعی است که هر دو به عنوان یک راه توسعه اطلاعات لازم در مورد عادات بیمار و به عنوان راهی برای نظارت بر تغییرات در چرخه و روابط بیمار بوده است. این ابزار شامل "پرسشنامه فردی و اجتماعی چرخه متریک" (Individual and Social Metric Cycle Questionnaire) است [۱۴]. نتایج پژوهش افتخار و شعبانی [۱۲] نشان داد درمان چرخه فردی و اجتماعی علاوه بر افسردگی و اختلالات خلقی در اختلالات ناسازگاری و

جامعه از اختلالات شخصیت رنج می‌برند. چهارمین راهنمای تشخیصی و آماری اختلال‌های روانی (DSM-IV-TR: Diagnostic & Statistical Manual of Mental Disorder- Fourth Edition- Text Revision)، ده طبقه اختلالات شخصیت را مشخص کرده است که از میان آن‌ها اختلال شخصیت مرزی از سخت‌ترین و جدی‌ترین اختلالات روان‌پزشکی است [۵]. از آنجا که این اختلال با نارسایی در تنظیم و پاسخدهی هیجانی مرتبط است از این رو افراد مبتلا به این اختلال در زمینه‌های متعدد از جمله کار و توسعه روابط بین فردی مشکلات فراوانی دارند [۶]. درمان اختلال شخصیت مرزی با مشکلات چندی روبروست، به طوری که گاهی در روند درمان، درمانگر و مراجع دچار درماندگی و ناامیدی می‌شوند. بسیاری از درمانگران این اختلال را غیر قابل درمان می‌دانند [۷، ۸]. از نظر بسیاری از روان‌درمانگران این تشخیص معادل با مرگ است و گویی به مراجع گفته می‌شود وی دچار سرطان یا اسکیزوفرنی است [۹].

در حال حاضر، رویکردهای درمانی متفاوتی وجود دارد که در کاهش بدتنظیمی هیجانی بیماران مبتلا به اختلال شخصیت مرزی مؤثر است و از جدیدترین درمان‌ها برای بیماران مبتلا به اختلال شخصیت مرزی "رفتار درمانی جدلی و درمان چرخه فردی و اجتماعی" (Dialectic Behavioral Therapy and the Treatment of Individual and Social Rhythms) است [۸]. اختلالات خلقی نشانه‌های مشخصی هستند که با از بین رفتن احساس تسلط بر خلق مشخص می‌گردند و هفته‌ها تا ماه‌ها دوام می‌یابند و از کارکرد عادی شخص، کاملاً متفاوت هستند و معمولاً به طور دوره‌ای میل به عود دارند. بیمارانی که هم دوره‌های افسردگی و هم دوره‌های مانیا را تجربه می‌کنند یا فقط دوره‌های مانیا دارند، دچار اختلال دو قطبی I هستند [۱۰].

اختلال دو قطبی، بیماری جنون ادواری است. یک اختلال مغزی که باعث تغییرات غیر معمول در خلق و خوی، انرژی، و توانایی در عملکرد فرد می‌گردد. این فراز و نشیب در خلق عادی نیست. علائم و نشانه‌های اختلال دو قطبی، شدید هستند. آن‌ها می‌توانند در روابط، کار یا مدرسه اختلال ایجاد نمایند [۹]. با توجه به اینکه این اختلال یکی از مهمترین اختلالات در روانپزشکی است لذا درمان‌های گوناگونی برای آن تعریف شده است. در اغلب موارد، وقتی درمان اختلال دو قطبی پیوسته باشد و توقف دارویی نداشته باشد با موفقیت همراه خواهد بود. اما حتی زمانی که درمان به درستی انجام می‌شود، تغییرات خلق و خوی صورت می‌گیرد که حتماً باید گزارش داده شود. دارودرمانی یکی از مهمترین درمان‌ها در این اختلالات است و برای کنترل اختلال دو قطبی از داروهای تثبیت کننده خلق و خوی استفاده می‌کنند [۱۰]. انواع مختلفی از تثبیت کننده‌های حالت در دسترس هستند. در کنار داروهای تثبیت کننده بنا به شرایط بیمار داروهای دیگر نیز تجویز می‌گردد [۳]. در شرایطی که دارو درمانی و درمان روانی بی‌اثر باشند، برای از بین بردن علائم شدید از قبیل جنون یا افکار خودکشی از الکتروشوک استفاده می‌شود که عوارض بسیاری دارند و با توجه به اینکه دارودرمانی خط اول درمان بیماران مبتلا به اختلال دو قطبی است [۴] ولی در کنار آن نیاز به روان درمانی است که در کاهش رنج هیجانی بیماران تأثیر دارد و می‌تواند منجر به کاهش تعارضات هیجانی شود.

طبق نتایج مطالعات، مداخلات روانی اجتماعی می‌تواند به افزایش ثبات خلق و خوی و بهبود عملکرد کمک کند. یک روانشناس، مددکار اجتماعی

طراحی نمودند. تکانشگری شناختی شامل ۸ گویه با حداقل و حداکثر نمره ۸ و ۳۲ بود. تکانشگری حرکتی شامل ۱۰ گویه و حداقل و حداکثر نمره ۱۰ و ۴۰ بود و بی‌برنامگی شامل ۱۲ گویه و حداقل و حداکثر نمره ۱۲ و ۴۸ بود. بدین ترتیب، کل مقیاس دارای حداقل و حداکثر نمره ۳۰ و ۱۲۰ بود که در همه مؤلفه‌ها، نمره بیشتر به معنای تکانشگری بالاتر توسط پاسخ دهنده بود. پایایی مقیاس به روش آلفای کرونباخ در بین ۱۱۴ تن از کارمندان مشاغل سخت در یکی از شهرهای آمریکا در سال انجام شد. نتایج برای همه مؤلفه‌ها بیش از ۰/۹۰ بود و پایایی دقیق هریک را گزارش نکردند [۶]. Barratt و همکاران [۶] برای اندازه‌گیری روایی در بین ۱۱۴ تن از کارمندان مشاغل سخت در یکی از شهرهای آمریکا در سال ۱۹۹۴، از روش تحلیل عامل تاییدی به روش مبتنی بر کوواریانس استفاده کردند که همه گویه‌ها دارای بار عاملی بیش از ۰/۷ بودند و در مطالعه آن‌ها مورد قبول واقع شد. بدین ترتیب، مقیاس نهایی شامل ۳۰ عبارت و در سه مؤلفه ارائه شد. در مطالعه اختیاری و همکاران [۱۹] روایی سازه پرسشنامه بر روی ۳۵۰ فرد معتاد در مرکز مطالعات ملی اعتیاد تهران با استفاده از روش تحلیل عامل تاییدی انجام شد و در همه گویه‌ها دارای بار عاملی بیش از ۰/۴ گزارش گردید. پایایی پرسشنامه نیز به روش بازآزمایی به فاصله ۲ هفته مورد بررسی قرار گرفت که به ترتیب در هفته اول ۰/۸۹ و هفته دوم ۰/۸۳ به دست آمد. در مطالعه حاضر جهت اندازه‌گیری به منظور بررسی روایی سازه از تحلیل عاملی کتشافی، ۱۴۰ نفر از دانشجویان دانشگاه آزاد اسلامی به شیوه نمونه‌گیری در دسترس انتخاب شدند و از روش مؤلفه‌های اصلی چرخش واریماکس در بررسی روایی سازه استفاده شد. نتایج این تحلیل حاکی از وجود سه عامل با نام‌های تکانشگری عدم برنامه‌ریزی، تکانشگری حرکتی و تکانشگری شناختی بود. روایی همگرایی این پرسشنامه با محاسبه ضریب همبستگی زیرمقیاس‌های این پرسشنامه با یکدیگر تأیید شد. پایایی کل پرسشنامه تکانشگری از دو روش آلفای کرونباخ و بازآزمایی مورد بررسی قرار گرفت که به ترتیب ۰/۸۱ و ۰/۷۷ به دست آمد.

"مقیاس تحمل پریشانی" (Distress Tolerance Scale) توسط Simons و همکاران [۲۰] طراحی شد. مقیاس با ۱۵ گویه بود که چهار مؤلفه تحمل (تحمل پریشانی هیجانی)، جذب (جذب شدن توسط هیجانات منفی)، ارزیابی (برآورد ذهنی پریشانی) و تنظیم (تنظیم تلاش‌ها برای تسکین پریشانی) را مورد بررسی قرار می‌دهد. این مقیاس در ابتدا، جهت سنجش میزان تحمل پریشانی در بین ۲۵۰ تن از پرستاران در یکی از شهرهای آمریکا در سال ۲۰۰۵ ارائه شد. آن‌ها مقیاس خود را در مولفه‌های تحمل، جذب، ارزیابی و تنظیم و در طیف ۵ گانه لیکرت از ۱: کاملاً موافق تا ۵: کاملاً مخالف طراحی نمودند. تحمل پریشانی هیجانی شامل ۴ گویه با حداقل و حداکثر نمره ۴ و ۲۰، جذب شامل ۴ گویه با حداقل و حداکثر نمره ۴ و ۲۰ و ارزیابی نیز شامل ۳ گویه با حداقل و حداکثر نمره ۳ و ۱۵ و همچنین مؤلفه تنظیم شامل ۴ گویه با حداقل و حداکثر نمره ۴ و ۲۰ بود. بدین ترتیب، کل مقیاس دارای حداقل و حداکثر نمره ۱۵ و ۷۵ بود که در همه مؤلفه‌ها، نمره بیشتر به معنای تحمل پریشانی پایینتر توسط پاسخ دهنده بود. برای اندازه‌گیری روایی، از روش تحلیل عامل تاییدی به روش مبتنی بر کوواریانس استفاده کردند که همه گویه‌ها دارای بار عاملی بیش از ۰/۳ بودند و در مطالعه آن‌ها مورد قبول واقع شد. بدین ترتیب،

اختلالات زناشویی و هویت فردی نیز تأثیر دارد و موجب رضایتمندی زندگی در آن می‌گردد. نتایج پژوهش‌های Frank & Kupfer [۱۳] و Gratz & Roemer [۱۵] بیانگر اثربخشی درمان چرخه فردی و اجتماعی بر بیماران دچار اختلالات خلقی و هیجانی مانند اختلالات افسردگی دوقطبی بود و بیش‌ترین تأثیر را بر روی هیجانات و بدتنظیمی‌هیجانی در آنان گذاشته و باعث بینش بالا در آن‌ها شده است. بعلاوه، نتایج پژوهش Klerman و همکاران [۱۶] بر روی بیماران سوگوار، نشان داد که درمان چرخه فردی و اجتماعی به علت تأکید بر هیجانات و مهارت‌های پذیرش در کاهش دردهای هیجانی این افراد مؤثر بوده است. Linehan [۱۷] و Lynch همکاران [۱۸] نیز اثربخشی درمان چرخه فردی و اجتماعی را در بیماران دچار اختلالات خلقی نشان دادند. با توجه به آنچه گفته شد برای درمان بیماران و کاهش بدتنظیمی هیجانی در آن‌ها نیاز به درمان جدید می‌باشد. لذا پژوهش حاضر با هدف، تعیین اثر درمان چرخه بین فردی و اجتماعی در بررسی اثر درمان چرخه بین فردی و اجتماعی بر تکانشگری، تحمل پریشانی و دشواری‌های تنظیم هیجانی در بیماران مبتلا به اختلال شخصیت مرزی و اختلال دوقطبی انجام گرفت.

روش کار

روش مطالعه حاضر تک موردی آزمایشی از نوع خط پایه چندگانه فرایند درمان (Single Trial Multiple Baseline Type of Treatment Process) است که بر روی دو آزمودنی مبتلا به اختلال شخصیت مرزی و اختلال دوقطبی انجام گرفت. شرکت کنندگان در این پژوهش از بیمارانی بودند که به کلینیک روانشناختی ارجاع داده شده بودند و تشخیص روانپزشک معالج آن‌ها اختلال شخصیت مرزی به همراه اختلال افسردگی دوقطبی بود. نمونه مورد مطالعه شامل ۳ دختر جوان بودند که بعد از جلسه اول، داوطلب شرکت در این پژوهش بودند که با توجه به ملاک‌های شمول و حذف پژوهش ۲ نفر آن‌ها انتخاب شدند و نفر سوم به علت رفتارهای مخاطره آمیز و خودکشی‌های مکرر به تیم روانپزشکی بیمارستان ارجاع داده شد. هر دو مراجع به صورت انفرادی در ۸ جلسه درمان چرخه فردی و اجتماعی قرار گرفتند. لازم به ذکر است که ملاک‌های ورود، (۱) دارا بودن تشخیص اختلال شخصیت مرزی به همراه اختلال افسردگی دوقطبی از طرف روانپزشک و یک روانشناس بالینی بود که دلیل ارجاع آن‌ها تکانشگری مکرر در سطح متوسط و تنظیم هیجانی به هم ریخته در سطح شدید بود. (۲) عدم مشکلات جسمی که موجب بروز این رفتارها شود. (۳) دامنه سنی ۲۶ تا ۲۸ ساله. (۴) جنسیت. معیار خروج شامل (۱) بیماران مبتلا به اختلال دو قطبی یا علائم سیکوز بود. (۲) غیبت بیش از ۳ جلسه از ۸ جلسه درمان؛ (۳) مصرف مواد مخدر سنتی یا صنعتی همراه با مواد بود. علاوه بر این، در طی مدت انجام مداخله دچار مشکلات عاطفی و هیجانی ناگهانی مانند قطع ارتباط با دوستان، مرگ اعضای خانواده نیز کنترل شد.

ابزار جمع آوری داده‌ها شامل: "مقیاس تکانشگری بارت" (Barratt Impulsiveness Scale) توسط Barratt و همکاران طراحی شد [۶] مقیاس به صورت یک سازه با ۳۰ گویه بود که در بین ۱۱۴ تن از کارمندان مشاغل سخت در یکی از شهرهای آمریکا در سال ۱۹۹۴ ارائه شد. این مقیاس در مولفه‌های تکانشگری شناختی، تکانشگری حرکتی و بی‌برنامگی و در طیف ۴ گانه لیکرت از ۱: به ندرت تا ۴: تقریباً همیشه

علوی و همکاران در سال ۱۳۹۰ در دانشگاه فردوسی و علوم پزشکی مشهد هنجاریابی شده است. پایایی همسانی درونی در ۴۸ نفر (۳۱ زن و ۱۷ مرد) از دانشجویان دانشگاه فردوسی و علوم پزشکی مشهد در سال ۱۳۹۰ برای کل مقیاس ($\alpha=0/86$) و همچنین برای خرده‌مقیاس‌ها $0/75$ ، برای عدم پذیرش، $0/74$ خرده‌مقیاس اهداف، $0/76$ خرده‌مقیاس تکانه، $0/63$ خرده‌مقیاس آگاهی، $0/74$ خرده‌مقیاس راهبردها و $0/85$ خرده‌مقیاس شفافیت [۲۱].

در مطالعه حاضر، اندازه‌گیری روایی سازه به روش تحلیل عامل تاییدی به روش مبتنی بر کوواریانس در بین ۶۰ نفر از مراجعان به کلینیک روانشناختی سپیدار انجام شد. نتایج نشان داد که همه گویه‌ها دارای بار عاملی بیش از $0/4$ بودند. پایایی مقیاس به روش آلفای کرونباخ نشان داد که این مقیاس دارای همسانی درونی (کل مقیاس $\alpha=0/86$)، خرده‌مقیاس عدم پذیرش ($\alpha=0/81$)، خرده‌مقیاس اهداف ($\alpha=0/76$)، خرده‌مقیاس تکانه ($\alpha=0/89$)، خرده‌مقیاس آگاهی ($\alpha=0/67$)، خرده‌مقیاس راهبردها ($\alpha=0/89$) و خرده‌مقیاس شفافیت ($\alpha=0/81$) است. پایایی آزمون-بازآزمون با فاصله ۲ هفته‌ای برای نمرات کلی این مقیاس $0/80$ و همچنین برای خرده‌مقیاس‌ها $0/81$ خرده‌مقیاس عدم پذیرش، $0/80$ خرده‌مقیاس اهداف، $0/63$ خرده‌مقیاس تکانه، $0/61$ خرده‌مقیاس آگاهی، $0/79$ خرده‌مقیاس راهبردها و $0/79$ برای شفافیت به دست آمد.

پس از تشریح اهداف پژوهش و قدردانی از مشارکت بیماران آزمودنی‌ها، ابزارهای پژوهش شامل "مقیاس تکانشگری بارت"، "مقیاس تحمل پریشانی" و "مقیاس دشواری‌های تنظیم هیجانی" را قبل از شروع مداخله و اتمام هر جلسه تکمیل نمودند. در واقع، در انتهای ۸ جلسه توسط مراجع کامل گردید. هنگامیکه خطوط پایه با شیب نسبتاً ثابت برای ۲ آزمودنی در مورد ابزارهای فوق تشکیل شد، درمان توسط درمانگر به روش پلکانی با فواصل یک جلسه‌ای آغاز گردید. از این مرحله به بعد، آزمودنی‌ها پس از هر جلسه درمان به مقیاس ذکر شده مربوط به همان جلسه را به منظور سیرپیشرفت درمان تکمیل کردند.

در این پژوهش از آموزش درمان چرخه فردی و اجتماعی که توسط Clarkin [۱۰] در سال ۱۹۹۶ برای بیماران مبتلا به اختلال دوقطبی ابداع شده بود استفاده شد که به علت اثربخشی این درمان توسط انجمن روانپزشکی آمریکا به عنوان درمان اختصاصی بیماران مبتلا به اختلال دوقطبی ثبت گردید. پروتکل درمان که Clarkin [۱۰] در پژوهش حاضر استفاده شد، در ابتدای هر جلسه تکالیف جلسه قبلی سؤال می‌شد و در انتهای جلسه نیز تکالیف جدیدی برای مراجع داده شد و برای اطمینان از اینکه کامل متوجه شده باشند، سوالاتی پرسیده می‌شد و به این صورت در پایان هر جلسه از مؤثر بودن مطالب آگاهی حاصل می‌شد. ۸ جلسه آموزشی به شرح زیر انجام گرفت [۲۲].

جلسه اول، مصاحبه اولیه و تشخیص اختلال و آشنایی مراجعان با درمان چرخه فردی و اجتماعی. تکمیل "مقیاس تحمل پریشانی"، "مقیاس تکانشگری بارت"، "مقیاس دشواری‌های تنظیم هیجانی".

جلسه دوم، آشنایی با محاوره‌هایی شایع در هیجان‌ها و تنظیم هیجان‌ها و آشنایی با تنظیم خود و خویشنداری. تکمیل "مقیاس تحمل پریشانی"، "مقیاس تکانشگری بارت"، "مقیاس دشواری‌های تنظیم هیجانی".

پرسشنامه نهایی شامل ۱۵ عبارت و در چهار مؤلفه ارائه شد. پایایی مقیاس به روش آلفای کرونباخ در بین در بین ۲۵۰ تن از پرستاران در یکی از شهرهای آمریکا در سال ۲۰۰۵، برای همه برای مقیاس‌های تحمل، جذب، ارزیابی و تنظیم به ترتیب $0/72$ ، $0/82$ ، $0/78$ و $0/70$ و برای کل مقیاس $0/82$ به دست آمد [۲۰].

این مقیاس برای نخستین بار در ایران، توسط علوی و همکاران در سال ۱۳۹۰ در دانشگاه فردوسی و علوم پزشکی مشهد هنجاریابی شده است. این پژوهش روایی را مورد بررسی قرار نداده‌اند ولی پایایی همسانی درونی در ۴۸ نفر (۳۱ زن و ۱۷ مرد) از دانشجویان دانشگاه فردوسی و علوم پزشکی مشهد در سال ۱۳۹۰ برای کل مقیاس $\alpha=0/71$ و پایایی را برای خرده‌مقیاس‌ها $0/54$ برای خرده‌مقیاس تحمل، $0/42$ برای خرده‌مقیاس جذب، $0/56$ برای خرده‌مقیاس ارزیابی و $0/58$ برای خرده‌مقیاس تنظیم گزارش شده است [۲۱]. در مطالعه حاضر، برای بررسی روایی سازه از تحلیل عاملی اکتشافی انجام شد و لذا پرسشنامه بین روی ۶۰ نفر از مراجعان کلینیک روانشناختی سپیدار توزیع شد. پایایی همسانی درونی در ۶۰ نفر (۳۳ زن و ۲۷ مرد) از مراجعان کلینیک روانشناختی سپیدار برای کل مقیاس $\alpha=0/72$ و پایایی را برای خرده‌مقیاس‌ها $0/68$ برای خرده‌مقیاس تحمل، $0/60$ برای خرده‌مقیاس جذب، $0/64$ برای خرده‌مقیاس ارزیابی و $0/70$ برای خرده‌مقیاس تنظیم به دست آمد.

"مقیاس دشواری‌های تنظیم هیجانی" (Difficulties of Emotion Regulation Scale) توسط Gratz & Roemer [۱۵] به صورت یک سازه با ۳۶ گویه و در شش خرده‌مقیاس جهت سنجش میزان تحمل پریشانی در بین ۱۹۴ تن از کارکنان بیمارستان در یکی از شهرهای آمریکا در سال ۲۰۰۴ ارائه شد. آن‌ها مقیاس خود را در مولفه‌های عدم پذیرش، خرده‌مقیاس دشواری‌های دست زدن به رفتار هدفمند (اهداف)، دشواری‌های شاهد تکانه (تکانه)، فقدان آگاهی هیجانی (آگاهی)، دستیابی محدود به راهبردهای تنظیم هیجان (راهبردها) و فقدان شفافیت هیجانی (شفافیت) و در طیف ۵ گانه لیکرت از ۱: تقریباً هرگز تا ۵: تقریباً همیشه طراحی نمودند. همه خرده‌مقیاس‌های این پرسشنامه شامل ۶ گویه با حداقل و حداکثر نمره ۶ و ۳۶ بود. در همه مؤلفه‌ها، نمره بیشتر به معنای دشواری بیشتر در تنظیم هیجان‌ها توسط پاسخ دهنده بود. پایایی مقیاس به روش آلفای کرونباخ در بین ۱۹۴ تن از کارکنان بیمارستان در یکی از شهرهای آمریکا در سال ۲۰۰۴ انجام شد. این مقیاس دارای همسانی درونی (کل مقیاس $\alpha=0/93$)، خرده‌مقیاس عدم پذیرش ($\alpha=0/85$)، خرده‌مقیاس اهداف ($\alpha=0/89$)، خرده‌مقیاس تکانه ($\alpha=0/86$)، خرده‌مقیاس آگاهی ($\alpha=0/80$)، خرده‌مقیاس راهبردها ($\alpha=0/88$) و خرده‌مقیاس شفافیت ($\alpha=0/84$) و پایایی آزمون-بازآزمون با فاصله ۲ هفته‌ای برای نمرات کلی این مقیاس $0/88$ و همچنین برای خرده‌مقیاس‌ها $0/69$ برای عدم پذیرش، $0/69$ برای اهداف، $0/57$ برای تکانه، $0/68$ برای آگاهی، $0/89$ برای راهبردها و $0/80$ برای شفافیت می‌باشد [۲۰]. برای اندازه‌گیری روایی، از روش تحلیل عامل تاییدی به روش مبتنی بر کوواریانس که در بین ۱۹۴ تن از کارکنان بیمارستان در یکی از شهرهای آمریکا استفاده کردند که همه گویه‌ها دارای بار عاملی بیش از $0/4$ بودند و در مطالعه آن‌ها مورد قبول واقع شد. بدین ترتیب، پرسشنامه نهایی شامل ۳۶ عبارت و در شش مؤلفه ارائه شد. این مقیاس برای نخستین بار در ایران، توسط

آمده با نرم افزار اس پی اس اس نسخه ۲۸ تحلیل شد.

یافته‌ها

ابتدا از هر دو مراجع آزمون‌های پرسشنامه گرفته شد و در انتهای هر جلسه نیز مجدد آزمون گرفته شد و نمرات با یکدیگر جمع شدند. در میزان بهبودی کامل تعداد نمره‌های کاهش یافته با یکدیگر جمع شدند و در میزان بهبودی کلی هر سه متغیر تکانشگری با یکدیگر جمع و میانگین درصد بهبودی هر سه متغیر تکانشگری با یکدیگر جمع و در این پژوهش درمان کنترل تکانه به تغییر کلی ۵۷ درصد در "مقیاس تکانشگری بارت" منجر شد که نتایج در جدول ۱ قابل مشاهده است.

جدول ۱ نشان می‌دهد که میزان بهبودی در تحمل پریشانی پس از ۸ جلسه درمان برای مراجع اول ۵۶ درصد و میزان بهبودی برای مراجع دوم ۵۸ درصد است و میزان بهبودی کلی برای هر دو مراجع ۵۷ درصد است. مقایسه نمره‌های مراجعان در "مقیاس تحمل پریشانی" در جدول ۲ قابل مشاهده است.

طبق نتایج جدول ۲ در قبل از آغاز درمان تحمل پریشانی در هر دو مراجع بسیار پایین بود که در طول درمان طی بهبودی به میزان بهبودی کلی ۵۳٪ رسید. مقایسه نمره‌های مراجعان در "مقیاس دشواری‌های تنظیم هیجانی" در جدول ۳ قابل مشاهده است.

جلسه سوم، آشنایی با رفتارها و هیجانات در بدتنظیمی‌هیجانات. تکمیل "مقیاس تکانشگری بارت"، "مقیاس تحمل پریشانی" و "مقیاس دشواری‌های تنظیم هیجانی".

جلسه چهارم، آشنایی با چرخه فردی و هیجانات و تنظیم هیجانات، تکمیل "مقیاس تحمل پریشانی"، "مقیاس تکانشگری بارت"، "مقیاس دشواری‌های تنظیم هیجانی".

جلسه پنجم، آشنایی با چرخه اجتماعی و هیجانات در چرخه اجتماعی و تنظیم هیجانات، تکمیل "مقیاس تحمل پریشانی"، "مقیاس تکانشگری بارت"، "مقیاس دشواری‌های تنظیم هیجانی".

جلسه ششم، پرسشنامه فردی و اجتماعی چرخه متریک و آشنایی با راه‌های بالا بردن Will power در مراجعان، تکمیل "مقیاس تحمل پریشانی"، "مقیاس تکانشگری بارت"، "مقیاس دشواری‌های تنظیم هیجانی".

جلسه هفتم، آشنایی با ابعاد و لایه هیجانات و چرخه‌های اجتماعی و فردی، تکمیل "مقیاس تحمل پریشانی"، "مقیاس تکانشگری بارت"، "مقیاس دشواری‌های تنظیم هیجانی".

جلسه هشتم، اتمام درمان و راهکارهای درمان در هنگام بحران‌های هیجانی و تکمیل "مقیاس تحمل پریشانی"، "مقیاس تکانشگری بارت" "مقیاس دشواری‌های تنظیم هیجانی".

بعد از ۸ جلسه آموزشی، داده‌ها جمع‌آوری گردید و نتایج به دست

جدول ۱: مقایسه نمره‌های شرکت‌کنندگان در "مقیاس تکانشگری بارت" با توجه به "خرده مقیاس تکانشگری حرکتی" و تکانشگری بی‌برنامگی قبل از شروع درمان، حین درمان و در پایان درمان

خرده مقیاس‌های تکانشگری	خط پایه	جلسات درمان								میزان بهبودی	بهبودی کلی در هر سه خرده مقیاس	بهبودی کلی
		اول	دوم	سوم	چهارم	پنجم	ششم	هفتم	هشتم			
مراجع اول											۰/۵۶	۰/۵۷
شناختی	۲۳	۲۹	۲۱	۲۳	۱۹	۱۶	۱۷	۱۱	۱۳	۰/۵۳		
حرکتی	۲۶	۲۲	۲۰	۲۴	۱۷	۱۶	۱۷	۱۱	۱۰	۰/۶۰		
بی‌برنامگی	۲۸	۲۸	۲۸	۲۶	۱۹	۱۸	۲۰	۱۴	۱۴	۰/۵۷		
مراجع دوم											۰/۵۸	۰/۵۷
شناختی	۲۸	۲۵	۲۱	۱۸	۱۸	۱۶	۱۹	۱۴	۱۵	۰/۵۸		
حرکتی	۲۹	۲۷	۲۷	۱۷	۱۴	۱۳	۱۳	۱۴	۱۳	۰/۶۱		
بی‌برنامگی	۳۰	۲۷	۲۶	۱۴	۱۹	۱۶	۲۰	۱۵	۱۷	۰/۵۶		

جدول ۲: مقایسه نمره‌های مراجعان در "مقیاس تحمل پریشانی"

خرده مقیاس‌های تحمل پریشانی	خط پایه	جلسات درمان								میزان بهبودی	بهبودی کلی در هر سه خرده مقیاس	بهبودی کلی
		اول	دوم	سوم	چهارم	پنجم	ششم	هفتم	هشتم			
مراجع اول											۰/۵۲	۰/۵۳
تحمل	۳	۳	۴	۵	۳	۹	۹	۸	۸	۰/۵۰		
جذب	۴	۳	۵	۶	۸	۶	۹	۱۰	۱۱	۰/۵۳		
ارزیابی	۷	۹	۶	۱۲	۱۶	۱۹	۱۴	۱۳	۱۶	۰/۶۲		
تنظیم	۸	۶	۸	۸	۹	۱۰	۱۱	۱۲	۱۱	۰/۴۴		
مراجع دوم											۰/۵۵	۰/۵۳
تحمل	۳	۴	۵	۳	۶	۷	۸	۹	۹	۰/۵۳		
جذب	۳	۴	۳	۹	۵	۴	۸	۶	۸	۰/۵۰		
ارزیابی	۵	۸	۹	۱۱	۱۳	۱۶	۱۴	۱۵	۱۵	۰/۶۲		
تنظیم	۳	۵	۸	۷	۶	۵	۹	۹	۱۰	۰/۵۶		

جدول ۳. مقایسه نمره‌های مراجعان در "مقیاس دشواری‌های تنظیم هیجانی"

خرده مقیاس‌های دشواری تنظیم هیجانی	خط پایه	جلسات درمان									
		اول	دوم	سوم	چهارم	پنجم	ششم	هفتم	هشتم		
مراجعه اول	میزان بهبودی کلی در هر سه خرده مقیاس	۰/۵۲									
	بهبودی کلی	۰/۵۲۳									
	عدم پذیرش	۲۶	۲۵	۲۵	۲۳	۲۰	۱۹	۱۶	۱۱	۱۳	۰/۵۶
	اهداف	۲۵	۲۳	۲۴	۲۰	۱۶	۱۴	۱۵	۱۵	۱۳	۰/۴۶
	تکانه	۲۴	۲۱	۱۸	۱۸	۱۶	۱۳	۱۴	۱۳	۱۱	۰/۵۴
	آگاهی	۲۶	۲۱	۱۹	۲۳	۲۴	۱۹	۲۰	۱۸	۱۹	۰/۵۴
راهبردها	۳۲	۳۳	۲۹	۳۱	۲۸	۲۸	۱۵	۲۱	۱۸	۰/۵۷	
شفافیت	۲۱	۲۰	۲۱	۱۸	۱۶	۱۳	۱۴	۱۵	۱۶	۰/۴۲	
مراجعه دوم	میزان بهبودی کلی در هر سه خرده مقیاس	۰/۵۳									
	بهبودی کلی	۰/۵۲۳									
	عدم پذیرش	۲۳	۲۴	۲۰	۲۱	۱۸	۱۶	۱۴	۱۴	۱۱	۰/۵۳
	اهداف	۲۴	۲۳	۲۰	۲۱	۱۹	۱۸	۱۷	۱۶	۱۴	۰/۵۱
	تکانه	۲۳	۲۴	۲۰	۲۱	۱۹	۱۶	۱۴	۱۳	۱۱	۰/۵۲
	آگاهی	۲۶	۲۰	۲۰	۲۱	۱۵	۱۴	۱۴	۱۲	۱۱	۰/۶۰
راهبردها	۲۸	۲۵	۲۶	۲۴	۲۳	۲۲	۲۰	۱۸	۱۷	۰/۵۳	
شفافیت	۲۰	۲۰	۲۰	۲۰	۱۸	۱۶	۱۴	۱۱	۱۱	۰/۵۰	

بالا بوده است و این اولین پژوهشی است که در داخل کشور مبنی بر آموزش درمان چرخه فردی و اجتماعی بر بیماران انجام گرفته است و پژوهشگر مطالعه حاضر پژوهشی که این مطالعه را رد یا تأیید کند نیافته است و این نشانگر نوآوری این پژوهش است که در ایران تاکنون بر روی این روش درمانی اقدامی صورت نگرفته است. Paris [۲۳] پژوهشی تحت عنوان بررسی اپیدمیولوژی اختلالات خلقی و درمان‌های رایج در آن‌ها انجام داد. نتایج نشان داد که درمان چرخه‌های اجتماعی بیشترین تأثیر را در کاهش اختلالات خلقی داشته است. نتایج این پژوهش با پژوهش حاضر مبنی بر اینکه این درمان در اختلالات خلقی مؤثر است همخوانی دارد.

نتیجه‌گیری

نتایج نشان داد درمان چرخه فردی و اجتماعی در بیماران مبتلا به اختلال شخصیت مرزی و اختلال دوقطبی سبب کاهش رفتارهای تکانشی و افزایش تحمل پریشانی و کاهش دشواری هیجانی شده است. با توجه به ماهیت این دو اختلال که تأکید بر دارو درمانی است، پیشنهاد می‌شود از این روش درمانی نیز استفاده شود چرا که نه تنها باعث کاهش علائم منفی می‌گردد بلکه منجر به از بین رفتن علائم باقیمانده بیماری و کاهش اثرات همبودی با سایر اختلالات می‌گردد. محدودیت‌های مطالعه حاضر شامل کوچک بودن تعداد نمونه‌های مورد مطالعه، عدم پیگیری ارزیابی‌ها و نبود گروه کنترل، بود.

سپاسگزاری

مقاله حاضر حاصل طرح پژوهشی مصوب تاریخ ۹۴/۱۱/۱۲ باشگاه پژوهشگران جوان و نخبگان دانشگاه آزاد اسلامی واحد همدان و با کد ثبت شده در کمیته اخلاق ۹۴۰۳۱ می‌باشد. از تمامی شرکت کنندگان در این پژوهش تشکر و قدردانی کنند. از زنده یاد دکتر خانم دکتر پریخ دادستان که در راه بهبود اختلالات روانی پیشقدم شدند، قدردانی می‌شود. پژوهش حاضر بدون حمایت ارگان مالی خاصی انجام شده است.

تعارض منافع

هیچگونه تعارض منافع توسط نویسندگان بیان نشده است.

نتایج جدول ۳ نشان‌دهنده میزان بهبودی هیجانانگیزی منفی مراجعان در قبل از شروع، حین و در پایان ۸ جلسه درمان است که میزان بهبودی برای مراجعین اول و دوم به ترتیب ۰/۵۲، ۰/۵۳ و میزان بهبودی کلی ۰/۵۲ است.

بحث

هدف پژوهش حاضر تعیین اثر درمان چرخه بین فردی و اجتماعی در بیماران مبتلا به اختلال شخصیت مرزی و اختلال دوقطبی بود. نتایج این پژوهش نشان داد که درمان چرخه فردی و اجتماعی در کاهش شدت علائم تکانشگری و تنظیم هیجانی کلی مؤثر است. برای تبیین دلایل اثر درمان چرخه فردی و اجتماعی در این پژوهش ضرورت دارد کارکردهای درمانی که Klerman و همکاران [۱۶] برای اختلالات دوقطبی ذکر کرده‌اند معیار قرار داده و براساس این معیارها، فرایند درمانی آزمایش شده، توجه شود. درمان چرخه فردی و اجتماعی نوعی از ادغام درمان بین فردی و درمان چرخه‌های اجتماعی است که به عنوان یک درمان برای اختلالات خلقی توسعه داده شده و با وجود اینکه این درمان برای بیماران مبتلا به اختلال دوقطبی ابداع شد ولی در اختلالات مرتبط با هیجانانگیزی و تنظیم هیجانی و اختلال شخصیت کاربرد دارد [۲۳].

در پژوهش حاضر، در جلسه مصاحبه بر ۱. آشنایی با ارتباط بین خلق و خوی و رویدادهای زندگی، ۲. اهمیت حفظ یک چرخه روزانه، ۳. شناسایی و مدیریت رسوب بالقوه اختلال چرخه با توجه ویژه به محرک‌های فرد، ۴. عزاداری از خود سالم از دست داده، ۵. شناسایی و مدیریت علائم عاطفی بحث شد و برای ۸ جلسه برنامه ریزی گردید. در این درمان ارزیابی و شناخت افکار و احساسات که منجر به رفتارهای تکانه‌های و خودتخریبی می‌شود مورد بررسی قرار گرفت و با توجه به پژوهش‌های قبلی شناخت افکار و احساسات قدم مهمی در اصول شناخت درمانی و از مهمترین اصول درمان چرخه فردی و اجتماعی است که موجب کاهش رفتارهای مخاطره آمیز ناگهانی می‌شود. در این درمان که دارای سه مرحله (مرحله اول، مرحله میانی، و مرحله پیشگیرانه) است که همین مراحل و طی کردن آن منجر به کاهش رفتارهای تکانشی و افزایش تحمل پریشانی و کاهش دشواری هیجانی شد. میزان بهبودی کلی در هر ۳ متغیر (تکانشگری، تنظیم هیجانی و تحمل پریشانی)

References

- Association AP. Diagnostic and statistical manual of mental disorder. 4 ed. Washington DC: American Psychiatric Association; 2000.
- Association AP. Diagnostic and statistical manual of mental disorders. BMC Med. 2013;17:133-7.
- Alavi K, Amin Y, Salehi Fardadi J. [Effectiveness of group dialectical behavior therapy based on core mindfulness, distress tolerance and emotion regulation components on depressive symptoms in university students]. J Fundamentals Ment Health. 2011;13(2):124-35.
- Akiskal HS. Demystifying borderline personality: critique of the concept and unorthodox reflections on its natural kinship with the bipolar spectrum. Acta Psychiatr Scand. 2004;110(6):401-7. doi: 10.1111/j.1600-0447.2004.00461.x pmid: 15521823
- Angst J, Gamma A, Sellaro R, Lavori PW, Zhang H. Recurrence of bipolar disorders and major depression. A life-long perspective. Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci. 2003;253(5):236-40. doi: 10.1007/s00406-003-0437-2 pmid: 14504992
- Barratt ES, Stanford MS, Kent TA, Felthous A. Neuropsychological and cognitive psychophysiological substrates of impulsive aggression. Biol Psychiatry. 1997;41(10):1045-61. doi: 10.1016/s0006-3223(96)00175-8 pmid: 9129785
- Bauer M, Pfennig A. Epidemiology of bipolar disorders. Epilepsia. 2005;46 Suppl 4:8-13. doi: 10.1111/j.1528-1167.2005.463003.x pmid: 15968806
- Bagge C, Nickell A, Stepp S, Durrett C, Jackson K, Trull TJ. Borderline personality disorder features predict negative outcomes 2 years later. J Abnorm Psychol. 2004;113(2):279-88. doi: 10.1037/0021-843X.113.2.279 pmid: 15122948
- Bohus M, Haaf B, Simms T, Limberger MF, Schmahl C, Unckel C, et al. Effectiveness of inpatient dialectical behavioral therapy for borderline personality disorder: a controlled trial. Behav Res Ther. 2004;42(5):487-99. doi: 10.1016/S0005-7967(03)00174-8 pmid: 15033496
- Clarkin JF. Treatment of personality disorders. Br J Clin Psychol. 1996;35 (Pt 4):641-2. pmid: 9064027
- Exner C, Boucsein K, Degner D, Irle E, Weniger G. Impaired emotional learning and reduced amygdala size in schizophrenia: a 3-month follow-up. Schizophr Res. 2004;71(2-3):493-503. doi: 10.1016/j.schres.2004.02.023 pmid: 15474920
- Eftekhari M, Shabani A. Borderline personality disorder is not a subtype of bipolar disorder. Iranian J Psychiatry Clin Psychol. 2009;15(2):147-58.
- Frank E, Kupfer DJ, Thase ME, Mallinger AG, Swartz HA, Fagiolini AM, et al. Two-year outcomes for interpersonal and social rhythm therapy in individuals with bipolar I disorder. Arch Gen Psychiatry. 2005;62(9):996-1004. doi: 10.1001/archpsyc.62.9.996 pmid: 16143731
- Ganji M. Abnormal psychology based on DSM-5. Tehran: Savalane Pub; 2013.
- Gratz KL, Roemer L. Multidimensional Assessment of Emotion Regulation and Dysregulation: Development, Factor Structure, and Initial Validation of the Difficulties in Emotion Regulation Scale. J Psychopathol Behav Assess. 2004;26(1):41-54. doi: 10.1023/b:joba.0000007455.08539.94
- Klerman GL, Weissman MM. Interpersonal psychotherapy of depression: A brief, focused, specific strategy: Jason Aronson, Incorporated; 1994.
- Linehan MM. Cognitive-behavioral treatment of borderline personality disorder: Guilford Publications; 2018.
- Lynch TR, Morse JQ, Mendelson T, Robins CJ. Dialectical behavior therapy for depressed older adults: a randomized pilot study. Am J Geriatr Psychiatry. 2003;11(1):33-45. pmid: 12527538
- Ekhtiari H, Safaei H, Esmaeeli D, Javid G, Atefvahid MK, Edalati H, Mokri A. Reliability and validity of Persian versions of Eysenck, Barratt, Dickman and Zuckerman Questionnaires in assessing risky and impulsive behaviors. Iranian J Psychiatry Clin Psychol. 2008;14(3):326-36.
- Simons JS, Gaher RM. The Distress Tolerance Scale: Development and Validation of a Self-Report Measure. Motiv Emotion. 2005;29(2):83-102. doi: 10.1007/s11031-005-7955-3
- Alavi K, Modarres GM, Amin YSA, Salehi FJ. Effectiveness of group dialectical behavior therapy (based on core mindfulness, distress tolerance and emotion regulation components) on depressive symptoms in university students. J Fundamentals Ment Health. 2011;13(2):124-35.
- Ekhtiari H, Rezvanfard M, Mokri A. [Impulsivity and its Different Assessment Tools: A Review of View Points and Conducted Researches]. Iranian J Psychiatry Clin Psychol. 2008;14(3):247-57.
- Paris J. Borderline personality disorder what is it, what is causes it, How can we treat it. Canda Leading Med J. 2006;172:12.