

Evaluation of the Effectiveness of Dialectical Behavior Therapy based on Emotion Regulation Skills Training on Impulsivity and Cognitive Emotion Regulation in Type 1 Bipolar Patients

Mahmoud Farvarshi¹, Marziyeh Alivandi Vafa², Ali Fakhari³, Masoumeh Azmoudeh⁴

1. Ph.D. Student, Department of Psychology, Faculty Of Humanistic & Educational Sciences Tabriz Branch, Islamic Azad University, Tabriz, Iran. ORCID: 0000-0003-0094-7483.

2. Assistant Professor, Department of Psychology, Faculty Of Humanistic & Educational sciences Tabriz Branch, Islamic Azad University, Tabriz, Iran ,(Corresponding Author) ,Tel: +98 9148453325, Email: m.alivand@iaut.ac.ir ORCID: 0000-0002-1197-9598.

3. Professor, Razi Hospital, Tabriz University of Medical Sciences, Tabriz, Iran. ORCID:0000-0002-3731-7146.

4. Assistant Professor, Department of Psychology, Faculty of Humanistic & Educational Sciences, Tabriz Branch, Islamic Azad University, Tabriz, Iran .ORCID: 0000-0003-1534-9814.

ABSTRACT

Background and Aim: Bipolar disorder type 1 is a chronic, debilitating and recurrent disorder that is defined by specific periods of mania and this disorder causes a great deal of intrapersonal and interpersonal disorder. Overall, the present study aimed to investigate the effectiveness of dialectical behavior therapy based on emotion regulation skills training on impulsivity and how to cognitively regulate emotion in type 1 bipolar patients.

Materials and Methods: The present study was based on quasi-experimental studies with pre-test-post-test design with a control group. The statistical population of this study consisted of all male patients admitted to Razi Hospital in Tabriz in 2018. Purposeful sampling method was used to obtain a statistical sample (30 people); Also, to reduce the difference between the groups, the sample was randomly divided into experimental and control groups. In order to obtain the research data, Barthes Impulsivity Questionnaire and Gabreski Emotion Cognitive Emotion Regulation Strategies were used. To analyze the obtained data, multivariate analysis of covariance with SPSS- 24 statistical software was used.

Results: The results of statistical studies showed that dialectical behavior therapy had a significant effect ($p < 0.05$) on improving impulsivity and cognitive emotion regulation strategies (except blaming others and refocusing on planning, accepting and adopting other perspectives) of bipolar patients.

Conclusion: The findings indicated that dialectical behavior therapy based on emotion regulation skills training can be used to reduce impulsivity and cognitive emotion regulation in patients with type 1 bipolar disorder in combination with medication.

Keywords: Bipolar Disorder Type I, Impulsivity, Cognitive Emotion Regulation, Dialectical Behavioral Therapy

Received: June 4, 2019

Accepted: Aug 30, 2019

How to cite the article: Mahmoud Farvarshi, Marziyeh Alivandi Vafa, Ali Fakhari, Masoumeh Azmoudeh. Evaluation of the Effectiveness of Dialectical Behavior Therapy based on Emotion Regulation Skills Training on Impulsivity and Cognitive Emotion Regulation in Type 1 Bipolar Patients. *SJKU* 2021;26(2):79-92.

Copyright © 2018 the Author (s). Published by Kurdistan University of Medical Sciences. This is an open access article distributed under the terms of the Creative Commons Attribution-Non Commercial License 4.0 (CCBYNC), where it is permissible to download, share, remix, transform, and buildup the work provided it is properly cited. The work cannot be used commercially without permission from the journal

بررسی اثربخشی رفتار درمانی دیالکتیکی مبتنی بر آموزش مهارت‌های تنظیم هیجانی بر تکانشگری و تنظیم شناختی هیجان بیماران دو قطبی نوع یک

محمود فرورشی^۱، مرضیه علیوندی وفا^۲، علی فخاری^۳، معصومه آزموده^۴

۱. دانشجوی دکترای تخصصی، گروه روان شناسی، دانشکده علوم انسانی و تربیتی، واحد تبریز، دانشگاه آزاد اسلامی، تبریز، ایران. کد ارکید: ۷۴۸۳-۰۰۹۴-۰۰۰۳-۰۰۰۰
۲. استادیار، گروه روان شناسی، واحد تبریز، دانشگاه آزاد اسلامی، تبریز، ایران، (نویسنده مسئول) پست الکترونیک: m.alivand@iaut.ac.ir، تلفن: ۰۰۲-۰۰۰۰-۱۱۹۷-۹۵۹۸-۰۰۰۰-۰۰۰۰-۰۰۰۰
۳. استادیار، بیمارستان رازی، دانشگاه علوم پزشکی تبریز، تبریز، ایران. کد ارکید: ۷۱۴۶-۰۰۰۰-۰۰۰۲-۰۰۰۰-۰۰۰۰-۰۰۰۰-۰۰۰۰
۴. استادیار، گروه روان شناسی، واحد تبریز، دانشگاه آزاد اسلامی، تبریز، ایران. کد ارکید: ۹۸۱۴-۰۰۰۰-۰۰۰۳-۰۰۰۰-۰۰۰۰-۰۰۰۰-۰۰۰۰

چکیده

زمینه و هدف: اختلال دوقطبی نوع یک، اختلالی مزمن، ناتوان ساز و عودکننده است که با دوره‌های مانیا تعریف شده است و این اختلال باعث بسیاری از اختلالات درون فردی و بین فردی می‌شود. در کل، تحقیق حاضر بر آن بود تا میزان اثربخشی رفتاردرمانی دیالکتیکی مبتنی بر آموزش مهارت‌های تنظیم هیجان را بر تکانشگری و چگونگی تنظیم شناختی هیجان بیماران دوقطبی نوع یک بررسی نماید.

مواد و روش‌ها: تحقیق حاضر از لحاظ روش تحقیق بر اساس پژوهش‌های نیمه تجربی با طرح پیش‌آزمون - پس‌آزمون با گروه کنترل استوار بود. جامعه‌ی آماری این پژوهش را کلیه بیماران مرد بستری در بیمارستان رازی تبریز در سال ۱۳۹۷ تشکیل می‌داد. برای به دست آوردن نمونه‌ی آماری (۳۰ نفر)، از روش نمونه‌گیری هدفمند استفاده گردید؛ همچنین برای کاهش میزان تفاوت گروه‌ها، نمونه به روش جایگزینی تصادفی در دو گروه آزمایش و گواه قرار داده شد. به منظور به دست آوردن داده‌های تحقیق، از پرسشنامه‌های تکانشگری بارت و راهبردهای تنظیم شناختی هیجان گارنفسکی استفاده شد. برای تجزیه و تحلیل داده‌های حاصله، از روش آماری تحلیل کوواریانس چند متغیره با نرم افزار آماری SPSS-۲۴ استفاده شد.

یافته‌ها: نتایج بررسی‌های آماری نشان داد که رفتاردرمانی دیالکتیکی به‌طور معنی‌داری ($p < 0/05$) بر بهبود تکانشگری و راهبردهای تنظیم شناختی هیجان (به‌جز ملامت دیگران و تمرکز مجدد به برنامه‌ریزی، پذیرش و اتخاذ دیدگاه دیگر) بیماران دوقطبی تأثیر داشته است.

نتیجه‌گیری: یافته‌ها حاکی از آن بود که می‌توان از رفتاردرمانی دیالکتیکی مبتنی بر آموزش مهارت‌های تنظیم هیجان برای کاهش تکانشگری و تنظیم شناختی هیجان مبتلایان به اختلال دوقطبی نوع یک همراه با دارودرمانی استفاده نمود.

کلمات کلیدی: اختلال دوقطبی نوع یک، تکانشگری، تنظیم شناختی هیجان، رفتار درمانی دیالکتیکی

وصول مقاله: ۹۸/۳/۱۴ اصلاحیه نهایی: ۹۸/۶/۲ پذیرش: ۹۸/۶/۹

مقدمه

چندى است كه متخصصان امر، اختلال دو قطبى را با دوره‌هاى مانيا، افسردگى يا مختلط با حالت پسيكوتيك يا غيرپسيكوتيك تعريف مى‌كنند. برآوردها حاكي از آن است كه اختلال دوقطبي از جمله بيمارى‌هاى مرگبار بشمار مى‌رود؛ چراكه نه تنها اين بيمارى دومين عامل ناتوان ساز سال‌هاى آينده خواهد بود؛ بلكه ميزان خودكشى در اين جامعه، بين ۱۵ تا ۲۰ درصد در نوسان مى‌باشد (۱، ۲). به باور متخصصان اين حوزه، دامنه‌ى شيوع اختلال دو قطبى چنان تكان دهنده است كه اين اختلال جزء اختلالات شايع، سخت و ناتوان ساز روان پزىكى بشمار مى‌آيد.

از نگاه بالينى، اين اختلال به وضوح بر آشفتگى‌هاى شديد در كنترل تكانه‌ها، هييجانات، تعاملات بين فردى و افت عملکرد كلّى فرد دلالت دارد. بر اين اساس، مبحث هييجان‌ها به عنوان يكي از شاخص‌هاى بالينى و مداخلاتى، مورد هدف بالينگران و روان‌پزشكان امروز قرار دارد (۳). به بيانى ديگر، اگرچه استفاده از دارو در درمان اين اختلال بسيار شايع است؛ ولى چندينى است كه متخصصان بر اهميت غيرقابل انكار آشفتگى‌هاى هييجانى و نداشتن مديريت هييجان در كيفى سازى درمان و جلوگيرى از عود تأكيد وافر دارند. بررسى نتايج درمان‌هاى هييجان‌مدار نشان مى‌دهد كه دخيل دانستن فاكتر هييجان به عنوان وزنه‌ى درمانى مى‌تواند بر ارتقاى سطح اثربخشى درمان تأثير بگذارد؛ ديدگاهى كه سال‌هاى آخر قرن بيستم شاهد كار بست آن در مطالعات بالينى تجربى بود (۴، ۵).

ناگفته پيداست كه نداشتن آگاهى از قدرت تأثير گذارى هييجان‌ها و متعاقب آن، كنترل نداشتن بر هييجان‌هاى آشفته ساز مى‌تواند در نهايت باعث ايجاد نوعى تجربه بنام تكانشگرى شود. در حقيقت، تكانشگرى، رفتارى مهار نشده و بدون تأمل است. به باور متخصصان، تكانشگرى داراى مفهومى چند بعدى بوده كه با رفتارهاى بدون تأمل و پاسخ‌هاى شتاب زده به محرّك‌هاى تجربه شده، تعريف

شده است. در اصل، اين نوع رفتار بدون انديشيدن به اين دليل داراى اهميت است كه موجب تجربه‌ى نتايج و پيامدهاى ناسازگارانه و ناسالم مى‌شود (۶-۸). در واقع، تكانشگرى و رفتارهاى تكانشى بنيان اساسى خيل كنيرى از اختلالات روان شناختى بوده و در اختلال دو قطبى نيز از اهميت بسيارى برخوردار است (۹-۱۱). به عنوان نمونه، مهتدى، جانسون، كارور، گاتليب و كتر پژوهشى به عنوان رويكرد مقطعى به تكانشگرى در بيماران داراى اختلال دوقطبي انجام داده‌اند؛ كه نتايج نشان داد ميزان تكانشگرى بيماران دو قطبى به مراتب بيشتر از افراد عادى است (۱۸). اين نوع نتيجه‌گيرى در يافته‌هاى تحقيقات ديگرى نيز نشان داده شده است (۲۶، ۳۰). با توجه به آنچه مطرح شد، يادگيرى چگونگى كنترل و مديريت هييجان‌ها اين پتانسيل را دارد كه بر ميزان آشفتگى‌هاى روانى افراد تأثير گذاشته؛ و سلامت روان شناختى و سازگارى كلّى آن‌ها را ارتقا دهد (۱۶-۱۸). در حالت كلّى، مرور ادبيات پژوهشى نشان مى‌دهد مداخلاتى كه به نوعى بر آموزش مديريت هييجان استوار بوده است توانسته بر ارتقاى سلامت روان شناختى و كاهش آشفتگى‌هاى روانى بيماران دوقطبي مورد مطالعه تأثير معنيدارى داشته باشد (۱۷-۲۰).

از طرفى، پرواضح است كه نداشتن آگاهى از زبان هييجان‌ها و نبود كنترل بر آن‌ها مى‌تواند در اثر استفاده‌ى ناصحيح از راهبردهاى تنظيم شناختى هييجان باشد. راهبردهاى تنظيم شناختى هييجان عبارت است از چگونگى استفاده كردن از شناخت در پردازش داده‌هاى هييجانى و مديريت اطلاعات حاصل آمده در اين راستا. در واقع، زمان استفاده از اين نوع راهبردها آن هنگامى است كه فرد در حال تجربه‌ى فشار روانى باشد. بررسى‌هاى تجربى رابطه‌ى بين راهبردهاى تنظيم شناختى هييجان با آشفتگى‌هاى روان شناختى را نشان داده‌اند (۱۷-۱۹). همچنين، مطالعات مربوطه حاكي از آن است افرادى كه انواع مشكلات روان شناختى با اساس هييجانى را تجربه مى‌كنند، معمولاً به جاى استفاده از راهبردهاى

سازگارانه (مانند پذیرش، ارزیابی مجدد مثبت)، از راهبردهای مقابله‌ای ناسازگار (مانند فاجعه‌سازی، ملامت دیگران) استفاده می‌نمایند؛ روش‌هایی که می‌تواند در نهایت با ایجاد چرخه‌ی باطل خطرناک، وضعیت سلامت روانی جسمانی بیماران را سخت‌تر کرده و آن‌ها را در معرض آسیب‌های جدی‌تر قرار دهد (۲۴-۲۷)؛ مقوله‌ای که در اختلال دوقطبی نوع یک دارای ادبیات تجربی قوی نمی‌باشد.

با توجه به جنس آشفتگی‌های بیماران دوقطبی و ناتوانی آن‌ها در مدیریت و تنظیم هیجان‌های تجربه‌شده، یکی از مداخلات درمانی همسو با این اختلال، رفتاردرمانی دیالکتیکی است؛ درمانی که به نظر می‌رسد نیازمند انجام پژوهش‌های کنترل‌شده‌ی زیادی است. در اصل، این درمان که توسط ابداع‌کننده آن برای اختلال شخصیت مرزی با ساختاری تعریف‌شده ساخته شده بود؛ بعدها کارایی خودش را در سایر اختلالات شخصیت و اختلالات روانی نشان داد (۱۹). به بیانی دیگر، با توجه به مطالعات انجام‌یافته، نتایج حاکی از آن است که رفتار درمانی دیالکتیکی در قالب‌های فردی و گروهی توانسته است قدرت اثربخشی خود را در درمان و کاهش علائم بسیاری از اختلالات شخصیت و اختلالات روانی مانند اختلال دوقطبی نشان دهد (۲۱-۲۳، ۲۵-۲۸). دلیل احتمالی اثربخشی این نوع درمان بر این منطق استوار است که رفتار درمانی دیالکتیکی بر متغیرهایی حساس است که مشکل اساسی این بیماران است. در حقیقت، در بطن این درمان، آموزش ذهن آگاهی، تحمل‌پریشانی (مهارت‌های پذیرش) و روابط بین فردی و تنظیم هیجان (مهارت‌های تغییر) مورد توجه قرار دارد؛ که البته دو مهارت اولی از اولویت و اهمیت بسیار زیادی برخوردار می‌باشند. در واقع، بیماران مبتلا به اختلال دوقطبی از انواع نشانه‌های هیجان‌محور مانند تکانشگری، تحریک‌پذیری، عدم مدیریت هیجانها، رفتارهای تخریب‌گرایانه، افسردگی و اضطراب رنج می‌برند (۳۰-۲۹). به این نوع جنبش درمانی

که اساساً دارای چارچوبی روانی-آموزشی بوده و بر فلسفه‌ای غنی و رویکرد کاربردی رفتاردرمانی استوار است؛ با تکیه بر قدرت هیجان‌ها، بر این موضوع تأکید دارد که صرف استفاده از ویزیت‌های کوتاه مدت غیر بالینی دارو مدار نمی‌تواند به شکل بنیادین بر علائم اختلال دوقطبی مؤثر واقع گردد (۳۲) به عنوان مثال، بررسی‌ها نشان داده است که داروهای تثبیت‌کننده‌ی خلق از قدرت اثربخشی بالایی برای این اختلال برخوردار نیست (۳۳)؛ مقوله‌ای که اهمیت و ضرورت انجام تحقیقات روان درمانی را بیش از پیش نمایان می‌سازد. بر اساس آنچه مطرح شد، میزان شیوع و آسیب‌زایی اختلال دوقطبی بسیار هشدار دهنده است؛ از طرفی، با توجه به تأکید محافل علمی دنیا بر ادغام درمان‌های دارویی با مداخلات روانشناسی؛ همچنین با عنایت به این امر که درمان مورد نظر اساساً برای اختلال شخصیت مورد توجه بود؛ لذا انجام پژوهش‌هایی با انواع اختلال‌های روانی شدید می‌تواند قدرت اثربخشی این درمان را برای جامعه‌ی روانشناسی بالینی، مشاوره و روان‌پزشکی شفاف‌تر سازد؛ اگرچه اطلاعات حاصل از نتایج درمانی با فرهنگ‌های مختلف نیز نباید از نظر دور نگه داشته شود. بر این اساس، تحقیق حاضر در پی پاسخگویی به این سؤال است که «آیا رفتاردرمانی دیالکتیکی مبتنی بر آموزش مهارت‌های تنظیم هیجان بر کاهش تکانشگری و بهبود تنظیم شناختی هیجان بیماران دوقطبی نوع یک تأثیر دارد؟»

مواد و روش‌ها

طرح تحقیق حاضر بر اساس طرح‌های شبه آزمایشی از نوع پیش‌آزمون - پس‌آزمون با گروه کنترل استوار بود. جامعه آماری پژوهش حاضر متشکل از کلیه بیماران مرد مبتلا به اختلال دوقطبی نوع یک در فاز مانیای غیرپسیکوتیک بود که به علت بیماری در بیمارستان رازی تبریز در سال ۱۳۹۷ بستری بودند. با توجه به این امر که مراحل تشخیصی این اختلال در گروه نمونه‌ی تحقیق توسط روان‌پزشکان و بالینگران با تکیه بر پنجمین نسخه تشخیصی آماری

اختلال‌های روانی قبلاً انجام شده بود؛ با استفاده از روش نمونه‌گیری هدفمند، تعداد ۳۰ نفر انتخاب و به شکل جایگزینی تصادفی در گروه‌های آزمایش و کنترل قرار داده شدند. ملاک‌های ورود بیماران به مطالعه عبارت بودند از: نداشتن اختلال شخصیتی، پسکوتیک، سوء مصرف مواد، افکار جدی خودکشی و بستری بیش از سه بار، داشتن رضایت آگاهانه برای شرکت در پژوهش، دارا بودن حداقل سن ۱۸ تا ۵۹ سال، داشتن سطح تحصیلات حداقل سیکل و ملاک‌ها خروج نیز شامل این موارد بود: عدم شرکت در بیش از دو جلسه‌ی درمانی، شرکت داشتن هم‌زمان در هر نوع مداخله یا برنامه‌ی آموزشی درمانی دیگر در بیمارستان و همکاری نکردن بیمار. لازم به ذکر است، با عنایت به بالینی بودن جامعه‌ی آماری، مراحل اخذ رضایت نامه کتبی و هماهنگی با کمیته اخلاق تیم پژوهشی روان‌پزشکی و علوم رفتاری مرکز آموزشی درمانی بیمارستان رازی تبریز قبل از شروع پژوهش رعایت گردید. همچنین، اصول اخلاقی انجمن روانشناسی آمریکا (احترام به اصل رازداری بیماران، امکان انصراف آزمودنی‌ها از تحقیق، ارائه اطلاعات کافی در مورد چگونگی درمان و پژوهش و نداشتن آسیب جسمانی) مورد نظر محققان قرار داده شد. مسیر انجام مداخله به این شکل بود که گروه آزمایش تحت دوازده جلسه هفتگی رفتاردرمانی دیالکتیکی (با تکیه بر مهارت‌های تنظیم هیجان) قرار داده شدند؛ در حالی که آزمودنی‌های گروه کنترل تنها مصرف‌کننده‌ی دارو بوده و مداخله‌ای دریافت نداشتند. شایان ذکر است که برای حفظ اصول اخلاقی انسانی، مقرر شد بعد از اتمام دوره‌ی درمانی گروه آزمایش، گروه کنترل با نام گروه انتظار برای دریافت مداخله در نظر گرفته شوند. بعلاوه، در راستای جمع‌آوری داده‌ها، از پرسشنامه‌های ذیل استفاده شد:

پرسشنامه تکانشگری: این پرسشنامه که از نوع پرسشنامه‌های خود گزارشی است، توسط بارات توسط پاتون، استنفورد و بارت (۱۹۹۵) معرفی شده است. مقیاس تکانشگری بارات

شامل ۳۰ گویه مدرج چهار نمره‌ای لیکرت است که از هرگز = ۱ تا همیشه = ۴ نمره گذاری می‌گردد. محتوای این پرسشنامه در قالب سه عامل تکانشگری؛ یعنی عدم برنامه‌ریزی، تکانشگری حرکتی و تکانشگری شناختی می‌باشد. تعداد کل گویه‌های این ابزار سنجش، بعد از هنجاریابی در ایران (۲۵)؛ از ۳۰ گویه به ۲۵ گویه کاهش یافته است. تعیین پایایی مقیاس تکانشگری بارت به روش همسانی درونی انجام گردیده است و برای این منظور از فرمول ضریب آلفای کرونباخ استفاده شده است. بر اساس نتایج به‌دست‌آمده، ضریب آلفای کرونباخ، برای سؤالات عامل اول ۰/۸۱، برای سؤالات عامل دوم ۰/۶۷ و برای سؤالات عامل سوم ۰/۷۰ بوده و پایایی باز آزمون نمرات کل ۰/۸۰ به دست آمده است (۲۵). به علاوه، پایایی این پرسشنامه در نمونه‌ی کوچک این تحقیق، بالاتر از ۰/۵ به دست آمد (۱۳).

پرسشنامه تنظیم شناختی هیجان گارنفسکی: این پرسشنامه خود سنجی ۳۶ سؤال دارد که توسط گارنفسکی و همکاران طراحی شده است. پرسشنامه‌ی گارنفسکی دارای نه زیرمقیاس است که عبارت‌اند از: سرزنش خود، پذیرش، نشخوارذهنی، توجه مجدد مثبت، توجه مجدد به برنامه‌ریزی، باز ارزیابی مثبت، اتخاذ دیدگاه دیگر، فاجعه‌آمیز پنداری و سرزنش دیگران. پاسخ‌های این پرسشنامه دارای یک پیوستار پنج‌درجه‌ای (همیشه، اغلب اوقات، معمولاً « گاهی، هرگز) است. سازندگان این پرسشنامه، پایایی آن را از طریق آلفای کرونباخ برای کل پرسشنامه ۰/۹۳ گزارش کرده‌اند. یوسفی با استفاده از ضریب آلفای کرونباخ، پایایی آزمون را ۰/۸۲ و پیوسته‌گر و حیدری ضریب اعتبار آلفای کرونباخ را بین ۰/۶۸ تا ۰/۸۵ گزارش کرده‌اند (۱۲).

برنامه‌ی پروتکل درمانی بر اساس مک کی و وود و برنتلی که در این تحقیق از آن استفاده شده است، درجدول شماره یک به شرح ذیل بود:

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

| جلسات | موضوع جلسه | محتوای جلسه |
|-------|---|---|
| ۱ | مقدمه و دستور جلسه درمان | پیش آزمون، پاسخ به سؤال‌ها در جهت رفع ابهام و ایجاد انگیزه بیشتر؛ آشنا نمودن افراد با موضوع پژوهش؛ توضیح مختصر در مورد اختلال دوقطبی و علائم آن؛ ارائه مفهوم سازی و توصیفی از دوره آموزشی؛ آموزش روانی و ایجاد و ارتقای انگیزه برای درمان مشکلات هیجانی؛ معرفی ابعاد جسمی، روانی و رفتاری هیجان‌ها؛ دلایل و منطق انتخاب موضوع دوره آموزشی هیجان اولیه و ثانویه؛ ارائه تکلیف خانگی |
| ۲ | شناخت و ماهیت هیجانات | آموزش آگاهی هیجانی؛ هیجانات مثبت (شادی) و منفی (خشم، تکانشگری و افسردگی)؛ اعتبار بخشی به هیجانات؛ توصیف و نام گذاری هیجانات اولیه و ثانویه؛ کارکرد هیجانات در زندگی؛ بررسی رفتارها و پایش هیجان‌های اولیه و ثانویه و نوشتن آن در برگ مخصوص؛ ارائه تکلیف |
| ۳ | رفع موانع ابراز هیجانات سالم | رابطه هیجان، فکر و رفتار؛ بررسی سود و زیان رفتارهای آسیب‌زا؛ بررسی سود و زیان رفتار پرخطر و دست انداختن دیگران؛ راهبردهای مقابله با سرزنش خود و دیگران؛ ارائه تکلیف |
| ۴ | کاهش آسیب پذیری جسمی در برابر هیجانات | بررسی نقش تغذیه، خواب، داروها، مواد، الکل، ورزش، بیماری جسمی و استرس در هیجانات؛ ارائه تکلیف |
| ۵ | کاهش و اصلاح ارزیابی های آسیب پذیری شناختی | تعادل بین افکار و احساسات؛ خطاهای شناختی؛ افکار مقابله‌ای؛ بررسی موقعیت، توجه، ارزیابی و پاسخ؛ ارائه تکلیف |
| ۶ | روش های تغییر دادن احساسات ناخوشایند؛ پیش گویی عاطفی | واقع نگری؛ راستی آزمایی افکار؛ مراقب بودن از سوگیری شناختی؛ ارائه تکلیف |
| ۷ | تعدیل هیجانات مثبت | آموزش راهبردهای هیجانات مثبت تعدیل شده؛ بررسی راهبرد شناختی پذیرش و ابعاد مثبت و منفی آن و روش مقابله با ابعاد منفی آن؛ بررسی مقابله با راهبرد منفی نشخوار ذهنی و تأثیرات آن؛ ارائه تکلیف |
| ۸ | مهارت‌های پیشرفته نظم بخشی هیجان - ذهن آگاهی و عدم قضاوت هیجان‌ها | توجه آگاهانه و قضاوت نکردن هیجان‌ها و پذیرش آن‌ها؛ بررسی راهبرد توجه مجدد مثبت و ابعاد مثبت و منفی آن؛ استفاده از تکنیک توجه آگاهانه تنفس؛ ارائه تکلیف |
| ۹ | رویارویی و عدم اجتناب هیجانی | ثبت هیجانات و شناسایی علل آن‌ها (درونی یا بیرونی) و مشخص کردن پاسخ مقابله‌ای مؤثر یا نا مؤثر (سرکوب یا اجتناب)؛ بررسی راهبرد باز ارزیابی مثبت و تأثیرات مثبت آن؛ ارائه تکلیف |
| ۱۰ | عمل کردن برعکس تمایلات هیجانی | بررسی احساس‌های معتبر و نامعتبر؛ اقدام نکردن بر اساس هیجان و جلوگیری از تشدید هیجان؛ مخالف تمایل هیجانی عمل کردن؛ ارائه تکلیف |
| ۱۱ | - حل مسئله - هیجان به مثابه اطلاعات | آموزش مراحل حل مسئله؛ بررسی هیجانات به مثابه شبکه خبری ۲۴ ساعته؛ ارائه تکلیف |
| ۱۲ | خستگی ایگو (پایان جلسه) | لزوم مداومت و پشتکاری در زندگی و مقابله با سختی‌ها؛ امیدواری و تحمل سختی‌ها؛ جمع بندی و توصیه های پایانی در جهت ادامه ی روند درمان و اجرای پس آزمون، تشکر و قدردانی |

یافته‌ها

با توجه به نتایج حاصل از تجزیه و تحلیل آمار توصیفی، آزمودنی‌ها دارای میانگین سنی ۳۴ (۲۲ تا ۵۹) سال بودند؛ که ۱۴ نفر آن‌ها مجرد و ۲۱ نفرشان متأهل بود. از لحاظ سواد نیز، گروه مورد مطالعه دارای تحصیلاتی بین سیکل تا

دانشگاه داشتند؛ اگرچه بیشترین آزمودنی‌ها، یعنی ۱۸ نفر (۶۰/۰)، دارای سواد دبیرستانی بودند. از لحاظ شغلی نیز، کل آزمودنی‌های مورد مطالعه شغل غیر دولتی داشتند. بعلاوه، سابقه بستری بیماران هر دو گروه، بین ۱ تا سه بار

بود. در جریان آزمون فرضیه ها، بعد از اطمینان از مفروضه های مانکوا، فرضیه ی اول تحقیق مبنی بر اینکه «رفتار در مانی دیالکتیکی (مبتنی بر آموزش مهارت های تنظیم هیجان) بر کاهش تکانشگری بیماران دوقطبی نوع یک

در مرحله مانپای غیر پسیکوتیک تأثیر دارد؛» مورد آزمون آماری قرار گرفت. نتایج آزمون مانکوا برای این فرضیه در ذیل ارائه شده است.

جدول ۲. آزمون چند متغیری تفاوت میانگین ها بر اساس رفتار درمانی دیالکتیکی در بین بیماران دو گروه (تکانشگری)

| مقدار | واریانس | سطح معنی داری | مجذوراتا |
|---------------|---------|---------------|----------|
| لامبدای ویلکز | ۰/۳ | ۱۷/۵۶ | ۰/۶۹ |

$$P < 0/05$$

جلسات روان درمانی رفتاردرمانی دیالکتیکی در گروه آزمایش درحالت کلی متغیر تکانشگری بیماران مانیک را به میزان ۶۹ درصد کاهش داده است . بر اساس جدول ۲، میزان تکانشگری بیماران در دو گروه از لحاظ آماری تفاوت معنی داری دارد ($F = 17/56$ ، $P = 0/000$)، $P = 0/3$ = لامبدای ویلکز، $0/69$ = مجذوراتا). به بیانی

دیگر، پس از رفتار در مانی دیالکتیکی (مبتنی بر آموزش مهارت های تنظیم هیجان) به میزان ۶۹٪ کاهش تکانشگری بیماران را شاهد بوده ایم.

جدول ۳. نتایج تحلیل واریانس چند متغیره برای مقایسه مولفه های تکانشگری بیماران دوقطبی در گروه های آزمایش و کنترل

| منبع | مقیاس | مجموع مجذورات | درجه آزادی | میانگین مجذورات | واریانس | سطح معنی داری | مجذوراتا |
|------|--------------------------|---------------|------------|-----------------|---------|---------------|----------|
| گروه | تکانشگری عدم برنامه ریزی | ۱۷۴/۵ | ۱ | ۱۷۴/۵ | ۱۰/۱۵ | ۰/۰۰۴ | ۰/۲۸ |
| | تکانشگری حرکتی | ۳۸۰/۷۸ | ۱ | ۳۸۰/۷۸ | ۱۰/۷۴ | ۰/۰۰۳ | ۰/۳۰ |
| | تکانشگری شناختی | ۶۴/۷۴ | ۱ | ۶۴/۷۴ | ۱۱/۲ | ۰/۰۰۳ | ۰/۳۰ |

بیماران مانیک گروه آزمایش بعد از انجام روان درمانی دیالکتیکی، تکانشگری های حرکتی، شناختی و شناختی کاهش یافته است.

پس از اثبات اثربخشی رفتاردرمانی دیالکتیکی (مبتنی بر آموزش مهارت های تنظیم هیجان) در کاهش تکانشگری بیماران دوقطبی نوع یک در حالت کلی؛ در ادامه به بررسی اثربخشی درمان مزبور در وضعیت مولفه های سه گانه این متغیر پرداخته شد. طبق جدول ۳، هنگامی که نتایج متغیرهای

وابسته به صورت جداگانه در نظر گرفته شد، مشاهده گردید که در شاخص های تکانشگری عدم برنامه ریزی ($0/016 < p$ ، $F = 10/15$)، تکانشگری حرکتی ($0/016 < p$ ، $F = 10/74$) و تکانشگری شناختی ($0/016 < p$ ، $F = 11/2$) تفاوت معنی دار وجود دارد.

جدول ۴. میانگین نمرات مولفه های تکانشگری بیماران براساس شرکت یا عدم شرکت در رفتار درمانی دیالکتیکی

| مؤلفه ها | گروه | میانگین |
|--------------------------|--------|---------|
| تکانشگری عدم برنامه ریزی | آزمایش | ۱۳/۸۸ |
| | کنترل | ۱۹/۷۱ |
| تکانشگری حرکتی | آزمایش | ۲۱/۲۶ |
| | کنترل | ۲۹/۸۷ |
| تکانشگری شناختی | آزمایش | ۶/۸۲ |
| | کنترل | ۱۰/۳۷ |
| تکانشگری | آزمایش | ۴۱/۹۷ |
| | کنترل | ۵۹/۹۶ |

کاهش میانگین مؤلفه های تکانشگری و خود کل تکانشگری را در گروه آزمایش بعد از انجام جلسات رفتار درمانی دیالکتیکی نشان می دهد .

یافته های جدول ۴ نشان می دهد که میانگین نمره تکانشگری عدم برنامه ریزی بیماران پس از رفتار درمانی دیالکتیکی (۱۳/۸۸) به طور معنی داری نسبت به گروه گواه (با میانگین ۱۹/۷۱) کاهش یافته است؛ همچنین، میان نمره تکانشگری حرکتی بیماران پس از رفتار درمانی دیالکتیکی (۲۱/۲۶) نسبت به گروه کنترل (با میانگین ۲۹/۸۷) کاهش یافته است؛ بعلاوه، نمره میانگین تکانشگری شناختی بیماران پس از رفتار درمانی دیالکتیکی (۶/۸۲) نسبت به گروه کنترل (با میانگین ۱۰/۳۷) کاهش یافته است. در مجموع، نمره تکانشگری بیماران پس از رفتار درمانی دیالکتیکی (۴۱/۹۷) نسبت به گروه کنترل (با میانگین ۵۹/۹۶) کاهش نشان می دهد. لذا، می توان چنین نتیجه گرفت که شرکت در دوره ی مداخله ای رفتار درمانی دیالکتیکی توانسته است در کاهش میزان تکانشگری بیماران و مؤلفه های آن تأثیر بسزایی داشته است.

در فرضیه دوم تحقیق نیز مبنی بر اینکه «رفتار درمانی دیالکتیکی (مبتنی بر آموزش مهارت های تنظیم هیجان) بر تنظیم هیجانی شناختی بیماران دوقطبی نوع یک در مرحله مانای غیر پسیکوتیک تأثیر دارد»، بعد از بررسی مفروضه های آماری مورد نظر، از تحلیل واریانس چند متغیری (مانکوا) استفاده شد.

جدول ۵. آزمون چند متغیری تفاوت میانگین ها بر اساس رفتار درمانی دیالکتیکی در بین بیماران دوقطبی در گروه های آزمایش و کنترل (تنظیم شناختی هیجان)

| مقدار | واریانس | سطح معنی داری | مجذور اتا |
|---------------|---------|---------------|-----------|
| لامبدای ویلکز | ۰/۱۷ | ۵/۹۱ | ۰/۸۲ |

$P < 0.05$

بیماران مانیک گروه آزمایش بعد از شرکت در جلسات رفتار درمانی دیالکتیکی به میزان ۸۲ درصد تنظیم شناختی هیجان پیدا کرده اند با توجه به جدول ۵، از نظر آماری تفاوت معنی داری بین میزان متغیر تنظیم شناختی هیجان بیماران در دو گروه به دست آمد ($F = 5.91$ ، $P = 0.004$ ، $\eta^2 = 0.17$) = لامبدای ویلکز، 0.82 = مجذور اتا). در اصل، بر اساس یافته های این فرضیه،

جدول ۶. نتایج تحلیل واریانس چند متغیره در مؤلفه های تنظیم شناختی هیجان بیماران دوقطبی در گروه های آزمایش و کنترل

| منبع | مقیاس | مجموع مجدورات | درجه آزادی | میانگین مجدورات | واریانس | سطح معنی داری | مجدور اتا |
|------|---------------------------|------------------|---------------|--------------------|---------|------------------|--------------|
| گروه | ملاط خویش | ۱۶۳/۴۴ | ۱ | ۱۶۳/۴۴ | ۲۲/۵۲ | ۰/۰۰۰ | ۰/۵۴ |
| | پذیرش | ۶۹/۸ | ۱ | ۶۹/۸ | ۹/۷۹ | ۰/۰۰۶ | ۰/۳۴ |
| | نشخوار پذیری | ۹۵/۷۶ | ۱ | ۹۵/۷۶ | ۱۲/۹۳ | ۰/۰۰۲ | ۰/۴ |
| | تمرکز مجدد مثبت | ۱۲۶/۸ | ۱ | ۱۲۶/۸ | ۳۵/۵ | ۰/۰۰۰ | ۰/۶۵ |
| | تمرکز مجدد بر برنامه ریزی | ۱۳/۶۷ | ۱ | ۱۳/۶۷ | ۲/۲۵ | ۰/۰۱۴ | ۰/۱ |
| | ارزیابی مجدد مثبت | ۱۱۰/۳۱ | ۱ | ۱۱۰/۳۱ | ۱۷/۱۷ | ۰/۰۰۱ | ۰/۴۷ |
| | دیدگاه گیری | ۶۰/۹۱ | ۱ | ۶۰/۹۱ | ۹/۲۷ | ۰/۰۰۷ | ۰/۳۲ |
| | فاجعه سازی | ۹۰/۸۶ | ۱ | ۹۰/۸۶ | ۲۰/۶۲ | ۰/۰۰۰ | ۰/۵۲ |
| | ملاط دیگران | ۳/۱۴ | ۱ | ۳/۱۴ | ۰/۴۲ | ۰/۵۲ | ۰/۰۲ |

رفتاردرمانی دیالکتیکی مؤلفه های تنظیم شناختی هیجان مانند تمرکز مجدد مثبت، ارزیابی مجدد مثبت را افزایش داده و بر میانگین نمرات ملاط خویش، نشخوارپذیری و فاجعه سازی تأثیر کاهشی بسزایی داشته است. ولی رفتاردرمانی دیالکتیکی بر ملاط دیگران و تمرکز مجدد بر برنامه ریزی تأثیر معنی داری نداشته است.

درمانی دیالکتیکی (۹/۱۳) به طور معنی داری نسبت به گروه کنترل (با میانگین ۱۳/۳۳) کاهش یافته است. بعلاوه، نمره میانگین تمرکز مجدد مثبت بیماران پس از رفتار درمانی دیالکتیکی (۱۸/۲۱) نسبت به گروه کنترل (با میانگین ۱۳/۲۴) و همچنین نمره میانگین تمرکز ارزیابی مجدد مثبت بیماران پس از رفتار درمانی دیالکتیکی (۱۷/۴۸) نسبت به گروه کنترل (با میانگین ۱۲/۸۴)؛ و نمره ی میانگین دیدگاه گیری بیماران پس از دریافت مداخله (۱۴/۷۲) نسبت به گروه کنترل (۱۱/۲۷) افزایش نشان می دهد. در نتیجه شرکت در دوره رفتاردرمانی دیالکتیکی در افزایش میزان این پنج شاخص تنظیم هیجانی بیماران تأثیر بسزایی داشته است؛ اما رفتاردرمانی دیالکتیکی در بهبود شاخص های تمرکز مجدد بر برنامه ریزی و ملاط دیگران اثربخشی لازم را نداشته است.

بحث

هنگامی که نتایج متغیرهای وابسته به صورت جداگانه در نظر گرفته شد، مشاهده گردید که تفاوت معنی داری بین تنظیم شناختی هیجان بیماران و مؤلفه پنچگانه ملاط خویش، نشخوارفکری، تمرکز مجدد مثبت، ارزیابی مجدد مثبت، فاجعه سازی گروه آزمایش و کنترل وجود دارد ($p < 0.05$). اما رفتار درمانی دیالکتیکی در بهبود چهار شاخص پذیرش، تمرکز مجدد بر برنامه ریزی، دیدگاه گیری و ملاط دیگران بیماران اثربخشی لازم را نداشته است ($p > 0.05$). در اصل، نتایج نشان داد که شرکت در دوره ی رفتار درمانی دیالکتیکی توانسته است به جز شاخص های تمرکز مجدد بر برنامه ریزی، ملاط دیگران، پذیرش و دیدگاه گیری بر کل زیر مؤلفه های تنظیم شناختی هیجان بیماران تأثیر داشته باشد. همچنین میانگین نمره ملاط خویش بیماران پس از رفتاردرمانی دیالکتیکی (۹/۶۷) به طور معنی داری نسبت به گروه کنترل (با میانگین ۱۵/۳۲)؛ همچنین، میانگین نمره نشخوار پذیری بیماران پس از رفتار درمانی دیالکتیکی (۱۱/۹۴) نسبت به گروه کنترل (با میانگین ۱۶/۲۵)؛ و نمره فاجعه سازی بیماران پس از رفتار

این تحقیق با هدف تعیین اثربخشی رفتار درمانی دیالکتیکی مبتنی بر آموزش مهارت‌های تنظیم هیجان بر تکانشگری و تنظیم شناختی هیجان بیماران مبتلا به اختلال دوقطبی نوع یک در فاز غیرپسیکوتیک انجام شده است. نتایج آزمون فرضیه‌ی اول نشان داد که رفتار درمانی دیالکتیکی توانسته است تکانشگری بیماران گروه آزمایش را نسبت به بیماران گروه کنترل کاهش دهد؛ این یافته با نتایج تحقیق آفایو سفی و همکاران (۳۴)، فرورشی و همکاران (۲۳) همسو می باشد. در تبیین این یافته می توان چنین گفت که رفتار درمانی دیالکتیکی برگرفته از فلسفه‌ی هگلی بر اصولی تکیه دارد که در پی راه اندازی پتانسیل های فردی در جهت ارتقای سطح کیفی دیالکتیک فردی و بین فردی است. همچنین، هدف اساسی رفتار درمانی دیالکتیکی همان طور که از نامش پیداست، در حوزه‌ی یاددهی و یادگیری قرار دارد. به بیانی دیگر، به کارگیری و تعمیم مهارت های انطباقی خاصی از اهداف اصلی این درمان بوده و هدف نهایی آن کمک به بیمار مبتلا به اختلال دوقطبی برای شکستن و فایق آمدن بر چرخه‌ی معیوب رفتارهای تکانه ای و بی ثباتی هیجانی است در اصل، یادگیری مهارت های تنظیم هیجان، مدیریت و کنترل هیجان ها می تواند فرد را در شناخت بهتر، عمیقتر و واقعی تر هیجانهای تجربه شده کمک کرده؛ و باعث گردد بیمار در دام رفتارهای ناخردمندانه و بدون تفکر گرفتار نیاید. از طرفی، شناخت صرف هیجان ها نمی تواند بر ساختار کنشی و واکنشی بیماران دوقطبی تأثیر بگذارد؛ لذا شناخت و نام گذاری هیجان ها باید با پذیرش آن ها هم جهت باشد؛ چراکه له کردن و سرکوب هیجان ها خطرناک بوده و قادر است سلامت روانی فرد را در طولانی مدت با مشکل مواجه سازد. از طرفی (۳۲) یادگیری، اساس و بنیان این نوع مداخله است؛ زیرا یادگیری برخورد مهندسی شده با هیجان ها و دوری از قضاوت های عجولانه و خام باعث می شود رفتار فرد به شکل ماهرانه درآمده و رضایت کلی وی از رفتارهای فردی و بین فردی افزایش یابد. همچنین، بر اساس یافته های

این تحقیق، تفاوت معنی داری در هر سه زیرمؤلفه‌ی تکانشگری (شناختی، حرکتی و عدم برنامه ریزی) مشاهده شد؛ نتایجی که همسو با دیگر تحقیق های مشابه است (۳۲-۳۰، ۲۷، ۲۲، ۲۱). در تبیین این یافته می توان چنین بیان داشت که یادگیری های مربوط به مهارت های تأثیر گذار فردی و بین فردی با تمرکز بر هیجان ها و دادوستد بین هیجان ها، افکار و رفتار توانسته است بر میزان آگاهی بیماران مؤثر بوده و میزان رفتارهای تکانشی آن ها را کاهش دهد (۳۰). برعکس، این بیماران به دلیل عدم آگاهی و شناخت کافی از هیجان ها، شناخت های اشتباه را درست قلمداد کرده و تکانشی عمل می کنند؛ که این خود سبب تشدید و بروز نشانه های های مرضی بیشتر در این بیماران می شود. به علاوه، مداخله آموزشی در برنامه های روزانه ی بیماران دوقطبی که هر آن در معرض سوگیری های رفتاری و متعاقب آن تکانشگری قرار دارند؛ قادر بوده است در مدیریت هیجان ها تأثیر گذاشته و رفتارهای فردی و بین فردی آن ها را منظم تر سازد. در حقیقت، رفتارهای تکانشگری در دامنه‌ی محدود و تعریف شده ای اتفاق نمی افتند؛ بلکه آن ها با سایر رفتارهای آسیبزا (مانند بی بندوباری جنسی، نابسامانی های خواب، روابط بین فردی مریض) همراهی داشته و مشکل کنترل هیجان ها را حادتر می سازد؛ لذا، دخالت دادن فرآیند درمان در جریان تجارب زندگی روزانه یکی از شاخص های مهم تأثیر گذاری رفتار درمانی دیالکتیکی بشمار می رود. در اصل، در بیماری دوقطبی، اساس زیربنایی اختلال را طغیان های هیجانی غیرقابل کنترل، بی ثباتی عاطفی، مشکلات خلقی و نداشتن ایده های ناب رفتاری برای کنترل موقعیت تشکیل داده است؛ لذا آگاهی و شناخت هیجان ها، یادگیری مهارت های لازم برای کنترل رفتارهای پرخطر هیجان محور و مدیریت هیجان های تجربه شده، شاه کلید چرایی مؤثر بودن این نوع درمان است؛ چراکه باور بر این است که نداشتن این نوع آگاهی عامل و باعث بسیاری از نابسامانی های روان شناختی است (۳۵).

همچنین، با توجه به فرضیه‌ی دوم این پژوهش، میانگین کلیه‌ی ابعاد تنظیم شناختی هیجان (به‌استثنای تمرکز مجدد بر برنامه‌ریزی، دیدگاه‌گیری و ملامت دیگران) گروه آزمایش نسبت به گروه کنترل افزایش یافته؛ تفاوتی که تأثیر رفتاردرمانی دیالکتیکی مبتنی بر تنظیم هیجان را در بهبود تنظیم شناختی هیجان تأیید می‌کند. این یافته‌ها با یافته‌های پژوهش‌های اندکی که در این حوزه انجام شده هم‌جهت است (۳۹-۳۶). در واقع، با توجه به عناصر تشکیل‌دهنده‌ی رفتاردرمانی دیالکتیکی، این مداخله غیر دارویی به همراه برقراری اتحاد درمانی، قادر است بر شناخت کلی، جنبه‌های سیستم تنظیم هیجانی، تجربه‌ی پدیدارشناسی و رفتارهای کلی بیماران تأثیر بگذارد. در حالت کلی، قرار گرفتن در شرایط استرس‌زای زندگی باعث می‌شود بیماران دوقطبی بجای اندیشیدن در خصوص پیامدهای احتمالی رفتار متأثر از محرک‌های درونی و بیرونی؛ واکنشی سریع و نامناسب نشان دهند؛ چراکه تفکر در چگونگی رفتار نیازمند ارزیابی مجدد بوده و این جریان شناختی رفتاری از حوصله‌ی این بیماران خارج است بنابراین، در تبیین دیگری در خصوص اثربخشی آموزش مهارت‌های تنظیم هیجان بر تنظیم شناختی هیجان بیماران دوقطبی نوع یک می‌توان چنین اذعان داشت که یادگیری چگونگی مدیریت هیجان‌ها قادر است دیدگاه کلی فرد را در خصوص تشخیص و ارزیابی تجارب هیجانی منفی تغییر داده و از شدت‌های کاذب آن بکاهد. به‌عنوان نمونه، در حوزه‌ی تنظیم هیجانی، بیماران دوقطبی پذیرش پایینی نسبت به هیجان‌های خود دارند؛ و در واکنش به محرک‌ها، حساسیت بالایی نشان می‌دهند (۳۵). در حقیقت، آموزش مهارت‌های لازم برای کنترل هیجان‌ها، به‌طور کلی، بر میزان تجربه‌ی کارآمدی بیمار تأثیر گذاشته و آن‌ها را برای پذیرش و برخورد مناسب با هیجان‌های منفی مشکل‌ساز و در نهایت داشتن عملکرد روان‌شناختی مناسب و سالم مهیاتر می‌سازد. بر این اساس، با توجه به قدرت اثربخشی رفتاردرمانی دیالکتیکی می‌توان چنین استنباط نمود که نظم

دهی هیجانی فاکتوری بنیادین و تعیین‌کننده برای تجربه‌ی یک زندگی روان‌شناختی سالم و سازگار برای بیماران دو قطبی است (۱۵،۲۶)، موضوعی که نقطه ضعف درمان‌های شناختی رفتاری در جهت موفقیت‌های درمانی با این بیماران در فازهای مانیا و عود بشمار می‌رود (۱۴). از طرفی، با عنایت به این امر که در بطن مداخله‌ی بکار رفته، تکیه‌ی تکالیف بیشتر بر مهارت‌های فردی استوار است؛ لذا این امر معنی‌دار نشدن متغیر بین فردی بنام ملامت دیگران را می‌تواند توجیه نماید؛ چراکه این متغیر در روابط بین فردی معنی پیدا می‌کند و بدون آموزش و آگاهی نمی‌توان تغییر زیادی در آن ایجاد نمود. در تبیین دیگری نیز می‌توان چنین عنوان کرد که ارتقای سطح عملکرد بین فردی این بیماران نیازمند درگیر کردن نزدیکان آن‌ها است؛ با این منطق که تنظیم هیجان علاوه بر جنبه درونی، دارای جنبه بیرونی هم است؛ از طرف دیگر شخصیت و شرایط زندگی بیماران در دست ما نیست؛ لذا درگیر نکردن اطرافیان بیمار در جریان مداخله می‌تواند بر شکست بیمار در متغیرهای بین فردی کمک‌کننده باشد در کل، نتیجه‌ی نهایی آن است که رفتاردرمانی دیالکتیکی با استفاده از فرآیند یاددهی و یادگیری مهارت‌ها و راهبردهای سازگارانه‌ی هیجان محور همچون شناخت هیجان‌های مثبت و منفی، کنترل و مدیریت آن‌ها و یادگیری چگونگی مقابله با آن‌ها می‌آموزد که چگونه در مقابل محرک‌های بیرونی و درونی با مناسب‌ترین روش پاسخ گوید؛ یعنی با یادگیری این نوع کنترل، فرد این توانایی را پیدا می‌کند تا پاسخ‌های هیجانی خردمندانه به رویدادها و محرک‌های استرس‌زای زندگی بدهد (۲۶،۳۰). همچنین، با توجه به این امر که چندی است متخصصان در پی شفاف‌سازی اثرات و عوارض منفی دارودرمانی در حوزه‌ی اختلالات دوقطبی می‌باشند؛ از طرفی با عنایت به این مهم که صرف استفاده از دارو توانسته تاکنون رضایت درمانگران و بالینگران را در خصوص درمان این نوع اختلال جلب نماید؛ شاید بهره گرفتن از پتانسیل‌های رفتاردرمانی

دیالکتیکی هیجان مدار بتواند خلأهای درمانی این نقایص و شکست‌های درمانی دیگر مداخلات روان‌شناختی را کمتر کند (۴۰، ۱۴).

این پژوهش با محدودیت‌هایی روبه‌رو بود که ذکر آن‌ها می‌تواند برای تحقیق‌های آتی کارگشا باشد. طبق معمول بسیاری از کارهای مداخله‌ای، حجم کم نمونه، تعمیم‌پذیری این یافته‌ها را با مشکل مواجه می‌سازد. همچنین، تک جنسیتی بودن (مردان)، عدم کنترل اثرات و عوارض داروها، استفاده از ابزارهای خود گزارش دهی، دخالت ندادن نزدیکان بیماران در فرآیند درمان و نداشتن دوره‌ی پیگیری از جمله محدودیت‌های مهم این تحقیق بشمار می‌رود. در انتها، پیشنهاد می‌شود: الف) از تحقیق‌های مقایسه‌ای برای نمایش ظرافت‌های نهفته‌ی این نوع درمان استفاده شود؛ ب) اثربخشی این درمان بر بیماران سرپایی نیز بررسی گردد؛ ج) برای نمایش چگونگی و قدرت واقعی این درمان، از روش‌های عمیق‌تر جمع‌آوری داده‌ها مانند مصاحبه نیز بهره گرفته شود؛ و د) با توجه به هیجان محور بودن این مداخله، بهتر است پژوهش‌های آتی، اثربخشی این نوع درمان را در شکل‌های فردی و گروهی به محک آزمایش قرار دهد. درکل، امید است نتایج این پژوهش، علیرغم تمام کاستی‌های آن، بتواند بر مسیر مداخلات روان‌شناختی اختلال دوقطبی سایه افکنده و هم‌آوایی متخصصان بالینی را با روان‌پزشکان بیش از پیش هموارتر سازد (۴۰).

نتیجه‌گیری

نتایج این مطالعه نشان داد که رفتاردرمانی دیالکتیکی با استفاده از فرآیند یاددهی و یادگیری مهارت‌ها و راهبردهای

سازگارانه‌ی هیجان محور همچون شناخت هیجانهای مثبت و منفی، کنترل و مدیریت آن‌ها و یادگیری چگونگی مقابله با آن‌ها می‌آموزد که چگونگی در مقابل محرک‌های بیرونی و درونی با مناسبت‌ترین روش پاسخ گوید؛ یعنی با یادگیری این نوع کنترل، فرد این توانایی را پیدا می‌کند تا پاسخ‌های هیجانی خردمندانه به رویدادها و محرک‌های استرس‌زای زندگی بدهد (۲۶). همچنین، با توجه به این امر که چندی است متخصصان در پی شفاف‌سازی اثرات و عوارض منفی دارودرمانی در حوزه‌ی اختلالات دوقطبی می‌باشند؛ از طرفی با عنایت به این مهم که صرف استفاده از دارو نتوانسته تاکنون رضایت درمانگران را در خصوص درمان این نوع اختلال جلب نماید؛ شاید بهره‌گرفتن از پتانسیلهای رفتار درمانی دیالکتیکی هیجان مدار بتواند خلأهای درمانی این نقایص و شکست‌های درمانی دیگر مداخلات روان‌شناختی را کمتر کند.

تشکر و قدردانی

نویسندگان این مقاله مراتب تشکر صمیمانه خود را از کلیه‌ی بیماران و روان‌پزشکان بخش‌های مختلف بیمارستان رازی تبریز ابراز می‌دارند. همچنین، این پژوهش با کمک مالی هیچ نهاد و سازمانی صورت نگرفته است. هیچ کدام از نویسندگان این مطالعه، افراد و یا دستگاه‌های تعارض منافی برای انتشار این مقاله ندارند و از هیچ نهاد و فردی کمک مالی دریافت نشده است و تمامی ملاحظات اخلاقی در پژوهش رعایت شده بود. در نهایت، لازم به ذکر است که این مقاله برگرفته از رساله دکتری تخصصی روان‌شناسی عمومی دانشگاه آزاد اسلامی واحد تبریز است.

منابع

1. Sadock BJ, Sadock VA. Comprehensive Textbook of Psychiatry. LWW. 2017; 20(11):1123-26.

2. Green MJ, Lino B J, Hwang E-J, Sparks A, James C, Mitchell PB. Cognitive regulation of emotion in Bipolar I disorder and unaffected biological relatives. *Acta Psychiatrica Scandinavica*. 2011; 124: 307-16.
3. Van Rheenen T, Murray G, Rossell SL. Emotion regulation in bipolar disorder: Profile and utility in predicting trait mania and depression propensity. *J Psychol Res*. 2015; 225: 425-32.
4. Barekattain M, Khodadadi R, Maracy MR. Outcome of single manic episode in bipolar I disorder: a six-month follow-up after hospitalization. *J Res Med Sci*. 2011; 16(1): 56-62.
5. Miklowitz D. Family Treatment for Bipolar Disorder and Substance Abuse in Late Adolescence. *J Clin Psychol*. 2012; 68(5): 502-13.
6. Gago B, Perea M, Sierra P, Livianos L, Cañada-Martínez A, García-Blanco A. Do affective episodes modulate moral judgment in individuals with bipolar disorder?. *J Affect Disord*. 2019; 245: 289-96.
7. Reich R, Gilbert A, Clari R, Burdick KE, Szeszko PR. A preliminary investigation of impulsivity, aggression and white matter in patients with bipolar disorder and a suicide attempt history. *J Affect Disord*. 2019; 247:88-96.
- 8- Swann AC. Mechanisms of impulsivity in bipolar disorder and related illness. *Epidemiological Psychiatric Sociale*. 2011; 19(2): 120-30.
9. Swann AC, Moeller FG, Steinberg JL, Schneider L, Barratt ES, Dougherty DM. Manic symptoms and impulsivity during bipolar depressive episodes. *Bip Dis*. 2007; 9: 206-12.
10. Kamaldeep Bhui .Impulsivity, Attachment, and Relational Psychopathology. *J Clin Psychol*. 2018; 3(213): 570-76.
11. Goldstein TR, Fersch-Podrat RK, Rivera M, Axelson DA, Merranko J, Yu H, et al. Dialectical behavior therapy for adolescents with bipolar disorder: Results from a pilot randomized trial. *J Child Adolesc Psycho*. 2015; 25(2): 140-49.
12. Hasani J. Psychometric properties of emotional cognitive regulation questionnaire. *J Clin Psychol*. 2011; 3(7):73-83.
13. Javid M, Mohammadi N, Rahimi Ch. Psychometric Properties of the Persian Version of the Eleventh Barth Impact Magazine. *J Psychol Meth Mod*. 2012; 2(8): 23-34 (Persian).
- 14 .Andrada D, Neacsiu S, Jeremy W, Rachel K, Taylor W, Marsha M . Dialectical behavior therapy skills for transdiagnostic emotion dysregulation: A pilot randomized controlled trial. *Beh Res and Therap*. 2014; 59: 40-51.
- 15 . Richardson TH. Psychosocial intervention for bipolar disorder. *J Med Sci*. 2020; 10(6):112-143.
16. Louisa G, Rebecca E, Thilo D, Michael E, Tohen M, Melvin G, et al. Poor quality of life and functioning in bipolar disorder. *Int J of Bipr Dis*. 2017; 14:5-10
- 17.Garnefski N, Kraaij V. Relationships between cognitive emotion regulation strategies and depressive symptoms: A comparative study of five specific samples. *Person and Indivi Differ*. 2006; 40:1659-69.
18. Muhtadie L, Johnson S, Carver C, Gotlib H, Ketter T. A profile approach to impulsivity in bipolar disorder: The key role o strong emotions. *Acta Psychiatrica Scandinavica*. 2014; 129: 100-108.
19. Linehan M, Dexter-Mazze E. Dialectical Behavior Therapy for Borderline Personslity Disorder. *Clin Handbook of Psych Dis*. 2008; 15: 365-462.
20. Zouk H, Tousignant M, Segun M, Lesage A, Turecki G. Characterization of impulsivity in suicide completers: clinical behavioral and psychosocial dimensions. *J Aff Dis*. 2018; 90 (10): 195-204.
21. Akhavan Sh, Sajjadian MA. Effectiveness of Dialectical Behavior Therapy on Emotional Instability and Impulsivity in Bipolar Patients. *J Clin Psychol*. 2016; 3 (31): 1-15 (Persian).
- 22.Gholipour I, Zamani S, Jahangir S, Imani A, Zamani S. The effectiveness of impulse control and dialectical behavior therapy training on impulsivity, Lack of motor and cognitive planning inadolescent girls with disruptive mood dysregulation disorder. *J Tho & Beh in Clin Psychol*. 2014;9(35): 7-16.
- 23.Farvareshi M, Alivandi Vafa M, Faghari A, Azmoudahe M. Effectiveness of dialectical Behavioral Therapy (Emotionregulation Skills Training) on Impulsivity and Quality of life in patients with Type I Bipolar Disorder. *J Urmia Uni Medi Scs*. 2019; 30(1):29-40 (Persian).

24. Habibi M, Akbari P, Falahatpishe M, Narimani M, Abedi P. Effectiveness of Dialectical Behavior Therapy in Improving Symptoms of Patients with ysthymic Disorder. J of Hea and Care. 2016; 17(4): 329-39.
25. Zamani N, Ahmadi V, Ataie M, 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 Showing a Tendency to Suicide. Sci J Ilam Uni Med Scs. 2014; 20(5):1-10(Persian).
26. Joaquim S, Carlos J, Tiana T, Cebrià A, Barrachina J, Campins M, et al. Dialectical behavior therapy skills training compared to standard group therapy in borderline personality disorder. Beh Res and Ther. 2009; 44: 128-33.
27. Telch CF, Agras WS, Linehan MM. Dialectical behavioral therapy for binge eating disorder. J Couns Psychol. 2001; 38: 1061-65.
28. Hesslinger B, Tebartz Van L, Nyberg E, Dykieriek P, Richter H, Berner M, et al. Psychotherapy of attention deficit hyperactivity disorder in adults: a pilot study using a structured skills training program. Eur Arch Psychol Clin. 2002; 252: 177-84.
29. Karbalaee A, Meygoni M, Ahadi A. Declining the Rate of Major Depression: Effectiveness of Dialectical Behavior Therapy. Soc and Beh Scs. 2012; 35, 230-36 (Persian).
30. Marsha M, Linehan F. Rationale for Dialectical Behavior Therapy Skills Training. The Guilford Press [Internet]. 2015 [cited 2016 May 15]; 13: 165-72. Available from: <http://www.guilford.com/p/linehan>.
31. Eisner L, Eddie D, Harley R, Jacobo M, Andrew A, Deckersbach T. Dialectical Behavior Therapy Group Skills Training for Bipolar Disorde. Beh Ther. 2017; 48 (4), 557-66.
32. Lynch TR, Chapman AL, Rosenthal MZ, Kuo JR, Linehan M. Mechanisms of change in dialectical behavior therapy: theoretical and empirical observations. J Clin Psychol. 2006; 62(4):459-80.
33. Huizen J. Finding the right medication or combination of drugs to manage bipolar disorder can be a challenging and frustrating process. Med News Today. 2019; 18:1-11.
34. Aghayousefi A, Tarkhan M, Ghorbani T. The Impact of Dialectic Behavior Therapy on the Reduction of Impulsiveness in Women with Comorbidity of Borderline Personality Disorder and Substance Abuse. Etiadpajohi. 2015; 9 (34):79-97 (Persian).
35. Lynch TR, Chapman AL, Rosenthal MZ, Kuo JR, Linehan MM. Mechanisms of change in dialectical behavior therapy: Theoretical and empirical observations. J Clin Psychol. 2006; 62(4): 459-80.
36. Mozafari S, Hosseini J, Tabatabaeirad E. Dialectical Behavior Therapy and Substance Abuse Disorder: A Review of Theory and Research sh-addiction. 2017; 4 (13):111-30 (Persian).
37. Alec L, Jill H, Marsha M. Dialectical Behavior therapy with suicidal Adolescents. NewYork/London: Guilford Press. 2017: 111-20.
38. Ann M, Denise M, James J, Kelly H, Ross A. Emotion regulation and psychopathology: a transdiagnostic approach to etiology and treatment. A Division of Guilford Publication. 2010; 4: 137-52.
39. Tina R, Rachael K, Maribel R, David A, John M, Haifeng Y, et al. Dialectical behavior therapy for adolescents with bipolar disorder. Result pilotr omizedtrial. J Child Adolesc Psycho Pharmacol. 2015; 25(2): 140- 9.
40. Peluso M, HatchG J, Glahn DC, Monkul E, Sanches M, Najt P, et al. Trait impulsivity in patients with mood disorders. J Affect Dis. 2013; 6: 227-31.