

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 Autho) ,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: ۰۰۰۲-۰۰۰۰-۱۱۹۷-۹۵۹۸-۰۰۰۰، کد ارکید: ۹۱۴۸۴۵۳۳۲۵

۳. استادیار، بیمارستان رازی، دانشگاه علوم پزشکی تبریز، تبریز، ایران. کد ارکید: ۷۱۴۶-۰۰۰۰-۰۰۰۲-۳۷۳۱

۴. استادیار، گروه روان شناسی، واحد تبریز، دانشگاه آزاد اسلامی، تبریز، ایران. کد ارکید: ۹۸۱۴-۰۰۰۰-۰۰۰۳-۱۵۳۴

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

چندی است که متخصصان امر، اختلال دو قطبی را با دوره‌های مانیا، افسردگی یا مختلط با حالت پسیکوتیک یا غیرپسیکوتیک تعریف می‌کنند. برآوردها حاکی از آن است که اختلال دو قطبی از جمله بیماری‌های مرگبار بشمار می‌رود؛ چراکه نه تنها این بیماری دومین عامل ناتوان‌ساز سال‌های آینده خواهد بود؛ بلکه میزان خودکشی در این جامعه، بین ۱۵ تا ۲۰ درصد در نوسان می‌باشد (۱، ۲) به باور متخصصان این حوزه، دامنه‌ی شیوع اختلال دو قطبی چنان تکان‌دهنده است که این اختلال جزء اختلالات شایع، سخت و ناتوان‌ساز روان‌پزشکی بشمار می‌آید.

از نگاه بالینی، این اختلال به وضوح بر آشفتگی‌های شدید در کنترل تکانه‌ها، هیجانات، تعاملات بین فردی و افت عملکرد کلی فرد دلالت دارد. بر این اساس، مبحث هیجان‌ها به‌عنوان یکی از شاخص‌های بالینی و مداخلاتی، مورد هدف بالینگران و روان‌پزشکان امروز قرار دارد (۳). به بیانی دیگر، اگرچه استفاده از دارو در درمان این اختلال بسیار شایع است؛ ولی چندی است که متخصصان بر اهمیت غیرقابل‌انکار آشفتگی‌های هیجانی و نداشتن مدیریت هیجان در کیفی سازی درمان و جلوگیری از عود تأکید وافر دارند. بررسی نتایج درمان‌های هیجان‌مدار نشان می‌دهد که دخیل دانستن فاکتور هیجان به‌عنوان وزنه‌ی درمانی می‌تواند بر ارتقای سطح اثربخشی درمان تأثیر بگذارد؛ دیدگاهی که سال‌های آخر قرن بیستم شاهد کاربست آن در مطالعات بالینی تجربی بود (۴، ۵).

ناگفته پیداست که نداشتن آگاهی از قدرت تأثیرگذاری هیجان‌ها و متعاقب آن، کنترل نداشتن بر هیجان‌های آشفته‌ساز می‌تواند در نهایت باعث ایجاد نوعی تجربه به‌نام تکانشگری شود. در حقیقت، تکانشگری، رفتاری مهار نشده و بدون تأمل است. به باور متخصصان، تکانشگری دارای مفهومی چند بعدی بوده که با رفتارهای بدون تأمل و پاسخ‌های شتاب زده به محرک‌های تجربه‌شده، تعریف

شده است. در اصل، این نوع رفتار بدون اندیشیدن به این دلیل دارای اهمیت است که موجب تجربه‌ی نتایج و پیامدهای ناسازگارانه و ناسالم می‌شود (۶-۸). در واقع، تکانشگری و رفتارهای تکانشی بنیان اساسی خیل‌کنیری از اختلالات روان‌شناختی بوده و در اختلال دو قطبی نیز از اهمیت بسیاری برخوردار است (۹-۱۱). به‌عنوان نمونه، مهتدی، جانسون، کارور، گاتلیب و کتر پژوهشی به‌عنوان رویکرد مقطعی به تکانشگری در بیماران دارای اختلال دو قطبی انجام داده‌اند؛ که نتایج نشان داد میزان تکانشگری بیماران دو قطبی به مراتب بیشتر از افراد عادی است (۱۸). این نوع نتیجه‌گیری در یافته‌های تحقیقات دیگری نیز نشان داده شده است (۲۶، ۳۰). با توجه به آنچه مطرح شد، یادگیری چگونگی کنترل و مدیریت هیجان‌ها این پتانسیل را دارد که بر میزان آشفتگی‌های روانی افراد تأثیر گذاشته؛ و سلامت روان‌شناختی و سازگاری کلی آن‌ها را ارتقا دهد (۱۶-۱۸). در حالت کلی، مرور ادبیات پژوهشی نشان می‌دهد مداخلاتی که به نوعی بر آموزش مدیریت هیجان استوار بوده است توانسته بر ارتقای سلامت روان‌شناختی و کاهش آشفتگی‌های روانی بیماران دو قطبی مورد مطالعه تأثیر معنی‌داری داشته باشد (۱۷-۲۰).

از طرفی، پرواضح است که نداشتن آگاهی از زبان هیجان‌ها و نبود کنترل بر آن‌ها می‌تواند در اثر استفاده‌ی ناصحیح از راهبردهای تنظیم‌شناختی هیجان باشد. راهبردهای تنظیم‌شناختی هیجان عبارت است از چگونگی استفاده کردن از شناخت در پردازش داده‌های هیجانی و مدیریت اطلاعات حاصل آمده در این راستا. در واقع، زمان استفاده از این نوع راهبردها آن هنگامی است که فرد در حال تجربه‌ی فشار روانی باشد. بررسی‌های تجربی رابطه‌ی بین راهبردهای تنظیم‌شناختی هیجان با آشفتگی‌های روان‌شناختی را نشان داده‌اند (۱۷-۱۹). همچنین، مطالعات مربوطه حاکی از آن است افرادی که انواع مشکلات روان‌شناختی با اساس هیجانی را تجربه می‌کنند، معمولاً به جای استفاده از راهبردهای

سازگاران (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 منطبق 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) به‌عنوان 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 روان‌درمانی 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

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 گویه های 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 به‌دست آمده، 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 نمونه ی 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. پرسشنامه ی گارنفسکی دارای نه زیرمقیاس است که عبارت اند: از سرزنش خود، پذیرش، نشخوارذهنی، توجه مجدد مثبت، توجه مجدد به برنامه‌ریزی، باز ارزیابی مثبت، اتخاذ دیدگاه دیگر، فاجعه آمیز 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 پیوسته گر و حیدری ضریب اعتبار آلفای کرونباخ را بین ۰/۶۸ تا ۰/۸۵ گزارش کرده اند (۱۲).

برنامه ی 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)

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 مصرف‌کننده ی 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، استانفورد و بارت (۱۹۹۵) معرفی شده است. مقیاس تکانشگری بارات

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 هیجان‌ها	آموزش آگاهی هیجانی؛ هیجان‌ها مثبت (شادی) و منفی (خشم، تکانشگری و افسردگی)؛ اعتبار بخشی به هیجان‌ها؛ توصیف و نام گذاری هیجان‌ها اولیه و ثانویه؛ کارکرد هیجان‌ها در زندگی؛ بررسی رفتارها و پایش هیجان‌های اولیه و ثانویه و نوشتن آن در برگ مخصوص؛ ارائه تکلیف
۳	رفع موانع ابراز هیجان‌ها 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 هیجان‌ها	بررسی نقش تغذیه، خواب، داروها، مواد، الکل، ورزش، بیماری جسمی و استرس در هیجان‌ها؛ ارائه تکلیف
۵	کاهش و اصلاح ارزیابی‌های آسیب‌پذیری شناختی	تعادل بین افکار و احساسات؛ خطاهای شناختی؛ افکار مقابله‌ای؛ بررسی موقعیت، توجه، ارزیابی و پاسخ؛ ارائه تکلیف
۶	روش‌های تغییر دادن احساسات ناخوشایند؛ پیش‌گویی عاطفی	واقع‌نگری؛ راستی‌آزمایی افکار؛ مراقب بودن از سوگیری شناختی؛ ارائه تکلیف
۷	تعدیل هیجان‌ها مثبت	آموزش راهبردهای هیجان‌ها 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 هیجان‌ها 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 هیجان‌ها 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 توصیه‌های پایانی در جهت ادامه‌ی روند درمان و اجرای پس‌آزمون، تشکر و قدردانی

یافته‌ها

با توجه به نتایج حاصل از تجزیه و تحلیل آمار توصیفی، دانشجویان 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٪)، 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 مانیای غیر پسیکو تیک 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	۰/۰۰۰	۰/۶۹

$P < 0.05$

جلسات روان درمانی رفتار درمانی دیالکتیکی در گروه آزمایش در حالت 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 = مجذور ا تا). 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
تکانشگری عدم برنامه ریزی		۱۷۴/۵	۱	۱۷۴/۵	۱۰/۱۵	۰/۰۰۴	۰/۲۸
تکانشگری حرکتی	گروه	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 رفتار درمانی 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 ($p < 0.016$)، $F = 10.15$ ، $p < 0.016$ ، تکانشگری حرکتی ($F = 10.74$ ، $p < 0.016$) و تکانشگری شناختی ($F = 11.2$ ، $p < 0.016$) تفاوت معنی دار وجود دارد.

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

مؤلفه ها	گروه	میانگین
تکانشگری عدم برنامه	آزمایش	۱۳/۸۸
ریزی	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

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 مانیای 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	۵/۹۱	۰/۰۰۴	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 ($F = 5.91$ ، $P = 0.004$ ، $\lambda = 0.17$) = 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 دو قطبی در گروه های آزمایش و کنترل

منبع	مقیاس	مجموع مجدورات	درجه آزادی	میانگین مجدورات	واریانس	سطح معنی داری	مجدورات
	ملاطت 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
گروه	تمرکز مجدد بر برنامه ریزی	۱۳/۶۷	۱	۱۳/۶۷	۲/۲۵	۰/۱۴	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
	ملاطت دیگران	۳/۱۴	۱	۳/۱۴	۰/۴۲	۰/۵۲	۰/۰۲

رفتار درمانی دیالکتیکی مولفه های تنظیم شناختی هیجان مانند تمرکز مجدد مثبت، ارزیابی مجدد مثبت را افزایش داده و بر میانگین نمرات ملاطت خویش، نشخوار پذیری و فاجعه سازی تاثیر کاهشی بسزایی داشته است. ولی رفتار درمانی دیالکتیکی بر ملاطت دیگران و تمرکز مجدد بر برنامه ریزی تاثیر 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 رفتار درمانی دیالکتیکی در افزایش میزان این پنج شاخص تنظیم هیجانی شناختی بیماران تاثیر بسزایی داشته است؛ اما رفتار درمانی دیالکتیکی در بهبود شاخص های تمرکز مجدد بر برنامه ریزی و ملاطت 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 مولفه پنچگانه ملاطت خویش، نشخوار فکری، 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 ملاطت 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، ملاطت دیگران، پذیرش و دیدگاه گیری بر کل زیر مؤلفه های تنظیم شناختی هیجان بیماران تاثیر داشته باشد. همچنین میانگین نمره ملاطت خویش بیماران پس از رفتار درمانی 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 آفایوسفی و همکاران (۳۴)، فرورشی و همکاران (۲۳) همسو می‌باشد. در تبیین این یافته می‌توان چنین گفت که رفتار درمانی دیالکتیکی بر گرفته از فلسفه‌ی هگلی بر اصولی تکیه دارد که در پی راه‌اندازی پتانسیل‌های فردی در جهت ارتقای سطح کیفی دیالکتیک فردی و بین فردی است. همچنین، هدف اساسی رفتار درمانی دیالکتیکی همان‌طور که از نامش پیداست، در حوزه‌ی یاددهی و یادگیری قرار دارد. به بیانی دیگر، به کارگیری و تعمیم مهارت‌های 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 تکانه‌ای و بی‌ثباتی هیجانی است در اصل، یادگیری مهارت‌های تنظیم هیجان، مدیریت و کنترل هیجان‌ها می‌تواند فرد را در شناخت بهتر، عمیق‌تر و واقعی‌تر هیجان‌های تجربه‌شده کمک کرده؛ و باعث گردد بیمار در دام رفتارهای ناخردمندانه و بدون تفکر گرفتار نیاید. از طرفی، شناخت صرف هیجان‌ها نمی‌تواند بر ساختار کنشی و واکنشی بیماران دوقطبی تأثیر بگذارد؛ لذا شناخت و نام‌گذاری هیجان‌ها باید با پذیرش آن‌ها هم جهت باشد؛ چراکه له کردن و سرکوب هیجان‌ها 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 هیجان‌ها و دوری از قضاوت‌های عجولانه و خام باعث می‌شود رفتار فرد به شکل ماهرانه درآمده و رضایت کلی وی از رفتارهای فردی و بین فردی افزایش یابد. همچنین، بر اساس یافته‌های

این تحقیق، تفاوت معنی‌داری در هر سه زیرمؤلفه‌ی تکانشگری (شناختی، حرکتی و عدم برنامه‌ریزی) مشاهده شد؛ نتایجی که همسو با دیگر تحقیقاتی‌های مشابه است (۳۲-۳۰, ۲۷, ۲۲, ۲۱). در تبیین این یافته می‌توان چنین بیان داشت که یادگیری‌های مربوط به مهارت‌های تأثیرگذار فردی و بین فردی با تمرکز بر هیجان‌ها و دادوستد بین هیجان‌ها، افکار و رفتار توانسته است بر میزان آگاهی بیماران مؤثر بوده و میزان رفتارهای تکانشی آن‌ها را کاهش دهد (۳۰). برعکس، این بیماران به دلیل عدم آگاهی و شناخت کافی از هیجان‌ها، شناخت‌های اشتباه را درست قلمداد کرده و تکانشی عمل می‌کنند؛ که این خود سبب تشدید و بروز نشانه‌های‌های مرضی بیشتر در این بیماران می‌شود. به علاوه، مداخله آموزشی در برنامه‌های روزانه‌ی بیماران دوقطبی که هر آن در معرض سوگیری‌های رفتاری و متعاقب آن تکانشگری قرار دارند؛ قادر بوده است در مدیریت هیجان‌ها تأثیر گذاشته و رفتارهای فردی و بین فردی آن‌ها را منظم‌تر سازد. در حقیقت، رفتارهای تکانشگری در دامنه‌ی محدود و تعریف شده‌ای اتفاق نمی‌افتند؛ بلکه آن‌ها با سایر رفتارهای آسیب‌زا (مانند بی‌بندوباری جنسی، نابسامانی‌های خواب، روابط بین فردی مریض) همراهی داشته و مشکل کنترل هیجان‌ها را حادتر می‌سازد؛ لذا، دخالت دادن فرآیند درمان در جریان تجارب زندگی روزانه یکی از شاخص‌های مهم تأثیرگذاری رفتار درمانی دیالکتیکی بشمار می‌رود. در اصل، در بیماری دوقطبی، اساس زیربنایی اختلال را طغیان‌های هیجانی غیرقابل کنترل، بی‌ثباتی عاطفی، مشکلات خلقی و نداشتن ایده‌های ناب رفتاری برای کنترل موقعیت تشکیل داده است؛ لذا آگاهی و شناخت هیجان‌ها، یادگیری مهارت‌های لازم برای کنترل رفتارهای پرخطر هیجان‌محور و مدیریت هیجان‌های تجربه‌شده، شاه کلید چرایی مؤثر بودن این نوع درمان است؛ چراکه باور بر این است که نداشتن این نوع آگاهی عامل و باعث بسیاری از نابسامانی‌های روان‌شناختی است (۳۵).

دهی هیجانی فاکتوری بنیادین و تعیین کننده برای تجربه ی یک زندگی روان شناختی سالم و سازگار برای بیماران دو قطبی است (۱۵،۲۶)، موضوعی که نقطه ضعف درمان های شناختی رفتاری در جهت موفقیت های درمانی با این بیماران در فازهای مانیا و عود بشمار می رود (۱۴). از طرفی، با عنایت به این امر که در بطن مداخله ی بکار رفته، تکیه ی تکالیف بیشتر بر مهارت های فردی استوار است؛ لذا این امر معنی دار نشدن متغیر بین فردی بنام ملامت دیگران را می تواند توجیه نماید؛ چراکه این متغیر در روابط بین فردی معنی پیدا می کند و بدون آموزش و آراهی آگاهی نمی توان تغییر زیادی در آن ایجاد نمود. در تبیین دیگری نیز می توان چنین عنوان کرد که ارتقای سطح عملکرد بین فردی این بیماران نیازمند درگیر کردن نزدیکان آنها است؛ با این منطقی 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 می تواند بر شکست بیمار در متغیرهای بین فردی کمک کننده باشد در کل، نتیجه ی نهایی آن است که رفتاردرمانی دیالکتیکی با استفاده از فرآیند یاددهی و یادگیری مهارت ها و راهبردهای سازگاران هیجان محور همچون شناخت هیجان های مثبت و منفی، کنترل و مدیریت آنها و یادگیری چگونگی مقابله با آنها می آموزد که چگونه در مقابل محرک های بیرونی و درونی با مناسب ترین روش پاسخ گوید؛ یعنی با یادگیری این نوع کنترل، فرد این توانایی را پیدا می کند تا پاسخ های هیجانی خردمندانه به رویدادها و محرک های استرسزای زندگی بدهد (۳۰،۲۶).

همچنین، با توجه به این امر که چندی است متخصصان در پی شفاف سازی اثرات و عوارض منفی دارودرمانی در حوزه ی اختلالات دو قطبی می باشند؛ 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 پتانسیل های رفتاردرمانی

همچنین، با توجه به فرضیه ی دوم این پژوهش، میانگین کلیه ی ابعاد تنظیم شناختی هیجان (به استثنای تمرکز مجدد بر برنامه ریزی، دیدگاه گیری 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 می کند. این یافته ها با یافته های پژوهش های اندکی که در این حوزه انجام شده هم جهت است (۳۹-۳۶). در واقع، با توجه به عناصر تشکیل دهنده ی رفتاردرمانی دیالکتیکی، این مداخله غیر دارویی به همراه برقراری اتحاد درمانی، قادر است بر شناخت کلی، جنبه های سیستم تنظیم هیجانی، تجربه ی پدیدارشناسی و رفتارهای کلی بیماران تأثیر بگذارد. در حالت کلی، قرار گرفتن در شرایط استرسزای زندگی باعث می شود بیماران دو قطبی بجای اندیشیدن در خصوص پیامدهای احتمالی رفتار متأثر از محرک های درونی و بیرونی؛ واکنشی سریع و نامناسب نشان دهند؛ چراکه تفکر در چگونگی رفتار نیازمند ارزیابی مجدد بوده و این جریان شناختی رفتاری از حوصله ی این بیماران خارج است بنابراین، در تبیین دیگری در خصوص اثربخشی آموزش مهارت های تنظیم هیجان بر تنظیم شناختی هیجان بیماران دو قطبی نوع یک می توان چنین اذعان داشت که یادگیری چگونگی مدیریت هیجان ها قادر است دیدگاه کلی فرد را در خصوص تشخیص و ارزیابی تجارب هیجانی منفی تغییر داده و از شدت های کاذب آن بکاهد. به عنوان نمونه، در حوزه ی تنظیم هیجانی، بیماران دو قطبی پذیرش پایینی نسبت به هیجان های خود دارند؛ و در واکنش به محرک ها، حساسیت بالایی نشان می دهند (۳۵). در حقیقت، آموزش مهارت های لازم برای کنترل هیجان ها، به طور کلی، بر میزان تجربه ی کارآمدی بیمار تأثیر گذاشته و آنها را برای پذیرش و برخورد مناسب با هیجان های منفی مشکل ساز و در نهایت داشتن عملکرد روان شناختی مناسب و سالم مهیاتر می سازد. بر این اساس، با توجه به قدرت اثربخشی رفتاردرمانی دیالکتیکی می توان چنین استنباط نمود که نظم

سازگاران هیجان محور همچون شناخت هیجانهای مثبت و منفی، کنترل و مدیریت آنها و یادگیری چگونگی مقابله با آنها می آموزد که چگونه در مقابل محرکهای بیرونی و درونی با مناسبتترین روش پاسخ گوید؛ یعنی با یادگیری این نوع کنترل، فرد این توانایی را پیدا می کند تا پاسخ های هیجانی خردمندانه به رویدادها و محرکهای استرس زای زندگی بدهد (۲۶). همچنین، با توجه به این امر که چندی است متخصصان در پی شفاف سازی اثرات و عوارض منفی دارودرمانی در حوزه اختلالات دوقطبی می باشند؛ 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 بهره گرفتن از پتانسیلهای رفتار درمانی دیالکتیکی هیجان مدار بتواند خلاء های درمانی این نقایص و شکست های درمانی دیگر مداخلات روانشناختی را کمتر کند.

تشکر و قدردانی

نویسندگان این مقاله مراتب تشکر صمیمانه خود را از کلیه ی بیماران و روان پزشکان بخش های مختلف بیمارستان رازی تبریز ابراز می دارند. 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 روان شناسی عمومی دانشگاه آزاد اسلامی واحد تبریز است.

دیالکتیکی هیجان مدار بتواند خلأهای درمانی این نقایص و شکست های درمانی دیگر مداخلات روان شناختی را کمتر کند (۴۰، ۱۴).

این پژوهش با محدودیت هایی روبه رو بود که ذکر آنها می تواند برای تحقیق های آتی کارگشا باشد. طبق معمول بسیاری از کارهای مداخله ای، حجم کم نمونه، تعمیم پذیری این یافته ها را با مشکل مواجه می سازد. 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 دوره ی پیگیری از جمله محدودیت های مهم این تحقیق بشمار می رود. در انتها، پیشنهاد می شود: الف) از تحقیق های مقایسه ای برای نمایش ظرافت های نهفته ی 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 روش های عمیق تر جمع آوری داده ها مانند مصاحبه نیز بهره گرفته شود؛ و د) با توجه به هیجان محور بودن این مداخله، بهتر است پژوهش های آتی، اثربخشی این نوع درمان را در شکل های فردی و گروهی به محک آزمایش قرار دهد. در کل، امید است نتایج این پژوهش، علیرغم تمام کاستی های آن، بتواند بر مسیر مداخلات روان شناختی اختلال دوقطبی سایه افکنده و هم آوایی متخصصان بالینی را با روان پزشکان پیش از پیش هموارتر سازد (۴۰).

نتیجه گیری

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

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 Personality 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 in adolescent 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.