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 Farvarshi[1], Marziyeh Alivandi Vafa[2], Ali Fakhari[3], Masoumeh Azmoudeh[4]

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.ؤؤSJKU 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

[Downloaded from sjku.muk.ac.ir on 2025-07-18]

[DOI: 10.52547/sjku.26.2.79]

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: ۷۴۸۳-۰۰۰۰-۰۰۰۳-۰۰۹۴

۲. استادیار، گروه روان شناسی ،واحد تبریز، دانشگاه آزاد اسلامی، تبریز، ایران،(نویسنده مسئول)پست الکترونیک: m.alivand@iaut.ac.ir، تلفن: ۰۹۱۴۸۴۵۳۳۲۵، کد ارکید:۹۵۹۸-۱۱۹۷-۰۰۰۰-۰۰۰۲

۳. استاد، 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. کدارکید: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 می شود. در کل، تحقیق حاضر بر آن بود تا میزان اثربخشی رفتاردرمانی دیالکتیکی مبتنی بر آموزش مهارت‌های تنظیم هیجان را بر تکانش گری و چگونگی تنظیم شناختی هیجان بیماران دوقطبی نوع یک بررسی نماید.

مواد و روش‌ها: تحقیق حاضر از لحاظ روش تحقیق بر اساس پژوهش های نیمه تجربی با طرح پیش‌آزمون - پس‌آزمون با گروه کنترل استوار بود. جامعه‌ی آماری این پژوهش را کلیه بیماران مرد بستری در بیمار ستان 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 داده های حاصله، از روش آماری تحلیل کوواریانس چند متغیره با نرم افزارآماری۲۴ -SPSS استفاده شد.

یافته‌ها: نتایج بررسی‌های آماری نشان داد که رفتاردرمانی دیالکتیکی به‌طور معنی‌داری ($p < ۰/۰۵$) 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: یافته ها حاکی از آن بود که می توان 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

[Downloaded from sjku.muk.ac.ir on 2025-07-18]

[DOI: 10.52547/sjku.26.2.79]

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 دوقطبی از جمله بیماری های مرگبار بشمار می‌رود؛ چراکه نه تنها این بیماری دومین عامل ناتوان ساز سال‌های آینده خواهد بود؛ بلکه میزان خودکشی در این جامعه، بین ۱۵ تا ۲۰ درصد در نوسان می باشد(۲, ۱) به باور متخصصان این حوزه، دامنه ی شیوع اختلال دو قطبی چنان تکان دهنده است که این اختلال جزء اختلالات شایع، سخت و ناتوان ساز روان پزشکی بشمار می آید.

از نگاه بالینی، این اختلال به وضوح بر آشفتگی‌های شدید در کنترل تکانه ها، 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 غیرقابل انکار آشفتگی های هیجانی و نداشتن مدیریت هیجان در کیفی سازی درمان و جلوگیری از عود تأکید وافر دارند. بررسی نتایج درمان های هیجان مدار 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 آشفته ساز می‌تواند در نهایت باعث ایجاد نوعی تجربه بنام تکانشگری شود. در حقیقت، تکانشگری، رفتاری مهار نشده و بدون تأمل است. به باور متخصصان، تکانشگری دارای مفهومی چند بعدی بوده که با رفتار های بدون تأمل و پاسخ‌های شتاب زده به محرک های تجربه شده، 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 می شود (۶-۸). در واقع، تکانشگری و رفتارهای تکانشی بنیان اساسی خیل کثیری از اختلالات روان شناختی بوده و در اختلال دو قطبی نیز از اهمیت بسیاری برخوردار است (۹-۱۱). به‌عنوان نمونه، مهتدی، جانسون، کارور، گاتلیب و کتر پژوهشی به عنوان رویکرد مقطعی به تکانشگری در بیماران دارای اختلال دوقطبی انجام داده ند؛ که نتایج نشان داد میزان تکانشگری بیماران دو قطبی به مراتب بیشتر از افراد عادی است (۱۸). این نوع نتیجه‌گیری در یافته های تحقیقات دیگری نیز نشان داده شده است (۳۰,۲۶). با توجه به آنچه مطرح شد، یادگیری چگونگی کنترل و مدیریت هیجان ها این پتانسیل را دارد که بر میزان آشفتگی های روانی افراد تأثیر گذاشته؛ و سلامت روان شناختی و سازگاری کلی آن‌ها را ارتقا دهد (۱۸-۱۶). در حالت کلی، مرور ادبیات پژوهشی نشان می‌دهد مداخلاتی که به نوعی بر آموزش مدیریت هیجان استوار بوده است توانسته بر ارتقای سلامت روان شناختی و کاهش آشفتگی های روانی بیماران دوقطبی 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 تنظیم شناختی هیجان باشد. راهبردهای تنظیم شناختی 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 تنظیم شناختی هیجان با آشفتگی‌های روان شناختی را نشان داده اند (۱۷-۱۹). همچنین، مطالعات مربوطه حاکی از آن است افرادی که انواع مشکلات روان شناختی با اساس هیجانی را تجربه می کنند، معمولا به جای استفاده از راهبرد های

[Downloaded from sjku.muk.ac.ir on 2025-07-18]

[DOI: 10.52547/sjku.26.2.79]

ســـاز گارا نه (مانند پذیرش، ارز یابی م جدد مثبت)، از راهبردهای مقابله ای ناســازگار (مانند فاجعه ســازی، ملامت دیگران) اســتفاده می نمایند؛ روش هایی که می تواند در نهایت با ایجاد چرخه ی باطل خطرناک، وضـعیت سـلامت روانی جســمانی بیماران را ســخت تر کرده و آن ها را در معرض آســیب های جدی تر قرار دهد (۲۴-۲۷)؛ مقوله ای که در اختلال دو قطبی نوع یک دارای ادبیات تجربی قوی نمی باشد.

با توجه به جنس آشــفتگی‌های بیماران دو قطبی و ناتوانی آن‌ها در مدیریت و تنظیم هیجان‌های تجربه شــده، یکی از مـداخلات درمـانی همســو بـا این اختلال، رفتـاردرمـانی دیالکتیکی اســت؛ درمانی که به نظر می‌رســد نیازمند انجام پژوهش های کنترل شــده ی زیادی اســت. در اصــل، این درمان که توســط ابداع کننده آن برای اختلال شــخصــیت مرزی با ســاختاری تعریف شــده ســاخته شــده بود؛ بعدها کارایی خودش را در سایر اختلالات شخصیت و اختلالات روانی نشان داد(۱۹). به بیانی دیگر، با توجه به مطالعات انجام یافته، نتایج حاکی از آن اســت که رفتار درمانی دیالکتیکی در قالب های فردی و گروهی توانسته است قدرت اثربخشی خود را در در مان و کاهش علائم بســیاری از اختلالات شخصیت و اختلالات روانی مانند اختلال دو قطبی نشان دهد (۲۱-۲۳, ۲۵-۲۸). دلیل احتمالی اثربخشی این نوع درمان بر این منطق اســتوار اســت که رفتار در مانی د یالکتیکی بر متغیرهایی حساس است که مشکل اساسی این بیماران است. در حقیقت، در بطن این درمان، آموزش ذهن آگاهی، تحمل پریشــانی (مهارت‌های پذیرش) و روابط بین فردی و تنظیم هیجان (مهارت‌های تغییر) مورد توجه قرار دارد؛ که البته دو مهارت اولی از اولویت و اهمیت بسـیار زیادی برخوردار می باشند. در واقع، بیماران مبتلا به اختلال دو قطبی از انواع نشانه های هیجان محور مانند تکانشــگری، تحریک پذیری، عدم مدیریت هیجانها، رفتارهای تخریب گرایانه، افســردگی و اضــطراب رنج می برند (۳۰-۲۹). به این نوع جنبش درمانی که ا ساساً دارای چارچوبی روانی-آموز شی بوده و بر فلسفه ای غنی و رویکرد کاربردی رفتاردرمانی اســتوار اســت؛ با تکیه بر قدرت هیجان ها، بر این موضــوع تأکید دارد که صــرف اســتفاده از ویزیت‌های کوتاه مدت غیر بالینی دارو مدار نمی‌تواند به شکل بنیادین بر علائم اختلال دوقطبی مؤثر واقع گردد (۳۲) به‌عنوان مثال، برر سی‌ها نشان داده ا ست که داروهای تثبیت‌کننده‌ی خلق از قدرت اثربخشــی بالایی برای این اختلال برخوردار نیســت (۳۳)؛ مقو له‌ای که اهمیت و ضرورت انجام تحقیقات روان درمانی را بیش از پیش نمایان می سازد.بر اساس آنچه مطرح شد، میزان شیوع و آسیب‌زایی اختلال دوقطبی بسیار هشدار دهنده ا ست؛ از طرفی، با توجه به تأکید محا فل علمی دنیا بر ادغام در مان های دارویی با مداخلات روانشناسی؛ همچنین با عنایت به این امر که درمان مورد نظر ا سا ساً برای اختلال شخصیت مورد توجه بود؛ لذا انجام پژوهش‌هایی با انواع اختلال‌های روانی شدید می‌تواند قدرت اثربخشــی این درمان را برای جامعه‌ی روانشــناســی بالینی، مشــاوره و روان‌پزشــکی شــفاف‌تر ســازد؛ اگرچه اطلاعات حاصــل از نتایج درمانی با فرهنگ‌های مختلف نیز نباید از نظر دور نگه داشته شود. بر این اساس، تحقیق حاضر در پی پاســخگویی به این ســؤال اســت که «آیا رفتاردرمانی د یالکتیکی مبتنی بر آموزش م هارت های تنظیم هیجان بر کاهش تکانشــگری و بهبود تنظیم شــناختی هیجان بیماران دوقطبی نوع یک تأثیر دارد؟»

مواد و روش ها

طرح تحقیق حاضر بر اساس طرح های شبه آزمایشی از نوع پیش‌آزمون – پس‌آزمون با گروه کنترل اســتوار بود. جامعه آماری پژوهش حاضــر متشــکل از کلیه بیماران مرد مبتلا به اختلال دوقطبی نوع یک در فاز مانیای غیرپســیکوتیک بود که به علت بیماری در بیمارســتان رازی تبریز درســال ۱۳۹۷ بســتری بودند. با توجه به این امر که مراحل تشــخیصــی این اختلال در گروه نمونه ی تحقیق توســط روان پزشــکان و بالینگران با تکیه بر پنجمین نســخه تشــخیصــی آماری

[Downloaded from sjku.muk.ac.ir on 2025-07-18]

[DOI: 10.52547/sjku.26.2.79]

اختلال‌های روانی قبلاً انجام شـده بود؛ با اسـتفاده از روش نمونه‌گیری هدفمند، تعداد ۳۰ نفر انتخاب و به شـکل جایگزینی تصادفی در گروه‌های آزمایش و کنترل قرار داده شـدند. ملاک‌های ورود بیماران به مطالعه عبارت بودند از: نداشتن اختلال شخصیتی، پسکوتیک، سوءمصرف مواد، افکار جدی خودکشـی و بسـتری بیش از سـه بار، داشـتن رضایت آگاهانه برای شرکت در پژوهش، دارا بودن حداقل سن ۱۸ تا ۵۹ سال، داشتن سطح تحصیلات حداقل سیکل و ملاک‌ها خروج نیز شـامل این موارد بود: عدم شـرکت در بیش از دو جلسـه‌ی درمانی، شـرکت داشـتن هم‌زمان در هر نوع مداخله یا برنامه‌ی آموزشی درمانی دیگر در بیمارستان و همکاری نکردن بیمار. لازم به ذکر اسـت، با عنایت به بالینی بودن جامعه‌ی آماری، مراحل اخذ رضـایت‌نامه کتبی و هماهنگی با کمیته اخلاق تیم پژوهشی روان‌پزشکی و علوم رفتاری مرکز آموزشی درمانی بیمارستان رازی تبریز قبل از شـروع پژوهش رعایت گردید. همچنین، اصـول اخلاقی انجمن روانشناسی آمریکا (احترام به اصل رازداری بیماران، امکان انصـراف آزمودنی‌ها از تحقیق، ارائه اطلاعات کافی در مورد چگونگی درمان و پژوهش و نداشـتن آسـیب جسمانی) مورد نظر محقان قرار داده شد. مسیر انجام مداخله به این شـکل بود که گروه آزمایش تحت دوازده جلسـه هفتگی رفتاردرمانی دیالکتیکی (با تکیه بر مهارت‌های تنظیم هیجان) قرار داده شـدند؛ در حالی که آزمودنی‌های گروه کنترل تنها مصـرف‌کننده‌ی دارو بوده و مداخله‌ای دریافت نداشـتند. شـایان ذکر اسـت که برای حفظ اصـول اخلاقی انسانی، مقرر شد بعد از اتمام دوره‌ی درمانی گروه آزمایش، گروه کنترل با نام گروه انتظار برای دریافت مداخله در نظر گرفته شـوند. بعلاوه، در راسـتای 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 شـده اسـت. مقیاس تکانشـگری بارات شـامل ۳۰ گویه مدرج چهار نمره‌ای لیکرت اسـت که از هرگز= ۱ تا همیشـه= ۴ نمره گذاری می‌گردد. محتوای این پرسـشـنامه در قالب سـه عامل تکانشـگری؛ یعنی عدم برنامه‌ریزی، تکانشـگری حرکتی و تکانشـگری شـناختی می‌باشـد. تعداد کل گویه های این ابزار سـنجش، بعد از هنجاریابی در ایران (۲۵)؛ از ۳۰ گویه به ۲۵ گویه کاهش یافته اسـت. تعیین پایایی مقیاس تکانشـگری بارت به روش همسـانی درونی انجام گردیده اسـت و برای این منظور از فرمول ضریب آلفای کرونباخ استفاده شده است. بر اساس نتایج به‌دست‌آمده، ضـریب آلفای کرونباخ، برای سـؤالات عامل اول ۰/۸۱، برای سـؤالات عامل دوم ۰/۶۷ و برای سؤالات عامل سوم ۰/۷۰ بوده و پایایی باز آزمون نمرات کل ۰/۸۰ به دسـت آمده اسـت (۲۵). به علاوه، پایایی این پرسـشـنامه 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 شـده اسـت. پرسـشـنامه‌ی گارنفسـکی دارای نه زیرمقیاس اسـت که عبارت اند: از سـرزنش 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 (همیشـه، 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 پیوسـته گر و حیدری ضـریب 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)

[Downloaded from sjku.muk.ac.ir on 2025-07-18]

[DOI: 10.52547/sjku.26.2.79]

جلسات	موضوع جلسه	محتوای جلسه
۱	مقدمه و دستور جلسه درمان	پیش‌آزمون، پاسخ به سؤال‌ها در جهت رفع ابهام و ایجاد انگیزه بیشتر؛ آشنا نمودن افراد با موضوع پژوهش؛ توضیح مختصردرمورد 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)؛ اعتباربخشی به هیجانات؛ توصیف و نام‌گذاری 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 آسیب زا؛ 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؛ ارایه 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	روش‌های 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 سختی ها؛ امیدواری و تحمل سختی ها؛ جمع بندی و توصیه های پایانی در جهت ادامه‌ی روند درمان و اجرای پس‌آزمون، 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 (۰/۰ ۶۰)، دارای سواد دبیر ستانی بودند. از لحاظ شغلی نیز، کل آزمودنی های مورد مطالعه شغل غیر دولتی داشتند. بعلاوه، سابقه بستری بیماران هر دو گروه، بین ۱ تا سه بار

[Downloaded from sjku.muk.ac.ir on 2025-07-18]

[DOI: 10.52547/sjku.26.2.79]

بود. در جریان آزمون فرضیه ها، بعد از اطمینان از مفروضه‌های مانکوا، فرضیه ی اول تحقیق مبنی بر اینکه «رفتار درمانی دیالکتیکی (مبتنی بر آموزش مهارت های تنظیم هیجان) برکاهش تکانشگری بیماران دوقطبی نوع یک در مرحله مانیای 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 میانگین‌ها بر اساس رفتار درمانی دیالکتیکی در بین بیماران دو گروه (تکانشگری)

	مقدار	واریانس	سطح معنی‌داری	مجذور اتا
لامبدای ویلکز	۰/۳	۱۷/۵۶	۰/۰۰۰	۰/۶۹

P<۰/۰۵

جلسات روان درمانی رفتاردرمانی دیالکتیکی درگروه آزمایش درحالت کلی متغیرتکانشگری بیماران مانیک را به میزان ۶۹ درصد کاهش داده است .

بر اساس جدول۲، میزان تکانشگری بیماران در دو گروه از لحاظ آماری تفاوت معنی داری دارد (F = ۱۷/۵۶، P = ۰/۰۰۰ ، ۰/۳ = لامبدای ویلکز، ۰/۶۹ = مجذور اتا). به بیانی دیگر، پس از رفتار درمانی دیالکتیکی (مبتنی بر آموزش مهارت های تنظیم هیجان) به میزان ۶۹٪ کاهش تکانشگری بیماران را شاهد بوده ایم.

جدول۳. نتایج تحلیل واریانس چند متغیره برای مقایسه مولفه‌های تکانشگری بیماران دوقطبی در گروه‌های آزمایش و کنترل

منبع	مقیاس	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	واریانس	سطح معنی داری	مجذوراتا
	تکانشگری عدم برنامه‌ریزی	۱۷۴/۵	۱	۱۷۴/۵	۱۰/۱۵	۰/۰۰۴	۰/۲۸
گروه	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 مهارت‌های تنظیم هیجان) در کاهش تکانشگری بیماران دوقطبی نوع یک در حالت کلی؛ در ادامه به بررسی اثربخشی درمان مزبور در وضعیت مولفه‌های سه‌گانه 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 < ۰/۰۱۶، F = ۱۰/۱۵)، تکانشگری حرکتی (p < ۰/۰۱۶، F = ۱۰/۷۴) و تکانشگری شناختی (p < ۰/۰۱۶، F = ۱۱/۲) تفاوت معنی دار وجود دارد.

جدول ٤. میانگین نمرات مولفه‌های تکانشگری بیماران براساس شرکت یا عدم شرکت در رفتار درمانی دیالکتیکی

[Downloaded from sjku.muk.ac.ir on 2025-07-18]

[DOI: 10.52547/sjku.26.2.79]

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 مولفه 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) کاهش‌یافته است؛ بعلاوه، نمره میانگین تکانشگری شناختی بیماران پس از رفتاردرمانی 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 دوره‌ی مداخله ای رفتار درمانی دیالکتیکی توانسته است در کاهش میزان تکانشگری بیماران و مؤلفه‌های آن تأثیر بسزایی داشته است.

در فرضیه دوم تحقیق نیز مبنی بر اینکه «رفتاردرمانی 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.

جدول۵. آزمون چند متغیری تفاوت میانگین ها بر اساس رفتار درمانی دیالکتیکی در بین بیماران دوقطبی در گروه‌های آزمایش و کنترل (تنظیم شناختی هیجان)

	مقدار	واریانس	سطح معنی‌داری	مجذور اتا
لامبدای ویلکز	۰/۱۷	۵/۹۱	۰/۰۰۴	۰/۸۲

P<۰/۰۵

بیماران مانیک گروه آزمایش بعداز شرکت در جلسات رفتاردرمانی 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 = ۵/۹۱، P = ۰/۰۰۴ ، ۰/۱۷ = لامبدای ویلکز، ۰/۸۲ = مجذور اتا). در اصل، بر اساس یافته های این فرضیه، پس از رفتاردرمانی دیالکتیکی (مبتنی بر آموزش مهارت‌های تنظیم هیجان) توانایی تنظیم شناختی هیجان بیماران به میزان ۸۲٪ بهبود معنی‌داری نشان می‌دهد

.

جدول ٦ . نتایج تحلیل واریانس چند متغیره در مولفه‌های تنظیم شناختی هیجان بیماران دو قطبی در گروه‌های آزمایش و کنترل

[Downloaded from sjku.muk.ac.ir on 2025-07-18]

[DOI: 10.52547/sjku.26.2.79]

منبع	مقیاس	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	واریانس	سطح معنی‌داری	مجذور اتا
گروه	ملامت 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 برنامه‌ریزی	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
	ملامت دیگران	۳/۱۴	۱	۳/۱۴	۰/۴۲	۰/۵۲	۰/۰۲

رفتاردرمانی دیالکتیکی مولفه های تنظیم شناختی هیجان مانند تمرکزمجدد مثبت ، ارزیابی مجدد مثبت را افزایش داده وبرمیانگین نمرات ملامت خویش ، نشخوارپذیری وفاجعه سازی تاثیرکاهشی بسزایی داشته است. ولی رفتاردرمانی دیالکتیکی برملامت دیگران و تمرکزمجدد بربرنامه ریزی تاثیرمعنی داری نداشته است .

هنگامی که نتایج متغیرهای وابسته به صورت جداگانه در نظر گرفته شد، مشاهده گردید که تفاوت معنی داری بین تنظیم شناختی هیجان بیماران ومولفه پنجگانه ملامت خویش، نشخوارفکری ،تمرکز مجدد مثبت، ارزیابی مجدد مثبت، فاجعه سازی گروه آزمایش و کنترل وجود دارد (p< ۰۵/۰). اما رفتار درمانی دیالکتیکی در بهبود چهارشاخص پذیرش، تمرکز مجدد بر برنامه ریزی، دیدگاه گیری و ملامت دیگران بیماران اثربخشی لازم را نداشته است (p> ۰۵/۰). در اصل، نتایج نشان داد که شرکت در دوره ی رفتار درمانی دیالکتیکی توانسته است به جز شاخص های تمرکز مجدد بر برنامه‌ریزی، ملامت دیگران، پذیرش و دیدگاه گیری بر کل زیر مؤلفه‌های تنظیم شناختی هیجان بیماران تأثیر داشته باشد. همچنین میانگین نمره ملامت 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 درمانی دیالکتیکی (۹/۱۳) به طور معنی‌داری 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 نمره‌ی میانگین دیدگاه گیری بیماران پس از دریافت مداخله (۱۴/۷۲) نسبت به گروه کنترل (۱۱/۲۷) افزایش نشان می‌دهد. در نتیجه شرکت در دوره رفتاردرمانی دیالکتیکی در افزایش میزان این پنج شاخص تنظیم هیجانی شناختی بیماران تأثیر بسزایی داشته است؛اما رفتاردرمانی دیالکتیکی در بهبود شاخص های تمرکز مجدد بر برنامه‌ریزی و ملامت دیگران اثربخشی لازم را نداشته است.

بحث

[Downloaded from sjku.muk.ac.ir on 2025-07-18]

[DOI: 10.52547/sjku.26.2.79]

این تحقیق با هدف تعیین اثربخشی رفتاردرمانی دیالکتیکی مبتنی بر آموزش مهارت‌های تنظیم هیجان بر تکانشگری و تنظیم شناختی هیجان بیماران مبتلا به اختلال دو قطبی نوع یک در فاز غیرپسیکوتیک انجام شده است. نتایج آزمون فرضیه ی اول نشان داد که رفتاردرمانی دیالکتیکی توانسته است تکانشگری بیماران گروه آزمایش را نسبت به بیماران گروه کنترل کاهش دهد؛ این یافته با نتایج تحقیق آقایوسفی 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 راه‌اندازی پتانسیل های فردی در جهت ارتقای سطح کیفی دیالکتیک فردی و بین فردی است. همچنین، هدف اساسی رفتاردرمانی دیالکتیکی همان‌طور که از نامش پیداست، در حوزه‌ی یاددهی و یادگیری قرار دارد. به بیانی دیگر، به کار گیری 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 چرخه ی معیوب رفتارهای تکانه ای و بی ثباتی هیجانی است در اصل، یادگیری مهارتهای 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 نام‌گذاری هیجان‌ها باید با پذیرش آن‌ها 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 زیرمؤلفه ی تکانشگری (شناختی، حرکتی و عدم برنامه‌ریزی) مشاهده شد؛ نتایجی که همسو با دیگر تحقیق‌های 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 هیجان ها 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 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 هیجان‌ها تأثیر گذاشته و رفتارهای فردی و بین فردی آن‌ها را منظم‌تر سازد. در حقیقت، رفتارهای تکانشگری در دامنه‌ی محدود و تعریف شده ای اتفاق نمی افتند؛ بلکه آن‌ها با سایر رفتارهای آسیب‌زا (مانند بی‌بندوباری جنسی، نابسامانی های خواب، روابط بین فردی مریض) همراهی داشته و مشکل کنترل هیجان‌ها را حادتر می سازد؛ لذا، دخالت دادن فرآیند درمان در جریان تجارب زندگی روزانه یکی از شاخص‌های مهم تأثیرگذاری رفتاردرمانی دیالکتیکی بشمار می‌رود. در اصل، در بیماری دوقطبی، اساس زیربنایی اختلال را طغیان‌های هیجانی غیرقابل‌کنترل، 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 هیجان محور 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).

[Downloaded from sjku.muk.ac.ir on 2025-07-18]

[DOI: 10.52547/sjku.26.2.79]

همچنین، با توجه به فرضیه‌ی دوم این پژوهش، میانگین کلیه‌ی ابعاد تنظیم شناختی هیجان (به‌استثنای تمرکز مجدد بر برنامه‌ریزی، 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 تائید می‌کند. این یافته‌ها با یافته‌های پژوهش‌های اندکی که در این حوزه انجام شده هم‌جهت 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، 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، به‌طورکلی، 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 تعیین کننده برای تجربه ی 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 معنی دار نشدن متغیر بین فردی بنام ملامت دیگران را می تواند توجیه نماید؛ چراکه این متغیر در روابط بین فردی معنی پیدا می‌کند و بدون آموزش و ارائه‌ی 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 کمک کننده 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 آن ها و یادگیری چگونگی مقابله با آن ها 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 (۳۰،۲۶،). همچنین، با توجه به این امر که چندی است متخصصان در پی شفاف‌سازی اثرات و عوارض منفی دارودرمانی در حوزه‌ی اختلالات دو قطبی می باشند؛ از طرفی با عنایت به این مهم که صرف استفاده از دارو نتوانسته تاکنون رضایت درمانگران و بالینگران را در خصوص درمان این نوع اختلال جلب نماید؛ شاید بهره گرفتن از پتانسیل‌های رفتاردرمانی

[Downloaded from sjku.muk.ac.ir on 2025-07-18]

[DOI: 10.52547/sjku.26.2.79]

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

این پژوهش با محدودیت هایی روبه رو بود که ذکر آن‌ها می‌تواند برای تحقیق های آتی کارگشا باشد. طبق معمول بسیاری از کارهای مداخله ای، حجم کم نمونه، تعمیم‌پذیری این یافته ها را با مشکل مواجه می‌سازد. همچنین، تک جنسیتی بودن (مردان)، عدم کنترل اثرات و عوارض داروها، استفاده از ابزار های خود گزارش دهی، د خالت 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 شکل های 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).

نتیجه گیری

نتایج این مطالعه نشان داد که رفتاردرمانی دیالکتیکی با استفاده از فرآیند یاددهی و یادگیری مهارتها و راهبردهای سازگارانه ی 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 منا سبترین روش پا سخ 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 ی اختلالات دو قطبی 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 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 منافعی برای انتشار این مقاله ندارندو 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.

[Downloaded from sjku.muk.ac.ir on 2025-07-18]

[DOI: 10.52547/sjku.26.2.79]

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 Psychiatric 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 Psyol Res. 2015; 225: 425-32.
4. Barekatain 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 bipolardisorder?. 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).

[Downloaded from sjku.muk.ac.ir on 2025-07-18]

[DOI: 10.52547/sjku.26.2.79]

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, Dykierek 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.

[Downloaded from sjku.muk.ac.ir on 2025-07-18]

[DOI: 10.52547/sjku.26.2.79]