

Effectiveness of a Hybride Dialectical Behavior Therapy and Lithium Carbonate compared to Sole Medication Treatment on Emotion-regulation, Self-control and Cognitive-flexibility of Bipolar Disordered Patients

Hosseini, S.E., Nasri, *M.

Abstract

Introduction: The aim of this study was to compare the impacts of hybridizing dialectical behavior therapy (DBT) and Lithium Carbonate medication treatment compared to sole medication treatment on emotion-regulation, self-control, and cognitive-flexibility in a group of bipolar-disordered patients.

Method: In a randomized controlled trial design statistical population of bipolar disordered patients, referred to Ibn Sina Hospital in Mashhad in 2019 was targeted. A sample of 30 patients was chosen by the available sampling method and considering inclusion/exclusion criterias. Selected participants were randomly divided into two equal groups of A and B. The instruments included Garnfsky's Emotional Cognitive Regulation Questionnaire, Tanji's Self-Control Questionnaire, and Dennis's Cognitive Flexibility. Over an 8 weeks period group A underwent the weekly 60 minutes session of DBT and received Lithium Carbonate medication treatment, while group B received only Lithium Carbonate. A statistical analysis of MANCOVA was performed.

Results: The results indicated significant differences between hybrid therapy and sole Lithium Carbonate treatment regarding emotion-regulation, self-control, and cognitive-flexibility in bipolar patients. The hybrid treatment was more effective than sole medication ($P < 0.001$).

Conclusion: It could be concluded that the combination of DBT with medication could be more effective in emotion-regulation, self-control, and cognitive-flexibility in bipolar patients.

Keywords: Dialectical Behavior Therapy, Lithium Carbonate, Emotion-regulation, Bipolar Disorder

اثربخشی تلفیق رفتاردرمانی دیالکتیکی با لیتیوم کربنات در مقایسه با دارو درمانی تنها، بر تنظیم هیجان، خودمهارگری و انعطاف پذیری شناختی بیماران مبتلا به اختلال دوقطبی

سیده الهه حسینی^۱، مریم نصری^۲

تاریخ دریافت: ۱۳۹۹/۱۱/۰۳

تاریخ پذیرش: ۱۴۰۰/۰۹/۲۱

چکیده

مقدمه: هدف از پژوهش حاضر مقایسه تأثیر تلفیق رفتاردرمانی دیالکتیکی با لیتیوم کربنات در مقایسه با دارودرمانی تنها بر تنظیم هیجان، خودمهارگری و انعطاف‌پذیری شناختی در افراد مبتلا به اختلال دوقطبی بود.

روش: در یک طرح کاربندی تصادفی کنترل شده جامعه آماری بیماران دارای اختلال دوقطبی مراجعه‌کننده به بیمارستان ابن‌سینا مشهد در سال ۱۳۹۹ هدف قرار گرفتند. یک نمونه شامل ۳۰ بیمار به روش نمونه‌گیری دردسترس و بر اساس ملاک‌های ورود و خروج انتخاب شده به تصادف در دو گروه ۱۵ نفره آزمایش A و B تقسیم شدند. ابزارهای این پژوهش شامل پرسشنامه تنظیم شناختی هیجان گارنفسکی، خودکنترلی تانجی و انعطاف‌پذیری شناختی دنیس و همکاران بود. گروه آزمایش A به مدت ۸ جلسه ۶۰ دقیقه‌ای به صورت یک جلسه در هفته، ضمن مصرف داروی لیتیوم کربنات، تحت رفتاردرمانی دیالکتیکی، قرار گرفتند و گروه آزمایش B در همین مدت تنها به استفاده از مصرف داروی لیتیوم کربنات اقدام نمودند. برای تحلیل داده‌ها از تحلیل کوواریانس چندمتغیره استفاده شد.

یافته‌ها: نتایج نشان داد بین تلفیق رفتاردرمانی دیالکتیکی با دارودرمانی و دارودرمانی بر تنظیم هیجان، خودمهارگری و انعطاف‌پذیری شناختی در افراد مبتلا به اختلال دوقطبی تفاوت وجود دارد و تأثیر درمان تلفیقی بیشتر است ($P < 0.001$).

نتیجه‌گیری: نتایج این پژوهش نشان می‌دهد که تلفیق رفتاردرمانی دیالکتیکی با دارودرمانی بر تنظیم هیجان، خودمهارگری و انعطاف‌پذیری شناختی در افراد مبتلا به اختلال دوقطبی مؤثرتر است، لذا می‌توان از این رویکرد درمانی جهت کاهش مشکلات بیماران دوقطبی سود جست.

واژه‌های کلیدی: اختلال دوقطبی، انعطاف‌پذیری شناختی، تنظیم هیجان، خودمهارگری، دارودرمانی، رفتاردرمانی دیالکتیکی.

۱. کارشناسی ارشد روانشناسی بالینی، واحد بیرجند، دانشگاه آزاد اسلامی، بیرجند، ایران

۲. نویسنده مسئول: استادیار و عضو هیئت علمی، گروه روانشناسی بالینی، واحد بیرجند، دانشگاه آزاد اسلامی، بیرجند، ایران

مقدمه

در بین اختلالات (روانشناختی می‌توان از اختلال دوقطبی^۱ به‌عنوان یکی از بیماری‌های مزمن روان‌پزشکی یاد کرد که مشخصه اصلی آن وجود دوره‌های تکراری از نوسانات خلقی و وجود دوره‌ای خلق افسردگی، شیدایی و هیپومانیا است که همین دوره‌های خلقی تکراری و بی‌ثباتی‌های خلق و خو، منجر به بروز مشکلات قابل توجهی در عملکرد عمومی آن‌ها گردیده و خود بیمار و خانواده‌های آنان را با مشکلات عدیده‌ای روبرو می‌نماید، به طوری که بروز حملات افسردگی در این بیماران نرخ اقدام به خودکشی را در مقایسه با جمعیت عمومی بسیار بیشتر می‌نماید (۱). حدود نیمی از افراد دارای اختلال دوقطبی که، تحت عنوان اختلال دوقطبی نوع یک شناخته می‌شوند، پیوسته و به‌طور مکرر حملات مانیک یا شیدایی را تجربه می‌کنند (۲) و فقط یک چهارم درصد این بیماران می‌توانند به سطح قبلی عملکرد خود دست یابند (۳). این اختلال را بدین جهت جزو اختلالات روان‌پزشکی شایع در نظر می‌گیرند که شواهد نشان می‌دهد میزان شیوع آن در نوع اول ۰/۴ تا ۱/۶ درصد و در نوع دوم نزدیک ۵ درصد گزارش گردیده است (۴).

اما چیزی که در این اختلال بیشتر مورد توجه قرار می‌گیرد بی‌ثباتی هیجانی و ناتوانی این بیماران در تنظیم هیجان^۲ است (۵). در واقع این گروه از بیماران به دلیل ناتوانی در تنظیم هیجان، به محض روبرو شدن با محرک‌های هیجانی، حملات خلقی را از خود بروز می‌دهند، به همین دلیل ناتوانی در تنظیم هیجان می‌تواند به نوسانات خلقی در آنان بیانجامد (۶). گارنفسکی معتقد است تنظیم هیجان، نوعی راهبرد مقابله‌ای هیجانی است که مخزن پاسخ در مواقع مواجهه با عوامل استرس‌زا بوده و تمام فرآیندهای درونی و بیرونی را که مسئول کنترل، ارزیابی و تعدیل واکنش‌های هیجانی است، در بر می‌گیرد و از طریق آن افراد می‌توانند بر هیجان‌های خود مدیریت داشته باشند (۷). افراد در مواجهه با رویدادهای استرس‌زا، از راهبردهای تنظیم هیجان متفاوتی برای اصلاح یا تعدیل تجربه هیجانی خود استفاده می‌کنند. یکی از متداول‌ترین این راهبردها، تنظیم هیجان با استفاده از راهبردهای

شناختی است. شناخت‌ها یا فرآیندهای شناختی به افراد کمک می‌کند که هیجان‌ها و احساس‌های خود را تنظیم نموده و توسط شدت هیجان‌ها مغلوب نشود. تنظیم شناختی هیجان، به شیوه شناختی مدیریت و دستکاری ورود اطلاعات فراخواننده هیجان، اشاره دارد. گارنفسکی، کرایچ و اسپینه‌اون^۸ نه راهبرد متفاوت تنظیم شناختی هیجان را تحت عنوان سرزنش خود، پذیرش، نشخوار ذهنی، تمرکز مجدد مثبت، تمرکز مجدد بر برنامه‌ریزی، ارزیابی مجدد مثبت، اتخاذ دیدگاه، فاجعه‌آمیزپنداری و سرزنش دیگران معرفی کرده‌اند. از میان این^۹ نه راهبرد، سرزنش خود، سرزنش دیگران، نشخوار ذهنی و فاجعه‌آمیزپنداری، راهبردهای ناسازگارانه‌ی تنظیم شناختی هیجان و پذیرش، تمرکز مجدد بر برنامه‌ریزی، تمرکز مجدد مثبت ارزیابی مجدد مثبت و اتخاذ دیدگاه، راهبردهای سازگارانه تنظیم هیجان را تشکیل می‌دهند. تحقیقات نشان داده است که استفاده از هر راهبرد منحصر به فرد، پیامدهای متفاوتی را به دنبال دارد و برخی راهبردهای تنظیم شناختی هیجان، نقش مهمی در سلامت روان افراد ایفا می‌کند از این رو نتایج پژوهش کارلسون و همکاران حاکی از این است افرادی که عادت به استفاده از راهبرد ارزیابی مجدد برای تنظیم هیجان‌اتشان در زندگی روزمره خود دارند، تاب‌آوری بیشتری در برابر استرس، از خود نشان می‌دهند. تروی و ماوس نیز ارزیابی مجدد شناختی را به عنوان یک راهبرد انطباقی فرض می‌کنند و اعتقاد دارند از آنجایی که تأثیر مستقیمی بر ارزیابی‌ها می‌گذارد، افراد می‌توانند با بهره‌گیری از آن، واکنش هیجانی خود را به رویدادهای استرس‌زا جهت بهبود عملکرد تغییر دهند. برخی مطالعات نیز نشان داده است که استفاده از ارزیابی مجدد، می‌تواند عامل مؤثری در کاهش هیجان‌ات منفی باشد. عبیدی و همکاران نشان دادند راهبردهای، تمرکز مجدد مثبت، ارزیابی مجدد مثبت، پیش بین مستقیم و همچنین راهبردهای فاجعه‌انگاری و سرزنش خود، پیش‌بین معکوس سلامت عمومی است. همچنین شواهد نشان می‌دهد که کسب توانمندی در مدیریت و تنظیم هیجان می‌تواند به بهبود وضعیت بیماران کمک نماید (۳، ۶، ۸، ۹).

1. bipolar disorder
2. emotion regulation

آگاهی از هیجانان و ایجاد بینش صحیح نسبت به رفتار در افراد دارای اختلالات خلقی، این توانمندی را در آنان به وجود می‌آورد تا با هیجانان خود به‌طور سنجیده‌تر روبرو گردند و هیجانان منفی خود را بهتر مدیریت کرده و بتوانند به خودمهارگری^۱ دست یابند؛ چرا که مهار کردن خود یا خودمهارگری، یکی دیگر از مواردی است که نقصان در آن می‌تواند منجر به حملات خلقی در افراد دارای اختلال دوقطبی گردد؛ این عامل اشاره به توانایی فرد در شناخت و به کار بستن استعدادهای در جهت مدیریت احساسات، هیجانان، رفتار و نیازهای فرد با جامعه بوده (۱۰) و اشاره به نوعی مراقبت درونی دارد که بر اساس آن، وظایف محوله انجام و رفتارهای ناهنجار و غیرقانونی ترک می‌شود، بی‌آنکه نظارت یا کنترل خارجی در بین باشد (۱۱). به همین دلیل اکثر پژوهش‌ها به نقش توانمندی در خودمهارگری، بر کاهش رفتارهای تهاجمی و نوسانات خلقی بیماران دوقطبی اشاره نموده‌اند (۱۰، ۱۲).

همچنین توانمندی در مهار کردن خود، یا ایجاد مهارت‌های شناختی و خودنظم‌دهی هیجانی و توانمندی در کنترل تکانه، می‌تواند به مدیریت افکار منفی بیانجامد و زمینه ارتقای انعطاف‌پذیری شناختی^۲ را فراهم سازد؛ که این انعطاف‌پذیری شناختی، به‌عنوان یکی از عوامل تأثیرگذار بر بهبود وضعیت بیماران دوقطبی مدنظر قرار می‌گیرد (۱۳). آمایه‌های شناختی که به‌منظور سازگاری با محرک‌های در حال تغییر محیطی استفاده می‌گردد می‌تواند بر خلقیات افراد دوقطبی تأثیرگذار باشد و این افراد با ارزیابی بهتر در مورد محرک‌ها و افزایش توانمندی در قابل‌کنترل دانستن شرایط، می‌توانند بر هیجانان خود مدیریت بهتری را اعمال نمایند (۱۴). دنیس و وندر وال بر این باورند که انعطاف‌پذیری شناختی اشاره به مهارت و توانایی ذهن در جهت ایجاد تناسب بین دو موضوع مختلف داشته و توانایی فکر کردن در مورد مفاهیم چندگانه به‌طور هم‌زمان را شامل می‌گردد که معمولاً به‌عنوان یکی از کارکردهای اجرایی شناخته می‌شود (۱۵). شواهد گویای آن است که انعطاف‌پذیری شناختی می‌تواند به بهبود وضعیت بیماران مدد رساند (۱۶، ۱۴).

با استناد به موارد فوق و بررسی پیشینه‌های درمانی در خصوص وضعیت بیماران دوقطبی، شواهد نشان از اجرای رویکردهای مختلفی داشته که عمده‌ترین آن‌ها درمان‌های زیستی مبتنی بر دارودرمانی^۳ است؛ زیرا این رویکرد معتقد است دارودرمانی می‌تواند تغییرات شیمیایی که در مغز این بیماران در زمان عود بیماری رخ می‌دهد را تنظیم نموده و به حفظ تعادل مواد شیمیایی در مغز کمک نماید و علائم بیماری را کاهش دهد (۱۰). همچنین یکی از رویکردهای دیگری که در خصوص این بیماران مورد استفاده قرار می‌گیرد استفاده از روش‌های روان‌درمانی است که در این میان رفتاردرمانی دیالکتیکی^۴ عمومیت بیشتری دارد؛ این رویکرد بر پایه فلسفه دیالکتیکی قرار گرفته و از ترکیبی از راهبردهای تغییر محور و راهبردهای مبتنی بر پذیرش و تعهد به وجود آمده است (۱۷). درواقع به نظر می‌رسد به این دلیل که درمان دارویی تنها قادر به کاهش علائم بیماری هستند و در صورت قطع دارو، علائم بیماری مجدداً نمایان می‌گردد؛ همراهی با روان‌درمانی می‌تواند منجر به تأثیر گذاری بیشتر درمان گردد؛ چراکه دارو با کاهش حملات خلقی همراه می‌گردد و ضمن ایجاد آرامش به درمانگر اجازه می‌دهد تا بر فرآیندهای فکری بیماران اثر گذارد (۸).

به‌طوری‌که کاظمی رضایی و همکاران در تحقیقی نشان دادند آموزش نظم‌جویی هیجان مبتنی بر رفتاردرمانی دیالکتیکی باعث کاهش افسردگی، اضطراب، استرس و افزایش انعطاف‌پذیری شناختی گروه آزمایش نسبت به گروه کنترل می‌گردد (۱۸). همچنین پژوهش اخوان و سجادیان نشان داد رفتاردرمانی دیالکتیکی، بی‌ثباتی هیجانی و تکانشگری بیماران دوقطبی را در مرحله پس‌آزمون کاهش می‌دهد و این اثربخشی در مرحله پیگیری نیز پایداری خود را حفظ می‌نماید و می‌توان از رفتاردرمانی دیالکتیکی به منظور کاهش بی‌ثباتی هیجانی و تکانشگری این بیماران در کنار دارودرمانی استفاده نمود (۳). عباسی نیز در تحقیق مشابهی نشان داد مداخله گروهی رفتاردرمانی دیالکتیک باعث کاهش اضطراب و افزایش سرسختی و خودمهارگری در بیماران می‌گردد (۱۲). ویتربورگ و همکاران نیز در تحقیقی نشان دادند، بیماران افسرده‌ای که تحت رفتاردرمانی

3. Pharmacotherapy

4. Dialectical Behavioral Therapy

1. self-control

2. Cognitive Flexibility Inventory

هیجان، خودمهارگری و انعطاف‌پذیری شناختی در افراد مبتلا به اختلال دوقطبی تفاوت وجود دارد؟

با توجه به اینکه دستیابی به روشی که بتواند به بهترین وجه بر متغیرهای مذکور تأثیر گذارد، بسیار حائز اهمیت است، تعیین تأثیر دو روش دارودرمانی به‌عنوان اصلی‌ترین روش درمان بیماران دوقطبی و تعیین تأثیر رفتاردرمانی دیالکتیکی به‌عنوان روش مبتنی بر رویکردهای روانشناختی و مقایسه بین آن‌ها، می‌تواند ما را در دستیابی به هدف این پژوهش کمک نماید. از طرفی، از آنجایی که خانواده‌های افراد مبتلا به اختلال دوقطبی و جامعه هزینه‌های اقتصادی و روانی زیادی را در جریان تجربه دوره‌های تکراری از نوسانات خلقی این بیماران متحمل می‌شوند، لذا نتایج آن می‌تواند به عنوان راهبردی مؤثر در بهبود وضعیت این بیماران، کمک‌رسان بنیان سلامت و روان‌درمانگری باشد که با این بیماران کار می‌کنند و نهایتاً به بهبود وضعیت این بیماران مدد رساند؛ بر همین اساس و با توجه به اینکه بررسی پژوهش‌های پیشین نشان می‌دهد که تاکنون پژوهشی که به‌طور هم‌زمان به مقایسه تأثیر این دو رویکرد بر متغیرهای مذکور پرداخته باشد، انجام نگرفته است این پژوهش می‌تواند در نوع خود جدید باشد که همین عامل پژوهشگر را به انجام این پژوهش ترغیب نموده است.

روش

طرح پژوهش: پژوهش حاضر به لحاظ هدف کاربردی و به لحاظ نحوه گردآوری اطلاعات از نوع نیمه‌تجربی با طرح پیش‌آزمون - پس‌آزمون دوگانه بود.

آزمودنی‌ها: جامعه آماری شامل تمام بیماران دارای تشخیص قطعی اختلال دوقطبی مراجعه‌کننده به درمانگاه بیمارستان ابن‌سینا مشهد در سال ۱۳۹۹ بود، که از بین آن‌ها ۳۰ نفر بر اساس ملاک‌های ورود و خروج به پژوهش و به روش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب و به صورت تصادفی در دو گروه شامل آزمایش A و B جای‌دهی شدند. بدین دلیل که بیماران دارای تشخیص قطعی اختلال دوقطبی نیازمند دریافت دارو می‌باشند، انتخاب گروه کنترل مقدور نبوده لذا دو گروه آزمایش با یکدیگر مقایسه می‌گردد. ملاک‌های ورود به پژوهش شامل تشخیص قطعی اختلال دوقطبی و گذشت یک سال از تشخیص قطعی بیماری در آن‌ها، برخورداری از سطح تحصیلات حداقل، قرار گرفتن در

دیالکتیک به همراه دارودرمانی قرار داشتند، نسبت به افرادی که دارودرمانی را با درمان نوروفیدبک دریافت نمودند در تنظیم هیجانات و مدیریت افسردگی نیز به طور قابل توجهی رشد داشتند (۹). تبیین - موک و همکاران نیز نشان دادند، بیمارانی که DBT دریافت کرده بودند نسبت به بیمارانی که درمان معمول دارویی داشتند، به‌طور معنی‌داری خودمهارگری بیشتری را کسب نمودند (۱۰). دریکو (۱۳) هم نشان داد، بیماران افسرده‌ای که به‌صورت هم‌زمان تحت درمان دیالکتیکی و دارودرمانی قرار داشتند بیشتر از گروه کنترل بهبود در رفتارهای خود آسیب‌رسان داشته و از لحاظ شناختی انعطاف‌پذیری بیشتری در آن‌ها دیده می‌شد. همچنین نتایج نشان داده است که تلفیق رفتاردرمانی دیالکتیکی و دارودرمانی با دارودرمانی در مقایسه با یکدیگر در بیماران دوقطبی اثرات متفاوتی دارند و ترکیب این دو درمان اثربخش‌تر است.

از آنجا که رفتاردرمانی دیالکتیک با این فرض که رفتار، افکار و احساسات قابل‌آموزش و یادگیری بوده و افراد دارای مشکلات خلقی، هنگام بروز خلق منفی، قادر به برداشت صحیح از هیجانات خود نیستند و نمی‌توانند هیجانات منفی خود را مدیریت کنند، سعی دارد تا با تقویت عزت‌نفس، اعتمادبه‌نفس، افزایش خود ارزشی، توانمندی در تحمل ناکامی‌ها و افزایش مهارت‌های رفتاری، به کاهش علائم این بیماران کمک نماید (۶). همچنین می‌توان با استفاده از دارو این اثرات را تقویت کرد. به عبارتی می‌توان گفت استفاده از دارو موجب می‌شود که قابلیت‌های بیمار برای برقراری ارتباط و شرکت در فرآیند روان‌درمانی نیز افزایش یابد. استفاده از تلفیق درمانی موجب کاهش ناراحتی روانشناختی در افراد در هنگام بروز علائم شدید می‌شود زیرا داروها موجب افزایش کارایی کلامی و بهبود علائم روانشناختی می‌شوند و در نتیجه در فرآیند درمانی درمانجو را برای پذیرش روان‌درمانی آماده می‌کند (۹). با توجه به آنچه بیان شد می‌توان گفت که، تلفیق این دو درمان می‌تواند به گونه‌ای متفاوت نسبت به اثربخشی مجزای این درمان‌ها عمل کند، به همین دلیل در این پژوهش به بررسی این موضوع پرداخته می‌شود که آیا بین تلفیق رفتاردرمانی دیالکتیکی با دارودرمانی در مقایسه با دارودرمانی بر تنظیم

۲. مقیاس خودکنترلی^۲: پرسشنامه خودکنترلی توسط تانجی و همکاران در سال ۲۰۰۴ ساخته شده است؛ و هدف از آن سنجش میزان کنترل افراد بر خودشان است این پرسشنامه دارای ۱۳ سؤال بوده و در یک طیف لیکرت ۵ گزینه‌ای هرگز (۰) تا بسیار زیاد (۵) نمره‌گذاری می‌شود، همچنین سؤالات ۲، ۳، ۴، ۵، ۷، ۹، ۱۰، ۱۲، ۱۳ به صورت معکوس نمره‌گذاری می‌شوند. برای به دست آوردن امتیاز کلی پرسشنامه، مجموع امتیازات همه سؤالات با هم جمع می‌شوند و حداکثر نمره برای پرسشنامه خودمهارگری ۶۵ و حداقل ۱۳ است و نمره بالاتر بیانگر خودمهارگری بالاتر فرد خواهد بود. تانجی و همکاران روایی این مقیاس با ارزیابی همبستگی آن با مقیاس‌های پیشرفت تحصیلی، سازگاری، روابط مثبت و مهارت‌های بین‌فردی مورد سنجش قرار داده و تأیید نموده‌اند. همچنین پایایی آن را بر روی دو نمونه آماری با استفاده از آزمون آلفای کرونباخ ۰/۸۳ و ۰/۸۵ به دست آورده‌اند. در ایران نیز موسوی‌مقدم (۱۱) پایایی این مقیاس را با استفاده از ضریب آلفای کرونباخ ۰/۹۰ به دست آورده است.

۳. پرسشنامه انعطاف‌پذیری شناختی^۳: پرسشنامه انعطاف‌پذیری شناختی توسط دنیس و وندروال در سال ۲۰۱۰ ساخته شده است. این پرسشنامه مشتمل بر ۲۰ سؤال بوده که به منظور سنجش انعطاف‌پذیری شناختی افراد و به منظور ارزیابی میزان پیشرفت فرد در کار بالینی و غیربالینی و سنجش میزان پیشرفت فرد در ایجاد تفکر انعطاف‌پذیر در افسردگی و سایر بیماری‌های روانی طراحی گردیده است. این پرسشنامه دارای مقیاس ۷ درجه‌ای لیکرت از کاملاً مخالفم (۱) تا کاملاً موافقم (۷) است و افراد بر اساس اینکه کدام یک از گزینه‌ها در مورد آن‌ها بیشتر صدق می‌نماید به پاسخگویی به سؤالات می‌پردازند، همچنین در این مقیاس سؤالات ۲، ۴، ۷، ۹، ۱۱ و ۱۷ به صورت معکوس نمره‌گذاری می‌شود. جمع نمرات تمام سؤالات، نمره کل آزمون انعطاف‌پذیری شناختی را به دست می‌دهد و بالاترین نمره‌ای که فرد در این پرسشنامه می‌تواند اخذ نماید ۱۴۰ و پایین‌ترین نمره ۲۰ است. نمره بالاتر نشان‌دهنده انعطاف‌پذیری شناختی بیشتر، و نمره پایین و نزدیک به ۲۰

بازه سنی بین ۲۵ تا ۴۵ سال، عدم قطع ارتباط خود با بیمارستان زودتر از دو ماه، شرکت داوطلبانه در پژوهش، عدم قرار گرفتن هم‌زمان در درمان یا مداخله درمانی دیگر و قرار داشتن تحت درمان دارویی با داروی لیتوم کربنات است. ملاک خروج از پژوهش نیز شامل قرارگرفتن در معرض دوره‌های درمان دیگر و غیبت بیشتر از سه جلسه در جلسات درمان بود.

ابزار

۱. پرسشنامه تنظیم شناختی هیجان^۱: پرسشنامه تنظیم شناختی هیجان توسط گارنفسکی در سال ۲۰۰۲ به چاپ رسیده است. نسخه اصلی این پرسشنامه با ۲ مؤلفه دارای ۳۶ ماده است. این پرسشنامه، پرسشنامه‌ای چندبعدی و یک ابزار خودگزارشی است که دارای فرم ویژه بزرگسالان و کودکان است. مقیاس تنظیم شناختی هیجان نه راهبرد شناختی ملامت خویش، پذیرش، نشخوارگری، تمرکز مجدد مثبت، تمرکز مجدد بر برنامه‌ریزی، ارزیابی مجدد مثبت، دیدگاه‌پذیری، فاجعه‌انگاری و ملامت دیگران را ارزیابی می‌کند. این پرسشنامه شامل ۳۶ پرسش مدرج پنج نمره‌ای (از همیشه یا هرگز) است که هر چهار پرسش یک عامل را مورد ارزیابی قرار می‌دهد و در مجموع نه عامل به قرار، سرزنش خود، سرزنش دیگران، فاجعه‌آمیز کردن، نشخوار فکری، تمرکز مجدد بر برنامه‌ریزی، پذیرش، تمرکز مثبت و ارزیابی مثبت را مورد ارزیابی قرار می‌دهد. نحوه نمره‌گذاری پرسشنامه تنظیم شناختی هیجان گارنفسکی به این صورت است که سؤالات ۲-۴-۵-۶-۱۱-۷-۱۳-۱۴-۱۵-۱۶-۲۰-۲۲-۲۳-۲۴-۲۵-۲۹-۳۱-۳۲-۳۳-۳۴ تنظیم شناختی مثبت و سؤالات ۱-۳-۸-۹-۱۰-۱۲-۱۷-۱۸-۱۹-۲۱-۲۶-۲۷-۲۸-۳۰-۳۵-۳۶ تنظیم شناختی منفی را بررسی می‌نماید. ضریب آلفا خرده مقیاس‌های این پرسشنامه به وسیله گارنفسکی در دامنه ۰/۷۱ تا ۰/۸۱ گزارش شده است. فرم فارسی این مقیاس به وسیله سامانی و جوکار (۱۹) مورد اعتباریابی قرار گرفت و نتایج نشان داده است که، نسبت KMO برابر ۰/۸۴ و آزمون بارتلت برابر ۴۶۸۷/۶ بود، همچنین نتایج بازآزمایی این پرسشنامه با فاصله یک هفته برای خرده‌مقیاس‌های پرسشنامه در دامنه ۰/۷۵ تا ۰/۸۸ قرار داشت.

2. Self-control scale

3. Cognitive Flexibility Questionnaire

1. Cognitive Emotional Regulation Questionnaire

پروتکل‌های بهداشتی انجام گرفت. در مرحله پیش‌آزمون هر دو گروه از طریق آزمون تنظیم هیجان، خودکنترلی و انعطاف‌پذیری شناختی مورد سنجش قرار گرفتند تا مقایسه آن پس از مداخله با پس‌آزمون مورد مقایسه قرار گیرند. در ادامه از گروه آزمایش A خواسته شد تا به مدت ۸ جلسه ۶۰ دقیقه‌ای به صورت یک جلسه در هفته، ضمن مصرف داروی لیتیوم کربنات که توسط پزشک معالج به آن‌ها داده می‌شود، تحت روان‌درمانی گروهی با رویکرد رفتاردرمانی دیالکتیکی بر اساس بسته اجرایی اخوان و سجادیان (۳)، قرار گیرند و گروه آزمایش B نیز در همین مدت تنها به استفاده از مصرف داروی لیتیوم کربنات با همان دوز مصرفی گروه A اراشه شده توسط پزشک معالج، مبادرت ورزند. در پایان جلسات هر دو گروه، مجدداً با پس‌آزمون مورد سنجش قرار گرفته و پرسشنامه‌های مذکور را تکمیل نمودند و در نهایت جهت تجزیه و تحلیل به روش تحلیل کواریانس چند متغیره از طریق نرم‌افزار SPSS-۲۵ انجام شد. شرح مختصری از بسته آموزشی مورد استفاده در پژوهش در جدول ۱ آورده شده است.

نشان‌دهنده انعطاف‌پذیری شناختی پایین است. اعتبار هم‌زمان این پرسشنامه را با پرسشنامه افسردگی بک برابر ۰/۳۹ و روایی همگرایی آن را با مقیاس انعطاف‌پذیری مارتین ۰/۷۵ به دست آورده‌اند و در ایران نیز شاره، سلطانی، بحرینیان و فرمانی (۱۵). ضریب باز آزمایی کل مقیاس را ۰/۷۱ و ضریب آلفای کرونباخ کل مقیاس را ۰/۹۰ به دست آورده‌اند.

روند اجرای پژوهش: روند اجرای پژوهش به این صورت بوده است که با مراجعه به بیمارستان ابن‌سینا مشهد و انجام هماهنگی‌های لازم جهت انجام کار آماری، ضمن توضیح در خصوص اجرای کار پژوهشی برای بیماران مبتلا به اختلال دوقطبی، از بین مراجعه‌کنندگان مبتلا به اختلال دوقطبی به این بیمارستان در سال ۱۳۹۹، تعداد ۵۰ نفر انتخاب و پس از بررسی در خصوص برخوردار بودن از ملاک‌های ورود به پژوهش تعداد ۳۰ نفر از آن‌ها به‌عنوان نمونه در دسترس انتخاب گردید. بیماران گروه نمونه به صورت تصادفی در دو گروه ۱۵ نفره آزمایش A و B جای‌دهی شدند. لازم به ذکر است که با توجه به شاغل بودن و سابقه کار در بیمارستان روان‌پزشکی ابن‌سینا مشهد، جلسات درمان با رعایت کامل

جدول ۱) شرح مختصر از جلسات رفتاردرمانی دیالکتیکی مبتنی بر بسته اجرایی اخوان و سجادیان (۲)

جلسه‌ها	برنامه
جلسه اول	در جلسه اول، پس از آشنایی با اهداف و قوانین گروه، بیماران در بخش مهارت‌های هوشیاری فراگیر، با سه حالت ذهنی منطقی، هیجانی و خردگرا آشنا می‌شوند و به اعضای گروه توضیح داده می‌شود که منظور از حالت ذهنی در این طرح، سه حالت ذهنی منطقی، هیجانی و خردگرا است.
جلسه دوم	در این جلسه علاوه بر تمرین حالت ذهنی جلسه قبل، به آموزش مهارت‌های چه چیز و مهارت‌های چگونه، هشیاری فراگیر شامل مشاهده، توصیف و شرکت کردن و مهارت‌های چگونه شامل اتخاذ موضع غیرقضاوتی، خود ذهن‌آگاهی و کارآمد عمل کردن اختصاص می‌یابد و به ارائه تکالیف برای جلسه بعدی پرداخته می‌شود.
جلسه سوم	مروری بر انجام تکالیف جلسه قبل، مهارت‌های چه چیز و چگونه به‌طور عملی در گروه تمرین می‌شود چون این تمرین‌ها هسته مرکزی رفتاردرمانی دیالکتیکی محسوب می‌شود، بنابراین در ابتدا مورد آموزش قرار می‌گیرد.
جلسه چهارم	مروری بر انجام تکالیف جلسه قبل، مؤلفه خودمهارگری یعنی راهبردهای بقا در بحران شامل: راهبردهای پرت کردن حواس پنج‌گانه، خود آرام‌سازی با حواس پنج‌گانه، مهارت‌های بهسازی لحظات و تکنیک سود ارائه می‌گردد و در ادامه به ارائه تکالیف برای جلسه بعدی پرداخته می‌شود.
جلسه پنجم	مروری بر انجام تکالیف جلسه قبل، مهارت‌های پرت کردن حواس، تسکین دادن به خود با استفاده از حواس پنج‌گانه و تمرین ذهن‌آگاهی، آموزش مهارت‌های خود آرام‌سازی، آموزش مهارت‌های بهسازی لحظات و تکنیک سود و زیان، آشنایی با تکنیک‌های تنظیم هیجان و روش‌های انعطاف‌پذیری شناختی و ارائه تکالیف برای جلسه بعدی.
جلسه ششم	در این جلسه ضمن مرور مهارت‌های قبلی آموزش مهارت پذیرش واقعیت شامل: پذیرش محض، برگرداندن ذهن، رضایت‌مندی و آموزش الگوی شناسایی هیجان‌ها و برچسب زدن به آن‌ها که منجر به توانایی کنترل کردن هیجان‌ها می‌گردد، پذیرش هیجان‌ها حتی در صورت منفی بودن، آموزش مهارت‌ها برای کاهش آسیب‌پذیری نسبت به هیجان‌ها منفی انجام می‌گیرد و به ارائه تکالیف جلسه بعدی پرداخته می‌شود.
جلسه هفتم	در این جلسه ضمن مرور مهارت‌های قبلی آموزش ایجاد تجارب هیجانی مثبت از طریق ایجاد تجارب هیجانی مثبت

جلسه‌ها	برنامه
	کوتاه‌مدت (مثل تفریح) و تجارب هیجانی مثبت بلندمدت (از طریق کار کردن بر روی سه حوزه اهداف زندگی، روابط و هوشیاری فراگیر نسبت به تجارب مثبت)، آموزش رها کردن رنج هیجانی از طریق پذیرش هیجانات و تغییر دادن هیجانات منفی از طریق کنش متضاد با هیجان انجام می‌گیرد و در نهایت به ارائه تکالیف برای جلسه بعدی پرداخته می‌شود.
جلسه هشتم	در جلسه آخر، ضمن مرور آموزش‌های قبلی، آموزش مهارت‌های ارتباطی مؤثر، مهارت گوش دادن، مهارت جسارت‌آموزی و کنترل خشم به صورت عملی در گروه تمرین می‌شود. همچنین ارائه بازخورد به آزمودنی‌ها و رفع مشکلات آن‌ها در روند انجام تکالیف و اجرای پس‌آزمون‌ها صورت می‌پذیرد.

یافته‌ها

۲/۱۲ است. توزیع میانگین تنظیم هیجان، خودمهارگری و انعطاف‌پذیری شناختی و خرده مؤلفه‌های آن به تفکیک گروه‌های آزمایش A و B با در نظر گرفتن موقعیت پیش‌آزمون و پس‌آزمون در جدول ۲ ارائه شده است.

داده‌های جمعیت شناختی در خصوص سن بیماران نشان داد میانگین سنی گروه آزمایش A (دارودرمانی و رفتاردرمانی دیالکتیک)، ۳۶/۶ با انحراف استاندارد ۲/۴ است و میانگین و انحراف استاندارد در گروه آزمایش B (دارودرمانی) ۳۷/۴ و

جدول ۲) میانگین تنظیم هیجان، خودمهارگری و انعطاف‌پذیری شناختی به تفکیک گروه‌های آزمایش در پیش و پس‌آزمون

متغیر	شاخص	آزمایش A (دارودرمانی و دیالکتیک)		آزمایش B (دارودرمانی)	
		انحراف استاندارد	میانگین	انحراف استاندارد	میانگین
ملاطت خویش	پیش‌آزمون	۱۳/۰۳	۱/۰۲	۱۲/۰۱	۲/۱۰
	پس‌آزمون	۱۲/۰۳	۲/۱۱	۱۱/۰۸	۱/۱۰
نشخوار گری	پیش‌آزمون	۱۲/۰۶	۲/۱۰	۱۱/۰۱	۲/۰۵
	پس‌آزمون	۱۰/۰۴	۱/۰۹	۱۰/۰۴	۲/۱۱
فاجعه انگاری	پیش‌آزمون	۱۳/۰۸	۱/۰۱	۱۲/۰۲	۲/۱۰
	پس‌آزمون	۱۲/۰۶	۱/۰۵	۱۱/۰۹	۱/۰۹
ملاطت دیگران	پیش‌آزمون	۱۳/۰۴	۲/۱۱	۱۲/۱۶	۲/۱۰
	پس‌آزمون	۱۰/۰۹	۲/۱۲	۱۱/۰۴	۱/۱۰
تنظیم هیجان (منفی)	پیش‌آزمون	۵۳/۰۱	۳/۱۵	۴۷/۵۶	۳/۰۷
	پس‌آزمون	۴۶/۰۲	۳/۱۲	۴۵/۰۵	۳/۱۱
پذیرش	پیش‌آزمون	۱۱/۰۴	۱/۱۵	۱۰/۰۶	۱/۰۴
	پس‌آزمون	۱۲/۰۱	۲/۰۸	۱۱/۰۴	۱/۰۳
تمرکز مجدد مثبت	پیش‌آزمون	۱۲/۰۲	۱/۱۵	۱۱/۰۶	۲/۰۸
	پس‌آزمون	۱۳/۰۳	۱/۱۲	۱۲/۰۹	۲/۰۴
تمرکز بر برنامه‌ریزی	پیش‌آزمون	۱۴/۰۹	۲/۱۲	۱۳/۰۴	۲/۱۰
	پس‌آزمون	۱۶/۰۶	۲/۰۸	۱۴/۱۱	۲/۱۳
ارزیابی مجدد مثبت	پیش‌آزمون	۱۱/۰۸	۲/۰۶	۱۰/۰۶	۱/۱۰
	پس‌آزمون	۱۳/۰۴	۲/۰۴	۱۱/۰۳	۱/۰۹
دیدگاه‌پذیری	پیش‌آزمون	۱۳/۱۰	۲/۱۰	۱۳/۱۴	۱/۰۶
	پس‌آزمون	۱۵/۰۲	۱/۱۰	۱۳/۰۵	۲/۰۸
تنظیم هیجان (مثبت)	پیش‌آزمون	۶۳/۰۴	۳/۱۵	۵۹/۳۴	۳/۰۷
	پس‌آزمون	۷۰/۰۶	۳/۱۲	۶۱/۰۲	۳/۱۱
خودمهارگری	پیش‌آزمون	۳۲/۶	۳/۱۱	۳۰/۳	۳/۱۳
	پس‌آزمون	۴۱/۸	۳/۱۶	۳۶/۱	۳/۱۰
انعطاف‌پذیری شناختی	پیش‌آزمون	۷۲/۴	۲/۱۰	۶۷/۳	۲/۱۳
	پس‌آزمون	۷۹/۲	۲/۱۶	۷۱/۶	۲/۱۱

همچنین میانگین انعطاف‌پذیری شناختی نیز در گروه آزمایش A (دارودرمانی و دیالکتیک) در مرحله پیش‌آزمون ۷۲/۴ با انحراف استاندارد ۲/۱۰ و در مرحله پس‌آزمون ۷۹/۲ با انحراف استاندارد ۲/۱۶ است و همین میانگین در گروه آزمایش B (دارودرمانی) در مرحله پیش‌آزمون ۶۷/۳ با انحراف استاندارد ۲/۱۳ و در مرحله پس‌آزمون ۷۱/۶ با انحراف استاندارد ۲/۱۱ است.

قبل از بررسی فرضیه‌ها و اجرای آزمون تحلیل کوواریانس، برای رعایت پیش‌فرض نرمال بودن توزیع متغیرهای پژوهش از آزمون شاپیروویلیک استفاده شد که نتایج نشان داد که توزیع این متغیرها نرمال است همچنین جهت بررسی فرض همگنی واریانس از روش ام‌باکس استفاده شد که نتایج آن نشان داد، آزمون ام‌باکس برای هر سه متغیر معنادار نیست ($P > 0.05$) و به همین دلیل همگنی واریانس‌ها تأیید گردید.

به منظور مقایسه میانگین نمرات پس‌آزمون تنظیم هیجان در دو گروه آزمایش A (دارودرمانی و دیالکتیک) و آزمایش B (دارودرمانی) بعد از کنترل اثر پیش‌آزمون، از آزمون تجزیه و تحلیل کوواریانس استفاده شد که نتایج آن در جدول ۳ ارائه شده است.

همان‌گونه که در جدول ۲ مشاهده می‌شود میانگین نمره تنظیم هیجان (منفی) در گروه آزمایش A (دارودرمانی و دیالکتیک) در مرحله پیش‌آزمون ۵۳/۰۱ با انحراف استاندارد ۳/۱۵ و در مرحله پس‌آزمون ۴۶/۰۲ با انحراف استاندارد ۳/۱۲ است و همین میانگین در گروه آزمایش B (دارودرمانی) در مرحله پیش‌آزمون ۴۷/۵۶ با انحراف استاندارد ۳/۰۷ و در مرحله پس‌آزمون ۴۵/۰۵ با انحراف استاندارد ۳/۱۱ است. همچنین میانگین نمره تنظیم هیجان (مثبت) در گروه آزمایش A (دارودرمانی و دیالکتیک) در مرحله پیش‌آزمون ۶۳/۰۴ با انحراف استاندارد ۳/۱۵ و در مرحله پس‌آزمون ۷۰/۰۶ با انحراف استاندارد ۳/۱۲ است و همین میانگین در گروه آزمایش B (دارودرمانی) در مرحله پیش‌آزمون ۵۹/۳۴ با انحراف استاندارد ۳/۰۷ و در مرحله پس‌آزمون ۶۱/۰۲ با انحراف استاندارد ۳/۱۱ است. همچنین میانگین خودمهارگری در گروه آزمایش A (دارودرمانی و دیالکتیک) در مرحله پیش‌آزمون ۳۲/۶ با انحراف استاندارد ۳/۱۱ و در مرحله پس‌آزمون ۴۱/۸ با انحراف استاندارد ۳/۱۴ است و همین میانگین در گروه آزمایش B (دارودرمانی) در مرحله پیش‌آزمون ۳۰/۳ با انحراف استاندارد ۳/۱۳ و در مرحله پس‌آزمون ۳۶/۱ با انحراف استاندارد ۳/۱۰ است.

جدول ۳) تجزیه و تحلیل کوواریانس جهت مقایسه میانگین نمرات پس‌آزمون تنظیم هیجان در دو گروه

متغیر	منابع تغییرات	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	معنی داری	مجذور اتا
ملاطمت خویش	پس‌آزمون گروه	۱۰۸/۹۷۳	۱/۵۸۵	۱۴۴/۲	۱۸/۰۹۲	۰/۰۰۰	۰/۳۲۱
	پس‌آزمون گروه	۹۴/۲۵۳	۱/۵۸۵	۵۹/۴۷۷	۹/۴۲۳	۰/۰۱۳	۰/۲۹۸
نشخوارگری	پس‌آزمون گروه	۶۹/۳۹۱	۱/۵۳۲	۴۵/۲۸۵	۱۶/۹۲۷	۰/۰۰۰	۰/۳۴۲
	پس‌آزمون گروه	۲۶/۸۳۱	۱/۵۳۲	۱۷/۵۱	۶/۵۴۵	۰/۰۲۱	۰/۲۶۱
فاجعه‌انگاری	پس‌آزمون گروه	۱۰۲/۸۵۳	۲	۷۵/۵۴	۱۸/۰۶۸	۰/۰۰۰	۰/۲۸۷
	پس‌آزمون گروه	۸۱/۲۹۳	۲	۵۶/۷۸۲	۱۴/۱۴۳	۰/۰۰۱	۰/۲۷۲
ملاطمت دیگران	پس‌آزمون گروه	۴۹/۶۸۴	۱/۴۳۲	۲۴/۸۴۲	۷/۳۳۷	۰/۰۱۵	۰/۳۱۵
	پس‌آزمون گروه	۵۲/۱۹۱	۱/۴۳۲	۲۶/۰۹۶	۷/۷۰۷	۰/۰۱۵	۰/۳۲۱
پذیرش	پس‌آزمون گروه	۴/۰۵۸	۲	۲۰/۰۲۹	۹/۶۰۸	۰/۰۱۳	۰/۴۱۱
	پس‌آزمون گروه	۴۰/۵۸۳	۲	۲۰/۲۶۹	۹/۷۲۳	۰/۰۱۳	۰/۴۰۲
تمرکز مجدد مثبت	پس‌آزمون گروه	۷۵/۷۶۴	۲	۳۷/۸۸۲	۲۴/۸۳۹	۰/۰۰۰	۰/۳۵۲
	پس‌آزمون گروه	۳۲/۸۸۴	۲	۱۶/۴۴۶	۱۰/۷۸۱	۰/۰۰۹	۰/۳۲۴
تمرکز بر برنامه‌ریزی	پس‌آزمون گروه	۵۲/۳۹۱	۲	۲۶/۱۹۶	۱۶/۷۷	۰/۰۰۱	۰/۴۲۵
	پس‌آزمون گروه	۴۴/۹۲۴	۲	۲۲/۴۶۲	۱۴/۳۸۶	۰/۰۰۱	۰/۴۱۸
ارزیابی مجدد مثبت	پس‌آزمون گروه	۱۵۵/۷۳۸	۲	۷۷/۸۶۹	۴۸/۴۷۸	۰/۰۰۰	۰/۱۷۸
	پس‌آزمون گروه	۱۰۵/۱۲۴	۲	۰۵۲/۵۶۲	۳۲/۷۲۳	۰/۰۰۰	۰/۱۲۱
دیدگاه‌پذیری	پس‌آزمون گروه	۶۰/۰۱۳	۲	۳۰/۰۰۷	۱۷/۳۵۵	۰/۰۰۱	۰/۲۱۵
	پس‌آزمون گروه	۴۶/۵۷۳	۲	۲۳/۲۸۷	۱۳/۴۶۸	۰/۰۰۱	۰/۲۰۹

میانگین نمرات پس‌آزمون گروه آزمایش A (دارودرمانی و دیالکتیک) به‌طور معنی‌داری بیشتر از گروه آزمایش B (دارودرمانی) است. به عبارتی می‌توان گفت که دارودرمانی به همراه رفتاردرمانی دیالکتیک در مقایسه با دارودرمانی به‌طور معنی‌داری موجب کاهش بیشتر نمره تنظیم هیجان (منفی) و افزایش بیشتر نمره تنظیم هیجان (مثبت) شده است. در ادامه به منظور مقایسه میانگین نمرات پس‌آزمون خودمهارگری و انعطاف‌پذیری شناختی در دو گروه آزمایش A (دارودرمانی و دیالکتیک) و آزمایش B (دارودرمانی) بعد از کنترل اثر پیش‌آزمون، از آزمون تجزیه و تحلیل کوواریانس استفاده شد که نتایج آن در جدول ۴ ارائه شده است.

با توجه به نتایج حاصل از جدول فوق بین میانگین نمرات پس‌آزمون مؤلفه‌های تنظیم هیجان منفی (ملاست خویش، نشخوارگری، فاجعه‌انگاری، ملامت دیگران) بعد از حذف اثر پیش‌آزمون، در گروه آزمایش A (دارودرمانی و دیالکتیک) تفاوت معنی‌داری وجود دارد به این صورت که میانگین نمرات پس‌آزمون گروه آزمایش A (دارودرمانی و دیالکتیک) به‌طور معنی‌داری کمتر از گروه آزمایش B (دارودرمانی) است. همچنین بین میانگین نمرات پس‌آزمون مؤلفه‌های تنظیم هیجان مثبت (پذیرش، تمرکز مجدد مثبت، تمرکز بر برنامه‌ریزی، ارزیابی مجدد مثبت، دیدگاه‌پذیری) بعد از حذف اثر پیش‌آزمون، در گروه آزمایش A (دارودرمانی و دیالکتیک) تفاوت معنی‌داری وجود دارد، به این صورت که

جدول ۴) تجزیه و تحلیل کوواریانس جهت مقایسه میانگین نمرات پس‌آزمون خودمهارگری و انعطاف‌پذیری شناختی در دو گروه

منابع تغییرات	مجموع مجزورات	درجه‌آزادی	میانگین مجزورات	F	معنی‌داری	مجذور اتا
پس‌آزمون گروه	۱۰۵۲/۴	۱	۱۰۵۲/۴	۲۷/۷	**۰/۰۰۰۱	۰/۵۱
خطا	۹۳۸/۵	۲۶	۳۷/۹	۲۴/۷	**۰/۰۰۰۱	۰/۴۸
پس‌آزمون گروه	۹۶۷۹/۷	۱	۹۶۷۹/۷	۱۴۳۳/۷	**۰/۰۰۰۱	۰/۹۸
خطا	۱۴۰/۹	۲۶	۶/۷۵	۲۰/۸۷	**۰/۰۰۰۱	۰/۴۳
	۱۸۲/۲			-	-	-

همان‌طور که نتایج نشان می‌دهد بین میانگین نمرات پس‌آزمون خودمهارگری بعد از حذف اثر پیش‌آزمون، در گروه آزمایش A (دارودرمانی و دیالکتیک) تفاوت معنی‌داری وجود دارد (F(۲۶)= ۲۴/۷, P< ۰/۰۱, η^۲= ۰/۴۸). به این صورت که میانگین نمرات پس‌آزمون گروه آزمایش A (دارودرمانی و دیالکتیک) به‌طور معنی‌داری بیشتر از گروه آزمایش B (دارودرمانی) است. به عبارتی می‌توان گفت که دارودرمانی به همراه رفتاردرمانی دیالکتیک در مقایسه با دارودرمانی به‌طور معنی‌داری موجب افزایش بیشتر نمره خودمهارگری شده است. همچنین نتایج فوق نشان می‌دهد بین میانگین نمرات پس‌آزمون انعطاف‌پذیری شناختی بعد از حذف اثر پیش‌آزمون، در گروه آزمایش A (دارودرمانی و دیالکتیک) تفاوت معنی‌داری وجود دارد (F(۲۶)= ۲۰/۸, P< ۰/۰۱, η^۲= ۰/۴۳). به این صورت که میانگین نمرات پس‌آزمون گروه آزمایش A (دارودرمانی و دیالکتیک) به‌طور معنی‌داری بیشتر از گروه آزمایش B (دارودرمانی) است. به عبارتی می‌توان گفت که دارودرمانی به همراه رفتاردرمانی دیالکتیک در مقایسه با دارودرمانی به‌طور

همان‌طور که نتایج نشان می‌دهد بین میانگین نمرات پس‌آزمون خودمهارگری بعد از حذف اثر پیش‌آزمون، در گروه آزمایش A (دارودرمانی و دیالکتیک) تفاوت معنی‌داری وجود دارد (F(۲۶)= ۲۴/۷, P< ۰/۰۱, η^۲= ۰/۴۸). به این صورت که میانگین نمرات پس‌آزمون گروه آزمایش A (دارودرمانی و دیالکتیک) به‌طور معنی‌داری بیشتر از گروه آزمایش B (دارودرمانی) است. به عبارتی می‌توان گفت که دارودرمانی به همراه رفتاردرمانی دیالکتیک در مقایسه با دارودرمانی به‌طور معنی‌داری موجب افزایش بیشتر نمره خودمهارگری شده است. همچنین نتایج فوق نشان می‌دهد بین میانگین نمرات پس‌آزمون انعطاف‌پذیری شناختی بعد از حذف اثر پیش‌آزمون، در گروه آزمایش A (دارودرمانی و دیالکتیک) تفاوت معنی‌داری وجود دارد (F(۲۶)= ۲۰/۸, P< ۰/۰۱, η^۲= ۰/۴۳). به این صورت که میانگین نمرات پس‌آزمون گروه آزمایش A (دارودرمانی و دیالکتیک) به‌طور معنی‌داری بیشتر از گروه آزمایش B (دارودرمانی) است. به عبارتی می‌توان گفت که دارودرمانی به همراه رفتاردرمانی دیالکتیک در مقایسه با دارودرمانی به‌طور

معنی‌داری موجب افزایش بیشتر نمره انعطاف‌پذیری شناختی شده است.

بحث

همان‌طور که نتایج نشان داد بین میانگین نمرات پس‌آزمون مؤلفه‌های تنظیم هیجان منفی (ملاست خویش، نشخوارگری، فاجعه‌انگاری، ملامت دیگران) بعد از حذف اثر پیش‌آزمون، در گروه آزمایش تلفیق رفتاردرمانی دیالکتیکی با دارودرمانی تفاوت معنی‌داری ایجاد گردید و میانگین نمرات پس‌آزمون گروه آزمایش تلفیق رفتاردرمانی دیالکتیکی با دارودرمانی به‌طور معنی‌داری کمتر از گروه آزمایش دارودرمانی شد؛ اما بین میانگین نمرات پس‌آزمون مؤلفه‌های تنظیم هیجان مثبت (پذیرش، تمرکز مجدد مثبت، تمرکز بر برنامه‌ریزی، ارزیابی مجدد مثبت، دیدگاه‌پذیری) و خودمهارگری و انعطاف‌پذیری شناختی بعد از حذف اثر پیش‌آزمون، در گروه آزمایش تلفیق رفتاردرمانی دیالکتیکی با دارودرمانی تفاوت معنی‌داری ایجاد گردید و میانگین نمرات پس‌آزمون در این گروه به‌طور معنی‌داری بیشتر از گروه آزمایش دارودرمانی گردید. یافته‌های این تحقیق با

را هدف قرار می‌دهند، منطقی به نظر می‌رسد که رفتاردرمانی دیالکتیکی بر تنظیم هیجان بیماران دوقطبی تأثیر بگذارد پس می‌توان به آن‌ها آموزش داد تا به یک اصل اساسی در شروع، ارزیابی، نگهداشت و سازمان‌دهی رفتار سازش یافته و همچنین پیشگیری از هیجان‌های منفی و رفتارهای سازش نایافته دست یابند و از این طریق به مدیریت بهتر هیجان‌ها خود پردازند (۱۴).

همچنین از آنجا که مسئله خودمهارگری اشاره به توانایی فرد در شناخت و به کار بستن استعدادها در جهت مدیریت احساسات، هیجان‌ها، رفتار و نیازهای فرد با جامعه داشته و نوعی مراقبت درونی را نشان می‌دهد که بر اساس آن، وظایف محوله انجام و رفتارهای ناهنجار و غیرقانونی ترک می‌شود، بی‌آنکه نظارت یا کنترل خارجی در بین باشد (۱۱). به همین دلیل اکثر پژوهش‌ها به نقش توانمندی در خودمهارگری، بر کاهش رفتارهای تهاجمی و نوسانات خلقی بیماران دوقطبی اشاره نموده‌اند به طوری که عباسی (۱۲) در پژوهش خود نشان داد بیماران دوقطبی که طی جلسات درمانی، توانمندی در خودمهارگری را کسب نمودند و به طور معناداری قادر به مدیریت خلق افسرده می‌گردند. تیبت - موک و همکاران (۱۰) نیز دست‌یابی به خودمهارگری را در کاهش رفتارهای خود آسیب‌رسان و نوسانات خلقی مؤثر دانسته‌اند. بر همین اساس تلفیق رفتاردرمانی دیالکتیکی با درمان دارویی با هدف افزایش خودمهارگری به اجرا درآمده و نتایج گویای تأثیر مثبت این آموزش بر این متغیر بوده که با تحقیقات عباسی (۱۲) و تیبت - موک و همکاران (۱۰) نیز همسو است. همچنین این رویکرد قادر است با استفاده از تکنیک‌های شناختی همچون تن‌آرامی و خودنظم‌دهی هیجانی و توانایی در تصحیح تحریفات شناختی، به توانمندی در مدیریت افکار منفی بیانجامد و زمینه ارتقای انعطاف‌پذیری شناختی را فراهم کند (۱۳). تاکتیک‌های اجرایی در این رویکرد درمانی با تکیه بر بهره‌گیری از فنون مواجهه، به فرد کمک می‌نماید تا در شناخت‌های خود انعطاف بیشتری به خرج داده و مهارت و توانایی ذهنی خود را در جهت ایجاد تناسب بین دو موضوع مختلف افزایش دهد و توانایی تفکر در خصوص مفاهیم چندگانه را افزایش دهد و بدین طریق بتواند به انعطاف‌پذیری شناختی دست یابند (۱۹). در واقع آمایه‌های شناختی که به منظور سازگاری

پژوهش‌های (۳، ۹، ۱۰، ۱۲، ۱۳، ۱۸) همسو و هماهنگ است. در تبیین این یافته می‌توان این‌گونه عنوان داشت که طرفداران درمان‌های زیستی، به عنوان یکی از شناخته شده‌ترین روش‌های درمانی در خصوص بیماران دارای اختلالات خلقی، بر این باورند که اثرگذاری بر تغییرات شیمیایی که در مغز بیماران رخ می‌دهد، می‌تواند بر تنظیم و حفظ تعادل شیمیایی مغز آنان کمک نموده و بدین طریق علائم بیماری را کاهش دهد (۱۰)؛ که در این میان، لیتیوم کربنات به عنوان تثبیت‌کننده خلق، کاربرد بیشتری دارد و قادر است با اثرگذاری بر فرآیندهای ذهنی، موجب بهبود کارکردهای اجرایی بیماران گردد (۸). لیتیوم با فرآیندهای انتقال یون تداخل می‌یابد و پیام‌های منتقل شده به سلول‌های مغز را انتقال داده و تقویت می‌کند؛ و چون شیدایی با افزایش نامنظم فعالیت پروتئین کیناز در مغز همراه است، کربنات لیتیوم، با مهار فعالیت پروتئین کیناز در مغز عمل می‌کند و به تولید ترکیبات دیگری که باعث مهار پروتئین کیناز می‌شوند نیز کمک می‌کند و بدین طریق باعث کاهش علائم شیدایی و افسردگی و ایجاد آرامش در بیمار می‌گردد (۱۸)؛ اما با توجه به ماهیت اختلالات خلقی و لزوم مداخلات روانشناختی در خصوص افزایش توانمندی بیماران در مدیریت هیجان‌ها، همراهی درمان‌های دارویی و روانشناختی، توانسته است نتایج مثبت بیشتری را به همراه داشته باشد (۱۰)؛ که همسو با دیگر تحقیقات، یافته‌های این پژوهش نیز، تأثیر بیشتر دارودرمانی در همراهی با رفتاردرمانی دیالکتیک را تأیید نمود.

یکی از دلایل تأثیرگذاری استفاده‌ی هم‌زمان دارو و رفتاردرمانی دیالکتیکی این است که دارو با خاصیت ضد سایکوتیک، ضمن ایجاد آرامش می‌تواند فرد را در مواجهه با حملات هیجانی، آماده‌تر نماید و فرصت تفکر منطقی را به دلیل کاهش تکانشگری، افزایش دهد؛ و رفتاردرمانی دیالکتیکی ضمن آموزش ایجاد تجارب هیجانی مثبت، منجر به کاهش دشواری در تنظیم هیجان گردد. چرا که این رویکرد به مراجعین می‌آموزد که هیجان‌ها مثل تجربه استرس، در بردارنده مؤلفه‌های ذهنی هستند که باعث ایجاد معنایی شخصی برای آن هیجان می‌گردد؛ و ناتوانی در مقابله مؤثر با آن، باعث شکست می‌شود (۵). چون تقریباً تمام تکنیک‌های رفتاردرمانی دیالکتیکی بدتنظیمی هیجان

باشد، تأثیر دارو در جهت کاهش حملات خلقی بوده که ضمن ایجاد آرامش به درمانگر اجازه داده است تا با استفاده از رویکرد دیالکتیکی بر فرآیندهای فکری بیماران اثر گذارد و به افزایش شناخت در آنان کمک نماید. به همین دلیل بیمارانی که هم‌زمان نسبت به دریافت دارو و استفاده از تاکتیک‌های دیالکتیک، اقدام نمودند، توانستند با رهایی از ناکامی‌ها، کاهش دردهای عاطفی، بیان احساسات نسبت به دیگران و کاهش تنش و یا تقویت مثبت خودکار دست یابند و بتوانند به‌طور شایسته‌تری هیجانات خود را تنظیم نمایند. همچنین به نظر می‌رسد یکی از دلایل تأثیرگذاری این رویکرد بر تقویت مهارت خودمهارگری این است که شرکت در جلسات آموزشی در قالب مشارکت گروهی، فلسفه آگاهی نسبت به خویش را برای اعضا روشن نموده و با ایجاد انگیزه یادگیری این مهارت کارکردی، جهت داشتن عملکردی مؤثرتر در ابعاد مختلف زندگی را افزایش داده است و بیماران نسبت به هیجانات، افکار و رفتارهای کارکردی خود به‌ویژه هیجانات، افکار و رفتارهای منفی بینش پیدا کرده و با توسل بر تاکتیک‌های خودآرام‌سازی، این امکان فراهم گردیده که از تنش و فشار روانی رهایی یابند و بتوانند بر درونیات خود در لحظه بینش پیدا کنند. به همین دلیل اعضا در طی این فرآیند توانستند بسیاری از رفتارهای خود تخریب‌گر خود را شناسایی کنند و در لحظه نسبت به آن‌ها آگاهی پیدا کنند. همچنین به نظر می‌رسد آموزش مهارت مثبت اندیشی به اعضا باعث گردیده توانایی آن‌ها در آگاهی نسبت به افکار خویش را افزایش یابد و به آن‌ها کمک نماید تا علاوه بر تشخیص لحظه‌ای این افکار، مؤثر و یا مخرب بودن آن را نیز از طریق تمرکز بر پیامدهای رفتاری آن درک کنند. با چنین کاری اعضا به تأثیرات مخرب این افکار پی برده و بدین شکل انگیزه کافی برای کنترل خود به دست آوردند. همچنین به نظر می‌رسد یکی از دلایلی که باعث گردید آموزش روش رفتاردرمانی دیالکتیکی باعث بهبود انعطاف‌پذیری شناختی در بیماران گردد این بوده که این رویکرد جهت‌گیری کلی افراد، احساس اعتماد و پویایی مداوم و فراگیر در زندگی و پیرامون را باعث گردیده و به بیماران کمک نموده تا هیجان‌های خود را دقیق‌تر تشخیص داده و سپس هر هیجانی را بدون ناتوان شدن بررسی نمایند. به عبارتی بهره‌مندی از روش رفتاردرمانی دیالکتیکی،

با محرک‌های در حال تغییر محیطی استفاده می‌گردد، می‌تواند بر خلقیات افراد دوقطبی تأثیرگذار باشد و این افراد با ارزیابی بهتر در مورد محرک‌ها و افزایش توانمندی در قابل کنترل دانستن شرایط، می‌توانند بر هیجانات خود مدیریت بهتری را اعمال نمایند (۱۴). دنیس و وندروال معتقدند وجود انعطاف‌پذیری در شناخت‌ها باعث ایجاد مهارت و توانایی ذهن در جهت تناسب بین دو موضوع مختلف گردیده و توانایی فکر کردن در مورد مفاهیم چندگانه به‌طور هم‌زمان را افزایش می‌دهد (۱۵)؛ به همین دلیل است که انعطاف‌پذیری در شناخت می‌تواند به بهبود وضعیت بیماران مدد رساند و به افزایش توانمندی آن‌ها بیانجامد (۱۶).

در مجموع به نظر می‌رسد در طی جلسات رفتاردرمانی دیالکتیکی به درمان‌جویان کمک گردید تا به درک رفتارهای مختل‌کننده به‌عنوان رفتار اکتسابی برای حل مشکل نزدیک گردند و بتوانند آن‌ها را مدیریت نمایند؛ زیرا این باور وجود داشت که افراد مبتلا به اختلال دوقطبی به دلیل وجود حمله‌های اضطرابی، به مرور فاقد مهارت‌های لازم و ضروری برای واکنش نشان دادن به این هیجانات منفی می‌گردند و ایجاد شناخت و آموزش اصول درمان می‌تواند سهم به‌سزایی در تنظیم هیجانات منفی آنان داشته باشد. بر همین اساس در این روش درمانی سعی گردید به بیماران آموزش داده شود که به چرایی تنظیم هیجانی پی برده و ابتدا شناخت لازم در خصوص مسئله یا مشکل ایجاد شود و در ادامه مسئله‌ای که بر هم‌زنده کیفیت زندگی بیمار است، بین بیمار و درمانگر به‌جستار گذاشته شود؛ و از این طریق با توسل بر دیالکتیک، بیماران، مهارت‌های لازم را برای کسب آرامش فرابگیرند و رفتاردرمان‌گر بر اساس اصول فوق، به تغییر و بازسازی شناخت آن‌ها، با هدف کاهش هیجان بیرون از کنترل و همچنین، مسائل خلقی و هیجانی دیگر مانند اضطراب، خشم، بی‌ثباتی عاطفی و برانگیختگی بپردازد و به درمان‌جو در درک رفتارهای مختل‌کننده به‌عنوان رفتار اکتسابی برای حل مشکلات کمک نماید و درمان‌جو را در کسب مهارت‌های لازم و بایسته برای واکنش به شیوه‌های آفرینش‌گری توانمند نماید. در یک دید کلی به نظر می‌رسد آنچه باعث گردیده تا این رویکرد درمانی در همراهی با دارودرمانی بر تنظیم هیجان تأثیرگذاری بیشتری داشته

of bipolar disorder. *Journal of Applied Psychological Research*. 2015;7 (4): 101-116.

8. Wetterborg D, Dehlbom P, Långström N, Andersson G, Fruzzetti AE, Enebrink P. Dialectical behavior therapy for men with borderline personality disorder and antisocial behavior: A clinical trial. *Journal of personality disorders*. 2020 Feb;34(1):22-39.

9. Tebbett-Mock AA, Saito E, McGee M, Woloszyn P, Venuti M. Efficacy of dialectical behavior therapy versus treatment as usual for acute-care inpatient adolescents. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*. 2020 Jan 1;59(1):149-56.

10. Mousavi Moghadam SR. Investigating the relationship between spiritual intelligence and self-control and defense mechanisms in third year female high school students. *Journal of Islamic Azad University*. 2015; 25 (1): 59-64.

11. Abbasi, M. The effectiveness of dialectical behavior therapy on reducing anxiety and increasing stubbornness and self-control of depressed students. Master Thesis, Islamic Azad University, Bojnourd Branch. 2014.

12. DiRocco A, Liu L, Burrets M. Enhancing dialectical behavior therapy for the treatment of bipolar disorder. *Psychiatric Quarterly*. 2020 Sep;91(3):629-54.

13. Afshari B, Omidi A, Sehat M. The effect of dialectical behavior therapy on executive function in patients with a bipolar disorder. *Feyz Journal of Kashan University of Medical Sciences*. 2018;22(4):404-10.

14. Soltani E, Shareh H, Bahrainian SA, Farmani A. The mediating role of cognitive flexibility in correlation of coping styles and resilience with depression. *Pajoohandeh Journal*. 2013 Jun 10;18(2):88-96.

15. Salehi M, Hamid N, Beshlideh K, Arshadi N. Comparison of the Effectiveness of Holographic Reprocessing and Dialectical Behavioral Therapy on Cognitive Flexibility and Impulsivity among Depressed Patients with a Suicide Attempt in Ilam, Iran. *scientific journal of ilam university of medical sciences*. 2019 Dec 10;27(5):1-4.

16. Linehan MM. *DBT® Skills Training Manual*, Second Edition. Guilford Publications. 2014.

17. Eskandari H, Ghaderi K. The effectiveness of group dialectical behavior therapy on increasing resilience of the physically disabled. *Journal of Disability Studies*. 2017; 1 (7): 1-18.

18. Hoseini Omam SS, Najafi M, Makvand Hosseini S, Salavati M, Rezaei AM. Comparison of the effectiveness of emotion regulation skills training based on Gross Model and Linehan Model on suicidal thoughts in adolescents with borderline personality disorder. *Journal of Psychological Studies*. 2019 Apr 21;15(1):131-46.

19. Samani S, Sadeghi L. Adequacy of Psychometric Indicators of Cognitive Emotion Regulation Questionnaire. *Psychological Methods and Models*. 2010; 1 (1): 51-62.

بیماران را قادر ساخته تا ضمن درک هیجانات و احساسات و پذیرش مشکلات و ناکارآمدی‌ها؛ زندگی را قابل‌درک، کنترل‌پذیرتر و پرمعنی تصور نمایند و از طریق جایگزین کردن باورها و عقاید جدید در الگوهای تازه تفکر، شناخت بیماران را تحت‌تأثیر قرار داده و باعث انعطاف‌پذیری در شناخت گردد.

همچنین این پژوهش با محدودیت‌هایی همچون نبود گروه گواه و عدم پیگیری نتایج مداخله همراه است، لذا تعمیم آن به سایر جوامع و گروه‌ها باید با احتیاط صورت گیرد. با توجه به محدودیت‌های موجود پیشنهاد می‌شود که در پژوهش‌های آتی این پژوهش بر روی سایر گروه‌های آسیب‌پذیر و در جوامع دیگر نیز اجرا شود. همچنین پیشنهاد می‌شود که در پژوهش‌های دیگر به منظور بررسی تفاوت در اثربخشی درمان، گروه گواه مد نظر قرار گیرد.

منابع

1. Novick DM, Swartz HA, Frank E. Suicide attempts in bipolar I and bipolar II disorder: a review and meta-analysis of the evidence. *Bipolar disorders*. 2010 Feb;12(1):1-9.
2. Akhavan Sh, Sajjadian I. The effectiveness of dialectical behavior therapy on emotional instability and impulsivity in people with bipolar disorder. *Journal of Clinical Psychology*. 2016 Sep 22;8(3):11-24.
3. Sadock J, Sadock VA, Ruiz P. Summary of non-medical practice. Kaplan and Zadok; *Behavioral Sciences / Clinical Practice*. Volume One, Eleventh Edition. Tehran: Arjmand. 2015.
4. Goodman M, Carpenter D, Tang CY, Goldstein KE, Avedon J, Fernandez N, Mascitelli KA, Blair NJ, New AS, Triebwasser J, Siever LJ. Dialectical behavior therapy alters emotion regulation and amygdala activity in patients with borderline personality disorder. *Journal of psychiatric research*. 2014 Oct 1;57:108-16.
5. McCauley E, Berk MS, Asarnow JR, Adrian M, Cohen J, Korslund K, Avina C, Hughes J, Harned M, Gallop R, Linehan MM. Efficacy of dialectical behavior therapy for adolescents at high risk for suicide: a randomized clinical trial. *JAMA psychiatry*. 2018 Aug 1;75(8):777-85.
6. Öngen DE. Cognitive emotion regulation in the prediction of depression and submissive behavior: Gender and grade level differences in Turkish adolescents. *Procedia-Social and Behavioral Sciences*. 2010 Jan 1;9:1516-23.
7. Poursalehi Navideh M, Piyvastehghar, M, Khosravi Z, Golshani F. Comparison of the effectiveness of dialectical behavior therapy and neurofeedback on reducing the prognostic symptoms