

Effect of dialectical behavior therapy on emotion regulation and mindfulness in patients with bipolar disorder

Afshari B¹, Omid A^{2*}, Sehat M³

1- Faculty of Medicine, Kashan University of Medical Sciences, Kashan, I. R. Iran.

2- Department of Clinical Psychology, Faculty of Medicine, Kashan University of Medical Sciences, Kashan, I. R. Iran.

3- Trauma Research Center, Kashan University of Medical Sciences, Kashan, I. R. Iran.

Received: 2018/11/4 | Accepted: 2019/05/18

Abstract:

Background: Bipolar disorder is a debilitating mental disorder characterized by recurrent depression, manic, and hypomanic episodes. In recent studies, effect of dialectical behavior therapy on emotion regulation and mindfulness in bipolar disorder has been less addressed. This study aimed to determine the effect of dialectical behavior therapy on emotion regulation and mindfulness in bipolar disorder.

Materials and Methods: Sixty patients with bipolar disorder participated in the present study. They were randomly divided into intervention (dialectical behavior therapy combination with medication) and control (only medication) groups. Questionnaires and tasks were used at baseline, 12 weeks after the intervention, and 3 months after intervention. Participants in the intervention group received twelve 90-min sessions standard dialectical behavior therapy for bipolar disorder. Data were analyzed by repeated measure to compare the groups.

Results: According to the results of this study, the intervention group, after 3 months intervention and 3 months follow-up had a lower score in mania and depression, but this deduction was insignificant. Also, the intervention group, after 3 months intervention and 3 months follow-up had a higher score in emotion regulation ($F=3.52$, $P<0.001$) and mindfulness ($F=2.47$, $P<0.001$).

Conclusion: Dialectical behavior therapy along with medication can be effective for bipolar patients and can improve their performance in emotion regulation and mindfulness.

Keywords: Bipolar disorder, Dialectical behavior therapy, Emotion regulation, Mindfulness

***Corresponding Author:**

Email: Behrooz.afshari71@gmail.com

Tel: 0098 910 990 8462

Fax: 0098 315 5541 112

IRCT Registration No: IRCT2017031233023N1

Conflict of Interests: No

Feyz, Journal of Kashan University of Medical Sciences, August, 2019; Vol. 23, No 3, Pages 293-300

Please cite this article as: Afshari B, Omid A, Sehat M. Effect of dialectical behavior therapy on emotion regulation and mindfulness in patients with bipolar disorder. *Feyz* 2019; 23(3): 293-300.

تأثیر رفتار درمانی دیالکتیکی بر تنظیم هیجان و ذهن‌آگاهی در بیماران مبتلا به اختلال دوقطبی

بهرز افشاری^{۱*}، عبدالله امیدی^۲، مجتبی صحت^۳

خلاصه:

سابقه و هدف: اختلال دوقطبی، یک اختلال روانی ناتوان‌کننده است که با دوره‌های عودکننده افسردگی، مانیا و هیپومانیا مشخص می‌شود. در پژوهش‌های اخیر، به تأثیر رفتاردرمانی دیالکتیکی بر تنظیم هیجان و ذهن‌آگاهی در اختلال دوقطبی کمتر پرداخته شده است. هدف این مطالعه، تعیین تأثیر رفتاردرمانی دیالکتیکی بر تنظیم هیجان و ذهن‌آگاهی در اختلال دوقطبی است. مواد و روش‌ها: شصت بیمار مبتلا به اختلال دوقطبی در مطالعه حاضر شرکت کردند. آن‌ها به‌طور تصادفی در دو گروه مداخله (رفتاردرمانی دیالکتیکی تلفیق با دارودرمانی) و کنترل (فقط دارودرمانی) قرار گرفتند. از پرسشنامه‌ها و آزمون‌ها، قبل از درمان، پس از ۱۲ هفته مداخله و ۳ ماه بعد از مداخله استفاده شد. شرکت‌کنندگان در گروه مداخله، دوازده جلسه ۹۰ دقیقه‌ای رفتاردرمانی دیالکتیکی استاندارد برای اختلال دوقطبی دریافت کردند. داده‌ها با استفاده از تحلیل اندازه‌گیری مکرر برای مقایسه گروه‌ها در پیش‌آزمون، پس‌آزمون و دوره پیگیری مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفتند. نتایج: نتایج نشان داد میزان مانیا و افسردگی در گروه مداخله، بعد از ۳ ماه درمان و ۳ ماه پیگیری کمتر بود اما این کاهش معنادار نبود. همچنین گروه مداخله، بعد از ۳ ماه درمان و ۳ ماه پیگیری، نمره بالاتری در تنظیم هیجان ($F=3/52, P<0/001$) و ذهن‌آگاهی ($P<0/001$) داشت. نتیجه‌گیری: رفتاردرمانی دیالکتیکی هم‌زمان با دارودرمانی می‌تواند برای بیماران دوقطبی مؤثر باشد و عملکرد آن‌ها را در تنظیم هیجان و ذهن‌آگاهی بهبود بخشد.

واژگان کلیدی: اختلال دوقطبی، رفتاردرمانی دیالکتیکی، تنظیم هیجان، ذهن‌آگاهی

دو ماه‌نامه علمی - پژوهشی فیض، دوره بیست و سوم، شماره ۳، مرداد و شهریور ۹۸، صفحات ۲۹۳-۳۰۰

مقدمه

اگرچه دارودرمانی درمان اصلی اختلال دوقطبی است، اما این درمان به تنهایی اثربخشی بالایی ندارد و با عود مکرر همراه است [۴]. رفتاردرمانی دیالکتیکی (DBT) که به‌وسیله مارشا لینهان (۱۹۹۳) ابداع شد، نوعی روان‌درمانی است که در ابتدا برای درمان بیمارانی به کار رفت که دچار اختلال شخصیت مرزی و رفتارهای شبه‌خودکشی بوده، خودزنی‌های مزمنی داشتند. در سال‌های اخیر، کاربرد DBT به سایر انواع بیماری‌های روانی نیز گسترش یافته است [۵]. هدف رفتاردرمانی دیالکتیکی، تعادل‌آفرینی بین تغییر و پذیرش است [۶]. تمرکز اولیه DBT این است که به مراجعان آموزش دهد تا پاسخ‌های هیجانی خود به رویدادها را تنظیم کنند [۷]. DBT بر نقش تنظیم هیجان تأکید دارد. گودمن و همکاران نشان دادند که مداخله DBT به‌مدت ۱۲ ماه منجر به کاهش فعالیت آمیگدال و بهبود خوگیری و همچنین بهبود تنظیم هیجان در بیماران مبتلا به اختلال دوقطبی شد [۸]. رفتاردرمانی دیالکتیکی امروزه در مورد سایر اختلالات ازجمله: سوء مصرف مواد، اختلالات خوردن، اسکیزوفرنی و اختلال استرس پس از سانحه به کار می‌رود؛ اما پژوهش‌های اندکی در زمینه اختلال دوقطبی انجام شده است [۹]. بیماران مبتلا به اختلال دوقطبی در تنظیم هیجان مشکل دارند. زمانی که هیجان‌ات به شکل کنترل‌نشده ابراز شوند،

تشخیص اختلال دوقطبی برای بیمارانی مطرح می‌شود که به هر دو نوع دوره افسردگی و مانیا (شیدایی) دچار می‌شوند و یا فقط دوره‌های مانیا را تجربه می‌کنند [۱]. نسبت مرد به زن در اختلال دوقطبی تقریباً مساوی است. شیوع ترکیبی اختلال دوقطبی I و اختلال دوقطبی II و دوقطبی نامعین در DSM-IV در آمریکا ۱/۸ درصد برآورد شده است [۲]. همچنین، شیوع ترکیبی این اختلال در DSM-IV در ایران ۴/۲ درصد برآورد شده است [۳]. درمان اصلی اختلال دوقطبی، دارودرمانی است و پژوهش‌های کمی در مورد روان‌درمانی این بیماران صورت گرفته است که از بین آن‌ها نیز نمایش بسیار کمتری اثربخشی خود را تأیید کرده‌اند.

۱. کارشناس ارشد روانشناسی بالینی، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی کاشان، کاشان، ایران
۲. استاد، گروه روانشناسی بالینی، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی کاشان، کاشان، ایران
۳. دانشیار، مرکز تحقیقات ترما، دانشگاه علوم پزشکی کاشان، کاشان، ایران

* نشانی نویسنده مسئول:

دانشگاه علوم پزشکی کاشان، دانشکده پزشکی، گروه روانشناسی بالینی

دوره‌نویس: ۰۳۱۵۵۵۴۱۱۱۲

تلفن: ۰۹۱-۰۹۹-۸۴۶۲

پست الکترونیک: Behrooz.afshari71@gmail.com

تاریخ پذیرش نهایی: ۱۳۹۸/۲/۲۸

تاریخ دریافت: ۱۳۹۷/۸/۱۳

طیف دوقطبی تشخیص داده شده‌اند و از سال ۱۳۹۴ به بعد در بیمارستان کارگرنژاد کاشان پرونده درمانی داشتند، پس از اخذ رضایت‌نامه آگاهانه کتبی و با استفاده از نمونه‌گیری تصادفی ساده بدون جایگزینی وارد مطالعه شدند. سپس شرکت‌کنندگان به صورت تصادفی به دو گروه مداخله و کنترل تقسیم شدند. اطلاعات جمعیت‌شناختی شامل اطلاعات مرتبط با سن، جنسیت، میزان تحصیلات، وضعیت تأهل و وضعیت اجتماعی - اقتصادی از طریق مصاحبه جمع‌آوری شدند. سپس بیماران توسط متخصص روانپزشکی و یا متخصص روانشناسی مورد بررسی قرار گرفته تا بیماری وارد مطالعه شوند که در دوره افسردگی و یا هیپومانیا باشند و همچنین بیماران نباید در دوره شروع تا پایان مداخله هیچ‌گونه روان‌درمانی دیگری دریافت می‌کردند. با توجه به اطلاعات جمع‌آوری شده، وجود معیارهای ورود و معیارهای خروج بررسی شده و مواردی که فاقد معیارهای شرکت در مطالعه بودند، از مطالعه حذف شدند. همه بیماران در فاز هیپومانیا و افسردگی بودند. معیارهای ورود عبارت بودند از: رضایت مراجع، وجود اختلال دوقطبی I یا II، عدم وجود مشکلات روانپزشکی درمان‌نشده دیگر، سن ۴۵-۱۸ سال و تحصیلات حداقل تا پایه هشتم. معیارهای خروج نیز عبارت بودند از: وجود دوره شدید مانیا در بیماران که با استفاده از مقیاس رتبه‌بندی مانیای یانگ مشخص می‌شد، وجود دوره‌های سایکوتیک و یا میکروسایکوتیک در بیماران، استفاده از روان‌درمانی دیگر هم‌زمان با شروع درمان موردنظر و دو جلسه غیبت برای هر بیمار. گروه کنترل فقط تحت درمان دارویی قرار گرفت؛ اما گروه مداخله علاوه بر درمان دارویی، تحت درمان DBT نیز قرار گرفت. درمان DBT، شامل دوازده جلسه ۹۰-۶۰ دقیقه‌ای بود که در بیمارستان کارگرنژاد کاشان و توسط یک دانشجوی روانشناسی بالینی در مقطع کارشناسی ارشد انجام می‌شد. پس از انجام مراحل مقدماتی، قبل از شروع درمان، از تمام شرکت‌کنندگان در پژوهش، پیش‌آزمون گرفته شد و همچنین پس از درمان و ۳ ماه بعد از آن به‌عنوان دوره پیگیری نیز از تمام آن‌ها پس‌آزمون گرفته شد تا نتایج آن‌ها با هم مقایسه شوند. در این پژوهش، منظور از عملکرد اجرایی، دو متغیر برنامه‌ریزی و حل مسئله می‌باشد. بنابراین از شرکت‌کنندگان خواسته شد مقیاس رتبه‌بندی مانیای یانگ (YMRS)، پرسشنامه افسردگی بک (BDI-II)، پرسشنامه دشواری در تنظیم هیجان (DERS)، و پرسشنامه پنج‌وجهی ذهن‌آگاهی (FFMQ) را تکمیل نمایند. سپس با توجه به نمره به‌دست‌آمده از ابزارها ۶۰ نفر انتخاب شدند و با استفاده از روش تصادفی در گروه‌های مداخله (۳۰ نفر) و کنترل (۳۰ نفر) جایگزین شدند. هریک از

نه‌تنها از کارکرد زیستی و اجتماعی برخوردار نیستند، بلکه آسیب‌زنده نیز می‌شوند. عدم مدیریت صحیح هیجان‌ات، علاوه بر آن‌که روابط اجتماعی افراد را تحت تأثیر قرار می‌دهد، می‌تواند سلامت جسمی و روانی آن‌ها را نیز مختل ساخته، به شکل‌گیری رفتارهای ناپه‌نجا یا اختلال‌های روانی در آن‌ها بینجامد [۱۰]. برخی از پژوهش‌های مربوط به اختلالات خلقی و به‌خصوص اختلال دوقطبی، وجود ناهنجاری‌هایی را در قسمت‌های مغزی مهم درگیر در تنظیم رفتار هیجانی مانند کرتکس پیش‌پیشانی نشان داده‌اند. برخی دیگر از مطالعات مربوط به اختلال دوقطبی، یافته‌های مشابهی در خصوص کاهش عملکرد لوب پیشانی نشان داده‌اند [۱۱]. آسیب در کرتکس پیش‌پیشانی مرتبط با وجود مشکلاتی در انجام تکالیفی است که نیازمند توانایی تنظیم هیجان، کنترل تکانه، راهبردهای برنامه‌ریزی و رفتارهای بازداری هستند [۱۲]. بیماران مبتلا به اختلال دوقطبی در ذهن‌آگاهی نیز مشکل دارند. تکنیک‌های ذهن‌آگاهی در رفتاردرمانی دیالکتیکی به مراجعان آموزش می‌دهد تا نسبت به هیجان‌ها، افکار و رفتارهای خود، آگاهی بیشتری کسب کنند و در نتیجه، میزان خودکنترلی و توانایی مدیریت هیجان‌ها را در افراد بالا می‌برد. به کارگیری تمرینات ذهن‌آگاهی به بیماران دوقطبی کمک می‌کند راهبردهای کارآمدتری را برای تنظیم هیجان‌ات اتخاذ کنند. زمانی که هیجان‌ات در قالب افکار هم‌زمان با حس‌های بدنی آشکار می‌شوند، اگر فرد یاد بگیرد در این حالت همراه حس‌های بدنی خود بماند، واکنش‌پذیری هیجانی او کاهش می‌یابد. ذهن‌آگاهی به افراد کمک می‌کند با تسلط یافتن بر تجارب درونی (افکار، هیجان‌ات، تصاویر ذهنی و حس‌های بدنی) قبل از آن‌که تحت تأثیر محرک‌های استرس‌زا قرار بگیرند، خودکنترلی و خودکارآمدی خود را بالا ببرند [۱۳]. کاربرد رفتاردرمانی دیالکتیکی برای درمان اختلال شخصیت مرزی و همچنین شباهت‌های بین دو اختلال دوقطبی و شخصیت مرزی مانند مشکلاتی در تنظیم هیجان، مشکل در روابط بین فردی، رفتارهای تکانشگرانه و خودجرحی دلایلی هستند مبنی بر این فرضیه که DBT برای درمان اختلال دوقطبی نیز مناسب است. بنابراین هدف مطالعه حاضر، بررسی تأثیر رفتاردرمانی دیالکتیکی بر عملکرد اجرایی در بیماران مبتلا به اختلال دوقطبی می‌باشد.

مواد و روش‌ها

برای انجام این پژوهش با کد کارآزمایی بالینی (IRCT2017031233023N1)، ۸۴ بیمار مراجعه‌کننده به بیمارستان کارگرنژاد کاشان و یا کلینیک‌های شهر کاشان که توسط متخصص روانپزشکی یا متخصص روانشناسی، مبتلا به اختلالات

شرکت‌کننده‌ها نیز فرم رضایت آگاهانه را تکمیل نمودند. همچنین به هریک از شرکت‌کننده‌ها گفته شد در صورت عدم تمایل به ادامه جلسات از مطالعه خارج خواهند شد.

مقیاس رتبه‌بندی مانیای یانگ:

مقیاس رتبه‌بندی مانیای یانگ دارای یازده آیم می‌باشد، هفت آیم از ۰ تا ۴ و چهار آیم از ۰ تا ۸ بر اساس مصاحبه بالینی با بیمار نمره‌گذاری می‌شوند [۱۳]. نمره کلی از ۰-۶۰ می‌باشد که کمتر از ۱۷ نرمال و بیشتر از آن مانیا در نظر گرفته می‌شود [۱۴]. پایایی و روایی این مقیاس در نمونه بالینی ایرانی به ترتیب ۰/۷۳ و ۰/۹۲ گزارش شده است [۱۵].

پرسشنامه افسردگی بک:

پرسشنامه افسردگی بک، نسخه جدید یک پرسشنامه ۲۱ آیمی خودگزارشی برای سنجش شدت افسردگی در بین بزرگسالان و نوجوانان ۱۳ سال به بالا است [۱۶]. در طی ۳۵ سال اخیر، این پرسشنامه پذیرفته‌شده‌ترین ابزار شناسایی شدت افسردگی در بیمارانی بوده که تشخیص افسردگی بالینی را دریافت داشته‌اند. هرچند BDI برای تعیین احتمال افسردگی در بین جمعیت بهنجار نیز کاربرد دارد. نمرات BDI-II بر اساس ۴ گزینه (۰-۳) برای عدم وجود نشانه خاص تا بیشترین درجه وجود آن نشانه، در دامنه‌ای از ۰ تا ۳ قرار می‌گیرد. نمره ۰-۱۳ نشانگر هیچ یا کمترین افسردگی، نمره ۱۹-۱۴ نشانگر افسردگی خفیف، نمره ۲۸-۲۰ نشانگر افسردگی متوسط و نمره ۶۳-۲۹ نشانگر افسردگی شدید می‌باشد [۱۷]. قاسم‌زاده و همکارانش در سال ۲۰۰۵ نشان دادند که ثبات داخلی این پرسشنامه از روش آلفای کرونباخ ۰/۸۷ و پایایی آزمون- باز آزمون آن ۰/۷۴ است [۱۸].

مقیاس دشواری در تنظیم هیجان:

این مقیاس براساس مفهوم‌پردازی گراتز و روئمر (۲۰۰۴)، توسط همین مؤلفان تدوین شده است. گزینه‌های این مقیاس براساس گفتگوهای متعدد این مؤلفان با همکاران آشنا با متون نظم‌بخشی هیجان انتخاب شد. مقیاس اولیه دشواری در نظم‌بخشی هیجان، یک مقیاس ۴۱ گویه‌ای خود گزارش‌دهی بود که برای ارزیابی دشواری در نظم‌بخشی هیجان از لحاظ بالینی تدوین شد. گراتز و روئمر با الگو قراردادن مقیاس انتظار تعمیم‌یافته نظم‌بخشی هیجانی دست به تدوین این مقیاس زدند. نمره‌گذاری گویه‌ها در این مقیاس از طریق یک درجه‌بندی لیکرت ۵ درجه‌ای صورت می‌گیرد. گراتز و روئمر در پژوهشی بر روی دو نمونه مجزا به بررسی ساختار عاملی و روایی این مقیاس پرداختند. این

پژوهشگران با توجه به نتایج تحلیل عاملی و همبستگی درون گویه‌ها، یک گویه را به خاطر همبستگی پایین آن با کل مقیاس و ۴ گویه را به خاطر بار عاملی پایین یا دوگانه روی دو عامل حذف کردند. بنابراین به‌دنبال تحلیل عاملی مجموعاً ۵ گویه از مقیاس اولیه حذف شد و مجموع پرسش‌های کل مقیاس به ۳۶ گویه رسید [۱۹]. براساس داده‌های حاصل از عزیزی، میرزایی و شمس (۱۳۸۸) میزان آلفای کرونباخ این پرسشنامه ۰/۹۲ برآورد شده است [۲۰].

پرسشنامه پنج‌وجهی ذهن‌آگاهی:

پرسشنامه پنج‌وجهی ذهن‌آگاهی، پرسشنامه‌ای ۳۹ ماده‌ای است که به‌وسیله بایر و همکاران از طریق تلفیق سؤال‌های پرسشنامه‌های فرایبرگ، مقیاس هشجاری و توجه آگاهانه، مقیاس تجدیدنظر شده ذهن‌آگاهی شناختی و هیجانی، پرسشنامه ذهن-آگاهی فیلاولفیا و با استفاده از روش تحلیل عاملی ساخته شد. این پرسشنامه، پنج بعد ذهن‌آگاهی را تحت عنوان مشاهده، توصیف، عملکرد آگاهانه، عدم قضاوت در مورد تجارب درونی و عدم واکنش به تجارب درونی را اندازه‌گیری می‌کند [۲۱]. احمدوند و همکاران در سال ۲۰۱۲ نشان دادند که آلفای کرونباخ این پرسشنامه ۰/۵۵-۰/۸۳ بوده و از روایی خوبی برخوردار است [۲۲]. پس از گردآوری داده‌ها، آن‌ها را وارد نرم‌افزار SPSS ویرایش ۱۷ کرده، ابتدا آمارهای توصیفی مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفته، سپس از تحلیل اندازه‌گیری مکرر (Repeated measurement) برای مقایسه گروه‌ها در سه مقطع پیش‌آزمون، پس‌آزمون و دوره پیگیری استفاده شد.

نتایج

در این پژوهش ۶۰ بیمار مبتلا به اختلال دوقطبی مورد بررسی قرار گرفتند. شرکت‌کنندگان در دو گروه مداخله و کنترل جایگزین شدند. هر گروه شامل ۳۰ بیمار دوقطبی بود. دو نفر در گروه مداخله و چهار نفر در گروه کنترل، پژوهش را ادامه ندادند و در نهایت ۲۸ بیمار از گروه مداخله و ۲۶ بیمار از گروه کنترل پژوهش را کامل کردند و تحلیل روی آن‌ها انجام شد. در جدول ۱، میانگین، انحراف استاندارد و درصد فراوانی ویژگی‌های جمعیت‌شناختی نمونه ارائه شده‌است. تحلیل یافته‌های توصیفی نشان می‌دهد که تفاوت میانگین متغیرها در دو گروه معنادار نمی‌باشد. مشخصات دموگرافیک شرکت‌کنندگان در جدول شماره ۱ نشان داده شده‌است.

جدول شماره ۱- فراوانی گروه‌های مورد مطالعه برحسب متغیرهای دموگرافیک

متغیرها	وضعیت	گروه مداخله	گروه کنترل	سطح معناداری
اختلال دوقطبی	نوع I	۸(۲۶/۶۶)	۱۰(۳۳/۳۳)	۰/۷۹۳
	نوع II	۲۲(۷۳/۳۳)	۲۰(۶۶/۶۶)	
سن	میانگین	۳۷(۶/۵۶)	۳۷(۶/۷۰)	۰/۸۷۷
	مرد	۱۴(۴۶/۶۶)	۱۲(۴۰)	۰/۶۰۲
جنسیت	زن	۱۶(۵۳/۳۳)	۱۸(۶۰)	
	مجرد	۱۱(۳۶/۷)	۱۱(۳۶/۷)	۰/۹۳۰
وضعیت تأهل	متأهل	۱۵(۵۰/۰)	۱۴(۴۶/۷)	
	طلاق گرفته/ جدا شده	۴(۱۳/۳)	۵(۱۶/۷)	
سال‌های تحصیلات (انحراف استاندارد)		۹ (۲/۰۲)	۱۰ (۲/۰۰)	۰/۹۹۰
	سن اولین تشخیص (انحراف استاندارد)	۲۳/۲۷ (۷/۰۰)	۲۲/۴۷ (۷/۰۰)	۰/۷۳۳
دفعات بستری (انحراف استاندارد)		۳/۲۷ (۲/۰۰)	۳/۱۳ (۳/۰۲)	۰/۷۸۵
	سن در اولین بستری	۱۸ (۱۲/۰۰)	۱۵/۹۷ (۱۳/۰۱)	۰/۵۵۸
سن در آخرین بستری (انحراف استاندارد)		۲۶/۶۷ (۱۱/۰۲)	۲۴/۲۰ (۹/۰۶)	۰/۶۰۸
	هم ابتدایی	۱۰(۳۳/۳)	۱۱(۳۶/۷)	۰/۷۸۸
روان‌درمانی		۱۶(۵۳/۳)	۱۸(۶۰/۰)	۰/۶۰۲

اثر تعاملی نشان می‌دهد کاهش نمرات افسردگی در گروه آزمایش نسبت به گروه کنترل در مراحل پس‌آزمون و پیگیری معنادار است ($P < 0/001$). همچنین ضریب همبستگی بین دو متغیر افسردگی و مانیا در این پژوهش صفر است که در سطح $0/001$ معنی‌دار است.

مطابق نتایج جدول شماره ۲ اثر گروه، زمان و تعاملی برای متغیرهای افسردگی و مانیا نشان داده شده‌اند. اثر گروه نشان می‌دهد برای تغییرات شدت افسردگی و مانیا عضویت گروهی معنادار نیست ($P > 0/05$). اثر زمان نشان می‌دهد کاهش نمرات افسردگی و مانیا در مرحله پس‌آزمون و پیگیری معنادار است ($P < 0/001$).

جدول شماره ۲- نتایج تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر متغیرهای افسردگی و مانیا در دو گروه مداخله و کنترل

متغیرها	اثرها	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	d کوهن	سطح معناداری
افسردگی	گروه	۶/۴۲	۱	۶/۴۲	۳/۵۴	۰/۷۲	$P > 0/05$
	زمان	۵۳۶/۱۷	۲	۲۶۸/۱۳	۱۱/۷۲	۰/۷	$P < 0/001$
	گروه*زمان	۲۵/۵۸	۲	۱۳/۲۷	۵/۸۵	۰/۱۴	$P < 0/001$
مانیا	گروه	۱۰/۸۸	۱	۱۰/۸۸	۱/۱۵۳	۰/۲	$P > 0/05$
	زمان	۶۸۷/۷۵	۲	۳۴۳/۳۷	۱۴/۱۸	۰/۸۴	$P < 0/001$
	گروه*زمان	۲۸/۳۲	۲	۱۴/۱۶	۶/۶۲	۰/۴	$P < 0/001$

تنظیم هیجان در مرحله پس‌آزمون و پیگیری معنادار است ($P < 0/001$). اثر تعاملی نشان می‌دهد کاهش نمره تنظیم هیجان در گروه آزمایش نسبت به گروه کنترل در مراحل پس‌آزمون و پیگیری معنادار نیست ($P > 0/05$). همچنین، اثر گروه نشان می‌دهد برای

مطابق نتایج جدول شماره ۳ اثر گروه، زمان و تعاملی برای متغیرهای تنظیم هیجان و ذهن‌آگاهی نشان داده شده‌اند. اثر گروه نشان می‌دهد برای تغییرات تنظیم هیجان در عضویت گروهی معنادار است ($P < 0/001$). اثر زمان نشان می‌دهد کاهش نمره

تغییرات شدت ذهن آگاهی عضویت گروهی معنادار است ($P < 0/001$). اثر زمان نشان می‌دهد کاهش نمره ذهن آگاهی در مرحله پس آزمون و پیگیری معنادار است ($P < 0/001$). اثر تعاملی

نشان می‌دهد کاهش نمره ذهن آگاهی در گروه آزمایش نسبت به گروه کنترل در مراحل پس آزمون و پیگیری معنادار نیست ($P > 0/05$).

جدول شماره ۳- نتایج تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر متغیرهای تنظیم هیجان و ذهن آگاهی در دو گروه مداخله و کنترل

متغیرها	اثرها	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	d کومن	سطح معناداری
تنظیم هیجان	گروه	۱۲/۰۷	۱	۱۲/۰۷	۳/۵۲	۰/۷	$P < 0/001$
	زمان	۷۶۵/۱۴	۲	۳۸۲/۱۶	۱۰/۳۵	۰/۷۴	$P < 0/001$
	گروه*زمان	۳۶/۲۳	۲	۱۸/۲۴	۶/۴۳	۰/۱۲	$P > 0/05$
ذهن آگاهی	گروه	۱۰/۵۶	۱	۱۰/۵۶	۲/۴۷	۰/۶	$P < 0/001$
	زمان	۸۷۴/۶۴	۲	۴۳۸/۴۸	۱۲/۲۴	۰/۷۹	$P < 0/001$
	گروه*زمان	۳۱/۲۴	۲	۱۵/۲۳	۵/۳۸	۰/۱۱	$P > 0/05$

بحث

رفتاردرمانی دیالکتیکی یکی از روش‌های روان‌درمانی مناسب و مؤثر برای مقابله با مشکلات روان‌شناختی اختلال دوقطبی است. با این وجود، مطالعات کمی در این زمینه انجام شده‌است. نتایج پژوهش حاضر همسو با پژوهش‌های پیشین در مورد تأثیر رفتاردرمانی دیالکتیکی بر اختلال دوقطبی است. این پژوهش در مورد اثربخشی رفتاردرمانی دیالکتیکی بر تنظیم هیجان و ذهن آگاهی در اختلال دوقطبی است. اکثر کسانی که در ۱۲ جلسه رفتاردرمانی دیالکتیکی شرکت کردند، سطح رضایت بالایی از درمان را نشان دادند (۸۴ درصد). به منظور بررسی تأثیر رفتاردرمانی دیالکتیکی بر کاهش علائم در اختلال دوقطبی، نتایج نشان داد نمرات افسردگی و مانیا بعد از مداخله در گروه مداخله نسبت به گروه کنترل تفاوت داشته است؛ اما این تفاوت معنادار نبود. این نتایج همسو با پژوهش ون دیک و همکاران در مورد تأثیر رفتاردرمانی دیالکتیکی بر علائم اختلال دوقطبی است که نتایج آن پژوهش نشان داد که تکنیک‌های رفتاردرمانی دیالکتیکی منجر به کاهش علائم افسردگی، بهبود کنترل عاطفی و بهبود خودکارآمدی در بیماران گروه مداخله شد؛ اما شدت علائم مانیا را کاهش نداد [۴]. اگرچه میزان افسردگی و مانیا در ابتدای درمان کم بود، پس از مداخله و دوره پیگیری میزان آن کمتر شد. به منظور بررسی تأثیر رفتاردرمانی دیالکتیکی بر تنظیم هیجان در اختلال دوقطبی، نتایج نشان داد پس از ۱۲ هفته رفتاردرمانی دیالکتیکی، نمرات تنظیم هیجان بعد از مداخله در گروه مداخله نسبت به گروه کنترل تفاوت معناداری داشته‌است. این نتایج همسو با پژوهش گلدشتاین و همکاران در مورد تأثیر معنادار رفتاردرمانی دیالکتیکی بر تنظیم هیجان در اختلال دوقطبی است که در آن، بیماران میزان خودکشی

پایین‌تر، رفتارهای جرح خویشتن کمتر، کزنظیمی هیجان کمتر و علائم افسردگی کمتری از خود نشان دادند [۲۳]. با مرور پیشینه پژوهشی می‌توان اذعان داشت که نارسایی در تنظیم هیجان در بروز اختلال دوقطبی نقش دارد. راهبردهای سازش‌نا یافته تنظیم هیجان احتمالاً از طریق مقابله با اهداف خودتنظیم در طول دوره-های آشفتنگی هیجانی در ایجاد و تداوم آسیب‌شناسی روانی نقش دارند. چون تقریباً تمام تکنیک‌های رفتاردرمانی دیالکتیکی کزنظیمی هیجان را هدف قرار می‌دهند، منطقی به نظر می‌رسد که رفتاردرمانی دیالکتیکی بر تنظیم هیجان بیماران دوقطبی تأثیر بگذارد. توانایی افراد برای تنظیم هیجان‌ها در طول زندگی تغییر و با پیشرفت سن ادامه پیدا می‌کند. بنابراین خبرهای خوب این هستند که اگر بزرگسالان، مهارت‌هایی را در کودکی برای تنظیم هیجان‌های خود یاد نگرفته‌اند، می‌توانیم به آن‌ها آموزش دهیم. در مجموع، راهبردهای تنظیم هیجان یک اصل اساسی در شروع، ارزیابی، نگاه‌داشت و سازماندهی رفتار سازش‌نا یافته و همچنین پیشگیری از هیجان‌های منفی و رفتارهای سازش‌نا یافته محسوب می‌شود [۲۵، ۲۴]. به منظور بررسی تأثیر رفتاردرمانی دیالکتیکی بر ذهن آگاهی در اختلال دوقطبی، نتایج نشان داد پس از ۱۲ هفته رفتاردرمانی دیالکتیکی، نمرات ذهن آگاهی بعد از مداخله در گروه مداخله نسبت به گروه کنترل تفاوت معناداری داشته‌است. این نتایج نیز همسو با پژوهش ون دیک و همکاران در مورد تأثیر معنادار رفتاردرمانی دیالکتیکی بر علائم اختلال دوقطبی است که در سال ۲۰۱۳ انجام شد و در آن، بیماران دوقطبی به دو گروه ۱۳ نفری مداخله و کنترل تقسیم شده بودند و در آن، رفتاردرمانی دیالکتیکی به همراه درمان دارویی برای ۱۲ جلسه ۹۰-۶۰ دقیقه‌ای به مدت سه ماه برای گروه مداخله اجرا شد؛ در حالی که بیماران

تمرینات و تکالیف به‌وسیله بیماران و مشکلات رفت‌وآمد بیماران به بیمارستان روانپزشکی کارگرنژاد اشاره کرد. پیشنهاد می‌شود در مطالعات بعدی، حجم نمونه بیشتری در نظر گرفته شود. همچنین پیشنهاد می‌شود اثربخشی این مداخله روی سایر متغیرهای روانشناختی بیماران دوقطبی مانند عملکردهای شناختی آن‌ها مورد بررسی قرار گیرد. از آنجایی که هر مداخله به‌منظور نشان دادن کارایی لازم نیازمند پشتوانه پژوهشی می‌باشد، پیشنهاد می‌شود این مداخله با سایر رویکردهای روان‌درمانی از جمله رویکردهای مبتنی بر تنظیم هیجان مورد مقایسه قرار بگیرد. همچنین، پیشنهاد می‌شود که در پژوهش‌های آینده، ارزیابی بیماران به‌صورت ماهانه انجام شود تا تغییرات به‌صورت جزئی مورد بررسی قرار گیرند.

نتیجه‌گیری

در حالی که دارودرمانی به‌عنوان درمان اصلی اختلال دوقطبی محسوب می‌شود، فقط می‌تواند بیماران را در وضعیت ثابتی نگه دارد که نه علائم آن‌ها بهتر و نه بدتر شود. با این حال، ترکیب هم‌زمان DBT با دارودرمانی برای بیماران دوقطبی دارای تأثیرات بهتر و مؤثرتری است. در مطالعه حاضر نشان داده شد که ترکیب DBT با دارودرمانی باعث کاهش علائم افسردگی، مانیا و کژتنظیمی هیجان می‌شود. همچنین این ترکیب منجر به بهبود ذهن-آگاهی در بیماران می‌شود. برای تعیین اثربخشی ترکیب هم‌زمان DBT با دارودرمانی در اختلال دوقطبی به پژوهش‌های بیشتری نیاز است.

تشکر و قدردانی

بدین‌وسیله از گروه روانشناسی بالینی دانشگاه علوم پزشکی کاشان و گروه روانپزشکی بیمارستان کارگرنژاد کاشان که در اجرای این مطالعه همکاری کردند، کمال تشکر و قدردانی را ابراز می‌نماییم. همچنین از معاونت محترم تحقیقات و فن‌آوری دانشگاه علوم پزشکی کاشان به‌خاطر تأمین منابع مالی تحقیق صمیمانه تشکر و قدردانی می‌شود.

References:

[1] Kaplan BJ. Kaplan and Sadock's Synopsis of Psychiatry. Behavioral Sciences/Clinical Psychiatry. *Tijdschrift voor Psychiatrie* 2016; 58(1): 78-9.
[2] Association AP. Diagnostic and statistical manual of mental disorders,(DSM-5®): American Psychiatric Pub. 2013.

گروه کنترل فقط تحت دارودرمانی قرار گرفتند. نتایج این پژوهش نشان داد که تکنیک‌های رفتاردرمانی دیالکتیکی منجر به پیشرفت ذهن‌آگاهی در بیماران گروه مداخله شد. تکنیک‌های ذهن‌آگاهی در رفتاردرمانی دیالکتیکی به مراجعان آموزش می‌دهد تا نسبت به هیجان‌ها، افکار و رفتارهای خود، آگاهی بیشتری کسب کنند و در نتیجه، میزان خودکنترلی و توانایی مدیریت هیجان‌ها را در افراد بالا می‌برد. به کارگیری تمرینات ذهن‌آگاهی به بیماران دوقطبی کمک می‌کند راهبردهای کارآمدتری را برای تنظیم هیجانات اتخاذ کنند. زمانی که هیجانات در قالب افکار هم‌زمان با حس‌های بدنی آشکار می‌شوند، اگر فرد یاد بگیرد در این حالت همراه حس‌های بدنی خود بماند، واکنش‌پذیری هیجانی او کاهش می‌یابد. ذهن-آگاهی به افراد کمک می‌کند با تسلط یافتن بر تجارب درونی (افکار، هیجانات، تصاویر ذهنی و حس‌های بدنی) قبل از آن که تحت تأثیر محرک‌های استرس‌زا قرار بگیرند، خودکنترلی و خودکارآمدی خود را بالا ببرند [۴]. یکی از نقاط قوت این مطالعه، تلفیق روان‌درمانی و دارودرمانی برای دستیابی به نتایج مؤثر برای بیماران دوقطبی بود. با توجه به این‌که نمرات بیماران پس از مداخله و دوره پیگیری تقریباً بدون تغییر بوده است، می‌توان نتیجه گرفت که دارودرمانی می‌تواند بیماران را در حالت پایدار نگه دارد و همچنین می‌تواند به‌عنوان ابزاری مؤثر برای نگهداری و کنترل جمعیت زیاد بیماران دوقطبی به کار رود. بهتر است به این نکته نیز اشاره کنیم که روان‌درمانی‌های کوتاه‌مدت مانند رفتاردرمانی دیالکتیکی می‌توانند به‌عنوان مقدمه‌ای برای ادامه روان‌درمانی در آینده در نظر گرفته شوند. از آنجا که رفتاردرمانی دیالکتیکی عمدتاً بر تنظیم هیجان، ذهن‌آگاهی، روابط و تحمل پریشانی تمرکز می‌کند، و این چهار مهارت اصلی، پایه تقریباً تمام روان‌درمانی‌ها و اختلالات روانی هستند، می‌توان از مهارت‌های رفتاردرمانی دیالکتیکی برای سایر اختلالات روانی نیز استفاده کرد. همچنین، روان‌درمانی کوتاه‌مدت می‌تواند بیماران را از نظر روانشناختی برای ادامه درمان، بهبود عملکرد و کاهش درد و رنج آن‌ها آماده سازد. از جمله محدودیت‌های این پژوهش نیز می‌توان به دشواری پیگیری برای ادامه جلسات و همچنین انجام

[3] Ahmadvand A, Sepehrmanesh Z, Ghoreyshi F, Assarian F, Moosavi GA, Saeed R, et al. Prevalence of Mental Disorders in General Population of Kashan City. *Iran J Epidemiol* 2010; 6(2): 16-24. [in Persian]
[4] Van Dijk S, Jeffrey J, Katz MR. A randomized, controlled, pilot study of dialectical behavior

- therapy skills in a psychoeducational group for individuals with bipolar disorder. *J Affective Disord* 2013; 145(3): 386-93.
- [5] McKay M, Wood JC, Brantley J. The dialectical behavior therapy skills workbook: Practical DBT exercises for learning mindfulness, interpersonal effectiveness, emotion regulation and distress tolerance: ReadHowYouWant.com; 2010.
- [6] Van Dijk S. DBT Made Simple: A Step-by-step Guide to Dialectical Behavior Therapy: New Harbinger Publications; 2013.
- [7] Gross JJ. Handbook of emotion regulation: Guilford Publications; 2013.
- [8] Goodman M, Carpenter D, Tang CY, Goldstein KE, Avedon J, Fernandez N, et al. Dialectical behavior therapy alters emotion regulation and amygdala activity in patients with borderline personality disorder. *J Psychiatr Res* 2014; 57: 108-16.
- [9] Harvey P, Rathbone BH. Dialectical Behavior Therapy for At-risk Adolescents: A Practitioner's Guide to Treating Challenging Behavior Problems: New Harbinger Publications; 2014.
- [10] Richardson T. Psychosocial interventions for bipolar disorder: A review of recent research. *J Med Sci* 2010; 10: 143-52.
- [11] Drobinin V, Slaney C, Garnham J, Propper L, Uher R, Alda M, Hajek T. Larger right inferior frontal gyrus volume and surface area in participants at genetic risk for bipolar disorders. *Psychological Med* 2019; 49(8): 1308-15.
- [12] Goldstein S, Naglieri JA, Princiotta D, Otero TM. Introduction: a history of executive functioning as a theoretical and clinical construct. Handbook of executive functioning: Springer; 2014. p. 3-12.
- [13] Afshari B, Rasouli-Azad M, Ghoreishi FS. Comparison of original and revised reinforcement sensitivity theory in clinically-stable schizophrenia and bipolar disorder patients. *Pers Individual Differ* 2019; 138: 321-7.
- [14] Yang C, Zhang T, Li Z, Heeramun-Aubeeluck A, Liu N, Huang N, et al. The relationship between facial emotion recognition and executive functions in first-episode patients with schizophrenia and their siblings. *BMC Psychiatry* 2015; 15(1): 241.
- [15] Barekatin M, Tavakkoli M, Molavi H, Maroofi M, Salehi M. Normality, reliability and validity of Young Mania Rating Scale. *J Psychol* 2007; 2: 150-67. [In Persian]
- [16] Afshari, B., Khezrian, K., & Faghihi, A. (2019). Examination and Comparison of Cognitive and Executive Functions in Patients with Schizophrenia and Bipolar Disorders. *J of Isfahan Medical School* 2019; 32(2): 75-19.
- [17] Beck AT, Steer RA, Brown GK. Use of the Beck depression inventory-II. *San Antonio* 1996; 78(2): 490-8.
- [18] Ghassemzadeh H, Mojtabai R, Karamghadiri N, Ebrahimkhani N. Psychometric properties of a Persian-language version of the Beck Depression Inventory-Second edition: BDI-II-PERSIAN. *Depress Anxiety* 2005; 21(4): 185-92.
- [19] Neumann A, van Lier PA, Gratz KL, Koot HM. Multidimensional assessment of emotion regulation difficulties in adolescents using the Difficulties in Emotion Regulation Scale. *Assessment* 2010; 17(1): 138-49.
- [20] Shams J, Azizi A, Mirzaei A. Correlation between Distress Tolerance and Emotional Regulation With Students Smoking Dependence. *Hakim Health Systems Res J* 2010; 13(1): 11-8.
- [21] Azkhash M, Nobakht L. The relationship between mindfulness and coping strategies among patients with chronic pain. *Thoughts Behav Clin Psy* 2016; 11(41): 37-46.
- [22] Heydarinasab L. An investigation of the validity and reliability of psychometric characteristics of five facet mindfulness questionnaire in Iranian non-clinical samples. *Inter J Behav Sc* 2013; 7(3): 229-37.
- [23] Goldstein TR, Axelson DA, Birmaher B, Brent DA. Dialectical behavior therapy for adolescents with bipolar disorder: a 1-year open trial. *J Amer Academy Child Adolescent Psych* 2007; 46(7): 820-30.
- [24] Afshari B, Omidi A, Sehat M. The effect of dialectical behavior therapy on executive function in patients with bipolar disorder. *Feyz* 2018; 22(4): 412-8. [in Persian]
- [25] Afshari B, Zanjani Z. Evaluation of executive and cognitive functions in bipolar patients and their family members. *Feyz* 2018; 22(6): 632-9. [in Persian]