

Effectiveness of Cognitive-Behavioral Therapy on Non-Suicidal Self-Injury, Internalized Stigma, Positive Affect, Negative Affect and Mania Symptoms in Bipolar Patients

Heidari Rarani, Z., Torkan, *H.

Abstract

Introduction: The aim of the current investigation was to consider the efficacy of cognitive-behavioral therapy on non-suicidal self-injury, internalized stigma, positive affect, negative affect, and mania symptoms in bipolar patients.

Method: This research was conducted using a semi-experimental design of pre-test, post-test, and follow-up with experimental and control groups. The statistical population of this research included all patients with bipolar disorders who had been referred to Isfahan counseling centers in 2021 and were treated with mood stabilizers. The sample included 24 people (18 females, 6 males) who were selected using the convenience sampling method and were randomly assigned to two experimental and control groups. The control group was placed on a waiting list, while the experimental group received cognitive-behavioral treatment for 12 sessions of 60 minutes each, one session per week. The research data were collected using Sanson's self-injury scale, King's internalized stigma scale, Watson's positive and negative affect scale, and Young's mania scale. Descriptive statistics (mean and standard deviation) and inferential statistics (variance analysis with repeated measures) were used to analyze the data.

Results: The findings of the research showed that the cognitive-behavioral therapy caused a significant decrease in the mean scores of the post-test and follow-up stages for non-suicidal self-injury ($p < 0.01$, $F = 46.639$, $\eta^2 = 0.679$), internalized stigma ($p < 0.01$, $F = 6.460$, $\eta^2 = 0.227$), negative affect ($p < 0.01$, $F = 8.849$, $\eta^2 = 0.287$), and mania symptoms ($p < 0.01$, $F = 27.519$, $\eta^2 = 0.556$) in bipolar patients. Results indicated significant differences between experimental and control groups for non-suicidal self-injury, internalized stigma, negative affect and manic symptoms in the post-test and follow-up stages.

Conclusion: Cognitive-behavioral therapy as an adjuvant psychological treatment can be effective in reducing non-suicidal self-injury, internalized stigma, negative affect, and manic symptoms in patients with bipolar disorder.

Keywords: Bipolar disorder, Cognitive-behavioral therapy, Non-suicidal self-injury, Internalized stigma, Positive affect, Negative affect, Mania symptoms.

اثربخشی درمان شناختی - رفتاری بر خودجرحی بدون خودکشی، انگ درونی شده، عاطفه مثبت، عاطفه منفی و علائم شیدایی در بیماران دوقطبی

زهرا حیدری رارانی^۱، هاجر تورکان^۲

تاریخ دریافت: ۱۴۰۱/۱۱/۱۲ تاریخ پذیرش: ۱۴۰۲/۰۳/۱۷

چکیده

مقدمه: هدف از پژوهش حاضر تعیین اثربخشی درمان شناختی - رفتاری بر خودجرحی بدون خودکشی، انگ درونی شده، عاطفه مثبت، عاطفه منفی و علائم شیدایی در بیماران دوقطبی بود.

روش: پژوهش حاضر با استفاده از طرح نیمه آزمایشی از نوع پیش‌آزمون - پس‌آزمون و پیگیری با گروه آزمایش و کنترل انجام شد. جامعه آماری این پژوهش، شامل کلیه بیماران دوقطبی بود که در سال ۱۴۰۰ به مراکز مشاوره شهر اصفهان مراجعه کرده و با داروهای تثبیت‌کننده خلق تحت درمان بودند. نمونه شامل ۲۴ نفر بود که با استفاده از روش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب و به شکل تصادفی در دو گروه آزمایش و کنترل گمارده شدند. گروه آزمایش، درمان شناختی - رفتاری را به مدت ۱۲ جلسه ۶۰ دقیقه‌ای به صورت فردی و هفته‌ای یک جلسه دریافت کردند. درحالی‌که گروه کنترل در لیست انتظار بودند. داده‌های پژوهش با استفاده از مقیاس‌های خودجرحی سانسون، انگ درونی شده کینگ، عاطفه مثبت و منفی واتسون و شیدایی یانگ گردآوری و به کمک آمار توصیفی (میانگین و انحراف استاندارد) و آمار استنباطی (تحلیل واریانس با اندازه‌های تکراری) مورد تحلیل قرار گرفت.

یافته‌ها: نتایج پژوهش نشان داد که درمان شناختی - رفتاری باعث کاهش معنادار میانگین نمرات پس‌آزمون و پیگیری خودجرحی بدون خودکشی ($F = 46/639$, $\eta^2 = 0/679$, $p < 0/01$)، انگ‌درونی شده ($F = 6/460$, $\eta^2 = 0/227$, $p < 0/01$)، عاطفه منفی ($F = 8/849$, $\eta^2 = 0/287$)، علائم شیدایی ($F = 27/519$, $\eta^2 = 0/556$, $p < 0/01$) و علائم شیدایی در بیماران دوقطبی شد. نتایج نشان داد بین گروه‌های آزمایش و کنترل در مراحل پس‌آزمون و پیگیری در خودجرحی بدون خودکشی، انگ درونی شده، عاطفه منفی و علائم شیدایی تفاوت معنادار وجود دارد.

نتیجه‌گیری: درمان شناختی - رفتاری به عنوان یک درمان روانشناختی مکمل با دارودرمانی می‌تواند برای کاهش خودجرحی بدون خودکشی، انگ‌درونی شده، عاطفه منفی و علائم شیدایی در بیماران مبتلا به اختلال دوقطبی مؤثر باشد.

واژه‌های کلیدی: اختلال دوقطبی، درمان شناختی - رفتاری، خودجرحی بدون خودکشی، انگ‌درونی شده، عاطفه مثبت، عاطفه منفی، علائم شیدایی.

۱. دانشجوی کارشناسی ارشد روانشناسی بالینی، دانشگاه آزاد اسلامی، اصفهان، ایران

۲. نویسنده مسئول: استادیار، گروه روانشناسی بالینی، دانشگاه آزاد اسلامی، اصفهان، ایران

مقدمه

اختلال دوقطبی^۱ یکی از شایع‌ترین اختلالات خلقی است که علاوه بر بی‌ثباتی خلق و خو، اختلالات شدیدتری را در عملکرد، تعاملات بین‌فردی، کیفیت زندگی، کنترل تکانه‌ها، و هیجانات ایجاد می‌کند و با نرخ بالای خودکشی همراه است (۱). ویژگی بارز اختلالات دوقطبی، تبدیل دوره‌های شیدایی به دوره افسردگی عمده، به شکل دورانی است که در آن شخص از اوج سرخوشی به عمق ناامیدی فرو می‌رود (۲). غالباً در بین دوره‌های شیدایی و افسردگی، دوره‌های سرحالی که با خلق طبیعی همراه است ظاهر می‌شود (۳). شواهد روزافزونی وجود دارد که نشان می‌دهد بیماران مبتلا به اختلال دوقطبی از طیف وسیعی از مشکلات شناختی، انگیزشی و عاطفی رنج می‌برند (۴-۵).

بیماران مبتلا به اختلال دوقطبی در معرض خطر بالای خودجرحی بدون خودکشی^۲ هستند (۶-۷). خودجرحی بدون خودکشی نوعی رفتار آسیب به خود است که در آن فرد به صورت مستقیم و عمدی به بخش‌هایی از بدن خود آسیب می‌رساند ولی انگیزه خودکشی ندارد. این آسیب‌ها شامل بریدن پوست، سوزاندن، خراشیدن یا کندن پوست، کوبیدن یا ضربه‌زدن به بدن و ممانعت از التیام زخم می‌باشد (۸). حدود ۶۰ درصد از مبتلایان به اختلال دوقطبی حداقل یک بار در طول زندگی خود به خود آسیب می‌رسانند (۹) و حداقل ۵ درصد از جمعیت دوقطبی در نهایت با خودکشی می‌میرند (۱۰). تقریباً ۶۰ درصد از کسانی که بر اثر خودکشی می‌میرند قبلاً سابقه خودجرحی داشته‌اند (۱۱).

علاوه بر این، مطالعات نشان داده است که انگ‌درونی شده^۳ نیز در اختلال دوقطبی شایع است (۱۲). انگ، مجموعه‌ای از شناخت‌ها و رفتارهایی است که با برچسب‌زدن فعال شده و به طرد و انزوای اجتماعی ختم می‌گردد (۱۳). در اروپا تخمین زده می‌شود که تقریباً از هر ۵ نفر مبتلا به اختلال دوقطبی، یک نفر به میزان چشم‌گیری انگ نشان می‌دهد (۱۴). این میزان در ایران ۲۶/۷ درصد گزارش شده است (۱۵). انگ و طردشدن فرد از سوی جامعه یا خود می‌تواند پیامدهای منفی مانند اجتناب از تعاملات اجتماعی، کاهش عزت‌نفس، کاهش کیفیت زندگی، زوال عملکرد اجتماعی و شغلی، کاهش تقاضا

برای دسترسی به درمان و وخامت سیر بالینی بیماری را به همراه داشته باشد (۱۶).

الگوهای نظری اختلال دوقطبی بر طیف گسترده‌ای از تجربیات عاطفی و نوسانات در وضعیت عاطفی به عنوان ویژگی‌های اصلی تأکید دارند (۱۷). توضیحات بالینی و مطالعات تجربی نیز نشان می‌دهند که افراد مبتلا به اختلال دوقطبی در مقایسه با افراد سالم پاسخ‌های عاطفی اغراق‌آمیز و بینش و قضاوت ضعیف‌تری نشان می‌دهند (۱۸). تحقیقات نشان می‌دهد که اختلال دوقطبی با افزایش واکنش هیجانی مثبت (۱۹) و مشکل در تنظیم عواطف (۲۰) مرتبط است. افراد مبتلا به اختلال دوقطبی در تنظیم شدت عاطفه مثبت و عاطفه منفی مشکل دارند. تنظیم عاطفه می‌تواند بر اندازه، مدت زمان، پاسخ‌های رفتاری و واکنش فیزیولوژیکی تأثیر بگذارد (۲۰).

شیدایی حاد، بخش خطرآفرینی از اختلال دوقطبی است. دوره حاد شیدایی غالباً یک اورژانس روان‌پزشکی بوده و ممکن است به بستری بیمار برای کنترل رفتارهای بیش‌فعال و تکانشی، درمان سریع بی‌قراری، تحریک‌پذیری و مشکلات خلقی و نیز کاهش رفتارهای پرخطر بیمار نیاز داشته باشد (۲۱).

با توجه به شیوع و ماهیت عودکننده اختلال دوقطبی، درمان مناسب و پیشگیری از عود ضروری به نظر می‌رسد (۲۲). یکی از درمان‌هایی که در کنار درمان دارویی بیماران مبتلا به اختلالات دوقطبی به کار رفته است، درمان شناختی - رفتاری^۴ می‌باشد (۲۳). مدل شناختی بیانگر آن است که تفکر مختل یا ناکارآمد که روی خلق و رفتار بیمار اثر می‌گذارد در تمام اختلالات روان‌پزشکی شایع می‌باشد. ارزیابی واقع‌گرایانه و اصلاح تفکر، موجب بهبود خلق و رفتار می‌شود و تداوم بهبودی از اصلاح باورهای ناکارآمد زمینه‌ای بیمار حاصل خواهد شد (۲۴). مطالعات نشان داده‌اند که مداخلات روانشناختی از جمله درمان شناختی - رفتاری می‌تواند در بهبود خودجرحی بدون خودکشی، انگ‌درونی‌شده، عواطف مثبت و منفی^۵، و علائم شیدایی مؤثر باشد. مولوی، سلوت، سلمانی‌ا قدم و همکاران (۲۵)، اثربخشی درمان شناختی - رفتاری همراه دارودرمانی را در کاهش علائم شیدایی در

1. bipolar disorder
2. non-suicidal self-injury
3. internalized stigma

4. cognitive-behavioral therapy
5. positive and negative affects

عاطفه منفی و علائم شیدایی در بیماران مبتلا به اختلال دوقطبی بود.

روش

طرح پژوهش: پژوهش حاضر از نوع نیمه‌آزمایشی بود که بر اساس طرح پیش‌آزمون - پس‌آزمون و پیگیری با گروه آزمایش و کنترل اجرا گردید.

آزمودنی‌ها: جامعه آماری این پژوهش، مشتمل بر کلیه بیماران مبتلا به اختلالات دوقطبی بودند که در سال ۱۴۰۰ به مطب‌های خصوصی روان‌پزشکان و مراکز مشاوره شهر اصفهان جهت دریافت کمک‌های تخصصی مراجعه کرده و تشخیص اختلالات دوقطبی را دریافت نموده و تحت درمان دارویی استاندارد با تثبیت‌کننده‌های خلق قرار گرفته بودند. نمونه مورد بررسی شامل ۲۴ نفر (۱۸ زن و ۶ مرد) بود که ملاک‌های ورود به پژوهش را دارا بودند. انتخاب نمونه به صورت در دسترس بوده که به صورت تصادفی در دو گروه آزمایش (۱۲ نفر) و کنترل (۱۲ نفر) گمارده شدند. معیارهای ورود به پژوهش عبارت بود از: تشخیص اختلالات دوقطبی توسط روان‌پزشک، داشتن سواد کافی و توانایی شرکت در تمام جلسات و معیارهای خروج از پژوهش عبارت بود از: عدم حضور در بیش از سه جلسه آموزشی، حضور در دوره‌های آموزشی دیگر به‌طور همزمان، داشتن علائم حاد بیماری، داشتن اختلالات حاد همراه، سوء‌مصرف مواد و عقب‌ماندگی ذهنی، وجود اختلالات بینایی، شنوایی یا مشکلات جسمانی مانع شرکت در جلسات و عود بیماری تا حدی که بیمار قادر به شرکت در جلسات نباشد.

ابزار

۱. پرسشنامه خودجرحی^۱: این ابزار که توسط سانسون، ویدرمن و سانسون (۳۱) ساخته شده پرسشنامه‌ای خودگزارشی و ۲۲ گویه‌ای است که سابقه آسیب‌رساندن به خود را بررسی می‌کند. در این پرسشنامه رفتارهایی که عمداً به منظور آسیب به خود انجام شده‌اند از جمله سوء‌مصرف دارو یا مواد و الکل، خودزنی، ایراد آسیب بدنی به خود تا از دست دادن شغل به صورت عمدی، مورد ارزیابی قرار می‌گیرند. پرسشنامه مذکور به منظور استفاده در جمعیت‌های روان‌پزشکی طراحی شده است. در این پرسشنامه نمره بالا نشان‌دهنده شدت و فراوانی بیشتر رفتارهای خودجرحی

بیماران دوقطبی نشان دادند. چیانگ، سای، لیو و همکاران (۲۶) در بررسی‌های خود نشان دادند که این رویکرد درمانی در کاهش میزان عود و بهبود علائم شیدایی مؤثر است. گودرزی، قاسمی، میردریکوند و همکاران (۲۷) اثربخشی شناخت‌درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی را بر عاطفه مثبت، انعطاف‌پذیری روانشناختی و مؤلفه‌های ذهن‌آگاهی افراد دارای علائم افسردگی نشان دادند. ارکی، عباسی اسفنجیر و نادری (۲۸) نشان دادند که درمان شناختی - رفتاری بر علائم شیدایی مثل بهبود خلیات، تکانشگری، بهبود ظاهر و تفکر مؤثر است. شیموتسو، هوریکاوا، ایمورو و همکاران (۲۹) اثربخشی این درمان را بر کاهش انگ‌درونی‌شده بیماران مبتلا به اختلالات خلقی نشان دادند. برخی از پژوهش‌ها نیز اثربخشی سایر مداخلات روانشناختی را بر کاهش خودجرحی بدون خودکشی در بیماران مبتلا به اختلالات دوقطبی نشان داده‌اند (۳۰).

با وجود حجم قابل‌توجهی از تحقیقات در زمینه اثربخشی مداخلات روانشناختی بر اختلالات دوقطبی، تحقیقات بسیار کمی در زمینه اثربخشی درمان شناختی - رفتاری بر خودجرحی بدون خودکشی، انگ‌درونی‌شده، عاطفه مثبت و منفی، و علائم شیدایی در بیماران مبتلا به اختلال دوقطبی انجام شده است.

با توجه به آنچه بیان شد به نظر می‌رسد برای بیماران مبتلا به اختلال دوقطبی، افزودن درمان شناختی - رفتاری به درمان دارویی ضروری باشد و برای بهبود زندگی آنان و توجه به شناسایی افکار خودآیند منفی، اصلاح تحریف‌های شناختی، تغییرات رفتاری و ایجاد مهارت‌های حل مسئله این بیماران حائز اهمیت است. بررسی ادبیات موجود نشان می‌دهد که تاکنون پژوهش‌های اندکی در زمینه اثربخشی درمان شناختی - رفتاری بر اختلالات دوقطبی صورت گرفته است. بعلاوه، در هیچ یک از مطالعات پیشین به اثربخشی درمان شناختی - رفتاری بر خودجرحی بدون خودکشی، انگ‌درونی‌شده، عاطفه مثبت، عاطفه منفی و علائم شیدایی در بیماران مبتلا به اختلال دوقطبی به‌طور همزمان پرداخته نشده است. بنابراین، هدف از انجام این پژوهش، بررسی اثربخشی درمان شناختی - رفتاری بر خودجرحی بدون خودکشی، انگ‌درونی‌شده، عاطفه مثبت،

1. Self-Harm Inventory

فرهنگ ایرانی، بخشی‌پور و دزکام(۳۶)، اعتبار و روایی مطلوبی را برای این مقیاس گزارش کرده‌اند که برابر با ۰/۸۷ است. در پژوهش حکاک و موسوی‌نژاد(۳۷) پایایی این پرسشنامه با استفاده از روش آلفای کرونباخ ارزیابی شد که برای بعد عاطفه مثبت مقدار ۰/۸۷ و برای بعد عاطفه منفی مقدار ۰/۸۸ به دست آمد که نشان‌دهنده پایایی پرسشنامه است.

۴. پرسشنامه شیدایی^۳: مقیاس درجه‌بندی شیدایی توسط یانگ، بیگز، زیگلر و همکاران(۳۸) ساخته و اعتباریابی شده است. این مقیاس وسیله‌ای عینی به منظور کمی‌کردن شدت شیدایی است که توسط بالینگر بر اساس گزارش فردی بیمار و مشاهده وضعیت و شرایط بالینی وی قیاس می‌شود. این پرسشنامه ۱۱ ماده دارد و نمره‌گذاری آن بر پایه گزارش عینی بیمار از شرایط طبی در ۴۸ ساعت گذشته و مشاهدات عینی مصاحبه‌گر در حین مصاحبه می‌باشد. دامنه نمرات نیز بین ۰ تا ۶۰ است و مقدار نمره بالاتر نمایانگر شدت بیشتر شیدایی است. مقیاس شیدایی یانگ در سال ۱۳۸۴ در دانشگاه اصفهان هنجاریابی شد و پایایی گروه بیماران ۰/۷۲ و پایایی ارزشیابان ۰/۹۶ گزارش شد(۳۹).

روند اجرای پژوهش: در ابتدا برای انتخاب نمونه، پژوهشگر به مطب‌های خصوصی روان‌پزشکان شهر اصفهان، مرکز مشاوره آبان و مجتمع پزشکان توحید، مراجعه نمود و هماهنگی‌های لازم برای همکاری صورت گرفت. سپس افرادی که پس از انجام مصاحبه تشخیصی توسط متخصص روان‌پزشکی در این مراکز مبتلا به اختلال دوقطبی و خلق‌ادواری شناخته شده بودند، معرفی و سپس با دقت نظر و لحاظ نمودن معیارهای ورود و خروج و ابراز موافقت بیماران برای شرکت در طرح پژوهشی، تعداد ۲۴ نفر از آنان به صورت در دسترس (از مرکز مشاوره آبان و مجتمع پزشکان توحید) انتخاب گشت. با شروع فرآیند معرفی و جذب مراجعین از بهمن ماه ۱۳۹۹، شرکت‌کنندگان به شکل تصادفی در دو گروه آزمایش و کنترل گمارده شدند. پس از طی دوره لازم برای درمان شناختی - رفتاری توسط پژوهشگر، برنامه درمانی از کتاب درمان شناختی - رفتاری اتو، ریلی - هرینگتون، ناز و همکاران(۴۰) استخراج گردید. سپس دوره درمان توسط روانشناس بالینی مجرب و تحت

است. نمره‌گذاری به صورت بله/خیر است. گزینه خیر نمره صفر و گزینه بله نمره یک می‌گیرد. مطالعات مختلف از روایی و پایایی این ابزار حمایت کرده‌اند. مطالعه اعتبار این پرسشنامه با نقطه برش ۵ یا بیشتر، به طبقه‌بندی دقیق ۸۴ درصد از پاسخ‌دهندگان که براساس مصاحبه تشخیصی، واجد اختلال شخصیت مرزی بودند، منجر شد(۳۱). در مطالعه طاهباز حسین‌زاده، قربانی و نبوی(۳۲) آلفای کرونباخ این پرسشنامه ۰/۷۴ به دست آمده است. روایی همگرایی این پرسشنامه با متغیر خودجرعی ضریب همبستگی ۰/۶۶ و معنادار در سطح ۰/۰۱ به دست آمده است(۳۳).

۲. پرسشنامه انگ‌درونی‌شده^۱: مقیاس انگ‌درونی‌شده توسط کینگ، دینوس، شاو و همکاران(۱۳) به منظور بررسی انگ بیماری‌های روان‌پزشکی در گروه بیماران ساخته شد. فرم اولیه این پرسشنامه ۴۲ سؤالی و فرم نهایی آن ۲۸ سؤالی است که اعتبار و پایایی مناسبی دارد و در مقیاس لیکرتی ۵ سطحی از کاملاً موافقم (۴) تا کاملاً مخالفم (۰) درجه‌بندی می‌شود. پایایی کل پرسشنامه توسط مؤلفین ۰/۸۷ تعیین شد. همچنین اعتبار درونی آن با ضریب آلفای کرونباخ ۰/۸۸ به دست آمده است. این پرسشنامه به فارسی ترجمه و اعتباریابی شده است. آلفای کرونباخ در نسخه ترجمه‌شده از نمونه چهل نفری بیماران مرکز روان‌پزشکی قدس، ۰/۹۱ به دست آمد(۳۴).

۳. پرسشنامه عاطفه مثبت و عاطفه منفی^۲: مقیاس عاطفه مثبت و منفی توسط واتسون، کلارک و تلگن(۳۵) ساخته و اعتباریابی شده است و دارای ۲۰ ماده است که برای اندازه‌گیری دو بعد خلقی یعنی «عاطفه منفی» و «عاطفه مثبت» طراحی شده است. این مقیاس، شامل ۱۰ ماده مربوط به عاطفه مثبت و ۱۰ ماده مربوط به عاطفه منفی است. ماده‌ها روی یک مقیاس ۵ نقطه‌ای (۱= بسیار کم تا ۵= بسیار زیاد)، از سوی شرکت‌کننده‌ها رتبه‌بندی می‌شوند و دامنه نمرات برای هر خرده‌مقیاس ۱۰ تا ۵۰ است. ضریب آلفای کرونباخ برای خرده‌مقیاس عاطفه مثبت، ۰/۸۸ و برای خرده‌مقیاس عاطفه منفی، ۰/۸۷ است. اعتبار آزمون از راه بازآزمایی برای خرده‌مقیاس عاطفه مثبت، ۰/۶۸ و برای خرده‌مقیاس عاطفه منفی، ۰/۷۱ گزارش شده است(۳۵). در

1. Stigma Scale

2. Positive and Negative Affect Schedule

3. Mania Rating Scale

پس از طی جلسات درمان و آزمودنی‌های گروه کنترل پس از گذشت زمان مشابه مورد سنجش مجدد قرار گرفتند. بعد از یک ماه هر دو گروه مورد پیگیری و سنجش قرار گرفتند. شرح روش درمانی مورد استفاده در جدول ۱ خلاصه شده است.

نظارت پژوهشگر انجام شد. گروه آزمایش ۱۲ جلسه درمان شناختی - رفتاری ۶۰ دقیقه‌ای را در طی سه ماه به صورت فردی و یک جلسه در هفته دریافت کردند، درحالی که گروه کنترل در لیست انتظار بودند. قبل از شروع درمان آزمودنی‌های هر دو گروه، با استفاده از ابزارهای پژوهش مورد سنجش قرار گرفتند، سپس گروه آزمایش بلافاصله

جدول (۱) خلاصه جلسات درمان شناختی - رفتاری (برگرفته از کتاب سنجش و درمان اختلال دوقطبی با رویکرد شناختی - رفتاری (۴۰))

جلسه اول	یادگیری مطالبی درباره این برنامه و هر آنچه این برنامه دربر می‌گیرد. بررسی الگوی افسردگی، درک نقش افکار در افسردگی، گفت‌وگو درباره تأثیر افسردگی بر سطح فعالیت، برنامه‌ریزی برای ایمنی اگر افکار اقدام به خودکشی را تجربه می‌کند، معرفی اختلال دوقطبی
جلسه دوم	استفاده از نمودار خلق برای پیگیری علائم بیماری، گنجاندن فعالیت‌های خوشایند در زندگی روزمره، اندیشیدن به راه‌های اصلاح افکار منفی ضمن انطباق با نگرش مربی‌گری مثبت، معرفی اختلال دوقطبی
جلسه سوم	عوامل سبب‌ساز و برانگیزاننده اختلال، یادگیری تشخیص خطاهای رایج تفکر، شروع نظارت بر افکار
جلسه چهارم	ادامه تجدید ساختار شناختی با یادگیری ارزیابی دقیق تفکرات، دستیابی به ایده‌هایی درباره فعالیت‌های مبتنی بر مسئولیت که می‌تواند در زندگی خود بگنجانند. علائم شیدایی خفیف و شیدایی
جلسه پنجم و ششم	ادامه تجدید ساختار شناختی با یادگیری ایجاد تفکرات صحیح‌تر و واقع‌گرایانه‌تر، برنامه‌ریزی برای گنجاندن هر دو فعالیت خوشایند و مبتنی بر مسئولیت در زندگی، علائم افسردگی و حمله‌های مختلط (افسردگی همراه با شیدایی)، پیش‌آگهی
جلسه هفتم	یادگیری مطالبی درباره باورهای اصلی و اینکه آن‌ها چگونه به تفکرات منفی مربوط می‌شوند. پذیرش دارویی تثبیت‌کننده‌های خلق
جلسه هشتم	یادگیری راهبردهای به چالش کشیدن باورهای اصلی، پذیرش دارویی داروهای ضد افسردگی، ضد شیدایی و خطرات ناشی از قطع درمان بارداری و مسائل ژنتیکی
جلسه نهم	شناسایی عوامل فعال‌کننده دوره‌های افسردگی، تمرکز مجدد بر تدوین و تحقق اهداف زندگی، اجتناب از سوءمصرف مواد، بررسی مواد روانگردان و خطرات آن در اختلالات دوقطبی، علائم هشداردهنده اولیه در افسردگی، بخش‌های مختلط، شیدایی و شیدایی خفیف، وقتی حمله بیماری شروع می‌شود چه باید کرد؟
جلسات دهم و یازدهم	انتخاب اعضای شبکه حمایتی و تهیه پیش‌نویس قرارداد درمان، اهمیت نظم و ترتیب و شیوه زندگی سالم، اصول ارتباط با بیمار
جلسه دوازدهم	راهبردهای حل مسئله، مهارت‌های اجتماعی، فنون و مهارت‌های کنترل استرس، کنترل خشم، معنای زندگی، مروری بر کل مطالب جلسات قبل، پرسش و پاسخ و درخواست از بیمار و خانواده برای جمع‌بندی مطالب

یافته‌ها

افراد شرکت‌کننده در پژوهش ۲۴ نفر شامل ۱۸ زن و ۶ مرد بودند که میانگین سن افراد گروه درمان شناختی - رفتاری، ۳۰/۸۳ و انحراف استاندارد آن ۷/۵۰ و میانگین سن افراد گروه کنترل ۳۳/۶۶ و انحراف استاندارد آن ۹/۴۹ است. بیشترین فراوانی میزان تحصیلات مربوط به طبقه متوسطه و کارشناسی بوده است. بیشترین فراوانی وضعیت تأهل مربوط به طبقه متأهل بوده است.

جدول ۲ میانگین و انحراف استاندارد خودجرحی بدون خودکشی، انگ‌درونی‌شده، عاطفه مثبت، عاطفه منفی و علائم شیدایی در بیماران مبتلا به اختلالات دوقطبی را بر حسب گروه نشان می‌دهد. مطابق نتایج جدول ۲، نمرات پس‌آزمون و پیگیری خودجرحی بدون خودکشی، انگ‌درونی‌شده، عاطفه منفی و علائم شیدایی گروه درمان شناختی - رفتاری نسبت به نمرات پیش‌آزمون، در مقایسه با گروه کنترل، کاهش یافته است. همچنین نمرات بعد عاطفه مثبت اندکی افزایش یافته است.

جدول ۲) شاخص‌های توصیفی خودجراحی بدون خودکشی، انگ‌درونی‌شده، عاطفه مثبت، عاطفه منفی و علائم شیدایی در گروه آزمایش و کنترل

متغیر	گروه	پیش‌آزمون		پس‌آزمون		پیگیری	
		انحراف استاندارد	میانگین	انحراف استاندارد	میانگین	انحراف استاندارد	میانگین
خودجراحی بدون خودکشی	گروه درمان شناختی - رفتاری	۶/۷۵	۳/۴۱	۲/۸۳	۰/۳۳	۰/۶۵	
	گروه کنترل	۱۰/۱۶	۵/۶۳	۴/۶۷	۱۳/۰۸	۴/۶۴	
انگ‌درونی‌شده	گروه درمان شناختی - رفتاری	۵۴/۵۸	۱۳/۱۸	۴۸/۰۸	۱۴/۶۵	۱۲/۰۱	
	گروه کنترل	۵۹/۹۱	۲۳/۳۹	۷۰/۵۰	۱۴/۹۱	۱۰/۱۵	
عاطفه مثبت	گروه درمان شناختی - رفتاری	۳۱/۲۵	۱۰/۵۴	۳۳/۶۶	۹/۱۶	۳/۵۲	
	گروه کنترل	۳۳/۰۸	۹/۶۵	۳۷/۲۵	۶/۷۰	۴/۱۹	
عاطفه منفی	گروه درمان شناختی - رفتاری	۳۲/۴۱	۱۱/۹۹	۲۳/۰۰	۱۰/۸۵	۶/۸۵	
	گروه کنترل	۳۶/۰۰	۸/۶۹	۳۶/۲۵	۹/۱۲	۵/۰۹	
علائم شیدایی	گروه درمان شناختی - رفتاری	۲۱/۰۰	۱۲/۴۶	۵/۶۶	۴/۹۴	۲/۱۸	
	گروه کنترل	۳۱/۸۳	۹/۵۷	۳۳/۹۱	۷/۷۷	۷/۱۶	

در ادامه، به منظور بررسی معناداری تأثیر درمان شناختی - رفتاری بر میل به خودجراحی بدون خودکشی، انگ‌درونی‌شده، عاطفه مثبت، عاطفه منفی و علائم شیدایی در بیماران مبتلا به اختلال دوقطبی، از آزمون تحلیل واریانس با اندازه‌های تکراری استفاده شد. لذا قبل از به کار بستن این آزمون، پیش‌فرض‌های آن مورد بررسی قرار گرفت. جهت بررسی نرمال بودن نمرات داده‌ها از آزمون شاپیرو-ویلک استفاده شد. بر اساس نتایج آزمون شاپیرو-ویلک، فرض صفر مبنی بر این که تفاوت بین توزیع نمرات گروه‌های نمونه و توزیع نرمال جامعه صفر است، در مورد همه متغیرها باقی می‌ماند. بنابراین اولین پیش‌فرض استفاده از آزمون تحلیل واریانس با اندازه‌های تکراری برقرار است. به منظور بررسی پیش‌فرض برابری واریانس‌ها از آزمون لوین استفاده شد. بر اساس نتایج آزمون لوین، واریانس اکثر متغیرها در گروه آزمایشی و کنترل با هم تفاوت معنادار ندارد و این پیش‌فرض استفاده از آزمون تحلیل واریانس با اندازه‌های تکراری در مورد این متغیرها رعایت شده است. در مورد علائم شیدایی، آماره گرینهاوس-گیسر ملاک بررسی یافته‌ها قرار می‌گیرد. به منظور بررسی برابری کوارینانس متغیرهای وابسته از آزمون باکس استفاده شد. نتیجه این تحلیل، نشان داد که همگنی ماتریس کوارینانس متغیرهای وابسته پژوهش در بین دو گروه برقرار است و از نظر ماتریس کوارینانس تفاوت معناداری با هم ندارند. به منظور بررسی برابری کوارینانس نمرات متغیرهای وابسته در گروه‌ها

در سه مرحله اندازه‌گیری در کل از آزمون ماچلی استفاده شد. نتایج آزمون ماچلی نشان می‌دهد که کوارینانس خودجراحی بدون خودکشی، انگ‌درونی‌شده، عاطفه مثبت و عاطفه منفی در سه مرحله در کل با هم تفاوت معنادار ندارد و این پیش‌فرض استفاده از آزمون تحلیل واریانس با اندازه‌های تکراری در مورد این متغیرهای وابسته برقرار است و فقط در مورد علائم شیدایی برقرار نیست؛ اما چون حجم گروه‌ها مساوی است رعایت این پیش‌فرض در مورد این تک متغیر ضرورت چندانی ندارد؛ ضمن اینکه چون فرض کرویت در آزمون ماچلی در مورد علائم شیدایی تأیید نشد، آماره گرینهاوس-گیسر ملاک بررسی یافته‌های مربوط به این قسمت از فرضیه اصلی قرار گرفت.

جدول ۳ نتایج تحلیل واریانس اندازه‌های تکراری جهت بررسی تأثیر زمان و گروه بر خودجراحی بدون خودکشی، انگ‌درونی‌شده، عاطفه مثبت، عاطفه منفی و علائم شیدایی را نشان می‌دهد. مطابق نتایج جدول ۳، یافته‌های به دست آمده از تحلیل واریانس نشان می‌دهد که اثر گروه برای متغیرهای خودجراحی بدون خودکشی، انگ‌درونی‌شده، عاطفه مثبت و علائم منفی و علائم شیدایی ($p < 0/01$) و بین دو گروه آزمایش و کنترل در خودجراحی بدون خودکشی، انگ‌درونی‌شده، عاطفه مثبت و علائم شیدایی، تفاوت معنادار وجود دارد. همچنین، اثر تعامل زمان و گروه در هر چهار متغیر مذکور معنادار بوده است ($p < 0/01$). بر اساس عامل تعامل زمان گروه می‌توان بیان داشت که

تغییرات معناداری در طی زمان در سه مرحله پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری حدافل در یکی از گروه های آزمایش یا کنترل رخ داده است. به عبارت دیگر، تفاوت میانگین نمرات خودجرحی بدون خودکشی، انگ درونی شده، عاطفه منفی و

علائم شیدایی در زمان های پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری با توجه به سطوح متغیر گروه (گروه آزمایش و کنترل) متفاوت بوده است.

جدول ۳) نتایج تحلیل واریانس اندازه های تکراری جهت بررسی تأثیر زمان و گروه بر خودجرحی بدون خودکشی، انگ درونی شده، عاطفه مثبت، عاطفه منفی و علائم شیدایی

منبع تغییرات	متغیرها	مجموع مجزورات	Df	میانگین مجزورات	F	معناداری	مجذور اتا	توان آزمون
خودجرحی بدون خودکشی	درون آزمودنی ها	عامل ۱ (زمان)	۲	۲۵/۷۷۲	۹/۱۱۹	۰/۰۰۰۱	۰/۲۹۳	۰/۹۶۷
		عامل ۱* گروه	۲	۱۳۱/۵۵۶	۴۶/۶۳۹	۰/۰۰۰۱	۰/۶۷۹	۱/۰۰۰
		خطا	۴۴	۲/۸۲۱	-	-	-	-
	بین آزمودنی ها	گروه	۱	۱۲۴۱/۶۸۱	۲۹/۵۷۵	۰/۰۰۰۱	۰/۵۷۳	۰/۹۹۹
انگ درونی شده	درون آزمودنی ها	عامل ۱ (زمان)	۲	۸۶/۴۳۱	۰/۸۲۸	۰/۴۴۴	۰/۰۳۶	۰/۱۸۳
		عامل ۱* گروه	۲	۶۷۴/۲۹۲	۶/۴۶۰	۰/۰۰۳	۰/۲۲۷	۰/۱۸۵
		خطا	۴۴	۱۰۴/۳۷۶	-	-	-	-
	بین آزمودنی ها	گروه	۱	۵۵۱۲/۵۰۰	۱۱/۱۵۲	۰/۰۰۳	۰/۳۳۶	۰/۸۹۱
عاطفه مثبت	درون آزمودنی ها	عامل ۱ (زمان)	۲	۵۳۹۵/۲۹۲	۱۱/۰۳۹	۰/۰۰۰۱	۰/۸۳۶	۱/۰۰۰
		عامل ۱* گروه	۲	۳۸/۶۲۵	۰/۸۰۲	۰/۴۵۵	۰/۰۳۵	۰/۱۷۸
		خطا	۴۴	۴۸/۱۵۵	-	-	-	-
	بین آزمودنی ها	گروه	۱	۳۰۰/۱۲۵	۳/۶۷۴	۰/۰۶۸	۰/۱۴۳	۰/۴۵۰
عاطفه منفی	درون آزمودنی ها	عامل ۱ (زمان)	۲	۱۸۲/۹۳۱	۴/۰۳۸	۰/۰۲۵	۰/۱۵۵	۰/۶۹۰
		عامل ۱* گروه	۲	۴۰۰/۸۴۷	۸/۸۴۹	۰/۰۰۱	۰/۲۸۷	۰/۹۶۲
		خطا	۴۴	۴۵/۲۹۸	-	-	-	-
	بین آزمودنی ها	گروه	۱	۲۶۸۸/۸۸۹	۱۷/۲۱۴	۰/۰۰۰۱	۰/۴۳۹	۰/۹۷۷
علائم شیدایی	درون آزمودنی ها	عامل ۱ (زمان)	۱/۲۴۵	۶۲۲/۳۳۹	۱۳/۰۴۴	۰/۰۰۱	۰/۳۷۲	۰/۹۶۴
		عامل ۱* گروه	۱/۲۴۵	۱۳۱۲/۹۷۹	۲۷/۵۱۹	۰/۰۰۰۱	۰/۵۵۶	۱/۰۰۰
		خطا	۲۷/۳۸۸	۴۷/۷۱۲	-	-	-	-
	بین آزمودنی ها	گروه	۱	۱۰۳۹/۰۱۴	۷۷/۱۸۹	۰/۰۰۰۱	۰/۷۷۸	۱/۰۰۰

گروه درمان شناختی - رفتاری به طور معناداری کمتر از گروه کنترل است ($p < ۰/۰۵$). بعلاوه در مرحله پیگیری میانگین عاطفه مثبت به طور معناداری کمتر از گروه کنترل است ($p < ۰/۰۵$). این نتایج بیانگر این مطلب است که درمان شناختی - رفتاری بر خودجرحی بدون خودکشی، انگ درونی شده، عاطفه منفی و علائم شیدایی بیماران دوقطبی تأثیر معناداری دارد.

به منظور مشخص شدن تفاوت میانگین بین مراحل و گروه ها از آزمون های تعقیبی بنفرونی استفاده شد. جدول ۴، نتایج آزمون تعقیبی بنفرونی برای مقایسه زوجی دو گروه به تفکیک مراحل آزمون را نشان می دهد. مطابق نتایج جدول ۴، در مرحله پیش آزمون تفاوت معناداری بین میانگین هر یک از متغیرهای خودجرحی بدون خودکشی، انگ درونی شده، عاطفه مثبت، عاطفه منفی و علائم شیدایی در بین دو گروه آزمایش (گروه درمان شناختی - رفتاری) و کنترل وجود ندارد ($p > ۰/۰۵$). اما در مرحله پس آزمون و پیگیری، میانگین هر یک از متغیرهای خودجرحی بدون خودکشی، انگ درونی شده، عاطفه منفی و علائم شیدایی در

جدول ۴) نتایج آزمون تعقیبی بنفرونی برای مقایسه زوجی میانگین دو گروه به تفکیک مراحل آزمون

مرحله						گروه	متغیر
پیش‌آزمون		پس‌آزمون		پیگیری			
تفاوت میانگین	سطح معناداری	تفاوت میانگین	سطح معناداری	تفاوت میانگین	سطح معناداری		
-۳/۴۱۷	۰/۰۸۶	-۸/۷۵۰	۰/۰۰۰۱	-۱۲/۷۵۰	۰/۰۰۰۱	آزمایش - کنترل	خودجراحی بدون خودکشی
-۵/۳۳۳	۰/۴۹۹	-۲۲/۴۱۷	۰/۰۰۱	-۲۴/۷۵۰	۰/۰۰۰۱	آزمایش - کنترل	انگ درونی شده
-۱/۹۱۷	۰/۶۴۷	-۴/۰۰۰	۰/۲۴۰	-۶/۲۵۰	۰/۰۴۱	آزمایش - کنترل	عاطفه مثبت
-۴/۱۶۷	۰/۳۴۸	-۱۲/۸۳۳	۰/۰۰۵	-۲۰/۳۳۳	۰/۰۰۰۱	آزمایش - کنترل	عاطفه منفی
-۱۰/۵۰۰	۰/۰۶۳	-۲۸/۲۵۰	۰/۰۰۰۱	-۳۳/۰۰۰	۰/۰۰۰۱	آزمایش - کنترل	علائم شیدایی

جدول ۵، نتایج آزمون تعقیبی بنفرونی برای مقایسه زوجی میانگین متغیرها در سه مرحله آزمون به تفکیک دو گروه درمان شناختی - رفتاری و کنترل را نشان می‌دهد. این تحلیل نشان می‌دهد که میانگین خودجراحی بدون خودکشی و علائم شیدایی در گروه درمان شناختی - رفتاری، در مرحله پس‌آزمون و پیگیری به طور معناداری کمتر از مرحله پیش‌آزمون است ($p < ۰/۰۵$).

پیش‌آزمون بود ($p < ۰/۰۰۱$)؛ همچنین، میانگین در مرحله پیگیری تفاوت معناداری با مرحله پس‌آزمون داشت ($p < ۰/۰۵$). میانگین عاطفه منفی در گروه درمان شناختی - رفتاری، در هر دو مرحله پس‌آزمون و پیگیری به طور معناداری کمتر از مرحله پیش‌آزمون است ($p < ۰/۰۵$).

جدول ۵) نتایج آزمون تعقیبی بنفرونی برای مقایسه زوجی میانگین متغیرها در سه مرحله آزمون به تفکیک گروه

پیش‌آزمون - پس‌آزمون						گروه	متغیر
پیش‌آزمون - پیگیری		پس‌آزمون - پیگیری		پیش‌آزمون - پس‌آزمون			
تفاوت میانگین	سطح معناداری	تفاوت میانگین	سطح معناداری	تفاوت میانگین	سطح معناداری		
۴/۵۰۰	۰/۰۰۰۱	۶/۴۱۷	۰/۰۰۰۱	۰/۰۲۲	۱/۹۱۷	گروه درمان شناختی - رفتاری	خودجراحی بدون خودکشی
-۰/۸۳۳	۰/۷۹۸	-۲/۹۱۷	۰/۰۰۱	۰/۰۱۲	-۲/۰۸۳	گروه کنترل	خودجراحی بدون خودکشی
۶/۵۰۰	۰/۴۱۶	۵/۹۱۷	۰/۵۵۷	۱/۰۰۰	-۰/۵۸۳	گروه درمان شناختی - رفتاری	انگ درونی شده
-۱۰/۵۸۳	۰/۰۶۱	-۱۳/۵۰۰	۰/۰۱۵	-۱/۰۰۰	-۲/۹۱۷	گروه کنترل	انگ درونی شده
-۲/۱۶۷	۱/۰۰۰	-۰/۹۱۷	۱/۰۰۰	۱/۰۰۰	۱/۲۵۰	گروه درمان شناختی - رفتاری	عاطفه مثبت
-۴/۲۵۰	۰/۵۷۴	-۵/۲۵۰	۰/۲۵۵	۱/۰۰۰	-۱/۰۰۰	گروه کنترل	عاطفه مثبت
-۲/۱۶۷	۰/۰۰۴	۱۳/۶۶۷	۰/۰۰۱	۰/۳۱۵	۴/۵۰۰	گروه درمان شناختی - رفتاری	عاطفه منفی
۰/۵۰۰	۱/۰۰۰	-۲/۵۰۰	۱/۰۰۰	۰/۸۱۶	-۳/۰۰۰	گروه کنترل	عاطفه منفی
۱۵/۳۳۳	۰/۰۰۰۱	۱۸/۳۳۳	۰/۰۰۰۱	۰/۰۴۷	۳/۰۰۰	گروه درمان شناختی - رفتاری	علائم شیدایی
-۲/۴۱۷	۰/۹۶۶	-۴/۱۶۷	۰/۴۴۴	۰/۴۲۲	-۱/۷۵۰	گروه کنترل	علائم شیدایی

به دلیل حجم پایین نمونه، معناداری تأثیر درمان شناختی - رفتاری بر خودجراحی بدون خودکشی، انگ‌درونی شده، عاطفه مثبت، عاطفه منفی و علائم شیدایی در بیماران مبتلا به اختلال دوقطبی با استفاده از روش یومن ویتنی نیز مورد بررسی قرار گرفت. جدول ۶، نتایج آزمون یومن ویتنی بر تفاضل نمرات پیش‌آزمون و پس‌آزمون و پیش‌آزمون و پیگیری متغیرها را نشان می‌دهد. مطابق نتایج جدول ۶، درمان شناختی - رفتاری بر خودجراحی بدون خودکشی، انگ

درونی شده، علائم شیدایی و عاطفه منفی تأثیر معناداری دارد و این اثر در دوره پیگیری یک ماهه ماندگار است ($p < ۰/۰۵$).

جدول ۶) نتایج آزمون یومن ویتنی بر تفاضل نمرات پیش‌آزمون و پس‌آزمون و پیش‌آزمون و پیگیری متغیرها

پیش‌آزمون - پیگیری		پیش‌آزمون - پس‌آزمون			گروه	متغیر
سطح معناداری	Z	آماره یومن ویتنی	سطح معناداری	Z		
۰/۰۰۰۱	-۴/۱۹۴	۰/۰۰۰	۰/۰۰۰۱	-۳/۶۸۰	۸/۵۰۰	خودجرحی بدون خودکشی - آزمایش - کنترل
۰/۰۰۱	-۳/۱۷۹	۱۷/۰۰۰	۰/۰۰۷	-۲/۷۲۰	۲۵/۰۰۰	انگ‌درونی شده - آزمایش - کنترل
۰/۰۰۰۱	-۴/۱۳۳	۰/۵۰۰	۰/۰۰۰۱	-۴/۱۶۹	۰/۰۰۰	علائم شیدایی - آزمایش - کنترل
۰/۱۹۴	-۰/۲۹۸	۴۵/۰۰۰	۰/۴۵۲	-۰/۷۵۳	۵۹/۰۰۰	عاطفه مثبت - آزمایش - کنترل
۰/۰۰۵	-۰/۸۳۴	۲۰/۰۰۰	۰/۰۳۵	-۲/۱۱۱	۳۵/۵۰۰	عاطفه منفی - آزمایش - کنترل

بحث

هدف از اجرای این پژوهش بررسی میزان اثربخشی درمان شناختی - رفتاری بر خودجرحی بدون خودکشی، انگ‌درونی شده، عاطفه مثبت، عاطفه منفی و علائم شیدایی در بیماران مبتلا به اختلالات دوقطبی بود. نتایج تحلیل واریانس اندازه‌های تکراری تأثیر عضویت گروهی بر روند تغییر نمرات (جدول ۳)، نشان داد که درمان شناختی - رفتاری بر خودجرحی بدون خودکشی، انگ‌درونی شده، عاطفه منفی و علائم شیدایی در بیماران مبتلا به اختلالات دوقطبی تأثیر معنادار دارد.

براساس اطلاعات به‌دست‌آمده تاکنون هیچ مطالعه‌ای که تمامی این متغیرها را به‌طور همزمان آزموده باشد انجام نگرفته است. اما نتایج این پژوهش با نتایج برخی از پژوهش‌های مشابهی که در این زمینه وجود دارند همسو است (۴۶-۴۱، ۳۰، ۲۵).

همچنین نتایج این پژوهش با نتایج برخی از پژوهش‌های مشابهی که در این زمینه وجود دارند ناهمسو است (۴۸-۴۷). در تبیین اثربخشی درمان شناختی - رفتاری بر کاهش رفتارهای خودجرحی، می‌توان به برخی از ویژگی‌های متمایز این روش درمانی اشاره نمود: (۱) آموزش کنترل افکار منفی با استفاده از تکنیک شواهد و مدارک، (۲) آموزش مهارت حل مسئله و مهارت کنترل خشم، (۳) آموزش کنترل استرس و (۴) آگاهی‌بخشی در مورد تحریف‌های شناختی و جایگزینی افکار مثبت و کارآمد به جای افکار خودآیند منفی ناکارآمد.

نتایج به‌دست‌آمده از این تحقیق بر اساس نظر سایموتو (۴۹) و همچنین در قالب نظریه لوید-ریچاردسون (۵۰) نیز قابل تبیین است. سایموتو معتقد است برای درک رفتار خودآسیب‌رسان باید بدانیم که چرا یک رفتار خاص، در یک زمان خاص، تحت یک پیام خاص و توسط یک فرد خاص

انجام می‌گیرد. در این راستا لوید-ریچاردسون (۵۰) الگوی جامعی از چهار کارکرد رفتار خودآسیب‌رسان را ارائه داده‌اند. در الگوی آن‌ها، زمانی که یک فرد، مبتلا به رفتار خودآسیب‌رسان می‌شود باید تحت یک یا چند کارکرد از میان چهار کارکرد (۱) تقویت منفی خودکار (به عنوان مثال برای کاهش تنش و یا یک حالت عاطفی دیگر)، (۲) تقویت مثبت خودکار (به عنوان مثال برای ایجاد یک حالت مطلوب فیزیولوژیکی)، (۳) تقویت مثبت اجتماعی (به عنوان مثال برای جلب توجه دیگران) و (۴) تقویت منفی اجتماعی (به عنوان مثال برای فرار از وظایف و یا خواسته‌های میان‌فردی) قرار بگیرد. همچنین کارکردهای اجتماعی رفتارهای خودآسیب‌رسان توسط محیط خارجی فرد تنظیم می‌شوند. با توجه به نتایج این پژوهش، به نظر می‌رسد درمان شناختی - رفتاری و مهارت‌هایی که در طول این برنامه به شرکت‌کنندگان آموزش داده می‌شود (به‌ویژه مهارت‌های کنترل افکار منفی، حل مسئله، کنترل خشم و استرس)، قادر است کارکردهای درون‌فردی (تقویت منفی خودکار و تقویت مثبت خودکار) و بین‌فردی (تقویت منفی اجتماعی و تقویت مثبت اجتماعی) رفتارهای خودجرحی را در بیماران مبتلا به اختلالات دوقطبی کاهش دهد.

در تبیین اثربخشی درمان شناختی - رفتاری بر کاهش انگ‌درونی شده می‌توان گفت که انگ‌درونی شده اثرات وسیع و قدرتمندی دارد و محصول درونی شدن شرمساری، مذمت، ناامیدی، احساس گناه و ترس از تبعیض است. این نوع انگ، فرایند ذهنی محصور در زمینه فرهنگی - اجتماعی است که ممکن است به‌وسیله احساسات منفی در مورد خود، رفتارهای ناسازگار، تأیید کلیشه یا تغییر هویت ناشی از تجربه فردی، درک یا پیش‌بینی واکنش اجتماعی منفی مشخص شود (۱۶). درونی‌سازی کلیشه‌ها باعث کاهش عزت‌نفس، خودکارآمدی،

پژوهش با نتایج برخی از پژوهش‌های مشابهی که در این زمینه وجود دارند همسو است (۵۸-۵۵).

در تبیین این یافته‌ها می‌توان گفت عاطفه مثبت نشان می‌دهد که فرد چه میزان احساس اشتیاق، هوشیاری و فعالیت می‌کند. عاطفه مثبت بالا حالتی از انرژی بالا، تمرکز کامل و اشتغال لذت‌بخش است، درحالی‌که عاطفه مثبت پایین با غمگینی و رخوت مشخص می‌شود. شادکامی، عاطفه مثبت با سطح برانگیختگی متوسط (شاد، فرحناک، مسرور) و عاطفه مثبت با سطح برانگیختگی بالا (هیجان‌زده، بااشتیاق، گوش‌به‌زنگ) را پوشش می‌دهد. با توجه به تعریف عاطفه منفی، می‌توان گفت عاطفه منفی بعد کلی پریشانی و اشتغال ذهنی ناخوشایند است که مشتمل بر حالات خلقی نامطلوبی از قبیل خشم، تحقیر، تنفر، گناه، ترس و عصبانیت است، درحالی‌که عاطفه منفی پایین حالتی از آرامش و متانت را به همراه دارد (۳۵).

آگاهی بیماران از تأثیرات عواطف منفی بر سلامت روان آن‌ها و مزایای داشتن زندگی شاد، باعث می‌شود که برای کاهش عواطف منفی و در نتیجه افزایش عواطف مثبت در خود، انگیزه پیدا کرده و تلاش کنند. همچنین همین آگاهی باعث بالارفتن تمایل آن‌ها برای انجام تکالیف خانگی و تمرین فنون فراگرفته در جلسات درمانی می‌شود. مداخله شناختی - رفتاری به کاربرده شده در این پژوهش، تمرکز ویژه‌ای بر مهارت‌های کنترل خشم و حل مسئله داشت که این خود بر کاهش خصومت، تحریک‌پذیری، عصبانیت و احساس گناهکاری ناشی از برخورد پرخاشگرانه از مؤلفه‌های عاطفه منفی و افزایش احساس نیرومندی، سربلندی و احساس کنترل از مؤلفه‌های عاطفه مثبت تأثیر می‌گذارد. بعلاوه، استفاده از فنون توجه به دیگر واقعیت‌های ممکن، گفتار درونی مثبت و تحلیل سود و زیان، باعث افزایش عواطف مثبت از جمله هوشیاری، متوجه‌بودن و اشتیاق برای استفاده از فنون فراگرفته در زندگی و کاهش عواطف منفی از جمله پریشانی و بی‌قراری می‌شود. به‌همین ترتیب، نتایج نشان‌دهنده اثربخشی فنون مورد استفاده در کاهش عاطفه منفی و افزایش عاطفه مثبت است. از سوی دیگر، فنون تنظیم هیجان کمک می‌کند که برانگیختگی هیجانی تعدیل و کنترل شود و فرد قادر به عملکرد سازگارانه در موقعیت‌هایی باشد که برانگیزاننده هیجان هستند (۲۴). زمانی

و امید و احترام به خود می‌شود. به‌دنبال انگ، افراد شایستگی‌های خود را رعایت نمی‌کنند و توانایی پیگیری اهداف زندگی خود را از دست می‌دهند (۵۱).

مطابق با مدل شناختی - اجتماعی، وقتی افرادی که کلیشه‌هایی مانند «افراد مبتلا به بیماری روانی از نظر اجتماعی ناشایست هستند» را باور دارند به بیماری روانی مبتلا شوند، این باور در آن‌ها شکل می‌گیرد که «من فردی ضعیف و شکست‌خورده هستم» (۵۲). درمان شناختی - رفتاری از طریق اصلاح شناختی، به بیماران کمک می‌کند تا موقعیت خود را به طور عینی ببینند و افکار مغرضانه را کاهش دهند و بیماران را به سمت تفکر متنوع‌تر و انعطاف‌پذیرتر هدایت می‌کند. در نتیجه، باورهای منفی در مورد خود، جهان و آینده‌شان اصلاح می‌شود (۲۴).

در تبیین اثربخشی درمان شناختی - رفتاری بر علائم شیدایی می‌توان گفت که علائم و نشانه‌های شیدایی به چهار دسته علائم خلقی، جسمی، شناختی و علائم روان‌پریشی طبقه‌بندی می‌شوند (۵۳). تفکر مختل یا ناکارآمد که روی خلق و رفتار بیمار اثر می‌گذارد در اختلال دوقطبی شایع است. ارزیابی واقع‌گرایانه و اصلاح تفکر، موجب بهبود خلق و رفتار می‌شود و تداوم بهبودی از اصلاح باورهای ناکارآمد زمینه‌ای بیمار حاصل خواهد شد (۲۴). شاید یکی از بارزترین جنبه‌های درمان شناختی - رفتاری، توانایی آن در کاهش علائم خرده‌نشانه‌ها باشد. این درمان به دلیل آشناکردن بیمار با ماهیت بیماری و آموزش روش‌های غیردارویی برای کنترل علائم، کمک‌کننده است و می‌تواند افکار و رفتارهای ناکارآمد و در نتیجه علائم روانشناختی و عملکرد روانی - اجتماعی آن‌ها را به صورت مثبت تحت تأثیر قرار دهد (۵۴).

نتایج جدول ۳ نشان داد که نمرات پس‌آزمون و پیگیری عاطفه منفی در گروه درمان شناختی - رفتاری نسبت به نمرات پیش‌آزمون، در مقایسه با گروه کنترل، به صورت معنادار کاهش یافته است و نمرات عاطفه مثبت اندکی افزایش یافته است ولی این افزایش معنادار نیست. به عبارت دیگر، مداخلات انجام‌گرفته روی گروه آزمایش مؤثر بوده و توانسته عاطفه منفی را در گروه هدف کاهش دهد. این بهبود در دوره پیگیری یک ماهه نیز حفظ شد. نتایج این

PNAS. 2022; 119(28): e2202983119.

6. Llamocca EN. Fristad MA. Bridge JA. Brock G. Steelesmith DL. Axelson DA., et. all. Correlates of deliberate self-harm among youth with bipolar disorder. *J Affect Disord*. 2022; 302:376-384.

7. Ganiger FB. Safeekh AT. Bijjal S. Sharma M. Risk factors for deliberate selfharm in bipolar affective disorder patients presenting to tertiary care center- a crosssectional study. *NJNS*. 2022; 19(1):38-44.

8. Nock MK. Why do people hurt themselves? New insights into the nature and functions of self-injury. *Curr Dir Psychol Sci*. 2009; 18(2):78-83.

9. Goodwin FK. Jamison KR. Manic-depressive illness: bipolar disorders and recurrent depression. 2nd ed. Oxford: Oxford University Press; 2007.

10. Nordentoft M. Mortensen P. Pedersen C. Absolute risk of suicide after first hospital contact in mental disorder. *JAMA Psychiatry*. 2011; 68(10):1058-1064.

11. Clements C. Morriss R. Jones S. Peters S. Roberts C. Kapur N. Suicide in bipolar disorder in a national English sample, 1996-2009: frequency, trends, and characteristics. *Psychol Med*. 2013; 43(12):2593-2602.

12. Filippis R. Menculini G. D'Angelo M. Carbone EA. Tortorella A. De Fazio P., et. all. Internalized-stigma and dissociative experiences in bipolar disorder. *Front Psychiatry*. 2022; 13: 953621.

13. King M. Dinos S. Shaw J. Watson R. Stevens S. Passetti F., et. all. The stigma scale: development of a standardised measure of the stigma of mental illness. *BJPsych*. 2007; 190: 248-254.

14. Hawke LD. Parikh SV. Michalak EE. Stigma and bipolar disorder: a review of the literature. *J Affect Disord*. 2013; 150(2):181-191.

15. Sadighi G. Khodaei MR. Fadaie F. Mirabzadeh A. Sadighi A. Self-stigma among people with Bipolar-I disorder in Iran. *Iran Rehabil J*. 2015; 13(1):32-38.

16. Vassilev BA. Overcoming self-stigma in bipolar disorder: an intervention [Dissertation]. USA: University of California; 2022.

17. Leibenluft E. Charney DS. Towbin KE. Bhangoo RK. Pine DS. Defining clinical phenotypes of juvenile mania. *Am J Psychiatry*. 2003; 160(3):430-437.

18. Dodd A. Lockwood E. Mansell W. Palmier-Claus J. Emotion regulation strategies in bipolar disorder: A systematic and critical review. *J Affect Disord*. 2019; 246:262-284.

19. Gruber J. Johnson SL. Oveis C. Keltner D. Risk for mania and positive emotional responding: Too much of a good thing? *Emotion*. 2008; 8(1), 23-33.

20. Johnson SL. Gruber J. Eisner L. Emotion in bipolar disorder. In: Rottenberg J. Johnson SL editor. *Emotion and psychopathology: bridging affective and clinical science*. Washington, DC: American Psychological Association; 2007. p. 123-

که هیجانات منفی اتفاق می‌افتد، تنظیم هیجان توانایی کنترل رفتارهای تکانشی و رفتار بر اساس اهداف مورد نظر را ممکن می‌سازد و توانایی فرد را در تعدیل پاسخ‌های هیجانی بر اساس اهداف فردی و تقاضاهای موقعیتی افزایش می‌دهد(۵۹).

به‌طور کلی، می‌توان گفت برنامه درمان شناختی - رفتاری اتو و همکاران بر خودجرحی بدون خودکشی، انگ درونی‌شده، عاطفه منفی و علائم شیدایی در بیماران مبتلا به اختلالات دوقطبی مؤثر بوده است و برنامه‌ریزی و آموزش مبتنی بر این درمان به عنوان یک درمان روانشناختی مکمل با دارودرمانی سبب توانمندسازی بیماران مبتلا به اختلالات دوقطبی می‌گردد.

انجام این پژوهش با محدودیت‌هایی روبه‌رو بود که از آن جمله می‌توان به این موارد اشاره نمود: عدم انتخاب تصادفی بیماران مبتلا به اختلالات دوقطبی و محدودیت زمانی در این پژوهش که مانع از اجرای درمان در جلسات بیشتر شد. از این‌رو استفاده از نمونه‌گیری غیرتصادفی و همچنین اجرای درمان در جلسات بیشتر و بررسی نتایج در پیگیری‌های بلندمدت در پژوهش‌های بعدی پیشنهاد می‌گردد. با توجه به نتایج به‌دست‌آمده پیشنهاد می‌شود روانشناسان برای بهبود متغیرهای خودجرحی بدون خودکشی، انگ‌درونی‌شده، عاطفه منفی و علائم شیدایی از برنامه درمان شناختی - رفتاری اتو و همکاران استفاده نمایند.

تشکر و قدردانی: بر خود لازم می‌دانم مراتب قدردانی ویژه خود را نسبت به استاد فرزانه و گرانقدر جناب آقای دکتر محسن معروفی به پاس رهنمودها، مساعدت‌ها و همراهی ایشان اعلام دارم.

منابع

1. Novick DM. Swartz HA. Psychosocial interventions for bipolar II disorder. *Am J Psychother*. 2019; 72(2):47-57.
2. Barlow DH. Durand VM. *Abnormal psychology: an integrative approach*. 7th ed. Boston: Cengage Learning; 2014.
3. Miklowitz DJ. *The bipolar disorder survival guide*. 3rd ed. New York: The Guilford Press; 2019.
4. Hett D. Etain B. Marwaha S. Childhood trauma in bipolar disorder: new targets for future interventions. *BJPsych Open*. 2022; 8(4): e130.
5. Pulcu E. Saunders KEA. Harmer CJ. Harrison PJ. Goodwin GM. Geddes., et. all. Using a generative model of affect to characterize affective variability and its response to treatment in bipolar disorder.

- 6(2):35-44. [Persian]
33. Wilkinson PO. Qiu T. Neufeld S. Jones PB. Goodyer IM. Sporadic and recurrent nonsuicidal self-injury before age 14 and incident onset of psychiatric disorders by 17 years: prospective cohort study. *BJPsych*. 2018; 212(4):222-226.
34. Sohrabi F. Saed G, Abdollahi N. Ramezani G. The Relationship with Suicidal thought and stigma and self-esteem in psychiatric patients. *IJPN*. 2019; 7(3):48-54. [Persian]
35. Watson D. Clark LA. Tellegen A. Development and validation of a brief measure of positive and negative affect: The PANAS scales. *J Pers Soc Psychol*. 1988; 54(6):1063-1070.
36. Bakhshipour A. Dezhkam M. Confirmatory factor analysis of positive and negative affect scale. *J Psychol*. 2006; 9(4):351-365. [Persian]
37. Hakkak M. Mousavi Nejad H. Explaining the role of organizational silence and happiness at work in reducing employee job burnout. *J Organ Behav*. 2016; 1(12):97-121. [Persian]
38. Young RC. Biggs JT. Ziegler VE. Meyer DA. A rating scale for mania: reliability, validity and sensitivity. *BJPsych*. 1978; 133:429-435.
39. Baratian H. Berekatain M. Molavi H. Mosavi N. A six months follow up of symptom severity and quality of life in bipolar I patients after discharge. *J Res Behav Sci*. 2013; 11(1):10-17. [Persian]
40. Otto MW. Reilly-Harrington N. Knauz RO. Henin A. Kogan JN. Sachs GS. Living with bipolar disorder: a guide for individuals and families. Oxford: Oxford University Press; 2011.
41. Abbaspour Gharekand Z. Compilation and evaluation of the effectiveness of Internet-based psychological education program on the internalized stigma of the mentally ill and the attitude towards medication in people with bipolar disorder [Dissertation]. Tehran: Alzahra University; 2020.
42. Ghaderi D. Maroufi M. Ebrahimi A. Effect of cognitive behavioral therapy on reducing symptoms and modifying dysfunctional attitudes in patients with type I and II bipolar disorder. *J Isfahan Med Sch*. 2016; 33(358):1936-42
43. Keshavarzpir Z. Seyedfatemi N. Mardani-Hamooleh M. Esmaeeli N. Boyd JE. The effect of psychoeducation on internalized stigma of the hospitalized patients with bipolar disorder: A quasi-experimental study. *Issues Ment Health Nurs*. 2020; 42(1):79-86.
44. Soo SA. Zhang ZW. Khong SJ. Low JEW. Thambyrajah V. Alhabsyi SH., et. all. Randomized controlled trials of psychoeducation modalities in the management of bipolar disorder: a systematic review. *J Clin Psychiatry*. 2018; 79(3): 17r11750.
45. Inder ML. Crowe MT. Luty SE. Carter JD. Moor S. Frampton CM., et. all. Prospective rates of suicide attempts and nonsuicidal self-injury by young people with bipolar disorder participating in a psychotherapy study. *Aust N Z J Psychiatry*. 2016; 150.
21. Gruber J. Can feeling too good be bad? Positive emotion persistence (PEP) in bipolar disorder. *Curr Dir Psychol Sci*. 2011; 20(4):217-221.
22. Kishi T. Ikuta T. Matsuda Y. Sakuma K. Okuya M. Nomura I., et. all. Pharmacological treatment for bipolar mania: A systematic review and network meta-analysis of double-blind randomized controlled trials. *Mol Psychiatry*. 2022; 27(2), 1136-1144.
23. Aghaei E. Abedi A. Jamali S. meta-analysis of the effectiveness of cognitive-behavioral interventions on the level of depression symptoms. *Clinical Psy & Personality*. 2012; 19(6):69-80. [Persian]
24. Beck JS. Beck AT. Cognitive behavior therapy: basics and beyond. 2nd ed. New York: The Guilford Press; 2011.
25. Molavi P. Salvat H. Salmani Aghdam N. Nader Mohammadi M. The efficacy of cognitive-behavioral therapy (CBT + TAU) on reducing Type-I bipolar disorder symptoms. *Shenakht Journal of Psychology and Psychiatry*. 2020; 7(2):92-103. [Persian]
26. Chiang KJ. Tsai JC. Liu D. Lin CH. Chiu HL. Chou KR. Efficacy of cognitive-behavioral therapy in patients with bipolar disorder: a meta-analysis of randomized controlled trials. *PLoS One*. 2017; 12: e0176849.
27. Goudarzi M. Ghasemi N. Mirderikvand F. Gholamrezaei S. The Effectiveness of cognitive therapy based on mindfulness on positive affect, psychological flexibility and mind-awareness components of people with depression symptoms. *Shenakht Journal of Psychology and Psychiatry*. 2018; 5(5):53-68. [Persian]
28. Arki M. Abasi Esfajir A. Naderi H. Determination the efficacy of cognitive- behavior therapy group with role- playing in patients with bipolar disorder. *J North Khorasan Univ Med Sci*. 2013; 5(3):527-548. [Persian]
29. Shimotsu S. Horikawa N. Emura R. Ishikawa SI. Nagao A. Ogata A. Hiejima S., et. all. Effectiveness of group cognitive-behavioral therapy in reducing selfstigma in Japanese psychiatric patients. *Asian J Psychiatr*. 2014; 10:39-44.
30. Goldstein TR. Axelson DA. Birmaher B. Brent DA. Dialectical behavior therapy for adolescents with bipolar disorder: A 1-years open trial. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 2007; 46(7):820-830.
31. Sansone RA. Wiederman MW. Sansone LA. The self-harm inventory (SHI): development of a scale for identifying self-destructive behaviors and borderline personality disorder. *J Clin Psychol*. 1998; 54(7):973-983.
32. Tahbaz Hoseinzadeh S. Ghorbani N. Nabavi M. Comparison of self-destructive tendencies and integrative self-knowledge among multiple sclerosis and healthy people. *Contemp Psychol*. 2011;

- 50(2):167-173.
46. Cuhadar D. Cam MO. Effectiveness of psychoeducation in reducing internalized stigmatization in patients with bipolar disorder. *Arch Psychiatr Nurs*. 2014; 28(1):62-66.
47. Rashedi E. Sohrabi F. Shams J. The effectiveness of cognitive behavioral therapy in preventing relapse of bipolar disorder. *Clinical Psy & Personality*. 2011; 3(5):49-64. [Persian]
48. Richardson T. White L. The impact of a CBT-based bipolar disorder psychoeducation group on views about diagnosis, perceived recovery, self-esteem and stigma. *Cogn Behav Ther*. 2019; 12:1-9.
49. Suymoto KL. The functions of self-mutilation. *Clin Psychol Rev*. 1998; 18(5):531-554.
50. Lloyd-Richardson EE. Perrine N. Dierker L. Kelley ML. Characteristics and functions of nonsuicidal self-injury in a community sample of adolescents. *Psychol Med*. 2007; 37(8):1183-1192.
51. Oexle N. Waldmann T. Staiger T. Xu Z. Rusch N. Mental illness stigma and suicidality: The role of public and individual stigma. *Epidemiol Psychiatr Sci*. 2018; 27(2):169-178.
52. Rüsch N. Angermeyer MC. Corrigan PW. Mental illness stigma: concepts, consequences, and initiatives to reduce stigma. *Eur Psychiatry*. 2005; 20(8):529-539.
53. Jones S. Psychotherapy of bipolar disorder: a review. *J Affect Disord*. 2004; 80(2-3):101-114.
54. Henken HT. Kupka RW. Draisma S. Lobbetae J. van den Berg K. Demacker SMA., et. all. A cognitive behavioural group therapy for bipolar disorder using daily mood monitoring. *Behav Cogn Psychother*. 2020; 48(5):515-529.
55. Tari-Barazin N. Babapour kheyradin J. Aghdasi A. Comparison of the effectiveness of social skills training and training of cognitive emotion regulation strategies on social adjustment and positive and negative emotions in patients with type I bipolar disorder. *J Fam Ther*. 2022; 2(4):137-157. [Persian]
56. Celano CM. Gomez-Bernal F. Mastromauro CA. Beale EE. DuBois CM. Auerbach RP., et. all. A positive psychology intervention for patients with bipolar depression: a randomized pilot trial. *J Ment Health*. 2020; 29(1):60-68.
57. Guillén V. García-Palacios A. Baños R. Standard dialectical behavioral therapy for bipolar I disorder: A case study with two- year follow-up. *Rev Argentina de Clin Psicol*. 2018; 27(1):24-35.
58. Deckersbach T. Hölzel BK. Eisner LR. Stange JP. Peckham AD. Dougherty DD., et. all. Mindfulness-based cognitive therapy for nonremitted patients with bipolar disorder. *CNS Neurosci Ther*. 2012; 18(2):133-141.
59. Watson AC. Corrigan P. Larson JE. Sells M. Self-stigma in people with mental illness. *Schizophr Bull*. 2007; 33(6):1312-1318.