

Comparison of the efficacy of cognitive-behavioral therapy and acceptance and commitment based therapy on aggression and mania symptoms in bipolar disorder patients**Farzane Mohammadi. Ph.D. Student**

PhD Candidate, Department of Psychology, Marvdasht Branch, Islamic Azad University, Marvdasht, Iran.

Hossein Baghooli. Ph.D.

Assistant professor, Department of Psychology, Marvdasht Branch, Islamic Azad University, Marvdasht, Iran.

Amir Hooshang Mehryar. Ph.D.

Professor, Department of Psychology, Marvdasht Branch, Islamic Azad University, Marvdasht, Iran.

Siamak Samani. Ph.D.

Department of Psychology, Marvdasht Branch, Islamic Azad University, Marvdasht, Iran.

Abstract

The purpose of this study was to compare the efficacy of cognitive-behavioral therapy and admission-and-acceptance therapy treatment on aggression and mania of bipolar disorder patients. In this quasi-experimental study, using convenience sampling method, pre-test and post-test with control group, 36 patients referred to psychiatric hospitals, who according to DSM5 criteria, diagnose bipolar disorder. They were randomly divided into three groups of 12 each. The first group received 10 sessions of CBT, the second group received 12 sessions of ACT and the control group received no intervention. Data were collected through Buss and Perry's (1992) and Mania Young's (1987) Aggression Questionnaires. Covariance analysis was used for data analysis. The results showed that CBT and ACT treatment in the experimental groups decreased the components of physical aggression and anger, but there was no significant difference between the verbal aggression and hostility components. There was a significant difference between the experimental and control groups ($P < 0.05$), except for the anger component, there was no difference between of the two treatments.

Keywords: Acceptance and Commitment-Based Therapy, Cognitive-Behavioral Therapy, Bipolar Disorder, Aggression, Mania

مقایسه اثربخشی درمان شناختی- رفتاری و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر علائم پرخاشگری و مانیا در بیماران اختلال دوقطبی**فرزانه محمدی**

دانشجوی دکتری روان‌شناسی، گروه روان‌شناسی، واحد مرودشت، دانشگاه آزاد اسلامی، مرودشت، ایران.

حسین بقولی*

استادیار گروه روان‌شناسی، واحد مرودشت، دانشگاه آزاد اسلامی، مرودشت، ایران.

امیر هوشنگ مهریار

استاد گروه روان‌شناسی، واحد مرودشت، دانشگاه آزاد اسلامی، مرودشت، ایران.

سیامک سامانی

دانشیار گروه روان‌شناسی، واحد شیراز، دانشگاه آزاد اسلامی، مرودشت، ایران.

چکیده

این پژوهش با هدف مقایسه اثربخشی درمان CBT و درمان ACT بر علائم پرخاشگری و مانیا در بیماران اختلال دو انجام پذیرفت. در این پژوهش شبه آزمایشی، از بین مراجعه کنندگان به بیمارستان‌های اعصاب و روان شیراز که بر اساس ملاک‌های DSM5، تشخیص اختلال دوقطبی دریافت می‌کردند، ۳۶ نفر به‌طور تصادفی انتخاب و به سه گروه ۱۲ نفری تقسیم شدند. گروه اول تحت ۱۰ جلسه درمان CBT، گروه دوم تحت ۱۲ جلسه درمان ACT و گروه کنترل هیچ مداخله‌ای دریافت نکردند. پژوهش با استفاده از روش نمونه‌گیری در دسترس به‌صورت پیش‌آزمون- پس‌آزمون با گروه کنترل انجام گرفت و داده‌ها از طریق پرسشنامه‌های پرخاشگری (Buss & Perry, 1992) و مانیا (Young, 1987) جمع‌آوری گردید. برای تحلیل داده‌ها از تحلیل کوواریانس استفاده شد. یافته‌ها نشان دادند درمان CBT و درمان ACT در گروه‌های آزمایش باعث کاهش در مؤلفه‌های پرخاشگری بدنی و خشم شده، اما در مؤلفه‌های پرخاشگری کلامی و خصومت بین گروه‌ها تفاوت معنی‌دار مشاهده نشد. در متغیر شیدایی، بین گروه‌های آزمایش و کنترل تفاوت معنی‌داری وجود دارد ($P < 0.05$). به‌جز در مؤلفه خشم، بین اثرگذاری دو درمان، تفاوتی وجود نداشت.

واژه‌های کلیدی: درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، درمان شناختی- رفتاری، اختلال دوقطبی، پرخاشگری، مانیا

مقدمه

که دوره‌های متعدد هیپومانیک و افسردگی در آن دیده می‌شود (Sadock & Sadock's, 2015).

ویژگی‌های دوره مانیا برحسب یک دوره زمانی یک‌هفته‌ای مشخص می‌شود که در آن خلق به‌طور غیره طبیعی و مستمر بالا، مهارگسسته یا تحریک‌پذیر است. کاهش نیاز به خواب، فشار تکلم، پرش افکار، حواس‌پرتی، افزایش عزت‌نفس یا بزرگ‌منشی، افزایش درگیری در فعالیت هدفمند با بی‌قراری روانی حرکتی و درگیری افراطی در فعالیت‌های متعددی باشد. این علائم به قدری شدید هستند که در کارکرد اجتماعی و شغلی اشکال ایجاد می‌کنند و ممکن است منجر به بستری شوند (Instructions for the fifth edition of the DSM, 2013) افراد در طول دوره مانیک اغلب درک نمی‌کنند که بیمار هستند یا به درمان نیاز دارند و قاطعانه در برابر اقدامات برای درمان شدن مقاومت می‌کنند (Sadock & Sadock's, 2015).

اختلال دوقطبی، تقریباً همیشه باعث مختل شدن یا پایین آمدن کیفیت عملکرد اجتماعی، میان‌فردی، شغلی یا تحصیلی می‌شوند. نرخ خودکشی، مصرف مواد، بیماری، رفتارهای مجرمانه و طلاق، در افرادی که از ابتلا به اختلال دوقطبی رنج می‌برند، بالاست (Kaplan & Sadok, 2015).

تخریب عملکردی حاصل از بیماری طی فازهای مانیا و افسردگی در مطالعات مختلف به اثبات رسیده است (Sole & et al, 2012). در اختلال دوقطبی، پرخاشگری و تکانشگری جنبه‌های مهمی از این اختلال محسوب می‌شوند، زیرا این عوامل می‌توانند منجر به آسیب به دیگران یا به خود و یا حتی خودکشی در فرد بیمار گردند. پرخاشگری در معنای عام آن رفتار یا تمایل فردی و خصومت‌آمیز، به‌منظور آسیب رساندن به دیگران است که این رفتار ممکن است در جهت اقدامی تلافی‌جویانه و یا بدون هیچ تحریکی رخ دهد. یافته‌های پژوهشی نشان می‌دهد که بیماران دوقطبی در فاز افسردگی، پرخاشگری فیزیکی بیشتری را نشان می‌دهد (Syria, 2011). برای کاهش پرخاشگری در اختلال دوقطبی عوامل مرتبط با آن و نحوه مداخله در آن عوامل حائز اهمیت است.

درمان بیماران مبتلابه اختلال خلقی باید چند هدف مختلف را دنبال کند. اولاً، ایمنی بیمار باید تضمین شود.

اختلالات خلقی که گاهی اختلالات عاطفی نامیده می‌شوند، یک طبقه مهم از بیماران روانی را تشکیل می‌دهند (Kaplan & Sadok, 2015) اختلال دوقطبی دارای ماهیتی دوره‌ای و عودکننده است. بیماران دوقطبی می‌توانند دوره‌های طولانی ثبات عاطفی را تجربه کنند. با این حال، بیماران مبتلا به دوقطبی نوع یک و دو به نظر می‌رسد در حدود ۵۰ درصد از زندگی خود، عمدتاً با نقص شناختی، علائم افسردگی و اختلالات عملکردی مرتبط باشند (Bourne & et al, 2013).

این اختلال در جامعه شایع است، به‌گونه‌ای که شیوع آن در پنجمین راهنمای تشخیصی آماری اختلالات روانی برای یک دوره ۱۱ ماهه ۰/۶ درصد و نسبت مردان به زنان ۱/۱ به ۱ گزارش شده است. احتمال بروز خودکشی در بیماران مبتلا به این اختلال بالا و در حدود ۱۵ درصد است (Van Dijk & et al, 2013).

همچنین مطالعات مختلف بیانگر هزینه اجتماعی بالینی است که بر اثر این بیماری بر مراقبان بیمار و نیز خود بیمار به‌صورت کاهش قدرت کارایی و مولد بودن تحمیل می‌شود (Dadashzadeh & et al, 2013). این بیماری، توسط سازمان بهداشت جهانی در مردان به‌عنوان هفتمین علت و در زنان به‌عنوان هفدهمین علت سال‌های ازدست‌رفته زندگی به دلیل ناتوانی معرفی شده است (Goodwin & et al, 2016) به‌علاوه در انگلستان سلامتی بیش از یک‌میلیون نفر را تحت تأثیر قرار می‌دهد (Jones, 2010) و هزینه این بیماری سالانه در انگلستان ۵/۲ بیلیون است که برآورد می‌شود تا سال ۲۰۲۶ به ۸/۲ بیلیون برسد.

DSM-5 سه نوع اختلال دوقطبی اصلی معرفی می‌کند. اختلال دوقطبی ۱ و اختلال دوقطبی ۲ و اختلالی به نام سیکلوتیمیک، به‌عنوان ورژنی طولانی‌تر از اختلال دوقطبی نوع ۲ است (Ganji, 2015) برای تشخیص اختلال دوقطبی نوع یک باید ملاک‌های یک دوره مانیک برآورده شود و ممکن است دوره افسردگی اساسی تجربه شود یا نشود، اختلال دوقطبی نوع ۲ مستلزم تجربه حداقل یک دوره افسردگی اساسی و حداقل یک دوره هیپومانیک است و اختلال خلق ادواری یک بیماری نوسان‌کننده و مزمن است

آزمایش‌های تصادفی کنترل‌شده منتشرشده در ۱۰ سال گذشته، مزایای بالقوه CBT را به‌عنوان یک افزودنی به تثبیت‌کننده‌های خلق برای جلوگیری از عود، کاهش علائم افشا کرده است. در مورد اثربخشی درمان شناختی- رفتاری بر علائم اختلال دوقطبی، نتایج پژوهش‌ها نشان می‌دهد که این درمان در کنترل علائم اختلال دوقطبی در پژوهش‌های (Ghadery & et al, 2015)، (Arky & et al, 2013)، تأثیر دارد. در حال حاضر، برخی از متاآنالیزها اثربخشی CBT را بر اختلال دوقطبی (Szentagotai & David, 2010) ارزیابی کرده‌اند. این مطالعات نشان داده‌اند که CBT تأثیر کمی بر علائم بالینی دارد، اما شواهد با توجه به اطلاعات محدود، بی‌نظیر و غیرقابل انکار هستند.

در یک متاآنالیز ye و همکاران، کارایی کوتاه‌مدت CBT را در کاهش میزان عود بیماری اختلال دوقطبی توصیف کردند (Ye & el at, 2016). درمان‌های شناختی- رفتاری تا حدودی در کاهش علائم اثربخش‌اند، اما به دو دلیل با مشکل مواجه‌اند: دلیل اول اضطراب ناشی از مواجهه و جلوگیری از پاسخ است که باعث رد درمان و مقاومت بیمار به درمان می‌شود و دلیل دوم آن است که چون این درمان‌ها کیفیت زندگی و همبودی‌ها را هدف قرار نمی‌دهند، نشانه‌ها باقی می‌مانند و منجر به عود علائم می‌شوند.

اخیراً برای این رویکرد که ایجاد پیشرفت بالینی مستلزم تغییر مستقیم محتوای افکار، احساسات یا علائم بدنی است، نظریه‌های جایگزینی پدیدار شده‌اند. این نظریه‌ها که موج سوم رفتاردرمانی نامیده می‌شوند، به‌جای تغییر شکل، فراوانی یا حساسیت موقعیتی شناختارها و هیجانات، کارکرد آنها را هدف قرار می‌دهند (Patelis, 2010).

درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد که به اختصار، اکت خوانده می‌شود. یک رفتاردرمانی موج سوم است که توسط استیون هیز و همکارانش از ابتدای دهه ۱۹۸۰ معرفی شده است؛ اما ACT در اصل یک رفتاردرمانی است، موضوع آن عمل است، اما نه هر عملی، بلکه عملی که اول ارزش محور باشد. این رویکرد درمانی به مراجع کمک می‌کند آنچه واقعاً برایش مهم است را بشناسد و سپس از او می‌خواهد از این ارزش‌ها برای هدایت تغییرات رفتاری در زندگی استفاده کند.

ثانیاً، یک برنامه درمانی باید اجرا شود که هم به سمپتوم‌های کنونی و هم به آسایش و سلامت بیمار در آینده بپردازد. در حال حاضر، درمان‌های موجود بر دارودرمانی و روان‌درمانی تأکید دارند. با این حال، رویدادهای استرس‌زای زندگی ممکن است در عود بیماری نقش داشته باشند؛ بنابراین، برنامه درمانی باید به تعداد و شدت عوامل استرس‌زا در زندگی بیمار نیز رسیدگی کند (Kaplan & Sadok, 2015).

با توجه به پایه بیولوژیک و ارثی اختلال دوقطبی درمان دارویی اولین خط درمان است. گرچه استفاده از تثبیت‌کننده‌های خلقی، مانند لیتیوم و کاربامازپین، در فرونشاندن این مراحل حاد و تثبیت خلق بیمار مؤثرند، اما بسیاری از این بیماران به‌صورت غیره منتظره بازگشت حالت بیماری را تجربه می‌کنند (Nakigudde & et al, 2013).

این امر بررسی عوامل دیگر را در مسئله عود غیره منتظره حالت افسردگی یا شیدایی این بیماران ضروری ساخته است (Hashimoto, 2010). از جهتی دیگر، خفیف بودن میزان مختل شدگی عملکرد شناختی نشان‌دهنده پاسخ خوب به روان‌درمانی شناختی رفتاری است. در میان درمان‌های جانبی روان‌شناختی، درمان شناختی- رفتاری (CBT) گزینه امیدوارکننده برای بیمارانی که سابقه بیماری‌های روان‌پزشکی از جمله اختلال‌های شخصیت و سوء‌مصرف مواد دارند، است (Thase & et al, 2014) که برای جلوگیری از عود و کاهش طول مدت اختلالات روانی کاربرد دارد و بیشترین شواهد تجربی را در حوزه درمان اختلالات خلقی به خود اختصاص داده است و اخیراً به همراه دارودرمانی برای بیماران دچار اختلال دوقطبی به کار گرفته شده است. درمان شناختی- رفتاری یک درمان روان‌شناختی است که به کنش متقابل میان اینکه ما چگونه فکر، احساس و رفتار می‌کنیم، می‌پردازد و بر مشکلات حال حاضر تمرکز دارد و از یک سبک سازمان‌یافته در مداخلات درمانی پیروی می‌کند (Hawton & et al, 2014). فرض بنیادین رویکرد شناختی- رفتاری این است که شناخت بر احساس و رفتار تأثیرگذار است و بیش از خود رویدادها، افراد به بازنمایی شناختی خود از رویدادها پاسخ می‌دهند (Wright & et al, 2017).

۲. آیا بین اثربخشی درمان شناختی- رفتاری و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر علائم مانیا در بیماران اختلال دوقطبی در سه گروه درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، درمان شناختی- رفتاری و لیست انتظار تفاوت وجود دارد؟

روش

روش پژوهش، جامعه آماری و نمونه: این پژوهش شبه آزمایشی، به صورت پیش‌آزمون- پس‌آزمون و پیگیری با گروه کنترل و با استفاده از روش نمونه‌گیری در دسترس انجام گرفت که از بین مراجعه‌کنندگان به بیمارستان‌های اعصاب و روان در سطح شهر شیراز که بر اساس ملاک‌های تشخیصی راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی، تشخیص اختلال دوقطبی دریافت کردند و سابقه مصرف حداقل دو داروی بازدارنده جذب مجدد سروتونین و تثبیت‌کننده خلق با حداکثر دوز پیشنهادی، در هفته را داشتند. آنها بر اساس ملاک‌های ورود به پژوهش: سن ۱۸ تا ۶۰، تشخیص اختلال دوقطبی بر اساس DSM5، دارا بودن تاریخیچه ۲ یا بیشتر از دوره‌های بیماری همراه با ملاک‌های شیدایی، هیپومانیا و افسردگی اساسی، عدم وجود سابقه بستری شدن در بیمارستان طی ۲ ماه گذشته به دلیل مسئله روانی (در مرحله حاد)، داشتن تحصیلات در سطح حداقل راهنمایی و موافقت بیمار برای شرکت در پژوهش بر اساس امضای رضایت‌نامه کتبی و ملاک‌های خروج از پژوهش: اختلال دوقطبی تند چرخ (بیشتر از چهار دوره افسردگی و شیدایی با طول کمتر از یک ماه که در طول یک سال گذشته رخ داده باشد)، اختلال دوقطبی ثانویه به علت‌های ارگانیک و بیمارانی که سابقه بیماری‌های روان‌پزشکی از جمله اختلال‌های شخصیت و سوءمصرف مواد داشتند، انتخاب شدند.

روش اجرا و تحلیل داده‌ها

متخبان به‌طور تصادفی به سه گروه ۱۲ نفری (دو گروه آزمایش و یک گروه کنترل) تقسیم شدند. گروه اول تحت ۱۲ جلسه درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد ۹۰ دقیقه‌ای مطابق با دستورالعمل اجرایی راهبر افسردگی "راب زاتل" (Rob

دوم اینکه ذهن‌آگاهانه باشد، عملی که با هوشیاری و حضوری کامل انجام می‌شود، گشوده بودن نسبت به تجربه و مشارکت کامل در آنچه انجام می‌شود. ACT نامش را از پیام اصلی اش می‌گیرد؛ آنچه خارج از کنترل شخصی‌ات است را بپذیر و به عملی که زندگی‌ات را غنی می‌سازد، متعهد باش. هدف این رویکرد کمک به مراجع برای ایجاد یک زندگی غنی، کامل و معنادار است. در عین پذیرش رنجی که زندگی به‌ناچار با خود دارد (Izadi & et, al, 2014).

هدف اصلی درمان پذیرش و تعهد ایجاد انعطاف‌پذیری روان‌شناختی است، یعنی ایجاد توانایی انتخاب عملی در بین گزینه‌های مختلف که متناسب‌تر باشد نه اینکه عملی صرفاً برای اجتناب از افکار، احساسات، خاطره‌ها یا تمایلات آشفته‌ساز انجام یا به فرد تحمیل شود (Hayes & et, al, 2011). درمان پذیرش و تعهد به افراد کمک می‌کند تا افکار و هیجانات مسئله‌ساز را به‌گونه‌ای متفاوت تجربه کنند، نه اینکه برای تغییر یا کاهش فراوانی‌شان، تلاشی نظام‌مند صورت دهند (Doosty & et, al, 2016). در مورد اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر علائم اختلال دوقطبی، تاکنون مطالعات داخلی و خارجی محدودی انجام شده است که یافته‌های برخی از پژوهش‌ها، مثل پژوهش (Khodabandeh Samani, 2015) و (Doosty & et al, 2016) نشان‌دهنده تأثیرپذیری این درمان بر علائم اختلال دوقطبی است.

با توجه به اهمیت موارد ذکر شده و از آنجاکه در مورد اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر اختلال دوقطبی، پژوهش‌های محدودی انجام شده است، این پژوهش با هدف مقایسه اثربخشی گروه درمانی شناختی- رفتاری و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر اختلال دوقطبی انجام گرفت.

فرضیه‌های پژوهش

۱. آیا بین اثربخشی درمان شناختی- رفتاری و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر علائم پرخاشگری در بیماران اختلال دوقطبی در سه گروه درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، درمان شناختی- رفتاری و لیست انتظار تفاوت وجود دارد؟

Zatet) که توسط پژوهشگر انجام شد (جدول ۱) و گروه دوم تحت ۱۰ جلسه درمان شناختی- رفتاری ۶۰ دقیقه‌ای مطابق با دستورالعمل اجرایی رویکرد درمانی باسکو و راش (Basco and Rush) که توسط همکار پژوهشگر انجام شد (جدول ۲)، قرار گرفتند. در این مدت هیچ‌گونه مداخله‌ای روی گروه کنترل انجام نشد. بعد از اتمام جلسات آموزشی، پس‌آزمون بر روی هر سه گروه اجرا شد. برای تجزیه و تحلیل داده‌های به دست آمده از تحلیل کوواریانس آنکوادر مانیا و تحلیل کوواریانس مانکوا در پرخاشگری و نرم افزار SPSS22 استفاده شد.

جدول ۱. جلسات محتوی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد مطابق با دستورالعمل اجرایی راهبر افسردگی "راب زتل"

جلسه ۱	هدف از این جلسه معرفی درماندگی خلاق است.
جلسه ۲	کسب اهداف اساسی درمان‌جو و آشنایی با تلاش‌های گذشته درمان‌جو برای به انجام رساندن به هدف ثبت تجربه کنترل به‌عنوان مشکل / کنترل رویدادهای درونی - منطق فعال‌سازی رفتاری - تنظیم اولیه هدف رفتاری
جلسه ۳	عملکردی از اهداف رفتاری اولیه و شناخته شده- یادداشت روزانه تمایل / پذیرش ادامه استخراج تجربه درمان‌جو برای تقویت شناخت "کنترل یک مشکل" و معرفی تمایل به‌عنوان جایگزین درجه موفقیت ظاهری در کنترل عمدی احساسات- برنامه نویسی از رویدادهای درونی
جلسه ۴	ناراحتی پاک در مقابل ناراحتی ناپاک و عملکرد در هدف تعیین شده و معرفی مفهوم گسلش از افکار افسرده ساز تمرین ذهن شما دوست شما نیست و شناسایی هدف ساده رفتاری که نیازمند تمایل و گسلش باشد.
جلسه ۵	تمرین ذهن آگاهی - برگه راهنمای "ذهن آگاهی چیست" - شناسایی عملکرد هدف رفتاری تعیین شده
جلسه ۶	سنجش توانایی درمان‌جو برای گسلش از افکار و احساسات افسرده ساز و نشان دادن سایر راه‌های عملی پرورش گسلش به چالش کشیدن و یا تضعیف (استدلال به‌عنوان علت‌ها) استفاده از حرف (و) در مقابل (اما) - شناسایی هدف رفتاری
جلسه ۷	هدف در این جلسه معرفی تمایز خود مفهوم‌سازی شده در برابر خود مشاهده‌گر تمرین قطبیت روان - قیاس تخته شطرنج و شناسایی هدف رفتاری ساده که نیازمند گسلش و تمایل
جلسه ۸	ادامه تمرین ذهن آگاهی - شناسایی عملکرد هدف رفتاری تعیین شده
جلسه ۹	نشان دادن اهمیت ارزش‌ها و تفهیم به مراجع که چگونگی ارزشمندی "تمایل / پذیرش" مقدمه‌ای بر ارزش‌ها - ارزش به‌عنوان رفتار در مقابل ارزش به‌عنوان احساسات - انتخاب ارزش‌ها در برابر قضاوت‌ها
جلسه ۱۰	دستورالعمل مسیر مبتنی بر ارزش‌ها - ادامه تمرین ذهن آگاهی - اقدام برای شناسایی ارزش‌های تعیین شده کمک به درمان‌جو است که پیوسته حوزه‌های زندگی را که مطابق با ارزش‌های فرد نیست را بشناسد.
جلسه ۱۱	مطرح کردن ارتباط بین اهداف و ارزش‌ها و فرایند و نتایج، شناسایی و عملکرد فعالیت مبتنی بر ارزش‌ها
جلسه ۱۲	کشف ارتباط بین اهداف، فعالیت‌ها و استحکام بخشیدن به عوامل تمایل و گسلش شناسایی ارزش‌ها - نقش انتخاب در اعمال متعهدانه - فعال‌سازی رفتاری و عملکرد و اقدام به عمل با ارزش
جلسه ۱۳	ادامه تأکید بر مؤلفه‌هایی که به مسائل مراجع مربوط است.
جلسه ۱۴	تکلیف را باید با توجه به ویژگی فعال‌سازی رفتاری در قالب متعهد کردن به فعالیت‌های خاص آموزش به درمان‌جو که خود یک درمانگر باشد و آمادگی برای مقابله با شکست‌های احتمالی بعد از خاتمه درمان.
جلسه ۱۵	آمادگی برای خاتمه - عمل متعهدانه بر اساس الگوریتم ACT
جلسه ۱۶	منعکس کردن پیشرفت حاصل شده و اهداف پیوسته درمان‌جو

جدول ۲. جلسات محتوای درمان شناختی-رفتاری مدیریت بیماری دوقطبی بر اساس رویکرد درمانی باسکو و راش

جلسه ۱	معارفه و آشنایی با یکدیگر - اطلاعات کلی برنامه، توضیح در مورد ساختار برنامه، معارفه اعضای گروه و آشنایی با نحو کار و قوانین گروه - معرفی کلی رفتاردرمانی شناختی تعیین اهداف درمانی و انتظارات بیمار از درمان - (تعیین تکلیف - خلاصه کردن - بازخورد)، در همه جلسات مشترک هستند.
جلسه ۲	(بررسی تکالیف جلسه قبل - پل زدن از جلسه قبل - تعیین دستور جلسه جاری) مشترک در تمام جلسات - بحث پیرامون موضوعاتی که در دستور جلسه است - آموزش الگوی رفتاردرمانی شناختی به‌طور کامل به بیمار - ارائه برگه‌های ثبت افکار ناکارآمد به بیمار - آموزش در مورد بیماری (علائم، سبب، سیر و درمان)
جلسه ۳	شناخت علائم، شناسایی زودرس بروز علائم و پیشگیری از عود
جلسه ۴	درمان دارویی و مدیریت آن و راهبردهای افزایش پذیرش درمان
جلسه ۵	مدیریت سبک زندگی (کنترل رفتارهای برانگیزاننده عود و افزایش رفتارهای مثبت در سبک زندگی)
جلسه ۶	رفتارهای منفی (کاهش فعالیت‌های بسیار برانگیزاننده، برنامه‌ریزی تدریجی فعالیت‌ها برای کاهش بی‌علاقگی)
جلسه ۷	مداخلات شناختی (شناخت باورها و افکار خودکار منفی و ارتباط آن با احساسات و رفتارها)
جلسه ۸	مداخلات شناختی (اصلاح افکار تحریف‌شده و ناکارآمد و اصلاح باورهای مرتبط با بیماری)
جلسه ۹	مدیریت استرس و کنترل هیجانات
جلسه ۱۰	حل مسئله و تعارض در مشکلات بین فردی

ابزار سنجش

پرسشنامه پرخاشگری باس و پری (Buss and Perry Aggression Questionnaire): نسخه جدید پرسشنامه پرخاشگری (با نام قبلی پرسشنامه خصومت) توسط (Buss & Perry, 1992)، مورد بازنگری قرار گرفته است. این پرسشنامه دارای ۲۹ پرسش پنج گزینه‌ای (کاملاً شبیه من برابر با ۵ تا کاملاً متفاوت از من برابر با ۱) است که چهار عامل شامل: پرخاشگری بدنی (نه پرسش)، پرخاشگری کلامی (پنج پرسش)، خشم (هفت پرسش) و کینه‌ورزی (هشت پرسش) را ارزیابی می‌کند. دو عبارت ۹ و ۱۶ به‌طور معکوس نمره‌گذاری می‌شود. نمره کل برای پرخاشگری با مجموع نمرات زیرمقیاس‌ها به دست می‌آید. نمونه‌ای از پرسش‌های چهار عامل عبارت‌اند از: پرخاشگری بدنی (اگر کسی مرا بزند من هم به تلافی او را می‌زنم)، پرخاشگری کلامی (دوستانم می‌گویند من کمابیش اهل مجادله هستم)، خشم (گاهی فکر می‌کنم مثل مخزن باروت آماده انفجار هستم) و کینه‌ورزی (اغلب خودم را در مخالفت با دیگران می‌بینم). پایایی این پرسشنامه به روش بازآزمایی بعد از ۹ هفته توسط سازندگان آن محاسبه شد و برای عوامل

پرخاشگری بدنی، کلامی، خشم و کینه‌ورزی به ترتیب ۰/۸۰، ۰/۷۶، ۰/۷۲ و ۰/۷۲ گزارش شده است. همچنین، همبستگی زیر مقیاس‌های این پرسشنامه با کل پرسشنامه بیانگر روایی مطلوب این مقیاس بود (Buss & Perry, 1992) در بررسی شاخص‌های روان‌سنجی پرسشنامه پرخاشگری باس و پری در جامعه ایران، (Samany, 2007)، در بررسی پایایی و روایی این پرسشنامه در ۴۹۲ نفر از دانشجویان دانشگاه شیراز با استفاده از تحلیل عاملی اکتشافی چهار عامل کمی متفاوت با نظر سازندگان پرسشنامه به دست آورد. این چهار عامل خشم، پرخاشگری بدنی و کلامی، رنجیدگی ۶ و بدگمانی ۷ نام‌گذاری شدند. ضریب آلفای کرونباخ برای عوامل ذکر شده به ترتیب ۰/۸۳، ۰/۷۹، ۰/۷۷ و ۰/۷۰ محاسبه گردید. همچنین همبستگی بالای عوامل با نمره کل پرسشنامه و همبستگی ضعیف عوامل با یکدیگر همگی نشان‌دهنده کفایت و کارایی این پرسشنامه برای کاربرد پژوهشگران، متخصصان و روانشناسان در ایران بود. ضریب آلفای کرونباخ در این پژوهش ۰/۷۵ به دست آمده است.

پرسشنامه مانای یانگ (Mania Young questionnaire): مقیاس درجه‌بندی شدید یانگ توسط (Young & et, al,

یافته‌ها

بازه سنی نمونه مورد مطالعه در این پژوهش که شامل مراجعه‌کنندگان به بیمارستان‌های اعصاب و روان در سطح شهر شیراز می‌شد، بین ۱۸ تا ۶۰ سال بود. در این پژوهش، متناسب با متغیرهای مورد مطالعه و نوع داده‌های جمع‌آوری شده، در مرحله آمار توصیفی، به منظور توصیف داده‌ها از شاخص‌های مناسب نظیر شاخص‌های گرایش مرکزی، پراکندگی و توزیع نمره‌ها به تفکیک گروه‌ها محاسبه و تنظیم شد. در مرحله آمار استنباطی، با توجه به ماهیت مقیاس اندازه‌گیری که از نوع فاصله‌ای است و نوع روش جمع‌آوری اطلاعات که بر مبنای پژوهش شبه آزمایشی، از نوع طرح‌های پیش‌آزمون-پس‌آزمون با گروه کنترل بود، برای تحلیل داده‌های حاصل از طرح‌های آزمایشی، در صورت برآورده شدن مفروضه‌های اساسی، از تحلیل کوواریانس آنکوادر مانیا و تحلیل کوواریانس مانکوا در پرخاشگری استفاده شد. داده‌های به‌دست‌آمده از اندازه‌گیری متغیرهای مختلف، حسب مورد با استفاده از روش‌های مناسب آمار توصیفی نظیر میانگین، انحراف معیار و شاخص‌های توزیع نمره‌ها، نتایج آزمون نرمالیتی توصیف شدند (جدول ۳).

۱۹۷۸) ساخته شده است. پرسشنامه دارای ۱۱ خرده‌مقیاس است که شامل علائم شایع شیدایی مانند فعالیت حرکتی، پرش افکار، سطح صدا و مقدار خواب است (آیا احساس می‌کنید که به بیشتر مردم نمی‌توان اعتماد کرد؟). هر مقیاس شامل پنج گزینه است. نمره ۰ تا ۵ دال بر عدم وجود شیدایی، ۶ تا ۹ هاپو مانیا، ۱۰ تا ۱۴ امکان شیدایی و بیشتر از ۱۵ شیدایی است. این پرسشنامه توسط (برکتین، توکلی، مولوی، معروفی و صالحی، ۱۳۸۵)، بر روی ۲۵۰ نفر از جمعیت عمومی شهر اصفهان و ۶۴ بیمار مانیک بستری در همان شهر هنجاریابی شده است. ضریب آلفای کرونباخ گروه بیمار ۰/۷۲ و اعتبار بین ارزشیابان گروه بیمار ۰/۹۶ بود. رتبه‌های درصدی و نمرات معیار T، به‌عنوان هنجاریابی مقیاس یانگ محاسبه گردید. ضریب روایی تشخیصی نمرات کل و عضویت گروهی برابر با ۰/۸۴ به دست آمد. روایی همزمان مقیاس یانگ با پرسشنامه تشخیص جامع بین‌المللی برابر با ۰/۸۷ محاسبه شد. نتایج تحلیل تمایزات بیانگر نقطه برش ۱۷/۱۴، حساسیت ۹۸/۴ درصد و ویژگی ۹۸/۴ درصد بود؛ بنابراین مقیاس یانگ ابزاری معتبر با روایی، حساسیت و ویژگی قابل قبول بوده و دارای قابلیت کاربرد در کارهای بالینی و پژوهشی است. ضریب آلفای کرونباخ در این پژوهش ۰/۷۰ به دست آمده است.

جدول ۳. آمار توصیفی متغیر پرخاشگری و شیدایی

متغیر	گروه	درمان شناختی- رفتاری		درمان پذیرش و تعهد		کنترل
		میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	
پرخاشگری بدنی	پس‌آزمون	۲۵/۱۷	۳/۵۱	۲۰/۵۸	۳/۹۴	۳/۴۶
پرخاشگری کلامی	پس‌آزمون	۱۳/۱۷	۳/۴۰	۱۲	۳/۸۶	۲/۳۹
خشم	پس‌آزمون	۱۶/۷۵	۴/۳۳	۱۳/۴۲	۴/۴۲	۳/۳۴
خصوصیت	پس‌آزمون	۲۲/۷۵	۲/۰۵	۲۲/۰۸	۴/۱۴	۳/۹۴
نمره کل پرخاشگری	پس‌آزمون	۷۴/۵۰	۱۴/۲۴	۶۸/۰۸	۱۲/۸۹	۹/۷۶
شیدایی	پس‌آزمون	۱۸/۴۲	۳/۲۰	۱۸/۷۵	۲/۱۸	۶/۰۵

یعنی با توجه به عدم معناداری آزمون لوین فرض برابری واریانس‌ها در مؤلفه‌های پرخاشگری و شیدایی رد نگردید. از آنجاکه اثر پیلای گروه پرخاشگری ۰/۷۱ و $F=۳/۷۶$ و

برای بررسی مفروضه یکسانی خطای واریانس‌ها از آزمون لیون استفاده گردیده که با توجه به مقدار به‌دست‌آمده مفروضه همسانی واریانس‌ها در دو متغیر رد نشده است؛

دوقطبی تفاوت معنی‌داری وجود دارد. با توجه به آزمون‌های فوق تمام شرایط استفاده از آزمون تحلیل کوواریانس برقرار است؛ که این نتایج در متغیرهای پرخاشگری و شیدایی بررسی می‌گردند.

درجه آزادی آزمون مساوی ۸ و درجه آزادی خطا مساوی ۵۴ و $P=0/001$ به دست آمد؛ بنابراین نتایج آزمون تحلیل کوواریانس چند متغیره نشان‌دهنده این است که بین روش‌های درمان گروهی شناختی- رفتاری و درمان پذیرش و تعهد و کنترل بر پرخاشگری در مرحله پس‌آزمون بیماران

جدول ۴. نتایج آزمون تحلیل کوواریانس تک متغیره مربوط به مؤلفه‌های پرخاشگری در درمان شناختی - رفتاری و درمان پذیرش و تعهد در مرحله پس‌آزمون

منبع	مؤلفه‌ها	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	P	توان آماری	مجذور اتا
	پرخاشگری بدنی	۲۲۴/۹۷	۲	۱۱۲/۴۸	۱۰/۴۷	۰/۰۰۱	۰/۹۸	۰/۴۲
گروه	پرخاشگری کلامی	۱۷/۳۹	۲	۸/۷۰	۱/۳۵	۰/۲۷	۰/۲۷	۰/۰۸
پرخاشگری	خشم	۱۲۱/۱۳	۲	۶۰/۵۶	۵/۵۰	۰/۰۰۹	۰/۸۱	۰/۲۷
	خصوصیت	۲۵/۸۷	۲	۱۲/۹۴	۱/۲۹	۰/۲۹	۰/۲۶	۰/۰۸
	پیش‌آزمون	۳۹۸/۹۱	۱	۳۹۸/۹۱	۷۵/۷۵	۰/۰۰۱	۱	۰/۷۰
شیدایی	گروه	۲۵۸/۰۴	۲	۱۲۹/۰۲	۲۴/۵۰	۰/۰۰۱	۱	۰/۶۰
	کل	۱۵۶۲۵	۳۶					

تفاوت معنی‌دار مشاهده نشد و اما در متغیر شیدایی، در نتایج آزمون تحلیل کوواریانس بین گروه‌های آزمایش و کنترل تفاوت معنی‌داری وجود دارد ($P < 0/05$). نتایج پس‌آزمون شیدایی با توجه به نوع گروه ($F=24/50, df=2, P \leq 0/001$) معنی‌دار بوده است. به این ترتیب که گروه‌های آزمایش از گروه کنترل کاهش بیشتری داشتند. میزان تأثیر مداخله‌ها (درمان ACT, CBT و کنترل) $0/60$ بوده است، بدین معنا که این درمان‌ها بر بهبود شیدایی تأثیر مثبت داشته است.

نتایج آزمون تحلیل کوواریانس حکایت از اثربخشی روش درمان شناختی- رفتاری و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر کاهش علائم مانیا در مرحله پس‌آزمون مبتلایان به اختلال دوقطبی دارد و همچنین بین گروه آزمایش و دوقطبی تفاوت معنی‌داری وجود دارد. برای نشان دادن اینکه کدام درمان بر پرخاشگری و شیدایی اثربخش‌تر است از آزمون تعقیبی توکی استفاده شد.

بر اساس نتایج به دست آمده از جدول ۴، نتایج پس‌آزمون پرخاشگری بدنی با توجه به نوع گروه ($F=10/47, df=2, P \leq 0/001$) معنی‌دار بوده است. به این ترتیب که گروه‌های آزمایش از گروه کنترل کاهش بیشتری داشتند. میزان تأثیر مداخله‌ها (درمان ACT, CBT و کنترل) $0/42$ بوده است، بدین معنا که این درمان‌ها بر بهبود پرخاشگری بدنی تأثیر مثبت داشته است. نتایج پس‌آزمون خشم با توجه به نوع گروه ($F=5/50, df=2, P \leq 0/001$) معنی‌دار بوده است. به این ترتیب که گروه‌های آزمایش از گروه کنترل کاهش بیشتری داشتند. میزان تأثیر مداخله‌ها (درمان ACT, CBT و کنترل) $0/27$ بوده است، بدین معنا که این درمان‌ها بر بهبود خشم تأثیر مثبت داشته است. همچنین در مؤلفه‌های پرخاشگری بدنی و خشم بین گروه‌های آزمایش و گروه کنترل در مرحله پس‌آزمون تفاوت معنی‌دار وجود دارد و در مؤلفه‌های پرخاشگری کلامی و خصوصیت بین گروه‌ها

جدول ۵. آزمون حداقل تفاوت معنی داری (LSD)^۱ برای مؤلفه‌های پرخاشگری در پس‌آزمون

مؤلفه	مقایسه گروه‌ها	اختلاف میانگین‌ها	خطای انحراف از معیار	P	
پرخاشگری بدنی	شناختی-رفتاری	پذیرش و تعهد	۳/۹۰*	۱/۴۴	۰/۰۳
	کنترل	۲/۵۹	۱/۵۹	۰/۳۴	
خشم	شناختی-رفتاری	پذیرش و تعهد	۲/۵۰	۱/۴۶	۰/۲۹
	کنترل	۲/۳۵	۱/۶۱	۰/۴۶	
شیدایی	شناختی-رفتاری	پذیرش و تعهد	۴/۸۵*	۱/۴۷	۰/۰۰۸
	کنترل	۶/۳۶*	۰/۹۴	۰/۰۰۱	
	پذیرش و تعهد	۴/۶۶*	۰/۹۴	۰/۰۰۱	

این پژوهشگران در مطالعات خود دریافتند که آموزش گروهی شناختی و رفتاری در کنترل و به‌ویژه بر کاهش خشم و پرخاشگری مؤثر است. در تبیین این یافته می‌توان گفت درمان شناختی رفتاری به افراد کمک می‌کند تا خشم سالم را از خشم ناسالم تمیز دهند و بنابراین، هنگام احساس خشم ناسالم، راه‌حلی را در اختیار فرد قرار می‌دهد که او را در کنترل خشم یاری می‌دهد (Hajjilu & Shafi Abadi, et, 2016). همچنین، درمان شناختی- رفتاری به شناسایی افکار، باورها و معنایی می‌پردازد که وقتی افراد خشمگین می‌شوند و احساس خوبی ندارند، فعال می‌شوند. از دیدگاه شناختی، افراد پرخاشگر در مراحل پردازش اطلاعات اجتماعی مشکل دارند. این افراد معمولاً دارای اسنادهای کینه‌توزانه بوده و از مهارت‌های سازگارانۀ حل مسئله برخوردار نیستند و هنگامی که از نظر فیزیولوژیکی برانگیخته می‌شوند، به‌صورت تکانشی عمل می‌کنند (Sedaghat & et, al, 2014)؛ زیرا آنها متوجه می‌شوند که تنها محرک‌های بیرونی، مانند کلام یا طعنۀ دیگران، آغازگر خشم و پرخاشگری در آنان نیست، بلکه نوع برداشت و دیدگاهی که خود فرد دارد هم می‌تواند در بروز واکنش‌های پرخاشگرانه دخیل باشد (Samadi Rooshan & Gaafary, 2016).

بر اساس جدول ۵، مشاهده می‌شود که مؤلفه‌های پرخاشگری بدنی و خشم معنادار شده‌اند. در مؤلفه پرخاشگری بدنی روش درمان پذیرش و تعهد با درمان شناختی- رفتاری و کنترل تفاوت داشت، اما در مؤلفه خشم اثربخشی درمان پذیرش و تعهد با گروه کنترل متفاوت بود. در کل، فرضیه اول در مؤلفه‌های پرخاشگری بدنی و خشم تأیید می‌شود. در متغیر شیدایی برای بررسی فرضیه دوم از تحلیل کوواریانس تک متغیره استفاده شد که با توجه به نتایج به‌دست‌آمده، هر دو روش درمان شناختی- رفتاری و درمان پذیرش و تعهد مؤثر بودند و تفاوت معنی‌داری وجود نداشت؛ اما هیچ‌یک از دو درمان اثربخشی متفاوتی نداشتند؛ بنابراین این فرضیه تأیید نمی‌شود.

بحث و نتیجه‌گیری

نتایج این مطالعه که با هدف مقایسه اثربخشی گروه درمانی شناختی- رفتاری و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر اختلال دوقطبی انجام گرفته است، نشان داد که هر دو روش تقریباً به‌طور یکسان مؤثر بوده‌اند. نتایج حاصل از این پژوهش با نتایج پژوهش‌های (Ghadery & et, al, 2015)، (Arky & et, al, 2013) و (Ye, & et, al, 2016) همخوان و همسو است.

دو روش تقریباً به‌طور یکسان مؤثر بوده‌اند. از آنجاکه هیچ‌گونه پژوهشی که مقایسه اثربخشی دو درمان شناختی-رفتاری و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر روی مبتلایان به اختلال دوقطبی انجام نشده است، بنابراین اثربخشی هر کدام از درمان‌ها به‌صورت جداگانه بررسی می‌گردد.

هدف درمان شناختی-رفتاری برای دوقطبی، هدف قرار دادن باورها یا ارزیابی‌های هسته‌ای و نیز کاهش اضطراب است. برای رسیدن به این اهداف درمانگر در تمرینات درمانی زیادی مشارکت می‌کند که کاملاً منطبق با مفهوم از پذیرش و ارزش‌ها است. نتایج به‌دست‌آمده از این پژوهش با نتایج تحقیق (Arky & et, al, 2013)، همخوان است.

تفاوت اصلی بین درمان شناختی-رفتاری و ACT در این است که شناختارها چگونه مدیریت می‌شوند. در درمان شناختی-رفتاری با شناختارها مستقیماً برخورد می‌شود، اما در ACT نه. گرچه در ACT، کاهش اضطراب در نتیجه استفاده از تکنیک‌های گسلش و پذیرش و نیز بحث‌های مفصل پیرامون ارزش‌ها و اهداف فرد و لزوم تصریح ارزش‌ها، همگی منجر به کاهش علائم مانیا می‌شود. در این درمان به‌جای تأکید بر مواجهه، افزایش تمایل فرد به تجربه رویدادهای درونی همان‌طور که هستند، مورد تأکید است. در اینجا هدف کمک به فرد است تا یک رویدادهای درونی را تجربه کند و به‌جای پاسخ به آن، به انجام آنچه در زندگی برایش مهم و در راستای ارزش‌هایش است، بپردازد. با این هدف جدید، مداخلات باید از دارودرمانی صرف، به‌سوی درمان‌های ترکیبی و سلسله‌مراتبی حرکت کرد که در آن دارودرمانی هنوز برای بهبود علائم ضروری است؛ که این موارد می‌تواند توجهی برای نتایج به‌دست‌آمده از تحقیق (Khodabandeh Samani, 2015)، در اثربخشی روان‌درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد غنی‌شده با تحلیل عملکردی بر کاهش علائم و بهبود روابط بین فردی در مبتلایان اختلال دوقطبی باشد؛ که نتایج آن پژوهش با این تحقیق همخوان نبود. نتایج نشان داد تفاوت میانگین‌های تعدیل‌شده دو گروه در متغیرهای افسردگی و بهبود روابط بین فردی هم در مرحله پس‌آزمون و هم در مرحله پیگیری معنی‌دار بود و تفاوت میانگین‌های تعدیل‌شده دو گروه در متغیر مانیا در

نتایج پژوهش‌های (Doosty, & et, al, 2016) نشان داد که: درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، سبب کاهش پرخاشگری بدنی و پرخاشگری کلامی، خشم و خصومت شده است. در تبیین این یافته می‌توان گفت که آزمودنی‌هایی که خشم و پرخاشگری بالینی داشتند، در طی جلسات درمانی، احساسات و نشانه‌های فیزیکی و روانی خود را پذیرفته و پذیرش این احساسات باعث کاهش توجه و حساسیت بیش‌ازحد نسبت به گزارش این نشانه‌ها در آنان می‌شود که در نتیجه، سازگاری آنها بهبود می‌یابد (Samadi Rooshan & Gaafary, 2016). همچنین اجتناب تجربه‌ای یعنی عدم تمایل در جهت تجربه کردن احساسات و افکار ناخوشایند درونی، در طولانی‌مدت موجب بروز بیشتر علائم خشم و پرخاشگری می‌شود. گسلش در درمان پذیرش و تعهد به معنی یک گام به عقب برداشتن و نظاره‌گر افکار بودن است که موجب می‌شود افکار، فقط فکر و نه واقعیت محض پنداشته شوند؛ بنابراین واقعیت مطلق فرض نشدن معانی کلامی، کمک شایانی در کاهش واکنش‌های شدید از جمله انواع خشم و پرخاشگری می‌کند (Doosty & et, al, 2016). با توجه به این یافته می‌توان این‌طور نتیجه‌گیری نمود که رفتاردرمانی شناختی که افکار را علت هیجان‌ها و رفتارهای مشکل‌ساز می‌داند و برای تغییر رفتار و هیجان، افکار را تغییر می‌دهند و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، از برخی روش‌های گسلش که برای تغییر رفتار به کار برده می‌شود، استفاده می‌کند. هر دو در کاهش خشم تأثیرگذار هستند؛ بنابراین، اگر درمان‌جویی از تکنیک‌های بازسازی استقبال می‌کند و آنها را برای تغییر بسیاری از افکارش مفید می‌یابد، مناسب است که در درمان این فرد از چنین تکنیک‌هایی استفاده نمود و برای آن دسته از درمان‌جویانی که پیام گسلش را می‌پذیرند از چنین روش‌هایی استفاده نشود (Dor, 2015).

با توجه به نتایج حاصل از فرضیه دوم، بین میزان اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و رفتاردرمانی شناختی در بهبود علائم مانیا تفاوت معناداری وجود ندارد و درمان‌های شناختی-رفتاری و مبتنی بر پذیرش و تعهد سبب کاهش علائم مانیا شده‌اند. همچنین یافته‌ها نشان داد که هر

- comprehensive, evidence-based ... Koons
psycnet.apa.org/record/2007-02479-006
- Bourne, C., Aydemir, Ö., Balanzá-Martínez, V., Bora, E., Brissos, S., Cavanagh, J. T. O., ... & Ferrier, I. N. (2013). Neuropsychological testing of cognitive impairment in euthymic bipolar disorder: an individual patient data meta-analysis. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 128(3), 149-162.
- Buss, A. H., & Perry, M. (1992). The Aggression Questionnaire. *Journal of Personality and Social Psychology*, 63, 452-459. his instrument can be found at:
- Dadashzadeh, H; Arfa, or; Kia Mousavi, S and Alizadeh, a. (1392). Comparison of quality of life in patients with major depression and bipolar mood disorder in partial remission and healthy controls. *Urmia Medical Journal*, 34 (5), 359-363.
- Dor J. (2015). Comparison of ACT with CBT: Cognitive Failure against Reconstruction. (Fayzi A translation). *Psychology and Life Advice Center Web Site*.
- Doosty, c. Gholami, S., And Torabiyani, S.a. (2016). Efficacy was based on acceptance and commitment on reducing aggression in students suffering from Internet addiction. *Journal of Health And Care*. 18, No. 1, pp. 72-63.
- Ganji, d. (2015). *Psychopathology of DSM-5 Vol.* Ganji, H. (ed.), President, R. (editor), Kmasy, S. (editor), published Savalan –
- Ghadery, D.; maaroufi, d. Ebrahimi, A. (2015). The effectiveness of cognitive-behavioral therapy in reducing symptoms and modify dysfunctional attitudes in patients with bipolar disorder type I and II Volume 33, Number 358.
- Goodwin, G. M., Haddad, P. M., Ferrier, I. N., Aronson, J. K., Barnes, T. R. H., Cipriani, A., ... & Holmes, E. A. (2016). Evidence-based guidelines for treating bipolar disorder: revised third edition recommendations from the British Association for Psychopharmacology. *Journal of Psychopharmacology*, 30(6), 495-553.

مرحله پس آزمون معنادار بود؛ اما این معناداری در مرحله پیگیری مورد تأیید قرار نگرفت. یافته‌های این پژوهش در مجموع حاکی از اثربخشی درمان برای دوره افسردگی و بهبود روابط بین فردی بود. ولی در دوره مانیا این بیماران مؤثر نبود. سخن آخر اینکه نتایج به دست آمده امیدبخش هستند و ضرورت درمان‌های روان‌شناختی برای اختلال‌های روانی مزمن از جمله اختلال دوقطبی را تبیین می‌کنند.

از مهم‌ترین محدودیت‌های این مطالعه، می‌توان به کم بودن حجم نمونه بیماران اختلال دوقطبی و استفاده از نمونه در دسترس اشاره کرد که با توجه به محدودیت زمانی و بودجه کم پژوهش می‌تواند باعث کم شدن توان این مطالعه در تأثیر تفاوت‌های معنی‌دار بین گروه‌ها شده باشد. لازم است در تفسیر و تعمیم نتایج این مطالعه، موارد ذکر شده مد نظر قرار گیرد. در این راستا پیشنهاد می‌شود این پژوهش در سایر شهرهای کشور انجام شود و شباهت‌ها و تفاوت‌های نتایج آن تحقیقات با نتایج این پژوهش مورد بررسی قرار گیرد.

سپاسگزاری

این مقاله برگرفته از بخشی از پایان‌نامه دکتری از دانشگاه آزاد اسلامی واحد مرودشت است. از شرکت‌کنندگان در پروژه، مسئولان محترم دانشگاه علوم پزشکی شیراز و بیمارستان‌های ابن‌سینا، حافظ و محرری شهر شیراز سپاسگزاری می‌گردد. در این پژوهش از کمک مالی هیچ نهاد و سازمانی استفاده نشده است.

منابع

- Arky, M., Abbasi Esfejr, A. A.; And Naderi, H.a. (1913). Evaluate the effectiveness of cognitive behavioral therapy-based role in reducing the symptoms of bipolar outpatients treated in the psychiatric ward of Imam Reza (AS) Bojnoord city. *Journal of North Khorasan University of Medical Sciences*. Volume 5, Issue 3, pp527-548.
- Association for the Advancement of Behavior Therapy, Dialectical behavior therapy (DBT) is a

- Hajjilu, Q, Shafi Abadi, et. (2016). The effectiveness of group counseling based on cognitive-behavioral interventions (CBT) on anger control in high school students. *Journal of Educational Research*, 37 (1): 1-20.
- Hashimoto K. (2010). Brain-derived neurotrophic factor as a biomarker for mood disorders: An historical overview and future directions. *Psychiatry and Clinical Neurosciences*, 64, 341-57.
- Hawton A, Green C, Dickens AP, Richards SH, Taylor RS, Edwards R, et al (2014). The impact of social isolation on the health status and health-related quality of life of older people. *Quality of Life Research*. 20(1): 57-67. 39.
- Hayes, B. P. (1980). *A metrical theory of stress rules* (Doctoral dissertation, Massachusetts Institute of Technology).
- Hayes S C, Strosahl K D, Wilson K G. (2011). *Acceptance and Commitment Therapy: The process and practice of mindful change*. 2th ed. New York: Guilford Press.
- Izadi, R.; Neshat, c. I.; Asgari, K & Abedi, M.r. (2014). Compare the effectiveness of acceptance and commitment therapy and cognitive-behavioral therapy on patients with Akhtlalsvas- force, 12; Number, 33-28.
- Jones, B. F. (2010). Age and great invention. *The Review of Economics and Statistics*, 92(1), 1-14.
- méthodologie de l'ensemble organique: Au delà du dipôle des unilatéralismes- -Patelis (2010)«Sciences sociales et qualitatifs et quantitatifs»
- Khodabandeh Samani, M. (2015). *payan a: Effectiveness of psychotherapy based on acceptance and commitment on reducing symptoms and enriched with functional analysis of interpersonal relations in patients with bipolar disorder*.
- Mohammadi, N.A. (2006). A preliminary study on psychometric questionnaire Buss - Perry. *Journal of Humanities and Social Sciences*, Shiraz, No49. pp(135-151).
- Moharami, J. (2016). Thesis was to investigate the effectiveness of cognitive-behavioral therapy is based on acceptance and commitment therapy on depressive symptoms.
- Moradi, H.a., And Khalatbary, g. (2017). Compare the efficacy of cognitive-behavioral therapy and acceptance and commitment therapy based on anger in Tehran high school students, Volume 16, Number 2, pp66-59.
- Nakigudde, J., Ehnvall, A., & Mirembe, F. (2013). An exploratory study on the feasibility and appropriateness of family psychoeducation for postpartum women with psychosis in Uganda. *BMC Psychiatry*, 13, 131-137.
- Patelis-Siotis, I., Young, L. T., Robb, J. C., Marriott, M., Bieling, P. J., Cox, L. C., & Joffe, R. T. (2010). Group cognitive behavioral therapy for bipolar disorder: a feasibility and effectiveness study. *Journal of Affective Disorders*, 65(2), 145-153.
- Sadock, Benjamin, and Pedro Ruiz. *Kaplan & Sadock's synopsis of psychiatry: behavioral sciences*. Walters Kluwer, (2015).
- Samadi Rooshan, SA. Gaafary, d. (2016). Based on acceptance and commitment therapy (ACT) to reduce the student's verbal aggression. The third World Conference on Psychology and Educational Sciences, Law and Social Sciences at the start of the third millennium. Iran.
- Samany, S. (2007). Validity and reliability Buss and Perry Aggression Questionnaire. *Journal of Psychiatry and Clinical Psychology*, No4, pp.359 - 365.
- Sedaghat, SA., Moradi, or, the Ahmadi, E. (2014). The effectiveness of cognitive behavioral group training on anger and aggression aggressive female students in Baneh third grade in high school. *Medical Journal of Islamic Azad University, Tehran Medical Sciences* 24 (4): 215-220.
- Sole, B., Bonnin, C. M., Torrent, C., Martinez-Aran, A., Popovic, D., Tabarés-Seisdedos, R., & Vieta, E. (2012). Neurocognitive impairment across the bipolar spectrum. *CNS neuroscience & therapeutics*, 18(3), 194-200.
- Synopsis of Kaplan and Sadegh's *Psychology of Behavioral Sciences / Clinical Psychiatry* Volume

- 3 (2013) Benjamin James Saduk, Virginia Alcott Saduk, Pedro Roes, Farzin Rezaie Publisher.
- Syria's Song, (2011). *The Melody That Ended Too Soon: Living With Bipolar Disorder, Manic Depression, and Surviving Suicide* by Joscylan Adams.
- Szentagotai, A., & David, D. (2010). The efficacy of cognitive-behavioral therapy in bipolar disorder: A quantitative meta-analysis. *The Journal of clinical psychiatry*.
- Thase, M. E., Kingdon, D., & Turkington, D. (2014). The promise of cognitive behavior therapy for treatment of severe mental disorders: a review of recent developments. *World Psychiatry*, 13(3), 244-250.
- Wright J, Basco M, Thase M. (2017). *Learning Cognitive-Behavior Therapy*. (Ghassemzadeh H, Hamidpour H translation). 3th ed. Tehran: Arjmand. (Persian)
- Van Dijk, S., Jeffrey, J., & Katz, M. R. (2013). A randomized, controlled, pilot study of dialectical behavior therapy skills in a psychoeducational group for individuals with bipolar disorder. *Journal of affective disorders*, 145(3), 386-393.
- Ye, B. Y., Jiang, Z. Y., Li, X., Cao, B., Cao, L. P., Lin, Y., ... & Miao, G. D. (2016). Effectiveness of cognitive behavioral therapy in treating bipolar disorder: A n updated meta-analysis with randomized controlled trials. *Psychiatry and clinical neurosciences*, 70(8), 351-361.
- Young RC, Biggs JT, Ziegler VE, & Meyer DA. (1978). A rating scale for mania: Reliability, validity and sensitivity. *British Journal of Psychiatry*. 1978; 133: 429-3.