

مقایسه اثر بخشی درمان شناختی- رفتاری و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر افسردگی و علائم مثبت و منفی در بیماران اختلال دوقطبی

فرزانه محمدی^۱، حسین بقولی^{۲*}، امیرهوشنگ مهریار^۳، سیامک سامانی^۴

تاریخ دریافت: ۱۳۹۷/۱۰/۱۰ صص: ۲۰-۱ تاریخ پذیرش: ۱۳۹۹/۳/۲۶

چکیده

پژوهش حاضر با هدف مقایسه اثربخشی درمان شناختی- رفتاری و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر افسردگی و علائم مثبت و منفی بیماران اختلال دوقطبی انجام پذیرفت. در این پژوهش آزمایشی، که با استفاده از روش نمونه گیری در دسترس به صورت پیش آزمون- پس آزمون با گروه کنترل انجام گرفت، ۳۶ نفر از مراجعه کنندگان به بیمارستانهای اعصاب و روان، که بر اساس ملاک های راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی، تشخیص اختلال دوقطبی دریافت می کردند به طور تصادفی به سه گروه ۱۲ نفری تقسیم شدند. گروه اول تحت ۱۰ جلسه درمان شناختی- رفتاری، گروه دوم تحت ۱۲ جلسه درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و گروه کنترل هیچ مداخله ای دریافت نکردند و در لیست انتظار قرار گرفتند. داده ها از طریق پرسشنامه های افسردگی دوقطبی و مقیاس علائم مثبت و منفی اسکیزوفرنی جمع آوری گردید. برای تحلیل داده ها از تحلیل کوواریانس استفاده شد. یافته ها نشان داد درمان شناختی- رفتاری و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد در گروههای آزمایش باعث کاهش افسردگی و علائم مثبت و منفی شده است. در حالیکه در گروه کنترل چنین تغییری مشاهده نشد. همچنین بین درمان شناختی- رفتاری و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد در کاهش افسردگی، اختلاف معناداری مشاهده نشد. اما رویکرد اکت، بر تنظیم علائم مثبت و منفی اثربخشی بیشتری داشته است. بنابر نتایج این درمانها در کاهش علائم اختلال دوقطبی اثر بخشند. لذا تدوین این مداخلات درمانی در کنار دارو درمانی می تواند سبب کنترل و جلوگیری از عود علائم اختلال دوقطبی شود.

واژه های کلیدی: درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، درمان شناختی- رفتاری، اختلال دوقطبی، علائم مثبت و منفی، افسردگی

^۱ دانشجوی دکتری روانشناسی، گروه روانشناسی، واحد مرودشت، دانشگاه آزاد اسلامی، مرودشت، ایران

^۲ استادیار گروه روانشناسی، واحد مرودشت، دانشگاه آزاد اسلامی، مرودشت، ایران

^۳ استاد گروه روانشناسی، واحد مرودشت، دانشگاه آزاد اسلامی، مرودشت، ایران

^۴ دانشیار گروه روانشناسی، واحد شیراز، دانشگاه آزاد اسلامی، شیراز، ایران

* نویسنده مسئول مقاله: bhossein@gmail.com

مقدمه

یکی از جدی ترین اختلالات روانپزشکی، اختلال دوقطبی است که با وقایع مکرر افسردگی، مانیا و اختلالات عاطفی متداول همراه است و به طور کلی با عواقب جدی برای زندگی روزمره، شغلی و روابط بین فردی بیماران همراه است (Scott, Paykel, Morriss, Bentall, Kinderman, Hayhurst, 2006). این اختلال در جامعه شایع است، به گونه ای که شیوع آن در پنجمین راهنمای تشخیصی آماری اختلالات روانی برای یک دوره ۱۱ ماهه ۰/۶ درصد گزارش شده و نسبت مردان به زنان ۱/۱ به ۱ آمده است (American Psychiatric Association, 2013). احتمال بروز خودکشی در بیماران مبتلا به این اختلال بالا و در حدود ۱۵ درصد است (Van Dijk, Jeffrey, Katz 2013). همچنین مطالعات مختلف بیانگر هزینه ی اجتماعی بالایی است که بر اثر این بیماری بر مراقبان بیمار و نیز خود بیمار به صورت کاهش قدرت کارآیی و مولد بودن تحمیل می شود.

(Dadash zadeh, Arfaei, Shallah and Alizadeh, 2013). (Havermans, Nicolson & Devries, 2007)
 اختلال دوقطبی می تواند باعث اختلال شناختی (Green, 2006)، کاهش عملکردی (Moreno, Crump, Sundquist, Winkleby & Sundquist, 2013) ، نتایج نامطلوب سلامتی (Tabarés & Vieta, 2009)، فرکانس بالا از رفتار خودکشی (Pompili, Gonda, Serafini, Innamorati, Sher, Amore & Girardi, 2013) می شود.

(Serreti & Olgiati, 2003) در پژوهش خود در مورد ابعاد روان پریشی اساسی به این نتیجه رسیدند که پنج عامل اصلی وجود دارد که سازنده روان پریشی های اصلی از جمله اختلال دوقطبی می باشند این عوامل عبارتند از: مانیا، علائم مثبت، ازهم گسیختگی، افسردگی و علائم منفی. بنابر این اختلال دوقطبی دارای سمپتومهای مثبت و منفی می باشد. سمپتوم های مثبت شامل دیلورن ها، هالوسینشن ها، رفتارها و تفکر نامنظم هستند. این سمپتوم ها مثبت نامیده می شوند زیرا معمولا افراط یا تحریف در عملکردهای عادی را نشان می دهند و سمپتوم هایی هستند که افراد سالم ندارند. مثبت بودن به حضور داشتن آنها اشاره دارد نه به مطلوب بودنشان. سمپتوم های منفی نقص در عملکرد عادی یا عدم عملکرد عادی به طور کلی را نشان می دهند، مثل کاهش بیان هیجانی (Ganji, 2015).

از علائم دیگر اختلال دوقطبی، اپیزود افسردگی می باشد که باید حداقل دو هفته طول بکشد و افراد مبتلا باید حداقل چهار سمپتوم را تجربه کنند تا مبتلا به اپیزود افسردگی محسوب شوند از جمله: تغییر در اشتها و وزن، تغییر در خواب و فعالیتهای زمان بیداری، بی انرژی بودن، احساس گناه و عذاب وجدان، دشوار بودن تفکر و تصمیم گیری و افکار مکرر درباره مرگ یا خودکشی (Kung, Lee, Chang, Chen, Chen & Yang, 2010).

توجه به درمان کارآمد سالهاست که دغدغه ذهنی روان‌پزشکان و روان‌شناسان بوده است. امروزه دارو درمانی خط اول درمان برای اختلال دو قطبی است. علی‌رغم موثر بودن دارو درمانی که اغلب طی دوره‌های بستری در بیمارستان به صورت کنترل شده و دقیق در اختیار بیماران قرار داده می‌شود اما بروز علائم و عود مجدد اختلال بارها بیماران را روانه بیمارستان می‌کند و سیکل مجددی از فرآیند درمانی را ضروری می‌سازد (Kung, Lee, Chang, Chen, Chen, Yang, 2010).

تحقیقات طی سالهای گذشته نشان می‌دهند که افزودن مداخلات روانی-اجتماعی به برنامه درمانی، کارآمدی آن را افزایش می‌دهد (Zaretsky, 2003). شایع‌ترین روان‌درمان شناختی-رفتاری^۱ است که بر جلوگیری از عود و کاهش طول مدت علائم اثر می‌گذارد (Miklowitz, 2008) (Szentagotai & David, 2010) درمان شناختی-رفتاری برای درمان دوره‌های افسردگی موثر است اما تاثیر آن بر حالت مانیا و بیماری‌هایی که در مراحل شدید بیماری هستند سؤال برانگیز است (Rizvi & Zaretsky, 2007). همچنین این درمان برای بیمارانی که از اختلالات عاطفی شدیدی رنج می‌برند و اختلال شناختی دارند، نتایج مثبتی نداشته است (Scott, Paykel, Morriss & Kinderman, 2006). (Scott, Garland & Moorhead, 2001) در مطالعه‌ای نشان دادند که درمان شناختی-رفتاری برای بیماران اختلال دو قطبی با دوره عود کمتر، مناسب است. یافته‌های (Miklowitz, 2008) نیز نشان داد که اختلال دو قطبی، بسیار مزمن، ناتوان‌کننده و تکرار شونده است و گزینه‌های درمانی موجود برای حفظ پایداری بلندمدت درمان کافی نیست. بنابراین ضروری است که بررسی و جستجو در مورد درمانهای موثر در کمک به این بیماران ادامه یابد. در نتیجه علاقه‌مندی به نوآوری و بهبود در درمان روانشناختی جدیدی برای دو قطبی وجود دارد. مثل درمان شناختی مبتنی بر ذهنیت برای علائم باقی مانده، درمان رفتاری دیالکتیکی برای علائم افسردگی و اختلال هیجانی و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد^۲ (Hölzel, Eisner, Stange, Peckham, Dougherty & ..., 2012).

یافته‌ها نشان داده است که رویکرد اکت‌دارای توان بالقوه مناسب برای شرایط روانپزشکی مزمن است. درمان پذیرش و تعهد نوعی از درمان رفتاری شناختی است (Hayes, Wilson, Gifford, Follette & Strosahl, 1996) اکت بر مبنای مدل نظری است، که بیان می‌دارد: رنج انسانها عمدتاً درک درستی از ارزش‌های درازمدت و اجتناب از تجربیات داخلی ناخوشایند است و به طور مستقیم با تلاش برای اجتناب یا به دست آوردن کنترل افکار و احساسات دشوار، ایجاد می‌شود. اکت به پرورش فرآیندهای ذهن آگاه و ارزشمند می‌پردازد (Hayes, Luoma, Bond, Masuda & Lillis, 2006). هدف کلی اینست که به جای اجتناب از تجربیات درونی، انعطاف‌پذیری روانشناختی نسبت

^۱behavior cognitive therapy

^۲acceptance and commitment therapy

به این تجربیات، افزایش یابد. انعطاف پذیری روانشناختی عبارت از توانایی توجه و قبول افکار و احساسات ناخوشایند است، به طوریکه در حضور آنها، رفتاری متناسب با ارزش های شخصی و اهداف بلند مدت ایجاد شود (Forman, Shaw, Goetter, Herbert, Park, & Yuen, 2012). اکت به عنوان رویکرد موفقیت آمیز در مدیریت شرایط بهداشتی مزمن استفاده شده است (Thorsell, Finnes, Dahl, Lundgren, Gybrant, Gordh & Buhrman, 2011) به عنوان مثال اکت در کمک به بیماران مبتلا به علائم مزمن (Johnston, Foster, Shennan, Starkey & Johnson, 2010)، برای ایجاد انتظارات واقع گرایانه در مورد تسکین علائم آینده موثر بوده است. (Gruber, Harvey & Gross, 2012), (Gregg, Callaghan, Hayes & Glenn, 2007) یافته های (Aazemy, Ghaffari & Oriental, 2016) در اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر افسردگی، سلامت جسمانی و سلامت روانی بیماران همودیالیزی نشان داد که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر کاهش افسردگی، افزایش سلامت جسمانی و سلامت روانی در بیماران همودیالیزی معنی دار می باشد. در تحقیقی دیگر اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، بر تاب آوری، کیفیت زندگی، میزان درد و هیجان های منفی بیماران مبتلا به مالتیپل اسکلروزیس که توسط (Hamidian, Jahromi & 2016) انجام گرفته درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد موجب کاهش افسردگی، اضطراب، استرس، میزان درد و بهبود تاب آوری و کیفیت زندگی زنان مبتلا به بیماری شد. بنابر این اکت ممکن است درمان مناسبی برای مشکلات روحی و روانی باشد (Arch, Eifert, Davies, Rose & Craske, 2012) با این حال، شواهد در حال حاضر ناکافی است (Tjak, Davis, Morina., Powers, Smits & Emmelkamp, 2015) با توجه به موارد ذکر شده و از آنجایی که در مورد اثر بخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر اختلال دو قطبی، پژوهشهای محدودی انجام شده است و نیز در خصوص مقایسه دو رویکرد اکت و درمانی شناختی-رفتاری در اختلال دو قطبی نیز پژوهشی یافت نشد. این پژوهش با هدف مقایسه اثر بخشی گروه درمانی شناختی-رفتاری و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر اختلال دو قطبی انجام گرفت.

فرضیه های پژوهش

- ۱- بین میانگین نمرات افسردگی در سه گروه درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، درمان شناختی- رفتاری و لیست انتظار در مرحله پیش آزمون و پس آزمون تفاوت وجود دارد.
- ۲- بین میانگین نمرات علائم مثبت و منفی در سه گروه درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، درمان شناختی- رفتاری در مرحله پیش آزمون و پس آزمون تفاوت وجود دارد.

روش تحقیق

در این پژوهش آزمایشی که به صورت پیش آزمون- پس آزمون با گروه کنترل انجام گرفت، با استفاده از روش نمونه گیری در دسترس، ۳۶ نفر از مراجعه کنندگان به بیمارستانهای اعصاب و روان در سطح شهر شیراز شد که بر اساس ملاک های تشخیصی راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی، تشخیص اختلال دو قطبی دریافت کردند و سابقه مصرف حداقل دو داروی بازدارنده جذب مجدد سروتونین و تثبیت کننده خلق با حداکثر دوز پیشنهادی، در هفته را داشتند و بر اساس ملاکهای ورود: سن ۱۵-۵۵، تشخیص اختلال دوقطبی براساس dsm5، بیماران دارای تاریخچه ۲ یا بیشتر از دوره های بیماری که ملاکهای شیدایی، هیپومانیا و افسردگی اساسی داشته باشند، سابقه بستری شدن در بیمارستان طی ۲ ماه گذشته به دلیل مساله روانی (در مرحله حاد) را نداشته باشند، داشتن تحصیلات در سطح حداقل راهنمایی و موافقت بیمار برای شرکت در پژوهش بر اساس امضای رضایت نامه کتبی و اما 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 علت های ارگانیک و بیماری که سابقه بیماری های روان پزشکی از جمله اختلال های شخصیت و سوء مصرف مواد داشتند، انتخاب شدند. به طور تصادفی به سه گروه ۱۲ نفری (دو گروه آزمایش و یک گروه کنترل) تقسیم شدند. گروه اول تحت ۱۰ جلسه درمان شناختی-رفتاری ۶۰ دقیقه ای که توسط همکار پژوهشگر انجام شد و گروه دوم تحت ۱۲ جلسه درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد ۹۰ دقیقه ای که توسط پژوهشگر انجام شد، قرار گرفتند. گروه اول آزمایش تحت درمان شناختی-رفتاری مطابق با دستورالعمل اجرایی رویکرد درمانی Basco & rash و گروه دوم آزمایش تحت درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد مطابق با دستورالعمل اجرایی راهبر افسردگی "Rab Zetel" قرار گرفتند. در این مدت هیچگونه مداخله ای روی گروه کنترل انجام نشد. جلسات درمانی گروه درمان شناختی-رفتاری دو بار در هفته و هر دفعه به مدت ۶۰ دقیقه و در مجموع ۱۰ جلسه اجرا گردید (پیوست شماره ۱) همچنین جلسات درمانی گروه درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد دو بار در هفته و هر دفعه به مدت ۹۰ دقیقه و در مجموع ۱۲ جلسه توسط پژوهشگر اجرا گردید (پیوست شماره ۲). بعد از اتمام جلسات آموزشی، پس آزمون بر روی هر سه گروه اجرا گردید. برای تجزیه و تحلیل داده های به دست آمده از تحلیل کوواریانس (آنکوا) و نرم افزار اس پی اس ۲۲ استفاده شد.

تحلیل عوامل جمعیت شناختی

در این بخش برخی از ویژگیهای جمعیت شناختی مثل جنس، سن و تحصیلات آورده شده است. در جدول ۱ آزمودنیها بر اساس جنس در سه گروه درمان شناختی- رفتاری، درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و گروه کنترل نشان داده شده اند.

جدول ۱: ویژگیهای جمعیت شناختی (جنسیت)

گروه جنسیت	درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد	درمان شناختی- رفتاری	گروه کنترل	کل
مرد	۸	۸	۸	۲۴
زن	۴	۴	۴	۱۲

همانطور که در جدول ۱ مشاهده می شود ۱۲ نفر از کل نمونه را زنان و ۲۴ نفر از کل نمونه را مردان تشکیل می دهند. در جدول ۲ محدوده سنی آزمودنی ها نشان داده می شود.

جدول ۲: ویژگیهای جمعیت شناختی (سن)

محدوده سنی	درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد	درمان شناختی- رفتاری	گروه کنترل	کل
۱۵-۲۵	۳	۳	۳	۹
۲۶-۳۵	۴	۴	۴	۱۲
۳۶-۴۵	۳	۳	۳	۹
۴۶-۵۵	۲	۲	۲	۶

همانطور که در جدول ۲ مشاهده می کنید، محدوده سنی آزمودنی ها بین ۱۵-۵۵ سال بود. در جدول ۳ وضعیت تحصیلی آزمودنیها نشان داده شده است.

جدول ۳: ویژگیهای جمعیت شناختی (تحصیلات)

سطح تحصیلات	درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد	درمان شناختی- رفتاری	گروه کنترل	کل
زیر دیپلم	۴	۴	۴	۱۲
دیپلم	۵	۵	۵	۱۵
فوق دیپلم	۲	۲	۲	۶
کارشناسی	۱	۱	۱	۳

همانطور که در جدول ۳ مشاهده می‌کنید تمام آزمودنی‌ها سواد خواندن و نوشتن داشته‌اند.

ابزار جمع‌آوری داده‌ها

پرسشنامه افسردگی دوقطبی

پرسشنامه اختلال دوقطبی دارای ۱۹ گویه می‌باشد. طیف پاسخدهی آن بر اساس لیکرت تنظیم شده است. مقیاس اندازه‌گیری این ابزار از "به هیچ وجه" تا "اکثر اوقات" می‌باشد. پایایی کل پرسشنامه با استفاده از آلفای کرونباخ ۰/۸۱ گزارش شد. همچنین ضرایب همبستگی درونی هر سوال با نمره کل بین ۰/۶۴ تا ۰/۱۸ محاسبه شد. مقیاس درجه بندی دو قطبی نخستین ابزاری است که به طور خاص، برای ارزیابی و سنجش اختلال افسردگی دو قطبی ساخته شده است. گویه‌های این مقیاس از پژوهش‌های پدیدارشناختی اختلال دوقطبی، مرور ادبیات پژوهشی در مورد ماهیت افسردگی دو قطبی و تفاوت‌های آن با افسردگی تک قطبی و تجارب بالینی اعضای انجمن بین‌المللی اختلالات دوقطبی است. در پژوهشی اولیه، تحلیل عاملی ۲۰ گویه مقیاس، سه عامل به دست داد که با عناوین مؤلفه روانشناختی جسمانی و آمیخته افسردگی نام‌گذاری شدند. همگی گویه‌ها با نمره کل ۰/۷۸ - ۰/۱۵ و آماره کاپا ۰/۷۸ - ۰/۲۰ گزارش شده است. پایایی بین‌ارزیاب‌ها برای کل مقیاس و سه مؤلفه روانشناختی، جسمانی و آمیخته به ترتیب ۰/۸۸، ۰/۸۶، ۰/۸۵، ۰/۴۲ و همبستگی نمره کل با سه عامل، به همان ترتیب ۰/۹۴، ۰/۹۰، ۰/۵۰ گزارش شده است. همبستگی ۰/۷۴ با مقیاس درجه بندی افسردگی هامیلتون، ۰/۷۵ با مقیاس درجه بندی مانیای یانگ و ۰/۹۰ با مقیاس درجه بندی افسردگی مونته‌گومری - آسبرگ، که نشانگر روایی سازه آنست. ضریب آلفای کرونباخ کل ابزار هم ۰/۹۲ بدست آمده است. ساختار دو خوشه‌ای نشان داد. دسته اول نشانه‌های افسردگی و دسته دوم نشانه‌های آمیخته بود.

ویژگی‌های روان‌سنجی این آزمون در ایتالیا نشان داد این آزمون دارای ثبات درونی بالا (ضریب آلفای کرونباخ ۰/۸۱) است. روایی و پایایی این آزمون در ایران در نمونه‌ای از بیماران دوقطبی بررسی شده و ضریب آلفای کرونباخ ۰/۸۱ و روایی از راه همبستگی با مقیاس افسردگی مطالعات همه‌گیر شناسی ۰/۷۳ و از راه همبستگی با مقیاس درجه بندی مانیای یانگ، ۰/۸۲ به دست آمده است. مقیاس درجه بندی افسردگی دوقطبی در جمعیت ایرانی همسانی درونی بالایی داشت (۰/۸۱) و روایی آن از طریق همبستگی با پرسشنامه افسردگی بک، ۰/۶۱ و مقیاس درجه بندی افسردگی هامیلتون ۰/۷۱ تأیید شد. خرده‌مقیاس آمیخته با مقیاس درجه بندی مانیای یانگ ۰/۶۹ همبستگی داشت. تحلیل عاملی، سه عامل افسردگی روان‌شناختی، جسمانی و آمیخته را شناسایی کرد که برخی گویه‌های آن با نسخه اصلی متفاوت بود. مناسب‌ترین نقطه برش بالینی ۱۸، نمره با حساسیت

۹۳ درصد و ویژگی ۹۴ درصد بود. در نتیجه، نسخه فارسی مقیاس درجه بندی افسردگی دوقطبی در جمعیت ایرانی از ویژگی های روان سنجی مناسب برخوردار است. در این پژوهش ضریب آلفای کرونباخ ۰/۸۰ بدست آمد.

مقیاس علائم مثبت و منفی اسکیزوفرنی

مقیاس علائم مثبت و منفی اسکیزوفرنی (PANS) توسط (Kay, Fisbin & Opel, 1986) در جهت اندازه گیری شدت نشانه های مثبت و منفی بیماران اسکیزوفرن ساخته شد. این پرسشنامه یک مقیاس پزشکی است که به طور گسترده در بررسی درمان های ضد روانپریشی استفاده شده است. نام این مقیاس به دو دسته نشانه مثبت و منفی اسکیزوفرنی اشاره دارد. این پرسشنامه دارای ۳۰ سوال است و آزمودنی طی یک مقیاس ۵ گزینه ای به صورت اصلا، گاهی، متوسط، زیاد و خیلی زیاد به آن پاسخ می دهد. از این مقیاس برای سنجش علائم مثبت و منفی بیماران مبتلا به اسکیزوفرن استفاده می شود. این مقیاس توسط (Anderson, 1982)، طراحی و استاندارد شده است. مقیاس علائم منفی دارای ۲۰ سوال می باشد که پنج گروه از علائم منفی بیماران مبتلا به اسکیزوفرن شامل محدود شدن عاطفه، فقر کلام، کمبود اراده، بی احساسی، فقدان احساس لذت، نقص توجه و بی تفاوتی اجتماعی را مورد سنجش قرار می دهد. که در انتهای پنج گروه علائم مذکور یک سوال کلی برای سنجش مجموعه علامات وجود دارد و مقیاس اندازه گیری علائم مثبت دارای ۳۰ سوال می باشد که چهار گروه علائم مثبت بیماران مبتلا به اسکیزوفرن شامل توهم، هذیان، رفتارهای غیر عادی و اختلال تفکر صوری را مورد سنجش قرار میدهد.

در پژوهشی که توسط سازندگان پرسشنامه انجام گرفته است، آلفای کرونباخ پرسشنامه ۰/۸۳ گزارش شده است و همبستگی این مقیاس با مقیاس نشانه های مثبت و منفی آندریاسن ۰/۵۸ به دست آمده است (key, fizbin, opler, 1986). اما در دو مطالعه دیگر در ایران ضریب آلفای کرونباخ پرسشنامه ۰/۸۰ (Abolqasemi, 2007) و ۰/۷۷ (Qomari Givi et al., 2010) به دست آمده است و روایی آن نیز با استفاده از تحلیل عاملی قابل قبول گزارش شده است. ضریب آلفای کرونباخ در این پژوهش ۰/۷۸ بدست آمد.

یافته ها

در این پژوهش، متناسب با متغیرهای مورد مطالعه و نوع داده های جمع آوری شده، در مرحله آمار توصیفی، به منظور توصیف آنان شاخص های مناسب نظیر شاخص های گرایش مرکزی، پراکندگی و توزیع نمره ها به تفکیک گروهها، محاسبه و تنظیم شد. در مرحله آمار استنباطی، با توجه به ماهیت مقیاس اندازه گیری که از نوع فاصله ای است و نوع روش جمع آوری اطلاعات که بر

مبنای پژوهش آزمایشی از نوع طرح های پیش آزمون-پس آزمون با گروه کنترل بود، برای تحلیل داده های حاصل از طرحهای آزمایشی در صورت برآورده شدن مفروضه های اساسی از تحلیل کوواریانس آنکوا استفاده شد. داده های به دست آمده از اندازه گیری متغیرهای مختلف، حسب مورد با استفاده از روشهای مناسب آمار توصیفی نظیر میانگین، انحراف معیار و نتایج آزمون نرمالیتی توصیف شدند (جدول ۴).

جدول ۴: آمار توصیفی متغیر افسردگی دوقطبی

متغیر	گروه	درمان شناختی - رفتاری				کنترل
		درمان پذیرش و تعهد		درمان پذیرش و تعهد		
	مراحل	میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	میانگین
افسردگی	پیش آزمون	۵۶/۹۲	۱۷/۲۷	۵۲/۲۵	۱۰/۷۷	۶۳
	پس آزمون	۴۵/۰۸	۱۲/۸۲	۳۲/۰۸	۱۱/۳۳	۵۹/۵۰
	پیگیری	۴۴/۱۷	۱۱/۱۰	۳۲/۴۲	۱۰/۰۸	۵۹/۳۳

برای بررسی مفروضه یکسانی خطای واریانسها از آزمون لوین استفاده گردیده که با توجه به مقدار بدست آمده مفروضه همسانی واریانسها در دو متغیر تایید شد. در فرضیه اثربخشی درمان شناختی رفتاری و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر افسردگی در مرحله پس آزمون بیماران دوقطبی تفاوت معناداری وجود دارد. برای بررسی این فرضیه از تحلیل کوواریانس تک متغیره استفاده شد.

جدول ۵: نتایج آزمون تحلیل کوواریانس مربوط به متغیر افسردگی

متغیر	منبع	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	P	مجذور اتا
افسردگی	پیش آزمون	۱۰۲۸/۶۸	۱	۱۰۲۸/۶۸	۹/۴۸	۰/۰۰۴	۰/۲۳
	گروه	۲۸۸۳/۹۲	۲	۱۴۴۱/۹۶	۱۳/۳۰	۰/۰۰۱	۰/۴۵
	خطا	۳۴۷۰/۱۵	۳۲	۱۰۸/۴۴			
	کل	۸۳۷۲۴	۳۶				

نتایج پس آزمون افسردگی با توجه به نوع گروه ($F=13/30, df=2, P \leq 0.01$) معنی دار بوده است. به این ترتیب که گروه های آزمایش از گروه کنترل کاهش بیشتری داشتند. میزان تاثیر

مداخله ها (درمان ACT, CBT و کنترل) ۰/۴۵ بوده است، بدین معنا که این درمان ها بر بهبود افسردگی تاثیر مثبت داشته است.

بر اساس جدول ۵: نتایج آزمون تحلیل کوواریانس حکایت از اثربخشی روش درمان شناختی - رفتاری و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر کاهش علائم افسردگی در مرحله پس آزمون مبتلایان به اختلال دوقطبی دارد و همچنین بین گروه آزمایش و کنترل تفاوت معنی داری وجود دارد. بنابراین فرضیه اول که بین میانگین نمرات علایم افسردگی در سه گروه درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، درمان شناختی- رفتاری و لیست انتظار در مرحله پیش آزمون و پس آزمون تفاوت وجود دارد، مورد تایید قرار می گیرد.

نتایج آزمون تحلیل کوواریانس بین گروه های آزمایش و کنترل تفاوت معنی داری وجود دارد (P < ۰/۰۵). برای نشان دادن اینکه کدام درمان بر افسردگی اثربخش تر است، از آزمون تعقیبی توکی استفاده شد.

جدول ۶: آزمون تعقیبی توکی بر ای متغیر افسردگی در پس آزمون

P	خطای انحراف از معیار	اختلاف میانگین ها	مقایسه گروه ها
۰/۰۴	۴/۳۹	۱۱/۱۲*	پذیرش و تعهد
۰/۰۳	۴/۳۲	۱۱/۹۷*	شناختی-رفتاری
۰/۰۰۱	۴/۴۸	۲۳/۰۹*	کنترل

بر اساس جدول ۶: مشاهده می شود که در متغیر افسردگی هر دو روش درمان شناختی - رفتاری و درمان پذیرش و تعهد موثر بودند، اما درمان پذیرش و تعهد اثربخشی بیشتری بر روی افسردگی بیماران داشته است.

۲. بین اثربخشی درمان گروهی شناختی رفتاری و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر علائم مثبت و منفی بیماران دوقطبی در مرحله پس آزمون و پیگیری تفاوت معناداری وجود دارد. برای بررسی این فرضیه از تحلیل کوواریانس تک متغیره استفاده شد.

جدول ۷: نتایج آزمون تحلیل کوواریانس مربوط به متغیر علائم مثبت و منفی

مرحله	منبع	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	P	مجذورات
پیش آزمون	۳۰۵/۱۹	۱	۳۰۵/۱۹	۴/۲۱	۰/۰۵	۰/۱۲	اتا
پس آزمون	۹۰۲۱/۹۶	۲	۴۵۱۰/۹۸	۶۲/۳	۰/۰۰۱	۰/۸۰	خطا
کل	۱۱۶۴۶۷	۳۶	۷۲/۴۱				

نتایج پس آزمون علائم مثبت و منفی با توجه به نوع گروه ($F(۳۰/۶۲) = ۲, df = ۳۰/۰۱, P \leq ۰$) معنی دار بوده است. به این ترتیب که گروه های آزمایش از گروه کنترل کاهش بیشتری داشتند. میزان تاثیر مداخله ها (درمان ACT, CBT و کنترل) ۰/۸۰ بوده است، بدین معنا که این درمان ها بر بهبود علائم مثبت و منفی تاثیر مثبت داشته است. بر اساس جدول ۷: نتایج آزمون تحلیل کوواریانس نشان می دهد که بین روشهای درمان شناختی-رفتاری و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر متغیر علائم مثبت و منفی در مرحله پس آزمون در مبتلایان به اختلال دو قطبی بین گروه های آزمایش و کنترل تفاوت معنی داری وجود دارد.

برای نشان دادن اینکه کدام درمان بر علائم مثبت و منفی اثربخش تر است، در این راستا از آزمون تعقیبی توکی استفاده شد. نتایج این آزمون در جدول ۸ درج شده است.

جدول ۸: آزمون تعقیبی توکی برای متغیر علائم مثبت و منفی در مراحل پس آزمون

مرحله	مقایسه گروه ها	اختلاف میانگین ها	خطای انحراف از معیار	P
پس آزمون	پذیرش و تعهد	۹/۲۲*	۳/۵۸	۰/۰۴
	شناختی-رفتاری	۲۸/۴۶*	۳/۴۷	۰/۰۰۱
	کنترل	۳۷/۶۸*	۳/۵۶	۰/۰۰۱

بر اساس جدول ۸: مشاهده می شود که در متغیر متغیر علائم مثبت و منفی اگر چه هر دو روش درمان شناختی - رفتاری و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد موثر بودند، ولی بین دو روش درمانی (درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد) اثربخشی بیشتری بر روی متغیر علائم مثبت و منفی بیماران داشته است.

بحث و نتیجه گیری

این پژوهش با هدف مقایسه اثربخشی دو رویکرد شناختی- رفتاری و درمان مبتنی بر تعهد و پذیرش بر افسردگی و علائم مثبت و منفی در بیماران اختلال دو قطبی انجام شد. نتایج نشان داد که هر دو رویکرد بر کاهش افسردگی و تنظیم علائم مثبت و منفی بیماران دو قطبی موثر بوده اند. اما رویکرد مبتنی بر پذیرش و تعهد بر تنظیم علائم مثبت و منفی اثربخشی بیشتری داشته است. در درمان افسردگی با رویکرد شناختی- رفتاری، شناختهای ناکارآمد افراد، هیجاناتی نظیر اضطراب، نگرانی و حالات خلقی ناپایدار و رفتارهای ناشی از شناختهای معیوب و هیجانات منفی مورد توجه قرار میگیرند. در این رویکرد، به فرد کمک میشود تا بتواند باورهای نادرست درباره خود، دنیا و آینده را شناسایی و اصلاح کند و به دنبال آن از بوجود آمدن هیجانات و رفتارهای منفی

جولوگیری کند. به همین ترتیب بیماران دو قطبی با شناسایی و به چالش کشیدن افکار ناکارآمد خود درباره شکست ها و ناکامی هایشان و آینده ای که در پیش رو دارند و جایگزین کردن آنها با افکار سازنده، آرامش روانی و جسمی بیشتری را تجربه کنند و میتوانند بهتر با دیگران ارتباط برقرار کنند. در نتیجه افسردگی، کاهش می یابد. نتایج بدست آمده از اثربخشی رویکرد شناختی- رفتاری در این تحقیق با نتایج تحقیق

(McHugh, Hearon & Otto, 2003), (Sugarman, Nich, & Carroll, 2010), (Osilla, Hepner, Muñoz, Woo & Watkins, 2010), همخوانی دارد.

افکار خودآیند انگ زننده و خود ملامتگر ممکن است: اضطراب، افسردگی و شرم بیماران را افزایش دهد. چنین نحوه تفکری منجر به اجتناب اجتماعی می شود، که پیوند این عواطف با رفتارهای امنیت جویانه دفاعی (عمدتاً) ممکن است، وخامت علائم مثبت و منفی را تشدید نماید. از آنجا که عوامل چشمگیر محیطی و زیست شناختی در اختلال دوقطبی دخیل اند، شاید مهم ترین نقش رفتار درمانی شناختی در درمان علائم مثبت و منفی اختلالات شدید روانی آن است که این شیوه درمان به بیماران کمک می کند تا با روشی سالم تر و سازگازانه تر مشکلاتشان را دریابند. در ایران حمایت کمی مبنی بر بهبود علائم روانپزشکی در بیماران دوقطبی با درمان شناختی رفتاری وجود دارد، اما پژوهش اثربخشی درمان شناختی - رفتاری در کاهش علائم و بهبود عملکرد بیماران مبتلا به اسکیزوفرنیا که توسط (Sobhani, 2010) انجام شد، نقش مهم روانشناسی بالینی را در بهبود مهمترین علائم این اختلال نشان می دهد. یافته ها حاکی از اثربخشی معنادار برنامه شناختی- رفتاری در کاهش علائم منفی ($p > 0/001$) و علائم مثبت ($p > 0/50$) بیماران بود، که منجر به بهبود عملکرد شناختی و رفتاری ($p > 0/001$) بیماران گردیده در حالیکه در گروه کنترل در هیچ یک از مقیاس ها در سه مرحله ارزیابی تغییری به وجود نیامد. در نتیجه درمان شناختی- رفتاری که مبتنی بر اصول و شرایط فرهنگی اجتماعی باشد، می تواند در بهبود عملکرد رفتاری و شناختی و کاهش علائم بیماری نقش موثری ایفا کند. اما در تبیین کاهش افسردگی و علائم مثبت و منفی با رویکرد مبتنی بر پذیرش و تعهد و اثربخشی بالاتر درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد میتوان گفت: نشخوار فکری و مشغولیت ذهنی به گذشته، هیجانات منفی و نگرانی آنها نسبت به آینده باعث ایجاد فشارهای روانی و اختلالاتی مانند افسردگی، بیماریهای جسمی و روابط اجتماعی نامناسب میشوند و همه این موارد ایجاد کننده علائم مثبت و منفی در بیماران دو قطبی هستند. در رویکرد مبتنی بر تعهد و پذیرش، انعطاف ناپذیری روانشناختی و اجتناب از پذیرش احساسات و افکار آزاردهنده منجر به تقویت این احساسات و افکار و آزار دهندگی بیشتر آنها میشود. در این رویکرد به فرد کمک میشود تا به جای زندگی در گذشته و آینده، تمرکز خود را متوجه زمان حال سازد و بتواند ارزشهای خود را شناسایی کند و حتی با وجود افکار و احساسات آزاردهنده، مطابق ارزشها و اهداف خود عمل کند. در

واقع فرد یاد میگیرد به جای تلاش برای کنترل رویدادهای درونی آنها را بپذیرد و در جهت رسیدن به اهداف و ارزشهای خود گام بردارد. بدین ترتیب عملکرد کلی فرد در سطح فردی و خانوادگی بهبود می یابد. بیماران تحت درمان با این رویکرد می آموزند که به جای غرق شدن در زندگی از دست رفته خود و سختیها و دشواریهایی که ممکن است در آینده با آن مواجه شوند، اهداف منطبق بر ارزشهای خود را شناسایی کنند و حتی با وجود افکار و احساسات فرساینده ای که موجب افسردگی فرد و کاهش کیفیت زندگی او می شوند، متعهدانه به اهداف خود پایبند باشند تا بتوانند بهتر و کارآمدتر زندگی و شرایط خود را مدیریت کنند و در کنار آرامش روانی و جسمانی و روابط اجتماعی بهتر از زندگی سالمتر و شادابتری برخوردار شوند. نتایج بدست آمده با نتایج تحقیق (Hor, Aghaei, Abedi, Attari, 2013), (Robyn, Walser, Karlin, Trocke & Danielle, 2011), (Ebrahimi, Rezaiean, Khoroush & Zargham, 2013) همخوانی دارد.

تفاوت دریافته های پژوهش های مختلف، می تواند به علت تفاوت در حجم نمونه ی مطالعات، ماهیت پیچیده ی عملکردهای اجرایی، بی ثباتی خلقی، طول بیماری، درمان، مصرف دراز مدت دارو، سابقه ی روان پریشی، سطح تحصیلات، سن، سن شروع بیماری، جنس، اختلالات همراه روانپزشکی، مصرف مواد، تعداد اپیزودها، تعداد دفعات بستری، دفعات خودکشی، تعداد اپیزودهای مانیک، تفاوت در روند مطالعه و روند ارزیابی باشد. از مهمترین محدودیت های مطالعه ی حاضر، می توان به کم بودن حجم نمونه و استفاده از نمونه در دسترس اشاره کرد، که با توجه به محدودیت زمانی و بودجه ی کم پژوهش، می تواند باعث کم شدن توان مطالعه ی حاضر در تاثیر تفاوت های معنی دار بین گروه ها شده باشد. لازم است در تفسیر و تعمیم نتایج این مطالعه، موارد ذکر شده مد نظر قرار گیرد. در این راستا پیشنهاد میشود پژوهش حاضر در سایر شهرهای کشور انجام شود و شباهتها و تفاوتهای نتایج آن تحقیقات با نتایج تحقیق حاضر مورد بررسی قرار گیرد.

تشکر و قدردانی

مقاله ی حاضر برگرفته از بخشی از پایان نامه ی دکتری از دانشگاه آزاد اسلامی واحد مرودشت است. از شرکت کنندگان در پروژه، مسؤولان محترم دانشگاه علوم پزشکی شیراز و بیمارستانهای ابن سینا، حافظ و محرری شهر شیراز، سپاسگزاری می گردد. در این پژوهش، از کمک مالی هیچ نهاد و سازمانی استفاده نشده است.

References:

- Aazemy Zeinal, Akram; Ghaffari, Azra and Oriental, Afshan, (2016). The Effectiveness of Acceptance and Commitment Therapy on Depression, Physical Health, Mental Health of Hemodialysis Patients, Third International Conference on Psychology, Educational Sciences and Lifestyle, Torbat Heydarieh, Torbat Heydarieh University
- Abolghasemi, Abbas (2007). Relationship between Metacognitive Beliefs and Positive and Negative Symptoms in Schizophrenic Patients. *Daneshvar Behavior*, 14 (25), 1-10.
- Abolghasemi, Abbas (1986). The Relationship between Metacognitive Beliefs with Positive and Negative Symptoms in Schizophrenic Patients, Two Manuscripts in *Daneshvar Behavior*, Shahed University, 25(4).
- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (DSM-5)*. Translate by yahya seyed Mohammadi (1393), ۴^م جلد. □□□□□□: □□□□□□. [□□ □□□□□□□□].
- Anderson, J. R. (1982). Acquisition of cognitive skill. *Psychological review*, 89 (4), 369.
- Arch, J. J., Eifert, G. H., Davies, C., Vilardaga, J. C., Rose, R. D., & Craske, M. G. (2012). Randomized clinical trial of cognitive behavioral therapy (CBT) versus acceptance and commitment therapy (ACT) for mixed anxiety disorders. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 80, 750–765.
- A-Tjak, J. G., Davis, M. L., Morina, N., Powers, M. B., Smits, J. A., & Emmelkamp, P. M. (2015). A meta-analysis of the efficacy of acceptance and commitment therapy for clinically relevant mental and physical health problems. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 84, 30-36.
- Basco, MR; & Rush, AJ. (2005). comorbid schizophrenia and substance use disorders. *Cognitive- Behavioral Therapy for Bipolar Disorder*, 2Am J Psychiatry, 158, 1706-1713.
- Crump, C., Sundquist, K., Winkleby, M. A., & Sundquist, J. (2013). Comorbidities and mortality in bipolar disorder: a Swedish national cohort study. *JAMA psychiatry*, 70(9), 931-939.
- Cuerda C, Velasco C, Merchan NJ, Garcia-Peris P, Arango C. (2014). The effects of second-generation antipsychotics on food intake, resting energy expenditure and physical activity. *Eur J Clin Nutr*.
- Dadash zadeh, Hossein, Arfaei, Asghar, Mousavi Kia, Shallah and Alizadeh, Amina (2013). To review and compare the quality of life of patients with major depression and bipolar mood disorders during the relative recovery stage and healthy people. *Urmia Medical Journal*, 34(5), 363-359

- Deckersbach, T., Hölzel, B. K., Eisner, L. R., Stange, J. P., Peckham, A. D., Dougherty, D. D., Nierenberg, A. A. (2012). Mindfulness-based cognitive therapy for nonremitted patients with bipolar disorder. *CNS Neuroscience & Therapeutics*, 18, 133–141.
- Ebrahimi, Amrullah, Rezaiean, Masoumeh, Khoroush, Mehdi and Zargham, Mahtab. (2013). The Effectiveness of Acceptance and Commitment Therapy (ACT) on Accepting Pain, Quality of Life, and Reducing Pain Related Anxiety in Patients with Chronic Pelvic Acne.
- Forman, E. M., Shaw, J. A., Goetter, E. M., Herbert, J. D., Park, J. A., Yuen, E. K. (2012). Long-term follow-up of a randomized controlled trial comparing acceptance and commitment therapy and standard cognitive behavior therapy for anxiety and depression. *Therapy*, 43, 801–811.
- Gamari Givi, Hossein, Heshmati, Rasool; and Habibi, Mojtaba (2010). Identification of Indicator Signs in Psychosocial Disorders: Schizophrenia, Basic Depression and Bipolar Disorders. *Applied Psychology*, 39.4-21.
- Gamari Givi, Hossein Molavi, Parviz. Heshmaty, Prophet (2011). Investigating factor structure of the positive and negative symptoms scale in Schizophrenia spectrum disorders, *Journal of Clinical Psychology*, 2 (2), 1-۱۰.
- Ganji, Mehdi (2015). *Psychological Psychology Volume I*. Ganji, Hamze (edited), Ahmadi, Reza (edited), Komasi, Saeed (edited), Savalan Publishing.
- Green, M. F. (2006). Cognitive impairment and functional outcome in schizophrenia and bipolar disorder. *The Journal of clinical psychiatry*, 67, 38.
- Gregg, J. A., Callaghan, G. M., Hayes, S. C., & Glenn-Lawson, J. L. (2007). Improving diabetes selfmanagement through acceptance, mindfulness, and values: A randomized controlled trial. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 75, 336–343.
- Hamidian Jahromi, Saha (2016). Effect of acceptance and commitment therapy, on resilience, quality of life, pain, and excitement rates of patients with multiple sclerosis. Government - Ministry of Science, Research, Technology - Tabriz University - Faculty of Psychology and Educational Sciences.
- Havermans R, Nicolson NA, Devries MW. (2007). Daily hassles, uplifts, and time use in individuals with bipolar disorder in remission. *The Journal of Nervous and Mental Disease*. 195(9): 745-51.
- Hayes, S. C., Luoma, J. B., Bond, F. W., Masuda, A., & Lillis, J. (2006). Acceptance and commitment therapy: Model, processes, and outcomes. *Behaviour Research and Therapy*, 44(1), 1–25.

- Hayes, S. C., Wilson, K. G., Gifford, E. V., Follette, V. M., & Strosahl, K. (1996). Experiential avoidance and behavioral disorders: A functional dimensional approach to diagnosis and treatment. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 64, 1152–1168.
- Hor Maryam, Aghaei Asghar, Abedi Ahmad, Attari Abbas (2013). The effect of treatment-based treatment and adherence therapy on depression in patients with type 2 diabetes. *Journal of Research in Behavioral Sciences*. Vol. 11, No. 2 (30); 121-128
- Johnston, M., Foster, M., Shennan, J., Starkey, N. J., & Johnson, A. (2010). The effectiveness of an acceptance and commitment therapy self-help intervention for chronic pain. *The Clinical Journal of Pain*, 26, 393–402.
- Khabaz Hosseini, Narges (2016). Dissertation of the Effectiveness of Group Therapy on Acceptance and Commitment to Increasing Cognitive Excitement Order, Resilience, and Reducing Experiential Avoidance in Women with Breast Cancer. Thesis. Government - Ministry of Science, Research, Technology - Ferdowsi University of Mashhad Faculty of Psychology and Educational Sciences.
- Kung CH, Lee SY, Chang YHW, Chen SL, Chen SH, Yang YK. Poorer 13 Sustained attention in bipolar I than bipolar II disorder. *Ann gen psychiatry*. ۲۰۱۰ □ ۹(۸): ۱-۷.
- Masaieli Naseri, Afshar Hamid, Molavi Hossein, Malekian Azadeh, Barkatin Majid. (2012). Psychometric properties of the mood disorder questionnaire in Isfahan, *Journal of Behavioral Sciences Research*, 2012, Volume 10, Number 4, 250-257
- McCracken, L. M., Vowles, K. E., & Eccleston, C. (2005). Acceptance-based treatment for persons with complex, long-standing chronic pain: A preliminary analysis of treatment outcome in comparison to a waiting phase. *Behaviour Research and Therapy*, 43, 1335–1346.
- McHugh, R. K., Hearon, B. A., & Otto, M. W. (2003). Cognitive Behavioral Therapy for Substance Use Disorders. *Psychiatric Clinics of North America*.
- Miklowitz, D. J. (2008). Adjunctive psychotherapy for bipolar disorder: State of the evidence. *American Journal of Psychiatry*, 165, 1408–1419
- Osilla, K. C., Hepner, K. L., Muñoz, R. F., Woo, S., & Watkins, K. (2010). Developing an Integrated treatment for substance use and depression using cognitive behavioral therapy. *Journal of Substance Abuse Treatment*.
- Otto MW, Harrington NR, Sachs GS.(2002). Psychoeducational and cognitive-behavioral strategies in the management of the bipolar disorder, doi.1(10);101-165.

- Pompili, M., Gonda, X., Serafini, G., Innamorati, M., Sher, L., Amore, M., & Girardi, P. (2013). Epidemiology of suicide in bipolar disorders: a systematic review of the literature. *Bipolar disorders*, 15(5), 457-490.
- Rizvi S, Zaretsky AE.(2007).Psychotherapy through the phases of bipolar disorder evidence for general efficacy and differential effects. *J Clin Psychiatry* (63): 491-506.
- Robyn, D., Walser, D. W., Garvert, E., Karlin, M., Trocke, I., & Danielle, M. (2011). Effectiveness of acceptance and commitment therapy in treating depression and suicidal ideation in veterans.
- Sadock B.J. and Sadock V.A.(2007). Kaplan & Sadock's synopsis of psychiatry: behavioral sciences / clinical psychiatry.
- Sanchez-Moreno, J. Martinez-Aran, A. Tabarés-Seisdedos, R. Torrent, C. Vieta E, Ayuso-Mateos J.L. (2009). Functioning and disability in bipolar disorder: an extensive review. *Psychother Psychosom*, 78(5): ۲۸۵-۹۷.
- Scott J, Garland A, Moorhead S.(2001). A pilot study of cognitive therapy in bipolar disorders. *Psycholo Med*. (31): 459-467.
- Scott, J., Paykel, E., Morriss, R., Bentall, R., Kinderman, P., Johnson, T., Hayhurst, H. (2006). Cognitive-behavioral therapy for severe and recurrent bipolar disorders: Randomised controlled trial. *The British Journal of Psychiatry*, 188, 313-320.
- Serreti A., & Olgiati, P. (2003). The psychotic spectrum, Validity & Reliability of the structured clinical interview for the Psychotic spectrum. *Schizophrenia Research*.75: 375-388.
- Sobhani, Marzieh. (2010). Effect of Cognitive-Behavioral Therapy on Reducing Symptoms and Improving the Function of Patients with Schizophrenia. Article 6, Volume 1, Issue 1, Pages 101-128
- Sugarman, D. E., Nich, C., & Carroll, K. M. (2010). Coping strategy use following computerized cognitive-behavioral therapy for substance use disorders. *Psychology of Addictive Behaviors*.
- Szentagotai, A., & David, D. (2010). The efficacy of cognitive-behavioral therapy in bipolar disorder. *The Journal of Clinical Psychiatry*, 71, 66-72.
- Thorsell, J., Finnes, A., Dahl, J., Lundgren, T., Gybrant, M., Gordh, T., & Buhrman, M. (2011). A comparative study of 2 manual-based self-help interventions, acceptance and commitment therapy, and applied relaxation, for persons with chronic pain. *The Clinical Journal of Pain*, 27, 716-723.
- Van Dijk, S. Jeffrey, J. Katz, M. (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, (35), ۳۸۶-۳۹۳.

Zaretsky, A.(2003). Targeted psychosocial interventions for bipolar disorder.

Zivanovic O, Nedic A.(2012). Kraepelin's concept of manic-depressive insanity: One hundred years later. *J of affect disorder*. (137): 1-3,15° 24.

پیوستها

پیوست شماره ۱: جلسات محتوای درمان شناختی_رفتاری مدیریت بیماری دو قطبی بر اساس

رویکرد درمانی باسکو و راش

جلسه اول	معارفه و آشنایی با یکدیگر - اطلاعات کلی برنامه، توضیح در مورد ساختار برنامه، معارفه اعضای گروه و آشنایی با نحوه ی کار و قوانین گروه - معرفی کلی رفتار درمانی شناختی تعیین اهداف درمانی و انتظارات بیمار از درمان. تعیین تکلیف - خلاصه کردن - باز خورد گرفتن- پذیرایی
جلسه دوم	بررسی تکالیف جلسه قبل - پل زدن از جلسه قبل - تعیین دستور جلسه جاری - بحث پیرامون موضوعاتی که در دستور جلسه است - آموزش الگوی رفتار درمانی شناختی بطور کامل به بیمار - ارائه برگه های ثبت افکار ناکارآمد به بیمار - آموزش در مورد بیماری - تعیین تکلیف - خلاصه سازی- بازخورد و پذیرایی
جلسه سوم	مرور تکلیف جلسات قبل - پل زدن از جلسات قبل - تعیین دستور جلسه جاری- شناخت علائم، شناسایی زودرس بروز علائم و پیشگیری از عود - دادن تکلیف- خلاصه سازی- بازخورد و پذیرایی
جلسه چهارم	خلاصه کردن و جمع بندی مطالب جلسات قبل - درمان دارویی و مدیریت آن و راهبردهای افزایش پذیرش درمان- تعیین تکلیف - خلاصه سازی نهایی - بازخورد و پذیرایی
جلسه پنجم	مرور تکلیف جلسات قبل - پل زدن از جلسات قبل - تعیین دستور جلسه جاری -مدیریت سبک زندگی (کنترل رفتارهای بر انگیزاننده ی عود و افزایش رفتارهای مثبت در سبک زندگی -تعیین تکلیف - خلاصه کردن - باز خورد گرفتن- پذیرایی
جلسه ششم	مرور تکلیف جلسات قبل - پل زدن از جلسات قبل - تعیین دستور جلسه جاری -مدیریت رفتارهای منفی ، برنامه ریزی تدریجی فعالیتها برای کاهش بی علاقگی- تعیین تکلیف - خلاصه کردن - باز خورد گرفتن-
جلسه هفتم	مرور تکلیف جلسات قبل - پل زدن از جلسات قبل - تعیین دستور جلسه جاری - مداخلات شناختی (شناخت باورها و افکار خودکار منفی و ارتباط آن با احساسات و رفتارها- تعیین تکلیف - خلاصه کردن - باز خورد گرفتن- پذیرایی
جلسه هشتم	مرور تکلیف جلسات قبل - پل زدن از جلسات قبل - تعیین دستور جلسه جاری - مداخلات شناختی (اصلاح افکار تحریف شده و ناکارآمد) و اصلاح باورهای مرتبط با بیماری که بر عزت نفس تاثیر میگذارند- تعیین تکلیف، خلاصه کردن، باز خورد
جلسه نهم	مرور تکلیف جلسات قبل - پل زدن از جلسات قبل - تعیین دستور جلسه جاری - مدیریت استرس و کنترل هیجانات- تعیین تکلیف - خلاصه کردن - باز خورد گرفتن- پذیرایی
جلسه دهم	حل مسئله و تعارض در مشکلات بین فردی

پیوست شماره ۲: جلسات محتوی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد مطابق با دستورالعمل اجرایی

راهبر افسردگی "راب زتل"

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

