

اثربخشی طرحواره درمانی هیجانی بر تکانشگری و علائم خلقی زنان مبتلا به اختلال دوقطبی

عارفه عرفان^۱، سیما قزلباش^۲، مهناز کاظمیان^۳، احمدعلی نوربالا^۴

مقاله پژوهشی

چکیده

زمینه و هدف: این پژوهش باهدف بررسی اثربخشی طرحواره درمانی هیجانی بر تکانشگری و علائم خلقی زنان مبتلا به اختلال دوقطبی نوع یک و دو اجرا شد.

مواد و روش‌ها: پژوهش حاضر مطالعه‌ای نیمه تجربی با طرح پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری با گروه کنترل بود که بر روی ۳۰ بیمار مبتلا به اختلال دوقطبی مراجعه‌کننده به بیمارستان فارابی شهر اصفهان در سال ۱۳۹۵ انجام شد. نمونه‌ها با استفاده از روش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب و به صورت تصادفی در دو گروه آزمایش و کنترل قرار داده شدند (هر گروه ۱۵ نفر). آزمودنی‌ها در سه مرحله پیش‌آزمون، پس‌آزمون و سه ماه بعد به پرسشنامه‌های تکانشگری بارت، همیلتون و مقیاس مانیای یانگ پاسخ دادند. گروه آزمایش طی ۱۴ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای علاوه بر دارودرمانی، طرحواره درمانی هیجانی به شیوه گروهی را دریافت نمودند درحالی‌که گروه کنترل هیچ درمان شناختی دریافت نکردند. داده‌ها با استفاده روش‌های آمار توصیفی و تحلیل کوواریانس چند متغیره و با استفاده از نرم‌افزار آماری SPSS نسخه ۱۶ تجزیه و تحلیل شد.

یافته‌ها: نتایج نشان داد که طرحواره درمانی هیجانی بر ابعاد تکانشگری و علائم خلقی افسردگی و مانیا در بیماران مبتلا به اختلال دوقطبی تأثیر آماری معناداری داشت ($p \leq 0.05$) و این اثربخشی در پیگیری سه ماه بعد نیز همچنان پایداری خود را در گروه مداخله حفظ کرد.

نتیجه‌گیری: به کارگیری طرحواره درمانی هیجانی در کنار دارودرمانی می‌تواند مداخله‌ای مؤثر برای درمان علائم خلقی و تکانشگری بیماران مبتلا به اختلال دوقطبی باشد.

واژه‌های کلیدی: طرحواره درمانی هیجانی، تکانشگری، خلق، اختلال دوقطبی.

ارجاع: عرفان عارفه، قزلباش سیما، کاظمیان مهناز، نوربالا احمدعلی. اثربخشی طرحواره درمانی هیجانی بر تکانشگری و علائم خلقی زنان مبتلا به اختلال دوقطبی. مجله تحقیقات علوم رفتاری ۱۳۹۸؛ ۱۷(۳): ۳۸۸-۳۹۹.

پذیرش مقاله: ۱۳۹۸/۰۶/۱۴

دریافت مقاله: ۱۳۹۷/۰۷/۲۱

۱- دانشجوی دکتری تخصصی روانشناسی، دانشکده روانشناسی و علوم تربیتی، واحد اصفهان (خوراسگان)، دانشگاه آزاد اسلامی، اصفهان، ایران.

۲- مربی، گروه روانپرستاری، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، اصفهان، ایران.

۳- کارشناس ارشد روانشناسی بالینی، بیمارستان روانپزشکی فارابی اصفهان، اصفهان، ایران.

۴- استادیار، گروه روانپزشکی، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی- درمانی تهران، تهران، ایران.

Email: ghazelbash@nm.mui.ac.ir

نویسنده مسئول: سیما قزلباش

مقدمه

اختلال دوقطبی (Bipolar disorder) یک بیماری مزمن با میزان برگشت‌پذیری بالا و ناتوانی کلی قابل توجه است (۱). در ویرایش پنجم راهنمای تشخیصی و آماری اختلال‌های روانی (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders)، ملاک‌های تشخیصی اختلال دوقطبی نوع I معرف برداشتی نوین از اختلال افسردگی-مانیک یا روان‌پریشی خلقی است که در قرن نوزدهم شرح داده شده بود. طبق DSM-5 برای تشخیص اختلال دوقطبی I حداقل یک دوره‌ی مانیا در طول عمر ضروری است؛ و برای تشخیص‌گذاری اختلال دوقطبی II وجود حداقل یک دوره‌ی افسردگی اساسی و هیپومانیا ضرورت دارد. نمونه‌های بالینی نشان می‌دهند که اختلال دوقطبی II در زنان شایع‌تر از مردان است؛ اما نسبت مردان به زنان در اختلال دوقطبی I برابر است (۲). اختلال دوقطبی از یک سلسله علائم و نشانه‌ها تشکیل یافته است که هفته‌ها و ماه‌ها دوام می‌یابد و سبب تغییرات مشخصی در کارکرد فرد می‌شود. تکانش‌گری (Impulsivity) یکی از ویژگی‌های شایع اختلال دوقطبی بشمار می‌رود (۳ و ۴). نتایج پژوهش‌ها روی بیماران مبتلا به اختلال دوقطبی و افراد سالم نشان می‌دهد که مشکلات بازداری رفتاری (Behavioral inhibition) و تکانش‌گری در بیماران مبتلا به اختلال دوقطبی بیشتر از افراد سالم است (۵ و ۶). تکانش‌گری مفهومی چندبعدی است که به صورت گرایش به واکنش سریع و بدون توجه به عواقب آن تعریف می‌شود (۶). تکانش‌گری منجر به رفتارهایی می‌شود که از لحاظ اجتماعی نامناسب و ناسازگار (Maladaptive) است (۷). علاوه بر تکانش‌گری، بیماران مبتلا به اختلال دوقطبی در دوره‌ی مانیا علائمی را تجربه می‌کنند که عبارت‌اند از: افزایش اعتمادبه‌نفس یا خودبزرگ‌بینی، کاهش نیاز به خواب، پرحرفی بیش‌ازحد معمول، پرش افکار، حواس‌پرتی، افزایش فعالیت‌های معطوف به هدف (اجتماعی، شغلی و تحصیلی یا جنسی) یا سراسیمگی روانی-حرکتی (فعالیت‌های بدون هدف و بی‌فایده) و اشتغال مفرط به فعالیت‌هایی که می‌تواند پیامدهای دردناک زیادی برای فرد ایجاد کند (مانند ولخرجی بی‌حدوحدصر، بی‌مبالاتی جنسی یا سرمایه‌گذاری‌های تجاری احمقانه) (۲). علائمی را هم که

بیماران مبتلا به اختلال دوقطبی در دوره‌ی افسردگی تجربه می‌کنند عبارت‌اند از: خلق افسرده در اکثر اوقات شبانه‌روز، کاهش بارز علائق یا لذات، کاهش وزن قابل‌ملاحظه، بی‌خوابی یا پرخوابی، سراسیمگی یا کندی روانی حرکتی، خستگی یا از دست دادن انرژی، احساس بی‌ارزشی یا احساس گناه مفرط، کاهش توانایی تفکر یا تمرکز، یا بی‌تصمیمی، و افکار خودکنده دربار‌ه‌ی مرگ، افکار مکرر خودکشی بدون نقشه‌ی خاصی، اقدام به خودکشی یا داشتن نقشه‌ای معین برای انجام خودکشی (۲).

با توجه به این‌که تغییرات سریع خلقی و تکانش‌گری در اختلال دوقطبی عاملی برای اقدام به خودکشی و اختلالات مصرف مواد این بیماران محسوب می‌شود، شناسایی مداخلات درمانی مناسب برای کاهش علائم خلقی و تکانش‌گری بیماران مبتلا به اختلال دوقطبی ضروری به نظر می‌رسد. بی‌تردید درمان اصلی اختلال دوقطبی به کمک داروها انجام می‌شود. لیتیوم مؤثرترین درمان دارویی برای اختلال دوقطبی بشمار می‌رود. لیتیوم، علائم خلقی، تکانش‌گری و رفتارهای پرخاشگرانه بیماران مبتلا به اختلال دوقطبی را کاهش می‌دهد (۸)؛ اما پژوهش‌ها نشان می‌دهد که بیماران مبتلا به اختلال دوقطبی باوجود مصرف دارو، باز دوره‌های عود را تجربه می‌کنند (۱)؛ بنابراین برای افزایش اثربخشی داروها نیاز به مداخلات روانی-اجتماعی کمکی مؤثر و متناسب با بیماران مبتلا به اختلال دوقطبی است. شواهد قابل‌توجهی برای اثربخشی مداخلات روانی اجتماعی بر اختلال دوقطبی وجود دارد.

نتایج پژوهش‌ها نشان می‌دهد که آموزش روانی، درمان شناختی-رفتاری، درمان ریتم بین فردی و اجتماعی (Interpersonal and social rhythm therapy)، رفتاردرمانی دیالکتیکی (Dialectical behavior therapy)، درمان شناختی مبتنی بر ذهن‌آگاهی (Mindfulness-based cognitive therapy) و درمان متمرکز بر خانواده در کاهش علائم افسردگی بیماران مبتلا به اختلال دوقطبی تأثیر دارد (۹). دلایلی وجود دارد که نشان می‌دهد طرح‌واره درمانی هیجانی (Emotional schema therapy) می‌تواند به بیماران مبتلا به اختلال دوقطبی کمک کند. پژوهش‌ها نشان می‌دهد بین تکانش‌گری و دشواری در تنظیم هیجانات رابطه وجود دارد (۱۰). دشواری در تنظیم

جدیدتری باز کرده است. طرحواره درمانی هیجانی که شکلی از درمان شناختی - رفتاری بشمار می‌رود یکی از این درمان‌هاست؛ بنابراین انجام پژوهش‌هایی برای بررسی اثر طرحواره درمانی هیجانی بر بیماران مبتلا به اختلال دوقطبی ضروری به نظر می‌رسد. انجام این مهم به درمانگران کمک می‌کند تا درمان‌های متناسب با بیماران مبتلا به اختلال دوقطبی را به کار گیرند. بررسی‌های به عمل آمده نشان داد که تاکنون در زمینه‌ی اثربخشی طرحواره درمانی هیجانی بر علائم خلقی و تکانش-گری بیماران مبتلا به اختلال دوقطبی پژوهشی انجام نگرفته است. بر همین اساس هدف این پژوهش بررسی اثربخشی طرحواره درمانی هیجانی بر علائم خلقی و تکانش‌گری زنان مبتلا به اختلال دوقطبی بود.

مواد و روش‌ها

روش این پژوهش، نیمه آزمایشی و با طرح پیش‌آزمون - پس‌آزمون با گروه کنترل و پیگیری است. جامعه آماری، عبارت است از کلیه‌ی بیماران مبتلا به اختلال دوقطبی که در بهار و تابستان ۱۳۹۴ به بیمارستان فارابی شهرستان اصفهان مراجعه کردند. تعداد ۳۰ نفر که دارای ملاک ورود به مطالعه بودند شامل: ۱- تشخیص اختلال دوقطبی نوع یک یا دو بر اساس راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی توسط روان‌پزشک، ۲- سن بین ۲۰ تا ۴۵ سال، ۳- سطح تحصیلات حداقل دیپلم، ۴- تمایل به شرکت در مطالعه و ملاک خروج شامل: غیبت بیش از دو جلسه و عدم همکاری در جلسات درمان، به صورت در دسترس انتخاب و به صورت تصادفی در دو گروه آزمایش (۱۵ نفر) و گروه کنترل (۱۵ نفر) قرار گرفتند. اعضای نمونه که با در نظر گرفتن ملاک‌های شمول برای مطالعه مناسب تشخیص داده شدند، فرم رضایت آگاهانه برای شرکت در درمان را امضاء کرده و وارد درمان شدند. گروه آزمایش علاوه بر درمان دارویی، به مدت ۱۴ هفته (هفته‌ای یک جلسه و به مدت ۹۰ دقیقه) طرحواره درمانی هیجانی دریافت کردند و گروه کنترل فقط درمان دارویی دریافت کرده و در گروه انتظار برای طرحواره درمانی هیجانی قرار گرفتند. بیماران یک‌بار قبل از مداخله و یک‌بار بعد از درمان و سه ماه پس‌از آن با استفاده از پرسشنامه بارت (barratt impulsiveness scale)، پرسشنامه همیلتون

هیجانان هم زمینه‌ساز بروز اختلال دوقطبی است (۱۳-۱۱) و طرحواره درمانی هیجانی یکی از مؤثرترین روش‌ها برای بهبود دشواری در تنظیم هیجانان بشمار می‌رود (۱۴). طرحواره درمانی هیجانی که شکلی از درمان شناختی - رفتاری است (۱۵) به بیماران در ابراز و پردازش هیجانان کمک می‌کند و دشواری در تنظیم هیجانان را کاهش می‌دهد (۱۴). طرحواره درمانی، رویکردی یکپارچه‌نگر است که از طریق کاهش دادن شدت خاطرات هیجانی به وجودآورنده‌ی طرحواره و کاهش دادن شدت حساسیت بدنی و فیزیکی، تغییر الگوهای شناختی مرتبط با طرحواره و جایگزین کردن سبک‌های مقابله‌ای ناسازگار با الگوهای رفتار سازگاران به فرد کمک می‌کند (۱۵). درحالی‌که طرحواره درمانی هیجانی پیشنهاد می‌کند که درمان می‌تواند بر اهداف کارآمدی فردی، معنادارتر شدن زندگی و دستیابی به اهداف مطلوب متمرکز باشد. بر اساس این درمان، ایجاد توانایی تحمل هیجانان سخت، باعث پایان آن خواهد شد و بیش از تمرکز بر کاهش هیجان نامطلوب به فرد کمک می‌کند (۱۶). پژوهش‌ها نشان می‌دهد که طرحواره درمانی به عنوان یک درمان روان‌شناختی مکمل با دارودرمانی در کاهش علائم خلقی (افسردگی و مانیا) بیماران مبتلا به اختلال دوقطبی مؤثر است (۱۷ و ۱۸). یافته‌ها همچنین از اثربخشی تکنیک‌های طرحواره درمانی هیجانی از جمله ذهن آگاهی و پذیرش بر علائم خلقی بیماران مبتلا به اختلال دوقطبی حکایت می‌کند. نتایج پژوهشی روی بیماران مبتلا به اختلال دوقطبی نشان می‌دهد که مداخلات مبتنی بر پذیرش، علائم افسردگی این بیماران را کاهش می‌دهد (۱۶). نتایج پژوهش‌ها همچنین نشان می‌دهد که مداخلات مبتنی بر ذهن آگاهی، علائم اضطراب (۱۷ و ۱) و افسردگی (۲۳-۱۸) بیماران مبتلا به اختلال دوقطبی را کاهش می‌دهد و توانایی تنظیم هیجانان آن‌ها را بهبود می‌بخشد (۱۷ و ۲۱). مداخلات مبتنی بر ذهن آگاهی باعث کاهش تکانش‌گری نیز می‌شود (۲۴).

در جمع‌بندی مبانی نظری و پژوهشی انجام شده می‌توان گفت درمان شناختی - رفتاری با شواهد تجربی زیاد یکی از درمان‌هایی است که برای بیماران مبتلا به اختلال دوقطبی بکار گرفته شده است؛ اما یافته‌ها اثربخشی قطعی این درمان را تأیید نکرده‌اند (۲۵). این مسئله راه را برای راهبردهای درمانی

تفکیکی این مقیاس کافی ارزیابی شده است. در یک نمونه ایرانی ضریب همبستگی بین پرسشنامه افسردگی همپلتون و بک ۰/۶۶ گزارش شد (۲۸). ضریب آلفای کرونباخ در این پژوهش ۰/۸۱ به دست آمد.

مقیاس مانیای یانگ (Young Mania Rating Scale)

Scale: این مقیاس برای سنجش شدت مانیا استفاده می‌شود و مبتنی بر شرایط طبی بیمار طی ۴۸ ساعت اخیر است دارای ۱۱ ماده باهدف تعیین شدت نابهنجاری در بیمار بوده و دامنه مقیاس بین ۰ تا ۶۰ می‌باشد. عدد بالا نشانگر شدت بالای مانیاست. این مقیاس ابزاری معتبر بوده و دارای قابلیت مناسب در کارهای بالینی پژوهشی است. اعتبار و پایایی این پرسشنامه روی نمونه ایرانی نشان داده که آلفای کرونباخ روی نمونه ایرانی ۰/۷۲ و برای گروه بیماران ۰/۶۳ و برای گروه بهنجار و پایایی بین ارزیاب‌ها برابر ۰/۹۲ به دست آمده است. همچنین نتایج نشان داده که مقیاس شیدایی یانگ ابزاری پایا و با روایی حساسیت و ویژگی‌های روان‌سنجی قابل قبول بوده و دارای قابلیت کاربرد در کارهای بالینی و پژوهشی است (۲۹). ضریب آلفای کرونباخ در پژوهش حاضر ۰/۷۳ به دست آمد.

روند اجرای پژوهش به این صورت بود که پس از مراجعه بیماران به بیمارستان و تشخیص اختلال توسط روان‌پزشک و ارجاع به روانشناس بالینی، رضایت‌نامه کتبی از بیماران گرفته شد و به صورت تصادفی در گروه آزمایش و کنترل قرار گرفتند. پانزده نفر گروه آزمایش علاوه بر درمان دارویی، طرح‌واره درمانی هیجانی دریافت کردند و ۱۵ نفر گروه کنترل فقط درمان دارویی دریافت کردند. لازم به ذکر است در گروه آزمایش یک نفر ریزش وجود داشت و با توجه به پیش فرض برابری گروه‌ها، در آزمون کوواریانس یک نفر هم به صورت تصادفی از گروه کنترل حذف شد و داده‌های ۲۸ نفر از بیماران مورد تحلیل قرار گرفت. بیماران گروه آزمایش طی ۱۴ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای و بر اساس بسته درمانی طرح‌واره‌های هیجانی لیهی مداخله دریافت کردند. بیماران ابزارهای پژوهش را در سه مرحله (پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری سه‌ماهه) تکمیل کردند و از آن‌ها خواسته شد به تمام سؤالات پاسخ دهند و اگر سؤالی مبهم بود از روانشناس سؤال کنند. داده‌های جمع‌آوری شده توسط نرم‌افزار SPSS نسخه ۲۳ مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

(Depression Scale Hamilton) و مقیاس مانیای یانگ (Young Mania Rating Scale) مورد آزمون قرار گرفتند. همه‌ی جلسات درمانی به صورت گروهی و در بیمارستان فارابی بر اساس صورت جلسه و راهنمای درمانی برگزار شد. لازم به ذکر است یک نفر ریزش در گروه آزمایش وجود داشت که با توجه به برابری گروه‌ها یک نفر هم به صورت تصادفی از گروه کنترل حذف شد. محتوای جلسات درمان در جدول ۱ ارائه شده است. با توجه به آنچه در محتوای جلسات درمانی مشاهده می‌شود، درمانگر مهارت را برای بیماران با مثال‌هایی از خود بیماران جهت روشن و عینی کردن هر نکته آموزش داد.

پرسشنامه بارت (barratt impulsiveness scale)

scale: نسخه‌ی یازدهم مقیاس تکانش‌گری که یک مقیاس خود گزارش دهی با ۳۰ سؤال است آزمودنی در این پرسشنامه به هر یک از ماده‌های این پرسشنامه با مقیاس ۴ درجه‌ای لیکرت (۱- هیچ‌گاه/ بندرت، ۲- گاهی اوقات، ۳- اغلب، ۴- اکثر اوقات/ همیشه) تنظیم شده است؛ پاسخ می‌دهد. ۱۱ ماده به صورت معکوس نمره‌گذاری می‌شود. حداقل نمره ۳۰ و حداکثر ۱۲۰ است. جاوید و همکاران (۲۶) این مقیاس را بروی ۲۵۹ نفر از دانشجویان اجرا کردند که نتایج حاکی از وجود سه عامل با نام تکانش‌گری توجهی، تکانش‌گری حرکتی و عدم برنامه‌ریزی بود. همچنین اعتبار کل پرسشنامه از طریق آلفای کرونباخ ۰/۷۷ و بازآزمایی ۰/۸۱ به دست آمد (۲۶). در مجموع می‌توان گفت این پژوهش حمایت تجربی کافی برای استفاده از این مقیاس در موقعیت‌های پژوهشی و بالینی را در ایران فراهم می‌کند (۲۵).

پرسشنامه همپلتون (Depression Hamilton Scale)

Scale: این پرسشنامه اولین بار در سال ۱۹۶۰ توسط Hamilton برای ارزیابی افسردگی ساخته شد. جز اولین مقیاس‌هایی است که برای افسردگی تهیه شده است. این مقیاس توسط درمانگر اجرا می‌شود و باهدف ارزیابی شدت افسردگی در بیماران. ارزیاب بعد از انجام مشاهدات بالینی به درجه‌بندی کمی علائم مختلف افسردگی می‌پردازد و هر ماده را روی یک مقیاس ۵ درجه‌ای نمره‌گذاری می‌کند. نمره کمتر از ۱۷ فاقد افسردگی، نمره بین ۱۷-۲۵ تحت عنوان افسردگی خفیف، نمره ۲۴-۳۰ افسردگی متوسط و ۳۱ به بالا به عنوان افسردگی شدید در نظر گرفته می‌شود (۲۷). پایایی درونی، اعتبار همگرا و اعتبار

جدول ۱. محتوای جلسات طرحواره درمانی هیجانی

جلسات	محتوای جلسات
جلسه اول	سنجش خط پایه، امضای قرارداد رفتاری شرکت در پژوهش، پر کردن پرسشنامه‌ها، معرفی بیماران،
جلسه دوم	برقراری رابطه درمانی، تدوین فرمول‌بندی موردی، ارائه منطق درمان و اهداف درمانی، ارائه مدل سبب‌شناسی و درمان از رویکرد طرحواره درمانی هیجانی
جلسه سوم	هیجان‌های نرمال و مشکل‌آفرین، توجه به هیجان‌ات دردناک بیمار و عادی‌سازی آن‌ها، خودآگاهی هیجانی، آموزش و معرفی هیجان، شناسایی و برچسب زدن به احساسات، تمایز میان هیجان‌ات مختلف، شناسایی هیجان در حالت فیزیکی و روان‌شناختی
جلسه چهارم	خود-ارزیابی باهدف شناخت تجربه‌های هیجانی خود، خود-ارزیابی باهدف شناسایی میزان آسیب‌پذیری هیجانی در فرد، خودارزیابی باهدف شناسایی از راهبردهای تنظیم هیجان، پیامدهای شناختی واکنش‌های هیجانی، پیامدهای فیزیولوژیک واکنش‌های هیجانی، پیامدهای رفتاری واکنش‌های هیجانی و رابطه این سه باهم، معرفی هیجان خشم و راه‌های غلبه بر خشم
جلسه پنجم	پرداختن به طرحواره‌های هیجانی شناسایی‌شده در بیماران، چالش کلامی و گفتگوی سقراطی
جلسه ششم	پرداختن به سایر طرحواره‌های هیجانی شناسایی‌شده در بیمار و چالش کلامی و گفتگوی سقراطی، آموزش تکنیک نوشتن خاطرات منفی باهدف تسهیل پردازش هیجانی
جلسه هفتم	جلوگیری از انزوای اجتماعی و اجتناب، آموزش راهبرد حل مسئله، آموزش مهارت‌های بین فردی (گفتگو، اظهار وجود و حل تعارض)، معرفی مقدماتی مفهوم پذیرش و اعتباربخشی هیجان
جلسه هشتم	کمک به بیماران برای پذیرش هیجان‌ات خود، پرداختن به طرحواره‌های هیجانی مداخله‌کننده در پذیرش و تجربه هیجان‌ات دردناک، ارائه تکنیک ذهن آگاهی گسلیده
جلسه نهم	معرفی انواع باورهای منفی در مورد هیجان‌ات و چالش با آن‌ها، شناسایی ارزیابی‌های غلط و اثرات آن‌ها روی حالت‌های هیجانی
جلسه دهم	شناسایی میزان و نحوه استفاده از راهبرد بازداری و بررسی پیامدهای هیجانی آن، آموزش ابزار هیجان، مواجهه، آموزش تخلیه هیجانی، آرمیدگی
جلسه یازدهم	بحث در مورد شدت طرحواره‌ها قبل و بعد از مواجهه سازی، پرداختن به اجتناب باقیمانده بیمار
جلسه دوازدهم	مرور جلسات و تمرین مهارت‌های آموخته‌شده
جلسه سیزدهم	کار روی برنامه درمان (پیشگیری از عود)، برنامه‌ریزی برای جلسات تقویتی، تکلیف خانگی، تعهد به کاربرد مداوم تمرین‌های درمان
جلسه چهاردهم	سه ماه بعد به‌منظور اجرای پرسشنامه‌های پژوهش و بررسی پایداری اثرات مداخله

در دو گروه در مرحله پیش‌آزمون از لحاظ آماری نیز برقرار است ($p > 0.05$).

برای اینکه مشخص شود آیا این تفاوت در متغیرها معنادار است یا نه از تحلیل کوواریانس چند متغیره (MANCOVA) استفاده شد. برای این منظور ابتدا پیش‌فرض‌های لازم، جهت تحلیل داده‌ها از آزمون کوواریانس (نرمال بودن توزیع داده‌ها، همگنی واریانس‌ها، همگنی شیب رگرسیون، خطی بودن رابطه بین متغیرها) انجام و درنهایت از این آزمون استفاده شد.

بر اساس نتایج مندرج در جدول ۳، مشخص می‌شود که تفاوت بین سنترئوئیدهای دو گروه با توجه به متغیرهای وابسته در مجموع معنادار است. به عبارت دیگر، بین بیمارانی که طرحواره درمانی هیجانی دریافت کردند (گروه آزمایش) و بیمارانی که این درمان را دریافت نکردند (گروه کنترل) در مرحله پس‌آزمون،

یافته‌ها

میانگین سنی بیماران در گروه آزمایش $32/86 \pm 5/11$ و در گروه کنترل $32/57 \pm 4/67$ بود. در گروه آزمایش ۹ نفر (۶۴/۳ درصد) مجرد و ۵ نفر (۳۵/۷) متأهل و در گروه کنترل ۷ نفر مجرد و ۷ نفر متأهل (۵۰ درصد) بودند. در جدول ۲ میانگین نمرات متغیرهای پژوهش در دو گروه آزمایشی و گروه کنترل به تفکیک سه مرحله آزمون گزارش شد.

همان‌طور که نتایج جدول ۲ نشان می‌دهد، میانگین همه متغیرهای پژوهش در مرحله پس‌آزمون و پیگیری سه‌ماهه در گروه آزمایش نسبت به گروه کنترل مرحله پیش‌آزمون کاهش داشته است. همچنین نتایج نشان داد که در پیش‌آزمون بین دو گروه تفاوت معنادار آماری وجود ندارد و درواقع با توجه به گمارش تصادفی، پیش‌فرض برابری میانگین نمرات آزمودنی‌ها

حداقل به لحاظ یکی از متغیرهای وابسته تفاوت معناداری وجود دارد ($p \leq 0.05$). میزان این تفاوت ۶۴ درصد می‌باشد، یعنی ۶۴ درصد تفاوت‌های فردی در متغیرها، مربوط به تفاوت بین گروه‌ها می‌باشد.

جدول ۲. شاخص توصیفی متغیرهای پژوهش در دو گروه آزمایش و کنترل

متغیرها	گروه	پیش‌آزمون		پس‌آزمون		پیگیری	
		میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار
تکانش‌گری توجهی	آزمایش	۱۸/۷۱	۲/۸۴	۱۵/۰۷	۲/۷۹	۱۶/۶۴	۳/۰۸
	کنترل	۱۷/۶۴	۳/۷۹	۱۷/۸۶	۳/۴۶	۱۸/۰۷	۳
تکانش‌گری حرکتی	آزمایش	۲۸/۱۴	۳/۴۲	۲۰/۷۱	۴/۷۸	۲۰/۶۴	۵/۰۸
	کنترل	۲۸/۵۷	۳/۴۱	۲۷/۰۷	۴/۰۳	۲۵/۸۶	۵/۱۳
عدم برنامه‌ریزی	آزمایش	۲۵/۷۱	۳/۳۶	۲۲/۲۹	۲/۹۲	۲۲	۲/۳۵
	کنترل	۲۵	۶/۵۵	۲۴/۷۹	۵/۷۸	۲۴/۱۴	۴/۶۲
افسردگی	آزمایش	۲۰/۱۴	۳/۲۸	۱۴/۸۶	۴/۰۷	۱۷/۱۴	۴/۰۹
	کنترل	۲۱/۵۷	۳/۰۳	۲۱	۴/۲۱	۲۰/۵۰	۳/۹۴
شیدایی	آزمایش	۱۷/۹۳	۵/۳۳	۱۲/۷۱	۲/۹۷	۱۲/۷۹	۳/۳۸
	کنترل	۱۷/۴۳	۴/۹۳	۱۸/۰۷	۴/۶۵	۱۷/۵۰	۳/۹۴

جدول ۳. نتایج کلی تحلیل کوواریانس چند متغیره

شاخص آماری آزمون	ارزش	F	p	میزان تأثیر	توان آماری
اثر پیلائی	۰/۶۴۴	۵/۸۰	۰/۰۰۳	۰/۶۴۴	۰/۹۶
لامبدای ویلکز	۰/۳۵۶	۱۱/۴۲	۰/۰۰۳	۰/۶۴	۰/۹۶
اثر هتلینگ	۱/۸۱	۵/۷۹	۰/۰۰۳	۰/۶۴	۰/۹۶
بزرگترین ریشه روی	۱/۸۱	۵/۸۰	۰/۰۰۳	۰/۶۴	۰/۹۶

جدول ۴. نتایج آزمون مانکوا مقایسه متغیرهای پژوهش به تفکیک دو گروه در مرحله پس‌آزمون

متغیرها	SS	df	MS	F	p	میزان تأثیر	توان آماری
تکانش‌گری توجهی	۸۴/۶۱	۱	۸۴/۶۱	۲۰/۷۱	۰/۰۰۰۱	۰/۸۴	۰/۹۹
تکانش‌گری حرکتی	۲۴۵/۶۸	۱	۲۴۵/۶۸	۲۵/۸۷	۰/۰۰۰۱	۰/۸۵	۰/۹۹
عدم برنامه‌ریزی	۶۷/۹۴	۱	۶۷/۹۴	۱۱/۵۳	۰/۰۰۳	۰/۷۸	۰/۹۰
افسردگی	۱۷۶/۲۱	۱	۱۷۶/۲۱	۱۲/۵۸	۰/۰۰۲	۰/۷۹	۰/۹۲
شیدایی	۱۹۹/۳۲	۱	۱۹۹/۳۲	۳۲/۳۳	۰/۰۰۰۱	۰/۸۸	۱

تفاوت معنادار بوده است ($p \leq 0.05$). میزان تأثیر این درمان بر تکانش‌گری توجهی ۸۴ درصد بر تکانش‌گری حرکتی ۸۵ درصد، بر عدم برنامه‌ریزی ۷۸ درصد، افسردگی ۰/۷۹ و شیدایی ۰/۸۸ است. همچنین توان آماری بالاتر از ۰/۹۰ در تمام متغیرها نشان می‌دهد که حجم نمونه برای این نتیجه‌گیری کافی بوده است. نتایج حاصل از بررسی اثر زمان در جدول ۵ نشان داده شده است.

بر اساس نتایج جدول ۴، با حذف تأثیر نمرات پیش‌آزمون، تفاوت بین میانگین نمره‌های پس‌آزمون در متغیر تکانش‌گری توجهی، تکانش‌گری حرکتی، عدم برنامه‌ریزی، افسردگی و شیدایی در گروه آزمایش و گروه کنترل معنادار است ($p \leq 0.05$). به عبارتی نتایج نشان می‌دهد تفاوت بین میانگین‌های تعدیل شده پس‌آزمون در نمره تکانش‌گری توجهی، تکانش‌گری حرکتی، عدم برنامه‌ریزی، افسردگی و شیدایی به تفکیک گروه

جدول ۵. نتایج کلی تحلیل کوواریانس چند متغیره

شاخص آماری آزمون	ارزش	F	سطح معناداری	میزان تأثیر	توان آماری
اثر پیلایی	۰/۷۸۵	۱۲/۴۳	۰/۰۰۰۱	۰/۷۹	۱
لامبدای ویلکز	۰/۲۱۵	۱۲/۴۳	۰/۰۰۰۱	۰/۷۹	۱
اثر هتلینگ	۳/۶۶	۱۲/۴۳	۰/۰۰۰۱	۰/۷۹	۱
بزرگترین ریشه روی	۳/۶۶	۱۲/۴۳	۰/۰۰۰۱	۰/۷۹	۱

بر اساس جدول ۵، مشخص می‌شود که تفاوت بین سترئوتیپ‌های دو گروه با توجه به متغیرهای وابسته در مجموع معنادار است. به عبارت دیگر، بین بیمارانی که طرحواره درمانی هیجانی دریافت کردند (گروه آزمایش) و بیمارانی که این درمان را دریافت نکردند (گروه کنترل) در مرحله پیگیری، حداقل به لحاظ یکی از متغیرهای وابسته تفاوت معناداری وجود دارد.

بر اساس نتایج جدول ۶ با حذف تأثیر نمرات پیش‌آزمون، تفاوت بین میانگین نمره‌های مرحله پیگیری در متغیر تکانشگری توجهی، تکانشگری حرکتی، عدم برنامه‌ریزی، افسردگی و شیدایی در دو گروه آزمایش و کنترل معنادار است ($p \leq 0.05$). به عبارتی نتایج نشان می‌دهد تفاوت بین میانگین‌های تعدیل‌شده مرحله پیگیری در نمره تکانشگری توجهی، تکانشگری حرکتی، عدم برنامه‌ریزی، افسردگی و شیدایی به تفکیک گروه معنادار بوده است ($p \leq 0.05$). میزان تأثیر این درمان بر تکانشگری توجهی ۸۲ درصد بر تکانشگری حرکتی ۸۱ درصد، عدم برنامه‌ریزی ۷۶ درصد، افسردگی ۷۵ درصد و بر شیدایی ۸۹ درصد است. همچنین توان آماری ۱ نشان می‌دهد که حجم نمونه برای این نتیجه‌گیری کافی بوده است.

جدول ۶. نتایج آزمون مانکوا مقایسه متغیرهای پژوهش در گروه آزمایش و کنترل در مرحله پیگیری

متغیرها	SS	df	MS	F	p	میزان تأثیر	توان آماری
تکانشگری توجهی	۶۹/۴۹	۱	۶۹/۴۹	۱۵/۲۷	۰/۰۰۱	۰/۸۲	۰/۹۶
تکانشگری حرکتی	۲۰۶/۱۳	۱	۲۰۶/۱۳	۱۲/۷۹	۰/۰۰۲	۰/۸۱	۰/۹۳
عضویت گروهی	۶۵/۴۷	۱	۶۵/۴۷	۱۵/۹۳	۰/۰۰۱	۰/۷۶	۰/۹۷
افسردگی	۸۸/۵۵	۱	۸۸/۵۵	۷/۹۱	۰/۰۱۰	۰/۷۵	۰/۷۷
شیدایی	۱۵۹/۲۱	۱	۱۵۹/۲۱	۲۷/۵۲	۰/۰۰۰۱	۰/۸۹	۱

این پژوهش باهدف بررسی اثربخشی طرحواره درمانی هیجانی بر علائم خلقی و تکانشگری زنان مبتلا به اختلال دوقطبی نوع I و II انجام گرفت. نتایج پژوهش نشان داد که طرحواره درمانی هیجانی باعث کاهش ابعاد تکانشگری (توجهی، حرکتی و بی‌برنامگی) بیمارانی مبتلا به اختلال دوقطبی می‌شود و این کاهش در پیگیری‌های سه‌ماهه پایدار است. از آنجایی که طرحواره درمانی هیجانی شباهت‌هایی با رفتاردرمانی دیالکتیکی دارد، می‌توان گفت که یافته‌های این پژوهش با نتایج مطالعات قبلی (۳۰-۳۴، ۲۴) هماهنگ است. یافته‌های پژوهشی روی ۲۴ بیمار مبتلا به اختلال دوقطبی نشان داد که رفتاردرمانی دیالکتیکی، تکانشگری بیمارانی مبتلا به اختلال دوقطبی را کاهش می‌دهد (۳۰). در تبیین اثربخشی طرحواره درمانی هیجانی بر تکانشگری بیمارانی مبتلا به اختلال دوقطبی می‌توان به وجود سازوکارهای نهفته در پروتکل طرحواره درمانی هیجانی مانند ذهن‌آگاهی اشاره کرد. آموزش ذهن‌آگاهی،

بر اساس نتایج جدول ۶ با حذف تأثیر نمرات پیش‌آزمون، تفاوت بین میانگین نمره‌های مرحله پیگیری در متغیر تکانشگری توجهی، تکانشگری حرکتی، عدم برنامه‌ریزی، افسردگی و شیدایی در دو گروه آزمایش و کنترل معنادار است ($p \leq 0.05$). به عبارتی نتایج نشان می‌دهد تفاوت بین میانگین‌های تعدیل‌شده مرحله پیگیری در نمره تکانشگری توجهی، تکانشگری حرکتی، عدم برنامه‌ریزی، افسردگی و شیدایی به تفکیک گروه معنادار بوده است ($p \leq 0.05$). میزان تأثیر این درمان بر تکانشگری توجهی ۸۲ درصد بر تکانشگری حرکتی ۸۱ درصد، عدم برنامه‌ریزی ۷۶ درصد، افسردگی ۷۵ درصد و بر شیدایی ۸۹ درصد است. همچنین توان آماری ۱ نشان می‌دهد که حجم نمونه برای این نتیجه‌گیری کافی بوده است.

بحث و نتیجه‌گیری

درمانی هیجانی بر علائم افسردگی بیماران مبتلا به اختلال دوقطبی بر پایه‌ی اصول ذهن‌آگاهی امکان‌پذیر است. منظور از ذهن‌آگاهی، سپری کردن لحظه‌های زندگی با آگاهی بدون قضاوت است (۳۲). تکنیک ذهن‌آگاهی با نظارت بر شناخت، هیجان، ادراک و احساس (۳۳)، باعث افزایش آگاهی بیماران مبتلا به اختلال دوقطبی از نشانه‌های بیماری و کنترل آن می‌شود. فهمیدن این‌که چرا یک احساس به شکل خاصی تجربه می‌شود، می‌تواند شناخت موقعیت‌هایی را که آغازگر هیجان هستند و افکاری را که با آن احساس همراهی دارند را تسهیل کنند. تکنیک ذهن‌آگاهی با عنصر کلیدی پذیرش بدون قضاوت درد جسمانی یا پریشانی روان‌شناختی باعث کاهش گرایش به نشخوار فکری و تجارب فاجعه‌انگیز می‌شود (۳۴). به نظر می‌رسد ذهن‌آگاهی با تسهیل رهایی از نشخوار فکری به کاهش علائم افسردگی بیماران مبتلا به اختلال دوقطبی کمک می‌کند. در تبیینی دیگر می‌توان گفت که خلق افسرده در بیماران مبتلا به اختلال دوقطبی موجب کاهش بارز علاقه به فعالیت‌هایی می‌شود که برای فرد ارزشمند است؛ و طرح‌واره درمانی هیجانی بیمار را تشویق می‌کند تا ارزش‌ها و فضایی را که برای او مهم است روشن کند تا بتواند هیجان‌ات سخت را تحمل کند (۱۶). طرح‌واره درمانی هیجانی با آشکارسازی ارزش‌هایی که برای بیماران مبتلا به اختلال دوقطبی ضروری است، باعث کاهش علائم افسردگی این بیماران می‌شود. هنگامی که بیماران مبتلا به اختلال دوقطبی فعالیت‌هایی را انجام می‌دهند که برایشان ارزشمند است، احساس لذت بیشتر و افسردگی کمتری را تجربه می‌کنند.

در تبیین اثربخشی طرح‌واره درمانی هیجانی بر کاهش علائم مانای بیماران مبتلا به اختلال دوقطبی می‌توان به وجود تکنیک آرمیدگی پیش‌رونده‌ی عضلانی در پروتکل طرح‌واره درمانی هیجانی اشاره کرد. به نظر می‌رسد که این تکنیک با کاهش افکار و احساسات تحریک‌پذیر و حفظ یک برنامه‌ی منظم برای خواب باعث بهبود علائم مانای بیماران مبتلا به اختلال دوقطبی می‌شود. با توجه به این‌که واکنش‌های هیجانی بالا در بیماران مبتلا به اختلال دوقطبی ناشی از ضعف در تنظیم هیجان‌ات است و با وجود رابطه بین دشواری در تنظیم هیجان‌ات و اختلال دوقطبی (۱۳-۱۱)، در تبیینی دیگر می‌توان

استراتژی مناسبی برای کاهش تکانش‌گری است (۲۴). مداخلات مبتنی بر ذهن‌آگاهی برای بیماران مبتلا به اختلال دوقطبی شامل آموزش در مورد بیماری، پیشگیری از عود، ترکیبی از درمان شناختی و آموزش مدیتیشن ذهن‌آگاهی برای افزایش آگاهی از الگوهای تفکر، احساسات و احساسات بدنی و توسعه‌ی راه‌های مختلف (غیر قضاوتی) برای ارتباط با افکار و احساسات است. مداخلات مبتنی بر ذهن‌آگاهی به بیماران مبتلا به اختلال دوقطبی برای انتخاب بهترین پاسخ به افکار، احساسات و موقعیت‌ها کمک می‌کند (۱). اگر تکانش‌گری را به‌عنوان اقدامی سریع و بدون برنامه‌ریزی در نظر بگیریم، ذهن‌آگاهی برعکس است. ذهن‌آگاهی روشی است که باعث افزایش توانایی حفظ توجه روی یک هدف می‌شود؛ بنابراین افزایش ذهن‌آگاهی بیماران مبتلا به اختلال دوقطبی مانع تکانش‌گری و ناتوانی در تمرکز، عمل بدون فکر و فقدان دوراندیشی این بیماران می‌شود. در تبیینی دیگر می‌توان گفت که تکانش‌گری پیامد ضعف در تنظیم هیجان‌ات است (۱۰). با توجه به رابطه‌ی بین دشواری در تنظیم هیجان‌ات و تکانش‌گری، طرح‌واره درمانی هیجانی از طریق بهبود در تنظیم تجربه‌های هیجانی منفی بیماران مبتلا به اختلال دوقطبی باعث کاهش هم‌زمان رفتارهای تکانشی و واکنش‌های سریع و بدون فکر و آینده‌نگری این بیماران می‌شود.

نتایج پژوهش همچنین نشان داد که طرح‌واره درمانی هیجانی باعث کاهش علائم خلقی (افسردگی و مانیا) بیماران مبتلا به اختلال دوقطبی می‌شود و این کاهش در پیگیری‌های سه‌ماهه پایدار است. یافته‌های این پژوهش با نتایج مطالعات قبلی هماهنگ است. نتایج بررسی‌های گذشته نشان می‌دهد آموزش ذهن‌آگاهی که یکی از تکنیک‌های طرح‌واره‌درمانی هیجانی است، علائم افسردگی بیماران مبتلا به اختلال دوقطبی را کاهش می‌دهد (۲۳-۱۸). پژوهشی با هدف بررسی فراتحلیل میزان اثربخشی ذهن‌آگاهی بر افسردگی بر اساس تحقیقات صورت گرفته در ایران بین سال‌های ۱۳۸۰ تا ۱۳۹۵ انجام شد؛ و نتایج آن نشان داد که ذهن‌آگاهی با استفاده از تکنیک‌هایی چون توجه بر زمان حال و پذیرش بدون قضاوت هیجان‌ات در بهبود نشانه‌های افسردگی به‌طور معنی‌دار و با اندازه اثر بالا مؤثر است (۳۱). با توجه به این یافته‌ها، تبیین اثربخشی طرح‌واره

بنابراین پیشنهاد می‌شود برای ارزیابی هرچه دقیق‌تر اثربخشی طرح‌واره درمانی هیجانی بر بیماران مبتلا به اختلال دوقطبی، مداخله‌ی موردنظر در حجم نمونه‌ی وسیع‌تر و برای هر دو جنس اجرا شود و مرحله‌ی پیگیری با مدت‌زمان طولانی‌تر در نظر گرفته شود.

تقدیر و تشکر

در انتها پژوهشگران بر خود لازم می‌دانند از کلیه کسانی که ما را در انجام این مطالعه یاری رساندند نهایت تشکر را داشته باشند.

گفت که طرح‌واره درمانی هیجانی با بالا بردن توانایی تنظیم هیجانات منفی در بیماران مبتلا به اختلال دوقطبی باعث کاهش علائم مانای این بیماران می‌شود.

در مجموع نتایج این پژوهش نشان می‌دهد که طرح‌واره درمانی هیجانی در کنار دارودرمانی می‌تواند مداخله‌ای مؤثر برای درمان علائم خلقی و تکانش‌گری بیماران مبتلا به اختلال دوقطبی باشد؛ و درمانگران می‌توانند از آن به‌عنوان یک درمان کمکی متناسب با بیماران مبتلا به اختلال دوقطبی استفاده کنند. نقطه‌ی قوت پژوهش حاضر در این است که مداخله‌ی طرح‌واره درمانی هیجانی روی بیمارانی اجرا شد که در مرحله‌ی مزمن بیماری بسر می‌بردند. کوچک بودن حجم نمونه و پیگیری کوتاه‌مدت از محدودیت‌های این پژوهش بشمار می‌روند؛

References

1. Miziou S, Tsitsipa E, Moysidou S, Karavelas V, Dimelis D, Polyzoidou V, Fountoulakis Kn. Psychosocial Treatment and Interventions for Bipolar Disorder: A Systematic Review. *Ann Gen Psychiatry*, 2015; 14:19.
2. American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders Fifth Edition. Translated By: Rezaee, Fakhraee, Farmand, Niloufari, Hashemi Azar, Shamloo. Tehran: Arjmand, 2016. Pp 165, 179, 166, 167. [Persian].
3. Feki I, Moalla M, Baati I, Trigui D, Sellami R, Masmoudi J. Impulsivity in Bipolar Disorders in a Tunisian Sample. *Asian J Psychiatr*. 2016; 22: 77-80.
4. Naiberg Mr, Newton Df, Collins Je, Bowie Cr, Goldstein Bi. Impulsivity Is Associated with Blood Pressure and Waist Circumference among Adolescents with Bipolar Disorder. *Psychiatr Res Rep*, 2016; 83: 230-239.
5. Arianakia E, Hasani J. Impulsivity and Cognitive Emotion Regulation Strategies in Patients with Bipolar and Major Depressive Disorders. *Advances in Cognitive Science* 2014; 16(2): 1-10. [Persian].
6. Strasser Es, Haffner P, Fiebig J, Quinlivan E, Adli M, Stamm Tj. Behavioral Measures and Self-Report of Impulsivity in Bipolar Disorder: No Association between Stroop Test and Barratt Impulsiveness Scale. *Int J Bipolar Disord*, 2016; 4(1): 16. doi:10.1186/s40345-016-0057-1.
7. Zisner A, Beauchaine Tp. Neural Substrates of Trait Impulsivity, Anhedonia, and Irritability: Mechanisms of Heterotypic Comorbidity between Externalizing Disorders and Unipolar Depression. *Dev. Psychopathol*, 2016; 28(4pt1): 1177-1208.
8. Masaki C, Sharpley Al, Cooper Cm, Godlewska Br, Singh N, Vasudevan Sr, Harmer Cj, Churchill Gc, Sharp T, Rogers Rd, Cowen Pj. Effects of The Potential Lithium-Mimetic, Ebselen, on Impulsivity And Emotional Processing. *Psychopharmacology J*, 2016; 233(14): 2655-2661.
9. Salcedo S, Gold Ak, Sheikh S, Marcus Ph, Nierenberg Aa, Deckersbach T, Sylvia Lg. Empirically Supported Psychosocial Interventions for Bipolar Disorder: Current State of The Research. *J. Affect. Disord*. 2016; 201: 203-214.
10. Velotti P, Garofalo C, Petrocchi C, Cavallo F, Popolo R, Dimaggio G. Alexithymia, Emotion Dysregulation, Impulsivity And Aggression: A Multiple Mediation Model. *Psychiatry Res*. 2016; 237: 296-303.

11. Wessa M, Linke J. Emotional Processing In Bipolar Disorder: Behavioural and Neuroimaging Findings. *Int. Rev. Psychiatry* 2009; 21(4): 357-367.
12. Gruber J, Kogan A, Mennin D, Murray G. Real-World Emotion? An Experience-Sampling Approach to Emotion Experience and Regulation in Bipolar I Disorder. *J. Abnorm. Psychol*, 2013; 122(4): 971-983.
13. Lemaire M, El-Hage W, Frangou S. Increased Affective Reactivity to Neutral Stimuli and Decreased Maintenance of Affective Responses in Bipolar Disorder. *Eur. Psychiatry*, 2015; 30(7): 852-860.
14. Davoodi R. The Effect of Emotional Schemas-Based Group Therapy on Emotion Regulation in Married Women: A Case Study of Isfahan. *Adv. Environ. Biol*, 2014; 8(13): 1458-1465.
15. Young JE. Cognitive therapy for personality disorders: a schema-focused approach. translated by: A Sahebi, H Hamidpour. Tehran: Arjmand, 2015. [Persian].
16. Leahy R. Emotional schema therapy. Translated by Jahangiri S (2015), Tehran, Publisher: Ebnesina, 2015.
17. Ghaderi D, Maroufi M, Ebrahimi A. Effectiveness of schema therapy in symptom reduction and adjustment of early maladaptive schemas in patients with type I and II bipolar disorder. *J Res Behave Sci* 2015; 13(3): 400-408.
18. Hawke LD, Provencher MD, Parikh SV. Schema therapy for bipolar disorder: a conceptual model and future directions. *J Affect Disord* 2013; 148(1):118-22.
19. Leahy RI, Tirch D, Napolitano La. Emotion Regulation in Psychotherapy: A Practitioner's Guide. Translated By: Mansouri Rad. Tehran: Arjmand, 2014. P 51.
20. Pankowski S, Adler M, Andersson G, Lindefors N, Svanborg C. Group Acceptance and Commitment Therapy (Act) for Bipolar Disorder and Co-Existing Anxiety - an Open Pilot Study. *Cogn. Behav. Ther*, 2016:1-15.
21. Ives-Deliperi VI, Howells F, Stein Dj, Meintjes Em, Horn N. The Effects of Mindfulness-Based Cognitive Therapy in Patients with Bipolar Disorder: a Controlled Functional MRT Investigation. *J. Affect. Disord*, 2013; 150(3): 1152-1157.
22. Talebi Zadeh M, Shahmir E, Jafari Fard S. Effectiveness of Mindfulness-Based Cognitive Therapy in The Decrease of Depression And Maniac Symptoms of Individuals Diagnosed With Bipolar Disorder. *Thought & Behavior in Clinical Psychology*. 2013; 7(26): 17-27.
23. Weber B, Jermann F, Gex-Fabry M, Nallet A, Bondolfi G, Aubry Jm. Mindfulness-Based Cognitive Therapy for Bipolar Disorder: A Feasibility Trial. *Eur. Psychiatry*, 2010; 25(6): 334-337.
24. Stange Jp, Eisner Lr, Hölzel Bk, Peckham Ad, Dougherty Dd, Rauch Sl, Nierenberg Aa, Lazar S, Deckersbach T. Mindfulness-Based Cognitive Therapy for Bipolar Disorder: Effects on Cognitive Functioning. *J Psychiatr Pract*, 2011; 17(6): 410-419.
25. Williams JM, Alatiq Y, Crane C, Barnhofer T, Fennell MJ, Duggan DS, Hepburn S, Goodwin GM. Mindfulness-based Cognitive Therapy (MBCT) in bipolar disorder: *J Affect Disord* 2008; 107(1-3):275-9.
26. Javid M, Mohammadi N, Rahimi Ch. Psychometric Properties of an Iranian Version of the Barratt Impulsiveness Scale-11. *Methods and Psychological Models. Journal of Psychological Models and Methods* 2012, 2(8): 23-34.
27. Deckersbach T, Hölzel Bk, Eisner Lr, Stange Jp, Peckham Ad, Dougherty Dd, Rauch Sl, Lazar S, Nierenberg Aa. Mindfulness-Based Cognitive Therapy for Nonremitted Patients with Bipolar Disorder. *Cns Neurosci. Ther.* 2012; 18(2): 133-141.
28. Nikfarjam M, Goudarzi I, Heidari S, Rafiee Vardanjani L, Parvin N. Effect of Ginkgo Biloba Tablets on Patients with Major Depression Treated with Electroconvulsive Therapy. *Jmums*, 2012; 22(88): 62-69. [Persian].

29. Barekateyn M, Tavakoli M, Molavi H, Marofi M, Salehi M. Standardization, Validity And Validity Of Young Maniche Scale. *J. Psychol*, 2007; 11(2):150-167. [Persian].
30. Akhavan Sh, Sajjadian I. Effectiveness of Dialectical Behavior Therapy on Emotional Instability and Impulsivity in Bipolar Patients. *J. Clin. Psychol*, 2016; 8(3): 11-23. [Persian].
31. Hoseyni ZS, Yousefi Afrashteh M, Morovati Z. Meta-analysis of the effectiveness of mindfulness-based treatments for depression and anxiety (research studies in Iran from 1380 to 1395). *J Shahid Sadoughi Uni Med Sci* 2018; 26(8): 646-61.
32. Fjorback LO. Mindfulness and bodily distress. Faculty of Health, Aarhus University; 2012 Nov 1.
33. Aucoin M, Lalonde-Parsi MJ, Cooley K. Mindfulness-based Therapies in the Treatment of Functional Gastrointestinal Disorders: a Meta-analysis. *Evid Based Complement Alternat Med* 2014.
34. Lakhan SE, Schofield KL. Mindfulness-based therapies in the treatment of somatization disorders: a systematic review and meta-analysis. *PloS one*. 2013 Aug 26; 8(8):e71834.

The Effectiveness of Emotional Schema Therapy on Impulsivity and Mood Symptoms of Women with Bipolar Disorder

Arefeh Erfan¹, Sima Ghezelbash², Mahnaz Kazemian³, AhmadAli Noorbala⁴

Original Article

Abstract

Aim and Background: The research aimed to investigate the effectiveness of emotional schema therapy on the mood symptoms and impulsivity of women with bipolar disorder (I, II).

Methods and Materials: Present research was semi-experimental study with pretest-posttest design and follow-up with control group that was performed on 30 female patients with bipolar disorder referring to the Farabi hospital in Isfahan in 2016. Participants were selected by available sampling, then they were randomly assigned to experimental (n=15) and control group (n=15). Participants responded to Barratt Impulsiveness Scale (2004), Hamilton Questionnaire and Young Mania Scale in three steps pretest, posttest and follow-up. Experimental group in addition to medication, they received emotional schema therapy in group method during 14, 90-minute sessions while the control group did not received any cognitive intervention. Descriptive statistics methods and analysis of multivariate Covariance and were used for analyzing the data

Findings: Findings showed that emotional schema therapy had impact on the dimensions of impulsivity and mood symptoms (depression and mania) of bipolar patients and this effectiveness continued to be sustained in fallow up 3 months later.

Conclusions: Applying emotional schema therapy along with drug therapy can be effective intervention for treatment of mood symptoms and impulsivity in patients with bipolar disorder.

Keywords: Emotional schema therapy, Impulsivity, Mood, Bipolar disorder.

Citation: Erfan A, Ghezelbash S, Kazemian M, Noorbala A. **The Effectiveness of Emotional Schema Therapy on Impulsivity and Mood Symptoms of Women with Bipolar Disorder.** J Res Behav Sci 2019; 17(3): 388-399.

Received: 2019.03.12

Accepted: 2019.09.03

1- PhD student of Psychology, Faculty of Educational Sciences and Psychology, Isfahan Branch, Islamic Azad University, Isfahan, Iran.
2- Lecturer, Department of Psychiatric Nursing, School of Nursing and Midwifery, Isfahan University of Medical Sciences, Isfahan, Iran.
3- Master of Clinical Psychology, Farabi Psychiatric Hospital of Isfahan, Isfahan, Iran.
4- Assistant Professor, Department of Psychiatry, Tehran University of Medical Sciences, Tehran, Iran.

Corresponding Author: Sima Ghezelbash Email: ghezelbash@nm.mui.ac.ir