MEJDS. 2025; 15:90.
Published online 2025 Nov. **Original Article**

Comparing the Efficacy of Pharmacotherapy Versus Combined Treatment of Cognitive Emotional Regulation Group Therapy and Pharmacotherapy on Manic and Depressive Symptoms, and Suicidal Thoughts in Patients With Bipolar Disorder Type I

Montazer S[1], *Karbalaee Mohammad Meigouni A[2], Seirafi MR[2]

Author Address
1. PhD student in General Psychology, Department of Psychology, Ka.C., Islamic Azad University, Karaj, Iran;
2. Assistant Professor, Department of Psychology, Ka.C., Islamic Azad University, Karaj, Iran.
***Corresponding Author E-mail:** ahmadkarbalae@iau.ac.ir

Received: 2025 June 10; **Accepted:** 2025 August 3

Abstract

Background & Objectives: Bipolar disorder can have profound effects on various aspects of patients' lives. Among the different types of bipolar disorder, type I bipolar disorder is associated with greater vulnerability. If depressive and manic symptoms remain uncontrolled in individuals with bipolar disorder, the patients may exhibit isolative behaviors, including self–harming ones such as suicide. Given the significance of manic symptoms, depression, and suicidal ideation in individuals with bipolar disorder, identifying effective therapeutic approaches is crucial. The dominant approach for treating bipolar disorder is pharmacotherapy, primarily involving mood stabilizers.
Additionally, considering the prominent role of mood fluctuations in bipolar disorder, intervention programs focusing on emotion regulation appear to be beneficial. One widely used emotion regulation therapy is the Cognitive Emotion Regulation Program (CERP), which helps individuals better understand and manage their moods and emotions. Given that the cost–effectiveness of treatment programs is very important, this study aims to compare the effectiveness of pharmacotherapy versus combined group–based cognitive emotion regulation therapy with pharmacotherapy on manic and depressive symptoms and suicidal ideation in patients diagnosed with type I bipolar disorder.
Methods: This quasi–experimental research employed a pretest–posttest and follow–up design. The study population consisted of all patients diagnosed with bipolar disorder inpatients at Payambarān Hospital in Tehran City, Iran, in 2024. Thirty eligible individuals voluntarily participated in the study and were randomly assigned to either pharmacotherapy (n = 15) or combined treatment (n = 15) groups. The following inclusion criteria were considered for participants: 1) having a diagnosis of type I bipolar disorder, 2) age range of 20–40 years, 3) being hospitalized and receiving pharmacotherapy, and 4) not receiving electroconvulsive therapy. Additionally, the following exclusion criteria were applied: 1) missing more than two sessions and 2) having a history of participation in other individual or group therapy programs concurrently with the present study. To prevent sample loss or attrition, a briefing session was held with patients and their families, during which detailed explanations were provided about the importance of the study and the impact of their participation on the results, to increase their sense of responsibility and commitment. Telephone or text messages were also kept with participants and their families throughout the study.
Additionally, an effort was made to establish a strong therapeutic relationship, aiming to build trust between participants and the research team and increase their commitment to attending the sessions. Additionally, the session times were tailored to the participants' schedules. After evaluating the inclusion/exclusion criteria, eligible individuals participated in the study. Data collection was performed using structured diagnostic interviews, the Mania Rating Scale (Young et al., 1978), the Beck Depression Inventory–II (Beck et al., 1996), and the Beck Suicidal Ideation Scale (Beck et al., 1979). One experimental group received pharmacotherapy, and the second experimental group received Gross's Cognitive Emotion Regulation Protocol (2014) in addition to pharmacotherapy. Data were analyzed using the Student's *t* test, Chi–square test, repeated measures analysis of variance, and Bonferroni post hoc test at a significance level of 0.05 in SPSS software version 26.
Results: Results showed that the within–group time effect was significant for manic symptoms ($p<0.001$), death wish ($p<0.001$), suicidal preparedness ($p<0.001$), active suicidal ideation ($p=0.011$), and total suicide score ($p<0.001$). The group effect was significant for manic symptoms ($p=0.009$), depressive symptoms ($p<0.001$), death wish ($p<0.001$), suicidal preparedness ($p=0.002$), and actual suicidal tendencies ($p<0.001$), indicating there were significant differences between the two interventions and combined treatment was more effective than pharmacotherapy.
Conclusion: According to the research findings, it is recommended to develop structured treatment programs that incorporate both pharmacotherapy and group–based cognitive emotion regulation therapy as a primary approach for patients with type I bipolar disorder. Therefore, treatment teams should consider designing structured therapeutic protocols that integrate pharmacotherapy with cognitive emotion regulation group therapy as a first–line intervention for type I bipolar disorder.
Keywords: Pharmacotherapy, Cognitive emotional regulation, Mania, Depression, Suicide, Bipolar disorder type I.

[Downloaded from jdisabilstud.org on 2026-11-14]

Copyright © 2025, MEJDS. This is an open-access article distributed under the terms of the Creative Commons Attribution-NonCommercial 4.0 International License (http://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0/) which permits copy and redistribute the material just in noncommercial usages, provided the original work is properly cited.

مجله مطالعات ناتوانی ۱۴۰۴؛ (۱۵):۹۰.

انتشار برخط آبان ۱۴۰۴ مقاله پژوهشی اصیل

مقایسهٔ اثربخشی دارودرمانی با درمان ترکیبی گروه‌درمانی تنظیم شناختی هیجانی به‌همراه دارو بر علائم مانیا، افسردگی و افکار خودکشی در بیماران مبتلا به اختلال دوقطبی نوع یک

سمانه منتظر[۱]، *احمد کربلایی محمد میگونی[۲]، محمدرضا صیرفی[۲]

توضیحات نویسندگان

۱. دانشجوی دکتری روان‌شناسی عمومی، گروه روان‌شناسی، واحد کرج، دانشگاه آزاد اسلامی، کرج، ایران؛

۲. استادیار گروه روان‌شناسی، واحد کرج، دانشگاه آزاد اسلامی، کرج، ایران.

***رایانامهٔ نویسندهٔ مسئول:** ahmadkarbalae@iau.ac.ir

تاریخ دریافت: ۲۰ خرداد۱۴۰۴؛ **تاریخ پذیرش:** ۱۲ مرداد۱۴۰۴

چکیده

زمینه و هدف: شناسایی برنامهٔ درمانی مناسب برای بهبود نشانگان اختلال دوقطبی نوع یک نقش مهمی در پیشگیری از عود بیماری دارد. این پژوهش باهدف مقایسهٔ اثربخشی دارودرمانی با درمان ترکیبی گروه‌درمانی تنظیم شناختی هیجانی به‌همراه دارو بر علائم مانیا و افسردگی و افکار خودکشی در بیماران با تشخیص اختلال دوقطبی نوع یک انجام شد.

روش‌بررسی: روش پژوهش نیمه‌آزمایشی با طرح پیش‌آزمون و پس‌آزمون و پیگیری بود. جامعهٔ آماری را تمامی بیماران دارای تشخیص اختلال دوقطبی بیمارستان پیامبران تهران در سال ۱۴۰۳ تشکیل دادند. سی نفر از افراد واجد شرایط داوطلبانه وارد پژوهش شدند و با تخصیص تصادفی در گروه‌های دارودرمانی (پانزده نفر) و درمان ترکیبی (پانزده نفر) قرار گرفتند. گردآوری داده‌ها با مصاحبهٔ تشخیصی ساختاریافته اختلال دوقطبی نوع یک، مقیاس درجه‌بندی مانیا (یانگ و همکاران، ۱۹۷۸)، پرسش‌نامهٔ افسردگی بک ـ ویرایش دوم (بک و همکاران، ۱۹۹۶) و مقیاس افکار خودکشی بک (بک و همکاران، ۱۹۷۹) انجام گرفت. برای یکی از گروه‌های آزمایش روش مداخله‌ای دارودرمانی و در گروه آزمایش دوم، علاوه بر دارودرمانی، پروتکل تنظیم شناختی هیجانی گراس (۲۰۱۴) نیز اجرا شد. داده‌ها با آزمون‌های تی‌استودنت، کای‌اسکوئر، تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر و آزمون تعقیبی بونفرونی در سطح معناداری ۰/۰۵ در نرم‌افزار SPSS نسخهٔ ۲۶ تحلیل شدند.

یافته‌ها: اثر درون‌گروهی زمان بر علائم مانیا ($p<۰/۰۰۱$)، تمایل به مرگ ($p<۰/۰۰۱$)، آمادگی خودکشی ($p<۰/۰۰۱$)، تمایل به خودکشی واقعی ($p=۰/۰۱۱$) و نمرهٔ کلی خودکشی ($p<۰/۰۰۱$) معنادار بود. اثر گروه بر علائم مانیا ($p=۰/۰۰۹$) و علائم افسردگی ($p<۰/۰۰۱$)، تمایل به مرگ ($p<۰/۰۰۱$)، آمادگی خودکشی ($p=۰/۰۰۲$) و تمایل به خودکشی واقعی ($p<۰/۰۰۱$) معنادار شد که نشان داد بین دو مداخله ازنظر متغیرهای یادشده تفاوت معناداری وجود داشت و درمان ترکیبی اثربخشی بیشتری درمقایسه با دارودرمانی داشت.

نتیجه‌گیری: طراحی برنامه‌های درمانی ساختاریافته‌ای پیشنهاد می‌شود که ترکیب دارودرمانی و گروه‌درمانی تنظیم شناختی هیجانی را به‌عنوان رویکرد اولیه برای بیماران دوقطبی نوع یک در نظر بگیرد.

کلیدواژه‌ها: دارودرمانی، تنظیم شناختی هیجانی، مانیا، افسردگی، خودکشی، دوقطبی نوع یک.

حق انتشار محفوظ است © ۱۴۰۴، مجله مطالعات ناتوانی. این یک مقاله با دسترسی آزاد است که تحت مجوز اختیار_غیرتجاری ۴/۰ بین‌المللی (https://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0/deed.fa) منتشر شده است که به شما اجازه می‌دهد که مواد منتشر شده در این مقاله را با شرط ارجاع مناسب به نسخهٔ اصلی، به‌طور غیرتجاری نسخه‌برداری و توزیع کنید.

[Downloaded from jdisabilstud.org on 2026-11-14]

۱ مقدمه

اختلال دوقطبی[1] می‌تواند تأثیرات عمیقی بر جنبه‌های مختلف زندگی بیماران بگذارد. افراد مبتلا اغلب با چالش‌هایی در تعاملات عاطفی و فعالیت‌های حرفه‌ای و مشارکت در جامعه روبه‌رو می‌شوند (۱). این اختلال تأثیرات گسترده‌ای بر زندگی فرد دارد؛ ازجمله کاهش عملکرد شغلی، اختلال در انجام کارهای عادی روزانه و در حالت‌های شدید حتی ممکن است فرد به فکر خودکشی بیفتد (۲). استفاده از درمان‌های نامناسب برای اختلال دوقطبی ممکن است پیامدهای جدی برای نظام سلامت و فرد مبتلا داشته داشته باشد (۳). از بین انواع اختلال دوقطبی، اختلال دوقطبی نوع یک با آسیب‌پذیری بیشتری همراه است. درصورت نبود مدیریت بهینهٔ اختلال دوقطبی نوع یک، این اختلال می‌تواند با پیش‌آگهی منفی و همایندی با اختلالاتی نظیر اختلال نقص توجه/بیش‌فعالی، اختلال اضطرابی، اختلال وسواسی‌ـ اجباری، اختلال مصرف مواد، اختلال خوردن و اختلال خواب همراه باشد (۴). در دورهٔ مانیا[2]، افراد دارای اختلال دوقطبی امکان دارد میل به فعالیت زیاد و انرژی بیشتری درمقایسه با حالت عادی داشته باشند. این حالت ممکن است به‌همراه بی‌قراری، کاهش نیاز به خواب، نبود احساس خستگی و احساس نیاز به فعالیت مداوم مشاهده شود (۵). در این دوره، فرد امکان دارد افکار و باورهای خودبزرگ‌بینی داشته باشد و به‌طور غیرمعقول به انجام طرح‌ها یا کارهای بزرگ و پرخطر تمایل نشان دهد (۶). دورهٔ افسردگی[3] برای افراد مبتلا به اختلال دوقطبی می‌تواند با افسردگی شدید و احساس بی‌ارزشی، پوچی و ناامیدی همراه باشد. افراد دارای انرژی و انگیزهٔ کمتری هستند و احساس خستگی و بی‌اشتهایی می‌کنند (۷). در این دوره، افراد ممکن است به‌طور مداوم افکار منفی و پیش‌داوری تاریک دربارهٔ زندگی و آینده داشته باشند (۸). افراد مبتلا به اختلال دوقطبی در این دوره امکان دارد دچار بی‌خوابی یا خواب بیش‌ازحد یا مصرف مواد مخدر یا الکل شوند (۹).

ازسویی‌دیگر، چنانچه در افراد مبتلا به اختلال دوقطبی علائم افسردگی و مانیا کنترل نشود، افراد مبتلا به این اختلال رفتارهای ایذایی همچون رفتارهای خودآسیب‌رسان مانند خودکشی[4] از خود نشان می‌دهند (۹). شواهد روبه‌رشدی وجود دارد که مشخص می‌کند تصمیم‌های تکانشی و خشم کنترل‌نشده در افراد مبتلا به اختلال دوقطبی می‌تواند منجربه افزایش احتمال خودکشی در آن‌ها شود (۱۰). خودکشی به‌معنای پایان‌دادن عمدی به زندگی خود است. خودکشی معمولاً نشانه‌ای از ایجاد درد و رنج شدید در فرد است و امکان دارد به‌دلایل مختلف مانند افسردگی شدید و اضطراب و اختلالات دوقطبی اقدام به خودکشی کند (۱۱). توجه به افکار خودکشی در افراد مبتلا به اختلال دوقطبی بسیار مهم است؛ زیرا این افراد در دوره‌های افسردگی یا مانیا درگیر افکار خودکشی می‌شوند (۱۲).

باتوجه‌به اهمیت علائم مانیا و افسردگی و افکار خودکشی در افراد مبتلا به اختلال افسردگی، شناسایی رویکردهای درمانی اثربخش بسیار ضروری است. رویکرد غالب برای درمان اختلال دوقطبی، دارودرمانی است و اغلب آن‌ها تثبیت‌کننده‌های خلق هستند (۱۳). تثبیت‌کننده‌های خُلق استفاده‌شده ممکن است شامل کاربامازپین (کاربامازول، اپیتول، اکوترو، تگرتول)، دیوالپروکس سدیم (دپاکوت)، لاموتریژین (لامیکتال)، لیتیوم و والپروئیک‌اسید (دپاکن) باشد که هدف از تجویز آن‌ها کنترل حالت‌های مانیا (شیدایی) و افسردگی است. لازم به‌ذکر است، انتخاب داروها بستگی به نوع و شدت علائم و واکنش فرد به داروها دارد (۱۴). افزون‌براین، باتوجه‌به نقش برجستهٔ نوسان خُلقی در اختلال دوقطبی به‌نظر می‌رسد برنامه‌های مداخله‌ای درزمینهٔ تنظیم هیجان[5] مؤثر باشد (۱۵).

یکی از برنامه‌های درمانی پرکاربرد تنظیم هیجانی، برنامهٔ تنظیم شناختی هیجان است که برای کمک به افراد در درک و مدیریت بهتر خُلق و هیجاناتشان استفاده می‌شود. این روش به افراد کمک می‌کند الگوهای منفی فکری و رفتاری خود را شناسایی کنند و آن‌ها را به‌منظور بهبود وضعیت روانی و افزایش کیفیت زندگی تغییر دهند (۱۶).

این روش شامل آموزش مهارت‌های مدیریت استرس، توجه به هیجان، تغییر الگوهای فکری منفی و ارتقای مهارت‌های مدیریت هیجان است (۱۷). این مداخله دربرگیرندهٔ مهارت‌های شناختی (مانند تشخیص و تغییر افکار منفی)، مهارت‌های هیجانی (مانند تشخیص و تنظیم هیجانات)، مهارت‌های بین‌فردی (مانند ارتباط مؤثر با دیگران) و مهارت‌های مقابله‌ای (مانند مدیریت تنش و استرس) است (۱۸). در اهمیت مداخلات هیجانی نیز به‌عنوان مداخلهٔ مکمل همراه با دارودرمانی، در پیشینهٔ موضوع پژوهش شواهد محکمی وجود دارد؛ برای مثال مطالعهٔ پارک و همکاران نشان داد، مداخلات هیجانی بر عود مجدد علائم مانیا و تأخیر در بهبودی دوره‌های افسردگی بیماران با اختلال دوقطبی تأثیرگذار است (۱۹). علاوه‌براین، کدخدائی در پژوهش دیگری تأثیر مداخله‌های هیجان‌محور را در بهبود افکار خودکشی تأیید کرد (۲۰).

دلیل مقایسهٔ دو رویکرد دارودرمانی و درمان تنظیم شناختی هیجان، شناسایی اهمیت تدوین برنامهٔ درمانی است؛ زیرا لازم است میزان اثربخشی هریک از این مداخله‌ها به‌طور مجزا و ترکیب آن‌ها مشخص شود. باتوجه‌به اینکه مقرون‌به‌صرفه‌بودن برنامه‌های درمانی ازنظر زمان و هزینه بسیار مهم است، پژوهش حاضر درصدد بود دو مداخله را مقایسه کند. به دانش پژوهشگر در پیشینه، پژوهشی به مقایسهٔ این دو رویکرد درمانی نپرداخته است؛ ازاین‌رو، پژوهش حاضر باهدف مقایسهٔ اثربخشی دارودرمانی با درمان ترکیبی گروه‌درمانی تنظیم شناختی هیجانی به‌همراه دارو بر علائم مانیا و افسردگی و افکار خودکشی در بیماران با تشخیص اختلال دوقطبی نوع یک انجام شد.

۲ روش‌بررسی

روش پژوهش نیمه‌آزمایشی با طرح پیش‌آزمون و پس‌آزمون و پیگیری بود. جامعهٔ آماری پژوهش را تمامی افرادی تشکیل دادند که با تشخیص اختلال دوقطبی نوع یک در بیمارستان پیامبران تهران در

[1]. Bipolar Disorder
[2]. Mania episode
[3]. Depression episode
[4]. Suicide
[5]. Emotion regulation

[Downloaded from jdisabilstud.org on 2026-11-14]

بخش روان و اعصاب در سال ۱۴۰۳ بستری شدند. در پژوهش‌های مداخله‌ای براساس توصیه‌های روش‌شناختی و باتوان ۹۵درصد و خطای ۵درصد و با درنظرگرفتن کاهش توان آزمون به‌احتمال ریزش، حداقل نمونه پانزده نفر است؛ لذا تعداد کل نمونه در پژوهش حاضر سی نفر در نظر گرفته شد که پانزده نفر در گروه آزمایش اول (دارودرمانی) و پانزده نفر در گروه آزمایش دوم (گروه‌درمانی تنظیم شناختی هیجانی به‌همراه دارو) بودند. ابتدا سی نفر از افراد واجد شرایط به‌صورت داوطلبانه وارد مطالعه شدند. سپس، با تخصیص تصادفی در دو گروه آزمایش قرار گرفتند. برای افراد شرکت‌کننده در پژوهش، ملاک‌های ورود عبارت بود از: دارابودن تشخیص اختلال دوقطبی نوع یک؛ دامنهٔ سنی ۲۰تا۴۰ سال؛ بستری و دارودرمانی؛ استفاده‌نکردن از شوک درمانی. معیارهای خروج از پژوهش، غیبت بیش از دو جلسه و سابقهٔ شرکت در برنامه‌های درمانی انفرادی و گروهی دیگر هم‌زمان با پژوهش مذکور بود.

بعد از بررسی ملاک‌های ورود و خروج، افراد واجد شرایط در پژوهش شرکت داده شدند. از همهٔ شرکت‌کنندگان قبل از مداخله و در ابتدا پیش‌آزمون برای متغیرهای مانیا و افسردگی و افکار خودکشی انجام گرفت. سپس، افراد گروه‌های آزمایش در جلسات مداخله‌ای شرکت کردند و پس از اتمام جلسات مداخله، پس‌آزمون متغیرهای مذکور اجرا شد. پرسش‌نامه‌های پژوهش، قبل و بعد از اجرای مداخله‌های پژوهش (دارودرمانی و پروتکل تنظیم شناختی هیجانی گراس) در دو گروه آزمایشی توزیع و بررسی شد. برای جلوگیری از افت یا ریزش نمونه‌ها، اجرای جلسهٔ توجیهی با بیماران و خانوادهٔ آن‌ها صورت گرفت و توضیحات مبسوطی دربارهٔ اهمیت پژوهش و تأثیر مشارکت آن‌ها بر نتایج به‌منظور افزایش حس مسئولیت‌پذیری ارائه شد. تماس‌های تلفنی یا پیامکی نیز با افراد شرکت‌کننده و خانوادهٔ آن‌ها تا پایان پژوهش ادامه داشت. همچنین، تلاش شد رابطهٔ درمانی قوی به‌منظور ایجاد اعتماد بین افراد شرکت‌کننده و تیم پژوهش برای افزایش تعهد به حضور در جلسات ایجاد شود. افزون‌براین، زمان جلسات متناسب با برنامهٔ افراد شرکت‌کننده بود.

به تمامی شرکت‌کنندگان اطلاع داده شد حضور آن‌ها در این پژوهش داوطلبانه است و مشارکت‌نکردن آن‌ها در پژوهش خللی در فرایند درمانی آن‌ها ایجاد نمی‌کند؛ لذا، تمامی شرکت‌کنندگان با رضایت آگاهانه در پژوهش شرکت کردند و رضایت‌نامهٔ کتبی قبل از شرکت در پژوهش اخذ شد. افزون‌براین، به تمامی شرکت‌کنندگان دربارهٔ اصول محرمانگی و رازداری اطلاع داده شد و تأکید شد اطلاعات افراد شرکت‌کننده محرمانه باقی می‌ماند و یافته‌ها به‌صورت بی‌نام و بدون ذکر اطلاعات هویتی گزارش می‌شود. همچنین، فرایند اجرای پژوهش و پروتکل آن با کد IR.IAU.K.REC.1403.200 در کمیتهٔ اخلاق در پژوهش دانشگاه آزاد اسلامی واحد کرج به‌تأیید رسید. لازم به‌ذکر است هیچ هزینه‌ای به بیماران تحمیل نشد و حضور بیمار در جلسات درمانی با هماهنگی پزشک معالج فرد انجام گرفت.

برای گردآوری داده‌ها ابزارها و جلسات درمانی زیر به‌کار رفت.

ـ مصاحبهٔ تشخیصی ساختاریافته اختلال دوقطبی نوع یک: به‌منظور تشخیص اولیهٔ اختلال دوقطبی نوع یک، مصاحبهٔ تشخیصی و تنظیم پروتکل دارویی توسط روان‌پزشک انجام شد و به‌تأیید روان‌شناس رسید. مصاحبهٔ تشخیصی براساس مصاحبهٔ بالینی ساختاریافتهٔ ویراست پنجم راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی، توسط روان‌پزشک انجام گرفت.

ـ مقیاس درجه‌بندی مانیا[1]: به‌منظور سنجش میزان شیدایی، مقیاس درجه‌بندی مانیا با یازده گویه ارائه‌شده توسط یانگ و همکاران در سال ۱۹۷۸، به‌کار رفت (۲۱). این ابزار، مقیاس مصاحبهٔ بالینی است که برای ارزیابی شدت حالات شیدایی استفاده می‌شود. این مقیاس دارای یازده گروه از عبارات با چهار گزینه است و فرد بعد از خواندن گویه‌ها باید احساسی را که طی یک هفتهٔ اخیر دارد با انتخاب یکی از گزینه‌ها مشخص کند. نمره‌گذاری گویه‌های ۱، ۲، ۳، ۴، ۷، ۱۰، ۱۱ از صفر تا ۴ و گویه‌های ۵، ۶، ۸، ۹ از صفر تا ۸ است. حداقل و حداکثر نمرهٔ کسب‌شده در مقیاس به‌ترتیب صفر و ۶۰ است. نمرهٔ بیشتر، نشانگان مانیای بیشتر را مشخص می‌کند (۲۱). شاخص‌های روان‌سنجی این مقیاس توسط یانگ و همکاران بررسی شد و روایی هم‌زمان و پایایی ارزیابان و آلفای کرونباخ به‌ترتیب ۰/۹۶ و ۰/۹۲ و ۰/۷۲ به‌دست آمد (۲۱). این پرسش‌نامه در جمعیت ایرانی توسط برکتین و همکاران هنجاریابی شد و ضرایب آلفای کرونباخ گروه بیمار ۰/۷۲ و پایایی بین‌ارزیابان گروه بیمار ۰/۹۶ بود. ضریب روایی تشخیصی نمرات کل و عضویت گروهی برابر با ۰/۸۴ به‌دست آمد. روایی هم‌زمان مقیاس یانگ با پرسش‌نامهٔ تشخیص جامع بین‌المللی نیز برابر با ۰/۸۷ محاسبه شد (۲۲).

ـ پرسش‌نامهٔ افسردگی بک ـ ویرایش دوم[2]: به‌منظور سنجش میزان افسردگی از پرسش‌نامهٔ ۲۱ گویه‌ای افسردگی بک ارائه‌شده توسط بک و همکاران در سال ۱۹۹۶، استفاده شد (۲۳). نمره‌گذاری سؤالات پرسش‌نامه روی طیف لیکرت چهاردرجه‌ای از صفر تا ۳ انجام می‌شود. نمرهٔ صفر نشان‌دهندهٔ کمترین میزان و نمرهٔ ۳ نشان‌دهندهٔ بیشترین میزان شدت تجربهٔ یک نشانهٔ افسردگی است. حداقل نمره در این پرسش‌نامه صفر و حداکثر آن ۶۳ است. نمرهٔ صفر تا ۱۳ هیچ یا کمترین میزان افسردگی، ۱۴تا۱۹ افسردگی خفیف، ۲۰تا۲۸ افسردگی متوسط و ۲۹تا۶۳ افسردگی شدید را نشان می‌دهد (۲۳). بک و همکاران پایایی این پرسش‌نامه را بااستفاده از ضریب آلفای کرونباخ ۰/۷۸ و روایی هم‌گرای پرسش‌نامه را ازطریق اجرای هم‌زمان آن با مقیاس ناامیدی بک[3] (۱۹۸۸) و سیاههٔ اضطراب بک[4] (۱۹۹۳) به‌ترتیب برابر ۰/۶۸ و ۰/۶۰ گزارش کردند (۲۳). لین و همکاران آلفای کرونباخ پرسش‌نامه را ۰/۹۲ به‌دست آوردند (۲۴). طاهری تنجانی و همکاران ضریب همبستگی درون‌طبقه‌ای برای پرسش‌نامه را ۰/۸۱ و همسانی درونی را ازطریق روش‌های آلفای کرونباخ و تنصیف به‌ترتیب ۰/۹۳ و ۰/۷۳ گزارش کردند. همچنین همبستگی آن با سازهٔ افسردگی پرسش‌نامهٔ سلامت عمومی و نمرهٔ کل پرسش‌نامهٔ سلامت عمومی گلدبرگ و هیلر[5] (۱۹۷۹) محاسبه شد و به‌ترتیب ۰/۷۱ و

[1]. Mania Rating Scale
[2]. Beck Depression Inventory-II
[3]. Beck Hopelessness Scale
[4]. Beck Anxiety Inventory
[5]. Goldberg & Hiller's General Health Questionnaire

[Downloaded from jdisabilstud.org on 2026-11-14]

۰/۸۰ بود (۲۵).

ـ مقیاس افکار خودکشی بک[1]: به‌منظور سنجش افکار خودکشی، پرسش‌نامهٔ نوزده‌سؤالی مقیاس افکار خودکشی بک به‌کار رفت که در سال ۱۹۷۹ توسط بک و همکاران ساخته شد (۲۶). این مقیاس دارای پنج سؤال برای سنجش تمایل به مرگ، هفت سؤال برای سنجش آمادگی خودکشی، چهار سؤال برای سنجش تمایل به خودکشی واقعی و بقیهٔ سؤالات برای کتمان خودکشی است. پاسخ‌دهی به سؤالات براساس طیف سه‌گزینه‌ای از صفر تا ۲ انجام می‌شود. درمجموع، نمرات صفر تا ۵ نشان‌دهندهٔ داشتن افکار خودکشی و ۶تا۱۹ نشان‌دهندهٔ آمادگی برای خودکشی و ۲۰تا۳۸ نشان‌دهندهٔ قصد اقدام به خودکشی است (۲۶). بک و همکاران ضریب همبستگی مقیاس افکار خودکشی با آزمون‌های استانداردشدهٔ بالینی و گرایش به خود را برای بیماران بستری ۰/۹۰ و برای بیماران سرپایی ۰/۹۴ و ضریب پایایی ابزار را ازطریق آلفای کرونباخ ۰/۸۷تا۰/۹۷ گزارش کردند (۲۶). انیسی و همکاران روایی هم‌زمان این مقیاس را با پرسش‌نامهٔ سلامت عمومی ۰/۷۶ و با سیاههٔ افسردگی بک[2] ۰/۶۹ و پایایی آن را بااستفاده از روش آلفای کرونباخ برابر با ۰/۹۵ به‌دست آوردند (۲۷).

از بین مُراجعان با تشخیص اختلال دوقطبی نوع یک بستری در بخش روان‌پزشکی بیمارستان پیامبران تهران و تحت درمان با دارو، سی نفر به‌طور داوطلبانه شرکت کردند و با تخصیص تصادفی در دو گروه آزمایش قرار گرفتند. برای یکی از گروه‌های آزمایش روش مداخله‌ای دارودرمانی بود. در گروه آزمایش دوم، علاوه بر دارودرمانی، پروتکل تنظیم شناختی هیجانی گراس نیز اجرا شد (۲۸). این پروتکل دارای پنج مرحلهٔ اصلاح هیجان در هشت جلسهٔ درمانی است: مرحلهٔ اول: انتخاب موقعیت؛ مرحلهٔ دوم: اصلاح موقعیت؛ مرحلهٔ سوم: گسترش توجه؛ مرحلهٔ چهارم: تغییر شناختی؛ مرحلهٔ پنجم: تعدیل پاسخ. برای بررسی روایی محتوایی برنامهٔ مداخلهٔ گروه‌درمانی تنظیم شناختی هیجانی، از نظرات سه متخصص روان‌شناسی بالینی و روان‌پزشکی استفاده شد. این متخصصان محتوای برنامه را با اهداف پژوهش و ویژگی‌های بیماران دوقطبی نوع یک ارزیابی کردند. همچنین، نظرات آن‌ها دربارهٔ انطباق محتوا با نیازهای جامعهٔ هدف (بیماران دوقطبی نوع یک بستری در بیمارستان پیامبران) جمع‌آوری و اصلاحات لازم اعمال شد تا روایی محتوایی برنامه تأیید شود. خلاصه‌ای از محتوای جلسات درمانی در جدول ۱ ارائه شده است.

جدول ۱. محتوای پروتکل تنظیم شناختی هیجانی گراس (۲۸)

جلسه	محتوا
اول	آشنایی اعضای گروه با یکدیگر و شروع رابطهٔ متقابل رهبر گروه (مشاور) و اعضا، بیان اهداف اصلی و فرعی گروه و گفت‌وگوی اعضا راجع به اهداف شخصی و جمعی، بیان منطق و مراحل مداخله، بیان چارچوب و قواعد شرکت در گروه. تکلیف: نوشتن یک پاراگراف دربارهٔ انتظارات و اهداف شخصی از شرکت در گروه، مرور قوانین گروه و ارائهٔ پیشنهادات برای بهبود فضای گروه درصورت نیاز.
دوم	انتخاب موقعیت، هدف: ارائهٔ آموزش هیجانی، دستور جلسه: شناخت هیجان و موقعیت‌های برانگیزاننده ازطریق آموزش تفاوت عملکرد انواع هیجان‌ها، اطلاعات راجع به ابعاد مختلف هیجان و اثرات کوتاه‌مدت و درازمدت هیجان‌ها. تکلیف: ثبت هیجان‌های روزانه در یک جدول (شامل نوع هیجان، شدت، موقعیت محرک و واکنش رفتاری)، تحلیل یک موقعیت هیجانی اخیر و توضیح تأثیر ابعاد مختلف هیجان (فیزیولوژیک، شناختی، رفتاری).
سوم	انتخاب موقعیت، هدف: ارزیابی میزان آسیب‌پذیری و مهارت‌های هیجانی اعضا، دستور جلسه: گفت‌گو بین اعضا راجع به عملکرد هیجان‌ها در فرایند سازگاری انسان و فواید آن‌ها، نقش هیجان‌ها در برقراررکردن ارتباط با دیگران و تأثیرگذاری روی آن‌ها، سازمان‌دهی و برانگیزاندن رفتار انسان و طرح مثال‌هایی از تجربه‌های واقعی آن‌ها. تکلیف: بیان مثالی واقعی از تجربهٔ شخصی که در آن هیجانی خاص بر ارتباطات تأثیر گذاشته است، بررسی فواید و مضرات آن هیجان در آن موقعیت خاص.
چهارم	اصلاح موقعیت، هدف: ایجاد تغییر در موقعیت برانگیزانندهٔ هیجان، دستور جلسه: جلوگیری از انزوای اجتماعی و اجتناب، آموزش راهبرد حل مسئله، آموزش مهارت‌های بین‌فردی (گفت‌وگو، اظهار وجود، حل تعارض). تکلیف: انتخاب موقعیتی اجتنابی و استفاده از راهبرد حل مسئله برای مدیریت آن، تمرین گفت‌وگویی سازنده با فرد دارای تعارض و ثبت نتایج.
پنجم	گسترش توجه، هدف: تغییر توجه، دستور جلسه: متوقف‌کردن نشخوار فکری و نگرانی، آموزش توجه. تکلیف: تمرین تکنیک توقف فکر هنگام مواجهه با افکار نشخوارکننده، انجام فعالیتی تمرکزگرا (مثل توجه به تنفس یا مشاهدهٔ جزئیات محیط) به‌مدت پنج دقیقه در روز.
ششم	ارزیابی شناختی، هدف: تغییر ارزیابی‌های شناختی، دستور جلسه: شناسایی ارزیابی‌های غلط و اثرات آن‌ها روی حالت‌های هیجانی، آموزش راهبرد بازارزیابی. تکلیف: شناسایی یک باور منفی خودکار و نوشتن تفسیر جایگزین بااستفاده از بازارزیابی شناختی، مقایسهٔ تأثیر ارزیابی اولیه و بازارزیابی بر هیجان و رفتار.
هفتم	تعدیل پاسخ هدف: تغییر پیامدهای رفتاری و فیزیولوژیکی هیجان، دستور جلسه: شناسایی میزان و نحوهٔ استفاده از راهبرد بازداری و بررسی پیامدهای هیجانی آن، مواجهه، آموزش ابراز هیجان، اصلاح رفتار ازطریق تغییر تقویت‌کننده‌های محیطی، آموزش تخلیهٔ هیجانی، آرمیدگی و عمل معکوس. تکلیف: انجام یک تمرین آرمیدگی عضلانی یا تنفسی به‌صورت روزانه، استفاده از عمل معکوس در مواجهه با هیجانی شدید (مثلاً تماس‌گرفتن با یک دوست به‌جای انزوا).
هشتم	ارزیابی و کاربرد هدف: ارزیابی مجدد و رفع موانع کاربرد، دستور جلسه: ارزیابی میزان نیل به اهداف فردی و گروهی، کاربرد مهارت‌های آموخته‌شده در محیط‌های طبیعی خارج از جلسه، بررسی و رفع موانع انجام تکالیف. تکلیف: نوشتن خلاصه‌ای از پیشرفت‌های فردی در هر مهارت و تحلیل موانع اصلی.

پس از ورود داده‌ها در نرم‌افزار، داده‌های گردآوری‌شده، پاک‌سازی شد. داده‌های واردشده ازنظر پاسخ‌دهی براساس الگوی مشخص و تکراری، داده‌های ازدست‌رفته، ناهمخوانی بین سؤالات مختلف و داده‌های پرت بررسی شد. برای تحلیل داده‌ها، آزمون تحلیل واریانس با

[1]. Beck Suicidal Ideation Scale

[2]. Beck Depression Inventory

[Downloaded from jdisabilstud.org on 2026-11-14]

اندازه‌گیری مکرر و آزمون تعقیبی بونفرونی به‌کار رفت. قبل از اجرای آزمون‌های آمار استنباطی، از آزمون سنجش نرمال‌بودن توزیع داده‌های کلموگروف‌اسمیرنف، آزمون لون، آزمون ام‌باکس و آزمون موچلی استفاده شد. برای بررسی همتابودن دو گروه، آزمون تی‌استودنت و آزمون کای‌اسکوئر به‌کار رفت. تحلیل داده‌ها در نرم‌افزار SPSS نسخهٔ ۲۶ در سطح معناداری ۰/۰۵ انجام شد.

۳ یافته‌ها

در این پژوهش سی فرد مبتلا به اختلال دوقطبی نوع یک در دو گروه دارودرمانی (پانزده نفر) و درمان ترکیبی گروه‌درمانی تنظیم شناختی هیجانی به‌همراه دارو (پانزده نفر) شرکت داشتند. میانگین±انحراف معیار سن گروه دارودرمانی و درمان ترکیبی به‌ترتیب ۶/۶۱±۲۹/۲۰ و ۵/۵۷±۳۱/۴۰ سال محاسبه شد. به‌منظور بررسی همتابودن دو گروه ازنظر دامنهٔ سنی، آزمون تی‌استودنت به‌کار رفت. براساس نتایج بین گروه‌ها تفاوت معناداری ازلحاظ میانگین سن وجود نداشت (p=۰/۳۳۳). جنسیت اکثر اعضای گروه دارودرمانی و گروه درمان ترکیبی زن بود. به‌منظور بررسی همتابودن دو گروه درمان ترکیبی (نُه زن و شش مرد) و دارودرمانی (هشت زن و هفت مرد) ازنظر جنسیت از آزمون کای‌اسکوئر استفاده شد. براساس نتایج بین گروه‌ها تفاوت معناداری ازلحاظ توزیع جنسیت وجود نداشت (p=۰/۷۱۳). این یافته نشان داد، دو گروه ازنظر جنسیت با یکدیگر همتا بودند و اثر جنسیت بر نتایج کنترل شده بود.

در جدول ۲ میانگین و انحراف معیار متغیرهای پژوهش در دو گروه آزمایش ارائه شده است.

جدول ۲. میانگین و انحراف معیار متغیرهای پژوهش در گروه‌های آزمایش

متغیر	گروه	درمان ترکیبی		دارودرمانی	
		میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار
علائم مانیا	پیش‌آزمون	۲۵/۵۳	۵/۰۲	۲۴/۷۳	۹/۰۹
	پس‌آزمون	۲۱/۰۷	۵/۸۲	۲۲/۷۳	۸/۹۰
	پیگیری	۲۱/۳۳	۵/۸۷	۲۳/۲۷	۸/۹۸
علائم افسردگی	پیش‌آزمون	۲۶/۴۰	۸/۰۱	۲۸/۷۳	۸/۸۶
	پس‌آزمون	۲۳/۸۷	۷/۴۱	۳۰/۷۳	۷/۵۶
	پیگیری	۲۴/۱۳	۷/۴۹	۳۱/۱۳	۷/۰۴
تمایل به مرگ	پیش‌آزمون	۴/۳۳	۱/۷۵	۴/۸۰	۱/۵۶
	پس‌آزمون	۳/۴۷	۱/۴۰	۴/۴۰	۱/۵۹
	پیگیری	۳/۵۳	۱/۵۰	۴/۴۱	۱/۶۰
آمادگی خودکشی	پیش‌آزمون	۹/۴۷	۲/۳۲	۱۰/۰۷	۲/۵۷
	پس‌آزمون	۸/۱۳	۲/۲۶	۸/۸۰	۲/۱۱
	پیگیری	۸/۲۷	۲/۳۷	۹/۰۰	۲/۱۷
تمایل به خودکشی واقعی	پیش‌آزمون	۳/۰۰	۱/۸۱	۳/۵۳	۲/۱۶
	پس‌آزمون	۲/۶۷	۱/۴۴	۳/۲۷	۱/۹۴
	پیگیری	۲/۸۰	۱/۳۷	۳/۴۰	۱/۸۸
افکار خودکشی (کل)	پیش‌آزمون	۱۶/۸۰	۲/۸۸	۱۸/۴۰	۳/۵۴
	پس‌آزمون	۱۴/۲۷	۲/۵۴	۱۶/۴۷	۳/۰۶
	پیگیری	۱۴/۶۰	۲/۳۸	۱۶/۸۰	۳/۰۱

بااستفاده از آزمون تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر و آزمون تعقیبی بونفرونی اثربخشی دارودرمانی با درمان ترکیبی در بهبود علائم مانیا و افسردگی و افکار خودکشی بیماران با تشخیص اختلال دوقطبی نوع یک مقایسه شد. باتوجه‌به اینکه آزمون‌های یادشده از نوع پارامتری بود، پیش از تحلیل استنباطی مفروضه‌های پارامتریک هدف بررسی قرار گرفت. به‌این‌منظور، یافته‌های آزمون کلموگروف‌اسمیرنف نشان داد، داده‌های دو گروه آزمایش در متغیرهای بررسی‌شده در مراحل مختلف سنجش با توزیع نرمال تفاوت معناداری نداشت و توزیع داده‌ها نرمال بود (p>۰/۰۵). نتایج آزمون لون مشخص کرد، مفروضهٔ برابری واریانس‌های خطا برای متغیرهای پژوهش برقرار بود (p>۰/۰۵). نتایج آزمون ام‌باکس نشان داد، ماتریس کوواریانس متغیرهای وابسته در تمام سطوح متغیر مستقل (گروه‌ها) همگن بود. باتوجه‌به اینکه فرض کرویت در آزمون موچلی تأیید نشد (p<۰/۰۵)، در نتایج درون‌گروهی، نتایج آزمون گرین‌هاوس‌ـ گیسر به‌کار رفت.

براساس نتایج جدول ۳، اثر درون‌گروهی زمان بر علائم مانیا (p<۰/۰۰۱)، تمایل به مرگ (p<۰/۰۰۱)، آمادگی خودکشی (p<۰/۰۰۱)، تمایل به خودکشی واقعی (p=۰/۰۱۱) و نمرهٔ کلی خودکشی (p<۰/۰۰۱) معنادار بود. این یافته نشان داد، میانگین علائم مانیا، تمایل به مرگ، آمادگی خودکشی، تمایل به خودکشی واقعی و نمرهٔ کلی خودکشی در طول زمان‌های مختلف سنجش (پیش‌آزمون، پس‌آزمون، پیگیری) تغییر معناداری داشت. افزون‌براین، اثر تعاملی زمان × گروه بر علائم مانیا (p=۰/۰۰۸) و علائم افسردگی (p<۰/۰۰۱) معنادار بود و مشخص کرد، تغییرات علائم مانیا و علائم افسردگی در طول زمان بین گروه‌ها متفاوت بود. تفاوت بین‌گروهی در

[Downloaded from jdisabilstud.org on 2026-11-14]

علائم مانیا (p=۰/۰۰۹)، علائم افسردگی (p<۰/۰۰۱)، تمایل به مرگ (p<۰/۰۰۱)، آمادگی خودکشی (p=۰/۰۰۲) و تمایل به خودکشی واقعی (p<۰/۰۰۱) معنادار بود که نشان داد، بین دو مداخله ازنظر متغیرهای یادشده تفاوت معناداری وجود داشت. برای مقایسهٔ گروه‌ها در مراحل مختلف سنجش از آزمون تعقیبی بونفرونی استفاده شد (جدول ۴).

جدول ۳. نتایج آزمون تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر برای متغیرهای پژوهش

متغیر	منبع تغییرات		درجهٔ آزادی	آمارهٔ F	مقدار p	اندازهٔ اثر
علائم مانیا	درون‌گروهی	زمان	۱/۱۰۷	۴۱/۸۱۱	<۰/۰۰۱	۰/۵۹۹
	درون‌گروهی	زمان × گروه	۱/۱۰۷	۷/۶۴۰	۰/۰۰۸	۰/۲۱۴
	بین‌گروهی	گروه	۱	۸/۰۸۷	۰/۰۰۹	۰/۲۳۷
علائم افسردگی	درون‌گروهی	زمان	۱/۱۸۵	۰/۴۹۲	۰/۵۱۹	۰/۰۱۷
	درون‌گروهی	زمان × گروه	۱/۱۸۵	۲۷/۸۹۵	<۰/۰۰۱	۰/۴۹۹
	بین‌گروهی	گروه	۱	۲۹/۹۱۹	<۰/۰۰۱	۰/۵۳۵
تمایل به مرگ	درون‌گروهی	زمان	۱/۲۶۸	۱۷/۶۵۴	<۰/۰۰۱	۰/۳۸۷
	درون‌گروهی	زمان × گروه	۱/۲۶۸	۲/۲۱۳	۰/۱۴۱	۰/۰۷۳
	بین‌گروهی	گروه	۱	۳۶/۶۹۱	<۰/۰۰۱	۰/۵۹۵
آمادگی خودکشی	درون‌گروهی	زمان	۱/۲۰۶	۴۰/۸۵۱	<۰/۰۰۱	۰/۵۹۳
	درون‌گروهی	زمان × گروه	۱/۲۰۶	۰/۰۹۱	۰/۸۱۱	۰/۰۰۳
	بین‌گروهی	گروه	۱	۱۲/۱۴۲	۰/۰۰۲	۰/۳۱۰
تمایل به خودکشی واقعی	درون‌گروهی	زمان	۱/۴۹۲	۵/۷۳۲	۰/۰۱۱	۰/۱۷۰
	درون‌گروهی	زمان × گروه	۱/۴۹۲	۰/۰۹۴	۰/۸۵۵	۰/۰۰۳
	بین‌گروهی	گروه	۱	۱۸/۸۴۲	<۰/۰۰۱	۰/۴۵۰
افکار خودکشی (کل)	درون‌گروهی	زمان	۱/۴۰۶	۸۱/۸۹۰	<۰/۰۰۱	۰/۷۴۵
	درون‌گروهی	زمان × گروه	۱/۴۰۶	۱/۶۹۳	۰/۲۰۲	۰/۰۵۷
	بین‌گروهی	گروه	۱	۰/۱۱۱	۰/۷۴۲	۰/۰۰۳

جدول ۴. نتایج آزمون تعقیبی بونفرونی مبنی‌بر مقایسهٔ زوجی زمان‌های مختلف ارزیابی به‌تفکیک دو گروه

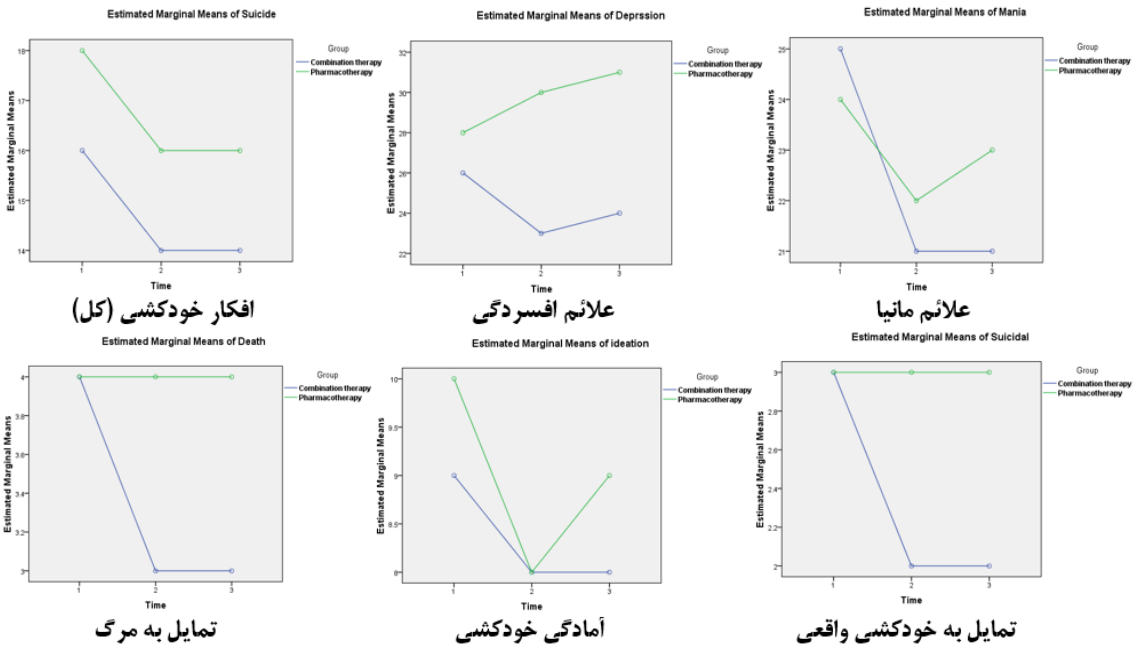
متغیر	گروه	مرحلهٔ مرجع	مرحلهٔ مقایسه	تفاوت میانگین	خطای معیار	مقدار p
علائم مانیا	درمان ترکیبی	پیش‌آزمون	پس‌آزمون	۴/۴۶۷	۰/۶۵۴	۰/۰۰۲
		پیش‌آزمون	پیگیری	ـ۴/۴۶۷	۰/۶۵۴	۰/۰۰۲
		پس‌آزمون	پیگیری	ـ۰/۲۶۷	۰/۱۷۴	۰/۱۳۶
	دارودرمانی	پیش‌آزمون	پس‌آزمون	۲/۰۰۰	۰/۶۵۴	۰/۰۰۵
		پیش‌آزمون	پیگیری	۱/۴۶۷	۰/۶۵۹	۰/۰۳۴
		پس‌آزمون	پیگیری	ـ۰/۵۳۳	۰/۱۷۴	۰/۰۰۵
علائم افسردگی	درمان ترکیبی	پیش‌آزمون	پس‌آزمون	۲/۵۳۳	۰/۶۱۳	<۰/۰۰۱
		پیش‌آزمون	پیگیری	۲/۲۶۷	۰/۵۸۳	<۰/۰۰۱
		پس‌آزمون	پیگیری	ـ۰/۲۶۷	۰/۲۱۰	۰/۲۱۵
	دارودرمانی	پیش‌آزمون	پس‌آزمون	ـ۲/۰۰۰	۰/۶۱۳	۰/۰۰۳
		پیش‌آزمون	پیگیری	ـ۲/۴۰۰	۰/۵۸۳	۰/۰۰۲
		پس‌آزمون	پیگیری	ـ۰/۴۰۰	۰/۲۱۰	۰/۰۶۷
تمایل به مرگ	درمان ترکیبی	پیش‌آزمون	پس‌آزمون	۰/۸۶۷	۰/۲۰۳	<۰/۰۰۱
		پیش‌آزمون	پیگیری	۰/۸۰۰	۰/۱۹۵	<۰/۰۰۱
		پس‌آزمون	پیگیری	ـ۰/۰۶۷	۰/۰۸۴	۰/۴۳۲
	دارودرمانی	پیش‌آزمون	پس‌آزمون	۰/۴۰۰	۰/۲۰۳	۰/۰۵۹
		پیش‌آزمون	پیگیری	۰/۴۰۰	۰/۱۹۵	۰/۰۵۰
		پس‌آزمون	پیگیری	ـ۸/۸۸۲	۰/۰۸۱	۰/۹۹۸
آمادگی خودکشی	درمان ترکیبی	پیش‌آزمون	پس‌آزمون	۱/۳۳۳	۰/۲۵۰	<۰/۰۰۱
		پیش‌آزمون	پیگیری	۱/۲۰۰	۰/۲۷۳	<۰/۰۰۱
		پس‌آزمون	پیگیری	ـ۰/۱۳۳	۰/۰۹۹	۰/۱۹۰
	دارودرمانی	پیش‌آزمون	پس‌آزمون	۱/۲۶۷	۰/۲۵۰	<۰/۰۰۱
		پیش‌آزمون	پیگیری	۱/۰۶۷	۰/۲۷۳	<۰/۰۰۱
		پس‌آزمون	پیگیری	ـ۰/۲۰۰	۰/۰۹۹	۰/۰۵۳

[Downloaded from jdisabilstud.org on 2026-11-14]

متغیر	گروه	مرحلهٔ مرجع	مرحلهٔ مقایسه	تفاوت میانگین	خطای معیار	مقدار p
تمایل به خودکشی واقعی	درمان ترکیبی	پیش‌آزمون	پس‌آزمون	۰/۳۳۳	۰/۱۲۲	۰/۰۱۱
		پیش‌آزمون	پیگیری	۰/۲۰۰	۰/۱۵۵	۰/۲۰۸
		پس‌آزمون	پیگیری	ـ۰/۱۳۳	۰/۰۹۱	۰/۱۵۳
	دارودرمانی	پیش‌آزمون	پس‌آزمون	۰/۲۶۷	۰/۱۲۲	۰/۰۳۸
		پیش‌آزمون	پیگیری	۰/۱۳۳	۰/۱۵۵	۰/۳۹۸
		پس‌آزمون	پیگیری	ـ۰/۱۳۳	۰/۰۹۱	۰/۱۵۳
افکار خودکشی (کل)	درمان ترکیبی	پیش‌آزمون	پس‌آزمون	۲/۵۳۳	۰/۲۹۵	<۰/۰۰۱
		پیش‌آزمون	پیگیری	۲/۲۰۰	۰/۳۱۶	۰/۰۰۲
		پس‌آزمون	پیگیری	ـ۰/۳۳۳	۰/۱۵۹	۰/۰۵۶
	دارودرمانی	پیش‌آزمون	پس‌آزمون	۱/۹۳۳	۰/۲۹۵	<۰/۰۰۱
		پیش‌آزمون	پیگیری	۱/۶۰۰	۰/۳۱۶	۰/۰۰۲
		پس‌آزمون	پیگیری	ـ۰/۳۳۳	۰/۱۵۹	۰/۰۵۶

نتایج جدول ۴ نشان می‌دهد در درمان ترکیبی تفاوت بین پیش‌آزمون با پس‌آزمون در علائم مانیا (p=۰/۰۰۲) و علائم افسردگی (p<۰/۰۰۱) معنادار بود که اثربخشی این مداخله را بیان می‌کند؛ اما تفاوت بین پس‌آزمون و پیگیری معنادار نشد که نشان‌دهندهٔ پایداری اثربخشی درمان ترکیبی بر علائم مانیا (p=۰/۱۳۶) و افسردگی (p=۰/۲۱۵) بود. افزون‌برآن، در دارودرمانی تفاوت بین پیش‌آزمون با پس‌آزمون در علائم مانیا (p=۰/۰۰۵) و علائم افسردگی (p=۰/۰۰۳) معنادار شد که نشان‌دهندهٔ اثربخشی این مداخله بود. تفاوت بین پس‌آزمون و پیگیری در علائم افسردگی معنادار نشد (p=۰/۰۶۷) که بیانگر پایداری اثربخشی دارودرمانی بر علائم افسردگی بود؛ اما تفاوت بین پس‌آزمون و پیگیری در متغیر علائم مانیا معنادار شد (p=۰/۰۰۵) که نشان‌دهندهٔ ناپایداری اثربخشی دارودرمانی بر علائم مانیا بود. به‌علاوه، در درمان ترکیبی تفاوت بین پیش‌آزمون با پس‌آزمون در متغیر افکار خودکشی (p<۰/۰۰۱) و زیرمقیاس‌های تمایل به مرگ (p<۰/۰۰۱)، آمادگی خودکشی (p<۰/۰۰۱) و تمایل به خودکشی واقعی (p=۰/۰۱۱) معنادار شد که اثربخشی این مداخله را بیان کرد؛ اما تفاوت بین پس‌آزمون و پیگیری معنادار نشد (p>۰/۰۵) که نشان‌دهندهٔ پایداری اثربخشی درمان ترکیبی بر افکار خودکشی و زیرمقیاس‌های یادشده بود. همچنین، در دارودرمانی تفاوت بین پیش‌آزمون با پس‌آزمون در متغیر افکار خودکشی (p<۰/۰۰۱) و زیرمقیاس‌های آمادگی خودکشی (p<۰/۰۰۱) و تمایل به خودکشی واقعی (p=۰/۰۳۸) معنادار شد که نشان‌دهندهٔ اثربخشی این مداخله بود؛ اما تفاوت بین پس‌آزمون و پیگیری معنادار نشد (p>۰/۰۵) که پایداری اثربخشی دارودرمانی بر افکار خودکشی و زیرمقیاس‌های یادشده را نشان داد.

در شکل ۱ نمودارهای پروفایل پلات اثر زمان و گروه بر متغیرهای پژوهش مشاهده می‌شود.



شکل ۱. نمودارهای پروفایل پلات اثر زمان و گروه

[Downloaded from jdisabilstud.org on 2026-11-14]

۴ بحث

پژوهش حاضر باهدف بررسی اثربخشی گروه‌درمانی تنظیم شناختی هیجانی به‌همراه دارودرمانی درمقایسه با دارودرمانی بر کاهش علائم مانیا و افسردگی و افکار خودکشی در بیماران با تشخیص اختلال دوقطبی نوع یک انجام شد. نتایج نشان داد، دارودرمانی موجب بهبود علائم مانیا می‌شود؛ ولی تأثیر آن پایدار نیست؛ افزون‌براین، درمان ترکیبی (گروه‌درمانی تنظیم شناختی هیجانی به‌همراه دارو) بر بهبود علائم مانیا اثربخش و پایدار است؛ همچنین، درمان ترکیبی اثربخشی بیشتری درمقایسه با دارودرمانی در بهبود علائم مانیا دارد. در پیشینهٔ پژوهش، مطالعات پارک و همکاران (۱۹)، میرسپاسی (۲۹)، سمنانی (۳۰) و آیف و همکاران (۳۱) مشخص کرد، دارودرمانی موجب بهبود علائم مانیا می‌شود. رجبی (۳۲) و صدیقی (۳۳) و ایسنر و همکاران (۳۴) تأکید کردند، استفاده از مداخلات روان‌شناختی در بهبود علائم مانیای بیماران مبتلا به اختلال دوقطبی با نتایج مثبت بیشتری در فرایند بهبودی این بیماران درمقایسه با دارودرمانی صرف همراه است.

در تبیین اثربخشی دارودرمانی بر بهبود علائم مانیا در بیماران دوقطبی نوع یک به‌نظر می‌رسد، دارودرمانی به‌عنوان یکی از روش‌های بسیار مؤثر مدیریت علائم مانیا در بیماران مبتلا به اختلال دوقطبی نوع یک، با تأثیر بر سیستم‌های نوروشیمیایی مغز، سبب تعدیل فعالیت‌های عصبی و کاهش نشانه‌های این فاز می‌شود. داروهای تثبیت‌کنندهٔ خُلق‌وخو مانند لیتیوم، با تنظیم انتقال‌دهنده‌های عصبی ازجمله سروتونین و نوراپی‌نفرین، ازطریق مهار سیگنال‌دهی بیش‌ازحد در مسیرهای مرتبط با تحریک‌پذیری و فعالیت‌های نورونی، به کاهش علائم مانیا کمک می‌کند (۳۵). همچنین، داروهای ضدروان‌پریشی آتیپیک مانند اولانزاپین و ریسپریدون، با بلوک‌کردن گیرنده‌های دوپامینی و سروتونرژیک، مانع از افزایش غیرطبیعی فعالیت دوپامین در مسیر مزولیمبیک می‌شود و به کنترل علائمی مانند تحریک‌پذیری و بی‌قراری و رفتارهای تکانشی کمک می‌کند (۳۶). به‌علاوه این داروها با تعدیل فعالیت‌های قشر پیش‌پیشانی و ساختارهای لیمبیک، به بهبود عملکردهای شناختی و عاطفی بیماران منجر می‌شود. در کنار این‌ها، داروهای ضدتشنج مانند والپروات و کاربامازپین نیز با تأثیر بر کانال‌های یونی و تعدیل فعالیت‌های الکتریکی نورون‌ها، به تثبیت خُلق‌وخو و کاهش علائم مانیا کمک می‌کند (۳۷)؛ بنابراین، دارودرمانی با سازوکارهای چندگانه و هدف‌گیری سیستم‌های عصبی مختلف، نقش کلیدی در کاهش شدت و مدت علائم مانیا در بیماران دوقطبی نوع یک دارد.

براساس نتایج پژوهش حاضر مشخص شد، درمان ترکیبی دارودرمانی همراه با گروه‌درمانی تنظیم شناختی هیجانی، بر کاهش علائم مانیا در بیماران مبتلا به اختلال دوقطبی نوع یک، اثربخشی بیشتری درمقایسه با دارودرمانی صرف دارد. این رویکرد ترکیبی ازطریق تأثیرات چندبُعدی بر سیستم‌های عصبی‌زیستی و روان‌شناختی، برای مدیریت بهتر علائم مانیا کمک‌کننده است. گروه‌درمانی تنظیم شناختی هیجان با تمرکز بر آموزش مهارت‌های سازگارانهٔ تنظیم هیجان، می‌تواند به کاهش علائم مانیا در بیماران مبتلا به اختلال دوقطبی نوع یک کمک کند. این روش درمانی با تأکید بر شناسایی و اصلاح الگوهای شناختی ناسازگارانه، بیماران را یاری می‌دهد هیجان‌های شدید خود را بهتر مدیریت کنند (۳۸). در فاز مانیا، بیماران اغلب تجربهٔ خُلقِ بالا، تحریک‌پذیری و تصمیم‌گیری‌های تکانشی را دارند که این روش با آموزش راهبردهای شناختی مانند بازسازی فکری و تمرکززدایی، از تشدید این علائم جلوگیری می‌کند. در بستر گروه‌درمانی، بیماران می‌توانند از تعاملات اجتماعی ساختاریافته و بازخوردهای همتاها بهره ببرند که این امر به افزایش آگاهی هیجانی و بهبود خودتنظیمی منجر خواهد شد. همچنین، فضای گروهی باعث تقویت حس حمایت اجتماعی می‌شود که این عامل به‌ویژه در کاهش رفتارهای پرخطر ناشی‌از مانیا مؤثر است (۳۹). آموزش مهارت‌هایی مانند تحمل پریشانی و حل مسئله در جمع، به بیماران کمک می‌کند در مواجهه با محرک‌های هیجانی، پاسخ‌های انعطاف‌پذیرتری از خود نشان دهند.

ازنظر سازوکارهای عصب‌روان‌شناختی، گروه‌درمانی تنظیم شناختی هیجان با تعدیل فعالیت مناطق مرتبط با پردازش هیجان مانند آمیگدال و تقویت عملکرد قشر پیش‌پیشانی، به تنظیم بهتر پاسخ‌های هیجانی کمک می‌کند. کاهش علائم مانیا در این بیماران می‌تواند ناشی‌از کاهش تفکر قالبی و افزایش کنترل شناختی بر هیجان‌ها باشد (۴۰)؛ درنتیجه، گروه‌درمانی تنظیم شناختی هیجان به‌عنوان مداخله‌ای مکمل، در تثبیت خُلق و بهبود عملکرد کلی بیماران مبتلا به اختلال دوقطبی نوع یک نقش درخورتوجهی دارد. همچنین گروه‌درمانی تنظیم شناختی هیجانی، با ایجاد محیطی ساختارمند و حمایتی، به بیماران امکان می‌دهد در تعامل با دیگران، مهارت‌های بین‌فردی و هیجانی خود را بهبود بخشند. این فرایند به کاهش رفتارهای تکانشی و افزایش خودآگاهی درقبال علائم مانیا کمک می‌کند. علاوه‌براین، مشارکت در گروه‌درمانی باعث تقویت حس مسئولیت‌پذیری و انگیزه برای پایبندی به برنامه‌های درمانی می‌شود؛ این امر به‌ویژه در مدیریت اختلال دوقطبی که به درمان بلندمدت نیاز دارد، حائز اهمیت است (۴۱). ترکیب دارودرمانی با گروه‌درمانی تنظیم شناختی هیجانی، اثرات هم‌افزایی (سینرژیستی) ایجاد می‌کند که در آن بهبود علائم بیولوژیک و روان‌شناختی به‌طور هم‌زمان اتفاق می‌افتد (۴۲). این رویکرد ترکیبی نه‌تنها به کاهش شدت و مدت دوره‌های مانیا کمک‌کننده است، بلکه سبب پیشگیری از عود مجدد این دوره‌ها می‌شود و بیماران را یاری می‌کند در بلندمدت، تعادل هیجانی و شناختی پایدارتری را تجربه کنند.

ازسوی‌دیگر نتایج پژوهش حاضر نشان داد، دارودرمانی موجب بهبود علائم افسردگی می‌شود و اثرات آن در مرحلهٔ پیگیری پایدار است؛ افزون‌براین، درمان ترکیبی (گروه‌درمانی تنظیم شناختی هیجانی به‌همراه دارو) بر علائم افسردگی اثربخش و پایدار است؛ همچنین، درمان ترکیبی اثربخشی بیشتری درمقایسه با دارودرمانی در بهبود علائم افسردگی دارد. همسو با این یافته‌ها، پارک و همکاران (۱۹)، میرسپاسی (۲۹)، سمنانی (۳۰)، آیف و همکاران (۳۱) و صدیقی (۳۳) بر نقش دارودرمانی در کنترل علائم افسردگی و محمودعلیلو و همکاران (۴۳) بر نقش مداخلهٔ هیجانی در بهبود علائم افسردگی تأکید کردند. نتایج پژوهش‌های سمنانی (۳۰) و رجبی (۳۲) و ایسنر و همکاران (۳۴) مبین آن بود که استفاده از مداخلات روان‌شناختی درمقایسه با دارودرمانی صرف، اثربخشی بیشتری بر بهبود علائم

[Downloaded from jdisabilstud.org on 2026-11-14]

بیماران مبتلا به اختلال دوقطبی دارد. در تبیین اثربخشی دارودرمانی بر بهبود علائم افسردگی در بیماران دوقطبی نوع یک به‌نظر می‌رسد، دارودرمانی به‌عنوان یکی از روش‌های اصلی مدیریت اختلال دوقطبی نوع یک، نقش مهمی در بهبود علائم افسردگی ایفا می‌کند. این اختلال به‌ویژه با نوسانات شدید خُلقی مشخص می‌شود که شامل دوره‌های شیدایی و افسردگی است. در درمان افسردگی مرتبط با این اختلال، معمولاً از داروهای تثبیت‌کنندهٔ خُلق مانند لیتیم و نیز داروهای ضدافسردگی و آنتی‌سایکوتیک‌ها استفاده می‌شود. این داروها با تأثیر بر سیستم‌های انتقال‌دهندهٔ عصبی، به‌ویژه سروتونین و دوپامین، می‌تواند به تنظیم حالت خُلقی و کاهش شدت علائم افسردگی کمک کند (۴۴). به‌علاوه دارودرمانی، خطر بروز دوره‌های شیدایی را کاهش می‌دهد و با ایجاد ثبات در خُلق‌وخو، کیفیت زندگی بیماران را بهبود می‌بخشد. دارودرمانی، به‌ویژه بااستفاده از تثبیت‌کننده‌های خُلق و ضدافسردگی‌ها، علائم بیولوژیک اختلال را هدف قرار می‌دهد و ازطریق تعدیل انتقال‌دهنده‌های عصبی مانند سروتونین و دوپامین و نوراپی‌نفرین، به کاهش علائم افسردگی کمک می‌کند (۴۵).

براساس نتایج پژوهش حاضر مشخص شد، درمان ترکیبی دارودرمانی همراه با گروه‌درمانی تنظیم شناختی هیجانی به‌عنوان رویکردی جامع و چندوجهی، اثربخشی بیشتری بر کاهش علائم افسردگی بیماران مبتلا به اختلال دوقطبی نوع یک درمقایسه با دارودرمانی صرف دارد. این رویکرد ازطریق سازوکارهای متفاوت و مکمل، به بهبود عملکرد شناختی و هیجانی بیماران کمک می‌کند. گروه‌درمانی تنظیم شناختی هیجان با ارائهٔ چارچوبی ساختاریافته برای اصلاح پردازش‌های هیجانی ناکارآمد، می‌تواند در کاهش علائم افسردگی در اختلال دوقطبی نوع یک مؤثر باشد (۴۶). ازطریق تکنیک‌هایی مانند ارزیابی مجدد شناختی، بیماران یاد می‌گیرند محرک‌های هیجانی را بدون برانگیختن رفتارهای پرخاشگرانه یا بیش‌فعالانه پردازش کنند؛ این امر به کاهش نشانه‌هایی مانند تحریک‌پذیری و هذیان بزرگ‌منشی منجر می‌شود. در محیط گروهی، بیماران با بهره‌گیری از مدل‌سازی اجتماعی و بازخوردهای هنجارساز، می‌توانند راهبردهای انطباقی‌تری برای مدیریت هیجان‌های شدید بیاموزند. این فرایند به‌ویژه در کاهش علائم مانیا مانند کاهش نیاز به خواب و رفتارهای مخاطره‌آمیز مؤثر است؛ زیرا گروه‌درمانی بستری را فراهم می‌آورد تا بیماران قادر باشند پیامدهای رفتارهای خود را در فضایی کنترل‌شده بازبینی کنند. از منظر نوروبیولوژیک، این مداخله با تعدیل مدارهای عصبی مرتبط با تنظیم هیجان ازجمله کاهش فعالیت بیش‌ازحد سیستم دوپامینرژیک در فاز مانیا، در تثبیت خُلق کمک‌کننده است (۴۷)؛ بنابراین، گروه‌درمانی تنظیم شناختی هیجان ازطریق ترکیبی از سازوکارهای شناختی و هیجانی و عصبی‌زیستی، به‌عنوان رویکردی مؤثر در مدیریت علائم افسردگی در اختلال دوقطبی نوع یک عمل می‌کند.

به‌علاوه یافته‌های پژوهش حاضر نشان داد، دارودرمانی موجب بهبود افکار خودکشی می‌شود و اثرات آن پایدار است؛ افزون‌براین، درمان ترکیبی (گروه‌درمانی تنظیم شناختی هیجانی به‌همراه دارو) بر افکار خودکشی اثربخش و پایدار است؛ اما بین میزان اثربخشی دارودرمانی و درمان ترکیبی در بهبود افکار خودکشی تفاوت معناداری مشاهده نمی‌شود. همسو با این یافته‌ها، اسماعیلی بر تأثیر دارودرمانی (۴۸) و کدخدائی بر تأثیر مداخله‌های هیجان‌محور (۲۰) در بهبود افکار خودکشی تأکید کردند. نتایج پژوهش‌های میرسپاسی (۲۹)، رجبی (۳۲)، صدیقی (۳۳) و ایسنر و همکاران (۳۴) مبین آن بود که استفاده از مداخلات روان‌شناختی در کنار دارودرمانی (ترکیب دارودرمانی با روان‌درمانی) اثربخشی بیشتری بر بهبود علائم اختلال دوقطبی دارد.

در تبیین اثربخشی دارودرمانی بر کاهش افکار خودکشی در بیماران دوقطبی نوع یک به‌نظر می‌رسد، دارودرمانی در بیماران مبتلا به اختلال دوقطبی نوع یک باهدف کاهش افکار خودکشی، ازطریق تعدیل سیستم‌های نوروترانسمیتری و تنظیم فعالیت‌های عصبی در مناطق مغزی مرتبط با تنظیم خُلق‌وخو و پردازش هیجانات عمل می‌کند. داروهای تثبیت‌کنندهٔ خُلق‌وخو مانند لیتیوم، با تأثیر بر مسیرهای سیگنال‌دهی داخل سلولی ازجمله سیستم اینوزیتول‌تری‌فسفات و مهار گلیکوژن‌سنتازکیناز۳، در کاهش التهاب عصبی و افزایش نوروژنز در هیپوکامپ کمک‌کننده است. این فرایندها منجربه بهبود عملکرد عصبی و کاهش تمایل به خودکشی می‌شود (۴۹). همچنین، داروهای ضدافسردگی مانند مهارکننده‌های انتخابی بازجذب سروتونین و داروهای ضدروان‌پریشی آتیپیک مانند کلوزاپین، با تعدیل فعالیت سروتونرژیک و دوپامینرژیک در مسیرهای مرتبط با تنظیم خُلق‌وخو، به کاهش علائم افسردگی و افکار خودکشی کمک می‌کند. به‌علاوه این داروها با تأثیر بر قشر پیش‌پیشانی و ساختارهای لیمبیک، به بهبود پردازش هیجانات و کاهش ناامیدی که از عوامل کلیدی در بروز افکار خودکشی است، منجر می‌شود (۵۰)؛ بنابراین، دارودرمانی با هدف‌گیری سازوکارهای زیستی و تعدیل فعالیت‌های عصبی، نقش مهمی در کاهش افکار خودکشی و بهبود کیفیت زندگی بیماران دوقطبی نوع یک دارد.

گروه‌درمانی تنظیم شناختی هیجانی با تمرکز بر شناسایی و اصلاح الگوهای فکری ناسازگارانه، بهبود مهارت‌های حل مسئله و تقویت راهبردهای مقابله‌ای، به بیماران کمک می‌کند با افکار منفی و ناامیدی به‌طور مؤثرتری مقابله کنند؛ درواقع، این نوع درمان باهدف شناسایی و تغییر الگوهای تفکر منفی و ناکارآمد، بیماران را یاری می‌کند به درک بهتری از احساسات و افکار خود برسند. در این فرایند، بیماران در محیطی حمایتی قرار می‌گیرند که در آن می‌توانند تجربیات خود را به‌اشتراک بگذارند و از تجربیات دیگران یاد بگیرند. این تعاملات، احساس تعلق و ارتباط اجتماعی را تقویت می‌کند که به‌طور مستقیم بر کاهش احساس تنهایی و ناامیدی تأثیر دارد. علاوه‌براین، گروه‌درمانی به بیماران مهارت‌های مقابله‌ای مؤثری را می‌آموزد که می‌تواند در مدیریت افکار خودکشی کمک‌کننده باشد. بیماران یاد می‌گیرند چگونه از تکنیک‌های تنظیم هیجان مانند تمرکز بر لحظهٔ حال و بازسازی شناختی استفاده کنند (۵۱). این مهارت‌ها به آن‌ها اجازه می‌دهد در مواجهه با افکار خودکشی، به‌جای تسلیم‌شدن به آن‌ها، به تفکر منطقی و مثبت روی آورند و احساس کنترل بیشتری بر وضعیت خود پیدا کنند. درنهایت گروه‌درمانی تنظیم شناختی هیجان، در تقویت تاب‌آوری روانی بیماران کمک‌کننده است. با افزایش تاب‌آوری، بیماران قادر به مواجهه با چالش‌های زندگی و استرس‌های روزمره خواهند بود (۵۲).

[Downloaded from jdisabilstud.org on 2026-11-14]

این رویکرد به آن‌ها می‌آموزد چگونه به‌طور مؤثر با مشکلات خود روبه‌رو شوند و از آن‌ها عبور کنند که درنهایت به کاهش افکار خودکشی منجر می‌شود. به‌طور خلاصه، گروه‌درمانی تنظیم شناختی هیجان با فراهم‌کردن ابزارها و حمایت‌های لازم، به‌طور مؤثری به کاهش افکار خودکشی در بیماران کمک می‌کند.

در پژوهش حاضر تفاوت معناداری بین اثربخشی درمان ترکیبی (گروه‌درمانی تنظیم شناختی هیجانی به‌همراه دارودرمانی) و دارودرمانی به‌تنهایی، در کاهش افکار خودکشی بیماران مبتلا به اختلال دوقطبی نوع یک مشاهده نشد. این امر ممکن است به‌دلیل تأثیر قوی و سریع دارودرمانی، به‌ویژه تثبیت‌کننده‌های خُلق و ضدافسردگی‌ها، در تعدیل علائم بیولوژیک مرتبط با افکار خودکشی باشد. دارودرمانی با تنظیم انتقال‌دهنده‌های عصبی مانند سروتونین و دوپامین، به‌طور مستقیم بر بهبود خُلق و کاهش ناامیدی که از عوامل کلیدی در بروز افکار خودکشی است، تأثیر می‌گذارد. ازسوی‌دیگر، گروه‌درمانی تنظیم شناختی هیجانی اگرچه در بهبود مهارت‌های تنظیم هیجان و اصلاح تحریف‌های شناختی مؤثر است، امکان دارد در کوتاه‌مدت نتواند به اندازهٔ دارودرمانی بر علائم حاد و شدید افکار خودکشی تأثیر بگذارد. همچنین تفاوت‌های فردی در پاسخ به درمان، سطح پایبندی به مداخلات روان‌شناختی و شدت علائم ممکن است موجب شود در برخی مواقع، افزودن گروه‌درمانی به دارودرمانی، تفاوت معناداری در نتایج ایجاد نکند؛ بنابراین، در شرایطی که دارودرمانی به‌تنهایی به‌طور مؤثری علائم را کنترل می‌کند، ممکن است افزودن گروه‌درمانی تنظیم شناختی هیجانی تفاوت درخورتوجهی در کاهش افکار خودکشی ایجاد نکند.

امکان‌نداشتن اضافه‌کردن گروه گواه به طرح پژوهش به‌دلیل محدودیت‌های اخلاقی محروم‌کردن بیماران از دریافت درمان یا دسترسی به بیماران خارج از چارچوب درمانی، از محدودیت‌های اصلی پژوهش حاضر بود. همچنین، روش نمونه‌گیری در پژوهش حاضر به‌صورت هدفمند انجام شد که این مسئله روایی بیرونی یافته‌های پژوهش را با محدودیت مواجه می‌سازد. نتایج و یافته‌های پژوهش محدود به بیماران دوقطبی نوع یک بود و به سایر بیماران مبتلا به اختلال خُلقی تعمیم‌پذیر نیست.

باتوجه‌به نتایج پژوهش پیشنهاد می‌شود، تیم‌های درمانی طراحی برنامه‌های درمانی ساختاریافته، ترکیب دارودرمانی و گروه‌درمانی تنظیم شناختی هیجان را به‌عنوان رویکرد اولیه برای بیماران دوقطبی نوع یک در نظر بگیرند. این برنامه‌ها باید توسط تیم‌های چندتخصصی (روان‌پزشک، روان‌شناس، پرستار) اجرا شود تا اثربخشی افزایش یابد. برگزاری کارگاه‌های آموزشی برای درمانگران به‌منظور تسلط بر تکنیک‌های گروه‌درمانی شناختی‌هیجانی و چگونگی ادغام آن با دارودرمانی نیز توصیه می‌شود. این آموزش‌ها باید بر کاهش تکانشگری و مدیریت خشم تمرکز داشته باشد تا نتایج پژوهش به‌طور عملی پیاده شود.

۵ نتیجه‌گیری

نتایج پژوهش حاضر نشان داد، درمان ترکیبی (دارودرمانی همراه با گروه‌درمانی تنظیم شناختی هیجانی) درمقایسه با دارودرمانی به‌تنهایی، برتری و تأثیر معناداری بر کاهش علائم مانیا، علائم افسردگی و مؤلفه‌های افکار خودکشی شامل تمایل به مرگ، آمادگی خودکشی و تمایل به خودکشی واقعی در بیماران مبتلا به اختلال دوقطبی نوع یک دارد. این یافته‌ها بر ضرورت طراحی برنامه‌های درمانی ساختاریافته که از ترکیب این دو رویکرد بهره می‌برد، تأکید می‌کند. باتوجه‌به اثربخشی بیشتر درمان ترکیبی، پیشنهاد می‌شود روش مذکور به‌عنوان خط اول درمان در مداخلات بالینی برای این گروه از بیماران مدنظر قرار گیرد تا بهبودی بالینی مطلوب‌تر و پایدارتری حاصل شود.

۶ تشکر و قدردانی

پژوهشگران بر خود لازم می‌دانند از همهٔ شرکت‌کنندگان در پژوهش و مدیران محترم بیمارستان پیامبران تهران که یاریگر آن‌ها در پژوهش بودند، تشکر و قدردانی کنند.

۷ بیانیه‌ها

تأییدیهٔ اخلاقی و رضایت‌نامه از شرکت‌کنندگان

از شرکت‌کننده‌های پژوهش حاضر دست‌نوشته‌ای شامل بیانیه‌ای دربارهٔ تأیید و رضایت اخلاقی دریافت شد.

رضایت برای انتشار

این امر غیرقابل اجرا است.

دردسترس‌بودن داده‌ها و مواد

داده‌های پشتیبان نتایج گزارش‌شده در مقاله که در طول پژوهش تحلیل شدند، به‌صورت فایل ورودی داده، نزد نویسندهٔ مسئول خواهد بود.

تضاد منافع

هزینه‌های اجرای پژوهش از منابع شخصی تأمین شده است.

منابع مالی

هزینه‌های اجرای پژوهش از منابع شخصی تأمین شده است.

مشارکت نویسندگان

طراحی پژوهش و مفهوم‌بندی و طرح‌ریزی را سه نویسنده بر عهده داشتند. گردآوری داده‌ها و اجرای برنامهٔ آموزش تنظیم هیجان با نویسندهٔ اول بود. نگارش مقاله توسط نویسندهٔ اول انجام شد و نویسندگان دوم و سوم، اطلاعات را تکمیل کردند. نویسندگان مقاله را خواندند و تأیید کردند.

References

1. Harvey D, Lobban F, Rayson P, Warner A, Jones S. Natural language processing methods and bipolar disorder: scoping review. JMIR Ment Health. 2022;9(4):e35928. https://doi.org/10.2196/35928
2. Carvalho AF, Hsu C-W, Vieta E, Solmi M, Marx W, Berk M, et al. Mortality and lithium-protective effects after first-episode mania diagnosis in bipolar disorder: a nationwide retrospective cohort study in Taiwan. Psychother Psychosom. 2024;93(1):36-45. https://doi.org/10.1159/000535777

[Downloaded from jdisabilstud.org on 2026-11-14]

3. Verdolini N, Hidalgo-Mazzei D, Del Matto L, Muscas M, Pacchiarotti I, Murru A, et al. Long-term treatment of bipolar disorder type I: a systematic and critical review of clinical guidelines with derived practice algorithms. Bipolar Disord. 2021;23(4):324-40. https://doi.org/10.1111/bdi.13040
4. Bartoli F, Callovini T, Cavaleri D, Cioni RM, Bachi B, Calabrese A, et al. Clinical correlates of comorbid attention deficit hyperactivity disorder in adults suffering from bipolar disorder: a meta-analysis. Aust N Z J Psychiatry. 2023;57(1):34-48. https://doi.org/10.1177/00048674221106669
5. Fornaro M, Carvalho AF, Fusco A, Anastasia A, Solmi M, Berk M, et al. The concept and management of acute episodes of treatment-resistant bipolar disorder: a systematic review and exploratory meta-analysis of randomized controlled trials. J Affect Disord. 2020;276:970-83. https://doi.org/10.1016/j.jad.2020.07.109
6. Tsuboi T, Suzuki T, Azekawa T, Adachi N, Ueda H, Edagawa K, et al. Factors associated with non-remission in bipolar disorder: the multicenter treatment survey for bipolar disorder in psychiatric outpatient clinics (MUSUBI). Neuropsychiatr Dis Treat. 2020:881-90. https://doi.org/10.2147/NDT.S246136
7. Rantala MJ, Luoto S, Borráz-León JI, Krams I. Bipolar disorder: an evolutionary psychoneuroimmunological approach. Neurosci Biobehav Rev. 2021;122:28-37. https://doi.org/10.1016/j.neubiorev.2020.12.031
8. Tsapekos D, Seccomandi B, Mantingh T, Cella M, Wykes T, Young AH. Cognitive enhancement interventions for people with bipolar disorder: A systematic review of methodological quality, treatment approaches, and outcomes. Bipolar Disord. 2020;22(3):216-30. https://doi.org/10.1111/bdi.12848
9. Nestsiarovich A, Gaudiot CE, Baldessarini RJ, Vieta E, Zhu Y, Tohen M. Preventing new episodes of bipolar disorder in adults: systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. Eur Neuropsychopharmacol. 2022;54:75-89. https://doi.org/10.1016/j.euroneuro.2021.08.264
10. Zakowicz P, Skibińska M, Wasicka-Przewoźna K, Skulimowski B, Waśniewski F, Chorzepa A, et al. Impulsivity as a risk factor for suicide in bipolar disorder. Front Psychiatry. 2021;12:706933. https://doi.org/10.3389/fpsyt.2021.706933
11. Hu F-H, Jia Y-J, Zhao D-Y, Fu X-L, Zhang W-Q, Tang W, et al. Gender differences in suicide among patients with bipolar disorder: a systematic review and meta-analysis. J Affect Disord. 2023;339:601-14. https://doi.org/10.1016/j.jad.2023.07.060
12. Nierenberg AA, Agustini B, Köhler-Forsberg O, Cusin C, Katz D, Sylvia LG, et al. Diagnosis and treatment of bipolar disorder: a review. JAMA. 2023;330(14):1370-80. https://doi.org/10.1001/jama.2023.18588
13. Lane NM, Smith DJ. Bipolar disorder: diagnosis, treatment and future directions. R Coll Physicians Edinb. 2023;53(3):192-6. https://doi.org/10.1177/14782715231197577
14. Hsu CW, Carvalho AF, Tsai SY, Wang LJ, Tseng PT, Lin PY, et al. Lithium concentration and recurrence risk during maintenance treatment of bipolar disorder: Multicenter cohort and meta-analysis. Acta Psychiatr Scand. 2021;144(4):368-78. https://doi.org/10.1111/acps.13346
15. Dodd A, Lockwood E, Mansell W, Palmier-Claus J. Emotion regulation strategies in bipolar disorder: a systematic and critical review. J Affect Disord. 2019;246:262-84. https://doi.org/10.1016/j.jad.2018.12.026
16. Mennin DS, Fresco DM. Emotion regulation therapy. In: Gross JJ, editor. Handbook of emotion regulation. 2nd edition. New York: Guilford Press; 2014. pp. 469–90.
17. McRae K. Cognitive emotion regulation: a review of theory and scientific findings. Curr Opin Behav Sci. 2016;10:119-24. https://doi.org/10.1016/j.cobeha.2016.06.004
18. Renna ME, Quintero JM, Fresco DM, Mennin DS. Emotion regulation therapy: a mechanism-targeted treatment for disorders of distress. Front Psychol. 2017;8:98. https://doi.org/10.3389/fpsyg.2017.00098
19. Park DY, Do D, Chang L, Shah S, Yuen LD, Hooshmand F, et al. Episode accumulation associated with hastened recurrence and delayed recovery in bipolar disorder. J Affect Disord. 2018;227:657-64. https://doi.org/10.1016/j.jad.2017.11.071
20. Kadkhodaei M. The effectiveness of group training in cognitive emotion regulation on reducing suicidal thoughts and emotional schemas of individuals with suicide attempts. Journal of New Achievements in Humanities Studies. 2014;5(50):95-104. [Persian] https://jonahs.ir/showpaper/7049973
21. Young RC, Biggs JT, Ziegler VE, Meyer DA. A Rating Scale for Mania: reliability, validity and sensitivity. Br J Psychiatry. 1978;133(5):429-35. https://doi.org/10.1192/bjp.133.5.429
22. Barakatin M, Tavakoli M, Molavi H, Maroufi M, Salehi M. Normative assessment, reliability and validity of Young's Mania Assessment Scale. Journal of Psychology. 2007;42:150-66. [Persian]
23. Beck AT, Steer RA, Brown G. Beck Depression Inventory–II. Psychol Assess; 1996. https://doi.org/10.1037/t00742-000
24. Lien IA, Bolstad I, Lien L, Bramness JG. Screening for depression in patients in treatment for alcohol use disorder using the Beck Depression Inventory-II and the Hopkins Symptom Checklist-10. Psychiatry Research. 2022;308:114363. https://doi.org/10.1016/j.psychres.2021.114363
25. Taheri Tanjani P, Hamidi R, Fekrizadeh Z, Azadbakht M, Garmaroudi G, Fathizadeh S, et al. Validity and reliability Beck Depression Inventory-II among the Iranian elderly Population. Journal of Sabzevar University of Medical Sciences. 2015;22(1):189-98. [Persian] https://jsums.medsab.ac.ir/article_550.html

[Downloaded from jdisabilstud.org on 2026-11-14]

26. Beck AT, Kovacs M, Weissman A. Assessment of suicidal intention: the Scale for Suicide Ideation. J Consult Clin Psychol. 1979;47(2):343. https://doi.org/10.1037/0022-006X.47.2.343
27. Anisi J, Fathi Ashtiani A, Salimi H, Ahmadi K. Evaluation of the reliability and validity of the Beck Suicidal Ideation Scale in soldiers. Journal of Military Medicine. 2005;7(1):37-54. [Persian] https://www.magiran.com/p442298
28. Gross JJ. Emotion regulation: conceptual and empirical foundations. In: Gross JJ, editor. Handbook of emotion regulation. 2nd edition. New York: Guilford Press; 2014. pp. 3–20.
29. Mirsepasi Z. Rehabilitation in bipolar disorder. In: The First Congress on Mood Disorders. Iran University of Medical Sciences, Tehran, Iran; 2016. [Persian] https://sid.ir/paper/879539/fa
30. Semnani Y. Early therapeutic interventions in bipolar disorder. In: The First Congress on Mood Disorders. Iran University of Medical Sciences, Tehran, Iran; 2016. [Persian] https://www.sid.ir/paper/879516/fa
31. Aiff H, Attman P-O, Ramsauer B, Schön S, Svedlund J. Cardiovascular comorbidity increases the risk for renal failure during prophylactic lithium treatment. J Affect Disord. 2019;243:416-20. https://doi.org/10.1016/j.jad.2018.09.044
32. Rajabi F. The importance of perinatal management of bipolar disorder. In: The First Congress on Mood Disorders. Iran University of Medical Sciences, Tehran, Iran; 2016. [Persian] https://sid.ir/paper/879522/fa
33. Sedighi G. Treatment of bipolar depression. In: The 28th Annual Conference of the Iranian Psychiatric Association. Tehran, Iran; 2011. [Persian] https://www.sid.ir/paper/825806/fa
34. Eisner L, Eddie D, Harley R, Jacobo M, Nierenberg AA, Deckersbach T. Dialectical behavior therapy group skills training for bipolar disorder. Behavior Therapy. 2017;48(4):557-66. https://doi.org/10.1016/j.beth.2016.12.006
35. Pacchiarotti I, Anmella G, Colomer L, Vieta E. How to treat mania. Acta Psychiatr Scand. 2020;142(3):173-92. https://doi.org/10.1111/acps.13209
36. Yolken R, Adamos M, Katsafanas E, Khushalani S, Origoni A, Savage C, et al. Individuals hospitalized with acute mania have increased exposure to antimicrobial medications. Bipolar Disord. 2016;18(5):404-9. https://doi.org/10.1111/bdi.12416
37. Zhang J, Wang G, Yang X, Gao K. Efficacy and safety of electroconvulsive therapy plus medication versus medication alone in acute mania: a meta-analysis of randomized controlled trials. Psychiatry Research. 2021;302:114019. https://doi.org/10.1016/j.psychres.2021.114019
38. Hassas O, Mashhadi A, Shamloo ZS, Bordbar MRF. Emotional schema therapy for bipolar disorder: Improving emotional schemas, quality of life, cognitive emotion regulation, and symptom management. Int J Cogn Behav Ther. 2024;17(3):347-68. https://doi.org/10.1007/s41811-023-00196-8
39. McGrogan CL, Dodd AL, Smith MA. Emotion regulation strategies in mania risk: a systematic review. Journal of clinical psychology. 2019;75(12):2106-18. https://doi.org/10.1002/jclp.22841
40. Kurtz M, Mohring P, Förster K, Bauer M, Kanske P. Deficits in explicit emotion regulation in bipolar disorder: a systematic review. Int J Bipolar Disord. 2021;9:1-23. https://doi.org/10.1186/s40345-021-00221-9
41. Meyer K, Attar CH, Fiebig J, Stamm T, Bassett TR, Bauer M, et al. Daring to feel: emotion-focused psychotherapy increases amygdala activation and connectivity in euthymic bipolar disorder—a randomized controlled trial. Biol Psychiatry Cogn Neurosci Neuroimaging. 2023;8(7):750-9. https://doi.org/10.1016/j.bpsc.2023.02.008
42. Van Rheenen TE, Murray G, Rossell SL. Emotion regulation in bipolar disorder: profile and utility in predicting trait mania and depression propensity. Psychiatry Research. 2015;225(3):425-32. https://doi.org/10.1016/j.psychres.2014.12.001
43. Mahmoud Alilou M, Esmailpour K, Farzi A. The effectiveness of emotional regulation and mindfulness techniques based on dialectical behavior therapy in improving negative emotions (Depression, Anxiety, Anger) in borderline personality disorder. Journal of School of Public Health and Institute of Public Health Research (SJSPH). 2023;21(1):101-22. [Persian] http://sjsph.tums.ac.ir/article-1-6219-fa.html
44. Goldstein CM, Gathright EC, Garcia S. Relationship between depression and medication adherence in cardiovascular disease: the perfect challenge for the integrated care team. Patient Prefer Adherence. 2017:547-59. https://doi.org/10.2147/PPA.S127277
45. Davis AM, Graham TB, Zhu Y, McPheeters ML. Depression and medication nonadherence in childhood-onset systemic lupus erythematosus. Lupus. 2018;27(9):1532-41. https://doi.org/10.1177/0961203318779710
46. Warwar S. The use of homework in emotion-focused therapy for depression. Journal of Clinical Psychology. 2024;80(4):744-61. https://doi.org/10.1002/jclp.23618
47. Alder MC, Dyer WJ, Sandberg JG, Davis SY, Holt-Lunstad J. Emotionally-focused therapy and treatment as usual comparison groups in decreasing depression: a clinical pilot study. Am J Fam Ther. 2018;46(5):541-55. https://doi.org/10.1080/01926187.2019.1572478
48. Esmaeili A. Studying the level of suicidal tendencies in people diagnosed with bipolar disorder. Iranian Psychiatric Scientific Yearbook. 2017;28:16-8. [Persian]

[Downloaded from jdisabilstud.org on 2026-11-14]

49. Dodds TJ. Prescribed benzodiazepines and suicide risk: a review of the literature. Prim Care Companion CNS Disord. 2017;19(2):22746. https://doi.org/10.4088/PCC.16r02037
50. D'Anci KE, Uhl S, Giradi G, Martin C. Treatments for the prevention and management of suicide: a systematic review. Annals of Internal Medicine. 2019;171(5):334-42. https://doi.org/10.7326/M19-0869
51. Schade LC. Non-suicidal self-injury (NSSI): a case for using emotionally focused family therapy. Contemp Fam Ther. 2013;35:568-82. https://doi.org/10.1007/s10591-013-9236-8
52. Colmenero-Navarrete L, García-Sancho E, Salguero JM. Relationship between emotion regulation and suicide ideation and attempt in adults and adolescents: a systematic review. Arch Suicide Res. 2022;26(4):1702-35. https://doi.org/10.1080/13811118.2021.1999872

[Downloaded from jdisabilstud.org on 2026-11-14]