

مقایسه اثربخشی درمان فعال سازی رفتاری و رفتار درمانی دیالکتیکی بر رفتارهای خودآسیب‌رسان و خودانتقادی نوجوانان مبتلا به اختلال دوقطبی

تاریخ دریافت: ۱۴۰۲/۱۰/۲۷ - تاریخ پذیرش: ۱۴۰۲/۱۲/۲۵

خلاصه

مقدمه: رفتارهای خودآسیب‌رسان و خودانتقادی به عنوان متغیرهای اساسی نقش مهمی در اختلال دوقطبی ایفا می‌کنند. هدف پژوهش حاضر مقایسه اثربخشی درمان فعال سازی رفتاری و رفتار درمانی دیالکتیکی بر خودانتقادی و رفتارهای خودآسیب‌رسان نوجوانان ۱۲-۱۸ سال مبتلا به اختلال دوقطبی بود.

روش کار: این پژوهش نیمه آزمایشی از نوع پیش‌آزمون و پس‌آزمون با گروه کنترل بود. جامعه پژوهش شامل نوجوانان ۱۲-۱۸ سال مبتلا به اختلال دوقطبی شهر تهران در سال ۱۴۰۰ بودند که از این جامعه به روش نمونه‌گیری هدفمند از بین بیمارستان امام حسین تهران، مطب سعادت آباد و مطب قائم شهر و بر اساس مصاحبه بالینی ساختار یافته، تعداد ۶۰ نوجوان انتخاب شده و در دو گروه آزمایش و یک گروه کنترل هر گروه ۲۰ نوجوان (آزمایش اول: رفتار درمانی دیالکتیکی)، (آزمایش دوم: درمان فعال‌ساز رفتاری) و گروه کنترل جایگزین شدند. برای جمع‌آوری داده‌ها از پرسشنامه رفتارهای خودآسیب‌رسان کلونسکی و گلن (۲۰۰۹) و پرسشنامه خودانتقادی تامپسون و زوراف (۲۰۰۴) استفاده شد. تجزیه و تحلیل داده‌ها با روش آماری تحلیل کوواریانس و آزمون تعقیبی بونفرونی در سطح معناداری ۰/۰۵ و با نرم افزار SPSS.21 انجام شد.

نتایج: نتایج پژوهش نشان داد که درمان فعال‌ساز رفتاری و رفتار درمانی دیالکتیکی بر خودانتقادی و رفتارهای خودآسیب‌رسان تأثیر دارد و باعث کاهش خودانتقادی و رفتارهای خودآسیب‌رسان شده است. نتایج آزمون بونفرونی نشان داد که رفتار درمانی دیالکتیکی تأثیر بیشتری نسبت به درمان فعال‌ساز رفتاری بر خودانتقادی و رفتارهای خودآسیب‌رسان در نوجوانان دارای اختلال دوقطبی دارد ($P < 0.05$).

نتیجه‌گیری: درمان فعال‌ساز رفتاری و رفتار درمانی دیالکتیکی نقش مهمی در کاهش خودانتقادی و رفتارهای خودآسیب‌رسان در نوجوانان دارند.

کلمات کلیدی: اختلال دوقطبی، خودانتقادی، درمان فعال‌ساز رفتاری، رفتار درمانی دیالکتیکی، رفتارهای خودآسیب‌رسان.

بی‌نوشته: این مطالعه فاقد تضاد منافع می‌باشد.

فاطمه صمدی^۱

سید عبدالمجید بحرینیان^{۲*}

کتایون رازجویان^۳

فاطمه شهبابی زاده^۴

^۱ دانشجوی دکتری روانشناسی بالینی، گروه روانشناسی، واحد بیرجند، دانشگاه آزاد اسلامی، بیرجند، ایران.

^۲ استاد روانشناسی بالینی، گروه روانشناسی، واحد بیرجند، دانشگاه آزاد اسلامی، بیرجند، ایران (نویسنده مسئول)

^۳ دانشیار روانپزشکی کودکان و نوجوان، دپارتمان روانپزشکی، بیمارستان امام حسین، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، تهران، ایران.

^۴ دانشیار، گروه روانشناسی، واحد بیرجند، دانشگاه آزاد اسلامی، بیرجند، ایران.

Email: majid.bahrainian@gmail.com

مقدمه

اختلال دوقطبی (Bipolar disorder) با شروع زودرس و قبل از بلوغ، معمولاً مزمن شده و بدون دوره‌های مشخص و با میزان بالای مانیای مختلط ظاهر می‌کند (۱). سیر بیماری با شروع در گروه سنی نوجوانان بدتر و با میزان بالای همبودی با اختلالات دیگر همراه است (۱). بر طبق مجموعه تشخیصی و آماری انجمن روانپزشکی آمریکا ویژگی اصلی اختلال دوقطبی حضور دوره شیدایی است، مشخصه اصلی دوره شیدایی یک دوره هفته‌ای است که در آن فرد به طور غیرعادی احساس سرخوشی و خوشحالی می‌کند، به شدت تحریک‌پذیر و زودرنج است، یا مد نمایشگری دارد. (۲).

اختلال دوقطبی یک بیماری روانپزشکی مزمن در نوجوانان بوده که میزان شیوع آن ۱/۵۷ درصد گزارش شده است (۴). فراوانی این اختلال در جمعیت ایرانی و در نوجوانان نیز ۷/۹ درصد گزارش شده است و در مردان بیشتر از زنان است (۵). اختلال دوقطبی با ویژگی‌های آشفتگی در حالت‌های هیجانی، افسردگی و رفتارهای خودآسیب‌رسان همراه است (۶). رفتار خودآسیب‌رسان فعالیتی که به طور مستقیم یا غیرمستقیم بدون هیچ گونه قصد خودکشی روی فرد و توسط خودش اعمال می‌شود، پدیده‌ای است که هنوز یافته‌های زیادی در مورد علت بروز آن به دست نیامده است و مانند پازلی تکمیل نشده می‌ماند. اعمالی چون سوزاندن، بریدن و خودزنی از مشخصه‌های رفتار خودآسیبی است (۶). عادت‌های خودتخریبی ممکن است نه تنها باعث به وجود آمدن بیماری شود، بلکه می‌تواند زندگی خوب جسمانی و روانی فرد را تحت تأثیر قرار دهد. بسیاری از افرادی که خودزنی می‌کنند، به این دلیل دست به چنین اعمالی می‌زنند تا احساس بهتری پیدا کنند یا این اعمال برای مدتی آن‌ها را از شر دردشان خالص کند (۷). رفتارهای خودتخریبی در بیماران دوقطبی تحریک‌پذیری باعث تعجیل، فشار روانی، حساسیت بیش از اندازه به رفتارهای دیگران می‌شود. این بیماران تحت تأثیر این موارد اغلب خشمگین می‌شوند اما برای توجیه خشم خود به دنبال علت بیرونی می‌گردند. اصرار به تغییر دیگران، انتقاد از آنان و

توقعات بیش از اندازه همگی به روابط بین فردی آن‌ها لطمه می‌زند و لذا رفتارهای خودآسیب‌رسان در این بیماران بیشتر دیده می‌شود (۸ و ۹).

یکی دیگر از ویژگی شخصیتی که با ناسازگاری‌های متعددی در بیماران دوقطبی در ارتباط است، خودانتقادی هست (۱۰). خودانتقادی به ارزیابی فرد از خود اشاره دارد و شامل چگونگی ارزیابی فرد از خود است. انتقاد از خود در روانشناسی اغلب به عنوان اختلال هویتی و یک ویژگی منفی یاد شده است (۱۱). مدل نظری و تجربی پیشنهاد شده توسط زوراف (Zuroff) و همکاران (۱۰) ادعا می‌کند که ویژگی‌های انگیزشی، شناختی و بین فردی خود انتقادی به صور پویا با عوامل محیطی تعامل دارد و باعث افزایش و حفظ آسیب‌ها و ناراحتی‌های روانی می‌شود. ا. خود انتقادی به عنوان یک عامل منحصربه‌فرد پیش‌بینی افسردگی (۱۱) و احساسات منفی (۱۲) شناخته شده است. با توجه به نظر تامپسون و زوراف (۱۳) دو نوع ناکارآمد خودارزیابی منفی وجود دارد: انتقاد از خود مقایسه‌ای و انتقاد از خود درونی. انتقاد از خود مقایسه‌ای به عنوان یک دیدگاه منفی نسبت به خود در مقابل دیگران تعریف می‌شود. در این سطح تمرکز بر روی مقایسه نامطلوب خود با دیگران است که به صورت برتر دیدن دیگران صورت می‌گیرد و فرد دیدی خصمانه یا انتقادی نسبت به دیگران نشان می‌دهد. در نتیجه این ارزیابی‌ها فرد دچار ناراحتی و نارضایتی در برخورد با دیگران می‌شود. سطح دیگر خود انتقادی، مربوط می‌شود به نقد منفی از خود در مقایسه با استانداردهای شخصی و خصوصی. بر اساس پژوهش‌های تامپسون و زوراف (۱۳) استانداردهای داخلی این افراد همواره استانداردهای سطح بالایی را شامل می‌شوند و همواره نگاهی به گذشته دارند. در نتیجه دستیابی به استانداردهای شخصی، مشکلی بزرگ برای آن‌ها محسوب می‌شود. تمرکز خود انتقادی درونی بر مقایسه خود با دیگران نیست، بلکه بر کمبودهای فرد از منظر خود شخص تمرکز می‌کند. به طوری که مونگرین و لیتز (۱۴) در پژوهشی دریافتند افرادی که سطح بالایی از خودانتقادی دارند، بیشتر در معرض اختلال افسردگی و دوقطبی هستند. همچنین لام و همکاران (۱۵) در مطالعه دیگری نشان دادند که بیماران دوقطبی مشکلات زیادی

در زمینه عزت نفس داشته و نسبت به خود انتقاد کرده و مهارت- های مقابله‌ای کمتری برای مشکلات دارند.

در درمان اختلال دوقطبی تقریباً به طور کامل بر درمان دارویی تأکید شده است. تاکنون داروهای مختلفی به عنوان تثبیت کننده- ی خلق معرفی شده‌اند. اگرچه درمان دارویی، درمان اصلی برای بیماران مبتلاء به اختلال دوقطبی محسوب می‌شود؛ اما تحقیقات در طی پنج سال گذشته نشان می‌دهد که افزودن مداخلات موج سوم به برنامه‌ی درمان کارآمدی آن را افزایش می‌دهد (۱۶). یکی از رویکردهای جدیدی که هم از اصول درمان‌های شناختی- رفتاری بهره می‌برد رفتار درمانی دیالکتیکی است که توسط لینهان در سال ۱۹۹۳ برای درمان اختلال شخصیت مرزی مطرح گردید. رفتاردرمانی دیالکتیکی با استفاده از مهارت‌های چهارگانه **افزایش ذهن آگاهی، قدرت تحمل پریشانی، مهارت برقراری ارتباط مؤثر** و تنظیم هیجانی سعی در افزایش کیفیت زندگی مراجعان داشته و با استفاده از این مهارت‌ها مراجعان را به اهداف درمانی می‌رساند (۱۷). در زمینه اثربخشی رفتاردرمانی دیالکتیکی بر پرخاشگری و رفتارهای خودآسیب‌رسان در یک جمعیت غیربالینی، مطالعه‌ای اندکی صورت گرفته (۱۸)، اما در بیشتر مطالعاتی که در جمعیت‌های مختلف از جمله اختلال شخصیت مرزی، بزرگسالان مبتلا به اختلال شخصیت، نوجوانان خودکشی‌گرا و اختلال دوقطبی صورت گرفته است، کاهش خشم و پرخاشگری یکی از شاخص- های اصلی بهبودی در این مطالعات بوده است که نشان دهنده مؤثر بودن رفتار درمانی دیالکتیکی بر پرخاشگری و رفتارهای خودآسیب‌رسان است (۱۹). همچنین دال‌نیک و همکاران (۱۱) در پژوهشی نشان دادند که به کارگیری راهبردهای رفتاردرمانی دیالکتیکی فیلس‌چاکر و همکاران (۲۰) در پژوهشی با عنوان رفتاردرمانی دیالکتیکی بر رفتارهای آسیب‌رسان انجام دادند، نتایج پژوهش نشان داد که رفتاردرمانی دیالکتیکی بر کاهش رفتارهای خود- آسیب‌رسان نوجوانان بزهکار مؤثر است.

از سویی درمان فعال‌ساز رفتاری به عنوان یک رویکرد درمانی بر اختلال دوقطبی در سال‌های اخیر به کار گرفته شده است و به عنوان فرایند درمانی ساختار یافته است که موجب افزایش رفتارهایی می‌شود که تماس فرد را با پیوستگی‌های تقویتی^۱ محیطی زیادتر می‌کند (۲۱). این فرایند منجر به بهبودی خلق، تفکر و کیفیت زندگی فرد می‌شود (۲۱). فعال‌ساز رفتاری مبتنی بر این فرض است که مشکلات موجود در زندگی افراد آسیب‌پذیر، توانایی آنها را برای کسب تجربیات مثبت از محیط شان کاهش داده و منجر به ایجاد نشانه‌ها و رفتارهایی می‌شود (۲۲). اختلال دوقطبی راهبردهای مقابله‌ای برای اجتناب از شرایط محیطی است که برای بیمار تقویت اندک یا آزارندگی بالایی تولید می‌کند، از این رو درمان فعال‌ساز رفتاری راه- اندازهای این اختلال را در زندگی فرد در نظر می‌گیرد، نه در کاستی‌های درون فردی. در این مدل اجتناب رفتاری کانون درمان است (۲۲). در این راستا پژوهش‌های کمتری در زمینه اختلال دوقطبی انجام گرفته شده است. به طوری که در پژوهشی اسکات و همکاران (۲۳) نشان دادند که درمان فعال‌ساز رفتاری بر افسردگی و اختلال دوقطبی تأثیر دارد؛ در صورتی که این درمان برای بیمارانی که از اختلالات عاطفی شدیدی رنج می‌برند و اختلال شناختی دارند، نتایج مثبتی نداشته است.

هدف کلی در این پژوهش درمان بیماران دوقطبی با رویکرد رفتاردرمانی دیالکتیکی و فعال‌ساز رفتاری است و سعی بر آن است که از طریق درمان‌های شناختی فعالیت‌ها و تجربه‌های مثبت، رفتارهای انطباقی و توانایی برخورد با مشکلات زندگی، کنترل افکار، احساسات و رفتار و توجه، تمرکز و بینش را افزایش داده و باعث کاهش نوسانات خلقی و کاهش دوره‌های عود مانیا و علائم سایکوز در بیماران دوقطبی باشیم. هرچند اثربخشی رفتاردرمانی دیالکتیکی و فعال‌ساز رفتاری در کشورهای پیشرفته مثل کره و آمریکا معلوم و دارای جایگاه منحصر به فردی در میان روش‌های درمان غیر دارویی است. بکارگیری آن در کشور ما به صورت مرسوم درنیامده و بی تردید جای خالی پژوهش‌های

1. contingency reinforcement

مرتبط با توجه به ملاحظات فرهنگی، همچنین نیاز به ارزیابی قابلیت اجرا و هزینه اثربخشی و حتی ارتقای روش در جهت افزایش اثربخشی احساس می‌شود. بر این اساس و با توجه به مبانی نظری، سؤال اساسی پژوهش حاضر این است که آیا بین اثربخشی رفتار درمانی دیالکتیکی و درمان فعال سازی رفتاری بر خودانتقادی و رفتارهای خودآسیب‌رسان نوجوانان ۱۲-۱۸ سال مبتلا به اختلال دوقطبی تفاوت وجود دارد؟

روش کار

این پژوهش نیمه آزمایشی از نوع پیش‌آزمون و پس‌آزمون با گروه کنترل بود. جامعه پژوهش نوجوانان ۱۲-۱۸ سال مبتلا به اختلال دوقطبی تهران از آبان ۱۴۰۰ تا بهمن ماه همان سال بودند که از این جامعه به روش نمونه‌گیری هدفمند (چون بر اساس هدف پژوهشگر دو بیمارستان انتخاب شدند) از بین بیمارستان امام حسین تهران، مطب سعادت آباد تهران و مطب قایم شهر و بر اساس مصاحبه بالینی ساختار یافته توسط پژوهشگر، تعداد ۶۰ نوجوان که دارای رفتارهایی خودآسیب‌رسان بوده، انتخاب شده و در دو گروه آزمایش و یک گروه کنترل هر گروه ۲۰ نوجوان (آزمایش اول: رفتاردرمانی دیالکتیکی)، (آزمایش دوم: درمان فعال‌ساز رفتاری) و گروه کنترل جایگزین شدند. به طوری که گروه آزمایشی اول، آموزش رفتار درمانی دیالکتیکی و گروه آزمایشی دوم درمان فعال‌ساز رفتاری را دریافت کردند؛ در حالی که گروه کنترل آموزشی دریافت نکرد.

ملاک‌های ورود به پژوهش تشخیص اختلال دوقطبی بر اساس پرونده پزشکی، داشتن تحصیلات حداقل سوم راهنمایی، داشتن سن ۱۵ تا ۱۸ سال، بهبودی کامل یا نسبی، بستری نشدن در بیمارستان طی ۲ ماه گذشته به دلیل مسایل روانپزشکی بود. شرکت همزمان در سایر برنامه‌های درمانی و عدم تمایل شرکت کنندگان به ادامه همکاری، نداشتن اختلال شخصیت همایند و داشتن عالیم سایکوتیک بارز نیز به عنوان معیارهای خروج در نظر گرفته شده بود.

در پژوهش حاضر برای جمع‌آوری داده‌ها از ابزارهای زیر استفاده شد:

پرسشنامه رفتارهای خودآسیب‌رسان: فهرست و سیاهه رفتاری و کارکردی خودگزارشی خودآسیب‌رسانی توسط کلونسکی و گلن (۲۴) ساخته شده است. این پرسشنامه دارای ۲ بخش رفتاری و کارکردی است. بخش کارکردی شامل دو عامل کارکردهای درون فردی و بین فردی است. نمرات به صورت لیکرتی نمره-گذاری می‌شوند و نمرات بالاتر نشان دهنده رفتارهای خودآسیب‌رسان بیشتر است. روایی محتوایی این ابزار توسط روانشناس و روانپزشک تأیید شد. در بخش کارکردی با نظر متخصصان ۶ گویه را حذف و با ۶۳ گویه کار شد. همچنین در تحلیل عاملی اکتشافی انجام شده ۸ عامل شناسایی شد (۲۴). ضریب آلفای کرونباخ نمره کل این آزمون ۰/۹۴ بود (۲۵). همچنین در پژوهش حاضر برای بررسی ضریب پایایی پرسشنامه از آلفای کرونباخ استفاده شد که ۰/۹۰ به دست آمد.

پرسشنامه خودانتقادی: این پرسشنامه توسط تامپسون و زوراف (۱۳) ساخته شده است که شامل ۲۲ ماده است. پاسخ به هر ماده این مقیاس در یک طیف هفت درجه‌ای لیکرت از بسیار خوب توصیف‌کننده من است (۶) تا اصلاً توصیف‌کننده من نیست (۰) نمره‌گذاری می‌شود. آیت‌های خرده مقیاس خودانتقادی درونی شده شامل سؤالات ۱، ۳، ۵، ۷، ۹، ۱۱، ۱۳، ۱۵، ۱۷ و ۱۹ و آیت‌های خرده مقیاس خودانتقادی مقایسه‌ای نیز شامل سؤالات ۲، ۴، ۶، ۸، ۱۰، ۱۲، ۱۴، ۱۶، ۱۸، ۲۰، ۲۱ و ۲۲ است. همچنین سؤالات ۶، ۸، ۱۱، ۱۲، ۱۶، ۲۰ و ۲۱ نمره‌گذاری معکوس دارند. تامپسون و زوراف (۱۳) ضریب پایایی این پرسشنامه را به روش آلفای کرونباخ ۰/۸۱ گزارش کردند. در پژوهشی در تاج و همکاران (۲۶) ضریب همسانی درونی مقیاس خودانتقادی در کل نمونه را ۰/۸۹ گزارش کردند. همچنین در پژوهش حاضر برای بررسی ضریب پایایی پرسشنامه از آلفای کرونباخ استفاده شد که در سطح ۰/۸۷ معنادار به دست آمد.

پروتکل آموزش رفتاردرمانی دیالکتیکی بر اساس نظریه مارشال لینهان و توسط علیجانزاده و همکاران (۲۷) تهیه شده و در چهار هفته (دو جلسه در هفته) به صورت گروهی به مدت ۸ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای اجرا شد. محتوای جلسات به این صورت است: در جلسه اول: پس از آشنایی با اهداف و قوانین، اعضای گروه در بخش

مهارت‌های هشیاری فراگیر، با سه حالت ذهنی منطقی، هیجانی و خردگرا آشنا می‌شوند. به اعضای گروه توضیح داده می‌شود که منظور از حالات ذهنی در این طرح، سه حالت ذهنی منطقی، هیجانی و خردگرا است. جلسه دوم: در این جلسه علاوه بر تمرین حالات ذهنی جلسه قبل، به آموزش مهارت‌های چه چیز و مهارت‌های چگونه هشیاری فراگیر شامل مشاهده، توصیف و شرکت کردن و مهارت‌های چگونه شامل اتخاذ موضع غیرقضاوتی، خودذهن آگاهی و کارآمد عمل کردن است. جلسه سوم: مهارت چه چیز و چگونه به طور عملی در گروه آموزش داده می‌شود. چون این تمرین‌ها هسته مرکزی رفتاردرمانی- دیالکتیکی هستند؛ بنابراین در ابتدا آموزش داده می‌شوند. جلسه چهارم: در این مرحله علاوه بر مرور تمرین‌های جلسه قبل، به آموزش بخشی از مهارت تنظیم هیجانی، شامل تعریف هیجان و مؤلفه‌های آن پرداخته می‌شود. جلسه پنجم: در این جلسه بخش دیگری از مهارت‌های تنظیم هیجانی، شامل الگوی شناسایی هیجان‌ها و برجسب زدن به آن‌ها که منجر به افزایش توانایی کنترل کردن هیجان‌ها می‌گردد، آموزش داده می‌شود. جلسه ششم: در این جلسه ضمن مرور، مهارت‌های جلسه قبل، به آموزش مهارت‌های پذیرش هیجان‌ها، حتی در صورت منفی بودن و آموزش مهارت‌هایی برای کاهش آسیب‌پذیری نسبت به هیجان‌های منفی پرداخته می‌شود. جلسه هفتم: در این جلسه به آموزش بخشی از مؤلفه تحمل‌پریشانی، یعنی راهبردهای بقاء در بحران شامل: مهارت‌های پرت کردن حواس، خودآرام‌سازی با حواس پنجگانه پرداخته می‌شود. در جلسه هشتم نیز ضمن مرور مهارت‌های قبلی، مهارت‌های بهسازی لحظات و تکنیک سود و زیان در هنگام مواجهه شدن با ناکامی و احساس خشم به صورت عملی آموزش داده می‌شود. همچنین آموزش چگونگی تعمیم مهارت‌ها به خارج از جلسه درمان نیز مدنظر قرار می‌گیرد.

درمان فعال‌سازی رفتاری شیوه مداخله‌ای کوتاه مدت است که شامل جلسات درمانی مبتنی بر راهنمای عملی نسخه تجدید نظر شده که توسط لیجوز و همکاران (۲۲)، ارائه شد و در ۸ جلسه (هر هفته دو جلسه) بر روی گروه آزمایش اجرا شد.

جلسه اول: الف- معرفی / مقدمه. ب- تشریح افسردگی. ج- معرفی منطق درمان: - از ضربه (آسیب) و فقدان در زندگی‌تان چه اطلاعاتی دارید؟ - چرا حضور در همه جلسات درمانی اهمیت دارد؟ ج- معرفی فرم بازبینی روزانه (فرم ۱). - درجه بندی لذت و اهمیت: د- تکلیف: - انجام فرم بازبینی روزانه. جلسه دوم: الف- بازبینی روزانه: - بررسی تکلیف (فرم ۱). - رفع اشکال. ب- منطق درمان: - بررسی تکلیف. ج- نکات مهم در مورد ساختار درمان: - بررسی تکلیف. د- اجرای سیاهه حوزه‌های زندگی، ارزش‌ها و فعالیت‌ها (فرم ۲). ه- تکلیف: - تکمیل فرم بازبینی روزانه (فرم ۱). - بررسی سیاهه حوزه‌های زندگی، ارزش‌ها و فعالیت‌ها (فرم ۲). الف- بازبینی روزانه: بررسی تکلیف (فرم ۱). ب- سیاهه حوزه‌های زندگی، ارزش‌ها و فعالیت‌ها: - بررسی تکلیف (فرم ۲). ب- انتخاب و رتبه‌بندی فعالیت‌ها (فرم ۳). ج- تکالیف: - بازبینی روزانه (فرم ۱)، - ادامه بررسی و تغییر سیاهه حوزه‌های زندگی، ارزش‌ها و فعالیت‌ها (فرم ۲)، - بررسی و تغییر انتخاب و رتبه‌بندی فعالیت‌ها. جلسه چهارم: الف- بازبینی روزانه: بررسی تکالیف (فرم ۱)، ب- بازبینی روزانه با برنامه ریزی فعالیت‌ها (فرم ۱). ج- تکلیف: - بازبینی روزانه با برنامه ریزی فعالیت برای هفته آینده. جلسه پنجم: الف- بازبینی روزانه با برنامه ریزی فعالیت: بررسی تکالیف (فرم ۱). ب- قراردادها (فرم ۴). ج- بازبینی روزانه با برنامه ریزی فعالیت برای هفته آینده (فرم ۱). د- تکالیف: - بازبینی روزانه با برنامه ریزی فعالیت برای هفته آینده (فرم ۱)، - تداوم افزودن/تغییر قراردادها (فرم ۴). جلسه ششم: الف- بازبینی روزانه با برنامه ریزی فعالیت: بررسی تکالیف (فرم ۱). ب- قراردادها: بررسی تکالیف (فرم ۴). ج- بازبینی روزانه با برنامه ریزی فعالیت برای هفته آینده (فرم ۱). د- تکالیف: - بازبینی روزانه با برنامه ریزی فعالیت برای هفته آینده (فرم ۱)، - تداوم افزودن/تغییر قراردادها (فرم ۴). جلسه هفتم: الف- بازبینی روزانه با برنامه ریزی فعالیت: بررسی تکالیف (فرم ۱). ب- سیاهه حوزه‌های زندگی، ارزش‌ها و فعالیت‌ها: مرور و بازنگری مفاهیم (فرم ۲). ج- تکالیف: بازبینی روزانه با برنامه ریزی فعالیت برای هفته آینده (فرم ۱) - تداوم افزودن/تغییر

نتایج

میانگین و انحراف معیار سنی آزمودنی‌های گروه آزمایش (رفتاردرمانی دیالکتیکی) و گروه کنترل به ترتیب برابر با ۱۴/۳۰ و ۱۴/۸۵ بود. همچنین در گروه آزمایش (رفتاردرمانی دیالکتیکی) بیشترین فراوانی مربوط به پایه نهم و گروه کنترل بیشتر فراوانی مربوط به پایه نهم بودند.

در جدول ۱ یافته‌های توصیفی متغیرهای پژوهش مشخص شده است.

قراردادها. جلسه هشتم: الف- بازبینی روزانه با برنامه ریزی فعالیت: بررسی تکلیف (فرم ۱). ب- انتخاب و رتبه بندی فعالیت ها: مرور و بازنگری مفاهیم (فرم ۳) ج- بازبینی روزانه با برنامه ریزی فعالیت برای هفته آینده (فرم ۱). د- تکالیف: - بازبینی روزانه با برنامه ریزی فعالیت برای هفته آینده (فرم ۱)، - تداوم افزودن/تغییر دادن قراردادها.

برای تجزیه و تحلیل داده‌ها از روش آماری تحلیل کوواریانس چندمتغیره و آزمون بونفرونی در سطح ۰/۰۵ و با نرم افزار SPSS.21 استفاده شد.

جدول ۱. آماره‌های توصیفی مربوط به متغیرهای پژوهش در پیش‌آزمون و پس‌آزمون گروه‌ها

گروه	رفتاردرمانی دیالکتیکی	کنترل
متغیرها	مرحله	میانگین (انحراف معیار)
خودانتقادی درونی	پیش‌آزمون	۳۰/۲۵ (۱/۲۵)
	پس‌آزمون	۲۹/۹۵ (۱/۷۳)
خودانتقادی مقایسه	پیش‌آزمون	۳۷/۳۰ (۰/۹۲)
	پس‌آزمون	۳۶/۴۰ (۰/۹۹)
کارکرد درون فردی	پیش‌آزمون	۱۴/۸۵ (۱/۰۸)
	پس‌آزمون	۱۵/۲۰ (۱/۱۰)
کارکرد برون فردی	پیش‌آزمون	۲۲/۵۵ (۰/۸۲)
	پس‌آزمون	۲۱/۸۰ (۱/۰۱)

کولموگروف اسمیرنوف برای متغیر، رفتارهای خودآسیب رسان و خودانتقادی در گروه رفتاردرمانی دیالکتیکی معنادار نیست و بنابراین متغیر پرخاشگری دارای توزیع نرمالی است و می‌توان از تحلیل‌های پارامتریک (تحلیل کواریانس) برای آن استفاده کرد. بر اساس آزمون لون و عدم‌معناداری برای متغیرهای رفتارهای خودآسیب رسان و خودانتقادی شرط برابری واریانس‌های بین-گروهی رعایت شده است.

طبق جدول ۱ در پس‌آزمون میانگین نمرات خودانتقادی و رفتارهای خودآسیب‌رسان در گروه آزمایش (رفتار درمانی دیالکتیکی) کاهش یافته؛ اما در گروه کنترل تغییر زیادی ایجاد نشده است.

قبل از انجام تحلیل کوواریانس پیش‌فرض‌های انجام تحلیل بررسی شد و مقدار سطح معناداری در آزمون کولموگروف-اسمیرنوف برای بررسی طبیعی بودن متغیرها از ۰/۰۵ بزرگ‌تر است و لذا توزیع داده‌ها نرمال است. در واقع آزمون

جدول ۲. نتایج حاصل از تحلیل آنکوا در متن مانکوا بر میانگین نمره‌های پس‌آزمون در گروه آزمایشی رفتاردرمانی دیالکتیکی بر

رفتارهای خودآسیب‌رسان

متغیرهای وابسته	مجموع مجدورات	درجه آزادی	میانگین مجدورات	F	سطح معناداری	مجدوراتا
-----------------	---------------	------------	-----------------	---	--------------	----------

۰/۷۴	۰/۰۰۱	۱۰۳/۱۳	۱۹۲/۶۳	۱	۱۹۲/۶۳	کارکرد درون فردی	گروه
۰/۸۴	۰/۰۰۱	۱۹۷/۳۱	۲۴۸/۳۴	۱	۲۴۸/۳۴	کارکرد برون فردی	

نتیجه گرفت که رفتاردرمانی دیالکتیکی بر رفتارهای خودآسیب- رسان و مؤلفه‌های (کارکردهای درون فردی و برون فردی) تأثیر دارد و رفتارهای خودآسیب‌رسان را به طور معناداری کاهش می‌دهد.

بر اساس مندرجات جدول ۲ پس از تعدیل نمرات پیش‌آزمون، اثر معنی‌داری در عامل بین‌آزمودنی‌های گروه وجود دارد. به طوری که نمرات نشان می‌دهد میانگین گروه آزمایش، بعد از کنترل اثر پیش‌آزمون که در معرض رفتاردرمانی دیالکتیکی قرار گرفته‌اند، به طور چشمگیری تغییر داشته است. از این رو می‌توان

جدول ۳. نتایج حاصل از تحلیل آنکوا در متن مانکوا بر میانگین نمره‌های پس‌آزمون در گروه آزمایشی رفتاردرمانی دیالکتیکی بر

خودانتقادی

متغیرهای وابسته	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	سطح معناداری	مجذورات
خودانتقادی درونی	۱۵۸/۸۶	۱	۱۵۸/۸۶	۵۰/۰۰۹	۰/۰۰۱	۰/۵۸
خودانتقادی مقایسه‌ای	۱۲۰/۷۱	۱	۱۲۰/۷۱	۶۵/۵۸	۰/۰۰۱	۰/۶۴

از آنجا که نتایج تحلیل کواریانس نشان داد که اثرات درمان فعال ساز رفتاری و رفتاردرمانی دیالکتیکی بر رفتارهای خودآسیب- رسان و خودانتقادی معنی‌دار است، لذا ضروری است منابع این تأثیرات معین شود. به این معنی که مشخص شود که کدام یک از روش‌های درمان فعال ساز رفتاری و رفتاردرمانی دیالکتیکی در رفتارهای خودآسیب‌رسان و خودانتقادی نقش دارند. در این راستا از آزمون تعقیبی بونفرونی استفاده شد که نتایج در جداول ذیل ارائه شده است.

بر اساس مندرجات جدول ۳ پس از تعدیل نمرات پیش‌آزمون، اثر معنی‌داری در عامل بین‌آزمودنی‌های گروه وجود دارد. به طوری که نمرات نشان می‌دهد میانگین گروه آزمایش، بعد از کنترل اثر پیش‌آزمون که در معرض رفتاردرمانی دیالکتیکی قرار گرفته‌اند، به طور چشمگیری تغییر داشته است. از این رو می‌توان نتیجه گرفت که رفتاردرمانی دیالکتیکی بر خودانتقادی و مؤلفه‌های (خودانتقادی درونی و مقایسه‌ای) تأثیر دارد و خودانتقادی را به طور معناداری کاهش می‌دهد.

جدول ۴. مقایسه زوجی اثرات درمان فعال‌ساز رفتاری و رفتاردرمانی دیالکتیکی بر رفتارهای خودآسیب‌رسان

متغیرها	مقایسه‌ها بین گروه‌ها	تفاوت میانگین	خطای استاندارد میانگین	سطح معناداری
کارکردهای درون فردی	فعال‌ساز رفتاری	۲/۶۰	۰/۴۲	۰/۰۰۱*
	فعال‌ساز رفتاری	-۱/۹۵	۰/۴۲	۰/۰۱*
	درمانی دیالکتیکی	-۴/۵۵	۰/۴۲	۰/۰۰۱*
کارکردهای برون فردی	فعال‌ساز رفتاری	۲/۶۵	۰/۳۴	۰/۰۰۱*
	فعال‌ساز رفتاری	-۲/۷۵	۰/۳۴	۰/۰۰۱*
	درمانی دیالکتیکی	-۵/۴۰	۰/۳۴	۰/۰۰۱*

درمان فعال‌ساز رفتاری برتری دارد. در واقع رفتاردرمانی دیالکتیکی نسبت به درمان فعال‌ساز رفتاری بر رفتارهای خودآسیب‌رسان تأثیر بیشتری داشته و باعث کاهش رفتارهای خودآسیب‌رسان می‌شود.

مندرجات جدول ۴ نشان می‌دهد که درمان فعال‌ساز رفتاری و رفتاردرمانی دیالکتیکی نسبت به گروه کنترل برتری دارند. همچنین بین درمان فعال‌ساز رفتاری و رفتاردرمانی دیالکتیکی بر رفتارهای خودآسیب‌رسان در نوجوانان دارای اختلال دوقطبی تفاوت معناداری وجود دارد و رفتاردرمانی دیالکتیکی نسبت به

جدول ۵. مقایسه زوجی اثرات درمان فعال‌ساز رفتاری و رفتاردرمانی دیالکتیکی بر خودانتقادی

متغیرها	مقایسه‌ها بین گروه‌ها	تفاوت میانگین	خطای استاندارد میانگین	سطح معناداری
خودانتقادی درونی	فعال‌ساز رفتاری	۱/۸۵	۰/۵۱	۰/۰۰۲*
	فعال‌ساز رفتاری	-۲/۱۵	۰/۵۱	۰/۰۳*
	درمانی دیالکتیکی	-۴/۰۱	۰/۵۲	۰/۰۰۱*
خودانتقادی مقایسه	فعال‌ساز رفتاری	۱/۸۵	۰/۴۱	۰/۰۰۱*
	فعال‌ساز رفتاری	-۱/۶۵	۰/۴۱	۰/۰۰۱*
	درمانی دیالکتیکی	-۳/۵۰	۰/۴۱	۰/۰۰۱*

درمان فعال‌ساز رفتاری بر خودانتقادی تأثیر بیشتری داشته و باعث کاهش خودانتقادی می‌شود.

بحث

هدف پژوهش حاضر مقایسه اثربخشی رفتار درمانی دیالکتیکی و درمان فعال‌ساز رفتاری بر خودانتقادی و رفتارهای خودآسیب‌رسان نوجوانان ۱۲-۱۸ سال مبتلا به اختلال دوقطبی بود.

مندرجات جدول ۵ نشان می‌دهد که درمان فعال‌ساز رفتاری و رفتاردرمانی دیالکتیکی نسبت به گروه کنترل برتری دارند. همچنین بین درمان فعال‌ساز رفتاری و رفتاردرمانی دیالکتیکی بر خودانتقادی در نوجوانان دارای اختلال دوقطبی تفاوت معناداری وجود دارد و رفتاردرمانی دیالکتیکی نسبت به درمان فعال‌ساز رفتاری برتری دارد. در واقع رفتاردرمانی دیالکتیکی نسبت به

گرفت که رفتاردرمانی دیالکتیکی بر خودانتقادی تأثیر دارد و خودانتقادی را به طور معناداری کاهش می‌دهد. این یافته با نتایج پژوهش‌های برجلی و همکاران (۲۹) و دال‌نیک و همکاران (۱۱) مطابقت دارد.

رفتاردرمانی دیالکتیکی با تغییر سبک زندگی افراد تغییر در نقش‌ها و در نتیجه تغییر در روابط اجتماعی افراد و نیز منطقی و عینی اندیشی به جای اغراق درباره رویدادهای اضطراب‌برانگیز، به نحو موثری می‌تواند کارکردهای روان‌شناختی افراد را تحت تأثیر قرار دهد. افرادی که دارای این مهارت‌ها هستند، در مقایسه با سایر افرادی که فاقد این خصوصیات‌اند، اعتماد به نفس بالاتر، احساس خودکارآمدی بیشتر و آرامش خاطر زیادی خواهند داشت و استفاده از تجارب قبلی در حل مسایل گوناگون زندگی، از آنها افرادی متکی به خود خواهد ساخت. بدیهی است که همه-ی این موارد، می‌توانند سلامت اجتماعی فرد را در سطح بالایی نگهدارند و لذا رفتاردرمانی دیالکتیکی نقش مهمی در کاهش خودانتقادی دارد (۲۹).

یافته دیگر تحقیق نشان داد که درمان فعال‌ساز رفتاری بر رفتارهای خودآسیب‌رسان و مؤلفه‌های (کارکردهای درون فردی و برون فردی) تأثیر دارد و رفتارهای آسیب‌رسان را به طور معناداری کاهش می‌دهد. این یافته با نتایج پژوهش‌های مازوک-چلی (۳۰) مطابقت دارد. هدف فعالسازی رفتاری، افزایش رفتارهایی است که احتمالاً منجر به دریافت پاداش از سوی بیمار می‌شوند. پاداش‌ها ممکن است درونی (مانند لذت یا حس موفقیت) و یا بیرونی (مانند توجه انتخابی) باشند. این افزایش پاداش‌ها به بهبود خلق بیمار کمک می‌کنند. چنین فرایندی به مرور زمان منجر به افزایش تقویت محیطی و به دنبال آن بهبود خلق می‌گردد. علت اثربخشی این درمان می‌تواند این باشد که در حین درمان، افراد یاد می‌گیرند که سبک زندگی‌شان را عوض کنند و قانون جدیدی را در زندگی‌شان دنبال کنند. یعنی به جای اینکه هنگامی که احساس غمگینی می‌کنند، خاموش شوند، هنگامی که احساس غمگینی می‌کنند، فعال شوند. در خصوص

یافته پژوهش نشان داد که رفتاردرمانی دیالکتیکی بر رفتارهای خودآسیب‌رسان و مؤلفه‌های (کارکردهای درون فردی و برون فردی) تأثیر دارد و رفتارهای خودآسیب‌رسان را به طور معناداری کاهش می‌دهد. این یافته با نتایج پژوهش‌های ناصری و همکاران (۲۹) و فیلس‌چاکر و همکاران (۲۰) مطابقت دارد.

در رفتار درمانی دیالکتیکی از افراد خواسته می‌شود با تجارب ناخوشایند خود رابطه‌ای متفاوت ایجاد کنند و با پذیرش و اعتباربخشی به احساسات ناخوشایند، در مورد تصمیم درباره چگونگی پاسخ به هیجانات، آگاهی داشته باشند. متعاقباً این فرایند باعث کاهش استفاده از راهبردهای منفی تنظیم هیجان و افزایش انعطاف‌پذیری روانشناختی شده و میزان رفتارهای خودآسیب‌رسان را در بیماران کاهش می‌دهد (۲۹). در تبیین این یافته می‌توان گفت که رفتاردرمانی دیالکتیکی با آموزش مهارت‌هایی چون تحمل درماندگی با افزایش انعطاف‌پذیری و ارائه راه‌حل‌های جدید و تعدیل آثار شرایط ناراحت‌کننده به فرد در کنار آمدن بهتر با وقایع دردناک کمک می‌کند. همچنین با استفاده از مهارت‌های تنظیم هیجان به درمانجویان کمک می‌کند تا احساس خود را دقیق‌تر تشخیص دهند و سپس هر هیجانی را بدون ناتوان شدن در برابر آن بررسی کنند و هدف تعدیل احساسات بدون رفتاری واکنشی و مخرب است. به طوری که افرادی که از حمایت اجتماعی پایین برخوردارند و افرادی که مشکلاتی در روابط بین فردی دارند بیشتر مستعد افکار خودکشی و انجام آن با تصمیم قبلی هستند و با توجه به که رفتاردرمانی دیالکتیکی نگرشی کاملاً دلسوزانه و انسان‌مدارانه است و این نگرش دلسوزانه و تا اندازه‌ای مدارانه لینهان‌گرانه ارائه شده است که مستلزم یک در قالب یک درمان حمایت‌درمانگر است و درمانگر میان درمانجو و قوی و ارتباط مشترک دهد و سازگارانه را به درمانجو آموزش می‌دهد و تقویت می‌کند، می‌تواند در کاهش افکار و مشکلات افسردگی مؤثر واقع شود (۲۰). (۲۰).

یافته پژوهش نشان داد که میانگین گروه آزمایش، بعد از کنترل اثر پیش‌آزمون که در معرض رفتاردرمانی دیالکتیکی قرار گرفته‌اند، به طور چشمگیری تغییر داشته است. از این رو می‌توان نتیجه

اثربخشی این درمان بر روی رفتارهای خودآسیب‌رسان نیز می‌توان گفت که یکی از اهداف فعال‌سازی رفتاری، کاهش این رفتارهای منفی از طریق تمرکز بیمار بر فعالیت‌های محیطی می‌باشد (۳۰).

درمان فعال سازی رفتار نوعی رویکرد روان درمانی کوتاه مدت است که برای کاهش علائم افسردگی و جلوگیری از بازگشت اختلال افسردگی مورد استفاده قرار می‌گیرد. این نوع درمان بر اساس این فرضیه ساخته شده است که روبرو شدن اشخاص مستعد به ابتلا به اختلال افسردگی و پاسخ نامناسب آنان به این مشکلات می‌تواند توانایی آنان را برای بدست آوردن پاداش‌ها در محیط زندگی شان را کاهش داده و در نتیجه علائم اختلال افسردگی را در آنان ظاهر سازد. اهداف درمان فعال سازی رفتار افزایش دادن سیستماتیک فعالیت‌ها به شیوه‌ای است که به مراجعان کمک کند تا به منابع بزرگتر پاداش‌ها در زندگی شان دست یافته و بتوانند مشکلات زندگی شان را حل نمایند. فرایند درمان فعال‌سازی رفتار به صورت مستقیمی بر روی افزایش میزان انجام برخی از فعالیت‌ها و جلوگیری از انجام برخی دیگر از فعالیت‌ها (مانند اجتناب از انجام برخی از رفتارها و یا کاهش دادن میزان نشخوار ذهنی) متمرکز می‌شود (۳۱).

یافته دیگر تحقیق نشان داد که میانگین گروه آزمایش، بعد از کنترل اثر پیش‌آزمون که در معرض درمان فعال‌ساز رفتاری قرار گرفته‌اند، به طور چشمگیری تغییر داشته است. از این رو می‌توان نتیجه گرفت که درمان فعال‌ساز رفتاری بر خودانتقادی تأثیر دارد و آن را به طور معناداری کاهش می‌دهد. این یافته با نتایج پژوهش‌های اسکات همکاران (۲۳) و مک ایندو و همکاران (۳۲) مطابقت دارد. در طول درمان فعال سازی رفتار بر روی لزوم تمرین مهارت‌هایی که مراجع در طول درمان بدست آورده است تأکید می‌گردد همچنین در این نوع درمان درمانگر بر روی لزوم حل مسایلی که مراجع با آنها روبرو است تأکید می‌شود. از دیگر ویژگی‌های درمان فعال سازی رفتار حالت لزوم همکاری زیاد درمانگر و مراجع با یکدیگر در جریان درمان است. در این نوع درمان درمانگر و مراجع برای رسیدن به اهداف درمان باید تلاش زیادی را بنمایند. یکی دیگر از خصوصیات درمان فعال سازی رفتار فرایند ساختار یافتگی آن است. به عبارت دیگر در این نوع

درمان درمانگر و مراجع با مشورت با یکدیگر چهار چوب خاصی را برای هر جلسه تعیین می‌کنند. و در آن مشخص می‌کنند که در جلسه‌ی درمان در مورد چه موضوعاتی گفتگو خواهند نمود. هدف نهایی درمان فعال سازی رفتار کمک به مراجعان برای تغییر دادن برخی از رفتارها می‌باشد تا آنان بتوانند از میزان منابع بیشتری از تقویت کنندگان مثبت محیطی استفاده نمایند (۲۳). اولین فرایند درمان شامل شناسایی الگوها و یا حوزه‌های اجتنابی شخص و فرایند دوم شامل برنامه ریزی برای رسیدن به اهداف اولیه یا کوتاه مدت و اهداف بلند مدت درمان است. درمانگر می‌تواند به مراجع خود کمک کند که به موارد اجتناب یا فرار خود آگاهی بیشتری پیدا نماید و به جای استفاده از حالت اجتناب یا فرار از روش‌های مناسبی استفاده کند. همچنین درمانگر در فرایند درمان به مراجع خود کمک می‌کند تا بتواند اهداف کوتاه مدت و طولانی مدت را در فرایند درمان در نظر بگیرد. اهداف کوتاه مدت درمان کمک به مراجع است تا موقعیت‌های زندگی خود را به شیوه‌ای تغییر دهد که کمتر در معرض افسردگی باشد. برای رسیدن به اهداف فوق درمانگر می‌تواند مراجع خود را انجام دادن فعالیت‌هایی مانند صرف وقت با دوستان و خانواده، تمرینات ورزشی و تنظیم برنامه ریزی رفتار تشویق نمایند (۳۳).

این پژوهش با محدودیت‌هایی مواجه بود. جامعه آماری پژوهش کلیه نوجوانان بیمارستان امام حسین تهران، مطب سعادت آباد و مطب قایم شهر بودند که تعمیم یافته برای سایر افراد و مراکز دیگر را با مشکل مواجه می‌سازد. با توجه به نداشتن مرحله پیگیری و عدم همکاری مراکز بعد از اتمام مداخله‌ها، به عنوان محدودیت مطرح بوده و می‌تواند در بلندمدت نتایج را تحت تأثیر قرار دهد. محدودیت دیگر مربوط به روش‌شناسی بوده و با توجه به روش نمونه‌گیری هدفمند که می‌تواند بر نتایج تأثیر گذار باشد. پی‌شهاد می‌شود کادر درمان هنگام مراقبت از بیماران دارای اختلال دوقطبی بر بُعد فیزیولوژیکی به سایر ابعاد نیز توجه کرده و با ارائه حمایت‌های روانشناختی و آموزش مناسب نقش مؤثری در افزایش سلامت روانی بیماران و به تبع آن کاهش رفتارهای خودآسیب‌رسان و خودانتقادی این بیماران داشته باشند.

نتیجه گیری

با مشخص کردن نحوه‌ی تأثیر رفتاردرمانی دیالکتیکی و فعال- ساز رفتاری و اثربخشی آن‌ها بر متغیرهای رفتارهای خودآسیب‌رسان و خودانتقادی در نوجوانان دارای اختلال دوقطبی، کوشش می‌کند تا زمینه‌های روان‌شناختی را که به کاهش این مشکلات در نوجوانان دارای اختلال دوقطبی منتهی می‌شود، شناسایی کرده و با کاهش مشکلات رفتارهای خودآسیب‌رسان و خودانتقادی میزان سلامت این نوجوانان را بهبود بخشید. به علاوه بایستی زمینه و بستر مناسبی جهت تحقیقات بعدی به وجود آورد که این پژوهش می‌تواند در این زمینه راهگشا باشد تا محققان بعدی گام‌هایی در جهت شناساندن مداخلات درمانی بر کاهش مشکلات نوجوانان دارای اختلال دوقطبی بردارند.

ملاحظات اخلاقی

انجام این مطالعه توسط کمیته اخلاق در پژوهش دانشگاه علوم پزشکی بیرجند با کد IR.BUMS.REC.1401.406 تصویب شد. نکات اخلاقی نیز، طبق پروتکل‌های اخلاقی در پژوهش‌های زیست پزشکی رعایت گردید. همچنین فرم رضایت نامه شرکت در پژوهش توسط همه شرکت‌کنندگان امضاء شد.

تقدیر و تشکر

این مقاله حاصل رساله دکتری نویسنده اول مقاله است. از تمامی افرادی که در اجرای این پژوهش همکاری داشتند؛ کمال تشکر و قدردانی را داریم.

تعارض منافع

هیچ گونه تضاد منافی بین نویسندگان در این مطالعه وجود ندارد.

References

1. Suppes T, Leverich GS, Keck PE, Nolen WA, Denicoff KD, Altshuler LL, et al. The Stanley Foundation Bipolar Treatment Outcome Network. II. Demographics and illness characteristics of the first 261 patients. *J Affect Disord* 2001; 67: 45-59. .
2. Ganji M. Psychopathology based on DSM-5. Tehran: Savalan Publications; 2019.
3. Mahmoudi F, Khosravi Z, Pivastenehar M, Khodabashpirkalani R. Qualitative investigation of recovery process in patients with bipolar disorder. *Journal of Psychological Health Research* 2018; 13(4): 23-34.
4. Zhang YS, Rao WW, Zeng LN, Grace KI, Cui LJ, Li JF, Li L, Ungvari GS, Hall BJ, Li KQ, Xiang YT. Prevalence and correlates of bipolar disorder in the adult population of Hebei province, China. *Journal of Affective Disorders* 2020, 263, pp.129-133.
5. Ranjbar M, Seyed Fatemi N, Mardani Hamooleh M, Esmaeeli N, Haghani S. Correlation of Stigma with Self-compassion in Patients with Bipolar Disorder. *IJN* 2020; 32 (122):1-13.
6. Blasco-Fontecilla H, Fernández-Fernández R, Colino L, Fajardo L, Perteguer-Barrio R, De Leon J. The addictive model of self-harming (non-suicidal and suicidal) behavior. *Frontiers in Psychiatry* 2016; 1; 7:8.
7. Samadi F, Bahrinian S, Razjoyan K, Shahabizadeh F. The effectiveness of dialectical behavior therapy on aggression, self-criticism and self-injurious behaviors of aged 12-18 year with bipolar disorder. *Rooyesh* 2023; 12 (3) :55-66. .
8. Baetens I, Claes L, Muehlenkamp J. Non-suicidal and suicidal self-injurious behavior among Flemish adolescents: A web-survey. *Arch Suicide Res* 2011; 15(1): 56- 67.

9. Soloff PH, Lynch KG, Kelly TM, Malone KM, & Mann JJ. Characteristics of suicide attempts of patients with major depressive episode and borderline personality disorder: A comparative study. *American Journal of Psychiatry* 2000; 157: 601 – 608.
10. Zuroff DC, Santor DA, Mongrain M. Dependency, self-criticism, and maladjustment. In J. S. Auerbach, K. J. Levy, and C. E. Schaffer (Eds.), *Relatedness, Self-definition and mental representation: Essays in honor of Sidney J. Blatt*. (pp 75-90). London: BrunnerRoutledge; 2005.
11. Dallnic A, Smith SW, Brank EM, Penfield RD. Classroom based Cognitive-behavioral Intervention to Prevent Aggression: Efficiency and Social Validity. *Journal of School Psychology* 2012; 44: 123-139.
12. Zuroff DC, Moskowitz DS, Cote S. Dependency, self-criticism, interpersonal behaviour and affect: evolutionary perspectives. *British Journal of Clinical Psychology* 1999; 38: 231–250.
13. Thompson R, Zuroff DC. The Levels of Self-Criticism Scale: Comparative self-criticism and internalized self-criticism. *Personality and Individual Differences* 2004; 36 (2): 419-430.
14. Mongrain M, Leather F. Immature dependence and self-criticism predict the recurrence of major depression. *Journal Clinical Psychol* 2006; 62: 705-13.
15. Lam DH, Bright J, Jones S, Hayward P, Schuck N. Cognitive therapy for bipolar illness: A pilot study of relapse prevention. *Cognit Ther Res*, 2000; 24: 503-20.
16. Ye BY, Jiang ZY, Li X, Cao B, Cao LP, Lin Y, Xu GY, Miao GD. Effectiveness of cognitive behavioral therapy in treating bipolar disorder: A n updated meta-analysis with randomized controlled trials. *Psychiatry and clinical neurosciences*, 2016; 70(8): 351-361.
17. Marco H, Palacios A, Botella C. Dialectical behavioural therapy for oppositional defiant disorder in adolescents: A case series. *Psicothema*, 2013; (25): 158-63.
18. Pasioczny N, Connor J. The effectiveness of dialectical behaviour therapy in routine public mental health settings: An Australian controlled trial. *Behav Res Ther*, 2011; (49):10-14.
19. Trousselard M, Steiler D, Raphel D, Cian C, Duymedjian R, Claverie D, Canini D. Validation of a French version of the Freiburg Mindfulness Inventory- short version: relationships between mindfulness and stress in an adult population. *Bio Psycho Social Med* 2010; (4):1-11.
20. Fleischhaker CH, Bohme R, Sixt B, Bruck CH, Schneider C, Schulz E. Dialectical Behavioral Therapy for adolescents (DBT-A): a clinical Trial for Patients with suicidal and self-injurious Behavior and Borderline Symptoms with a one-year Follow-up. *Child and Adolescent Psychiatry and Mental Health* 2011; 5:3. <http://www.capmh.com/content/5/1/3>
21. Hopko DR, Bell JL, Armento MEA, Hunt MK, Lejuez CW. Behavior therapy for depressed cancer patients in primary care. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, training* 2005; 42: 236–243.
22. Lejuez CW, Hopko DR, Hopko SD. Ten year revision of the brief behavioral activation treatment for depression(BATD): revised treatment manual(BATD-R). *Behavior Modification* 2011; 35: 111-161.
23. Scott J, Paykel E, Morriss R, Bentall R, Kinderman P, Johnson T, Hayhurst H. Cognitive-behavioral therapy for severe and recurrent bipolar disorders: Randomised controlled trial. *The British Journal of Psychiatry* 2006; 188: 313–320.

24. Klonsky ED, Glenn CR. Assessing the functions of non-suicidal self-injury: Psychometric properties of the Inventory of Statements about Self-injury (ISAS). *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment* 2009; 31(3): 215-219.
25. Junod P, Mohamadishirmahale F, Mohammadkhani SH, Hossein-zadehTagvai Marjan Pivandi P. The effectiveness of positive therapy on self-harming behaviors and negative emotions in men dependent on stimulant drugs (glass). *Medical School Journal* 2019; 63: 74-84.
26. Dortaj F, aghajani F, Delavar A, Navabi Nezhad S, Mardani Rad M. (2020). Developing a group educational therapy program based on the analysis of interaction behavior and acceptance and commitment method and its effectiveness on self-critical components of girls with emotional breakdown. *Journal of Psychological Science*.19(95), 1389-1400. .
27. Alijanzadeh M, Mekund Hosseini SH, Kian-Arthi F. Effectiveness of group dialectical behavior therapy (based on skills training) on adolescent aggression. *Journal of Clinical Psychology* 2013; 6(3): 23-33.
28. Naseri Z, Timori S, Bayazi MH. Effectiveness of dialectical behavior therapy group training on reducing self-harming behaviors and improving life satisfaction of bipolar patients. *National Conference on Psychology, Education and Lifestyle, Tehran: Payam Noor Qazvin University; 2019.*
29. Borjali A, Baghian Kolehmarz MJ, Yazdan Panah, MA, Rajabi M. Effectiveness of dialectical behavior therapy group training on improving quality of life and reducing impulsivity in patients with bipolar disorder type 1. *Clinical Psychology Quarterly* 2014; 5(20): 133-166.
30. Mazzucchelli TG, Kane RT, Rees CS. Behavioral activation interventions for well-being: A meta-analysis. *The Journal of Positive Psychology* 2010; 5(2): 105 –121.
31. Chu BC, Crocco ST, Esseling P, Areizaga MJ, Lindner AM, Skriner LC. Trans diagnostic group behavioral activation and exposure therapy for youth anxiety and depression: Initial randomized controlled trial. *Behave Res There* 2019; 76(1): 65-75.
32. McIndoo CC, File AA, Preddy T, Clark CG, Hopko DR. Mindfulness-based therapy and behavioral activation: a randomized controlled trial with depressed college students. *Behave Res Thera* 2016; 77: 118-28
33. Soler J, Pascuala JC, Barrachina J, Alvarez E, Perez V. Double blind placebo controlled study of dialectical behavior therapy pluse Olanzapin for borderline personality disorder. *Am J psychiatry* 2013; 162 (7): 1221-1224.

Original Article

Comparison of the effectiveness of behavioral activation therapy and dialectical behavior therapy on self-injurious and self-criticizing behaviors of 18-12-year-olds with bipolar disorder

Received: 17/01/2024 - Accepted: 15/03/2024

Fatemeh Samadi¹
Seyed Abdolmajid Bahreinian^{2*}
Katayoon Razjooyan³
Fatemeh Shahabizadeh⁴

¹ PhD student in clinical psychology, Department of Psychology, Birjand Branch, Islamic Azad University, Birjand, Iran.

² Professor of Clinical Psychology, Department of Psychology, Birjand Branch, Islamic Azad University, Birjand, Iran.

³ Associate Professor of Child and Adolescent Psychiatry, Department of Psychiatry, Imam Hossein Hospital, Shahid Beheshti University of Medical Sciences, Tehran, Iran.

⁴ Associate Professor, Department of Psychology, Birjand Branch, Islamic Azad University, Birjand, Iran.

Email:
majid.bahrainian@gmail.com

Abstract

Introduction: Self-injurious and self-critical behaviors play an important role in bipolar disorder as basic variables. The purpose of this study was to compare the effectiveness of behavioral activation therapy and dialectical behavior therapy on self-criticism and self-injurious behaviors of 18-12-year-olds with bipolar disorder.

Method: This research was a semi-experimental type of pre-test and post-test with a control group. The research population consisted of 18-12-year-olds with bipolar disorder in Tehran in 1400, which was selected from this population by purposive sampling from Tehran's Imam Hossein Hospital, Saadat Abad Clinic, and Qayim Shahr Clinic and based on a structured clinical interview. 60 teenagers were selected and placed in two experimental groups and a control group, 20 teenagers in each group (first experiment: dialectical behavior therapy), (second experiment: behavioral activation therapy) and control group. Klonsky and Glenn (2009) self-injurious behavior questionnaire and Thompson and Zuraf (2004) self-criticism questionnaire were used to collect data. Data analysis was done with the statistical method of covariance analysis and Bonferroni follow-up test at a significance level of 0.05 and with SPSS.21 software.

Results: The results of the research showed that behavioral activation therapy and dialectical behavior therapy have an effect on self-criticism and self-harmful behaviors and have reduced self-criticism and self-harmful behaviors. The results of the Bonferroni test showed that dialectical therapy has a greater effect on self-criticism and self-injurious behaviors in adolescents with bipolar disorder than behavioral activation therapy ($P < 0.05$).
Conclusion: behavioral activation therapy and dialectical behavior therapy play an important role in reducing self-criticism and self-injurious behaviors in teenagers.

Key words: Bipolar disorder, self-criticism, behavioral activation therapy, dialectical therapeutic behavior, self-injurious behaviors.

Acknowledgement: There is no conflict of interest