

Research Paper

**Effectiveness of cognitive behavioral group therapy on the cognitive emotion regulation and quality of life in women with bipolar I**Razieh Eatesamipour^{1*}, Fereshteh Pourmohseni- Koluri², Maryam Zolfagharnia³

1. Assistant Professor, Department of Psychology, Payame Noor University (PNU), Tehran, Iran.
2. Associate Professor, Department of Psychology, Payame Noor University (PNU), Tehran, Iran.
3. M.Sc. in General Psychology, Payame Noor University (PNU), Tehran, Iran.

**Article Info:****Received:** 2024/08/24**Accepted:** 2024/12/22**PP:** 23Use your device to scan and
read the article online:**DOI:**10.22054/JCPS.2025.87592.3261**Keywords:**

Type 1 bipolar disorder, group cognitive-behavioral therapy, cognitive emotion regulation, quality of life.

Abstract

Introduction and Objective: Bipolar disorder is a chronic and progressive mood disorder that leads to severe problems in a person's social and occupational functioning. The purpose of this research was to investigate the effect of the group cognitive behavioral therapy on the cognitive emotion regulation and the quality of life of women with bipolar I.

Research Methodology: The research design was semi-experimental with pre-test and post-test with experimental and unmatched control groups. The statistical population of the present study included all female suffering from bipolar I disorder. Using the purposeful sampling method, there were 30 people in two experimental groups (15 people) and control (15 people) were completely randomly replaced. Subjects completed cognitive emotion regulation Garnefsky (2006) and WHO quality of life questionnaire (1989). The experimental group received 8 sessions cognitive behavioral therapy group. Both groups completed the questionnaires in two stages before and after the intervention. Unitivariate Analysis of Covariance was used to analyze the data.

Findings: The findings indicated that group cognitive-behavioral therapy had a significant effect on the Improving adaptive and reducing maladaptive strategies of cognitive emotion regulation ($p < 0.01$), also, it had a significant effect on quality of life of the people with bipolar disorder type 1 ($p < 0.05$).

Conclusion: The result of this study showed that cognitive behavioral therapy group training is effective in terms of cognitive regulation of emotions and quality of life of people with bipolar disorder type 1 and this treatment method can be used to improve emotional regulation and increase the quality of life of bipolar patients.

Citation: Eatesamipour, R. , Pourmohseni- Koluri,, F. & Zolfagharnia, M. (2025). Effectiveness of cognitive behavioral group therapy on the cognitive emotion regulation, and quality of life in women with bipolar I. *Clinical Psychology Studies*, 16(59) 68-90. <https://doi.org/10.22054/jcps.2025.87592.3261>

***Corresponding author:** Razieh Eatesamipour**Address:** Department of Psychology, Payame Noor University (PNU), Tehran, Iran.**Tell:** 09171906899**Email:** r_etesamipour@pnu.ac.ir

Extended Abstract

Introduction

Bipolar disorder (BD) is a serious mental condition recognized as the 17th leading cause of disability among all diseases (Razavi et al., 2024), with a global prevalence of 2% in 2017 (Tan et al., 2022). The fifth edition of the *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* distinguishes between bipolar disorder type I and type II. Bipolar disorder type I refers to a condition in which an individual experiences one or more episodes of mania and may, but not necessarily, also experience one or more episodes of major depression (Kamran et al., 2023). When faced with negative life events, women are more reactive to negative emotional stimuli than men (Deckert et al., 2020) and tend to experience higher levels of anger rumination and catastrophizing (Liu et al., 2024). Ineffective attitudes and irrational beliefs contribute to negative emotions, which are among the most important predictors of suicidal tendencies (Zemestani et al., 2015), especially in women with a history of suicide attempts (Horowitz et al., 2019).

Research indicates that the use of maladaptive cognitive emotion regulation strategies, such as rumination, has detrimental effects on mood symptoms (Azevedo et al., 2024) and psychosocial functioning and serves as a precursor to psychological harm (Bosera et al., 2013), including depression and anxiety (Espinoza et al., 2022). More broadly, maladaptive emotion regulation—considered a core feature of bipolar disorder (Gruber et al., 2013)—places individuals at increased risk of psychological distress and negatively affects their quality of life and overall functioning (Gao et al., 2022). Compared to healthy individuals, patients with bipolar disorder often demonstrate poorer functional outcomes and lower quality of life, along with greater cognitive impairment and persistent residual symptoms of depression and psychosis (Mena et al., 2024).

A review of previous research has demonstrated the effectiveness of group cognitive behavioral therapy (CBT) in the treatment of bipolar disorder (Kavanagh et al., 2021). Group CBT can often be delivered at less than half the cost of individual therapy and approximately one-quarter the cost of pharmacological treatment, which may increase its attractiveness to healthcare providers. One of its distinct advantages is that group interaction reduces social isolation and, consequently, diminishes feelings of belonging to a marginalized and stigmatized group (Abrahamson et al., 2018).

Therefore, in light of the foregoing, the present study aims to examine whether group cognitive behavioral therapy is effective in improving cognitive emotion regulation and enhancing the quality of life in patients with bipolar disorder type I.

Methodology

The present study employed a quasi-experimental design with a non-equivalent (unbalanced) control group. The statistical population comprised all women diagnosed with bipolar disorder by a psychiatrist and a clinical psychologist who were referred to the Mehregan Day Rehabilitation Center for Mental Health Patients in Ardabil in October 2013. Among the 50 women referred to the center during this period, 30 patients who had been diagnosed with bipolar disorder type I by the center's psychiatrist and clinical psychologist were purposively selected and randomly assigned to either the experimental group ($n = 15$) or the control group ($n = 15$). The inclusion criteria were as follows: (a) a diagnosis of bipolar disorder type I confirmed by a psychiatrist and a clinical psychologist; (b) female gender; (c) age between 30 and 60 years; (d) at least primary-level education; and (e) being in a period of relative remission. Individuals with active hallucinations or delusions and those with specific severe psychiatric disorders were excluded. The exclusion criteria included: (a) severe comorbid psychiatric disorders; (b) debilitating medical conditions; (c) substance intoxication or withdrawal; (d) recurrence of acute hallucinations or delusions; and (e) not being in a period of relative remission. Ethical approval for this study was obtained from the Research Ethics Committee of Payame Noor University (Ethics Code: IR.PNU.REC.1402.392).

Measures and Intervention: The following instruments were used in this study: the Cognitive Emotion Regulation Questionnaire–Short Form (CERQ-S) developed by Garnefski et al. (2006), and the World Health Organization Quality of Life Questionnaire (WHOQOL-BREF). In addition, the experimental group received group cognitive-behavioral therapy based on the protocol developed by Wright et al. (2006). The intervention was delivered in eight 2-hour sessions, conducted twice per week.

Results

Univariate analysis of covariance (ANCOVA) was conducted to examine the effectiveness of group cognitive-behavioral therapy on cognitive emotion regulation strategies (adaptive and maladaptive) and quality of life among the participants. The results of the ANCOVA indicated that group cognitive-behavioral therapy had a

Effectiveness of cognitive behavioral group therapy on the cognitive emotion regulation and quality of life in women with bipolar I

statistically significant effect on adaptive and maladaptive cognitive emotion regulation strategies, as well as on quality of life, in the experimental group compared to the control group ($p < .05$; $p < .001$). Specifically, group cognitive-behavioral therapy led to an increase in adaptive cognitive emotion regulation strategies and quality of life, while significantly reducing maladaptive cognitive strategies in patients with bipolar disorder type I. Effect size estimates based on eta squared (η^2) indicated that the intervention had the largest effect on adaptive cognitive emotion regulation strategies ($\eta^2 = .24$) and the smallest effect on quality of life ($\eta^2 = .15$).

Discussion and Conclusion

The findings of the present study indicated that group cognitive-behavioral therapy (CBT) was effective in enhancing adaptive cognitive emotion regulation strategies and reducing maladaptive strategies among patients with bipolar disorder type I. Group CBT is an evidence-based psychotherapeutic approach widely recognized for its effectiveness in managing psychological and behavioral difficulties. Through structured cognitive-behavioral techniques—such as cognitive restructuring, positive reappraisal, stress management training, and interpersonal skills development—participants are encouraged to modify dysfunctional thought patterns and improve coping capacities. By challenging maladaptive cognitions such as self-blame and catastrophizing and replacing them with more realistic and adaptive interpretations (e.g., positive reappraisal), group CBT appears to facilitate more effective emotion regulation in individuals with bipolar disorder (Carroll & Ronsanil, 2011).

Another important finding of the study was the significant effect of group CBT on the quality of life of patients with bipolar disorder. Even during remission, individuals with bipolar disorder often experience reduced psychological well-being, interpersonal difficulties, and occupational impairments (Fulford et al., 2014). The improvement in quality of life observed in the present study may be attributed to the intervention's focus on restructuring maladaptive beliefs and promoting more adaptive cognitive appraisals of life events. By helping patients identify dysfunctional thoughts, challenge cognitive distortions, and modify negative core beliefs about themselves, others, and the future, CBT contributes to improved emotional experiences and overall psychological adjustment (Knaus, 2006).

Furthermore, the psychological dimension of quality of life encompasses factors such as life satisfaction, self-efficacy, concentration, autonomy in social relationships, and the management of mood-related distress (e.g., anxiety, hopelessness, and low self-confidence). Group CBT directly targets maladaptive cognitions associated with bipolar disorder and teaches practical strategies for managing mood fluctuations, which may explain its beneficial impact on overall quality of life.

Despite these promising findings, several limitations should be acknowledged. First, due to time constraints, no follow-up assessment was conducted to evaluate the durability of treatment effects. Second, the intervention was implemented in a group format; therefore, caution is warranted in generalizing the findings to individual therapy settings. Third, the sample consisted exclusively of female participants, limiting the generalizability of the results to male patients with bipolar disorder.

Based on the findings of the present study, future research is recommended to examine the effectiveness of group CBT on additional psychological variables relevant to bipolar disorder. Incorporating a follow-up phase of at least three months would allow for a more comprehensive evaluation of the stability and long-term impact of treatment outcomes.

Ethical Considerations

All ethical principles were observed in the conduct of this study. Ethical approval was obtained from the relevant institutional review board, and participants provided informed consent prior to their inclusion in the study. Confidentiality and anonymity of the participants were ensured throughout the research process.

Sponsor

This research received no specific grant from any funding agency in the public, commercial, or not-for-profit sectors.

Conflict of Interest

The authors declare that there is no conflict of interest regarding the publication of this article.

Acknowledgements

The authors would like to express their sincere appreciation to all participants who took part in this study and contributed to its successful implementation.

References

- Abrahamsson, C., Nordling, B., Michelsen, C. S., & Norlander, T. (2018). Patients' experiences after cognitive behavior group therapy: From Anxiety to feelings of perceived security. *Psychology, 9*(05), 1176. doi.org/10.4236/psych.2018.95072
- Azevedo, J., Swales, M., Carreiras, D., Guiomar, R., Macedo, A., & Castilho, P. (2024). BI-REAL: A 12-session DBT skills group intervention adapted for bipolar disorder—A feasibility randomised pilot trial. *Journal of Affective Disorders, 356*, 394-404. doi.org/10.1016/j.jad.2024.04.033
- Becerra, R., Cruise, K., Murray, G., Bassett, D., Harms, C., Allan, A., & Hood, S. (2013). Emotion regulation in bipolar disorder: Are emotion regulation abilities less compromised in euthymic bipolar disorder than unipolar depressive or anxiety disorders? doi.org/10.4236/ojpsych.2013.34A001
- Carroll, K. M., & Rounsaville, B. J. (2011). A vision of the next generation of behavioral therapies research in the addictions. *Focus, 9*(1), 118-129. doi.org/10.1176/foc.9.1.foc118
- Deckert, M., Schmoeger, M., Auff, E., & Willinger, U. (2020). Subjective emotional arousal: an explorative study on the role of gender, age, intensity, emotion regulation difficulties, depression and anxiety symptoms, and meta-emotion. *Psychological Research, 84*, 1857-1876. doi.org/10.1007/s00426-019-01197-z
- Espinosa, F., Martin-Romero, N., & Sanchez-Lopez, A. (2022). Repetitive negative thinking processes account for gender differences in depression and anxiety during adolescence. *International journal of cognitive therapy, 15*(2), 115-133. doi.org/10.1007/s41811-022-00133-1
- Fulford, D., Peckham, A. D., Johnson, K., & Johnson, S. L. (2014). Emotion perception and quality of life in bipolar I disorder. *Journal of affective disorders, 152*, 491-497. doi.org/10.1016/j.jad.2013.08.034
- Gao, W., Yan, X., & Yuan, J. (2022). Neural correlations between cognitive deficits and emotion regulation strategies: understanding emotion dysregulation in depression from the perspective of cognitive control and cognitive biases. *Psychoradiology, 2*(3), 86-99. doi.org/10.1093/psyrad/kkac014
- Garnefski, N., & Kraaij, V. (2006). Cognitive Emotion Regulation Questionnaire Development of a short 18-item version (CERQ-short). *Personality and Individual Differences, 41*, 1045-1053. doi.org/10.1016/j.paid.2006.04.010
- Gruber, J., Kogan, A., Mennin, D., & Murray, G. (2013). Real-world emotion? An experience-sampling approach to emotion experience and regulation in bipolar I disorder. *Journal of abnormal psychology, 122*(4), 971. doi.org/10.1037/a0034425
- Horwitz, A. G., Czyz, E. K., Berona, J., & King, C. A. (2019). Rumination, brooding, and reflection: prospective associations with suicide ideation and suicide attempts. *Suicide and Life-Threatening Behavior, 49*(4), 1085-1093. doi.org/10.1111/sltb.12507
- Kamran, A., Mananipeykani, M. and Mirmahdie, S. R. (2023). The Impact of Acceptance and Commitment Therapy (ACT) on the Extravagance and Methamphetamine Abuse in Patients with Bipolar Disorder and Borderline Personality Disorder. *Research in Clinical Psychology and Counseling, 13*(1), 156-173. doi: 10.22067/tpccp.2023.72838.1179
- Kavanagh, M., Brouwer, K., & Lawrence, P. (2021). Comparing the effectiveness of an 8-week and 12-week cognitive behavioural therapy group for bipolar affective disorder. *Journal of Affective Disorders Reports, 6*, 100244. doi.org/10.1016/j.jadr.2021.100244
- Knaus, W. J. (2006). *The cognitive behavioral workbook for depression: A step-by-step program*. New Harbinger Publications.
- Liu, D., Lei, G., Li, D., Deng, H., Zhang, X. Y., & Dang, Y. (2024). Depression, Rumination, and Suicide Attempts in Adolescents with Mood Disorders: Sex Differences in This Relationship. *The Journal of Clinical Psychiatry, 85*(3), 55739. doi.org/ 10.4088/JCP.23m15136
- Meena, G. K., Yadav, A., & Saha, R. (2024). Comparison of personality factors, adherence to medication and quality of life in bipolar disorder-I patients with or without substance use disorder. *Journal of Affective Disorders Reports, 16*, 100777. doi.org/10.1016/j.jadr.2024.100777
- Razavi, M. S., Fathi, M., Vahednia, E., Ardani, A. R., Honari, S., Akbarzadeh, F., & Talaei, A. (2024). Cognitive rehabilitation in bipolar spectrum disorder: A systematic review. *IBRO Neuroscience Reports. doi.org/10.1016/j.ibneur.2024.04.001*

Effectiveness of cognitive behavioral group therapy on the cognitive emotion regulation and quality of life in women with bipolar I

- Tan, M. K., Chia, E. C., Tam, W. W., McIntyre, R. S., Zhang, Z., Dam, V. A., ... & Ho, C. S. (2022). A Meta-Analysis of Group Cognitive Behavioral Therapy and Group Psychoeducation for Treating Symptoms and Preventing Relapse in People Living with Bipolar Disorder. In *Healthcare* 10 (11): 2288. MDPI. doi.org/10.3390/healthcare10112288
- Wright, J. H., Brown, G. K., Thase, M. E., & Basco, M. R. (2006). Learning cognitive-behavior therapy: An illustrated guide. American Psychiatric Pub.
- Zemestani, M., Yousefi, N. and Keshavarzi, S. (2015). Effectiveness of cognitive- behavioral group therapy along with family training on components associated with suicide in girls attempted to suicide. *Family Counseling and Psychotherapy*, 5(3), 107-120. https://journals.uok.ac.ir/article_4271 (In Persian)



مقاله پژوهشی

اثر بخشی گروه درمانی شناختی-رفتاری بر تنظیم شناختی هیجان و کیفیت زندگی زنان مبتلا به اختلال دوقطبی نوع یک

راضیه اعتصامی پور^۱ ID، فرشته پورمحسنی کلوری^{۱*} ID، مریم ذوالفقارنیا^۲ ID

۱. استادیار گروه روان‌شناسی، دانشگاه پیام نور، تهران، ایران.

۲. دانشیار گروه روان‌شناسی، دانشگاه پیام نور، تهران، ایران.

۳. کارشناس ارشد روان‌شناسی عمومی، دانشگاه پیام نور، تهران، ایران.

چکیده

زمینه و هدف: اختلال دوقطبی، یک اختلال خلقی مزمن و پیش رونده است که به مشکلات شدیدی در عملکرد اجتماعی و شغلی شخص منجر می‌شود. پژوهش حاضر با هدف اثربخشی گروه‌درمانی شناختی-رفتاری بر تنظیم شناختی هیجان و کیفیت زندگی زنان مبتلا به اختلال دوقطبی نوع یک انجام شد.

روش‌شناسی پژوهش: طرح پژوهش حاضر نیمه‌آزمایشی از نوع پیش‌آزمون-پس‌آزمون با گروه کنترل نامعادل بود. جامعه آماری شامل زنان مبتلا به اختلال دو قطبی نوع یک بود که از میان آنان، ۳۰ نفر از بیمارانی که ملاک‌های ورود به نمونه را داشتند به روش نمونه‌گیری گیری هدفمند انتخاب شدند و به شیوه تصادفی در دو گروه آزمایش و کنترل جایگزین شدند. شرکت کنندگان پرسشنامه‌های تنظیم شناختی هیجان گارنفسکی (۲۰۰۶) و کیفیت زندگی سازمان بهداشت جهانی (۱۹۸۹) را تکمیل کردند. گروه آزمایش ۸ جلسه گروه‌درمانی شناختی-رفتاری را دریافت کرد. دو گروه پرسشنامه‌ها را در دو مرحله قبل و بعد از مداخله تکمیل کردند. به منظور تحلیل داده‌های پژوهش از تحلیل کوواریانس تک‌متغیری استفاده شد.

یافته‌ها: نتایج نشان داد که گروه‌درمانی شناختی-رفتاری بر بهبود راهبردهای سازگارانه تنظیم شناختی هیجان و کاهش راهبردهای ناسازگارانه تنظیم شناختی هیجان زنان مبتلا به اختلال دوقطبی نوع ۱ تاثیر معناداری داشت ($p < 0.01$) همچنین کیفیت زندگی آزمودنی‌های گروه آزمایش در مقایسه با گروه کنترل بهبود معناداری نشان داد ($p < 0.05$).

نتیجه‌گیری: نتیجه این مطالعه نشان داد که آموزش گروه درمانی شناختی-رفتاری از حیث تنظیم شناختی هیجان و کیفیت زندگی افراد مبتلا به اختلال دو قطبی نوع یک مؤثر بوده و می‌توان از این روش درمانی در جهت بهبود تنظیم هیجان و افزایش کیفیت زندگی بیماران دو قطبی استفاده کرد.



اطلاعات مقاله:

تاریخ دریافت: ۱۴۰۳/۰۶/۰۴

تاریخ پذیرش: ۱۴۰۳/۱۰/۰۲

شماره صفحات: ۲۳

از دستگاه خود برای اسکن و خواندن مقاله به صورت آنلاین استفاده کنید:



DOI:10.22054/JCPS.2025.87592.3261

واژه‌های کلیدی:

اختلال دوقطبی نوع یک، گروه‌درمانی شناختی-رفتاری، تنظیم شناختی هیجان، کیفیت زندگی.

استناد به این مقاله: اعتصامی پور، راضیه؛ پورمحسنی کلوری، فرشته؛ و ذوالفقارنیا، مریم. (۱۴۰۴). اثر بخشی گروه درمانی شناختی-رفتاری بر تنظیم شناختی هیجان و کیفیت زندگی زنان مبتلا به اختلال دوقطبی نوع یک. *مطالعات روان‌شناسی بالینی*، ۱۶ (۵۹)، ۶۸-۹۰.

<https://doi.org/10.22054/jcps.2025.87592.3261>



Clinical Psychology Studies is licensed under a Creative Commons Attribution-NonCommercial 4.0 International License.

*نویسنده مسئول: راضیه اعتصامی پور

نشانی: گروه روان‌شناسی، دانشگاه پیام نور، تهران، ایران.

تلفن: ۰۹۱۷۱۹۰۶۸۹۹

پست الکترونیکی: r_etesamipour@pnu.ac.ir

اختلال دوقطبی^۱ (BD) یک وضعیت روانی جدی است که به‌عنوان هفدهمین علت اصلی ناتوانی در بین همه بیماری‌ها (رضوی^۲ و همکاران، ۲۰۲۴)، با میزان شیوع جهانی (۲ درصد) در سال ۲۰۱۷ شناخته شده است (تان^۳ و همکاران، ۲۰۲۲). ویرایش پنجم راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی^۴ اختلال دوقطبی نوع یک و دو را از یکدیگر جدا کرده است. اختلال دوقطبی نوع یک حالتی را شرح می‌دهد که به‌وسیله آن فرد یک یا چند دوره شدیدی را تجربه می‌کند و احتمالاً اما نه لزوماً یک یا چند تجربه افسردگی اساسی را نیز خواهد داشت (کامران و همکاران، ۱۴۰۲). اپیزود شدیدی یک حالت هیجانی شدید است که با دوره یک هفتگی علائم بی‌حوصلگی، احساس خودبزرگ‌بینی، افزایش انرژی، صحبت کردن سریع و بدون وقفه، تفکر عجولانه، افزایش اعتماد به‌نفس یا جاه‌طلبی، کاهش خواب‌آلودگی، حواس‌پرتی، رفتار تکانشی یا مخاطره‌آمیز، و تغییر سریع حالات هیجانی مختلف (ناتوانی عاطفی) شناخته می‌شود (چو^۵، ۲۰۲۳). افرادی که در معرض خطر بالای شدیدی قرار دارند، به‌ویژه زمانی که با یک موقعیت هیجانی چالش‌برانگیز روبرو می‌شوند نمی‌توانند از احساسات خود به‌صورت مناسب استفاده کنند، لذا در کاربرد راهبردهای تنظیم هیجانی مؤثر شکست می‌خورند (آجایا^۶ و همکاران، ۲۰۱۶). در مقایسه با افراد سالم، بیماران مبتلا به اختلال دوقطبی در موقعیت‌های هیجان‌انگیز تکانشی‌تر هستند، توانایی ارزیابی مجدد ضعیفی دارند و بیشتر از راهبردهای منفی تنظیم هیجان مانند نشخوار فکری و فاجعه‌سازی استفاده می‌کنند (حساس^۷ و همکاران، ۲۰۲۳). از طرف دیگر راهبردهای تنظیم هیجانی (مانند نشخوار فکری مثبت و منفی) خود ممکن است اپیزود شدیدی را ایجاد کنند (مک‌گروگان^۸ و همکاران، ۲۰۱۹).

در تعاریف متعددی که از تنظیم هیجان مطرح شده، تنظیم هیجان شامل فرآیندهای فیزیولوژیکی، انگیزشی، رفتاری و شناختی در مدیریت تجربه و بیان احساسات می‌باشد (انیدیپ^۹ و همکاران، ۲۰۲۴). ظاهراً این امر از طریق انتخاب، اصلاح یا توجه به مؤلفه‌های خاص موقعیت/محرك هیجان‌انگیز، تغییر نحوه درک ذهنی موقعیت/محرك یا تغییر مستقیم پاسخ رفتاری به هیجان رخ می‌دهد (کاروترز^{۱۰} و همکاران، ۲۰۲۲). در این میان برخی از فرآیندهای تنظیم هیجان، ضمنی، خودکار و بدون هیچ آگاهی یا تلاشی انجام می‌شوند، درحالی‌که برخی دیگر صریح، کنترل شده و آگاهانه و با تلاش انجام می‌شوند. فرآیندهایی که آگاهانه و با تلاش انجام می‌شوند را می‌توان به راهبردهای تنظیم هیجان رفتاری (به‌عنوان مثال، انتخاب موقعیت، سرکوب بیانی) و راهبردهای تنظیم هیجان شناختی (مانند ارزیابی مجدد شناختی، نشخوار فکری) تقسیم کرد (ولکنستین^{۱۱} و همکاران، ۲۰۱۴). بدتنظیمی هیجانی زمانی رخ می‌دهد که فرد نمی‌تواند به‌طور مؤثری تجربه و ابراز هیجان‌های خود را کنترل کند (بهادری و همکاران، ۱۳۹۷). پژوهش‌ها نشان داده‌اند که مشکل در خودتنظیمی هیجانی به دنبال رویدادهای منفی زندگی ممکن است خطر افسردگی را ایجاد کند (بروتی^{۱۲} و همکاران، ۲۰۲۴) که البته این مسأله به تفاوت‌های جنسیتی افراد نیز مرتبط می‌باشد. در مواجهه با رویدادهای منفی زندگی، زنان در مقایسه با مردان در مقابل محرک‌های عاطفی منفی بیشتر برانگیخته می‌شوند (دکرت^{۱۳} و همکاران، ۲۰۲۰) و نشخوار خشم و فاجعه‌سازی (لیو^{۱۴} و همکاران، ۲۰۲۴) بیشتری را تجربه می‌کنند. نگرش‌های ناکارآمد و باورهای غیرمنطقی خود، باعث به‌وجود آمدن هیجان‌ها و احساسات منفی در افراد شده و این احساسات مهمترین محرک تمایل به خودکشی (زمستانی و همکاران، ۱۳۹۴) به‌ویژه در زنانی است که سابقه اقدام به خودکشی داشته‌اند (هورویترز^{۱۵} و همکاران، ۲۰۱۹). مطابق نظریه بی‌نظمی هیجانی برخی الگوهای تنظیم هیجانی یا فقدان آن‌ها می‌توانند کارکرد فرد را مختل کرده و علائم آسیب‌شناختی را ایجاد و

1. Bipolar disorder

2. Razavi

3. Tan

4. The fifth edition of the Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-5)

5. Chu

6. Ajaya

7. Hassas

8. McGrogan

9. Onyedibe

10. Carruthers

11. Wolkenstein

12. Barooti

13. Deckert

14. Liu

15. Horwitz

تدوام بخشند(بهداری و همکاران، ۱۳۹۷). تحقیقات نشان می‌دهد که استفاده از راهبردهای ناسازگارانه شناختی تنظیم هیجان مانند نشخوار فکری، تأثیر مخربی بر علائم خلقی(آزیویدو^۱ و همکاران، ۲۰۲۴)، و عملکرد روانی-اجتماعی داشته و زمینه‌ساز آسیب‌های روانی (بسرا^۲ و همکاران، ۲۰۱۳)، از جمله افسردگی و اضطراب است (اسپینوزا^۳ و همکاران، ۲۰۲۲). به‌طور کلی تنظیم ناسازگارانه هیجان به‌عنوان ویژگی اصلی اختلال دوقطبی (گروبر^۴ و همکاران، ۲۰۱۳)، افراد رادر معرض خطر پریشانی قرار می‌دهد، و می‌تواند کیفیت زندگی و عملکرد آنان را تحت تأثیر قرار دهد (گااو و همکاران، ۲۰۲۲).

کیفیت زندگی به رفاه ذهنی، رضایت از زندگی، ادراک روابط اجتماعی، سلامت جسمانی، وضعیت اقتصادی و عملکرد روزانه در محل کار و خانه اشاره دارد (هافمن^۵ و همکاران، ۲۰۱۷). همچنین به‌عنوان تفاوت بین انتظارات و شرایط افراد تعریف می‌شود. هرچه این تفاوت کمتر باشد، کیفیت زندگی بهتر خواهد بود. به‌عبارت دیگر، کیفیت زندگی یک ادراک منحصر به فرد و راهی برای بیان احساسات در مورد سلامت یا سایر جنبه‌های زندگی است (شهپناه^۶ و همکاران، ۲۰۲۲). این ادراک مبتنی بر اهداف، انتظارات، استانداردها و علایق افراد است و مولفه‌های متعددی از قبیل: عملکرد فیزیکی، اجتماعی، روانی و علائم مرتبط با بیماری یا درمان را دربرمی‌گیرد (اوال^۷ و همکاران، ۲۰۲۲). در مقایسه با افراد سالم بیماران دوقطبی اغلب عملکرد ضعیف‌تر و کیفیت پایین زندگی را تجربه می‌کنند و اختلالات شناختی بالاتر و علائم باقی‌مانده افسردگی و روان‌پریشی را نشان می‌دهند (منا^۸ و همکاران، ۲۰۲۴). کاهش کیفیت زندگی با افت بازدهی شغلی، افت تحصیلی، و اختلال در فعالیت‌های زندگی روزمره همراه است (بنین^۹ و همکاران، ۲۰۱۹). افرادی که از این اختلالات رنج می‌برند، تنها کسانی نیستند که زندگی آن‌ها تحت تأثیر قرار می‌گیرد. خانواده‌ها و جامعه نیز به دلیل پیامدهای اجتماعی-اقتصادی مرتبط با آن آسیب می‌بینند(گاریسیا-باتیستا^{۱۰} و همکاران، ۲۰۲۳). به‌طور کلی کیفیت زندگی بخشی جدایی‌ناپذیر از تاریخچه بالینی هر بیمار است، که به دلیل نیاز به سازگاری مجدد عملکردی، عاطفی و اجتماعی، از پیچیدگی زیستی، اجتماعی و روانی بالایی برخوردار است. کیفیت زندگی همچنین شامل ویژگی‌های هر فرد، مکانیسم‌های مقابله و ویژگی‌های محیط(اقتصاد و حمایت اجتماعی) می‌باشد(سیلوا^{۱۱} و همکاران، ۲۰۲۴). با این وجود تأثیر درمان بر بهبود کیفیت زندگی به اندازه اقدامات بالینی انجام‌شده بر افسردگی مورد توجه قرارنگرفته‌است(هافمن و همکاران، ۲۰۱۷).

با توجه به پیچیدگی اختلال دوقطبی و پیامدهای آن، محققان و پزشکان نه تنها بر بهبود بالینی بلکه بر بهبود عملکردی و اخیراً بهزیستی نیز تمرکز دارند(بنین و همکاران، ۲۰۱۹). در ایران، دارودرمانی و الکتروشوک‌درمانی به‌عنوان رایج‌ترین روش درمانی اختلالات روانپزشکی حاد و مزمن شناخته شده‌است(مولود^{۱۲} و همکاران، ۲۰۲۲). در زمینه اختلال دوقطبی، اگرچه دارودرمانی رویکرد درمانی اولیه باقی می‌ماند، شواهد روزافزون نشان می‌دهد که مصرف داروها همراه با روان‌درمانی، اثربخشی کلی درمان‌ها را بهبود می‌بخشد(گرلی^{۱۳} و همکاران، ۲۰۲۴). هرچند که نمی‌توان ناکارآمدی دارودرمانی را مورد غفلت قرارداد. عدم پایداری به درمان دارویی به دلیل تجربه ذهنی بیمار به درمان، یکی از علل اصلی ناکارآمدی دارودرمانی در میان افراد مبتلا به اختلال دوقطبی (BD) است. همچنین در زنان، تغییرات هورمونی به‌دلیل چرخه قاعدگی، بارداری، دوره پس‌ازایمان و یائسگی (بورت و راسگون^{۱۴}، ۲۰۰۴)، ترس از افزایش وزن به دلیل مصرف داروها(عارضه جانبی)، تمایل به حمایت اجتماعی (به دلیل احساس ننگ ناشی از بیماری) و رفتارهای خوددرمانی(کریگشاسر^{۱۵} و همکاران، ۲۰۱۰) چالش‌های عمده مسیر درمان‌های دارویی می‌شود (منکولینی^{۱۶} و همکاران، ۲۰۲۲)؛ از طرف دیگر تحقیقات نشان داده که عود آیزودیک پس از تثبیت خلق‌وخو در

- 1 - Azevedo
- 2 - Becerra
- 3 - Espinosa
- 4 - Gruber
- 5 - Hofmann
- 6 - Shahpanah
- 7 - Aval
- 8 - Meena
- 9 - Bonnín
- 10 - García-Batista
- 11 - Silva
- 12 - Moloud
- 13 - Girelli
- 14 - Burt, & Rasgon
- 15 - Kriegshausen
- 16 - Menculini

اختلال دوقطبی (BD) رایج است (کاروتز و همکاران، ۲۰۲۲). با توجه به مشکلات موجود در دارودرمانی استفاده از تکنیک‌های بین‌فردی، شناختی و رفتاری به منظور کنترل تغییرات خلقی، افزایش انطباق با دارودرمانی و حفظ روحیه در مواجهه با نامالیامات درمانی و پاسخ ناقص به درمان در بیماران مبتلا به اختلال دوقطبی توصیه شده است (فونتالاکیس^۱ و همکاران، ۲۰۰۹). از طرف دیگر، کاهش نشانه‌ها و علائم افسردگی اساسی و اقدام به خودکشی با توجه به ماهیت تکرارپذیر و عودکننده آن مستلزم کاربرد روش‌های درمانگری خاص و عمیق‌تری برای رفع کمبودهای مهارتی اختصاصی نظیر تنظیم هیجان، کم‌تحملی در برابر رنج (تکانشگری)، کنترل خشم و جرأت‌ورزی است (زمانی و همکاران، ۱۳۹۳). در این‌گونه موارد تکنیک‌های بین‌فردی، شناختی و رفتاری ممکن است در کنترل تغییرات خلقی، افزایش انطباق با دارودرمانی و حفظ روحیه در مواجهه با نامالیامات درمانی موثر باشد (فونتولاکیس و همکاران، ۲۰۰۹).

با مروری بر تحقیقات قبلی، می‌توان اثربخشی گروه‌درمانی شناختی-رفتاری^۲ را در درمان اختلال عاطفی دوقطبی مشاهده کرد (کاواناگ^۳ و همکاران، ۲۰۲۱). درمان شناختی-رفتاری را می‌توان به‌عنوان یک مداخله روانی-اجتماعی برای درمان اختلالات روانی دانست که بر گسترش راهبردهای مقابله‌ای شخصی با تغییر الگوهای شناختی (افکار، باورها و نگرش‌ها) و در نتیجه، تغییر رفتار و تنظیم موثر هیجان‌ها تمرکز دارد (بروتی و همکاران، ۲۰۲۴). هدف اصلی درمان شناختی-رفتاری این است که به بیماران کمک کند تا افکار خود را در مورد بیماری از بین ببرند و فعالانه با زندگی و درمان روبرو شوند. برای بیماران مبتلا به اختلال دوقطبی، درمان شناختی-رفتاری می‌تواند به آن‌ها کمک کند تا خواسته‌های خود را کاهش دهند، نگران مسایل جزئی نباشند و دید مثبت‌تری به مسائل داشته باشند (لیو^۴، ۲۰۲۳). رفتاردرمانی شناختی به‌طور کلی یک درمان کوتاه مدت است و بر کمک به بیماران برای مقابله با یک مشکل خاص متمرکز است و به بیماران کمک می‌کند تا با تبادل بازخورد، افکار و احساساتی را که بر رفتارهای گروه تأثیر می‌گذارد، درک کنند (عرفانیان و کشاورز، ۲۰۱۴).

درمان شناختی رفتاری گروهی اغلب می‌تواند با کمتر از نیمی از هزینه درمان فردی و یک چهارم هزینه درمان پزشکی ارائه شود که عاملی در افزایش علاقه ارائه‌دهندگان مراقبت خواهد بود. مزیت منحصر به فرد آن این است که تعامل گروهی، انزوای اجتماعی را می‌شکند و در نتیجه احساس تعلق به یک گروه به حاشیه رانده شده و بدنام شده را کاهش می‌دهد. برخلاف درمان‌های فردی، گروه‌درمانی بیشتر شبیه زندگی واقعی می‌شود، زیرا شامل افرادی است که شرایط مشابهی دارند و با هم تلاش می‌کنند تا به راهکارهای مؤثر دست یابند. بنابراین می‌توان از تجربیات به‌دست آمده در گروه برای توسعه راه‌های جدید برخورد با دنیای خارج استفاده کرد (آبراهامسون^۵ و همکاران، ۲۰۱۸). با وجود پیشرفت‌های قابل توجه در درمان، دوره اختلال دوقطبی معمولاً با نرخ بالای عود و بستری شدن در بیمارستان همراه است (بسرا و همکاران، ۲۰۱۳)، بنابراین، یافتن روشی موثر در به‌تاخیرانداختن و پیشگیری از عود اختلال دوقطبی بسیار مهم است. کارآزمایی‌های تصادفی‌سازی و کنترل‌شده^۶ (RCT) که در ۱۰ سال گذشته منتشر شده‌اند، مزایای بالقوه رفتاردرمانی شناختی را به‌عنوان مکملی برای تثبیت‌کننده‌های خلقی برای جلوگیری از عود، تسکین علائم و افزایش پایبندی به دارو نشان داده‌اند (چیانگ^۷ و همکاران، ۲۰۱۷). به دلیل اثربخشی درمان شناختی-رفتاری، این روش، درمان انتخابی سیستم‌های مختلف مراقبت از سلامت روان در سراسر جهان است (گارسیا-باتیستا و همکاران، ۲۰۲۳)؛ به‌ویژه اینکه در دهه گذشته، تحقیقات در مورد درمان شناختی-رفتاری برای اختلال دوقطبی نشان داده‌است که این درمان به‌طور موثر علائم افسردگی را، به‌ویژه در بیماران بهبودیافته و بیمارانی که دوره‌های قبلی کمتری داشتند کاهش می‌دهد و زمان عود یا عود حالت خلقی را طولانی می‌کند (هنکن^۸ و همکاران، ۲۰۲۰). بنابراین با توجه به آنچه که گفته شد پژوهش حاضر درصدد پاسخگویی به این سوال است که آیا گروه‌درمانی شناختی-رفتاری بر تنظیم شناختی هیجان و بهبود کیفیت زندگی بیماران مبتلا به اختلال دوقطبی نوع یک موثر می‌باشد؟

¹ - Fountoulakis

² - Group Cognitive Behavioral Therapy (CBGT)

³ - Kavanagh

⁴ - Lyu

⁵ - Abrahamsson

⁶ - Randomized controlled trials

⁷ - Chiang

⁸ - Henken

روش شناسی پژوهش

طرح پژوهش حاضر، نیمه‌آزمایشی از نوع طرح گروه کنترل نامعادل بود.

جدول ۱. نگاره طرح پژوهش

گروه‌ها	انتخاب غیر تصادفی	پیش‌آزمون	متغیر وابسته	پیش‌آزمون
گروه آزمایش (درمان شناختی-رفتاری)		T ₁	X	T ₂
گروه کنترل		T ₁	-	T ₂

آزمودنی

الف) جامعه آماری

جامعه آماری این پژوهش شامل تمام زنانی است که توسط روانپزشک و روان‌شناس بالینی دارای اختلال دوقطبی تشخیص داده شده و در مهرماه ۱۴۰۲ به مرکز روزانه توانبخشی بیماران روان مهرگان شهرستان اردبیل مراجعه کرده‌بودند. یکی از محققین پژوهش حاضر روان‌شناس بالینی مرکز توانبخشی مهرگان می‌باشد. روان‌شناس بالینی مرکز، پس از پذیرش بیماران، از آنان شرح حال گرفته و روانپزشک از بیمار مصاحبه بالینی به عمل می‌آورد و اختلال را تشخیص‌گذاری می‌کند. بدین ترتیب، محقق به بیماران مبتلا دسترسی داشت و طی فرآیند پذیرش و درمان رابطه درمانی مناسبی با ایشان برقرار نموده‌بود.

ب) نمونه پژوهش

از بین ۵۰ نفر زن مراجعه‌کننده به مرکز توانبخشی مهرگان شهر اردبیل در مهرماه ۱۴۰۲، ۳۰ نفر از بیمارانی که توسط روانپزشک و روان‌شناس بالینی مرکز، تشخیص اختلال دوقطبی نوع ۱ را دریافت کرده‌بودند، به شیوه هدفمند انتخاب شدند و به صورت تصادفی در دو گروه آزمایش (۱۵ نفر) و کنترل (۱۵ نفر) جایگزین شدند. حجم نمونه در پژوهش‌های آزمایشی برای هر گروه ۱۵ نفر کفایت می‌کند (دلاور، ۱۳۹۸) که در پژوهش حاضر، ۱۵ نفر برای گروه آزمایش و کنترل انتخاب شد. ملاک‌های ورود به پژوهش عبارت بودند از: دریافت تشخیص اختلال دوقطبی نوع یک بر اساس نظر تشخیصی روانپزشک و روان‌شناس، جنسیت مونث، نداشتن آشفتگی روانی مشخص، توهم و هذیان فعال، داشتن سن بین ۳۰ تا ۶۰ سال، تحصیلات حداقل سیکل و نیز قراردادن بیمار در دوره بهبودی نسبی بود. ملاک‌های خروج نیز شامل: داشتن اختلالات روانی همراه شدید، ابتلا به بیماری‌های طبی ناتوان‌کننده، قراردادن در مسمومیت دارویی یا ترک دارو، عود دوره هذیان و توهم و نیز خروج از دوره نسبی بهبودی بود.

گروه درمانی شناختی-رفتاری رایت و همکاران (۲۰۰۶) در ۸ جلسه دوساعته و هفته‌ای دو جلسه برای گروه آزمایش اجرا شد. به‌منظور رعایت اصول اخلاقی، بعد از پایان مداخله و تکمیل پرسشنامه‌ها، گروه آزمایش درمان را دریافت کرد. پس از آن از تمام افراد دو گروه پس‌آزمون گرفته شد. در ابتدای تکمیل پرسشنامه، از افراد شرکت‌کننده رضایت شفاهی و کتبی گرفته شد و به آنان اطمینان داده شد که فرایند تحقیق بدون ذکر نام و محرمانه خواهد بود و شرکت در جلسات، داوطلبانه است و هر زمان مایل بودند می‌توانند همکاری خود را ادامه ندهند. برای انجام این پژوهش کد اخلاق با شماره IR.PNU.REC.1402.392 از کمیته اخلاق در پژوهش دانشگاه پیام نور کسب شد.

ابزارهای پژوهش

پرسش‌نامه تنظیم شناختی هیجان (CERQ-S)^۱: این مقیاس توسط گارنفسکی و همکاران (۲۰۰۶) ساخته شد که یک پرسشنامه چندبعدی است و جهت شناسایی راهبردهای مقابله شناختی که شخص بعد از یک رویداد منفی به کار می‌برد، استفاده می‌شود (گارنفسکی و کرایچ، ۲۰۰۶). در این پژوهش از نسخه کوتاه شده پرسشنامه تنظیم هیجان شناختی که شامل ۱۸ گویه است، استفاده شد. نمره‌گذاری بر روی مقیاس لیکرت ۵ درجه‌ای از ۱ برای تقریباً هرگز تا ۵ برای تقریباً همیشه انجام می‌شود. نمره‌گذاری نسخه کوتاه این پرسشنامه، از جمع

۱ - Cognitive Emotion Regulation Questionnaire-Short

۲ - Garnefski, & Kraaij

نمرات گویه‌های هر خرده‌مقیاس (دامنه پایین ۲ تا ۱۰) بدست می‌آید. هرچه نمره خرده‌مقیاس بالاتر باشد، به معنای استفاده بیشتر از آن راهبرد شناختی خاص است. این پرسشنامه ۹ راهبرد مقابله‌ای خودسرزندی (ماده ۱-۲)، پذیرش (ماده ۳-۴)، نشخوار فکری (ماده ۵-۶)، تمرکز مجدد مثبت (ماده ۷-۸)، تمرکز مجدد بر روی برنامه‌ریزی (ماده ۹-۱۰)، ارزیابی مجدد مثبت (ماده ۱۱-۱۲)، کم‌اهمیت‌شماری (ماده ۱۳-۱۴)، فاجعه‌انگاری (ماده ۱۵-۱۶) و سرزنش دیگران (ماده ۱۷-۱۸) را می‌سنجد. ارزیابی مجدد مثبت، تمرکز مجدد مثبت، کم‌اهمیت‌شماری، تمرکز مجدد بر روی برنامه‌ریزی و پذیرش مثال‌هایی از راهبردهای مقابله‌ای سازگارانه هستند. خودسرزندی، فاجعه‌انگاری، نشخوار فکری و سرزنش دیگران مثال‌هایی از راهبردهای مقابله‌ای ناسازگارانه هستند (گارنفسکی و کرایج، ۲۰۰۶). در بررسی ویژگی‌های روانسنجی پرسشنامه، گارنفسکی و همکارانش (گارنفسکی، کرایج و اسپینهل، ۲۰۰۱) اعتبار آزمون را با استفاده از ضریب آلفای کرونباخ ۰/۹۱ به‌دست‌آوردند. نسخه فارسی پرسشنامه نظم‌جویی شناختی هیجان در فرهنگ ایرانی توسط حسنی مورد هنجاریابی قرار گرفته‌است. در این مطالعه، اعتبار مقیاس بر اساس روش‌های همسانی درونی با دامنه ۰/۷۶ تا ۰/۹۲ آلفای کرونباخ و بازآزمایی با دامنه همبستگی ۰/۵۱ تا ۰/۷۷ گزارش شده است. همچنین ضریب آلفای کرونباخ خرده‌مقیاس‌های ملامت خویش، پذیرش، نشخوارگری، تمرکز مجدد مثبت، تمرکز مجدد بر برنامه‌ریزی، ارزیابی مجدد مثبت، دیدگاه‌گیری، فاجعه‌سازی و ملامت دیگران به ترتیب ۰/۷۲، ۰/۶۸، ۰/۷۸، ۰/۷۴، ۰/۸۲، ۰/۷۳، ۰/۷۵، ۰/۷۰ و ۰/۷۴ گزارش شد. میزان پایایی این پرسشنامه در پژوهش حاضر با استفاده از ضریب آلفای کرونباخ ۰/۸۶ به‌دست‌آمد.

پرسش‌نامه کیفیت زندگی سازمان بهداشت جهانی (WHOQOL-BREF): پرسشنامه کیفیت زندگی (۱۹۸۹) توسط سازمان بهداشت جهانی با همکاری ۱۵ مرکز بین‌المللی ساخته شده‌است، که کیفیت زندگی کلی و عمومی فرد را مورد ارزیابی قرار می‌دهد. تعداد سؤالات این پرسشنامه ۲۴ سؤال در قالب ۴ مؤلفه است، که ۲ سؤال اول به هیچ‌یک از مؤلفه‌ها تعلق ندارد و وضعیت سلامت و کیفیت زندگی را به شکل کلی مورد ارزیابی قرار می‌دهند. بنابراین این پرسشنامه در مجموع ۲۶ سؤال دارد که دارای حیطه‌های سلامت جسمی (جمع نمرات سوالات: ۳، ۴، ۱۰، ۱۵، ۱۶، ۱۷، ۱۸) سلامت روان (جمع نمرات سوالات: ۲۶-۱۹-۱۱-۷-۶-۵)، سلامت اجتماعی (جمع نمرات سوالات: ۲۲-۲۱-۲۰) و سلامت محیط (جمع نمرات سوالات: ۸-۹-۱۲-۱۳-۱۴-۲۳-۲۴-۲۵) می‌باشد و سوالات در طیف لیکرت ۵ درجه‌ای به ترتیب اصلاً (۱ نمره)، کم (۲ نمره)، متوسط (۳ نمره)، زیاد (۴ نمره) و خیلی زیاد (۵ نمره) قرار می‌گیرند، که با جمع این مؤلفه‌ها نمره کل به‌دست می‌آید. لازم به ذکر است که سؤال‌های ۳ و ۴ و ۲۵ به صورت معکوس نمره‌گذاری می‌شوند. بیشترین نمره این آزمون ۱۳۰ و کمترین نمره ۲۶ می‌باشد. نمره بالا نشان‌دهنده کیفیت زندگی بهتر می‌باشد (نجات و همکاران، ۱۳۸۵). در اکثر مطالعات انجام شده، این پرسشنامه از روایی و پایایی قابل قبولی برخوردار بوده‌است. بونومی و همکاران در بررسی پایایی درونی این آزمون، ضریب ۰/۹۵ را اعلام کردند (بونومی^۱ و همکاران، ۲۰۰۰). در ایران نجات و همکاران (۱۳۸۵) این مقیاس را به فارسی ترجمه و روایی و پایایی آن را برای فرهنگ ایرانی معتبر گزارش کردند. پایایی این پرسشنامه با استفاده از روش بازآزمایی و ضریب آلفای کرونباخ برای تمام حیطه‌ها بالای ۰/۷۰ به‌دست‌آمد، ولی در حیطه روابط اجتماعی ۰/۵۵ گزارش شده‌است، که آن را به دلیل کم‌بودن سؤالات این حیطه دانستند، همچنین اعلام نمودند که در ۰/۸۳ موارد همبستگی هر سؤال با حیطه اصلی آن سوال از سایر حیطه‌ها بالاتر بود. میزان پایایی این پرسشنامه در پژوهش حاضر با استفاده از ضریب آلفای کرونباخ ۰/۸۰ به‌دست‌آمد.

پروتکل درمان شناختی-رفتاری گروهی: این پروتکل در ۸ جلسه دوساعته و به صورت هفته‌ای دو جلسه، بر روی گروه آزمایش اجرا گردید. قبل از اجرای پروتکل پیش‌آزمون و پس از اجرای کامل پروتکل درمانی، پس‌آزمون انجام شد.

^۱ -Bonomi

جدول ۲. محتوای جلسات درمان شناختی-رفتاری برای اختلال دوقطبی (رایت^۱ و همکاران، ۲۰۰۶)

جلسه	شرح
جلسه اول	<p>۱. معارفه اعضای گروه</p> <p>۲. بیان قواعد درمان (آشنایی با قوانین درمان رفتاری - شناختی) و توضیح به بیماران در خصوص کارایی این روش درمانی برای مبتلایان به اختلال دوقطبی (معرفی مدل زیستی-روانی - اجتماعی (بایوسایکوسوشیال) برای درک علت مبتلا شدن به اختلال دوقطبی، بهینه سازی رابطه درمانی، عادی سازی و انگ زدایی اختلال دوقطبی، اصلاح افکار منفی، استفاده از راهکارهای رفتاری، افزایش تبعیت از درمان، مدیریت هیجانات و مهارت‌آموزی، جهت پیشگیری از عود و بهبود کیفیت زندگی</p> <p>۳. جمع‌بندی جلسه و اعلام موضوع جلسه بعد.</p>
جلسه دوم	<p>۱. مرور مختصر جلسه قبل</p> <p>۲. جلب همکاری بیماران (برقراری اتحاد درمانی) و عادی‌سازی اختلال دوقطبی نوع ۱</p> <p>۳. جمع‌بندی جلسه و اعلام موضوع جلسه بعد.</p>
جلسه سوم	<p>۱. مرور مختصر جلسه قبل</p> <p>۲. آموزش روش‌های مدیریت هیجانات و نشخوارهای فکری (بحث پیرامون تبعیت از درمان، کنترل خواب، مدیریت هیجانات مثبت و منفی) و بیان راهکارهای خودیاری جهت افزایش کیفیت زندگی</p> <p>۳. جمع‌بندی جلسه و اعلام موضوع جلسه بعد.</p>
جلسه چهارم	<p>۱. مرور مختصر جلسه قبل</p> <p>۲. آموزش روش‌های مدیریت هیجانات (کنترل فعالیت، مدیریت در مقابل وسوسه برای بروز هیجانات ناکارآمد، تشویق بیماران به کمک طلبی)</p> <p>۳. جمع‌بندی جلسه و اعلام موضوع جلسه بعد.</p>
جلسه پنجم	<p>۱. مرور مختصر جلسه قبل</p> <p>۲. آموزش نحوه شناسایی نشخوار فکری و هیجانات ناکارآمد (آموزش علائم نشخوار فکری و هیجانات نامناسب به نسبت موقعیت، زمان و مکان)</p> <p>۳. جمع‌بندی جلسه و اعلام موضوع جلسه بعد.</p>
جلسه ششم	<p>۱. مرور مختصر جلسه قبل</p> <p>۲. آموزش برنامه‌های افزایش کیفیت زندگی و کنترل علائم (مداخلات رفتاری، مداخلات شناختی)</p> <p>۳. جمع‌بندی جلسه و اعلام موضوع جلسه بعد.</p>
جلسه هفتم	<p>۱. مرور مختصر جلسه قبل</p> <p>۲. آموزش جهت کنترل علائم و بهبود ابراز هیجانات (مداخلات هیجان مدار) و کاهش نشخوارهای فکری</p> <p>۳. جمع‌بندی جلسه و اعلام موضوع جلسه بعد.</p>
جلسه هشتم	<p>۱. مرور مختصر جلسه قبل</p> <p>۲. یادگیری از راه تجربه (بررسی علل عود بیماری در گذشته و کمک از آن‌ها برای به حداقل رساندن احتمال عود مجدد اختلال)</p> <p>۳. مرور جلسات درمانی و اتمام درمان.</p>

^۱ - Wright

یافته‌ها

در پژوهش حاضر دو گروه ۱۵ نفری از زنان مبتلا به اختلال دو قطبی ۱ در دو گروه آزمایش و کنترل مورد مطالعه قرار گرفتند. میانگین و انحراف استاندارد سن زنان گروه آزمایش ($50/79 \pm 7/70$) سال و گروه کنترل ($45/64 \pm 9/54$) سال بود. در هر دو گروه آزمایش و کنترل، ۸ نفر (۵۳/۳ درصد) متاهل و بقیه مجرد بودند. از لحاظ تحصیلات در گروه آزمایش، ۶ نفر (۴۰٪) دارای تحصیلات سیکل، ۶ نفر (۴۰٪) دارای تحصیلات متوسطه و ۳ نفر (۲۰٪) دارای تحصیلات دیپلم بودند. در گروه کنترل ۸ نفر (۵۳/۳٪) دارای تحصیلات سیکل، ۲ نفر (۱۳/۳٪) دارای تحصیلات متوسطه و ۵ نفر (۳۳/۳٪) دارای تحصیلات دیپلم بودند. به لحاظ شغلی، در گروه آزمایش ۱۴ نفر (۹۳/۳٪) و در گروه کنترل ۱۳ نفر (۷۶/۷٪) خانه‌دار و بقیه در هر دو گروه دارای شغل پاره‌وقت بودند. نتیجه آزمون t دو گروه مستقل نشان داد که دو گروه از نظر میانگین سنی با هم تفاوت معناداری ندارند و دو گروه هم‌تا هستند ($t=1/56, P>0.5$). همچنین مقایسه وضعیت تحصیلی و تاهل دو گروه با استفاده از آزمون χ^2 دو نشان داد که دو گروه از لحاظ این دو متغیر نیز با هم تفاوت معناداری ندارند ($\chi^2=1/33, P>0.5$) و بدین ترتیب دو گروه مورد مطالعه از نظر ویژگی‌های جمعیت‌شناختی با هم هم‌تا بودند. در ادامه میانگین و انحراف استاندارد متغیرهای پژوهش و خرده-مقیاس‌های آن‌ها در دو گروه آزمایش و کنترل به تفکیک در دو مرحله پیش‌زمون و پس‌آزمون در جدول ۳ آمده‌است.

جدول ۳. شاخص‌های توصیفی متغیرهای پژوهش در دو گروه آزمایش و کنترل

متغیرها	گروه آزمایش		گروه کنترل	
	پیش‌آزمون	پس‌آزمون	پیش‌آزمون	پس‌آزمون
	میانگین	انحراف	میانگین	انحراف
راهِبردهای شناختی سازگارانه	۳/۵۵	۰/۷۷	۳/۷۳	۰/۳۸
راهِبردهای شناختی ناسازگارانه	۳/۲۵	۰/۷۷	۳/۱۳	۰/۵۵
کیفیت زندگی	۲/۵۱	۰/۲۹	۴/۱۵	۰/۵۸

جدول ۳ شاخص‌های توصیفی متغیرهای پژوهش را نشان می‌دهد. در ادامه برای بررسی اثربخشی گروه‌درمانی شناختی-رفتاری بر راهبردهای شناختی تنظیم هیجان (راهبردهای سازگارانه و ناسازگارانه) و کیفیت زندگی آزمودنی‌های مورد مطالعه از آزمون تحلیل کوواریانس تک‌متغیری استفاده شد. استفاده از این آزمون مستلزم رعایت پیش‌فرض‌های آماری است. برای بررسی نرمال بودن توزیع متغیرها از آزمون شاپیرو-ویلک استفاده گردید که نشان داد توزیع متغیرهای پژوهش نرمال می‌باشد ($P > 0.05$). برای بررسی همگنی واریانس بین گروه‌های مورد مطالعه از آزمون لوین استفاده شد که نتایج نشان داد که واریانس راهبردهای شناختی سازگارانه ($F=1/77, P=0/26$)، راهبردهای شناختی ناسازگارانه ($F=1/61, P=0/22$) و کیفیت زندگی ($F=0/12, P=0/91$)، در دو گروه آزمایش و کنترل همگن بود. بنابراین این مفروضه نیز برقرار است.

یکی دیگر از مفروضه‌های تحلیل کوواریانس، مفروضه همگنی شیب رگرسیون بود که مقدار F تعامل بین متغیر همپراش و مستقل را نشان می‌دهد که این مقدار شاخص نباید معنادار باشد. نتایج آزمون همگنی شیب رگرسیون در جدول ۴ آمده است.

جدول ۴. نتایج آزمون همگنی شیب رگرسیون فرضیه اصلی

اثرات تعاملی	مجموع مربعات	درجه آزادی	میانگین مربعات	F مقدار	سطح معناداری
گروه* راهبردهای شناختی سازگارانه	۲/۲۷	۱۲	۱/۱۴	۰/۳۵	۰/۷۰
گروه* راهبردهای شناختی ناسازگارانه	۴/۰۲	۲	۲/۰۱	۰/۳۳	۰/۷۲
گروه* کیفیت زندگی	۰/۰۳۵	۲	۰/۰۱۸	۰/۰۷۵	۰/۹۳

نتایج موجود در جدول ۴ نشان می‌دهد همگنی شیب رگرسیون به‌عنوان پیش‌شرط تحلیل کواریانس رعایت شده است. در ادامه نتایج آزمون تحلیل کواریانس تک‌متغیری جهت آزمون فرضیه پژوهش در جدول ۵ ارائه شده است.

جدول ۵. نتایج آزمون تحلیل کواریانس تک‌متغیری

منبع	مجموع مربعات	درجه آزادی	میانگین مربعات	F مقدار	سطح معناداری	مجذور اتا
گروه	۷۹/۴۶	۱	۷۹/۴۶	۸/۷۴	۰/۰۰۶	۰/۲۴
پیش‌آزمون راهبردهای شناختی سازگارانه	۰/۴۵	۱	۰/۴۵	۰/۴۹	۰/۸۳	۰/۰۶
خطا	۲۴۵/۴۱	۲۷	۹/۰۹			
گروه	۳۸/۴۴	۱	۳۸/۴۴	۵/۸۵	۰/۰۲	۰/۱۸
پیش‌آزمون راهبردهای شناختی ناسازگارانه	۴/۸۰	۱	۴/۸۰	۰/۷۳	۰/۴۰	۰/۳
خطا						
گروه	۰/۹۴	۱	۰/۹۴	۴/۵۹	۰/۰۴	۰/۱۵
پیش‌آزمون کیفیت زندگی	۰/۰۰۳	۱	۰/۰۰۳	۰/۰۱۴	۰/۹۱	۰/۰۱
خطا	۵/۵۳	۲۷	۰/۲۱			

یافته‌های حاصل از تحلیل کواریانس تک‌متغیری موجود در جدول ۵ نشان می‌دهد که آموزش گروه‌درمانی شناختی-رفتاری بر راهبردهای شناختی تنظیم هیجان (راهبردهای شناختی سازگارانه و ناسازگارانه) و کیفیت زندگی آزمودنی‌های گروه آزمایش در مقایسه با گروه کنترل تاثیر معناداری داشته است ($p < 0.05$; $p < 0.01$). به بیان دیگر، گروه‌درمانی شناختی-رفتاری توانست راهبردهای شناختی سازگارانه تنظیم هیجان و کیفیت زندگی بیماران مبتلا به اختلال دوقطبی نوع یک را بهبود بخشد و راهبردهای شناختی ناسازگارانه آنان را کاهش دهد. بررسی ضریب اتا نشان می‌دهد که گروه‌درمانی شناختی-رفتاری با ضریب اتا ۲۴ درصد بیشترین تاثیر را بر راهبردهای شناختی سازگارانه تنظیم هیجان و کمترین تاثیر را با ضریب اتای ۱۵ درصد بر کیفیت زندگی داشته است.

بحث و نتیجه گیری

پژوهش حاضر به منظور بررسی اثر بخشی گروه‌درمانی شناختی-رفتاری بر تنظیم شناختی هیجان و بهبود کیفیت زندگی زنان مبتلا به اختلال دوقطبی نوع یک انجام گرفت. یافته اول تحقیق نشان داد که گروه درمانی شناختی-رفتاری توانست راهبردهای شناختی سازگارانه تنظیم هیجان بیماران مبتلا به اختلال دوقطبی نوع یک را بهبود بخشد و راهبردهای شناختی ناسازگارانه آنان را کاهش دهد. مطالعات اثربخشی گروه‌درمانی شناختی رفتاری را تأیید کرده‌اند که همسو با این یافته تحقیق است (بروتی و همکاران، ۲۰۲۴؛ کوشا^۱ و همکاران، ۲۰۲۲؛ باریو-مارتینز^۲ و همکاران، ۲۰۲۳؛ خطیبی و همکاران، ۱۴۰۱؛ زاگاریا^۳ و همکاران، ۲۰۲۳؛ هنکن و همکاران، ۲۰۲۰؛ کنتانتهی^۴ و همکاران، ۲۰۲۲؛ گارسیا-باتیستا و همکاران، ۲۰۲۳؛ بیکن^۵ و همکاران، ۲۰۲۱؛ گرلی و همکاران، ۲۰۲۴). با این حال برخی از محققان از ناپایداری این روش درمانی را مطرح کرده‌اند. به‌عنوان مثال، کاظم پور^۶ و همکاران (۲۰۱۸) در مطالعه خود نشان دادند که تاثیر گروه درمانی شناختی-رفتاری بر تنظیم شناختی هیجان افراد دوقطبی در اکثر خرده مقیاس‌ها بیش از سه ماه پایدار نبود. درکمال تعجب، تحقیقات کمی در مورد راهکارهای هیجانی که افراد مبتلا به اختلال دوقطبی برای مقابله با چالش‌های روانی اجتماعی استفاده می‌کنند، وجود دارد (بسرا و همکاران، ۲۰۱۳). افراد مبتلا به اختلال دوقطبی در کنترل شدید هیجانات و تنظیم احساسات خود با چالش‌هایی روبرو هستند. آن‌ها در مدیریت احساسات خود

1 - Kousha

2 - Barrio-Martínez

3 - Zagaria

4 - Chonthannathi

5 - Baeken

6 - Kazemeini

از راهبردهای ناسازگارانه تنظیم هیجانی، مانند سرزنش خود، نشخوار فکری، فاجعه‌سازی و سرزنش‌های دیگران (حساس و همکاران، ۲۰۲۳؛ ماسکت^۱ و همکاران، ۲۰۲۱) استفاده می‌کنند و احساسات خود را آشکار نمی‌کنند و پاسخ‌های هیجانی مناسب ندارند به توانایی خود در مدیریت هیجان‌شان باور ندارند (کاروتز و همکاران، ۲۰۲۲)؛ چنین مشکلاتی موجب تداوم خلق و خوی ناسالم و افزایش شدت علائم شیدایی می‌شود (داد^۲ و همکاران، ۲۰۱۹).

در واقع با وجود اینکه این بیماران تلاش بیشتری برای تنظیم هیجان‌ات نسبت به افراد سالم انجام می‌دهند، اما در مدیریت واکنش‌های خود موفق نیستند و یا اینکه مهارت کمتری در کاربرد راهبردهای هیجانی سازگارانه دارند (وان متر و یانگ استروم^۳، ۲۰۱۶)، تا حدی این مسأله به دلیل استفاده مکرر از راهبردهای ناسازگارانه (مانند نشخوار فکری) می‌باشد (کورتز^۴ و همکاران، ۲۰۲۱). افرادی که مکرراً در مواقع ناراحتی نشخوار فکری دارند (دی جانگ^۵ و همکاران، ۲۰۱۶)، به دلیل افزایش تمرکز و دلبستگی به افکار و خاطرات منفی و رویدادهای ناراحت‌کننده، افزایش تفکر بدبینانه، کاهش مهارت‌های حل مسئله و کاهش سازگاری با شرایط ناپایدار (برداک^۶ و همکاران، ۲۰۲۴) که توانایی برای ارزیابی یا تفسیر مجدد رویداد زندگی به شکل انعطاف‌پذیر را مختل می‌کند به راهبردهای ناسازگارانه تنظیم هیجان روی آورده (نارنگ^۷ و همکاران، ۲۰۲۳) و احتمال بیشتری دارد که به افسردگی مبتلا شوند یا مدت زمان طولانی‌تری درگیر افسردگی باشند (دی جانگ و همکاران، ۲۰۱۶). از طرف دیگر افراد مبتلا به اختلال دوقطبی می‌توانند از استراتژی‌های «انطباقی» مانند حواس‌پرتی و ارزیابی مجدد و همچنین کنترل تکانه‌ها استفاده کنند (داد و همکاران، ۲۰۱۹). راهبرد ارزیابی مجدد کاهش افسردگی را در طول زمان برای افراد مبتلا به اختلال دوقطبی پیش‌بینی می‌کند (جانسن^۸ و همکاران، ۲۰۱۶). توانایی کنترل رفتارهای تکانشی و هدفمند عمل کردن به هنگام پریشانی، و توانایی تأیید، پذیرش، نظارت، و ارزیابی احساسات منفی و مثبت، موجب حفظ تعادل هیجانی شده و نقص در این تمایلات با کاهش انعطاف‌پذیری در مقابله با استرس، افزایش آسیب‌پذیری در برابر علائم افسردگی، روان‌رنجورخویی، نشخوار فکری و اختلالات اضطرابی همراه است که همگی با اختلال دوقطبی مرتبط هستند (وان رینن^۹ و همکاران، ۲۰۱۵). بر اساس تحقیقات انجام شده داشتن مهارت‌های تنظیم هیجانی مانند سطوح بالاتر ارزیابی مجدد شناختی و سطوح پایین‌تر سرکوب بیانی با عملکرد روانی-اجتماعی و کیفیت زندگی بهتر همراه است (باریو-مارتینز و همکاران، ۲۰۲۲).

با توجه به مطالب مطرح شده می‌توان چنین بیان کرد که اولین قدم برای کاهش علائم مرتبط با اختلال دوقطبی، کاهش راهبردهای تنظیم هیجان مداوم و اجتنابی، مانند نشخوار فکری، اجتناب و سرکوب است، که موجب حفظ و تشدید آسیب روانی می‌شود (پروسنر^{۱۰} و همکاران، ۲۰۲۴). درمان شناختی-رفتاری را می‌توان به‌عنوان یک مداخله روانی-اجتماعی برای درمان اختلالات روانی دانست که بر توسعه راهبردهای مقابله‌ای شخصی با تغییر الگوهای شناختی (افکار، باورها و نگرش‌ها) و در نتیجه، تغییر رفتار و تنظیم موثر هیجان‌ها تمرکز دارد. این رویکرد درمانی بر این فرض استوار است که به حداقل رساندن نگرش‌های منفی و خودشکوفایی منجر به بازسازی رفتار و خلق و خوی افراد افسرده می‌شود. رویکرد شناختی-رفتاری با آموزش مهارت‌های مقابله‌ای، ترویج دیدگاه مثبت، سازگاری با شرایط فعلی و کاهش پریشانی روانی، علائم اختلال را بهبود می‌بخشد (بروتی و همکاران، ۲۰۲۴).

بنابراین یافتن روشی موثر در به تأخیر انداختن و پیشگیری از عود در اختلال دوقطبی بسیار مهم است. شواهد اخیر نشان می‌دهد که روان‌درمانی‌های کمکی مانند درمان شناختی-رفتاری (CBT) با داروهای روان‌گردان مؤثرتر از داروها به تنهایی بوده و در کاهش نرخ عود کلی و عود هر دو دوره افسردگی و شیدایی و بهبود انطباق فرد و مهارت‌های مقابله‌ای این بیماران مؤثر است (تان و همکاران، ۲۰۲۲).

¹ - Musket

² - Dodd

³ - Van Meter, & Youngstrom

⁴ - Kurtz

⁵ - DeJong

⁶ - Bardak

⁷ - Narang

⁸ - Johnson

⁹ - Van Rheenen

¹⁰ - Pruessner

گروه درمانی شناختی-رفتاری یک روش درمانی گروهی است که بعنوان یک روش موثر برای مدیریت مشکلات روانی و رفتاری شناخته می‌شود. اعضا با استفاده از تکنیک‌های مختلف شناختی-رفتاری، مانند تمرینات تفکر مثبت، آموزش مهارت‌های مدیریت استرس و ارتباطات بین فردی، به ارتقای مهارت‌های مقابله با مشکلات و افزایش سلامت روانی خود می‌پردازند. درمان شناختی-رفتاری گروهی افکار و احساسات منفی مانند مقصر دانستن و سرزنش خود را مورد چالش قرار می‌دهد و افکار واقع‌بینانه مانند ارزیابی مجدد مثبت را جایگزین می‌کند و اینگونه می‌تواند درمان مناسبی برای تنظیم شناختی هیجان در افراد دوقطبی باشد. این رویکرد یک درمان مشکل‌مدار است که تعاریف شناختی، اسنادهای غلط و خودکارآمدی پایین را مورد توجه قرار می‌دهد. هدف این است که نگرش‌های خودسرزنشگر را تغییر داده و با افزایش اسنادهای مثبت، مهارت‌های مقابله‌ای را بهبود بخشد. در واقع این درمان مداخله‌ای است که از طریق آموزش شیوه‌های جدید مقابله و شناخت افکار به طریق مشکل‌مدارانه، تغییرات هیجانی و رفتاری را در فرد به وجود می‌آورد (کارول و رونسانیل، ۲۰۱۱). بنابراین انتظار می‌رود گروه درمانی شناختی-رفتاری بتواند این ناتوانی را بهبود بخشد.

یافته دیگر تحقیق نشان داد که گروه درمانی شناختی-رفتاری بر کیفیت زندگی افراد مبتلا به اختلال دوقطبی تاثیر معناداری داشته است. نتایج این تحقیق با یافته‌های اوایل و همکاران، ۲۰۲۲؛ ایی^۲ و همکاران، ۲۰۱۴؛ کاستا^۳ و همکاران، ۲۰۱۱؛ بردیده^۴ و همکاران، ۲۰۱۷؛ پاتلیس - سیوتیس^۵، ۲۰۰۱؛ همسو است.

افراد مبتلا به اختلال دوقطبی معمولاً اختلالاتی را در عملکرد و کیفیت زندگی (خسروانی^۶ و همکاران، ۲۰۲۱) حتی زمانی که بدون علامت هستند، گزارش می‌کنند. در واقع، کیفیت زندگی ذهنی در اختلال دوقطبی کمتر از آن است که در اختلالات افسردگی، اختلالات اضطرابی، اسکیزوفرنی و اختلالات مصرف مواد یافت می‌شود (ویکتور^۷ و همکاران، ۲۰۱۱). افراد دارای اختلال دوقطبی تجربه‌های زندگی متنوع و پیچیده‌ای دارند که می‌تواند بر کیفیت زندگی آن‌ها تاثیر بگذارد. دوره‌های افسردگی شدید و دوره‌های هیجانی و پرانرژی متناوب این بیماران می‌تواند به شدت بر کیفیت زندگی آن‌ها تاثیر بگذارد. در دوره‌های افسردگی، افراد دوقطبی با احساسات افسردگی، بی‌اشتهایی، خستگی و بی‌انگیزگی روبرو می‌شوند که می‌تواند به کاهش کیفیت زندگی آن‌ها منجر شود. این دوره‌ها ممکن است تاثیر منفی بر روابط شخصی، کارآمدی در کار و فعالیت‌های روزمره داشته باشد. در دوره شیدایی (لمباردو^۸ که به‌عنوان اختلال در برنامه‌ریزی و کنترل ضعیف توجه و بازداری شناخته می‌شود) به‌عنوان یکی از ابعاد شیدایی (لمباردو^۸ و همکاران، ۲۰۱۲) می‌تواند موجب پیامدهای منفی بلندمدت، از قبیل، رفتارهای جنسی پرخطر، هزینه‌های بی‌رویه، رانندگی بی‌پروا، و افزایش خودکشی شود (ویکتور و همکاران، ۲۰۱۱). بهزیستی ذهنی و کیفیت زندگی پایین، و همچنین نرخ بالای تعارض بین فردی و نرخ بیکاری، برای مبتلایان به اختلال دوقطبی حتی در دوران بهبودی آشکار است (فولفورد^۹ و همکاران، ۲۰۱۴).

به طور کلی، کیفیت زندگی افراد دارای اختلال دوقطبی به شدت وابسته به مدیریت و درمان مناسب اختلال دوقطبی است. درمان‌های مختلف از جمله دارودرمانی، مشاوره روانشناختی و حمایت اجتماعی می‌تواند بهبود کیفیت زندگی این افراد را تسهیل کند. همچنین، افراد دارای اختلال دوقطبی نیاز به حمایت و درک از سوی خانواده و دوستان دارند تا بتوانند با چالش‌های زندگی خود بهتر مقابله کنند و کیفیت زندگی بهتری داشته باشند. تومویوکی و همکاران (۲۰۰۸)، ضمن تحقیق در مورد اثربخشی درمان شناختی-رفتاری بر کیفیت زندگی و افسردگی، به این نتیجه رسیدند که این درمان به طور قابل توجهی کیفیت زندگی را افزایش داده و افسردگی را در بیماران کاهش داده است. در گروه درمانی شناختی-رفتاری، تمرکز بر رویدادهای درونی نظیر افکار، ادراکات، قضاوت‌ها، گفت‌وگوهای درونی، و حتی فرضیات ناخودآگاه

1 - Carroll & Rounsaville

2 - Oei

3 - Costa

4 - Bardideh

5 - Patelis-Siotis

6 - Khosravani

7 - Victor

8 - Lombardo

9 - Fulford

ضمنی است و تلاش می‌شود تا با درک و اصلاح رفتارهای مختل، هم آشکار و هم پنهان، به بازسازی شناختی پرداخته شود (اول و همکاران، ۲۰۲۲).

رفتار درمانی-شناختی کیفیت زندگی افراد مبتلا به اختلال دو قطبی را بهبود می‌بخشد تا به موارد زیر دست یابد: (۱) به بیمار و خانواده او در مورد درمان و همچنین در مورد مشکلات رایج مرتبط با بیماری آموزش می‌دهد؛ (۲) به آن‌ها می‌آموزد چگونه شدت علائم شیدایی یا افسردگی را با استفاده از مثلاً نمودار خلقی کنترل و ارزیابی کنند؛ (۳) انطباق با درمان دارویی (به‌عنوان مثال، آموزش روانی و آزمون واقعیت افکار و باورها) را ترویج می‌کند؛ (۴) به آزمودنی‌ها راهبردهای روان‌شناختی، به‌ویژه از نظر مهارت‌های شناختی-رفتاری، ارائه می‌کند که به آن‌ها اجازه می‌دهد تا عوامل استرس‌زا را مدیریت کنند که به نوبه خود، می‌تواند در درمان اختلال ایجاد کند یا دوره‌های شیدایی و/یا افسردگی را ایجاد کند (مانند کنترل ریتم شبانه‌روزی) و (۵) تروما و انگ مرتبط با تشخیص را کاهش می‌دهد (کاستا و همکاران، ۲۰۱۱). به همین ترتیب در این روش، باورها و جاه‌طلبی‌های بیمار از نظر امکان کنترل استرس و رویارویی مؤثر با شرایط مشکل‌ساز باعث بهبود احساس خودکارآمدی و شایستگی بیمار و کاهش احساس ناتوانی و بهبود احساس منفی بیمار می‌شود (بردیده و همکاران، ۲۰۱۷).

در تبیین نتیجه به دست آمده از این فرضیه که نشان داد گروه درمانی شناختی رفتاری بر بهبود کیفیت زندگی افراد دارای اختلال دو قطبی تاثیر دارد، می‌توان گفت که این درمان با القای تفکر جانشین و سازگاران و درک تمام افکار منفی و مثبت بیمار و تغییر نوع تفسیر و نگرش وی از انواع رویدادها، باعث بهبود کیفیت زندگی این بیماران شد. از طرفی این روش به افراد کمک می‌کند تا با شناخت افکار ناکارآمد و به چالش کشیدن خطاهای شناختی و اصلاح باورهای منفی درباره خود و دیگران و آینده، هیجانات منفی درباره علت‌ها و معانی احساسات و نیز نحوه تجربه کردن آن‌ها را تغییر دهند و احساس بهتری پیدا کنند (کناوس^۱، ۲۰۰۶)، به علاوه چون بعد روان‌شناختی کیفیت زندگی شامل مواردی از قبیل احساس رضایت از زندگی، خودکارآمدی، قدرت تمرکز بر مسائل، احساس خودبستگی در روابط اجتماعی و تجربه حالاتی مانند خلق ملال، اعتماد به نفس کم، امید به زندگی پایین و تجربه اضطراب ناشی از نوسانات خلقی است، در درمان شناختی-رفتاری گروهی آموزش شیوه‌های مختلف مقابله با افکار و نگرش‌های منفی مرتبط با بیماری دوقطبی کاهش و نشانه‌های بیماری مورد هدف قرار گرفت و در نتیجه در کیفیت زندگی آن‌ها اثر مطلوب گذاشت.

در مجموع، یافته‌های پژوهش حاضر، پشتوانه حمایتی برای درمان شناختی رفتاری-گروهی در بهبود تنظیم هیجان و کیفیت زندگی فراهم آورد. مانند هر پژوهش دیگری، این پژوهش نیز دارای محدودیت‌هایی بوده که در هنگام تفسیر نتایج آن باید در نظر گرفته شوند و جوانب احتیاط رعایت شود. برخی از مهمترین موارد آن عبارتند از: به علت محدودیت زمانی، امکان پیگیری درمان به منظور تعیین میزان تداوم تأثیرات درمان و استفاده از آزمون‌های پیگیری میسر نشد. در خصوص اثربخشی رفتار درمانی شناختی رفتاری پژوهش به صورت گروهی انجام شد و در تعمیم نتایج آن به صورت فردی باید احتیاط کرد. این پژوهش صرفاً بر روی مراجعین زن انجام شده که در تعمیم نتایج به آزمودنی‌های مرد باید احتیاط کرد. با توجه به نتایج پژوهش حاضر پیشنهاد می‌شود در پژوهش‌های آتی، اثربخشی درمان شناختی-رفتاری گروهی بر سایر متغیرهای روان‌شناختی مؤثر بر بیماران دو قطبی مورد بررسی قرار بگیرد. با توجه به این که استفاده از مرحله پیگیری سه ماهه می‌تواند به ارزیابی بهتر نتایج درمانی بیانجامد، بنابراین پیشنهاد می‌شود در مطالعات بعدی این مرحله نیز مدنظر قرار بگیرد. همچنین پژوهش بر آزمودنی‌های مرد نیز صورت گرفته و نتایج هر دو گروه مورد مقایسه قرار گیرد. با توجه به اثربخشی گروه درمانی شناختی-رفتاری بر راهبردهای تنظیم هیجان و کیفیت زندگی بیماران مبتلا به اختلال دوقطبی، پیشنهاد می‌شود که درمانگران بالینی دوره‌هایی را جهت آموزش تنظیم هیجانات به این بیماران برگزار کنند و همچنین با آموزش مهارت‌های زندگی، کیفیت زندگی این بیماران را بهبود بخشند. همچنین پیشنهاد می‌شود روان‌شناسان بالینی که به درمان بیماران مبتلا به اختلال دوقطبی می‌پردازند از مداخله شناختی-رفتاری برای بهبود کیفیت زندگی این بیماران و راهبردهای تنظیم سازگاران هیجان استفاده نمایند.

¹ - Knaus

ملاحظات اخلاقی

تمامی اصول اخلاقی در این مقاله در نظر گرفته شده است. شرکت‌کنندگان در جریان هدف پژوهش و مراحل اجرای آن قرار گرفتند. آن‌ها همچنین از محرمانه بودن اطلاعات خود اطمینان داشتند.

حامی مالی

این پژوهش هیچ‌گونه حامی مالی نداشته است.

تعارض منافع

نویسندگان اذعان دارند که در این مقاله هیچ‌گونه تعارض منافی وجود ندارد.

سپاسگزاری

از کلیه آزمودنی‌ها که در این پژوهش شرکت کردند و زمینه اجرایی شدن این پژوهش را فراهم کردند، تشکر و قدردانی می‌شود.

References

- بهادری، زهرا؛ امانی، ملاحظ؛ و مودی، مجید. (۱۳۹۷). بررسی اثربخشی آموزش مهارت‌های تنظیم هیجانی بر راهبردهای تنظیم هیجانی و کیفیت زندگی بانوان سرپرست خانواده. *فصلنامه زن و جامعه*. ۹ (۳۴)، ۱-۱۸. https://jzvj.marvdasht.iau.ir/article_3142.html
- خطیبی، خان‌محمدی اطافسرا؛ و حیدری، شعبان. (۱۴۰۱). اثربخشی درمان گروهی شناختی-رفتاری بر تاب‌آوری و تنظیم هیجان زنان چاق شهر امل. *خانواده درمانی کاربردی*، ۳ (۵)، ۲۰-۳۴. <https://doi.org/10.22034/aftj.2022.329002.1393>
- دلور، علی. (۱۴۰۲). روش تحقیق در روان‌شناسی و علوم تربیتی، ویراست پنجم، تهران: انتشارات ویرایش
- زمانی، نرگس؛ احمدی، وحید؛ عطایی‌مغانلو، وحید؛ و میرشکار، ساره. (۱۳۹۳). مقایسه میزان اثربخشی دو روش رفتاردرمانی دیالکتیکی و رفتاردرمانی شناختی بر بهبود علائم رفتارهای تکانشی بیماران دچار افسردگی اساسی دارای افکار خودکشی. *مجله علمی دانشگاه علوم پزشکی ایلام*، ۲۲ (۵)، ۴۵-۵۴. <http://sjimu.medilam.ac.ir/article-1-1642-fa.html>
- زمستانی، مهدی؛ یوسفی، ناصر؛ و کشاورزی، سارا. (۱۳۹۴). اثربخشی درمان شناختی-رفتاری گروهی همراه با آموزش خانواده بر مولفه‌های مرتبط با خودکشی در دختران اقدام‌کننده به خودکشی. *مشاوره و روان‌درمانی خانواده*، ۵ (۳)، ۱۰۷-۱۲۰. journals.uok.ac.ir/article_42712.html
- کامران، اصغر؛ منائی‌پیکانی، مریم؛ و میرمهدی، سیدرضا. (۱۴۰۲). مقایسه اثربخشی درمان مبتنی بر تعهد و پذیرش، بر ولخرجی و سوء مصرف شیشه در بیماران با تشخیص اختلال دوقطبی و اختلال شخصیت مرزی. *پژوهش‌های روان‌شناسی بالینی و مشاوره*، ۱۳ (۱)، ۱۵۶-۱۷۳. <https://doi.org/10.22067/tpccp.2023.72838.1179>
- منصوری احمد؛ فرنام علیرضا؛ بخشی پورودسری عباس؛ و محمودعلیلو، مجید. (۱۳۸۹). مقایسه نشخوار فکری در بیماران مبتلا به اختلال افسردگی عمده، اختلال وسواس-اجبار، اختلال اضطراب فراگیر و افراد بهنجار. *مجله دانشگاه علوم پزشکی سبزوار*، ۱۷ (۳)، ۱۸۹-۱۹۵. https://jsums.medsab.ac.ir/article_55.html
- نجات، سحرناز؛ منتظری، علی؛ هلاکویی‌نایینی، کورش؛ محمد، کاظم؛ و مجدزاده، سیدرضا. (۱۳۸۵). استانداردسازی پرسشنامه کیفیت زندگی سازمان جهانی بهداشت (WHOQOL-BREF): ترجمه و روان‌سنجی گونه ایرانی. *مجله دانشکده بهداشت و انستیتو تحقیقات بهداشتی*، ۴ (۴): ۱-۱۲. <http://sjsph.tums.ac.ir/article-1-187-fa.html>
- Abrahamsson, C., Nordling, B., Michelsen, C. S., & Norlander, T. (2018). Patients' experiences after cognitive behavior group therapy: From Anxiety to feelings of perceived security. *Psychology*, 9(05), 1176. doi.org/10.4236/psych.2018.95072
- Ajaya, Y., Peckham, A. D., & Johnson, S. L. (2016). Emotion regulation and mania risk: Differential responses to implicit and explicit cues to regulate. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 50, 283-288. doi.org/10.1016/j.jbtep.2015.10.004
- Astami, C. P. (2022). THE EFFECTS OF COGNITIVE REMEDIATION THERAPY IN BIPOLAR DISORDER PATIENTS. *Journal of Psychiatry Psychology and Behavioral Research*, 3(2), 36-42. doi.org/10.21776/ub.jppbr.2022.003.02.9
- Aval, M. B., Aval, S. B., & Goli, F. (2022). The effect of cognitive-behavioral group therapy on depression and quality of life in patients with chronic renal failure. *International Journal of Health Sciences*, 6(S7), 1387-1406. doi.org/10.53730/ijhs.v6nS7.11543

- Azevedo, J., Swales, M., Carreiras, D., Guiomar, R., Macedo, A., & Castilho, P. (2024). BI-REAL: A 12-session DBT skills group intervention adapted for bipolar disorder—A feasibility randomised pilot trial. *Journal of Affective Disorders*, 356, 394-404. doi.org/10.1016/j.jad.2024.04.033
- Baeken, C., Wu, G. R., Rogiers, R., Remue, J., Lemmens, G. M., & De Raedt, R. (2021). Cognitive behavioral based group psychotherapy focusing on repetitive negative thinking: Decreased uncontrollability of rumination is related to brain perfusion increases in the left dorsolateral prefrontal cortex. *Journal of Psychiatric Research*, 136, 281-287. doi.org/10.1016/j.jpsychires.2021.02.011
- Bardak, F., Kızılpınar, S. Ç., & Aydemir, M. Ç. (2024). Investigation of Rumination and Cognitive Flexibility Levels in Patients with Depression. *Journal of Cukurova Anesthesia and Surgical Sciences*, 7(1), 1-7. doi.org/10.36516/jocass.1372677
- Bardideh, K., Bardideh, F., & Kakabaraee, K. (2017). Study of the efficacy of cognitive behavioral group treatment on anger rumination and resilience of cardiovascular patients. *Global Journal of Health Science*, 9(4), 163. doi.org/10.5539/gjhs.v9n4p163
- Barooti, M., Chinaveh, M., & Saedi, S. (2024). Comparison of the Effectiveness of Cognitive Behavioral Therapy and Schema Therapy on Cognitive Emotion Regulation in Patients with Major Depressive Disorder. *Journal of Adolescent and Youth Psychological Studies (JAYPS)*, 5(3), 44-54. doi.org/10.61838/kman.jayps.5.3.5
- Barrio-Martínez, S., Cano-Vindel, A., Priede, A., Medrano, L. A., Muñoz-Navarro, R., Moriana, J. A., ... & González-Blanch, C. (2023). Worry, rumination and negative metacognitive beliefs as moderators of outcomes of Transdiagnostic group cognitive-behavioural therapy in emotional disorders. *Journal of Affective Disorders*, 338, 349-357. doi.org/10.1016/j.jad.2023.06.032
- Barrio-Martínez, S., González-Blanch, C., Priede, A., Muñoz-Navarro, R., Medrano, L. A., Moriana, J. A., ... & Cano-Vindel, A. (2022). Emotion regulation as a moderator of outcomes of transdiagnostic group cognitive-behavioral therapy for emotional disorders. *Behavior Therapy*, 53(4), 628-641. doi.org/10.1016/j.beth.2022.01.007
- Becerra, R., Cruise, K., Murray, G., Bassett, D., Harms, C., Allan, A., & Hood, S. (2013). Emotion regulation in bipolar disorder: Are emotion regulation abilities less compromised in euthymic bipolar disorder than unipolar depressive or anxiety disorders?. doi.org/10.4236/ojpsych.2013.34A001
- Bonnín, C. D. M., Reinares, M., Martínez-Arán, A., Jiménez, E., Sánchez-Moreno, J., Solé, B., ... & Vieta, E. (2019). Improving functioning, quality of life, and well-being in patients with bipolar disorder. *International Journal of Neuropsychopharmacology*, 22(8), 467-477. doi.org/10.1093/ijnp/pyz018
- Bonomi, A. E., Patrick, D. L., Bushnell, D. M., & Martin, M. (2000). Validation of the United States' version of the world health organization quality of life (WHOQOL) instrument. *Journal of clinical epidemiology*, 53(1), 1-12. doi.org/10.1016/S0895-4356(99)00123-7
- Burt, V. K., & Rasgon, N. (2004). Special considerations in treating bipolar disorder in women. *Bipolar disorders*, 6(1), 2-13. doi.org/10.1046/j.1399-5618.2003.00089.x
- Carroll, K. M., & Rounsaville, B. J. (2011). A vision of the next generation of behavioral therapies research in the addictions. *Focus*, 9(1), 118-129. doi.org/10.1176/foc.9.1.foc118
- Carruthers, S. P., Rossell, S. L., Murray, G., Karantonis, J., Furlong, L. S., & Van Rheenen, T. E. (2022). Mindfulness, mood symptom tendencies and quality of life in bipolar disorder: An examination of the mediating influence of emotion regulation difficulties. *Journal of Affective Disorders*, 298, 166-172. doi.org/10.1016/j.jad.2021.10.107
- Chiang, K. J., Tsai, J. C., Liu, D., Lin, C. H., Chiu, H. L., & Chou, K. R. (2017). Efficacy of cognitive-behavioral therapy in patients with bipolar disorder: A meta-analysis of randomized controlled trials. *PloS one*, 12(5), e0176849. doi.org/10.1371/journal.pone.0176849
- Chonthannathi, B., Pisitsungkagarn, K., & Jurukasemthawee, S. (2022). The effects of cognitive behavioral group therapy on anxiety and emotion regulation in Thai middle school students. *International Journal for the Advancement of Counselling*, 44(4), 569-585. doi.org/10.1007/s10447-022-09482-0
- Chu, Y. (2023). Causes and Treatment of Bipolar Disorder. Proceedings of the 4th International Conference on Educational Innovation and Philosophical Inquiries. doi.org/10.54254/2753-7048/13/20230848
- Costa, R. T. D., Cheniaux, E., Rosaes, P. A. L., Carvalho, M. R. D., Freire, R. C. D. R., Versiani, M., ... & Nardi, A. E. (2011). The effectiveness of cognitive behavioral group therapy in treating bipolar disorder: a

- randomized controlled study. *Brazilian Journal of Psychiatry*, 33, 144-149. doi.org/10.1590/S1516-44462011000200009
- Davis, R. N., & Nolen-Hoeksema, S. (2000). Cognitive inflexibility among ruminators and nonruminators. *Cognitive therapy and research*, 24, 699-711. doi.org/10.1023/A:1005591412406
- De Prisco, M., Oliva, V., Fico, G., Fornaro, M., De Bartolomeis, A., Serretti, A., ... & Murru, A. (2022). Defining clinical characteristics of emotion dysregulation in bipolar disorder: A systematic review and meta-analysis. *Neuroscience & Biobehavioral Reviews*, 142, 104914. doi.org/10.1016/j.neubiorev.2022.104914
- Deckert, M., Schmoeger, M., Auff, E., & Willinger, U. (2020). Subjective emotional arousal: an explorative study on the role of gender, age, intensity, emotion regulation difficulties, depression and anxiety symptoms, and meta-emotion. *Psychological Research*, 84, 1857-1876. doi.org/10.1007/s00426-019-01197-z
- DeJong, H., Fox, E., & Stein, A. (2016). Rumination and postnatal depression: A systematic review and a cognitive model. *Behaviour research and therapy*, 82, 38-49. doi.org/10.1016/j.brat.2016.05.003
- Dodd, A., Lockwood, E., Mansell, W., & Palmier-Claus, J. (2019). Emotion regulation strategies in bipolar disorder: A systematic and critical review. *Journal of affective disorders*, 246, 262-284. doi.org/10.1016/j.jad.2018.12.026
- doi.org/10.1002/9780470713853
- Duarte, A. C., Matos, A. P., & Marques, C. (2015). Cognitive emotion regulation strategies and depressive symptoms: gender's moderating effect. *Procedia-Social and Behavioral Sciences*, 165, 275-283. doi.org/10.1016/j.sbspro.2014.12.632
- Erfanian, M., & Keshavarz, A. (2014). A Comparative Study in Efficacy of Group Cognitive Behavioral Therapy and Group Hypnotherapy on Depression. *Open Access Library Journal*, 1(3), 1-5. doi.org/10.4236/oalib.1100465
- Espinosa, F., Martin-Romero, N., & Sanchez-Lopez, A. (2022). Repetitive negative thinking processes account for gender differences in depression and anxiety during adolescence. *International journal of cognitive therapy*, 15(2), 115-133. doi.org/10.1007/s41811-022-00133-1
- Fountoulakis, K. N., Gonda, X., Siamouli, M., & Rihmer, Z. (2009). Psychotherapeutic intervention and suicide risk reduction in bipolar disorder: a review of the evidence. *Journal of affective disorders*, 113(1-2), 21-29. doi.org/10.1016/j.jad.2008.06.014
- Fulford, D., Peckham, A. D., Johnson, K., & Johnson, S. L. (2014). Emotion perception and quality of life in bipolar I disorder. *Journal of affective disorders*, 152, 491-497. doi.org/10.1016/j.jad.2013.08.034
- Gao, W., Yan, X., & Yuan, J. (2022). Neural correlations between cognitive deficits and emotion regulation strategies: understanding emotion dysregulation in depression from the perspective of cognitive control and cognitive biases. *Psychoradiology*, 2(3), 86-99. doi.org/10.1093/psyrad/kkac014
- García-Batista, Z. E., Cantisano-Guzmán, L. M., Guerra-Peña, K., Alvarez, A., Moretti, L., Cano-Vindel, A., ... & Baltra, R. A. (2023). PsicAP transdiagnostic protocol of group cognitive-behavioral training for emotional disorders in Dominican Republic: a randomized controlled trial protocol. *BMC psychiatry*, 23(1), 363. doi.org/10.1186/s12888-023-04771-3
- Girelli, F., Rossetti, M. G., Perlini, C., & Bellani, M. (2024). Neural correlates of cognitive behavioral therapy-based interventions for bipolar disorder: A scoping review. *Journal of Psychiatric Research*. doi.org/10.1016/j.jpsychires.2024.02.054
- Gruber, J., Kogan, A., Mennin, D., & Murray, G. (2013). Real-world emotion? An experience-sampling approach to emotion experience and regulation in bipolar I disorder. *Journal of abnormal psychology*, 122(4), 971. doi.org/10.1037/a0034425
- Hassas, O., Mashhadi, A., Shamloo, Z. S., & Bordbar, M. R. F. (2023). Emotional Schema Therapy for Bipolar Disorder: Improving Emotional Schemas, Quality of Life, Cognitive Emotion Regulation, and Symptom Management. *International Journal of Cognitive Therapy*, 1-22. doi.org/10.1007/s41811-023-00196-8
- Henken, H. T., Kupka, R. W., Draisma, S., Lobbstaël, J., Van Den Berg, K., Demacker, S. M. A., & Regeer, E. J. (2020). A cognitive behavioural group therapy for bipolar disorder using daily mood monitoring. *Behavioural and cognitive psychotherapy*, 48(5), 515-529. doi.org/10.1017/S1352465820000259

- Hofmann, S. G., Curtiss, J., Carpenter, J. K., & Kind, S. (2017). Effect of treatments for depression on quality of life: a meta-analysis. *Cognitive behaviour therapy*, 46(4), 265-286. doi.org/10.1080/16506073.2017.1304445
- Hofmann, S. G., Curtiss, J., Carpenter, J. K., & Kind, S. (2017). Effect of treatments for depression on quality of life: a meta-analysis. *Cognitive behaviour therapy*, 46(4), 265-286. doi.org/10.1080/16506073.2017.1304445
- Horczak, P., Wang, C., De Witte, S., De Smet, S., Remue, J., De Raedt, R., ... & Baeken, C. (2023). Combining transcranial direct current stimulation with group cognitive behavioral therapy developed to treat rumination: a clinical pilot study. *Frontiers in Neurology*, 14, 1167029. doi.org/10.3389/fneur.2023.1167029
- Horwitz, A. G., Czyz, E. K., Berona, J., & King, C. A. (2019). Rumination, brooding, and reflection: prospective associations with suicide ideation and suicide attempts. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 49(4), 1085-1093. doi.org/10.1111/sltb.12507
- Hvenegaard, M., Moeller, S. B., Poulsen, S., Gondan, M., Grafton, B., Austin, S. F., ... & Watkins, E. R. (2020). Group rumination-focused cognitive-behavioural therapy (CBT) v. group CBT for depression: phase II trial. *Psychological Medicine*, 50(1), 11-19. doi.org/10.1017/S0033291718003835
- Johnson, S. L., Tharp, J. A., Peckham, A. D., & McMaster, K. J. (2016). Emotion in bipolar I disorder: Implications for functional and symptom outcomes. *Journal of abnormal psychology*, 125(1), 40. doi.org/10.1037/abn0000116
- Kavanagh, M., Brouwer, K., & Lawrence, P. (2021). Comparing the effectiveness of an 8-week and 12-week cognitive behavioural therapy group for bipolar affective disorder. *Journal of Affective Disorders Reports*, 6, 100244. doi.org/10.1016/j.jadr.2021.100244
- Kazemeini, T., Ghanbari-e-Hashem-Abadi, B., & Safarzadeh, A. (2013). Mindfulness based cognitive group therapy vs cognitive behavioral group therapy as a treatment for driving anger and aggression in Iranian taxi drivers. *Psychology*, 4(08), 638. doi.org/10.4236/psych.2013.48091
- Kazempour, V., Ebrahimi, H., Jafarabadi, M. A., Nourazar, S. G., & Zamani, H. (2018). The effect of group cognitive behavioral therapy on cognitive emotion regulation strategies of adolescents with bipolar disorder during their euthymic phase: A randomized, controlled trial. *Iranian Red Crescent Medical Journal*, 20(S1), Article e61555. doi.org/10.5812/ircmj.61555
- Khosravani, V., Berk, M., Sharifi Bastan, F., Samimi Ardestani, S. M., & Wrobel, A. (2021). The effects of childhood emotional maltreatment and alexithymia on depressive and manic symptoms and suicidal ideation in females with bipolar disorder: emotion dysregulation as a mediator. *International journal of psychiatry in clinical practice*, 25(1), 90-102. doi.org/10.1080/13651501.2021.1879867
- Knaus, W. J. (2006). *The cognitive behavioral workbook for depression: A step-by-step program*. New Harbinger Publications.
- Kousha, M. D., Shahabizadeh, F., & Ahi, G. (2022). Effectiveness of Group Cognitive Behavioral Therapy on Depression, Cognitive Flexibility, and Cognitive Regulation of Emotion in Women with Breast Cancer. *Health Technology Assessment in Action*, 6(3). doi.org/10.18502/htaa.v6i3.12433
- Kriegshauser, K., Sajatovic, M., Jenkins, J. H., Cassidy, K. A., Muzina, D., Fattal, O., ... & Singer, B. (2010). Gender differences in subjective experience and treatment of bipolar disorder. *The Journal of nervous and mental disease*, 198(5), 370-372. doi.org/10.1097/NMD.0b013e3181da8ef7
- Kurtz, M., Mohring, P., Förster, K., Bauer, M., & Kanske, P. (2021). Deficits in explicit emotion regulation in bipolar disorder: a systematic review. *International journal of bipolar disorders*, 9, 1-23. doi.org/10.1186/s40345-021-00221-9
- Kyranides, M. N., Mirman, J. H., & Sawrikar, V. (2024). Verbal, physical and relational aggression: individual differences in emotion and cognitive regulation strategies. *Current Psychology*, 1-11. doi.org/10.1007/s12144-024-05724-z
- Langenecker, S. A., Schreiner, M. W., Bessette, K. L., Roberts, H., Thomas, L., Dillahun, A., ... & Watkins, E. R. (2024). Rumination-Focused Cognitive Behavioral Therapy Reduces Rumination and Targeted Cross-network Connectivity in Youth With a History of Depression: Replication in a Preregistered Randomized Clinical Trial. *Biological Psychiatry Global Open Science*, 4(1), 1-10. doi.org/10.1016/j.bpsgos.2023.08.012

- Liu, D., Lei, G., Li, D., Deng, H., Zhang, X. Y., & Dang, Y. (2024). Depression, Rumination, and Suicide Attempts in Adolescents With Mood Disorders: Sex Differences in This Relationship. *The Journal of Clinical Psychiatry*, 85(3), 55739. doi.org/ 10.4088/JCP.23m15136
- Lombardo, L. E., Bearden, C. E., Barrett, J., Brumbaugh, M. S., Pittman, B., Frangou, S., & Glahn, D. C. (2012). Trait impulsivity as an endophenotype for bipolar I disorder. *Bipolar disorders*, 14(5), 565-570. doi.org/10.1111/j.1399-5618.2012.01035.x
- Luminet, O. (2004). 10 Measurement of depressive rumination and associated constructs. In *Depressive rumination* (Vol. 187).
- Lyu, K. (2023). Analysis of Influencing Factors and Treatments of Bipolar Disorder. *Journal of Education, Humanities and Social Sciences*, 8, 2460-2465. doi.org/10.54097/ehss.v8i.5013
- McGrogan, C. L., Dodd, A. L., & Smith, M. A. (2019). Emotion regulation strategies in mania risk: A systematic review. *Journal of clinical psychology*, 75(12), 2106-2118. doi.org/10.1002/jclp.22841
- Meena, G. K., Yadav, A., & Saha, R. (2024). Comparison of personality factors, adherence to medication and quality of life in bipolar disorder-I patients with or without substance use disorder. *Journal of Affective Disorders Reports*, 16, 100777. doi.org/10.1016/j.jadr.2024.100777
- Moloud, R., Saeed, Y., Mahmonir, H., & Rasool, G. A. (2022). Cognitive-behavioral group therapy in major depressive disorder with focus on self-esteem and optimism: an interventional study. *BMC psychiatry*, 22(1), 299. doi.org/10.1186/s12888-022-03918-y
- Musket, C. W., Hansen, N. S., Welker, K. M., Gilbert, K. E., & Gruber, J. (2021). A pilot investigation of emotional regulation difficulties and mindfulness-based strategies in manic and remitted bipolar I disorder and major depressive disorder. *International Journal of Bipolar Disorders*, 9, 1-8. doi.org/10.1186/s40345-020-00206-0
- Narang, R., Gupta, A., & Sidana, A. Relationship of rumination, mindfulness and emotion regulation in depression. *Delhi Psychiatry Journal* 2023; 26:(1).27-34.
- Nolen-Hoeksema, S. (1991). Responses to depression and their effects on the duration of depressive episodes. *Journal of abnormal psychology*, 100(4), 569. doi: 10.1037//0021-843x.100.4.569.
- Oei, T. P. S., McAlinden, N. M., & Cruwys, T. (2014). Exploring mechanisms of change: the relationships between cognitions, symptoms, and quality of life over the course of group cognitive-behaviour therapy. *Journal of affective disorders*, 168, 72-77. doi.org/10.1016/j.jad.2014.06.040
- Onyedibe, M. C. C., Chidebe, R. C., Ugwu, L. E., & Idemudia, E. S. (2024). Cognitive emotion regulation moderates the relationship between anxiety, depression and cancer-related fatigue in cancer patients. *Current Psychology*, 1-11. doi.org/10.1007/s12144-024-05732-z
- Patelis-Siotis, I., Young, L. T., Robb, J. C., Marriott, M., Bieling, P. J., Cox, L. C., & Joffe, R. T. (2001). Group cognitive behavioral therapy for bipolar disorder: a feasibility and effectiveness study. *Journal of Affective Disorders*, 65(2), 145-153. doi.org/10.1016/S0165-0327(00)00277-9
- Pruessner, L., Timm, C., Kalmar, J., Bents, H., Barnow, S., & Mander, J. (2024). Emotion Regulation as a Mechanism of Mindfulness in Individual Cognitive-Behavioral Therapy for Depression and Anxiety Disorders. *Depression and Anxiety*, 2024(1), 9081139. doi.org/10.1155/2024/9081139
- Purgato, M., Gastaldon, C., Papola, D., Van Ommeren, M., Barbui, C., & Tol, W. A. (2018). Psychological therapies for the treatment of mental disorders in low-and middle-income countries affected by humanitarian crises. *Cochrane database of systematic reviews*, (7). doi.org/10.1002/14651858.CD011849
- Razavi, M. S., Fathi, M., Vahednia, E., Ardani, A. R., Honari, S., Akbarzadeh, F., & Talaei, A. (2024). Cognitive rehabilitation in bipolar spectrum disorder: A systematic review. *IBRO Neuroscience Reports*. doi.org/10.1016/j.ibneur.2024.04.001
- Scragg, P. (2014). Metacognitive therapy developed by adrian wells. *Trauma clinic LTD & university collage, London*.
- Shahpanah, M., Noury Ghasem Abadi, R., & Seirafi, M. (2022). Predicting Health-Related Quality of Life based on Emotion Regulation with Mediating Role of Self-Care in Patients with Coronary Artery Disease. *Iranian Journal of Health Psychology*, 5(3), 59-68. doi.org/10.30473/ijohp.2022.63060.1235
- Silva, A., Marzo, J., & Del Castillo, J. G. (2024). Relationship between quality of life, emotional symptomology and perceived emotional intelligence in a sample of burn victims. *Burns*, 50(5), 1330-1340. doi.org/10.1016/j.burns.2024.02.034

- Tan, M. K., Chia, E. C., Tam, W. W., McIntyre, R. S., Zhang, Z., Dam, V. A., ... & Ho, C. S. (2022, November). A Meta-Analysis of Group Cognitive Behavioral Therapy and Group Psychoeducation for Treating Symptoms and Preventing Relapse in People Living with Bipolar Disorder. In *Healthcare* (Vol. 10, No. 11, p. 2288). MDPI. doi.org/10.3390/healthcare10112288
- Van Meter, A. R., & Youngstrom, E. A. (2016). Distinct roles of emotion reactivity and regulation in depressive and manic symptoms among euthymic patients. *Cognitive Therapy and Research*, 40, 262-274. doi.org/10.1007/s10608-015-9738-9
- Van Rheenen, T. E., Murray, G., & Rossell, S. L. (2015). Emotion regulation in bipolar disorder: profile and utility in predicting trait mania and depression propensity. *Psychiatry research*, 225(3), 425-432. doi.org/10.1016/j.psychres.2014.12.001
- Victor, S. E., Johnson, S. L., & Gotlib, I. H. (2011). Quality of life and impulsivity in bipolar disorder. *Bipolar disorders*, 13(3), 303-309. doi.org/10.1111/j.1399-5618.2011.00919.x
- Wolkenstein, L., Zwick, J. C., Hautzinger, M., & Joormann, J. (2014). Cognitive emotion regulation in euthymic bipolar disorder. *Journal of affective disorders*, 160, 92-97. doi.org/10.1016/j.jad.2013.12.022
- Wright, J. H., Brown, G. K., Thase, M. E., & Basco, M. R. (2006). *Learning cognitive-behavior therapy: An illustrated guide*. American Psychiatric Pub.
- Zagaria, A., Vacca, M., Cerolini, S., Terrasi, M., Bacaro, V., Ballesio, A., ... & Lombardo, C. (2023). Differential associations of cognitive emotion regulation strategies with depression, anxiety, and insomnia in adolescence and early adulthood. *International journal of environmental research and public health*, 20(10), 5857. doi.org/10.3390/ijerph20105857