مقاله پژوهشی
مجله دانشگاه علوم پزشکی رفسنجان
دوره ۱۹، اسفند ۱۳۹۹، ۱۲۹۲-۱۲۷۷

تدوین و تعیین روایی پروتکل درمان شناختی رفتاری مبتنی بر گسست هیجان وهدف جهت درمان تلفیقی افراد مبتلا به اختلال *دوقطبی: یک مطالعه توصیفی*

فاطمه زاده محمدی[۱]، دکتر فرامرز سهرابی[۲]، دکتر عماد اشرفی[۳]، دکتر جمال شمس[۴]

دریافت مقاله:۹۹/۱۰/۲۹ ارسال مقاله به نویسنده جهت اصلاح:۹۹/۱۱/۱۱ دریافت اصلاحیه از نویسنده:۹۹/۱۱/۱٤ پذیرش مقاله: ۹۹/۱۲/۰۲

چکیده

زمینه و هدف: اختلال دوقطبی هزینه‌های بسیاری را بر سیستم درمانی تحمیل می‌کند. روان‌درمانی‌های تلفیقی متعددی برای کاهش نشانه‌ها، جلوگیری از عود و افزایش تبعیت دارویی در اختلال دوقطبی به کار برده می‌شوند. پژوهش حاضر با هدف تدوین و تعیین روایی پروتکل درمان شناختی رفتاری مبتنی بر گسست هیجان و هدف افراد مبتلا به اختلال دوقطبی صورت پذیرفت.

مواد و روش‌ها: پژوهش حاضر به روش توصیفی و بر پایه مبانی نظری، درمان‌های فعلی و درمان تلفیقی تدوین شد. ۱۴ جلسه درمان شناختی رفتاری مبتنی بر گسست هیجان و هدف طراحی گردید و سپس روایی آن براساس مقیاس ارزیابی راهنماهای درمانی انجمن روان‌شناسی آمریکا و پرسش‌نامه‌ای ۴۲ سؤالی ارزیابی جلسه‌های درمان، توسط اساتید و متخصصین ارزیابی گردید. داده‌ها با استفاده از شاخص روایی محتوا (Content validity index; CVI) و ضریب نسبت روایی محتوا (Content Validity Ratio; CVR) تجزیه و تحلیل شدند.

یافته‌ها: نتایج نشان داد CVI در این پژوهش در مرحله تدوین درمان ۰/۸۹ به دست آمد و هم‌چنین CVR برای روایی محتوای جلسه‌های درمان برای تمام جلسه‌های درمان به جزء جلسه یک، هشت و نه مورد تأیید قرار گرفت و CVI برای جلسه‌های درمان بیش از ۰/۷۹ به دست آمد.

نتیجه‌گیری: درمان شناختی رفتاری مبتنی بر گسست هیجان و هدف از سوی متخصصین چه از نظر مدل نظری درمان و چه از نظر محتوای جلسه‌ها روا بود. با توجه به نتایج پژوهش از نظر متخصصین این درمان می‌تواند به عنوان درمان تلفیقی در کنار دارودرمانی برای بیماران مبتلا به اختلال دوقطبی به کار رود.

واژه‌های کلیدی: درمان شناختی رفتاری، هیجان، هدف، روایی، اختلال دوقطبی

۱- دانشجوی دکتری روانشناسی بالینی، دانشکده روانشناسی، گروه علوم انسانی، دانشگاه علم و فرهنگ تهران، ایران
۲- (نویسنده مسئول): استاد روان شناسی بالینی، دانشکده روان شناسی و علوم تربیتی، دانشگاه علامه طباطبائی،تهران، ایران
تلفن: ۰۲۱-۴۸۳۹۳۲۰۲، دورنگار: ۰۲۱-۴۸۳۹۳۲۹۹، پست الکترونیکی: sohrabi@atu.ac.ir
۳- استادیار روانشناسی، دانشکده روانشناسی، گروه علوم انسانی، دانشگاه علم و فرهنگ تهران، ایران
۴- روانپزشک، دانشیار دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، گروه روان‌پزشکی بیمارستان امام حسین (ع)،تهران، ایران

[Downloaded from journal.rums.ac.ir on 2026-11-12]
[DOR: 20.1001.1.17353165.1399.19.12.7.2]
[DOI: 10.29252/jrums.19.12.1277]

مقدمه

اختلال دوقطبی با دوره‌های مکرر مانیا و افسردگی مشخص می‌شود. بیمارانی که از این اختلال رنج می‌برند، تغییرات خلقی چشم‌گیری، در انواع گسترده جنبه‌های رفتار معمول تجربه می‌کنند که بر فعالیت کلی، انرژی، رفتارجنسی، احساس خود، عزت‌نفس، ریتم شبانه روزی، شناخت و افزایش خطر خودکشی تأثیر می‌گذارد [۱]. در سال ۲۰۱۳ در سطح جهانی ۴۸/۸ میلیون مورد اختلال دوقطبی وجود داشت [۲] در ایران شیوع اختلال دوقطبی نوع I و اختلال دوقطبی نوع II به ترتیب ۰/۰۴ و ۰/۳ درصد گزارش شده‌اند و فراوانی بیماران دوقطبی بستری در بیمارستان ۷/۹ درصد گزارش شده است [۴-۳]. ضمن این که بیماران ایرانی مبتلا به اختلال دوقطبی با نرخ بالاتر بیکاری، تجرد بیش‌تر، داشتن بیمه سلامت و نرخ طلاق و تحصیل کم‌تر در مقایسه با دیگر نمونه‌های بالینی مطالعه‌های غربی مشخص می‌شوند [۵]. گرچه علایم اختلال دوقطبی پس از بستری به میزان چشم‌گیری کاهش می‌یابد ولی پس از آن تغییر قابل توجهی نمی‌کنند [۶]. بررسی عود اختلال در ایران نشان می‌دهد که ۴۰/۹ درصد بیماران دچار عود می‌شوند که دو سوم آن‌ها در سال اول و یک سوم در سال دوم بروز می‌کند و عود با نوع اختلال دوقطبی و قطع دارو در ارتباط است [۸-۷]. با توجه به آمار ذکر شده، اختلال دوقطبی گرچه شیوع کمی دارد، با این‌حال هزینه‌های بسیاری را به صورت مستقیم (مانند: هزینه‌های بستری و دارویی)، غیر مستقیم (مانند: هزینه‌های بیکاری و غیبت از کار) و نامحسوس (مانند: هزینه‌های اجتماعی به‌واسطه آشفتگی ارتباط‌های عاطفی، خانوادگی و کیفیت زندگی) بر سیستم درمانی تحمیل می‌کند [۱۰-۹] در کنار این هزینه‌ها، هزینه‌های نامحسوس مثل فشار خانواده و کیفیت زندگی مرتبط به سلامت نیز معمول هستند، هرچند دست‌یابی به ارزش مادی این هزینه‌ها مشکل است [۱۱].

با در نظر گرفتن مواردی که بیان گردید، به منظورکمک به کاهش آسیب‌های عملکردی و اجتماعی این اختلال بر فرد مبتلا، خانوادهٔ وی و اجتماع، چند قرن است که متخصصین سعی کرده‌اند به نحوه‌ای که می‌توان افراد مبتلا به این اختلال را درمان کرد، آگاه شوند. از روان‌درمانی‌های تلفیقی که برای کاهش نشانه‌ها، جلوگیری از عود و افزایش تبعیت دارویی در اختلال دوقطبی به کار برده می‌شوند، می‌توان آموزش روانی [۱۳-۱۲]، درمان شناختی [۱۴]، درمان شناختی رفتاری [۱۶-۱۵] درمان بین فردی و ریتم اجتماعی [۱۸-۱۷]، درمان شناختی مبتنی بر ذهن‌آگاهی [۲۰-۱۹] و رفتاردرمانی دیالکتیک [۲۲-۲۱] را برشمرد.

اما با وجود این‌که طیف وسیعی از روان‌درمانی‌های تلفیقی در کنار دارودرمانی در درمان این اختلال به کار برده شده است، هم‌چنان درصد عود در این اختلال قابل توجه است و هنوز شیوهٔ درمان افراد مبتلا به اختلال خلقی برای کامل‌تر شدن راه درازی در پیش دارد و پژوهش‌گران در تلاشند تا با انجام پژوهش‌هایی به درمان‌های اختصاصی‌تر آن دست یابند، در همین راستا Johnson و Fulford در برنامه هدف که برای جلوگیری از مانیا پیشنهاد کرده‌اند تبیین می‌کنند که افراد مبتلا به اختلال دوقطبی بعد از موفقیت ابتدایی یا خلق مثبت، افزایش در اعتماد به نفس در

[Downloaded from journal.rums.ac.ir on 2026-11-12]
[DOR: 20.1001.1.17353165.1399.19.12.7.2]
[DOI: 10.29252/jrums.19.12.1277]

مورد هدف نشان می‌دهند و به شدت با هدف خود اشتغال پیدا می‌کنند که در واقع این درگیری فزآینده‌ی هیجان و هدف می‌تواند به مانیا تبدیل شود، بنابراین آمیختگی هیجان و هدف، در قسمت هیجان مثبت می‌تواند پس از افزایش اعتماد به نفس و تنظیم هدف در جهت خلق مثبت (مثلاً انجام فعالیت بیش‌تر برای رسیدن به هدف یا در نظر گرفتن هدف سطح بالاتر به جای هدف فعلی) منجر به مانیا شود، لذا برای جلوگیری از مانیا ضروری است که درآمیختگی هیجان و هدف کاهش پیدا کند [۲۳]. در مقاله حاضر قصد داریم به تدوین و تعیین روایی درمانی تلفیقی بپردازیم و این گسست هیجان و هدف را به سایر هیجان‌ها از جمله غم، خشم و اضطراب نیز گسترش دهیم [۲۴].

لذا پژوهش حاضر یکی از پژوهش‌هایی است که در مسیر شناسایی یک شیوه درمان تلفیقی برای اختلال دوقطبی گام بر می‌دارد. این پژوهش با هدف تدوین پروتکل درمان شناختی رفتاری مبتنی بر گسست هیجان و هدف و تعیین روایی درمان شناختی رفتاری مبتنی بر گسست هیجان و هدف توسط متخصصین صورت پذیرفت.

مواد و روش‌ها

روش مطالعه حاضر از لحاظ هدف کاربردی و از نظر ماهیت و روش توصیفی است. در مرحله اول و دوم پژوهش حاضر از روش دلفی استفاده شد. در مرحله اول، پروتکل درمان شناختی رفتاری مبتنی بر گسست هیجان و هدف تدوین شد. در مرحله دوم، روایی جلسه‌های درمان پروتکل درمان شناختی رفتاری مبتنی بر گسست هیجان و هدف ارزیابی گردید. جامعه آماری اول و مرحله دوم پژوهش شامل تمام متخصصین روان‌شناس بالینی و روان‌پزشک شهر تهران در سال ۱۳۹۷ بود که با اختلال‌های خلقی آشنا بودند و یا مراجع کننده دوقطبی را معالجه نموده بودند. گروه نمونه در مرحله اول پژوهش ۸ متخصص است که با روش نمونه‌گیری مبتنی بر هدف انتخاب شدند. گروه نمونه در مرحله دوم پژوهش ۶ متخصص است که با روش نمونه‌گیری مبتنی بر هدف انتخاب شدند.

در مرحله اول، با توجه به هدف پژوهش، مداخله‌ای تدوین شد که از ساختار و فرایند درمان شناختی رفتاری تبعیت می‌کند و محتوای آن بر مبنای شواهد پژوهشی و درمان‌های صورت گرفته در مورد اختلال دوقطبی تدوین گردیده است، در این مرحله تکنیک‌هایی مرتبط بر تنظیم هیجان و تنظیم هدف جمع‌آوری گشته است و بعد از آماده‌شدن پیش‌نویس اولیه تکنیک‌ها و ساختار جلسات درمان، پروتکل چندین بار توسط اساتید و ناظرین طرح مورد بررسی قرار گرفت و نحوه ارائه تکنیک‌ها اصلاح شد. بعد از اصلاح اساتید و ناظرین طرح، پروتکل به ۸ نفر از اساتید و متخصصین ارائه شد و پروتکل از لحاظ صوری مورد بررسی قرار گرفت و از این اساتید خواسته شد تا پروتکل را براساس مقیاس ارزیابی راهنماهای درمانی ارزیابی کنند [۲۶-۲۵].

در مرحله دوم، پس از تدوین پروتکل، روایی جلسه‌های درمان ارزیابی گشت، در بررسی روایی محتوا، ابتدا پرسشنامه ای ۴۲ سؤالی در مورد میزان هماهنگی محتوای پروتکل که شامل سؤال‌هایی در مورد هدف ویژه پروتکل، فرآیند و روش‌ها و استراتژی‌های پروتکل است، به ۶ نفر از متخصصین ارائه شد و با توضیح اهداف پروتکل برای آن‌ها و ارائه تعاریف عملیاتی محتوا به آنان، از آن‌ها درخواست شد تا هریک از

[Downloaded from journal.rums.ac.ir on 2026-11-12]
[DOR: 20.1001.1.17353165.1399.19.12.7.2]
[DOI: 10.29252/jrums.19.12.1277]

مراحل پروتکل را براساس طیف سه بخشی لیکرت ۱- ضرورتی ندارد، ۲- مفید است ولی ضروری نیست و ۳- ضروری است، مشخص کنند و دیدگاه‌های اصلاحی خود را به صورت مبسوط و کتبی ارائه نمایند.

مقیاس ارزیابی پروتکل و پرسشنامه ارزیابی جلسه‌های درمان به صورت خلاصه عبارت‌اند از:

مقیاس ارزیابی پروتکل: مقیاس ارزیابی راهنماهای درمانی برای ارزیابی به کار گرفته شد [۲۶-۲۵]. مقیاس ارزیابی راهنماهای درمانی یک مقیاس جامع است. تمام بخش‌های ۱۵ (۱-۱۵ تا ۵-۱۵) و ۱۶ و ۱۷ (۱-۱۷ تا ۵-۱۷) و ۱۸ (۱-۱۸ و ۲-۱۸) و ۱۹ (۱-۱۹ و ۵-۱۹) و ۲۰ و ۲۱ (۱-۲۱ تا ۴-۲۱) ترجمه گردید و برای ارزیابی در اختیار متخصص‌ها قرار گرفت.

پرسشنامه ارزیابی جلسه‌های درمان: پرسشنامه‌ای با ۴۲ سؤال در مورد ارزیابی جلسه‌های درمان توسط پژوهش‌گران طراحی گردید. سؤال‌های این پرسشنامه شامل این موارد بود: تناسب اهداف و محتوای هر جلسه با تعریف و فرایند نظری ارائه شده از درمان شناختی رفتاری مبتنی بر گسست هیجان و هدف (۱۴ سؤال: یک سؤال برای هر جلسه)، تناسب تکلیف‌ها و فعالیت‌های هر جلسه با اهداف جلسه (۱۴ سؤال: یک سؤال برای هر جلسه)، تناسب محتوای هر جلسه با فرآیند تغییر در هر جلسه (۱۴ سؤال: یک سؤال برای هر جلسه): تمام این۴۲ سؤال در واقع روایی درمان شناختی رفتاری مبتنی بر گسست هیجان و هدف را می‌سنجند.

ساختار درمان شناختی رفتاری مبتنی بر گسست هیجان و هدف به این شرح است:

ساختار درمان: پروتکل درمان شناختی رفتاری مبتنی بر گسست هیجان و هدف، پروتکلی مبتنی بر تئوری شناختی رفتاری است، هدف این پروتکل آشناسازی مراجع با هیجان‌ها، آگاه‌سازی مراجع از تأثیر هیجان‌ها بر پیگیری اهداف و آموزش تکنیک‌هایی به مراجع برای مدیریت هیجان‌ها در راستای پیگیری از اهداف است.

پروتکل درمان شناختی رفتاری مبتنی بر گسست هیجان و هدف از تلفیق پروتکل‌های زیر تشکیل گردیده است:

۱- شناخت درمانی Beck (۱۹۷۶): قسمت افکار و خطاهای شناختی، چالش با افکار و سود و زیان و حل مسئله [۲۷]

۲- درمان فراتشخیصی Ellard و همکاران (۲۰۱۰): " آموزش تنظیم هیجان و تکنیک‌های تنظیم هیجان اضطراب (عدم اجتناب)" [۲۸]

۳- درمان شناختی رفتاری مبتنی بر پذیرش وتعهد Hayes و همکاران (۲۰۱۱)" قسمت هدف و ارزش‌ها " [۲۹]

۴- پروتکل Johnson و Fulford (۲۰۰۹): " قسمت تلفیق هیجان و هدف" [۲۳]

۵- تکنیک‌های تنظیم هیجان Leahy و همکاران (۲۰۱۰): "موج سواری بر تمایلات شدید، آرام‌سازی، باز ارزیابی شناختی" [۳۰]

جدول ۱ خلاصه جلسه‌های درمان شناختی رفتاری مبتنی بر گسست هیجان و هدف را نشان می‌دهد که شامل خلاصه‌ای از شرح جلسه‌های درمان به همراه تکلیف‌های خواسته شده از مراجع در پایان جلسه‌ها است.

[Downloaded from journal.rums.ac.ir on 2026-11-12]
[DOR: 20.1001.1.17353165.1399.19.12.7.2]
[DOI: 10.29252/jrums.19.12.1277]

جدول ۱- خلاصه جلسه‌های درمان شناختی رفتاری مبتنی بر گسست هیجان و هدف

جلسهٔ اول: آشنایی با آزمودنی و معرفی خود، توضیح هدف جلسات، مقدمه‌ای برای آشنایی با برنامه و توضیح اجمالی در مورد اختلال دوقطبی، وضعیت تنظیم هیجان و هدف در این اختلال ، معرفی برنامه ی درمانی تکلیف: مشخص کردن اهداف هفتگی، ماهانه، سالیانه
جلسهٔ دوم: بررسی تکالیف جلسه قبل، توضیح در مورد اهداف، اهداف عینی، همگن کردن اهداف و در راستای یک‌دیگر قرار دادن اهداف هفتگی، ماهانه و سالیانه با یک‌دیگر و بررسی همگنی اهداف با توانایی‌ها و موقعیت فعلی و ارزش‌های مراجع و پایبندی به اهداف، تمرین موارد ذکر شده در جلسه و تعیین اهداف هفتگی، ماهانه و سالیانه تکلیف: نمودار پیگیری اهداف و انجام اهداف هفتگی تا جلسه آینده
جلسهٔ سوم: بررسی تکالیف جلسه قبل، آموزش هیجان‌ها و توصیف هیجان‌ها، برانگیزاننده‌ها، هیجان‌ها، رفتارهای ناسازگار، پیامدهای رفتار ناسازگار مرتبط با هر هیجان تکلیف: چارت پایش هیجان‌ها و شدت آن‌ها - برانگیزاننده – هیجان – رفتار - مشخص کردن هدف این هفته و انجام آن
جلسهٔ چهارم: بررسی تکالیف جلسه قبل، آموزش ارتباط هدف‌ها و هیجان‌ها با یک‌دیگر و تداخل هیجان‌ها در اهداف و گرفتن مثال‌هایی از مراجع که در مواقع خشم، ناراحتی ، شادی و اضطراب چگونه اهداف فعلی خود را انجام می‌دهند؟ تکلیف: پایش تغییرات هیجان– هدف هم‌زمان با یک‌دیگر
جلسهٔ پنجم: بررسی تکالیف جلسه قبل، آموزش حرکت در راستای اهداف در حین داشتن هیجان، تمرین بر اساس مثال‌های تکلیف جلسه‌ی قبل تکلیف: حرکت در راستای اهداف در حین داشتن هیجان و یادداشت هیجان – هدف
جلسهٔ ششم: بررسی تکالیف جلسه قبل، معرفی تفکر مرتبط به هیجان و کمک به بیماران برای ربط دادن وقایع، افکار، هیجان‌ها و رفتار و بالعکس و ربط دادن افکار با حرکت به سمت هدف، انجام تمرین مرتبط در جلسه تکلیف: یادداشت وقایع - افکار- هیجان - رفتار و حرکت به سمت هدف
جلسهٔ هفتم: بررسی تکالیف جلسه قبل، دسته بندی افکار منفی و خطاهای شناختی در افکار مرتبط به هیجان و افکار مرتبط به هدف تکلیف: یادداشت افکار و تشخیص خطاهای شناختی در افکار
جلسهٔ هشتم: بررسی تکالیف جلسه قبل، آموزش بررسی شواهد افکار تکلیف: بررسی کردن و چالش با خطاهای افکار
جلسهٔ نهم: بررسی تکالیف جلسه قبل، بازارزیابی شناختی و آموزش بررسی سود و زیان افکار، آیا به اهدافم کمک می‌کند؟، انجام تمرین مرتبط در جلسه تکلیف: سود و زیان افکار
جلسهٔ دهم: بررسی تکالیف جلسه قبل، آموزش حل مسئله، انجام تمرین مرتبط در جلسه تکلیف: به کار بردن حل مسئله
جلسهٔ یازدهم: بررسی تکالیف جلسه قبل، طبقه بندی تکنیک‌های مرتبط با هیجان اضطراب: رفع بازداری و مواجهه (درصورت اجتناب از حرکت به سمت اهداف)، حل مسئله، آرامسازی، باز ارزیابی شناختی، انجام تمرین مرتبط در جلسه تکلیف: تمرین تکنیک‌ها
جلسهٔ دوازدهم: بررسی تکالیف جلسه قبل، طبقه بندی تکنیک‌های مرتبط با هیجان خشم: تغییر در محیط/موقعیت، آرام سازی، سود و زیان، حل مسئله، موج سواری بر هیجان‌های شدید، باز ارزیابی شناختی، انجام تمرین مرتبط در جلسه تکلیف : تمرین تکنیک‌ها
جلسهٔ سیزدهم: بررسی تکالیف جلسه قبل، طبقه بندی تکنیک‌های مرتبط با هیجان غم: بررسی سود و زیان، باز ارزیابی شناختی، عدم تغییر هدف قبلی، حرکت طبق برنامه قبلی به سمت هدف، انجام تمرین مرتبط در جلسه تکلیف: تمرین تکنیک‌ها
جلسهٔ چهاردهم: بررسی تکالیف جلسه قبل، تکنیک‌های مرتبط با هیجان شادی: بررسی سود و زیان، باز ارزیابی شناختی، عدم تغییر هدف قبلی، حرکت طبق برنامه قبلی به سمت هدف انجام تمرین مرتبط در جلسه تکلیف: تمرین تکنیک‌ها

[Downloaded from journal.rums.ac.ir on 2026-11-12]
[DOR: 20.1001.1.17353165.1399.19.12.7.2]
[DOI: 10.29252/jrums.19.12.1277]

به منظور تجزیه و تحلیل داده‌ها، در مرحله اول پژوهش از شاخص روایی محتوا (Content validity index; CVI) برای بررسی روایی محتوایی بر اساس نظرات متخصصین به شکل کمی استفاده گردید و در مرحله دوم پژوهش از دو ضریب نسبت روایی محتوا (Content Validity Ratio; CVR) و CVI، برای ارزیابی کمی روایی محتوا جلسه‌های درمان بر اساس نظرات متخصصین استفاده شد [۳۱]. برای محاسبه CVR براساس تعداد متخصصینی که پروتکل را مورد ارزیابی قرار داده‌اند، حداقل مقدار CVR قابل قبول، بر اساس جدول Lawshe بایستی برقرار باشد. Lawshe (۱۹۷۵) پیشنهاد کرده است که مقادیر مناسب CVR بایستی از سطوح آماری تصادف بالاتر باشند و جدولی از حداقل مقادیر CVR ارائه کرده است. برای تعیین CVR از متخصصین درخواست شد تا هر آیتم را بر اساس طیف سه قسمتی "ضروری است"، " مفید است ولی ضرورتی ندارد" و " ضرورتی ندارد" بررسی نمایند [۳۲].

به منظور بررسی CVI، از روش Waltz و Bausellاستفاده شد [۳۳]. به این صورت که متخصصین "مربوط بودن"، "واضح بودن" و "ساده بودن" هر گویه را بر اساس یک طیف لیکرتی ۴ قسمتی مشخص کردند. متخصصین مربوط بودن هر مفاد از پروتکل را از نظر خودشان از ۱ "مربوط نیست"، ۲ "نسبتاً مربوط است"، ۳ "مربوط است"، تا ۴ "کاملاً مربوط است" مشخص نمودند. ساده بودن هر مفاد از پروتکل را به ترتیب از ۱ "ساده نیست"، ۲ "نسبتاً ساده است"، ۳ "ساده است"، تا ۴ "ساده مربوط است" و واضح بودن هر مفاد از پروتکل نیز به ترتیب از ۱ " واضح نیست"، ۲ "نسبتاً واضح است"، ۳ "واضح است" تا ۴ "واضح مربوط است" مشخص شد [۳۴].

داده‌ها پس از جمع آوری بر اساس فرمول‌های زیر محاسبه شدند:

$CVR = \frac{n_E - \mathrm{N}/2}{\mathrm{N}/2}$ که در این فرمول، n_E تعداد متخصصینی است که به گزینه "ضروری" پاسخ داده‌اند و N تعداد کل متخصصین است

$CVI = \frac{\text{تعداد متخصصینی که گویه ۳ و۴ را انتخاب کرده اند}}{\text{تعداد کل متخصصین}}$ [۳۵].

جدول حداقل مقادیر CVR مبتنی بر آزمون معنی‌داری یک دامنه با سطح ۰/۰۵ است. طبق این جدول برای تعداد ۶ نفر متخصص پژوهش حاضر CVR مورد قبول ۰/۹۹ است [۳۲].

حداقل مقدار قابل قبول برای CVI برابر با ۰/۷۹ است و اگر CVI مفادی از پروتکل کم‌تر از ۰/۷۹ باشد آن مفاد از پروتکل بایستی حذف شود [۳۴].

نتایج

برای بررسی روایی محتوایی به شکل کمی، از CVI استفاده گردید و CVI در مرحله اول پژوهش ۰/۸۹ به دست آمد.

جدول ۲ حداقل و حداکثر مقادیر CVR و CVI مربوط به پرسشنامه ارزیابی جلسه‌های درمان شناختی رفتاری مبتنی بر گسست هیجان و هدف را بر اساس نظر متخصصین روان‌شناس بالینی و روان‌پزشک نشان می‌دهد.

[Downloaded from journal.rums.ac.ir on 2026-11-12]
[DOR: 20.1001.1.17353165.1399.19.12.7.2]
[DOI: 10.29252/jrums.19.12.1277]

جدول ۲ - یافته‌های مربوط به مقادیر CVR و CVI پرسشنامه ارزیابی جلسه‌های درمان شناختی رفتاری مبتنی بر گسست هیجان و هدف بر اساس نظر متخصصین روان‌شناس بالینی و روان‌پزشک شهر تهران در سال ۱۳۹۷ (n=۶)

شماره سؤال	شرح سؤال	CVR	CVI
۱	تا چه حد اهداف و محتوای جلسه اول با تعریف نظری ارائه شده از درمان به لحاظ ضرورت، مربوط بودن، ساده بودن و واضح بودن تناسب دارد و بخشی از آن را پوشش می‌دهد؟	۰/۸۳	۰/۸۳
۲	تا چه حد اهداف و محتوای جلسه دوم با تعریف نظری ارائه شده از درمان به لحاظ ضرورت، مربوط بودن، ساده بودن و واضح بودن تناسب دارد و بخشی از آن را پوشش می‌دهد؟	۱	۱
۳	تا چه حد اهداف و محتوای جلسه سوم با تعریف نظری ارائه شده از درمان به لحاظ ضرورت، مربوط بودن، ساده بودن و واضح بودن تناسب دارد و بخشی از آن را پوشش می‌دهد؟	۱	۱
۴	تا چه حد اهداف و محتوای جلسه چهارم با تعریف نظری ارائه شده از درمان به لحاظ ضرورت، مربوط بودن، ساده بودن و واضح بودن تناسب دارد و بخشی از آن را پوشش می‌دهد؟	۱	۱
۵	تا چه حد اهداف و محتوای جلسه پنجم با تعریف نظری ارائه شده از درمان به لحاظ ضرورت، مربوط بودن، ساده بودن و واضح بودن تناسب دارد و بخشی از آن را پوشش می‌دهد؟	۱	۱
۶	تا چه حد اهداف و محتوای جلسه ششم با تعریف نظری ارائه شده از درمان به لحاظ ضرورت، مربوط بودن، ساده بودن و واضح بودن تناسب دارد و بخشی از آن را پوشش می‌دهد؟	۱	۱
۷	تا چه حد اهداف و محتوای جلسه هفتم با تعریف نظری ارائه شده از درمان به لحاظ ضرورت، مربوط بودن، ساده بودن و واضح بودن تناسب دارد و بخشی از آن را پوشش می‌دهد؟	۱	۱
۸	تا چه حد اهداف و محتوای جلسه هشتم با تعریف نظری ارائه شده از درمان به لحاظ ضرورت، مربوط بودن، ساده بودن و واضح بودن تناسب دارد و بخشی از آن را پوشش می‌دهد؟	۱	۱
۹	تا چه حد اهداف و محتوای جلسه نهم با تعریف نظری ارائه شده از درمان به لحاظ ضرورت، مربوط بودن، ساده بودن و واضح بودن تناسب دارد و بخشی از آن را پوشش می‌دهد؟	۱	۱
۱۰	تا چه حد اهداف و محتوای جلسه دهم با تعریف نظری ارائه شده از درمان به لحاظ ضرورت، مربوط بودن، ساده بودن و واضح بودن تناسب دارد و بخشی از آن را پوشش می‌دهد؟	۱	۱
۱۱	تا چه حد اهداف و محتوای جلسه یازدهم با تعریف نظری ارائه شده از درمان به لحاظ ضرورت، مربوط بودن، ساده بودن و واضح بودن تناسب دارد و بخشی از آن را پوشش می‌دهد؟	۱	۱
۱۲	تا چه حد اهداف و محتوای جلسه دوازدهم با تعریف نظری ارائه شده از درمان به لحاظ ضرورت، مربوط بودن، ساده بودن و واضح بودن تناسب دارد و بخشی از آن را پوشش می‌دهد؟	۱	۱
۱۳	تا چه حد اهداف و محتوای جلسه سیزدهم با تعریف نظری ارائه شده از درمان به لحاظ ضرورت، مربوط بودن، ساده بودن و واضح بودن تناسب دارد و بخشی از آن را پوشش می‌دهد؟	۱	۱
۱۴	تا چه حد اهداف و محتوای جلسه چهاردهم با تعریف نظری ارائه شده از درمان به لحاظ ضرورت، مربوط بودن، ساده بودن و واضح بودن تناسب دارد و بخشی از آن را پوشش می‌دهد؟	۱	۱
۱۵	تا چه حد تکلیف‌ها و فعالیت‌های جلسه اول با محتوای جلسه از لحاظ ضرورت، مربوط بودن، ساده بودن و واضح بودن تناسب دارد و آن‌ها را پوشش می‌دهد؟	۱	۱
۱۶	تا چه حد تکلیف‌ها و فعالیت‌های جلسه دوم با محتوای جلسه از لحاظ ضرورت، مربوط بودن، ساده بودن و واضح بودن تناسب دارد و آن‌ها را پوشش می‌دهد؟	۱	۱
۱۷	تا چه حد تکلیف‌ها و فعالیت‌های جلسه سوم با محتوای جلسه از لحاظ ضرورت، مربوط بودن، ساده بودن و واضح بودن تناسب دارد و آن‌ها را پوشش می‌دهد؟	۱	۱
۱۸	تا چه حد تکلیف‌ها و فعالیت‌های جلسه چهارم با محتوای جلسه از لحاظ ضرورت، مربوط بودن، ساده بودن و واضح بودن تناسب دارد و آن‌ها را پوشش می‌دهد؟	۱	۱
۱۹	تا چه حد تکلیف‌ها و فعالیت‌های جلسه پنجم با محتوای جلسه از لحاظ ضرورت، مربوط بودن، ساده بودن و واضح بودن تناسب دارد و آن‌ها را پوشش می‌دهد؟	۱	۱
۲۰	تا چه حد تکلیف‌ها و فعالیت‌های جلسه ششم با محتوای جلسه از لحاظ ضرورت، مربوط بودن، ساده بودن و واضح بودن تناسب دارد و آن‌ها را پوشش می‌دهد؟	۱	۱
۲۱	تا چه حد تکلیف‌ها و فعالیت‌های جلسه هفتم با محتوای جلسه از لحاظ ضرورت، مربوط بودن، ساده بودن و واضح بودن تناسب دارد و آن‌ها را پوشش می‌دهد؟	۱	۱
۲۲	تا چه حد تکلیف‌ها و فعالیت‌های جلسه هشتم با محتوای جلسه از لحاظ ضرورت، مربوط بودن، ساده بودن و واضح بودن تناسب دارد و آن‌ها را پوشش می‌دهد؟	۰/۸۳	۰/۸۳
۲۳	تا چه حد تکلیف‌ها و فعالیت‌های جلسه نهم با محتوای جلسه از لحاظ ضرورت، مربوط بودن، ساده بودن و واضح بودن تناسب دارد و آن‌ها را پوشش می‌دهد؟	۰/۸۳	۰/۸۳
۲۴	تا چه حد تکلیف‌ها و فعالیت‌های جلسه دهم با محتوای جلسه از لحاظ ضرورت، مربوط بودن، ساده بودن و	۱	۱

[Downloaded from journal.rums.ac.ir on 2026-11-12]
[DOR: 20.1001.1.17353165.1399.19.12.7.2]
[DOI: 10.29252/jrums.19.12.1277]

	واضح بودن تناسب دارد و آن‌ها را پوشش می‌دهد؟		
۲۵	تا چه حد تکلیف‌ها و فعالیت‌های جلسه یازدهم با محتوای جلسه از لحاظ ضرورت، مربوط بودن، ساده بودن و واضح بودن تناسب دارد و آن‌ها را پوشش می‌دهد؟	۱	۱
۲۶	تا چه حد تکلیف‌ها و فعالیت‌های جلسه دوازدهم با محتوای جلسه از لحاظ ضرورت، مربوط بودن، ساده بودن و واضح بودن تناسب دارد و آن‌ها را پوشش می‌دهد؟	۱	۱
۲۷	تا چه حد تکلیف‌ها و فعالیت‌های جلسه سیزدهم با محتوای جلسه از لحاظ ضرورت، مربوط بودن، ساده بودن و واضح بودن تناسب دارد و آن‌ها را پوشش می‌دهد؟	۱	۱
۲۸	تا چه حد تکلیف‌ها و فعالیت‌های جلسه چهاردهم با محتوای جلسه از لحاظ ضرورت، مربوط بودن، ساده بودن و واضح بودن تناسب دارد و آن‌ها را پوشش می‌دهد؟	۱	۱
۲۹	تا چه حدی محتوای جلسه اول، در فرآیند تغییر در درمان لز لحاظ ضرورت، مربوط بودن، ساده بودن و واضح بودن نقش دارد و آن را پوشش می‌دهد؟	۱	۱
۳۰	تا چه حدی محتوای جلسه دوم، در فرآیند تغییر در درمان از لحاظ ضرورت، مربوط بودن، ساده بودن و واضح بودن نقش دارد و آن را پوشش می‌دهد؟	۱	۱
۳۱	تا چه حدی محتوای جلسه سوم، در فرآیند تغییر در درمان لز لحاظ ضرورت، مربوط بودن، ساده بودن و واضح بودن نقش دارد و آن را پوشش می‌دهد؟	۱	۱
۳۲	تا چه حدی محتوای جلسه چهارم، در فرآیند تغییر در درمان لز لحاظ ضرورت، مربوط بودن، ساده بودن و واضح بودن نقش دارد و آن را پوشش می‌دهد؟	۱	۱
۳۳	تا چه حدی محتوای جلسه پنجم، در فرآیند تغییر در درمان لز لحاظ ضرورت، مربوط بودن، ساده بودن و واضح بودن نقش دارد و آن را پوشش می‌دهد؟	۱	۱
۳۴	تا چه حدی محتوای جلسه ششم، در فرآیند تغییر در درمان لز لحاظ ضرورت، مربوط بودن، ساده بودن و واضح بودن نقش دارد و آن را پوشش می‌دهد؟	۱	۱
۳۵	تا چه حدی محتوای جلسه هفتم، در فرآیند تغییر در درمان لز لحاظ ضرورت، مربوط بودن، ساده بودن و واضح بودن نقش دارد و آن را پوشش می‌دهد؟	۱	۱
۳۶	تا چه حدی محتوای جلسه هشتم، در فرآیند تغییر در درمان لز لحاظ ضرورت، مربوط بودن، ساده بودن و واضح بودن نقش دارد و آن را پوشش می‌دهد؟	۱	۱
۳۷	تا چه حدی محتوای جلسه نهم، در فرآیند تغییر در درمان لز لحاظ ضرورت، مربوط بودن، ساده بودن و واضح بودن نقش دارد و آن را پوشش می‌دهد؟	۱	۱
۳۸	تا چه حدی محتوای جلسه دهم، در فرآیند تغییر در درمان لز لحاظ ضرورت، مربوط بودن، ساده بودن و واضح بودن نقش دارد و آن را پوشش می‌دهد؟	۱	۱
۳۹	تا چه حدی محتوای جلسه یازدهم، در فرآیند تغییر در درمان لز لحاظ ضرورت، مربوط بودن، ساده بودن و واضح بودن نقش دارد و آن را پوشش می‌دهد؟	۱	۱
۴۰	تا چه حدی محتوای جلسه دوازدهم، در فرآیند تغییر در درمان لز لحاظ ضرورت، مربوط بودن، ساده بودن و واضح بودن نقش دارد و آن را پوشش می‌دهد؟	۱	۱
۴۱	تا چه حدی محتوای جلسه سیزدهم، در فرآیند تغییر در درمان لز لحاظ ضرورت، مربوط بودن، ساده بودن و واضح بودن نقش دارد و آن را پوشش می‌دهد؟	۱	۱
۴۲	تا چه حدی محتوای جلسه چهاردهم، در فرآیند تغییر در درمان لز لحاظ ضرورت، مربوط بودن، ساده بودن و واضح بودن نقش دارد و آن را پوشش می‌دهد؟	۱	۱

بر اساس نتایج جدول ۲، حداقل مقدار CVR برای پرسشنامه ارزیابی جلسه‌های درمان شناختی رفتاری مبتنی بر گسست هیجان و هدف برابر با ۰/۸۳ است. با توجه به این‌که حداقل مقدار CVR قابل قبول برای تعداد ۶ نفر متخصص مقدار ۰/۹۹ است. قسمت‌هایی از پرسشنامه که از این مقدار کم‌تر هستند لازم به اصلاح هستند. هم‌چنین بر اساس نتایج این جدول، حداقل مقدار CVI برای پرسشنامه ارزیابی جلسه‌های درمان شناختی رفتاری مبتنی بر گسست هیجان و هدف برابر با ۰/۸۳ است.

بحث

ابتدا، با توجه به هدف اول پژوهش، مداخله‌ای تدوین شد که از ساختار و فرایند درمان شناختی رفتاری تبعیت می‌کند

[Downloaded from journal.rums.ac.ir on 2026-11-12]
[DOR: 20.1001.1.17353165.1399.19.12.7.2]
[DOI: 10.29252/jrums.19.12.1277]

و محتوای آن بر مبنای شواهد پژوهشی و درمان‌های صورت گرفته در مورد اختلال دوقطبی تدوین گردید. بعد از آماده شدن پروتکل تکنیک‌ها و ساختار جلسات درمان، پروتکل به ۸ نفر از اساتید و متخصصین ارائه شد تا پروتکل را براساس مقیاس ارزیابی راهنماهای درمانی ارزیابی کنند [۲۶-۲۵]. سپس برای بررسی روایی محتوایی به شکل کمی، از CVI استفاده گردید. CVI در این پژوهش ۰/۸۹ به دست آمد که بر این اساس روایی محتوای پروتکل مورد تأیید می‌باشد. سپس در مرحله دوم برای بررسی CVR جلسه‌های درمان، پرسشنامه‌ای با ۴۲ سؤال در اختیار۶ نفر از متخصصین قرار داده شد. جهت محاسبه CVR حداقل مقدار CVR برای تعداد ۶ متخصص مقدار CVR ۰/۹۹ است. همان‌طور که در جدول ۲ دیده می‌شود به جزء سؤال ۱ (جلسه اول)، سؤال ۲۲ (جلسه هشتم) و ۲۳ (جلسه نهم)، تمام سؤال‌های مربوط به "تناسب اهداف و محتوای هر جلسه" و تمام سؤال‌های مربوط به" تناسب تکلیف‌ها و فعالیت‌های هر جلسه با اهداف جلسه "و تمام سؤال‌های مربوط به "تناسب محتوای هر جلسه با فرایند تغییر در هر جلسه" مقدار CVR مورد نیاز برای برآورده شدن روایی را کسب کرده‌اند. لذا درمان شناختی رفتاری مبتنی بر گسست هیجان و هدف دارای روایی درونی کافی از نظر متخصصین می‌باشد. البته تغییرات لازم از نظر متخصصینی که جلسه اول را از نظر "تناسب اهداف و محتوای هر جلسه" و جلسه‌های هشتم و نهم را از نظر " تناسب تکلیف‌ها و فعالیت‌های هر جلسه با اهداف جلسه "حائز روایی بالا نمی‌دانستند، در پروتکل اعمال گردید. چنانچه جدول ۲ نشان می‌دهد، CVI تمام ۴۲ سؤال، بالاتر از ۰/۷۹ می‌باشد و از آن‌جایی که از ۰/۷۹ بالاتر است مورد تأیید است، لذا درمان شناختی رفتاری مبتنی بر گسست هیجان و هدف دارای روایی درونی کافی از نظر متخصصین می‌باشد. با توجه به یافته‌ها می‌توان این‌گونه استنباط کرد که متخصصین در ارزیابی خود معتقد به روایی درمان شناختی رفتاری مبتنی بر گسست هیجان و هدف بودند و به نظر آن‌ها این درمان برای افراد مبتلا به اختلال دوقطبی مؤثر است.

همان طور که پیش‌تر به آن اشاره شد Johnson و Fulford در برنامه هدف که برای جلوگیری از مانیا پیشنهاد کرده‌اند. اثربخشی کاهش درآمیختگی هیجان و هدف برای جلوگیری از مانیا در بیماران دوقطبی را نشان داده‌اند [۲۳] و همچنین درمان شناختی رفتاری مبتنی بر گسست هیجان و هدف در مطالعه ای موردی بر روی یک فرد مبتلا به اختلال دوقطبی مؤثر بوده است [۲۴]. بر این اساس نظر متخصص‌ها در مورد روا بودن درمان شناختی رفتاری مبتنی بر گسست هیجان و هدف همسو با این یافته‌ها است.

در تبیین این یافته‌ها می‌توان اظهار داشت بر مبنای شواهد پژوهشی هیجان‌های منفی دیگری مانند خشم و اضطراب نیز علاوه بر هیجان غم و شادی در افراد مبتلا به اختلال دوقطبی رخ می‌دهند [۳۷-۳۶] و همچنین بر اساس پژوهش‌های صورت گرفته درمان شناختی رفتاری بر کاهش هیجان‌های غم، شادی، اضطراب و خشم [۳۹-۳۸] مؤثر بوده است. از سوی دیگر در راستای پیگیری هدف در افراد مبتلا به اختلال دوقطبی، شواهد نشان می‌دهد طرح درمانی برنامه‌ی هدف زندگی در ثبات خلق بیماران مبتلا به

[Downloaded from journal.rums.ac.ir on 2026-11-12]
[DOR: 20.1001.1.17353165.1399.19.12.7.2]
[DOI: 10.29252/jrums.19.12.1277]

اختلال دوقطبی مؤثر بوده است [۴۱-۴۰] و از آن‌جایی که Johnson و Fulford در برنامه درمانی جلوگیری از مانیا تنظیم هیجان شادی و هدف را در یک درمان به طور همزمان به کار بردند و نشان داده‌اند که کاهش درآمیختگی هیجان مثبت و هدف بر جلوگیری از مانیا مؤثر بوده است [۲۳]. بر این اساس درمان شناختی رفتاری مبتنی بر گسست هیجان و هدف که به گونه ای تدوین شده است که تنظیم هیجان مثبت و منفی و هدف را با هم مدنظر قرار می‌دهد و در واقع تکنیک‌های مختلف تنظیم هیجان غم، شادی، خشم و اضطراب را که پیش‌تر اثربخشی آن‌ها در پژوهش‌ها اثبات شده است، به همراه پیگیری هدف در یک پروتکل واحد با هم به کار می‌گیرد. بر اساس شواهد پژوهشی از نظر متخصصین برای درمان افراد مبتلا به اختلال دوقطبی دارای روایی مطلوبی است. محدود بودن پژوهش حاضر به نظر متخصصین از محدودیت‌های پژوهش حاضر است. لذا پیشنهاد می‌شود که در پژوهش‌های آتی درمان شناختی رفتاری مبتنی بر گسست هیجان و هدف بر روی نمونه‌هایی از افراد مبتلا به اختلال دوقطبی اجرا گردد و اثربخشی آن بررسی گردد.

نتیجه‌گیری

درمان شناختی رفتاری مبتنی بر گسست هیجان و هدف با تأکید بر تنظیم هیجان‌های متفاوتی که فرد مبتلا به اختلال دوقطبی تجربه می‌کند و تأثیراتی که این تنظیم هیجان بر ثبات و پی‌گیری هدف‌های انتخابی افراد مبتلا به اختلال دوقطبی دارد، می‌تواند به عنوان یک درمان تلفیقی مؤثر نقش داشته باشد و با توجه به این‌که روایی درمان شناختی رفتاری مبتنی بر گسست هیجان و هدف از سوی متخصصین چه از نظر مدل نظری و چه از نظر محتوای جلسه‌ها تأیید شد، می‌توان این درمان را در فاز کارآزمایی بالینی برای افراد مبتلا به اختلال دوقطبی به کار برد و اثربخشی آن را به صورت روش مند و کنترل شده بررسی نمود.

تشکر و قدردانی

این پژوهش با همکاری تعدادی از متخصص‌های روان‌پزشک و روان‌شناس بالینی صورت گرفت، از همکاری متخصص‌های گرامی و بزرگواری که در این پژوهش شرکت نمودند، قدردانی می‌کنیم.

References

[1] Beyer DK, Freund N. Animal models for bipolar disorder: from bedside to the cage. *Int. J. Bipolar Disord* 2017; 5(1): 1-26.

[2] Ferrari AJ, Stockings E, Khoo JP, Erskine HE, Degenhardt L, Vos T, et al. The prevalence and burden of bipolar disorder: findings from the

[Downloaded from journal.rums.ac.ir on 2026-11-12]
[DOR: 20.1001.1.17353165.1399.19.12.7.2]
[DOI: 10.29252/jrums.19.12.1277]

M, GHalehbandi M, et al. Degree of recurrence of type I bipolar disorder: a 17 month follow-up of patients with first-episode mania. *Advances IN Cognitive Science* 2006; 3 (8): 33-42. [Farsi]

[8] Najafi-Vosough R, Ghaleiha A, Faradmal J, Mahjub H. Recurrence in patients with bipolar disorder and its risk factors. *Iran J Psychiatry* 2016; 11(3): 173-7. [Farsi]

[9] Gupta RD, Guest JF. Annual cost of bipolar disorder to UK society. *Br J Psychiatry* 2002;180(3): 227-33.

[10] Cloutier M, Greene M, Guerin A, Touya M, Wu E. The economic burden of bipolar I disorder in the United States in 2015. *J. Affect. Disord* 2018 ;226: 45-51.

[11] Kleinman LS, Lowin A, Flood E, Gandhi G, Edgell E, Revicki DA. Costs of bipolar disorder. *Pharmacoeconomics* 2003 ;21(9): 601-622.

[12] Eker F, Harkın S. Effectiveness of six-week psychoeducation program on adherence of patients with bipolar affective disorder. *J. Affect. Disord* 2012; 138(3): 409-16.

Global Burden of Disease Study 2013. *Bipolar Disord* 2016; 18(5): 440-50.

[3] Pouretemad HR, Naghavi HR, Malekafzali H, Noorbala AA, Davidian H, Ghanizadeh A, et al. Prevalence of mood disorders in Iran. *Iran J Psychiatry* 2006; 1(2): 59-64. [Farsi]

[4] Jolfaei AG, Ataei S, Ghayoomi R, Shabani A. High frequency of bipolar disorder comorbidity in medical inpatients. *Iran J Psychiatry* 2019; 14(1): 60-6. [Farsi]

[5] Jolfaei AG, Ghadamgahi P, Ahmadzad-Asl M, Shabani A. Comparison of demographic and diagnostic characteristics of Iranian inpatients with bipolar I disorder to western counterparts. *Iran. J. Psychiatry. Behav. Sci* 2015; 9(2). [Farsi]

[6] Amini H, SHarifi V, Nejati Safa AA, Arbabi M, Tabatabaei M, Alimadadi Z, et al. One year follow-up of patients with bipolar disorder admitted to roozbeh hospital. *Iran. J. Psychiatry Clin. Psychol* 2009; 2(15): 168-74. [Farsi]

[7] Shaabani A, Eftekhar M, Daneshamouz B, Ahmadkhaniha HR, Hakim shoushtari

[Downloaded from journal.rums.ac.ir on 2026-11-12]
[DOR: 20.1001.1.17353165.1399.19.12.7.2]
[DOI: 10.29252/jrums.19.12.1277]

[13] Morriss R, Lobban F, Riste L, Davies L, Holland F, Long R, et al. Clinical effectiveness and acceptability of structured group psychoeducation versus optimised unstructured peer support for patients with remitted bipolar disorder (PARADES): a pragmatic, multicentre, observer-blind, randomised controlled superiority trial. *Lancet Psychiatry* 2016; 3(11): 1029-38.

[14] Lam DH, Watkins ER, Hayward P, Bright J, Wright K, Kerr N, et al. A randomized controlled study of cognitive therapy for relapse prevention for bipolar affective disorder: outcome of the first year. *Arch. Gen. Psychiatry* 2003 ; 60(2): 145-52.

[15] Scott JA, Paykel E, Morriss R, Bentall R, Kinderman P, Johnson T, et al. Cognitive–behavioural therapy for severe and recurrent bipolar disorders: randomised controlled trial. *Br J Psychiatry* 2006; 188(4): 313-20.

[16] Henken HT, Kupka RW, Draisma S, Lobbestael J, Van Den Berg K, Demacker SM, Regeer EJ. A cognitive behavioural group therapy for bipolar disorder using daily mood monitoring. *Behav Cogn Psychother* 2020; 48(5): 515-29.

[17] Frank E, Kupfer DJ, Thase ME, Mallinger AG, Swartz HA, Fagiolini AM, et al. Two-year outcomes for interpersonal and social rhythm therapy in individuals with bipolar I disorder. *Arch. Gen. Psychiatry* 2005; 62(9): 996-1004.

[18] Crowe M, Porter R, Inder M, Carlyle D, Luty S, Lacey C, Frampton C. Clinical effectiveness trial of adjunctive interpersonal and social rhythm therapy for patients with bipolar disorder. *Am. J. Psychother* 2020; 73(3): 107-14.

[19] Aydoğdu BE, Dirik G. Mindfulness Based Cognitive Therapy in Bipolar Disorder. *Psikiyatr. Guncel Yaklasimlar* 2020; 12(1): 16-31.

[20] Deckersbach T, Hölzel BK, Eisner LR, Stange JP, Peckham AD, Dougherty DD, et al. Mindfulness-based cognitive therapy for nonremitted patients with bipolar disorder. *CNS Neurosci Ther* 2012; 18(2): 133-41.

[Downloaded from journal.rums.ac.ir on 2026-11-12]
[DOR: 20.1001.1.17353165.1399.19.12.7.2]
[DOI: 10.29252/jrums.19.12.1277]

[21] Goldstein TR, Axelson DA, Birmaher B, Brent DA. Dialectical behavior therapy for adolescents with bipolar disorder: a 1-year open trial. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 2007; 46(7): 820-30.

[22] Goldstein TR, Fersch-Podrat RK, Rivera M, Axelson DA, Merranko J, Yu H, Brent DA, Birmaher B. Dialectical behavior therapy for adolescents with bipolar disorder: results from a pilot randomized trial. *J Child Adolesc Psychopharmacol* 2015; 25(2): 140-9.

[23] Johnson SL, Fulford D. Preventing mania: A preliminary examination of the GOALS program. *Behav. Ther* 2009; 40(2): 103-13.

[24] Zadehmohamadi F, Sohrabi F, Ashrafi E, Shams J. Case report of treatment of a patient with bipolar II disorder through cognitive behavioral therapy based on the emotion-goal detachment. *J* Fasa *Univ Med Sci* 2020: In press. [Farsi]

[25] Hollon D, Miller IJ, Robinson E. Criteria for evaluating treatment guidelines. *Am Psychol* 2002; 57(12): 1052-9.

[26] American Psychological Association. Criteria for Evaluating Treatment Guidelines. Washington APA; 2021. Available form: http://www.apa.org/ practice/ guidelines/ evaluating.aspx.

[27] Beck AT. Cognitive therapy and the emotional disorders. New York: International Universities Press; 1976.

[28] Ellard KK, Fairholme CP, Boisseau CL, Farchione TJ, Barlow DH. Unified protocol for the transdiagnostic treatment of emotional disorders: Protocol development and initial outcome data. *Cogn Behav Pract* 2010; 17(1): 88-101.

[29] Hayes SC, Strosahl KD, Wilson KG. Acceptance and commitment therapy: The process and practice of mindful change. Guilford Press; 2011.

[30] Leahy RL, Tirch D, Napolitano LA. Emotion regulation in psychotherapy. Tehran, Iran: Arjmand Publication; 2013. [Farsi]

[Downloaded from journal.rums.ac.ir on 2026-11-12]
[DOR: 20.1001.1.17353165.1399.19.12.7.2]
[DOI: 10.29252/jrums.19.12.1277]

[31] Fathi Ashtiani A, Mohammadi B, Fathi Ashtiani M. Psychological Tests. Tehran, Iran: Besat Publication; 2016. [Farsi]

[32] Lawshe CH. A quantitative approach to content validity. *Pers. Psychol* 1975; 28(4): 563-75.

[33] Waltz CF, Bausell BR. Nursing research: design statistics and computer analysis: Davis FA, 1981.

[34] Karami A. introduction to test construction and psychological tests. Tehran, Iran: Ravansanji Publication; 2014. [Farsi]

[35] hajizadeh E, asghari M. statistical methods and analyses in health and biosciences a research methodological approach. First ed. Tehran, Iran: Jahad daneshgahi Publication; 2011. [Farsi]

[36] Vázquez GH, Baldessarini RJ, Tondo L. Co-occurrence of anxiety and bipolar disorders: clinical and therapeutic overview. *Depress* Anxiety 2014; 31(3): 196-206.

[37] Mesbah R, de Bles N, Rius-Ottenheim N, van der Does AW, Penninx BW, van Hemert AM, de Leeuw M, Giltay EJ, Koenders M. Anger and cluster B personality traits and the conversion from unipolar depression to bipolar disorder. *Depress* Anxiety 2021.

[38] Ellard KK, Bernstein EE, Hearing C, Baek JH, Sylvia LG, Nierenberg AA, Barlow DH, Deckersbach T. Transdiagnostic treatment of bipolar disorder and comorbid anxiety using the Unified Protocol for Emotional Disorders: A pilot feasibility and acceptability trial. *J. Affect. Disord* 2017 ;219: 209-21.

[39] Frazier SN, Vela J. Dialectical behavior therapy for the treatment of anger and aggressive behavior: A review. *Aggress Violent Behav* 2014; 19(2): 156-163.

[40] de Andrés RD, Aillon N, Bardiot MC, Bourgeois P, Mertel S, Nerfin F, Romailler G, Gex-Fabry M, Aubry JM. Impact of the life goals group therapy program for bipolar patients: an open study. *J. Affect. Disord* 2006; 93(1-3): 253-57.

[41] Aubry JM, Charmillot A, Aillon N, Bourgeois P, Mertel S, Nerfin F, Romailler G, Stauffer MJ, Gex-Fabry M, de Andrés RD. Long-term impact of the life goals group therapy program for

[Downloaded from journal.rums.ac.ir on 2026-11-12]
[DOR: 20.1001.1.17353165.1399.19.12.7.2]
[DOI: 10.29252/jrums.19.12.1277]

bipolar patients. *J. Affect. Disord* 2012; 136(3): 889-94.

[Downloaded from journal.rums.ac.ir on 2026-11-12]

[DOR: 20.1001.1.17353165.1399.19.12.7.2]

[DOI: 10.29252/jrums.19.12.1277]

Development and Validation of Cognitive Behavioral Therapy Package Based on Detachment of Emotion and Goal for Adjunctive Psychotherapy of Individuals with Bipolar Disorder: A Descriptive Study

F. Zadehmohamadi[1], F. Sohrabi[2], E. Ashrafi[3], J. Shams[4]

Received:18/01/21 Sent for Revision: 30/01/21 Received Revised Manuscript:02/02/21 Accepted:20/02/21

Background and Objectives: Bipolar disorder has a lot of cost for treatment system. Adjunctive psychotherapies are used in treatment of bipolar disorder for reducing signs, preventing recurrence and increasing drug adherence. The aim of current research was developing and validating cognitive behavioral therapy based on detachment of emotion and goal for bipolar disorder.

Materials and Methods: The present research was developed using a descriptive method and based on the theoretical foundations of current treatments and adjunctive treatment. Fourteen cognitive behavioral therapy sessions based on detachment of emotion and goal were developed and their validity was evaluated using the APA Criteria for Evaluating Treatment Guidelines and the Forty-two questionnaire by professors and specialists. Data were analyzed using content validity index (CVI) and content validity ratio (CVR).

Results: CVI in this research in the development phase was 0.89 and CVR for validity of therapy sessions was confirmed for all sessions except sessions 1, 8 and 9 and CVI for therapy sessions was more than 0.79.

Conclusion: Validity of theoretical foundations of cognitive behavioral therapy based on detachment of emotion and goal and form of sessions were confirmed by specialists. According to the research results, specialists believe this treatment can be used as an adjunctive psychotherapy for individuals with bipolar disorder along with drug therapy.

Key words: Cognitive behavioral therapy, Emotion, Goal, Validity, Bipolar disorder

Funding: This study did not have any funds.

Conflict of interest: None declared.

Ethical approval: None declared.

How to cite this article: Zadehmohamadi F, Sohrabi F, Ashrafi E, Shams J. Development and Validation of Cognitive Behavioral Therapy Package Based on Detachment of Emotion and Goal for Adjunctive Psychotherapy of Individuals with Bipolar Disorder: A Descriptive Study. *J Rafsanjan Univ Med Sci* 2021; 19 (12): 1277-92. [Farsi]

۱- PhD Candidate in Clinical Psychology, Dept. of Psychology, Faculty of Humanities, University of Science and Culture, Tehran, Iran, ORCID: 0000-0002-2204-0746

2- Prof. of Clinical Psychology, Faculty of Psychology and Education, Allameh Tabataba'i University, Tehran, Iran ORCID: 0000-0003-0293-6120

(Corresponding Author) Tel: (021) 48393202, Fax:(021) 48393299 E-mail: sohrabi@atu.ac.ir

3- Assistant Prof. of Psychology, Dept., of Psychology, Faculty of Humanities, University of Science and Culture, Tehran, Iran, ORCID:0000000216978471

4- Psychiatrist, Associate Prof., Dept., of Psychiatry, Imam Hossein Hospital, Shahid Beheshti University of Medical Science, Tehran, Iran,ORCID:0000000214615140

[Downloaded from journal.rums.ac.ir on 2026-11-12]

[DOR: 20.1001.1.17353165.1399.19.12.7.2]

[DOI: 10.29252/jrums.19.12.1277]