

اثر گروه درمانی شناختی رفتاری بر پیامد اختلال دو قطبی نوع یک

شهد مسعودی^۱، دکتر سید محمود طباطبایی^۲، دکتر مرتضی مدرس غروی^۳،
دکتر بهرام علی قنبری هاشم آبادی^۴

^۱ کارشناس ارشد روان شناسی بالینی

^۲ استاد روان پزشکی، آستانه‌یار روان شناسی - دانشگاه علوم پزشکی مشهد

^۳ استادیار روان شناسی - دانشگاه فردوسی مشهد

خلاصه

مقدمه: پژوهش حاضر با هدف ارزیابی میزان تأثیر گروه درمانی شناختی رفتاری در افزایش تعیت از درمان دارویی و بهبود عملکرد بین فردی در بیماران مبتلا به اختلال دو قطبی یک انجام شد.

روش کار: آزمودنی‌ها ۳۰ زن مبتلا به اختلال دو قطبی یک پستی در بیمارستان روان پزشکی اسن سینای مشهد بودند که به روش در دسترس انتخاب و به صورت تصادفی در دو گروه آزمایش و شاهد فرار گرفتند. پس از ریزش اولیه، هر گروه شامل ۱۱ نفر بود و هر دو گروه در شرایط یکسان با مقیاس‌های گروه (ب) آزمون کالبفرا و فرم برستاری ارزیابی شدند. گروه آزمایش افزون بر دارودرمانی در ۸ جلسه‌ی گروه درمانی شناختی رفتاری شرکت کردند و گروه شاهد تنها دارو مصرف نمودند. در پایان دوره‌ی درمان غیر دارویی و ۶ ماه پس از آن هر دو گروه بار دیگر ارزیابی شدند. یافته‌های پژوهش با آزمون تحلیل واریانس چند متغیری و تی مستقل تحلیل شدند.

یافته‌ها: گروه درمانی شناختی رفتاری نوام با مصرف دارو به طور معناداری نسبت به دارودرمانی در افزایش تعیت از درمان دارویی (با اطمینان ۹۹٪) و بهبود عملکرد بین فردی بیماران مبتلا به اختلال دو قطبی یک (مقیاس‌های برداشت خوب، اشتراک، تحمل، خوبی‌شن داری، مسئلت پذیری با اطمینان ۹۹٪ و مقیاس اجتماعی شدن با اطمینان ۹۵٪) موثر بوده است.

نتیجه گیری: گروه درمانی شناختی رفتاری به عنوان یک رویکرد درمانی مکمل می‌تواند در افزایش تعیت از درمان دارویی و بهبود عملکرد بین فردی بیماران مبتلا به اختلال دو قطبی یک موثر باشد.

واژه‌های کلیدی: اختلال دو قطبی، دارو درمانی، شناختی رفتاری، عملکرد بین فردی، گروه درمانی

مقدمه

علت یک حالت طبی عمومی و اختلال خلقی ناشی از مصرف مواد تقسیم می‌شوند (۲).

اختلال دو قطبی که به عنوان بیماری شیدایی - افسردگی^۱ نیز شناخته می‌شود، یک اختلال روانی است که باعث ایجاد تغیر غیر عادی در خلق، انرژی و توانایی عملکردی فرد می‌شود. این تغیرات می‌تواند باعث اختلال در روابط بین فردی، عملکرد تحصیلی و شغلی پایین و حتی خودکشی شود (۳). میزان شیوع اختلال دو قطبی یک تقریباً حدود ۱ درصد در طول عمر است.

اختلالات خلقی از شایع ترین اختلالات روان پزشکی هستند که به صورت خلق پایین در دوره‌های افسردگی و یا خلق بالا در دوره‌های شیدایی^۱ نمود پیدا می‌کنند (۱). اختلالات خلقی به اختلالات افسردگی (افسردگی یک قطبی)، اختلالات دو قطبی و دو اختلال مبتنی بر سبب شناسی، اختلال خلقی به

^۱ آدرس مولف مسئول: ایران، مشهد، دانشگاه فردوسی مشهد، دانشکده‌ی علوم تربیتی و روان شناسی

تلفن تماس: ۰۵۱۱-۸۷۸۳۰۰۸. Email:shahed_masoudi@yahoo.com

تاریخ وصول: ۸۶/۱۲/۲۳ تاریخ تایید: ۸۷/۲/۹

². Manic-Depressive

^۱. Mania

معرفی و عرضه‌ی داروهای جدیدتر نیز پیش آگهی بهتری نداشته است (۹). علاوه بر آن بسیاری از بیماران مبتلا به اختلال دو قطبی نگرش و احساسات منفی تسبت به درمان دارویی شان گزارش می‌کنند (نیمن و همکاران ۲۰۰۱، چامیسن ۱۹۹۵، اسکات ۱۹۹۶، به نقل از ۱۰) و بنا بر این همیشه این خطر وجود دارد که بیماران درمان خود را ناتمام بگذارند (۱۰). هم چنین شواهد حاکی از آن است که تعیت درمانی آن‌ها ضعیف است (کک^۱ و همکاران ۱۹۹۸، به نقل از ۱۱). اگرچه درمان دارویی، درمان اصلی برای بیماران مبتلا به اختلال دو قطبی محسوب می‌شود اما تحقیقات در طی ۵ سال گذشته نشان می‌دهد که افزودن مداخلات روانی اجتماعی به برنامه‌ی درمان کارآمدی آن را افزایش می‌دهد (۶). بیشتر بیماران مبتلا به اختلال دو قطبی با مواردی از قبیل: پیامدهای هیجانی ناشی از دوره‌های خلقی، مسائل و مشکلات ایجاد شده توسط دوره‌های قلبی، مشکلات بین فردی، ترس از عود بیماری، اختلال در عملکرد و... دست و پنجه نرم می‌کنند که همگی آن‌ها نیاز به مداخلات روانی اجتماعی دارد (۱۲).

بسیاری از بیماران دو قطبی که برای درمان مراجعه کرده‌اند ممکن است مدتی در طول زندگی‌شان دارای عملکرد خوبی بوده باشد ولی بعد از بیمار شدن برای مدتی قادر به داشتن عملکرد مناسبی نیستند و ممکن است پیامدهای جدی بسیاری را در نتیجه‌ی رفتارها، افکار و خلق‌های نامنظم‌شان تجربه کنند (۱۳). تنها ۴۰ درصد از مبتلایان به اختلال دو قطبی قادر هستند عملکرد اجتماعی خود را مشابه آن چه که قبل از شروع بیماری داشتند حفظ کنند، در حالی که ۲۵ تا ۳۵ درصد از آن‌ها به طور مشخصی کاهش در عملکرد اجتماعی و ۲۵ تا ۳۵ آن‌ها نیز عملکرد اجتماعی بسیار پائین از خود نشان می‌دهند (بلاج و همکاران ۱۹۹۴، کارلسون و همکاران ۱۹۷۴، دیون^{۱۱} و همکاران ۱۹۸۸، هارو^{۱۲} و همکاران ۱۹۹۰، به نقل از ۱۴).

تعدادی از افراد مشهور از قبیل موتزارت^۱، بتهون، ویرجینا ولف^۲، نی اس الیوت^۳، امیلی دیکنسون^۴، ویکتور هوگو و بسیاری دیگر محتملاً از طبق اختلالات دو قطبی رنج می‌برده‌اند (۶).

دانشمندان از طریق مطالعات مختلف به عوامل احتمالی ایجاد کننده‌ی اختلال دو قطبی پی برده‌اند. امروزه بیشتر دانشمندان به این توافق رسیده‌اند که علت واحدی برای اختلال دو قطبی وجود ندارد بلکه عوامل بسیاری در ایجاد این بیماری دخیل هستند (۳). بر این اساس مدل استرس - آسیب پذیری^۵ برای بیماران دو قطبی توسط ویلیامز و هیلی^۶ (۱۹۸۹) ارایه شده است. در این مدل فرض شده است که آسیب پذیری زیستی ارثی در بیماران دو قطبی وجود دارد که موجب بی‌نظمی و بی‌ثباتی چرخه‌های نباتی در آن‌ها می‌شود و این بی‌نظمی نباتی به دنبال وقایع اجتماعی و روزمره‌ی تنفس زا تشیدید می‌شود (مینورز و واترهاوس^۷، ۱۹۸۶، به نقل از ۵).

با این وجود هسته‌ی اصلی و مرکزی تحقیقات و درمان اختلال دو قطبی را مدل زیست شاختی تشکیل می‌دهد. از این جهت در درمان اختلال دو قطبی تقریباً به طور کامل بر درمان دارویی تاکید شده است (۶). تاکنون داروهای مختلفی به عنوان تثیت کننده‌ی خلق معرفی شده‌اند. لیتووم برای اولین بار در سال ۱۹۴۹ توسط کید^۸، روان پژوهش استرالیایی برای درمان این بیماران مورد استفاده قرار گرفت (کاپلان و گرب ۱۹۹۴، گودوبن و زیس^۹، ۱۹۷۹، به نقل از ۷). کاریامازین و والپروات از دهه‌ی ۱۹۷۰ به بعد در درمان این اختلال وارد شدند (۱). با این وجود در موقعیت‌های بالینی روزمره، درمان پیشگیرانه با لیتووم، تنها در ۲۵ تا ۵۰ درصد از بیماران مبتلا به اختلال دو قطبی از وقوع دوره‌های بعدی جلوگیری می‌کند (دیکسون و کندال^{۱۰}، ۱۹۸۶، به نقل از ۸).

- ^۱. Mozart
- ^۲. Wolf
- ^۳. Eliot
- ^۴. Dickinson
- ^۵. Stress - Diathesis Model
- ^۶. Williams and Healy
- ^۷. Minors and Waterhouse
- ^۸. Cade
- ^۹. Goodwin and Zeiss
- ^{۱۰}. Dickson and Kendall

روش کار

پیگیری با دو گروه آزمایش و شاهد انتخاب گردید. آزمودنی‌های پژوهش را ۳۰ بیمار زن مبتلا به اختلال دو قطبی تشکیل می‌دادند که از اوپل آبان الی استفاده سال ۱۳۸۵ در بیمارستان روان پژوهشکی ابن سینا مشهد بستری شده بودند. نمونه‌ها به طور در دسترس انتخاب و به صورت تصادفی در دو گروه آزمایش (۱۵ نفر) و شاهد (۱۵ نفر) قرار گرفتند.

در نهایت پس از رسیدن اولیه (یکی از آزمودنی‌ها در جلسه‌ی دوم از ادامه‌ی درمان امتناع کرد. دو آزمودنی به علت ترخیص از بیمارستان و بازگشت به شهرستان محل سکونت خود، در جلسه‌ی سوم و پنجم از ادامه‌ی درمان انصراف دادند. هم چنین نتایج نتیجه‌های آزمودنی دیگری در گروه آزمایش به علت عدم دسترسی برای پیگیری از فرآیند تحبیل نتایج حذف شد)، هر یک از گروه‌ها متشکل از ۱۱ نفر بود. نحوه‌ی انتخاب بر اساس اجرای مصاحبه‌ی بالینی ساختار یافته برای اختلال‌های محور یک در DSM-IV¹ (SCID²) توسط روان‌شناس بالینی و تشخیص روان پژوهشک بر اساس معیارهای DSM-IV و اطلاعات موجود در پرونده‌ی بیمار صورت پذیرفت و شرایط ورود آزمودنی‌ها در آزمایش دامنه‌ی سنی ۴۰-۲۰ سال، داشتن حداقل تحصیلات سکلر، داشتن ضایعات مغزی، عقب ماندگی ذهنی و توهمندی و هذیان فعال و نیز قرار داشتن بیمار در دوره‌ی بهبود نسبی بود. منظور از بهبود نسبی دوره‌ای است که بیمار علایم حاد ماییا یا علایم سایکوتیک را در بخش نداشته باشد، زیرا بیشترین شواهد در مورد اثر بخشی روان درمانی مربوط به زمانی است که بیمار در دوره‌ی حاد بیماری نیست (۱۳). هم چنین از تشخیص اختلال آن‌ها بیش از ۲ سال نگذشته بود. پس از انتخاب و قرار گرفتن آزمودنی‌ها در گروه‌ها و برقراری رابطه‌ی مطلوب برای جلب همکاری و ارایه‌ی توضیحات لازم و هم چنین کسب رضایت آگاهانه از آزمودنی‌ها جهت شرکت در گروه و انجام آزمون‌ها، ابتدا تمام آزمودنی‌ها در شرایط یکسان به کمک فرم پرسنلی که حاوی سوالاتی مبنی بر نحوه‌ی گرفتن دارو، پذیرش دارو و تبعیت بیماران از درمان

از سوی دیگر با وجود این که پاسخ به درمان دارویی صرف رضایت بخش نیست، به ندرت تأثیرات مداخلات روانی بر روی اختلال دو قطبی مطالعه شده است (۱۵). بر این اساس و با توجه به اهمیت بررسی مداخلات روانی اجتماعی، پژوهش حاضر کاربرد گروه درمانی شناختی رفتاری را به منظور ارزیابی کارآمدی آن در ترکیب با دارودارمانی، در افزایش تبعیت از درمان دارویی و بهبود عملکرد بین فردی در بیماران دو قطبی مورد بررسی قرار می‌دهد.

درمان شناختی رفتاری رشد و توسعه‌ی جدیدی در درمان روان شناختی به شمار می‌آید. با این همه در این مدت کم توائمه است توجه بسیاری از متخصصان بالینی را به خود معطوف سازد (گلدر³، ۱۹۸۸، به نقل از ۱۶). درمان شناختی رفتاری بر این نظریه استوار است که عامل تعیین کننده‌ی رفتار انسان، طرز تفکر او درباره‌ی خود و نفس خود در جهان است. رفتار غیرانطباقی به دلیل وجود افکار ریشه دار و قالبی رخ می‌دهد که می‌تواند منجر به تحریف شناختی با بروز خطاها در تفکر شود. از این نظریه برای اصلاح تحریف شناختی و رفتارهای خودآزارگرانه ناشی از آن‌ها کمک گرفته می‌شود (۱۷). شواهد محکمی برای اثربخشی درمان شناختی رفتاری برای اختلال افسردگی وجود دارد (رس و فوناگی⁴ ۱۹۹۶، گلاجن⁵ و همکاران ۱۹۹۸، به نقل از ۱۸).

هدف این پژوهش نیز بررسی اثر بخشی گروه درمانی شناختی رفتاری در افزایش تبعیت از درمان دارویی و بهبود عملکرد بین فردی در بیماران مبتلا به اختلال دو قطبی بوده است. از سوی دیگر با توجه به آن که از کاربرد درمان گروهی شناختی رفتاری در درمان مشکلات و اختلالات روانی مدت زیادی نمی‌گذرد، پیدا کردن شواهدی در تایید اثربخشی و کارآبی این نوع درمان منجر به تحکیم سودمندی و گسترش کاربرد آن در زمینه‌ی درمان می‌شود.

¹. Harrow

². Gelder

³. Roth and Fonagy

⁴. Gloaguen

هم چنین روایی مقیاس‌ها از طریق بررسی به صورت همسانی درونی و تحلیل عاملی صورت پذیرفت که نتایج مشاهده شده هم خوانی بالایی را با یافته‌های روان‌سنجی گاف نشان داد (۱۹). هر دو گروه طبق معمول درمان دارویی رایج را دریافت می‌کردند. بیماران گروه شاهد هیچ گونه درمان غیردارویی دریافت نکردند اما در گروه آزمایش، آزمودنی‌ها علاوه بر دارو در یک سری جلسات گروه درمانی شناختی رفتاری (۸ جلسه) نیز شرکت کردند. هر جلسه به مدت ۱/۵ ساعت (بین ۱۰ تا ۱۲ ظهر) و به صورت هفته‌ای ۲ جلسه در محل بخش آموزشی زنان بیمارستان روان پژوهشکی این سينا برگزار شد. کلیه ای جلسات با حضور درمانگر (دکترای روان‌شناسی بالینی) و یک کمک درمان گر (کارشناس ارشد روان‌شناسی بالینی) اداره شد. در پایان نیز در شرایط یکسان از تمام آزمودنی‌ها با ابزارهای یادشده پس آزمون به عمل آمد. در نهایت بیماران هر دو گروه بعد از مدت ۶ ماه از اتمام درمان مورد پیگیری قرار گرفتند. نتایج با روش تحلیل واریانس چند متغیری با اندازه گیری‌های مکرر تجزیه و تحلیل گردید. هم چنین برای مقایسه‌ی میانگین‌های پیش آزمون در دو گروه آزمایش و کنترل از روش تی مستقل استفاده شد. پرتوکل هر جلسه‌ی روان‌درمانی گروهی با رویکرد شناختی رفتاری و بر اساس منابع در دسترس تدوین گردید.

جلسه‌ی اول: در این جلسه پس از گزارش درمانی، درباره‌ی اهداف روان‌درمانی گروهی و اثر فعالیت گروهی در حل مشکلات، توضیحاتی توسط درمانگر ارایه شد. سپس مقررات مربوط به گروه بیان شده و از اعضا خواسته شد که ضمن معوفی خود، خلاصه‌ای از تاریخی فعلی، دلیل بسترهای شدن و تاریخچه‌ی بیماری خود بیان کنند. در این جلسه توضیح مقدماتی درباره ماهیت بیماری دو قطبی توسط درمان گر ارایه شد و در نهایت جلسه با ایجاد امید در مراجع و تشویق او به ادامه‌ی درمان خاتمه یافت.

جلسه‌ی دوم: در این جلسه، بعد از درک درست بیمار از

دارویی است و به صورت مقیاس لیکرت ۵ درجه‌ای نمره گذاری شده است و مقیاس‌های گروه ب آزمون کالیفرنیا^۱ شامل برداشت خوب (Gi)، اشتراک (Cm)، تحمل (To)، خویشتن داری (Sc)، اجتماعی شدن (So) و مستولیت پذیری (Re)، توسط روان‌شناس بالینی مورد ارزیابی قرار گرفتند. ضمن این که اطلاعات پرسش نامه به صورت بی‌نام دریافت شده و متنه‌ی رازداری در مورد بیماران توسط درمانگران مورد تأکید قرار گرفت. پرسش نامه‌ی روانی کالیفرنیا^۱ (CPI)، پرسش نامه‌ای شخصی است که برای سنجش ویژگی‌های شخصیتی و در ابعاد تعاملات بین فردی قابلیت اجرا دارد (۱۹).

توجه اصلی CPI به فایده‌ی عملی و کوشش برای تدوین توصیف‌های مناسب، قابل فهم و دقیق برای پیش‌بینی‌های رفتاری معطوف است و چون مفاهیم بنیادی آن از تعامل اجتماعی روزمره گرفته شده‌اند بیشتر مردم آن را به سادگی می‌فهمند و از آن جا که به جنبه‌های جاری رفتار مربوط است تفسیر آن نیز مستقیم بوده و برای آزمودنی قابل فهم می‌باشد (۲۰).

سوالات پرسش نامه‌ی روانی کالیفرنیا به صورت دو گزینه‌ای صحیح و غلط است که آزمودنی با مطالعه‌ی هر عبارت، پاسخ لازم را در پاسخ نامه علامت گذاری می‌کند (۲۱). در این پژوهش از مقیاس‌های گروه ب (مقیاس‌های مربوط به اجتماعی شدن، مستولیت پذیری، ارزش‌های بین فردی و منش) استفاده شده است. در پژوهشی که مهرام و همکاران جهت هنجار یابی و مناسب سازی پرسش نامه‌ی ۴۸۰ ستوالی کالیفرنیا برای شهر مشهد انجام دادند (۱۹)، پایابی مقیاس‌ها از طریق همسانی درونی کودر-ریچاردسون انجام و حداقل و حداکثر پایابی مقیاس‌های ترتیب برابر با ۵۳ درصد در مقیاس استعداد روان‌شناختی و ۸۶ درصد در مقیاس خویشتن داری مشاهده گردید که این ضرایب پایابی با ارزش‌های گزارش شده گاف از فرم اصلی مقیاس، هم خوانی بالایی را نشان داد.

^۱. The California Psychological Inventory

در پایان از اعضا خواسته شد که برنامه‌ی فعالیت روزانه‌ی جدیدی برای خود ساخته و فعالیت‌های روزانه‌ی خود را برابر اساس آن انجام دهنده و تا جلسه‌ی بعدی، هر وقت احساسات ناخوشایندی تجربه کردند، توجه کنند که در آن موقع، چه افکاری از ذهنستان می‌گذرد و حتی المقدور چند مورد را یادداشت کنند.

جلسه‌ی پنجم؛ در این جلسه، درمانگر گروه رابه گونه‌ای هدایت کرد که بیماران به این نتیجه برسند که نحوه‌ی اندیشه‌یدن آنان باعث تحریک احساسات آن‌ها می‌شود. اعضا اندیشه‌یدن آنان را متناسب با عوامل این‌ها می‌دانند. مسیس با مدل A-B-C آشنا شده و اصول آن را آموختند. سپس درباره احساسات منفی و یا پیش از حد اغراق آمیز بیماران (با توجه به تجارب آن‌ها) مسوال شد و به کمک اعضاء، افکار خود آیند منفی یا مشتبه زیر بنای آن احساسات کشف گردیده و بر روی جایگزینی تفکرات منطقی کار شد.

جلسه‌ی ششم؛ از آن جایی که افکار خود آیند در رابطه با خلق هستند، بنا بر این نوع عقاید ایجاد شده در دو حالت شیدایی و افسردگی متفاوت است. در این جلسه تمایز آن‌ها مورد توجه قرار گرفت. انواع تفکرات خود آیند ناکارآمد این دو دوره با مشارکت بیماران با درمان گرفتار شد تا آن‌ها برای تشخیص زنگ خطر شروع بیماری توجه نمایند.

جلسه هفتم؛ پس از بررسی سوالات احتمالی، عوامل عود بیماری دو قطبی و علایم هشدار دهنده‌ی عود با مشارکت اعضا هدایت شده و از بیماران خواسته شد تا تجربیات واقعی خود را در این زمینه بیان کنند. هم چنین شیوه‌ی حل مسئله و نیز تن آرامی همراه با تنفس عمیق به بیماران آموزش داده شد.

جلسه‌ی هشتم؛ ابتدا اشکالات احتمالی بیماران در ارتباط با تن آرامی رفع شد، سپس به کنترل خشم به عنوان یک هیجان و بر اساس مدل A-B-C پرداخته شده و به بیماران کمک شد تا خشم را به عنوان یک عاطفه‌ی طبیعی پذیرنند. سپس به بررسی راهکارهای کنترل خشم با مشارکت اعضاء پرداخته شد. در پایان نیز در مورد اختتام درمان صحبت شده و سعی

دوره‌های بیماری، نشانه‌های اولیه بیماری به کمک اعضا فهرست شده و توسط درمانگر تکمیل گردید. در آخر نیز درباره‌ی تفاوت بین خلق خوب طبیعی، خلق افسرده و شیدایی توضیحاتی ارایه شد. در پایان از اعضا گروه خواسته شد که تا جلسه‌ی بعدی، مشکلاتی را که تاکنون به دلیل نوسانات خلقی ناشی از ابتلا به اختلال دو قطبی داشته‌اند، فهرست کرده و بنویستند که تاکنون از چه شیوه‌هایی برای کاهش آن استفاده کرده‌اند. لازم به ذکر است که پذیرش بیماری، لزوم درمان و تقویت بینش، بخش مهمی از اهداف این جلسه بود.

جلسه‌ی سوم؛ پس از مرور مطالب جلسه‌ی قبل و بررسی تکالیف، پیامدهای بالقوه‌ی برخی از نقصه‌های بزرگ منشأه‌ی بیماران (با توجه به تجارب منفی قلبی آن‌ها) مورد بحث قرار گفت و بیماران برای استفاده از مشورت با دیگران در طول تصمیمات مهم زندگی و استفاده از روش ۴۸ ساعته تشویق گردیدند. هم چنین در این جلسه به اهیت دارو درمانی به عنوان درمان اصلی تاکید شد و از بیماران خواسته شد تا نام داروهایی را که مصرف می‌کنند، بیان کرده و اثرات جانبی نامطلوبی را که در آن‌ها ایجاد می‌کند مورد بحث قرار دهند. ضمن این که به فواید استفاده از آن‌ها به عنوان عوامل پیشگیری کننده تاکید شد. در آخر به نقش بیمار در افزایش کارآیی درمان اشاره شد. هم چنین نحوه‌ی درجه بندی خلق با استفاده از اشکال نمادین آموزش داده شد. جلسه‌ی چهارم؛ در این جلسه در مورد رابطه‌ی بین نوع فعالیت و حالت خلقی بیمار بحث شد و این که نوع فعالیت با حالت خلقی و هم چنین بر عکس حالت خلقی در انتخاب نوع فعالیت‌ها و حجم آن‌ها دخالت دارد. سپس از بیماران در خواست گردید که تجارب خود را در موقعی که در خلق بالا قرار دارند مطرح نموده و بگویند در این وضعیت یشتر به چه کارهایی علاقه مند هستند. هم چنین اثر خواب و خواراک و الگوهای رفتاری آن‌ها در نوسانات خلق با توجه به تجارب شان بررسی شده و عوارض ناشی از عدم تنظیم این برنامه‌ها مورد بحث قرار گرفت.

آزمایش بیشتر شده است. هم چنین نتایج تحلیل واریانس چند متغیری با اندازه گیری های مکرر نمره های پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری مقیاس های گروه (ب) آزمون کالیفرنیا در جدول شماره (۵) ارایه شده است.

جدول ۱- توزیع فراوانی افراد گروه آزمایش و شاهد بر اساس وضعیت تاصل، میزان تحصیلات و دفاتر استری

تفصیر	گروه شاهد	گروه آزمایش	کووه شاهد
مجدد	۶	۵	۵
وضعیت تاصل	۴	۴	۲
متاهر	۱	۱	۳
مطلقه / بیوه			۶
سیکل	۵	۵	۴
میزان تحصیلات	۵	۵	۴
دبلم			۱
دبلم به بالا	۱		
دفاتر استری	۹	۹	۹
۲بار با کمتر			۲
بیشتر از ۲بار	۲		

همان طور که ملاحظه می شود، اندازه ی نتایج F تحلیل واریانس در مورد گروه، زمان و تعامل زمان و گروه در درمانی مقیاس های گروه (ب) آزمون کالیفرنیا تفاوت معناداری را بین گروه ها نشان می دهد و حاکی از اثر بخشی گروه درمانی شناختی رفتاری توازن با دارو در بهبود عملکرد بین فردی در بیماران مبتلا به اختلال دو قطبی است.

هم چنین با توجه به نتایج جدول شماره (۶) تعامل دو متغیر زمان و گروه در پیش آزمون- پس آزمون تمامی مقیاس های گروه (ب) آزمون کالیفرنیا تفاوت معناداری وجود دارد که نشان دهنده ی اثربخشی درمان است اما نتایج تحلیل واریانس پس آزمون- پیگیری این مقیاس ها معنادار نیست و به این معنا است که اثرات درمانی بر روی بهبود عملکرد بین فردی در بیماران مبتلا به اختلال دو قطبی در مرحله ی پیگیری تیز پایدار مانده است.

شدیده مراجع تفہیم شود که پس از این، هر کدام از آنها باید درمان گر خود بوده و آن چه به او آموزش داده شده است را در زندگی واقعی خود پیاده نموده و پیاده گیری های خود را تعمیم بخشد.

در نهایت احساس هر یک از بیماران از تجربه ی گروه، مورد سؤال قرار گرفته و از آنان باز خورد دریافت شد و درمانگر نیز به یک جمع بندی کلی در مورد جلسات پرداخت.

نتایج

بررسی نتایج آزمون های مرسوط به ویژگی های جمعیت شناختی آزمودنی ها نشان می دهد که دو گروه آزمایش و شاهد در خصوصیاتی نظیر سن، تحصیلات، وضعیت تاصل، دفاتر و مدت بستری در بیمارستان تفاوت معناداری ندارند. هم چنین ارزش معناداری به دست آمده از مقایسه ی میانگین نمرات پیش آزمون کلیه ی آزمون ها بیشتر از 0.05 به دست آمده که فرض یکسان بودن گروه ها در پیش آزمون را مورد تایید قرار می دهد. میانگین سنی گروه آزمایش $26/45$ سال و میانگین سنی گروه شاهد $27/23$ سال می باشد. نتایج مربوط به ویژگی های جمعیت شناختی آزمودنی ها در جداول (۱) و (۲) ارایه شده است. نتایج تحلیل واریانس چند متغیری با اندازه گیری های مکرر نمره های پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری فرم پرستاری در جدول شماره (۳) ارایه شده است.

نتایج حاصل نشان می دهد که تعامل دو متغیر زمان و گروه معنی دار است. با توجه به این که شاخص F حاصل از تعامل دو متغیر ($16/34$) با درجه ی آزادی (۲) در سطح 0.99 معنادار است (سطح معناداری 0.001 است)، بنا بر این اثر تعاملی دو متغیر معنی دار بوده و مشخص می گردد گروه درمانی شناختی رفتاری توازن با دارو درمانی به طور معنی داری بیش از دارو درمانی در افزایش تبعیت از درمان دارویی در بیماران دو قطبی موثر است. هم چنین نتایج جدول (۴) نشان دهنده ی تأثیر زمان در میزان اثر روش درمانی است، به این معنا که با گذشت زمان میزان تبعیت از درمان در گروه

جدول ۲- میانگین و انحراف معیار داده‌ها و مقایسه‌ی میانگین‌های پیش آزمون در دو گروه آزمایش و شاهد

P	t	گروه شاهد		گروه آزمایش		آزمون‌ها
		انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	میانگین	
-0.73	-0.99	5/72	9/81	3/45	7/81	پیش آزمون
		4/96	8/45	5/98	12/93	پس آزمون
		4/82	8/45	5/100	12/36	پیگیری
+0.70	-0.78	1/57	5/19	1/77	4/81	پیش آزمون
		2/72	2/27	1/40	5/81	پس آزمون
		2/12	4/19	1/16	6/18	پیگیری
-0.51	-0.66	4/25	8/54	3/41	7/45	پیش آزمون
		4/51	9/19	4/51	12/81	پس آزمون
		3/14	7/19	4/92	12/36	پیگیری
+0.12	-1/81	7/19	15/91	3/79	12/10	پیش آزمون
		8/46	12/63	5/62	17/54	پس آزمون
		5/84	12/81	6/16	17/10	پیگیری
-0.41	-0.84	4/93	11/10	3/55	4/45	پیش آزمون
		6/76	10/16	4/18	11/36	پس آزمون
		6/21	10/27	4/08	11/36	پیگیری
-0.43	-0.70	4/65	8/93	2/50	7/34	پیش آزمون
		4/41	8/19	2/04	9/90	پس آزمون
		4/15	7/93	2/97	10/18	پیگیری
-0.42	-0.81	4/18	21/45	2/24	20/10	پیش آزمون
		3/74	22/63	3/95	25/27	پس آزمون
		4/79	20/10	4/29	25/72	پیگیری

GI: مقیاس برداشت خوب در آزمون کالیفرنیا Cm: مقیاس اشتراک در آزمون کالیفرنیا To: مقیاس تحمل در آزمون کالیفرنیا Sc: مقیاس خوبیشن داری در آزمون کالیفرنیا

Sc: مقیاس اجتماعی شدن در آزمون کالیفرنیا Re: مقیاس مستولیت پیگیری در آزمون کالیفرنیا M.A: میزان تعیت از درمان دارویی در فرم برستاری

جدول ۳- نتایج تحلیل واریانس چند متغیری میزان تعیت از درمان دارویی با توجه به نمرات فرم برستاری بیماران دو قطعی

شاخص‌ها				متغیرها
سطح معنا داری	F	درجه‌ی آزادی		
-0.17	1/98	1	گروه (آزمایش - شاهد)	
-0.00	13/57	2	زمان (پیش آزمون -	
-0.00	16/34	2	پس آزمون - پیگیری)	
			تعامل زمان و گروه	

جدول ۴- بررسی نتایج تحلیل واریانس پیش آزمون-پس آزمون-پیگیری میزان تعیت از درمان دارویی (فرم برستاری) بیماران دو قطعی

شاخص‌ها				متغیر
سطح معنا داری	F	درجه‌ی آزادی	تعامل زمان و گروه	
-0.04	16/46	1	پیش آزمون- پس آزمون	
-0.02	6/20	1	پس آزمون- پیگیری	

جدول ۵- نتایج تحلیل واریانس چند متغیری عملکرد بین فردی با توجه به نمرات مقیاس‌های گروه (ب) آزمون کالیفرنیا در بیماران دو قطبی

آزمون‌ها	درجه‌ی آزادی						آزمون‌ها
	گروه*	زمان**	تعامل زمان و گروه	گروه*	زمان**	تعامل زمان و گروه	
مقیاس برداشت عرب (Gi)	-	-	-	-	-	-	-
مقیاس اشتراک (Cm)	۲	۲	۲	۲	۲	۲	۱
مقیاس تحمل (To)	۲	۲	۲	۲	۲	۲	۱
مقیاس خویش‌داری (Sc)	۲	۲	۲	۲	۲	۲	۱
مقیاس اجتماعی‌شد (So)	۲	۲	۲	۲	۲	۲	۱
مقیاس مستویت پذیری (Re)	۲	۲	۲	۲	۲	۲	۱

* آزمایش-شاهد ** پیش آزمون-پس آزمون-پیگیری

جدول ۶- نتایج تحلیل واریانس پیش آزمون-پس آزمون و پس آزمون-پیگیری عملکرد بین فردی (مقیاس‌های گروه ب آزمون کالیفرنیا) بیماران دو قطبی بک

آزمون‌ها	درجه‌ی آزادی						آزمون‌ها
	پیش آزمون	پس آزمون	تعامل زمان و گروه	پیش آزمون	پس آزمون	تعامل زمان و گروه	
مقیاس برداشت عرب (Gi)	-	-	-	-	-	-	-
مقیاس اشتراک (Cm)	۱	۱	۱	۱	۱	۱	۱
مقیاس تحمل (To)	۱	۱	۱	۱	۱	۱	۱
مقیاس خویش‌داری (Sc)	۱	۱	۱	۱	۱	۱	۱
مقیاس اجتماعی‌شد (So)	۱	۱	۱	۱	۱	۱	۱
مقیاس مستویت پذیری (Re)	۱	۱	۱	۱	۱	۱	۱

بحث و نتیجه گیری

درمان شناختی رفتاری و مداخله‌ی روانی آموزشی با درمان‌های دارویی به بهبود تعیت از درمان کمک می‌کند (۲۲). هم‌چنین پژوهش هیرشفلد و همکاران (۱۹۹۸) نشان داد برنامه‌ی گروهی شناختی رفتاری در کاهش نشانه‌ها و جلوگیری از عود و افزایش تعیت از درمان دارویی موفق بوده است (۱۱).

پاتلیس-سیوتیس و همکاران (۲۳) نیز در پژوهش خود به این نتیجه دست یافته‌اند که اضافه ساختن درمان‌گروهی شناختی رفتاری به درمان دارویی استاندارد شده، مورد پذیرش بیماران قرار گرفت و تقریباً ۸۰ درصد بیماران از درمان پیروی کردند. در مطالعه‌ی دیگری که اثربخشی درمان شناختی در اختلال دو قطبی مورد بررسی قرار گرفت، نتایج نشان داد که این درمان به همکاری بهتر در درمان دارویی منجر شد (۲۴). هم‌چنین کوچن طبی مطالعه‌ی خود نشان داد که درمان شناختی منجر به افزایش پیروی از لیتیوم در بیماران مبتلا به اختلال

یکی از اهداف پژوهش حاضر، بررسی اثربخشی گروه درمانی شناختی رفتاری توأم با دارودرمانی در افزایش تعیت بیماران دو قطبی از درمان دارویی بوده است. با توجه به نتایج آزمون تحلیل واریانس چند متغیری با اندازه‌گیری‌های مکرر که در جدول شماره (۴) آرایه شده است، اثر تعاملی دو متغیر معنا دار بوده است، لذا پژوهش حاصل نشان دهنده‌ی اثربخشی مداخله‌ی درمانی (گروه درمانی شناختی رفتاری)، تاثیر زمان در میزان اثر روش درمانی و اثر تعامل زمان و گروه در شاخص افزایش تعیت از درمان دارویی است و مشخص می‌گردد گروه درمانی شناختی رفتاری توأم با دارو درمانی به طور معنا داری بیش از دارو درمانی در افزایش تعیت از درمان دارویی در بیماران دو قطبی موثر است که نتایج فوق با یافته‌های پژوهش‌های دیگر در این زمینه، همسو می‌باشد. از جمله پژوهش گونزالز-پیتو و همکاران که نشان داد ادغام

بر رویکردهای مقابله‌ای و مشکلات بین فردی، افزایش قضاوت اجتماعی بیماران را در برداشت (۸).

لام و همکاران (۲۶) نیز در پژوهش خود نشان دادند که درمان شناختی به طور قابل توجهی باعث بهبود عملکرد اجتماعی و مهارت‌های مقابله‌ای برای مشکلات مرتبط با بیماری، در بیماران دو قطبی شده است.

اسکات، گارلند و مورهد نشان دادند که درمان شناختی در اختلالات دو قطبی، بهبود قابل توجهی را در کارکرد بیماران دو قطبی نسبت به گروه کنترل در برداشته است (۲۶). با توجه به آن‌چه بیان شد داده‌های مطالعات مقدماتی درمان شناختی رفتاری توان با دارو درمانی برای اختلال دو قطبی امیدوار کننده هستند اما برای تایید اثربخشی درمان شناختی رفتاری در اختلال دو قطبی، پژوهش‌های بالینی بیشتری لازم است، ضمناً این مطالعه روی جمعیت ایرانی و با توجه به ویژگی‌های روانی اجتماعی بیماران در بافت فرهنگی جامعه‌ی ایرانی تا کون انجام نشده بود، لذا نتایج این پژوهش می‌تواند ضمن تایید پژوهش‌های قبلی تلویحات ضمنی در مورد چگونگی اجرای این شیوه‌ی درمانی روی جمعیت ایرانی داشته باشد.

هم‌چنین نتایج بایستی مورد حمایت بیشتری قرار گیرد تا توجه بین المللی را در آزمودن اثربخشی مداخلات روانی اجتماعی در این حیطه‌ها افزایش دهد. مطالعه‌ی حاضر دارای محدودیت‌های نیز می‌باشد از جمله می‌توان به حجم کوچک گروه نمونه اشاره کرد که در تعیین نتایج، اشکالاتی ایجاد می‌کند. محدودیت زمانی اجرای پژوهش به علت مدت کم بستره بیماران، باعث شد که جلسات هفته‌ای دوبار تشکیل گردد و فرصت بیشتری برای تحلیل و تمرین مطالب آموخته شده وجود نداشته باشد.

از محدودیت‌های دیگر این پژوهش اختصاص آزمودنی‌ها به یک جنس (مونث) بود که نتایج آن صرفاً قابل تعمیم به زنان می‌باشد. تحلیل نتایج در مقیاس‌های مختلف این پژوهش نشان داد که آزمودنی‌های گروه آزمایش که گروه درمانی شناختی رفتاری توان با دارو درمانی را دریافت کردند، بهبودی بیشتری را در همه مقیاس‌های این پژوهش نسبت به گروه

دو قطبی شده است (۲۵). کلارکین و همکاران (۱۹۹۸) نیز نایر بیشتر مداخلات روانی اجتماعی توان را در سازگاری اجتماعی و پیروی از درمان دارویی، در مقایسه با گروه شاهد (دارودارمانی) نشان دادند (۸).

بررسی اثربخشی گروه درمانی شناختی رفتاری توان با دارو درمانی در بهبود کیفیت زندگی و عملکرد بین فردی بیماران دو قطبی، یکی دیگر از هدف‌های پژوهش حاضر بوده است. با توجه نتایج آزمون تحلیل واریانس چند متغیری با اندازه گیری‌های مکرر که در جدول شماره (۵) ارایه شده است، اندازه‌ی تابع F تحلیل واریانس در مورد تعامل زمان و گروه در تمامی مقیاس‌های گروه (ب) آزمون کالیفرنیا، تفاوت معناداری را بین گروه‌های نشان می‌دهد (مقیاس‌های Re, Sc, To, Cm, Gi با اطمینان ۰/۹۹ و مقیاس Sc با اطمینان ۰/۹۵) و حاکی از اثربخشی گروه درمانی شناختی رفتاری توان با دارودارمانی و اثر تعاملی زمان و گروه در شاخص بهبود عملکرد بین فردی بیماران است. هم‌چنین نتایج به دست آمده از جدول شماره (۶) نشان می‌دهد که تفاوت معناداری بین پس آزمون و پیگیری وجود ندارد و در نتیجه اثرات درمانی بر بهبود عملکرد بین فردی در بیماران مبتلا به اختلال دو قطبی در مرحله‌ی پیگیری نیز بايدار مانده است. با توجه به موارد فوق، پژوهش حاضر نشان داد که گروه درمانی شناختی رفتاری توان با دارو درمانی، عملکرد بین فردی بیماران دو قطبی را بیش از دارو درمانی (به تهایی)، افزایش داده است. نتایج این پژوهش همسو با پژوهش پاتلیس سیویس و همکاران می‌باشد که نشان داد اضافه ساختن درمان گروهی شناختی رفتاری به درمان دارویی استاندارد مورد پذیرش بیماران قرار گرفت و باعث افزایش چشمگیری در عملکرد روانی اجتماعی بیماران در انتهای درمان شد (۲۳).

پری و همکاران (۱۹۹۹) در پژوهش خود به این نتیجه دست یافته‌ند که استفاده از راه کارهای شناختی - رفتاری در بیماران دو قطبی به طور قابل توجهی باعث بهبود عملکرد اجتماعی و عملکرد شغلی بیماران می‌شود (۸). هم‌چنین پالمر و همکاران در مطالعات خود نشان دادند که درمانی شناختی با تمرکز

References

1. Kapalan H, Sadock B. [The handbook of psychiatry, behavioral sciences/psychiatry]. Poorakar N, (translator). ۱st ed. Tehran: Shahrab; 2004: 105-14. (Persian)
2. American psychiatric association. [Guide for investigation and analysis of mental disorders (DSM IV)]. Naeemian MR, Madahati MI, Aliahyan AA, Biabangard I. (translators). Tehran: Shahed University; 2001: 547-50. (Persian)
3. Melissa S. Bipolar disorder. 1st ed. USA: NIH; 2002: 1-12.
4. Leahy RL, Olfert L. Bipolar disorder. [cited 2003] Available from: <http://www.cognitivetherapy.com>
5. Bahrami F, Nikyar HR. [Behavioral-cognitive treatments for bipolar disorders]. 1st ed. Isfahan: Zaretsky A. Targeted psychosocial intervention for bipolar disorder. Bipolar Disord 2003; 5(2): 80-7.
6. Zaretsky SM. A casebook of cognitive behavior therapy for bipolar disorder. Br J Psychiatry 1995; 167: 581-8.
7. Choromiszadeh SMA, Fakhari A. [Comparison of effects of lithium, carbamazepine and valproate in treatment of acute phase of classic mania]. Journal Andechsheh Rafsanjani 2000; 4(4): 4-9. (Persian)
8. Scott J. A casebook of acute phase of classic mania. New York: Brunner-Routledge Taylor and Francis group; 2002: 236-64.
9. Scott J. Cognitive behavior therapy for bipolar disorder. Br J Psychiatry 1995; 167: 581-8.
10. Newman CF. Cognitive behavior therapy 1995; 167: 581-8.
11. Otto MW, Reilly Hartington N, Sachse GS. Psychoeducation and cognitive behavioral strategies in the management of bipolar disorder. J Affect Disord 2003; 73: 171-81.
12. Goodman F, Jamison K. Manic depressive illness. 1st ed. New York: Oxford University; 1990: 282-321.
13. Lam DH, Jones SH, Harvard P, Bright JA. Cognitive therapy for bipolar disorder. A therapist's guide to concept, methods, and practice. 1st ed. England: John Wiley and Sons; 1999: 320.
14. Denis de Andrade R, Allion N, Baridio MC, Bourgeois P, Meriel S, Neffrin F, et al. Impact of the life goals group therapy program for bipolar patients: An open study. J Affect Disord 2006; 93: 253-7.
15. Huxley NA, Parkh SV, Baldessarini RJ. Effectiveness of psychosocial treatments in bipolar disorder: State of the evidence. Harvard review of psychiatry 2000; 8(3): 126-40.
16. Howton K, Salikous Case K. [Cognitive behavioral treatment: Guide of mental disorders]. Grant Research, Mashhad: Ferdowsi University Sharif J, Sarmand M. [Kaiifoma mental questionnaire for Mashhad]. Tehran: Arjmand; 2007: 463-5. (Persian)
17. Sadock BJ, Sadock V. [The handbook of clinical psychiatry]. Arjmand; 2005: 15-30. (Persian)
18. Jones S. Psychotherapy of bipolar disorder: A review. J Affect Disord 2004; 80: 101-14.
19. Mahram B, Talebian Sharif J, Sarmand M. [Kaiifoma mental questionnaire for Mashhad]. Grant Research, Mashhad: Ferdowsi University Sharif J, Sarmand M. (translators). 1st ed. Tehran: Arjmand; 2007: 463-5. (Persian)
20. Groth-Marmat G. [Guide of mental analysis for psychologists, consultants, psychiatrists]. Pashia research, Mashhad: Ferdowsi University Sharif J, Sarmand M. (translators). 1st ed. Tehran: Arjmand; 2006: 663-747. (Persian)
21. Amastasy A. [Psychometry]. Barahani MN. (translators). 1st ed. Tehran: Arjmand; 2006: 663-747. (Persian)
22. González Piñeiro A, González C, Enjuato S, Femández de Corres B, López P, Palomo J, et al. Psyche 562-6. (Persian)
23. Patelis Siotis L, Young LT, Robb JC, Mattoot M, Beilming PJ, Cox LC, et al. Group cognitive behavioral education and cognitive behavioral therapy in bipolar disorder. Acta Psychiatric Scand 2004; 109: 83-90.
24. Lam DH, Bright J, Jones S, Hayward P, Schuck N. Cognitive therapy for bipolar illness: A pilot study of relapse prevention. Cognit Ther Res 2000; 24: 503-20.
25. Cochran RS. Preventing medical non-adherence in the outpatient treatment of bipolar affective disorders. J Consult Clin Psychol 1984; 52: 873-8.
26. Scott J, Garfield A, Moorehead S. A pilot study of cognitive therapy in bipolar disorders. J Psychol Med 2001; 31: 459-67.

سیمین میرزایی
دانشجوی کارشناسی ارشد روان‌شناسی
دانشگاه علم و تکنولوژی آزاد اسلامی
تهران، ایران
ایمیل: s.mirzayi@azad.ac.ir



دانشگاه علوم پزشکی مشهد

مجله

اصول بهداشت روانی

زمستان ۱۳۸۷ ، سال دهم ، شماره ۴ (پیاپی ۴۰)

مهارت قاطعیت و مصرف اکستاتاسی در بین نوجوانان

تعیمه سید قاطمی ، فاطمه خوشنوای فومنی ، نسرین بهبهانی ، فاطمه حسینی

فرابانی آسیب‌شناسی روانی در معلمین مدارس ابتدایی شهر کرد

پروین محمدی ، فاطمه کواری ، دکتر علی اکبر حق‌دوست ، سکینه محمدعلیزاده ، علی‌قاسم امیری‌پور

رابطه‌ی ویژگی‌های شخصیت و سلامت روان‌شناختی با توجه آگاهانه به حال در دانشجویان

سلمان عبدالی ، دکتر جلیل باباپور خیرالدین ، الله صادری اسکویی

اثر کروهدرمانی شناختی رفتاری بر بیامد اختلال دوقطبی نوع یک

شاهد مسعودی ، دکتر سید محمود طباطبایی ، دکتر عرضی مدرس غروی

دکتر بهرام علی‌قنبی‌هاشم‌آبادی

بررسی مورد شاهدی افسردگی در بیماران بستری با آنژین ناپایدار قلبی

دکتر علی طلایی ، دکتر امیر‌محمد‌هاشم‌اثنی‌عشری ، دکتر فاطمه محرزی

دکتر امیر رضایی‌اردانی ، دکتر مهرزاد میر‌شجاعیان

تعیین عوامل روان‌شناختی و اجتماعی پدیدآیی استرس در بیماران مولتیپل اسکلروزیس

فرگس محمدی رزوه ، دکتر حمید افشار

میزان شیوع اختلالات روان‌پزشکی در زندانیان زندان مرکزی سندž

دکتر مدیر آراسته ، دکتر بیان شریفی سقر

اثربخشی درمان شناختی رفتاری و درمان دارویی بر علایم اضطراب و

تکائیشکری مردان مبتلا به اختلال شخصیت مرزی

جواد اکبری ، دکتر حمید‌رضا آقامحمدیان ، دکتر بهرام علی‌قنبی‌هاشم‌آبادی