

## مقاله‌ی پژوهشی

## اثربخشی گروه‌درمانی شناختی-رفتاری بر افسردگی، اضطراب و عزت نفس بیماران مبتلا به اختلال دوقطبی نوع یک

## خلاصه

**مقدمه:** اختلال دوقطبی یک بیماری روان‌پزشکی مزمن و ناتوان‌کننده است که میزان شیوع نوع یک آن، ۱/۴ تا ۱/۶ درصد است. هدف از این پژوهش بررسی اثربخشی گروه‌درمانی شناختی-رفتاری بر افسردگی، اضطراب و عزت نفس بیماران مبتلا به اختلال دوقطبی نوع یک پس از تثبیت فاز حاد می‌باشد.

**روش کار:** جامعه‌ی آماری این کارآزمایی بالینی شامل تمام بیماران مرد با تشخیص اختلال خلقی دوقطبی نوع یک بستری در بخش‌های بیمارستان روان-پزشکی ابن‌سینای مشهد در سال ۱۳۹۰ بودند که با درمان دارویی فاز حاد در آن‌ها تثبیت شده بود. از میان این بیماران، ۳۰ نفر به صورت نمونه‌گیری در دسترس انتخاب و به طور تصادفی به ۲ گروه ۱۵ نفری آزمون و شاهد تقسیم شدند. گروه آزمون تحت گروه‌درمانی شناختی-رفتاری ۱۰ جلسه‌ای و گروه شاهد تحت درمان گروهی حمایتی غیر ساختاریافته قرار گرفتند. آزمون‌های افسردگی و اضطراب بک و عزت نفس آیزنک برای تمام بیماران، قبل، بلافاصله بعد و ۲ ماه و ۶ ماه بعد از اتمام جلسات تکمیل شد. داده‌ها با شاخص‌های توصیفی و آزمون تحلیل کواریانس و تی مستقل با نرم‌افزار SPSS نسخه‌ی ۱۹ تحلیل شدند.

**یافته‌ها:** بعد از گروه‌درمانی شناختی-رفتاری، میزان افسردگی و اضطراب در پایان درمان و دو ماه و شش ماه پی‌گیری، کاهش معنی‌داری نسبت به گروه شاهد نشان داد ( $P < 0.05$ ) اما افزایش در میزان عزت نفس در پایان درمان و دوره‌ی پی‌گیری، معنی‌دار نبود.

**نتیجه‌گیری:** رویکرد گروه‌درمانی شناختی-رفتاری به عنوان یک درمان موثر برای کاهش افسردگی و اضطراب بعد از تثبیت فاز حاد در کنار درمان‌های دارویی برای بیماران مبتلا به اختلال دوقطبی نوع یک می‌تواند مد نظر قرار گیرد و می‌توان در بازتوانی بالینی این بیماران، از آن کمک گرفت.

**واژه‌های کلیدی:** اختلال دوقطبی، افسردگی، اضطراب، عزت نفس، گروه-درمانی شناختی-رفتاری

شهره جنتی

کارشناس ارشد روان‌شناسی بالینی، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد تربت جام، تربت جام، ایران

فرهاد فریدحسینی

دانشیار روان‌پزشکی، مرکز تحقیقات روان-پزشکی و علوم رفتاری، دانشگاه علوم پزشکی مشهد، مشهد، ایران

امین کاشانی

کارشناس ارشد روان‌شناسی بالینی، مرکز تحقیقات روان‌پزشکی و علوم رفتاری، دانشگاه علوم پزشکی مشهد، مشهد، ایران

\*حمید سینی

کارشناس ارشد روان‌شناسی بالینی، مرکز تحقیقات روان‌پزشکی و علوم رفتاری، دانشگاه علوم پزشکی مشهد، مشهد، ایران

\*مؤلف مسئول:

مرکز تحقیقات روان‌پزشکی و علوم رفتاری،

بیمارستان ابن‌سینا، مشهد، ایران

seyfih2@mums.ac.ir

تاریخ وصول: ۹۵/۰۱/۱۹

تاریخ تایید: ۹۵/۰۸/۱۷

## پی‌نوشت:

این مطالعه برگرفته از پایان‌نامه‌ی کارشناسی ارشد بوده که توسط گروه روان‌شناسی دانشگاه آزاد اسلامی تربت جام تایید و با کد 2015080518937N2 در سایت کارآزمایی‌های بالینی ایران به ثبت رسیده و با منافع نویسندگان ارتباطی نداشته است. از تمام افرادی که در انجام این مطالعه یاری رساندند، هم‌چنین از همکاری شرکت‌کنندگان محترم، سپاسگزاری می‌گردد.

**مقدمه**

اختلال دوقطبی، یک بیماری روان‌پزشکی مزمن و ناتوان‌کننده است که میزان شیوع نوع بیک آن، ۱/۴ تا ۱/۶ درصد و نوع دو، تقریباً ۵ درصد است. این اختلال با میزان چشمگیر ناخوشی همراه است به خصوص به دلیل این که بیماران دوره‌های بیماری طولانی‌تر و در مقایسه با دیگر بیماران خلقی، دوره‌های بهبود کمتری دارند (۱). اختلال دوقطبی که به عنوان بیماری شیدایی-افسردگی نیز شناخته می‌شود باعث تغییر غیر عادی در خلق، انرژی و توانایی عملکردی فرد می‌شود (۲،۳). با توجه به این مسایل، سازمان بهداشت جهانی در سال ۱۹۹۰ اختلال دوقطبی را ششمین علت ناتوانی مادام‌العمر در سازگاری افراد سنین ۱۵ تا ۴۴ سال جهان رتبه‌بندی کرده است (۴). بنابراین به نظر می‌رسد که اولین هدف درمانی در اختلال دوقطبی، درمان مرحله‌ی حاد بیماری و جلوگیری از بازگشت آن است.

اگر چه استفاده از تثبیت‌کننده‌های خلقی مانند لیتیم و کاربامازپین در فرونشاندن مرحله‌ی حاد بیماری و تثبیت آن موثرند، خیلی از بیماران، بازگشت دوره‌ها و عود را تجربه می‌کنند (۵). با این وجود در موقعیت‌های بالینی روزمره، درمان پیشگیرانه با لیتیم، تنها در ۲۵ تا ۵۰ درصد از بیماران مبتلا به اختلال دوقطبی از وقوع دوره‌های بعدی جلوگیری می‌کند (۶). معرفی و عرضه‌ی داروهای جدیدتر نیز پیش‌آگهی بهتری نداشته است (۷). علاوه بر آن بسیاری از بیماران مبتلا به اختلال دوقطبی، نگرش و احساسات منفی نسبت به درمان دارویی گزارش می‌کنند. بنابراین همیشه این خطر وجود دارد که بیماران درمان خود را ناتمام بگذارند (۸). هم‌چنین شواهد حاکی از آن است که پی‌گیری درمانی طی ۱۲ ماهه‌ی نخست درمان، در نیم تا دو سوم از بیماران، ضعیف است (۹).

اگر چه درمان دارویی، درمان اصلی اختلال دوقطبی محسوب می‌شود اما تحقیقات در طی ۵ سال گذشته نشان می‌دهد که افزودن مداخلات روانی-اجتماعی به برنامه‌ی درمان، کارآمدی آن را افزایش می‌دهد (۱۰). بیشتر بیماران مبتلا به اختلال دوقطبی با مواردی از قبیل پیامدهای هیجانی ناشی از دوره‌های خلقی، مشکلات ایجاد شده توسط دوره‌های قبلی، مشکلات بین فردی، ترس از عود بیماری، اختلال در عملکرد و ... دست و پنجه نرم می‌کنند که همگی آن‌ها نیاز به مداخلات روانی اجتماعی دارند (۱۱). از سوی دیگر با وجود این که پاسخ به درمان دارویی به تنهایی، رضایت‌بخش نیست، به ندرت تاثیرات مداخلات روانی بر روی اختلال دوقطبی مطالعه شده است (۱۲). باورهای واسطه-ای و افکار ناکارآمد که طیف گسترده‌ای از تجربیات بیماران را دربر می‌گیرد باعث مزمن شدن مشکلات و ایجاد ساختارهای شناختی فراگیر در مورد خود و بیماری می‌شوند و درمان‌های شناختی در شناخت این

افکار و باورها موثر هستند و می‌تواند بار هیجانی آن‌ها را کاهش دهند (۱۳). از میان درمان‌های روان‌شناختی مطرح برای اختلال دوقطبی که از نظر تجربی آزموده شده‌اند، درمان شناختی‌رفتاری به چندین دلیل مورد توجه واقع می‌شود. مورد اول ماهیت آموزش روانی آن است که از طریق ارتقا بخشیدن، بازنگری و خودتنظیمی، آن را برای درمان این اختلال مزمن و عودکننده، مناسب می‌گرداند. دوم، کارایی اثبات شده‌ی آن در افزایش پای‌بندی به درمان دارویی است. این مورد به خصوص از این جهت مفید است که عدم پای‌بندی به درمان دارویی به طور معمول بیش از ۵۰ درصد است. سوم، کارایی اثبات شده‌ی آن در جلوگیری از عود افسردگی یک قطبی است و ممکن است در جلوگیری از عود اختلال دوقطبی نیز موثر باشد. مورد چهارم، این است که نتایج مقدماتی نشان می‌دهند تعامل میان سبک شناختی و حوادث زندگی تنش‌زا می‌تواند نشانه‌شناسی افسردگی را پیش‌بینی کند. این مورد می‌تواند از درمان شناختی‌رفتاری برای اختلال دوقطبی حمایت کند زیرا سبک‌های شناختی میان اختلال یک‌قطبی و اختلال دوقطبی می‌توانند شبیه باشند (۱۴).

قبل از کاربرد آموزش روان‌شناختی به عنوان یک حیطه‌ی مستقل روان‌درمانی و مداخلات روان‌شناختی برای بیماران دوقطبی، در کلینیک‌های لیتیم، گروه‌درمانی حمایتی برای بیماران انجام می‌شد. در دهه‌ی ۸۰ تعدادی از مطالعات، تاثیر گروه‌درمانی را بر افزایش آگاهی بیمار به بیماری، کاهش استیگما و کاهش دفعات بستری نشان دادند (۱۵). پژوهش گونزالز-پنیتو<sup>۱</sup> و همکاران نشان داد که ادغام درمان شناختی‌رفتاری و مداخله‌ی روانی آموزشی با درمان‌های دارویی به بهبود تبعیت از درمان کمک می‌کند (۱۴). پاتلیس<sup>۲</sup> - سیوتیس<sup>۳</sup> و همکاران نیز در پژوهش خود به این نتیجه دست یافتند که اضافه نمودن درمان گروهی شناختی‌رفتاری به درمان دارویی استاندارد، مورد پذیرش بیماران قرار گرفته و تقریباً ۸۰ درصد بیماران از درمان پیروی کردند (۱۶). در مطالعه دیگری که اثربخشی درمان شناختی در اختلال دوقطبی مورد بررسی قرار گرفت، نتایج نشان داد که این درمان به همکاری بهتر در درمان دارویی منجر شد (۱۷). هم‌چنین کوچرن<sup>۳</sup> طی مطالعه خود نشان داد که درمان شناختی منجر به افزایش پیروی از لیتیم در بیماران مبتلا به اختلال دوقطبی شده است (۱۸). لام<sup>۴</sup> و همکاران 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 دوقطبی

<sup>1</sup>Gonzales Pinto

<sup>2</sup>Patelis Siotis

<sup>3</sup>Cochran

<sup>4</sup>Lam

شده است (۱۷). بنابراین به نظر می‌رسد در کنار درمان‌های دارویی به عنوان درمان نگهدارنده، نیاز به انجام اقدامات غیر دارویی احساس می‌شود. در ایران نیز مطالعاتی در این زمینه صورت گرفته است ولی با پی‌گیری شش ماه تا زمان انجام این مطالعه، تحقیقی انجام نشده بود. لذا در پژوهش حاضر کاربرد گروه‌درمانی شناختی-رفتاری بر افسردگی، اضطراب و عزت نفس بیماران مبتلا به اختلال دوقطبی نوع یک با پی‌گیری شش ماه مورد مطالعه قرار گرفت.

### روش کار

این کارآزمایی بالینی با هدف بررسی اثربخشی درمان شناختی-رفتاری بر افسردگی، اضطراب و عزت نفس بیماران مبتلا به اختلال دوقطبی نوع یک با پی‌گیری شش ماه در شهر مشهد صورت پذیرفت. به این منظور از کلیه بیماران مرد با تشخیص اختلال خلقی دوقطبی نوع یک بستری در بخش‌های بیمارستان روان‌پزشکی ابن سینا مشهد در سال ۱۳۹۱ که با درمان دارویی فاز حاد را پشت سر گذاشته بودند، ۳۰ نفر به صورت نمونه‌گیری در دسترس انتخاب و به طور مساوی در دو گروه آزمون و شاهد قرار گرفتند. بیماران به طور تصادفی به ۲ گروه ۱۵ نفره تقسیم شدند.

شرکت کنندگان قبل از ورود به مطالعه مورد مصاحبه و ارزیابی قرار می‌گرفتند تا ملاک‌های ورود به طرح را داشته باشند. برای اطمینان از بهبود فاز حاد، علاوه بر مصاحبه بالینی، کسب نمره‌ی کمتر از ۱۹ در افسردگی بک و نمره‌ی کمتر از ۱۷ در تست مانیای یانگ لازم بود. معیار ورود به این مطالعه عبارت بود از: تایید تشخیص اختلال خلقی دوقطبی نوع یک بر اساس چهارمین ویراست راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی، بهبود از فاز حاد بر اساس مصاحبه بالینی و تست‌های افسردگی بک و مانیای یانگ، تحصیلات سوم راهنمایی به بالاتر، سن ۲۰ تا ۶۰ سال و رضایت به ورود مطالعه. ملاک‌های خروج از مطالعه شامل همراهی سوء مصرف و یا وابستگی به مواد مخدر به جز نیکوتین و کافئین، همبودی با بیماری جدی روان‌پزشکی دیگر، بیماری مغزی مانند ترومای سر و تشنج، کری یا مشکل شنوایی جدی، عقب‌ماندگی ذهنی، روان‌درمانی دیگر در طول مداخله بود.

شایان ذکر است که جهت رعایت ملاحظات اخلاقی، قبل از انجام پژوهش در خصوص اهداف و نحوه‌ی کار به افراد توضیح داده شد و در ضمن اخذ رضایت‌نامه جهت شرکت در مطالعه، به آنان اطمینان داده شد که اطلاعات‌شان محرمانه باقی خواهد ماند و در هر مرحله از تحقیق در صورت عدم تمایل مجاز به انصراف از شرکت در پژوهش می‌باشند. تمام شرکت کنندگان به جز تکمیل پرسش‌نامه‌ی اطلاعات جمعیت‌شناختی، در سه نوبت و به فاصله‌ی دو ماه مورد ارزیابی از نظر عزت نفس، میزان

افسردگی و اضطراب با ابزارهای مناسب قرار گرفتند.

گروه اول تحت گروه‌درمانی شناختی-رفتاری ۱۰ جلسه‌ای طبق پروتکل موجود قرار گرفتند. گروه شاهد تحت درمان گروهی حمایتی غیر ساختاریافته قرار گرفتند. لازم به ذکر است که در گروه‌درمانی حمایتی غیرساختاریافته سعی می‌شد به هیچ عنوان از مهارت‌ها و آموزش‌های شناختی-رفتاری استفاده نشود و گروه با روش‌های حمایتی مثل گپ زدن، دیدن فیلم و ... مدیریت شود. برای تمام بیماران قبل، بلافاصله بعد و ۲ ماه و ۶ ماه بعد از اتمام جلسات، آزمون‌های افسردگی و اضطراب بک و عزت نفس آیزنک تکمیل شد.

### ابزار پژوهش

الف- پرسش‌نامه‌ی افسردگی بک (BDI): این پرسش‌نامه دارای ۲۱ ماده است که علایم جسمانی، رفتاری و شناختی افسردگی را اندازه‌گیری می‌کند. هر ماده دارای چهار گزینه است که بر مبنای صفر تا سه نمره-گذاری می‌شود و درجات مختلفی از افسردگی را از خفیف تا شدید تعیین می‌کند و در جمعیت سیزده سال به بالا قابل استفاده است. ۲۱ ماده-ی پرسش‌نامه در سه گروه نشانه‌های عاطفی، شناختی و جسمانی طبقه-بندی می‌شوند. ضریب پایایی این پرسش‌نامه در ایران توسط تشکری و مهریار در حد ۰/۷۸ برآورد گردیده و در مطالعه‌ی وهاب زاده و چگینی و همکاران بین ۰/۷۰ تا ۰/۹۰ متغیر بوده است (۱۹).

ب- پرسش‌نامه‌ی اضطراب بک (BAI): ارزیابی علایم اضطراب در تشخیص و درمان، از اهمیت خاصی برخوردار است. آبرون بک و همکارانش، پرسش‌نامه‌ی اضطراب بک را معرفی کردند که به طور اختصاصی شدت علایم اضطراب بالینی را در افراد می‌سنجد. این پرسش‌نامه، یک ابزار خودگزارشی است که برای اندازه‌گیری شدت اضطراب در نوجوانان و بزرگسالان تهیه شده و دارای ۲۱ ماده است که آزمودنی در هر ماده یکی از چهار گزینه که نشان‌دهنده‌ی شدت اضطراب است را انتخاب می‌کند. چهار گزینه در یک طیف از صفر تا ۳ نمره‌گذاری می‌شوند. هر یک از ماده‌های آزمون یکی از علایم شایع اضطراب (علایم ذهنی، بدنی و هراس) را توصیف می‌کند. بنابراین نمره-ی کل این پرسش‌نامه در دامنه‌ای از صفر تا ۶۳ قرار می‌گیرد. مطالعات نشان می‌دهند که این پرسش‌نامه از اعتبار و روایی بالایی برخوردار بوده و ضریب ثبات درونی آن (ضریب آلفا) ۰/۹۲ و پایایی آن با روش بازآزمایی به فاصله‌ی یک هفته ۰/۷۵ و روایی آن از ۰/۳۰ تا ۰/۷۶ متغیر است (۲۰).

ج- پرسش‌نامه‌ی عزت نفس آیزنک: آیزنک کوشیده است یکی از گروه‌های عمده‌ی عوامل شکل‌دهنده را که مربوط به زمینه‌های استواری سازگاری در برابر ناستواری هیجانی است بررسی نماید. ۳۰ سؤال از

پرسش‌های استواری سازگاری و ناستواری هیجانی مربوط به عزت نفس است که در مقابل حقارت قرار گرفته است. آزمودنی در مقابل هر سؤال باید تا حد امکان بگوید یا پاسخ آری یا خیر پاسخ دهد و در صورتی که واقعا برایش امکان نداشته باشد گزینه‌ی میانی را برگزیند و علامت سؤال را انتخاب کند. در این پرسش‌نامه به جواب‌هایی که سنجش عزت نفس را در مقابل احساس حقارت دربردارند یک نمره تعلق می‌گیرد و به گزینه‌هایی که علامت ؟ را انتخاب کرده‌اند نصف نمره تعلق می‌گیرد. به این صورت بالاترین نمره‌ی آزمودنی در این پرسش‌نامه ۳۰ است. اعتبار و روایی فرم ۵۸ سؤالی آزمون آیزنک که اعتبار آن با روش آلفای کرونباخ ۹۰/۴۶ درصد و درصد میزان روایی ملاکی آن با آزمون عزت نفس کوپراسمیت ۸۰/۴۰ درصد می‌باشد که اعتبار و روایی آن توسط محمدی در ایران انجام شده است (۲۱).

ساختار جلسات مداخله درمانی بر مبنای روش راهبرد رفتاری شناختی مدیریت بیماری دو قطبی بر اساس رویکرد درمانی باسکو و راش (۲۰۰۵) پایه‌ریزی شده است. این طرح مشتمل بر پنج جزء است:

- ۱- مدیریت سبک زندگی، ۲- شناسایی علایم، ۳- آمادگی برای عود، ۴- کنترل علایم، ۵- تجزیه و تحلیل پس از حمله‌ی بیماری. اهداف مداخله در هر جزء مشتمل بر تبعیت از دارودرمانی، بهداشت خواب، مدیریت استرس، کنترل فعالیت و برانگیختگی، کنترل عوامل آغازگر علایم، اصلاح تحریفات شناختی و کنترل هیجانات است. هدف این برنامه تجهیز بیماران با مهارت‌های لازم جهت کاهش احتمال حملات بیماری و مدیریت علایم به هنگام شکل‌گیری تدریجی آن‌ها بود.

محتوای جلسات روان‌درمانی در جدول ۱ آمده است. گروه آزمون تحت ۱۰ جلسه‌ی هفتگی درمان گروهی قرار گرفتند که هر جلسه ۲ ساعت به طول می‌انجامید. پیش‌آزمون در جلسه‌ی اول و پس‌آزمون در آخرین جلسه اجرا شد. تحلیل آماری با استفاده از آمار توصیفی از قبیل میانگین و انحراف معیار و با کمک آزمون‌های تی مستقل، من‌ویتنی، آزمون f لوین و تحلیل کواریانس و تحت نرم‌افزار SPSS نسخه‌ی ۱۱ انجام پذیرفت.

### جدول ۱- ساختار و محتوای جلسات مداخله بر مبنای روش مدیریت

استرس به شیوه‌ی شناختی-رفتاری گروهی

جلسه	محتوای درمان
اول	معرفی درمانگر گروه و آشنا شدن اعضا با یکدیگر، اطلاعات کلی برنامه، توضیح در مورد ساختار برنامه، معارفه اعضای گروه و آشنایی با نحوه‌ی کار و قوانین گروه، جمع‌بندی و تکالیف خانگی و پذیرایی
دوم	آموزش در مورد بیماری (علایم، سبب، سیر و درمان)، جمع‌بندی و تکالیف خانگی و پذیرایی
سوم	شناخت علایم، شناسایی زودرس بروز علایم و پیشگیری از عود، جمع‌بندی و

چهارم	درمان دارویی و مدیریت آن و راهبردهای افزایش پذیرش درمان، جمع‌بندی و تکالیف خانگی و پذیرایی
پنجم	مدیریت سبک زندگی (کنترل رفتارهای برانگیخته‌ی عود و افزایش رفتارهای مثبت در سبک زندگی)، جمع‌بندی و تکالیف خانگی و پذیرایی
ششم	مدیریت رفتارهای منفی (کاهش فعالیت‌های بسیار برانگیخته‌نده، برنامه‌ریزی تدریجی فعالیت‌ها برای کاهش بی‌علاقگی)، جمع‌بندی و تکالیف خانگی و پذیرایی
هفتم	مداخلات شناختی (شناخت باورها و افکار خودکار منفی و ارتباط آن با احساسات و رفتارها)، جمع‌بندی و تکالیف خانگی و پذیرایی
هشتم	مداخلات شناختی (اصلاح افکار تحریف شده و ناکارآمد و اصلاح باورهای مرتبط با بیماری که بر عزت نفس تأثیر می‌گذارند)، جمع‌بندی و تکالیف خانگی و پذیرایی
نهم	مدیریت استرس و کنترل هیجانات، جمع‌بندی و تکالیف خانگی و پذیرایی
دهم	حل مسئله و تعارض در مشکلات بین فردی، جمع‌بندی و تکالیف خانگی و پذیرایی

### نتایج

این کارآزمایی بالینی با طرح پیش‌آزمون-پس‌آزمون با گروه شاهد اجرا شد. سی نفر مرد مبتلا به اختلال دوقطبی به صورت نمونه‌گیری در دسترس، انتخاب و در دو گروه آزمون و شاهد به طور مساوی (هر گروه ۱۵ نفر) قرار گرفتند. همان‌طور که در جدول ۲ مشاهده می‌شود اگر چه میانگین سنی گروه آزمون، نزدیک به یک سال بیشتر از گروه شاهد بود، لیکن این تفاوت معنی‌دار نبوده است ( $P=0/41$ ). سطح تحصیلات نیز در شروع مطالعه بین دو گروه تفاوت معنی‌داری نداشته‌است ( $P>0/05$ ). جداول ۳ تا ۵ نمرات آزمودنی‌ها را در پرسش‌نامه‌های افسردگی، اضطراب و عزت نفس نشان می‌دهد.

### جدول ۲- مقایسه اطلاعات جمعیت‌شناختی گروه‌ها در پیش‌آزمون

متغیر	گروه	P	
	آزمون	شاهد	
سن (سال)	۳۸/۹±۶/۲	۳۸/۰±۸/۹	۰/۴۱
دیپلم و زیر دیپلم	۱۳	۱۲	
کاردانی	۱	۱	
کارشناسی	۱	۲	۰/۲۴
بالتر از کارشناسی	۰	۰	

### جدول ۳- مقایسه‌ی میانگین افسردگی بین گروه‌ها با آزمون من‌ویتنی

مقایسه	میانگین	انحراف استاندارد	معنی‌داری
پیش‌آزمون	۱۶/۸۷	۲/۱۲	۰/۸۳
شاهد	۱۷/۰۶	۲/۰۸	
پس‌آزمون	۱۳/۱۶	۲/۷۲	۰/۰۰۱
شاهد	۲۰/۱۴	۳/۷۷	
پی‌گیری ۲ ماهه	۱۱/۹۰	۲/۴۲	۰/۰۰۱

	۲/۸۳	۱۵/۲۵	شاهد	
	۲/۵۴	۱۶/۴۵	آزمون	
۰/۳۳	۲/۱۱	۱۵/۵۰	شاهد	پی‌گیری ۶ ماهه

با توجه به نتایج جدول، بین میانگین عزت نفس در تمام مراحل در دو گروه آزمون و شاهد اختلاف معنی‌داری وجود نداشت ( $P > 0/05$ ). با توجه به شاخص میانگین برای عزت نفس به تفکیک دو گروه می‌توان نتیجه گرفت که مداخله در هیچ یک از مراحل، باعث تغییر در عزت نفس بیماران نشده است ( $P > 0/05$ ).

#### بحث

عمده‌ترین اقدامی که برای درمان و پیشگیری از بازگشت مجدد اختلال دوقطبی صورت می‌گیرد دارودرمانی است ولی نتایج پژوهش‌های متعدد نشان داده است که بسیاری از افراد به دلیل نگرش و احساسات منفی حتی در تکمیل دوره‌ی درمان دارویی تعلل می‌ورزند (۱۵). بنابراین مداخلات روانی و درمان‌های شناختی‌رفتاری می‌تواند در کنار دارودرمانی موثر باشد.

بر اساس یافته‌های مطالعه‌ی حاضر میانگین اضطراب گروه شناختی-رفتاری تغییرات چشمگیری داشته است و در پی‌گیری ۲ ماهه کاهش یافته است. هر چند در پی‌گیری ۶ ماهه اندکی افزایش نشان داده است. مقایسه‌ی میانگین اضطراب دو گروه در پس‌آزمون و پی‌گیری ۲ ماهه و ۶ ماهه اختلاف معنی‌داری را نشان می‌دهد که اثر مداخلات شناختی‌رفتاری گروهی بر کاهش کوتاه‌مدت افسردگی و اضطراب به ویژه بعد از بستری و تثبیت فاز حاد خلقی را نشان می‌دهد. مطالعات دیگر هم دلالت بر اثر گروه‌درمانی شناختی‌رفتاری بر کاهش هیجانات منفی بعد از دوران فروکش کردن علائم حاد و ارتقای سطح عملکرد و مهارت‌های تطابقی داشته‌اند (۱۶، ۱۸). میانگین افسردگی در گروه آزمون بر خلاف گروه شاهد در پس‌آزمون و پی‌گیری ۲ ماهه کاهش یافت. اگر چه میانگین افسردگی در هر دو گروه در پی‌گیری ۶ ماهه، کم شده اما این تغییر بین گروه‌ها معنی‌دار نیست. به نظر می‌رسد که در پی‌گیری درازمدت تفاوتی بین دو روش درمان در کنترل افسردگی وجود ندارد ولی در پی‌گیری شش ماهه این بیماران در هر دو گروه همچنان تاثیر درمان در کاهش افسردگی بیماران باقی مانده است که نشانه‌ی تداوم اثر مداخلات روان-شناختی در پی‌گیری‌های طولانی‌تر است. یک علت این امر می‌تواند افزایش تبعیت درمانی در این بیماران باشد. پژوهش گونزالز-پنیتو و همکاران نشان داد که ادغام درمان شناختی‌رفتاری و مداخله‌ی روانی آموزشی با درمان‌های دارویی به بهبود تبعیت از درمان کمک می‌کند (۱۵). پاتلیس - سیوتیس و همکاران نیز دریافتند که افزودن درمان گروهی شناختی‌رفتاری به درمان دارویی استاندارد، مورد پذیرش بیماران

	۵/۰۶	۲۰/۸۳	شاهد	
	۲/۶۹	۱۸/۳۶	آزمون	
۰/۱۴	۳/۷۷	۲۰/۴۲	شاهد	پی‌گیری ۶ ماهه

جهت مقایسه‌ی میزان افسردگی در هر مرحله‌ی اندازه‌گیری در دو گروه آزمون و شاهد از آزمون‌های مقایسه‌ی میانگین دو گروه مستقل (من‌وینتی) استفاده گردید. با توجه به نتایج جدول ۳، میانگین افسردگی پس‌آزمون و پی‌گیری ۲ ماهه در دو گروه اختلاف معنی‌داری نشان می‌دهد ( $P < 0/05$ ) اما برای هر دو گروه در پی‌گیری ۶ ماهه اختلاف معنی‌داری وجود ندارد ( $P > 0/05$ ). بر اساس نتایج، متوسط میانگین افسردگی در چهار مرحله در دو گروه آزمون و شاهد دارای اختلاف معنی‌دار بودند ( $P < 0/05$ ). با توجه به شاخص میانگین برای افسردگی به تفکیک دو گروه می‌توان نتیجه گرفت که مداخله‌ی درمانی در مرحله‌ی پس-آزمون و پی‌گیری ۲ ماهه باعث کاهش افسردگی بیماران شده است اگر چه میانگین افسردگی در هر دو گروه در پی‌گیری ۶ ماهه، کم شده اما این تغییر بین گروه‌ها معنی‌دار نیست.

#### جدول ۴- مقایسه‌ی میانگین اضطراب بین گروه‌ها با آزمون من‌وینتی

مقایسه	میانگین	انحراف استاندارد	معنی‌داری
پیش‌آزمون	۲۴/۴۳	۴/۶۶	۰/۶۵
شاهد	۲۶/۶۲	۷/۶۶	
پس‌آزمون	۱۴/۵۰	۴/۱۴	۰/۰۰۷
شاهد	۲۳/۱۴	۹/۲۲	
پی‌گیری ۲ ماهه	۱۲/۷۲	۲/۷۹	۰/۰۰۵
شاهد	۲۲/۷۵	۸/۳۹	
پی‌گیری ۶ ماهه	۱۳/۰۹	۳/۷۵	۰/۰۰۲
شاهد	۲۱/۶۷	۳/۸۸	

با توجه به نتایج جدول، میانگین اضطراب به جز مرحله‌ی پیش‌آزمون در تمام مراحل برای دو گروه مستقل، اختلاف معنی‌داری نشان می‌دهد ( $P < 0/05$ ). بر اساس نتایج آزمون فریدمن، بین میانگین اضطراب در چهار مرحله در دو گروه آزمون و شاهد اختلاف معنی‌دار وجود داشت ( $P < 0/05$ ).

#### جدول ۵- مقایسه‌ی میانگین عزت نفس بین گروه‌ها با آزمون من-وینتی

مقایسه	میانگین	انحراف استاندارد	معنی‌داری
پیش‌آزمون	۱۵/۳۷	۳/۵۰	۱/۰۰
شاهد	۱۵/۶	۳/۴۵	
پس‌آزمون	۱۵/۷۵	۳/۶۲	۰/۵۱
شاهد	۱۵/۳۶	۲/۴۹	
پی‌گیری ۲ ماهه	۱۵/۵۴	۳/۳۶	۰/۸۰

توسط بیماران دوقطبی است.

از محدودیت‌های مطالعه‌ی حاضر می‌توان به زمان بستری این بیماران اشاره نمود که حداکثر زمان نگهداری در بخش از روز اول بستری، ۳۰ روز است که حداقل زمان برای رسیدن به تثبیت فاز حاد بین یک تا دو هفته متغیر می‌باشد و در این بین، بعضی از بیماران با نظر پزشک معالج یا با رضایت شخصی خانواده، در بین طرح، ترخیص می‌شدند و این باعث ریزش نمونه‌ها می‌شد همچنین بعد از ترخیص، همکاری نمونه‌ها به حداقل می‌رسید. از محدودیت‌های دیگر پژوهش می‌توان به کوتاه بودن دوره‌ی مداخله و سطوح دشواری در تغییرات ساختار شخصیتی اشاره کرد که منجر به معنی‌دار نبودن این مداخله بر روی متغیر عزت نفس شد.

### نتیجه‌گیری

یافته‌های مطالعه مویده این نکته است که گروه درمانی شناختی رفتاری در کنار درمان اختصاصی بیماران دوقطبی، در تسریع کاهش اضطراب و افسردگی بیماران دوقطبی موثر است لذا می‌توان از این نوع درمان در کاهش علائم باقیمانده بین اپیزودها در بیماران بهره برد.

بوده و تقریباً ۸۰ درصد بیماران از درمان پیروی کردند (۱۶). لام و همکاران 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 دوقطبی شده است (۱۷). در پژوهش‌های ایرانی فیاضی بردبار و فریدحسینی، نشان دادند که گروه درمانی بر افزایش آگاهی بیمار به بیماری خود و در نتیجه کاهش افسردگی و تعدد دفعات بستری موثر است (۱۵).

میانگین عزت نفس در دو گروه در چهار مرحله و پی‌گیری‌های ۲ ماهه و ۶ ماهه افزایش داشته است و در گروه آزمون، این تغییر بیشتر بوده است ولی این اختلاف در تمام مراحل در دو گروه معنی‌دار نبوده است. مطالعه‌ی حاضر مطرح می‌کند که تاثیر مداخلات روان‌شناختی کوتاه‌مدت (حمایتی یا شناختی رفتاری) بر عزت نفس بیماران که مرتبط با طرح‌واره‌ها می‌باشد، نسبت به تغییر در هیجانانگ، کمتر است. تغییر در طرح‌واره‌ها نیازمند درمان‌های طولانی‌تری است. مسئله‌ی دیگری که می‌تواند در بهبود عزت نفس بیماران کمک‌کننده باشد، کاهش انگ درک شده

### References

- Mendlewicz J, Souery D, Rivelli SK. Short-term and long-term treatment for bipolar patients: Beyond the guidelines. *J Affect Disord* 1999; 55: 79-85.
- Melisa S. *Bipolar disorder*. 1<sup>st</sup> ed. USA: NH; 2002: 1-12.
- Goodwin FK, Bruce F, Hunkeler E, Lee J, Revicki D. Suicide risk in bipolar disorder during treatment with lithium and divalproex. *J Am Med Assoc* 2003; 290: 1467-73.
- Murray CJL, Lopez AD. *The global burden of disease*. The World Health Organization. Cambridge (MA): Harvard University Press; 1996.
- Gitlin MJ, Swendsen J, Heller TL, Hammen C. Relapse and impairment in bipolar disorder. *Am J Psychiatry* 1995; 152: 1635-40.
- Scott J. *A casebook of cognitive therapy for psychosis*. 1<sup>st</sup> ed. New York: Brunner-Routledge Taylor and Francis group; 2002: 236-64.
- Scott J. *Psychotherapy for bipolar disorder*. *Br J Psychiatry* 1995; 167: 581-8.
- Newman CF. *Cognitive behavior therapy*. 1<sup>st</sup> ed. New York: Brunner-Routledge Taylor and Francis group; 2002: 71-96.
- Otto MW, Reilly Harrington N, Sachs GS. Psychoeducational and cognitive behavioral strategies in the management of bipolar disorder. *J Affect Disorder* 2003; 73: 171-81
- Zaretsky A. Targeted psychosocial intervention for bipolar disorder. *Bipolar Disord* 2003; 5(Suppl 2): 80-7.
- Goodwin F, Jamison K. *Manic depressive illness*. 1<sup>st</sup> ed. New York: Oxford University; 1990: 282-321.
- Huxley NA, Parikh SV, Baldessarini RJ. Effectiveness of psychosocial treatments in bipolar disorder: State of the evidence. *Harvard Rev Psychiatry* 2000; 8(3): 126-40.
- Ghahary SH. [Challenging of skill in cognitive therapy]. Tehran: Ghatreh; 2009: 191. (Persian)
- Gonzales Pinto A, Gonzalez C, Enjuto S, Fernandez de Corres B, Lopez P, Palomo J, et al. Psychoeducation and cognitive behavioral therapy in bipolar disorder. *Acta Psychiatr Scand* 2004; 109: 83-90.
- Fayyazi Bordbar MR, Faridhosseini F. Psychoeducation of bipolar disorder. In: Jurueña M. *Bipolar disorder*. Intech Open Science; 2012: 323-44.
- Patelis Siotis I, Young LT, Robb JC, Marriott M, Bieling PJ, Cox LC, et al. Group cognitive behavioral therapy for bipolar disorder: A feasibility and effectiveness study. *J Affect Disord* 2001; 65(2): 145-53.
- 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.
- Cochran RS. Preventing medical non-adherence in the outpatient treatment of bipolar affective disorders. *J Consult Clin Psychol* 1984; 52: 873-8.
- Azkhosh M. [Use of psychological tests and clinical diagnosis]. 3<sup>rd</sup> ed. Tehran: Ravan; 2009: 224-6. (Persian)
- Kaviani H, Mousavi AS. Psychometric properties of the Persian version of Beck Anxiety Inventory (BAI). *Tehran University Medical journal* 2008; 65(2): 136-40.
- Mohammadi A. [Study of validity and reliability of Eysenck self esteem in students of junior high school in Tehran]. MS. Dissertation. Tehran University, 1997. (Persian)