

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

*شاهد مسعودی^۱، دکتر سید محمود طباطبایی^۲، دکتر مرتضی مدرس غروی^۳،

دکتر بهرام علی قنبری هاشم آبادی^۴

^۱کارشناس ارشد روان شناسی بالینی

^۲استاد روان پزشکی، ^۳استادیار روان شناسی - دانشگاه علوم پزشکی مشهد

^۴استادیار روان شناسی - دانشگاه فردوسی مشهد

خلاصه

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

روش کار: آزمودنی ها ۳۰ زن مبتلا به اختلال دو قطبی یک بستری در بیمارستان روان پزشکی ابن سینای مشهد بودند که به روش در دسترس انتخاب و به صورت تصادفی در دو گروه آزمایش و شاهد قرار گرفتند. پس از ریزش اولیه، هر گروه شامل ۱۱ نفر بود و هر دو گروه در شرایط یکسان با مقیاس های گروه (ب) آزمون کالیفرنیا و فرم پرستاری ارزیابی شدند. گروه آزمایش افزون بر دارودرمانی در ۸ جلسه ی گروه درمانی شناختی رفتاری شرکت کردند و گروه شاهد تنها دارو مصرف نمودند. در پایان دوره ی درمان غیر دارویی و ۶ ماه پس از آن هر دو گروه بار دیگر ارزیابی شدند. یافته های پژوهش با آزمون تحلیل واریانس چند متغیری و تی مستقل تحلیل شدند.

یافته ها: گروه درمانی شناختی رفتاری توام با مصرف دارو به طور معناداری نسبت به دارودرمانی در افزایش تبعیت از درمان دارویی (با اطمینان ۰/۹۹) و بهبود عملکرد بین فردی بیماران مبتلا به اختلال دو قطبی یک (مقیاس های برداشت خوب، اشتراک، تحمل، خویشتن داری، مسئولیت پذیری با اطمینان ۰/۹۹ و مقیاس اجتماعی شدن با اطمینان ۰/۹۵) موثر بوده است.

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

واژه های 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 می شوند (۲).

اختلال دو قطبی که به عنوان بیماری شیدایی - افسردگی^۲ نیز شناخته می شود، یک اختلال روانی است که باعث ایجاد تغییر غیر عادی در خلق، انرژی و توانایی عملکردی فرد می شود. این تغییرات می تواند 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 دوره های افسردگی و یا خلق بالا در دوره های شیدایی^۱ نمود پیدا می کنند (۱). اختلالات خلقی به اختلالات افسردگی (افسردگی یک قطبی)، اختلالات دو قطبی و دو اختلال مبتنی بر سبب شناسی، اختلال خلقی به

*آدرس مولف مسئول: ایران، مشهد، دانشگاه فردوسی مشهد، دانشکده ی

علوم تربیتی و روان شناسی

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

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

^۲. 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 نسبت به درمان دارویی شان گزارش می‌کنند (نیومن و همکاران ۲۰۰۱، جامیسن 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 تبعیت درمانی طی ۱۲ ماهه‌ی نخست درمان، در نیمی از بیماران تا دوسوم آن‌ها ضعیف است (کک^{۱۱} 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 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 دارد (۱۲).

بسیاری از بیماران دو قطبی که برای درمان مراجعه کرده‌اند ممکن است مدتی در طول زندگی‌شان دارای عملکرد خوبی بوده باشند 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 آن‌چه 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 درصد آن‌ها نیز عملکرد اجتماعی بسیار پایین از خود نشان می‌دهند (بلاچ و همکاران ۱۹۹۴، کارلسون و همکاران ۱۹۷۴، دیون^{۱۲} و همکاران ۱۹۸۸، هارو^۱ و همکاران ۱۹۹۰، به نقل از ۱۴).

تعدادی از افراد مشهور از قبیل موتزارت^۱، بتهوون، ویرجینیا ولف^۲، تی اس الیوت^۳، امیلی دیکینسون^۴، ویکتور هوگو و بسیاری دیگر محتملاً از طیف اختلالات دو قطبی رنج می‌برده‌اند (۴).

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) ارائه شده است. در این مدل فرض شده است که آسیب‌پذیری 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 تنش‌زا تشدید 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 شناختی 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 تثبیت کننده‌ی خلق معرفی شده‌اند. لیتوم برای اولین بار در سال ۱۹۴۹ توسط کید^۸، روان پزشک استرالیایی برای درمان این بیماران مورد استفاده قرار گرفت (کاپلان و گرب ۱۹۹۴، گودوین و زیس^۹ ۱۹۷۹، به نقل از ۷). کاربامازپین و والپروات از دهه‌ی ۱۹۷۰ به بعد در درمان این اختلال وارد شدند (۱). با این وجود در موقعیت‌های بالینی روزمره، درمان پیشگیرانه با لیتوم، 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).

1. Mozart
2. Wolf
3. Eliot
4. Dickinson
5. Stress – Diathesis Model
6. Williams and Healy
7. Minors and Waterhouse
8. Cade
9. Goodwin and Zeiss
10. Dickson and Kendall

¹¹. Keck
¹². Dion

روش کار

پیگیری با دو گروه آزمایش و شاهد انتخاب گردید. آزمودنی های پژوهش را ۳۰ بیمار زن مبتلا به اختلال دو قطبی تشکیل می دادند که از اوایل آبان الی اسفندماه سال ۱۳۸۵ در بیمارستان روان پزشکی ابن سینای مشهد بستری شده بودند. نمونه ها به طور دسترس انتخاب و به صورت تصادفی در دو گروه آزمایش (۱۵ نفر) و شاهد (۱۵ نفر) قرار گرفتند.

در نهایت پس از ریزش اولیه (یکی از آزمودنی ها در جلسه ی دوم از ادامه ی درمان امتناع کرد. دو آزمودنی به علت ترخیص از بیمارستان و بازگشت به شهرستان محل سکونت خود، در جلسه ی سوم و پنجم از ادامه ی درمان انصراف دادند. هم چنین نتایج تست های آزمودنی دیگری در گروه آزمایش به علت عدم دسترسی برای پیگیری از فرآیند تحلیل نتایج حذف شد)، هر یک از گروه ها متشکل از ۱۱ نفر بود. نحوه ی انتخاب بر اساس اجرای مصاحبه ی بالینی ساختار یافته برای اختلال های محور یک در DSM-IV^۱ (SCID^۲) توسط روان شناس بالینی و تشخیص روان پزشک بر اساس معیارهای DSM-IV و اطلاعات موجود در پرونده ی بیمار صورت پذیرفت و شرایط ورود آزمودنی ها در آزمایش دامنه ی سنی ۲۰-۴۰ سال، داشتن حداقل تحصیلات سیکل، نداشتن ضایعات مغزی، عقب ماندگی ذهنی و توهم و هذیان فعال و نیز قرار داشتن بیمار در دوره ی بهبود نسبی بود. منظور از بهبود نسبی دوره ای است که بیمار علایم حاد مانیا یا علایم سایکوتیک را در بخش نداشته باشد، زیرا بیشترین شواهد در مورد اثر بخشی روان درمانی مربوط به زمانی است که بیمار در دوره ی حاد بیماری نیست (۱۳). هم چنین از تشخیص اختلال آن ها بیش از ۲ سال نگذشته بود. پس از انتخاب و قرار گرفتن آزمودنی ها در گروه ها و برقراری رابطه ی مطلوب برای جلب همکاری و آرایه ی توضیحات لازم و هم چنین کسب رضایت آگاهانه از آزمودنی ها جهت شرکت در گروه و انجام آزمون ها، ابتدا تمام آزمودنی ها در شرایط یکسان به کمک فرم پرستاری که حاوی سئوالاتی مبنی بر نحوه ی گرفتن دارو، پذیرش دارو و تبعیت بیمار از درمان

از سوی دیگر با وجود این که پاسخ به درمان دارویی صرف رضایت بخش نیست، به ندرت تاثیرات 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 دارودرمانی، در افزایش تبعیت از درمان دارویی و بهبود عملکرد بین فردی در بیماران دو قطبی مورد بررسی قرار می دهد.

درمان شناختی رفتاری رشد و توسعه ی جدیدی در درمان روان شناختی به شمار می آید. با این همه در این مدت کم توانسته است توجه بسیاری از متخصصان بالینی را به خود معطوف سازد (گلدنر^۲ ۱۹۸۸، به نقل از ۱۶). درمان شناختی رفتاری بر این نظریه استوار است که عامل تعیین کننده ی رفتار انسان، طرز تفکر او درباره ی خود و نقش خود در جهان است. رفتار غیرانطباقی به دلیل وجود افکار ریشه دار و قالبی رخ می دهد که می تواند منجر به تحریف شناختی با بروز خطاهایی در تفکر شود. از این نظریه برای اصلاح تحریف شناختی و رفتارهای خودآزارگرانه ناشی از آن ها کمک گرفته می شود (۱۷). شواهد محکمی برای اثربخشی درمان شناختی رفتاری برای اختلال افسردگی وجود دارد (رس و فونناگی^۳ ۱۹۹۶، گلاجن^۴ 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 نمی گذرد، پیدا کردن شواهدی در تایید اثربخشی و کارایی این نوع درمان منجر به تحکیم سودمندی و گسترش کاربرد آن در زمینه ی درمان می شود.

1. Harrow

2. Gelder

3. Roth and Fonagy

4. Gloaguen

هم چنین روایی مقیاس ها از طریق بررسی به صورت همسانی درونی و تحلیل عاملی صورت پذیرفت که نتایج مشاهده شده هم خوانی بالایی را با یافته های روان سنجی گاف نشان داد (۱۹). هر دو گروه طبق معمول درمان دارویی رایج را دریافت می کردند. بیماران گروه شاهد هیچ گونه درمان غیردارویی دریافت نکردند اما در گروه آزمایش، آزمودنی ها 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 هفته ای ۲ جلسه در محل بخش آموزشی زنان بیمارستان روان پزشکی ابن سینا برگزار شد. کلیه ی جلسات با حضور درمانگر (دکترای روان شناسی بالینی) و یک کمک درمان گر (کارشناس ارشد روان شناسی بالینی) اداره شد. در پایان نیز در شرایط یکسان از تمام آزمودنی ها با ابزارهای یادشده پس از ۶ ماه از اتمام درمان 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 گیری های مکرر تجزیه و تحلیل گردید. هم چنین برای مقایسه ی میانگین های پیش آزمون در دو گروه آزمایش و کنترل از روش تی مستقل استفاده شد. پروتکل هر جلسه ی روان درمانی گروهی با رویکرد شناختی رفتاری و بر اساس منابع در دسترس تدوین گردید.

جلسه ی اول: در این جلسه پس از گزارش درمانی، درباره ی اهداف روان درمانی گروهی و اثر فعالیت گروهی در حل مشکلات، توضیحاتی توسط درمانگر ارائه شد. سپس مقررات مربوط به گروه بیان شده و از اعضا خواسته شد که ضمن معرفی خود، خلاصه ای از ناراحتی فعلی، دلیل بستری شدن و تاریخچه ی بیماری خود بیان کنند. در این جلسه توضیح مقدماتی درباره ماهیت بیماری دو قطبی توسط درمان گر ارائه شد و در نهایت جلسه با ایجاد امید در مراجع و تشویق او به ادامه ی درمان خاتمه یافت.

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

دارویی است و به صورت مقیاس لیکرت ۵ درجه ای نمره گذاری شده است و مقیاس های گروه ب آزمون کالیفرنیا^۱ شامل برداشت خوب (Gi)، اشتراک (Cm)، تحمل (To)، خویشتن داری (Sc)، اجتماعی شدن (So) و مسئولیت پذیری (Re)، توسط روان شناس بالینی مورد ارزیابی قرار گرفتند. ضمن این که اطلاعات پرسش نامه به صورت بی نام دریافت شده و مسئله ی رازداری در مورد بیماران توسط درمانگران مورد تاکید قرار گرفت. پرسش نامه ی روانی کالیفرنیا^۱ (CPI)، پرسش نامه ای شخصیتی است که برای سنجش ویژگی های شخصیتی و در ابعاد تعاملات بین فردی قابلیت اجرا دارد (۱۹).

توجه اصلی CPI به فایده ی عملی و کوشش برای تدوین توصیف های مناسب، قابل فهم و دقیق برای پیش بینی های رفتاری معطوف است و چون مفاهیم بنیادی آن از تعامل اجتماعی روزمره گرفته شده لذا بیشتر مردم آن را به سادگی می فهمند و از آن جا که به جنبه های جاری رفتار مربوط است تفسیر آن نیز مستقیم بوده و برای آزمودنی قابل فهم می باشد (۲۰).

سئوالات پرسش نامه ی روانی کالیفرنیا به صورت دو گزینه ای صحیح و غلط است که آزمودنی با مطالعه ی هر عبارت، پاسخ لازم را در پاسخ نامه علامت گذاری می کند (۲۱). در این پژوهش از مقیاس های گروه ب (مقیاس های مربوط به اجتماعی شدن، مسئولیت پذیری، ارزش های بین فردی و منش) استفاده شده است. در پژوهشی که مهراوم و همکاران جهت هنجار یابی و مناسب سازی پرسش نامه ی ۴۸۰ سئوالی کالیفرنیا برای شهر مشهد انجام دادند (۱۹)، پایایی مقیاس ها از طریق همسانی درونی کودر-ریچاردسون انجام و حداقل و حداکثر پایایی مقیاس ها به ترتیب برابر با ۵۳ درصد در مقیاس استعداد روان شناختی و ۸۶ درصد در مقیاس خویشتن داری مشاهده گردید که این ضرایب پایایی با ارزش های 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 برنامه ی فعالیت روزانه ی جدیدی برای خود ساخته و فعالیت های روزانه ی خود را بر اساس آن انجام دهند و تا جلسه ی بعدی، هر وقت احساسات ناخوشایندی تجربه کردند، توجه کنند که در آن موقع، چه افکاری از ذهنشان می گذرد و حتی المقدور چند مورد را یادداشت کنند.

جلسه ی پنجم: در این جلسه، درمانگر گروه را به گونه ای هدایت کرد که بیماران به این نتیجه برسند که نحوه ی اندیشیدن آنان باعث تحریک احساسات آن ها می شود. اعضا با مدل A-B-C آشنا شده و اصول آن را آموختند. سپس درباره احساسات منفی و یا بیش از حد اغراق آمیز بیماران (با توجه به تجارب آن ها) سؤال شد و به کمک اعضا، افکار خودآیند منفی یا مثبت زیر بنایی آن احساسات کشف گردید و بر روی جایگزینی تفکرات منطقی کار شد.

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

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

جلسه ی 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 عاطفه ی طبیعی بپذیرند. سپس به بررسی راهکارهای کنترل خشم با مشارکت اعضا پرداخته شد. در پایان نیز در مورد اختتام درمان صحبت شده و سعی

دوره های بیماری، نشانه های اولیه بیماری به کمک اعضا فهرست شده و توسط درمانگر تکمیل گردید. در آخر نیز درباره ی تفاوت بین خلق خوب طبیعی، خلق افسرده و شیدایی توضیحاتی ارائه شد. در پایان از اعضای گروه خواسته شد که تا جلسه ی بعدی، مشکلاتی را که تا کنون به دلیل نوسانات خلقی ناشی از ابتلا به اختلال دو قطبی داشته اند، فهرست کرده و بنویسند که تا کنون از چه شیوه هایی برای کاهش آن استفاده کرده اند. لازم به ذکر است که پذیرش بیماری، لزوم درمان و تقویت بینش، بخش مهمی از اهداف این جلسه بود.

جلسه ی سوم: پس از مرور مطالب جلسه ی قبل و بررسی تکالیف، پیامدهای بالقوه ی برخی از نقشه های بزرگ منشاها ی بیماران (با توجه به تجارب منفی قبلی آن ها) مورد بحث قرار گرفت 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 اهمیت دارو درمانی به عنوان درمان اصلی تاکید شد و از بیماران خواسته شد تا نام داروهایی را که مصرف می کنند، بیان کرده و اثرات جانبی نامطلوبی را که در آن ها ایجاد می کند مورد بحث قرار دهند. ضمن این که به فواید استفاده از آن ها به عنوان عوامل پیشگیری کننده تاکید شد. در آخر به نقش بیمار در افزایش کارایی درمان اشاره شد. هم چنین نحوه ی درجه بندی خلق با استفاده از اشکال نمادین آموزش داده شد.

جلسه ی چهارم: در این جلسه در مورد رابطه ی بین نوع فعالیت و حالت خلقی بیمار بحث شد و این که نوع فعالیت با حالت خلقی و هم چنین برعکس حالت خلقی در انتخاب نوع فعالیت ها و حجم آن ها دخالت دارد. سپس از بیماران درخواست گردید که تجارب خود را در مواقعی که در خلق بالا قرار دارند مطرح نموده و بگویند در این وضعیت بیشتر به چه کارهایی علاقه مند هستند.

هم چنین اثر خواب و خوراک و الگوهای رفتاری آن ها در نوسانات خلق با توجه به تجارب شان بررسی شده و عوارض ناشی از عدم تنظیم این برنامه ها مورد بحث قرار گرفت.

شد به مراجع تفهیم شود که پس از این، هر کدام از آن‌ها باید درمان‌گر خود بوده و آن‌چه به او آموزش داده شده است را در زندگی واقعی خود پیاده نموده و یادگیری‌های خود را تعمیم بخشد. در نهایت احساس هر یک از بیماران از تجربه‌ی گروه، مورد سؤال قرار گرفته و از آنان بازخورد دریافت شد و درمانگر نیز به یک جمع بندی کلی در مورد جلسات پرداخت.

نتایج

بررسی نتایج آزمون‌های مربوط به ویژگی‌های جمعیت شناختی آزمودنی‌ها نشان می‌دهد که دو گروه آزمایش و شاهد در خصوصیات نظیر سن، تحصیلات، وضعیت تاهل، دفعات و مدت بستری در بیمارستان تفاوت معناداری ندارند. هم‌چنین ارزش معناداری به دست آمده از مقایسه‌ی میانگین نمرات پیش آزمون کلیه‌ی آزمون‌ها بیشتر از ۰/۰۵ به دست آمده که فرض یکسان بودن گروه‌ها در پیش آزمون را مورد تایید قرار می‌دهد. میانگین سنی گروه آزمایش ۲۶/۴۵ سال و میانگین سنی گروه شاهد ۲۷/۲۳ سال می‌باشد. نتایج مربوط به ویژگی‌های جمعیت شناختی آزمودنی‌ها در جداول (۱ و ۲) ارایه شده است. نتایج تحلیل واریانس چند متغیری با اندازه‌گیری‌های مکرر نمره‌های پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری فرم پرستاری در جدول شماره (۳) ارایه شده است.

نتایج حاصل نشان می‌دهد که تعامل دو متغیر زمان و گروه معنی‌دار است. با توجه به این که شاخص F حاصل از تعامل دو متغیر (۱۶/۳۴) با درجه‌ی آزادی (۲) در سطح ۰/۹۹ معنا دار است (سطح معنا داری ۰/۰۰۱ است)، بنا بر این اثر تعاملی دو متغیر معنی‌دار بوده و مشخص می‌گردد گروه درمانی شناختی رفتاری توأم با دارو درمانی به طور معنی‌داری بیش از دارو درمانی در افزایش تبعیت از درمان دارویی در بیماران دو قطبی موثر است. هم‌چنین نتایج جدول (۴) نشان دهنده‌ی تاثیر زمان در میزان اثر روش درمانی است، به این معنا که با گذشت زمان میزان تبعیت از درمان در گروه

آزمایش بیشتر شده است.

هم‌چنین نتایج تحلیل واریانس چند متغیری با اندازه‌گیری‌های مکرر نمره‌های پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری مقیاس‌های گروه (ب) آزمون کالیفرنیا در جدول شماره (۵) ارایه شده است.

جدول ۱- توزیع فراوانی افراد گروه آزمایش و شاهد بر اساس

وضعیت تاهل، میزان تحصیلات و دفعات بستری

متغیر	گروه آزمایش	گروه شاهد
مجرد	۶	۵
وضعیت تاهل	۴	۳
متاهل	۱	۳
مطلقه / بیوه	۵	۶
سیکل	۵	۴
میزان تحصیلات	۵	۴
دیپلم	۱	۱
دیپلم به بالا	۹	۹
دفعات بستری	۲	۲
بیشتر از ۲ بار	۲	۲
۲ بار یا کمتر		

همان‌طور که ملاحظه می‌شود، اندازه‌ی تابع F تحلیل واریانس در مورد گروه، زمان و تعامل زمان و گروه در تمامی مقیاس‌های گروه (ب) آزمون کالیفرنیا تفاوت معناداری را بین گروه‌ها نشان می‌دهد و حاکی از اثر بخشی گروه درمانی شناختی رفتاری توأم با دارو در بهبود عملکرد بین فردی در بیماران مبتلا به اختلال دو قطبی است.

هم‌چنین با توجه به نتایج جدول شماره (۶) تعامل دو متغیر زمان و گروه در پیش آزمون- پس آزمون تمامی مقیاس‌های گروه (ب) آزمون کالیفرنیا تفاوت معناداری وجود دارد که نشان دهنده‌ی اثربخشی درمان است اما نتایج تحلیل واریانس پس آزمون- پیگیری این مقیاس‌ها معنادار نیست و به این معنا است که اثرات درمانی بر روی بهبود عملکرد بین فردی در بیماران مبتلا به اختلال دو قطبی در مرحله‌ی پیگیری نیز پایدار مانده است.

جدول ۲- میانگین و انحراف معیار داده ها و مقایسه ی میانگین های پیش آزمون در دو گروه آزمایش و شاهد

P	t	گروه شاهد		گروه آزمایش		آزمون ها
		انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	میانگین	
۰/۳۳	۰/۹۹	۵/۷۲	۹/۸۱	۳/۴۵	۷/۸۱	پیش آزمون
		۴/۹۶	۸/۴۵	۵/۹۸	۱۲/۶۳	پس آزمون
		۴/۸۲	۸/۴۵	۵/۰۰	۱۲/۳۶	پیگیری
۰/۷۰	۰/۳۸	۱/۵۷	۵/۰۹	۱/۷۷	۴/۸۱	پیش آزمون
		۲/۷۲	۴/۲۷	۱/۴۰	۵/۸۱	پس آزمون
		۲/۰۲	۴/۰۹	۱/۱۶	۶/۱۸	پیگیری
۰/۵۱	۰/۶۶	۴/۲۵	۸/۵۴	۳/۴۱	۷/۴۵	پیش آزمون
		۴/۵۰	۹/۰۹	۴/۵۱	۱۲/۸۱	پس آزمون
		۳/۰۴	۷/۰۹	۴/۹۲	۱۲/۳۶	پیگیری
۰/۱۲	۱/۶۱	۷/۰۹	۱۵/۹۰	۳/۷۹	۱۲/۰۰	پیش آزمون
		۶/۴۶	۱۲/۶۳	۵/۶۲	۱۷/۵۴	پس آزمون
		۵/۸۴	۱۲/۸۱	۶/۱۶	۱۷/۰۰	پیگیری
۰/۴۱	۰/۸۴	۴/۹۳	۱۱/۰۰	۳/۵۵	۹/۴۵	پیش آزمون
		۶/۷۶	۱۰/۱۸	۴/۰۸	۱۱/۳۶	پس آزمون
		۶/۲۱	۱۰/۲۷	۴/۵۶	۱۱/۳۶	پیگیری
۰/۴۳	۰/۷۵	۴/۶۵	۸/۶۳	۲/۵۰	۷/۳۶	پیش آزمون
		۴/۴۱	۸/۰۹	۲/۵۴	۹/۹۰	پس آزمون
		۴/۱۵	۷/۶۳	۲/۶۷	۱۰/۱۸	پیگیری
۰/۴۲	۰/۸۱	۴/۰۸	۲۱/۴۵	۴/۲۴	۲۰/۰۰	پیش آزمون
		۳/۷۴	۲۲/۶۳	۳/۹۵	۲۵/۲۷	پس آزمون
		۴/۷۹	۲۰/۰۰	۴/۲۹	۲۵/۷۲	پیگیری

Gi: مقیاس برداشت خوب در آزمون کالیفرنیا Cm: مقیاس اشتراک در آزمون کالیفرنیا To: مقیاس تحمل در آزمون کالیفرنیا Sc: مقیاس خویشتن داری در آزمون کالیفرنیا So: مقیاس اجتماعی شدن در آزمون کالیفرنیا Re: مقیاس مسئولیت پذیری در آزمون کالیفرنیا M.A: میزان تبعیت از درمان دارویی در فرم پرستاری

جدول ۳- نتایج تحلیل واریانس چند متغیری میزان تبعیت از درمان دارویی با توجه به نمرات فرم پرستاری بیماران دو قطبی

شاخص ها	متغیرها	
	درجه ی آزادی	F
سطح معناداری	۱	۱/۹۸
گروه (آزمایش- شاهد)	۲	۱۳/۵۷
زمان (پیش آزمون- پیگیری)	۲	۱۶/۳۴
تعامل زمان و گروه		

جدول ۴- بررسی نتایج تحلیل واریانس پیش آزمون- پس آزمون و پس آزمون- پیگیری میزان تبعیت از درمان دارویی (فرم پرستاری) بیماران دو قطبی

شاخص ها	متغیرها	
	درجه ی آزادی	F
سطح معناداری	۱	۱۶/۴۶
پیش آزمون- پس آزمون	۱	۶/۲۰
پس آزمون- پیگیری		

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

آزمون ها	درجه ی آزادی			F			سطح معناداری		
	گروه*	زمان**	تعامل زمان و گروه	گروه*	زمان**	تعامل زمان و گروه	گروه*	زمان**	تعامل زمان و گروه
مقیاس برداشت خوب (Gi)	۱	۲	۲	۰/۹۶	۶/۲۴	۲۰/۶۶	۰/۳۳	۰/۱۰۰	۰/۱۰۰
مقیاس اشتراک (Cm)	۱	۲	۲	۲/۷۰	۰/۱۴	۶/۵۴	۰/۱۱	۰/۱۰۰	۰/۱۰۰
مقیاس تحمل (To)	۱	۲	۲	۲/۴۲	۲۰/۶۵	۲۵/۸۱	۰/۱۳	۰/۱۰۰	۰/۱۰۰
مقیاس خویشتن داری (Sc)	۱	۲	۲	۰/۵۶	۰/۹۴	۱۵/۲۰	۰/۴۶	۰/۳۹	۰/۱۰۰
مقیاس اجتماعی شدن (So)	۱	۲	۲	۰/۰۱	۰/۵۸	۳/۲۵	۰/۹۰	۰/۵۶	۰/۰۴
مقیاس مسئولیت پذیری (Re)	۱	۲	۲	۰/۴۸	۳/۹۹	۱۳/۴۲	۰/۴۹	۰/۱۰۰	۰/۱۰۰

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

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

آزمون ها	درجه ی آزادی		F		تعامل زمان و گروه	
	پیش آزمون- پس آزمون	پس آزمون- پیگیری	پیش آزمون- پس آزمون	پس آزمون- پیگیری	پیش آزمون- پس آزمون	پس آزمون- پیگیری
مقیاس برداشت خوب (Gi)	۱	۱	۲۰/۹۹	۰/۱۲	۰/۱۰۰	۰/۷۲
مقیاس اشتراک (Cm)	۱	۱	۹/۱۷	۰/۴۹	۰/۱۰۰	۰/۴۹
مقیاس تحمل (To)	۱	۱	۲۵/۷۲	۳/۲۵	۰/۱۰۰	۰/۰۸
مقیاس خویشتن داری (Sc)	۱	۱	۲۵/۲۳	۰/۱۹	۰/۱۰۰	۰/۶۶
مقیاس اجتماعی شدن (So)	۱	۱	۴/۸۵	۰/۰۱	۰/۰۳	۰/۹۱
مقیاس مسئولیت پذیری (Re)	۱	۱	۱۳/۲۲	۱/۵۷	۰/۱۰۰	۰/۲۲

بحث و نتیجه گیری

درمان شناختی رفتاری و مداخله ی روانی آموزشی با درمان های دارویی به بهبود تبعیت از درمان کمک می کند (۲۲). هم چنین پژوهش هیرشفیلد و همکاران (۱۹۹۸) نشان داد برنامه ی گروهی شناختی رفتاری در کاهش نشانه ها و جلوگیری از عود و افزایش تبعیت از درمان دارویی موفق بوده است (۱۱).

پاتلیس- سیوتیس و همکاران (۲۳) نیز در پژوهش خود به این نتیجه دست یافتند که اضافه ساختن درمان گروهی شناختی رفتاری به درمان دارویی استاندارد شده، مورد پذیرش بیماران قرار گرفت و تقریباً ۸۰ درصد بیماران از درمان پیروی کردند. در مطالعه ی 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). هم چنین کوچرن طی مطالعه ی خود نشان داد که درمان شناختی منجر به افزایش پیروی از لیتیموم در بیماران مبتلا به اختلال

یکی از اهداف پژوهش حاضر، بررسی اثربخشی گروه درمانی شناختی رفتاری توأم با دارودرمانی در افزایش تبعیت بیماران دو قطبی از درمان دارویی بوده است. با توجه به نتایج آزمون تحلیل واریانس چند متغیری با اندازه گیری های مکرر که در جدول شماره (۴ و ۳) ارایه شده است، اثر تعاملی دو متغیر معنا دار بوده است، لذا پژوهش حاضر نشان دهنده ی اثربخشی مداخله ی درمانی (گروه درمانی شناختی رفتاری)، تاثیر زمان در میزان اثر روش درمانی و اثر تعامل زمان و گروه در شاخص افزایش تبعیت از درمان دارویی است و مشخص می گردد گروه درمانی شناختی رفتاری توأم با دارو درمانی به طور معنا داری بیش از دارو درمانی در افزایش تبعیت از درمان دارویی در بیماران دو قطبی موثر است که نتایج فوق با یافته های پژوهش های دیگر در این زمینه، همسو می باشد. 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 (۲۴) 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 آن چه بیان شد داده‌های مطالعات مقدماتی درمان شناختی رفتاری توام 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 کنون 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.

هم چنین نتایج بایستی مورد حمایت بیشتری قرار گیرد تا توجه بین‌المللی را در آزمودن اثربخشی مداخلات روانی اجتماعی در این حیطه‌ها افزایش دهد. مطالعه‌ی حاضر دارای محدودیت‌هایی نیز می‌باشد از جمله می‌توان به حجم کوچک گروه نمونه اشاره کرد که در تعمیم نتایج، اشکالاتی ایجاد می‌کند. محدودیت زمانی اجرای پژوهش به علت مدت کم بستری 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 توام 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 تاثیر بیشتر مداخلات روانی اجتماعی توام را در سازگاری اجتماعی و پیروی از درمان دارویی، درمقایسه با گروه شاهد (دارودرمانی) نشان دادند (۸).

بررسی اثربخشی گروه درمانی شناختی رفتاری توام 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 اندازه‌گیری‌های 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 گروه‌ها 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 توام با دارودرمانی و اثر تعاملی زمان و گروه در شاخص بهبود عملکرد بین فردی بیماران است. هم چنین نتایج به دست آمده از جدول شماره (۶) نشان می‌دهد که تفاوت معناداری بین پس‌آزمون 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 پایدار مانده است.

با توجه به موارد فوق، پژوهش حاضر نشان داد که گروه درمانی شناختی رفتاری توام با دارو درمانی، عملکرد بین فردی بیماران دو قطبی را بیش از دارو درمانی (به تنهایی)، افزایش داده است. نتایج این پژوهش همسو با پژوهش پاتلیس سیوتیس 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 یافتند 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). هم چنین پالمر و همکاران در مطالعات خود نشان دادند که درمانی شناختی با تمرکز

شاهد که تنها دارودرمانی دریافت کردند، نشان دادند. جهت اظهار نظر قاطعانه تر و بهتر در مورد نتایج حاصل از لذا نتایج این پژوهش نشان می دهد که درمان شناختی رفتاری توام با دارودرمانی می تواند مداخله ای موثر برای درمان اختلال دو قطبی باشد و در افزایش تبعیت از درمان دارویی و بهبود روابط بین فردی موثر واقع گردد.

این پژوهش پیشنهاد می شود پژوهش های دیگری در همین زمینه و در محیط های بستری دیگر انجام گردد تا بتوان با فراهم سازی امکان مقایسه، قدرت تعمیم نتایج را افزایش داد.

References

1. Kaplan H, Sadock B. [The handbook of psychiatry, behavioral sciences/psychiatry]. Poorafkari N. (translator). 1st ed. Tehran: Shahrab; 2004: 105-14. (Persian)
2. American psychiatric association. [Guide for investigation and analysis of mental disorders (DSM IV)]. Naeenian MR, Maddahi MI, Allahyari 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, Oliff 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: Mani; 2006: 48-51. (Persian)
6. Zaretsky A. Targeted psychosocial intervention for bipolar disorder. *Bipolar Disord* 2003; 5(2): 80-7.
7. Ghoreishizadeh SMA, Fakhari A. [Comparison of effects of lithium, carbamazepine and valproate in treatment of acute phase of classic mania]. *Journal Andeesh va Raftar* 2000; 4(4): 4-9. (Persian)
8. Scott J. A casebook of cognitive therapy for psychosis. 1st ed. New York: Brunner-Routledge Tayler and Francis group; 2002: 236-64.
9. Scott J. Psychotherapy for bipolar disorder. *Br J Psychiatry* 1995; 167: 581-8.
10. Newman CF. Cognitive behavior therapy. 1st ed. New York: Brunner-Routledge Tayler and Francis group; 2002: 71-96.
11. Otto MW, Reilly Harrington N, Sachs GS. Psychoeducational and cognitive behavioral strategies in the management of bipolar disorder. *J Affect Disord* 2003; 73: 171-81.
12. Goodwin 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 Andrés R, Aillon N, Bardiot MC, Bourgeois P, Mertel S, Nerfin 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, Parikh 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, Salkvovs Case K. [Cognitive behavioral treatment: Guide of mental disorders]. Ghasemzadeh H. (translator). Tehran: Arjmand; 2005: 15-30. (Persian)
17. Sadock BJ, Sadock V. [The handbook of clinical psychiatry]. Arjmand M. (translator). Tehran: Arjmand; 2007: 463-5. (Persian)
18. Jones S. Psychotherapy of bipolar disorder: A review. *J Affect Disord* 2004; 80: 101-14.
19. Mahram B, Talebian Sharif J, Sarmad M. [Kalifornia mental questionnaire for Mashhad]. Grant research. Mashhad: Ferdowsi University, College of psychology, 1997: 31-3. (Persian)
20. Groth-Marnat G. [Guide of mental analysis for psychologists, consultants, psychiatrist]. Pasha Sharifi H, Nikkhoo MR. (translators). 1st ed. Tehran: Roshd; 2006: 663-747. (Persian)
21. Anasthasy A. [Psychometry]. Barahani MN. (translator). 1st ed. Tehran: Tehran University; 1993: 562-6. (Persian)
22. Gonzalez 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.
23. 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.
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, Garland A, Moorhead S. A pilot study of cognitive therapy in bipolar disorders. *J Psychol Med* 2001; 31: 459-67.