

اثربخشی درمان شناختی- رفتاری بر کاهش علائم و اصلاح نگرش‌های ناکارآمد بیماران مبتلا به اختلال دوقطبی نوع I و II

داود قادری^۱، دکتر محسن معروفی^۲، دکتر امراله ابراهیمی^۳

مقاله پژوهشی

چکیده

مقدمه: با توجه به تأثیر اختلال خلق بر ضعف فرایندهای شناختی و فراشناختی و همبستگی سطوح بالای نگرش‌های ناکارآمد با دوره‌های طولانی‌تر حملات افسردگی، اجرای پژوهشی جهت بررسی تأثیر درمان شناختی- رفتاری بر کاهش نگرش‌های ناکارآمد لازم به نظر می‌رسید. از این رو، پژوهش حاضر با هدف بررسی میزان اثربخشی درمان شناختی- رفتاری بر کاهش علائم و اصلاح نگرش‌های ناکارآمد بیماران مبتلا به اختلال دوقطبی نوع I و II انجام شد.

روش‌ها: پژوهش حاضر از نوع شبه آزمایشی بر اساس طرح پیش‌آزمون و پس‌آزمون با گروه شاهد بود. مراجعه کنندگان در دسترسی که به مرکز پزشکی نور و دو مطب از میان مطب‌های روان‌پزشکان اصفهان و نیز مرکز مشاوره‌ی باران مهر شاهین‌شهر مراجعه نموده و توسط یک روان‌پزشک بر اساس ملاک تشخیصی DSM-IV-TR (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fourth Edition, Text Revision) تشخیص اختلال دوقطبی نوع I یا II را دریافت نموده و تحت درمان دارویی استاندارد با تثبیت‌کننده‌های خلق قرار گرفته بودند، به عنوان جامعه‌ی پژوهش در نظر گرفته شدند. از این میان، ۳۰ نفر شامل ۱۰ مرد و ۲۰ زن به عنوان نمونه انتخاب شدند و به صورت تصادفی به دو گروه اختصاص یافتند. گروه مورد، درمان دارویی به همراه درمان شناختی- رفتاری (۱۰ جلسه به صورت فردی) و گروه شاهد تنها درمان دارویی دریافت نمودند. از پرسش‌نامه‌ی مانیا یا انگی (YMRS یا Young mania rating scale)، آزمون سنجش اختلال افسردگی دوقطبی (BDRS یا Bipolar depression rating scale)، مقیاس نگرش‌های ناکارآمد (DAS یا Dysfunctional attitude scale)، جهت سنجش علائم و نگرش‌های ناکارآمد قبل و بلافاصله بعد از اتمام درمان استفاده شد. داده‌ها با استفاده از آزمون‌های ANCOVA و MANCOVA تجزیه و تحلیل شدند.

یافته‌ها: با کنترل متغیر همپراش، تفاوت میانگین‌های دو گروه مورد و شاهد برای هر سه متغیر علائم مانیا، علائم افسردگی و اصلاح نگرش‌های ناکارآمد معنی‌دار بود ($P < 0/01$ برای همه‌ی موارد).

نتیجه‌گیری: درمان شناختی- رفتاری به عنوان یک درمان روان‌شناختی مکمل با دارو درمانی بیماران دوقطبی می‌تواند در کاهش علائم و اصلاح نگرش‌های ناکارآمد این بیماران مؤثر باشد.

واژگان کلیدی: اختلال دوقطبی، درمان شناختی- رفتاری، نگرش‌های ناکارآمد

ارجاع: قادری داود، معروفی محسن، ابراهیمی امراله. اثربخشی درمان شناختی- رفتاری بر کاهش علائم و اصلاح نگرش‌های ناکارآمد بیماران

مبتلا به اختلال دوقطبی نوع I و II. مجله دانشکده پزشکی اصفهان ۱۳۹۴؛ ۳۳ (۳۵۸): ۱۹۴۲-۱۹۳۶

طبقه‌بندی می‌شود و علاوه بر عملکرد، اختلال شدید را در تعاملات میان فردی و کیفیت زندگی فرد ایجاد می‌کند (۲). این اختلال، آثار منفی در زندگی افراد می‌گذارد و به مشکلات تحصیلی، شغلی، زناشویی و حتی مشکلات رفتاری در فرزندان افراد مبتلا منجر می‌شود (۳).

مقدمه

اختلالات خلقی از شایع‌ترین اختلالات روان‌پزشکی هستند که به صورت خلق پایین در دوره‌های افسردگی و یا خلق بالا در دوره‌های شیدایی نمود پیدا می‌کنند (۱). اختلال دوقطبی یکی از اختلالات خلقی است که در زمره‌ی ناتوان‌کننده‌ترین اختلالات روانی

۱- دانشجوی کارشناسی ارشد، گروه روان‌شناسی بالینی، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد اصفهان (خوراسگان)، اصفهان، ایران

۲- دانشیار، مرکز تحقیقات علوم رفتاری و گروه روان‌پزشکی، دانشکده‌ی پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، اصفهان، ایران

۳- دانشیار، مرکز تحقیقات روان‌تنی، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، اصفهان، ایران

به درمان دارویی است. این مورد به خصوص از این جهت مفید است که عدم پایبندی به درمان دارویی به طور معمول در بیش از ۵۰ درصد بیماران گزارش شده است. سوم، کارایی اثبات شده‌ی آن در جلوگیری از عود افسردگی یک‌قطبی است که پیشنهاد می‌کند این درمان، ممکن است در جلوگیری از عود اختلال دوقطبی نیز مؤثر باشد. چهارم، این است که نتایج مقدماتی نشان می‌دهند تعامل میان سبک شناختی و حوادث زندگی استرس‌زا، می‌تواند نشانه‌شناسی افسردگی را پیش‌بینی کند. این مورد، می‌تواند از درمان شناختی- رفتاری برای درمان اختلال دوقطبی حمایت کند؛ چرا که سبک‌های شناختی میان اختلال یک‌قطبی و اختلال دوقطبی می‌توانند شبیه باشند (۱۱).

همچنین، بر اساس نظریه‌ی شناختی Beck، طرح‌واره‌های افسردگی‌زا به عنوان محور اصلی در شکل‌گیری علائم تلقی می‌گردد. این طرح‌واره‌ها، اغلب به عنوان نگرش‌های ناکارآمد تعریف عملیاتی شده است. نگرش‌های ناکارآمد به عنوان یک عامل زمینه‌ساز در شروع افسردگی به صورت مستقیم یا به عنوان یک عامل آسیب‌پذیری (Vulnerability) تحت شرایط فشارزای محیطی تلقی شده است (۱۲).

با توجه به وجود نگرش و احساسات منفی نسبت به درمان دارویی در بیماران دوقطبی که خطر ناتمام گذاشتن درمان را زیاد می‌کند و بازگشت دوره‌ها و عود مجدد بیماری در درمان‌های دارویی (۵-۷) و همچنین با توجه به این که مطالعات قبلی با روش مقطعی نشان دادند که نگرش‌های ناکارآمد با شیوع افسردگی ارتباط دارد و سطوح بالای نگرش‌های ناکارآمد با دوره‌های طولانی‌تر حملات افسردگی و با زمان‌های کوتاه‌تر بین دوره‌های عود همبستگی دارد (۱۳) و همچنین عدم توافق محققین در مورد میزان اثربخشی درمان شناختی- رفتاری و خلأ موجود در بررسی میزان اثربخشی این درمان در اصلاح نگرش‌های ناکارآمد بیماران دوقطبی، بررسی اثربخشی درمان شناختی- رفتاری بر بهبود علائم اختلال دوقطبی و اصلاح نگرش‌های ناکارآمد این بیماران، جهت دستیابی به درمان کامل‌تر و مؤثرتر مناسب دیده شد.

روش‌ها

پژوهش حاضر از نوع شبه آزمایشی بود که بر اساس طرح پیش‌آزمون و پس‌آزمون با گروه شاهد اجرا گردید. برای انتخاب جامعه‌ی آماری مرکز پزشکی نور از میان بیمارستان‌های استان اصفهان به علت مراجعه‌ی بالا و دو مطب در دسترس از میان مطب‌های روان‌پزشکان استان اصفهان و مرکز مشاوره‌ی باران مهر شاهین شهر انتخاب گردید. حجم نمونه‌ی این پژوهش، با استفاده از فرمول کوکران ۳۰ نفر برآورد شد. این افراد از میان مراجعه‌کنندگان در دسترسی که به مرکز

توجه به درمان کارآمد، سال‌ها است که دغدغه‌ی ذهنی روان‌پزشکان و روان‌شناسان می‌باشد. امروزه، دارو درمانی خط اول درمان، برای این اختلال است. با وجود مؤثر بودن دارو درمانی که اغلب طی دوره‌های بستری در بیمارستان به صورت کنترل شده و دقیق در اختیار بیماران قرار داده می‌شود، اما بروز علائم و عود مجدد اختلال، بارها بیماران را روانه‌ی بیمارستان می‌کند و دوره‌ی مجددی از فرایند درمانی را ضروری می‌سازد (۴).

بنا بر این، به نظر می‌رسد که مهم‌ترین 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 فرو نشانیدن مرحله‌ی حاد بیماری و تثبیت آن مؤثرند، اما خیلی از بیماران بازگشت دوره‌ها و عود را تجربه می‌کنند. برای نمونه، با وجود عوامل تثبیت‌کننده‌ی خلق، داده‌های طولی نرخ عود را ۴۰ درصد در ۱ سال، ۶۰ درصد در ۲ سال و ۷۳ درصد در ۵ سال یا بیشتر نشان می‌دهد (۵).

علاوه بر مشکلات عود مجدد، تحقیقات بسیاری به کیفیت زندگی پایین در اختلال دوقطبی اشاره دارد (۶-۷) و تنها ۴۰ درصد بیماران مبتلا به اختلال دوقطبی قادر هستند عملکرد اجتماعی خود را مشابه آن چه که قبل از شروع بیماری داشتند، حفظ کنند. در حالی که ۳۵-۲۵ درصد از آن‌ها، عملکرد اجتماعی بسیار پایین از خود نشان می‌دهند (۸). همچنین تحقیقات انجام شده، به وجود نگرش‌های ناکارآمد و طرح‌واره‌ی ناسازگار اولیه در بیماران مبتلا به افسردگی دوقطبی اشاره دارد (۹). از این رو، اگر چه درمان دارویی درمان اصلی در بیماران مبتلا به اختلال دوقطبی محسوب می‌شود، اما تحقیقات در طی ۵ سال گذشته نشان می‌دهد که افزودن مداخلات روانی- اجتماعی به برنامه‌ی درمانی، کارآمدی آن را افزایش می‌دهد (۱۰).

یکی از درمان‌هایی که در کنار درمان دارویی بیماران مبتلا به اختلال دوقطبی به کار رفته است، درمان شناختی- رفتاری می‌باشد. درمان شناختی- رفتاری بر این نظر استوار است که عامل تعیین‌کننده‌ی رفتار انسان، طرز تفکر او درباره‌ی خود و نقش خود در جهان است. رفتارهای غیر انطباقی به دلیل وجود افکار ریشه‌دار و قالبی رخ می‌دهد که می‌تواند منجر به تحریف شناختی با بروز خطاهایی در تفکر شود. از این نظریه، برای اصلاح تحریف شناختی و رفتارهای خود آزارگرانه‌ی ناشی از آن‌ها کمک گرفته می‌شود (۱). درمان شناختی- رفتاری از میان درمان‌های روان‌شناختی مطرح شده برای اختلال دوقطبی، به چند دلیل مورد توجه واقع می‌شود: اول ماهیت آموزش روانی آن است که از طریق ارتقای بخشیدن، بازنگری و خود تنظیمی، آن را برای درمان این اختلال مزمن و عود کننده مناسب می‌گرداند. دوم، کارایی اثبات شده‌ی آن در افزایش پایبندی

پزشکی نور و دو مطب از میان مطب‌های روان‌پزشکان اصفهان و نیز مرکز مشاوره‌ی باران مهر شاهین‌شهر مراجعه نموده بودند و بر اساس شرح حال و یا پرونده‌ی پزشکی، توسط یک روان‌پزشک بر اساس ملاک تشخیصی (DSM-IV-TR Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fourth Edition, Text Revision) مبتلا به اختلال دوقطبی I یا II تشخیص داده شدند و تحت درمان دارویی استاندارد با تثبیت کننده‌های خلق قرار گرفته بودند، اما در زمان اجرای مطالعه فاقد علائم حاد بیماری بودند، انتخاب شدند. آزمودنی‌ها به صورت تصادفی در دو گروه ۱۵ نفره قرار گرفتند.

معیارهای ورود عبارت از دریافت تشخیص اختلال دوقطبی I یا اختلال دوقطبی II توسط روان‌پزشک، عدم ابتلا به اختلال روان‌پزشکی جدی دیگر و عدم ابتلا به اختلال نورولوژیک، فقدان افکار خودکشی (که در طی مصاحبه توسط روان‌پزشک بررسی شد)، عدم سوء مصرف مواد، سطح تحصیلات حداقل اول متوسطه، حداقل سن ۱۸ و حداکثر ۵۰ سال، فقدان علائم حاد بیماری (در وضعیت کنترل نسبی علائم باشد) بودند. معیارهای خروج عبارت از انصراف از شرکت در تمامی جلسات (حداکثر جلسه‌ی حذف شده‌ی مجاز یک جلسه در نظر گرفته شد) و بروز علائم حاد در طول پژوهش بودند. معیارهای ورود و خروج توسط یک روان‌پزشک و یک روان‌شناس بالینی اجرا کننده‌ی پژوهش کنترل گردید. درمان‌گر، دانشجوی کارشناسی ارشد روان‌شناسی بالینی بود که سابقه‌ی درمان رفتاری- شناختی به مدت دو سال تحت نظارت مرکز مشاوره‌ی باران مهر را داشت.

گروه مورد، درمان دارویی استاندارد با تثبیت کننده‌های خلق به همراه ۱۰ جلسه درمان شناختی- رفتاری و گروه شاهد، تنها درمان دارویی استاندارد با تثبیت کننده‌های خلق را دریافت نمودند. جلسات درمان طی ۱۰ جلسه‌ی ۶۰ دقیقه‌ای به صورت فردی و ۲ جلسه در هفته برگزار گردید. پروتکل درمانی از کتاب رفتار درمانی شناختی: راهنمای کاربردی در درمان اختلالات روانی (۱۴) و کتاب فنون شناخت درمانی (۱۵) استخراج گردید. آزمودنی‌های هر دو گروه، با استفاده از پیش‌آزمون‌ها مورد سنجش قرار گرفتند، سپس آزمودنی‌های گروه مورد بلافاصله پس از طی جلسات درمان و آزمودنی‌های گروه شاهد پس از گذشت زمان مشابه مورد سنجش مجدد قرار گرفتند.

داده‌های به دست آمده از اجرای پیش‌آزمون و پس‌آزمون در دو گروه، در دو سطح آمار توصیفی و آمار استنباطی مورد محاسبه قرار گرفت. در سطح آمار توصیفی، از میانگین و انحراف استاندارد و در سطح آمار استنباطی، از آزمون‌های ANCOVA و MANCOVA استفاده گردید. داده‌های به دست آمده، از طریق نرم‌افزار SPSS نسخه‌ی ۱۸ (version 18, SPSS Inc., Chicago, IL) مورد تجزیه

و تحلیل قرار گرفت.

پرسش‌نامه‌ی مانیای یانگ (Young mania rating scale) یا YMRS): مقیاس یانگ برای سنجش شدت مانیا استفاده می‌شود و مبتنی بر شرایط بیمار طی ۴۸ ساعت اخیر است. این مقیاس دارای ۱۱ ماده با هدف تعیین شدت ناپهنجاری در بیمار است. دامنه‌ی نمرات مقیاس بین ۰-۶۰ قرار می‌گیرد و مقدار عدد بالاتر، نمایانگر شدت بیشتر مانیا است. هدف این مقیاس، تشخیص اختلال نیست؛ بلکه برای اندازه‌گیری «حالت» مانیا در مقابل «صفات» استفاده می‌شود. مقیاس مانیای یانگ دارای روایی هم‌زمان ۹۶ درصد و Cronbach's alpha ۷۲ درصد بود و در سال ۱۳۸۴ در دانشگاه اصفهان هنجاریابی شد و پایایی گروه بیماران، ۷۲ درصد و پایایی ارزشیابان ۹۶ درصد گزارش گردید (۱۶).

آزمون سنجش اختلال افسردگی دوقطبی (BDRS یا Bipolar depression rating scale): آزمون BDRS اولین آزمونی است که مختص ارزیابی و سنجش اختلال افسردگی دوقطبی ساخته شده است. موارد BDRS از پژوهش‌های پدیدارشناختی اختلال دوقطبی، مرور ادبیات پژوهش در خصوص ماهیت افسردگی دوقطبی و تفاوت‌های آن با افسردگی یک‌قطبی و تجارب بالینی اعضای انجمن بین‌المللی اختلالات دوقطبی تهیه شده است. در پژوهش اولیه، تحلیل عوامل روی ۲۰ مورد مقیاس با چرخش متمایل ۵-۲ عامل را مناسب استخراج نمود، اما ساختار با ۳ عامل، خیلی مناسب‌تر بود و برازش بهتری داشت که این ۳ عامل تحت عنوان جنبه‌ی روان‌شناختی، جسمانی و آمیخته‌ی افسردگی نام‌گذاری شده است. ضریب Kappa بین ۰/۷۸-۰/۲۰ گزارش شده است. همبستگی بین طبقه‌ای برای کل مقیاس و ۳ عامل برای تعیین پایایی بین ارزیابان محاسبه شد که برای کل مقیاس ۰/۸۸، برای افسردگی (روان‌شناختی) ۰/۸۶، برای افسردگی (جسمانی) ۰/۸۵ و برای عامل آمیخته، ۰/۴۲ به دست آمده است (۱۷-۱۸).

شعبانی و همکاران، پایایی مقیاس را با استفاده از Cronbach's alpha ۰/۸۱ و روایی آن را از طریق همبستگی با مقیاس افسردگی مطالعات اپیدمیولوژی و مانیای یانگ، به ترتیب ۰/۷۳ و ۰/۸۲- گزارش کردند (۱۹).

مقیاس نگرش‌های ناکارآمد (Dysfunctional attitude scale) یا DAS): مقیاس نگرش‌های ناکارآمد (DAS) به منظور سنجش نگرش‌های زیر بنایی محتوای شناختی- علائم افسردگی بر اساس نظریه‌ی Beck ساخته شده است. روایی و پایایی مقیاس نگرش‌های ناکارآمد با استفاده از Cronbach's alpha ۸۵ درصد و روایی سازه‌ی آن از طریق همبستگی آن با آزمون افسردگی Beck برابر ۴۷ درصد و با پرسش‌نامه‌ی افکار خودآیند (Automatic thoughts questionnaire)

ANCOVA (جدول ۲) ارایه می‌گردد.

میانگین پیش‌آزمون علائم مانیا، نگرش‌های ناکارآمد و افسردگی در گروه مورد تفاوت چشمگیری با میانگین پس‌آزمون این متغیرها در گروه مورد داشت. البته برای بررسی معنی‌دار بودن این تفاوت با کنترل متغیرهای همپراش، از تحلیل MANCOVA استفاده شد. از آن جایی که یکی از پیش‌فرض‌های ANCOVA، همگنی واریانس‌ها می‌باشد، از آزمون Levene استفاده شد. نتایج نشان داد که با معنی‌دار نبودن آماره‌ی Levene ($P > 0/05$)، پیش‌فرض همسانی واریانس‌ها تأیید می‌گردد. نتایج آزمون Box با مقدار $18/26$ و $F = 2/59$ در سطح $P > 0/05$ معنی‌دار نبود و بنا بر این، ماتریس‌های واریانس- کواریانس همگن بود. مقدار آزمون Wilks's lambda نیز برابر با $0/28$ و $F = 19/63$ در سطح $P < 0/01$ معنی‌دار بود که می‌توان بیان داشت دوره‌ی درمانی شناختی- رفتاری با حذف اثر همپراش، حداقل در یکی از متغیرهای علائم مانیا، علائم افسردگی و اصلاح نگرش‌های ناکارآمد اثربخش بوده است. در جدول ۲ نتایج One-way ANCOVA برای متغیرهای علائم مانیا، علائم افسردگی و اصلاح نگرش‌های ناکارآمد آمده است.

یا (ATQ) برابر با ۴۷ درصد به دست آمد. همچنین، پرسش‌نامه‌ی DAS توانایی کافی برای تمایز بین افراد مبتلا به بیماری‌های روانی و افراد سالم را داشت (۲۰).

ابراهیمی و موسوی، این آزمون را هنجاریابی کرده‌اند که بر مبنای تحلیل عوامل ۱۴ گویه از نسخه‌ی ۴۰ گویه‌ای آن را حذف و نسخه‌ی ۲۶ گویه‌ای آن را بررسی کرده‌اند. روایی ملاکی هم‌زمان به وسیله‌ی همبستگی آن با نمره‌ی کل GHQ-28 ($r = 0/56$) و با خرده مقیاس‌های جسمانی‌سازی، اضطراب، اختلال کارکرد اجتماعی و افسردگی به ترتیب ۴۵ درصد، ۵۳ درصد، ۴۸ درصد، ۵۷ درصد و با تشخیص روان‌پزشکی ۵۵ درصد به دست آمده است. Cronbach's alpha کل مقیاس ۹۲ درصد به دست آمد (۲۱).

یافته‌ها

افراد نمونه شامل ۱۰ مرد و ۲۰ زن با میانگین سنی $31/91 \pm 8/49$ سال بودند که به علت عدم همبستگی معنی‌دار سن با متغیرهای مورد پژوهش، سن به عنوان متغیر کوریت در آزمون ANCOVA استفاده نشد. ابتدا شاخص‌های توصیفی یافته‌ها (جدول ۱) و سپس نتایج

جدول ۱. شاخص‌های توصیفی پیش‌آزمون- پس‌آزمون دو گروه مورد و شاهد

متغیر	مورد		شاهد	
	پیش‌آزمون	پس‌آزمون	پیش‌آزمون	پس‌آزمون
	میانگین \pm انحراف معیار	میانگین \pm انحراف معیار	میانگین \pm انحراف معیار	میانگین \pm انحراف معیار
علائم مانیا	$12/00 \pm 7/36$	$4/36 \pm 3/72$	$9/00 \pm 3/03$	$8/83 \pm 4/53$
علائم افسردگی	$29/54 \pm 9/01$	$12/00 \pm 7/29$	$24/00 \pm 6/44$	$27/66 \pm 10/98$
نگرش‌های ناکارآمد	$97/54 \pm 30/07$	$69/81 \pm 26/45$	$116/50 \pm 25/83$	$120/33 \pm 25/64$

جدول ۲. نتایج One-way ANCOVA برای تفاوت اثربخشی درمان شناختی- رفتاری

منبع	مجموع مجزورات	درجه‌ی آزادی	میانگین مجزورات	F	مقدار P
علائم مانیا	۰/۲۱	۱	۰/۲۱	۰/۰۲	۰/۸۷
گروه	۲۴۶/۳۷	۱	۲۴۶/۳۷	۳۲/۱۰	۰/۰۱
خطا	۱۹۱/۸۴	۲۵	۷/۶۷	---	---
علائم افسردگی	۲۶۲/۵۴	۱	۲۶۲/۵۴	۵/۱۷	۰/۰۳
گروه	۱۴۴۳/۱۰	۱	۱۴۴۳/۱۰	۲۸/۴۶	۰/۰۱
خطا	۱۲۶۷/۵۹	۲۵	۵۰/۷۰	---	---
اصلاح نگرش ناکارآمد	۷۵۰۷/۷۷	۱	۷۵۰۷/۷۷	۲۹/۹۵	۰/۰۱
گروه	۵۲۷۵/۸۵	۱	۵۲۷۵/۸۵	۱۸/۹۴	۰/۰۱
خطا	۶۹۶۲/۱۷	۲۵	۲۷۸/۴۸	---	---

شناختی- رفتاری در کاهش علائم و جلوگیری از عود بیماری در بیماران دوقطبی و افزایش تبعیت دارویی مؤثر بوده است (۲۳). پژوهشی دیگر درمان شناختی- تحلیلی و درمان شناختی را در بهبود بی‌ثباتی هیجانی، تکانش‌گری و بی‌ثباتی اجتماعی بیماران دوقطبی مؤثر یافته است؛ که این بهبود در گروهی که درمان شناختی- تحلیلی دریافت کردند، بالاتر بوده است (۲۴).

پژوهش حجتی و همکاران نشان داد که شناخت درمانی باعث بهبود معنی‌دار بهداشت روان بیماران دوقطبی نوع I شده است؛ این بهبود، در میزان اضطراب بیشتر بوده است (۲۵). یکی دیگر از یافته‌های این پژوهش، اثربخشی درمان شناختی- رفتاری در اصلاح نگرش‌های ناکارآمد می‌باشد که با پژوهش پورکمالی و زرگر مطابقت دارد. نتایج پژوهش آنان نشان داد دارو درمانی و نیز درمان دارویی در کنار درمان رفتاری- شناختی باعث سوگیری مثبت بیشتر در بیماران دوقطبی بوده است که سوگیری مثبت در گروهی که هم‌زمان درمان دارویی و رفتاری- شناختی دریافت کرده‌اند، بیشتر بوده است (۲۶).

همچنین، در این زمینه پژوهشی دیگر متآنالیزهای انجام شده بر روی درمان‌های شناختی- رفتاری به کار رفته برای بیماران دوقطبی نشان دهنده تأثیر قوی در بهبود عملکردهای شناختی این بیماران از جمله بهبود در حافظه‌ی آشکار، بهبود در تلاش برای رها کردن سوگیری حافظه و بهبود عملکرد کلی حافظه بوده است. البته این پژوهش بر محدودیت اثربخشی این درمان در جلوگیری از عود اختلال نیز اشاره می‌کند و تأثیر این درمان را بر عملکردهای شناختی ذهنی بیشتر می‌داند (۲۷). این نتایج، با یافته‌های مطالعه‌ی حاضر از نظر تأثیر درمان شناختی- رفتاری بر بهبود عملکردهای شناختی مطابقت دارد و این بهبود را می‌توان در اثر اصلاح نگرش‌های ناکارآمد این بیماران دانست.

به طور کلی، می‌توان گفت افزودن درمان شناختی- رفتاری به درمان دارویی بیماران دوقطبی، می‌تواند با شناسایی افکار خودآیند منفی، اصلاح تحریف‌های شناختی، تغییرات رفتاری و ایجاد مهارت‌های حل مسأله‌ی این بیماران در دستیابی به درمان مؤثرتر راه‌گشا باشد و نتایج این پژوهش مبنی بر مؤثر بودن درمان شناختی- رفتاری در بهبود علائم و اصلاح نگرش‌های ناکارآمد این بیماران در راستای نتایج پژوهش‌های قبلی می‌باشد. اجرای درمان توسط یک درمان‌گر برای همه‌ی بیماران از نقاط قوت این پژوهش بود.

محدودیت‌ها و پیشنهادها

محدودیت زمانی در این پژوهش مانع از اجرای درمان در جلسات بیشتر و بررسی اثر درمان در بلند مدت شد. از این رو، تهیه‌ی پروتکل‌های منظم درمان شناختی- رفتاری و افزودن آن به درمان دارویی این بیماران و همچنین بررسی نتایج در پی‌گیری‌های بلند مدت و مقایسه‌ی میزان اثربخشی این درمان با درمان‌های

با توجه به نتایج ANCOVA می‌توان گفت با کنترل متغیر همپراش، تفاوت میانگین‌های دو گروه مورد و شاهد برای هر سه متغیر علائم مانیا، علائم افسردگی و اصلاح نگرش‌های ناکارآمد معنی‌دار بود ($P < 0/01$). بر اساس ضریب تأثیر اتا می‌توان گفت ۵۶ درصد تغییر در نمرات علائم مانیا، ۵۳ درصد تغییر در نمرات علائم افسردگی و ۴۳ درصد تغییر در نمرات نگرش‌های ناکارآمد مربوط به دوره‌ی درمانی شناختی- رفتاری بوده است.

بحث

هدف این پژوهش، بررسی میزان اثربخشی درمان شناختی- رفتاری در کاهش علائم و اصلاح نگرش‌های ناکارآمد بیماران مبتلا به اختلال دوقطبی بود. نتایج به دست آمده، حاکی از اثربخشی درمان شناختی- رفتاری در کاهش علائم و اصلاح نگرش‌های ناکارآمد بیماران مبتلا به اختلال دوقطبی بود. یکی از یافته‌های این پژوهش، اثربخشی درمان شناختی- رفتاری در کاهش علائم اختلال دوقطبی بود که با نتایج پژوهش Gonzalez و همکاران همخوانی دارد. این پژوهشگران درمان دارویی را با درمان‌های ترکیبی دارویی و روان‌شناختی (آموزش روان‌شناختی و درمان شناختی- رفتاری) در یک پی‌گیری ۵ ساله مورد بررسی قرار دادند. نتایج نشان دهنده‌ی تفاوت معنی‌داری بین دو گروه در ارزشیابی‌های انجام شده در فواصل ۶ ماه، ۱۲ ماه و ۵ سال بود و گروه مورد، افسردگی و اضطراب معنی‌دار پایین‌تری نشان دادند و همچنین تفاوت معنی‌دار در میزان مانیا و سازگاری با محیط نسبت به گروه شاهد در مقطع‌های مختلف مورد اندازه‌گیری وجود داشته است (۲۱).

همچنین، پژوهشی که درمان شناختی گروهی را برای بیماران دوقطبی نوع I ارایه کرده است، نشان می‌دهد افزودن این درمان به درمان دارویی به میزان بالایی بر تبعیت دارویی بیماران و بهبود عملکرد بین فردی آن‌ها (شامل مقیاس‌های برداشت خوب، اشتراک، تحمل، خویشتن‌داری و مسؤولیت‌پذیری) و مقیاس اجتماعی شدن مؤثر بوده است (۲۲).

علاوه بر آن، Patelis-Siotis و همکاران در پژوهش خود به این نتیجه دست یافتند که اضافه نمودن درمان گروهی شناختی- رفتاری به درمان دارویی، باعث پیروی ۸۰ درصد بیماران از درمان دارویی بوده است (۱۱)؛ که این نتایج با نتایج پژوهش حاضر همخوانی دارد و می‌توان بهبود علائم را مربوط به تأثیر درمان شناختی- رفتاری بر بهبود کامل‌تر افسردگی و کنترل افزایش خلق و ناسازگاری فرد با محیط دانست. همچنین، این درمان با کمک به تبعیت دارویی بیشتر بیماران، اثربخشی درمان را گسترش داده است.

در همین راستا، یک مطالعه نشان داد که اجرای گروهی درمان

روان‌شناختی دیگر در پژوهش‌های بعدی پیشنهاد می‌گردد.

پزشکی نور اصفهان و مدیریت مرکز مشاوره‌ی باران مهر شاهین‌شهر و همچنین با سپاس از کلیه‌ی بیماران شرکت کننده در این پژوهش که با مشارکت خود، انجام این پژوهش را میسر نمودند. این پژوهش از پایان‌نامه‌ی کارشناسی ارشد استخراج شده است.

تشکر و قدردانی

با سپاس از روان‌پزشک گرامی آقای دکتر نیلی‌پور و مسئولین مرکز

References

- Sadock BJ, Sadock VA. Kaplan and Sadock's synopsis of psychiatry: Behavioral sciences/clinical psychiatry. 9th ed. Philadelphia, PA: Lippincott Williams and Wilkins; 2003.
- Brissos S, Dias VV, Kapczynski F. Cognitive performance and quality of life in bipolar disorder. *Can J Psychiatry* 2008; 53(8): 517-24.
- Rashedi E, Sohrabi F, Shams J. A study of the efficacy of cognitive behavior therapy in relapse prevention of bipolar disorder. *Iran J Psychiatry Clin Psychol* 2011; 2(5): 49-64. [In Persian].
- Harrow M, Goldberg JF, Grossman LS, Meltzer HY. Outcome in manic disorders. A naturalistic follow-up study. *Arch Gen Psychiatry* 1990; 47(7): 665-71.
- Gitlin MJ, Swendsen J, Heller TL, Hammen C. Relapse and impairment in bipolar disorder. *Am J Psychiatry* 1995; 152(11): 1635-40.
- Goldberg JF, Harrow M. Subjective life satisfaction and objective functional outcome in bipolar and unipolar mood disorders: a longitudinal analysis. *J Affect Disord* 2005; 89(1-3): 79-89.
- Michalak EE, Yatham LN, Lam RW. Quality of life in bipolar disorder: a review of the literature. *Health Qual Life Outcomes* 2005; 3: 72.
- de Andres RD, Aillon N, Bardirot 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(1-3): 253-7.
- Hawke LD, Provencher MD. Early Maladaptive Schemas among patients diagnosed with bipolar disorder. *J Affect Disord* 2012; 136(3): 803-11.
- Zaretsky A. Targeted psychosocial interventions for bipolar disorder. *Bipolar Disord* 2003; 5(Suppl 2): 80-7.
- 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, Jones SH, Hayward P, Bright JA. Cognitive therapy for bipolar disorder: A therapist's guide to concepts, methods and practice. London, UK: Wiley; 1999. p. 324.
- Ebrahimi A, Neshatdoost HT, Kalantari M, Molavi H, Asadollahi GH. Contributions of dysfunctional attitude scale and general health subscales to prediction and odds ratio of depression. *J Shahrekord Univ Med Sci* 2008; 9 (4): 52-8. [In Persian].
- Hawton K, Salkovskis PM, Kirk J, Clark DM. Cognitive behaviour therapy for psychiatric problems: A practical guide. Oxford, UK: Oxford University Press; 1989.
- Leahy RL. Cognitive therapy techniques: A practitioner's guide. New York, NY: Guilford Press; 2003.
- Baratian H, Barekatin M, Molavi H, Mosavi N. A six months follow up of symptom severity and quality of life in bipolar I patients after discharge. *J Res Behav Sci* 2013; 11(1): 10-7. [In Persian].
- Ebrahimi A, Barekatin M, Bornamanesh A, Nassiri H. Psychometric properties of the Persian version of Bipolar Depression Rating Scale (BDRS) in patients and general population. *Iran J Psychiatry Clin Psychol* 2015; 21(1): 60-8. [In Persian].
- Berk M, Malhi GS, Cahill C, Carman AC, Hadzi-Pavlovic D, Hawkins MT, et al. The bipolar depression rating scale (BDRS): Its development, validation and utility. *Bipolar Disord* 2007; 9(6): 571-9.
- Shabani A, Akbari M, Dadashi M. Reliability and validity of the Bipolar Depression Rating Scale on an Iranian sample. *Arch Iran Med* 2010; 13(3): 217-22.
- Ebrahimi A, Moosavi SG. Development and validation of the Dysfunctional Attitude Scale-26 items: factor structure, reliability and validity in psychiatric outpatients. *J Ilam Univ Med Sci* 2013; 21(5): 20-8. [In Persian].
- Gonzalez IA, Echeburua E, Liminana JM, Gonzalez-Pinto A. Psychoeducation and cognitive-behavioral therapy for patients with refractory bipolar disorder: a 5-year controlled clinical trial. *Eur Psychiatry* 2014; 29(3): 134-41.
- Masoudi Sh, Tabatabaei SM, Modarres Gharavi M, Ghanbari Hashemabadi BA. The effect of cognitive behavioral group therapy on bipolar disorder type I. *J Fundam Ment Health* 2009; 10(4): 289-98. [In Persian].
- Otto MW, Reilly-Harrington N, Sachs GS. Psychoeducational and cognitive-behavioral strategies in the management of bipolar disorder. *J Affect Disord* 2003; 73(1-2): 171-81.
- Kazemi H, Rasoulzade-Tabatabaei S.K, Dezhkam M, Azad-Fallah P, Momeni Kh. Comparison of cognitive analytic therapy, cognitive therapy and medication on emotional instability, impulsivity and social instability in bipolar II disorder. *J Res Behav Sci* 2011; 5(2): 91-9. [In Persian].
- Hojati H, Akhondzadeh G, Sharifnia H, Nazari R, Asaiesh H. Effect of cognitive -behavioral group therapy on mental health of patients with type I bipolar disorder. *Iranian Journal of Health and Care* 2000; 3(2): 25-32. [In Persian].
- Pourkamali T, Zargar, F. The comparison of medical therapy and cognitive behavior medical therapy on the memory positive bias of bipolar patients in Isfahan city. *New Educational Approaches* 2009; 4(2):11-20. [In Persian].
- Docteur A, Mirabel-Sarron C, Guelfi JD, Rouillon F, Gorwood P. The role of CBT in explicit memory bias in bipolar I patients. *J Behav Ther Exp Psychiatry* 2013; 44(3): 307-11.

Effect of Cognitive Behavioral Therapy on Reducing Symptoms and Modifying Dysfunctional Attitudes in Patients with Type I and II Bipolar Disorder

Davoud Ghaderi¹, Mohsen Maroufi MD², Amrollah Ebrahimi PhD³

Original Article

Abstract

Background: The effect of mood disorders on cognitive and metacognitive processes and large association of dysfunctional attitudes with longer periods of bouts of depression is proven. This study aimed to evaluate the effect of cognitive behavioral therapy on reducing symptoms and adjusting dysfunctional attitudes in patients with bipolar disorder, in order to reach an adjuvant treatment for medical treatments in such patients.

Methods: In this quasi-experimental study with pretest, posttest and control group, 30 patients, 10 men and 20 women, selected through convenience sampling from psychiatric clinics in Isfahan, Iran. They were diagnosed to have bipolar disorder (types I or II), according to Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fourth Edition, Text Revision (DSM-IV-TR), received standard medical treatment with mood stabilizers and were randomly put in two groups. Test group received medical treatment along with cognitive-behavioral therapy (10 individual sessions) and the control group received only medical treatment. Young's mania rating scale (YMRS), bipolar depression rating scale (BDRS) and dysfunctional attitudes scale (DAS) were used before and right after the termination of treatment. Data were analyzed using multivariate analysis of variance and covariance test.

Findings: Controlling the covariate variables, differences between the medians of test and control groups for all three variables of symptoms of mania, depression and adjustment of dysfunctional attitudes were significant ($P < 0.01$ for all).

Conclusion: Cognitive-behavioral therapy as an adjuvant psychological treatment can be effective in reducing symptoms and adjusting dysfunctional attitudes in patients with bipolar disorder. Therefore, providing regular protocols of cognitive behavioral therapy and adding them to medical treatment of these patients and also comparing the effect of this therapy and other psychological treatments is suggested for future studies.

Keywords: Bipolar disorder, Cognitive behavioral therapy, Dysfunctional attitudes

Citation: Ghaderi D, Maroufi M, Ebrahimi A. **Effect of Cognitive Behavioral Therapy on Reducing Symptoms and Modifying Dysfunctional Attitudes in Patients with Type I and II Bipolar Disorder.** J Isfahan Med Sch 2016; 33(358): 1936-42

1- MSc Student, Department of Clinical Psychology, Isfahan (Khourasgan) Branch, Islamic Azad University, Isfahan, Iran

2- Associate Professor, Behavioral Sciences Research Center AND Department of Psychiatry, School of Medicine, Isfahan University of Medical Sciences, Isfahan, Ira

3- Associate Professor, Psychosomatic Research Center, Isfahan University of Medical Sciences, Isfahan, Iran

Corresponding Author: Mohsen Maroufi MD, Email: maroufi@med.mui.ac.ir