

اثربخشی آموزش روانی بر کاهش شدت علائم شیدایی و افزایش بینش بیماران مبتلا به اختلال دو قطبی نوع ۱ در مرحله ی شیدایی

افشین صابری^۱، مرتضی ترخان^۲، علیرضا آقاییوسفی^۳، حسین زارع^۳

مقاله پژوهشی

چکیده

مقدمه: هدف از انجام مطالعه حاضر، بررسی اثربخشی آموزش روانی بر افزایش بینش و کاهش علائم شیدایی بیماران مبتلا به اختلال دو قطبی در مرحله ی شیدایی بود.

روش ها: پژوهش حاضر از نوع نیمه آزمایشی به صورت پیش آزمون- پس آزمون با گروه شاهد بود. جامعه ی آماری این مطالعه، شامل بیماران دو قطبی بستری در مرکز آموزشی- درمانی شفا در شهر رشت بود که از فروردین ۱۳۹۵ تا شهریور ۱۳۹۶ در این مرکز بستری بودند. نخست، آزمودنی ها با استفاده از معیارهای ورود و خروج غربال شدند. سپس، ۲۴ بیمار (شامل ۱۲ بیمار در هر گروه) بر پایه ی نمونه گیری در دسترس انتخاب شدند و به طور تصادفی در دو گروه مورد و شاهد قرار گرفتند. گروه مورد، علاوه بر دارودرمانی، آموزش روانی را به مدت ۸ جلسه ی هفتگی دریافت کردند و گروه شاهد تنها دارودرمانی دریافت کردند. علائم شیدایی و بینش بیماران قبل و بعد از مداخله با استفاده از مقیاس سنجش مانیای Young (Young mania rating scale) یا YMRS) و مقیاس سنجش آگاهی نداشتن از اختلال روانی (Scale to assess unawareness in mental disorder یا SUMD) ارزیابی شد. داده های پژوهش با استفاده از آزمون MANOVA تحلیل شد.

یافته ها: گروه مورد به لحاظ آماری افزایش معنی داری را در میزان بینش نشان داد، اما هیچ تفاوت معنی داری بین علائم شیدایی گروه مورد و شاهد دیده نشد.

نتیجه گیری: آموزش روانی در کنار دارودرمانی در افزایش بینش مؤثر است، اما هیچ تأثیری بر روی علائم شیدایی بیماران مبتلا به اختلال دو قطبی نمی گذارد.

واژگان کلیدی: آموزش روانی، شیدایی، علائم رفتاری، بهبود سلامت روان

ارجاع: صابری افشین، ترخان مرتضی، آقاییوسفی علیرضا، زارع حسین. اثربخشی آموزش روانی بر کاهش شدت علائم شیدایی و افزایش بینش

بیماران مبتلا به اختلال دو قطبی نوع ۱ در مرحله ی شیدایی. مجله دانشکده پزشکی اصفهان ۱۳۹۷؛ ۳۶ (۴۶۹): ۱۷۵-۱۶۸

با توجه به این که اولین هدف درمانی در این اختلال، مهار حملات حاد بیماری و جلوگیری از بازگشت آن ها می باشد، درمان های موجود حتی دارودرمانی، به خوبی قادر به کنترل علائم بیماری و به خصوص پیش گیری از عود و بازگشت مجدد این اختلال نیست (۲). به نظر می رسد که استفاده از درمان های روان شناختی مکمل در کنار درمان های دارویی، اجتناب ناپذیر می باشد (۱). درمان شناختی- رفتاری بیشترین شواهد تجربی را در حوزه ی درمان اختلالات خلقی به ویژه افسردگی به خود اختصاص داده است و به

مقدمه

اختلال دو قطبی، نوعی بیماری روان پزشکی است که در آن، بیماران نوسانات خلقی شدیدی را به صورت دوره های افسردگی و شیدایی تجربه می کنند. این اختلال، ماهیتی دوره ای دارد و بسیار مزمن و عود کننده است؛ به گونه ای که بر اساس برخی از داده ها، تنها در ۷ درصد موارد، علائم این اختلال عود نمی کنند. حتی با ادامه ی درمان نگهدارنده ی دارویی خوب، در ۷۳ درصد موارد، علائم بیماران طی ۵ سال عود می کند (۱).

۱- دانشجوی دکتری، گروه روان شناسی، دانشگاه پیام نور، تهران، ایران

۲- دانشیار، گروه روان شناسی، دانشگاه پیام نور، تهران، ایران

۳- استاد، گروه روان شناسی، دانشگاه پیام نور، تهران، ایران

نویسنده ی مسؤول: افشین صابری

برای نمونه، در مطالعه‌ی Even و همکاران، روش آموزش روانی - فردی به عنوان یکی از روش‌های روان‌درمانی در کنار دارودرمانی در راستای کنترل نشانه‌های شیدایی از طریق افزایش اثربخشی داروها بر بیماران دو قطبی نوع اول مؤثر بوده است (۹). همچنین، Gaudiano نشان داد که روش درمانی آموزش روانی با تغییرات مثبتی در بیماران دو قطبی نوع اول به صورت افزایش بینش در بیمار، همکاری در مصرف دارو و افزایش اثربخشی متغیرهای خونی مرتبط در این بیماران و به همراه افزایش انگیزش در جلسات روان‌درمانی همراه است (۱۰).

Colom نیز در مروری نظام‌مند نشان داد که آموزش روانی می‌تواند وضعیت روانی بیماران دچار اختلال دو قطبی بستری شده در بیمارستان را به طور مؤثری بهبود بخشد و از نوسانات خلقی بیماران جلوگیری کند و مدت زمان بستری را کوتاه‌تر نماید (۱۱). داخل کشور، امینی و همکاران نیز طی مطالعه‌ای نشان دادند که آموزش روانی - فردی در طی ۸ جلسه در بیماران دو قطبی اثرات مثبتی گذاشته و باعث کاهش دوره‌های عود بیماری در این گروه بیماران شده است (۱۲).

محققان نشان دادند که با توجه به شیوع ۲۰ درصدی خودکشی در اختلال دو قطبی، در بیمارستان‌ها از آموزش روانی به منظور کاستن از میزان سطح خودکشی بیماران استفاده شده است. همچنین، نشان دادند که آموزش روانی می‌تواند به طور معنی‌داری از خودکشی بیماران دو قطبی جلوگیری نماید. در ادامه‌ی این پژوهش، میزان اثربخشی آموزش روانی - خانواده در بیماران دو قطبی نوع اول به منظور کنترل دوره‌های شروع حمله‌ی مانیا و کاهش عود بیماری، بررسی شد (۱۳). در این راستا، بر خلاف اثربخشی آموزش روانی بر بیماران دو قطبی نوع اول، در مطالعه‌ی Sharma تفاوت مهمی میان آموزش روانی به ویژه در طولانی مدت در کنترل حملات بیماران دو قطبی به ویژه نوع اول در کنترل علایم شیدایی و افسردگی تأثیرات مثبتی مشاهده نشد. در این مطالعه، دوره‌های اختلال در بیماران دو قطبی نوع اول در نظر گرفته شد و مشاهده گردید که در صورت مزمن بودن بیماری و یا شدید بودن نشانه‌های اختلال نظیر بالا بودن تعداد حملات مانیا در تاریخچه‌ی بیماران دو قطبی نوع اول، اثربخشی آموزش روانی با دارودرمانی به عنوان درمان تکمیلی در مقابل دارودرمانی صرف، تأثیرات مثبتی در بلند مدت مشاهده نشده است (۱۴).

بیش نسبت به ابتلا به بیماری روانی، یک پدیده‌ی بالینی است که نقش مهمی در سیر، درمان و پیامد اختلال‌های روانی بازی می‌کند. بیش نداشتن با همکاری نکردن بیمار و سیر وخیم‌تر و پیش‌آگهی ضعیف‌تر بیماری مرتبط است. بیش نسبت به بیماری، پیش‌بینی

همراه دارودرمانی برای بیماران دچار اختلال دو قطبی به کار گرفته شده است؛ اما با این وجود، یافته‌ها اثربخشی قطعی این درمان را تأیید نکرده‌اند (۳).

این امر بررسی سایر عوامل مؤثر در مسأله‌ی عود غیره منتظره‌ی حملات افسردگی یا شیدایی این بیماران را ضروری ساخته است (۴). بنابراین، ارایه‌ی روش درمانی که در کنار دارودرمانی برای کمک به بیماران مبتلا به اختلال دو قطبی و حل مشکلات آن‌ها به کار گرفته شود و در عین حال مؤثر و مقرون به صرفه باشد، ضروری به نظر می‌رسد. در میان روش‌های درمانی مختلف، درمان کمکی آموزش روانی که یکی از اهداف سازمان بهداشت جهانی در ارتقای سلامت و بسیار مورد توجه بوده است، مفید می‌باشد (۵).

آموزش بیماران در مورد ماهیت بیماری، موجب می‌شود بیمار راه‌های تطابق با مشکلات را یاد بگیرد و در مصرف داروها دقت عمل داشته باشد. همین امر، موجب می‌شود بیمار با انگیزه‌ی بیشتری در برنامه‌های توان‌بخشی شرکت کند. آگاه شدن خانواده‌ی این بیماران به اختلال آن‌ها نیز موجب فراهم شدن سیستم حمایتی خوب برای این بیماران می‌شود و به میزان قابل توجهی پیش‌آگهی بیماری را به سمت پیش‌آگهی خوب سوق می‌دهد (۶).

اولین مطالعه‌ی آزمایشی به منظور جستجوی اثر آموزش روانی - فردی برای بیماران دو قطبی طراحی شد و تعداد ۶۶ بیمار به طور تصادفی به دو گروه دریافت‌کننده‌ی دارو همراه با مراقبت عادی و دریافت‌کننده‌ی دارو به همراه ۱۲-۷ جلسه‌ی آموزش روانی - فردی با هدف کمک به بیماران برای تشخیص نشانه‌های هشدار دهنده‌ی اولیه و نحوه‌ی مدیریت آن‌ها تقسیم شدند. نتایج این پژوهش نشان داد آموزش روانی - خانواده، بر افزایش آگاهی خانواده‌ی بیماران دو قطبی در مورد بیماری، شناسایی زود هنگام نشانه‌های عود و نحوه‌ی جلوگیری از عود حملات آنان متمرکز است (۷).

همچنین، تحقیقات مختلفی در زمینه‌ی اثربخشی آموزش روانی به ویژه آموزش روانی - خانواده گزارش شده است که بر اساس تحقیقات انجام شده در مطالعه‌ی Perlick و همکاران (۸) تعداد ۱۲۰ نفر از بیماران مبتلا به اختلال دو قطبی نوع اول و دوم که سرپرستان اصلی آن‌ها طی ۹ ماه تحت آموزش روانی - خانواده قرار گرفتند و مبحث به صورت آموزش در زمینه‌ی توضیح کلی اختلال، روش‌های مقابله‌ی درست در مقابل شروع نشانه‌های اولیه، کاهش استرس‌های زندگی بیمار و اطرافیان از طریق آموزش مهارت‌های زندگی و حل مسأله‌ی ارایه گردید. در انتها، اطاعت و پیروی از دستورهای درمانی، افزایش مهارت‌های اجتماعی به ویژه مدیریت بر خود و افزایش اثربخشی داروی لیتیوم در سرم خون در گروه مورد با گروه شاهد تفاوت معنی‌داری نشان داد.

دامنه‌ی سنی ۴۵-۲۰ سال و حداقل تحصیلات راهنمایی و حداکثر کارشناسی، مدت ابتلا به اختلال دو قطبی نوع ۱ بین ۱-۳ سال و عدم دریافت الکتروشوک درمانی در طول بستری فعلی از دیگر ملاک‌های ورود به مطالعه‌ی حاضر در نظر گرفته شد. بیماری جسمی قابل توجهی و غیبت بیش از دو جلسه در مداخله نیز به عنوان معیارهای خروج در نظر گرفته شدند.

در این راستا، پس از مراجعه‌ی روزانه به مرکز پیش‌گفته، ۳۰ نفر (هر گروه ۱۵ نفر) از افراد مبتلا به مرحله‌ی مانیای دو قطبی نوع ۱ که معیارهای لازم برای ورود به مطالعه‌ی حاضر را داشتند، در گروه مورد (آموزش روانی) و گروه شاهد انتخاب می‌شدند. با توجه به مداخله‌ای بودن پژوهش و شرایط ویژه‌ی بخش‌های بستری بیماران روانی، ۳ نفر در هر یک از گروه‌های مورد و شاهد حاضر به ادامه‌ی همکاری با پژوهشگر نشدند که نتایج حاصل از ۲۴ نفر از شرکت کنندگان تحلیل گردید.

در ادامه ابزار مورد استفاده در این مطالعه معرفی می‌شوند:

۱- مقیاس سنجش مانیای Young (Young mania rating scale یا YMRS)، (۱۸) در سال ۱۹۷۸ توسط Young ساخته شد و دارای روایی هم‌زمان ۰/۹۶، پایایی ارزیابان ۰/۹۲ و Cronbach's alpha ۰/۷۲ می‌باشد. این مقیاس، یک مقیاس ۱۱ ماده‌ای برای سنجش شدت شیدایی است و نمره‌گذاری آن بر پایه‌ی گزارش عینی بیمار از شرایط طبی در ۴۸ ساعت گذشته و مشاهدات عینی مصاحبه‌گر در حین مصاحبه است. تکمیل کردن این مقیاس، حدود ۳۰-۱۵ دقیقه به طول می‌انجامد و هر ماده در این مقیاس، نمره‌ای بین ۰-۴ می‌گیرد؛ البته، به استثنای ۴ ماده (تحریک‌پذیری، گفتار، محتوای فکر و رفتار پرخاشگرانه) که ۲ برابر سایر ماده‌ها وزن دارد و نمره‌گذاری آن‌ها نیز بین ۰-۸ است. دلیل وزن بیشتر این مورد، این است که همکاری ضعیف در برخی موارد که بیماری شدید است، جریان شود و دامنه‌ی نمرات آن ۰-۶۰ است. در آزمایش‌های شیدایی، نمره‌ی ۲۰ و بالاتر، ملاک ورود محسوب می‌شود. همچنین، نمره‌ی ۱۲ و در برخی مطالعات نمره‌ی ۷ یا کمتر به عنوان آستانه‌ی نیمه‌شیدایی تعریف شده است (۱۸).

این مقیاس در سال ۱۳۸۰ در بیمارستان روزبه تهران توسط علی‌پور و نوربالا هنجاریابی شده است که با توجه به نتایج به دست آمده، می‌توان پذیرفت که این آزمون برای تشخیص و غربالگری اختلال مانیک در بیماران ایرانی کارایی مناسبی دارد (۱۹).

در بررسی اعتبار و پایایی این پرسش‌نامه بر روی نمونه‌ی ایرانی، ضریب پایایی سؤالات به شیوه‌ی Cronbach's alpha برای گروه بیمار ۰/۷۲، برای گروه بهنجار ۰/۶۳ و پایایی بین ارزیاب‌ها ۰/۹۶ به دست آمد. همچنین، ضریب روایی تشخیصی نمرات کل و عضویت

کننده‌ی دقیق همکاری بیمار با درمان، پیش‌آگهی و میزان خطر بیمار برای دیگران و خود بیمار است (۱۵).

در مطالعه‌ی فوشجیان چوب مسجدی و همکاران که به مقایسه‌ی اثربخشی درمان‌های تکمیلی آموزش روانی- فردی و آموزش روانی- خانواده بر علائم افسردگی و شیدایی بیماران دو قطبی نوع یک تحت درمان دارویی پرداخته بودند، یافته‌های تحلیل‌های آماری در شیدایی تفاوت‌های معنی‌داری را میان گروه‌های تحقیق نشان داد. گروه آموزش روانی- خانواده همراه با دارودرمانی در پس‌آزمون به گونه‌ی معنی‌داری میانگین پایین‌تری از گروه شاهد (درمان روان‌پزشکی تنها) از نظر علائم شیدایی داشتند، اما در پی‌گیری تنها میانگین گروه آموزش روانی- خانواده، از گروه شاهد در علائم شیدایی پایین‌تر بود. آموزش روانی- خانواده، علائم شیدایی بیماران را در کوتاه مدت و بلند مدت کنترل می‌کند. آن‌ها نتیجه گرفتند که درمان مکمل آموزش روانی- خانواده در پیش‌گیری از عود غیره منتظره‌ی علائم دوره‌ای شیدایی در بیماران دو قطبی نوع یک که تحت درمان روان‌پزشکی هستند، مؤثر است و در کنار درمان روان‌پزشکی آنان توصیه می‌شود (۱۶). از طرف دیگر، طالبی‌زاده و همکاران با درمان شناختی مبتنی بر ذهن آگاهی، کاهش در شدت علائم شیدایی مشاهده نکردند (۱۷).

این مطالعه، با هدف بررسی تأثیر مداخله‌ی آموزش روانی در بیماران مبتلا به اختلال دو قطبی نوع ۱ که تحت درمان روان‌پزشکی با یکی از داروهای تثبیت‌کننده‌ی خلقی شناخته شده هستند، انجام شد. انتظار محققان این است که گروه‌هایی از بیماران که درمان‌های مکمل آموزش روانی را دریافت می‌کنند، ثبات درمانی بیشتری نشان دهند و نشانه‌های شیدایی در آنان مهار شود و به بیش دست یابند.

روش‌ها

پژوهش حاضر، یک کارآزمایی بالینی نیمه تجربی به صورت پیش‌آزمون- پس‌آزمون با گروه شاهد بود. جامعه‌ی پژوهش حاضر را تمامی مبتلایان به اختلال دو قطبی نوع ۱ (دوره‌ی اخیر شیدایی) شهرستان رشت در سال ۱۳۹۶ تشکیل می‌دادند که علائم بیماری آن‌ها در طول مدت بستری در مرکز آموزشی- درمانی شفای شهرستان رشت به طور نسبی فروکش کرده بود و شرایط لازم برای بهره بردن از مداخلات روان‌شناختی را دارا بودند.

برای غربالگری بیماران، از معیارهای ورود و خروج به پژوهش استفاده گردید. متغیرهای جمعیت‌شناختی نظیر سن، جنسیت، تحصیلات، وضعیت تأهل، مدت زمان ابتلا و سابقه‌ی بیماری جسمی در گروه شاهد متناسب با گروه مورد در نظر گرفته شد تا همسان‌سازی مناسبی در این راستا انجام گیرد. برای کنترل نمودن عامل جنسیت، نمونه‌ی مطالعه‌ی حاضر از بین مردان انتخاب گردید.

پیامدهای اجتماعی نشانه‌های اختلال روانی می‌باشند. پایایی و روایی SUMD و نسخه‌ی کوتاه شده‌ی آن در بررسی‌های مختلف خوب گزارش شده است. فرم کوتاه SUMD، ۹ جزء مختلف دارد که ۳ بعد مختلف بینش را ارزیابی می‌کند. در واقع، مصاحبه‌ی نیمه ساختار یافته‌ای است که مصاحبه کننده دیدگاه‌های بیمار را در مورد این سه بعد ارزیابی می‌کند. در این روش، دیدگاه مصاحبه گر منعکس نمی‌شود. به هر پرسش، نمره‌ی مستقلی بین ۰-۳ داده می‌شود که نمره‌ی صفر به معنای مصداق نداشتن آن پرسش در مورد بیمار است. در این مقیاس، بیماران دارای بینش بهتر، نمره‌ی کمتری می‌گیرند. فرم کوتاه با روش استاندارد توسط مختارزاده به زبان فارسی ترجمه شد. روایی محتوا و روایی صوری نسخه‌ی فارسی نیز به تأیید پنج نفر از اعضای هیأت علمی گروه روان پزشکی دانشگاه علوم پزشکی تبریز رسیده است (۲۲).

بعد از انتخاب نمونه‌ها، ابتدا در خصوص مداخله توضیحاتی به گروه مورد داده شد و از آن‌ها خواسته شد تا در جلسات حضور فعالانه‌ای داشته باشند. سپس، پرسش‌نامه‌ها به عنوان پیش‌آزمون در اختیار شرکت کنندگان قرار گرفت و همچنین، از افراد گروه شاهد نیز خواسته شد تا به پرسش‌نامه‌ها پاسخ دهند. جلسات مداخله از تیر ماه در اتاق روان‌شناسی بخش بیمارستان آغاز گردید. آموزش روانی طی ۸ جلسه به صورت گروهی به انجام رسید که هر جلسه حدود ۹۰ دقیقه به طول انجامید. در ساختار آموزش روانی، از شیوه‌نامه‌ی اجرایی طباطبایی مطلق و همکاران (۲۳) استفاده شد که به صورت ۸ جلسه (دو جلسه در هفته) انجام گرفت. پس از اتمام جلسات مداخله، پرسش‌نامه‌ها به طور مجدد به افراد داده شد و با افراد گروه شاهد تماس گرفته و از آن‌ها دعوت شد تا جهت پاسخ به پرسش‌نامه‌ها تا یک هفته‌ی آتی، به بیمارستان مراجعه نمایند. محتوای جلسات این مداخله به تفکیک در جدول ۱ ارایه شده است.

گروهی (همبستگی کانونی) برابر با ۰/۹۲ به دست آمد و نتایج تحلیل روایی سؤالات نشان دهنده‌ی قدرت تشخیصی بالای همه‌ی سؤالات در تفکیک گروه بهنجار از گروه بیمار بوده است. روایی هم‌زمان مقیاس سنجش شیدایی Young نیز با پرسش‌نامه‌ی تشخیصی جامع بین‌المللی (متغیر ملاک) برابر با ۰/۸۷، برای ارزشیابی اول ۰/۸۹ و برای ارزشیابی دوم برابر با ۰/۸۴ محاسبه شد.

در مجموع، با توجه به این نتایج، می‌توان اذعان داشت که مقیاس سنجش شیدایی Young ابزاری پایا با روایی، حساسیت و ویژگی روانسنجی‌های قابل قبول است و دارای قابلیت کاربرد در کارهای بالینی و پژوهشی می‌باشد. این مقیاس در سال ۱۳۸۴ نیز در دانشگاه اصفهان به طور مجدد هنجاریابی شده است و بر این اساس، ضریب پایایی به شیوه‌ی Cronbach's alpha و پایایی بین ارزشیابان محاسبه شده است که نتایج نشان دهنده‌ی وجود پایایی ۰/۷۲ برای گروه بیمار و ۰/۶۲ برای گروه بهنجار و پایایی بین ارزشیابان ۰/۹۶ بود. همچنین، ضریب روایی تشخیص نمرات کل و عضویت گروهی (همبستگی کانونی) برابر با ۰/۹۲ به دست آمد و نتایج تحلیل روایی سؤالات نشان دهنده‌ی قدرت تشخیص بالای همه‌ی سؤالات در تفکیک گروه بهنجار از بیمار بوده است. در مجموع، مقیاس سنجش مانعای Young ابزاری پایا با روایی و ویژگی قابل قبول می‌باشد و دارای قابلیت کاربرد در مطالعات بالینی و پژوهشی است (۲۰).

۲- مقیاس سنجش آگاهی نداشتن از اختلال روانی

(Scale to assess unawareness in mental disorder یا SUMD)

مقیاس سه قسمتی برای ارزیابی بینش است که بسیار زیاد در کارآزمایی‌های زمینه‌ای (Diagnostic and statistical manual of mental disorders-IV یا DSM-IV) و سایر بررسی‌ها به کار رفته است (۲۱). این سه بعد بینش عبارت از بینش به نشانه‌های اختلال روانی، بینش در مورد نیاز به درمان و بینش به

جدول ۱. ساختار و محتوای جلسات آموزش روانی اختلال دو قطبی

اهداف	جلسات
بیان قواعد درمان (آشنایی با قوانین درمان)، توضیح در خصوص هدف از درمان آموزش روانی، توضیح در خصوص خلق و هیجان آموزش اختلال دو قطبی (علائم مانیا، هیپومانیا، افسردگی و دوره‌های مختلط)	جلسه اول
توضیح درباره‌ی علت‌شناسی، شیوع، سیر و باورهای درست و نادرست درباره‌ی اختلال دو قطبی	جلسه دوم
توضیح درباره‌ی درمان‌های دارویی و غیر دارویی اختلال دو قطبی و نحوه‌ی پی‌گیری درمان و دلایل شایع مصرف نکردن دارو و کمک به بیمار برای رفع این دلایل	جلسه سوم
شناسایی زودرس اپیزودهای جدید (علائم هشدار دهنده) و آموزش در خصوص پیش‌گیری از عود اختلال و تنظیم خواب	جلسه چهارم
کمک به بیمار برای پذیرش و سازگاری با اختلال دو قطبی	جلسه پنجم
آموزش مهارت حل مسأله	جلسه ششم
توضیح در خصوص مباحث خاص (تحصیل، اوقات فراغت، اشتغال، ازدواج، بچه‌دار شدن، بارداری، سفر و رانندگی) و تنظیم اهداف (برنامه‌ریزی برای آینده).	جلسه هفتم
	جلسه هشتم

جدول ۲. مؤلفه‌های آماری نمرات شیدایی و بیش آزمودنی‌ها در پیش‌آزمون و پس‌آزمون

گروه	مورد		شاهد	
	پیش‌آزمون میانگین ± انحراف معیار	پس‌آزمون میانگین ± انحراف معیار	پیش‌آزمون میانگین ± انحراف معیار	پس‌آزمون میانگین ± انحراف معیار
بیش	۲۰/۱۶ ± ۱/۵۰	۱۱/۵۸ ± ۱/۴۰	۲۱/۰۰ ± ۲/۳۰	۱۸/۵۸ ± ۲/۸۰
شیدایی	۲۳/۰۰ ± ۲/۱۹	۱۲/۴۱ ± ۲/۵۶	۲۲/۹۱ ± ۲/۷۰	۱۳/۰۸ ± ۲/۱۰

نشانه‌های شیدایی بوده است که با یکی از تحقیقات اخیر هماهنگ است (۲۶). در عین حال، پژوهش دیگری به نتایج مخالفی دست پیدا کرد. به هر حال، این ناهم‌سویی در نتایج تحقیقات، ممکن است ناشی از حجم متفاوت نمونه‌ی پژوهشی و یا ویژگی‌های متفاوت افراد نمونه‌ی تحقیقات آنان باشد. برای مثال، وجود علائم یا دوره‌های حاد افسردگی و تاریخچه‌ی خودکشی در این تحقیقات و نیز در تحقیق حاضر به طور کامل متفاوت بوده است (۲۷) و این احتمال را مطرح می‌کند که شاید آموزش روانی موجب تخفیف علائم شیدایی حاد شود، اما بر علائم خفیف‌تر، بی‌اثر باشد؛ هر چند که میانگین گروه مورد از گروه شاهد بیشتر بود. بدین ترتیب، مشخص می‌شود که آموزش روانی رویکردی اثرگذار است.

در واقع، نتایج تحقیق حاضر نشانگر این است که ارایه‌ی آموزش‌های مکمل آموزش روانی در کنار دارودرمانی این بیماران در کوتاه مدت، در کاهش دوره‌های شیدایی مؤثر و بسیار نویدبخش است، اما ارایه‌ی درمان مکمل به شکل آموزش روانی - فردی به خود این بیماران در مجموع در مهار این حملات مؤثر نمی‌باشد و در کوتاه مدت تغییرات مهمی نسبت به دارودرمانی تنها مشاهده نشد. نتایج حاصل از این مطالعه، هم‌سو با پژوهش Perlick و همکاران (۸) است که معتقدند آموزش روانی - خانواده، می‌تواند با بهبود آشفته‌گی روان‌شناختی بیمار، عود نشانه‌های بالینی شیدایی بیماران دو قطبی ۱ را کاهش دهد.

از آن جایی که در تحقیق حاضر بیماران دریافت‌کننده‌ی آموزش روانی در هیچ یک از مراحل، فرایند درمان را ترک نکردند، می‌توان سودمندی این آموزش‌ها، بالا رفتن دانش خانواده و بهبود اتحاد درمانی را استنباط کرد. این امر، در یکی از تحقیقات نیز در کار با بیماران دو قطبی تأیید شده است (۲۸).

در این پژوهش، بر اساس داده‌های ارایه شده، مشاهده گردید که نمرات آزمودنی‌ها در مقیاس شیدایی Young تفاوت معنی‌داری با یکدیگر ندارد و این نتایج، مطابق با یافته‌های پژوهش Weber و همکاران (۲۹) است که گزارش کردند بعد از اجرای آموزش روانی بر روی گروهی از بیماران مبتلا به اختلال دو قطبی، شدت علائم شیدایی آن‌ها نسبت به زمان پیش‌آزمون کاهش نیافت. همان‌طور که Miklowitz و همکاران (۳۰) بیان کرده‌اند، این مسأله از این حیث

یافته‌ها

در مطالعه‌ی حاضر، گروه‌های مورد و شاهد از نظر جنسیت، سن و سطح تحصیلات هم‌تا شدند. میانگین و انحراف معیار سن در دو گروه مورد و شاهد به ترتیب برابر با $۴/۶۳ \pm ۳۴/۵۰$ و $۵/۵۲ \pm ۳۸/۹۰$ سال بود. جدول ۲، میانگین و انحراف معیار پیش‌آزمون و پس‌آزمون را در گروه‌های مورد و شاهد نشان می‌دهد. بر این اساس، میانگین نمره‌ی بیش گروه مورد در مرحله‌ی پس‌آزمون کاهش معنی‌داری پیدا کرده است. همچنین، میانگین نمره‌ی علائم شیدایی در هر دو گروه مورد و شاهد در مرحله‌ی پس‌آزمون کاهش یافته است؛ در صورتی که این تفاوت معنی‌دار نبود.

نتایج مربوط به آزمون ANCOVA برای نمرات شیدایی و بیش در جدول ۳ ارایه شده است. همان‌گونه که مشاهده می‌شود، در مورد نمرات بیش، شاخص f با درجه‌ی آزادی ۱ در سطح $P < ۰/۰۵۰$ معنی‌دار است، اما نمرات آزمودنی‌ها در مقیاس شیدایی، تفاوت معنی‌داری با یکدیگر نشان نداد.

جدول ۳. خلاصه‌ی نتایج آزمون ANCOVA برای نمرات پیش‌آزمون و پس‌آزمون آزمودنی‌ها در شیدایی و بیش

متغیر	درجه‌ی آزادی	f	مقدار P	اندازه‌ی اثر
بیش	۱	۵/۹	۰/۰۲۹	۰/۳۳
شیدایی	۱	۳/۲	۰/۰۶۳	۰/۲۱

بحث

هدف از انجام پژوهش حاضر، بررسی میزان اثربخشی آموزش روانی بر افزایش بیش و کاهش علائم شیدایی در بیماران مبتلا به اختلال دو قطبی در مرحله‌ی شیدایی بود. یافته‌ها، بیانگر تأثیر درمان آموزش روانی در بیش بیماران دو قطبی بود و نشان داد که این نتایج با نتایج پژوهش‌های گذشته (۲۶-۲۳، ۱۵) هم‌خوانی دارد. در تبیین این نتایج، می‌توان گفت که ارایه‌ی درمان مکمل آموزش روانی کنار دارودرمانی آنان بسیار در مهار علائم شیدایی مؤثر واقع می‌شود. با این حال، کاهش علائم شیدایی در هر دو گروه تفاوت معنی‌داری نداشت، اما نتایج تحقیق حاضر، حاکی از عدم اثربخشی آموزش روانی بر

شیدایی آنان بسیار اثربخش بوده و نتایج درمانی پایدار است. به علاوه، نتایج نشان می‌دهد که ۶ جلسه‌ی آموزش روانی - فردی به بیماران دو قطبی نوع ۱ به موازات درمان دارویی روان‌پزشکی، بر علائم شیدایی و افسردگی آنان بی‌تأثیر و تغییرات مورد انتظار بسیار اندک است. می‌توان نتیجه گرفت که درمان مکمل آموزش روانی - خانواده در پیش‌گیری از عود غیره منتظره‌ی علائم دوره‌ی شیدایی در بیماران دو قطبی نوع ۱ که تحت درمان روان‌پزشکی هستند، مؤثر است و در کنار درمان روان‌پزشکی آنان توصیه می‌گردد.

در یک نتیجه‌گیری نهایی، باید گفت که نتایج مطالعه‌ی حاضر دانش ما را در زمینه‌ی نقش تغییر رفتار در افراد مبتلا به بیماری‌های مزمن افزایش می‌دهد و بار دیگر ما را به این واقعیت می‌رساند که مداخله‌های روان‌شناختی، نقش بسیار مهمی در پیش‌گیری و درمان اختلالات روانی ایفا می‌نماید.

از جمله محدودیت‌های این مطالعه، می‌توان به حجم محدود بیماران دو قطبی در دسترس و سطح هوشی متفاوت بیماران اشاره کرد. با توجه به این که تحقیق حاضر جزء اولین تحقیقات بر روی بیماری دو قطبی در کشور به شمار می‌رود که با نمونه‌ی در دسترس و تنها بر روی بیماران مرد اثربخشی آموزش روانی را مورد مطالعه قرار داد. از این رو، به محققان آینده انجام تحقیقات مشابه با نمونه‌ای بزرگ‌تر متشکل از بیماران مرد و زن، برای اطمینان از تعمیم‌پذیری یافته‌های این مطالعه، پیشنهاد می‌گردد.

تشکر و قدردانی

تحقیق حاضر برگرفته از پایان‌نامه‌ی دوره‌ی دکتری روانشناسی می‌باشد که در دانشگاه پیام نور تهران به تصویب رسیده است. بدین وسیله از تمام کسانی که ما را در انجام این تحقیق یاری نمودند، به ویژه بیماران شرکت کننده در این طرح و همکاران پرستار بخش سپاسگزاری می‌گردد.

حایز اهمیت است که نشان می‌دهد بهبود در اختلال دو قطبی، به طور الزام با شدت یافتن علائم شیدایی همراه نیست.

در واقع، این که چرا درمان آموزش روانی شدت علائم شیدایی را به لحاظ آماری کاهش نداد، می‌تواند از چندین جنبه‌ی مختلف مورد بررسی قرار گیرد. نخست آن که شاید به درستی آموزش روانی درمان مناسبی برای کاهش علائم شیدایی در افراد مبتلا به اختلال دو قطبی نباشد. همچنین، ممکن است برخی علائم مرتبط با خلق در شیدایی همچون خلق بالا، تحریک‌پذیری و یا افزایش انرژی بعد از اجرای آموزش روانی از لحاظ کمی کاهش نیابد، اما شاید کیفیت و نحوه‌ی پاسخ فرد به این علائم تغییر یافته باشد؛ به طوری که به جای آن که سعی کنند به طور واکنشی به این علائم پاسخ دهند یا سعی کنند به نحوی این علائم را سرکوب یا از آن‌ها اجتناب نمایند، آن‌ها را تنها مشاهده کنند و به گونه‌ای ماهرانه به آن‌ها پاسخ دهند؛ به طوری که از شدت یافتن آن‌ها جلوگیری شود. برای مثال، همان‌طور که Lam و همکاران (۳۱) می‌گویند، ممکن است فرد فعالیت را انجام دهد که سطح انرژی را به جای افزایش، کاهش دهد. به نظر می‌رسد دلیل دیگر پیدا نشدن تفاوت آشکار در علائم شیدایی مربوط به ابزار اندازه‌گیری یعنی مقیاس شیدایی Young باشد.

عامل دیگری که احتمال می‌رود در معنی دار نشدن تفاوت بین علائم شیدایی در پس‌آزمون دو گروه نقش داشته باشد، درمان دارویی است؛ به عبارت دیگر، از آن جایی که علاوه بر گروه آموزش روانی گروه شاهد نیز تحت درمان دارویی قرار داشت. بنابراین، شاید افزایش نیافتن علائم شیدایی در گروه شاهد به علت درمان دارویی نگهدارنده‌ی خوب بوده باشد (۳۲).

در مجموع، نتایج پژوهش‌های مختلف (۲۷، ۲۱، ۱۹، ۱۷) نیز نشانگر این است که ارایه‌ی ۲۴ جلسه‌ی آموزش روانی خانواده در کنار درمان روان‌پزشکی بیماران مبتلا به اختلال دو قطبی نوع ۱، در مهار دوره‌های

References

1. Sadock BJ, Kaplan HI, Sadock VA. Kaplan and Sadock's synopsis of psychiatry: Behavioral sciences/clinical psychiatry. Philadelphia, PA: Lippincott Williams and Wilkins; 2007.
2. Nakigudde J, Ehnvall A, Mirembe F, Musisi S, Airaksinen E. An exploratory study on the feasibility and appropriateness of family psychoeducation for postpartum women with psychosis in Uganda. BMC Psychiatry 2013; 13(1): 131.
3. Basco MR, Rush AJ. Cognitive-behavioral therapy for bipolar disorder. New York, NY: Guilford Press; 2005.
4. Ghazaei B. A Study of some cognitive patterns in patients with comorbidity of anxiety and depression [MSc Thesis]. Tehran, Iran: Tehran Psychiatric Institute 1999. [In Persian].
5. Lotfi Kashani F, Sharifi HP, Seifi M. Effectiveness of family psychoeducation (Atkinson and Coia Model) in general health of families coping with schizophrenia. Thought and Behavior in Clinical Psychology 2010; 5(17): 65-78. [In Persian].
6. Gama CS, Kunz M, Magalhaes PV, Kapczinski F. Staging and neuroprogression in bipolar disorder: A systematic review of the literature. Rev Bras Psiquiatr 2013; 35(1): 70-4.
7. Perlis RH, Ostacher MJ, Patel JK, Marangell LB, Zhang H, Wisniewski SR, et al. Predictors of recurrence in bipolar disorder: Primary outcomes from the Systematic Treatment Enhancement Program for Bipolar Disorder (STEP-BD). Am J

- Psychiatry 2006; 163(2): 217-24.
8. Perlick DA, Miklowitz DJ, Lopez N, Chou J, Kalvin C, Adzhishvili V, et al. Family-focused treatment for caregivers of patients with bipolar disorder. *Bipolar Disord* 2010; 12(6): 627-37.
 9. Even C, Thuile J, Kalck-Stern M, Criquillion-Doulet S, Gorwood P, Rouillon F. Psychoeducation for patients with bipolar disorder receiving lithium: short and long term impact on locus of control and knowledge about lithium. *J Affect Disord* 2010; 123(1-3): 299-302.
 10. Gaudiano BA, Weinstock LM, Miller IW. Improving treatment adherence in bipolar disorder: a review of current psychosocial treatment efficacy and recommendations for future treatment development. *Behav Modif* 2008; 32(3): 267-301.
 11. Colom F. Keeping therapies simple: psychoeducation in the prevention of relapse in affective disorders. *Br J Psychiatry* 2011; 198(5): 338-40.
 12. Amini H, Sharifi V, Nejatiasafa A, Arbabi M, Tabatabaie M, Alimadadi Z, et al. One year follow-up of patients with bipolar disorder admitted to Roozbeh Hospital. *Iran J Psychiatry Clin Psychol* 2009; 15(2): 168-74. [In Persian].
 13. Atri A, Sharma M. Psychoeducation: Implications for the profession of health education. *Californian Journal of Health Promotion* 2007; 5(4): 32-9.
 14. Sharma N. The relationship of gender and burden among caregivers of patients with chronic mental illnesses [MD Thesis]. Chandigarh, India; Department of Psychiatry, Postgraduate Institute of Medical Education and Research; 2014.
 15. Amador XF, Seckinger RA. The assessment of insight: A methodological review. *Psychiatric Annals* 1997; 27(12): 798-805.
 16. Ghoshchian Chobmasjedi S, Makvand Hosseini S, Najafi M, Bigdeli I. Comparing effectiveness of complementary family and individual psycho-education on depression and manic episodes of the bipolar disordered patients under medical therapy. *Quarterly of Clinical Psychology Studies Allameh Tabataba'i University* 2017; 7(27): 181-203. [In Persian].
 17. Talebi Zadeh M, Shahmir E, Jafari Fard S. Effectiveness of mindfulness-based cognitive therapy in the decrease of depression and manic symptoms of individuals diagnosed with bipolar disorder. *Andisheh Va Raftar (Applied Psychology)* 2013; 7(26): 17-26. [In Persian].
 18. Vieta E. Guide to assessment scales in bipolar disorder. 2nd ed. New York, NY: Springer; 2010.
 19. Alipour A, Noor Bala AA. Study of efficiency of self-report Mania inventory (SRMI) in diagnosis of bipolar disorder manic phase. *Daneshvar Med* 2001; 8(34): 51-8. [In Persian].
 20. Barekattain M, Tavakoli M, Maulavi H, Marofi M, Salehi M. Standardization, reliability and validity of the Young Mania Scale. *Journal of Psychology* 2007; 11(2): 150-66. [In Persian].
 21. Ghaemi SN, Boiman E, Goodwin FK. Insight and outcome in bipolar, unipolar, and anxiety disorders. *Compr Psychiatry* 2000; 41(3): 167-71.
 22. Nadi Sakhvidi M, Shahrokhi H, Purafkari N, Malek A, Mokhtarzadeh A, Ghoreishizadeh S MA, et al. Reliability and validity of abridged version of the Farsi version of Scale to Assess Unawareness of Mental Disorders (SUMD) in Psychotic Mania. *Iran J Psychiatry Clin Psychol* 2010; 16(3): 181-6. [In Persian].
 23. Tabatabaie Motlagh M, Motaghipour Y, Zarghami F. Bipolar disorders training guide. Tehran, Iran: Gissa Publication; 2013. [In Persian].
 24. Keck PE, Jr., McElroy SL, Nemeroff CB. Anticonvulsants in the treatment of bipolar disorder. *J Neuropsychiatry Clin Neurosci* 1992; 4(4): 395-405.
 25. Corsentino EA, Molinari V, Gum AM, Roscoe LA, Mills WL. Family caregivers' future planning for younger and older adults with serious mental illness (SMI). *J Appl Gerontol* 2008; 27(4): 466-85.
 26. Murray SL, Holmes JG. Seeing virtues in faults: Negativity and the transformation of interpersonal narratives in close relationships. *J Pers Soc Psychol* 1993; 65(4): 707-22.
 27. Dour HJ, Wiley JF, Roy-Byrne P, Stein MB, Sullivan G, Sherbourne CD, et al. Perceived social support mediates anxiety and depressive symptom changes following primary care intervention. *Depress Anxiety* 2014; 31(5): 436-42.
 28. Tanaka E. Clinically significant pharmacokinetic drug interactions between antiepileptic drugs. *J Clin Pharm Ther* 1999; 24(2): 87-92.
 29. Weber B, Jermann F, Gex-Fabry M, Nallet A, Bondolfi G, Aubry JM. Mindfulness-based cognitive therapy for bipolar disorder: A feasibility trial. *Eur Psychiatry* 2010; 25(6): 334-7.
 30. Miklowitz DJ, Alatiq Y, Goodwin GM, Geddes JR, Fennell MJV, Dimidjian S, et al. A pilot study of mindfulness-based cognitive therapy for bipolar disorder. *Int J Cogn Ther* 2009; 2(4): 373-82.
 31. Lam DH, Jones SH, Hayward P, Bright JA. Cognitive therapy for bipolar disorder: A therapist's guide to concepts, methods and practice. Hoboken, NJ: Wiley; 1999.
 32. Glasofer DR, Brown AJ, Riegel M. Structured Clinical Interview for DSM-IV (SCID). In: Wade T, editor. *Encyclopedia of feeding and eating disorders*. Singapore, Singapore: Springer Singapore; 2015. p. 1-4.

The Effectiveness of Psychoeducation on Reducing the Significance of Mania Symptoms and Increasing the Insights among the Patients with Bipolar I Disorder in Mania Phase

Afshin Saberi¹, Mortaza Tarkhan², Alireza Agha-Yousofi², Hosein Zare³

Original Article

Abstract

Background: The purpose of this study was to evaluate the effectiveness of psychoeducation on increasing insight and reducing mania symptoms in patients with bipolar I disorder in mania phase.

Methods: This was a quasi-experimental study with pretest-posttest design and control group. The statistical population included patients with bipolar I disorder in Shafa hospital in Rasht City, Iran, from April 2016 to September 2017. First, the subjects were screened using inclusion and exclusion criteria; then, 24 patients were selected based on convenience sampling and randomly assigned to equal intervention and control groups. In addition to medication, the intervention group received psychoeducation for 8 sessions per week, and the control group received only medication. The present study was a semi-experimental design with pre-test, post-test and control group. Mania and introspection symptoms were assessed before and after intervention using Young's Mania Rating Scale (YMRS) and Scale to Assess Unawareness in Mental Disorder (SUMD). The data were analyzed using multivariate analysis of variance.

Findings: The intervention group showed statistically significant increase in insight, but no significant difference was found between the mania symptoms among the intervention and control groups.

Conclusion: Psychoeducation as well as pharmacotherapy was effective in increasing insight, but had no effect on the mania symptoms among the patients with bipolar I disorder.

Keywords: Psychological, Training, Mania, Behavioral symptoms, Mental health recovery

Citation: Saberi A, Tarkhan M, Agha-Yousofi A, Zare H. **The Effectiveness of Psychoeducation on Reducing the Significance of Mania Symptoms and Increasing the Insights among the Patients with Bipolar I Disorder in Mania Phase.** J Isfahan Med Sch 2018; 36(469): 168-75.

1- PhD Student, Department of Psychology, Payame Noor University, Tehran, Iran

2- Associate Professor, Department of Psychology, Payame Noor University, Tehran, Iran

3- Professor, Department of Psychology, Payame Noor University, Tehran, Iran

Corresponding Author: Afshin Saberi, Email: afshin.saberi63@gmail.com