

اثربخشی رفتاردرمانی شناختی در بهبود شاخص‌های بالینی بیماران مبتلا به اختلال دوقطبی نوع یک

مهرداد رسولی^۱، افسانه خواجه‌وند*^۲، جوانشیر اسدی^۳

چکیده

مقدمه: اختلال دوقطبی به عنوان یکی از معضلات روانی شدید با دوره‌های طولانی و میزان قابل توجهی از مرگ‌ومیر است. هدف پژوهش حاضر بررسی اثربخشی رفتاردرمانی شناختی در بیماران مبتلا به اختلال دوقطبی نوع یک بود.

روش پژوهش: روش این پژوهش شبه‌آزمایشی از نوع پیش‌آزمون- پس‌آزمون با گروه گواه و پیگیری سه‌ماهه بود. جامعه آماری پژوهش بیمارانی بودند که در سال ۱۳۹۸ به مرکز توانبخشی بیماران مزمن روانی دلارام گرگان مراجعه کرده بودند. نمونه پژوهش شامل ۱۶ بیمار با اختلال دوقطبی بودند که از میان مراجعه‌کنندگان به مرکز درمانی و توانبخشی بیماران مزمن روانی دلارام گرگان به شکل هدفمند انتخاب و به صورت تصادفی در دو گروه ۸ نفره جایگزین شدند. گروه آزمایشی علاوه بر مصرف دارو، به مدت ۱۰ جلسه ۷۰ دقیقه‌ای مداخله رفتاردرمانی شناختی را نیز دریافت کرد. گروه گواه صرفاً درمان دارویی دریافت نمود و در حین مطالعه هیچگونه درمان روان‌شناختی دریافت نکرد. دو گروه تحت بررسی یک دوره پیگیری سه‌ماهه قرار گرفتند. مقیاس افسردگی دوقطبی پیش از آغاز درمان و پایان جلسات درمان به‌طور گروهی اجرا شد. داده‌ها با استفاده از روش تحلیل واریانس آمیخته با اندازه‌گیری مکرر و نرم افزار Spss-23 مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفتند.

یافته‌ها: نتایج پژوهش نشان داد که اثربخشی رفتاردرمانی شناختی همراه با درمان دارویی در کاهش علائم، از درمان دارویی به تنهایی بیشتر می‌باشد. به علاوه اثرات رفتاردرمانی شناختی با توجه به دوره پیگیری در همه شاخص‌های بالینی پایدارتر بود. **نتیجه‌گیری:** براساس یافته‌های این پژوهش می‌توان نتیجه گرفت که درمان شناختی- رفتاری درکنار دارو درمانی می‌تواند عاملی موثر و اثربخش در کاهش و تثبیت نشانه‌های بالینی اختلال دوقطبی نوع یک باشد.

واژگان کلیدی: اختلال دوقطبی نوع یک "رفتاردرمانی شناختی" شاخص‌های بالینی

تاریخ پذیرش نهایی: ۱۴۰۰/۱۲/۲

تاریخ دریافت: ۱۴۰۰/۸/۴

استناد: رسولی م، خواجه‌وند ا، اسدی ج. اثربخشی رفتاردرمانی شناختی در بهبود شاخص‌های بالینی بیماران مبتلا به اختلال دوقطبی نوع یک، خانواده و بهداشت، ۱۴۰۱؛ ۱۲(۲): ۱۷۲-۱۶۱

merasooli60@yahoo.com

^۱ دانشجوی دکترای روان‌شناسی عمومی، واحد گرگان، دانشگاه آزاد اسلامی، گرگان، ایران

^۲ نویسنده مسئول: استادیار گروه روان‌شناسی، واحد گرگان، دانشگاه آزاد اسلامی، گرگان، ایران

khajevand_a@yahoo.com, ORCID: 0000000315661475

ardeshir.asadi@yahoo.com

^۳ استادیار گروه روان‌شناسی، گرگان، دانشگاه آزاد اسلامی، گرگان، ایران

© حقوق برای مؤلف (آن) محفوظ است. این مقاله با دسترسی آزاد در خانواده و بهداشت تحت مجوز کرییتو کامنز <http://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0/> منتشر شده که طبق مفاد آن هرگونه استفاده غیر تجاری تنها در صورتی مجاز است که به اثر اصلی به نحو مقتضی استناد و ارجاع داده شده باشد.



مقدمه:

اختلال دوقطبی به عنوان یکی از معضلات روانی شدید با دوره‌ای طولانی و میزان قابل توجهی از مرگ‌ومیر است (۱). این اختلال پنجمین عامل از کار افتادگی افراد در سطح جهان می‌باشد که شیوع آن در گستره‌ی عمر از ۱ تا ۱/۵ درصد گزارش می‌شود (۲-۳). اختلال دو قطبی با مختل شدن شناخت (۴-۵)، افت عملکرد (۶)، کاهش سلامتی (۷) و افزایش رفتارهای خودکشی‌گرایانه (۸) همراه است که زندگی بیمار و اطرافیان را به میزان قابل توجهی تحت تاثیر قرار می‌دهد.

اختلال دو قطبی با دو زیر مجموعه، یعنی اختلال دو قطبی نوع I و نوع II مشخص می‌شود. بطور اساسی عدم وجود دوره‌های مانیک کامل در دوقطبی نوع II در مقایسه با دو قطبی نوع I به عنوان تمایز اساسی این دو نوع شناخته می‌شود (۹). در کنار دشواری در تشخیص و همپوشی اختلال دوقطبی با برخی اختلال‌های نظیر شخصیت مرزی (۱۰)، یافته‌ها نشانگر آن است که درمان اختلال دو قطبی به عنوان یکی از چالش‌های اساسی شناخته می‌شود (۱۱)، طوری که علارغم بهبودی ۵۸ درصد بیماران دوقطبی (I و II) تقریباً نیمی از آنها در طول مدت دو سال، دوره‌های بازگشت را تجربه کردند (۱۲).

در حال حاضر مداخلات دارویی به عنوان درمان پیشگام در اختلال دوقطبی شناخته می‌شود (۱۳). به باور اغلب روان‌پزشکان مراحل درمان دارویی اختلال دوقطبی به سه مرحله‌ی حاد (هدف کنترل نشانه‌های خیلی شدید اختلال شدیدایی، افسردگی یا ترکیبی از آنهاست)، مرحله تثبیت (هدف بهبود کامل بیمار از مرحله حاد) و مرحله‌ی نگهداری (هدف پیشگیری از مرحله‌ی عود) قابل تفکیک است. داروهای ضد روانپریشی و ضد افسردگی به عنوان داروهای تثبیت خلق شناخته می‌شود، با این حال مداخلات روان‌درمانی به عنوان یکی از روش‌های درمانی شناخته می‌شود که در اغلب مراحل، به ویژه نگهداری و پیشگیری از عود نقش اساسی دارد (۱۴).

درمان شناختی- رفتاری در موقعیت‌های بالینی به عنوان یکی از مداخلات غیردارویی انتخابی شناخته می‌شود که بطور قابل توجهی برای اختلال و افسردگی بکار گرفته می‌شود. هسته‌های بنیادین و مدل شناختی- رفتاری نزدیک به نیم قرن پیش توسط بک پایه‌گذاری و گسترش پیدا کرد (۱۵). بررسی‌های انجام شده در سال‌های اخیر نیز نشانگر آن است که درمان شناختی رفتاری به عنوان یکی از مکمل‌های اساسی در تثبیت خلق شناخته می‌شود که می‌تواند پیش‌گیری از بازگشت، کاهش و تسکین نشانه‌های بالینی را در پی داشته باشد (۱۶-۱۷-۱۸-۱۹). با این حال برخی فراتحلیل‌های انجام شده در سال‌های اخیر اثربخشی درمان شناختی- رفتاری بر نشانه‌های بالینی اختلال دوقطبی را مورد تردید قرار داده‌اند. در واقع یافته‌های نشانگر آن است که با توجه محدودیت‌های داده‌ای که در این زمینه وجود دارد، شواهد محدود، ناتمام و متناقضی در رابطه با اثربخشی درمان شناختی- رفتاری به چشم می‌خورد (۲۰-۲۱). برخی یافته‌ها نیز بیانگر آن است که مداخلات شناختی- رفتاری اثربخشی کوتاه مدتی در کاهش نشانه‌های بالینی و دوره‌های بازگشت اختلال دوقطبی دارد (۲۲). همچنین لویز و بازکو در پژوهشی نشان دادند که افرادی که درمان شناختی رفتاری دریافت می‌کنند نسبت به گروه کنترل در کاهش علائم افسردگی پیشرفت بیشتری نشان می‌دهند (۲۳).

از طرفی بررسی‌های انجام شده نشان می‌دهد که نارسایی‌های شناختی به عنوان یکی از مشکلات اساسی در بیماران دو قطبی شناخته می‌شود (۴-۶). بنابراین درمان‌های شناخته می‌تواند در کاهش نشانه‌های بالینی در این بیماران مورد استفاده قرار بگیرد، با این حال دست‌یابی به این امر زمانی میسر خواهد شد که که درمان‌های شناختی- رفتاری حمایت لازم را از پژوهش‌های لازم را داشته باشند، از این رو پژوهش حاضر با هدف تعیین اثربخشی رفتاردرمانی شناختی در بهبود شاخص‌های بالینی بیماران مبتلا به اختلال دوقطبی نوع یک انجام شد.

روش پژوهش:

روش پژوهش شبه‌آزمایشی با طرح پیش‌آزمون پس‌آزمون با گروه کنترل بود. جامعه آماری این پژوهش کلیه بیماران مبتلا به اختلال دو قطبی نوع یک شهر گرگان بودند که دارای سوابق درمانی در بیمارستان‌ها و مراکز درمانی بوده‌اند. گروه نمونه به صورت هدفمند از میان جامعه آماری انتخاب شدند. با توجه به مشکلات مرتبط با ریزش مراجعان و عدم همکاری مستمر آنان، در نهایت یک گروه نمونه ۱۶ نفره انتخاب شد و آن‌گاه اعضای گروه نمونه، به صورت تصادفی در دو گروه آزمایش و گواه قرار گرفتند.

معیارهای ورود شرکت‌کنندگان در پژوهش حاضر عبارت بود از: تشخیص و تایید روان‌پزشکی بر وجود اختلال دوقطبی نوع یک، دارا بودن سابقه اختلال دوقطبی نوع یک براساس پرونده پزشکی و سوابق دال بر بستری، نبودن در دوره حاد اختلال در هنگام انجام مداخله و ثبات علائم بیمار در طی حداقل سه ماه گذشته، تبعیت درمانی مناسب و استفاده از درمان دارویی در طی انجام مداخله و پیش از آن، دارا بودن سن ۲۵ تا ۵۵ سال، مبتلا نبودن به دیگر اختلالات حاد یا مزمن جسمانی، روانشناختی یا سوءمصرف مواد یا دارو، رضایت از شرکت در طرح، نبود هرگونه مداخله روان‌شناختی در طی انجام طرح. در صورت نداشتن هریک از شرایط مزبور شرکت‌کنندگان از طرح خارج می‌شدند.

روش اجرای پژوهش به این صورت بود، که ابتدا از بیماران واجد شرایط، مصاحبه اولیه‌ای به عمل آمد. پس از توضیح دادن هدف و ضرورت پژوهش و کسب رضایت ضمنی مراجعان، معیارهای شرکت در مطالعه، بررسی شدند. زمانی که تعداد بیماران به حد نصاب برای انجام مطالعه رسید، افراد باقیمانده به صورت تصادفی به دو گروه ۸ نفره تقسیم شدند. گروه آزمایش علاوه بر مصرف دارو تحت مداخله مبتنی بر رفتار درمانی شناختی به مدت ۱۰ جلسه ۷۰ دقیقه‌ای قرار گرفت. گروه گواه صرفاً درمان دارویی دریافت نمود و در حین مطالعه هیچ‌گونه درمان روانشناختی دریافت نکرد. پیش‌آزمون‌ها پیش از انجام مداخله برای دو گروه اجرا شد و یک هفته پس از پایان جلسات، پس‌آزمون نیز به اجرا درآمد. در نهایت پس از طی یک دوره پیگیری سه ماهه، مجدداً آزمون‌ها بر روی دو گروه اجرا شد.

داده‌ها با استفاده از روش تحلیل واریانس آمیخته با اندازه‌گیری مکرر و نرم‌افزار Spss-23 مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفتند. ابزار پژوهش عبارتند از:

مقیاس درجه‌بندی افسردگی دوقطبی^۱: این مقیاس یکی از معتبرترین مقیاس‌های بخش افسردگی و تشخیص افتراقی در اختلالات دوقطبی است و علائم جسمانی، روان‌شناختی و آمیخته افسردگی را می‌سنجد. گویه‌های این مقیاس از پژوهش پدیدارشناختی اختلال دوقطبی، مرور ادبیات پژوهشی درباره ماهیت افسردگی دوقطبی و تفاوت‌های آن با افسردگی تک‌قطبی و تجارب بالینی اعضای انجمن بین‌المللی اختلالات دوقطبی تهیه شده است. این مقیاس ۲۰ گویه و سه خرده مقیاس دارد، نمره‌گذاری آن به روش لیکرت چهار درجه (صفر تا صد) و توسط خود بالین‌گر انجام می‌شود. این پرسشنامه بر اساس پژوهش برک، مالی، کاهیل، کارمن، هادزی، هاوکینز، توهن و میچل واجد همسانی درونی بالا ($\alpha = 0.91$) برای ارزیابی علائم جسمانی، روان‌شناختی و آمیخته افسردگی است و همبستگی آن با مقیاس مانایای یانگ ۰/۷۵ بوده است (۲۴). در پژوهش ابراهیمی، برکتین، برنامش و نصیری با هدف بررسی ویژگی‌های روان‌سنجی نسخه فارسی این مقیاس در بیماران و جمعیت بهنجار ایرانی

۱. Bipolar Depression Rating Scale (BDRS)

اثر بخشی رفتاردرمانی شناختی در بهبود شاخص‌های بالینی بیماران مبتلا به اختلال دوقطبی نوع یک

نیز این مقیاس همبستگی درونی بالایی را نشان داد ($\alpha = 0/81$) و خرده‌مقیاس آمیخته آن با مقیاس درجه‌بندی مانیای یانگ همبستگی $0/69$ داشت (۲۵). همچنین مناسب‌ترین نقطه برش بالینی آن نمره ۱۸ با حساسیت ۹۳ درصد و ویژگی ۹۴ درصد به دست آمد.

روش مداخله: درمان شناختی رفتاری به مدت ۱۰ جلسه هر هفته دو جلسه ۷۰ دقیقه‌ای برگزار شد. این شیوه درمانی توسط تایلر و همکاران (۲۶) طراحی و توسط گشنی (۲۷) و پژوهش‌های دیگران اعتباریابی و استفاده شده است.

جدول ۱: خلاصه محتوای جلسات رفتاردرمانی شناختی

جلسات	هدف	محتوا	تغییر مورد انتظار	تکلیف خانگی
۱	معرفی و آشنایی اعضا، تبیین هدف و معنای درمان	معرفی و آشنایی اعضای گروه با یکدیگر و با درمانگر، آشنایی اعضا با قوانین گروه، پاسخ به سؤالات و ابهامات احتمالی، تشریح هدف و ضرورت جلسات و شکل‌دهی اتحاد درمانی، کمک به اعضا در تعیین اهداف اختصاصی مرتبط با علائم اختلال	ایجاد انگیزه برای مشارکت در جلسات و آگاهی از فرآیند درمان	ادامه تمرین اهداف اختصاصی مرتبط با علائم اختلال
۲	شناخت بیشتر اختلال و الگوهای نظری مرتبط با آن	بررسی تکالیف، آموزش در رابطه با ماهیت اختلال، آشنایی با مدل‌های نظری موجود درباره اختلال و چگونگی انطباق مدل‌های نظری با تجارب شخصی در زمینه کیفیت تجربه علائم اختلال	افزایش انگیزه و شناخت نسبت به مدل نظری درمان	شناسایی محرک‌های موقعیتی، هیجان و افکار مرتبط با آن
۳	آگاهی از مدل شناختی- رفتاری	بررسی تکالیف، آشنایی اعضا با مدل مفهومی رفتاردرمانی شناختی درباره اختلال دوقطبی	تبیین علائم اختلال در چارچوب مدل شناختی- رفتاری	پرداختن مجدد به شناسایی محرک‌های موقعیتی، هیجان و افکار مرتبط با آن
۴	بررسی نقش هیجان‌ها در درک اولیه چرخه تجربه مرتبط با اختلال	بررسی تکالیف، بررسی نقش هیجان‌ها در تجربه علائم اختلال	افزایش آگاهی مراجعان از نقش هیجان‌ها در مرحله نخست راه‌اندازی چرخه تجربه	تمرکز بر نقش هیجان‌ها در حالات ناخوشایند مرتبط با بیماری
۵	کنترل هیجان‌های منفی، شناسایی چگونگی تداوم	بررسی تکالیف، توصیف چرخه تجربه در تداوم علائم اختلال توسط خود مراجعان، آشنایی اعضا با فنون مدیریت هیجان‌های منفی،	شناسایی بهتر هیجان‌ها و افزایش خودتنظیمی هیجانی و شناخت اولیه	خود تنظیمی هیجانی و شناسایی موقعیت‌های استفاده از رفتارهای

چرخه تجربه	تمرین فنون و بررسی بازخورد به اعضا	واکنش‌های رفتاری	جبرانی تداوم‌بخش چرخه تجربه ناسالم
۶	اگاهی از چگونگی اثرگذاری افکار و شناخت‌واره‌های ناکارآمد منفی در تداوم چرخه تجربه ناسالم	بررسی تکالیف، آشنایی اعضا با نقش شناخت‌ها در تجربه احساسات منفی، الگوهای رفتاری و تجربه علائم اختلال	شناختی افکار خودآیند اولیه در موقعیت‌های نامطلوب
۷	کاستن از ارزش تداوم چرخه تجربه ناسازگار	بررسی تکالیف، ارزیابی مزایا و معایب چرخه تجربه ناسازگار، بررسی شواهد و مدارک صحت آن و تمرین در گروه، بررسی بازخورد اعضا	تمرین مزایا و معایب ناکارآمدی تداوم چرخه تجربه مرتبط با علائم راه‌انداز بیماری
۸	بررسی نقش عوامل محیطی و واکنش‌های رفتاری نامطلوب در آغاز و تداوم علائم اختلال	بررسی تکالیف، آشنایی اعضا با نقش سبک زندگی و الگوهای رفتاری در تجربه علائم اختلال، معرفی راه‌اندازهای مهم شروع دوره‌های اختلال، بررسی الگوی رفتاری اعضا در واکنش به علائم اختلال، آشنا نمودن اعضا با فنون مدیریت رفتار	شناختی راه‌انداز دوره‌های اختلال و افزایش مدیریت رفتاری
۹	شناسایی الگوهای رفتاری فعلی در پاسخ به علائم اختلال و استفاده از الگوهای رفتاری جایگزین مناسب	بررسی تکالیف، بررسی الگوهای رفتاری اعضا در واکنش به علائم اختلال، آشنایی با فنون مدیریت رفتار و بررسی افکار و رفتارهای جایگزین	تمرین‌های مرتبط با استفاده از رفتارهای جایگزین
۱۰	یکپارچه‌سازی و استحکام آموخته‌ها بر اساس چرخه	بررسی تکالیف، بررسی مهارت‌های رفتاری، تمرین فنون در جلسه، ارزیابی نهایی	سهولت در استفاده شناسایی عناصر چرخه تجربه ناسازگار توسط اعضا و ارزشیابی و چالش

اثر بخشی رفتاردرمانی شناختی در بهبود شاخص‌های بالینی بیماران مبتلا به اختلال دوقطبی نوع یک

تجربه سازگار و کارآمد	آن، اتخاذ الگوهای مناسب به منظور استقرار چرخه تجربه سالم
--------------------------	--

همانطور که در جدول یک مشاهده می‌کنید، خلاصه‌ای از جلسات درمانی رفتاردرمانی شناختی گزارش شده است.

یافته‌های پژوهش:

میانگین سن آزمودنی‌های گروه آزمایشی و گروه گواه به ترتیب برابر با ۳۹/۳۸ و ۳۷/۸۸ سال، بوده است. ۷۵ درصد گروه آزمایشی مردان و ۲۵ درصد آن را زنان تشکیل می‌دادند. همچنین ۸۸ درصد گروه گواه را مردان و ۲۲ درصد آن را زنان تشکیل دادند. درصد فراوانی تحصیلی برای گروه آزمایش به ترتیب در ابتدایی (۱۳ درصد)، متوسطه (۶۳ درصد)، دیپلم (۱۳ درصد) و بالاتر از دیپلم (۱۳ درصد) و این میزان برای گروه گواه به ترتیب در ابتدایی (۲۵ درصد)، متوسطه (۲۵ درصد)، دیپلم (۵۰ درصد) بود.

برای بررسی نرمال بودن توزیع نمرات از آزمون شاپیرو-ویلک استفاده شده است که نتیجه دال بر نرمال بودن توزیع پراکنندگی متغیرهای پژوهش بود.

جدول ۲: نتایج پیش فرض کرویت و معناداری تحلیل واریانس

متغیر	لامبدای ویلکز		آزمون هتلینگ		آزمون موخلی	
	F	Sig	F	Sig	آماره	Sig
علائم روانشناختی	۴/۸۵۸	۰/۰۰۳	۵/۳۲۳	۰/۰۰۲	۰/۶۵۹	۰/۰۱۵
علائم آمیخته	۱/۱۹۶	۰/۳۲۷	۱/۱۸۱	۰/۳۳۵	۰/۸۶۱	۰/۲۲۳
علائم جسمانی	۲/۸۳۲	۰/۰۳۷	۲/۷	۰/۰۴۵	۰/۸۹۵	۰/۳۳۱

همانطور که در جدول ۲ مشاهده می‌شود، نتایج پیش فرض کرویت و معناداری تحلیل واریانس گزارش شده است. برای بررسی پیش فرض کرویت از آزمون موخلی استفاده شد. با توجه به این که اندازه آزمون موخلی برای نمره علائم روان شناختی و علائم جسمانی معنادار است، بنابراین پیش فرض کرویت برقرار نیست. نتیجه بیان گر این است که در تفسیر نتایج مربوط به آزمون‌های آماری باید از تصحیحات آماری استفاده کرد. بدین منظور از تصحیح گرین‌هاوس برای تحلیل فرضیات مربوط به این علائم استفاده شد. این تصحیح به دلیل محافظه کار بودن به ویژه برای پژوهش‌هایی با نمونه‌های کوچک بسیار مناسب است.

جدول ۳: نتایج آزمون‌های نرمال بودن، همگنی کوواریانس‌ها و واریانس‌ها برای شاخص‌های بالینی

متغیر	نرمال بودن		ام باکس		لوین	
	Z k-s	Sig	F	Sig	آماره	Sig
علائم روان شناختی	۰/۶۳۶	۰/۸۱۳	۱/۰۸۴	۰/۳۶۹	۱/۱۱۸	۰/۳۴۶
علائم آمیخته	۱/۴۲۹	۰/۰۳۴	۰/۶۸۲	۰/۷۷	۰/۷۳	۰/۴۹۴
علائم جسمانی	۰/۹۵۳	۰/۳۲۴	۰/۷۵۵	۰/۶۹۷	۰/۹۵۵	۰/۴۰۱

برای بررسی مفروضه همگنی کوواریانس‌ها از آزمون ام باکس استفاده شد. بر اساس جدول ۳ نتیجه آزمون ام باکس نیز برای همسانی ماتریس کوواریانس‌ها بیان گر برقراری این پیش فرض است. اگر این مفروضه رعایت شود، تحلیل گر می‌تواند از لامبدای ویلکز استفاده کند. هر دو آزمون لامبدای ویلکز و هتلینگ برای بررسی معنی داری تحلیل واریانس چندمتغیری استفاده می‌شوند.

مطابق آنچه که در جدول ۳ مشاهده می‌شود، مواقعی که تمامی شرایط برقرار است و حجم نمونه‌ها نیز برابر است نتایج هر دو آزمون شبیه و نزدیک به هم می‌شود. برای بررسی مفروضه همگنی واریانس‌های خطای متغیرهای وابسته در تمام گروه‌ها از آزمون لوین استفاده می‌شود. بر اساس جدول ۳ نتیجه آزمون لوین حاکی از برقراری پیش‌فرض همسانی ماتریس واریانس‌های خطا بود.

جدول ۴: میانگین و انحراف استاندارد شاخص‌های بالینی در گروه‌های آزمایش و کنترل

متغیر	گروه	پیش‌آزمون		پس‌آزمون		پیگیری
		انحراف- استاندارد	میانگین	انحراف- استاندارد	میانگین	
علائم روانشناختی	رفتاردرمانی شناختی	۴/۲۹۱	۱۲/۸۸	۵/۷۸۲	۳/۵۰	۲/۴۴۹
	گروه گواه	۶/۱۶۴	۱۳/۰۰	۵/۴۷۶	۹/۲۵	۵/۳۹۲
علائم آمیخته	رفتاردرمانی شناختی	۴/۹۵۰	۱۱/۲۵	۴/۵۰۲	۴/۰۰	۲/۲۶۸
	گروه گواه	۴/۸۵۳	۱۰/۸۸	۴/۰۶۲	۷/۱۳	۲/۹۹۷
علائم جسمانی	رفتاردرمانی شناختی	۲/۸۷۸	۷/۰۰	۲/۸۷۸	۲/۷۵	۲/۶۵۹
	گروه گواه	۲/۲۶۸	۶/۰۰	۲/۶۱۹	۴/۵۰	۲/۷۲۶
مجموع شاخص- های بالینی	رفتاردرمانی شناختی	۳/۸۶۰	۱۰/۳۸	۴/۰۳۳	۳/۴۲	۲/۲۶۶
	گروه گواه	۳/۹۴۲	۹/۹۶	۳/۲۲۲	۶/۹۶	۳/۴۹۳

یافته‌های ارائه شده در جدول ۴ نشان می‌دهد که هر سه دسته علائم روان‌شناختی، جسمانی و آمیخته در دو گروه، در پس‌آزمون نسبت به پیش‌آزمون کاهش یافته است، هرچند که کاهش علائم جسمانی در گروه گواه محدود بوده است. در مرحله پیگیری نیز نسبت به مرحله پیش‌آزمون در همه شاخص‌ها تداوم کاهش علائم دیده می‌شود.

جدول ۵: خلاصه نتایج آزمون تحلیل واریانس اندازه‌های مکرر بر شاخص‌های بالینی

متغیر	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	مقدار آماره	معناداری
علائم روان‌شناختی	۶۰۸۶/۷۲۲	۱	۶۰۸۶/۷۲۲	۱۳۰/۲۱۹	۰/۰۰۰
علائم آمیخته	۳۸۸۶/۶۸۱	۱	۳۸۸۶/۶۸۱	۱۸۳/۹۸۵	۰/۰۰۰
علائم جسمانی	۱۵۱۲/۵۰۰	۱	۱۵۱۲/۵۰۰	۱۰۷/۱۲۵	۰/۰۰۰
مجموع شاخص‌های بالینی	۳۵۷۰/۱۲۵	۱	۳۵۷۰/۱۲۵	۱۷۱/۸۴۱	۰/۰۰۰

در بررسی شاخص‌های بالینی، نتایج نشان داد که میان گروه رفتاردرمانی شناختی و گروه گواه، تفاوت معناداری با توجه به سه مرحله مداخله یعنی پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری، وجود داشته است.

بحث و نتیجه‌گیری:

هدف پژوهش حاضر بررسی اثربخشی رفتاردرمانی شناختی در بیماران مبتلا به اختلال دوقطبی نوع یک بود. با توجه به یافته‌های پژوهش حاضر می‌توان دریافت که میان گروه گواه و گروه آزمایش در کاهش مقیاس‌های آزمون، تفاوت معناداری وجود

دارد. بر این اساس رفتاردرمانی شناختی در بهبود علائم بالینی این اختلال، نسبت به درمان دارویی صرف، در مراحل پس‌آزمون و پیگیری، مؤثرتر بوده است. بررسی میانگین‌ها نشان می‌دهد که گروه دریافت‌کننده درمان شناختی-رفتاری در قیاس با گروه دریافت‌کننده درمان دارویی صرف، کاهش بیشتری را در میزان علائم نشان می‌دهند که تغییرات ایجاد شده تا دوره‌ی پیگیری پایدار بوده است. بررسی پیشینه‌ی پژوهشی انجام شده نشانگر آن است که اثربخشی درمان شناختی همسو با یافته‌های میک‌لویترز (۱۶)، حسنی و همکاران (۱۷)، بی‌یو^۱ و همکاران (۱۸)، زارت‌اسکای و همکاران (۱۹) می‌باشد.

مولوی و همکاران با بررسی اثربخشی درمان شناختی-رفتاری توأم با دارودرمانی، در مقایسه با دارودرمانی صرف نشان می‌دهد که شناخت درمانی می‌تواند در کاهش علائم مانیا در بیماران دوقطبی اثربخش واقع شود (۲۸). چیانگ و همکاران نیز با انجام فراتحلیل در رابطه با اثربخشی درمان شناختی-رفتاری بر نشانه‌های اختلال دوقطبی موثر بودن آن بر نشانه‌های عود اختلال دوقطبی را مورد تایید قرار می‌دهند (۱).

تبیین یافته‌ی حاضر را می‌توان به عوامل متعددی نسبت داد؛ برای مثال برخی پیامدهای نامطلوب درمان‌های دارویی مانند حس منفی فرد بخاطر کنترل‌پذیری وی بواسطه‌ی داور، از دست دادن دوره‌های اوج یا شیدایی، اثرات جانبی مانند افزایش وزن و لرزش دست‌ها ممکن است ادامه‌ی درمان دارویی صرف را با وقفه‌ی روبرو سازد (۱۴). با این حال همراه شدن درمان شناختی و آشنایی با مدل‌های نظری اختلال، شناخت‌های معیوب فرد در رابطه با معضلات دارو را کمتر کرده و در نتیجه پیگیری و تبعیت درمانی بیشتری را به بار می‌آورد.

همچنین بر اساس مدل آسیب‌پذیری استرس می‌توان گفت که بخشی از چرخه‌ی اختلال دوقطبی بواسطه‌ی تعارض‌های خانوادگی و بین‌فردی برانگیخته می‌شود (۱۶)، از این رو تاکید درمان شناختی بر روش‌های تنظیم هیجان و عوامل راه‌انداز محیطی هیجان می‌تواند تا حدودی فاکتورهای محیطی اختلال دوقطبی را تعدیل سازد (۲۶). همچنان که قبلاً بیان شد درمان‌های داروی به عنوان روش‌های شناخته می‌شود که بیشتر در مراحل نخستین درمانی و تثبیت خلق مورد استفاده قرار می‌گیرد، درحالی که درمان‌های روانشناختی با هدف حفظ و نگهداری بلند مدت اثرات ایجاد شده بکارگرفته می‌شود (۲۸).

در مجموع بر اساس نتایج بدست آمده مشخص شد که رفتاردرمانی شناختی در کنار دارو درمانی می‌تواند عاملی موثر و اثربخش در کاهش و تثبیت نشانه‌های بالینی اختلال دوقطبی نوع یک باشد.

محدودیت‌های پژوهش:

محدودیت‌هایی که امکان دستیابی این پژوهش به نتایج روشن‌تر را با چالش روبرو کرد، مدت زمان کوتاه برای انجام مداخلات روانشناختی، با توجه به امکانات موجود و همچنین دشواری کار کردن با بیماران مبتلا به اختلال دوقطبی بود. محتمل است که با انجام مداخلات مزبور در مدت زمان کافی، تبیین‌های دقیق‌تری در خصوص میزان اثربخشی آنها به دست آورد. پیشنهاد می‌شود به منظور بررسی بیشتر اثرات مداخلات، از دیگر ابزارهای سنجش و ارزیابی اختلال دوقطبی نیز استفاده شود. به‌علاوه استفاده از حجم نمونه بالاتر، با توجه به ریزش شرکت‌کنندگان در این پژوهش، به منظور تعمیم بهتر نتایج توصیه می‌گردد.

ملاحظات اخلاقی:

در این پژوهش موازین اخلاقی شامل اخذ رضایت آگاهانه، تضمین حریم خصوصی و رازداری رعایت شده است. همچنین قبل از انجام مداخله در زمان تکمیل رضایت اخلاقی در مورد خروج از پژوهش در هر زمان به افراد اطلاع داده شد و به آنها اطمینان داده شد که اطلاعات آنها محرمانه می‌ماند و این امر کاملاً رعایت شد.

قدردانی:

مطالعه حاضر از پایان‌نامه‌ی دکتری نویسنده اول استخراج شده است. تمامی نویسندگان در تمامی مراحل انجام پژوهش همکاری داشته‌اند. نویسندگان از تمام افرادی که در پژوهش حاضر مشارکت داشتند تقدیر و تشکر می‌کنند.

تعارض منافع:

نویسندگان هیچ‌گونه تعارض منافی را بر مبنای یافته‌ی پژوهش گزارش نمی‌کنند.

References

1. Chiang K.J., Tsai J.C., Liu D., Lin C.H, Chiu H L & Chou K R. Efficacy of cognitive-behavioral therapy in patients with bipolar disorder: A meta-analysis of randomized controlled trials. *PloS one*. 2017; 12(5): e0176849. doi: [10.1371/journal.pone.0176849](https://doi.org/10.1371/journal.pone.0176849)
2. Rowland T.A. Marwaha S.. Epidemiology and risk factors for bipolar disorder. *Therapeutic advances in psychopharmacology*. 2018; 8(9): 251-269. doi: [10.1177/2045125318769235](https://doi.org/10.1177/2045125318769235)
3. Bebbington P. Ramana R.. The epidemiology of bipolar affective disorder. *Social psychiatry and psychiatric epidemiology*. 1995; 30(6): 279-292. DOI: [10.1007/BF00805795](https://doi.org/10.1007/BF00805795)
4. Solé B., Jiménez E., Torrent C., Reinares M., Bonnin C.D.M., Torres I., ... Vieta E.. Cognitive impairment in bipolar disorder: treatment and prevention strategies. *International J Neuro psychopharmacology*. 2017; 20(8): 670-680. DOI: [10.1093/ijnp/pyx032](https://doi.org/10.1093/ijnp/pyx032)
5. Mohajjel Rezaie S., Hashemi T.. The Comparison of Cognitive Functions in Bipolar Disorder Type I Patients and Normal Subjects. *Thoughts and Behavior in Clinical Psychology*. 2018; 13(49): 27-36. https://jtbcpr.riau.ac.ir/article_1463.html?lang=en
6. Sanches M., Bauer I.E., Galvez J.F., Zunta-Soares G.B. Soares J.C.. The management of cognitive impairment in bipolar disorder: current status and perspectives. *American J therapeutics*. 2015; 22(6): 477-485. doi: [10.1097/MJT.000000000000120](https://doi.org/10.1097/MJT.000000000000120).
7. Crump C., Sundquist K., Winkleby M.A. Sundquist J.. Comorbidities and mortality in bipolar disorder: a Swedish national cohort study. *JAMA psychiatry*. 2013; 70(9): 931-939. DOI: [10.1001/jamapsychiatry.2013.1394](https://doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2013.1394)
8. Pompili M., Gonda X., Serafini G., Innamorati M., Sher L., Amore M., Girardi P.. Epidemiology of suicide in bipolar disorders: a systematic review of the literature. *Bipolar disorders*. 2013; 15(5): 457-490. DOI: [10.1111/bdi.12087](https://doi.org/10.1111/bdi.12087)
9. Abé C., Rolstad S., Petrovic P., Ekman C.J., Sparding T., Ingvar M Landén M.. Bipolar disorder type I and II show distinct relationships between cortical thickness and executive function. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 217(4): 325-335. DOI: [10.1111/acps.12922](https://doi.org/10.1111/acps.12922)
10. Fletcher K., Parker G., Bayes A., Paterson A., McClure G.. Emotion regulation strategies in bipolar II disorder and borderline personality disorder: Differences and relationships with perceived parental style. *Journal of affective disorders*. 2014; 157: 52-59. DOI: [10.1016/j.jad.2014.01.001](https://doi.org/10.1016/j.jad.2014.01.001)
11. Goodwin F.K., Jamison K.R.. Manic-depressive illness: bipolar disorders and recurrent depression (Vol. 2). Oxford University Press; 2007. doi: [10.1176/appi.ajp.2007.07121846](https://doi.org/10.1176/appi.ajp.2007.07121846)

12. Perlis RH., Ostacher M.J, Patel JK., Marangell L.B., Zhang H., Wisniewski SR., Thase ME.. Predictors of recurrence in bipolar disorder: primary outcomes from the Systematic Treatment Enhancement Program for Bipolar Disorder (STEP-BD). *American J Psychiatry*. 2006; 163(2): 217-224. Doi: [10.1176/appi.ajp.163.2.217](https://doi.org/10.1176/appi.ajp.163.2.217).
13. Watkins E.. Combining cognitive therapy with medication in bipolar disorder. *Advances in Psychiatric Treatment*. 2003; 9(2): 110-116. DOI: <https://doi.org/10.1192/apt.9.2.110>
14. Miklowitz D.. Bipolar disorders. In Barlow DH. *Clinical handbook of psychological disorders-a step-by-step treatment manual*–(4. uppl.) New York; 2008.
15. Cuijpers P., Van Straten A., Andersson G., Van Oppen P.. Psychotherapy for depression in adults: a meta-analysis of comparative outcome studies. *Journal of consulting and clinical psychology*. 2008; 76(6): 909-915. DOI: [10.1037/a0013075](https://doi.org/10.1037/a0013075)
16. Miklowitz D.J.. A review of evidence-based psychosocial interventions for bipolar disorder. *Journal of Clinical Psychiatry*. 2006; 67: 28-33. PMID: 17029494.
17. Hasani Ardakani H., Javidi H., Mehryar A., Hosseini E.. Comparing the effectiveness of Mindfulness-Based Cognitive Therapy and Recovery-focused Cognitive Behavioral Therapy on bipolar depression and mania in Patients with Bipolar Disorder. *MEJDS*. 2019; 9: 8-18. URL: <http://jdisabilstud.org/article-1-1454-en.html>
18. Bi-Yu Y., Ze-Yu J., Xuan L.. Effectiveness of cognitive behavioral therapy in treating bipolar disorder: An updated meta-analysis with randomized controlled trials. *Psychiatry and clinical Neuroscience*. 2016; 70: 351-361. doi: [10.1111/pcn.12399](https://doi.org/10.1111/pcn.12399).
19. Zaretsky A., Lancee W., Miller C., Harris A. Parikh S.V.. Cognitive-behavioural therapy more effective than psycho education in bipolar disorder? *The Canadian journal of psychiatry*. 2008; 53(7): 441-448. DOI: [10.1177/070674370805300709](https://doi.org/10.1177/070674370805300709)
20. Szentagotai A., David D.. The efficacy of cognitive-behavioral therapy in bipolar disorder: a quantitative meta-analysis. *The Journal of clinical psychiatry*. 2010; 7(1): 66-72. DOI:[10.4088/JCP.08r04559yel](https://doi.org/10.4088/JCP.08r04559yel)
21. Oud M., Mayo-Wilson E., Braidwood R., Schulte P., Jones S.H., Morriss R., Kendall T.. Psychological interventions for adults with bipolar disorder: systematic review and meta-analysis. *The British J Psychiatry*. 2016; 208(3): 213-222. DOI: [10.1192/bjp.bp.114.157123](https://doi.org/10.1192/bjp.bp.114.157123)
22. Ye B.Y., Jiang Z.Y., Li X., Cao B., Cao L.P., Lin Y., Miao GD.. Effectiveness s of cognitive behavioral therapy in treating bipolar disorder: An updated meta-analysis with randomized controlled trials. *Psychiatry and clinical neurosciences*. 2016; 70(8): 351-361. doi: [10.1111/pcn.12399](https://doi.org/10.1111/pcn.12399).
23. Lopez M.A., Basco M.A.. Effectiveness of cognitive behavioral therapy in public mental health: Comparison to treatment as usual for treatment-resistant depression. *Administration and Policy in Mental Health and Mental Health Services Research*. 2015; 42(1):87-98. DOI: [10.1007/s10488-014-0546-4](https://doi.org/10.1007/s10488-014-0546-4)
24. Berk M., Malhi G.S., Cahill C., Carman A.C., Hadzi-Pavlovic D., Hawkins M T., Mitchell P.B.. The Bipolar Depression Rating Scale (BDRS): its development, validation and utility. *Bipolar disorders*. 2007; 9(6): 571-579. doi: [10.1111/j.1399-5618.2007.00536.x](https://doi.org/10.1111/j.1399-5618.2007.00536.x).
25. 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. IJPCP. 2015; 21 (1): 60-68. URL: <http://ijpcp.iums.ac.ir/article-1-2355-en.html>.
26. Taylor J.L., Novaco R.W., Gillmer B.T., Robertson A. Thorne I.. Individual cognitive-behavioral anger for people with mild-borderline intellectual disabilities and histories of aggression: A controlled trial. The British Journal of Clinical Psychology. 2005; 44: 367-383. DOI: [10.1348/014466505X29990](https://doi.org/10.1348/014466505X29990)
27. Golshani F.. Comparison of the effect of lifestyle education and cognitive-behavioral education on happiness and hope of adolescent girls. Master Thesis, Faculty of Educational Sciences and Psychology, University of Isfahan; 2015.
28. Molavi P., Salvat H., Salmaniaghdam N., Mohammadi M.. The efficacy of Cognitive-Behavioral Therapy (CBT+TAU) on reducing type-I Bipolar disorder symptoms. Shenakht Journal of Psychology and Psychiatry. 2020; (72): 92-103. doi: [10.52547/shenakht.7.2.92](https://doi.org/10.52547/shenakht.7.2.92).