

مقایسه درمان دارویی با درمان تلفیقی دارویی - رفتاری - شناختی بر سوگیری مثبت حافظه بیماران دوقطبی در شهر اصفهان

طاهره پورکمالی، دستیار علمی دانشگاه پیام نور
tahereh.pourkamali@yahoo.com
فاطمه زرگر دانشجوی دکتری دانشگاه انسیتو روانپزشکی تهران

چکیده

این تحقیق با هدف مقایسه دو روش درمانی شامل دارو درمانی و درمان تلفیقی دارویی- رفتاری- شناختی بر سوگیری مثبت حافظه بیماران مبتلا به اختلال دو قطبی انجام گرفت که از میان ۱۰۰ نفر بیمار مبتلا به آن اختلال، مراجعانی انتخاب شدند که هیچ‌گونه درمانی دریافت نکرده بودند و در فاز افسردگی قرار داشتند. از این تعداد سه گروه ۱۵ نفری به صورت تصادفی ساده انتخاب شدند. یک گروه گواه و یک گروه که درمان دارویی دریافت کردند و گروه سوم که درمان تلفیقی (دارویی- رفتاری- شناختی) دریافت کردند. نتایج تحلیل کواریانس نشان داد که بیماران دو قطبی، گروه درمان تلفیقی، دارای سوگیری مثبت حافظه بیشتر نسبت به دارو درمانی می‌باشند ($P < 0/001$) و نیز بیماران دوقطبی دو گروه دارو درمانی و درمان تلفیقی دارای سوگیری مثبت حافظه بیشتری نسبت به گروه کنترل می‌باشند ($P < 0/001$).

کلید واژه‌ها: سوگیری مثبت، دارو درمانی، رفتاری - شناختی - دارویی، اختلال دوقطبی

مقدمه

سوگیری حافظه را می‌توان به جهت‌گیری حافظه در رمزگردانی یا یادآوری بیشتر یا کمتر و یا مثبت یا منفی اطلاعات اطلاق نمود. اگر چه رابطه خلق و هیجان با حافظه رابطه‌ای دوسویه است و دقیقاً نمی‌توان مشخص کرد که پردازش هیجانی یک حرکت، قبل از پردازش شناختی صورت می‌گیرد یا بالعکس، حافظه وابسته به خلق به این اشاره می‌کند که افراد اطلاعاتی را بهتر یادآوری می‌کنند که آن را در حالت خلقی شبیه به حالت جاری یاد گرفته باشند. بنابراین، اگر فردی هنگام ناراحتی داستانی را شنیده باشد، آن را در خلق افسرده، بهتر از زمانی که سایر حالت‌های خلقی را تجربه می‌کند، به یاد می‌آورد (دالگیش و پاور^۱ ۱۹۹۹). تحقیقات بسیاری در این زمینه انجام شده که در آنها تأثیرات هماهنگی خلق با استفاده از روشها و تکالیف شناختی مختلف در جمعیت‌های بالینی و غیر بالینی بررسی شده است. نتایج تحقیقات انجام شده در این زمینه، بیانگر یادآوری بیشتر رخدادهای منفی در افراد افسرده و مضطرب است. برای مثال، کلارک و تیزدال^۲ (۱۹۸۲) بیمارانی را که در طول روز نوسانهای شدید داشتند، انتخاب نمودند و آنها را در دو زمان متفاوت؛ یک‌بار زمانی که نسبتاً افسرده بودند و بار دوم هنگامی که نسبتاً غیر افسرده بودند، ارزیابی نمودند. زمانی که آزمودنیها کمتر افسرده بودند، خاطرات آنها در مقایسه زمانی که افسردگی بیشتر بود، مثبت‌تر بود و زمانی که بیماران در حالت افسردگی قرار داشتند، محتوای خاطرات بیشتر ناخوشایند و غیر شاد بود (به نقل از بادلی^۳، ۲۰۰۲). در تحقیقی که توسط واتکینز و فیلیپ^۴ در سال ۱۹۹۶ انجام گرفت، در سوگیری ناهشیار افراد افسرده، کلمات منفی را به صورت اولیه نسبت به گروه کنترل بیشتر یادآوری می‌کردند. نحوه ادراک ما در مورد ماهیت اضطراب و افسردگی به طور قابل ملاحظه‌ای تحت تأثیر کارهای اولیه بک در مورد جنبه‌های شناختی این اختلال تغییر کرده است. مرادی در سال ۲۰۰۰ بر دو جنبه مهم شناخت که در ایجاد و تداوم دامنه‌ای از مشکلات بالینی نقش دارد، تأکید نمود. این دو جنبه عبارت بودند از: محتوای شناختها مانند افکار منفی مربوط به تهدید و افسردگی و سوگیری‌هایی که به نفع اطلاعات هماهنگ با حالت هیجانی فرد از فرایندهای شناختی، مانند توجه، حافظه، تفکر و قضاوت روی می‌دهد (به نقل از فراهانی، ۱۳۸۳). نتایج پژوهشهای بسیاری که به منظور بررسی سوگیری حافظه در افراد افسرده انجام شده، حاکی از آن است که افراد افسرده اطلاعات هماهنگ با حالت‌های هیجانی خود را بهتر از اطلاعات ناهماهنگ به یاد می‌آورند (مهرطلب، ۱۳۸۳). در مورد رابطه بین خلق و حافظه از سال ۱۹۷۰ به بعد، تحت تأثیر عوامل مختلفی، پیشرفت‌های چشمگیری صورت گرفته است. در این زمان، روان‌شناسان شناختی، همچون روان‌شناسان بالینی و اجتماعی به اهمیت تأثیر حالت‌های عاطفی بر حافظه، پی بردند. علاوه بر این، با پیشرفت روشهای آزمایشگاهی، امکان مطالعه خلق و حافظه در آزمایشگاه نیز مانند محیط بالینی فراهم شد و در نتیجه، نظریات مختلفی به منظور رابطه بین این دو ارائه گردید (دالگیش و پاور ۱۹۹۹). یکی از مواردی که در ارتباط با خلق و حافظه مطرح است، سوگیری حافظه است. به طوری که حالت هیجانی و خلق مسلط، رمزگردانی و یادآوری اطلاعات هماهنگ با خلق را از حافظه تسهیل می‌کند و همچنین تحقیقی که توسط واتکینز و فیلیپ در سال ۱۹۹۶ انجام گرفت، نشان داد که در سوگیری ناهشیار، افراد افسرده کلمات

1. Dalglish & power
 2. Clark & Teasdale
 3. Badly
 4. Watkins & Philip

منفی رابه صورت اولیه نسبت به گروه کنترل بیشتر یادآوری می کردند به طوری که خلق آنها یادآوری خاطرات و یا اطلاعات ذهنی آنها را جهت می دهد. از سوی دیگر، کلارک و منیوس^۱ (۲۰۰۲) گزارش نمودند که بیماران افسرده همواره سوگیری حافظه یکسانی را نشان می دهند؛ به گونه ای که آنها در مقایسه با گروه کنترل واژه های مثبت کمتر و واژه های منفی بیشتری را به یاد می آوردند. نظریه های موجود درباره شناخت و هیجان بیان می کنند که حالت های هیجانی باعث ایجاد سوگیری در جهت پردازش اطلاعات هماهنگ با هیجان می شوند (ریدی و ریچارد^۲، ۱۹۹۶). از آنجا که این سوگیری ها نقش مهمی را در تداوم اختلالات هیجانی ایفا می کنند، انجام بررسی تجربی در این زمینه نه تنها برای شناسایی ناهنجاری های شناختی موجود در این اختلالات سودمند است، بلکه می تواند راه هایی را برای تغییر و اصلاح آنها پیشنهاد دهد. نظریه های موجود در مورد پردازش اطلاعات در اختلالات هیجانی، فرضیه هایی را در مورد عوامل ایجاد کننده و تداوم بخش این اختلالات ارائه می دهند بنابراین، نتایج حاصل از این پژوهش و تحقیقات مشابه، علاوه بر اینکه پیش بینی های بر آمده از این نظریه ها را مورد بررسی و آزمون قرار می دهند، در شناسایی و درک بهتر ناهنجاری های شناختی این اختلالات نقش بسزایی ایفا کرده، زمینه را برای ایجاد الگوهای نظری جدید که تبیین دقیقتری از این سوگیری ها ارائه می دهند، فراهم می آورند به علاوه، بررسی دقیق سوگیری حافظه در اختلالات هیجانی به منظور تکوین روش های جدید درمان و تجدید نظر در روش های درمان موجود، از اهمیت ویژه ای برخوردار است. الگوهای شناختی اضطراب بر نقش پردازش اطلاعات در اختلالات اضطرابی تاکید دارند. با اینکه این الگوها در تمرکز بر نقایص شناختی با یکدیگر متفاوتند، اما همه به اتفاق فرض می کنند که ساختارها یا فرایندهای خاص، زیر بنای اختلالات هیجانی است. از جمله، چنین فرض شده است که سوگیری های شناختی در تداوم و علت شناسی اختلال های اضطرابی نقش دارند (فراهانی، ۱۳۸۲). بک رویکرد رفتاری شناختی را اولین بار در سال ۱۹۶۰ در دانشگاه پنسیلوانیا در جهت رفع افسردگی به کار برد. از آن به بعد، این رویکرد به طور موفقیت آمیزی برای مجموعه وسیعی از اختلالات روان پزشکی و جمعیت های مختلف انطباق یافته است، از سوی دیگر، نظریه های شناختی اختلال هیجانی بر این اصل تاکید دارد که اختلال روان شناختی مربوط به آشفتگی فکر است. حافظه وابسته به خلق به این اشاره می کند که افراد اطلاعاتی را بهتر یادآوری می کنند که آن را در حالت خلقی شبیه به حالت جاری یاد گرفته باشند. بنابراین اگر فردی هنگام ناراحتی داستانی را شنیده باشد آن را در خلق افسرده، بهتر از زمانی که سایر حالت های خلقی را تجربه می کند، به یاد می آورد (دالگیش و پاور، ۱۹۹۹). برادلی و متیوز الگوی یادآوری کلمات دارای بار عاطفی مثبت و منفی را در افراد افسرده و سالم بایکدیگر مقایسه کردند و به این نتیجه رسیدند که افراد افسرده در مقایسه با گروه کنترل موارد مثبت کمتری را به یاد آوردند (به نقل از مهرطلب، ۱۳۸۳). رادومسکی^۳ و همکارانش در سال (۱۹۹۶) به سوگیری حافظه در اختلال وسواسی اجباری اشاره نمودند. در پژوهش دیگری واتکینز^۴ و همکارانش (۱۹۹۲) سوگیری حافظه را در افراد مبتلا به افسردگی بالینی و گروه کنترل بررسی کردند. در مطالعه ای که توسط لاند و همکاران انجام گرفت، افراد مبتلا به اختلال وحشت زدگی همراه با برون هراسی، در مقایسه با گروه کنترل واژه های محرک مربوط به تهدید اجتماعی را بیشتر از سایر واژه ها به یاد آوردند (به نقل از فراهانی ۱۳۸۲). نبوی (۱۳۷۲) در تحقیقات خود به این نتیجه رسید که بین میزان توجه به واژه های هیجانی تهدید کننده در مقایسه با واژه های غیر هیجانی و یا هیجانی مثبت تفاوت معناداری وجود دارد. همچنین مشاهده

1. Clark & Manus
2. Reidy & Richard
3. Radomsky
4. Watkins

شد که رخداد یک استرس سبب تشدید توجه انتخابی به واژه‌های تهدید‌آمیز می‌شود و کنش متقابل تأثیر صفت و حالت اضطراب در بروز سوگیری توجه نسبت به منبع تهدید بیشترین سهم را دارد. لان گوتلیپ^۱ و همکارانش در سال ۲۰۰۵ در طی پژوهشی که بر روی سوگیری حافظه‌های والدین دارای اختلال دو قطبی انجام دادند در یافتند که این بچه‌ها سوگیری به کلماتی که با تهدید اجتماعی را توأم است، را بیشتر نشان می‌دهند و نیز بچه‌هایی که خطرابتلا به این بیماری در آنها بالاست، در یاد آوری کلمات منفی، نمره‌های بالاتری را نسبت به بچه‌هایی که خطر ابتلای این بیماری در آنها پایین است، آورده‌اند. با توجه به اینکه در این پژوهشها سوگیری حافظه در افراد افسرده با تغییر شناخت کمتر به جنبه منفی می‌رود، هدف این بود که در اختلالات دوقطبی فاز افسردگی ابتدا این تأثیر را بررسی نموده، سپس با مقایسه دو روش درمان دارویی و درمان تلفیقی دارویی- رفتاری - شناختی با گروه گواه، این تأثیر را در این نوع بیماران معلوم شود. فرضیه تحقیق تفاوت معناداری بین نمره‌های متغیر وابسته (سوگیری مثبت حافظه) بین گروه آزمایشی ۱ و ۲ و گروه گواه را بیان می‌دارد.

روش پژوهش

این پژوهش یک پژوهش تجربی از نوع کاربردی است که در آن از دو گروه آزمایش ۱ و ۲ و یک گروه گواه با پیش‌آزمون و پس‌آزمون استفاده شده است. جامعه آماری پژوهش را بیماران دوقطبی مراجعه‌کننده به کلینیکها و مراکز خدمات روانشناختی و مشاوره سطح شهر اصفهان در سال ۱۳۸۳ تشکیل دادند. روش نمونه‌گیری تصادفی ساده از زمان شروع اجرای پژوهش تا پایان آن بود. جامعه آماری از بین بیماران مبتلا به اختلال دوقطبی مراجعه‌کننده به کلینیکها و مراکز خدمات روانشناختی و مشاوره سطح شهر اصفهان انتخاب شدند. این مراکز شامل سه مرکز از مراکز خدمات روانشناختی بود که نمونه مورد نظر تعداد ۴۵ نفر از بین ۱۰۰ نفر طی دو سال به صورت تصادفی انتخاب شده بودند. ملاکهای سنی ورود به مطالعه ۲۰-۴۵ سال بود و بیماران را شامل می‌شد که دارای اختلال دو قطبی (نوع ۱ و ۲) دارای فاز افسردگی اساسی باشند و از سوی دیگر ملاک‌های خروج از مطالعه، نقص شناختی (منظور اختلالات عمده شناختی مثل دلیریوم و دمانس است)، عقب ماندگی ذهنی، بی‌سواد (حداقل باید سواد خواندن و نوشتن داشته باشد) و بیماریهای جسمی (باید متذکر شد که بیماریهای جسمی را شامل می‌شود که با شرح حال و معاینه بیمار تشخیص داده شوند و باعث اختلال در توجه و حافظه شده یا در میزان همکاری آزمودنی تأثیر گذاشته) است. این افراد به صورت تصادفی در سه گروه ۱۵ نفری شامل دو گروه آزمایشی و یک گروه گواه جای گرفتند هر دو گروه آزمایشی درمان دارویی دریافت کردند، ولی یک گروه از آنها طی ۸ جلسه تحت درمان شناختی - رفتاری قرار گرفت. روش کار به این ترتیب بود که در مرحله اول کلمات به صورت تک تک با استفاده از پاورپوینت به مدت ۵ ثانیه روی صفحه نمایشگر رایانه ظاهر می‌شد. (بعد از ارائه کلمات یک گروه به منظور جلوگیری از مرور ذهنی کلمات و کنترل اثر تاخیر به مدت سه دقیقه یک تکلیف انحرافی به آزمودنیها داده شد مثلاً از عدد ۵۰ سه تا سه تا کم کنند) وقتی که سوگیری این سه گروه در کلمات مثبت درپیش‌آزمون سنجیده شد هر دو گروه آزمایشی به صورت جداگانه تحت در مان قرار گرفتند. گروه اول درمان

تلفیقی دارویی - رفتاری - شناختی و گروه دوم درمان دارویی و گروه گواه بدون درمان هیچگونه درمانی را دریافت نکرد. به هر یک از کلمات مثبت که توسط بیمار ارائه می شد یک نمره تعلق می گرفت.

ابزار اندازه گیری: نمایش کلمات دارای بار هیجانی که توسط مهرطلب در سال ۱۳۸۳ تهیه شده، ابزار اندازه گیری این پژوهش است و آلفای آن در سطح ۰/۰۱ می باشد. برای تهیه این کلمات، ابتدا با استفاده از فرهنگ لغت و پژوهشهای انجام شده در این زمینه، مانند واتکینز و همکاران (۱۹۹۲)، لاندواست (۱۹۹۷)، ماسل و کلارک (۱۹۹۹)، تارسا و همکاران (۲۰۰۳)، ۳۰۰ کلمه انتخاب گردیده است و سپس برای تعیین بار هیجانی کلمات ۸ نفر از اساتید و دانشجویان کارشناسی ارشد مشاوره و روانشناسی بالینی، این واژه‌ها را از لحاظ خنثی، منفی و مثبت بودن روی یک مقیاس ۶ درجه‌ای از صفر تا ۵ درجه‌بندی کرده‌اند و درجه‌بندی‌های انجام شده توسط کارشناسان، برای اعمال این ملاک از روش به کار رفته در پژوهشهای برادلی و همکاران (۱۹۹۴) و تارسا و همکاران (۲۰۰۳) استفاده شده است. در این مرحله پژوهشگر سعی کرد حتی الامکان از کلماتی استفاده کند که از لحاظ فراوانی کاربرد در زبان فارسی مشابه باشند. با توجه به اینکه اطلاعات دقیقی در این زمینه وجود نداشته، پژوهشگر سعی نمود برای اعمال این ملاک از نظر افراد شرکت کننده در بررسی مقدماتی استفاده کند. در مجموع، بعد از اعمال محرکهای گزینش واژه‌ها، اجرای مقدماتی و اصلاح و تجدید نظر، از بین ۳۰۰ کلمه‌ای که در مرحله اول مناسب تشخیص داده شد، ۱۳۰ کلمه انتخاب شد. در ادامه، این کلمات در سه گروه مثبت، منفی و خنثی قرار داده شد.

یافته‌ها

میانگین و انحراف معیار نمرات پیش آزمون و پس آزمون سوگیری حافظه در سه گروه دارو درمانی، درمان تلفیقی و کنترل در جدول شماره ۱ ارائه شده است.

جدول ۱: میانگین و انحراف معیار نمرات پیش آزمون و پس آزمون سوگیری حافظه در سه گروه

گروه	پیش آزمون			پس آزمون		
	تعداد	میانگین	انحراف استاندارد	تعداد	میانگین	انحراف استاندارد
دارو درمانی	۱۵	۱۱/۲۰	۱/۵۲	۱۵	۱۶/۲۰	۱/۵۲
درمان تلفیقی	۱۵	۱۰/۸۶	۱/۹۹	۱۵	۲۲/۲۶	۲/۰۸
کنترل	۱۵	۱۰/۰۶	۱/۱۶	۱۵	۱۰/۶۶	۱/۲۳

همانگونه که در جدول ۱ مشاهده می گردد، در مرحله پیش آزمون میانگین سوگیری حافظه گروه دارو درمانی ۱۱/۲۰، گروه درمان تلفیقی ۱۰/۸۶ و میانگین در گروه کنترل برابر با ۱۰/۰۶ است. در حالی که در پس آزمون، میانگین نمرات سوگیری حافظه گروه دارو درمانی ۱۶/۲۰، گروه درمان تلفیقی ۲۲/۲۶ و گروه کنترل ۱۰/۶۶ است. نتایج تحلیل کواریانس مقایسه سه گروه دارو درمانی، درمان تلفیقی و کنترل با توجه به نمرات تعدیل شده سوگیری حافظه پس از کنترل نمرات پیش آزمون، در جدول ۲ ارائه شده است.

جدول ۲: نتایج تحلیل کواریانس تأثیر عضویت گروهی بر میزان سوگیری حافظه سه گروه

متغیرها	درجه آزادی	میانگین مجدورات	F	معناداری (p)	میزان تفاوت	توان آماري
پیش آزمون	۱	۴/۰۱۵	۱/۴۸۸	۰/۲۳۰	۰/۰۳۵	۰/۲۲۲
عضویت گروهی	۲	۴۹۷/۵۷۸	۱۸۴/۳۶۹	۰/۰۰۰	۰/۹۰	۱/۰۰۰

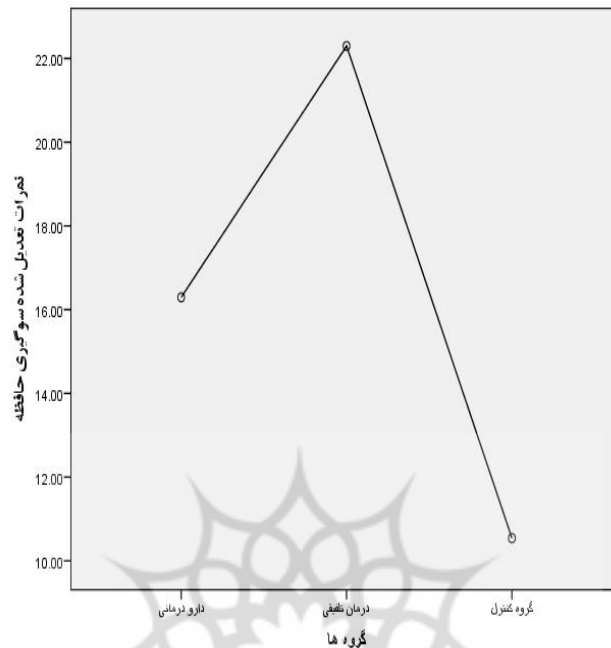
نتایج جدول ۲ نشان می‌دهد با حذف تأثیر نمره‌های پیش آزمون، بین میانگین تعدیل شده نمره‌های سوگیری حافظه بیماران دو قطبی بر حسب عضویت گروهی (سه گروه دارو درمانی، درمان تلفیقی و گروه کنترل) تفاوت معناداری مشاهده می‌شود ($P < 0/001$). لذا نتیجه گرفته می‌شود که درمان‌های ارائه شده بر سوگیری حافظه بیماران دو قطبی تأثیر دارد. میزان تفاوت حاکی از آن است که ۹۰ درصد واریانس نمرات سوگیری حافظه ناشی از عضویت گروهی می‌باشد. توان آماری یک، حاکی از دقت آماری بسیار بالای این آزمون و کفایت حجم نمونه است. با توجه به وجود تفاوت معنادار بین نمره‌های سوگیری حافظه بیماران دو قطبی سه گروه دارو درمانی، درمان تلفیقی و گروه کنترل، در جدول ۳ به ارائه میانگین‌های تعدیل شده و مقایسه زوجی سه گروه پرداخته می‌شود.

جدول ۳: مقایسه زوجی نمرات سوگیری حافظه بیماران بر حسب عضویت گروهی

گروه مبنا (میانگین)	گروه مورد مقایسه (میانگین)	تفاوت میانگینها	خطای استاندارد	معناداری
دارو درمانی (۱۶/۲۹۵)	درمان تلفیقی (۲۲/۲۹)	-۶/۰۰۲	۰/۶۰۲	۰/۰۰۰
	گروه کنترل (۱۰/۵۴)	۵/۷۵۳	۰/۶۲۶	۰/۰۰۰
درمان تلفیقی (۲۲/۲۹)	گروه کنترل (۱۰/۵۴)	۱۱/۷۵۵	۰/۶۱۳	۰/۰۰۰

نتایج جدول ۳ نشان می‌دهد که بین میزان سوگیری حافظه بیماران دو قطبی گروه دارو درمانی و درمان تلفیقی تفاوت معناداری وجود دارد ($P < 0/001$). با توجه به میانگین‌های تعدیل شده دو گروه، می‌توان نتیجه گرفت که بیماران دو قطبی گروه درمان تلفیقی، دارای سوگیری مثبت حافظه بیشتری نسبت به گروه دارو درمانی می‌باشند. همچنین نتایج جدول ۳ حاکی از آن است که بین میزان سوگیری حافظه بیماران دو قطبی دو گروه دارو درمانی و درمان تلفیقی با گروه کنترل تفاوت معناداری وجود دارد ($P < 0/001$). با توجه به میانگین‌های تعدیل شده، می‌توان نتیجه گرفت که بیماران دو قطبی دو گروه دارو درمانی و درمان

تلفیقی دارای سوگیری مثبت حافظه بیشتری نسبت به گروه کنترل می‌باشند. شکل ۱ نمودار تفاوت میانگین‌های تعدیل شده سوگیری حافظه بیماران دو قطبی در سه گروه دارو درمانی، درمان تلفیقی و گروه کنترل را نشان می‌دهد.



شکل ۱: نمودار تفاوت میانگین‌های تعدیل شده سوگیری حافظه بیماران دو قطبی برحسب عضویت گروهی

نتایج

این تحقیق با هدف مقایسه دو روش درمانی دارو درمانی و درمان تلفیقی رفتاری - شناختی - دارویی با گروه گواه انجام گرفت به طوری که نتایج نشان داد میزان سوگیری مثبت حافظه از دارو درمانی بیشتر و میزان سوگیری مثبت حافظه در درمان تلفیقی از دو گروه دیگر بالاتر بود تحقیقات زیادی در همین راستا این تاثیر پذیری از درمان دارویی و درمان تلفیقی دارویی - رفتاری - شناختی را نشان داده‌اند به طوری که بسون نیز در سال ۱۹۷۵ به مدت دو سال با تجویز لیتیم بیماران دو قطبی را درمان کرد به گونه‌ای که ۶۸٪ از آنها نتیجه خوبی را گزارش نمودند. از آنجایی که دارو درمانی به جز در حالت مانیا و هیپومانیا خاصیت تثبیت کننده خلق را دارد (حالت افسردگی) مصرف داروهایی چون فلوکسیتین خلق بیماران را بهتر نموده در نتیجه با متعادل شدن خلق و خارج شدن خلق از حالت بی حوصلگی، بی انگیزگی و ناامیدی در سوگیری این افراد اثر متقابل خواهد داشت؛ به طوری که بر سوگیری منفی آنها اثر گذاشت، میزان آن را کاهش می‌دهد. از سوی دیگر، در تحقیقی که بهرامی و نیکباز در سال ۱۳۸۴ انجام دادند، دریافتند که به دلیل آسیب پذیری بیولوژیکی که در این بیماران وجود دارد، بی نظمی‌ها و بی ثباتی‌هایی را موجب می‌شود. این جنبه تعامل بین این دو کاربرد مهمی را برای مداخله‌های درمانی دارد. با به کار بردن دارو درمانی این بی ثباتی‌های نباتی کاهش می‌یابد. از آنجایی که پیشگیری از چنین تخریب‌هایی در فعالیتهای روزمره و خواب توسط استرسورهای

مثل وقایع زندگی جنبه مهمی از سازگاری روانی اجتماعی در اختلالات هیجانی دو قطبی است، در نتیجه با تثبیت خلق و تنظیم بی‌ثباتی‌های نباتی می‌توان به طور غیرمستقیم در سوگیری حافظه آنها تأثیراتی را مشاهده کرد. از نظر بلانی (۱۹۸۶) خلق افسرده می‌تواند در فرایندهای شناختی تأثیر زیادی داشته باشد، هنگام افسردگی عامل مؤثر و نیرومندی که بر تولید تعبیرهای منفی (که عامل پیشاینده افسردگی است) مؤثر واقع می‌شود، خود حالت افسردگی خواهد بود. همان‌طور که اشاره شد طرحواره‌ها ساختارهایی برای بازنمایی مفاهیم کلی ذخیره شده در حافظه یا مجموعه سازمان یافته‌ای از اطلاعات هستند محتوای هر طرحواره از طریق تجربه‌های زندگی فردی ساخته و پرداخته می‌شود، سازمان می‌یابد و در ادراک و ارزیابی اطاعات جدید استفاده می‌گردد. بنا به نظر قاسم‌زاده (۱۳۷۹) اطلاعات ناسازگار با طرحواره توجه بیشتری را به خود جلب می‌کند. از سوی دیگر، این اعتقاد در میان بک و همکاران وجود دارد که عملکرد شناختی توسط ساختارهای شناختی یا طرحواره‌ها هدایت می‌شوند که نحوه توجه تفسیر و به یادآوری رویدادها را متأثر می‌سازند. بنابراین، اگر این طرحواره‌ها دچار اختلال باشند، پردازش اطلاعات نیز مختل خواهد شد. از سوی دیگر، بندورا به نقل از مهرطلب (۱۳۸۳) بر اهمیت پاسخهای عاطفی مخصوص عاطفه یا اضطراب و افسردگی که در حین تجربه مستقیم مشاهده‌ای کسب می‌شود، تأکید کرد. در همین راستا رویکردهای پردازش اطلاعات شناختی نشان می‌دهد که آنها از موقعیت سرد شناختی به طور فزاینده‌ای به سمت علاقه به عاطفه در حرکتند، این حرکت هم در قالب چگونگی تأثیر فرایندهای شناختی بر عاطفه و هم در قالب چگونگی تأثیر عاطفه بر فرایندهای شناختی است. رویکردهای شناختی- رفتاری در درمان اختلال‌های هیجانی مبتنی بر این فرض است که پاسخهای هیجانی به واسطه تعبیرها یا معنی‌هایی که از طرف ما به تجارب نسبت داده می‌شود و شکل می‌گیرد؛ به طوری که مشکلات رفتاری بنابه نظر ویلیامز از قبیل استرس‌های حاد، شیوه نامنظم زندگی که فاقد برنامه باشد نیز می‌تواند برای فردی که مستعد بیماری دوقطبی است، مانند یک استرسور عمل کند. از سویی بک نیز رویکرد رفتاری شناختی را در سال ۱۹۶۰ در درمان افسردگی اثرگذار دانست و نیز آندرستونیانگ در سال ۱۹۹۵ بیان کرد که بین شناخت و افسردگی رابطه دو جانبه وجود دارد. از آنجاکه اختلال روانشناختی مربوط به آشفتگی فکر است با درمان شناختی و اصلاح فکر، باورها و رفتارهای همراه با آن، می‌توان این میزان آشفتگی را کم نمود و با کاهش میزان آشفتگی و از سوی دیگر، درمان رفتاری می‌توان به بهبود زندگی این بیماران کمک کرد. از آنجایی که در تحقیقات قبلی تأثیر رویکرد رفتاری-شناختی به طور جداگانه در سوگیری بیماران افسرده به خصوص مثبت تأثیرگذار بوده است و نیز تحقیقی که میلر و همکاران در سال ۱۹۹۱ در چهارده خانواده با یک عضو مبتلا به بیماری دوقطبی انجام دادند، شواهد حاصل از این مطالعه نشان داد که بیماران با درمان ترکیب شده درجهٔ بهبود بیشتری داشتند به طوری که در طول دو سال پیگیری، کمتر در بیمارستان بستری شدند. که نتایج این تحقیق نیز چنین بود و درمان تلفیقی دارویی - رفتاری - شناختی تأثیر بهتری بر سوگیری حافظه این بیماران دارد.

منابع

آندرستون یانگ، جانت. (۱۹۹۵). **مطالعه اتوبیوگرافی حافظه در افراد افسرده و غیرافسرده**، ترجمه علی دادگستر. تهران: انتشارات مانی.

بهرامی، فاطمه. نیکیار، حمیدرضا. (۱۳۸۴). **درمانهای رفتاری فراشناختی اختلالات دو قطبی**. تهران: انتشارات مانی.

فراهانی، حجت اله. (۱۳۸۲). **بررسی نقش برانگیختگی هیجان در سوگیری توجه و حافظه بیماران وسواس فکری- عملی**. پایان نامه کارشناسی ارشد روانشناسی بالینی (چاپ شده). دانشگاه اصفهان.

فری، مایکل. (۱۳۸۲). **شناخت درمانی گروهی (کاربرد شناخت درمانی گروهها)**. ترجمه علی صاحبی، حسن حمیدپور و زهرا اندوز. مشهد: انتشارات جهاد دانشگاهی.

قاسم زاده، حبیب اله. (۱۳۷۹). **شناخت و عاطفه**. تهران: انتشارات فرهنگیان.

مهرطلب، پگاه. (۱۳۸۳). **بررسی سوگیری حافظه آشکار و نهان در افسردگی و اضطراب اجتماعی**. پایان نامه کارشناسی ارشد روانشناسی بالینی (چاپ شده). دانشگاه اصفهان.

نبوی، لادن. (۱۳۷۲). **ارزیابی سوگیری توجه در اختلالات اضطرابی و افسردگی (با استفاده از یک تکلیف ادراک رنگ)**. **مجله دانشکده علوم پزشکی دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی**، دوره ۱۰، ۴، صص ۱.

Baddely. A. D; Kopelman, M. D. and Wilson, B. A. (2002). *The handbook of memory disorder*. John Wiley & Sons.

Blaney, D. H. (1986) Affective and memory: A review. *Psychological Bulletin*, 99, (1), 229-246.

Beck, A. T. (1976). *Cognitive therapy and the emotional disorder*. New York: International Universities Press.

Benson, R. (1975). The forgotten treatment modality in bipolar illness: psychotherapy. *Disease of Nervous System*. 36, (1). 634-638.

Blaney, D, H. (1986). Affective and memory: A review. *Psychological Bulletin*. 99, (1), 229-246.

Clark, D. M. & Teasdale, J. D. (1982). Diurnal variation in clinical depression and accessibility of memories of positive and negative experiences, *Journal of Abnormal Psychology Review*, 22, 575-627.

Clark, D. M. & Mc. Manus, F. (2002). *Information Processing in Social*. Phobia Biological Psychiatry, 11. (1). 103-737.

Dalgleh, T & Power, M (1999). *Handbook of cognition and emotion*, New York: Weley & Sons.

Langotlib, S. trail, M. jutta, J. kiki, CH.(2005). *Journal of Child Psychology and Psychiatry*. 46, (1), 84.

Miller, I. W., Keitner, O. I., Epstein. N-b. Etal (1991). *Formilies of bipolar patients dysfunction, course of illness and pilot treatment study*. Presented at E Annual Meeting of the Association for the Advancement of Behavior Therapy. November, 1991, New York, NY.

- Randinsky, Adams. Rachman, S. Behavior (1999). *Researches and Therapy*. Oxford: 37. (1). 105-150.
- Reidy. J. & Ricards. A. (1997). *Anxiety and memory: Arecall Bias for threatening word in high anxiety*. *Behavior Researches and Therapy*. 35. (1), 537-542.
- Teasdale. J. D. & Bernard, P. J. (1993). Affect cognition and change, remodelling depression relapse and why attentional control should (mind fulness) training helps. *Behaviorr Research and Therapy*. 33. (1), 25-45.
- Watkins, P, Vache, K. Verney, S. Muller, S, Matheus & Rew. (1996). *Journal of Abnormal Psychology*. Washington: Feb, 15.(1), 34.
- Walkin S. P. C, Mathews, A., Williamson, D. A. & Fuller, R. D. (1992). Mood-congruent memory in depression: Emotional priming or elaboration. *Journal of Abnormal psychology*. 101. (1), 581-586.
- Williams, J. M. G. watts, F. N, Macleod C. and Mathew. A. (1988). *Cognitive psychology and emoton disorder*. new york: willey.

