

## The efficacy of Cognitive-Behavioral Therapy (CBT + TAU) on reducing type-I Bipolar disorder symptoms

Parviz Molavi<sup>1</sup>, Habibeh Salvat<sup>2</sup>, Niko Salmani Aghdam<sup>3</sup>, Mehriar Nader Mohammadi<sup>4</sup>

1-Associate Professor, Department of Psychiatry, Ardabil University of Medical Sciences, Ardabil, Iran.

2- Master of Clinical Psychology, Department of Psychiatry, Ardabil University of Medical Sciences, Ardabil, Iran.

3- General Physician, Department of Psychiatry, Ardabil University of Medical Sciences, Ardabil, Iran.

4- Assistant Professor, Department of Psychiatry, Ardabil University of Medical Sciences, Ardabil, Iran  
(Corresponding Author). E-mail: mehriar46@yahoo.com

Received: 18/02/2020

Accepted: 14/03/2020

### Abstract

**Introduction:** Bipolar disorder is one of the most common psychiatric disorders. To treat and prevent the recurrence of the symptoms of this disorder, it is necessary to obtain information about treatment methods such as group cognitive-behavioral therapy with different techniques.

**Aim:** The aim of this study was to evaluate the efficacy of cognitive-behavioral therapy with the drug in reducing the signs and symptoms of bipolar type -I disorder.

**Method:** This is a pilot-experimental study (pre-test and post-test). The statistical population of this study was all patients with type-I bipolar disorder admitted to Ardabil Fatemi Hospital in 2018. In order to select the statistical sample, by using the available sampling method, 24 people from the mentioned population were selected (based on psychiatric diagnosis) and were replaced in two groups (experimental and control). SCID and Yang Mania scales were used to collect the data. Then, the data were entered into SPSS-21 software. For statistical analysis, Levn and covariance test were used.

**Results:** The results of statistical analysis showed that cognitive-behavioral therapy with drug had a significant effect on manic indicators and reduces its symptoms in patients with this disorder ( $P=0.05$ ).

**Conclusion:** Cognitive-behavioral therapy can be used as a complementary therapeutic, along with pharmacotherapy, to reduce the signs and symptoms of type-I bipolar disorder. Also, according to the results of this study, the use of a team approach based on the cooperation of a psychologist and a psychiatrist in the treatment of mood disorders is recommended.

**Keywords:** Cognitive behavioral therapy, Drug therapy, Bipolar disorder-I

---

**How to cite this article :** Molavi P, Salvat H, Salmani Aghdam N, Nader Mohammadi M. The efficacy of Cognitive-Behavioral Therapy (CBT + TAU) on reducing type-I Bipolar disorder symptoms. Shenakht Journal of Psychology and Psychiatry. 2020; 7 (2): 92-103 .URL: <http://shenakht.muk.ac.ir/article-1-656-fa.pdf>

Copyright © 2018 the Author (s). Published by Kurdistan University of Medical Sciences. This is an open access article distributed under the terms of the Creative Commons Attribution-Non Commercial License 4.0 (CCBY-NC), where it is permissible to download, share, remix, transform, and buildup the work provided it is properly cited. The work cannot be used commercially without permission from the journal.

## اثربخشی درمان شناختی رفتاری همراه دارو در کاهش علائم و نشانه‌های اختلال خلقی دوقطبی نوع I

پرویز مولوی<sup>۱</sup>، حبیبه سلوت<sup>۲</sup>، نیکو سلمانی اقدم<sup>۳</sup>، مهریار ندرمحمدی<sup>۴</sup>

۱. دانشیار، گروه روان پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی اردبیل، اردبیل، ایران.

۲. کارشناس ارشد روانشناسی بالینی، گروه روان پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی اردبیل، اردبیل، ایران.

۳. پزشک عمومی، گروه روان پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی اردبیل، اردبیل، ایران.

۴. استادیار، گروه روان پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی اردبیل، اردبیل، ایران (مؤلف مسئول). ایمیل: mehriar46@yahoo.com

تاریخ پذیرش مقاله: ۱۳۹۸/۱۲/۲۴

تاریخ دریافت مقاله: ۱۳۹۸/۱۱/۲۹

### چکیده

**مقدمه:** اختلال دوقطبی یکی از شایع‌ترین بیماری‌های روان پزشکی است. برای درمان و جلوگیری از عود علائم و نشانه‌های این اختلال، لازم است اطلاعاتی در مورد روش‌های درمانی مانند درمان شناختی-رفتاری گروهی با تکنیک‌های مختلف به دست آوریم.

**هدف:** هدف از این مطالعه بررسی اثربخشی درمان شناختی رفتاری همراه دارو در کاهش علائم و نشانه‌های اختلال خلقی دو قطبی نوع I- است.

**روش:** این پژوهش یک مطالعه آزمایشی - تجربی (پیش‌آزمون و پس‌آزمون) است. جامعه آماری پژوهش، کلیه بیماران اختلال دوقطبی نوع I- بستری در بخش روان بیمارستان فاطمی اردبیل در سال ۱۳۹۷ بودند. به منظور انتخاب نمونه آماری با استفاده از روش نمونه‌گیری در دسترس تعداد ۲۴ نفر از جامعه مذکور انتخاب (بر اساس تشخیص روان‌پزشک) و در دو گروه (آزمایش و کنترل) جایگزین شدند. برای جمع‌آوری داده‌ها از مقیاس‌های مصاحبه ساختار یافته و یانگ مانیا استفاده شد سپس داده‌ها وارد نرم افزار ۲۱ SPSS شده و جهت تجزیه و تحلیل آماری نیز از آزمون اون و کواریانس استفاده شد.

**یافته‌ها:** نتایج حاصل از تحلیل آماری نشان داد، درمان شناختی-رفتاری همراه دارو تأثیر معناداری بر شاخص‌های مانیا داشته و موجب کاهش علائم آن در بیماران مبتلا به این اختلال می‌شود ( $P=0/05$ ).

**نتیجه‌گیری:** درمان شناختی رفتاری می‌تواند به عنوان یک روش درمانی مکمل، همراه دارو درمانی در کاهش علائم و نشانه‌های اختلال خلقی دوقطبی نوع I- بکار گرفته شود. همچنین مطابق نتایج حاصل از این پژوهش، استفاده از رویکرد تیمی مبتنی بر همکاری روان‌شناس و روان‌پزشک در درمان اختلال خلقی پیشنهاد می‌شود.

**کلید واژه‌ها:** درمان شناختی رفتاری، دارو درمانی، اختلال دوقطبی نوع I-

## مقدمه

تجربه کنند (کلینمن<sup>۴</sup> و همکاران، ۲۰۰۳). وضعیت بد اقتصادی، بیکاری، اخراج از کار، اختلاف در زندگی زناشویی، عدم ادامه تحصیل و هم چنین بستری‌های متعدد در مراکز روان پزشکی، از عوارض این اختلال می‌باشند (زاریتکای<sup>۵</sup> و همکاران، ۱۹۹۹). دوقطبی نوع I را می‌توان با یک برنامه درمانی منظم و با استفاده از داروها و روان درمانی کنترل نمود. در صورت عدم درمان مناسب میزان عود افزایش می‌یابد. تاکنون داروهای مختلفی به عنوان تثبیت کننده‌ی خلق معرفی شده‌اند. لیتیوم یکی از پر مصرف‌ترین داروها در درمان اختلالات دو قطبی است (راسل و براون<sup>۶</sup>، ۲۰۰۵). کاربامازپین و والپروات از دهه‌ی ۱۹۷۰ به بعد در درمان این اختلال وارد شدند که علاوه بر لیتیوم از داروهای رایج در درمان این اختلال می‌باشند (قریشی‌زاده و فرخی، ۲۰۰۰). علاوه بر درمان دارویی از درمان غیر دارویی (روان‌شناختی) هم در افراد مبتلا به اختلال دوقطبی استفاده می‌شود. یکی از این نوع درمان، روان‌درمانی شناختی-رفتاری است. در شیوه‌های شناختی-رفتاری، نگره‌ای ناکارآمد، از طریق تکنیک‌های خاص، مورد بازسازی قرار می‌گیرند؛ بدین صورت که درمانگر، در درجه اول، با کمک مراجع به بررسی و کشف آن‌ها می‌پردازد و سپس از طریق چالش با افکار، سعی در تغییر آن‌ها دارد؛ از سوی دیگر، مراجع نیز ترغیب می‌شوند تا افکار خود را شناسایی کرده و به رد آن‌ها بپردازند. درمان شناختی-رفتاری، بیماران را به حل فعالانه مسائل و درگیری جرأت‌مندانه در محیط تشویق و بر توانایی فرد جهت تفسیر و تغییر مناسب رویدادها

اختلال دوقطبی، نوعی اختلال خلقی مزمن و عودکننده است که به اختلال‌های شدیدی در عملکرد اجتماعی و شغلی فرد منجر می‌شود (مورای<sup>۱</sup> و همکاران، ۱۹۹۶). این اختلال، هزینه‌های سنگینی را برای بیمار، خانواده و جامعه در پی دارد و در صورت درمان نشدن می‌تواند منجر به ایزودهای بیشتر، شدیدتر و تند چرخشی شود که این امر، درمان را دشوارتر و پیش‌آگهی را بدتر (سالوادور<sup>۲</sup> و همکاران، ۲۰۰۷) و تبعاتی چون میزان خودکشی و اقدام به خودکشی (شعبانی و همکاران، ۲۰۱۳) را بیشتر می‌کند (شیرازی و همکاران، ۲۰۱۷). این اختلال طیف وسیعی از بیماری‌ها است که مهم‌ترین انواع آن، اختلال دوقطبی نوع I و نوع II است (گودوین<sup>۳</sup> و همکاران، ۲۰۱۶). تفاوت این دو اختلال در وجود دوره شیدایی است که در نوع یک حالت شیدایی اتفاق می‌افتد ولی در نوع دو فرم خفیف‌تری از آن که نیمه شیدایی است، بروز می‌کند (آنگست، ۱۹۹۸). اختلال دوقطبی، یک بیماری روان‌پزشکی مزمن و ناتوان‌کننده است که یک مطالعه متاآنالیز در سراسر جهان تخمین زده است که میزان شیوع نوع I و II به ترتیب ۱/۵۷ و ۱/۰۶ درصد است (ژانگ و همکاران، ۲۰۲۰). این اختلال با میزان چشمگیر ناخوشی همراه است به خصوص به دلیل این که بیماران دوره‌های بیماری طولانی‌تر و در مقایسه با دیگر بیماران خلقی، دوره‌های بهبود کمتری دارند (جنتی و همکاران، ۲۰۱۷). پیش‌آگهی بیماران دچار اختلال دو قطبی نوع یک بدتر از بیماران مبتلا به افسردگی اساسی است. حدود ۴۰-۵۰ درصد بیماران اختلال دو قطبی نوع یک پس از دو سال از دوره‌ی نخست ممکن است دومین دوره‌ی مانیا را

4- Kleinman

5- Zaretsky

6- Russel & Browne

1- Muray

2- Salvatore

3- Goodwin

تأکید می‌نماید (هوگارتی<sup>۱</sup> و همکاران، ۲۰۰۶). نتیجه مطالعه قادری و همکاران (قادری و همکاران، ۲۰۱۶) نشان دهنده این است که 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. نتیجه مطالعه فرا تحلیلی یبی<sup>۲</sup> و همکاران (۲۰۱۶) بر روی بیماران دوقطبی نشان داد درمان شناختی- رفتاری در کاهش عود اختلال دوقطبی نوع I در پیگیری ۶ ماهه مؤثر بوده و در بهبودی شدت مانیا تأثیر داشته است.

اگرچه شناخت و دانش ما درباره اختلال افسردگی-مانیا رو به افزایش است؛ اما پژوهش در زمینه درمان اختلال دوقطبی بسیار محدود است. به علاوه، هر چند که درمان‌های دارویی، درمان‌های معمول برای این اختلال‌اند؛ اما تقریباً تمام درمان‌های دارویی دارای محدودیت هستند (گولدبرگ<sup>۳</sup>، ۱۹۹۵). بسیاری از بیماران مبتلا به اختلال افسردگی دوقطبی نسبت به لیتیوم و سایر داروها مقاوم‌اند و برخی نمی‌توانند اثرات جانبی داروها را تحمل کنند (جون<sup>۴</sup>، ۲۰۰۲). درمان‌های موجود موجود به خوبی قادر به کنترل علائم بیماری نمی‌باشند نمی‌توانند از عود و بازگشت مجدد این اختلال پیشگیری کنند (لم<sup>۵</sup> و همکاران، ۲۰۱۰). از این رو، به تازگی پژوهشگران و متخصصان بالینی برای درمان اختلال دوقطبی به رویکردهای مختلف روان‌درمانگری از جمله روان‌درمانگری مبتنی بر روان‌پویشی، روان‌درمانگری بین فردی و شناخت- رفتار درمانگری علاقه‌مند شده‌اند. از دگرسو، نتایج پژوهش‌ها نشان داده است که شناخت

رفتار درمانگری به تنهایی یا به صورت ترکیبی با دارودرمانی نسبت به دارو درمانی به تنهایی، درمان کارآمدتری برای اختلالات دوقطبی است و نه تنها می‌تواند ناراحتی‌های حاد را کاهش داده و درمان کند، بلکه از خطر بازگشت مجدد نشانگان اختلال و بازگشت بیماری در طولانی مدت و پس از قطع دارو جلوگیری می‌کند (جون، ۲۰۰۲). همچنین اکثر پژوهش‌های صورت گرفته در این زمینه متمرکز بر بررسی کارایی فنون شناختی- رفتاری در درمان افسردگی یک قطبی بوده و تعداد کمی از مطالعات به ارزیابی سودمندی و اثربخشی شناخت- رفتار درمانگری در درمان افسردگی دوقطبی پرداخته‌اند و علاوه بر مطالب فوق الذکر، چون تأثیرات مداخلات روانی بر روی اختلال دوقطبی در ایران کمتر مورد مطالعه قرار گرفته است (هوکسلی<sup>۶</sup> و همکاران، ۲۰۰۰). بر این اساس و با توجه به اثر بخشی درمان شناختی- رفتاری در درمان اختلال روانی و ضرورت درمان روان‌شناختی مکمل در کنار درمان دارویی، در پژوهش حاضر به مقایسه‌ی اثربخشی درمان شناختی رفتاری همراه دارو در کاهش علائم و نشانه‌های اختلال خلقی دوقطبی نوع I در بیماران بستری در بخش روان بیمارستان فاطمی اردبیل پرداخته شده است.

## روش

این پژوهش یک مطالعه آزمایشی - تجربی (گروه آزمایشی و کنترل با پیش‌آزمون و پس‌آزمون) (کار آزمایشی بالینی) است. در این تحقیق جامعه پژوهش، کلیه بیماران اختلال دوقطبی بستری در بخش روان بیمارستان فاطمی اردبیل در سال ۱۳۹۷ بودند. به منظور انتخاب

<sup>1</sup>- Hogarty

<sup>2</sup>- Yeby

<sup>3</sup>- Goldberg

<sup>4</sup>- Jdm

<sup>5</sup>- Lam

<sup>6</sup>- Huxley

درمان دارویی و به مدت ۸ هفته درمان شناختی - رفتاری بر اساس روش جی سی رایت دریافت کردند. اجرای درمان شناختی- رفتاری توسط روانشناس صورت گرفت. همچنین در هر دو گروه میزان و نوع داروی مصرفی بر اساس تجویز روان‌پزشک بود. مدت پژوهش برای هر ۲ گروه ۲ ماه بود. در حین اجرای مداخلات هر دو هفته یکبار بیماران از نظر شدت بیماری و علائم نشانه‌های اختلال دو قطبی نوع یک مورد ارزیابی قرار گرفت. سپس بعد اتمام مداخلات پرسشنامه‌های پژوهشی مجدداً (پس‌آزمون) در مورد آن‌ها اجرا گردید و داده‌های گردآوری شده مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت. جهت تجزیه و تحلیل داده‌ها نیز از آمار توصیفی شامل؛ میانگین و انحراف معیار استفاده شد و به منظور تجزیه و تحلیل فرضیه‌های پژوهش نیز از آزمون لون و کواریانس استفاده شد. در این پژوهش از روان‌درمانی شناختی رفتاری استفاده شد. این پروتکل شامل ۸ جلسه درمانی یک ساعته به مدت ۲ ماه بود که محتوای آن به‌طور خلاصه در جدول شماره ۱ آمده است.

نمونه آماری با استفاده از روش نمونه‌گیری در دسترس تعداد ۲۴ نفر از جامعه مذکور انتخاب (بر اساس تشخیص روان‌پزشک) و در دو گروه، گروه درمان دارویی (۱۲ نفر) و گروه درمان شناختی رفتاری همراه دارو (۱۲ نفر) جایگزین شدند. شایان ذکر است قبل از انتخاب نمونه آماری معیار ورود و خروج افراد به گروه‌ها بدین شکل طراحی شد؛ معیارهای ورود افراد عبارت بودند از؛ داشتن سن حداقل ۱۸ سال و حداکثر ۵۰ سال، تجربه اولین اپیزود بیماری و عدم همبودی با اختلالات سایکوتیک و اعلام رضایت کتبی. معیارهای خروج نیز عبارت بودند از؛ داشتن سوءمصرف مواد و الکل، باردار بودن بیماران زن، داشتن اختلالات عصب شناختی. برای جمع‌آوری داده‌های مورد نیاز از مقیاس‌های مصاحبه ساختار یافته تشخیصی و یانگ مانیا استفاده شد. ابتدا از هر دو گروه بر اساس پرسشنامه‌های مذکور پیش‌آزمون به عمل آمد. سپس گروه درمان دارویی بر اساس نظر روان‌پزشک درمان دارویی را دریافت کردند و بیماران گروه درمان شناختی رفتاری همراه دارو بر اساس نظر روان‌پزشک

جدول ۱ ساختار و محتوای جلسات مداخله به شیوه‌ی شناختی - رفتاری

| جلسه  | محتوای جلسات  |
|-------|---|
| اول   | اطلاعات کلی برنامه؛ توضیح در مورد ساختار برنامه و آشنایی با نحوه‌ی کار  |
| دوم   | آموزش در مورد بیماری (علائم، سبب، سیر و درمان) شناسایی و پیشگیری از عود   |
| سوم   | درمان دارویی (مدیریت درمان و راهبردهای افزایش پذیرش آن)   |
| چهارم | مدیریت سبک زندگی (کنترل رفتارهای برانگیزاننده‌ی عود و افزایش رفتارهای مثبت در سبک زندگی)                        |
| پنجم  | مدیریت رفتارهای منفی (کاهش فعالیت‌های بسیار برانگیزاننده، برنامه‌ریزی تدریجی فعالیت‌ها برای کاهش بی‌علاقگی)     |
| ششم   | مداخلات شناختی (شناخت باورها و افکار خودکار منفی و ارتباط آن با احساسات و رفتارها)                              |
| هفتم  | مداخلات شناختی (اصلاح افکار تحریف‌شده و ناکارآمد و اصلاح باورهای مرتبط با بیماری که بر عزت نفس تأثیر می‌گذارند) |
| هشتم  | کنترل خشم و حل مسئله؛ مدیریت استرس و کنترل هیجانات، حل مسئله و تعارض در مشکلات بین فردی                         |

مصاحبه ساختار یافته *DSM-IV(SCID)*: یک مصاحبه

نیمه ساختار یافته است که تشخیص‌هایی براساس

ابزار

تشخیص‌های ارائه شده توسط روان‌پزشکان را Gold Standard تلقی کنیم، نتایج ویژگی عمدتاً بهتر از نتایج حساسیت بوده است. در اکثر تشخیص‌ها ویژگی، بالاتر از ۰/۸۵ و در نیمی از این تعداد بالای ۰/۹ بود که نشان دهنده ویژگی مطلوب است (امینی و همکاران، ۱۳۸۶).

**پرسشنامه‌ی معیار مانیا<sup>۳</sup> (YMRS):** مقیاس یانگ یازده آیتم دارد که برای مشخص ساختن نشانه‌های اختلال شیدایی و شدت این نشانه‌ها در سال ۱۹۷۸ توسط یانگ و بیگز، سیگلر و میر ساخته شده است. پایایی این مقیاس از همسانی درونی به وسیله مقایسه نمرات دو آزمایشگر مستقل طی مصاحبه مشترک به دست آمده، همبستگی کلی ۰/۹۶ و حداقل همبستگی آن ۰/۶۶ بود (یانگ و همکاران، ۱۹۸۷). برای اعتبار آن همبستگی میان نمرات این مقیاس با مقیاس شیدایی گلوبال، مقیاس شیدایی بیگل و مقیاس پترسون مورد ارزیابی قرار گرفت که حاکی از اعتبار هم‌زمان بود پایایی ایرانی این پرسشنامه بر اساس ضریب آلفای کرونباخ کل ۰/۶۴ به دست آمد (ارکی<sup>۴</sup> و همکاران، ۲۰۱۳).

#### یافته‌ها

از بین بیماران شرکت کننده در این پژوهش ۶۶/۷ درصد زن و ۳۳/۳ درصد مرد بودند. ۴۱/۷ از بیماران با فراوانی بیشتر تحصیلات راهنمایی، ۳۳/۳ تحصیلات دانشگاهی و ۰/۲۵ تحصیلات دبیرستانی داشتند. ۰/۵۰ بیماران با بیشترین فراوانی مجرد، ۰/۲۵ مطلقه و ۰/۲۵ متأهل بودند. ۰/۷۵ درصد بیماران سابقه بیماری بستری در بخش روان را داشتند ولی ۰/۲۵ درصد بار اولی بود که در بیمارستان روان پزشکی بستری می‌شدند. همچنین به گفته خودشان،

راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی فراهم می‌آورد. اجرای آن نیازمند قضاوت بالینی مصاحبه‌گر در مورد پاسخ‌های مصاحبه شونده است و به همین دلیل مصاحبه‌گر باید واجد دانش و تجربه بالینی در زمینه آسیب‌شناسی روان باشد. یکی از اهداف سازندگان این ابزار، طراحی مصاحبه‌ای بوده است که در عین ساختاریافتگی، استفاده از آن برای متخصصان بالینی ساده باشد (اسپیترز<sup>۱</sup> و همکاران، ۱۹۹۲). روایی مصاحبه ساختاریافته با تشخیص بالینی روان‌پزشکان دارای دانشنامه تخصصی روان‌پزشکی سنجیده شده است. تشخیص هر بیمار به صورت توافق دو روان‌پزشک و بر اساس کل اطلاعات موجود داده شد و برای این منظور از چک لیست معیارهای تشخیصی بر اساس راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی استفاده شد که توسط امینی (امینی و همکاران، ۱۳۸۶) تنظیم شده است و قبلاً در مطالعه‌ای دیگر (امینی و همکاران، ۱۳۸۶) به کار گرفته شده است. امینی و همکاران (۱۳۸۶) جهت بررسی روایی با هر بیمار یک مصاحبه کامل با استفاده از مصاحبه ساختاریافته توسط پرسشگر آموزش دیده انجام دادند.

آنگاه برای سنجش روایی مصاحبه ساختاریافته ظرف ۳ روز از انجام مصاحبه، دو روان‌پزشک با توجه به کل اطلاعات موجود، با چک لیست راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی<sup>۲</sup> به صورت توافقی تشخیص‌گذاری کردند و نتایج با تشخیص‌های مصاحبه ساختاریافته مقایسه شد. برای بررسی روایی از شاخص‌های کاپا، درصد توافق تشخیصی، حساسیت و ویژگی استفاده شد. برای تمام تشخیص‌ها جز کل اختلالات اضطرابی کاپا بالاتر از ۰/۴ بود. در صورتی که

<sup>۳</sup>- Young Mania Rating Scale.

<sup>۴</sup>- Arky

<sup>۱</sup>- Spitzer

<sup>۲</sup>- Diagnostic and Statistical Manual of mental disorders

داده‌های توصیفی شامل میانگین و انحراف استاندارد مرتبط به هر دو گروه در جدول شماره ۲ نمایش داده شده است و توضیحات مربوط به هر کدام در زیر جدول آمده است.

از لحاظ وضعیت اقتصادی، ۵۰ درصد از بیماران وضعیت اقتصادی متوسطی داشتند، ۱۶/۷ درصد وضعیت اقتصادی خوب، ۸/۳ درصد وضعیت اقتصادی عالی، ۱۶/۷ درصد وضعیت اقتصادی بد و ۸/۳ درصد وضعیت اقتصادی خیلی بدی داشتند.

جدول ۲ میانگین و انحراف معیار بیماران به تفکیک مراحل پژوهش

| کنترل      | آزمایش     |           |
|------------|------------|-----------|
| ۲/۲۲±۳۳/۴۶ | ۲/۰۰±۴۶/۰۰ | پیش آزمون |
| ۲/۸۳±۲۵/۳۳ | ۱/۱۶±۱۸/۵  | پس آزمون  |

نشان دهنده رضایت بخش بودن روان درمانی شناختی- رفتاری در گروه آزمایش می‌باشد. قبل از استفاده از آزمون پارامتریک تحلیل کواریانس جهت رعایت فرض‌های آن، از آزمون لون (جدول ۳) استفاده شد.

جدول شماره ۲ نشان دهنده وضعیت گروه آزمایش و کنترل قبل و بعد از مداخلات (گروه آزمایش؛ ۲/۰۰±۴۶/۰۰ و ۱/۱۶±۱۸/۵) و (گروه کنترل؛ ۲/۲۲±۳۳/۴۶ و ۲/۸۳±۲۵/۳۳) درمانی است. شواهد

جدول ۳ آزمون لون جهت بررسی همگنی واریانس‌ها

| سطح معناداری | درجه آزادی ۲ | درجه آزادی ۱ | F توزیع | پس آزمون |
|--------------|--------------|--------------|---------|----------|
| /۰۲۹         | ۲۲           | ۱            | ۵/۴۲۲   |          |

گروه‌های آزمایش و کنترل در نمرات پس آزمون را نشان می‌دهد.

براساس آزمون لون شرط همگنی ماتریس‌های کواریانس به درستی رعایت شده است. جدول ۴ نتایج تحلیل آنکوا

جدول ۴ نتایج تحلیل آنکوا گروه‌های آزمایش و کنترل در نمرات پس آزمون

| توان آماری | ضریب اتا | معنی داری | F      | مجذور میانگین | درجه آزادی | مجموع مجذورات | منبع               |
|------------|----------|-----------|--------|---------------|------------|---------------|--------------------|
| /۹۷۴       | /۴۴۴     | /۰۰۱      | ۱۶/۸۰۰ | ۲/۶۶۷         | ۱          | ۲/۶۷۷         | خلق بالا           |
| ۱/۰۰۰      | /۶۴۵     | /۰۰۰      | ۳۸/۱۱۳ | ۲/۹۸۶         | ۱          | ۲/۹۸۶         | فعالیت حرکتی       |
| /۸۵۲       | /۱۹۷     | /۰۳۴      | ۵/۱۶۰  | /۹۶۰          | ۱          | /۹۶۰          | علائق جنسی         |
| /۹۹۴       | /۵۰۰     | /۰۰۰      | ۲۲/۰۰۰ | ۲/۶۶۷         | ۱          | ۲/۶۶۷         | خواب               |
| /۹۹۳       | /۵۰۸     | /۰۰۰      | ۲۱/۶۹۸ | ۲/۸۵۷         | ۱          | ۲/۸۵۷         | تحریک پذیری        |
| /۳۹۷       | /۱۳۱     | /۰۹۰      | ۳/۱۶۶  | ۱/۰۴۲         | ۱          | ۱/۰۴۲         | سرعت و مقدار گفتار |
| /۸۰۵       | /۲۹۴     | /۰۰۸      | ۸/۷۳۸  | ۱/۳۷۶         | ۱          | ۱/۳۷۶         | اختلال در زبان     |
| /۶۱۹       | /۲۱۱     | /۰۲۷      | ۵/۶۲۶  | ۴/۳۱۰         | ۱          | ۴/۳۱۰         | محتوای فکر         |

|                    |         |   |         |        |       |       |       |
|--------------------|---------|---|---------|--------|-------|-------|-------|
| رفتار پر خاشگراانه | ۵/۰۴۲   | ۱ | ۵/۰۴۲   | ۱۳/۸۹۴ | ۰/۰۱  | ۳/۹۸  | ۰/۹۴۴ |
| ظاهر و قیافه       | ۱/۰۷    | ۱ | ۱/۰۷    | ۱/۴۴   | ۰/۰۸  | ۰/۰۷  | ۰/۰۶۵ |
| بینش               | ۴/۱۶۷   | ۱ | ۴/۱۶۷   | ۹/۵۶۷  | ۰/۰۶  | ۰/۵۰۰ | ۰/۸۳۹ |
| پیش‌آزمون (کل)     | ۱۰/۱۶۳  | ۱ | ۱۰/۱۶۳  | ۲/۲۸۳  | ۰/۱۴۶ | ۰/۰۸۹ | ۰/۳۰۳ |
| گروه (کل)          | ۲۶۹/۶۴۱ | ۱ | ۲۶۹/۶۴۱ | ۶۰/۵۵۹ | ۰/۰۰  | ۰/۷۴۳ | ۱/۰۰۰ |
| خطا                | ۹۶/۵۰۳  | ۱ | ۴/۴۵۳   |        |       |       |       |

نتایج جدول ۴ نشان می‌دهد که تفاوت معناداری ( $P=0/005$ ) بین گروه آزمایش و گروه کنترل وجود دارد؛ یعنی درمان شناختی رفتاری همراه دارو باعث کاهش علائم و نشانه‌های اختلال دوقطبی نوع-I در بیماران مبتلا به این اختلال شده است.

### بحث

هدف از اجرای پژوهش حاضر، بررسی اثربخشی درمان شناختی - رفتاری همراه دارو در کاهش علائم و نشانه‌های اختلال دوقطبی نوع-I بود. بر اساس نتایج به دست آمده، درمان شناختی - رفتاری همراه دارو تأثیر معناداری بر شاخص‌های مانیا داشته و موجب کاهش علائم آن در بیماران شد ( $P=0/05$ ). نتایج حاصل از این پژوهش همسو با یافته‌های مایر و همکاران (۲۰۱۲)، یبی و همکاران (۲۰۱۶)، چیانگ<sup>۱</sup> و همکاران (چیانگ و همکاران، ۲۰۱۷)، طالبی و همکاران (۲۰۱۳) و مسعودی (۲۰۰۸) است.

نتایج مطالعه مسعودی (۲۰۰۸) نشان داد که گروه درمانی شناختی - رفتاری توأم با مصرف دارو به طور معناداری نسبت به دارودرمانی در افزایش تبعیت از درمان دارویی و بهبود عملکرد بین فردی بیماران مبتلا به اختلال دوقطبی یک مؤثر بوده است و درمانی شناختی رفتاری به عنوان یک رویکرد درمانی مکمل می‌تواند در افزایش

تبعیت از درمان دارویی و بهبود عملکرد بین فردی بیماران مبتلا به اختلال دوقطبی یک مؤثر باشد. همچنین نتایج مطالعه‌ای طالبی نشان داد که روش درمان شناختی مبتنی بر ذهن آگاهی، موجب کاهش شدت علائم افسردگی در گروه آزمایش در مقایسه با گروه گواه شد؛ اما چنین کاهش‌ی در شدت علائم شیدایی مشاهده نشد (طالبی و همکاران، ۲۰۱۳). همچنین چیانگ و همکاران در نتایج یک فرا تحلیلی گزارش کردند که درمان شناختی - رفتاری در کاهش میزان عود و بهبود علائم افسردگی، شدت مانیا و عملکرد روانی - اجتماعی با اثرات خفیف تا متوسط مؤثر است (چیانگ و همکاران، ۲۰۱۷). نتایج مطالعه دیگری نشان داد که 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 (قادری و همکاران، ۲۰۱۶). یبی و همکاران در سال ۲۰۱۶ در نتایج یک فرا تحلیلی گزارش دادند که روان‌درمانی شناختی رفتاری در کاهش عود اختلال دوقطبی در پیگیری ۶ ماهه و بهبودی شدت مانیا بر اساس مقیاس مانای یانگ تأثیر داشت. بعلاوه مایر و هاتزینگر<sup>۲</sup> در سال ۲۰۱۲ در تحقیقی نشان داد هر دو درمان درمان شناختی - رفتاری و درمان حمایتی تأثیر معناداری بر کاهش علائم افسردگی و بهبود علائم عاطفی تأثیر معناداری داشت ( $P<0/002$ ).

<sup>2</sup>- Meyer & Hautzinger

<sup>1</sup>- Chiang



به علائم خرده نشانه ای موجود و علائم همراه ضروری است (دی جونگ<sup>۱</sup> و همکاران، ۲۰۰۴).

همچنین می‌توان گفت، اغلب درمان‌های دو قطبی برای برطرف کردن مرحله حاد اختلال هستند. گرچه استفاده از دارو، به خصوص در درمان مرحله حاد، مزایای درمانی قابل توجهی به وجود می‌آورد، درصد عمده‌ای از بیماران دارای اختلال دوقطبی، با وجود استفاده از تثبیت‌کننده‌های خلقی، هنوز عود بیماری را تجربه می‌کنند. پایبندی دارویی پایین، وجود علائم خرده نشانه افسردگی و مانیا، مهارت‌های مقابله‌ای ضعیف در پاسخ به علائم اولیه و هشدار دهنده و آشفتگی در خواب و روال‌های روزمره خطر عود را بالا می‌برد؛ بر اساس مطالعات انواع مختلف درمان‌های روان‌شناختی نیز برای اختلال وجود دارند. گرچه تا کنون ثابت نشده کدام نوع درمان، بهترین و کاراترین است، استفاده از هر یک از این درمان‌ها می‌تواند راهی برای بهبود بیماری باشد (راشیدی و همکاران، ۲۰۱۱). علاوه بر این خصوص دی جونگ و همکاران عنوان نمود که هر دو این روش‌ها دارای کارآمدی لازم در درمان مشکلات اختلال مانیا را دارا می‌باشند و آن چه بیش از نوع درمان اهمیت دارد، تخصص درمان‌گران در اجرای بهینه روش‌های فوق است (دی جونگ و همکاران، ۲۰۰۴). در مجموع گرچه تمام این درمان‌ها نقاط مشترکی دارند، بیمارانی که برای انطباق با بیماری، پایبندی به برنامه دارویی، شناسایی و مدیریت علائم اولیه و علائم هشدار دهنده اختلال و شناسایی استرس‌زاهای محیطی به کمک نیازمندند، همه به نوعی از این درمان‌ها بهره‌مند خواهند شد.

همچنین بیان کردند که ویژگی‌های مشترک خاص (مثلاً اطلاعات، حالت‌های خلقی) ممکن است اثرات درمان روان‌شناختی برای دو قطبی را توضیح دهد (مایر و هاتزینگر، ۲۰۱۲).

درمان شناختی رفتاری با آموزش بیماران در خصوص بیماری و علائم اولیه مانیا، توجه به روال‌های روزمره از جمله خواب و آموزش مهارت‌های مقابله‌ای برای برطرف کردن علائم باقی مانده و خرده نشانه افسردگی و مانیا به کاهش خطر عود کمک می‌کند. شاید یکی با ارزش‌ترین جنبه‌های درمان شناختی رفتاری توانایی آن در کاهش علائم خرده نشانه باشد. در این پژوهش این درمان در کاهش علائم، موفق عمل کرد و در علائم مانیا کاهش معناداری به دست آمد؛ درمان همچنین به دلیل آشنا کردن بیمار با ماهیت بیماری و آموزش روش‌هایی غیر دارویی برای کنترل علائم، در بهبود عزت نفس بیماران اثر دارد. روش‌های رفتاری کنترل محیط برای مدیریت زندگی بیماران بعد از اتمام جلسات کمک‌کننده است. درمان شناختی رفتاری، درمانی بیمار محور است که به بیمار کمک می‌کند تا در روند بیماری، کنترل علائم و بهبود خود نقش داشته باشد؛ همین امر احساس درماندگی بیماران هنگام مواجهه با اختلال را کاهش می‌دهد. بهبود کارکردی از آن جهت با اهمیت است که بعد از سپری شدن مرحله حاد بیماری، باعث برقراری ارتباط و تماس مجدد فرد بیمار با محیط اجتماعی پیرامونش می‌شود؛ پس به اندازه بهبود علامتی مهم است و باید توجهی ویژه به این امر مبذول شود؛ در نهایت اینکه درمان باید از بهبود علامتی به سمت بهبود کارکردی سوق داده شود. برای بهبود کارکردی، توجه

<sup>۱</sup>- De Jonghe

## References

- Amini H, Alaghandrad j, Shahrivar Z, Davari Ashtiani R, Arab Fariba, Hakim Shoshtari M. (2007). Narrative of the Persian version of the Comprehensive International Diagnostic Interview (CIDI) for the diagnosis of schizophrenia and bipolar disorder. [In Persian]
- Amini H, Sharifi V, Asadi SM, Mohammadi MR, Kaviani H, Semnani Y, Siddiq A. (2007). Narrative of the Persian version of the Structured Diagnostic Interview for Axis I Disorders in (SCID-I) (DSM-IV). [In Persian]
- Angst J. (1998). The emerging epidemiology of hypomania and bipolar II disorder. *Journal of affective disorders*, 50(2-3), pp.143-151.
- Arki M, Abasi Esfajir AA, Naderi H. (2013). Determination the efficacy of cognitive-behavior therapy group with role-playing in patients with bipolar disorder. *Journal of North Khorasan University of Medical Sciences*, 5(3), pp.527-548.
- Chiang KJ, Tsai JC, Liu D, Lin CH, Chiu HL, Chou KR. (2017). Efficacy of cognitive-behavioral therapy in patients with bipolar disorder: A meta-analysis of randomized controlled trials. *PLoS one*, 12(5).
- De Jonghe F, Hendricksen M, Van Aalst G, Kool S, Peen V, Van R, Van Den Eijnden E, Dekker J. (2004). Psychotherapy alone and combined with pharmacotherapy in the treatment of depression. *The British Journal of Psychiatry*, 185(1), pp.37-45.
- Ghaderi D, Maroufi M, Ebrahimi A. (2016). Effect of cognitive behavioral therapy on reducing symptoms and modifying dysfunctional attitudes in patients with type I and II bipolar disorder. *Journal of Isfahan Medical School*, 33(358), pp.1936-1942. [In Persian]
- Ghoreishzadeh SM, Fakhari A. (2000). Comparison of effects of lithium, carbamazepine and valproate in treatment of acute phase of classic mania. *Journal Andeesh va Raftar*, 4(4), pp.4-9. [In Persian]

## نتیجه‌گیری

یافته‌های پژوهش حاضر مؤید این نکته است که روان‌درمانی شناختی-رفتاری در کنار درمان‌های معمول، در کاهش علائم و نشانه‌های اختلال خلقی دوقطبی نوع یک در بیماران بستری تأثیر معناداری داشته، لذا می‌توان از این نوع درمان در بیماران مبتلا به این اختلال استفاده کرد. همچنین بر اساس نتایج حاصل از این پژوهش، استفاده از رویکرد تیمی مبتنی بر همکاری روان‌شناس و روان‌پزشک در درمان اختلال خلقی دوقطبی نوع یک را می‌تواند نتایجی درمانی بهتری را نشان دهد. از محدودیت‌هایی که می‌تواند برای پژوهش حاضر مطرح باشد عبارت‌اند از: زمان بستری این بیماران اشاره نمود که حداکثر زمان نگهداری در بخش از روز اول بستری، ۳۰ روز است که حداقل زمان برای رسیدن به تثبیت فاز حاد بین یک تا دو هفته متغیر است و در این بین، بعضی از بیماران با نظر پزشک معالج یا با رضایت شخصی خانواده، در بین طرح، ترخیص می‌شدند و این باعث ریزش نمونه‌ها می‌شد همچنین بعد از ترخیص، همکاری نمونه‌ها به حداقل می‌رسید. از محدودیت‌های دیگر پژوهش می‌توان به کوتاه بودن دوره‌ی مداخله و عدم پیگیری بعد از اتمام مداخلات اشاره نمود. همچنین می‌توان به عدم کنترل ویژگی‌های جمعیت شناختی گروه‌های مورد مطالعه و محدود بودن نمونه به شهر اردبیل اشاره کرد که می‌تواند نتایج به دست آمده را تحت تأثیر قرار دهد.

## سپاسگزاری

بدین وسیله از همکاری صمیمانه کلیه افرادی که در این پژوهش ما را یاری کردند تشکر و قدردانی می‌شود.

- Goldberg. (1995). Course and outcome in bipolar affective disorder: a longitudinal follow-up study. *The American journal of psychiatry*.
- Goodwin GM, Haddad PM, Ferrier IN, Aronson JK, Barnes T, Cipriani A, Coghill DR, Fazel S, Geddes JR, Grunze H, Holmes EA, Macmillan IC, McAllister-Williams H, Miklowitz DR, Morriss R, Munafò M, Paton C, Saharkian BJ, Saunders K, Sinclair J, Taylor D, Vieta E, Young AH. (2016). Evidence-based guidelines for treating bipolar disorder: revised third edition recommendations from the British Association for Psychopharmacology. *J Psychopharmacol*, 30, 495-553.
- Hogarty GE, Greenwald DP, Eack SM. (2006). A memorial tribute: Durability and mechanism of effects of cognitive enhancement therapy. *Psychiatric Services*, 57(12), pp.1751-1757.
- Huxley NA, Parikh SV, Baldessarini RJ, Huxley NA, Parikh SV, Baldessarini RJ. (2000). Effectiveness of psychosocial treatments in bipolar disorder: state of the evidence. *Harvard Review of Psychiatry*, 8(3), pp.126-140.
- Jannati Sh, Farid H, Kashani A, Seifi H. (2017). The effectiveness of cognitive-behavioral group therapy on depression, anxiety and self-esteem in patients with type 1 bipolar disorder. *Journal of Mental Health Principles*, 19 (2), 113-118. [In Persian]
- John C. (2002). *Cognitive Therapy for Bipolar Disorder: A Therapist's Guide to Concepts, Methods and Practice*-DH Lam, SH Jones, P. Hayward and J. Bright; Wiley, Chichester, 1999, x+ 308 pp., Price@ \$19.99. *Behaviour Research and Therapy*, 3(40), p.343.
- Kleinman LS, Lowin A, Flood E, Gandhi G, Edgell E, Revicki DA. (2003). Costs of bipolar disorder. *Pharmacoeconomics*, 21(9), pp.601-622.
- Lam DH, Jones SH, Hayward P. (2010). *Cognitive therapy for bipolar disorder: A therapist's guide to concepts, methods and practice* (Vol. 101). John Wiley & Sons.
- Masodi SH. (2008). The effect of cognitive-behavioral group therapy on the outcome of type 1 bipolar disorder. *Journal of Mental Health Principles*, 10 (40), 289-298. [In Persian]
- Meyer TD, Hautzinger M. (2012). Cognitive behaviour therapy and supportive therapy for bipolar disorders: relapse rates for treatment period and 2-year follow-up. *Psychological medicine*, 42(7), pp.1429-1439.
- Murray CJ, Lopez AD. (1996). Evidence-based health policy—lessons from the Global Burden of Disease Study. *Science*, 274(5288), 740-743.
- Rashedi E, Sohrabi F, Shams J. (2011). The effectiveness of cognitive-behavioral therapy in preventing recurrence of bipolar disorder. *Journal of Clinical Psychology and Personality*, 2 (5), 49-64. [In Persian]
- Russell SJ, Browne JL. (2005). Staying well with bipolar disorder. *Australian & New Zealand Journal of Psychiatry*, 39(3), pp.187-193.
- Salvatore P, Tohen M, Khalsa HMK, Baethge C, Tondo L, Baldessarini RJ. (2007). Longitudinal research on bipolar disorders. *Epidemiology and Psychiatric Sciences*, 16(2), pp.109-117.
- Shabani A, Teimurinejad S, Kokar S, Asl MA, Shariati B, Behbahani ZM, Ghasemzadeh, MR, Hasani S, Taban M, Shirekhoda S, Ghorbani Z. (2017). Suicide risk factors in Iranian patients with bipolar disorder: a 21-month follow-up from BDPF study. *Iranian journal of psychiatry and behavioral sciences*, 7(1), p.16. [In Persian]
- Shirazi E, Shabani A, Hakim Shoostari M, Ghadiri Vasfi M. (2017). Definition of Cycle and Episode in Rapid Cycling Bipolar Disorder: An Area of Debate in Diagnosis and Research. *Iranian Journal of Psychiatry and Clinical Psychology*, 23(3), pp.254-259. [In Persian]
- Spitzer RL, Williams JB, Gibbon M, First MB. (1992). The structured clinical interview for DSM-III-R (SCID): I: history, rationale, and description. *Archives of general psychiatry*, 49(8), pp.624-629.
- Talebi ZM, Shahmir E, Jafari FS. (2013). Effectiveness of Mindfulness-Based Cognitive Therapy in the Decrease of Depression and Maniac

- Symptoms of Individuals Diagnosed with Bipolar Disorder. [In Persian]
- Ye BY, Jiang ZY, Li X, Cao B, Cao LP, Lin Y, Xu GY, Miao GD. (2016). Effectiveness of cognitive behavioral therapy in treating bipolar disorder: A n updated meta-analysis with randomized controlled trials. *Psychiatry and clinical neurosciences*, 70(8), pp.351-361.
- Young RC, Biggs JT, Ziegler VE, Meyer DA. (1987). A rating scale for mania: reliability, validity and sensitivity. *The British journal of psychiatry*, 133(5), pp.429-435.
- Zaretsky AE, Segal ZV, Gemar M. (1999). Cognitive therapy for bipolar depression: a pilot study. *The Canadian Journal of Psychiatry*, 44(5), pp.491-494.
- Zhang YS, Rao WW, Zeng LN, Grace KI, Cui LJ, Li JF, Li L, Ungvari GS, Hall BJ, Li KQ, Xiang YT. (2020). Prevalence and correlates of bipolar disorder in the adult population of Hebei province, China. *Journal of Affective Disorders*, 263, pp.129-133.

