

مقایسه اثر بخشی طرح واره درمانی و درمان شناختی - رفتاری سنتی و در شاخص‌های بالینی بیماران دو قطبی نوع یک

مهرداد رسولی^۱، افسانه خواجه وند^۲، جوانشیر اسدی^۳

^۱ دانشجوی دکترای روان شناس عمومی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد گرگان، گرگان، ایران.

^۲ استادیار، عضو هیات علمی دانشگاه آزاد اسلامی واحد گرگان، گرگان، ایران.

^۳ استادیار، عضو هیات علمی دانشگاه آزاد اسلامی واحد گرگان، گرگان، ایران.

نام نویسنده مسئول:

مهرداد رسولی

چکیده

زمینه وهدف: این پژوهش با هدف مقایسه میزان اثر بخشی درمان های روان شناختی مبتنی بر طرحواره و درمان شناختی - رفتاری سنتی در بیماران مبتلا به اختلال دوقطبی نوع یک انجام شد. با توجه به اینکه درمان دارویی انتخاب نخست درمانی برای این بیماران است، این پژوهش کوشیده است به احتمال بهبود عملکرد بیماران مزبور براساس درمان روانشناختی هخمره با درمان دارویی بپردازد.

مواد و روش ها: آزمودنی ها شامل ۲۴ نفر، ۵ زن و ۱۹ مرد که از میان مراجعه کنندگان در دسترس به مرکز درمان توانبخشی بیماران مزمن روانی دلارام گرگان براساس سابقه قبلی بیماری و تشخیص روانپزشکی براساس پنجمین ویراست راهنمای تشخیصی و آماری DSM 5 انتخاب شدند و به صورت تصادفی در سه گروه ۸ نفره جای گرفتند. یکی از گروه های آزمایش تحت درمان طرح واره و گروه آزمایش دیگر نیز تحت درمان رفتار درمانی شناختی سنتی قرار گرفت. گروه گواه صرفاً درمان دارویی دریافت نمود و در حین مطالعه هیچ گونه درمان روان شناختی دریافت نکرد. هر دو گروه آزمایشی ضمن مصرف دارو، به مدت ۱۰ جلسه ۷۰ دقیقه ای مداخله روان شناختی دریافت نمودند. همه گروه ها تحت بررسی یک دوره پیگیری سه ماهه قرار گرفتند. از مقیاس افسردگی دوقطبی (BDRS) در سه مقطع پیش آزمون و پس آزمون و پیگیری استفاده شد. داده ها با استفاده از روش تجزیه و تحلیل واریانس آمیخته با اندازه گیری مکرر به کمک نرم افزار SPSS. مورد تجزیه تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

یافته ها: در تمام خرده مقایس های روان شناختی، جسمانی و آمیخته آزمون BDRS مداخلات معنادار بود.

نتیجه گیری: درمان های روان شناختی می توانند به عنوان یک در مان مکمل با درمان دارویی در بهبود عملکرد بیماران مبتلا به اختلال دو قطبی موثر باشند ولی نتایج دلالت بر تفاوت معنادار بین روش های مزبور با یکدیگر و با درمان دارویی نمی باشد. ضمن آن که بررسی ها نشان می دهد روند بهبود عملکرد و کاهش علائم در بیماران مزبور، در گروه دریافت کننده درمان طرح واره محور، روند با ثبات تری داشته است. لذا بررسی های بیشتر جهت افزودن این درمان به پرو تکل های درمانی اختلال دوقطبی پیشنهاد می گردد.

واژگان کلیدی: اختلال دو قطبی نوع یک، رفتار درمانی شناختی سنتی، طرح واره درمانی.

مقدمه

افسردگی و شیدایی از قدیمی ترین اختلالات روانی شناخته شده بشری می باشد و از نخستین اختلالات روانی ای بود که به وسیله بقراط^۱ به عنوان بخشی از کار درمان مفهوم سازی شد (ازارته^۲ و مانجی^۳، ۲۰۰۹).

اختلال دو قطبی^۴ پنجمین عامل منجر به از کار افتادگی افراد در سطح جهان است. تصور بر این است که اختلال دو قطبی نوع I، یک درصد جمعیت را در بر می گیرد. البته برخی از متخصصان اعتقاد دارند که میزان شیوع بالاتر است و شاید ۳ تا ۴ درصد جمعیت را در بر بگیرد (۲ و تزل^۵، ۲۰۰۶)؛ (۳ گلدبرگ^۶ و بوردیک^۷، ۲۰۰۸). شیوع اختلال دو قطبی نوع I و II در ایران به ترتیب ۴٪ و ۳٪ گزارش شده است (۴ قادری و همکاران، ۱۳۹۴). اختلال دو قطبی بر تمام نژادها، گروه های قومی و طبقات اقتصادی- اجتماعی به میزان برابر اثر می گذارد، هرچند که در برخی متغیرهای اجتماعی شانس ابتلای بیشتری به اختلال دو قطبی نوع I دیده شده است از جمله در افرادی که طلاق گرفته، بیوه شده یا جدا از هم زندگی می کنند، هرچند که جهت این ارتباط هنوز مشخص نیست. همچنین این اختلال در افراد فاقد تحصیلات دانشگاهی شایع تر از فارغ التحصیلان دانشگاه است، که با سن شروع اختلال در اوایل جوانی یا اواخر نوجوانی مرتبط باشد (۳ گلدبرگ و بوردیک، ۲۰۰۸).

*مفهوم قطبیت به نوسانات شدید خلقی در طول هفته ها و ماه ها اشاره دارد که از شدت بالای شنگولی^۱ یا تحریک پذیری^۲ تا افسردگی را در بر می گیرد. * براساس تعریف، «خلق»^۳ حالت هیجانی پایدار و نافذی است که بر ادراک فرد از محیط پیرامونش اثر می گذارد و در حقیقت موضوعی ذهنی^۴ است. از طرفی عاطفه حالت هیجانی گذرای است که نشان دهنده پاسخ دهی هیجانی فعلی فرد است که گاه در پاسخ به انواع افکار و موقعیت ها به سرعت تغییر می کند و توسط بالینگر «قابل مشاهده»^۵ است. بنابراین خلق از مشاهدات حال حاضر و گذشته بیمار حاصل می شود، حال آنکه عاطفه محدود به مشاهدات فعلی بالینگر است (۵ خسروی، ۱۳۹۵).

اختلال دوقطبی بیش از نیمی از اختلالات شدید خلقی را شامل می شود و خطر گرایش افسردگی به اختلال دو قطبی در تمام طول عمر وجود دارد. مطالعات نشان می دهد که اختلالات طیف دوقطبی، وضعیت هایی شدید مزمنی هستند و می بایست به عنوان از کارافتادگی و ناتوانی تمام طول زندگی در نظر گرفته شوند (۶ پست و همکاران، ۲۰۰۳؛ ۷ نولن و همکاران، ۲۰۰۴).

علائم و نشانه های اقدام به خودکشی در^۳ مبتلایان به این اختلال را می بایست جدی گرفت، به خصوص در افراد که شیوع اختلال در آنان زود هنگام بوده است. خطر خودکشی مبتلایان به اختلال دوقطبی در طول عمر دست کم ۱۵ برابر بیشتر از کل جمعیت است (۸ انجمن روانپزشکی آمریکا، ۱۳۹۳^۱). نتایج پژوهش دیگر نشان داد که بیماران مبتلا به اختلالات خلقی در قیاس با افراد سالم در معرض خطر بالاتری برای خودکشی قرار دارند (۱۵ تا ۳۰ درصد). همچنین بیماران مبتلا به اختلال دوقطبی نوع دو احتمالاً بیشتر از بیماران مبتلا به اختلال دو قطبی نوع یک اقدام به خودکشی می کنند. به علاوه اختلالات اضطرابی همراه با بیماری نیز ممکن است خطر افکار یا اقدام به خودکشی را افزایش دهد (۹ سیمون^۲ و همکاران، ۲۰۰۷).

سی درصد مبتلایان به اختلال دو قطبی اختلال شدید در عملکرد شغلی خود نشان می دهند و بهبودی کارکردی به خصوص در زمینه شغلی از بهبود نشانه های بیماری نیز عقب تر است (۸ انجمن روانپزشکی آمریکا، ۱۳۹۳). همانند دیگر اختلالات جدی و خطرناک، اختلال دو

¹ Hippocrates² Zarate³ Manji⁴ Biopolar Disorder⁵ Vatsal⁶ Goldberg⁷ Burdick¹ Euphoria² Irritability³ Mood⁴ Subjective⁵ Objective⁶ Post⁷ Nolen¹ American Psychiatric Association² Simon³ Watson

قطبی می‌تواند دشواری‌هایی برای همسر، اعضای خانواده، دوستان، و دیگر مراقبان و نزدیکان فرد مبتلا فراهم آورد. حدود ۹۰ درصد ازدواج‌ها، با فرد مبتلا به اختلال دوقطبی با شکست روبرو شده است (۱۰ واتسون ۲۰۱۵). مبتلایان به اختلال دوقطبی بیشتر در معرض خطر ابتلا به بیماری تیروئید، سردردهای مزمن میگرنی، بیماری‌های قلبی، دیابت، چاقی و دیگر بیماری‌های جسمی قرار دارند. این بیماری‌ها می‌توانند در پی علایم خود بیماری دوقطبی یا در پی عوارض درمان این اختلال رخ دهند. (۸ انجمن روانپزشکی آمریکا، ۱۳۹۳).

مصرف مواد در میان مبتلایان به اختلال دوقطبی بسیار رایج است، ولی دلیل این ارتباط روشن نیست. برخی مطالعات نشان می‌دهند که حدود ۶۰ درصد مبتلایان اختلال دوقطبی نوع I مصرف مواد و الکل را هم دارند. شیوع همزمان دیگر اختلالات روانی همراه با اختلال دوقطبی کم نیست. از جمله اختلالات اضطرابی تقریباً در ۷۵ درصد افراد مبتلا به صورت همزمان دیده می‌شود. انواع اختلالات کنترل تکانه^۱، سلوک، اختلال خواب و خوردن و کمبود توجه - بیش‌فعالی می‌تواند با اختلال دوقطبی همراه باشند (۸ انجمن روانپزشکی آمریکا، ۱۳۹۳) (۱۱ گودوین^۱ و جمیسون^۲، ۲۰۰۷). (۲ وتزل، ۲۰۰۶) (۳ گلدبرگ و بوردیک، ۲۰۰۸).

همچنین مطالعاتی نشان می‌دهد که میان برخی علایم بدکارکردی، سازمان شخصیتی و ویژگی‌های روان‌پویایی مبتلایان به اختلال دوقطبی و اختلال شخصیت مرزی ارتباط معناداری وجود دارد (۱۲ هنری^۳ و همکاران، ۲۰۰۱) (۱۳ خسروی و رحمتی‌نژاد، ۱۳۹۱). به علاوه میان علایم اختلالات خلقی و برخی اختلالات شخصیت به ویژه اختلال شخصیت مرزی، دوری‌گزین (اجتنابی) و وابسته ارتباط فراوانی دیده شده است (۱۴ اسکودول^۴ و همکاران، ۱۹۹۹).

یکی از موارد چالش‌انگیز در خصوص این اختلال نرخ عود یا بازگشت آن پس از مهار علائم و درمان اولیه است. تقریباً در ۷ درصد بیماران مبتلا علایم عود نمی‌کند. در ۴۵ درصد آنان بیش از یک حمله روی می‌دهد و در چهل درصد از موارد اختلال به شکل مزمن درمی‌آید (۱۵ انیستیتوی سلامت ملی^۵، ۲۰۱۲). حدود ۴۰ تا ۵۰ درصد مبتلایان به اختلال دوقطبی نوع I در عرض دو سال پس از حمله‌ی نخست ممکن است دچار دومین حمله‌ی مانیا شوند. حتی با وجود استفاده از تثبیت‌کننده‌های خلقی چون لیتیوم که در فرونشاندن مرحله حاد بیماری و تثبیت آن مؤثرند، ممکن است در ۵۰ یا ۶۰ درصد بیماران، علایم اختلال دیده شود (۳ گلدبرگ و بوردیک، ۲۰۰۸).

از طرفی درجه توارث‌پذیری اختلالات خلقی بسیار بالا است و حتی بالاتر از اختلالاتی همچون بیماری‌های قلبی، دیابت و فشارخون بالا می‌باشد تقریباً پنجاه درصد افراد مبتلا به اختلال دوقطبی نوع یک، یکی از والدین، مبتلا به اختلالات خلقی است (۲ وتزل، ۲۰۰۶).

با توجه به این‌که این اختلال مزمن است، درمان و مراقبت دراز مدت و مداوم برای کنترل نشانه‌های بیماری مورد نیاز است. حتی با وجود درمان اولیه، تغییرات خلقی باز هم می‌تواند رخ دهد. با فرض تشخیص درست، درمان موفق اختلال دوقطبی در بهترین شرایط نیز چالش برانگیز است. اهداف درمانی مدام تغییر می‌کند، بیمار همکاری پیوسته‌ای ندارد و از دستورات درمانی پیروی نمی‌کند. به علاوه اختلالات همراه با اختلال دوقطبی، درمان را دشوار می‌سازند (۱۵ انیستیتوی سلامت ملی، ۲۰۱۲). از آنجا که افراد مبتلا به اختلال دوقطبی، در معرض خطر بالای بازگشت علایم قرار دارند، معمولاً مصرف دارو. برای یک دوره مداوم به منظور پیشگیری توصیه می‌شود. با این وجود چالش‌هایی درباره تجویز و مصرف دارو در این بیماران وجود دارد. از جمله آن‌که افراد مبتلا به طور یکسان به درمان دارویی پاسخ نمی‌دهند و لذا ممکن است درمان‌های دارویی متفاوتی پیش از یافتن مناسب‌ترین نوع آن، برای درمان فرد امتحان شود. به علاوه برخی داروها عوارض جانبی هشداردهنده‌ای همچون افزایش خطر افکار و رفتار خودکشی به‌ویژه در کودکان و نوجوانان را دارند (۱۵ انیستیتوی سلامت ملی، ۲۰۱۲). برخی مطالعات نشان می‌دهد که درمان پیشگیرانه با لیتیوم تنها در ۲۵ تا ۵۰ درصد از بیماران مبتلا به اختلال دوقطبی از وقوع دوره‌های بعدی جلوگیری می‌کند. به علاوه هرچند که درمان‌های دارویی در کاستن یا از بین بردن و پیشگیری از علائم اختلال تا حدودی مؤثرند، ولی با توجه به مسایل پیچیده روان‌شناختی و اجتماعی مرتبط با این اختلال، به نظر می‌رسد که صرفاً استفاده از درمان دارویی برای پیشگیری از بازگشت علائم اختلال و درمان آن کافی نیست. علی‌رغم توسعه رشد دست‌یابی به داروهای مناسب در درمان بیماران دوقطبی، بیشتر این بیماران به بهبودی نمی‌رسند (۱۱ گودوین و جمیسون، ۲۰۰۷).

¹ Goodwin² Jamison³ Henry et al⁴ Skodol et al⁵ National Institute of Health

به ویژه آن که ۶۰ درصد مبتلایان به اختلالات خلقی کمتر از ۳۰ درصد داروهایشان را مصرف می کنند (۱۶ کنراد^۱). علاوه بر عدم پایبندی دارویی، عواملی همچون علائم خرد نه نشانه و باقی مانده شیدایی^۲ و افسردگی و وجود اختلالات همراه با اختلال دوقطبی به ویژه اختلالات اضطرابی، شانس بازگشت علائم اختلال^۱ دوقطبی را افزایش می دهند (۴ قادری و همکاران، ۱۳۹۴).

لذا استفاده از درمان های روان شناختی همراه با درمان های دارویی می تواند در این زمینه مؤثر باشد. این نوع درمان ها می توانند حمایت، آموزش و راهنمایی را برای مبتلایان به اختلالات دوقطبی و خانواده های آن ها و نیز بهبود سبک زندگی آنان را فراهم آورند. در مطالعه گسترده ای که توسط انیستیتی ملی سلامت روان انجام گرفت، مشخص شد که آن دسته از بیماران مبتلا به اختلال دوقطبی که درمان دارویی و درمان روان شناختی متمرکز (شامل رفتار درمانی شناختی، درمان میان فردی و اجتماع محور و خانواده درمانی) دریافت کرده اند در مقایسه با گروه دیگری از مبتلایان که صرفاً درمان دارویی و آموزش روانی درباره اختلال خود را دیده بودند و نیز گروه کنترل، بازگشت که علائم، نرخ بستری پایین تر و پایبندی بیشتری به برنامه های درمانی خود داشته اند (۱۷ ساچز^۳ و همکاران، ۲۰۰۳). با توجه به این نتایج، آنچه مشخص می شود اثربخشی همزمان درمان های دارویی و درمان های روان شناختی متمرکز، در بهبودی مبتلایان و حفظ حالت بهبودی در طی مدت زمانی طولانی تر است.

درمان شناختی- رفتاری، در حال حاضر، یکی از رایج ترین و مهم ترین درمان های روان شناختی به شمار می رود. مطالعات کنترل شده بسیاری اثربخشی این درمان را برای اختلالاتی همچون افسردگی و اختلالات اضطرابی تایید می کنند.

همچنین دسته ای دیگر از مطالعات نشان می دهند که درمان شناختی- رفتاری، اثر داروها را در درمان اختلال های شدید روانی همانند افسردگی مقاوم به درمان، اختلال دوقطبی و اسکیزوفرنی افزایش می دهد (۱۸ رایت^۱ و همکاران، ۱۳۹۳). در رفتار درمانی شناختی، شکل گیری و کاربرد فرآیندهای آگاهانه و سازگانه ذهنی همانند فرایند تفکر منطقی و حل مساله، تقویت می شود. درمان شناختی- رفتاری در بیماران مبتلا به اختلال دوقطبی علاوه بر آزمون اعتبار باورهای ناکارآمد و بهبود مهارت های حل مساله و ارتباطی، بر آموزش روش های شناسایی علائم اولیه و راه انداز دوره های بیماری و بهبود مشکلات روزانه بیماران به ویژه مشکل خواب، که با شروع یک دوره در اختلال دوقطبی مرتبط است، تاکید دارد. درمان های شناختی- رفتاری سنتی و معاصر بر دو اصل اساسی تکیه دارند:

نخست، درمان شناختی رفتاری از طریق آموزش مهارت ها به مراجع می آموزد تا بر کاستی های پردازش هیجانی و شناختی خود غلبه کند و دوم، پس از آن که مراجع در کاربرد این مهارت های تازه تسلط یافت، به منظور خاموش کردن پاسخ های ترس و یا اضطراب، درمان بر ایجاد فرصت هایی برای رویارویی و یادگیری جدید متمرکز می شود در عین حال که رفتار گرایش^۲ و فعال سازی پاداش^۳ را افزایش می دهد (۱۹ توما^۴ و مک کی^۵، ۱۳۹۶). نقطه ضعف رویکردهای شناختی- رفتاری کلاسیک باعث شده تا برنامه های درمانی- آموزشی طراحی شده بر اساس این رویکردها، توجه کمتری به نقش سازه های شناختی و هیجانی زیر بنایی تر نماید. از آنجا که بسیاری از پردازش های شناختی، راهبردهای مقابله ای و سبک زندگی بیماران تحت تاثیر این سازه های زیر بنایی قرار دارند، لذا ممکن است بی توجهی به نقش آن ها در آموزش و درمان به نتایج متناقض و ضعیف منجر شود^۲. از دید سلیگمن^۱ (۱۳۹۴... ۲۰۰۰) درمان های دارویی - زیستی و روان درمانی کلاسیک سنتی، هر دو مفهوم و هدف درمان را کنار گذاشته اند و صرفاً به مدیریت کوتاه مدت بحران و درمان ظاهری و سطحی می پردازند. از دید وی درمان نه صرفاً کاهش علائم بلکه تلاشی برای رها کردن همیشگی بیمار از نشانه های بیماری است. درمان شناختی - رفتاری به عنوان انتخاب اول درمانی در درمان اختلال افسردگی اساسی، اختلالات اضطرابی، پراشتهای روانی و چند اختلال دیگر، به شمار می آید و اثربخشی آن به عنوان تک درمان بدون آنکه با دارو همراه باشد، تایید شده است (۱۸ رایت و همکاران، ۱۳۹۳). با این وجود درمان شناختی- رفتاری به عنوان تک درمان برای درمان اختلال دوقطبی مناسب نیست، اما در ترکیب با دارو درمانی برای درمان مبتلایان به این اختلال سودمند بوده است (۲۱ لم^۲ و همکاران، ۲۰۰۰) میزان

¹-Conrad²-Mania³-Saches et al¹ Wright⁴ Thoma² Approach behavior⁵ Mc Kay³ Reward activation¹ Seligman² Lam

موفقیت درمان شناختی برای بیماران مبتلا به اختلال دوقطبی بعید یا بسیار دشوار دانسته شده است و این درمان را انتخاب اولیه برای درمان این اختلال ندانسته اند (۲۲ فری، ۱۳۸۲).

یکی دیگر از درمان‌های نسبتاً نوین در حیطه روان‌شناختی، طرح‌واره درمانی است. بنای طرح‌واره درمانی براساس رفتار درمانی شناختی سنتی است، ولی درعین حال با تاکید بیشتر بر ریشه‌های تحولی مشکلات روان‌شناختی در دوران کودکی و نوجوانی، استفاده از تکنیک‌های هیجانی و پرداختن بیشتر به هیجان‌ها در چرخه درمانی و سرانجام ارائه مفاهیمی چون سبک‌های مقابله‌ای ناسازگار و ذهنیت‌های طرح‌واره‌ای، افق‌های نوینی را در رفتار درمانی شناختی گشوده است. طرح‌واره درمانی همانند رفتار درمانی شناختی ساختار یافته و نظام‌مند است. این درمان علاوه بر بینش به تغییر شناختی، هیجانی، بین فردی و رفتاری نیز اهمیت می‌دهد. این روش توسط جفری یانگ و به منظور مداخله در آن دسته از بیماران مبتلا به مشکلات منش شناختی مزمن که رفتار درمانی شناختی کلاسیک نتوانسته بود به اندازه کافی به آن‌ها کمک کند، تدوین شد. بر اساس دیدگاه یانگ یکی از مهم‌ترین عوامل شکل‌گیری مشکلات شخصیتی و اختلالات روانی، طرح‌واره‌های ناسازگار است که در نتیجه تجارب دوران کودکی فرد شکل می‌گیرند. وی معتقد است برخی از این طرح‌واره‌ها به‌ویژه طرح‌واره‌های حاصل از تجارب ناگوار دوران کودکی می‌تواند هسته اصلی اختلالات شخصیت، مشکلات منشی خفیف‌تر و بسیاری از اختلالات محور I قرار بگیرد. اغلب تعریف‌ها از طرح‌واره‌های شناختی، آن‌ها را شناخت‌های کلی و فراگیری معرفی می‌کنند که در برابر تغییر مقاومت و تأثیر زیادی بر فکر و عاطفه دارند (۲۳ ریزو^۱ و همکاران، ۱۳۹۴). ویژگی این طرح‌واره‌ها از دیدگاه یانگ عبارت است: الگوهایی درون مایه‌ای عمیق و فراگیر از خاطرات، هیجان‌ها، شناخت‌واره‌ها و احساس‌های بدنی که در دوران کودکی شکل گرفته و در مسیر زندگی تداوم دارند و موضوع آن‌ها در ارتباط با خود و دیگران می‌باشند و در عین حال به شدت ناکارآمد هستند (۲۴ یانگ^۲ و همکاران، ۱۳۹۴). طرح‌واره‌ها برفرایند پردازش اطلاعات، انتخاب اطلاعات و معنادگی به اطلاعات حاکم هستند. با توجه به این که طرح‌واره به طور کامل قابل بازبینی هشیارانه نیست و محتوای آن تنها به اطلاعات کلامی محدود نمی‌شود، می‌توان مشکل بیمارانی را که به تکنیک‌های عقلانی پاسخ نمی‌دهند از دیدگاه طرح‌واره‌ای درک کرد (۱۹ توما و مک‌کی، ۱۳۹۶). با توجه به این‌که ویژگی‌های شخصیتی به عنوان عوامل نسبتاً پایدار بر هر گونه تظاهر روانی (رفتار، فکر و هیجان) و نتایج مرتبط با آن مؤثر است، لذا تصور می‌شود که این ویژگی‌ها می‌توانند در کیفیت ظهور علائم نیز اثرگذار باشند. لذا دستیابی به این الگوهای ناسازگار شخصیتی و نیز طرح‌واره‌های بنیادی سازنده‌ی آن‌ها می‌تواند کیفیت بروز و ظهور علائم در بیماران را مدیریت نماید. برخی مطالعات نشان می‌دهد که طرح‌واره‌های ناسازگار اولیه و برخی رگه‌های شخصیتی حاصل از آن‌ها می‌توانند نقش مهمی در ایجاد یا تداوم این اختلال داشته باشند (۲۵ هاوک^۳ و همکاران، ۲۰۱۳) (۲۶ نیلسون^۱ و همکاران، ۲۰۱۰) (۲۷ نیلسون و همکاران، ۲۰۱۴). برخی از پژوهشگران استناد می‌کنند که با توجه به تأثیرات محیط اولیه در شکل‌گیری اختلال دوقطبی، رویدادهای زندگی و ارزیابی‌های شناختی مرتبط با آن در این افراد و نیز شباهت‌های موجود میان افراد مبتلا به اختلال شخصیت مرزی و اختلال دوقطبی، طرح‌واره درمانی می‌تواند درمانی مناسب برای این اختلال می‌داند (۲۸ هاوک و همکاران، ۲۰۱۱) (۲۵ هاوک و همکاران، ۲۰۱۳). موضوع دیگری که گرایش به انتخاب این درمان را به صورت یک ضرورت درمی‌آورد، نتایج حاصل از مطالعات مرتبط با اثربخشی درمان‌های روان‌شناختی مختلف در درمان و حفظ حالت بهبودی و پیشگیری از علائم بازگشت اختلال در این بیماران است. طرح‌واره درمانی در ابتدا برای بیماران دارای اختلالات مزمن شخصیتی که دستاورد چندان قابل توجهی از درمان‌های شناختی به دست نیاورده بودند هر چند که این درمان بیشتر برای بیماران دارای اختلال شخصیتی به کار گرفته شده است. ولی ممکن است بتوان از آن در درمان اختلالات اضطرابی و خلقی نیز استفاده کرد. ادبیات پژوهشی پیشنهاد می‌کند که افراد دارای اختلالات خلقی و اضطرابی، سطوح بالایی از طرح‌واره‌های ناسازگار اولیه را نشان می‌دهند که برخی از آن‌ها می‌تواند در نمایان شدن ویژگی‌های خاص اختلالات هر فرد اثرگذار باشد (۲۸ هاوک و همکاران، ۲۰۱۱) درمان مبتنی بر تغییر طرح‌واره‌ها، علاوه برآنکه می‌تواند در کاهش علایم و جلوگیری از عود مشکل سودمند باشد، می‌تواند درمان شناختی- رفتاری معمول را به سوی درمانی رشد محور سوق دهد که در طی آن بیمار علاوه بر کاهش علایم اختلال، می‌تواند به رشد و معنای شخصی نیز دست یابد (۱۸ رایت و همکاران، ۱۳۹۳) ماهیت یکپارچه طرح‌واره درمانی، تعادلی که بین پشتیبانی

¹ Riso² Young³ Hawke

و هدف‌گرایی ایجاد می‌کند و سازگاری‌اش با رفتار درمانی شناختی سنتی، این درمان را به عنوان پلی میان مداخلات کوتاه مدت و بلند مدت مطرح می‌کند (۲۹ رافائلی^۲ و همکاران، ۱۳۹۶).

اکثر بیماران مبتلا به اختلالات مزمن اعصاب و روان، فهرست گسترده‌ای از مشکلات بین فردی، ناکامی در رسیدن به اهداف، نارضایتی‌های شغلی، اجتماعی و خانوادگی دارند و زمانی که از آنان درباره مشکلشان سوال می‌شود اغلب یک نارضایتی کلی و مبهم از زندگی را عنوان می‌کنند. چنین حالتی چالشی عمده برای درمان شناختی رفتاری سنتی است که تلاش می‌کند مشکلات درمان جو را براساس اولویت دسته بندی نماید و لذا شاید مراجع توانایی همراهی و درک فرامین درمانی را نیز نداشته باشد. در حالی که درمفهوم پردازی مشکل این دسته از بیماران براساس طرح‌واره‌های ناسازگار اولیه، چندین مشکل تحت عنوان یک موضوع مشترک سازمان می‌یابند.

مواد و روش‌ها

با توجه به این حقیقت که اختلال دو قطبی به طور کلی حالتی ابعادی را در طیف اختلالات خلقی نشان می‌دهد، ارزیابی آن دشوار و پیچیده است (30 کسلر^۱ و همکاران، ۲۰۰۶). مطالعات نشان می‌دهند که تشخیص اشتباه و تغییر تشخیص از دیگر اختلالات روان پریشانه به اختلال دوقطبی بسیار شایع است (۳۱ باکاگارسیا^۳ و همکاران، ۲۰۰۷؛ ۳۲ سالواتور^۳ و همکاران، ۲۰۰۷).

نوسانات خلقی در بیماران مبتلا به اختلال دوقطبی نوع یک، به ویژه در زمان عود علائم مشهود است. در درمان شناختی - رفتاری سنتی در بیماران مبتلا به اختلال خلقی بر شناسایی و یافتن نشانه‌های برانگیزاننده و راه‌اندازه‌های دوره‌های اختلال تاکید می‌شود. در رویکرد طرح‌واره محور کوشیده شد تا فعال شدن علائم دوره‌ها در ارتباط با فعال شدن طرح‌واره‌های ناکارآمد اولیه و در نتیجه اثر گذاری طرح‌واره های مزبور بر بروز علائم اختلال مورد بررسی قرار گیرد.

یکی از شروط به کارگیری رفتار درمانی شناختی که برای این بیماران، این است که آنان در دوره حاد بیماری نباشند (۳۳ نتو^۱، ۲۰۰۱). پژوهش حاضر با تلاش برای پاسخ‌گویی به علل موثر در کاهش شدت علائم اختلال دوقطبی در پی مداخلات روان شناختی، مطالعه ای بنیادی از نوع تحقیق و توسعه است از طرفی این پژوهش به واسطه اجرای مداخله روان شناختی و بررسی اثر بخشی مداخلات مزبور بر شاخص های بالینی بیماران مبتلا به اختلال دوقطبی، مطالعه‌ای کاربردی محسوب می‌شود. پژوهش حاضر، از نظر روش اجرا در گام نخست به بررسی و مرور کتابخانه‌ای مطالعات موجود در زمینه مبانی نظری و پیشینه پژوهشی و مداخلاتی موجود درباره اختلال دوقطبی نوع یک و درمان آن پرداخته است و درصدد دست یابی به تبیینی متفاوت درباره اثر بخشی مداخلات روان شناختی در این بیماران می‌باشد. در گام دوم، با اجرای مداخلات طرح‌واره محور و رفتار درمانی شناختی سنتی در بیماران مبتلا به اختلال دوقطبی نوع یک و مقایسه نتایج حاصل از هریک از گروه‌های مورد مداخله با یکدیگر و نیز با گروه کنترل، به بررسی اثر بخشی مداخلات مزبور پرداخته شد. از این رو، این مطالعه، یک مطالعه شبه آزمایشی با طرح پیش آزمون پس آزمون با گروه کنترل نیز به شمار می‌آید.

جامعه آماری این پژوهش کلیه بیماران مبتلا به اختلال دو قطبی نوع یک شهر گرگان است که دارای سوابق درمانی در بیمارستان ها و مراکز درمانی بوده اند. گروه نمونه به صورت غیر تصادفی 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 ۲۴ نفره انتخاب شد و آن گاه اعضای گروه نمونه، به صورت تصادفی در سه گروه آزمایش و گواه قرار گرفتند.

معیارهای ورود شرکت کنندگان در پژوهش حاضر عبارت بود از: تشخیص و تایید متخصص بر وجود اختلال دوقطبی نوع یک، دارا بودن سابقه اختلال دوقطبی نوع یک براساس پرونده پزشکی وسوابق 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، روان شناختی یا سوء مصرف مواد یا دارو، رضایت از شرکت در طرح، نبود هرگونه مداخله روان شناختی در طی انجام طرح در صورت نداشتن هریک از شرایط مزبور شرکت کنندگان از طرح خارج می‌شدند.

¹ Nilsson

² Rafaeli

¹ Kessler

² Baca-Garcia

³ Salvatore

روش اجرای پژوهش حاضر 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 مراجع، معیارهای شرکت در مطالعه، بررسی شدند. زمانی که تعداد بیماران به حد نصاب برای انجام مطالعه رسید و از طرفی ریزش در آن‌ها تثبیت شد، افراد باقیمانده به صورت تصادفی به سه گروه ۸ نفره تقسیم شدند. یکی از گروه‌های آزمایش تحت درمان طرح واره محور به مدت ۱۰ جلسه ۷۰ دقیقه‌ای و گروه آزمایش دیگر نیز تحت درمان رفتار درمانی شناختی سنتی به مدت ۱۰ جلسه ۷۰ دقیقه‌ای قرار گرفت. گروه گواه صرفاً درمان دارویی دریافت نمود و در حین مطالعه هیچ‌گونه درمان روان شناختی دریافت نکرد. گروه‌های آزمایش ضمن دریافت مداخله درمان دارویی را نیز ادامه می‌دادند. بنا شد که پس از پایان مداخله گروه گواه نیز تحت درمان موثر تر قرار گیرد. پیش از آزمون‌ها پیش از انجام مداخله برای هر سه گروه اجرا شد و یک هفته پس از پایان جلسات، پس از آزمون نیز به اجرا درآمد. در نهایت پس از طی یک دوره پیگیری سه ماهه، مجدداً آزمون‌ها بر روی هر سه گروه اجرا شد.

به منظور بررسی فرضیه‌های پژوهش از روش تجزیه و تحلیل واریانس آمیخته با اندازه گیری مکرر استفاده شد. دلیل استفاده از این روش آماری به طرح آزمایشی تحقیق بر می‌گردد. به این علت که هر گروه سه بار مورد سنجش قرار گرفته است از این رو با یک طرح مکرر مواجه هستیم و از طرف دیگر به سبب ماهیت مقایسه بین گروهی تحقیق مقایسه بین گروهی تحقیق از روش تجزیه و تحلیل واریانس آمیخته استفاده شد. استفاده از تجزیه و تحلیل واریانس آمیخته مستلزم چندین مفروضه است که در ادامه به شرح این مفروضه‌های آماری پرداخته می‌شود. برای بررسی نرمال بودن توزیع نمرات از آزمون شاپیور - ویلک استفاده شده اسن که نتیجه دال بر نرمال بودن توزیع پراکندگی متغیرهای پژوهش بود. نتیجه آزمون ام باکس برای همسانی ماتریس کواریانس‌ها بیانگر برقراری این پیش فرض است. نتیجه آزمون لوین حاکی از برقراری پیش فرض همسانی ماتریس واریانس‌های خطا بود و برای بررسی پیش فرض کرویت از آزمون موخلی استفاده شد. با توجه به اینکه اندازه آزمون موخلی برای نمره علائم روان شناختی و علائم جسمانی معنا دار است، بنابراین پیش فرض کرویت برقرار نیست. نتیجه بیانگر این است که در تفسیر نتایج مربوط به آزمون‌های آماری باید از تصحیحات آماری استفاده کرد. بدین منظور در جدول‌های ارائه شده از تصحیح گرین هاوس برای تحلیل فرضیات مربوط به این علائم استفاده شده، این تصحیح به دلیل محافظه کار بودن خصوصاً برای پژوهش‌هایی با نمونه‌های کوچک بسیار مناسب است.

ابزار پژوهش

مقیاس درجه بندی افسردگی دوقطبی (BDRS):

این مقیاس یکی از معتبرترین مقیاس‌های بخش افسردگی و تشخیص افتراقی در اختلالات قطبی است و علائم جسمانی، روانشناختی و آمیخته افسردگی را می‌سنجد. گویه‌های این مقیاس از پژوهش پدیدار شناختی اختلال دو قطبی، مرور ادبیات پژوهشی درباره ماهیت افسردگی دو قطبی و تفاوت‌های آن با افسردگی تک قطبی و تجارب بالینی اعضای انجمن بین المللی اختلالات دوقطبی تهیه شده است. این مقیاس ۲۰ گویه و سه خرده مقیاس دارد، نمره گذاری آن به روش لیکرت چهار درجه (صفر تا صد) و توسط خود بالینگر انجام می‌شود. این پرسشنامه بر اساس پژوهش برک^۱ و همکاران (۲۰۰۷) و واجد همسانی درونی بالا (۰.۹۱) $\alpha =$ برای ارزیابی علائم جسمانی، روانشناختی و آمیخته افسردگی است و همبستگی آن با مقیاس مانیای یانگ^۲ (YMRS) ۰.۷۵ بوده است. در پژوهش ابراهیمی و همکاران (۱۳۹۴) با هدف بررسی ویژگی‌های روان سنجی نسخه فارسی این مقیاس در بیماران و جمعیت بهنجار ایرانی نیز این مقیاس همبستگی درونی بالایی را نشان داد (۰.۸۱) $\alpha =$ و خرده مقیاس آمیخته آن با مقیاس درجه بندی مانیای یانگ همبستگی ۰.۶۹ داشت. همچنین مناسب ترین نقطه برش بالینی آن نمره ۱۸ با حساسیت ۹۳ درصد و ویژگی ۹۴ درصد به دست آمد.

¹-Berk et al

²- Young Mania Rating Scale

یافته های پژوهش

جدول ۱: آزمون های مقایسه ای با تصحیح گرین هاوس برای نمرات علائم روان شناختی

منبع واریانس	مجموع مجزورات	درجه آزادی	میانگین مجزورات	مقدار آماره	معناداری	اندازه اثر
تعامل گروه و عامل مکرر	6086.722	1	6086.722	130.219	0.000	1.000

جدول ۲: آزمون های مقایسه ای با تصحیح گرین هاوس برای نمرات علائم روان شناختی میان گروه ها

منبع واریانس	مجموع مجزورات	درجه آزادی	میانگین مجزورات	مقدار آماره	معناداری	اندازه اثر
تعامل گروه و عامل مکرر	123.028	2	61.514	1.316	0.289	0.253

بر اساس نتایج ارائه شده در جدول ۱ مشخص است که اندازه آزمون F برای اثر تعامل گروه و عامل مکرر معنا دار است. با توجه به نتیجه جدول ۱ مشخص است که آزمون های مقایسه ای حاکی از معنا داری تعامل گروه و عامل مکرر است. نتیجه دال بر اثربخشی مداخله ای برنامه درمان شناختی رفتاری و طرحواره درمانی بر کاهش نمرات علائم روان شناختی است. در جدول ۲ نتیجه آزمون های مقایسه ای برای بررسی این فرضیه ارائه شده است. بر اساس نتایج ارائه شده در جدول ۲ مشخص است که تعامل گروه و عامل مکرر برای درمان شناختی رفتاری و طرحواره درمانی از نظر آماری معنا دار نیست. این نتیجه گویای این است که میان گروه های درمانی و گواه در تاثیر پذیری از مداخله درمانی تفاوت معنادار از نظر آماری وجود ندارد. این نتیجه دال بر این است که نمرات خرده مقیاس روان شناختی در تمامی گروه ها به یک نسبت کاهش پیدا می کند.

جدول ۳: آزمون های مقایسه ای برای نمرات علائم آمیخته

منبع واریانس	مجموع مجزورات	درجه آزادی	میانگین مجزورات	مقدار آماره	معناداری	اندازه اثر
تعامل گروه و عامل مکرر	3886.681	1	3886.681	183.985	0.000	1.000

جدول ۴: آزمون های مقایسه ای برای نمرات علائم آمیخته میان گروه ها

منبع واریانس	مجموع مجزورات	درجه آزادی	میانگین مجزورات	مقدار آماره	معناداری	اندازه اثر
تعامل گروه و عامل مکرر	162.694	2	81.347	3.851	0.038	0.632

بر اساس نتایج ارائه شده در جدول ۳ مشخص است که اندازه آزمون F برای اثر تعامل گروه و عامل مکرر معنا دار است. با توجه به نتیجه جدول ۳ مشخص است که آزمون های مقایسه ای حاکی از معنا داری تعامل گروه و عامل مکرر است. نتیجه دال بر اثربخشی مداخله ای برنامه درمان شناختی رفتاری و طرحواره درمانی بر کاهش نمرات علائم آمیخته است. در جدول ۴ نتیجه آزمون های مقایسه ای برای بررسی این فرضیه ارائه شده است. بر اساس نتایج ارائه شده در جدول ۴ مشخص است که تعامل گروه و عامل مکرر برای درمان شناختی رفتاری و طرحواره درمانی از نظر آماری معنا دار است. این نتیجه گویای این است که میان گروه های درمانی و گواه در تاثیر پذیری از مداخله درمانی تفاوت معنادار از نظر آماری وجود دارد. این نتیجه دال بر این است که نمرات خرده مقیاس آمیخته در گروه های درمانی و گواه به صورت یکسان کاهش پیدا نمی کند و متفاوت است.

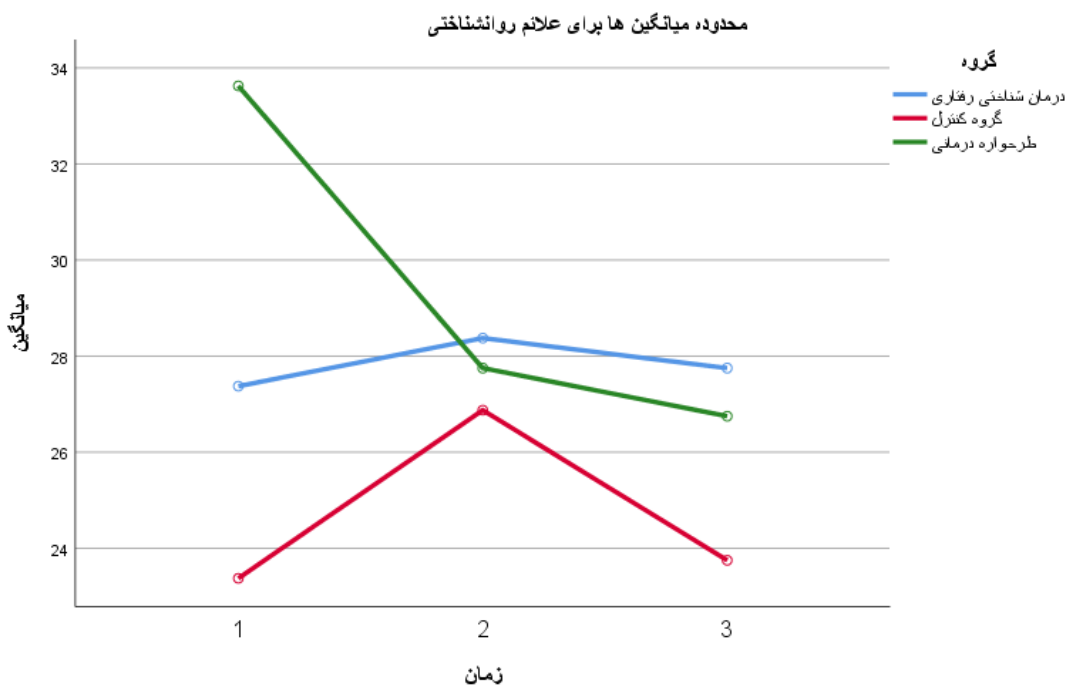
جدول ۵: آزمون های مقایسه ای با تصحیح گرین هاوس برای نمرات علائم جسمانی

منبع واریانس	مجموع مجزورات	درجه آزادی	میانگین مجزورات	مقدار آماره	معناداری	اندازه اثر
تعامل گروه و عامل مکرر	1512.500	1	1512.500	107.125	0.000	1.000

جدول ۶: آزمون های مقایسه ای با تصحیح گرین هاوس برای نمرات علائم جسمانی میان گروه ها

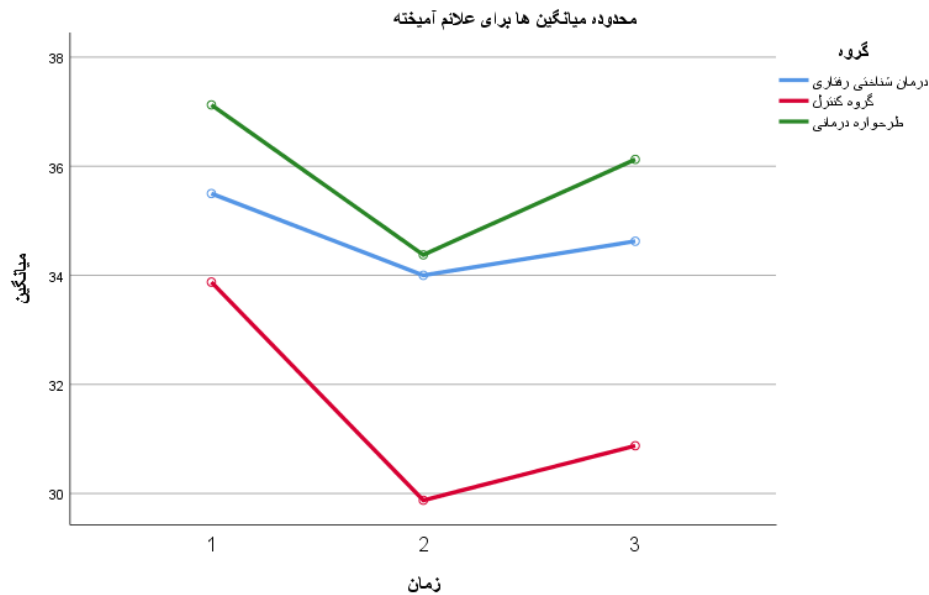
منبع واریانس	مجموع مجزورات	درجه آزادی	میانگین مجزورات	مقدار آماره	معناداری	اندازه اثر
تعامل گروه و عامل مکرر	34.333	2	17.167	1.216	0.316	0.236

بر اساس نتایج ارائه شده در جدول ۵ مشخص است که اندازه آزمون F برای اثر تعامل گروه و عامل مکرر معنا دار است. با توجه به نتیجه جدول ۵ مشخص است که آزمون های مقایسه ای حاکی از معنا داری تعامل گروه و عامل مکرر است. نتیجه دال بر اثربخشی مداخله ای برنامه درمان شناختی رفتاری و طرح واره درمانی بر کاهش نمرات علائم جسمانی است. در جدول ۶ نتیجه آزمون های مقایسه ای برای بررسی این فرضیه ارائه شده است. بر اساس نتایج ارائه شده در جدول ۶ مشخص است که تعامل گروه و عامل مکرر برای درمان شناختی رفتاری و طرحواره درمانی از نظر آماری معنا دار نیست. این نتیجه گویای این است که میان گروه های درمانی و گواه در تاثیر پذیری از مداخله درمانی تفاوت معنادار از نظر آماری وجود ندارد. این نتیجه دال بر این است که نمرات خرده مقیاس جسمانی در تمامی گروه ها به یک نسبت کاهش پیدا می کند.



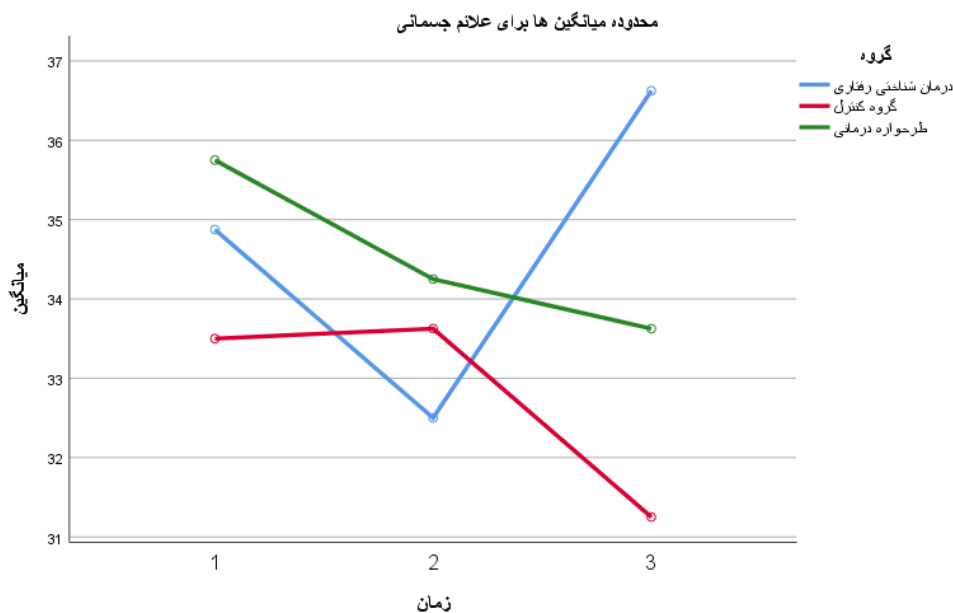
نمودار ۱: محدوده میانگین ها برای علائم روان شناختی

نمودار شماره ۱ محدوده میانگین های علائم روان شناختی برای هر سه گروه را در سه مرحله پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری نشان می دهد. با توجه به این نمودار مشخص می شود که میانگین نمرات در خرده مقیاس آمیخته در گروه های مداخله ای با نوسان کمتری روبرو بوده است و تداوم کاهش نمرات در گروه مداخله ای طرح واره محور روند کاهشی مستمر را نشان می دهد.



نمودار ۲: محدوده میانگین ها برای علائم آمیخته

نمودار شماره ۲ محدوده میانگین های علائم آمیخته برای هر سه گروه را در سه مرحله پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری نشان می دهد. با توجه به نمودار مشخص می شود که روند کاهش علائم آمیخته تا مرحله پس آزمون در هر سه گروه تداوم یافته است و میزان این کاهش در گروه گواه بیشتر بوده است. از طرفی در مرحله پیگیری میانگین نمرات افزایش یافته است، ولی هرگز به سطح میانگین مرحله پیش آزمون نرسیده است.



نمودار ۱: محدوده میانگین ها برای علائم جسمانی

نمودار شماره ۳ محدوده میانگین های علائم جسمانی برای هر سه گروه را در سه مرحله پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری نشان می دهد. با توجه به نمودار کاهش میانگین نمرات در خرده مقیاس جسمانی در گروه ای درمانی تا مرحله پس آزمون مشهود است و تداوم این روند در گروه طرحواره محور حتی در مرحله پس آزمون هم دیده می شود.

بحث و نتیجه گیری

با توجه به یافته های پژوهش حاضر می توان دریافت که میان گروه گواه، که صرفاً درمان های دارویی را دریافت کرده بود، و گروه های مداخله ای، که علاوه بر درمان های دارویی درمان های روان شناختی را نیز دریافت کرده بودند، در کاهش خرده مقیاس های روانشناختی و یا جسمانی صرف تفاوت معناداری وجود ندارد ولی در عین حال نمرات خرده مقیاس آمیخته در گروه های مداخله ای در قیاس با گروه گواه تفاوت معناداری را نشان می دهند. این امر با مشاهده میانگین تغییرات نمرات در خرده مقیاس آمیخته نیز به وضوح مشهود است.

به بیان دیگر هم درمان دارویی صرف و هم درمان دارویی همراه با درمان های روانشناختی در بهبود کلی عملکرد بیماران دوقطبی و کاهش علائم آن ها موثرند و تفاوت معناداری میان آن ها دیده نمی شود. بررسی میانگین تغییرات نمرات در خرده مقیاس های فوق نشان می دهد که روند تغییرات گروه ها یکسان نبوده است. گروه مداخله ای طرح واره محور که هم زمان درمان دارویی را نیز مصرف می کرده است در تمام خرده مقیاس های آمیخته، جسمانی و روان شناختی تا مرحله پس آزمون کاهش مداوم در میانگین نمرات را نشان می دهد که این روند در مرحله پیگیری هم برای دو خرده مقیاس روان شناختی و جسمانی ادامه می یابد.

با وجود آن که تفاوت معناداری میان مداخلات مزبور، جز در علائم آمیخته، به دست نیامد؛ با این وجود بررسی میانگین ها روند کاهشی با ثبات تری را برای درمان طرح واره محور، در هر سه خرده مقیاس، نشان می دهد؛ حال آنکه در دو الگوی درمانی دیگر چنین روندی مشاهده نمی شود. بنابراین شاید انجام پژوهش هایی دیگر در این راستا بتواند شواهد بیشتری را در خصوص اثربخشی این درمان به دست دهد. نتایج این پژوهش با یافته های پژوهش های مشابه مطابقت می کند. به عبارتی تقریباً در تمام پژوهش هایی که با هدف مقایسه میزان اثر بخشی درمان های مختلف روان شناختی، به عمل آمده است، نتایج قطعی دال بر بهتر بودن یکی از انواع یا روش های درمانی مزبور به دست نیامده است. با این وجود تمامی این درمان ها در بهبود بیماران مؤثر بوده اند. از طرف دیگر مشخص کردن میزان اثر بخشی درمان بر اختلال دوقطبی دشوار است، زیرا علی رغم درمان هنوز هم عود مکرر و عملکرد روان شناختی مختل وجود خواهد داشت (۳۶ گلدبرگ و همکاران، ۱۹۹۵). راشدی و همکاران (۳۷، ۱۳۹۰) نیز طی پژوهشی با هدف بررسی اثر بخشی درمان شناختی- رفتاری در جلوگیری از عود اختلال دوقطبی، دریافتند که بین گروه تحت درمان شناختی- رفتاری و گروه گواه، که صرفاً درمان دارویی دریافت کرده بود، در علائم شدیدی و پایبندی دارویی تفاوت معناداری وجود نداشت. با این وجود افزودن درمان شناختی رفتاری به درمان دارویی به بهبود علائم در بیماران دوقطبی منجر شده بود.

قادری و همکاران (۳۸، ۱۳۹۴) در طی پژوهشی دریافتند که درمان شناختی - رفتاری می تواند به عنوان یک درمان روان شناختی مکمل با درمان دارویی، در کاهش علائم و نیز اصلاح نگرش های ناکارآمد بیماران دوقطبی موثر باشد. همچنین آنان (۳۹، ۱۳۹۴) در پژوهشی دیگر با هدف بررسی میزان اثربخشی طرح واره درمانی در کاهش علائم و تعدیل طرح واره های ناسازگار اولیه بیماران مبتلا به اختلال دوقطبی، نشان دادند که طرح واره درمانی به عنوان یک درمان روان شناختی مکمل با دارودرمانی می تواند به کاهش علائم و تعدیل طرح واره های ناسازگار بیماران دوقطبی کمک نماید.

بال^۱ و همکاران (۳۹، ۲۰۰۳) در پژوهشی با هدف بررسی اثربخشی درمان طرح واره محور شناختی در کاهش احتمال بازگشت علائم اختلال دوقطبی دریافتند که طرح واره درمانی می تواند توان قابل ملاحظه ای در مشخص کردن کارکردهای ضعیف مرتبط با اختلال دوقطبی و احتمال درمان مبتلایان به این اختلال داشته باشد. در پژوهش اسکات^۲ و همکارانش (۴۰، ۲۰۰۶)، نمونه ناهمگنی از بیماران مبتلا به اختلال دوقطبی، از جمله بیمارانی که در لحظه مداخله در یکی از دوره های اختلال قرار داشتند، مورد مطالعه قرار گرفتند و مشخص شد که افزودن درمان شناختی- رفتاری به درمان دارویی، در کل نمونه منجر به میزان عود کمتر در سطح علائم اختلال نشده است. همچنین نتایج پژوهش آنان نشان داد که اثر بخشی درمان شناختی- رفتاری با میزان دوره های عود پیشین اختلال مرتبط است. افزودن درمان شناختی- رفتاری به طور بارزی برای بیمارانی که کمتر از دوازده دوره از اختلال را داشتند، موثرتر بود، حال آن که برای بیماران دارای بیش از دوازده دوره عود اختلال، اثربخشی کمتری داشت.^۱

¹ Ball² Scott

کاستا^۱ و همکاران ۴۱ (۲۰۱۱) در مقایسه ای میان درمان شناختی رفتاری و درمان معمول^۲، همراه با یک دوره پیگیری ۶ ماهه، مشخص کردند که میزان افسردگی در گروه تحت درمان شناختی رفتاری، نسبت به گروه تحت درمان معمول به طور بارزی کاهش یافته بود اما تفاوتی در میزان کاهش علائم شیدایی بین دو گروه یافت نشد. در پژوهشی دیگر، گومز^۳ و همکارانش ۲۱ (۲۰۱۱) پنجاه نفر از افراد مبتلا به اختلال دوقطبی را به صورت تصادفی تحت درمان شناختی رفتاری و درمان معمول قرار دارند و پس از یکسال تفاوت معناداری را بین دو گروه از نظر شدت علائم نیافتند. با این حال میانگین زمانی میزان نخستین عود علائم برای بیمارانی که تحت درمان شناختی- رفتاری قرار داشتند از گروه بیماران تحت درمان معمول، طولانی تر بود.

در پژوهش جالب توجهی که توسط گونزالس ایساسی^۴ و همکاران وی ۴۳ (۲۰۱۴) بر روی بیماران دوقطبی مزمن دارای عود مکرر، دوره‌های تند چرخ، واجد تلاش‌ها مکرر خودکشی و یا دارای علائم مقاوم علی‌رغم درمان دارویی، صورت پذیرفت، اثربخشی درمان شناختی رفتاری و درمان معمول بر روی این بیماران مورد بررسی قرار گرفت و نتایج آن طی یک پیگیری پنج ساله دنبال شد. نتایج نشان داد بیمارانی که درمان شناختی رفتاری دریافت کرده بودند در قیاس با بیماران تحت پوشش درمان معمول، پس از یک سال، کمتر بستری شده بودند. مالوجیانیس^۵ و همکارانش ۴۴ (۲۰۱۴) در طی پژوهشی بر روی دوازده بیمار مبتلا به اختلال افسردگی، پس از انجام مداخله مبتنی بر درمان طرح‌واره ای، دریافتند که در حدود ۶۰ درصد این بیماران پس از اتمام جلسات درمانی علائم بهبودی قابل توجه و رضایت بخشی دیده شده است. پیامدهای مثبت مزبور طی یک دوره پیگیری ۶ ماهه نیز پابرجا بودند. در یک پژوهش مشخص شد که طرح‌واره درمانی می‌تواند درمان موثری برای افسردگی باشد ولی در عین حال در قیاس با درمان شناختی رفتاری برای این بیماران، تاثیر بسیار بهتری بر روی بهبود بیماران ندارد، هرچند که از این روش بدتر هم نبوده است ۴۵ (کارت^۶ و همکاران، ۲۰۱۳).

نکته دیگری که زمینه مطالعات دقیق تر در این حیطه را ضرورت می‌بخشد این است که تمرین‌های مرتبط با درمان طرح‌واره‌ای، اغلب به چند هفته تا چند ماه زمان نیاز دارند؛ لذا در مدت زمان کوتاه جلسات درمانی به دلیل کمبود زمان، امکان تطابق کامل تمرین‌های مزبور با شرایط مداخله میسر نبود.

بنابراین محتمل است که با انجام مداخلات مزبور در مدت زمان کافی، تبیین‌های دقیق تری در خصوص میزان اثربخشی آن‌ها به دست

آورد.

^۱ Malogiannis¹ Costa

^۲ Treatment As usual (TAU)

^۳ Gomez

^۴ Gonzalez Isasi

^۵ Malogiannis

^۶ Carter

منابع و مراجع

- [۱] ابراهیمی، امراه، برکتین، مجید، برنامش، علیرضا و نصیری، حمید. (۱۳۹۴). "ویژگی های روانسنجی نسخه فارسی مقیاس درجه بندی افسردگی دوقطبی (BDRS) در بیماران و جمعیت بهنجار ایرانی"، مجله روانپزشکی و روانشناسی بالینی ایران، سال بیست و یکم، شماره ۱، صفحات ۶۰-۶۸
- [۲] انجمن روانپزشکی آمریکا (۱۳۹۳)، راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی ویراست پنجم، ترجمه یحیی سید محمدی، تهران: نشر روان
- [۳] توما، ناتان و مک کی، دین. (۱۳۹۶). پرداختن به هیجان در درمان شناختی رفتاری: تکنیک‌هایی برای بالینگران. ترجمه شهرام محمدخانی، امیراعتمادی، زهرا سادات گلی، مالک بسطامی، محمد خالقی و الیاس اکبری. تهران: انتشارات ارجمند.
- [۴] خسروی، زهره و رحمتی نژاد، پروین (۱۳۹۳) رابطه ی اختلال شخصیت مرزی و اختلال دوقطبی نوع ۲ براساس سازمان شخصیت مرزی، فصل نامه اندیشه و رفتار در روان شناسی بالینی. دوره ۸، شماره ۳۲، تابستان ۱۳۹۳، صفحه 37-46
- [۵] خسروی، محسن (۱۳۹۵). علائم در ذهن: مقدمه‌ای بر روان آسیب شناسی توصیفی براساس کتاب سیمز و بیش از ۷۰ منبع دیگر. تهران: نشر رودگون: سینا طب
- [۶] راشدی، الهام، سهرابی، فرامرز و شمس، جمال (۱۳۹۰) اثربخشی درمان شناختی رفتاری در جلوگیری از عود اختلال دوقطبی، روان شناسی بالینی و شخصیت. دو فصلنامه علمی- پژوهشی دانشگاه شاهد. سال سوم. شماره ۵: ۶۴-۴۹.
- [۷] رافائلی، اشکول، برنستین، دیوید. و یانگ، جفری. (۱۳۹۶). تندآموز طرح‌واره درمانی. ترجمه مهدی فرجی. تهران: انتشارات ارجمند.
- [۸] رایت، جسی، بسکو، مونیکا و تیز، مایکل (۱۳۹۳)، آموزش درمان شناختی- رفتاری، ترجمه حبیب الله قاسم زاده و حسن حمید پور، تهران: انتشارات ارجمند
- [۹] ریزو، لارنس پ، تویت، پیتل، دو، استین، دان ج. و یانگ، جفری (۱۳۹۴): طرح واره های شناختی و باورهای بنیادین در مشکلات روان شناختی: راهنمای علمی برای متخصصان و درمان گران. ترجمه رضا مولودی و سیما احمدی. تهران: انتشارات ارجمند.
- [۱۰] سلیگمن، ای پی مارتین (۱۳۹۴)، شکوفایی روان شناسی مثبت گرا (درک جدیدی از نظریه شادکامی و بهزیستی)، ترجمه امیر کامکار و سکینه هژبریان، تهران: نشر روان
- [۱۱] فری، مایکل (۱۳۸۲). شناخت درمانی گروهی. ترجمه علی صاحبی، حسن حمیدپور و زهرا اندوز. مشهد. انتشارات جهاد دانشگاهی.
- [۱۲] قادری، داوود، معروفی، محسن و ابراهیمی، امراه (۱۳۹۴) اثربخشی درمان شناختی- رفتاری بر کاهش علائم و اصلاح نگرش‌های نارکارآمد بیماران مبتلا به اختلال دوقطبی نوع I و II مجله دانشکده پزشکی اصفهان. دوره ۳۳. شماره ۳۵۸: ۱۹۴۲-۱۹۳۶.
- [۱۳] قادری، داوود، معروفی، محسن و ابراهیمی، امراه (۱۳۹۴). " اثر بخشی طرح‌واره درمانی بر کاهش علائم و تعدیل طرح‌واره های ناسازگار اولیه بیماران مبتلا به اختلال دوقطبی نوع I و II"، 0(0): 431-433 مجله تحقیقات علوم رفتار، سال ۱۳ دوره ۳: صفحات ۴۰۰-۴۰۸
- [۱۴] یانگ، جفری، کلو، سکوزانت و ویشار، مارجوری (۱۳۹۴). طرح واره درمانی (راهنمای کاربردی برای متخصصین بالینی)، ترجمه: حسن حمید پور و زهرا اندوز، تهران: انتشارات ارجمند
- [15] Baca-Garcia.E, Perez-Rodriguez. M. N, Basurte- Villamor. I, Lopez – Castroman. J, Fernande2 del. Moral. A.L., Jimenez Arriero. M. A, Gronalez de Rivera. J. L., Saiz-Ruiz. J, Leiva- Murillo. J.M, de prado- camplido M et al (2007).Diasgonestic stability and evolution of bipolar disorder in clinical practice: aprospective cohort study. Acta psychiatvica scandinavica 115:473-480.

- [16] Ball ,J, Mitchell, P, Malhi,G, Skillecorn, A , Smith, M (2003)“Schema-focused cognitive therapy for bipolar disorder: reducing vulnerability to relapse through attitudinal change”,Australian and New Zealand Journal of Psychiatry; 37:41–48
- [17] Berk, M., Malhi, G.S., Cahill, C, Carman, A.C., Hadzi-Pavlovic, D., Hawkins, M.,T., Tohen, M. & Mitchell, P.,B.(2007).” The Bipolar Depression Rating Scale (BDRS): its development, validation and utility”, Bipolar Disord;9(6):571-9.
- [18] Carter,J.D., McIntosh,V.V., Jordan,J., J Porter,R.J., Frampton,Ch.M.,& Peter R Joyce,P.R.(2013).” Psychotherapy for depression: A randomized clinical trial comparing schema therapy and cognitive behavior therapy”, Journal of Affective Disorders, 151(2):500-5
- [19] Conrad.S.,M(2014),”Bipolar Disorder(Mania),http://www.medicinenet.com/bipolar_disorder/article.html
- [20] Costa.R. T., cheniaux .E.,Rosaes . P.A.,Carvalho .M .R.,Freire .R.C., Versiani .M.,Range .B .P .& Nardi .A.E .(2011). The effectiveness of cognitive behavioral group therapy in treating bipolar disorder: a randomized controlled study. Revista Brasileira De Psiquiatria. 33:144-149.
- [21] Goldberg.J.F and Burdick. K.(2008).Cognitive Dysfunction in Bipolar Disorder. Washington DC.American psychiatric publishing,Inc.
- [22] Goldberg. J. F , Harrow.M and Grossman. L.S (1995). Course and outcome in bipolar affective disorder: a longitudinal follow-up study.American Journal of psychiatry 152: 379-384.
- [23] Gomes BC, Abreu LN, Brietzke E, Caetano SC, Kleinman A, Nery FG, Lafer B.(2011) A randomized controlled trial of cognitive behavioral group therapy for bipolar disorder. Psychotherapy and Psychosomatics ;80:144–150
- [24] Gonzalez Isasi .A.,Echeburua.E.,Liminana.J.M.,Gonzalez-Pinto. A. (2014) A Psychoeducation and cognitive behavioral therapy for patients with refractory bipolar disorder : a 5-year controlled clinical trial European psychiatry.29: 134-141.
- [25] Goodwin. F. K. and Jamison k.R.(2007). Manic-Depressive Illness : Bipolar Disorder and Recurrent Depression. 2nd edition. New York. Oxford university press.
- [26] Henry ,C , Mitropoulou,,V., S .,New, A, Koenigsberg, H., W., Silverman, J and Siever , L, J(2001),” Affective instability and impulsivity in borderline personality and bipolar II disorders: similarities and differences”, journal of psychiatric research, Volume 35, Issue 6, Pages 307–312
- [27] -Hawke,L. D. and Provencher, M. D.(2011)”Schema Theory and Schema Therapy in Mood and Anxiety Disorders: A Review”,Journal of Cognitive Psychotherapy , Volume 25, Number 4
- [28] Hawke ,L. D. , Provencher , M. D and Parikh, S. V. (2013)” Schema therapy for bipolar disorder: A conceptual model and future directions”, Journal of Affective Disorders, Volume 148, Issue 1, 15 May 2013, Pages 118–122
- [29] Kessler. R. C, Akiskal. H. S., Angst. J., Guyer. M, Hirschfeld. R. M, Merikangas, K. R & Stung. P. E (2006).Validity of the assessment of bipolar spectrum disorders in the WHO CIDI 3.0. Journal of Affective Disorder. 96: 259-269
- [30] Lam. D.H.,Watkins E.R.,Hayward. P.,Jones.s.,Schuck.N.,Chisholm,D; & sham ,p.,(2000): A randomized controlled study of cognitive therapy .
- [31] A pilot study of Relapse prevention,Cognitive therapy and Research . volume24,issue5,PP503.520
- [32] Malogiannis,I.A., Arntz A., Spyropoulou, A., Tsartsara, E.,Aggeli, A., Karveli, S., Vlavianou,M., Pehlivanidis,A.,Papadimitriou,G.N,& Zervas I(2014).” Schema therapy for

- patients with chronic depression: A single case". *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 45(3):319-329
- [33] National institute of Health, U.S. Department of Health and Human Services (2012), "Bipolar Disorder in Adults", NIH publication no. 12-3679
- [34] National institute of Health, U.S. Department of Health and Human Services (2012), "Bipolar Disorder in Children and Adolescents", NIH publication no. 12-6380
- [35] Neto, F., L. (2001) Cognitive behavioral therapy for bipolar disorder. *Journal of Affective Disorders*. 65(2)145-153.
- [36] Nilsson A, strid Kristine Kahr, René Jørgensen, Carsten, Straarup, Krista Nielsen & Wentzer Lichtb Rasmus (2010), "Severity of affective temperament and maladaptive self-schemas differentiate borderline patients, bipolar patients, and controls", *Comprehensive Psychiatry* 51 (2010) 486-491
- [37] Nilsson, Kristine Kahr, Straarup, Krista Nielsen & Halvorsen, Marianne (2014), "Early Maladaptive Schemas: A Comparison Between Bipolar Disorder and Major Depressive Disorder", *Clinical Psychology and Psychotherapy*, Published online in Wiley Online Library (wileyonlinelibrary.com). DOI: 10.1002/cpp.1896
- [38] Nolen. W. A, Luckenbaugh. D. A, Altshuler. L. L, Suppes. T, McElroy. S. L, Frye. M. A. Kupka. R. W, keck. P. E Jr, Leverich G. S & post R. M (2004). Correlates of 1- year prospective outcome in bipolar disorder: results from the stanley Foundation Bipolar Network. *American Journal of psychiatry* 161:1447-1454.
- [39] Post. R. M, Leverich. G. S, Altshuler. L. L, Frye. M. A, Suppes. T. M, keck. P. E. Jr, McElroy. S. L, Kupka. R., Nolen. W. A, Gunze. H et al (2003). An overview of recent Findings of the Stanley foundation Bipolar Network (part1). *Bipolar Disorder* 5: 310-319.
- [40] Sachs, G. S. Thase, M. E., Otto, M. W., Bauer, M, Miklowitz, D, Wisniewski, S. R., Lavori, P., Lebowitz, B, Rudorfer, M, Frank, E., Nierenberg, A. A., Fava, M., Bowden, C., Ketter, T., Marangell, L, Calabrese, J, Kupfer, D & Rosenbaum, J. F. (2003), "Rationale, Design, and Methods of the Systematic Treatment Enhancement Program for Bipolar Disorder (STEP-BD)", *Biological Psychiatry*, 53:1028-1042
- [41] Salvatore. P, Tohen. M, Khalsa. H. M., Baethye. C, Tondo. L & Buldessarini. R. J (2007) Longitudinal research on bipolar disorder.
- [42] *Epidemiologica psichiatria sociale* 16:109-117.
- [43] Scott, J., Paykel, E., Morris. R, et al (2006). Cognitive- Behavioral therapy for severe and recurrent bipolar disorders. Randomised controlled trial. *British journal psychiatry*. (5):313-320.
- [44] Simon. N. M., Zalta. A. K., otto. M. W., Ostacher. M. J., ficshmann. D., chow. C. W., Thompson. E. H., Stevens. J. C., Demopulas. C. M., Nierenberg. A. A et al (2007) the association of comorbid anxiety in outpatients with bipolar disorder. *Journal of psychiatric Research* 41: 255-264.
- [45] Skodol, A. E., Stout, R. L., McGlashan, T. H., Grilo, C. M., Gunderson, J. G., Shea, T, Morey L. C., Zanarini M. C., Dyck, I. R. & Oldham, J. M. (1999), "Co-occurrence of Mood and Personality Disorders: A report from the Collaborative Longitudinal Personality Disorders Study (CLPS)", *Depression and Anxiety* 10:175-182
- [46] Vatsal. G. T. (2006). *Depression and Bipolar Disorder*. New York. Chelsea House publishers.
- [47] Watson, S. (2015), "Bipolar Romantic Relationships: Dating and Marriage", <http://www.webmd.com/bipolar-disorder/guide/Bipolar-Romantic-Relationships-Dating-and-Marriage>
- [48] Zarate. C. A. and Manji. H. K. (2009). *Bipolar Depression: Molecular Neurobiology, Clinical Diagnosis and Pharmacotherapy*. Birkhauser. Basel