

## اثر گروه درمانی شناختی رفتاری بر بهداشت روان بیماران مبتلا به اختلال دوقطبی نوع یک

نویسندگان:

حمید حجتی<sup>۱</sup>، گلپهار آخوندزاده<sup>۲</sup>، سیدحمیدشریف نیا<sup>۳</sup>، رقیه نظری<sup>۴</sup>، حمید آسایش<sup>۵</sup>

۱- نویسنده مسئول: عضو باشگاه پژوهشگران جوان دانشگاه آزاد اسلامی واحد علی آباد کتول

۲- دانشجوی کارشناسی ارشد پرستاری واحد تهران پزشکی عضو باشگاه پژوهشگران جوان دانشگاه آزاد اسلامی

گنبد کاووس

۳ و ۴- عضو هیئت علمی دانشگاه علوم پزشکی بابل، دانشکده پرستاری

۵- عضو هیئت علمی دانشگاه علوم پزشکی گلستان دانشکده پرستاری مامایی بویه گرگان

### چکیده

**زمینه و هدف:** اختلال دوقطبی به صورت نوسانات خلق از حالت شیدایی تا افسردگی در نوسان می‌باشد. گروه درمانی شناختی بعد از دارو درمانی، دومین روش درمانی کاربردی در بیماران مبتلا به اختلال دوقطبی است. که در برخی موارد حتی اثر بخش‌تر از دارو درمانی می‌باشد. لذا این مطالعه با هدف بررسی اثر گروه درمانی شناختی رفتاری بر بهداشت روان بیماران مبتلا به اختلال دوقطبی نوع یک انجام گرفت.

**روش کار:** این مطالعه نیمه تجربی از نوع کار آزمایشی بالینی در یک گروه در دو مرحله قبل و بعد آزمون بر روی ۲۱ بیمار مبتلا به اختلال دوقطبی نوع یک که به صورت تصادفی از بیمارانی که شرایط پژوهش را داشتند انجام گرفت. ابزار گردآوری اطلاعات پرسشنامه استاندارد بهداشت روان MHC بود. که قبل و بعد مداخله به افراد مورد پژوهش داده شد. مداخلات به صورت جلسات گروه درمانی بصورت هشت جلسه هفته‌ای سه بار به مدت ۹۰ دقیقه انجام شد. به منظور دستیابی به نتایج از آزمون استنباطی تی زوج استفاده گردید.

**یافته‌ها:** با توجه به نتایج مشاهده شده میزان بهداشت روان بیماران بعد از گروه درمانی در مقایسه نمره پیش آزمون به میزان قابل توجهی افزایش یافته بود که بین نمره پیش آزمون و پس آزمون از نظر آماری تفاوت معنی داری دیده شد ( $p < 0.01$ )

**نتیجه گیری:** گروه درمانی شناختی رفتاری می‌تواند به عنوان یک روش درمانی مکمل علاوه بر بهبود و کوتاه نمودن سیر بیماری، هزینه‌های ناشی از درمان را کاهش می‌دهد و موجب بهبود بهداشت روان و عملکرد اجتماعی بیماران مبتلا به اختلال دوقطبی شود.

**کلمات کلیدی:** گروه درمانی، شناختی رفتاری، بهداشت روان، اختلال دوقطبی

## مقدمه

اختلالات خلقی یکی از شایع ترین اختلالات روان پزشکی به شمار می آید که در این میان اختلالات دوقطبی کمتر مورد توجه است (۱). اختلال دوقطبی به صورت نوسانات خلق از حالت شیدایی تا افسردگی در نوسان است (۲). اختلال دو قطبی که به عنوان حالت شیدایی-افسردگی شناخته می شود (۳)، یک اختلال روانی است که باعث تغییر غیر عادی در خلق، انرژی و عملکرد فردی می شود؛ طوری که این تغییرات باعث اختلال در روابط فردی اجتماعی و شغلی می شود (۴). از دیدگاه روان پزشکی در اختلالات خلقی، اختلال افسردگی اساسی و اختلال دوقطبی، دو اختلال جداگانه به حساب می آیند. که میزان بروز سالیانه آن کمتر از یک درصد برآورد شده است. ماهیت این اختلال عود کننده می باشد. طوری که ۵۰-۲۵ درصد از بیمارانی که دچار افسردگی می باشند به اختلالات دو قطبی مبتلا هستند (۵، ۶). در اختلال دوقطبی نوع یک دوره کامل مانیا یا دوره مختلط با افسردگی اساسی است و معمولاً به شدتی است که بستری شدن را ایجاب می کند. ممکن است با دوره های افسردگی اساسی یا مانیا تظاهر کند (۳، ۴). در سبب شناسی این اختلال عوامل متعددی بیان شده است. عوامل زیست شناختی، توارث و عوامل روانی و اجتماعی از آن جمله اند (۷).

در درمان اختلال دوقطبی تقریباً به طور کامل بر درمان دارویی تاکید شده است (۸). و لیتیوم به عنوان خط اول درمان دارویی استفاده شد (۴). همچنین داروهای تثبیت کننده خلق نظیر کاربامازوپین و سدیم والپروات و داروهای ضد جنون نسل جدید (کوئتاپین، اولانزاپین، رسپریدون) هم جهت درمان بکار می روند (۲). هرچند درمان دارویی، روش اصلی درمان بیماران مبتلا به اختلال دوقطبی است. ولی مطالعات ۵ سال گذشته نشان می دهد، افزودن مداخلات روانی اجتماعی به برنامه درمان، کارآمدی درمان را افزایش می دهد (۳). گروه درمانی شناختی بعد دارو درمانی، دومین روش درمانی کاربردی در بیماران مبتلا به اختلال دوقطبی می باشد که در برخی موارد حتی اثربخش تر از دارو درمانی است (۲). درمان شناختی می تواند به عنوان یک درمان کمکی همراه دارو درمانی جهت درمان اختلالات دوقطبی استفاده شود (۹). تحقیقات مختلف اثرات گروه درمانی شناختی را بر بهبود بیماری و حفظ عملکرد اجتماعی در بیماران مبتلا به اختلال دو قطبی نشان داده اند (۱۰، ۱۱). گروه درمانی در بیماران مبتلا به اختلالات دوقطبی فواید زیادی دارد. به عنوان مثال در بیمارانی که در مرحله حاد بیماری نیستند موجب بهبود عملکرد و ارتباطات اجتماعی می شود؛ زیرا در گروه، رفتارها و احساسات افراد توسط سایرین بازخورد داده می شود و اعضای گروه به یکدیگر دلگرمی

لازم را جهت بهبودی می دهند. و تعاملات گروه باعث کشف ناشناخته ها ( قدرت، مهارت، توانایی و تمایلات) در فرد می شود (۷). همچنین گروه درمانی با ایجاد فرصت تخلیه احساسات و عواطف به اعضا کمک می کند تا با کسب تجارب، احساسات خود را اصلاح کنند و مشکلات خود را رفع نمایند. افراد با کسب مهارت های یاد شده احساس حمایت و عزت نفس می کنند که این امر موجب ارتقاء بهداشت روان و بهبود عملکرد آنها می شود (۱۲). لذا با توجه به اهمیت بررسی مداخلات روانی- اجتماعی، پژوهش حاضر با هدف بررسی اثر گروه درمانی شناختی رفتاری بر بهداشت روان بیماران مبتلا به اختلال دوقطبی صورت گرفت.

### روش کار

این مطالعه نیمه تجربی به صورت یک گروهی و دو مرحله ای (پیش آزمون و پس آزمون) بر روی ۲۱ نفر از بیماران مرد مبتلا به اختلال دوقطبی بستری در بیمارستان شهید زارع ساری انجام گردید. نحوه انتخاب نمونه ها بر اساس اجرای مصاحبه بالینی ساختار یافته، برای اختلالات محور یک در DSM-IV توسط پژوهشگر و روان پزشک و اطلاعات موجود در پرونده بیمار صورت پذیرفت. معیارهای پذیرش داشتن حداقل تحصیلات سوم راهنمایی، نداشتن ضایعات مغزی، عقب ماندگی ذهنی، توهم و هذیان فعال و نیز قرار داشتن بیمار در دوره بهبودی نسبی بود. منظور از بهبودی نسبی دوره ای است که بیمار علایم حاد مانیا نظیر (

تحریک پذیری، انحراف پذیری، پر حرفی و...) یا علائم سایکوتیک ( توهم، هذیان، سستی تداعی، اوتیسم و...) را در بخش نداشته باشند. زیرا بیشترین شواهد در مورد اثر بخشی روان درمانی مربوط به زمانی است که بیمار در دوره حاد بیماری نیست. همچنین از تشخیص اختلال آن ها بیش از ۲ سال نگذشته باشد (۳). تمامی نمونه ها از بین بیمارانی انتخاب شدند که مشخص بود تا انتهای گروه درمانی در بخش بستری می باشند. پس از برقراری ارتباط مطلوب و جلب همکاری واحدهای پژوهش، توضیحات لازم برای آنها داده شد. ابتدا وضعیت روانی تمامی واحدهای پژوهش در شرایط یکسان به کمک پرسشنامه بهداشت روان MHC سنجیده شد. پرسشنامه سلامت بهداشت روان MHC بر اساس مقیاس لیکرت از پایین ترین سطح به بالاترین سطح از نمره ۱ تا ۴۴ نمره گذاری شد. این پرسشنامه بهداشت روان را در سه سطح ( ۱ تا ۴۴)، به صورت (۱ تا ۱۴) سلامت روانی نامطلوب، (۱۵ تا ۲۹) بهداشت روان تا حدی مطلوب، (۲۲ تا ۳۳) بهداشت روان مطلوب تقسیم بندی می کند. اعتبار علمی ابزار مورد استفاده در این پژوهش با روش اعتبار محتوی سنجیده شد. اعتماد علمی با ضریب همبستگی (۰/۹۲ = ۲) محاسبه گردید. پروتکل هر جلسه ی روان درمانی گروهی با رویکرد شناختی رفتاری و بر اساس منابع در دسترس تدوین گردید. در جلسه اول پس از گزارش درمانی، درباره ی اهداف روان درمانی گروهی و اثر فعالیت گروهی

پرداخته شد. در جلسه آخر از اعضای گروه خواسته شد بدون ذکر نام خود ضعیف ترین و قوی ترین عضو گروه را با دلیل مشخص نمایند. سپس توسط رهبر گروه و سایر اعضا، نوشته ها در گروه بازگو شد و به بحث و ارائه راهکار در مورد آنها پرداخته شد. در خاتمه از اعضا گروه خواسته شد تا احساسات و نظرات خود را در مورد گروه بیان نمایند. چند روز بعد از اتمام گروه درمانی مجدد پرسشنامه بهداشت روان به اعضای گروه داده شد. داده ها پس از وارد نمودن به نرم افزار آماری SPSS ۱۶ توسط آمار توصیفی (جدول، میانگین و انحراف معیار) و آمار استنباطی (آزمون آماری تی زوج) مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

#### یافته‌ها

نتایج نشان داد میانگین سن واحدهای پژوهش به ترتیب با میانگین و انحراف معیار ۱۰ ± ۳۱ سال بود. که از نظر تحصیلات بیشترین درصد (۴۰ درصد) دیپلم، از نظر تاهل ۴۵ درصد مجرد و ۴۵ درصد بیکار بودند. نتایج این مطالعه قبل از گروه درمانی وضعیت بهداشت روان را با میانگین و انحراف معیار ۴ ± ۲۸/۷ تاحدی مطلوب نشان داد. همچنین پس از گروه درمانی وضعیت بهداشت روان با میانگین و انحراف معیار ۲ ± ۴۰ در حد مطلوب قرار داشت. آزمون تی زوج بین نمرات قبل و بعد گروه درمانی اختلاف معنی داری نشان داد ( $p < 0/01$ ). (جدول ۱) همچنین در آزمون تی، بیشترین اختلاف میانگین نمرات قبل و بعد بهداشت روان در احساس

در حل مشکلات، توضیحاتی توسط درمانگر ارائه گردید. سپس بعد از بیان مقررات مربوط به گروه از اعضا خواسته شد، ضمن معرفی خود خلاصه ای از ناراحتی فعلی و دلیل بستری شدن را بیان نمایند. جلسه دوم: با هدف کمک به رشد خصوصیات فردی اعضا در زمینه های شخصی، اجتماعی و شناختی به همراه تمرینات آرام سازی عضلانی و شناخت احساسات و عواطف گوناگون در موقعیت های مختلف انجام گرفت جلسه سوم و چهارم با هدف فعالیت های ارتباطی و آشنایی فرد با گروه و افزایش مهارت های ارتباط با دیگران انجام گرفت. جلسه پنجم و ششم با هدف کمک به خود شناسی انجام گرفت. افراد بعد از بیان عواطف و احساسات خود و بیان نقاط ضعف و قدرت خود به بحث و بررسی توانایی ها و ضعف های یکدیگر پرداختند و رفتار یکدیگر را به هم بازخورد دادند. جلسه هفتم با هدف ایجاد فعالیت های گروهی و ارتباطی در گروه تشکیل شد. همچنین در این جلسه اعضا بعد از شناسایی ارزش های فردی، بیان نمودند که چگونه می توانند از توانایی های خود در جامعه استفاده نمایند. در جلسه هشتم بعد از بحث و بررسی در مورد روند کاری گروه در طی جلسات قبل به بررسی صفات و ناشناخته ها پرداخته شد طوری که از اعضا گروه خواسته شد بر روی یک برگه به صورت ناشناس مسائلی را که تا به حال به کسی عنوان نکرده بودند بنویسند. سپس بدون آن که نویسنده معلوم باشد، به بررسی آن در گروه

اضطراب دیده شد. طوری که ۵۰ درصد واحدهای پژوهش اغلب از اضطراب شکایت داشتند. ولی بعد از گروه درمانی ۸۵ درصد واحدهای پژوهش عنوان نمودند که به ندرت اضطراب دارند.

جدول ۱: اثر گروه درمانی شناختی رفتاری بر وضعیت بهداشت روان

بیماران مبتلا به اختلال دوقطبی

P_value	میانگین و انحراف معیار	بهداشت روان
$p < 0/01$	$29 \pm 4$	قبل گروه درمانی
$df=19$	$40 \pm 2$	بعد گروه درمانی

### بحث

یکی از اهداف مطالعه حاضر، بررسی اثربخشی گروه درمانی شناختی رفتاری در افزایش بهداشت روان بیماران مبتلا به اختلال دوقطبی بود که نتایج این پژوهش همان گونه که در جدول ارائه شد ارتباط معنی داری را نشان می دهد. یعنی گروه درمانی موجب افزایش بهداشت روان بیماران می شود که در ابعاد بهداشت روان بیشترین تاثیر گروه درمانی بر غلبه بر اضطراب بود. نتایج فوق با یافته های دیگر، در این زمینه همخوانی دارد. زیرا درمان های شناختی می تواند به عنوان یک درمان کمکی همراه با دارودرمانی برای درمان بیماران مبتلا به اختلالات دوقطبی استفاده شود (۱۰). گروه درمانی شناختی یک روش مکمل برای درمان این بیماران است؛ طوری که موجب بهبود عملکرد اجتماعی بیماران مبتلا به اختلال دوقطبی می شود (۱۱). لام<sup>۱</sup> و همکاران در پژوهش دیگر خود نشان دادند درمان شناختی

به طور قابل توجهی باعث بهبود عملکرد اجتماعی و مهارت های مقابله ای برای مشکلات مرتبط با بیماری دوقطبی می شود (۱۳). اسکات<sup>۲</sup> و همکاران نشان دادند درمان شناختی در اختلالات دوقطبی، بهبود قابل توجهی را در کارکرد بیماران دوقطبی ایجاد می کند (۱۴). درمان های شناختی موجب کاهش اضطراب بیماران می شود (۱۵). گروه درمانی شناختی رفتاری علاوه بر کاهش اضطراب و افسردگی، موجب بهبود عملکرد و کاهش هزینه های درمانی و کوتاه شدن سیر بیماری می شود (۱۶، ۱۵، ۱۱، ۱۷). شکیبایی نیز اثرات گروه درمانی شناختی را بر مدیریت و کنترل خشم نشان داد (۱۸). پژوهش ها نشان می دهد که گروه درمانی شناختی رفتاری بر کاهش علائم افسردگی و اضطراب تاثیر معنی داری دارد (۱۹). مارتینوویک<sup>۳</sup> و همکارانش در سال ۲۰۰۶ نشان دادند گروه درمانی شناختی رفتاری بر بهبود خلق افسرده بیماران موثر است (۲۰). پیتر<sup>۴</sup> در مطالعه خود اثرات گروه درمانی شناختی رفتاری را بر کاهش ترس بیماران نشان داد و همچنین اثرات این روش درمانی را بر افزایش سلامت عمومی بیماران مورد تایید قرار داد (۲۱). گروه درمانی شناختی رفتاری می تواند با بهبود افکار و ادراکات منفی بیماران، احتمال شکست در رسیدن به برنامه های روزانه را کاهش دهد و با تقویت مثبت و ارزش گذاری، زمینه بهبود

۲ -Scott

۳-Mar tinovic

۴ -Peter

۱-Lam

سبک های ارتباطی را فراهم آورد. همچنین این روش درمانی می تواند باعث شناسایی و بهبود سبک های ارتباطی نادرستی نظیر پرخاشگری و منفعل بودن که موجب طرد فرد بیمار از اجتماع و ایجاد بستر انزوا اجتماعی و خلق منفی در او می گردند شود. لذا آموزش سبک های ارتباطی صحیح و آموزش مهارت های ارتباطی مفید نظیر هنر گوش دادن، درخواست کردن، نه گفتن و تمرین نقش های اجتماعی می تواند فرد را برای یک زندگی بهتر آماده نماید (۱۹). از آنجایی که مطالعات نشان می دهد که روش گروه درمانی شناختی رفتاری موجب کاهش علائم روانشناختی می شود، درمانگران می توانند به کمک روش درمانی ترکیبی اثرات این روش را بهتر مشاهده نمایند (۲۲).

### نتیجه گیری

نتایج این مطالعه نشان داد گروه درمانی شناختی رفتاری موجب بهبود و ارتقاء بهداشت روان بیماران می شود؛ لذا با توجه به این مطالعه گروه درمانی شناختی همراه با دارو درمانی یکی از روش های درمانی موثر در بهبود بیماران می باشد که علاوه بر بهبود و کوتاه نمودن سیر بیماری، هزینه های ناشی از درمان را کاهش می دهد. همچنین اثربخشی گروه درمانی شناختی بر بهداشت روان بیماران می تواند کیفیت زندگی و عملکرد اجتماعی بیماران را بهبود ببخشد.

### تشکر قدردانی

درخاتمه بر خود لازم می دانم از زحمات پرسنل محترم بیماران شهید زارع ساری به خصوص پرسنل بخش اعصاب روان مردان یک کمال تشکر و قدردانی را به عمل آورم.

## منابع

- ۱- Akhondpor A, Talebi M, Kohestane L. Assess Bipolar spectrum in depressed patients referred to outpatient Klnk. Journal of mental health principles. ۲۰۰۸; ۱۰(۲): ۹۹-۱۰۵(Persian)
- ۲- Townsend MC. Essential of Psychiatric Mental Health Nursing. Fourth Edition. ۲۰۰۸: ۳۵۳-۳۶۱
- ۳- M. Mahmoudi, Tabatabai M, Modarres M, Ali ghanbari B. Effects on the outcome of group cognitive behavior therapy a type of bipolar disorder. . Journal of mental health. ۲۰۰۹. ۱۰(۴): ۲۸۹-۲۹۸(Persian)
- ۴- Hojjati H. Comprehensive overview of mental health ۱ and ۲, ۱ st ed. Publishing Salemi, ۲۰۰۹; ۳۴۴-۳۴۵(Persian)
- ۵- Carta MG, Hardoy MC, Cadeddu M, Murru A, Campus A, Morosini PL, et al. The accuracy of the Italian version of the hypomania checklist (HCL-۳۲) for the screening of bipolar disorders and comparison with the mood disorder questionnaire (MDQ) in a clinical sample. Clin pract Epidemol ment. Health. ۲۰۰۶; ۲(--): ۲
- ۶- Kaplan H, Sadok V. Comprehensive text book of psychiatry, ۹ edition, volume one, Philadelphia, Lippincott company. ۲۰۰۷; pp ۴۶۳-۴۶۵
- ۷- Fortinash Katherine M, Holiday Worret . Patricia A. Psychiatric mental health. ۴ Edition. Philadelphia. Mosby. ۲۰۰۷: ۵۲۵-۵۲۷
- ۸- Zaretsky A. Targeted psychosocial intervention for bipolar disorder. Bipolar disorder. ۲۰۰۳; ۵(۲): ۸۰-۷
- ۹- Olfson N, Das AK, Gerneroff MJ, Pilowsky D, Feder A, Gross R, et al. Bipolar depression in a low income primary care clinic, Am J Psychiatry. ۲۰۰۵; ۱۶۲(۱۱): ۲۱۴۶-۵۱
- ۱۰- Szentagotai A, David D. The efficacy of cognitive-behavioral therapy in bipolar disorder: a quantitative meta-analysis. J Clin Psychiatry. ۲۰۱۰; ۷۱(۱): ۶۶-۷۲
- ۱۱- Lam DH, Hayward P, Watkins ER, Wright K, Sham P. Relapse prevention in patients with bipolar disorder: cognitive therapy outcome after ۲ years. Am J Psychiatry. ۲۰۰۵; ۱۶۲(۲): ۳۲۴-۹
- ۱۲- Ashouri A, Torkman Malayerim, Fadaee Z. The effectiveness of Assertive Training Group Therapy in Decreasing Aggression and improving Academic Achievement in high School student. Iranian Journal of psychiatry and Clinical Psychology. ۲۰۰۹. ۱۴(۴): ۳۸۹-۳۹۳
- ۱۳- Lam DH, Briht J, Jones S, Hayward P, Schuck N. Cognitive therapy for bipolar illness: A pilot study of relapse prevention. Cognit ther Res. ۲۰۰۰; ۲۴(--): ۵۰۳-۲۰
- ۱۴- Scott J, Garland A, Moorhead S. A pilot study of cognitive therapy in bipolar disorder. Journal Psychol Med. ۲۰۰۱; ۳۱(--): ۴۵۹-۶۷
- ۱۵- Van Ingen, D. J., Freiheit, S. R., & Vye, C. S. Effectiveness of cognitive-behavioral treatments for anxiety disorders. Professional Psychology. ۲۰۰۹; ۴۰(۱): ۶۹-۷۴.
- ۱۶- Walkup, J. T., Albano, A. M., et al. Cognitive behavioral therapy, sertraline, or a combination in childhood anxiety. New England Journal of Medicine. ۲۰۰۸; ۳۵۹(۲۶): ۲۷۵۳-۲۷۶۶.
- ۱۷- Weisz, J. R. et al. Cognitive-behavioral therapy versus usual clinical care for youth depression: An initial test of transportability to community clinics and clinicians. ۲۰۰۹; ۷۷(۳): ۳۸۳-۳۹۶

- ۱۸- Shakibaie, F. Tehrani Dost, M. Sharivar , Z. Asary, Sh. Anger management group therapy with cognitive behavioral approaches in juvenile institutions. Journal Advances in Cognitive Science. ۲۰۰۲; ۶(۱, ۲): ۵۹-۶۶
- ۱۹- Saleh Zadeh ,M. Kalantar, M. Molav, M. Najafi, M. Ebrahimi E. Effectiveness of Cognitive- Behavioral Group Therpy on Depression in Intractable Epileptic Patients. Journal Advances in Cognitive Science. ۲۰۱۰; ۱۲(۲): ۵۹-۶۸
- ۲۰- Martinovic, Z. Simonovic, P. Diokic R. Preventing Depression in adolescents with epilepsy. Journal epilepsy and Behavior. ۲۰۰۶; ۹(۴): ۶۱۹-۶۲۴
- ۲۱- Peter , M. Effectiveness of Cognitive Behavioural group Therapy for Social Phobia in a Community Clinic: A benchmarking Study. ۲۰۰۷;
- ۲۲- Khodayarifard M, Shokoohi-Yekta M, Hamot GE. Effects of individual and group cognitive-behavioral therapy for male prisoners in iran. Int J Offender Ther Comp Criminol. ۲۰۱۰; ۵۴(۵): ۷۴۳-۵۵ .