

اثر بخشی طرحواره درمانی بر کاهش علائم و تعدیل طرحواره‌های ناسازگار اولیه بیماران مبتلا به اختلال دوقطبی نوع I و II

داود قادری^۱، محسن معروفی^۲، امراله ابراهیمی^۳

مقاله پژوهشی

چکیده

زمینه و هدف: این پژوهش با هدف بررسی میزان اثربخشی طرحواره درمانی در کاهش علائم و تعدیل طرحواره‌های ناسازگار اولیه بیماران مبتلا به اختلال دوقطبی انجام شد. هدف شناسایی طرحواره‌ها ناسازگار بیمار و تلاش در جهت اصلاح یا تغییر آنها است. **مواد و روش‌ها:** آزمودنی‌ها ۳۰ نفر شامل ۱۰ مرد و ۲۰ زن بوده‌اند که از میان مراجعه‌کنندگان در دسترسی که به مرکز پزشکی نور اصفهان و دو مطب از میان مطب‌های روان‌پزشکان اصفهان و مرکز مشاوره باران مهر شاهین شهر مراجعه نموده و توسط یک روان‌پزشک بر اساس ملاک تشخیصی متن تجدید نظر شده‌ی چهارمین راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی DSM-IV-TR تشخیص اختلال دوقطبی نوع اول یا دوم را دریافت و تحت درمان دارویی قرار گرفته انتخاب شدند و به صورت تصادفی به دو گروه اختصاص یافتند. گروه آزمایش درمان دارویی به همراه طرحواره درمانی و گروه کنترل تنها درمان دارویی دریافت نمود. از پرسش‌نامه مانیای یانگ (YMRS)، آزمون سنجش اختلال افسردگی دوقطبی (BDRS)، پرسش‌نامه طرحواره‌های یانگ (YSQ3) قبل و بعد از درمان استفاده شد. داده‌ها با استفاده از تحلیل واریانس و کوواریانس چند متغیری تحت نرم افزار SPSS ۱۸ مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

یافته‌ها: با کنترل متغیر همپراش تفاوت میانگین‌های دو گروه آزمایش و کنترل برای هر سه متغیر علائم مانیا، علائم افسردگی و طرحواره‌های ناسازگار اولیه بعد از مداخله معنی‌دار بود ($P < 0/01$).

نتیجه‌گیری: بر اساس یافته‌های این مطالعه، طرح‌واره درمانی به عنوان یک درمان روان‌شناختی مکمل با دارودرمانی بیماران دوقطبی در کاهش علائم و تعدیل طرحواره‌های ناسازگار اولیه بیماران مبتلا به اختلال دوقطبی مؤثر بود، لذا تهیه پروتکل‌هایی منظم جهت طرحواره درمانی و افزودن آن به درمان دارویی این بیماران پیشنهاد می‌گردد.

واژه‌های کلیدی: اختلال دوقطبی، طرح‌واره درمانی، طرح‌واره‌های ناسازگار اولیه

ارجاع: قادری داود، معروفی محسن، ابراهیمی امراله. اثربخشی طرحواره درمانی بر کاهش علائم و تعدیل طرحواره‌های ناسازگار اولیه بیماران

مبتلا به اختلال دوقطبی نوع I و II. مجله تحقیقات علوم رفتاری ۱۳۹۴؛ ۱۳(۳): ۴۰۸-۴۰۰

پذیرش مقاله: ۱۳۹۴/۰۸/۰۳

دریافت مقاله: ۱۳۹۳/۱۲/۱۶

۱. روان‌شناس بالینی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد اصفهان (خوراسگان)، اصفهان، ایران

۲. دانشیار، مرکز تحقیقات علوم رفتاری، گروه روان‌پزشکی، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، اصفهان، ایران (نویسنده مسؤول)

Email: maroufi@med.mui.ac.ir

۳. دانشیار، مرکز تحقیقات روان‌تنی، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، اصفهان، ایران

مقدمه

اختلال دوقطبی یک بیماری روان پزشکی مزمن و ناتوان کننده است که به طور تقریبی ۱٪ جمعیت عمومی را تحت تأثیر قرار می‌دهد، این اختلال با میزان چشمگیر ناخوشی همراه است، به خصوص بدین دلیل که، در مقایسه با دیگر اختلالات خلقی، این بیماری دوره‌های ناخوشی طولانی‌تر و دوره‌های بهبود کمتری دارد (۱). شیوع اختلال دوقطبی نوع I و II در ایران به ترتیب ۴٪ و ۳٪ گزارش شده است (۲). این اختلال هم‌چنین نرخ مرگ و میر بالایی دارد به طوری که یک سوم بیماران دوقطبی دست کم یک بار به خودکشی اقدام کرده‌اند (۳). توجه به درمان کارآمد سال‌ها است که دغدغه ذهنی روان‌پزشکان و روان‌شناسان می‌باشد. امروزه دارو درمانی خط اول درمان، برای این اختلال است (۴). به نظر می‌رسد که مهم‌ترین هدف درمانی در اختلال دوقطبی، درمان مرحله حاد بیماری و جلوگیری از بازگشت آن است. اگر چه استفاده از تثبیت‌کننده‌های خلقی مانند لیتیم و کاربامازپین در فرونشاندن مرحله حاد بیماری و تثبیت آن مؤثر هستند، خیلی از بیماران بازگشت دوره‌ها و عود را تجربه می‌کنند. برای نمونه با وجود عوامل تثبیت‌کننده خلق، داده‌های طولی نرخ عود را ۴۰٪ در یک سال، ۶۰٪ در دو سال و ۷۳٪ در پنج سال یا بیشتر نشان می‌دهد (۵). Scott بیان می‌کند تحقیقات قبلی نشان داده در موقعیت‌های بالینی روزمره، درمان پیشگیرانه با لیتیم، تنها در ۲۵ تا ۵۰٪ از بیماران مبتلا به اختلال دوقطبی از وقوع دوره‌های بعدی جلوگیری می‌کند و معرفی و عرضه داروهای جدیدتر نیز پیش‌آگهی بهتری نداشته است (۶). علاوه بر آن بسیاری از بیماران مبتلا به اختلال دوقطبی نگرش و احساسات منفی نسبت به درمان دارویی‌شان گزارش می‌کنند (۷) و بنابر این همیشه این خطر وجود دارد که بیماران درمان دارویی خود را ناتمام بگذارند. هم‌چنین شواهد حاکی از آن است که تبعیت درمان در ۱۲ ماه نخست، در نیمی تا دو سوم بیماران ضعیف است. به ظاهر دارودرمانی به تنهایی در پیشگیری از عود اختلال دوقطبی مؤثر نیست و عواملی دیگر هم در آن نقش دارند، در بررسی‌های صورت گرفته برای شناسایی عوامل مؤثر در

بازگشت مجدد اختلال دوقطبی، عواملی مانند عدم پایداری دارویی، وجود علائم خرد نشانه و باقی مانده مانی و افسردگی و وجود اختلالات توأم به خصوص اختلالات اضطرابی بیشتر نمود می‌کند (۸). از این رو نیاز است با بررسی درمان‌های روان‌شناختی به همراه درمان دارویی به روش‌هایی جهت درمان کامل‌تر و جلوگیری از عود مجدد این علائم دست یافت. یکی از درمان‌های جدید در حوزه روان‌شناختی طرحواره درمانی است، یانگ طرحواره درمانی را برای درمان بیماران مبتلا به مشکلات منش‌شناختی مزمن که به قدر کافی از رفتاردرمانی شناختی کلاسیک کمکی دریافت نمی‌کردند، تدوین کرد. این بیماران در رفتار درمانی شناختی کلاسیک به عنوان "شکست درمانی" در نظر گرفته می‌شوند. یانگ با یکپارچه‌سازی تکنیک‌های مختلف در قالب یک نظریه‌ی منسجم طرح‌واره درمانی را که رویکردی نظام‌مند است بوجود آورد و با این کار باعث گسترش مرزهای رفتار درمانی شناختی شد (۹). بنابر نظر یانگ یکی از مهم‌ترین عوامل شکل‌گیری مشکلات شخصیتی و اختلالات روانی طرح‌واره‌های ناسازگار می‌باشد که در نتیجه تجارب دوران کودکی فرد شکل می‌گیرد. Yang معتقد است برخی از این طرح‌واره‌ها - به ویژه آن‌هایی که در نتیجه تجارب ناگوار دوران کودکی شکل می‌گیرند - ممکن است هسته اصلی اختلال شخصیت، مشکلات منش‌شناختی خفیف‌تر و بسیاری از اختلالات محور I قرار بگیرد، که این طرح‌واره‌ها خصوصیات زیر را دارا می‌باشند:

"الگوها یا درون مایه‌های عمیق و فراگیر هستند"، "از خاطره‌ها، هیجان‌ها، شناخت‌واره‌ها و احساس‌های بدنی تشکیل شده‌اند"، "در دوران کودکی شکل گرفته‌اند"، "در سیر زندگی تداوم دارند"، "درباره‌ی خود و در رابطه با دیگران هستند"، "به شدت ناکارآمد هستند" (۹).

با توجه به شواهد بسیاری که از پژوهش‌های انجام شده به دست آمده است بیماران دوقطبی دارای طرح‌واره‌های ناسازگار اولیه می‌باشند که می‌تواند نقش مهمی در ایجاد این بیماری و یا تداوم آن داشته باشند Nilsson و همکاران بیماران دوقطبی را با مبتلایان به اختلال شخصیت مرزی و یک گروه

می‌رفت افزودن این درمان به درمان دارویی بیماران دوقطبی باعث بهبود بیشتر علائم و درمانی پایدارتر و کامل‌تر شود.

مواد و روش‌ها

پژوهش حاضر از نوع شبه‌آزمایشی می‌باشد که بر اساس طرح پیش‌آزمون و پس‌آزمون با گروه کنترل اجرا گردید. برای انتخاب جامعه‌ی آماری مرکز پزشکی نور از میان بیمارستان‌های استان اصفهان به علت مراجعه‌ی بالا و دومی‌دسترس از میان مطب‌های روان‌پزشکان استان اصفهان و مرکز مشاوره باران مهر شاهین شهر انتخاب گردید. حجم نمونه این پژوهش ۳۰ نفر شامل ۱۰ مرد و ۲۰ زن است که با استفاده از فرمول کوکران و که از میان مراجعه‌کنندگان در دسترس و از میان بیماران که بر اساس شرح حال و یا پرونده پزشکی، توسط یک روان‌پزشک بر اساس ملاک تشخیصی DSM-IV-TR مبتلا به اختلال دوقطبی نوع اول یا دوم تشخیص داده شده و تحت درمان دارویی قرار گرفته ولی در حال حاضر فاقد علائم حاد بیماری بودند انتخاب شد. آزمودنی‌ها به صورت تصادفی در دو گروه ۱۵ نفره قرار داده شدند. گروه آزمایش درمان دارویی به همراه ده جلسه طرحواره درمانی و گروه کنترل تنها درمان دارویی دریافت نمود. جلسات درمان طی ۱۰ جلسه‌ی ۶۰ دقیقه‌ای به صورت فردی و دو جلسه در هفته برگزار گردید. آزمودنی‌های هر دو گروه توسط پیش‌آزمون‌ها مورد سنجش قرار گرفتند، سپس آزمودنی‌های گروه آزمایش پس از طی جلسات درمان و آزمودنی‌های گروه کنترل پس از گذشت زمان مشابه مورد سنجش مجدد قرار گرفتند.

معیارهای ورود عبارت بود از: دریافت تشخیص اختلال دوقطبی I یا اختلال دوقطبی II توسط روان‌پزشک، عدم ابتلاء به اختلال روان‌پزشکی جدی دیگر و عدم ابتلاء به اختلال نورولوژیک، فقدان افکار خودکشی، عدم سوء مصرف مواد، سطح تحصیلات حداقل اول متوسطه، حداقل سن ۱۸ و حداکثر ۵۰ سال، فقدان علائم حاد بیماری (در دوره حاد بیماری نباشد) و معیارهای خروج عبارت بود از: انصراف از شرکت در تمامی جلسات، بروز علائم حاد در طول پژوهش.

کنترل بدون اختلال مورد مقایسه قرار دادند، مبتلایان به اختلال شخصیت مرزی با بیماران دوقطبی در طرحواره‌های ناسازگار اولیه همبستگی نشان داده‌اند. بیماران دوقطبی نسبت به گروه کنترل سالم نمرات بالاتر معنی‌آداری در مقیاس خود انضباطی ناکافی داشته‌اند و نسبتاً به همین میزان نمرات بالا در مقیاس‌های پذیرش جویی - جلب توجه، استحقاق - بزرگ منشی، ایثار، اطاعت، خود تحول نیافته - گرفتار، شکست و انزوای اجتماعی، بی‌اعتمادی - بدرفتاری، بی‌ثباتی نیز داشته‌اند (۱۰). هم‌چنین Hawke و همکاران نشان داده است طرحواره‌های استحقاق - بزرگ منشی و خویشتن‌داری - خود انضباطی ناکافی پیشین مثبت برای ابتلاء به گستره‌ی اختلال دوقطبی و طرحواره محرومیت هیجانی پیش‌بین منفی برای ابتلا به اختلال دوقطبی می‌باشد (۱۱). پژوهشی دیگر نشان داد بیماری دوقطبی با فعال شدن عمومی طرحواره‌های ناسازگار اولیه در ارتباط است و هنگامی که ملاک کنترل افسردگی باشد، بیماران دوقطبی نمرات بالاتر در مقیاس‌های پذیرش جویی - جلب توجه و استحقاق - بزرگ منشی نشان می‌دهند (۱۲). به دلیل نگرش و احساسات منفی نسبت به درمان دارویی در بیماران دوقطبی که خطر ناتمام گذاشتن این نوع درمان‌ها را زیاد می‌کند و دوره‌های عود مجدد بیماری در درمان‌های دارویی (۷، ۵) و هم‌چنین عدم توافق درمانگران بر روی میزان اثربخشی درمان‌های روان‌شناختی رایج ضرورت بررسی اثربخشی درمان‌های روان‌شناختی دیگر احساس شد. از سویی دیگر با توجه به فراوانی بالای طرحواره‌های ناسازگار اولیه در بیماران دوقطبی نسبت به افراد سالم و آن‌گونه که نیو و همکاران اشاره کرده‌اند، وجود ویژگی‌های بالینی مشترک بین افراد مبتلا به اختلال شخصیت مرزی و بیماران دوقطبی (مهم‌ترین ویژگی‌های بالینی مشترک آن‌ها ناپایداری عاطفی، تکانشگری و گرایش به خودکشی است) (۱۳)، لذا افزودن طرحواره درمانی به درمان دارویی بیماران دوقطبی ضروری دیده شد. Yang و همکاران (۹) به اثربخشی طرحواره درمانی در بیماران مبتلا به اختلال شخصیت مرزی تأکید نموده‌اند و تحقیقات بسیاری این امر را نشان دادند، لذا انتظار

تفاوت‌های آن با افسردگی یک قطبی و تجارب بالینی اعضای انجمن بین‌المللی اختلالات دوقطبی تهیه شده است. در پژوهش اولیه، تحلیل عوامل روی ۲۰ آیتم مقیاس با چرخش متمایل ۲ تا ۵ فاکتور را مناسب استخراج نمود. اما ساختار با سه عامل خیلی مناسب‌تر و برازش بهتری داشت که این سه عامل تحت عنوان جنبه روان‌شناختی، جسمانی و آمیخته افسردگی نام‌گذاری شده است. ضریب کاپا بین ۰/۲۰ تا ۰/۷۸ گزارش شده است. همبستگی بین طبقه‌ای برای کل مقیاس و سه عامل برای تعیین پایایی بین ارزیابان محاسبه شد که برای کل مقیاس ۰/۸۸، برای افسردگی (روان‌شناختی) ۰/۸۶، برای افسردگی (جسمانی) ۰/۸۵ و برای عامل آمیخته ۰/۴۲ به دست آمده است (۱۵).

شعبانی و همکاران پایایی مقیاس را از ضریب آلفای کرونباخ ۰/۸۱ و روایی آنرا از طریق همبستگی با مقیاس افسردگی مطالعات اپیدمیولوژی و مانیای یانگ به ترتیب ۰/۷۳ و ۰/۸۲- گزارش کردند (۱۶).

پرسش‌نامه طرحواره‌های یانگ (YSQ3)

پرسش‌نامه طرحواره‌های یانگ (Young Schema Questionnaire)، یک ابزار خود-گزارش‌دهی برای سنجش طرحواره‌ها است. بیمار بر اساس توصیف هر جمله خود را در یک مقیاس لیکرت شش درجه‌ای مورد سنجش قرار می‌دهد. درمانگر سؤالات هر طرحواره را جداگانه مورد توجه قرار می‌دهد و سؤال‌هایی که بیمار در آن‌ها نمره بالا می‌گیرد (۶-۵) را مشخص می‌کند. اگر بیمار سه یا چهار نمره بالا در یک طرحواره بگیرد معمولاً از نظر بالینی به معنای وجود این طرحواره در ذهن بیمار است (۹). این پرسش‌نامه دارای یک فرم بلند ۲۰۵ سؤالی و دو فرم کوتاه ۷۵ سؤالی و ۹۰ سؤالی می‌باشد.

در این پژوهش از فرم کوتاه ۹۰ سؤالی (YSQ3)، استفاده می‌شود که غیائی و همکاران ساختار عاملی این پرسش‌نامه را مورد بررسی قرار داده‌اند. جامعه این پژوهشگران دو گروه بالینی و غیربالینی در شهر تهران بوده است. بنابر نتایج ارائه شده ضریب آلفای کرونباخ ۰/۹۴، میزان ویژگی بین ۰/۵۷ تا

ملاک‌های ورود و خروج توسط یک روان‌پزشک و یک روان‌شناس بالینی کنترل گردید. درمانگر دانشجوی کارشناسی ارشد روان‌شناسی بالینی بوده است که سابقه‌ی درمان رفتاری-شناختی به مدت دو سال تحت نظارت مرکز مشاوره باران مهر را داشته است و همچنین در زمینه طرحواره درمانی، کارگاه طرحواره درمانی را با موفقیت گذرانده و گواهی دوره را از نظام روان‌شناختی دریافت نموده است.

نمونه شامل ۱۰ مرد و ۲۰ زن بامیانگین سنی ۳۱/۹۱ و انحراف استاندارد ۸/۴۹ بود. داده‌های به دست آمده توسط تحلیل واریانس و کوواریانس چند متغیری و از طریق نرم‌افزار SPSS ۱۸ مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت. پرتکل طرحواره درمانی بر اساس مراحل و تکنیک‌های درمانی یانگ و از کتاب‌های طرحواره درمانی (راهنمای کاربردی برای متخصصین بالینی) تهیه گردید.

ابزار سنجش:

پرسش‌نامه مانیای یانگ (YMRS)

مقیاس یانگ (Young Mania Rating Scale) برای سنجش شدت مانیا استفاده می‌شود، و مبتنی بر شرایط بیمار طی ۴۸ ساعت اخیر است؛ این مقیاس دارای ۱۱ ماده با هدف تعیین شدت ناپهنجاری در بیمار بوده، دامنه‌ی نمرات مقیاس بین ۰ تا ۶۰ قرار می‌گیرد و مقدار عدد بالاتر، نمایانگر شدت بیشتر مانیا است. هدف این مقیاس تشخیص اختلال نیست، بلکه برای اندازه‌گیری «حالت» مانیا در مقابل صفات استفاده می‌شود. مقیاس مانیای یانگ دارای روایی همزمان ۰/۹۶ و آلفای کرونباخ ۰/۷۲ می‌باشد و در سال ۱۳۸۴ در دانشگاه اصفهان هنجاریابی شد و پایایی گروه بیماران ۰/۷۲ و پایایی ارزشیابان ۰/۹۶ گزارش شد (۱۴).

آزمون سنجش اختلال افسردگی دو قطبی (BDRS)

آزمون (BDRS) یا Bipolar Depression Rating Scale اولین آزمونی است که مختص ارزیابی و سنجش اختلال افسردگی دوقطبی ساخته شده است. آیتم‌های BDRS از پژوهش‌های پدیدارشناختی اختلال دوقطبی، مرور ادبیات پژوهش درخصوص ماهیت افسردگی دوقطبی و

۷۳٪ میزان حساسیت تبیین ۵۱٪ تا ۶۴/۶۰٪ و میزان روایی همزمان ۶۴٪ برای عامل‌های استخراج شده می‌باشد (۱۷).

یافته‌ها

شرکت‌کنندگان شامل ۳۰ بیمار مبتلا به اختلال دوقطبی (۱۰ مرد و ۲۰ زن) با میانگین سنی ۳۱/۹۱ و انحراف استاندارد ۸/۴۹ بود.

میانگین پیش‌آزمون علائم مانیا، علائم افسردگی و طرحواره‌های ناسازگار در گروه آزمایش تفاوت چشمگیری با میانگین پس‌آزمون این متغیرها در گروه آزمایش دارد. البته برای بررسی معنی‌دار بودن این تفاوت با کنترل متغیرهای همپراش از تحلیل کواریانس مانکوا استفاده شد. از آزمون لوین جهت بررسی همگنی واریانس‌ها استفاده شد. نتایج نشان داد که با معنی‌دار نبودن آماره‌ی لوین ($P > 0/05$)، پیش‌فرض همسانی واریانس‌ها تأیید می‌گردد. در ادامه نتایج آزمون باکس برای بررسی همگن بودن ماتریس‌ها و لاتن‌دیویکلز در جدول ۲ نشان داده شده است.

با توجه به این‌که با معنی‌دار نبودن آزمون باکس در سطح $P > 0/05$ می‌توان گفت ماتریس‌های واریانس - کواریانس همگن می‌باشد. با توجه به جدول ۲ طرحواره درمانی با حذف اثر همپراش حداقل در یکی از متغیرهای علائم مانیا، علائم افسردگی و طرحواره ناسازگار اثربخش بوده است. در ادامه به

تحلیل کواریانس یک راهه برای متغیرهای علائم، علائم افسردگی و طرحواره‌های ناسازگار اولیه پرداخته است (جدول ۳).

با توجه به نتایج تحلیل کواریانس می‌توان گفت با کنترل متغیر همپراش تفاوت میانگین‌های دو گروه آزمایش و کنترل برای هر سه متغیر علائم مانیا، علائم افسردگی و طرحواره‌های ناسازگار اولیه معنی‌دار می‌باشد ($P < 0/01$). بر اساس ضریب تأثیر انا می‌توان گفت ۶۱٪ تغییر در نمرات علائم مانیا، ۶۳٪ تغییر در نمرات علائم افسردگی و ۷۴٪ تغییر در نمرات طرحواره‌های ناسازگار مربوط به دوره‌ی طرحواره درمانی می‌باشد. در زیر جدول تغییرات فراوانی طرحواره‌های ناسازگار به همراه آزمون خی دو برای بررسی تفاوت آورده شده است (جدول ۴).

با توجه به جدول بالا ۱۰ مورد از طرحواره‌های ناسازگار تفاوت معنی‌داری را پس از اجرای دوره‌ی طرحواره درمانی نشان داده‌اند و ۸ مورد از طرحواره‌ها تفاوت معنی‌داری را نشان نداده‌اند.

جدول ۱. شاخص‌های توصیفی پیش‌آزمون - پس‌آزمون دو گروه آزمایش و کنترل

| متغیر | آزمایش | | کنترل | |
|-----------------------|---------------|-------------|--------------|---------------|
| | پیش‌آزمون | پس‌آزمون | پیش‌آزمون | پس‌آزمون |
| علائم مانیا | ۸/۱۴ (۴/۹۴) | ۲/۷۱ (۰/۹۵) | ۹ (۳/۰۳) | ۸/۸۳ (۴/۵۳) |
| علائم افسردگی | ۳۰/۲۸ (۱۲/۲۰) | ۹/۲۸ (۳/۶۳) | ۲۴ (۶/۴۴) | ۲۷/۶۶ (۱۰/۹۸) |
| طرح‌واره‌های ناسازگار | ۱۰/۱۴ (۳/۸۰) | ۴/۵۷ (۴/۶۸) | ۱۰/۶۶ (۴/۲۱) | ۱۱/۱۶۶ (۴/۱۷) |

جدول ۲. آزمون باکسو لاتن‌دیویکلز گروه‌ها

| ارزش | F | df1 | df2 | سطح معنی‌داری |
|---------------|------|-----|---------|---------------|
| Box's M | ۳/۵۹ | ۳ | ۱۴۱۱/۱۲ | ۰/۰۷ |
| Wilk's Lambda | ۰/۲۴ | ۳ | ۲۳ | ۰/۰۱ |

جدول ۳. تحلیل کواریانس یک راهه برای تفاوت اثربخشی طرحواره درمانی

| منبع | مجموع مجذورات | درجه آزادی | میانگین مجذورات | F | سطح معناداری | اِتا |
|------------------|---------------|------------|-----------------|-------|--------------|------|
| علایم مانیا | ۶۷/۷۸ | ۱ | ۶۷/۷۸ | ۹/۸۵ | ۰/۰۱ | ۰/۲۷ |
| گروه | ۲۸۰/۰۲ | ۱ | ۲۸۰/۰۲ | ۴۰/۶۹ | ۰/۰۱ | ۰/۶۱ |
| خطا | ۱۷۸/۹۸ | ۲۶ | ۶/۸۸ | --- | --- | --- |
| علایم افسردگی | ۱۷۰/۰۵ | ۱ | ۱۷۰/۰۵ | ۳/۲۴ | ۰/۰۵ | ۰/۱۱ |
| گروه | ۲۲۳۲/۴۲ | ۱ | ۲۲۳۲/۴۲ | ۴۲/۶۲ | ۰/۰۱ | ۰/۶۳ |
| خطا | ۱۳۰۹/۵۰ | ۲۶ | ۵۲/۳۸ | --- | --- | --- |
| طرحواره ناسازگار | ۲۴۸/۱۴ | ۱ | ۲۴۸/۱۴ | ۴۳/۴۶ | ۰/۰۱ | ۰/۶۲ |
| گروه | ۴۴۰/۹۶ | ۱ | ۴۴۰/۹۶ | ۷۷/۲۳ | ۰/۰۱ | ۰/۷۴ |
| خطا | ۱۴۸/۴۳ | ۲۶ | ۵/۷۰ | --- | --- | --- |

جدول ۴. فراوانی پیش آزمون و پس آزمون طرحواره‌های ناسازگار به همراه آزمون خی دو

| طرحواره‌های ناسازگار | فراوانی پیش آزمون | فراوانی پس آزمون | مقدار خی دو | سطح معنی داری |
|----------------------------------|-------------------|------------------|-------------|---------------|
| محرومیت هیجانی | ۱۹ | ۱۹ | ۲/۱۳ | N.S. |
| رهاشدگی / بی ثباتی | ۱۹ | ۱۰ | ۸/۶۸ | ۰/۰۱ |
| بی اعتمادی / بد رفتاری | ۱۷ | ۱۷ | ۲/۰۶ | N.S. |
| انزوای اجتماعی / بیگانگی | ۱۵ | ۸ | ۱۰/۹۰ | ۰/۰۱ |
| نقص / شرم | ۱۲ | ۱۵ | ۸/۸۸ | ۰/۰۳ |
| شکست | ۱۱ | ۹ | ۴/۹۸ | ۰/۰۴ |
| وابستگی / بی کفایتی | ۱۲ | ۵ | ۹/۰۰ | ۰/۰۱ |
| آسیب پذیری نسبت به ضرر یا بیماری | ۲۴ | ۱۸ | ۱۱/۲۵ | ۰/۰۱ |
| خود تحول نیافته / گرفتار | ۱۶ | ۹ | ۱۱/۲۵ | ۰/۰۱ |
| اطاعت | ۱۲ | ۵ | ۹/۰۰ | ۰/۰۱ |
| ایثارگری | ۲۱ | ۱۶ | ۵/۰۰ | ۰/۰۲ |
| بازداری هیجانی | ۱۸ | ۱۷ | ۲/۱۶ | N.S. |
| معیارهای سرسختانه | ۳۰ | ۲۲ | ۰/۳۷ | N.S. |
| استحقاق / بزرگ منشی | ۲۲ | ۲۰ | ۱/۳۶ | N.S. |
| خویشتر داری / خود-انضباطی ناکافی | ۲۲ | ۱۸ | ۰/۴۵ | N.S. |
| پذیرش جویی / جلب توجه | ۲۰ | ۲۲ | ۲/۲۷ | N.S. |
| منفی گرایی / بدبینی | ۲۲ | ۱۵ | ۸/۵۲ | ۰/۰۱ |
| تنبیه | ۷ | ۹ | ۰/۷۱ | N.S. |

بحث و نتیجه‌گیری

هدف این پژوهش بررسی میزان اثربخشی طرحواره درمانی در کاهش علائم و تعدیل طرحواره‌های ناسازگار اولیه بیماران مبتلا به اختلال دو قطبی بود. نتایج به دست آمده حاکی از اثربخشی طرحواره درمانی در کاهش علائم و تعدیل طرحواره‌های ناسازگار اولیه بیماران مبتلا به اختلال دو قطبی می‌باشد. اثربخشی طرحواره درمانی در زمینه‌ای نزدیک با یافته‌های کاظمی و همکاران (۱۸) و آن‌گونه که اشاره کرده‌اند در پژوهشی مشابه با یافته‌های کوین برگ و سفران همخوان می‌باشد. این پژوهشگران درمان شناختی-تحلیلی را در کاهش بی‌ثباتی هیجانی، تکانشگری و بی‌ثباتی اجتماعی بیماران مبتلا به اختلال دو قطبی مؤثر یافته‌اند. در تبیین همخوانی نتایج می‌توان به شباهت درمان شناختی تحلیلی و درمان طرحواره درمانی در ترکیب روش‌های شناختی و روان تحلیل‌گری اشاره کرد. همچنین با نتایج به دست آمده از پژوهش‌های Weber و همکاران (۱۹) و طالبی زاده و همکاران (۲۰) از سویی همخوان می‌باشد این پژوهشگران درمان شناختی مبتنی بر ذهن آگاهی را در کاهش علائم افسردگی بیماران دو قطبی مؤثر یافته‌اند؛ اما از سویی دیگر این پژوهشگران درمان شناختی مبتنی بر ذهن آگاهی را در کاهش علائم مربوط به شیدایی بیماران ناموفق دانسته‌اند، ولی در این پژوهش طرحواره درمانی در کاهش علائم شیدایی نیز موفق بوده است. در تبیین این تفاوت می‌توان به توجه عمیق‌تر طرحواره درمانی به ریشه‌های هیجانی مشکلات بیمار و ایجاد بینش نسبت به آن‌ها که، باعث توانایی کنترل بیشتر در فرد می‌شود اشاره کرد. همچنین انتظار می‌رود در طرحواره درمانی با توجه به طرح‌واره‌هایی همچون استحقاق/بزرگ منشی و خویشنداری/ خود انضباطی ناکافی که در فاز شیدایی نمود بیشتری پیدا

می‌کند توانایی کنترل آشفتگی هیجانی بیشتری برای بیماران فراهم کند. همچنین نتایج به دست آمده با نتایج حاصل از پژوهش Cockram و همکاران (۲۱) همخوانی دارد، این پژوهشگران که درمان گروهی به همراه درمان فردی طرحواره درمانی یا درمان شناختی رفتاری را برای بیماران مبتلا به اختلال فشار روانی پس‌آسیبی (PTSD) ارائه نمودند، هر دو درمان را در بهبود هر ۱۸ طرحواره به جز طرحواره گرفتار (که تغییر در آن کوچک بوده است) مؤثر یافتند. در زمینه‌ای نزدیک، پژوهشی طرحواره درمانی را در جهت تعدیل طرحواره‌های ناسازگار اولیه‌ی زنان افسرده اجرا کرده است. بنابر نتایج به دست آمده این درمان علاوه بر کاهش معنی‌دار این طرحواره‌ها بر بهبود اختلال افسردگی بیماران مؤثر بوده است (۲۲) که با نتایج به دست آمده از این پژوهش همخوانی دارد.

به طور کلی می‌توان گفت افزودن طرحواره درمانی به درمان دارویی بیماران دوقطبی می‌تواند با اصلاح تحریف‌های شناختی، بهبود هیجانات آسیب دیده، کمک به شناخت الگوهای آسیب‌زا و تغییرات رفتاری این بیماران در دست‌یابی به درمان مؤثرتر راهگشا باشد. اجرای درمان توسط یک درمانگر برای همه‌ی بیماران از نقاط قوت این پژوهش می‌باشد اما محدودیت زمانی در این پژوهش مانع از اجرای درمان در جلسات بیشتر و بررسی اثر درمان در بلند مدت شد.

تشکر و قدردانی

با سپاس از روان‌پزشک گرامی آقای دکتر نیلی پور و مسئولین مرکز پزشکی نور اصفهان و مدیریت مرکز مشاوره باران مهر شاهین شهر همچنین با سپاس از کلیه‌ی بیماران شرکت‌کننده در این پژوهش که با مشارکت خود امکان انجام این پژوهش را ممکن نموده‌اند.

References

1. Mendlewicz J, Souery D, Rivelli SK. Short-term and long-term treatment for Bipolar Patients: Beyond the Guidelines. *Journal of Affect Disord* 1999; 55(1):79-85.

2. Rashedi E, Sohrabi F, Shams J. A Study of the Efficacy of Cognitive Behavior Therapy in Relapse Prevention of Bipolar Disorder. *Clinical Psychology & Personality (DaneshvaRaftar)* 2011- 2012 ; 3, (5): 49-64.[In Persian].
3. Goodwin Fk, Fireman B, Simon GE, HunkelerEM, Lee J, Revicki D.Suicide Risk in Bipolar Disorder During Treatment with Lithium and Divalproex. *Jama* 2003; 290(11):1467-73.
4. Harrow M, Goldberg JF, Grossman LS, MeltzerHY. Outcome in Manic Disorders. A Naturalistic Follow-Up Study. *Arch Gen Psychiatry* 1990; 47:665-671.
5. GitlinMJ, SwendsenJ, Heller TL, Hammen C. Relapse and Impairment in Bipolar Disorder. *Am J Psychiatry*1995; 152(11):1635-40.
6. Scott J. Psychotherapy for Bipolar Disorder. *Br J Psychiatry* 1995;167:581-8.
7. Newman Cf.Cognitive Behavior Therapy .1sted. New York:Brunner-RoutledgeTaylar And Francis Group 2002; 71-96
8. De Andrés RD, Aillon N, Bardiot MC, BourgeoisP, MertelsnerfinF, Romailier G, et al.Impactof the Life Goals Group Therapy Program for Bipolar Patient: an Open Astudy. *J Affectdisord* 2006;93(1-3):253-7.
9. Yang JE, Klosko JS, Weishaar ME. Schema Therapy A Practitioners Guide. *Trans.HamidpourH, AndouzZ.Tehran: Arjmand; 2011. P. 368.*
10. Nilsson AK, Jorgensen CR, Straarup KN, Wentzerlicht R. Severity of Affective Temperament and Maladaptive Self-Schemas Differentiate Borderline Patients, Bipolar Patients, and Controls. *Compr Psychiatry* 2010;51(5):486-91.
11. Hawke LD, ProvencherMD. Early Maladaptive Schemas Among Patients Diagnosed with Bipolar Disorder. *Journal of Affective Disorders* 2011;133: 428–36.
12. Hawke LD, ProvencherMD, Arntz A.Early Maladaptive Schemas in the Risk for Bipolar Spectrum Disorders. *J Affect Disord*2011; 33(3):428-33.
13. New AS, Triebwasser J, Charney Ds. The Case for Shifting Borderline Personality Disorder to Axis I. *Biol Psychiatry* 2008; 64(8):653-9.
14. Baratian H, Barekataan M, Molavi H, Mosavi N. A Six Months Follow Up of Symptom Severity and Quality of Life in Bipolar I Patients after Discharge. *J Res BehavSci* 2013; 11(1): 10-7. [In Persian].
15. Ebrahimi A, Barekataan M,Bornamanesh A,NassiriH. Psychometric properties of Farsi version of Bipolar Depression Rating Scale (BDRS) in patients and general population. *Iranian Journal of Psychiatry and Clinical Psychology* 2015; 21(1): 60-8.
16. Shabani A, Akbari M, Dadashi M. Reliability and Validity of the Bipolar Depression Rating Scale on an Iranian Sample. *Archives of Iranian Medicine* 2010; 13 (3): 217- 22.[In Persian].
17. Ghiasi M, Molavi H, Neshat H, Salavati M. The Factor Structure of Farsi Version of Young Schema Questionnaire-S3 in Two Groups in Tehran. *Journal of Psychological Achievements. Journal of Education & Psychology* 2011; 4 (1): 93 - 118.[In Persian].
18. Kazemi H, Rasoulzade-Tabatabaei SK, Dezhkam M, Azad-Fallah P, MomeniKh. Comparison of Cognitive Analytic Therapy, Cognitive Therapy and Medication on Emotional Instability, Impulsivity and Social Instability in Bipolar II Disorder. *Journalof Behavioral Sciences* 2011; 5(2): 91-9.[In Persian].
19. Weber B, Jermann F, Gex-FabryM,NalletA,Bondolfi G, Aubry JM. Mindfulness-Based Cognitive Therapy for Bipolar Disorder: A Feasibility Trial. *Eur Psychiatry* 2010; 25:334-7.
20. TalebiZadeh M, Shahmir E, JafariFard S. Effectiveness Of Mindfulness-Based Cognitive Therapy in the Decrease of Depression and Maniac Symptoms of Individuals Diagnosed with Bipolar Disorder. *AndishehvaRaftar (Applied Psychology)* 2013; 7 (26) 17 - 26.[In Persian].
21. Cockram DM, Drummond PD, Lee Cw. Role and Treatment of Early Maladaptive Schemas in Vietnam Veterans with PTSD.*ClinpsycholPsychother* 2010; 17(3):165-82.
22. Honarparvaran N, Naziri Gh, Mohammadnejad M. The Effectiveness of Group 22 Schema Therapy on Adjusting Early Maladaptive Schema Among Depressed Women: *Sociology of Women. Journal of Woman and Society* 2010;1 (1): 129 - 43.[In Persian].

Effectiveness of schema therapy in symptom reduction and adjustment of early maladaptive schemas in patients with type I and II bipolar disorder

Davoud Ghaderi ¹, Mohsen Maroufi ², Amrollah Ebrahimi ³

Original Article

Abstract

Aim and Background: the aim of this study was to evaluate effectiveness of schema therapy in reducing symptoms and adjusting early maladaptive schemas in patients with bipolar disorder. The purpose was to identify patient's maladaptive schemas and attempt to modify or change them.

Methods and Materials: Subjects included 30 patients, 10 men and 20 women that were chosen by convenience sampling from visitors of Nour Medical Center, two mental health clinics in Isfahan and Baran 'e' Mehr counselling center in Shahin Shahr. They were diagnosed with bipolar disorder (type I or II) by a psychiatrist using DSM-IV-TR and receiving medical treatment, were randomly put in two groups. Test group received medical treatment with schema therapy and the control group received only medical treatment. Young mania rating scale (YMRS), bipolar depression rating scale (BDRS) and Young schema questionnaire (YSQ3) were used before and after treatment. Data were analyzed by multivariate analysis of variance and covariance using SPSS 18.0.

Findings: Controlling the covariate variable, differences between two groups after the intervention were significant for all three variables of symptoms of mania and depression and early maladaptive schemas ($P < 0.01$).

Conclusions: schema therapy as an adjuvant psychological treatment with medication can be effective in reducing symptoms and adjusting the early maladaptive schemas in patients with bipolar disorder, therefore providing regular protocols for schema therapy and adding it to medical treatment is suggested.

Keywords: Bipolar Disorder, Schema Therapy, Early Maladaptive Schemas

Citation: Ghaderi D, Maroufi M, Ebrahimi A. **Effectiveness of schema therapy in symptom reduction and adjustment of early maladaptive schemas in patients with type I and II bipolar disorder**. *J Res Behave Sci* 2015; 13(3): 400-408

Received: 07.03.2015

Accepted: 25.10.2015

1. Department of Clinical Psychology, Isfahan (Khourasgan) Branch, Islamic Azad University, Isfahan, Iran
2. Associate Professor, Behavioral Sciences Research Center, Department of Psychiatry, Faculty of Medicine, Isfahan University of Medical Sciences, Isfahan, Iran (Corresponding Author) Email: maroufi@med.mui.ac.ir
3. Associate Professor, Psychosomatic Research Center, Isfahan University of Medical Sciences, Isfahan, Iran