DOI: 10.22122/rbs.v16i2.1934 Published by Vesnu Publications

تأثیر سایکودرام در بازتوانی هیجانی بیماران مبتلا به اختلال دو قطبی نوع یک

مسعود باقری[1]، فهیمه سعادت[2]، فرزانه پولادی[3]

مقاله پژوهشی

چکیده

زمینه و هدف: بازشناسی تظاهرات چهره‌ای هیجانات، جزء اصلی ارتباطات غیر کلامی به شمار می‌رود و نقص در این توانایی، با ضعف در ارتباط اجتماعی همراه می‌باشد. اختلال دو قطبی از جمله اختلالاتی است که با این نقص مشخص می‌شود. هدف از انجام پژوهش حاضر، بررسی تأثیر سایکودرام در بازتوانی هیجانی بیماران مبتلا به اختلال دو قطبی بود.

مواد و روش‌ها: این مطالعه تجربی به صورت پیش‌آزمون، پس‌آزمون و همراه با گروه شاهد انجام شد. با استفاده از روش نمونه‌گیری هدفمند، ۲۰ آزمودنی که توسط روان‌پزشک بر اساس ملاک‌های Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders-5th Edition (DSM-V)، تشخیص بیماری دو قطبی را دریافت کرده بودند، انتخاب شدند و به صورت تصادفی در دو گروه آزمایش و شاهد قرار گرفتند. گروه آزمایش طی ۸ جلسه، تحت درمان سایکودرام قرار گرفت. نمرات پرسش‌نامه بازتوانی هیجانی هر دو گروه قبل و پس از مداخله و در مرحله پیگیری شش ماهه جمع‌آوری و با استفاده از آزمون Repeated measures ANOVA تجزیه و تحلیل گردید.

یافته‌ها: افزایش معنی‌داری در نمرات مراحل پس‌آزمون و پیگیری در مقایسه با نمرات پیش‌آزمون گروه آزمایش مشاهده شد ($\eta^2 = ۰/۷۳$، $P < ۰/۰۰۱$، $F_{(۲,۳۶)} = ۴۹/۸۷$). همچنین، یافته‌های بین گروهی بیانگر وجود تفاوت معنی‌دار بین دو گروه آزمایش و شاهد بود ($\eta^2 = ۰/۵۸$، $P < ۰/۰۵۰$، $F_{(۱ و ۱۸)} = ۵/۳۲$).

نتیجه‌گیری: به نظر می‌رسد که سایکودرام در افزایش بازتوانی هیجانی بیماران مبتلا به اختلال دو قطبی مؤثر می‌باشد. بنابراین، به عنوان یک روش درمانی تأثیرگذار برای این بیماران توصیه می‌شود.

واژه‌های کلیدی: بازتوانی، اختلال دو قطبی، سایکودرام

ارجاع: باقری مسعود، سعادت فهیمه، پولادی فرزانه. **تأثیر سایکودرام در بازتوانی هیجانی بیماران مبتلا به اختلال دو قطبی نوع یک.** مجله تحقیقات علوم رفتاری ۱۳۹۷؛ ۱۶ (۲): ۱۸۱-۱۷۵

دریافت مقاله: ۱۳۹۶/۱۲/۱۷ پذیرش مقاله: ۱۳۹۷/۲/۲۲ تاریخ چاپ: ۱۳۹۷/۴/۱۵

مقدمه

شش هیجان کلی شامل «شادی، غم، خشم، ترس، تنفر و تعجب» وجود دارد که با اشکال خاصی از ماهیچه‌های صورت و با پردازش در مدارهای عصبی خاصی مرتبط می‌باشند. پردازش هیجانات چهره در دامنه‌ای از تفسیر محرک تا آمادگی برای پاسخ رفتاری مناسب قرار دارد (۱). درک هیجان از روی نشانه‌های غیر کلامی، برای تعاملات اجتماعی انسان مهم و حیاتی است و باید گفت که بازشناسی تظاهرات چهره‌ای هیجانات، جزء اصلی ارتباطات غیر کلامی می‌باشد (۲). بر طبق نتایج چندین مطالعه، توانایی درک هیجان با شایستگی اجتماعی ارتباط دارد و حتی می‌تواند عملکرد کاری و زندگی مستقلانه را پیش‌بینی کند (۳) و به همین دلیل، نقص در این صلاحیت اساسی با عملکرد اجتماعی ضعیف ارتباط می‌یابد (۴). بسیاری از اختلالات روان‌شناختی به وسیله نقص یا اشتباه در تشخیص هیجان مشخص می‌شود که از آن جمله می‌توان به اختلالات اسکیزوفرنی (۵)، اضطراب (۶) و اختلال دو قطبی (۷) اشاره کرد.

سازمان بهداشت جهانی، اختلال دو قطبی را یکی از علل برجسته ناتوانی در سراسر دنیا می‌داند. این اختلال به طور اولیه به وسیله حالات خلقی ناکارامد شدید مشخص می‌شود که بین مانیا (Mania) یا هیپومانیا (Hypomania) و افسردگی در نوسان است. این مشخصه در بی‌ثباتی خلقی، نوعی اختلال در شبکه‌های عصبی را که درگیر پردازش و تنظیم هیجانی هستند، پیشنهاد می‌کند (۸). مشخص شده است که اختلال دو قطبی با نقص در بازشناسی هیجانی چهره همراه است (۹). تحقیقات نشان داده‌اند که بیماران مبتلا به اختلال دو قطبی، در شناسایی هیجانات خاص دقت کمتر و غیر طبیعی در مقایسه با گروه شاهد دارند (۱۰). دلیل صدمات کلی یافت شده، حتی در طول دوره بهبودی اختلال دو قطبی نیز نقص در پردازش هیجانی همچنان مشاهده می‌شود (۷). تشخیص هیجانی غیر عادی در بیماران مبتلا به اختلال دو قطبی می‌تواند به دلیل نقص خاص در پردازش هیجانات چهره‌ای باشد. اگرچه پژوهش‌ها به نقص هیجانات به طور کلی اشاره کرده‌اند (۱۱، ۷)، اما برخی مطالعات بیان نمودند که نقص در بازشناسی هیجانی در اختلال دو قطبی، منحصر به هیجانات خاصی می‌باشد (۱۲).

۱- دانشیار، گروه روان‌شناسی، دانشکده ادبیات و علوم انسانی، دانشگاه شهید باهنر کرمان، کرمان، ایران
۲- کارشناس ارشد، گروه روان‌شناسی، دانشکده ادبیات و علوم انسانی، واحد ساری، دانشگاه آزاد اسلامی، ساری، ایران
۳- دانشجوی دکتری، گروه روان‌شناسی، دانشکده ادبیات و علوم انسانی، دانشگاه شهید باهنر کرمان، کرمان، ایران
نویسنده مسؤول: مسعود باقری Email: mb.bagheri196@gmail.com

[Downloaded from rbs.mui.ac.ir on 2024-10-12]
[DOR: 20.1001.1.17352029.1397.16.2.8.6]
[DOI: 10.52547/rbs.16.2.175]

تحقیقات نتایج مختلفی را در شناسایی هیجانی بیماران مبتلا به اختلال دو قطبی گزارش کرده‌اند. در مواردی مشاهده شده است که بیماران مبتلا به اختلال دو قطبی، نوع عملکرد کلی تخریب شده‌ای را به خصوص برای تظاهرات منفی از جمله ترس و تنفر نشان می‌دهند (۱۳). در پژوهش انجام شده بر روی بیماران مبتلا به اختلال دو قطبی نوع یک و گروه شاهد، بیماران در مقایسه با گروه شاهد مشکلات بیشتری را درباره همه تظاهرات هیجانی به خصوص در برداشت غلط از غم و ترس داشتند (۷). مشخص شده است که آزمودنی‌های مبتلا به اختلال دو قطبی نسبت به گروه شاهد در شناسایی تظاهرات چهره‌ای تعجب و ترس دقت کمتری داشتند (۱۲). آزمودنی‌های مبتلا به اختلال افسردگی و دو قطبی، دقت کمتری را در تظاهرات هیجانی به طور کلی نشان دادند (۱۰). نتایج مطالعه‌ای گزارش کرد که بیماران مبتلا به اختلال دو قطبی نوع یک و دو در مقایسه با گروه شاهد، تفاوتی برای هیجانات قایل نبودند (۱۴). پژوهش دیگری نتیجه‌گیری کرد که بازشناسی بالای هیجان تنفر در میان بیماران مبتلا به اختلال دو قطبی در مقایسه با گروه شاهد همتا شده وجود دارد (۱۵). هنگامدیدن چهره‌های طبیعی که به تدریج به ابراز هیجانی تغییر می‌یافت، مشخص گردید که بیماران مبتلا به اختلال دو قطبی و بیماران با بی‌نظمی شدید خلقی، به اطلاعات هیجانی بیشتری نیاز دارند (۱۱). Kohler و همکاران با انجام یک متاآنالیز که در آن نواقص تشخیص هیجان را در ۵۱ تحقیق (شامل ۳۱ مطالعه بر روی بیماران مبتلا به اختلال دو قطبی و ۲۰ مطالعه دیگر بر بیماران مبتلا به اختلال افسردگی) بررسی کردند، به این نتیجه رسیدند که هر دو گروه در شناسایی ۶ هیجان اصلی دچار صدماتی بودند و البته بین دو گروه تفاوت چندانی وجود نداشت. بر این اساس، شدت علایم بیماری با نقص بیشتر در تشخیص هیجانی همراه بود (۹).

هنر و به طور خاص نمایش، همواره به عنوان شیوه‌ای برای کشف احساسات، هیجانات و ضعف روانی در نظر گرفته شده است. از زمان یونان باستان، نمایش نقش تصفیه‌کنندگی و نماینده سمبلیک واقعیت و آزاد از شرایط اجتماعی بوده است که اغلب افراد را در زندگی روزانه‌شان محدود می‌کند (۱۶). سایکودرام یک نوع روان درمانی گروهی است که بر پایه عمل قرار دارد و در آن افراد بر روی جنبه‌های فردی و اجتماعی‌شان به عنوان یکی از اعضای گروه، کار می‌کنند. این روش به وسیله Jacob L. Moreno کسی که روان درمانی گروهی را رشد داد، خلق گردید (۱۷). بر طبق تعریف، سایکودرام به طور هدفمند از تکنیک‌های درام و مدل‌های مبتنی بر نمایش استفاده می‌کند تا خلاقیت و توانایی‌های پرمعنای بیمار را مورد تشویق قرار دهد. این روش به مراجعان کمک می‌کند تا داستانشان را بگویند، احساساتشان را ابراز نمایند، اهداف را تعیین کنند و تجارب درونی خود را گسترش دهند و نقش‌های جدید و کامل‌تری را که تاکنون کشف نکرده‌اند، امتحان نمایند (۱۸). هدف کلی سایکودرام بر اساس این ایده که هنر مبتنی بر ارتباطات است، استوار است. در سایکودرام از تکنیک‌هایی به منظور خلق یک فضای امن استفاده می‌گردد و با کار از طریق موضوعات فردی، سعی می‌شود دیدگاه‌های جدید و یا راه‌حل‌های متناوبی کشف گردد (۱۹). سایکودرام از طریق داستان‌ها موجب اجتماع‌پذیری، از طریق طنز باعث افزایش تیزفهمی ذهنی و از طریق بدیهه‌گویی باعث کمک به مسایل زندگی می‌شود (۲۰). تئاتر می‌تواند در کاهش مکانیزم دفاعی، کاهش نشانه‌های خاص و بهبود کیفیت زندگی در طول دوره بستری در بیمارستان در بیماران دارای اختلال خوردن مؤثر باشد (۱۶). مطالعه‌ای نشان داد که سایکودرام موجب کاهش افسردگی در زنان مبتلا به اختلال روانی مزمن شده است (۲۱). در پژوهشی تأثیر سایکودرام در بیماران مبتلا به Human immunodeficiency virus (HIV) با کاهش علایم افسردگی و ترس از مرگ همراه بود (۱۷). همچنین، نتایج یک تحقیق حاکی از آن بود که سایکودرام موجب کاهش علایم افسردگی در بیماران مبتلا به Multiple sclerosis (MS) می‌شود (۲۲).

نتایج مطالعات صورت گرفته نشان داده‌اند که شناخت اجتماعی، پیش‌بینی‌کننده مهمی در عملکرد روانی- اجتماعی بهینه بیماران روان‌پریش می‌باشد (۲۳). تصور بر این است که درک هیجانی، اولین قدم در پاسخ پاسازگانه به هیجانات دیگران است و حتی تحقیقات به این نتیجه رسیده‌اند که درک صحیح از هیجانات دیگران، با کیفیت بالاتر زندگی مرتبط است (۲۴) و این که توانایی درک هیجان، یک پیش‌بینی‌کننده اصلی کیفیت زندگی در بیماران مبتلا به اختلال دو قطبی محسوب می‌شود (۲۵). بنابراین، تعامل اجتماعی موفقیت‌آمیز به شدت بر توانایی تفسیر درست هیجانات افرادی متکی است که ما با آن‌ها در تعامل هستیم. نقص در تفسیر صحیح حالات چهره، می‌تواند منجر به بروز یک اختلال اجتماعی مهم شود (۲۶) و این نواقص در اختلالات سایکوتیک از جمله اسکیزوفرنی (۲۷) و اختلال دو قطبی به خوبی ثابت شده است (۲۸). از طرف دیگر، تحقیقاتی با دوره‌های پیگیری کوتاه مدت نشان داده‌اند که درمان استاندارد مانند مصرف داروهای ضد روان‌پریش، تأثیر چندانی در بهبود عملکرد در جهت درک هیجان نداشته است (۲۹). همچنین، مشخص شده است که مصرف داروها در بازتوانی شناختی بیماران سایکوتیک تأثیر چندانی ندارد (۳۰). مطالعاتی نتیجه‌گیری کرده‌اند که نقص در ادراک هیجان می‌تواند با وجود بهبودی در اختلال دو قطبی، همچنان ادامه داشته باشد (۷).

با توجه به این که اختلال دوقطبی دارای ناهمگونی زیادی در عملکرد روانی- اجتماعی است (۲۵) و از آن‌جا که دارو به عنوان خط اول درمان این بیماران، تأثیر چندانی در بهبود ادراک هیجانی آن‌ها ندارد، اگر در پژوهش حاضر بتوان تأثیرات سایکودرام را در اختلال دو قطبی نشان داد و چگونگی اثربخشی آن را در طول جلسات درمانی ارزیابی کرد، می‌توان از این تکنیک درمانی به عنوان درمان مکمل استفاده نمود و گامی را در جهت بهبود تنظیم هیجان این نوع از اختلال برداشت. در این راستا، سؤال اصلی این است آیا سایکودرام تأثیری بر بازتوانی هیجانی بیماران مبتلا به اختلال دو قطبی نوع یک دارد؟

مواد و روش‌ها

این مطالعه در قالب طرح تجربی با پیش‌آزمون و پس‌آزمون همراه با پیگیری انجام شد. جامعه آماری شامل همه بیماران مراجعه‌کننده به مرکز توان‌بخشی اعصاب و روان بهروان ساری در سال ۱۳۹۵ بود که توسط روانپزشک و بر اساس ملاک‌های تشخیصی Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders-5th Edition (DSM-V)، تشخیص اختلال دو قطبی را دریافت نمودند. از کلیه بیمارانی که به مرکز توان‌بخشی مراجعه کرده بودند، ۲۰ نفر که دارای ملاک‌های ورود به پژوهش بودند، به صورت نمونه‌گیری هدفمند انتخاب شدند و بعد از همسان‌سازی ویژگی‌های دموگرافیک، به صورت تصادفی در دو گروه آزمایش و شاهد (هر گروه ۱۰ نفر) قرار گرفتند.آزمودنی‌های هر دو گروه از بین بیماران مبتلا به اختلال دو قطبی نوع یک انتخاب شدند که از مجموع سایر بیماران روانی، بیشترین ارجاع را به مرکز توان‌بخشی داشتند. معیارهای ورود به

http://rbs.mui.ac.ir
[Downloaded from rbs.mui.ac.ir on 2024-10-12]
[DOR: 20.1001.1.17352029.1397.16.2.8.6]
[DOI: 10.52547/rbs.16.2.175]

پژوهش برای هر دو گروه شامل داشتن علایم اختلال دو قطبی نوع یک بر اساس ملاک‌های تشخیصی DSM-V، دارا بودن تحصیلات حداقل ابتدایی، پذیرش و تکمیل فرم رضایت کتبی جهت شرکت در پژوهش و شرکت در تمام جلسات درمان بود. غیبت بیش از دو جلسه از جلسات درمانی، دارا بودن نشانه‌های سایکوتیک، اختلال شخصیت، سوء مصرف مواد که در طی مصاحبه و ارزیابی اولیه مورد شناسایی قرار می‌گرفت، نیز به عنوان معیارهای خروج در نظر گرفته شد.

مصاحبه بالینی ساختار یافته: این ابزار، مصاحبه‌ای انعطاف‌پذیر است که برای اولین بار در سال ۱۹۹۵ توسط First و همکاران تهیه شد. این مصاحبه برای تشخیص اختلالات روانی اعتبار خوبی دارد (۳۱).

آزمون بازشناسی بیان چهره‌های هیجان: این آزمون در سال ۱۹۷۶ توسط Ekman و Friesen طراحی شد و شامل ۳۶ عکس سیاه و سفید است که ۶ هیجان اصلی (غم، شادی، خشم، نفرت، ترس و تعجب) را نشان می‌دهد و آزمودنی باید با نگاه کردن به هر یک از تصاویر، بتواند هیجان مورد نظر را بازشناسی کند و آن را حدس بزند. ضریب پایایی به روش بازآزمایی این آزمون به فاصله یک هفته، ۰/۸۵ گزارش شده است (۳۲). قاسم‌پور روایی ملاکی آزمون بازشناسی بیان چهره‌های هیجان را از طریق روایی همزمان در بیماران مبتلا به اسکیزوفرنی مورد بررسی قرار داد. روایی ملاکی همزمان این آزمون با آزمون حافظه Wechsler برابر با ۰/۴، پرسش‌نامه پردازش اطلاعات ۰/۳۲ و بازداری پاسخ ۰/۲۵- به دست آمد. همچنین، ضریب همسانی درونی آزمون در بیماران مبتلا به اسکیزوفرنی، ۰/۶۴ محاسبه گردید (۳۳).

در ابتدا شرکت‌کنندگان گروه آزمایش پرسش‌نامه بازتوانی هیجانی را تکمیل کردند. سپس تحت مداخله درمانی قرار گرفتند. مداخله به مدت ۸ هفته و هر هفته یک جلسه ۹۰ دقیقه‌ای به طول انجامید. پس از طی شدن جلسات درمانی، افراد مجدد پرسش‌نامه بازتوانی هیجانی را تکمیل نمودند. همچنین، برای پیگیری نتایج درمان، آزمودنی‌ها پرسش‌نامه بازتوانی هیجانی را به عنوان پیگیری شش ماهه پاسخ دادند. در هر جلسه از مطالعه، به آموزش یک هیجان به صورت بازی، نمایش و تئاتر پرداخته می‌شد. هیجاناتی که آموزش داده شد، به ترتیب جلسات شامل جلسه اول: تنفر، جلسه دوم: خشم، جلسه سوم: ترس، جلسه چهارم: تعجب، جلسه پنجم: شادی و جلسه ششم: غم بود. جلسات هفتم و هشتم به صورت ترکیبی از همه هیجانات صحبت گردید. گروه شاهد نیز پرسش‌نامه بازتوانی هیجانی را در ابتدا تکمیل کردند و بدون این که مداخله‌ای دریافت کنند، پس از گذشت ۸ هفته و سپس شش ماه پرسش‌نامه بازتوانی هیجانی را به عنوان پس‌آزمون تکمیل نمودند.

یافته‌ها

در مجموع، ۲۰ نفر شامل ۹ مرد و ۱۱ زن در مطالعه حاضر شرکت نمودند که در دو گروه قرار داشتند. سن افراد مشارکت‌کننده بین ۲۳ تا ۳۹ سال با میانگین ۳۲/۱۰ سال بود. همه افراد دو گروه بیکار بودند و از نظر تحصیلات، ۶ نفر مدرک تحصیلی زیر دیپلم و ۱۴ نفر مدرک دیپلم داشتند.

در پژوهش حاضر از آزمون Repeated measures ANOVA استفاده شد و پیش از استفاده، مدل مفروضه‌های آن مورد بررسی قرار گرفت. مفروضه اول: برای بررسی نرمال بودن داده‌ها، آزمون Shapiro-Wilk مورد استفاده قرار گرفت که معنی‌داری داده‌ها بالای ۵ درصد بود و این یافته نرمال بودن داده‌ها را نشان می‌دهد. مفروضه دوم: با بررسی آزمون کرویت Mauchly، واریانس تفاوت بین همه ترکیبات مربوط به گروه‌ها، یکسان می‌باشد ($P > ۰/۰۵۰$). مفروضه سوم: نتیجه آزمون Box's M نشان داد که کواریانس مشاهده شده در بین گروه‌های مختلف برابر می‌باشد ($P > ۰/۰۵۰$). مفروضه چهارم: بررسی همگنی واریانس‌های خطای متغیر وابسته در بین گروه‌ها با استفاده از آزمون Levene، بیانگر همگنی واریانس در بین گروه‌ها می‌باشد ($P > ۰/۰۵۰$).

میانگین نمرات پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری دو گروه آزمایش و شاهد در جدول ۱ ارایه شده است. بر اساس یافته‌های مربوط به جدول ۱، نمرات به دست آمده در گروه آزمایش به ترتیب در پیگیری و پس‌آزمون بالاتر از پیش‌آزمون بود؛ در حالی که این نمرات در گروه شاهد تغییر چندانی نداشت.

جدول ۱. میانگین سه بار اندازه‌گیری آزمون بازتوانی هیجانی در دو گروه آزمایش و شاهد

گروه	آزمایش	شاهد
آزمون	میانگین ± انحراف معیار	میانگین ± انحراف معیار
پیش‌آزمون	۲۱/۳۰ ± ۳/۶۲	۲۰/۳۰ ± ۴/۴۷
پس‌آزمون	۲۵/۹۰ ± ۴/۹۹	۲۱/۵۰ ± ۴/۴۷
پیگیری	۲۸/۷۷ ± ۴/۴۶	۲۰/۹۰ ± ۴/۳۸

نتایج آزمون کرویت Mauchly، برقراری شرط کرویت را تأیید کرد($P > ۰/۰۵۰$). با قبول فرض کرویت، از مقدار آماره F برای انجام آزمون بازتوانی هیجانی در سه بار اندازه‌گیری و در مورد اثرات درون آزمودنی استفاده گردید. نتایج این آزمون (جدول ۲) وجود تفاوت معنی‌دار آماری بین سه بار اندازه‌گیری را تأیید نمود ($P < ۰/۰۵۰$). مقدار F به دست آمده نشان داد که تفاوت معنی‌داری بین نمرات پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری وجود داشت. همچنین، نتایج بین گروهی به دست آمده بیانگر وجود تفاوت معنی‌دار بین دو گروه آزمایش و شاهد بود. در مجموع، سایکودرام در بازتوانی هیجانی بیماران مؤثر می‌باشد.

نتایج آزمون مقایسه زوجی Bonferroni نشان داد که مداخله سایکودرام در پس‌آزمون تأثیر داشت و نتایج آن در پیگیری معنی‌دار می‌باشد ($P < ۰/۰۵۰$).

جدول ۲. نتایج آزمون Repeated measures ANOVA اثرات درون گروهی و بین گروهی در آزمون بازتوانی هیجانی

منبع تغییرات	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	آماره F	مقدار P	مجذور اتا	توان آماری
زمان	۱۷۳/۴۶	۲	۸۶/۷۳	۴۹/۸۷	۰/۰۰۱	۰/۷۳	۱/۰۰
گروه	۲۹۳/۸۳	۱	۲۹۳/۸۳	۵/۳۲	۰/۰۳۰	۰/۲۲	۰/۵۸
زمان × گروه	۱۱۸/۲۶	۲	۵۹/۱۳	۳۴/۰۰	۰/۰۰۱	۰/۶۵	۱/۰۰

[Downloaded from rbs.mui.ac.ir on 2024-10-12]
[DOR: 20.1001.1.17352029.1397.16.2.8.6]
[DOI: 10.52547/rbs.16.2.175]

بحث و نتیجه‌گیری

ضعف در بازشناسی هیجانی، یکی از نشانه‌های بیماران مبتلا به اختلال دو قطبی است و موجب می‌شود که آن‌ها در تعاملات اجتماعی خود دچار آسیب شوند (۳۴). هدف از انجام مطالعه حاضر، بررسی تأثیر سایکودرام بر بازتوانی هیجانی بیماران بود.

نتایج پژوهش حاضر بیان‌کننده اثربخشی سایکودرام بر بهبود بازتوانی هیجانی بیماران مبتلا به اختلال دو قطبی می‌باشد و این یافته مؤید آن است که می‌توان از این روش درمانی برای افزایش بازتوانی هیجانی بیماران مبتلا به اختلال دو قطبی استفاده کرد. نتایج بررسی حاضر با تحقیقاتی که در آن از نمایش به عنوان یک مداخله درمانی برای درمان بسیاری از اختلالات و مشکلات اجتماعی استفاده شده است، همخوانی داشت. مطابق با نتایج مطالعات، سایکودرام موجب اجتماع‌پذیری، کاهش مکانیزم دفاعی بیماران، کاهش نشانه‌های خاص و بهبود کیفیت زندگی در طول دوره بستری در بیمارستان در بیماران دارای اختلال خوردن می‌شود (۱۶). همچنین، سایکودرام موجب کاهش افسردگی در زنان مبتلا به اختلال روانی مزمن می‌گردد (۲۱).

اختلال دو قطبی تغییرات خلقی را در دامنه‌ای از احساسات عمیق افسردگی تا حالات سرخوشی مضاعفی که مانیا نامیده می‌شود، نشان می‌دهد (۳۵). مشخصه اصلی اختلال دو قطبی، ناپایداری و نوسانات هیجانی خلق می‌باشد. افراد مبتلا به اختلال دو قطبی در تنظیم خلق و عاطفه خود دچار آسیب هستند و این امر اغلب با نواقص عصب‌شناختی همراه است که خود را به صورت نقص در شناخت و نشانه‌گذاری حالات چهره‌ای نشان می‌دهد (۳۶). تحقیقات تصویربرداری مغز نیز کاهش فعالیت در نواحی احساسات چهره و از طرف دیگر، فعالیت نواحی پردازش بینایی را نشان می‌دهد (۳۷). در پژوهشی مشخص گردید که فعالیت بیش از اندازه نواحی آمیگدال، پره‌فرونتال و نواحی دیداری می‌تواند در بدکارکردی هیجانی بیماران مبتلا به اختلال دو قطبی نقش داشته باشد (۳۸). مطالعات درک هیجان و تولید عاطفه در اختلال دو قطبی پیشنهاد می‌کنند که تفسیر غلط از یک محرک خنثی، اختلال در بازداری هیجانی یا فعالیت بیش از اندازه عصبی در نواحی لیمبیک در طول ارزیابی یک ماده هیجانی، می‌تواند پاسخ‌های هیجانی نامناسب و یا افراطی را فراخوانی کند که تنظیم آن را با مشکل مواجه می‌سازد (۳۹).

تشخیص حالات هیجانی چهره، دامنه مهمی از پردازش هیجان را در برمی‌گیرد که شامل شناسایی، ارزیابی، درک و تنظیم هیجان می‌باشد (۴۰). پردازش هیجان شامل تعیین و ارزیابی محرک اصلی و همچنین، تنظیم پاسخ هیجانی نسبت به محرک است. توانایی تشخیص محتوای هیجانی بر اساس صورت، کلام یا زبان بدن صورت می‌گیرد که از عناصر اصلی ارتباط غیر کلامی می‌باشند و از طرف دیگر، برای تعاملات بین فردی و عملکرد اجتماعی استفاده می‌شوند (۹). نقص در شناسایی هیجانی چهره می‌تواند در صدمات اجتماعی و عملکردی بیماران مبتلا به اختلال دو قطبی اضافه گردد؛ چرا که تجلیات چهره‌ای منبع مهمی از اطلاعات غیر کلامی به شمار می‌رود که به هدایت فرد در روابط بین فردی کمک می‌کند. مانند مواردی که در اختلال دو قطبی مشاهده می‌شود، پاسخ‌های هیجانی نامنظم می‌تواند منجر به بروز حالات خلقی آسیب‌زا شود. اختلال دو قطبی همواره با صدمات شناختی که مانع از عملکرد اجتماعی و شناختی بیماران می‌شود، همراه است (۳۶). پردازش هیجانی تنها بخشی از اجزای شناخت اجتماعی می‌باشد. از دیدگاه مفهومی و با توجه به مدل‌های سیستم عصبی، چهار فرایند شناخت اجتماعی شامل «تجربه، ذهنی‌سازی، تنظیم هیجان و درک نشانه‌های اجتماعی» مطرح شده است که هیجان بخشی از آن می‌باشد (۴۱). مطالعات بیان می‌کنند که این افراد مشکلاتی را در ذهنی‌سازی همچون تفسیر حالات ذهنی و روانی دیگران دارند (۴۲). برخی تحقیقات نشان داده‌اند که چنین بیمارانی در مواجهه با محرک خوشایند و همچنین، در پاسخ به محرک ناخوشایند در کسب تجربه و تنظیم هیجانی مختل عمل می‌کنند (۴۱).

تئوری ذهن مدل دیگری است که نقص هیجانی در بیماران را مورد توجه قرار می‌دهد و به عنوان توانایی تشخیص احساسات، نیات و انگیزه‌های دیگران تعریف می‌شود و به دو بخش شناختی و عاطفی تقسیم می‌گردد. عنصر شناختی مربوط به توانایی دریافت نقطه نظرات دیگران یا درک اعتقادات آن‌ها است، اما عنصر عاطفی تئوری ذهن، متشکل از توانایی استنباط هیجانات دیگران می‌باشد (۴۳). نقص در تئوری ذهن نه تنها در مراحل نشانه بیماری، بلکه در مرحله ایوتایمی اختلال دو قطبی نیز مشاهده شده است (۴۴).

سایکودرام نوعی روش درمانی است که به افراد کمک می‌کند تا به جای حرف زدن صرف درباره مشکلات اجتماعی و روانی‌شان، آن‌ها را حل کنند. درمانگران، سایکودرام را به عنوان رویکردی خودانگیز، بدون ساختار و غیر متمرکز می‌دانند که پاسخ هیجانی افراد را تقویت می‌نماید. در این راستا، نقش بازی کردن در سایکودرام فرصتی را فراهم می‌کند تا شیوه فکر کردن و نوع رفتار تغییر یابد. بر اساس تکنیک‌های این روش، درمانگر بیمار را تشویق می‌کند تا موقعیتی بالاتر را نقش بازی کند و این می‌تواند بینش بیمار را افزایش دهد و به بیمار کمک نماید تا مشارکت فعالانه‌تری را در بهبود خود داشته باشد (۴۵). مطالعات انجام شده در این حوزه درمانی نشان می‌دهد که سایکودرام موجب افزایش مهارت‌های خودابرازی می‌شود. بر طبق گزارش این پژوهش‌ها، تکنیک‌های تغییر نقش، خوش‌بینی و تفکرات منطقی را افزایش می‌دهد و از طرف دیگر، با استفاده از روش‌های شناختی، تفکرات غیر منطقی کاهش می‌یابد (۴۶).

نتایج تحقیق حاضر نشان داد که سایکودرام توانسته است با افزایش آگاهی و ارزیابی شناختی هیجانات در بیماران، موجب افزایش شناخت بیماران نسبت به هیجانات خود شود و با اجرای نقش و از طرف دیگر، تمریناتی در جهت شناسایی هیجانات مقابل بتوانند ادراک شناختی خود را نسبت به هیجانات دنیای پیرامون بالا ببرند. ادامه بررسی انجام شده پس از شش ماه پیگیری، اثرات مداخله را نشان داد. چنانچه نتایج به دست آمده در نمرات پیگیری و معنی‌داری آن بیانگر پایداری اثرات درمانی سایکودرام بوده است. نتایج نمرات پیگیری با پژوهش‌هایی که اثر سایکودرام را تحت پیگیری قرار دادند و اثربخشی آن را طولانی برآورد نمودند (۴۷)، همسو بود. از دیدگاه تئوری ذهن، می‌توان سایکودرام را تکنیکی دانست که با قرارگیری در نقش فرد دیگری بتواند باورها و هیجانات را از نگاه دیگری درک و تبیین نماید. در این تکنیک، درمان تنها در قالب آموزش هیجانات قرار ندارد، بلکه افراد با این روش نه تنها قادر خواهند بود هیجانات را درک و پردازش کنند، بلکه طبق مدل‌های سیستم عصبی یاد می‌گیرند چگونه به تجربه جدیدی دست یابند، از نشانه‌های اجتماعی استفاده کنند تا در نهایت، بتوانند هیجانات خود را منطبق با موقعیت تجربه شده تنظیم نمایند. اگرچه هدف از اجرای سایکودرام در مطالعه حاضر، افزایش توانمندی بیماران در بازشناسی هیجانات بود، اما می‌توان انتظار داشت که علاوه بر بهبود

http://rbs.mui.ac.ir
[Downloaded from rbs.mui.ac.ir on 2024-10-12]
[DOR: 20.1001.1.17352029.1397.16.2.8.6]
[DOI: 10.52547/rbs.16.2.175]

بازشناسی هیجان، بیماران به شناخت اجتماعی وسیع‌تری دست یابند. از دیگر ویژگی سایکودرام، تعاملی است که فرد را ملزم به برقراری رابطه با دیگری می‌کند. حضور در جمع گروهی ۱۰ نفره، فرصت تعامل اجتماعی بیشتری را برای هر یک از بیماران فراهم ساخت تا هیجانات خود را با یکدیگر به اشتراک بگذارند و در صورت داشتن تفسیری غلط و استنباطی نادرست از نشانه‌های اجتماعی، آن را اصلاح نمایند. بنابراین، هدف از آموزش هیجانات، بهبود روابط اجتماعی است. سایکودرام در عمل فرد را نه تنها تحت آموزش هیجانات قرار می‌دهد، بلکه موقعیتی را فراهم می‌کند تا آنچه را که در قالب تئوری فراگرفته است، در جهت بهبود روابط به کار بندد.

یکی از محدودیت‌های تحقیق حاضر، فقدان ارزیابی سطح توجه بیمار در زمان تکمیل آزمون بود. در نتیجه، وجود این محدودیت تمایز فقدان توجه از نقص هیجان را مشکل می‌سازد. پیشنهاد می‌شود مطالعات آینده با استفاده از ارزیابی‌های چندگانه بتوانند در تمایز از نقص توجه، ارزیابی دقیق‌تری از میزان نقص در هیجان داشته باشند.

یکی از مکانیزم‌های اصلی و دخیل در پردازش هیجانی که بدکارکردی آن تأثیر مستقیمی در تشخیص و پردازش هیجانی دارد، به عملکرد مغز مربوط است. محدودیت دیگر مطالعه، عدم استفاده از ابزارهای تشخیصی دقیق‌تر همچون Functional magnetic resonance imaging (fMRI)، Electroencephalography (EEG)، Event related potentials (ERP) و... در شناسایی آسیب مغزی و میزان اثربخشی مداخله در عملکرد مغز می‌باشد. با توجه به اهمیت مکانیزم عصب‌شناختی در تعیین و پردازش هیجانی، انتظار می‌رود پژوهش‌های آینده توجه بیشتری به بخش عصب‌شناختی مداخلات داشته باشند و آن را در مطالعات مورد استفاده قرار دهند.

سپاسگزاری

بدین وسیله نویسندگان از جناب آقای دکتر مزدرانی، مدیر مرکز توان‌بخشی، مسؤولان و بیماران مرکز توان‌بخشی بهروان که در انجام این پژوهش همکاری نمودند، تشکر و قدردانی به عمل می‌آورند.

References

1. Rocca CC, Heuvel E, Caetano SC, Lafer B. Facial emotion recognition in bipolar disorder: A critical review. Rev Bras Psiquiatr 2009; 31(2): 171-80.
2. Dalili MN, Penton-Voak IS, Harmer CJ, Munafo MR. Meta-analysis of emotion recognition deficits in major depressive disorder. Psychol Med 2015; 45(6): 1135-44.
3. Kee KS, Green MF, Mintz J, Brekke JS. Is emotion processing a predictor of functional outcome in schizophrenia? Schizophr Bull 2003; 29(3): 487-97.
4. Derntl B, Seidel EM, Kryspin-Exner I, Hasmann A, Dobmeier M. Facial emotion recognition in patients with bipolar I and bipolar II disorder. Br J Clin Psychol 2009; 48(Pt 4): 363-75.
5. Addington J, Saeedi H, Addington D. Facial affect recognition: A mediator between cognitive and social functioning in psychosis? Schizophr Res 2006; 85(1-3): 142-50.
6. Button K, Lewis G, Penton-Voak I, Munafo M. Social anxiety is associated with general but not specific biases in emotion recognition. Psychiatry Res 2013; 210(1): 199-207.
7. de Brito Ferreira FF, Gigante AD, Berutti M, Amaral JA, de Almeida KM, de Almeida Rocca CC, et al. Facial emotion recognition in euthymic patients with bipolar disorder and their unaffected first-degree relatives. Compr Psychiatry 2016; 68: 18-23.
8. Townsend J, Altshuler LL. Emotion processing and regulation in bipolar disorder: A review. Bipolar Disord 2012; 14(4): 326-39.
9. Kohler CG, Hoffman LJ, Eastman LB, Healey K, Moberg PJ. Facial emotion perception in depression and bipolar disorder: A quantitative review. Psychiatry Res 2011; 188(3): 303-9.
10. Schaefer KL, Baumann J, Rich BA, Luckenbaugh DA, Zarate CA Jr. Perception of facial emotion in adults with bipolar or unipolar depression and controls. J Psychiatr Res 2010; 44(16): 1229-35.
11. Rich BA, Grimley ME, Schmajuk M, Blair KS, Blair RJ, Leibenluft E. Face emotion labeling deficits in children with bipolar disorder and severe mood dysregulation. Dev Psychopathol 2008; 20(2): 529-46.
12. Summers M, Papadopoulou K, Bruno S, Cipolotti L, Ron MA. Bipolar I and bipolar II disorder: Cognition and emotion processing. Psychol Med 2006; 36(12): 1799-809.
13. Lembke A, Ketter TA. Impaired recognition of facial emotion in mania. Am J Psychiatry 2002; 159(2): 302-4.
14. Venn HR, Gray JM, Montagne B, Murray LK, Michael BD, Frigerio E, et al. Perception of facial expressions of emotion in bipolar disorder. Bipolar Disord 2004; 6(4): 286-93.
15. Harmer CJ, Grayson L, Goodwin GM. Enhanced recognition of disgust in bipolar illness. Biol Psychiatry 2002; 51(4): 298-304.
16. Pellicciari A, Rossi F, Iero L, Di Pietro E, Verrotti A, Franzoni E. Drama therapy and eating disorders: A historical perspective and an overview of a Bolognese project for adolescents. J Altern Complement Med 2013; 19(7): 607-12.
17. Karabilgin OS, Gökengin GB, Doganer I, Gökengin D. The effect of psychodrama on people living with HIV/AIDS. Eur J Psychother Couns 2012; 14(4): 317-33.
18. Orkibi H, Bar N, Eliakim I. The effect of drama-based group therapy on aspects of mental illness stigma. Arts Psychother 2014; 41(5): 458-66.
19. Silverman T. Drama Therapy Theoretical Perspectives. In: Brooke SL, Editor. Creative arts therapies manual: A guide to the history, theoretical approaches, assessment, and work with special populations of art, play, dance, music, drama, and poetry therapies. Springfield, IL: Charles C Thomas Publisher; 2006. p. 223-31.
20. Jennings SE. The ageing fool: The importance of humour and stimulus for older people. Dramatherapy 2005; 27(4): 14-6.

http://rbs.mui.ac.ir

[Downloaded from rbs.mui.ac.ir on 2024-10-12]

[DOR: 20.1001.1.17352029.1397.16.2.8.6]

[DOI: 10.52547/rbs.16.2.175]

21. Ebrahimi Belil F. P02-26-The effects of psychodrama on depression among women with chronic mental disorder. Eur Psychiatry 2011; 26: 621.
22. Dehnavi S, Hashemi SF, Zadeh-Mohammadi A. Effectiveness of psychodrama on reducing depression among multiple sclerosis patients. Int J Behav Sci 2015; 10(1): 32-5.
23. Horan WP, Green MF, DeGroot M, Fiske A, Hellemann G, Kee K, et al. Social cognition in schizophrenia, Part 2: 12-month stability and prediction of functional outcome in first-episode patients. Schizophr Bull 2012; 38(4): 865-72.
24. Hoertnagl CM, Muehlbacher M, Biedermann F, Yalcin N, Baumgartner S, Schwitzer G, et al. Facial emotion recognition and its relationship to subjective and functional outcomes in remitted patients with bipolar I disorder. Bipolar Disord 2011; 13(5-6): 537-44.
25. Fulford D, Peckham AD, Johnson K, Johnson SL. Emotion perception and quality of life in bipolar I disorder. J Affect Disord 2014; 152-154: 491-7.
26. Rossell SL, Van Rheenen TE, Joshua NR, O'Regan A, Gogos A. Investigating facial affect processing in psychosis: A study using the Comprehensive Affective Testing System. Schizophr Res 2014; 157(1-3): 55-9.
27. Rossell SL, Van Rheenen TE, Groot C, Gogos A, O'Regan A, Joshua NR. Investigating affective prosody in psychosis: A study using the comprehensive affective testing system. Psychiatry Res 2013; 210(3): 896-900.
28. Van Rheenen TE, Rossell SL. Auditory-prosodic processing in bipolar disorder; from sensory perception to emotion. J Affect Disord 2013; 151(3): 1102-7.
29. Harvey PD, Patterson TL, Potter LS, Zhong K, Brecher M. Improvement in social competence with short-term atypical antipsychotic treatment: A randomized, double-blind comparison of quetiapine versus risperidone for social competence, social cognition, and neuropsychological functioning. Am J Psychiatry 2006; 163(11): 1918-25.
30. Hurford IM, Kalkstein S, Hurford MO. Cognitive rehabilitation in schizophrenia-Strategies to improve cognition. Psychiatric Times 2011; 28(3): 43-7.
31. Segal D. Structured interviewing and DSM classification. In: Hersen M, Turner SM, Editors. Adult Psychopathology and Diagnosis.Hoboken, NJ: Wiley; 1997.
32. Ekman P, Friesen WV. Unmasking the face: A guide to recognizing emotions from facial clues. Upper Saddle River, NJ: Prentice-Hall, 1975.
33. Ghasempour A. Comparison of emotion facial expression from recognition and cognitive processing in schizophrenia and control people [MSc Thesis]. Ardabil, Iran: University of Mohaghegh Ardabili; 2011. p. 55-70. [In Persian].
34. Malhi GS, Ivanovski B, Hadzi-Pavlovic D, Mitchell PB, Vieta E, Sachdev P. Neuropsychological deficits and functional impairment in bipolar depression, hypomania and euthymia. Bipolar Disord 2007; 9(1-2): 114-25.
35. Degabriele R, Lagopoulos J, Malhi G. Neural correlates of emotional face processing in bipolar disorder: An event-related potential study. J Affect Disord 2011; 133(1-2): 212-20.
36. Malhi GS, Lagopoulos J, Sachdev PS, Ivanovski B, Shnier R, Ketter T. Is a lack of disgust something to fear? A functional magnetic resonance imaging facial emotion recognition study in euthymic bipolar disorder patients. Bipolar Disord 2007; 9(4): 345-57.
37. Delvecchio G, Sugranyes G, Frangou S. Evidence of diagnostic specificity in the neural correlates of facial affect processing in bipolar disorder and schizophrenia: A meta-analysis of functional imaging studies. Psychol Med 2013; 43(3): 553-69.
38. Wegbreit E, Cushman GK, Puzia ME, Weissman AB, Kim KL, Laird AR, et al. Developmental meta-analyses of the functional neural correlates of bipolar disorder. JAMA Psychiatry 2014; 71(8): 926-35.
39. Chen CH, Lennox B, Jacob R, Calder A, Lupson V, Bisbrown-Chippendale R, et al. Explicit and implicit facial affect recognition in manic and depressed States of bipolar disorder: A functional magnetic resonance imaging study. Biol Psychiatry 2006; 59(1): 31-9.
40. Mercer L, Becerra R. A unique emotional processing profile of euthymic bipolar disorder? A critical review. J Affect Disord 2013; 146(3): 295-309.
41. Madeira N, Caldeira S, Bajouco M, Pereira AT, Martins MJ, Macedo A. Social cognition, negative symptoms and psychosocial functioning in schizophrenia. Int J Clin Neurosci Ment Health 2016.
42. Savla GN, Vella L, Armstrong CC, Penn DL, Twamley EW. Deficits in domains of social cognition in schizophrenia: A meta-analysis of the empirical evidence. Schizophr Bull 2013; 39(5): 979-92.
43. Shamay-Tsoory S, Harari H, Szepsenwol O, Levkovitz Y. Neuropsychological evidence of impaired cognitive empathy in euthymic bipolar disorder. J Neuropsychiatry Clin Neurosci 2009; 21(1): 59-67.
44. Martino DJ, Strejilevich SA, Fassi G, Marengo E, Igoa A. Theory of mind and facial emotion recognition in euthymic bipolar I and bipolar II disorders. Psychiatry Res 2011; 189(3): 379-84.
45. Reisman MD. Drama therapy to empower patients with schizophrenia: Is justice possible? Arts Psychother 2016; 50: 91-100.
46. Kipper DA. , David A. The cognitive double: Integrating cognitive and action techniques. J Group Psychother Psychodrama 2002; 55(2-3): 93.
47. Karatas Z, Gokcakan DZ. The effect of group-based psychodrama therapy on decreasing the level of aggression in adolescents. Turk Psikiyatri Derg 2009; 20(4): 357-66.

http://rbs.mui.ac.ir

[Downloaded from rbs.mui.ac.ir on 2024-10-12]

[DOR: 20.1001.1.17352029.1397.16.2.8.6]

[DOI: 10.52547/rbs.16.2.175]

DOI: *10.22122/rbs.v16i2.1934* *Published by Vesnu Publications*

The Effectiveness of Psychodrama on Emotional Rehabilitation of Patients with Bipolar I Disorder

Masood Bagheri[1], Fahimeh Saadat[2], Farzaneh Pouladi[3]

Original Article

Abstract

Aim and Background: The main component of nonverbal communication is recognition of face expressions of emotions, and defect in this ability is associated with weakness in social communication. Bipolar disorder is a kind of disorder that is characterized by this defect. Thus, this study aimed to investigate the effect of psychodrama on emotional rehabilitation of patients with bipolar disorder.

Methods and Materials: This experimental study was carried out through pre- and post-test by control group. Using purposeful sampling method, 20 subjects were selected who were diagnosed with bipolar disorder by the psychiatrist according to Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders-5th Edition (DSM-5). Then, subjects were randomly assigned to two groups; experimental and control. The experimental group received 8 sessions of psychodrama treatment. The scores of the emotional rehabilitation questionnaire of both groups were collected before and after the intervention and in the follow-up period of 6 months, and then were analyzed by repeated measures of analysis of variance (ANOVA).

Findings: A significant increase in the scores of post-test and follow-up in comparison with that of pre-test in experimental group ($F_{(2,36)} = 49.87$, $P < 0.001$, $\eta^2 = 0.73$). Also, the between-group results showed a significant difference between the experimental and control groups ($F_{(1,18)} = 5.32$, $P < 0.050$, $\eta^2 = 0.58$).

Conclusions: It seems that psychodrama is effective in increasing the emotional rehabilitation of patients with bipolar disorder; so, it is recommended as an effective treatment for these patients.

Keywords: Rehabilitation, Bipolar disorder, Psychodrama

Citation: Bagheri M, Saadat F, Pouladi F. **The Effectiveness of Psychodrama on Emotional Rehabilitation of Bipolar I Disorder.** J Res Behav Sci 2018; 16(2): 175-81.

Received: 08.03.2018 Accepted: 12.05.2018 Published: 06.07.2018

1- Associate Professor, Department of Psychology, School of Literature and Humanities, Shahid Bahonar University of Kerman, Kerman, Iran
2- Department of Psychology, School of Literature and Humanities, Sari Branch, Islamic Azad University, Sari, Iran
3- PhD Student, Department of Psychology, School of Literature and Humanities, Shahid Bahonar University of Kerman, Kerman, Iran
Corresponding Author: Masood Bagheri, Email: mb.bagheri196@gmail.com

[Downloaded from rbs.mui.ac.ir on 2024-10-12]
[DOR: 20.1001.1.17352029.1397.16.2.8.6]
[DOI: 10.52547/rbs.16.2.175]