

مقایسه اثر بخشی درمان های تکمیلی آموزش روانی-فردی و آموزش روانی-خانواده بر علایم افسردگی و شیدایی بیماران دو قطبی نوع یک تحت درمان دارویی

سمانه قوشچیان چوبمسجیدی^۱، شاهرخ مکوند حسینی^۲، محمود نجفی^۳، ایمان الله بیگدلی^۴

تاریخ پذیرش: ۹۶/۰۴/۲۵

تاریخ وصول: ۹۵/۱۱/۱۳

چکیده

درمان‌های مکمل مانند آموزش روانی کانون توجه جامعه‌ی درمانی بیماران دوقطبی و بسیاری دیگر از بیماری‌های مزمن روانی و طبی قرار گرفته است. هدف پژوهش حاضر سنجش مقایسه اثر بخشی درمان‌های مکمل آموزش روانی-فردی و آموزش روانی-خانواده در کنار درمان روانپزشکی بیماران دوقطبی نوع یک، در قیاس با درمان روانپزشکی تنها در پیشگیری از بروز دوره‌های افسردگی و مانیا بوده است. پس از واریس معیارهای ورود و خروج یک نمونه ۶۶ نفری از بیماران دچار اختلال دوقطبی نوع یک با شیوه هدفمند انتخاب شدند. افراد به طور تصادفی در سه گروه آموزش روانی-فردی، آموزش روانی-خانواده و گروه کنترل قرار داده شدند. سنجش علایم افسردگی و شیدایی با استفاده از آزمون‌های سنجش شیدایی یانگ و سنجش افسردگی همیلتون صورت گرفت. افراد در سه نوبت پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری مورد سنجش واقع شدند. داده‌ها از پرسشنامه‌ها استخراج و با استفاده از تحلیل کوواریانس چند متغیری تحلیل شد. نتایج تحلیل‌های آماری در شیدایی تفاوت‌های معناداری را میان گروه‌های تحقیق نشان داد. گروه آموزش روانی-خانواده همراه با دارو درمانی در پس آزمون به گونه معنادار میانگین پایین‌تری از گروه کنترل (درمان روانپزشکی تنها) از نظر علایم شیدایی داشتند، اما در پی‌گیری تنها میانگین گروه آموزش روانی-خانواده از گروه کنترل در علایم شیدایی پایین‌تر بود. اثر معنادار دیگری بدست نیامد. آموزش روانی-خانواده علایم شیدایی بیماران را در کوتاه مدت و بلند مدت کنترل می‌کند. در مجموع می‌توان نتیجه گرفت که درمان

۱. دانشجوی دکتری روان‌شناسی دانشکده روان‌شناسی و علوم تربیتی دانشگاه سمنان

samaneh_641@yahoo.com

۲. دانشیار روان‌شناسی دانشکده روان‌شناسی دانشگاه سمنان (نویسنده مسؤل) shmakvand@semnan.ac.ir

۳. استادیار روان‌شناسی دانشکده روان‌شناسی و علوم تربیتی دانشگاه سمنان

۴. استاد روان‌شناسی دانشگاه فردوسی مشهد

مکمل آموزش روانی-خانواده در پیشگیری از عود غیره منتظره علائم اپسودیک شیدایی در بیماران دوقطبی نوع یک که تحت درمان روانپزشکی هستند، موثر است و در کنار درمان روانپزشکی آنان توصیه می‌شود. **واژگان کلیدی:** اختلال دوقطبی، آموزش روانی-فردی، آموزش روانی-خانواده، افسردگی، شیدایی

مقدمه

اختلال دوقطبی اختلالی مزمن، شدید و بدون بهبودی تلقی می‌شود. به نظر می‌رسد که اولین هدف درمانی در این اختلال، مهار حملات حاد بیماری و جلوگیری از بازگشت آن‌ها باشد (کیم، راپورت و راو، ۲۰۱۰). گرچه استفاده از تثبیت‌کننده‌های خلق، مانند لیتیوم^۲ و کاربامازپین^۳ در فرونشاندن این مراحل حاد و تثبیت خلق بیمار موثرند، اما بسیاری از این بیماران به صورت غیره منتظره بازگشت حملات بیماری^۴ را تجربه می‌کنند (ناکیدا، انوال و میرنب^۵، ۲۰۱۳). این امر بررسی عوامل دیگر را در مسئله عود غیره منتظره حملات افسردگی یا شیدایی این بیماران ضروری ساخته است (هاشیموتی^۶، ۲۰۱۰). مطالعات دیگر نشان داد، کنترل عوامل مختلف مانند عدم پایداری دارویی، باقی ماندن علائم مانیا و افسردگی و وجود اختلال‌های همبود در بیماران دوقطبی نوع اول خطر عود را به میزان بالایی کاهش می‌دهد و به نظر می‌رسد این امر به کمک درمان‌های روانشناختی مکمل میسر باشد که از میان این درمان‌های کمکی، آموزش روانی^۷ به صورت دو شکل مجزای: ۱- آموزش روانی-فردی^۸ و ۲- آموزش روانی-خانواده^۹، به میزان زیادی در سال‌های اخیر پیشنهاد شده‌اند (برنس، سیمپسون، گریفتس، هود، کرادوک و اسمیت^{۱۰}، ۲۰۱۱). هدف مطالعه حاضر آزمون تاثیر این دو نوع درمان تکمیلی بر بیماران دوقطبی نوع یک که تحت درمان با تثبیت‌کننده‌های خلق‌اند، از نظر پیشگیری از عود غیره منتظره حملات افسردگی و شیدایی آنان، بوده است.

1. Kim, Rapoport, Rao
2. lithium
3. carbamazepine
4. Lute
5. Nakigudde, Ehnvall, Mirembe
6. Hashimoto
7. psychoeducation
8. individual – psycho education
9. family psychoeducation
10. Barnes, Simpson, Griffiths, Hood Craddock & Smith

آموزش روانی در کل به مجموعه ای از درمان های مکمل اطلاق می گردد که با رویکردی نظام مند، ساختاریافته و آموزشی در ارتباط با بیماری و درمان آن عمل می کند. در واقع این روش با تدارک اهداف آموزشی فردی و اجتماعی در ایجاد تغییرات رفتاری پایدار در بیماران، به ویژه بیماران روانی مزمن، گام بر می دارد (رینارس، کلوم، سانچز-مورنو، تورنت و مارتینز-آرن، ۲۰۰۸). هر برنامه ساختارمند گروهی یا فردی به بیماری از دیدگاه چند بعدی توجه می کند و شامل دیدگاه های خانوادگی، اجتماعی، زیستی و دارویی می باشد. هدف اصلی این برنامه های مداخله ای یادگیری بیشتر فرد درباره بیماری خود و افزایش آگاهی از طریق آموزش فنون خودمدیریتی و انعطاف پذیری بیشتر در برابر مشکلات روانی است (بنفشه، ۱۳۷۸). دانش روانی نه تنها برای استفاده بیماران با اختلال دوقطبی و دیگر اختلالات روانشناختی به کار می رود، بلکه برای بیماری های مزمن پزشکی مثل دیابت و بیماری های قلبی نیز به کار می رود (گاما، کانز، مگالز و کاپزینسکی، ۲۰۱۳) تحقیقات انجام شده در سال های اخیر، در زمینه اثربخشی آموزش روانی-فردی و آموزش روانی-خانواده به عنوان درمان های تکمیلی نشان دهنده نتایج متفاوت بر بیماران دو قطبی نوع اول می باشد. به عنوان مثال تحقیقات انجام شده در زمینه اثربخشی آموزش روانی-فردی در سال ۲۰۱۰ در مطالعات ایون^۳ نشان داد که روش آموزش روانی-فردی به عنوان یکی از روش های روان درمانی در کنار دارو درمانی در راستای کنترل نشانه های شیدایی از طریق افزایش اثربخشی داروها بر بیماران دوقطبی نوع اول موثر می باشد (ایون، تیلو، کالک - استرن، کریکولین - دابلت و گاروود^۴، ۲۰۱۰). همچنین در مطالعه دیگر توسط گادینو^۵، ۲۰۰۸ نشان داده شد که روش درمانی آموزش روانی با تغییرات مثبتی در بیماران دو قطبی نوع اول به صورت افزایش بینش در بیمار، همکاری در مصرف منظم دارو و افزایش اثربخشی متغیرهای خونی مرتبط در این بیماران و به همراه افزایش انگیزش در جلسات روان درمانی همراه است. در یک کارآزمایی بالینی نشان داده شده است آموزش روانی می تواند مهارت های مقابله ای بیماران را در مقایسه با درمان های منفرد دیگر به طور معنی داری افزایش دهد (گادینو، ۲۰۰۸).

1. Reinares, Colom, Sánchez-Moreno, Torrent, Martínez-Arán & Comes
2. Gama, Kunz, Magalhães, Kapczinski
3. Aven
4. Even, Thuile, Kalck-Stern, Criquillion-Doulet, Gorwood & Rouillon
5. Gaudiano

همچنین پژوهش دیگر توسط کلوم^۱، ۲۰۱۱ در مروری نظام‌مند نشان داد، آموزش روانی می‌تواند وضعیت روانی بیماران دچار اختلال دوقطبی بستری شده در بیمارستان را به طور موثری در نشانه‌های کنترل حملات اولیه بیماری، همکاری با پرستاران در مصرف منظم دارو و کاهش رفتارهای خودزنی و پرخاشگری بهبود بخشد و از نوسانات خلقی بیماران جلوگیری کرده و مدت زمان بستری را کوتاه‌تر نماید (کلوم، ۲۰۱۱). مشابهاً امینی و همکاران در داخل کشور طی مطالعه‌ای نشان دادند که آموزش روانی-فردی در طی ۸ جلسه در بیماران دوقطبی اثرات مثبتی گذاشته و باعث کاهش دوره‌های عود بیماری در این گروه بیماران شده است (امینی و ونداد^۲، ۲۰۰۹). آموزش فردی یک رویکرد ساختارمند و آموزشی برای بیماری و درمان آن تعریف شده است که به وسیله فنون آموزشی در جهت تحول و تغییر دائم رفتاری به اثربخشی درمان و کنترل نشانه‌های بیماری می‌پردازد. به طور خلاصه در این روش بر افزایش قدرت، امکانات و انعطاف‌پذیری رفتار فردی بیمار تاکید می‌شود (هانت^۳، ۲۰۰۹). اولین مطالعه آزمایشی به منظور جستجوی اثر آموزش روانی-فردی برای بیماران دوقطبی طراحی شد و تعداد ۶۶ بیمار به طور تصادفی به دو گروه ۱- دریافت دارو همراه با مراقبت عادی و ۲- درمان دارویی به همراه ۷ تا ۱۲ جلسه آموزش روانی-فردی با هدف کمک به بیماران برای تشخیص نشانه‌های هشدار دهنده اولیه و نحوه مدیریت آنها، تقسیم شدند. در طول یک پیگیری ۱۸ ماهه ۳۰ درصد کاهش در بازگشت بحران شدیدی (نه افسردگی) توسط آنان گزارش شد در ادامه نتایج این پژوهش نشان داد، آموزش روانی-خانواده بر افزایش آگاهی خانواده بیماران دو قطبی در مورد بیماری، شناسایی زود هنگام نشانه‌های عود و نحوه جلوگیری از عود حملات آنان متمرکز است (پرلیس، اوستاچر، پاتل، مارانگل، زانگ و وینیسکی^۴، ۲۰۰۶). همچنین تحقیقات مختلفی در زمینه اثربخشی آموزش روانی به ویژه آموزش روانی-خانواده گزارش شده است که بر اساس تحقیقات انجام شده در مطالعه پرلیک^۵ و همکاران، ۲۰۱۰ تعداد ۱۲۰ نفر از بیماران دو قطبی نوع اول و دوم که سرپرستان اصلی آنها طی ۹ ماه تحت آموزش روانی-خانواده قرار گرفتند و مبحث به صورت آموزش در زمینه توضیح کلی اختلال، روش‌های مقابله درست در مقابل شروع

1. Colom
2. Amini, Vandad
3. Hunt
4. Perlis, Ostacher, Patel, Marangell, Zhang & Wisniewski
5. Perlick

نشانه‌های اولیه، کاهش استرس‌های زندگی بیمار و اطرافیان از طریق آموزش مهارت‌های زندگی حل مساله ارائه گردید که در انتها بعد از مقایسه با گروهی که تحت آموزش قرار نگرفته بودند در زمینه اطاعت و پیروی از دستورات درمانی، افزایش مهارت‌های اجتماعی به ویژه مدیریت بر خود و افزایش اثر بخشی داروی لیتیوم در سرم خون بیماران که تحت درمان بودند متفاوت گزارش شد (پرلیک، میکلویتز، لویز، چو، کالوین و آدزیاشوی، ۲۰۱۰). همچنین در ادامه نتایج پژوهش بالا میزان اثر بخشی آموزش روانی-خانواده در بیماران دو قطبی نوع اول به منظور کنترل دوره‌های شروع حمله مانیا و لذا کاهش عود بیماری، بررسی شد. در این راستا برخلاف اثر بخشی آموزش روانی بر بیماران دو قطبی نوع اول، در مطالعه انجام شده توسط شارما^۲، ۲۰۱۴ تفاوت مهمی میان آموزش روانی به ویژه در طولانی مدت در کنترل حملات بیماران دو قطبی به ویژه دو قطبی نوع اول در کنترل علایم شدید و افسردگی تأثیرات مثبتی مشاهده نشد (شارما، ۲۰۱۴). در این مطالعه اپیزویدهای اختلال در بیماران دو قطبی نوع اول در نظر گرفته شد و دریافتند که در صورت مزمن بودن بیماری و یا شدید بودن نشانه‌های اختلال از جمله بالا بودن تعداد حملات مانیا در تاریخچه بیماران دو قطبی نوع اول، اثر بخشی آموزش روانی با دارو درمانی به عنوان درمان تکمیلی در مقابل دارو درمانی صرف تأثیرات مثبتی در بلند مدت مشاهده نشده است.

آموزش روانی-خانواده یک روش موثر برای کمک به خانواده بیماران در زمینه اداره مشکلات ناشی از اختلال در خانواده و نیز ایجاد مهارت‌های لازم برای حمایت از بهبود فرد مبتلا می‌باشد. هنگامی که اعضای خانواده احساس می‌کنند آن‌ها نیز عضوی از تیم درمانی می‌باشند، بیشتر می‌توانند از بیمار حمایت کنند (کریستون، مولینری، گام، روسکویی و میلز^۳، ۲۰۰۸). این همکاری باعث می‌شود خانواده اطلاعات لازم در مورد ماهیت بیماری را به دست آورده و با ایجاد شرایط مطلوب خانوادگی از عود بیماری پیشگیری کند. در پژوهشی نشان داده شده است که آموزش روانی-خانواده علاوه بر تحت تأثیر قرار دادن نگرش خانواده نسبت به بیمار و بیماری، نوع نگاه بیمار به وضعیت فعلی خود را نیز به طور معنی داری تحت تأثیر قرار می‌دهد. این یافته در مورد بیماران دارای سابقه بستری و عودهای مکرر و همچنین در مورد بیمارانی که اولین دوره بیماری خود را تجربه می‌کنند صدق

1. Miklowitz, Lopez, Chou, Kalvin & Adzhiashvili
2. Sharma
3. Corsentino, Molinari, Gum, Roscoe & Mills

می‌نماید. همچنین نتایج مطالعه انجام شده توسط اتری و شارما، ۲۰۰۷ نشان داد با توجه به شیوع ۲۰ درصدی خودکشی در اختلال دوقطبی، در بیمارستان‌ها از آموزش روانی به منظور کاستن از میزان سطح خودکشی بیماران استفاده شده است. این محققان نشان دادند که آموزش روانی می‌تواند به طور معنی‌داری از خودکشی بیماران دوقطبی جلوگیری نماید (اتری و شارما، ۲۰۰۷).

در این مطالعه محقق درصدد بررسی جامع تاثیر مداخلات آموزش روانی-فردی و آموزش روانی-خانوادگی در بیماران مبتلا به اختلال دوقطبی نوع یک که تحت درمان روانپزشکی با یکی از داروهای تثبیت‌کننده خلقی شناخته شده هستند، بر آمده است. در واقع هدف اصلی محقق بررسی امکان پیشگیری از عود غیره منتظره اپیسودهای شیدایی و افسردگی این بیماران، در قیاس با گروه همتای خود که این مداخلات مکمل را دریافت نمی‌کنند، بوده است. انتظار محقق این است که گروه‌هایی از بیماران که درمان‌های مکمل آموزش روانی-فردی یا خانوادگی را دریافت می‌کنند ثبات درمانی بیشتری نشان دهند و نشانه‌های افسردگی و شیدایی آن‌ها کاملاً مهار شود.

روش پژوهش

طرح پژوهش: این مطالعه از نوع کارآزمایی بالینی تصادفی کنترل شده^۲ است که به صورت پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پی‌گیری بر روی دو گروه آزمایشی و یک گروه گواه انجام شده است.

جمعیت، نمونه و روش نمونه‌گیری: از میان ۷۵ بیمار سرپایی زن تحت درمان با تشخیص اختلال دوقطبی نوع یک در یکی از مراکز جامع درمانی شهر سمنان (مرکز سلامت ایرانیان تحت نظارت سازمان بهزیستی) تعداد ۶۶ نفر که واجد ملاک‌های ورود بودند انتخاب و به گونه تصادفی به سه گروه ۲۲ نفره تقسیم شدند. بیماران هر دو گروه دریافت‌کننده دارودرمانی بودند و در یکی از گروه‌ها دارودرمانی خالص، در گروه دیگر دارو درمانی همراه با آموزش روانی-خانواده و در گروه سوم دارودرمانی همراه با آموزش روانی-فردی صورت می‌گرفت. دارودرمانی بیماران با استفاده از لیتیوم و گاباپانتین صورت می‌گرفت و این درمان در همه گروه‌ها یکسان بود. لیتیوم در این بیماران با دوز ۳۰ میلی‌گرم

1. Atri & Sharma
2. randomized control trial design

بر کیلوگرم شروع و بر اساس تحمل بیماران تا سطح سرمی ۱/۱-۰/۸ میلی‌اکی‌والان بر لیتر افزایش یافت. گاباپانتین^۱ با دوز ۱۰۰ میلی‌گرم دو بار در روز شروع شده تا ۴۰۰ میلی‌گرم در هفته‌ی اول بالا برده شد. کلیه اعضای گروه‌ها به صورت شفاهی پیش از درمان با روند پژوهش و طرح درمانی گروه خود آشنا شدند و رضایت آگاهانه مکتوب از آن‌ها و خانواده‌هایشان برای شرکت در تحقیق گرفته شد.

معیارهای ورود افراد به پژوهش: ۱- تشخیص اختلال دوقطبی نوع یک بر اساس دستورالعمل تشخیصی آماری ویراست پنجم انجمن روانپزشکی آمریکا^۲
 ۲- جنسیت مونث: به منظور کنترل اثرات متغیر خصیصه‌ای جنسیت.
 ۳- برخورداری از سواد خواند و نوشتن: با توجه به سنجش‌های مداد و کاغذی و همچنین انتظار یادگیری مسائل مطرح شده در جلسات آموزش روانی نیاز به حداقل سواد برای بیماران بود.
 ۴- برخورداری از حمایت خانوادگی (حداقل وجود پدر، و مادر در طی دوران پژوهش)
 ۵- شروع رژیم دارویی از حداقل ۳ ماه قبل.

معیارهای خروج: ۱- تشخیص یک یا بیشتر از اختلالات روانپزشکی همبود^۳ ۲- مصرف مواد روانگردان (محرک‌ها و مواد روانگردان صنعتی) و اپیوئیدی (تریاک، هروئین و مشتقات آن) ۳- بیماری‌های مزمن جسمی و نورولوژیک مهم طبق تشخیص روانپزشک مرکز (از جمله: صرع، ام. اس، تومورهای مغزی، دیابت، بیماری قلبی) ۴- دریافت آموزش‌های نظام‌دار دیگر و رواندرمانی حمایتی در گذشته.

ابزارهای پژوهش: از ابزارهای مهم پژوهش حاضر می‌توان: ۱- مقیاس شیدایی یانگ ۲- پرسشنامه افسردگی همیلتون را نام برد که در زیر ویژگی‌های روانسنجی و نیز نحوه نمره‌گذاری آن‌ها شرح داده شده است.

مصاحبه بالینی ساخت یافته^۴ (SCID-V): این مصاحبه یکی از شناخته شده‌ترین مصاحبه‌های بالینی است که با استفاده از آن متخصصان بالینی مطابق نظام طبقه‌بندی تشخیصی آماری نسخه ۵ معمولاً در طی یک جلسه مصاحبه ۴۰ دقیقه‌ای به ارزیابی تشخیصی

1. Gabapentin
2. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-IV)
3. comorbid
4. Structured Clinical Interview

دقیق بیماری روانپزشکی فرد بیمار مبادرت می‌کنند. و حاوی الگوی مصاحبه‌ی بالینی نیمه‌ساختار یافته است که براساس راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روان‌پزشکی چاپ پنجم انجمن روان‌پزشکی آمریکا تنظیم گردیده است که علاوه بر تسهیل فرایند ارزیابی و تشخیص، منابع پایانی و روایی یک مصاحبه‌ی بالینی را تأمین می‌کند. در بررسی اعتبار نسخه فارسی این مصاحبه بالینی ساخت یافته در تشخیص اختلال‌های روانپزشکی درجه توافق آن با تشخیص روانپزشکان از "متوسط" در اختلال‌های وسواسی - جبری و افسردگی اساسی تا "خوب" در اختلالات دو قطبی و اسکیزوفرنیا گزارش شده است (گلاسفر، براون و ریگل، ۲۰۱۵).

مقیاس درجه‌بندی افسردگی همیلتون^۲ (HAM-D): این مقیاس جزء اولین مقیاس‌های افسردگی است که توسط درمانگر اجرا می‌شود و با هدف ارزیابی شدت افسردگی در بیماران شکل گرفته است. نسخه اصلی شامل ۲۱ گویه بوده است ولی نسخه نهایی طبق تحقیقات همیلتون^۳ به ۱۷ گویه کاهش یافته است و در طول سال‌ها این مقیاس پرکاربردترین مقیاس در آزمایش‌های بالینی کنترل شده در مورد افسردگی بوده است. نمره کلی با جمع بندی هر آیتم با دامنه ۰ تا ۴ (علایمی که وجود ندارد، خفیف، متوسط یا شدید) یا ۰ تا ۲ (عدم وجود، کمی یا ناچیز، آشکارا وجود دارد) برای نسخه ۱۷ گویه بدست می‌آید، نمره هر بیمار در دامنه بین ۰ تا ۵۴ قرار می‌گیرد. از نمره ۷ به بالا به عنوان اختلال افسردگی در نظر گرفته شده است (همیلتون، ۱۹۶۰). ضریب پایایی و روایی این مقیاس در نمونه بالینی ایرانی را به ترتیب از روش بازآزمایی ۰/۸۵ و ۰/۸۹ گزارش نمودند (ابراهیمی، نشاط دوست، موسوی، اسدالهی و نصیری، ۲۰۱۳).

مقیاس درجه بندی شیدایی یانگ (YMRS^۵): مقیاس درجه بندی شیدایی یانگ یکی از پرکاربردترین مقیاس‌های سنجش نشانگان شیدایی است. این مقیاس دارای ۱۱ گویه بوده و بر اساس اظهارات بیمار از وضعیت بالینی خود در طول ۴۸ ساعت گذشته ارزیابی می‌شود. اطلاعات اضافی با استفاده از مشاهدات بالینی به دست می‌آید. گویه‌های موجود در این مقیاس بر اساس توصیفات منتشر شده از نشانگان عمومی مانیا انتخاب شده‌اند. مقیاس

1. Glasofer, Brown & Riegel
2. Hamilton Depression Rating Scale
3. Hamilton
4. Ebrahimi, Neshatdoost, Mousavi, Asadollahi & Nasiri
5. Young Mania Rating Scale

حاضر با مقیاس افسردگی همیلتون هماهنگ است. دامنه ی نمرات آن بین صفر تا ۶۰ است و خط برش ۲۰ می باشد. پایایی و روایی این مقیاس در نمونه بالینی ایرانی به ترتیب ۰/۷۳ و ۰/۹۲ گزارش شده است (بارکتین، توکلی، مولوی، معروفی و صالحی^۱، ۲۰۰۷).

عود بیماری: بعد از اجرای مصاحبه بالینی ساختار یافته در طول ۴ ماه و داشتن علایم تشخیصی بر مبنای دستور العمل تشخیصی آماری ویراست پنجم روانپزشکی آمریکا، نمره ۲۰ به بالا از مقیاس درجه بندی شیدایی یانگ و همچنین نمره ۷ به بالا در مقیاس درجه بندی افسردگی همیلتون به عنوان ملاک های عود بیماری در نظر گرفته شده است.

پروتکل های اجرایی پژوهش: در پژوهش پیش رواز دو پروتکل ۱- آموزش روانی-فردی و ۲- آموزش روانی-خانواده استفاده شده است. پروتکل آموزش روانی-فردی کوتاه تر و شامل تنها ۵ جلسه دو ساعته است (کازیر و اوزردم^۲، ۲۰۱۰)؛ (کلوم، رینارس، پاچیراتی، پوپویک، مازارانی و مارتینز-آرن^۳، ۲۰۱۰) که محتوای آن در جدول شماره (۱) به طور خلاصه آمده است. در حالی که آموزش روانی-خانواده طولانی تر و شامل ۲۰ جلسه یک ساعته است که محتوای آن نیز در جدول شماره (۲) بصورت خلاصه منعکس گردیده است.

جدول ۱. پروتکل آموزش روانی-فردی

جلسه اول: آشنایی و ارتباط با بیمار و ارائه اطلاعات مفید و سازنده در مورد ماهیت بیماری دوقطبی نوع یک و علایم اصلی و شیوع بیماری و شناسایی عوامل تحریک کننده و سیر بیماری و پیش آگهی خوب درمان و شنیدن دیدگاه های درست و نادرست بیمار در مورد خود و بیماری اش.

جلسه دوم: افزایش بینش در مورد فیزیولوژی بیماری و سبب شناسی آن از طریق تصاویر جذاب و ارائه مطالب ساده و نیز ایجاد منطق همکاری از طریق ایجاد نظام انگیزشی عینی مطابق با وضعیت فعلی بیمار مانند امکان دریافت سبد کالا، تغییر در دریافت حمایت های اجتماعی از طریق همسر و خانواده و

- 1 . Barekattain, Tavakoli, Molavi , Maroufi & Salehi
- 2 . Çakir & Özerdem
- 3 . Colom, Reinares, Pacchiarotti , Popovic , Mazarini & Martínez-Arán

جلسه سوم: آشناسازی بیمار با نشانه‌های اولیه و هشدار دهنده‌ی بیماری در دوره‌های مانیا (افزایش انرژی، علاقه بالا به روابط جنسی، کاهش خواب، پرحرفی، ولخرجی، حواس پرتی)، هیپومانیا (علائم دوره‌های مانیا خفیف تر). و دوره‌های نادر افسردگی و مختلط، چه موقع و چه زمانی دوره جدید شناسایی شد؟

جلسه چهارم: پرهیز دادن بیمار از رفتارهای تضعیف کننده درمان، مانند استفاده غلط از داروها اصلی و فرعی (کم یا زیاد کردن خودسرانه داروها)، تغییر زمان‌بندی مصرف داروها به طور منظم (حذف یک وعده و اضافه کردن وعده دیگر و یا قطع داروها در طی یک دوره زمانی) سوء مصرف مواد و الکل و برای کنترل علائم بیماری خود. پرهیز دادن از داروهای تثبیت کننده‌های خلقی، درمان دوم با داروهای ضد مانیا، درمان سوم با داروهای ضد افسردگی و اجرای مشاوره‌های بارداری و ژنتیک ارائه اطلاعات در مورد درمان دارو درمانی در مقابل درمان‌های جانمایی، خطرهای مرتبط با ترک درمان

جلسه پنجم: تنظیم عادت‌ها و کنترل استرس به صورت، تنظیم عادت‌ها، تکنیک‌های کنترل استرس، آموزش راهبردهای حل مساله و تصمیم‌گیری درست، ختم درمان و جمع بندی مشکلات مددجو و ارائه راهکارهای مناسب در مقابل مشکلات. برنامه‌ریزی روزانه و تطابق روند زندگی بیمار با مشکلات زندگی به همراه آموزش های پی در پی.

پروتکل آموزش روانی-خانواده: این پروتکل دارای ۲۱ جلسه درمانی است و بر اساس ۵ بخش اصلی که (میلکتوز، ۲۰۰۸) تنظیم کرده است، به صورت ۱ ساعته با خانواده‌های بیماران دوقطبی اجرا می‌شود. محتوای جلسات درمانی بطور خلاصه در جدول شماره (۲) آمده است:

جدول ۲. پروتکل گروهی آموزش روانی-خانواده

بخش اول: آگاهی از اختلال (جلسات ۱ الی ۶):

تعریف و تنظیم قوانین گروه، اختلال دوقطبی چیست؟، شیوع بیماری و شناسایی عوامل تحریک کننده، شناسایی نشانه‌های گروه اول (نشانه‌های مانیا و هیپومانیا)، شناسایی نشانه‌های گروه دوم (نشانه‌های افسردگی و دوره‌های مختلط مانیا-افسردگی)، ارزیابی و پیش‌آگهی اختلال

بخش دوم: دارو درمانی^۲ (جلسات ۶ الی ۱۳):

پرهیز دادن بیمار از رفتارهای تضعیف کننده درمان، مانند استفاده غلط از داروها اصلی و فرعی (کم یا زیاد کردن خودسرانه داروها)، تغییر زمان‌بندی مصرف داروها به طور منظم (حذف یک وعده و اضافه کردن وعده دیگر و یا قطع داروها در طی یک دوره زمانی) سوء مصرف مواد و الکل و برای کنترل علائم بیماری خود. پرهیز دادن

1. Miklowitz
2. drug adherence

از داروهای تثبیت کننده های خلقی، درمان دوم با داروهای ضد مانیا، درمان سوم با داروهای ضد افسردگی و اجرای مشاوره های بارداری و ژنتیک ارائه اطلاعات در مورد درمان دارو درمانی در مقابل درمان های جانشینی، خطرهای مرتبط با ترک درمان

بخش سوم: اجتناب از سوء مصرف مواد (جلسه ۱۴):

اجتناب از مواد روان پریش، اجتناب از مواد شبه مانیا و توهم زا، اجتناب و پرهیز از مواد الکلی.

بخش چهارم: کشف اولیه از دوره های جدید اختلال (جلسات ۱۵ الی ۱۸)

آشناسازی بیمار با نشانه های اولیه و هشدار دهنده ی بیماری در دوره های مانیا (افزایش انرژی، علاقه بالا به روابط جنسی، کاهش خواب، پر حرفی، ولخرجی، حواس پرتی)، هیپومانیا (علایم دوره های مانیا خفیف تر) و دوره های نادر افسردگی و مختلط، چه موقع و چه زمانی دوره جدید شناسایی شد؟

بخش پنجم: تنظیم عادت ها و کنترل استرس (جلسات ۱۸ الی ۲۱):

تنظیم عادت ها، تکنیک های کنترل استرس، راهبردهای حل مساله، ختم درمان و جمع بندی. ختم درمان و جمع بندی مشکلات مددجو و ارائه راهکارهای مناسب در مقابل مشکلات به سرپرست مددجو، ارائه برنامه ریزی روزانه و تطابق روند زندگی بیمار با مشکلات زندگی به همراه آموزش های مداوم به سرپرست بیمار به صورت فردی.

روند اجرا: کلیه بیماران از مرکز جامع توانبخشی اعصاب و روان سلامت ایرانیان از بین آن دسته از بیماران دوقطبی نوع اول که در حدود ۶ ماه وارد مرکز شده بودند و از طرف بهزیستی ارجاع شده اند و تنها طی درمان دارویی لیتیوم قرار گرفته بودند انتخاب شدند. در مرحله بعد به صورت تصادفی و از طریق قرعه کشی در داخل مرکز تعداد ۶۶ مددجو دو قطبی نوع اول که از بین ۷۵ بیمار دوقطبی نوع اول انتخاب شدند به ۳ گروه تقسیم بندی شده اند (به جدول شماره ۳ نگاه کنید). قبل از شروع مداخله، پرسش نامه های مرتبط به ۳ گروه دارو درمانی، دارو درمانی به همراه آموزش روانی- فردی و دارو درمانی به همراه آموزش روانی- خانواده جهت بررسی پیش آزمون اجرا گردید. در هنگام مداخله جهت اجرای درست پروتکل های آموزشی و عدم تداخل برای گروه های فردی و خانواده هر روز در ۲ فاصله جداگانه در مقطع صبح اجرا گردید و صبح ها از ساعت ۸ تا ۱۰ گروه آموزش روانی- فردی به صورت جداگانه برای بیمار دو قطبی نوع اول و از ساعت ۱۱ تا ۱۳ اجرای آموزش روانی- خانواده برای سرپرست اصلی مددجو به صورت فردی اجرا گردید. هر جلسه برای بیمار دو قطبی نوع اول و سرپرست بیمار به صورت جلسه های ۱ ساعته برگزار

گردید و در جهت جلوگیری از ریزش بیماران و خانواده بیماران از روش‌های مددکاری ویژه به صورت ارائه خدمات نقدی و غیرنقدی به صورت سبد کالاهای رایگان، معرفی به سازمان‌های خیریه و حمایتی با همکاری سازمان بهزیستی شهرستان انجام گردید. بعد از اتمام کلیه جلسات در ۶۶ نفر بیمار، پرسش‌نامه‌های اولیه مجدداً جهت بررسی پس از ۴ ماه بعد از پس از آزمون جهت بررسی عود اجرا گردید از بین ۶۶ نفر مددجو، همگی مونث و در سطح سنی ۲۵ تا ۵۵ سال و کم‌ترین سطح تحصیلات بیماران مورد مطالعه، ابتدایی و بیشترین سطح آن دیپلم بوده است. اکثریت بیماران را بیماران متاهل تشکیل داده‌اند.

جدول ۳. گروه‌های تحقیق

گروه گواه: تعداد ۲۲ نفر بیمار دو قطبی نوع اول که فقط تحت درمان دارو درمانی قرار گرفته‌اند.

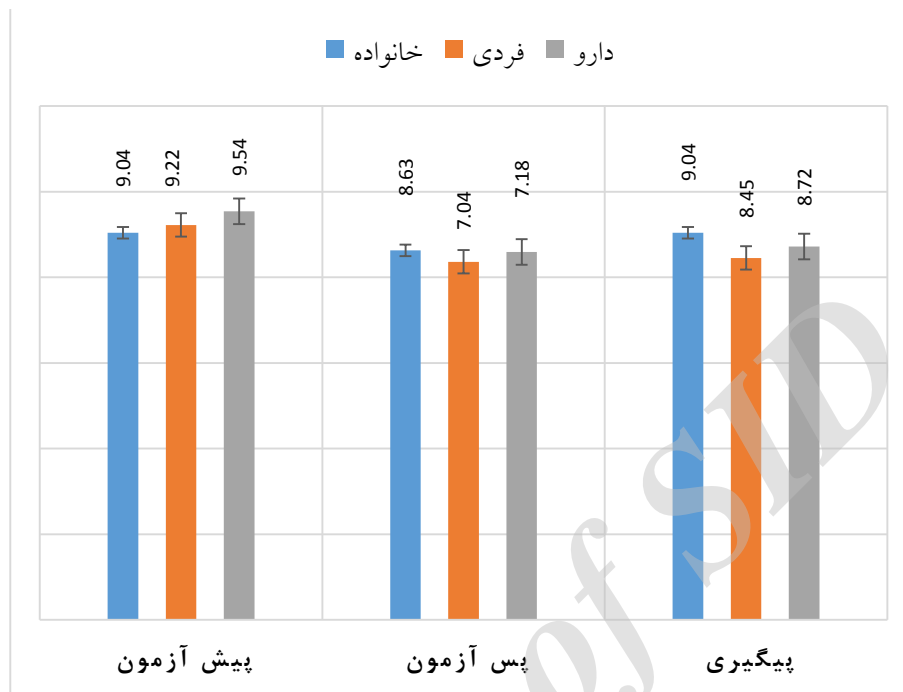
گروه مداخله‌ای اول: تعداد ۲۲ نفر بیمار دو قطبی نوع اول که علاوه بر درمان دارویی، همزمان تحت درمان آموزش روانی-فردی قرار می‌گیرند.

گروه مداخله‌ای دوم: تعداد ۲ نفر بیمار دو قطبی نوع اول که علاوه بر درمان دارویی، همزمان تحت درمان آموزش روانی-خانواده قرار می‌گیرند.

بعد از تقسیم بندی نمونه‌ها بر اساس معیارهای ورود و در مرحله بعدی گروه بندی به سه دسته (گواه، مداخله‌ای اول، مداخله‌ای دوم) در مرحله بعد قبل از اجرای پروتکل‌های درمانی مخصوص هر گروه، اقدامات پیش از آزمون برای کلیه نمونه‌ها انجام شد.

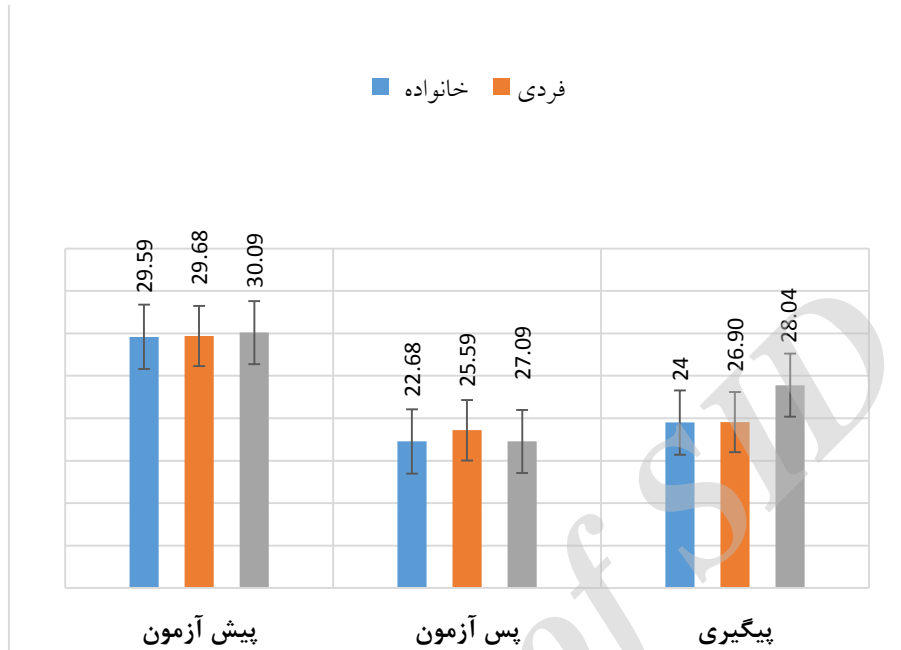
یافته‌های پژوهش

داده‌های حاصل از پرسشنامه‌های افسردگی همیلتون و شیدایی یانگ با روش تجزیه و تحلیل کوواریانس تحلیل شدند. داده‌های توصیفی شامل میانگین و انحراف استاندارد نمرات افسردگی و شیدایی در نمودارهای شماره یک و دو نمایش داده شده است و توضیحات هر کدام آمده است.



نمودار ۱. میانگین و انحراف استاندارد سه گروه در متغیر افسردگی همپلتون در مراحل پیش آزمون، پس آزمون و پی گیری

همانگونه که در نمودار ۱ مشاهده می شود در روش مداخله آموزش روانی-خانواده حدود ۱ نمره کاهش در مرحله پس آزمون و عدم تغییر پذیری در پیگیری نسبت به خط پایه یا همان پیش آزمون وجود دارد. همچنین در روش مداخله آموزش روانی-فردی حدود ۲ نمره کاهش در مرحله پس آزمون و حدود ۱ نمره کاهش در مرحله پیگیری نسبت به پیش آزمون وجود دارد. همچنین در روش دارو درمانی صرف حدود ۲ نمره کاهش در مرحله پس آزمون و حدود ۱ نمره کاهش در مرحله پیگیری نسبت به پیش آزمون مشاهده می شود.



نمودار ۲. میانگین و انحراف استاندارد سه گروه در متغیر شیدایی یانگ در مراحل پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری

همانگونه که در نمودار ۲ مشاهده می‌شود در روش مداخله آموزش روانی-خانواده حدود ۷ نمره کاهش در مرحله پس‌آزمون و حدود ۵ نمره کاهش در مرحله پیگیری نسبت به خط پایه یا همان پیش‌آزمون وجود دارد. همچنین در روش مداخله آموزش روانی-فردی حدود ۴ نمره کاهش در مرحله پس‌آزمون و حدود ۵ نمره کاهش در مرحله پیگیری نسبت به پیش‌آزمون وجود دارد. در روش دارودرمانی صرف تنها حدود ۳ نمره کاهش در مرحله پس‌آزمون و حدود ۲ نمره کاهش در مرحله پیگیری نسبت به پیش‌آزمون مشاهده می‌شود.

جدول ۴. ام باکس برای آزمون برابری ماتریس کوواریانس

۴۳/۹۱۴	ام باکس
۱/۹۹۳	اماره f
۲۰	درجه آزادی ۱
۱۴۲۴۶/۹۵۴	درجه آزادی ۲
۰/۰۰۵	معناداری

همانگونه که در جدول (۴) مشاهده می شود، آزمون امباکس با مقدار $۴۳/۹۱$ و شاخص $F = ۱/۹۹$ در سطح $۰/۰۰۵$ معنادار بوده است که برابری ماتریس کوواریانس ها را برای متغیرهای پژوهش تایید نمی کند، لذا شاخص لامبدای ویلکز علاوه بر اثر پیلائی در آزمون اثرات تحلیل واریانس چندمتغیری، گزارش می شود.

جدول ۵. آزمون اثرات چند متغیری

اثر	مقدار	F	فرضیه خطا	درجه آزادی خطا	معناداری	مجذور اتا
اثر پیلائی	۰/۱۸۳	۳/۲۵۱	۴	۵۸	۰/۰۱۸	۰/۱۸۳
لامبدای ویلکز	۰/۸۱۷	۳/۲۵۱	۴	۵۸	۰/۰۱۸	۰/۱۸۳
اثر هتلینگ	۰/۲۲۴	۳/۲۵۱	۴	۵۸	۰/۰۱۸	۰/۱۸۳
بزرگترین ریشه روی	۰/۲۲۴	۳/۲۵۱	۴	۵۸	۰/۰۱۸	۰/۱۸۳
اثر پیلائی	۰/۴۴۶	۴/۲۳۴	۸	۱۱۸	۰/۰۰۱	۰/۲۲۳
لامبدای ویلکز	۰/۵۶۱	۴/۸۵۲	۸	۱۱۶	۰/۰۰۱	۰/۲۵۱
اثر هتلینگ	۰/۷۶۸	۵/۴۷۲	۸	۱۱۴	۰/۰۰۱	۰/۲۷۷
بزرگترین ریشه روی	۰/۷۵۰	۱۱/۰۶۸	۴	۵۹	۰/۰۰۱	۰/۴۲۹

همان گونه که در جدول (۵) مشاهده می شود، شاخص لامبدای ویلکز برابر $۰/۵۶۱$ ضریب $F = ۴/۸۵۲$ که با درجه آزادی ۱۱۶ در سطح $P < ۰/۰۰۱$ معنادار است. دیگر شاخص های تحلیل واریانس چند متغیری از جمله اثر هتلینگ و بزرگترین ریشه روی نیز معنادار می باشند.

از طرفی آزمون لون نیز حاکی از برابری واریانس های خطا است و تحلیل واریانس چند متغیری را توجیه می کند. با مراجعه به جدول شماره (۶) دیده می شود که سطوح معناداری برای مراحل پس آزمون و پیگیری در آزمون های شیدایی یانگ و افسردگی همیلتون، پایین تر از $۰/۰۵$ بدست آمده است.

جدول ۶. آزمون لون برای بررسی برابری واریانس های خطا

	F	درجه آزادی ۱	درجه آزادی ۲	معناداری
پس آزمون یانگ	۰/۹۷۴	۲	۶۳	۰/۳۸۳
پس آزمون همیلتون	۰/۵۷۰	۲	۶۳	۰/۵۶۸

پیگیری یانگ	۲/۹۶۸	۲	۶۳	۰/۰۵۹
پیگیری همیلتون	۰/۴۲۹	۲	۶۳	۰/۶۵۳

جدول ۷. آزمون اثرات بین گروهی

منبع	متغیر وابسته	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	معناداری	ضریب پاره ای اتا
پس آزمون یانگ	۳۳/۳۷۲	۱	۳۳/۳۷۲	۶/۳۴۶	۰/۰۱۴	۰/۰۹۴	
پس آزمون همیلتون	۶/۴۵۸	۱	۶/۴۵۸	۶/۶۸۸	۰/۰۱۲	۰/۰۹۹	
پیگیری یانگ	۲۷/۵۷۱	۱	۲۷/۵۷۱	۵/۳۵۰	۰/۰۲۴	۰/۰۸۱	
پیگیری همیلتون	۸/۸۸۵	۱	۸/۸۸۵	۷/۶۳۰	۰/۰۰۸	۰/۱۱۱	
پس آزمون یانگ	۱۷۷/۷۰۳	۲	۸۸/۸۵۱	۱۶/۸۹۶	۰/۰۰۱	۰/۳۵۶	
پس آزمون همیلتون	۲/۵۹۰	۲	۱/۲۹۵	۱/۳۴۱	۰/۲۶۹	۰/۰۴۲	گروه
پیگیری یانگ	۱۵۲/۷۷۱	۲	۷۶/۳۸۵	۱۴/۸۲۲	۰/۰۰۱	۰/۳۲۷	
پیگیری همیلتون	۷/۶۰۵	۲	۳/۸۰۲	۳/۲۶۵	۰/۰۴۱	۰/۰۹۷	
پس آزمون یانگ	۳۲۰/۷۷۶	۶۱	۵/۲۵۹				
پس آزمون همیلتون	۵۸/۸۹۸	۶۱	۰/۹۶۶				خطا
پیگیری یانگ	۳۱۴/۳۵۹	۶۱	۵/۱۵۳				
پیگیری همیلتون	۷۱/۰۳۸	۶۱	۱/۱۶۵				

همان‌گونه که در جدول (۷) مشاهده می‌شود، بر مبنای آزمون اثرات بین گروهی برای گروه‌های تحقیق، در پس آزمون یانگ با مجموع مجذورات ۱۷۷/۷۰ و درجه آزادی ۲ و میانگین مجذورات ۸۸/۸۵ و شاخص $F=16/89$ و با ضریب پاره ای اتا ۰/۳۵۶ در سطح $P<0/001$ معنادار می‌باشد، در حالی که در پس آزمون همیلتون در سطح $P<0/26$ بوده و معنادار نمی‌باشد. همچنین در مرحله پیگیری شیدایی یانگ با مجموع مجذورات ۱۵۲/۷۷ و درجه آزادی ۲ و میانگین مجذورات ۷۶/۳۸ و شاخص $F=14/82$ و با ضریب پاره ای اتا ۰/۳۲۷ در سطح $P<0/001$ معنادار می‌باشد. و بالاخره در پیگیری افسردگی همیلتون با مجموع مجذورات ۷/۶۰ درجه آزادی ۲ و میانگین مجذورات ۳/۸۰ و شاخص $F=3/26$ و با ضریب پاره ای اتا ۰/۰۹۷ در سطح $P<0/04$ معنادار می‌باشد.

جدول ۸. آزمون مقایسه های جفتی

مرحله	متغیر وابسته	گروه	تفاضل میانگین ها	خطای استاندارد	معناداری	
پس آزمون	شیدایی یانگ	خانواده	فردی	۰/۶۹	۰/۰۰۱	
		خانواده	دارو	۰/۶۹	۰/۰۰۱	
		فردی	دارو	۰/۶۹	۰/۳۱	
	افسردگی همیلتون	خانواده	فردی	۰/۴۱	۰/۲۹	۰/۵۰
		خانواده	دارو	۰/۴۲	۰/۲۹	۰/۴۶
		فردی	دارو	۰/۰۱	۰/۲۹	۱
پیگیری	شیدایی یانگ	خانواده	فردی	۰/۶۸	۰/۰۰۱	
		خانواده	دارو	۰/۶۸	۰/۰۰۱	
		فردی	دارو	۰/۶۸	۰/۸۱	
	افسردگی همیلتون	خانواده	فردی	۰/۷۳	۰/۳۲	۰/۰۸
		خانواده	دارو	۰/۷۰	۰/۳۲	۰/۱۰
		فردی	دارو	۰/۰۲	۰/۳۲	۱

همان گونه که در جدول شماره (۸) مشاهده می شود، در آزمون شیدایی یانگ میانگین گروه آموزش روانی-خانواده در مرحله پس آزمون ۲/۷۸۳ نمره و در مرحله پیگیری ۲/۷۸۸ نمره از گروه آموزش روانی-فردی پایین تر بوده است، که در سطح $P < 0/001$ معنادار هستند. همچنین در آزمون شیدایی یانگ میانگین گروه آموزش روانی-خانواده در مرحله پس آزمون ۳/۹۱ نمره و در مرحله پیگیری ۳/۵۵ نمره از گروه دارودرمانی صرف پایین تر بوده است، که در سطح $P < 0/001$ معنادار هستند. از طرفی در همین آزمون میانگین گروه آموزش روانی-فردی در مرحله پس آزمون ۱/۱۳ نمره و در مرحله پیگیری ۰/۷۶ نمره از گروه دارودرمانی صرف کمتر بوده است که در سطح معنادار قرار نگرفته اند.

از سوی دیگر، مقایسه های دوتایی گروه ها نشان می دهد که در آزمون افسردگی همیلتون میانگین گروه آموزش روانی-خانواده در مرحله پس آزمون ۰/۴۱ نمره و در مرحله پیگیری ۰/۷۳ نمره از گروه آموزش روانی-فردی پایین تر بوده است، که در سطح معنادار نیستند. میانگین گروه آموزش روانی-خانواده در مرحله پس آزمون ۰/۴۲ نمره و در مرحله پیگیری ۰/۷۰ نمره از گروه دارودرمانی صرف پایین تر بوده است، که باز هم در سطح معنادار نیستند. از طرفی در همین آزمون میانگین گروه آموزش روانی-فردی در مرحله پس آزمون

۰/۰۱ نمره و در مرحله پیگیری ۰/۰۲ نمره از گروه دارو درمانی صرف کمتر بوده است که در سطح معنادار قرار نگرفته‌اند.

بحث و نتیجه‌گیری

اولاً، بررسی علائم افسردگی بیماران دوقطبی نوع یک با سه نوع درمان متفاوت حاکی از این بود که، ارائه‌ی درمان‌های مکمل آموزش روانی - خانواده و آموزش روانی - فردی در کنار درمان دارویی و روانپزشکی کمک‌چندانی به این بیماران نمی‌کند و در بهبود علائم افسردگی آنان، ثمر بخش نیست. به عبارت دیگر علائم افسردگی خفیف این بیماران نسبت به آموزش‌های مکمل فردی یا خانوادگی، مقاوم می‌باشد. این نتیجه ممکن است به این خاطر باشد که علائم افسردگی بیماران دوقطبی نوع یک عموماً در حد خفیف است و بعلاوه بلافاصله پس از دارودرمانی با استفاده از تثبیت‌کننده‌های خلقی مانند لیتوم و گاباپانتین مهار می‌شود. بروز اپیسودهای افسردگی در بیماران دچار اختلال دوقطبی نوع یک نادر است نتایج یکی از تحقیقات سودمندی آموزش‌های روانی را در کنار دارودرمانی بر هردو علائم افسردگی و شیدایی بیماران دوقطبی نوع یک تایید می‌کرد (کک، مک‌لروی و نمروف^۱، ۱۹۹۲). اما نتایج یکی از تحقیقات اخیر درست مانند تحقیق حاضر حاکی عدم اثر بخشی آموزش روانی - فردی بر نشانه‌های افسردگی بوده است (کریستون، مولینری، گام، روسکویی و میلز، ۲۰۰۸). به هر حال این ناهمسویی در نتایج تحقیقات ممکن است ناشی از حجم متفاوت نمونه پژوهشی و یا ویژگی‌های متفاوت افراد نمونه تحقیقات آنان باشد. برای مثال وجود علائم یا دوره‌های حاد افسردگی و تاریخچه خودکشی در این تحقیقات و نیز در تحقیق حاضر کاملاً متفاوت بوده است (مورای و هولمز^۲، ۱۹۹۳) و این احتمال را مطرح می‌کند که شاید آموزش - روانی موجب تخفیف علائم افسردگی حاد شود اما بر علائم خفیف‌تر، بی‌اثر باشد.

از سوی دیگر، بررسی علائم شیدایی این بیماران با سه نوع درمان متفاوت نشان داد که، ارائه درمان مکمل آموزش روانی - خانواده در کنار دارودرمانی آنان بسیار در مهار علائم شیدایی موثر واقع می‌شود. در واقع نتایج تحقیق حاضر نشانگر این بوده است که ارائه‌ی آموزش‌های مکمل روانی - خانواده در کنار دارودرمانی این بیماران هم در کوتاه مدت و هم

1. Keck, McElroy & Nemeroff
2. Murray & Holmes

در بلند مدت در کاهش اپسودهای شیدایی موثر بوده و بسیار نوید بخش است. اما، ارائه‌ی درمان مکمل به شکل آموزش روانی-فردی به خود این بیماران در مجموع در مهار این حملات موثر نیست و نه در کوتاه مدت و نه در بلند مدت تغییرات مهمی نسبت به دارو درمانی تنها مشاهده نشد. نتایج حاصل از این مطالعه همسو با پژوهش میلکزاد، ۲۰۰۸ می باشد که معتقدند آموزش روانی-خانواده می تواند با بهبود آشفته‌گی روانشناختی بیمار، عود نشانه‌های بالینی شیدایی بیماران دوقطبی یک را کاهش دهد (میلزاک، ۲۰۰۸).

از آنجا که در تحقیق حاضر خانواده‌ها و نیز افراد دریافت کننده آموزش روانی-خانواده در هیچ یک از مراحل فرایند درمان را ترک نکردند، می توان سودمندی این آموزش‌ها، بالا رفتن دانش خانواده و بهبود اتحاد درمانی را، استنباط کرد. این امر در یکی از تحقیقات نیز در کار با بیماران دوقطبی تایید شده است (موری و هولمس، ۱۹۹۳). یافته‌های ما همسو با برخی تحقیقات در این زمینه حاکی از این بوده است که آموزش روانی-خانواده می تواند پیش آگهی و جلوگیری از عود نشانه‌های مهم بالینی (پری، تاریر، موریس، مک کارتی و لیمب^۱، ۱۹۹۹) و نیز خودکشی و آسیب به خود (دور، ویلی، روی-بیرن، استین و سالیوان، ۲۰۱۴) را در بیماران دوقطبی نوع یک بهبود بخشد. در واقع آموزش روانی-خانواده علاوه بر کاهش نشانه های بالینی موجب افزایش اتحاد درمانی و متعاقب آن افزایش اثربخشی درمان و بالاخره تسهیل روند درمان می شود (اتری و شارما، ۲۰۰۷). آموزش روانی-خانواده می تواند مدیریت بیماران را نیز بهبود بخشد و با هدایت‌های مناسب، منتهی به خودمدیریتی بسیار مفیدی برای بیمار گردد (میلکتوز، ۲۰۱۰).

اعتقاد بر این است که کاهش نشانه‌های شیدایی در بیماران دچار اختلال دوقطبی نوع یک با بالا رفتن اعتماد به نفس و عزت نفس آنان ارتباط دارد (جانسون و فولفور، ۲۰۰۸)، لذا محتمل است که در این تحقیق نیز آموزش روانی-خانواده با افزایش اعتماد به نفس و نیز عزت نفس این بیماران، موجب کاهش سطح شیدایی شان شده باشد.

در حقیقت امروزه آموزش روانی فردی یا خانوادگی برای بیماران دوقطبی به عنوان یک بخش حمایتی موثر در روند درمان و جلوگیری از عود بیماری آنان محرز به نظر می رسد (کلوم، ۲۰۱۱)؛ (میلکتوز، ۲۰۱۰). اما برخی پژوهشگران (تاناکا^۲، ۱۹۹۹) از جمله

1. Perry, Tarrier, Morriss, McCarthy & Limb
2. Tanaka

محقق در این مطالعه نتوانسته‌اند اثر بخشی کامل آن را نشان دهند. در یکی از تحقیقات اخیر محققان اثر بخشی کوتاه مدت و طولانی مدت آموزش روانی-خانواده را بر بیماران دو قطبی نوع یک و نیز اثربخشی طولانی مدت آموزش روانی-فردی را بر خود این بیماران تایید کرده‌اند (گاماس^۱، بزلو^۲ و کاکیر^۳، ۲۰۱۵). در برخی تحقیقات دیگر (کلوم، ۲۰۱۰؛ کلوم، ۲۰۱۱) شواهد مثبتی در حمایت از اثر بخشی آموزش روانی-فردی در بیماران دو قطبی نوع اول به دنبال افزایش جلسات آموزش فردی (۲۱ جلسه) نسبت به تحقیق حاضر (۶ جلسه) بدست آمده است. اما شواهدی نیز مبنی بر عدم اثر بخشی آموزش روانی انفرادی در یکی از تحقیقات گزارش شده است (اتری و شارما، ۲۰۰۷). این یافته‌ها ممکن است متضمن این باشند که، اثر بخشی جلسات آموزش فردی به بیماران دو قطبی نوع یک به استمرار کافی جلسات آن متکی است.

به هر حال بازخوردهای منفی این بیماران نسبت به استفاده درست و منظم از داروهایشان و رعایت دستورالعمل‌های درمان و پیگیری درمان ضعیف توسط آنان (برنس و همکاران، ۲۰۱۱) با آموزش‌های انفرادی مشکل‌تر تصحیح می‌شود، در حالیکه آموزش خانواده می‌تواند به گونه مؤثرتر این نقص‌ها را در درمان این بیماری دوره‌ای عودکننده رفع کند (پرلیک، میکلوترز، لوپز، چو، کالوین و آدریشیوی، ۲۰۱۰).

از طرفی آموزش خود بیماران می‌تواند به دلیل از بین رفتن بینش بیمار نسبت به بیماری‌اش در دوره‌های رخداد حملات شیدایی و یا تحت شرایط استرس‌زا و دارای بار عاطفی بالا بی اثر می‌شود (گلاسفر، براون و ریگرل^۴، ۲۰۱۵). این امر ممکن است حاوی این معنی مهم نیز باشد که، جلسات بیشتری به آموزش‌های روانی-فردی برای آن دسته از بیمارانی که ارائه‌ی آموزش‌های روانی-خانواده در موردشان میسر نمی‌شود، تدارک دیده شود.

درمجموع نتایج نشانگر این است که ارائه ۲۴ جلسه آموزش روانی-خانواده در کنار درمان روانپزشکی بیماران مبتلا به اختلال دو قطبی نوع یک، در مهار اپیسودهای شیدایی آنان بسیار اثربخش بوده و نتایج درمانی پایدار است. در حالیکه، همین میزان آموزش به

1. Gumus
2. Buzlu
3. Cakir
4. Gumus, Buzlu & Cakir

خانواده‌ها تاثیر کمی در تخفیف علائم افسردگی این بیماران دارد. بعلاوه نتایج نشان می‌دهد که، ۶ جلسه آموزش روانی-فردی به بیماران دوقطبی نوع یک به موازات درمان دارویی روانپزشکی‌شان، بر علائم شیدایی و افسردگی آنان بی تاثیر و تغییرات مورد انتظار بسیار اندک است. می‌توان نتیجه گرفت که درمان مکمل آموزش روانی-خانواده در پیشگیری از عود غیره منتظره علائم افسردگی شیدایی در بیماران دوقطبی نوع یک که تحت درمان روانپزشکی هستند، موثر است و در کنار درمان روانپزشکی آنان توصیه می‌شود.

از جمله محدودیت‌های این مطالعه می‌توان به حجم محدود بیماران دوقطبی در دسترس و سطح هوشی متفاوت بیماران و خانواده‌های آنان اشاره کرد. با توجه به اینکه تحقیق حاضر که برگرفته شده از پایان نامه دکتری می‌باشد، جزء اولین تحقیقات بر روی بیماری دوقطبی در کشور به شمار می‌رود که با نمونه‌ی در دسترس و تنها بر روی بیماران زن اثر بخشی آموزش‌های مکمل روانی-فردی و روانی-خانواده را می‌آزماید، لذا به محققان آینده انجام تحقیقات مشابه با نمونه‌ای بزرگتر متشکل از بیماران مرد و زن، برای اطمینان از تعمیم پذیری یافته‌های تحقیق، پیشنهاد می‌گردد.

منابع

بنفشه، غزاله. (۱۳۷۸). بررسی پاره‌ای از الگوهای شناختی در بیماران مبتلا به همبودی اضطراب و افسردگی. پایان نامه کارشناسی ارشد روانشناسی بالینی. انستیتو روانپزشکی تهران. ۳۸۱.

- Amini, H., & Vandad, A. (2009). One Year Follow-up of Patients with Bipolar Disorder Admitted to Roozbeh Hospital. *Iranian Journal of Psychiatry and Clinical Psychology*, 15, 168-74.
- Atri, A., & Sharma, M. (2007). Psychoeducation: implications for the profession of health education. *Californian Journal of Health Promotion*, 5, 32-9.
- Barekatin, M., Tavakoli, M., Molavi, H., Maroufi, M., & Salehi, M. (2007). Standardization, reliability and validity of the Young Mania Rating Scale. *Psychology*, 11, 150-66.
- Barnes, E., Simpson, S., Griffiths, E., Hood, K., Craddock N., & Smith, D. (2011). Developing an online psychoeducation package for bipolar disorder, *Journal of mental health*, 20, 21-31.
- Çakir, S., & Ozerdem, A. (2012). Psychotherapeutic and psychosocial approaches in bipolar disorder: a systematic literature review, *Turk Psikiyatri Dergisi*, 21, 1-10.

- Colom, F. (2011). Keeping therapies simple: psychoeducation in the prevention of relapse in affective disorders, *The British Journal of Psychiatry*, 198, 338-40.
- Colom, F., Reinares, M., Pacchiarotti, I., Popovic, D., Mazzarini, L & ., Martínez-Arán, A. (2010). Has number of previous episodes any effect on response to group psychoeducation in bipolar patients? A 5-year follow-up post hoc analysis, *Acta Neuropsychiatrica*, 22, 50-3.
- Corsentino, E., Molinari, V., Gum, A ., & Roscoe, L. (2008). Family caregivers' future planning for younger and older adults with serious mental illness (SMI), *Journal of Applied Gerontology*, 27, 466-485.
- Dour, H., Wiley, J., Roy-Byrne, P., Stein, MB., Sullivan, G., & Sherbourne, C. (2014). Perceived social support mediates anxiety and depressive symptom changes following primary care intervention. *Depression and anxiety*, 31, 436-42.
- Ebrahimi, A., Neshatdoost, H., Mousavi , S., Asadollahi ,G., & Nasiri ,H.(2013).Controlled randomized clinical trial of spirituality integrated psychotherapy (SIPT), cognitive behavioral therapy (CBT) and medication intervention on depressive symptoms and dysfunctional attitudes in patients with dysthymic disorder. *Adv Biomed Res*, 2, 1-7.
- Even, C., Thuile, J., Kalck-Stern, M., Criquillion-Doulet, S., Gorwood, P., & Rouillon, F. (2010). Psychoeducation for patients with bipolar disorder receiving lithium: short and long term impact on locus of control and knowledge about lithium. *Journal of affective disorders*, 123, 299-302.
- Gama, C., Kunz ,M., Magalhães, P.,& Kapczinski, F. (2013). Staging and Neuroprogression in Bipolar Disorder: A Systematic Review of the Literature. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 35, 70-4.
- Gaudiano, B., Weinstock, L., & Miller, I. (2008). Improving Treatment Adherence in Bipolar Disorder: A Review of Current Psychosocial Treatment Efficacy and Recommendations for Future Treatment Development. *Behavior modification*, 32, 267-301.
- Glasofer, D., Brown, A., & Riegel M. (2015), Structured Clinical Interview for DSM-IV (SCID).
- Gumus F., Buzlu S & Cakir S. (2015). Effectiveness of individual psychoeducation on recurrence in bipolar disorder; a controlled study, *Archives of psychiatric nursing*, 29, 174-9.
- Hamilton, M. (1960). A rating scale for depression. *Journal of Neurology, Neurosurgery & Psychiatry*, 23, 56-62.
- Hashimoto K. (2010). Brain-derived neurotrophic factor as a biomarker for mood disorders: An historical overview and future directions. *Psychiatry and Clinical Neurosciences*, 64, 341-57.
- Hunt, N. (2009). Psychoeducation Manual for Bipolar Disorder. Cambridge University Press: Cambridge. *Psychological Medicine*, 39, 875.
- Johnson, S., & Fulford, D. (2008). Development of the treatment attitudes questionnaire in bipolar disorder. *Journal of clinical psychology*, 64, 466-81.

- Keck, P., McElroy, S., & Nemeroff, C. (1992). Anti convulsants in the treatment of bipolar disorder. *The Journal of neuropsychiatry and clinical eurosciences*, 4, 395-405.
- Kim, H., Rapoport, S., & Rao, J. (2013). Altered expressions of apoptotic factors and synaptic markers in postmortem brain from bipolar disorder patients. *Neurobiology of disease*, 37, 596-603.
- Miklowitz, D. (2008). Adjunctive psychotherapy for bipolar disorder: state of the evidence. *American Journal of Psychiatry*, 165, 1408-19.
- Miklowitz, D. (2010). Bipolar disorder: A family-focused treatment approach. *Guilford Press*; 2010.
- Murray, S., & Holmes, J. (1993). Seeing virtues in faults: Negativity and the transformation of interpersonal narratives in close relationships. *Journal of personality and social psychology*, 65, 707.
- Nakigudde, J., Ehnvall, A., & Mirembe, F. (2013). An exploratory study on the feasibility and appropriateness of family psychoeducation for postpartum women with psychosis in Uganda. *BMC Psychiatry*, 13, 131-137.
- Perlick, D., Miklowitz, D., Lopez, N., Chou, J., Calvin, C., & Adzhiashvili, V. (2010). Family-focused treatment for caregivers of patients with bipolar disorder. *Bipolar Disorder*, 12, 627-37.
- Perlis, R., Ostacher, J., Patel, J., Marangell, L., Zhang, H., & Wisniewski, S. (2006). Predictors of recurrence in bipolar disorder: primary outcomes from the Systematic Treatment Enhancement Program for Bipolar Disorder (STEP-BD). *The American journal of psychiatry*, 163, 217-24.
- Perry, A., Tarrier, N., Morriss, R., McCarthy, E., & Limb, K. (1999). Randomised controlled trial of efficacy of teaching patients with bipolar disorder to identify early symptoms of relapse and obtain treatment. *Bmj*, 318, 149-53.
- Reinares, M., Colom, F., Sánchez-Moreno, J., Torrent, C., Martínez-Arán, A., & Comes, M. (2008). Impact of caregiver group psychoeducation on the course and outcome of bipolar patients in remission: a randomized controlled trial. *Bipolar Disorder*, 10, 511-19.
- Sharma, N. (2014). The relationship of gender and burden among caregivers of patients with chronic mental illnesses. MD Psychiatry thesis. Department of Psychiatry, *Postgraduate Institute of Medical Education and Research*, Chandigarh, India.
- Tanaka, E. (1999). Clinically significant pharmacokinetic drug interactions between antiepileptic drugs. *Journal of clinical pharmacy and therapeutics*, 24, 87-92.